BEMIDDELINGSBOEK 2018

Ombudsfunctie in Ziekenhuizen en Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg

1 maart 2019

Vlaamse Ombudsdienst

Uittreksel uit het jaarverslag 2018 – Vlaamse Ombudsdienst

Aanbeveling 11 - Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed

Een domein dat de stap naar een Vlaamse alternatieve geschillenbeslechting ondertussen al volop aan het zetten is, is de sector van de ombudsdiensten in de ziekenhuizen en de sector Geestelijke Gezondheidszorg.

Het Vlaams Bemiddelingsboek 2018 bevat de tweede bundeling van hun rapportages. In 2017 sloten deze ombudsdiensten immers voor het eerst aan bij de Vlaamse rapportages via de Vlaamse Ombudsdienst. En ook hier is het vanzelfsprekend de bedoeling dat de coördinatie van de rapportages mee zal leiden tot gezamenlijke aanbevelingen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

De ombudsdiensten van bijna alle 62 algemene ziekenhuizen, en van de 31 psychiatrische ziekenhuizen dienden hun jaarverslag 2018 in. Samen ontvingen deze ombudsdiensten 24.452 klachten. In een respectabel aantal dossiers (3685) kwam men ook daadwerkelijk tot verzoening.

De ombudsman leest dat niet alleen patiënten maar ook zorgverleners zelf het moeilijk hebben met een gebrek aan respect. Nog meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen kan wellicht betekenisvol zijn.

Die vraag naar respect keert ook terug in de aanbeveling aan de overheid om een sensibiliseringscampagne rond de rol van de spoeddiensten uit te werken.

Ombudsdiensten rapporteren dat er bij patiënten vaak een foutieve perceptie leeft. Ze denken dat een spoeddienst kan gebruikt worden als een eerstelijnsdienst waar men steeds terecht kan. Wanneer blijkt dat dit niet het geval is, durven de frustraties en daaruit volgend de klachten, hoogtij te vieren.

Ook op financieel vlak is er vaak meer nood aan sensibilisering. Het conventiestatuut van de artsen zorgt nog te vaak voor verrassingen. Ook de terugbetalingsregeling van het ziekenvervoer is geen voorbeeld van transparantie. De invoering van een 'financieel loket' zou hier een belangrijke piste kunnen zijn richting meer transparantie.

Na enkele maanden aanwezigheid op dit nieuwe terrein denkt de Vlaamse ombudsman ook dat er nood is aan een verbetering van de rechtspositieregeling van de collega-ombudspersonen in deze sector. Vooral binnen de sector geestelijke gezondheid, lijkt hun positie soms wankel.

De Vlaamse Ombudsdienst weet daarbij dat ombudswerk binnen ziekenhuizen traditioneel geen klachtenbehandeling is, maar wel bemiddelingswerk. Het lijkt echter stilaan tijd om, in de geest van het Bestuursdecreet, te bekijken of hun mandaat verbreed kan worden zodat zij wel enige beoordelingsvrijheid krijgen.

In een enkel dossier begeeft de Vlaamse ombudsman zich daadwerkelijk ook mee op het terrein om die vooruitgang heel concreet mee te realiseren.

In ombudsman 2018-4144 over de afdeling Levanta van het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Jan Baptist Zelzate neemt de ombudsman een actieve rol op in het verbetertraject dat aan de instelling werd opgelegd. De overheid werkt intussen verder aan een referentiekader dat meer houvast moet bieden aan forensische patiënten bij het uitoefenen van hun rechten.

Rapportages

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

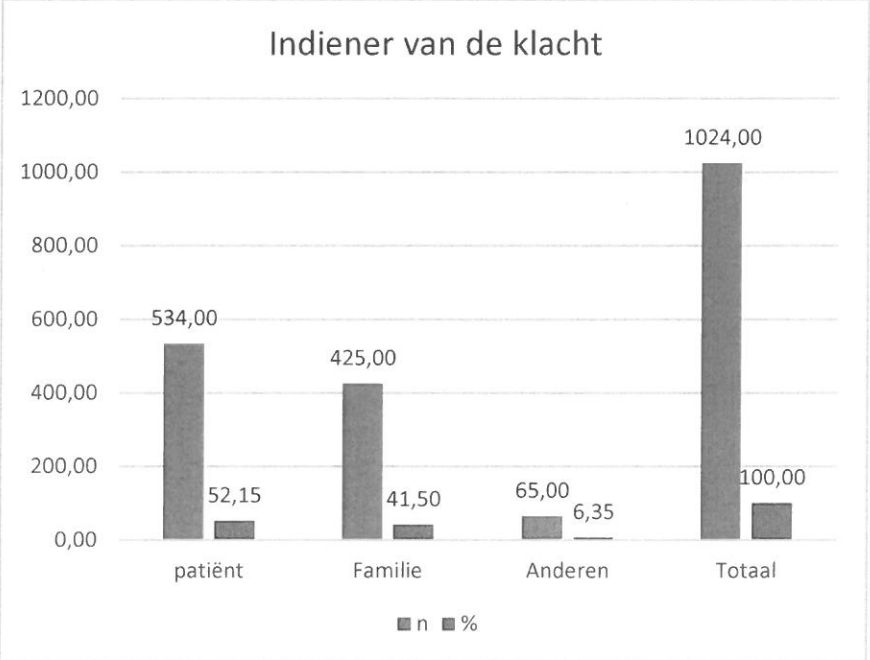
(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	ZNA
Adres	Leopoldstraat 26 2000 Antwerpen
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	009
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	2043
Aantal campussen	9
Naam ombudsperso(o)n(en)	Janssens Myriam: ombudsvrouw ZNA Ilde Van Trimpont: ombudsmedewerker ZNA Middelheim Aryane Cools : ombudsmedewerker ZNA Jan Palfijn en ZNA Joosten, ZNA Paola Kinderziekenhuis en ZNA UKJA Joris Van de Wouwer: ombudspersoon ZNA Sint Elisabeth, ZNA Hoge Beuken, ZNA Stuivenberg ZNA Sint Erasmus
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Janssens Myriam: 01/10/2010 Ilde Van Trimpont: 01/07/2011 Aryane Cools: 1/03/2018 Joris Van de Wouwer: 01/03/2016

Bemiddelingsboek - 1174

Bestaffing	3,6 Ft
Lokalisatie dienst	ZNA Stuivenberg ZNA Jan Palfijn ZNA Middelheim
Registratiesysteem	Access
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	01/09/2018 Website www.zna.be
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	**Regionale vergadering VVOVAZ provinciaal overleg Antwerpen 2018** • 06/03/2018 AZ Heilig Familie, s'Herenbaan 172 te 2840 Rumst (Reet) • 05/06/2018 - A.Z. Mol • 29/11/ 2018 – A.Z. St. Jozef Bornem **Algemene vergadering VVOVAZ** • Algemene Vergadering 26/01/2018 Brussel (Zorgnet Icuro) **VVOVAZ Bestuur met provinciale coördinatoren** • Bestuursvergadering met provinciale coördinatoren 23/02/2018 Icuro Brussel • Bestuursvergadering met provinciale coördinatoren 20/04/2018 Icuro Brussel • Bestuursvergadering met provinciale coördinatoren 20/08/2018 Icuro Brussel • Bestuursvergadering met provinciale coördinatoren 16/11/2018 Icuro Brussel • 2 daags symposium VVOVAZ 11 en 12 oktober 2018 **Vergaderingen ZNA ombudsdienst Stuivenberg lokaal B1** • 12/02/2018 • 29/03/2018 • 28/06/2018 • 18/10/2018 • 13/12/2018

Werkingsterrein 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;...*	Louter vanuit het mandaat van de patiënt. Dit is erg belangrijk gezien er toch 41,50 % van de melders anderen zijn dan de patiënt Preventieve opdracht bestaat erin om de moeilijkheden te rapporteren aan de verantwoordelijken tezamen met een aanbeveling. De ombudsdienst vraagt ook feedback van de ondernomen acties. 

Bemiddelingsboek - 1176

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<u>Rechtstreeks bij de ombudsdienst (hetzij ter plaatse, schriftelijk of telefonisch)</u> De ombudsdienst gaat na wie de klacht indiende en of er een mandaat is van de patiënt (indien de klacht niet geuit wordt door de patiënt zelf.) De ombudsdienst analyseert de klacht en peilt naar de verwachtingen van de klager. 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).

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 per site worden gecommuniceerd aan de betrokkenen en worden opgenomen in een jaarverslag per site. De ombudsmedewerkers per site leggen hun jaarrapport voor aan de lokale directie.
Overkoepelende moeilijkheden worden in het jaarverslag ZNA genoteerd en besproken met de directie ZNA.
Aanbevelingen worden in een RACI tabel gezet en er wordt een responsable en een accountable aangeduid.
De ombudsdienst volgt dit op.

Moeilijkheden uitoefenen ombudswerk/ ondervonden problemen	n	%
Onafhankelijkheid/neutraliteit/beroepsgeheim	**0**	**0,00**
Organogram	**0**	**0,00**
Patiënten rechten wet	**0**	**0,00**
Samenwerking	**1**	**3,45**
Bemiddeling	**24**	**82,76**
Infrastructuur	**3**	**10,34**
Administratie	**0**	**0,00**
Andere	**1**	**3,45**
Totaal	**29**	**100,00**

Niet alle zorgverleners zijn eenvoudig te bereiken of geneigd een bemiddelingsgesprek te voeren.
Na aandringen komt dit wel tot stand, maar de communicatie tussen de ombudsdiensten en de zorgverleners zorgt voor een langere duurtijd om het dossier af te sluiten als " tevreden ".

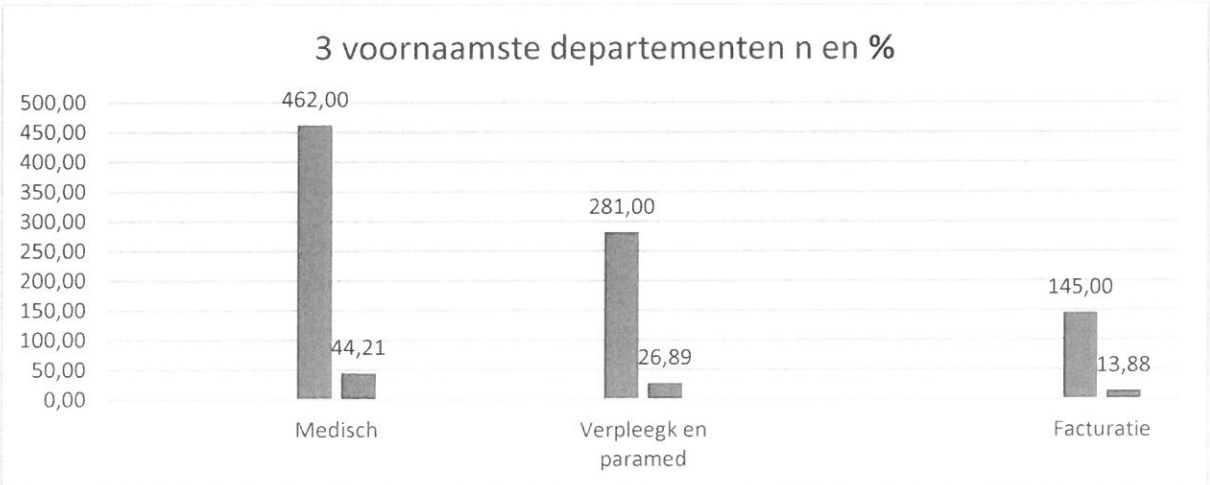
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

<u>Opmerkingen</u>:

- ✓ 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	1024 en over alle departementen heen zijn dit er 1045
Aantal infodossiers	278
Aantal pro actieve dossiers	62 (dossiers vanuit de zorgverlener met de melding dat er een klacht zou kunnen volgen)
Aantal opvragingen patiëntendossier	Wordt uitgevoerd via het ZNA Medisch archief of via de website van ZNA (online)
Aantal 'andere'	320 negatieve meldingen waar de patiënt louter een signaal wil geven als aandachtspunt voor de organisatie.

1045 departementale klachten waarvan



Bemiddelingsboek - 1178

Het medisch departement telt 462 meldingen met een verdeling van 600 Medische disciplines. Een medische klacht kan dus gaan over verschillende MD's.

De ratio van deze MD's bedraagt :0,03: n = 600

De ratio van de medische klachten bedraagt :0,02: n = 462

De ratio van het verpleegkundig en paramedisch departement bedraagt: 0,01; n = 281

De ratio van de dienst facturatie bedraagt: 0,01; n = 145

Bemiddelingsboek - 1179

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 patiënten rechten aangeduid zijn.

Geschonden rechten	n	%
art 5: kwaliteit	744,00	72,30
art 6: vrije keuze zorgverstrekker	16,00	1,55
art 7: informatie	151,00	14,67
art 8: toestemming / weigering ingreep	50,00	4,86
art 9 § 1: degelijk bewaard dossier	10,00	0,97
art 9§ 2+4: Inzage dossier	2,00	0,19
art 9 § 3: afschrift dossier	18,00	1,75
art 10:privacy	20,00	1,94
art 11: klacht	0,00	0,00
art 11 bis: pijnbestrijding	18,00	1,75
Totaal	**1029,00**	**100,00**

Er zijn meer rechten geschonden(n= 1029) dan dat er klachtendossiers zijn (n= 1024- klachten)

Per klachtendossier kunnen er meerdere rechten geschonden zijn.

Geschonden rechten: n = 1029

Bemiddelingsboek - 1180

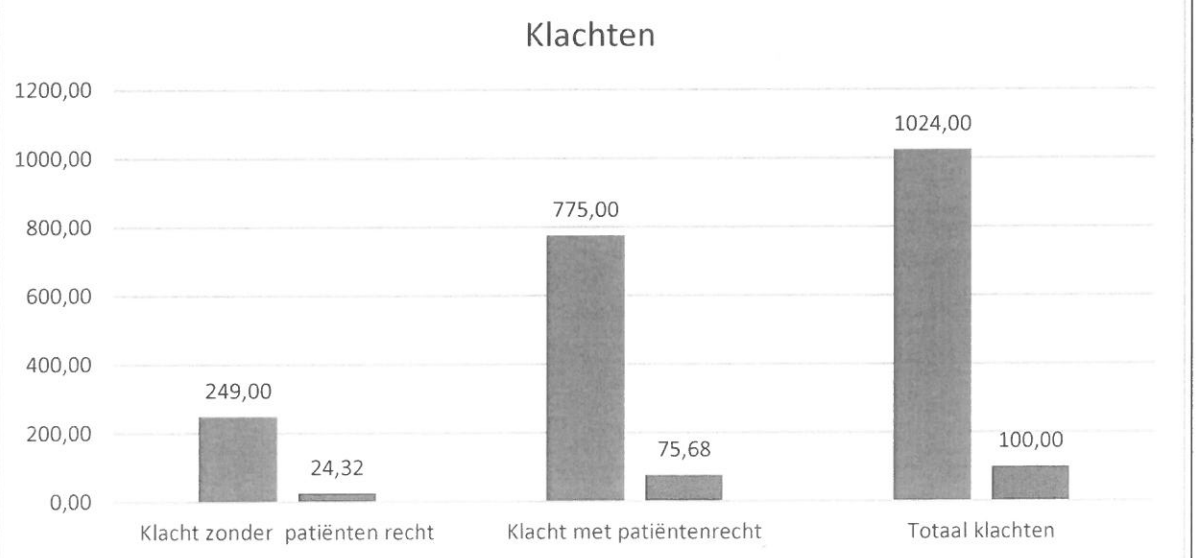
Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	249
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	



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

De meest voorkomende problemen bij klachten met patiënten recht zijn:

De meest voorkomende problemen bij klachten zonder patiënten recht zijn:

Bemiddelingsboek - 1181

Doorloopperiode dossiers	ZNA Totaal	%
zelfde dag	275,00	26,86
1 - 7 dagen	272,00	26,56
8 - 14 dagen	167,00	16,31
15 - 20 dagen	94,00	9,18
21 - 34 dagen	102,00	9,96
35 - 60 dagen	91,00	8,89
61 - 90 dagen	16,00	1,56
> 90 dagen	7,00	0,68
Totaal	**1024,0**	**100,00**

Verwachtingen van de klager	N	%
Excuus	86	8,4
Informatief antwoord	295	28,8
Bemiddelen	33	3,22
Pendelen (zonder patiënt)	158	15,4
Correctie factuur	224	21,9
Schadeclaim Medische ongeval	45	4,39
Schadeclaim Niet Medische ongeval	47	4,59
Aanpak naar toekomst	136	13,3
	1024	100

De meest voorkomende problemen bij klachten **met** patiënten recht zijn:

- Attitude
- Manier van communiceren
- Schending privacy (ruimtelijke privacy)
- Informatie over het financieel aspect bij opnames op een 1 persoonskamer (erelonen), zodat patiënt kan instemmen of weigeren.
- Informatie over de eventueel persoonlijke aandelen voor de patiënt zodat deze kan instemmen of weigeren.
- Informatie over het verloop van de gezondheidstoestand
- Opvragen van eigen dossier: duurt soms langer dan 15 dagen omdat de toestemming van de artsen op zich laat wachten
- Organisatie van de nazorg betreffende ontslagbrieven naar de huisarts
-

De meest voorkomende problemen bij klachten **zonder** patiënten recht zijn:

- Porties in de cafetaria zijn te klein
- Cafetaria oogt niet gezellig (in sommige sites zijn er automaten en geen persoonlijke bediening)
- Defecten van ramen, deuren en andere zaken laat op zich wachten, doch dit zit in een totaalproject
- Systeemfouten in parameterisering voor huisartsen (resultaten geraken niet tot bij de huisarts)
- Parking is te duur (zeker voor gehandicapten)= Q park
- 1 persoonskamers zijn te duur voor de sobere inrichting;

- Oncomfortabele wachtzalen
- Hotelkosten zouden via een forfait moeten gerekend worden
- Overboekingen op de raadplegingen waardoor de patiënt op amper 10 minuten wordt gezien.
- Logica bij het verzenden van facturen: vb: 1ste factuur gaat naar facturatieadres en de aanmaningen ook. Bij niet betaling wordt er een deurwaardersfactuur verstuurd naar het officiële adres = logisch gezien patiënt zijn correct adres moet weergeven.
  Maar: 1ste factuur naar een bewindvoerder en de deurwaarders factuur (als bewindvoerder niet reageert) naar het officieel adres van de patiënt.

Aanbevelingen

- ✓ Meer aandacht voor duidelijke informatie aan de patiënt wat betreft: informele vertegenwoordiger, vertrouwenspersoon en het mandaat van de patiënt zelf, erelonen bij kamerkeuze, conventioneringen en dit via media, mutualiteiten. Binnen de ziekenhuizen wordt dit bij elke les "patiëntenrechten" medegedeeld.
- ✓ GDPR (met betrekking tot het doorgeven van informatie van een patiënt telefonisch): ook hier zou meer media aandacht voor moeten zijn. Binnen de ziekenhuizen wordt dit besproken en opgevolgd met de DPO.
- ✓ Vervoer ambulance: duidelijkheid rond prijzen voor liggend of zittend vervoer en dringend en niet dringend vervoer.
- ✓ Informatieve functie in het ziekenhuis gecombineerd met ombudswerk: informatiebalie ontbreekt vaak. Voorstel om in elk ziekenhuis een Patiënten informatie dienst te organiseren
- ✓ Wachttijden oftalmologen, tandartsen : te weinig tandartsen? Oftalmologen?
- ✓ Meer duidelijkheid met betrekking tot vragen van zorginspectie: klachten van patiënten rechtstreeks bij zorginspectie: dilemma= is dit de taak van zorginspectie

Bemiddelingsboek - 1184

of moet ook het mandaat van patiënt gevraagd worden door de ombudsdiensten lokaal?

- ✓ Klachten van zorgverleners niet meer werkzaam in het ziekenhuis OF van assistenten die na een academiejaar wisselen zijn niet bereikbaar en dit maakt het moeilijk om te bemiddelen in klachten. Binnen het ziekenhuis wordt dan de hoofdarts aangesproken
- ✓ Klachten vanuit de zorgverlening zitten in een hiërarchisch traject: aanbeveling is dat er een externe onafhankelijke persoon wordt aangeworven met bevoegdheden die opgelegd zijn niet door een ziekenhuis maar door de overheid en met bevoegdheid tot een oordeel te vormen.

Elke moeilijkheid krijgt aanbevelingen per site en deze worden in een Raci tabel opgenomen . De Directie ZNA wijst een responsable en een accoutable aan zodat de stand van zaken kan opgevolgd worden.

JAARVERSLAG 2018

ombudsdienst

Inhoud

1. INLEIDING 2
2. KLACHTENREGISTRATIE 3
   2.1 AANTAL DOSSIERS 3
   2.2 KLACHTENBEELD 3
      2.2.1 Relatie klager-ziekenhuis 3
      2.2.2 Lokalisatie van de patiënt 4
      2.2.3 Vorm van melding 4
      2.2.4 Verwachting / aard verzoek 5
      2.2.5 Lokalisatie van de klachten 6
      2.2.6 Aandachtspunten per departement 7
         2.2.6.1 Spoedafdeling 8
         2.2.6.2 Medische aspecten 9
         2.2.6.3 Administratief-financiële aspecten 12
         2.2.6.4 Technisch-facilitaire aspecten 12
         2.2.6.5 Organisatorische aspecten 13
         2.2.6.6 Paramedische en sociaal-verpleegkundige aspecten 13
3. VERZEKERING- EN RECHTBANKDOSSIERS 13
4. WERKING OMBUDSDIENST 14

Bemiddelingsboek - 1186

1. INLEIDING

In dit jaarverslag wordt een kort overzicht van de klachtenbehandeling/- bemiddeling door de ombudsdienst in 2018 weergegeven.
Het betreft alle klachten geregistreerd en behandeld door de ombudsdienst, niet enkel de klachten omtrent de wet op de patiëntenrechten.

Via het jaarverslag wordt er getracht een weergave te geven van de belangrijkste bedenkingen, cijfers, aandachtspunten en evoluties binnen de klachtenregistratie.

Het aantal klachten blijft beperkt in verhouding tot het totaal aantal behandelde patiënten in het ziekenhuis zelf.
Daarnaast hebben we geen zicht op de klachten die op de diensten of bij de zorgverleners zelf worden geuit en opgevangen. Het blijft de bedoeling dat klachten zoveel mogelijk opgevangen worden aan de basis van het gebeuren.

Dikwijls komen familieleden rechtstreeks naar de ombudsdienst zonder dat ze op de afdeling iets gemeld hebben of contact namen met de hoofdverpleegkundige. Daar waar mogelijk proberen we deze mensen dan in contact te brengen met de hoofdverpleegkundige. Vaak weten de mensen niet wie de hoofdverpleegkundige is.
Soms worden vanuit de diensten klachten proactief doorgegeven aan de ombudsdienst.

Patiënten/familie beschouwen zich meer en meer als partner binnen hun genezingsproces met de nodige mondigheid en wensen aldus ook betrokken te worden.
We bemerken dit jaar dat de klachten over verpleegafdelingen toenemen maar toch nog gevolgd door de medische klachten. Daarbij zien we dat informatieverstrekking en communicatiestijl een veel voorkomende klacht is. Bijsturen hierin zou belangrijk zijn want door betere communicatie en bijkomende informatie kan het vertrouwen sneller hersteld worden. Ook zou voor patiënten/familie het onderscheid tusseneen complicatie en een fout makkelijker kunnen begrepen worden.

Een deel van de klachten gebeurt vanuit een positieve intentie, met de betrachting bepaalde tekorten te signaleren en bij te dragen tot kwaliteitsverbetering. Het zijn mensen die voor het overige meestal tevreden zijn van het ziekenhuis en loyaal zijn aan het ziekenhuis.
Sommige patiënten/familie uiten hun ongenoegen vanuit een gevoel van onrecht en doen dit soms op een vrij eisende, dreigende manier. Gelukkig is dit nog een minderheid, maar het komt meer voor dan vroeger.

Er is wel een kleine toename van verbale agressie, een maatschappelijke evolutie maar wel te betreuren en zeker niet aangenaam voor de medewerkers en artsen die zich dagelijks inzetten voor hun patiënten.
Het gevolg hiervan is dat verpleegkundigen en artsen soms de vraag stellen of zij een klacht kunnen formuleren naar een patiënt toe. Het gaat dan meestal om onredelijke, grove patiënten met gebrek aan respect voor de hulpverleners. Dit is geen gemakkelijke kwestie. Ons inziens moet dan de behandelende arts of het diensthoofd kunnen optreden en indien nodig de directie. Een weinig besproken item.

Daarnaast zien we ook een evolutie binnen de sociale media zoals Twitter, Facebook,… waar mensen op een vrijblijvende en vaak vrij ongecensureerde manier hun mening uiten. Klachten die op de Facebook pagina van het ziekenhuis komen, worden er door onze PR-verantwoordelijke afgehaald en doorgegeven aan de ombudsdienst. Aan deze mensen wordt dan voorgesteld om hun bemerkingen open te bespreken.

Bemiddelingsboek - 1187

2. KLACHTENREGISTRATIE

2.1 AANTAL DOSSIERS

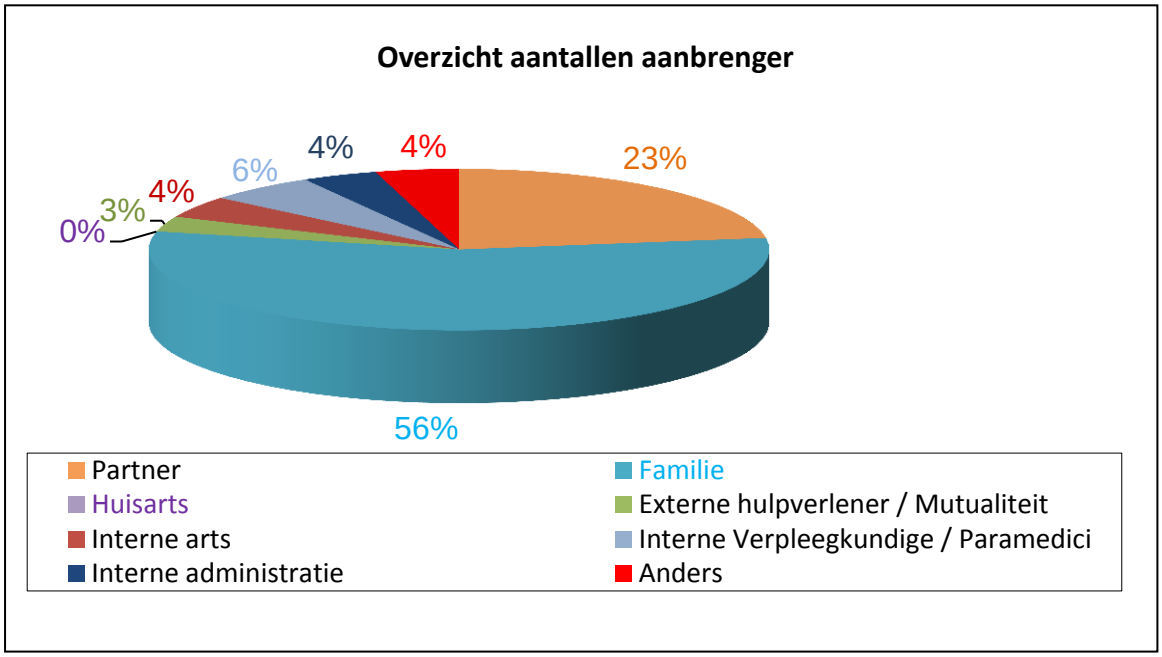
	2012	2015	2016	2017	**2018**	
aantal nieuwe dossiers	361	456	305	460	**472**	
aantal afgehandelde dossiers			305	456	**458**	

14 dossiers zijn nog niet afgesloten waarvan 12 verzekeringsdossiers. De 2 andere open dossiers zijn in afwerking.
In 2018 hebben we 19 nieuwe verzekeringsdossiers waarvan er reeds 7 afgesloten zijn.
Voor het FMO zijn er 4 dossiers opgevraagd.
De werkdruk ligt hoog gezien de toename van het aantal klachten rond facturatie problemen.

2.2 KLACHTENBEELD

2.2.1 Relatie klager-ziekenhuis

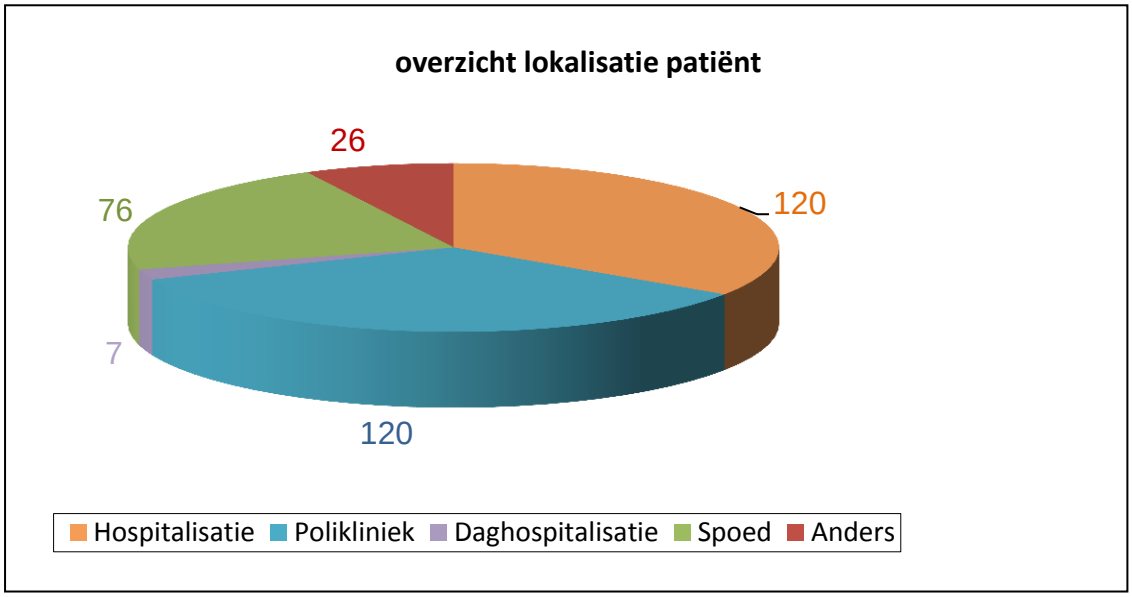
We merken dat het voornamelijk de patiënt zelf is of zijn partner of familielid die contact opneemt met de ombudsdienst om een klacht te melden. Zij vinden de informatie via de website, via onthaalbrochure, via folders patiëntenrechten of worden geïnformeerd door interne medewerkers/artsen, mutualiteit, huisarts,…
Een aantal klachten wordt ook rechtstreeks doorgegeven via interne medewerkers/artsen en een aantal via externe hulpverleners bv. mutualiteit, vanuit rusthuizen/RVT, …



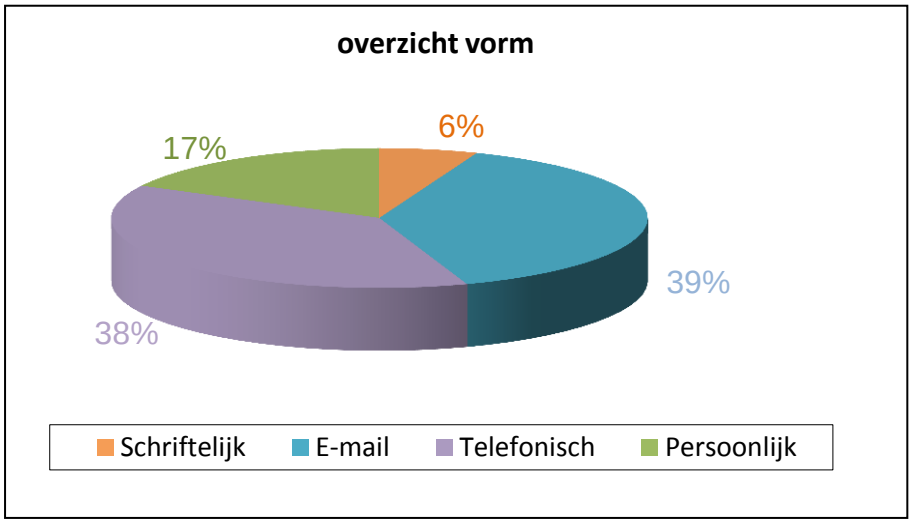
Bemiddelingsboek - 1188

2.2.2 Lokalisatie van de patiënt

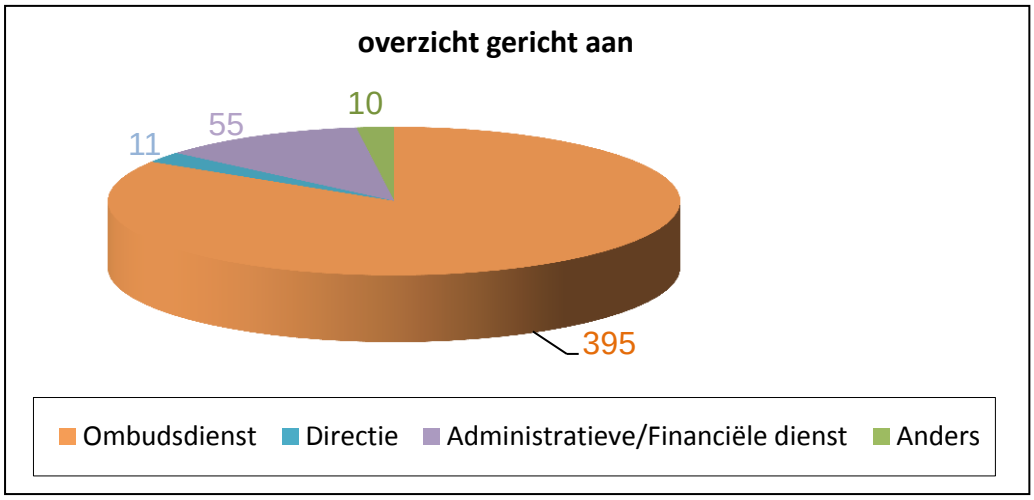
Voor de lokalisatie van de patiënt wordt de volgende indeling gehanteerd:
Hospitalisatie - polikliniek - dag hospitalisatie - spoed - anders.



2.2.3 Vorm van melding

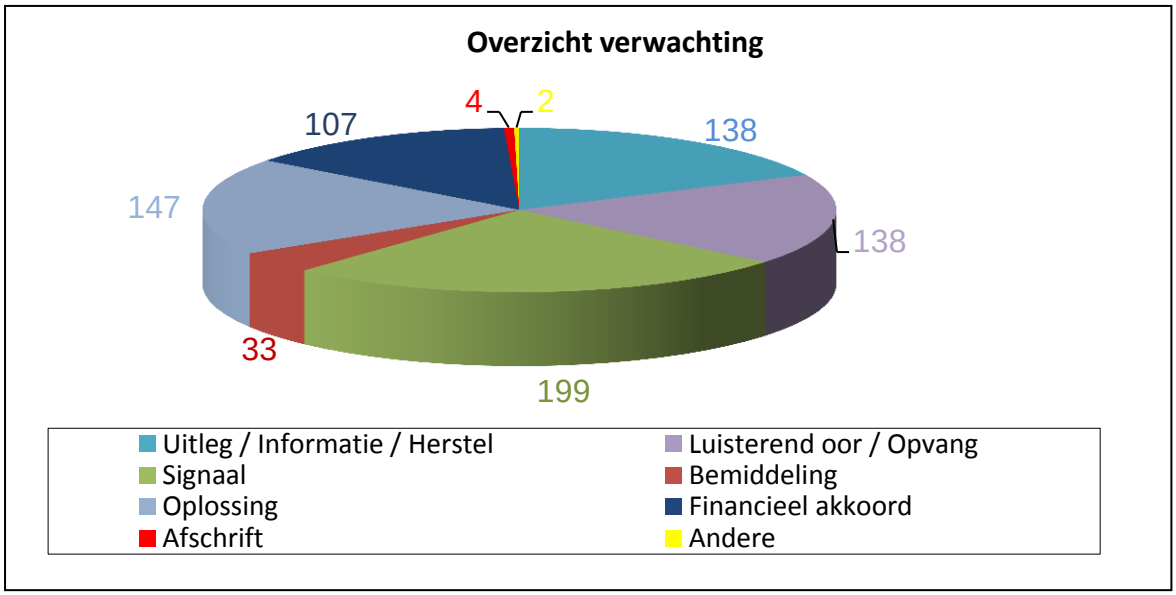


Waar men vroeger merkte dat veel klachten per brief of via het beoordelingsformulier binnen kwamen, merken we nu dat er meer en meer klachten per mail binnenkomen. Doch zijn er veel mensen die nood hebben aan het vertellen van hun verhaal, welk vooral telefonisch gebeurd.



Het enige dat we hierbij kunnen aanvullen, is dat er meer en meer klachten rechtstreeks naar de ombudsdienst gericht worden.
De mensen willen hun verhaal doen bij een neutraal iemand die niet bij de feiten betrokken was.
Sommige mensen durven of wensen (te kwaad) de betrokkenen niet rechtstreeks aan te spreken.

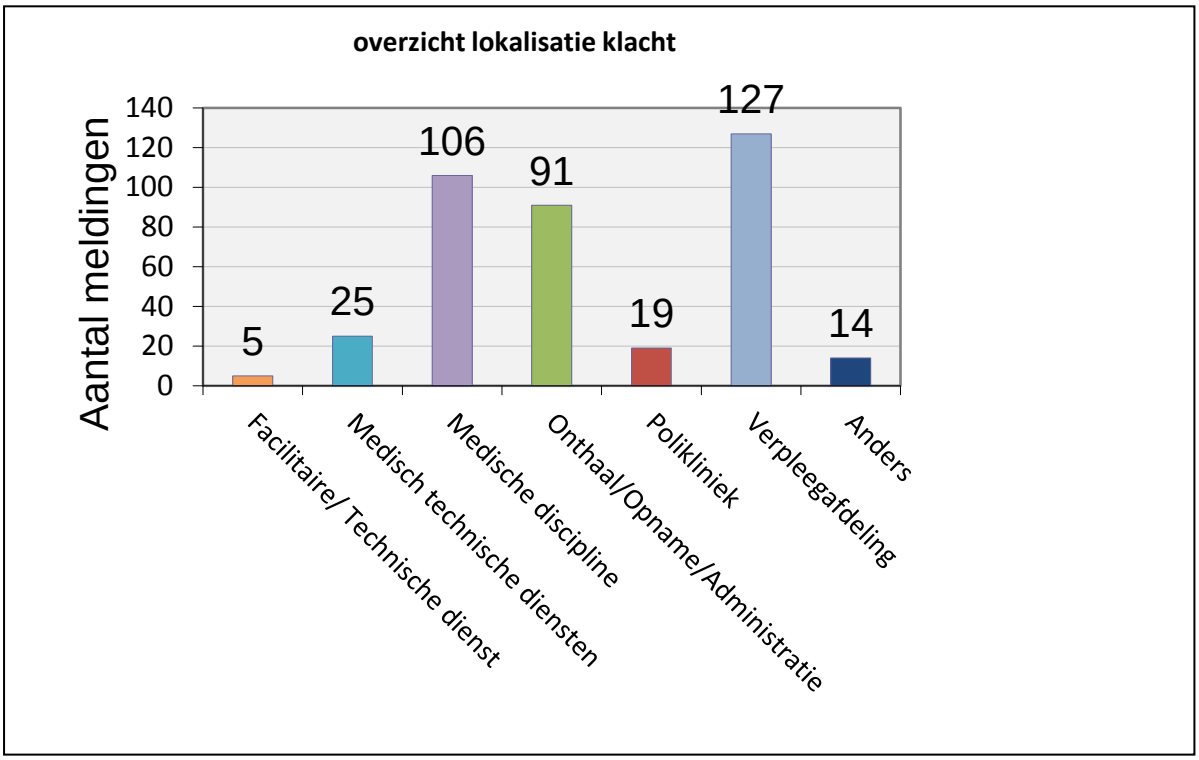
2.2.4 Verwachting / aard verzoek



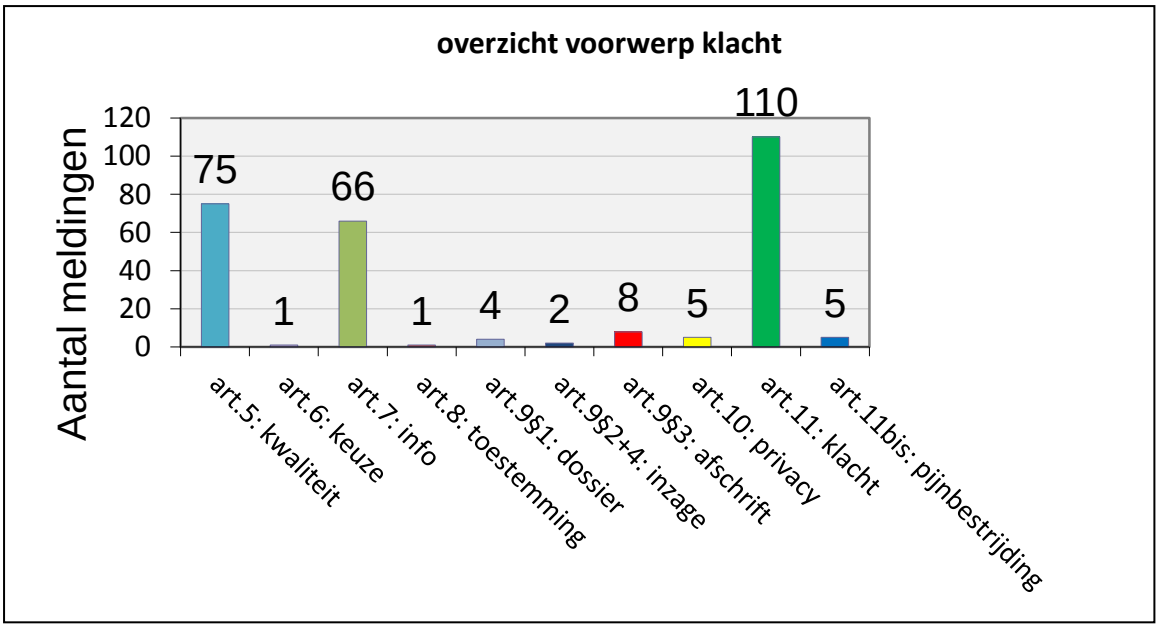
De groep mensen die naar de ombudsdienst komt met de openingszin ‘we wisten niet dat er een ombudsdienst was’ neemt af tegenover de mensen die dit wel weten en gericht op zoek gaan naar de ombudsdienst om hun verhaal te doen.
Een klacht vertrekt vaak vanuit een teleurstelling, verontwaardiging, onduidelijkheid,…
Het meest voorkomende verzoek daarbij is de vraag naar meer informatie, uitleg over bepaalde feiten, uitleg over de manier van werken en daarbij aansluitend ‘herstel van vertrouwen’.
Regelmatig is er ook de boodschap ‘we willen voorkomen dat andere mensen dit ook moeten meemaken’ of ‘we zijn niet gewoon van te klagen maar dit vonden we toch echt niet kunnen’.
Dit zijn doorgaans mensen die het ziekenhuis al langer kennen en willen bijdragen om bepaalde zaken te verbeteren binnen de organisatie. Vaak nuttige bemerkingen.

Naargelang de situatie geven wij in het begin of op het einde van het gesprek uitleg over de werkwijze van de ombudsdienst. Mensen hebben meestal geen probleem met de manier van werken en de stappen die ondernomen worden. Na afhandeling laten ze regelmatig blijken dat ze appreciëren dat hun klacht ernstig werd genomen.
Als het besluit echter niet is wat ze wensen, wordt de onafhankelijkheid van de ombudspersoon wel in twijfel getrokken.
Bepaalde verwachtingen van de klager worden tijdens het gesprek pas naar het einde toe geformuleerd, als ze al wat rustiger zijn en zich meer op hun gemak voelen.
Mensen wensen naargelang de klacht vaker een financiële vergoeding tegenover een paar jaar geleden.

2.2.5 Lokalisatie van de klachten



Sommige klachten omvatten meerdere aspecten verspreid over verschillende departementen.
Klachten hebben meestal te maken met de communicatie en / of informatie op de verpleegafdelingen of vanuit de medische disciplines.
Wanneer mensen onvoldoende geïnformeerd zijn, worden ze makkelijker kwaad wat gesprek moeilijker maakt.

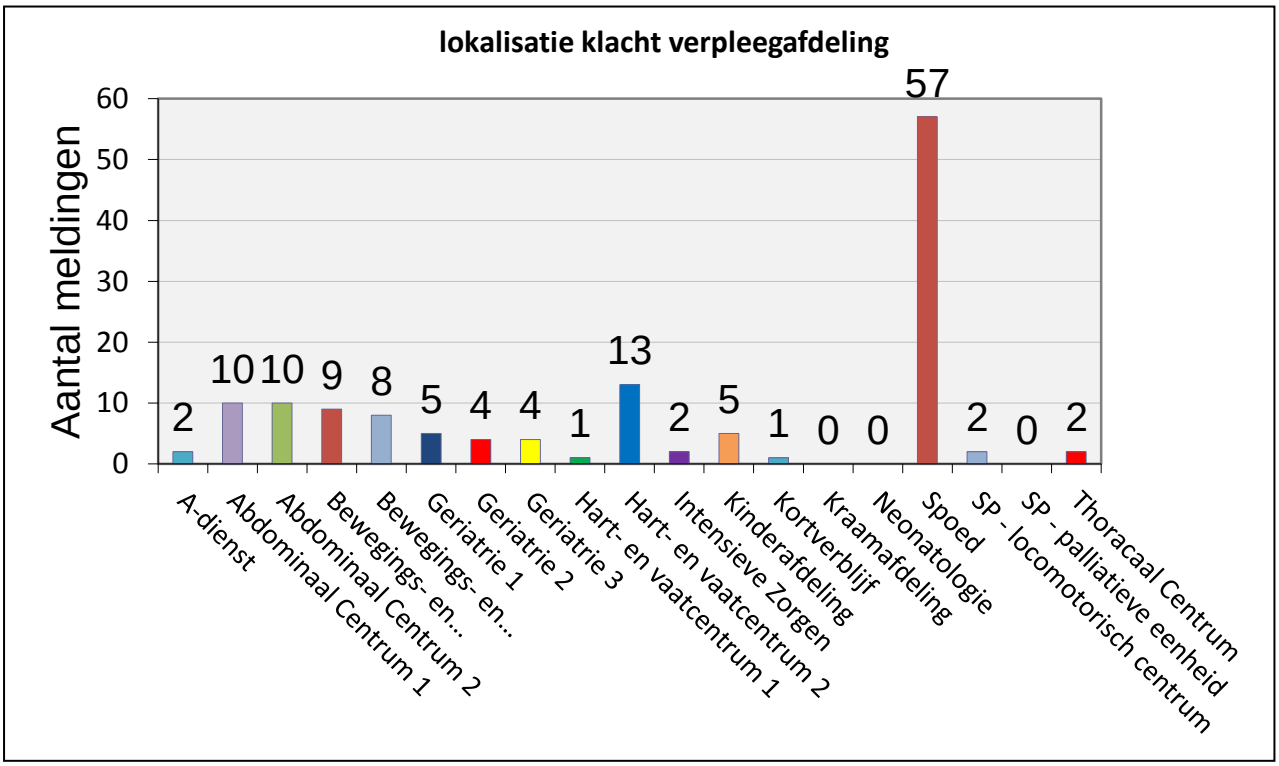


Als we de klachten bekijken vanuit de patiëntenrechten, is het vooral het recht op kwaliteit en recht op informatie die aan bod komen. De andere patiëntenrechten komen minder aan bod binnen de klachtenbehandeling.

We ondervinden dat mensen veel gemakkelijker hun medisch dossier opvragen, soms gewoon omdat ze het zelf ook ter beschikking willen hebben.
Bezorgen van een afschrift van een dossier wordt meestal geregeld door de arts zelf of door het diensthoofd van het medisch archief (er bestaat een procedure hieromtrent)

2.2.6 Aandachtspunten per departement

De knelpunten worden in de loop van het jaar overgemaakt aan de betrokken departementale directies.



2.2.6.1 Spoedafdeling

Omwille van de complexiteit van deze afdeling en een ander klachtenpatroon dan op de zorgafdelingen willen we spoed even apart benaderen.
Er is een grote turnover op spoed qua patiënten met soms hectische toestanden en er zijn veel aspecten en betrokkenen die aan bod kunnen komen: onthaal, wachttijden, bejegening verpleegkundige, eerste diagnosestelling, behandeling, bejegening arts, assistent, bijkomende onderzoeken bv. RX,… daarnaast zijn er soms bijkomende klachten omtrent facturatie, …
We verschillen hierin niet echt van de andere ziekenhuizen.
De klacht rond verloren voorwerpen is praktisch nihil waar dit in het verleden een veel voorkomend probleem was. Vooral identiteitskaarten raakten makkelijk verloren maar nu niet meer.
Het toenemende aantal patiënten per dag op spoed plus de toename van de MUG-interventies geven een stijging van de werkdruk!

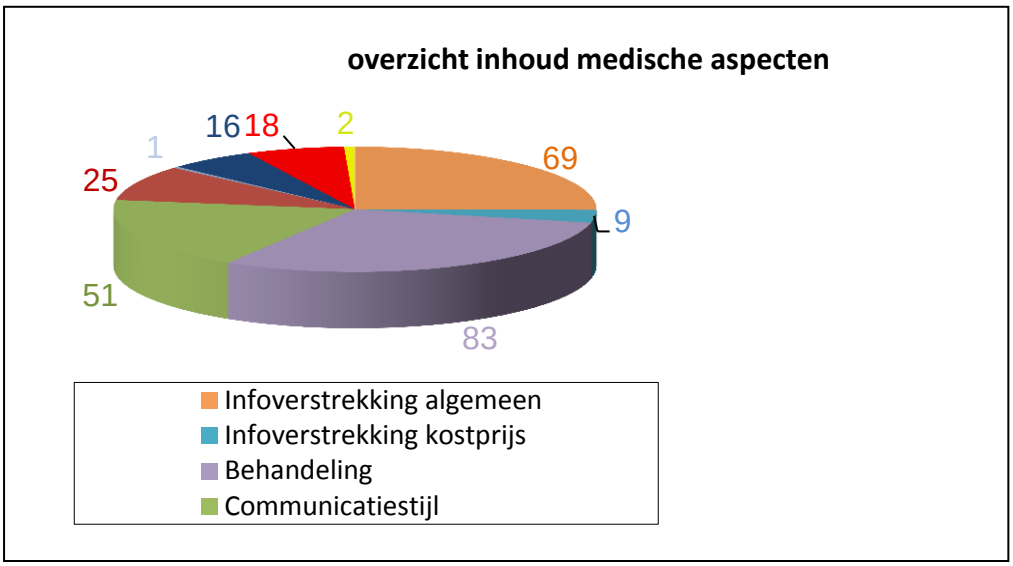
Hieronder vindt u enkele aandachtspunten met betrekking tot de spoedafdeling:

- De dienstverlening voldoet niet steeds aan de verwachtingen van de patiënt. De naam 'spoed' blijft de verwachting creëren bij de patiënten dat ze snel zullen geholpen worden. Uitleg rond triage en hoogdringendheid is aanneembaar voor patiënten als het goed loopt. Het laat niet weg dat sommige wachttijden te lang zijn (o.a. in weekend/MUG) met als gevolg: een negatieve sfeer in de wachtzaal, stemmingmakerij.
  Meer en meer mensen die te lang moeten wachten voor een afspraak, voor een consultatie, maken oneigenlijk gebruik van spoed (soms op aanraden van de huisarts).
  Belangrijk is in elk geval om de wachtenden in de wachtzaal en nadien in de box regelmatig even aan te spreken om te vragen of het gaat en hen op de hoogte te brengen van de vermoedelijke wachttijd en eventueel de reden.
- Op vlak van orthopedie is een volledige diagnosestelling niet steeds mogelijk in aanvang. De spoedartsen vragen soms een bijkomend consult aan bij de orthopedist of vragen aan de patiënten om indien de problemen aanhouden, contact te nemen met de orthopedist. Patiënten hebben hier soms moeite mee, verwachten van bij aanvang een correcte diagnose en behandeling.
- Nieuw merken we meer klachten op vlak van pediatrie . We horen we dikwijls van de ouders dat de spoedarts hun kind soms weinig of niet onderzoekt en dat ze ook weinig uitleg krijgen van wat er te gebeuren staat. Wanneer ze dan naar huis worden gestuurd, merken we dat ze een dag later terug op spoed staan met opname tot gevolg.
- Respectvol en empatisch benaderen van patiënten zou soms beter kunnen op spoed. We mogen niet vergeten dat patiënten (en familie) die op spoed komen vaak angstig zijn, ongerust,… Zij ervaren hun ziekte of aandoening op dat moment ook als ergste.
- De medewerkers aan de onthaalbalie hebben een moeilijke functie. Het beter werkend triagesysteem, waarbij een dispache verpleegkundige is vrijgemaakt voor de triage, zou dit een stuk moeten opvangen.
- De houding van sommige spoedartsen, die vanuit enige frustratie omtrent de werkdruk op spoed soms op een ongepaste manier naar patiënten toe reageren.
- Meer en sneller comfort bieden aan oudere patiënten, geen uren op een stoel of harde brancard laten wachten.
- Soms horen we dat familie van patiënten van een andere origine mee in de box mogen en zijzelf niet wat niet altijd begrepen wordt. Misschien moet hier eveneens aandacht aan besteed worden.

Deze aandachtspunten zijn vooral bedoeld om aan te geven dat spoed een complexe werking heeft met verschillende betrokken partijen. Oplossingen voor bepaalde knelpunten dienen dienst-overschrijdend bekeken te worden.

Bemiddelingsboek - 1193

2.2.6.2 Medische aspecten



Algemeen is er een goede medewerking van de artsen. De manier van reageren is verschillend van arts tot arts, meestal oké.
Artsen sturen zelf af en toe patiënten door naar de ombudsdienst om iets aan te kaarten of indien de verzekering moet ingeschakeld worden.
Artsen hebben het soms nog moeilijk met het feit dat, wanneer de patiënt een klacht heeft, dit niet rechtstreeks met hen bespreken.
I.v.m. het feit dat patiënten een klacht niet rechtstreeks naar de arts toe formuleren, spelen verschillende elementen een rol. Patiënten/familie durven dit vaak niet rechtstreeks naar de arts te doen. Soms krijgen we mensen die het wel geprobeerd hebben, maar zich overdonderd voelden of het gevoel hadden dat de arts het probleem minimaliseerde. De ombudsdienst staat gekend als de dienst waar klachten en suggesties kunnen verwoord worden. De ombudspersoon oordeelt niet maar bemiddelt, wat minder bedreigend is voor mensen. Toch ondervinden we dat patiënten soms nog bang zijn voor de gevolgen van hun klacht. Enige geruststelling is soms nodig.

Toch merken we dat waar vroeger sommige artsen hun patiënten niet meer wenste te zien wanneer deze een klacht hadden ingediend, ze nu zelf een onderhoud voorstellen met hun patiënten om meer uitleg te kunnen geven en het misverstand weg te werken.

Het feit dat patiënten een klacht neerleggen is belangrijk om dit te bekijken als een recht van een patiënt en het positieve ervan in te zien. Een klacht geeft immers de kans uitleg te geven, iets recht te zetten en mogelijks het vertrouwen te herstellen. Het is ook een moment om sommige regelingen even in vraag te stellen en eventueel te verbeteren.

Aandachtspunten (in 1. Spoedafdeling kwamen reeds een aantal medische aspecten aan bod):

- Behandeling vormt het grootste aandeel van de klachten.
  Mensen stellen de behandeling op zich met alles wat daarbij hoort, meer in vraag.
  Participatie patiënt/familie m.b.t. het nemen van beslissingen wordt alsmaar belangrijker.
  Mensen hebben heden veel kanalen om zich medisch te informeren.
  Patiënten appreciëren het niet als artsen op de kamer boven hun hoofd heen met assistent of hoofdverpleegkundige de verdere behandeling bespreken zonder de patiënt hierbij te betrekken.
  De opvolging voor patiënten orthopedie die ook andere medische problemen hebben, loopt nog niet altijd ideaal.

- Informatieverstrekking: een betere, eenduidige informatieverstrekking zou bepaalde klachten kunnen voorkomen. Zeer belangrijk als verschillende specialismen betrokken zijn bij 1 patiënt.
  Patiënten krijgen tijdens een opname soms verschillende informatie van verschillende artsen (en andere betrokkenen, bv. verpleegkundigen, kinesist). Dit komt het vertrouwen van patiënten niet ten goede en wordt door hen ervaren als een tekort aan interne communicatie.
  De communicatie-overdracht tussen afdelingen kan soms nog beter.
  Info vooraf aan de ingreep: verloop, onderzoeken en financiële informatie kan soms beter.
  Tijdens de opname blijft info naar de familie toe belangrijk in geval de patiënt de informatie zelf niet kan overbrengen.

Patiënten zijn soms niet genoeg geïnformeerd over een onderzoek dat ze moeten ondergaan (zowel opgenomen als ambulante patiënten). Dit includeert ook informatie rond het financiële.
Aansluitend hierbij nog even het belang van het (financieel) informed consent te gebruiken. Dit kan aantonen dat patiënt geïnformeerd was over mogelijke risico's, over de financiële gevolgen,…
Bij het verstrekken van informatie is de communicatiestijl van de arts ook niet onbelangrijk.

- Second opinion: sommige artsen hebben het er moeilijk mee als patiënt een tweede opinie vragen. Zij ervaren dit als een gebrek aan vertrouwen van de patiënt. Het is sowieso een recht van een patiënt dat ook benadrukt werd door de JCI-consulenten.
  De second opinion kan het vertrouwen van de patiënt versterken. Dit wordt best openlijk besproken.
- Privacy: voor medische uitleg blijft privacy moeilijk op een tweepersoonskamer.
  Sommige artsen bespreken met luide stem in de gang dossiers van patiënten, hoorbaar op verschillende kamers, patiënten ervaren dit als inbreuk op privacy.
- Beurtelings toeren artsen: af en toe bemerkingen hieromtrent. Patiënten zien soms pas na 3 à 4 dagen hun eigen arts of soms zelf niet. Zij betreuren dit (vrije keuze zorgverlener?).
  Belangrijk om dit toersysteem van bij opname duidelijk uit te leggen naar de patiënten toe zodat ze dit minder als een probleem ervaren.
  Een goed systeem van overdracht omtrent informatie tussen de artsen is essentieel om te vermijden dat patiënten hun verhaal opnieuw moeten doen of het gevoel krijgen dat de artsen niet voldoende op de hoogte zijn van de ingestelde behandeling door de collega.
  Loopt algemeen goed maar kan hier en daar nog beter.
- Kennismaking: patiënten blijven herhalen dat ze het belangrijk vinden dat een arts (of assistent) zich voorstelt als hij een eerste maal bij een patiënt of familie komt. Maar we veronderstellen dat dit zal verbeteren met het project 'ik stel me voor'.

Wachttijden die aan bod komen binnen de klachten:
* wachttijd om een afspraak te krijgen bij bepaalde specialismen/artsen
* wachttijd op moment van consultatie. Lange wachttijden komen de sfeer in de wachtzaal niet ten goede en is niet aangenaam voor de mensen van het secretariaat of de verpleegkundigen die dan meestal het eerste aanspreekpunt zijn voor de ontevredenheid van de patiënten. Voor deze wachttijden zijn meerdere oorzaken: organisatie arts zelf, teveel patiënten op één namiddag, doorverwijzingen, urgenties,…

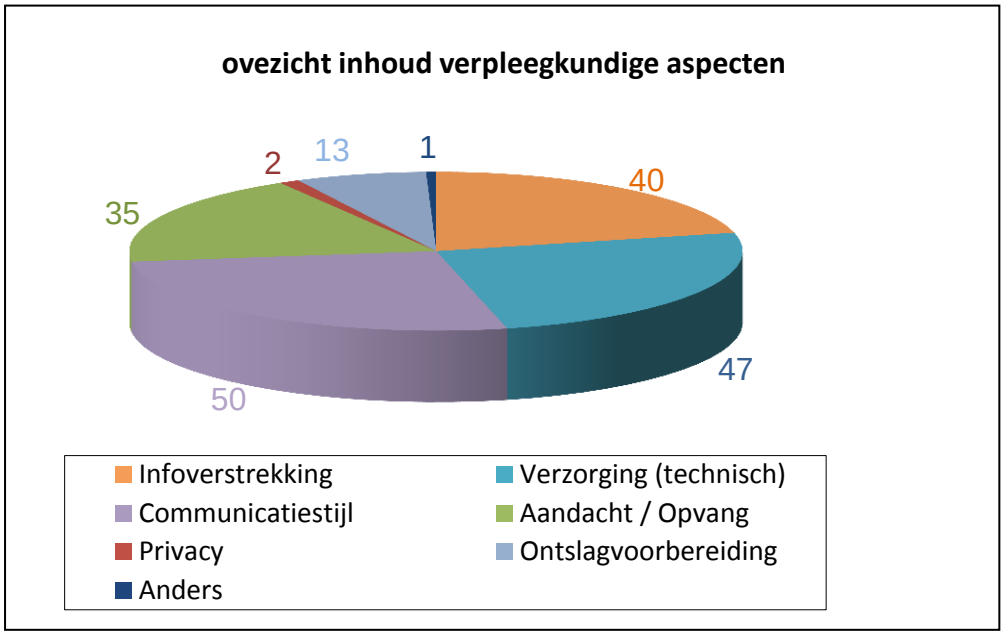
Naast deze aandachtspunten graag speciale aandacht voor **euthanasie & palliatieve sedatie**
Het zijn 2 thema's met elk specifieke richtlijnen.
Het begint al dat een terminale patiënt de keuze moet krijgen om wel of niet verdere behandeling te ondergaan. Patiënt moet eerst en vooral weten dat hij terminaal is, anders heeft hij sowieso geen keuze. Vele patiënten worden onnodig verder behandeld.
Het blijft natuurlijk een delicate materie waarbij de situatie per patiënt moet bekeken worden, maar meer openheid hieromtrent is toch wel nodig.

Bemiddelingsboek - 1195

Euthanasie kan onder bepaalde voorwaarden. Sommige artsen zijn bereid dit te doen bij hun patiënt vanuit een vertrouwensband maar niet bij de patiënt van een collega. Sommige artsen gaan de vraag van de patiënt uit de weg. Het is belangrijk dat een arts zijn standpunt hieromtrent formuleert naar de patiënt toe en mee zoekt naar een alternatief samen met het palliatieve support team.
De nieuwe overeenkomst dat ook huisartsen, mits toestemming van de behandelende arts, ook in het ziekenhuis euthanasie mag uitvoeren is al een grote hulp.
Het PST wordt vaak te laat of niet ingeroepen. Dit is heel jammer.

De palliatieve eenheid kan geen alternatief bieden binnen een euthanasievraag /-uitvoering omdat de palliatieve eenheid er in de eerste plaats is om patiënten de nodige comfortzorg te geven.
Indien de vraag zich op een afdeling stelt, moet het daar opgenomen worden. Het PST kan dan ingeschakeld worden ter ondersteuning.
Euthanasie en palliatieve sedatie zijn thema's waarbij een gedragen visie belangrijk is.
Thema om rond na te denken met een aantal mensen, eventueel vanuit ethisch comité. Er is geen pasklare procedure mogelijk hiervoor maar er kan wel getracht worden extra kapstokken aan te reiken aan de artsen.

2.2.6.3 Verpleegkundige aspecten



Vriendelijkheid, empathie, informatie, respect, communicatiestijl, gevoel van echt aandacht krijgen,… zijn allemaal elementen die voor de patiënten heel belangrijk zijn om zich goed en op hun gemak te voelen op de afdeling.
Veel verpleegkundigen komen daaraan tegemoet maar sommigen hebben het daar wel eens moeilijk mee. Patiënten geven dit dan vaak aan met de bewoording 'die loopt hier precies tegen haar goesting'.

Enkele bemerkingen:

- Patiënten geven op een aantal diensten: "soms 'te weinig personeel' " aan, waardoor ze langer moeten wachten bij een oproep en alles snel moet gaan. Ze geven de schuld hiervan niet aan de verpleegkundigen maar aan de organisatie. Ze willen eigenlijk opkomen voor de verpleegkundigen.
- Als patiënten en familie een vraag stellen is er nog te vaak de reactie ' ja maar dat weten wij niet'.
  Patiënten worden dan doorgestuurd van de een naar de ander. Geen goede reactie. Beter

Bemiddelingsboek - 1196

zou zijn ‘we zullen even navraag doen en u iets laten weten’. Het is ook wel een feit dat verpleegkundigen soms te weinig informatie doorkrijgen van de artsen.

- Patiënten en familie willen meer participeren in het genezingsproces. Dit wordt niet altijd geapprecieerd. Het is ook belangrijk dat verpleegkundigen de rol van de familie als observator van een patiënt niet onderschatten.
  Familie kan ook een belangrijke rol spelen bij praktische hulp, bv helpen bij het benuttigen van de maaltijden. Dergelijke hulp zeker niet afwijzen, is vaak in het belang van het herstel van de patiënt.
- Behulpzaamheid naar oudere mensen toe zou soms beter kunnen op de zorg-ondersteunende diensten.
- Er zou nog iets meer aandacht mogen zijn m.b.t. verloren voorwerpen o.a. bij transfer van afdeling en op de afdeling zelf. Bv. een kunstgebit of bril dat verloren gaat, kan ernstige gevolgen hebben in het herstel van de patiënt.
- Bij klachten of problemen zien we ook soms de neiging om verantwoordelijkheid door te schuiven.

2.2.6.3 Administratief-financiële aspecten

Het gros van deze klachten handelt over de factuur. Daarnaast enkele bemerkingen omtrent gebrek aan informatie en beperkt aantal omtrent communicatiestijl medewerkers.

Bemerkingen omtrent facturatie:

- Facturen blijven moeilijk interpreteerbaar voor patiënten.
- Nogal wat patiënten stellen hun factuur in vraag naar aanleiding van de kwaliteit van zorg. Zij zijn niet tevreden over de bejegening of behandeling en wensen dan niet te betalen.
  Redeneren vanuit de gedachte resultaatsverbintenis i.p.v. inspanningsverbintenis.
  In zo’n gevallen wordt er steeds contact opgenomen met de betrokken arts en hij/zij beslist. Meestal wordt de factuur wel aangerekend.
- De klachten rond de facturen m.b.t. al dan niet geconventioneerd zijn van de arts en daardoor hogere bedragen dan dat patiënt verwacht, zijn sterk verminderd. De nodige informatie en affiches dragen hierbij tot positieve uitkomst .
- Dikwijls krijgen we vragen i.v.m. een 1PK die is aangerekend terwijl patiënt dit niet heeft gevraagd doch meestal wel getekend. De reden hiertoe is meestal ‘infectie, medisch verantwoord’.

Andere bemerkingen:

- Klantvriendelijkheid op de dienst tarificatie zou soms nog beter kunnen.
- De rode bel bij slechte betalers. Sommige personeelsleden geven hierop commentaar naar de patiënt toe wat niet in dankbaarheid wordt aangenomen. Niemand weet wat de oorzaak is van het ‘niet of slecht betalen van facturen’.
- Ook patiënten die lange tijd geleden slechte betaler waren maar nu het financieel makkelijker hebben, blijven een rode bel hebben. Dit wordt nu per situatie bekeken.

2.2.6.4 Technisch-facilitaire aspecten

Het aantal klachten omtrent deze aspecten is beperkt.

TV’s

De problemen rond de multimedia zijn sterk gedaald tot nihil.

Bemiddelingsboek - 1197

Parking

- Te weinig plaatsen voor mindervaliden en te weinig controle op misbruik van deze plaatsen. Overdag geen veiligheidsmedewerker meer om dit controleren.

2.2.6.5 Organisatorische aspecten

Ontslag – transfer:

- Patiënten/familie worden soms laattijdig verwittigd van ontslag, soms de ochtend van ontslag en dan wordt er gevraagd om rond 11u het ziekenhuis te verlaten. Dit wordt niet als patiëntvriendelijk ervaren. Patiënten verwachten minstens de dag voordien op de hoogte gebracht te worden zodat werkende familieleden zich kunnen schikken om de patiënt op te halen.
- Bij ontslag krijgen patiënten voor 2 à 3 dagen medicatie. Sommige voorschriften bv. voor kiné, worden aan de huisarts overgelaten. Patiënt wordt op die manier gestimuleerd om zo snel mogelijk contact op te nemen met zijn/haar huisarts. Dit is een overeenkomst met de huisartsen en maakt een goede opvolging mogelijk. Patiënten zien dit niet altijd zo en sommige vinden het overdreven dat ze zo snel hun huisarts moeten contacteren omwille medicatievoorschrift.

2.2.6.6 Paramedische en sociaal-verpleegkundige aspecten

- Aantal klachten hieromtrent zeer beperkt.

3. VERZEKERING- EN RECHTBANKDOSSIERS

Zoals eerder gemeld werd, zijn er in 2018 19 nieuwe verzekeringsdossiers op gesteld waarvan 7 reeds afgesloten. Ook zijn er 4 dossiers opgevraagd vanuit het FMO.

Als er iets niet naar wens verlopen is op medisch vlak, gaat het begrip van de patiënt hiervoor vaak samen met het vertrouwen dat de patiënt in zijn behandelende arts heeft.
Een duidelijke uitleg met de nodige empathie is hierbij ook belangrijk.
We merken op dat indien er iets niet goed verlopen is (vrij uiteenlopend van aard), een verontschuldiging niet altijd meer volstaat. Vaak is er een vraag tot een financiële compensatie. Dit kan een vraag zijn tot vergoeding van extra kosten maar ook morele schadevergoeding komt soms aan bod.

In dossiers waarbij de aansprakelijkheid in vraag gesteld wordt, wordt er best tijdig gereageerd.
Hierbij moeten we opmerken dat mensen het moeilijk hebben om het verschil te maken tussen een complicatie en een fout. Dit is ook dikwijls het gevolg vanwege te weinig informatie op voorhand.
Een ondertekend informed consent zou veel onduidelijkheden kunnen weg werken.
De meeste dossiers handelen over complicaties, die vaak zelf omschreven staan in de literatuur.
Patiënten/familie hebben hieromtrent regelmatig een andere perceptie, soms mede in de hand gewerkt door weinig collegiale reacties van specialisten meestal in andere ziekenhuizen waar patiënten in tweede instantie komen. Sommige klachten ontstaan vanuit die reacties. Soms terecht, soms niet.

Meestal gaat een gesprek met de betrokkenen vooraf aan een aangifte, tenzij de aansprakelijkheid onbetwistbaar is, dan wordt de aangifte onmiddellijk gedaan.
Indien we tijdens een bemiddelingsgesprek merken dat patiënten niet akkoord kunnen gaan met het standpunt van het ziekenhuis, dan wordt mogelijks het voorstel gedaan om het dossier toch naar de verzekering te laten gaan teneinde het dossier te laten beoordelen door een verzekeringsarts.

Dit voorkomt regelmatig dat patiënten zelf verdere stappen ondernemen naar o.a. juridische dienst mutualiteit, advocaat, familiale verzekering rechtsbijstand, orde van de geneesheren, testaankoop,…
Er wordt dan voorgesteld om eerst de beslissing van de verzekering af te wachten. Indien de patiënt dan niet akkoord gaat, staat het hem vrij om alsnog verdere stappen te ondernemen.
Vaak leggen mensen zich neer bij de beslissing van de verzekering, ondertussen is er ook tijd overgegaan.
Meer dan vroeger laten mensen zich echter bijstaan door mutualiteit, rechtsbijstand,… om mee te oordelen over de beslissing en het eventueel voorstel van de verzekeraar.
Sommige artsen staan nog wat terughoudend tegenover een aangifte aan hun verzekering. Een aangifte op zich houdt nochtans geen negatieve gevolgen in voor de verzekerde. Integendeel, het is beter om in geval van schadeclaims tijdig de verzekering in te schakelen.

Voor de aangiftes m.b.t. aansprakelijkheid ziekenhuis/artsen zorgt de ombudspersoon samen met de betrokkenen voor de aangifte en zorgt voor concrete afspraken bv. met verzekeringsarts, contacten met patiënt, met advocaat i.v.m. gerechtelijke dossiers,…
De ombudspersoon herinnert, indien nodig, dokters eraan bijkomende info te bezorgen indien dit gevraagd werd vanuit de verzekering of verzekeringsarts.
De samenwerking omtrent verzekeringsdossiers verloopt algemeen vrij vlot, ook met onze verzekeringsmakelaar. Sommige dossiers slepen bij onze verzekeraar Amlin lang aan…

Fonds voor Medische Ongevallen:
Patiënten waarvan wij denken dat hun zaak in aanmerking komt voor het Fonds, verwijzen we door naar de dienst ledenverdediging van hun mutualiteit.
Gezien de voorwaarden van het Fonds, zijn het aantal dossiers die in aanmerking komen, erg beperkt.

4. WERKING OMBUDSDIENST

De ombudsdienst is een vast gegeven geworden binnen het ziekenhuis. De samenwerking met andere medewerkers verloopt algemeen goed. Hierbij is een continuïteit van de ombudspersoon niet onbelangrijk. Door de jaren heen hebben we de organisatie en medewerkers, met elk hun gevoeligheden, leren kennen vooral aan de hand van het bespreken van klachten. Eens het vertrouwen er is, is het werken aangenamer.
De stress die zich nu vormt is ten gevolge van het teveel aan werk en sommige dossiers zijn belastend omdat ze toch wel ingrijpend en/of emotioneel geladen zijn.
Het is een intense maar boeiende job.

VVOVAZ (Vlaamse vereniging OP) en VOVO (provinciaal overleg) zijn een interessant platform voor informatie en vorming.
Wegens tijdsgebrek kunnen we niet altijd aanwezig zijn op de samenkomsten, wat jammer is.

Vaste interne overlegmomenten zijn er minder.
Wanneer het nodig is een klacht te bespreken met iemand van directie of diensthoofden wordt dit aangevraagd en besproken wanneer de nood zich voordoet. Dit geeft ons inziens een betere behandeling van de klachten.

Tot slot hopen we dat het jaarverslag jullie kon boeien en dat het kan bijdragen in projecten om de kwaliteit van zorg naar patiënten toe alsmaar verder te optimaliseren.
Wij hopen dat het ook kan bijdragen tot nog meer open communicatie vanuit een positieve ingesteldheid.

An Willems & Melissa Spinette

Bemiddelingsboek - 1199

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie		
Naam van de zorginstelling	AZ Maria Middelares 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	Annette Neirynck
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01.09.2012	01.01.2018
Bestaffing	1,0 FTE	0,4 FTE

Lokalisatie dienst	Campus Maria Middelares, Gebouw West, 2de verdieping
Registratiesysteem	Klachtenbehandeling VVOVAZ
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	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	▪ Basisopleiding (Mediv) Bemiddeling : 2013 ▪ Vorming (VOVVAZ) De bemiddelaar blijft overeind : 2014
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	▪ Congres (Mediv) Bemiddeling en geweldloze communicatie ▪ Studiedag (KULeuven - Zorgbeleid) Open disclosure ▪ Vorming (Escala) Omgaan met psychiatrische patiënten ▪ Studiedag (Zorgnet-Icuro) Als Plospa de baas was in de zorg ▪ e-learning (AZ Maria Middelares) Informatieveiligheid en de nieuwe privacywetgeving ▪ Vorming (Kwinta) Coaching Customer Excellence : Hoe maak je je organisatie klantvriendelijk? ▪ Vorming (UZ Gent) Medische ethiek ▪ Vorming (UZ Gent) Privacybescherming in de gezondheidszorg ▪ Symposium (AHLEC) Multiculturalisatie in de gezondheidszorg ▪ Symposium (VVIZ) Open bezoekuren op Intensieve Zorgen

Werkingsterrein 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;…*	▪ 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, sensibilisering, vorming en advies rond patiëntenrechten en klachtenbehandeling ▪ Formuleren van aanbevelingen, sensibiliseren, promoten en ondersteunen van een proactieve 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 aanbrenger 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 leeropportuniteiten. 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 en 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 de onderlinge zorgrelatie verstoord is of dreigt te worden ▪ neemt zowel naar de patiënt als naar de organisatie toe een coachende, ondersteundende en meerzijdig 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 constructieve ingesteldheid, gericht op 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 pro-actief) 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	394
Aantal infodossiers	16
Aantal pro actieve dossiers	28
Aantal opvragingen patiëntendossier	42
Aantal ‘andere’	23

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)*	99
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	44
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)	6
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)	11
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

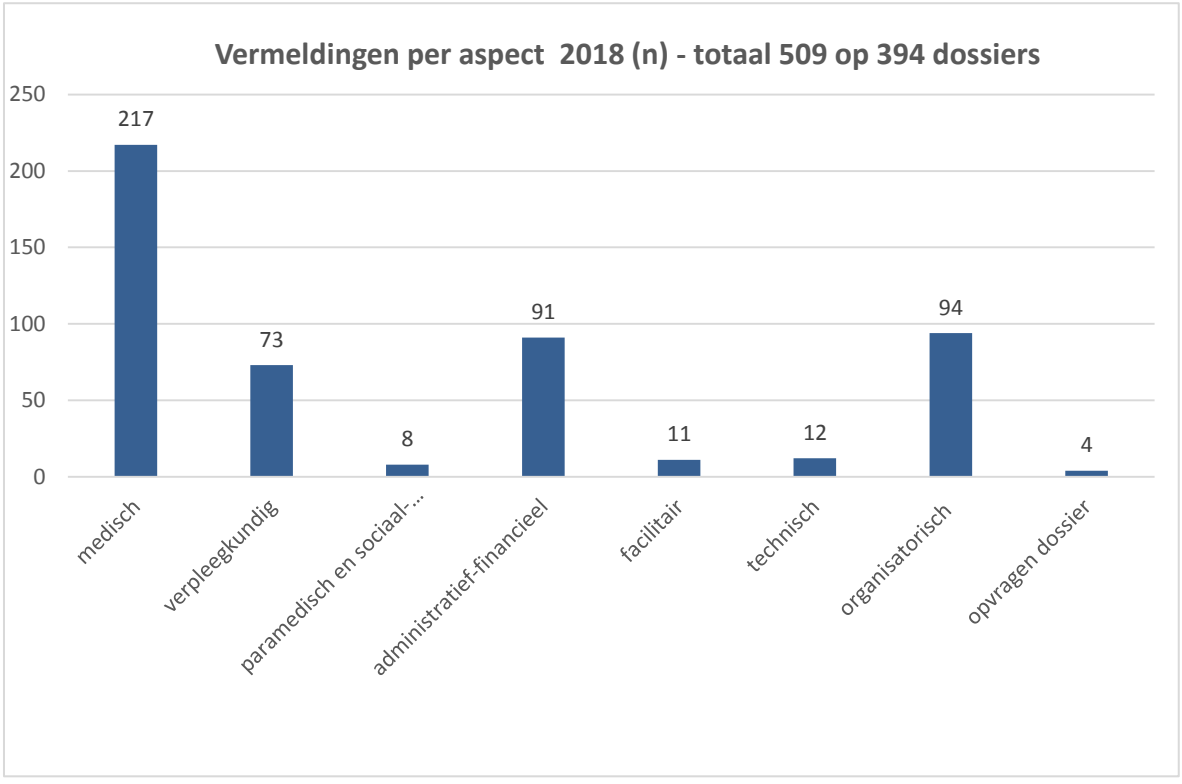
***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → dit omvat:*

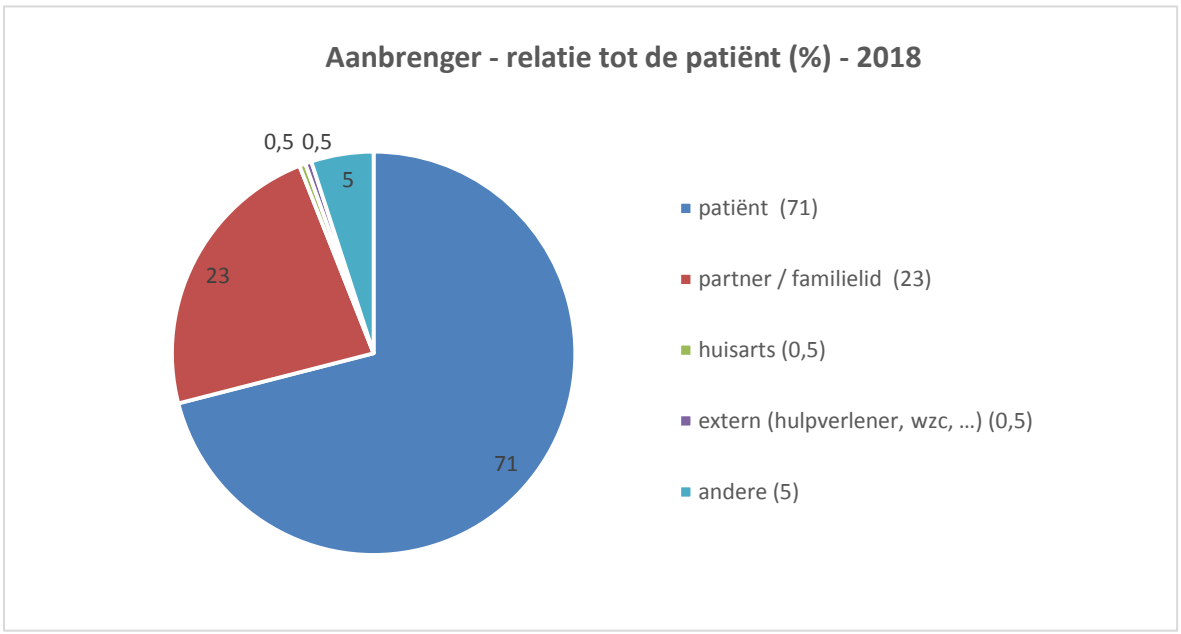
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de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

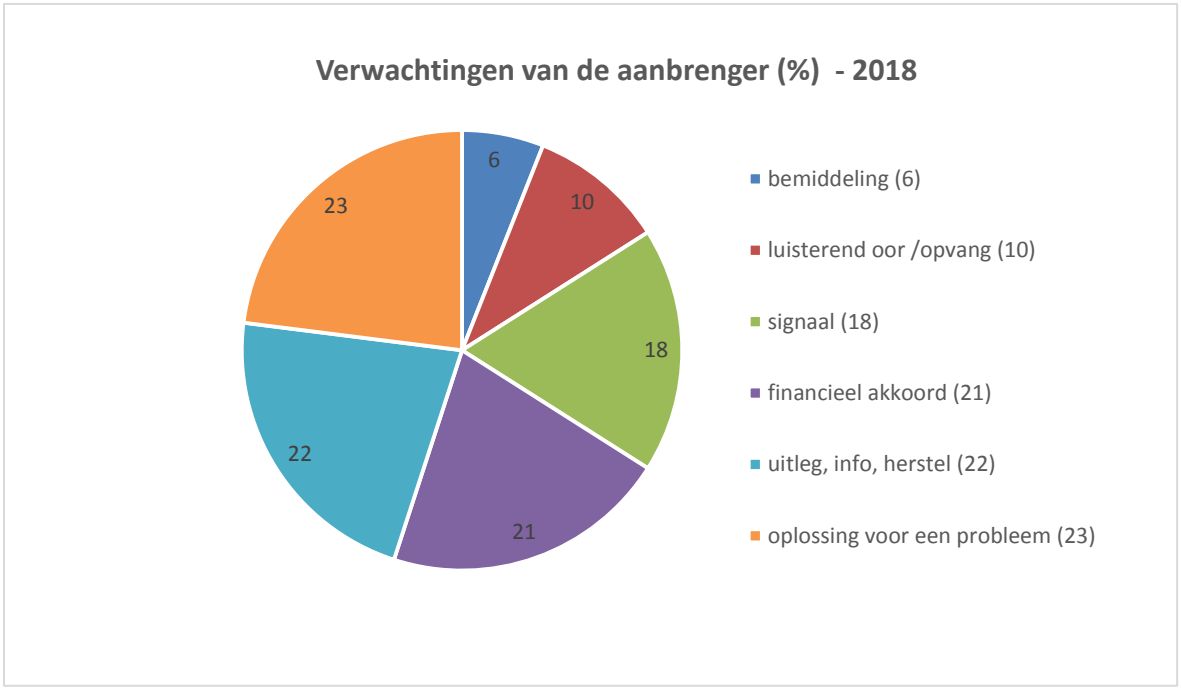
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	236

Tabellen/grafieken

Eén klacht bevat niet zelden meerdere aspecten waarrond men zijn ongenoegen deelt. Onderstaande grafiek biedt zicht op de onderlinge verhouding van de verschillende aangebrachte aspecten.




Aanbrenger - relatie tot de patiënt (%) - 2018
0,5
0,5
5
23
71
patiënt (71)
partner / familielid (23)
huisarts (0,5)
extern (hulpverlener, wzc, …) (0,5)
andere (5)


Verwachtingen van de aanbrenger (%) - 2018
6
10
18
21
22
23
bemiddeling (6)
luisterend oor /opvang (10)
signaal (18)
financieel akkoord (21)
uitleg, info, herstel (22)
oplossing voor een probleem (23)

Aanbevelingen

Omtrent de rapportage van 'verzoeningsresultaten' :

De rol die de ombudsdienst opneemt in het streven naar verzoeningsresultaten is in de eerste plaats een inspanningsverbintenis naar een respectvolle en discrete klachtenbehandeling toe, ongeacht de aanleiding of aard van een klacht, of de persoon door wie hij wordt aangebracht. Dit betekent dat men alles in het werk stelt om wie zich bij de ombudsdienst meldt, een luisterend oor te bieden, en wie als dienst of individu het voorwerp vormt van een klacht, aan te moedigen zich open te stellen voor de beleving van de patiënt en de bereidheid op te brengen hierrond in dialoog te treden of hieraan op een andere gepaste wijze gevolg te geven. De (doorgaans onzekere) uitkomst van een gesprek is daarbij ondergeschikt aan het feit dat dit kan plaatsvinden. Belangrijker is dat een draagvlak wordt gecreëerd waarin wederzijds ervaringen, perspectieven en argumenten kunnen worden uitgewisseld, ruimte vrijkomt voor nieuwe inzichten, de patiënt zich gehoord en begrepen voelt en het vertrouwen in het beste geval hersteld wordt. Dit kan gaan van tussenkomsten bij kleine ergernissen, ernstige problematieken of bemiddeling in functie van bijvoorbeeld een financiële of praktische regeling. Dat de ondersteuning die daarbij van andere rechtstreeks of onrechtstreeks betrokkenen (leidinggevenden, zorgmanagers, diensthoofden, directie,…) uitgaat, medebepalend is voor de uitkomst, hoeft geen betoog.

- ✓ cf. ook 2017 : 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.

  2018 : Stimuleren van een **proactieve benadering van klachten**
  ⇨ mogelijkheid tot signaleren van potentiële klachten via een digitaal meldportaal, louter ter informatie of met verzoek tot actieve tussenkomst van de ombudsdienst
  ⇨ nadruk op faciliteren en ondersteunen van conflicthantering door de betrokken verantwoordelijken en medewerkers, waar nodig of wenselijk : bemiddeling.
  ⇨ klachtenpreventie via verhogen van de zichtbaarheid en toegankelijkheid van hoofdverpleegkundigen en medewerkers : campagne "zich voorstellen"

- ✓ **Ziekenvervoer – pleidooi voor een beperking van de financiële last voor de patiënt**
  Verschillende vormen van zowel dringend als niet-dringend ziekenvervoer genereren een voor de patiënt bijzonder hoge factuur. Dit omwille van het feit dat men in specifieke situaties geen beroep kan doen op Mutas of de dienst 100 en daardoor aangewezen is op een andere ambulancedienst waarrond met de mutualiteit geen financiële afspraken bestaan. Dit betekent dat zij niet of slechts heel beperkt tussenkomen in de kost en het aandeel van de factuur ten laste van de patiënt hoog oploopt.

- ✓ **Verhoogde aandacht voor en evaluatie van meldingen rond privacy en beroepsgeheim**
  ⇨ nauwe afstemming met de *data protection officer* (GDPR)
  ⇨ sensibilisering en vorming gebruikers

- ✓ **Wisselwerking rol ombudsdienst en *patient experience manager***
  ⇨ Integratie van bevindingen uit klachten en andere informatiebronnen rond patiëntenbeleving o.m. via de instap in een elektronisch klachtenregistratiesysteem.

- ✓ Opvolging en evaluatie **diverse contactnames** via de ombudsdienst
  De ombudsdienst wordt frequent gecontacteerd voor andere dan klachtgerelateerde zaken, m.n. informatieve vragen, verzoeken tot tussenkomst in allerhande aangelegenheden, het bekomen van afschriften, e.a.
  ⇨ Inzicht verwerven in de aard en reden van deze aanmeldingen i.f.v. het detecteren van gebruikersnoden en verbeteropportuniteiten

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

info@vlaamseombudsdienst.be

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Sint- Maarten
Adres	Leopoldstraat 2 2800 Mechelen Rooienberg 25 Duffel Zwartzustersvest Mechelen Vanaf 11 oktober 2018 intrede nieuwe ziekenhuis: Liersesteenweg 435 Mechelen
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	026
Type (AZ, UZ, PZ,…)	AZ
Aantal bedden	**Aantal bedden** ➢ Erkende bedden: 643 (incl. psychiatrie) ➢ Operationele bedden: 657 (incl. psychiatrie) **Plaatsen op daghospitalisatie**:101 ➢ Heelkunde: 2x 30 ➢ Oncologie: 25 ➢ Geriatrie: 6 ➢ Pediatrie: 10 **Patiëntencijfers 2018** ➢ Opnames in verblijf: 19.642 ➢ Inschrijvingen in dagziekenhuis: 30.916 ➢ Ligdagen: 161.123 ➢ Raadplegingen: 200.828 ➢ Bevallingen: 1.217 ➢ Contacten via spoed: 33.505

Aantal campussen	3 campussen tot 11 oktober 2018.
Naam ombudsperso(o)n(en)	Caroline Canters
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1/06/2004
Bestaffing	75% tot 1/06/18 90 % tot 31/10/18 80% vanaf 1/11/2018
Lokalisatie dienst	Per campus 1.5 dag Vanaf 11/10/18 1 1 locatie.
Registratiesysteem	Infoland
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Website /QDMS Intranet 11/10/18
Vormingen i.k.v. bemiddeling	• Postgraduaat behaald familiale bemiddeling • Postgraduaat behaald Burger en handelszaken • Intervisiegroep bemiddelaars in eigen tijd. • KUL: Belangrijke spreker rond het thema open disclosure ifv bemiddelingsdossiers • Opleiding Peer support voor second victims.: Onderwerpen: bemiddeling, open disclosure, slachtoffers en artsen aan het woord , wat betekent bemiddeling in dergelijke dossiers? • Congres geweldloze communicatie: Communicatie tijdens bemiddelingsgesprekken

Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	• Peer support 4 second victims KUL terugkomdag. • Confocus: juridische opleiding : Op 1 na alle onderwerpen zeer interessant maar evenzeer confronterend. De achterstand, de hoge drempel om aan de "voorwaarden" te voldoen, de snelheid van de procedure prioritair boven de rechten van de partijen, de belangrijke voor maar ook nadelen van een informed consent, het FMO rechter en partij, advies versus vonnis,…Interessant vooral ook omdat er sprekers waren vanuit alle invalshoeken. Van directeur FMO tot een advocaat "medewerker" FMO van Dewallens & partners, een arts van Amma tot de zeer cynische en kritische blik van arts en jurist René Heylen werkzaam in het ZOL
Werkingsterrein 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;…*	• Klachten m.b.t. WPR • Niet patientenrechten gerelateerde klachten=Varia • Preventieve opdracht door het formuleren van aanbevelingen. • Opvolging en registratie afschriften dossier ifv klachtendossiers • 64 "rondetafelgesprekken" met alle betrokkenen. • Maandelijkse klachtencommissie: ○ waardoor breder draagvlak ○ waar a.d.h.v. klachten bijsturingen kunnen gebeuren.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Zie klachtenprocedure Zie flowchart

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
• De organisatie neemt klachten ernstig. • Klachten worden steeds naar de ombudsdienst afgeleid, ook indien deze gericht waren aan directie of andere departementen. • Maandelijkse klachtencommissie waarbij aanwezig algemeen directeur, financieel directeur, medisch directeur, verpleegkundig directeur en ikzelf als ombudspersoon.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
1. Ik ontvang de klachten, contacteer de betrokkenen, organiseer inzage samen met betrokken beroepsbeoefenaar, organiseer gesprekken waarbij alle betrokkenen aanwezig zijn alsook de patiënt en/of de familie, eventueel de huisarts. 2. Indien de indiener niet tevreden is met de afhandeling wordt hij verwezen naar de dienst ledenverdediging van de mutualiteit. Ik kijk met betrokkenen welke doorverwijzing aangewezen is en bezorg de informatie die indiener nodig heeft. 3. Ik werk steeds transparant voor alle betrokkenen. 4. Ik onderzoek elke klacht die binnenkomt 5. De door mij opgestelde klachtenprocedure wordt gevolgd.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;…)
Moeilijkheden: o De lange doorlooptijd : door werknemers die laattijdig reageren, de hoeveelheid. o De grote hoeveelheid werk voor 1 persoon. Sinds 1/11/18 uitbreiding +45% secretariële ondersteuning. +5% ombudsdienst

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen</u>: ✓ 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	504
Aantal infodossiers	9
Aantal pro actieve dossiers	68
Aantal opvragingen patiëntendossier	38 Enkel problemen bij opvraging worden door mij behandeld. Aanvragen die via de OD binnenkomen, ook al is er geen klacht aan verbonden worden geregistreerd, opgevolgd en

	afgesloten.
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, vragen van interne medewerkers m.b.t. afschrift, bemiddeling, problemen, …) ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	147
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	8
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	88
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	2
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	N.v.t.
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	3
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	6
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	5
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	2
Vermeende discriminatie	14

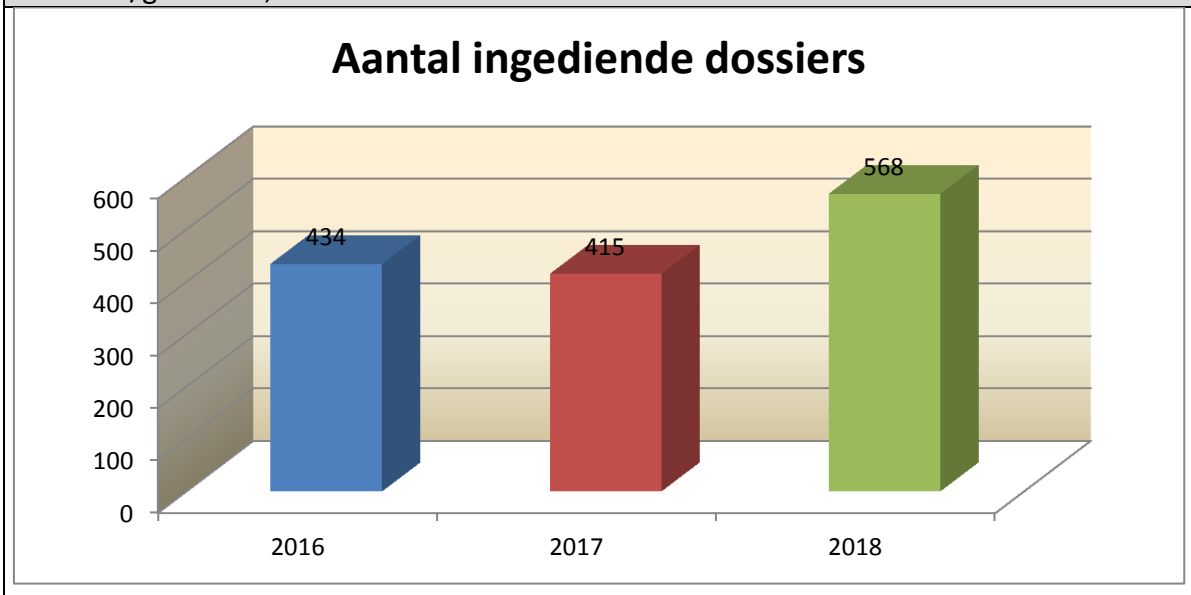
Rechten van de patiënt:

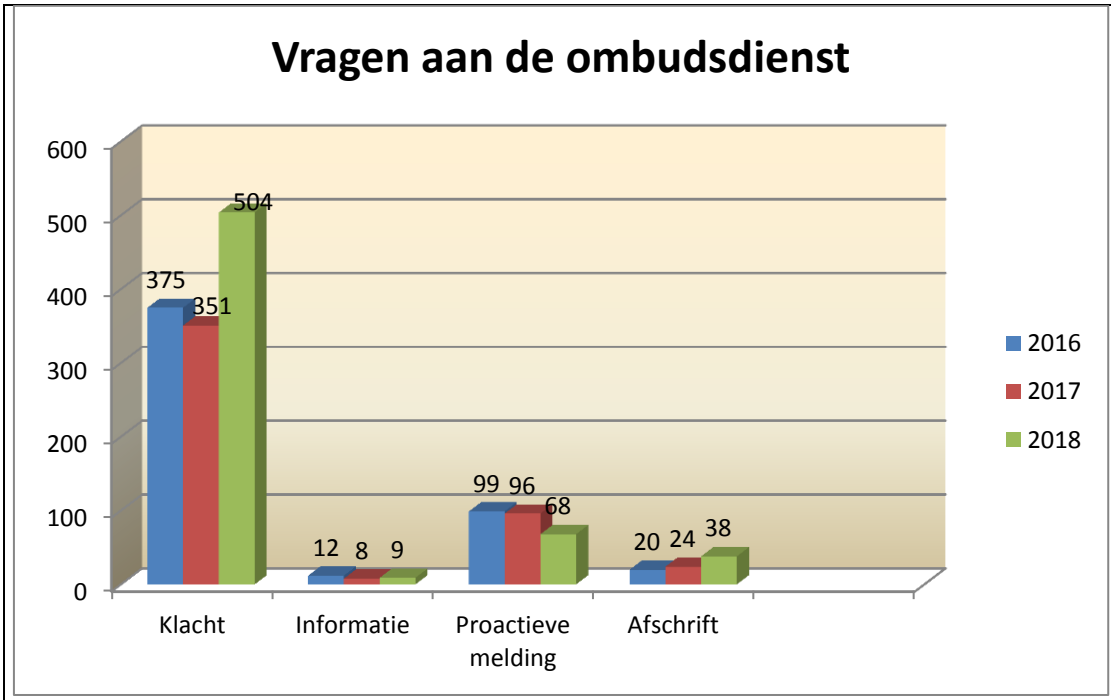
**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische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

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	216 dossiers
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	





Aanbevelingen voor 2019

1. Het hoofdstuk **open disclosure**, zoals aanbeveling in jaarverslag ombudsdienst 2017 en terugkomend in het VIR handboek(Zie onderdeel – 'rapportage over ongewenste voorvallen' (= open disclosure)) is m.i. een belangrijk uit te werken onderwerp. Geen losstaand onderwerp omdat dit enorm veel repercussies heeft op zeer veel vlakken namelijk juridisch, medisch, aansprakelijkheidsverzekeraar.….Vanuit de Vlaamse ziekenhuizen veel verschillende meningen, voor- en tegenstanders. Het voorbeeld is Nederland waar open disclosure geen keuze is per ziekenhuis maar opgelegd wordt door de overheid.

2. **Financiering ombudsdiensten**. Deze vergoeding is ondermaats indien het ziekenhuis een volwaardige ombudsfunctie met secretariële ondersteuning wenst te voorzien, zoals het KB opdraagt.

In overleg met de verschillende ziekenhuizen, meldingen, VVOVAZ heb ik onderstaand een aantal overlappende aanbevelingen:

3. **Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg**

   In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. De nodige aandacht, voor deze respectvolle bejegening naar de patiënten toe, primeert.

   Tegelijkertijd krijgen de ombudsdiensten ook regelmatig het signaal vanuit de beroepsbeoefenaar dat zij een tekort aan respect van de patiënt of familie ervaren.

   Er worden verwijten geuit, men eist een bepaalde behandeling/opname/voorschrift/attest/… waarna boosheid of agressieve uitlatingen indien men het gevraagde niet bekomt.

Bovengenoemde elementen dragen niet bij tot een constructieve sfeer en zorgen voor een emotionele belasting bij alle partijen. De wijze waarop onvrede over de behandeling geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht voor alle partijen

4. **Een sensibiliseringscampagne vanuit de overheid over de rol van een spoeddienst. kan een belangrijke meerwaarde betekenen**

   Patiënten hebben regelmatig verwachtingen naar de spoeddienst toe , die niet ingelost kunnen worden. Men gaat er vanuit dat je 'spoedig' wordt geholpen.
   - Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren.
   - Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te raken.
   - Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen, een dringend tandartsconsult,..

   Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdiensten krijgen hierover ook regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat spoed een eerstelijnsdienst is, waar iedereen altijd terecht kan. Patiënten komen naar spoed met aandoeningen die in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden.

   Binnen de ziekenhuizen bestaat de opdracht om patiënten correct te informeren. Op maatschappelijk niveau kan een campagne: **'spoedgeval of niet?'** een belangrijke meerwaarde bieden, duidelijkheid brengen. Op die manier kan men een aantal klachten en frustraties voorkomen.
   In AZ Sint Maarten werd een huisartsenpost opgenomen in het nieuwbouwconcept.

5. **Meer patiëntgerichte werktijd in het belang van zorgverstrekkers en patiënten.**

   Er is nood aan meer informatie versus nood aan tijd om te communiceren
   Een overgroot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie, een minder goede communicatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen.

   Patiëntenrechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt vanuit de verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings- en verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om bepaalde beslissingen weloverwogen te kunnen maken.

Zorgverstrekkers botsen van hun kant op het feit dat zij bij "Veel vragende patiënten" onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.

Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail. Verpleegkundigen, steeds met minder hetzelfde werk doen, lopen tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten. Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net de mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De core van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk te staan en veroorzaakt spanning en stress.

Langs beide kanten van het verhaal zitten mensen die de situatie anders zouden willen zien en die vragen om meer tijd om samen gefundeerde keuzes te kunnen maken.* In Sint maarten wordt in mei een medisch-ethisch colloquium met Morele stress als hoofdthema georganiseerd. "*Werken in de zorg is waardevol. Toch stellen we vast dat zo'n job ook morele stress met zich kan meebrengen: een langdurige stress met gevoelens van frustratie of onmacht omdat de hulpverlener zijn zorg opdracht niet lijkt te kunnen uitvoeren zoals hij dat eigenlijk voor ogen heeft".*

Vanuit Zorgnet - Icuro heeft de Commissie voor Ethiek een ethisch advies uitgewerkt over dit onderwerp. Ik ondervind dagdagelijks, in mijn werk en de aard van de geformuleerde klachten, het belang hiervan.

6. **Nood aan maatregelen inzake het ziekenvervoer**

a. Dringend ziekenvervoer tussen ziekenhuizen valt tussen de regelingen van diverse instanties.

Het dringend ziekenvervoer vanuit het ziekenhuis blijft een groot probleem. Mutas (een intermutualistisch project waarmee diverse ziekenfondsen samenwerken – voor 8.800.000 leden) – organiseert geen dringend vervoer o.a. met monitoring, zuurstof en/of onder begeleiding van een verpleegkundige of arts en verwijst voor dergelijk vervoer naar de dienst 100

De dienst 100 weigert meestal dergelijk transport, zij zien dit niet als dringend gezien de patiënt zich reeds binnen de ziekenhuismuren bevindt of naar ander ziekenhuis over gebracht wordt. Achterliggende regelgeving gebiedt hen ook de patiënt naar een dichtstbijzijnd behandelcentrum voor de betrokken pathologie te brengen dit vormt vaak niet het centrum dat tegemoet komt aan de keuze van de patiënt. Tevens zijn de middelen ook hier beperkt waardoor de dienst 100 de interventiezone niet kan verlaten.

Met als gevolg dat patiënt zal terugvallen op een ambulancedienst waarvoor zijn ziekenfonds vaak geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt een dure rekening ontvangt waar het ziekenfonds en vaak ook de achterliggende

hospitalisatieverzekeringen niet (of erg beperkt) in tussenkomen.

b. Niet-dringend ziekenvervoer waarbij de patiënt zuurstof, infuus, sondevoeding (+ andere verpleegkundige B1 handelingen) toegediend krijgt onder andere bij ontslag uit het ziekenhuis, transport naar het ziekenhuis of interhospitaal transport kan niet via Mutas worden geregeld.

Patiënt zal hierdoor terugvallen op ambulancediensten waarvoor zijn ziekenfonds geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt met duurdere rekeningen geconfronteerd wordt.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (*vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?)*:
Voorstelling Jaarverslag aan directie, bestuur comité, diensthoofden, medische raad.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

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

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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	504 bedden
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Annemie Piron Katrijn Van Den Driessche
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Annemie Piron: 06/04/2007 Katrijn Van Den Driessche: 10/11/2017

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*;* *(waar te raadplegen)*	Ja, bij de ombudsdienst, op de website, aan onthaal
Vormingen i. k .v. bemiddeling	Annemie Piron: Basisopleiding bemiddeling Bemiddeling in sociale zaken Beide opleidingen gevolgd bij MEDIV Katrijn: Dagopleiding bemiddeling
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Tweedaagse VVOVAZ - Carousselmomenten in AZ Alma(uitleg VIR bv overdracht patiënteninformatie)
Werkingsterrein van de ombudsdienst *(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst*	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.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	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. 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.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
Klachten zijn voor de organisatie een signaal over hoe de patiënt en/of familie de opname/ behandeling ervaren heeft. Klachten worden ernstig genomen en er wordt nagegaan waar het mogelijks mislopen is, en welke verbeteracties kunnen ondernomen worden zodat de klacht in de toekomst kan vermeden worden.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
De klacht wordt geregistreerd en er wordt een ontvangstmelding gestuurd. De ombudsdienst gaat bij melding van een klacht steeds na of er mogelijks al een melding is gebeurd bij medewerker/zorgverlener. De ombudspersoon probeert in eerste instantie om de rechtstreekse communicatie tussen patiënt/zorgverlener te bevorderen. Indien dit om één of andere reden niet mogelijk is zal de ombudsdienst via bemiddeling (pendelbemiddeling of partijen rond tafel) pogen om tot een aanvaardbare oplossing te komen tussen de betrokken partijen. Er wordt geen standpunt ingenomen door de ombudspersoon. Zij behoudt haar neutrale en onafhankelijke positie.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;…)
Indien niet tot een oplossing kan gekomen worden wordt doorverwezen naar externe instanties: - dienst ledenverdediging mutualiteit - Fonds voor Medische Ongevallen - Orde van Artsen - Vlaams patiëntenplatform - …

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	356
Aantal infodossiers	30
Aantal pro actieve dossiers	23
Aantal opvragingen patiëntendossier	89: waarvan 11 via 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.

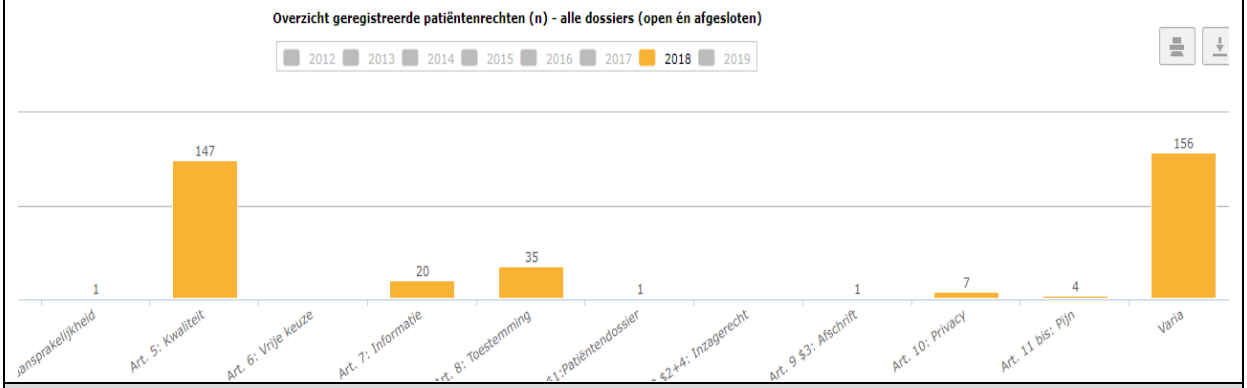
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	147
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	20
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	35
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	1
Recht 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)	7
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	4

Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

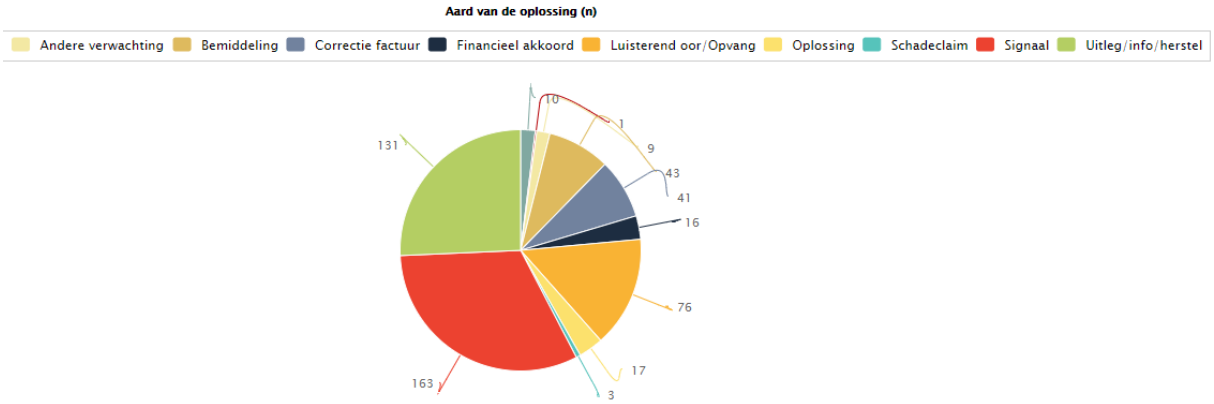
***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → dit omvat:*

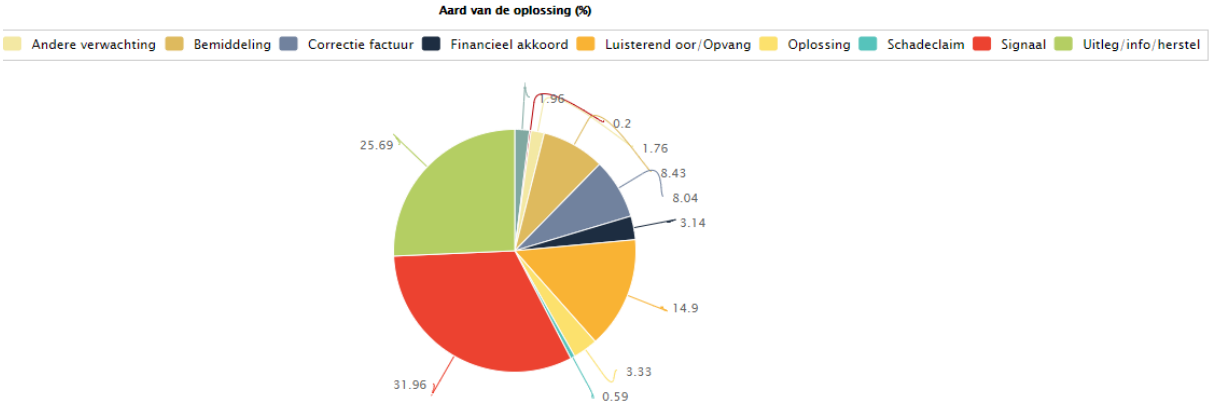
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de 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	156
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
	

Aard van de oplossing	

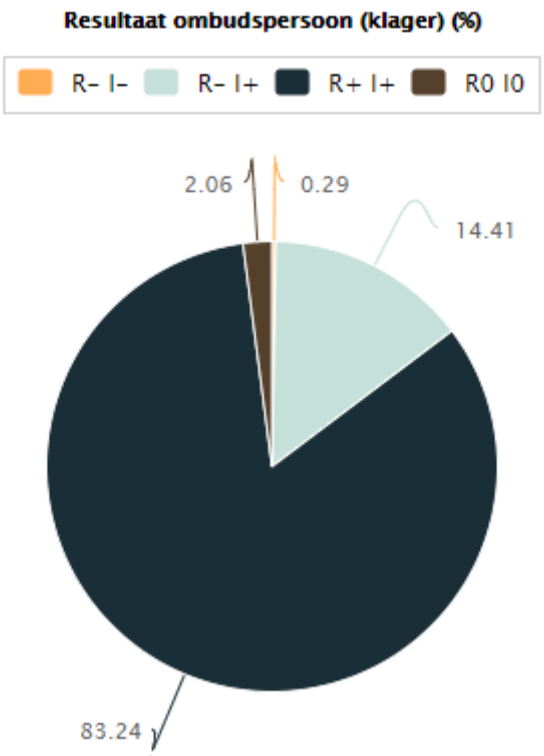
Grafieken: aantallen en percentages





We zien dat in 8,43 % van de klachten wordt bemiddeld, dit zowel door partijen rond tafel te brengen als door pendelbemiddeling. Dit gebeurde bij 43 klachten.
Bij 26% van de klachten (131) wordt uitleg, informatie gegeven en wordt getracht op deze manier tot een herstel van relatie te komen, ook vaak door pendelbemiddeling.

Resultaat van de ombudspersoon
Grafiek: percentages



We zien dat in 83% van de klachten de klager tevreden is over het resultaat en de interventie door de ombudsdienst. In 14% van de meldingen is de klager wel tevreden over de interventie maar niet over het resultaat. In 2% van de klachten is het niet geweten of men tevreden is over het resulaat of de interventie(bv. Klager reageert niet meer op mail of telefoon).
Noot: deze beoordeling gebeurt door de ombudspersoon zelf.

De Dennen vzw
woonzorg- en
revalidatiecentrum

Jaarverslag ombudsdienst - 2018

1. Instellingsgebonden informatie

1.1. Op welk type van instelling heeft het jaarverslag betrekking?

Algemeen ziekenhuis - SP psychogeriatrie

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.

Bemiddelingsboek - 1229

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).

4 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)

0 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)

3 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. <u>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</u>

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 2018

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

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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 Willemyns – 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	De burelen van de ombudsdienst bevinden zich - 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	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. Het huishoudelijk reglement ligt ter inzage van de patiënten, medewerkers en iedere belangstellende - aan het onthaal van elke campus - in de burelen van de ombudsdienst Dit huishoudelijk reglement is tevens raadpleegbaar op de website van het ziekenhuis www.azsintjan.be en intern via intranet.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	- De drie ombudspersonen volgden de basisopleiding bemiddeling bij MEDIV - Diverse terugkom- en verdiepingsdagen VVOVAZ-MEDIV: patiëntenrechten, bemiddeling, ombudsfunctie, geweldloze/verbindende communicatie, … - Postgraduaat gezondheidsrecht en Ethiek UAntwerpen - Diverse studieavonden (vb. FMO, beroepsgeheim, …) - De communicatie beroepsbeoefenaar-patiënt: welke goede praktijken? (colloquium 15j patiëntenrechten)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Interne opleidingen waarderingsbeleid 'blij dat je erbij bent' - GDPR en e-health patiëntendossier – VVOVAZ - Interne feedback studiedag 'Open disclosure' - Infosessie e-health mogelijkheden - Interne vorming Privacy - Infosessie JCI-Mock audit - Tweedaagse opleiding 360° ombudsdienst – VVOVAZ Deep democracy, Vlaamse ombudsman, juridische vraagstukken in het ombudswerk
Werkingsterrein van de ombudsdienst	- 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 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. - Om te beantwoorden aan de verwachting van leidinggevenden 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.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	De klachten worden behandeld conform het huishoudelijk reglement. - 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 facturatiedienst, 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 bemerkingen/moeilijkheden:
◦ Patiënten hebben een **verkeerd beeld over de spoedgevallenfunctie** en bijgevolg ook verkeerde en **onrealistische verwachtingen**, wat dan ook regelmatig resulteert in klachten over de spoedgevallendienst. Ook met de verwijzing naar de naastliggende **huisartsenwachtpost** heeft men het soms moeilijk. Patiënten ✓ verwachten/willen onmiddellijk geholpen worden: spoedgevallendiensten hebben volgens hen de plicht mensen in nood te helpen. ✓ voor elk probleem, vaak ook niet acuut ✓ verwachten dat alle onderzoeken dringend kunnen gebeuren ✓ denken dat het sneller zal gaan ✓ verwachten dat de volgorde van aanmelden het criterium is om geholpen te worden. ◦ **Jaarverslag** voor de Vlaamse ombudsman ✓ De verwachtingen qua inhoud zijn anders dan voorheen, zeer vaag en laat gecommuniceerd ✓ **Begrip 'verzoening'** als resultaat: o.i. is de visie van de Vlaamse Ombudsman hierop moeilijk toe te passen in de context van klachten in het ziekenhuis, over de zorgverlening, waar beleving sterk op de voorgrond komt. Ook of de patiënt zich enigszins kan vinden in het antwoord is een belangrijke factor. Het is immers ook steeds wat wij doen: proberen het conflict te matigen, tot begrip komen bij de diverse partijen … ◦ **feedback** (geanonimiseerd) naar de verantwoordelijken **over de klachten** t.a.v. hun dienst ✓ is belangrijk i.f.v. de aanbevelingen en mogelijke bijsturing en verbetering van de kwaliteit ✓ door de hoge werkdruk voor artsen, zorgverleners en medewerkers, zowel in de zorg als t.g.v. de vele administratieve zaken, wordt hieraan geen prioriteit gegeven en verdwijnt dit te gemakkelijk op de achtergrond ✓ gebeurt te weinig en hangt af van wie er actief naar vraagt … ◦ Contactformulieren op de website en sociale media zijn een gemakkelijk kanaal voor ieder die wil om ongenoegens te spuien. Een uitdaging dus om daar als zorgorganisatie gepast

mee om te gaan.

- **Goede en correcte communicatie** in de zorg is essentieel en maakt deel uit van het zorgproces. Klachten vinden veelal een oorsprong in een misverstand of in een aspect van de communicatie. Met elkaar spreken en luisteren naar elkaar vraagt echter de nodige **tijd**, die door werkdruk en van allerlei aard te veel moet inboeten, tot ieders ongenoegen.

- Het aantal behandelde **klachten**(dossiers) geeft geen enkel beeld over de **impact,** intensiteit en tijdsbesteding ervan. Is het wenselijk om te proberen dit enigszins te objectiveren?

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	881 nieuwe klachtendossiers werden opgestart 94 dossiers opgestart in 2017 werden verder behandeld
Aantal infodossiers	86 totaal 51 infodossiers over patiëntenrechten voornamelijk i.v.m. inzage of afschrift dossier
Aantal pro actieve dossiers	27 preventieve meldingen waarvan slechts één evolueerde naar een klachtendossier
Andere activiteiten/initiatieven	Infosessies ombudsfunctie – patiëntenrechten: - 5 korte infosessies voor nieuwe medewerkers - 2 infosessies in de Week v. d. verpleegkunde - individuele toelichting nieuwe hoofdverpleegkundige/zorgmanager - uitgebreide sessie aan een zorgteam Bespreking/toelichting aanbevelingen en jaarverslag 2017: - Algemene Vergadering - Directie verpleging en zorgmanagers - Medische Raad - 3 keer clustervergadering hoofdverpleegkundigen Feedback en bespreking overzicht klachten 2017 met hoofdverpleegkundige en zorgmanager Overleg (4) met DPO – GDPR en Privacyverklaring Comité patiëntveiligheid (2) Begeleiding stagiair 16u (Banaba Zorgmanagement)
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)*	285
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	9
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	22
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	23
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)	7
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)	4

Rechten van de patiënt:

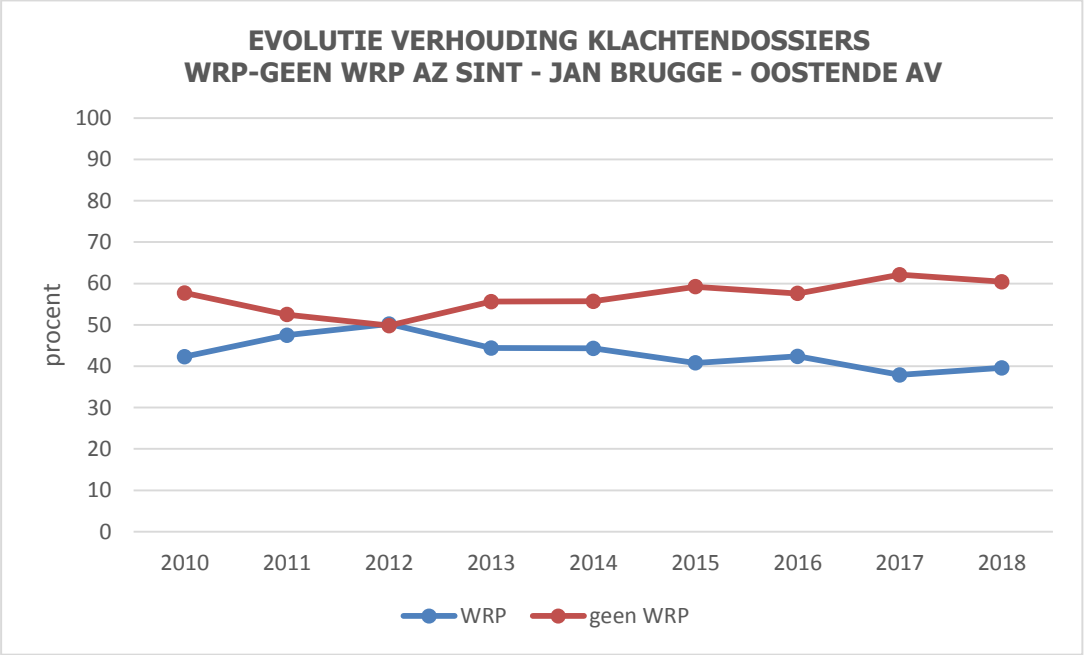
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling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

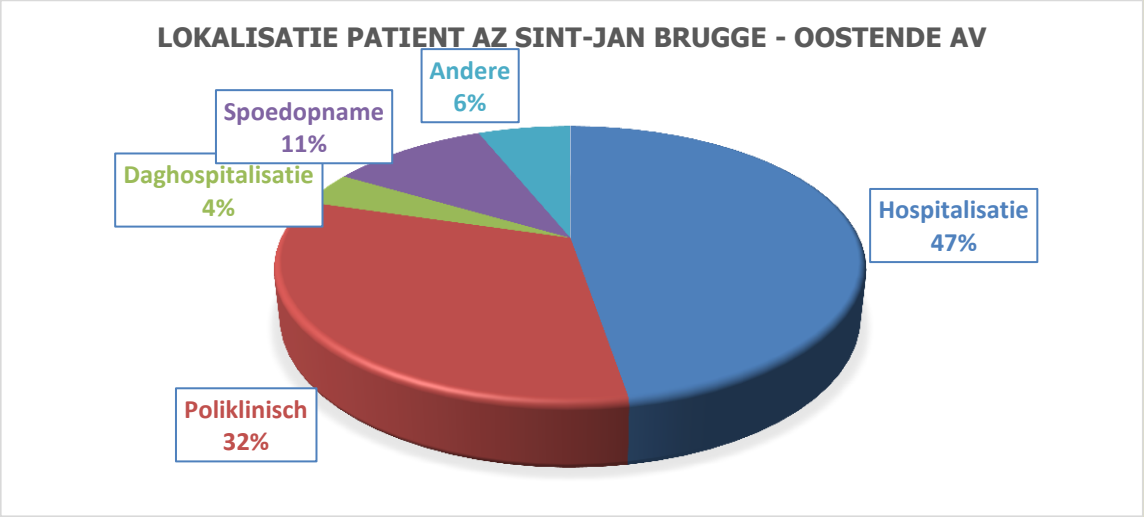
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	532

Klachtendossiers met betrekking tot de wet ‘Rechten van de patiënt’ (WRP) versus andere klachten



Aanbreng van de klachten

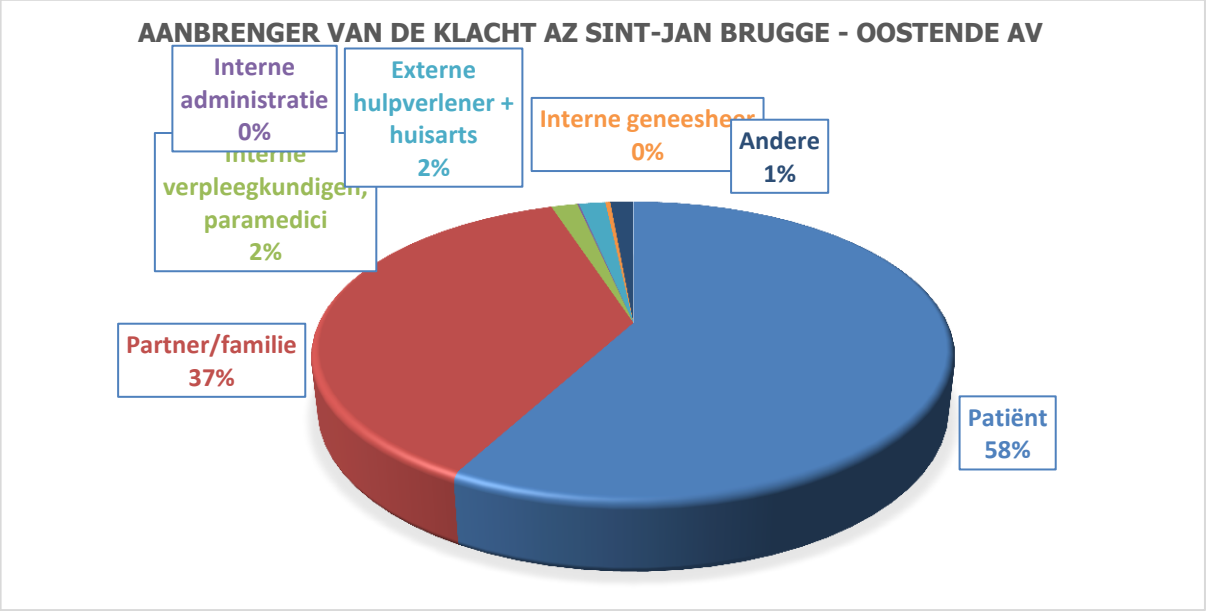
1. Waar bevindt de patiënt zich?



We weerhouden:

- Bijna de helft **gehospitaliseerde** patiënten
- Een derde **poliklinisch**, minder in campus HS
- Campus HS: meer patiënten op spoedgevallen
- Ook klachten over de huisartsenwachtpost, gelegen bij de spoedgevallen, komen bij de ombudsdienst terecht.
- **T.o.v. 2017**:
  - ✓ Meer gehospitaliseerde patiënten
  - ✓ Meer patiënten op spoedgevallen
  - ✓ Minder poliklinische patiënten

2. Wie brengt de klacht aan?

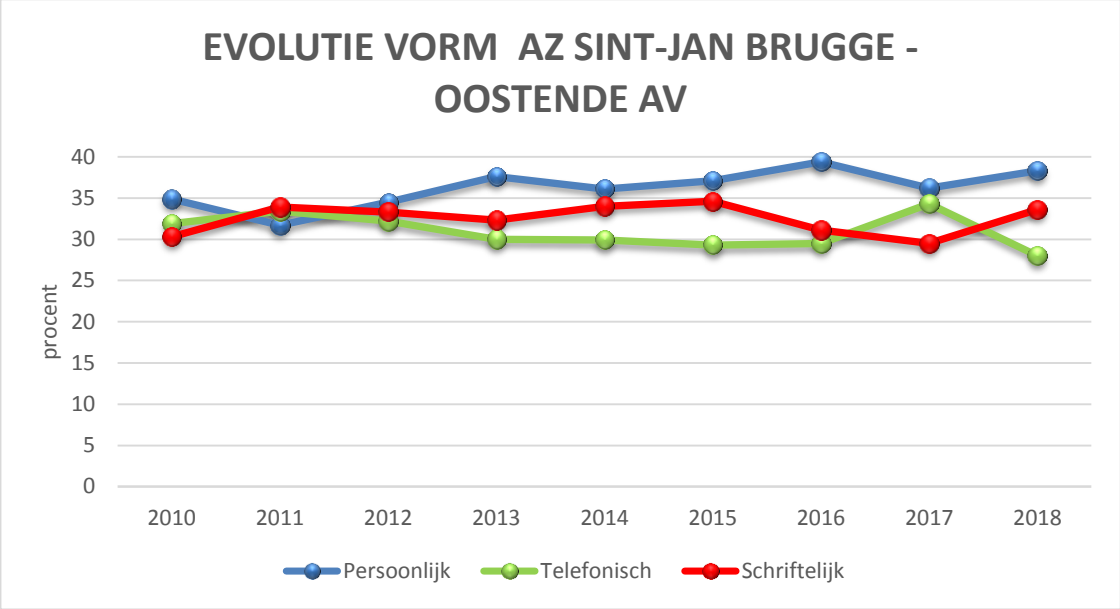


We weerhouden:

- **Vijf** aanbrengers wensten zich uitdrukkelijk niet bekend te maken. **Anonieme klachten** worden in principe **enkel geregistreerd** of hoogstens ter info bezorgd aan de betrokkenen of dienst indien de melding een belangrijk signaal gegeven wordt.
- **Grootste aandeel** aangebracht **door de patiënt zelf**
- T.o.v. 2017
  - ✓ Nog meer door de patiënt zelf aangebracht
  - ✓ Minder door 'anderen'

3. Hoe wordt de klacht aangebracht?

Eenzelfde klacht wordt soms in meerdere vormen aangebracht.



Evolutie van het aantal klachten van 2010 tot 2018 die in een mondeling (persoonlijk en telefonisch) contact, respectievelijk schriftelijke vorm worden aangebracht.

We weerhouden:

- Twee derde klachten gemeld in een persoonlijk of telefonisch contact
- Campus HS: bijna de helft in een persoonlijk contact
- T.o.v. 2017 meer schriftelijke en minder telefonische meldingen, vooral in de campus HS

4. Aan wie is de klacht gericht?

Soms worden klachten naar meerdere instanties tegelijk gestuurd.

We weerhouden:

- Bijna uitsluitend **rechtstreekse meldingen** aan de ombudsdienst
- Weinig via de dienst patiëntenadministratie
  - ✓ Zij proberen zoveel mogelijk zelf eerst de vragen of klachten te beantwoorden.
  - ✓ De ombudsdienst adviseert patiënten om zicht met hun vragen, bemerkingen of problemen over hun facturen eerst rechtstreeks tot de facturatie te richten.
- Via de patiënten-evaluatieformulieren (stafdienst kwaliteit)
  - ✓ zelden klachten die een bemiddeling door de ombudsdienst vragen.
  - ✓ Via de bevraging wenst het ziekenhuis immers te peilen naar de ervaring van de patiënten, wat uiteraard ook negatieve ervaringen genereert waarmee de diensteen zelf aan de slag kunnen.
- Via het contactformulier op de website van het ziekenhuis
  - ✓ mogelijkheid is nieuw sinds vernieuwing website begin 2018

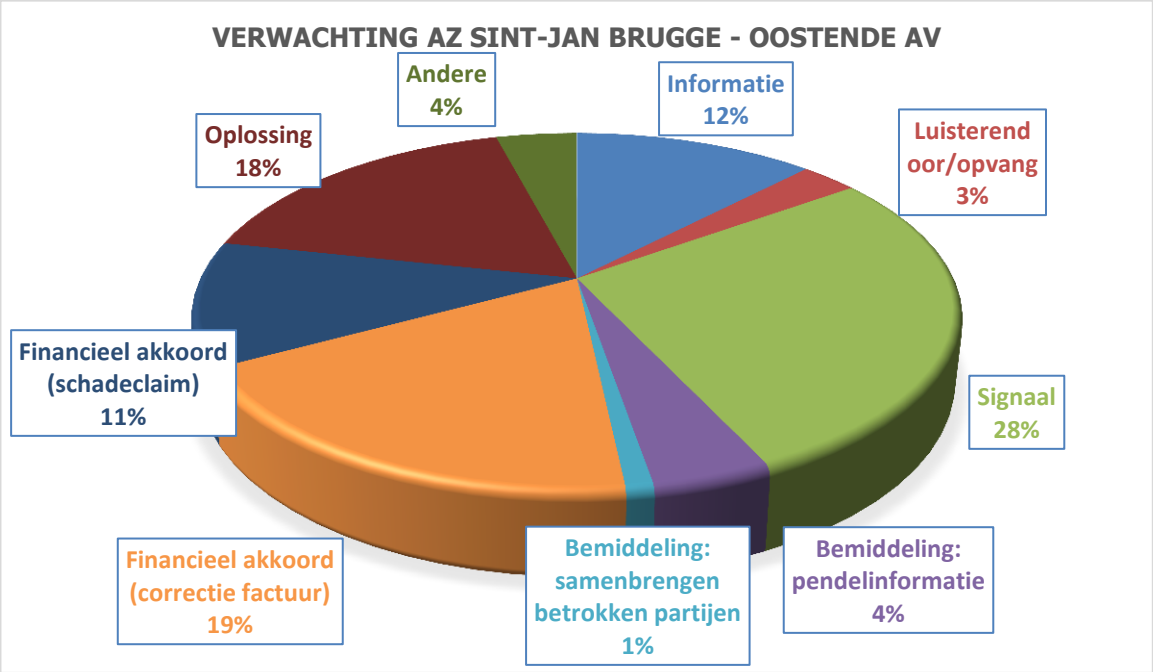
5. Conclusie aanbreng van de klachten

De informatie hoe en door wie de klachten aangebracht worden, geeft o.i. een beeld van de laagdrempeligheid en bekendheid van de ombudsdienst als aanspreekpunt voor klachten.
Het is tevens een aanwijzing dat andere diensten, o.a. de facturatiedienst, apotheek, …. de klachten die zij ontvangen zelf (kunnen) afhandelen. Dit sluit aan bij de visie dat klachten best eerst rechtstreeks door de betrokkenen onderling besproken worden.

Behandeling van de klachten – resultaat van de bemiddeling

De behandeling van een klacht start steeds met het **beluisteren van de klacht en de verwachting** die men heeft ten aanzien van de behandeling van zijn klacht. De mogelijkheden binnen de bevoegdheden van de ombudsdienst worden met de aanbrenger besproken.
Als bemiddelaar is het ook onze opdracht de rechtstreekse communicatie tussen de patiënt en de betrokken zorgverlener(s) te stimuleren en te faciliteren. Wij proberen dan ook de patiënten te **motiveren om rechtstreeks in gesprek te gaan met de betrokken zorgverleners of de dienst.**
Anonieme klachten worden niet behandeld.

1. Verwachting van de klager/aanbrenger



Grafische voorstelling van het aantal klachten in 2018 volgens de verwachting van de klager.

We weerhouden:

- Blijvend **weinig tot geen expliciete vraag voor bemiddeling**
- 30% verwacht één of andere vorm van **financiële regeling**
    - ✓ **Correctie factuur** o.w.v. ongenoegen over (resultaat) behandeling, foutieve of onterechte facturatie, foute zorg, niet geïnformeerd (over kostprijs), …
    - ✓ **Schadeclaim** o.w.v. vermeende fout door ziekenhuis of zorgverlener.
        - Voornamelijk 'organisatorisch': verloren voorwerpen, schade persoonlijk gerief, val, … volgens patiënten vaak door tekortkoming van medewerkers/ziekenhuis
        - Meer dan een vierde o.w.v. schade door medische zorg

- 28% vindt het belangrijk een signaal te geven met **verbetering van de dienstverlening** in de toekomst. Deze patiënten **wensen te vernemen wat de betrokken dienst, personen of leidinggevenden zullen ondernemen** hiervoor**.**
- Veel patiënten verwachten enige **erkenning** dat er inderdaad iets fout liep en wensen **begrip** door de medewerkers.
- Blijvend **verkeerde verwachtingen** t.a.v. de ombudspersonen, wellicht door onvoldoende kennis over de ombudsfunctie. Vb. regelen van afspraken, op de vingers tikken, bijsturen, onmiddellijke oplossing, …
- **T.o.v. 2017**
    - ✓ Meer signaal en schadeclaim
    - ✓ Iets minder oplossing, bemiddeling, informatie

2. Wijze van de klachtenbehandeling

Naast de verwachting bepaalt ook de aard van de klacht op welke manier deze (best) kan behandeld worden. De behandeling van de klacht gebeurt **steeds in overleg en met akkoord van de patiënt**.

Sinds 1 januari 2016 registreren we in het ziekenhuis op welke manier de klacht werd behandeld of beantwoord. Dit laat ons toe om enigszins een **beeld** te geven **van het resultaat na bemiddeling** door de ombudspersonen en af te toetsen met de oorspronkelijke verwachtingen van de patiënten inzake hun klacht. In deze rubriek gebruiken we de gegevens die beschikbaar zijn op 31 januari 2019.

2.1. Schadeclaims (105)

- **50 schadedossiers ingediend bij de BA verzekering** van de arts/het ziekenhuis.
- In principe enkel schadevergoeding wanneer de verzekering aansprakelijkheid beoordeelt én voor zover een oorzakelijk verband kan vastgesteld worden
- Kanttekening: Wanneer de arts (in de campus HS) niet verzekerd is bij de BA verzekering via het ziekenhuis heeft de ombudsdienst geen zicht op of feedback over de afhandeling door de verzekering.

2.2. Bemiddeling (49)

- 11 bemiddelings**gesprekken** gevoerd samen met patiënt/familie en betrokken zorgverlener
- 79 keer d.m.v. **pendelbemiddeling** klacht behandeld
- 28 keer de **betrokken partijen rechtstreeks met elkaar in contact** gebracht
- Tweetal keer de patiënt kunnen **motiveren rechtstreeks hun ongenoegen** met de arts/zorgverlener of verantwoordelijke **te bespreken.**

2.3. Correctie ziekenhuisfactuur (174)

- Facturen worden enkel gecorrigeerd indien er, na onderzoek door alle betrokkenen, een (administratieve) fout of vergissing door het ziekenhuis kan vastgesteld worden. In geval dit onduidelijk is en/of bij blijvende betwisting, wordt dit aan de directie voorgelegd.
- helft facturen werden uiteindelijk gecorrigeerd.

2.4. Andere financiële regeling

- 13 keer werd een financiële regeling getroffen
- In antwoord op een ervaren probleem met financiële gevolgen voor de melder
- Zes keer **parking gerelateerd**
- 4 keer in het kader van **facturatie ziekenvervoer**

2.5. Informatie/toelichting gegeven (113)

- 303 keer werd de klacht beantwoord bij wijze van informatie/toelichting geven ter verduidelijking.
- Door de patiënt te informeren over de omstandigheden, procedures, visie van de zorgverleners/het ziekenhuis, facturatie regelgeving, enz. … **proberen we tot een aanvaardbaar antwoord en begrip te komen en zo het vertrouwen in de organisatie of zorgverlener(s) te herstellen.**

2.6. Signaal (259)

- 101 keer werd een signaal gegeven naar artsen, zorgverleners, medewerkers, teams, leidinggevenden, enz.
- Doelstelling: **kritische reflectie initiëren met mogelijke verbeteracties** om, zoals de patiënt het zelf vaak verwoordt, andere patiënten te behoeden voor gelijkaardige ervaringen of voorvallen.

2.7. Oplossing voor een individueel probleem (162)

- 37 keer kon in overleg met de betrokken medewerkers, leidinggevenden of diensten een (aanvaardbare) oplossing voorgesteld of gevonden worden.

2.8. Luisteren/registratie

- 100 keer werd een dossier afgesloten met enkel de registratie
- In overleg met de patiënt wanneer hij enkel melding bij de ombudsdienst wil maken en geen verdere acties wil.
- Wanneer de patiënt enkel zijn verhaal eens kwijt wil
- Onontvankelijke en anonieme klachten

2.9. Eenzijdig afgesloten

- 45 klachtendossiers werden door **de aanbrenger eenzijdig afgesloten**.
- **de aanbrenger reageert niet** meer op
  - ✓ een verzoek van de ombudsdienst voor bijkomende informatie
  - ✓ een voorstel hoe we hun klacht kunnen behandelen
  - ✓ een uitnodiging om over hun klacht (verder) in gesprek te gaan.
- De ombudspersonen krijgen dan geen kans om te bemiddelen of de klacht te bespreken.

2.10. Onontvankelijke klachten

- 14 meldingen werden als onontvankelijk geregistreerd omdat bv.
  - ✓ het over een externe dienst of voorval gaat
  - ✓ de melding niet gebeurt door de patiënt of zijn vertegenwoordiger en er geen kennisname van akkoord door de patiënt mogelijk is
  - ✓ er onvoldoende informatie beschikbaar is
- Onontvankelijke klachten **worden niet behandeld**

We weerhouden:

- **Minstens 130 klachten werden behandeld via bemiddeling in ruime zin**. Dit is iets meer dan vorig jaar. In realiteit is veel meer bemiddelingswerk verricht.
- Ongeveer **een derde** van de klachtendossiers kon afgesloten worden bij wijze van **informeren en verduidelijken**, weliswaar niet steeds tot tevredenheid van de klager (die er een andere visie op na houdt).
- **Schadeclaims**
  - ✓ Na de tussenkomst van de ombudsdienst (info, bemiddeling, verduidelijking verschil tussen complicatie en fout, …) beslisten **55 patiënten niet verder te gaan** met hun oorspronkelijke schadeclaim.
  - ✓ Het verschil tussen fout en complicatie wordt vaak moeilijk begrepen. Patiënten gebruiken het argument dat ze er zelf niets kunnen aan doen of geen fout in hebben
  - ✓ Nog niet alle schadedossiers BA verzekering zijn afgesloten
  - ✓ In ongeveer de helft van de beoordeelde verzekeringsdossiers is een **schadevergoeding**

gebeurd of voorzien.

- Ongeveer de helft van de **betwiste facturen** werd **gecorrigeerd**
- **T.o.v. 2017**
  - ✓ Iets meer bemiddeling
  - ✓ Meer schadeclaim – minder schadedossier verzekering
  - ✓ Ongeveer zelfde beeld voor signaal, correctie facturen, oplossing
  - ✓ Iets minder eenzijdig afgesloten
  - ✓ Minder onontvankelijke klachten

3. Resultaat van de bemiddeling

De Vlaamse Ombudsdienst communiceert uitdrukkelijk naar van het Vlaams Parlement over de resultaten vanuit de methodiek van bemiddeling en vindt het dan ook zeer belangrijk het aantal **verzoeningsresultaten** te kennen.

Dit is voor de ombudsdiensten in de zorginstellingen een **nieuw gegeven** en brengt dan ook **enkele moeilijkheden** met zich mee.

- **Definitie verzoeningsresultaat?** De Vlaamse Ombudsman verwijst naar het feit of er een betekenisvolle stap is gezet, eerder dan naar de tevredenheid over deze stap.
- Ombudspersonen dienen **zelf afweging** te maken of hun tussenkomst al dan niet een verzoeningsresultaat heeft teweeg gebracht. Deze afweging houdt een zekere mate van **interpretatie** en variabiliteit in.
- De ombudspersonen dienen steeds te streven naar een **aanvaardbaar** antwoord voor alle betrokken partijen, maar slagen daar jammer genoeg niet steeds in. Of de patiënt het antwoord al dan niet aanvaardt, bepaalt o.i. wél of er van verzoening sprake kan zijn.
- Laattijdige communicatie van deze verwachting voor het jaarverslag 2018. Tot nu toe was dit geen opgegeven registratiecriterium.

We weerhouden:

- Het begrip verzoening dient **verder gespecifieerd** te worden zodoende een realistische of transparante weergave hiervan te kunnen geven.
- Dank zij onze beslissing om vanaf 2016 te registreren hoe we de klachten hebben behandeld, kunnen we enigszins toch **gedeeltelijk aangeven in welke mate we met onze tussenkomst een verzoening konden bereiken.**
- Vanaf 2019 voegden we het registratie-item 'verzoening' toe. Zodoende kunnen wij hierover in volgende jaarverslagen wellicht correctere info geven.
- Uit onze registratie 'wijze van de klachtenbehandeling' weerhouden wij volgend **beeld** inzake **'verzoeningsresultaten'.**
  - ✓ **Bemiddeling** in de ruime zin: 130

    Het kan voorkomen dat een bemiddeling(sgesprek) toch geen verzoenend effect of karakter

heeft.

- ✓ Schadedossiers: 105 **schadeclaims**, 50 verzekeringsdossiers al dan niet met schadevergoeding. In geval geen schadevergoeding is meestal geen sprake van verzoening…
- ✓ **Correctie** van de ziekenhuis**factuu**r: 87
  Meestal tot tevredenheid van de patiënt …
- ✓ Andere **financiële regeling**: 13
  Meestal verzoening.
- ✓ **Oplossing** voor een individueel probleem: 37
  Meestal verzoening.
- ✓ **Info** geven: 303
  We kunnen dikwijls tot begrip komen en het dossier verzoenend afsluiten, zeker niet altijd.
  Post factum is aantal verzoeningen niet te benoemen
- ✓ **Signaal**: 101
  Patiënten waarderen het te horen wat er kan of zal bijgestuurd worden in opvolging van hun geformuleerde klacht. Sommigen vertrouwen erop zonder feedback te wensen. In dat geval kan men van verzoening spreken.
  Post factum is aantal verzoeningen niet te benoemen.
- ✓ **Luisteren en registreren** kan verzoenend werken …

- **Totaal aantal verzoeningen is niet echt in te schatten**

4. Doorlooptijd van een klachtendossier

Het KB van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de algemene ziekenhuizen moet voldoen, stelt: *met het oog op een deskundige oplossing van de klacht, oefent "de ombudspersoon zijn bemiddelingsopdracht op een zorgvuldige wijze en **binnen een redelijke termijn** uit". (art. 7)*

De ombudspersonen hebben de **'doorlooptijd' niet (steeds) zelf in handen**. Een vlotte medewerking en reactie van elke betrokkene is essentieel en vaak bepalend hierin.

We weerhouden:

- **65%** van de dossiers werden **binnen de maand** afgehandeld
- **81%** van de dossiers werden **binnen de drie maanden** afgehandeld
- Eind 2018 nog **88 openstaande dossiers**
  - ✓ o.a. door onverwachte afwezigheid ombudspersoon laatste trimester
  - ✓ een heel aantal klachten daarvan werden wel behandeld, maar kon nog geen antwoord bezorgd worden
- Meerdere klachten kenden een (zeer) **moeizaam proces** en hadden een zeer **grote impact**: door de aard van de klacht, blijvende betwisting, onduidelijke of wisselende verwachtingen, heropening dossiers, …
- **T.o.v. 2017:** iets tragere doorlooptijd, meer uitgesproken in campus HS

Klachtenbeeld

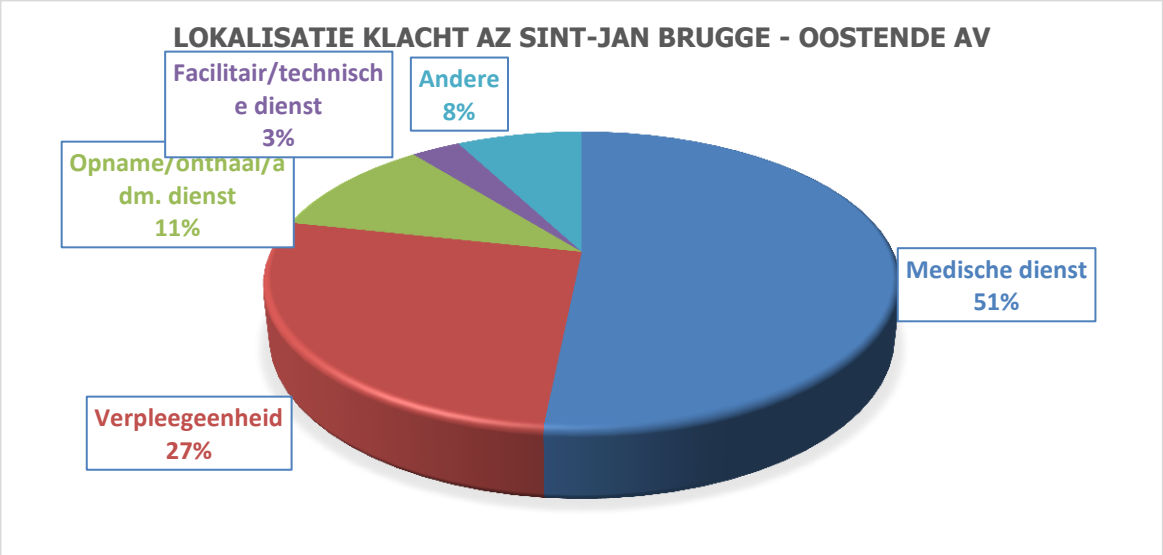
We vermelden een aantal groepen/soorten klachten. Gedetailleerd uitwerking niet haalbaar binnen het tijdsbestek.

Belangrijk

- De klachten die in de ombudsdienst gemeld worden, worden **genoteerd en geregistreerd zoals ze geformuleerd of gepercipieerd worden door de patiënt of aanbrenger**.
- Dit houdt **nooit een beoordeling** in over de gegrondheid van de klacht.
- De klachtmeldingen zijn van zeer uiteenlopende aard en vormen een brede waaier over alle disciplines en diensten heen en in alle gradaties van belangrijkheid.
- Elke verantwoordelijke kan aan de ombudspersoon de gedetailleerde, weliswaar **geanonimiseerde feedback** vragen over de klachten binnen zijn dienst.

1.1 Over welke dienst gaat de klacht

Hier wordt de dienst of lokalisatie aangeduid die het voorwerp van de klacht uitmaakt. Eén dossier kan meldingen omvatten over meerdere diensten.

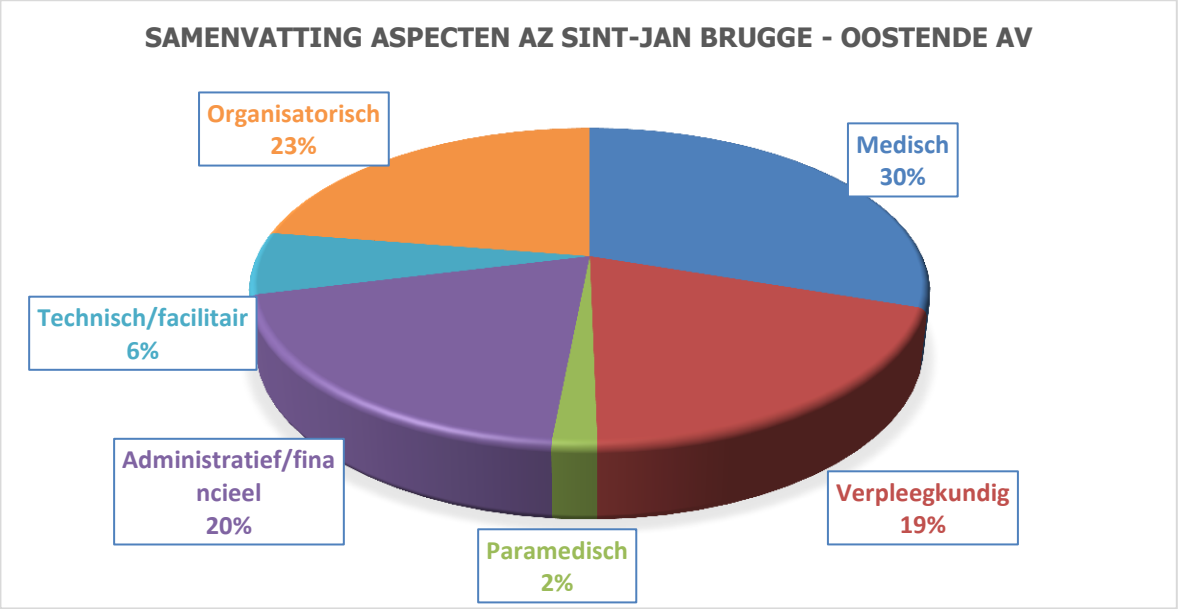


Aantal klachten in 2018 in functie van de lokalisatie die het voorwerp van de klacht

We weerhouden:

- Helft klachten over een medische specialiteit of een polikliniek (in zijn totaliteit)
- een vierde over de verpleegafdeling (alle aspecten)

1.2 Verdeling aangebrachte klachten per aspect



1.3 Medische aspecten: 345 meldingen

- Behandeling zelf 56%, vb.
  - ✓ verkeerde diagnose, foute behandeling/complicatie
  - ✓ Onvoldoende of niet geholpen (o.a. spoedgevallen)
  - ✓ Niet verwachte resultaat
  - ✓ Arts wil patiënt niet opnemen of onderzoek/behandeling niet uitvoeren

- Informatie en geïnformeerde toestemming 14%, vb.
  - ✓ Tekort of gebrekkige informatie
  - ✓ Familie krijgt geen informatie
  - ✓ Specialist komt weinig aan bed, patiënt ziet enkel ASO, arts weinig tijd, …
  - ✓ Voor familie soms heel moeilijk om de specialist te kunnen spreken: geen tijd, via afspraak, arts niet beschikbaar, …
  - ✓ Arts moeilijk bereikbaar

- Aandacht/opvang en communicatiestijl 15%, vb.
  - ✓ Dokter luistert niet
  - ✓ Niet vriendelijk
  - ✓ discriminerend

1.4 Verpleegkundige aspecten: 222 meldingen

- Verzorging 30 %

- Aandacht/opvang en communicatiestijl 53%

- Anders dan bij de artsen gaan de klachten over de verpleegkundigen voornamelijk over bejegening, vb.

- ✓ Niet vriendelijk, kort, …
- ✓ Niet behulpzaam
- ✓ Onvoldoende begeleiding
- ✓ Te lange wachttijd na beloproep
- ✓ Te rap, geen tijd

1.5 Administratief-financiële: aspecten 224 meldingen

- Problemen en betwistingen facturatie 75%, vb.
  - ✓ Wordt vaak in verband gebracht met ongenoegen over de zorg, resultaat behandeling
  - ✓ Onvoldoende of verkeerd geïnformeerd
  - ✓ Producten niet gekregen

- Communicatiestijl 10% (vooral over medisch secretariaten)

1.6 Organisatorische aspecten: 257 (209/48) meldingen

- Grootste aandeel is verloren voorwerpen 26%
  - ✓ Blijvend moeilijk probleem in het bijzonder voor hoorapparaten, tandprothesen en brillen
  - ✓ Genereert veel schadeclaims, men meent dat ziekenhuis/medewerkers tekort schieten

- Afsprakenregeling 20%, vb.
  - ✓ Lange wachttijden op bepaalde poliklinieken
  - ✓ Verzuimde afspraken
  - ✓ Eenzijdig wijzigen afspraken, pat soms niet geïnformeerd
  - ✓ Patiënt niet op de agenda

- **Opnameregeling** 17%, vb.
  - ✓ Lange wachttijden bij geplande opname omdat nog geen bed vrij is door de hoge bezetting: patiënten begrijpen dit niet
  - ✓ Niet krijgen van de gevraagde (eenpersoons)kamer

- 18 meldingen over het **extern transport** (**ziekenvervoer)**: voornamelijk over de **facturatie** ten laste van de patiënt
  - ✓ Aanrekening van **verloren ritten**: soms kan een ontslag of het transport door onvoorziene omstandigheden niet door gaan en wordt toch een factuur gestuurd naar de patiënt.
  - ✓ Foutieve aanvraag?
  - ✓ Liggend transport met begeleiding tussen ziekenhuizen in het kader van specialistische zorg

1.7 Overige

- Weinig klachten over paramedische zorg

- Beperkt aantal meldingen over technisch/facilitaire aspecten, vooral over de parking, maaltijden, comfort.

Aanbevelingen

- **Sensibilisering** van de bevolking over de **functie van de spoedgevallendiensten**
  - ✓ dringende medische hulpverlening
  - ✓ levensbedreigende en acute situaties
  - ✓ verduidelijking algemeen gebruik triagesysteem
  - ✓ wat kan men verwachten van een spoedgevallendienst

- Maatregelen dringen zich op om patiëntgerichte werk**tijd** vrij te maken en om, in het belang van patiënten en zorgverleners, **de essentiële zorgaspecten** als communicatie, aandacht, opvang, informatie … prioritair te **waarborgen.**

- 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**
  - ✓ Goede regeling noodzakelijk voor stijgend aantal transporten tussen de ziekenhuizen mede als gevolg van netwerking en verwijzing naar erkende of gespecialiseerde diensten. De patiënten mogen hiervan niet de dure 'rekening gepresenteerd krijgen'
  - ✓ Opmaken wettelijk kader voor liggend vervoer met verpleegkundige begeleiding
  - ✓ Uitklaren regelgeving aanrekenen verloren ritten aan patiënten

- Er werden reeds acties ondernomen maar de **opnameplanning voor geplande ingrepen** dient verder bijgestuurd te worden. Het opname uur dient individueel beter afgestemd te worden op het geplande uur van de ingreep.

- Triageprotocol spoedgevallen/huisartsenwachtpost: her evaluatie criteria 'hevige buikpijn'.

- Er dient over gewaakt te worden dat de **ombudsfunctie een tweedelijnsfunctie** is. In dit kader wordt o.a. best samen met de ombudsdienst een visie uitgewerkt hoe het ziekenhuis omgaat met klachten die geuit worden via de algemene website en op de sociale media.

Jaarverslag 2018
Beleidsplan Ombudsdienst **2019**

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 5
3. Activiteitgegevens 2017 6
3.1. Algemeen 6
3.2. Cijfergegevens rond klachten (en omgezette pro-actieve meldingen) 7
4. Communicatie en opleidingen 12
4.1. Presentaties over jaarverslag en rechten van de patiënt. 12
4.2. Deelname aan overlegvergaderingen 12
4.3. Gevolgde opleidingen 12
5. Doelstellingen: 13
5.1. Realisatie doelstellingen 2018 13
5.2. Nieuwe doelstellingen 2019 16
5.2.1. Doelstelling 1 (ook doelstelling in het kader van ontwikkelen van talenten): 16
5.2.2. Doelstelling met diensten waarmee samengewerkt wordt 16
5.2.3. Doelstelling dienst specifiek 1: 16
5.2.4. Doelstelling dienst specifiek 2 17

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 konden we vanaf januari 2018 een beroep doen op een administratief medewerker (Marjan L.) voor 0.2 FTE of op het secretariaat van het middenkader. Na enkele maanden bleek de aanstelling van een administratief bediende onvoldoende om de continuïteit te waarborgen. De samenwerking werd dan ook vanaf juni 2018 stopgezet. We konden tijdelijk de permanentie overbruggen door een tweede/derdejaarsstudente. Tijdens de zomermaanden konden we een beroep doen op een medewerker van de sociale dienst, met een bijkomende opleiding in bemiddeling. Deze samenwerking werd vanaf oktober 2018 on hold gezet door de terugkomst van de student tot in januari 2019. Momenteel zijn we zoekende naar een langdurige oplossing om de werklast van de dienst te dragen.

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

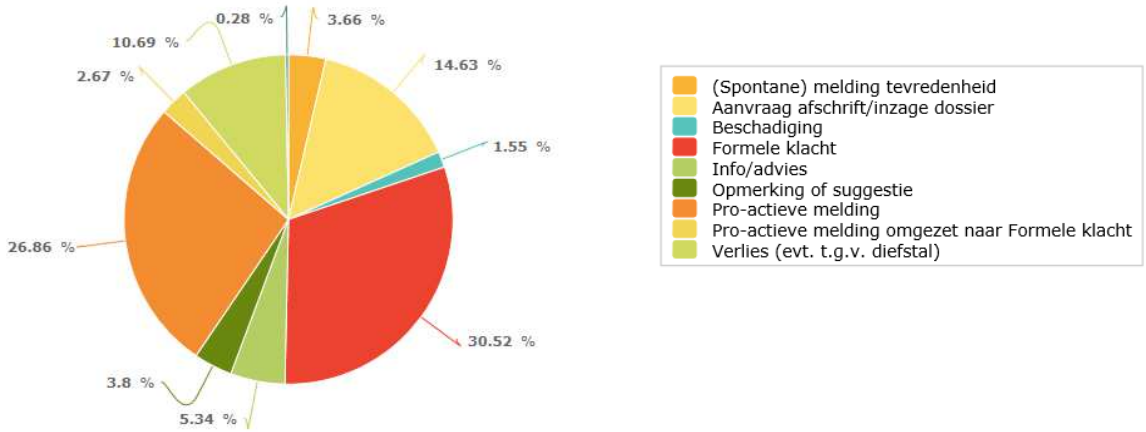
De klachtencommissie komt minstens éénmaal per maand samen en bestaat uit de hoofdgeneesheer (Dr Allaert), de ombudsdienst (Dennis Jacques en Annelies Dumoulin), de kwaliteitscoördinator, 2 kaderleden vanuit het departement financiën en administratie: één iemand die verantwoordelijk is voor de aansprakelijkheidsverzekering (Ellen Maes) en een verantwoordelijk voor de facturatie (Veerle Lavens). Tot slot 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).

Kanttekening hierbij is dat in 2018 Eddy Delporte deel uitmaakte van de klachtencommissie als diensthoofd kwaliteit. Sinds januari 2019 werd hij aangesteld als verpleegkundig en paramedisch directeur. Hij houdt er echter aan om aanwezig te zijn op de klachtencommissie. Dirk Vanrenterghem zal hem opvolgen als kwaliteitscoördinator vanaf iemand zijn taken als ziekenhuishygiënist kan overnemen.

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 proactieve 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 2012-2018:



2. Personeel

2.1. Overzicht verantwoordelijkheden

De ombudsdienst bestaat uit 2 ombudspersonen: Dennis Jacques (0.3 FTE) en Annelies Dumoulin (0.5 FTE).

Als we ermee rekening houden dat een FTE gemiddeld 1620 werkuren per jaar aanwezig is op dienst (zonder ziekte, verlof en bijscholingen). Dan zijn er voor de ombudsdienst 1296 (80% van 1620) werkuren in 2018. Dit wil zeggen dat er per dossier gemiddeld 1 uur en 52 minuten zijn voor de ontvangst, de ontvangstmelding, de behandeling en het antwoord. In 2017 was dit gemiddeld 1 uur en 49 minuten per dossier. In 2016 1 uur en 58 minuten per dossier. Deze cijfers zeggen echter niets over de intensiteit van de dossiers. Minder dossiers, maar met een hogere intensiteit kunnen alsnog bijdragen tot het stijgen van de werkdruk.

Een persoonlijk gesprek (telefonisch of persoonlijk) kan gemakkelijk meer dan een halfuur duren en dan heb je nog geen enkele actie ondernomen. Ook de aanvragen afschrift zijn tijdrovend, vooral wanneer er verschillende artsen en langere periodes gevraagd worden. Bovendien dient de vraag vaak te worden herhaald om het volledige dossier in handen te krijgen, dit zorgt er voor dat we vaak meer tijd nog hebben dan de voorziene tijd (14 dagen).

In 2018 startten we hoopvol met de komst van een administratief medewerker. Helaas stelden we vast dat deze invoering niet het gewenste resultaat opleverde. 8u per week, gespreid over 2 tot 4 dagen, is onvoldoende om continuïteit te bieden.
Vervolgens werd de idee geopperd om Flore Colpaert te betrekken bij de werking van de ombudsdienst. Zij genoot een opleiding bemiddeling aan de VIVES te Kortrijk. Opnieuw werd geopteerd voor 8u per week, dit gespreid over 2 halve dagen op maandagvoormiddag en vrijdagnamiddag.
Gezien deze functie door Flore werd gecombineerd met een functie binnen de sociale dienst, moest het werk voor de ombudsdienst vaak wijken voor het “dringende” werk bij de sociale dienst. Zij zorgde wel voor de telefoonpermanentie. De invulling van 0.2 FTE is ook niet altijd efficiënt. Flore krijgt ook alle aanmeldingen van nieuwe dossiers, is van de meeste dossiers op de hoogte, maar werkt zelfs slechts een gering aantal dossiers af. Het gebrek aan continuïteit leidt tot stress bij de medewerkers, waardoor wij voor 2019 een permanente oplossing zoeken.

Mochten we in 2019 de 0.2 FTE effectief inzetten en uitgebreid zien met 0.3 FTE, zodat er een halftijds administratief medewerker kan aangetrokken worden kunnen we 3 uur per dossier besteden. In deze bijkomende tijd kunnen we meer opvolggesprekken doen, meer samenwerken met de dienst kwaliteit en eventueel een tevredenheidsmeting organiseren bij onze klanten. Een andere oplossing is het afstoten van de dossiers “aanvraag afschrift”. Hierdoor zou er toch een kwartier meer tijd per dossiers gevonden worden.

2.2. Ziekteverzuimpercentage

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.

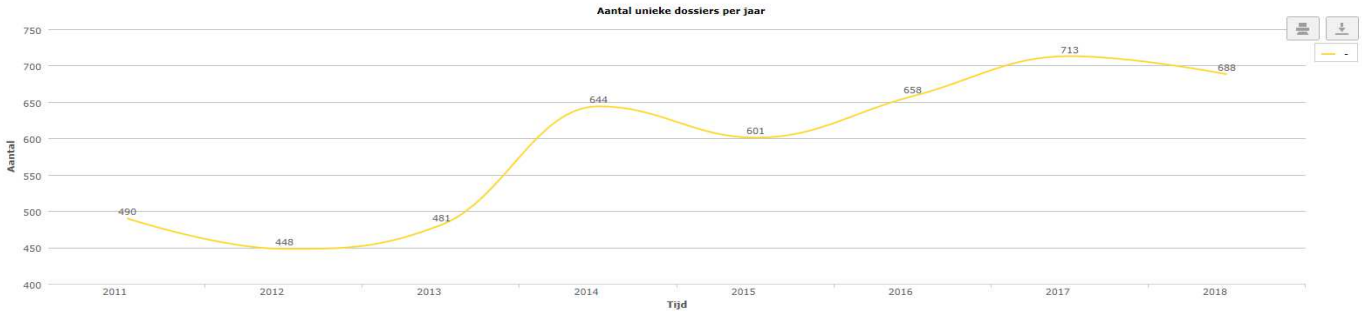
Binnen de ombudsdienst waren geen langdurige afwezigen wegens ziekte in 2018, zoals onderstaand schema aantoont.

Measure	2018/01	2018/02	2018/03	2018/04	2018/05	2018/06	2018/07	2018/08	2018/09	2018/10	2018/11	2018/12
Eredienst	0	0	0	0	0	0	0	0,14	0,13	0	0	0
GST	0,05	0,09	0,14	0,14	0	0,05	0	0	0	0,28	0,04	0
Ombudsdienst	0	0	0	0,05	0,07	0	0	0	0	0	0	0
PST	0	0,05	0	0	0	0,10	0,86	0	0	0	0	0,03
Psychologen	0,31	0	0,20	0,14	0	0,09	0	0	0	0,32	0,14	0,11
Sociale dienst	0,23	0,74	0,48	0,27	0,75	0,20	0,07	0	0	0,48	0,10	0
Aggregate(Top Selected Dimension)	**0,59**	**0,88**	**0,83**	**0,60**	**0,82**	**0,43**	**0,93**	**0,14**	**0,13**	**1,08**	**0,27**	**0,14**

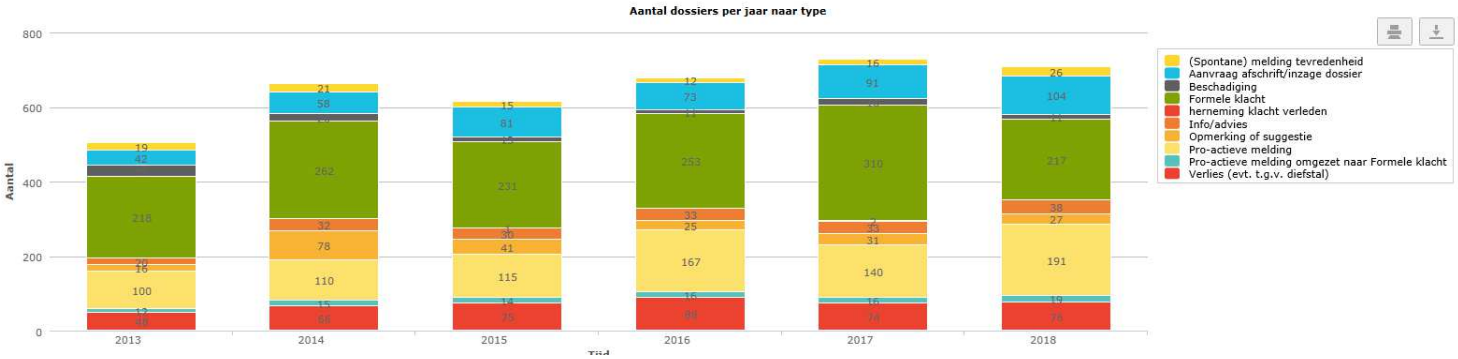
3. Activiteitgegevens 2017

3.1. Algemeen

- Onderstaande grafiek toont aan dat het aantal dossiers sinds 2011 fors is toegenomen. In 2018 merken we een kleine daling van 3 % op, namelijk van 712 naar 688 dossiers.



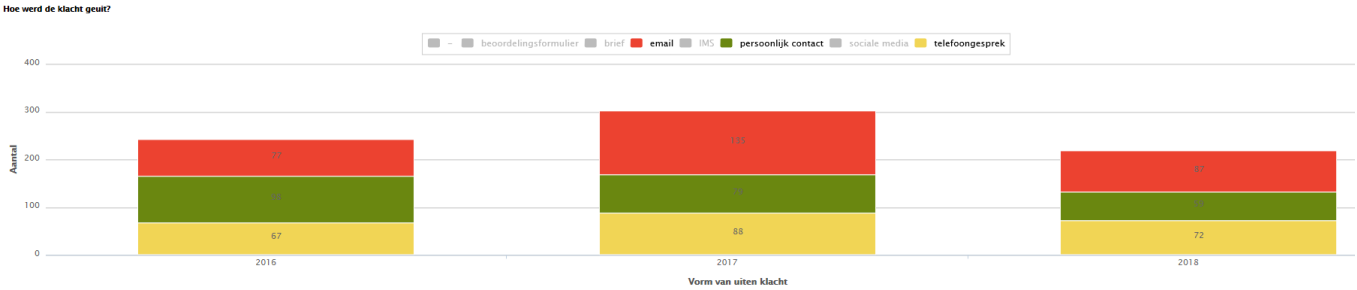
- In 2018 merken we vooral een daling op binnen de formele klachten. 217 klachten in vergelijking met 310 klachten in 2017. Dit komt neer op een daling van 11%. We kunnen wel stellen dat 2017 een exceptioneel jaar was met het hoogste aantal formele klachten in 6 jaar tijd.
- In absolute cijfers merken we opnieuw een stijging van het aantal aanvragen van afschriften/inzage, namelijk 104 tegenover 91 in 2017. Verhoudingsgewijs is er echter slechts een geringe stijging van 2%. We bemerken hierbij wel dat dergelijke dossiers arbeidsintensief zijn en de absolute cijfers meer zeggen dan de ratio.
- In 2018 is er opnieuw sprake van meer proactieve meldingen, een stijging van 8% ten aanzien van vorig jaar.
- Een aangename vaststelling is dat er dit jaar meer spontane meldingen van tevredenheid genoteerd werden. 26 meldingen tegenover 16 in 2017. Een stijging van 2 naar 4%.



3.2. Cijfergegevens rond klachten (en omgezette pro-actieve meldingen)

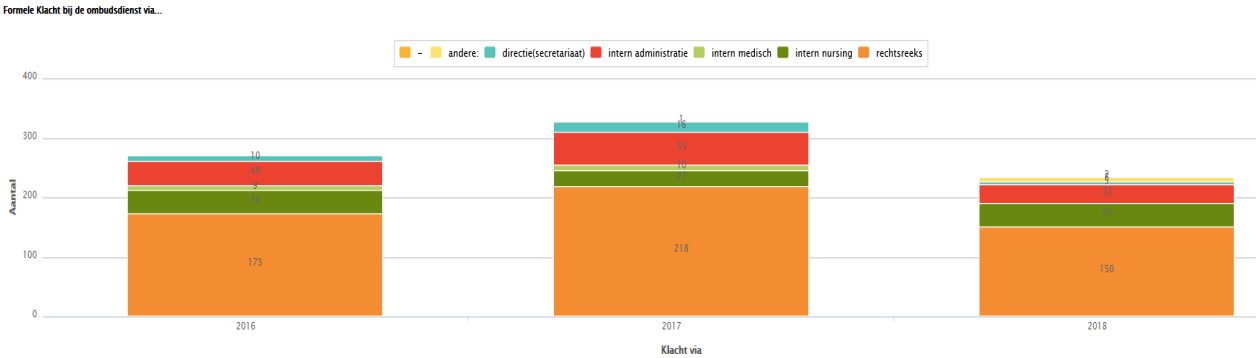
- In 2017 en 2018 kunnen we eenzelfde top 3 opstellen voor de manier waarop een klacht geuit wordt ten aanzien van de ombudsdienst.
    - Een melding per mail geniet ook in 2018 de absolute voorkeur van de klager om een melding te maken, namelijk in 37% van het totale aantal formele klachten + omgezette proactieve meldingen. We merken hierbij een lichte daling (4%) ten aanzien van vorig jaar, toen 41%.
    - Procentueel zien we in 2018 een lichte stijging betreffende het melden van een klacht in een persoonlijk contact (1%).
    - Een gelijkaardige stijging bij per telefoon (4%).

- Een tendens die reeds vorig jaar merkbaar was, blijft ook in 2018 duidelijk aanwezig. 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.

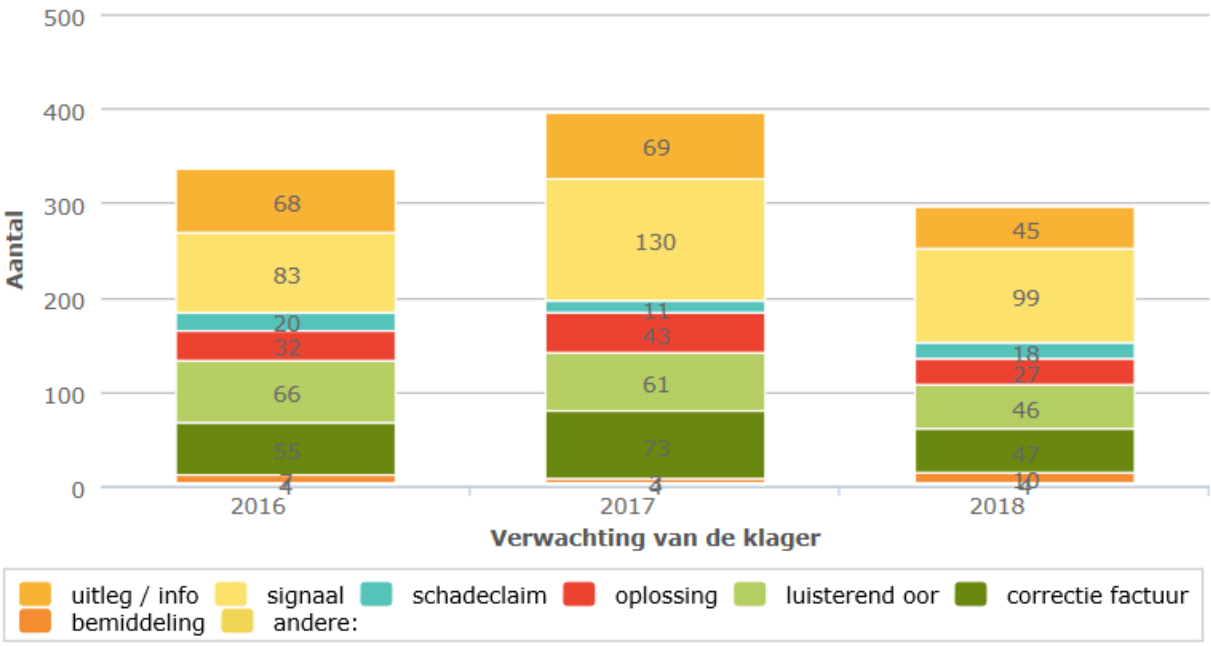


- Ondanks de lichte daling van het aantal dossiers, kunnen we stellen dat de klager gemakkelijk de weg vindt naar onze dienst en de wijze hiervan zelf invult naar eigen voorkeur. Naast de verschillende methoden om contact op te nemen met onze dienst, is er tevens sprake van een goed samenwerking met andere diensten. We zetten sterk in op deze samenwerking, waardoor klagers ook via deze kanalen de weg naar onze dienst vinden via doorverwijzing.

- Dat onze dienst vlot bereikbaar is kunnen we aantonen met volgende tabel die toont dat 66% van de klagers rechtstreeks contact opneemt met onze dienst (of zich aanmeldt 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.

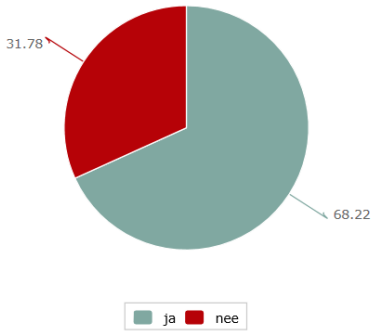


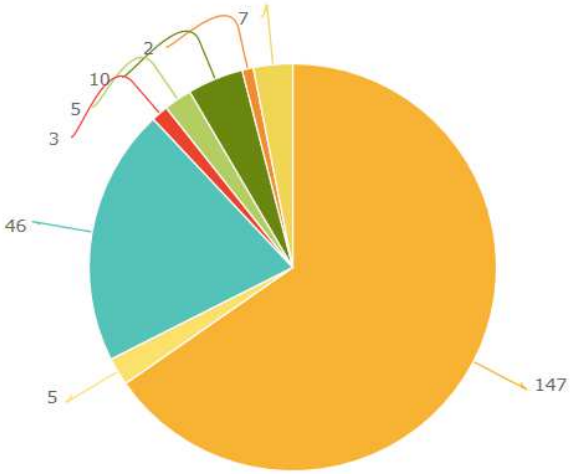
- De meeste klachten gaan over gehospitaliseerde patiënten (300), in tweede instantie over een ambulante consultatie (76) en in derde instantie over de spoedafdeling (63).
- De klager wenst met zijn klacht vooral een signaal te geven aan het ziekenhuis of wenst dat we hem/haar een luisterend oor geven (49%). Een financiële eis, is er in 21% van de gevallen, wat een kleine stijging is tegenover 2017(+1%), maar met een gelijk aandeel zoals in 2016. In 10 gevallen verwachtte de klager effectief bemiddeling.

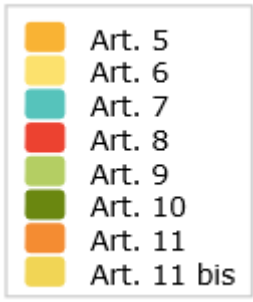


3.3. Cijfergegevens ivm “wet patiëntenrechten”.

- 57% van de klachten en proactieve meldingen hebben een klachtitem gerelateerd aan een recht van de wet patiëntenrechten.
- Voor de formele klachten zelf is dit een stuk meer, namelijk in 68% van het aantal dossiers
- Er werden 225 keer één of meerdere rechten aangevinkt bij 161 klachtendossiers met een klacht over een schending van de patiëntenrechten.
- In 147 gevallen (65%) ging het over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (art 5).
- In 46 gevallen (20%) ging het om het recht op informatie (art 7).
- In 10 gevallen (4%) ging het om het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art 10). De derde plaats was in 2017 nog voor het recht op geïnformeerde toestemming(7%).



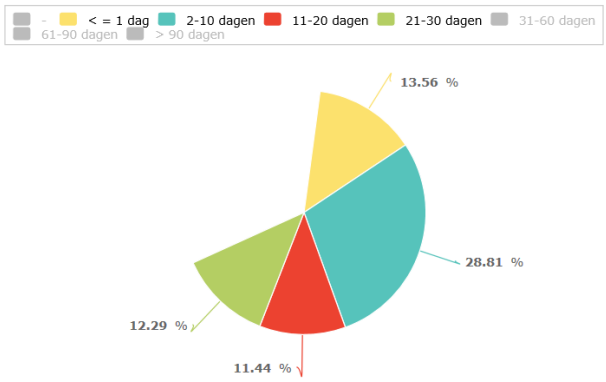




Patiëntenrechten (2018)

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 ons in 2018 maar in 66% van de gevallen. In 2017 lukte dit nog in 78% van de gevallen.



- 5 dossiers of 2.2% van de klachtendossiers werd nog niet afgesloten en kent nu al een doorlooptijd langer dan 1 maand.
- Een stijging van 20 (2016) naar 43 dossiers in 2017. 42% van de dossiers kunnen binnen de 10 dagen worden afgesloten, terwijl dit in 2016-2017 slechts 30% was. Vaak omdat het dossier telefonisch kon worden afgerond in plaats van schriftelijk.
- De doorlooptijd wordt bepaald door de 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 10 dossiers gebeurde.
- In 2017 waren er 12 dossiers met een doorlooptijd van meer dan 90 dagen, in 2018 14 dossiers.
- 5 dossiers uit 2014, 1 uit 2015, 3 uit 2016, 5 dossiers uit 2017 en 17 uit 2018 (waarvan 12 heropende) zijn nog lopende (dd 6-2-2018).
- In 111 dossiers was er geen reactie van de klager. In 75 dossiers bedankte deze de ombudsdienst expliciet.

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 de voorbije jaren dat we weinig feedback kregen over de opvolging van onze adviezen. In 2018 werkten we verder aan een nieuw systeem binnen ons registratiesysteem (zie doelstellingen). Deze toepassing maakt het mogelijk 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. Dit systeem werd uitgewerkt en is gebruiksklaar, maar werd nog niet geïmplementeerd door de dienst kwaliteit.

Voor 2018 noteerden we volgende adviezen:

- In 2018 kwamen er meerdere klachten rond het niet geïnformeerd zijn of het onvoldoende geïnformeerd zijn over de kostprijs van een eenpersoonskamer. Het blijft een aandachtspunt om patiënten blijvend te informeren. Er werd beslist om patiënten vanuit pre-operatieve door te verwijzen naar het onthaal zodat ze daar tijdig hun info krijgen. Hiervoor was een overleg op 12/04/2018.
- Voorzien van parkeerplaatsen voor rolstoelgebruikers op de huisartsenparking.
- Voorstel tot meer duidelijkheid in de afsprakenregeling van bepaalde artsen rond de wisseling vrije consultatie/op afspraak
- Voorstel tot het opmaken van een aangepast “akkoord na info” die een duidelijk spreekt van “raming” en “voorschot”.
- Advies tot aanpassing van de voorraden van de apotheek om wachttijden in DDZH te vermijden (2X).
- Om te vermijden dat rusthuisbewoners, die naar het ziekenhuis gebracht werden, hun identiteitskaart verliezen, werd voorgesteld om bij een opname slechts een kopie mee te geven.
- Advies (i.s.m. DPO) rond een aangepaste procedure om een kortere keten te hebben bij het opvragen van logs door patiënten.
- Voorstel om op het verpleegdossier te noteren of het bij een tandprothese gaat om een vaste of een loszittende prothese.
- Vraag om aandacht voor het persoonlijk gerief bij transfers. Vraag om andere mogelijkheden tot het opbergen van de kledij in de C-lounge.
- Vraag om aandacht voor de familie bij het overlijden van een patiënt
- Advies om fiches op te stellen voor de kapsters, zodat de familie weet wat er gedaan werd (voor ze de factuur ontvangen).
- Advies tot gebruik en toepassing procedure “read-back”.
- Advies tot beter informeren over de kostprijs van een bepaalde ingreep.
- Vraag tot aandacht rond het verwittigen van vervoersdiensten bij gewijzigde afspraken.
- Advies tot het aanpassen van de verlichting in de zorgstraat
- Advies tot meegeven van info slachtofferhulp na ongeval, inschakelen crisisopvang.
- Advies aandacht voor aangepaste maaltijden.

4. Communicatie en opleidingen

4.1. Presentaties over jaarverslag en rechten van de patiënt.

1. Maandelijkse uitleg aan nieuwe werknemers op de introductiedag 1M (telkens eerste maandag van de maand)
2. Voorstelling van het jaarverslag aan de medische diensthoofden (14-09-2018)
3. Voorstelling van het jaarverslag aan de raad van bestuur (12-06-2018)
4. Voorstelling werking ombudsdienst aan studenten hogeschool Vives (24-04-2018)

4.2. Deelname aan overlegvergaderingen

1. Provinciaal overleg VVOVAZ
2. Stuurgroep kwaliteit en veiligheid
3. Stuurgroep gegevensbescherming en informatieveiligheid

4.3. Gevolgde opleidingen

Dennis Jacques en Annelies Dumoulin

11/10/2018 12/10/2018	Tweedaagse VVOVAZ: 360° ombudsdienst

5. Doelstellingen:

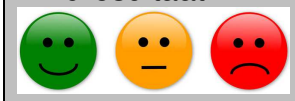
[SMART geformuleerd en volgens PDCA cyclus]

De doelstellingen dienen SMART geformuleerd te worden.
De letters van SMART staan voor:

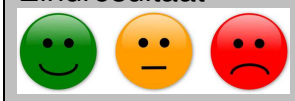
- *Specifiek: De doelstelling moet eenduidig zijn*
- *Meetbaar: Wanneer is de doelstelling bereikt (objectief meetcriteria)*
- *Acceptabel: Gaat het ganse team, directie deze doelstelling accepteren*
- *Realistisch: De doelstelling moet haalbaar zijn*
- *Tijdgebonden: Wanneer (in de tijd) moet het doel bereikt zijn*

5.1. Realisatie doelstellingen 2018

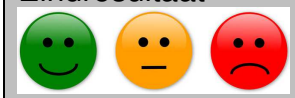
5.1.1 Doelstelling 1 (2018)

Omschrijving doelstelling (SMART)
Aanpassen huishoudelijk regelement
Verloop uitwerking (kort)
In de klachtencommissie werd de tekst inhoudelijk meermaals besproken. Deze werd werkbaar bevonden voor de ombudsdienst en kan ter goedkeuring worden voorgesteld aan de medische raad en de raad van bestuur.
Eindresultaat  ☒ ☐ ☐
Inhoudelijk zit ons werk er op, enkel afwachten wat het advies is van de raad van bestuur

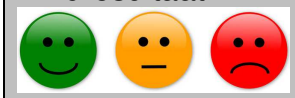
5.1.2 Doelstelling 2 (2018)

Omschrijving doelstelling (SMART)
Uitbouw en gebruik van de module “verbeteracties” in TPSC met dienst kwaliteit
Verloop uitwerking (kort)
In principe is de module volledig uitgewerkt, maar deze is nog niet omgezet in de praktijk en is nog niet echt in gebruik.
Eindresultaat  ☐ ☒ ☐

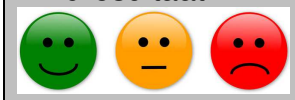
4.1.3 Doelstelling 3 (2018)

Omschrijving doelstelling (SMART)
Verder functionaliteiten van VMS integreren voor een vlottere werking, zoals email-adres, telefoonnummer en ook een dynamisch vak.
Verloop uitwerking (kort)
- Sjablonen werden bijgewerkt, gegroepeerd. Overzichtelijk beeld van de beschikbare sjablonen - Dynamisch vak werd gecreëerd om tijdens de klachtencommissie in één oogopslag te zien waar we aan bezig zijn. Nog niet gelukt:. - Telefoonnummer en emailadres meenemen in veld “patiëntgegevens”? - Het vak “huidige datum”
Eindresultaat  ☐ ☒ ☐

4.1.4 Doelstelling 4 (2018)

Omschrijving doelstelling (SMART)
Integreren en verankeren van een administratief medewerker (Marjan Leroy) binnen de dienst.
Begin 2018 startten we hoopvol met de komst van een administratief bediende. Helaas bleek af en toe administratieve hulp geen soelaas te bieden. Nood aan continuïteit en een zeker flow in de werking. Contract Marjan werd beëindigd. Komst van een derdejaarsstudente kon veel opvangen, maar biedt echter geen oplossing op lange termijn. Na de zomervakantie werd geopteerd voor hulp vanuit de sociale dienst. Een contract van 20% of 8u/week kon opnieuw niet het gewenste effect creëren. In 2019 hernemen we deze doelstelling en wensen we halftijds administratief bediende te introduceren op de dienst. Niettegenstaande in 2017 het beoogde effect niet werd bereikt, werd wel de basis gelegd voor de opstart van nieuwe medewerkers en/of studenten: - Opstellen van een functieprofiel - Duidelijke taakafbakening opmaken - Handleiding
Eindresultaat  ☐ ☒ ☐

5.1.5 Doelstelling 5 (2018)

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  ☒ ☐ ☐

5.2. Nieuwe doelstellingen 2019

5.2.1. Doelstelling 1 (ook doelstelling in het kader van ontwikkelen van talenten):

	Omschrijving	Verantwoordelijk	Deadline
PLAN Doelstelling (SMART)	Integreren, evalueren en verankeren van een administratief medewerker binnen de dienst.		
DO (voer het plan uit)	- Integreren van een halftijdse administratief medewerker op dienst en nagaan of dit een meerwaarde biedt voor de dienst		31/12/2019
CHECK (evalueer, controleer)	- Nagaan of de handleiding bruikbaar is voor een nieuwe medewerker - Nagaan of een administratieve kracht continuïteit biedt - Nagaan of er een samenwerking mogelijk is met het directiesecretariaat betreffende afschriften. Bij welke optie hebben het meeste baat.	Annelies	1/04/2019
ACT (pas aan waar nodig)	- Aanpassen handleiding - Aanpassen aantal werkuren in functie van richtkader	Annelies Dennis	1/04/2019

5.2.2. Doelstelling met diensten waarmee samengewerkt wordt

	Omschrijving	Verantwoordelijk	Deadline
PLAN Doelstelling (SMART)	Laten goedkeuren van het huishoudelijk reglement door Medische Raad en Raad van bestuur. Zodat er ook officieel op deze manier met de nieuwe medisch directeur kan samengewerkt worden.	Dennis Dr. Allaert	1/07/2019
DO (voer het plan uit)	Agenderen op de verschillende adviesorganen die hieraan voorafgaan. Eventueel directiecomité, vergadering medische diensthoofden. De voorstelling van het jaarverslag is een ideaal moment.		
CHECK (evalueer, controleer)	Wanneer document is goedgekeurd.		
ACT (pas aan waar nodig)	Misschien moeten bepaalde passages aangepast worden vooraleer ze goedgekeurd kunnen worden.		

5.2.3. Doelstelling dienst specifiek 1:

	Omschrijving	Verantwoordelijk	Deadline
PLAN Doelstelling (SMART)	Meewerken aan de kwaliteitsindicatoren van de dienst patiëntenbegeleiding		
DO (voer het plan uit)	Uitwerken van de kwaliteitsdoelstelling van maart (rond privacy). Hiervoor werken we samen met Ine Boeve, psychologe van de kinderpsychiatrie vooral rond vermelding van gegevens van derden in dossiers en gebruik van persoonlijke notities door beroepsbeoefenaars.	Annelies/Ine Boeve	22/03/2019
CHECK (evalueer,	Nagaan in dossiers of medewerkers		03-2020?

controleer)	patiëntenbegeleiding zich houden aan de voorgestelde gebruiken/regels toepassen		
ACT (pas aan waar nodig)	Bijkomende bijscholingen of informatie		

5.2.4. Doelstelling dienst specifiek 2

	Omschrijving	Verantwoordelijk	Deadline
PLAN Doelstelling (SMART)	Aanpassen van alle procedures PFR en de PPT voor de opleiding 1M aan nieuwe EPD.	Dennis Annelies	1/07/2019
DO (voer het plan uit)	Vele procedures van PFR verwijzen naar het EPD voor de concrete uitwerking. Het nieuwe EPD is niet enkel anders qua lay-out, maar geeft soms ook nieuwe (of beperktere) mogelijkheden. De procedures moeten hieraan aangepast worden. In de PPT voor de voorstelling aan de nieuwe werknemers verwijzen we vaak naar het papieren verpleegdossier of naar het EPD.	Dennis Annelies	1/07/2019 1/06/2019
CHECK (evalueer, controleer)	Wanneer KWS volledig geïntegreerd is PPT en procedures volledig bekijken en alle verwijzingen naar C2M verwijderen		
ACT (pas aan waar nodig)	Laten nalezen door gebruikers of nieuwe procedures duidelijk en praktisch toepasbaar zijn.		

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Turnhout
Adres	Steenweg op Merksplas 44, 2300 Turnhout
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	063
Type (AZ, UZ, PZ,…)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	647
Aantal campussen	2 campussen in Turnhout: - Campus Sint-Elisabeth, Rubensstraat 166 - Campus Sint-Jozef, Steenweg op Merksplas 44
Naam ombudspersoon	Mariette Konings
Werkzaam als ombudspersoon vanaf	1 december 2005
Bestaffing	Ombudsvrouw 1 VTE, secretariële ondersteuning 1 VTE
Lokalisatie dienst	- Campus SE, gelijkvloers, inkomhal, route A 15 - Campus SJ, eerste verdieping, D 31
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	- 30/01: ‘Meer bereiken? Dat doe je beter anders’ - 11-12/10: Tweedaagse VVOVAZ: 360° ombudsdienst - 16/10: Medisch ethisch comité: Ethische vraagstukken in de dagelijkse praktijk - 19/10: Symposium beroepsgeheim: Zorgnet Icuro

Werkingsterrein van de ombudsdienst	- Klachtenbemiddeling voor alle patiëntenklachten 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 werkgroepen ontstaan uit klachten (bv extern vervoer, beroepsgeheim) - Preventieve taken: Bijscholing geven over patiëntenrechten: aan medewerkers, nieuwe werknemers, nieuwe artsen van AZT; vrijwilligers - Verzekeringen - Coördinatie verloren/gevonden voorwerpen
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Ombudsvrouw t.o.v. patiënt of vertegenwoordiger: 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. Ombudsvrouw t.o.v. zorgverlener: 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. Zorgverleners 'leren' uit klachten: als er fouten zijn gemaakt, of over hoe ze overkomen op patiënten. Dit kan aanleiding zijn om hun handelen of hun gedrag bij te sturen. Ombudsvrouw t.o.v. ziekenhuis: De ombudsvrouw formuleert aanbevelingen om te voorkomen dat bepaalde klachten zich herhalen. Er is ook tussentijdse terugkoppeling aan directie met betrekking tot mogelijke verbeterpunten.

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

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).

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.

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 voorstelling van het jaarverslag aan de directie worden deze aanbevelingen inhoudelijk besproken en krijgt de ombudsvrouw de volgende feedback : is er al iets aan gedaan (groen), het loopt (geel) of is er nog niets aan gedaan (rood). In het laatste geval krijgt de ombudsvrouw de reden waarom. In overleg wordt jaarlijks één aanbeveling uitgekozen die extra in de kijker wordt gezet, en nader wordt uitgewerkt door staf en directie.

Het jaarverslag en de aanbevelingen worden nadien voorgesteld op de kaderdag, op de medische diensthoofdenvergadering en aan de Raad van Bestuur.

In de loop van 2018 kreeg de ombudsvrouw nog eens feedback/update over de acties die ondernomen werden naar aanleiding van de aanbevelingen uit het jaarverslag van 2017.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

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’.

Meldingen 2018 aan ombudsdienst	
Aantal klachtendossiers	657
Aantal infodossiers	110
Aantal pro actieve dossiers	30
Aantal begeleidingen afschrift patiëntendossier	208
Aantal 'andere'	47
Totaal	1 052

Aantal klachten in 2018 over de RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
Dossiers gerelateerd aan de patiëntenrechtenwet (één dossier kan over meerdere patiëntenrechten gaan)	**337**

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)	274
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	5
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	55
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)	22
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	19
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	15
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	15
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	19

Aantal dossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	**320**

Inhoud van de klachten:	
Medische aspecten	292
Verpleegkundige aspecten	124
Paramedische/sociale aspecten	17
Administratieve aspecten	134
Facilitaire/technische aspecten	36
Organisatorische aspecten	120
Andere	13
Totaal	**736**

De meest voorkomende klachten binnen bovenvermelde aspecten gaan over:

- Medisch: behandeling en verslaggeving
- Verpleegkundig: verzorging, aandacht/opvang en communicatie
- Administratie: facturen
- Facilitair/technisch: comfort
- Organisatorisch; wachttijden en extern transport

Hoe behandelde ombudsvrouw de klachten in 2018:

Actie			Aantal
Informatie geven			157
Luisterend oor / Opvang bieden			12
Signaal ontvangen en doorgeven			26
Bemiddeling			374
	Pendeldiplomatie :	318	
	Samenbrengen van partijen:	39	
	Bemiddelingsgesprek	17	
Praktische oplossing geven			30
Financieel akkoord onderhandelen			55
	Correctie factuur:	37	
	Schadeclaim:	12	
Andere			3

Verzoeningsresultaten:

Tot op heden werden er geen verzoeningsresultaten per dossier geregistreerd. Vanaf 2019 gebeurt dit bij het afsluiten van het dossier. Over 2018 kan dus enkel in grote lijnen iets gezegd worden over de verzoeningsresultaten. De eerste 3 rubrieken (195 dossiers) uit bovenstaande tabel hebben doorgaans geen verzoeningsresultaat gegeven. Hier hebben we door te luisteren en informatie te geven de klacht van de patiënt kunnen afhandelen. In de 462 andere dossiers is er door tussenkomst van de ombudspersoon wel een stap gezet die anders niet zou gezet zijn. Niet alleen de finale oplossing telt, patiënten en medewerkers krijgen vaak al voldoening door met elkaar te spreken. Soms zijn het kleine stappen, soms grote stappen die gezet worden: door patiënt zelf, door medewerkers of door het ziekenhuis.

Aanbevelingen

Enkele van de aanbevelingen die in 2018 geformuleerd werden aan AZ Turnhout:

Algemene aanbevelingen
Richtlijnen aan patiënten en medewerkers voor cultuursensitieve zorg.
Lawaaihinder op de gangen.

Medische aspecten
Bij overlijden aandacht voor organiseren van een gesprek met de nabestaanden.
Ontslagbrief: als het druk is, patiënten niet laten wachten maar een voorlopige ontslagbrief meegeven om continuïteit van zorgen te voorzien.
Aandacht voor correcte verslaggeving: patiënten lezen mee.
Zaalartsen: verschillende artsen = andere informatie, geeft verwarring, onduidelijkheid. Patiënten hebben nood aan eenduidige informatie.

Medisch/verpleegkundige aspecten
Privacy: Aandacht voor openstaande deuren als er patiënten binnen zijn op de poliklieken.
Spoedpatiënten die wachten op een opname, worden graag op de hoogte gehouden en voelen zich aan hun lot overgelaten.

Verpleegkundige aspecten
Duidelijker communiceren over vermoedelijk uur van ontslag: dikwijls moeten patiënt en familie nog lang wachten op de ontslagbrief.
Zorgzaam omgaan met de thuismedicatie afgegeven bij opname.

Administratieve aspecten
Richtlijnen over wat te doen met achter gebleven identiteitskaarten
Begrip 100% erelonen verduidelijken: zoveel mogelijk informatie in euro's ipv %

Facilitair/technische aspecten
Rokers aan de ingang van het ziekenhuis verwijzen naar het rookterras. Als **alle** medewerkers hun hierop aanspreken, zullen ze de stap misschien sneller zetten.

Organisatorische aspecten
Richtlijnen over inslapen familie: wanneer mag dit? Hoe op een tweepersoonskamer?

Aanbevelingen 2018 ten aanzien van de overheid:

Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg
In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. Men dient uiteraard de nodige aandacht voor deze respectvolle bejegening naar de patiënten toe te behouden. Tegelijk krijgen de ombudsdiensten ook regelmatig het signaal van zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren. Men krijgt verwijten over zich heen; men eist een bepaalde behandeling/opname/ voorschrift/attest/… waarna men zich kwaad maakt of agressief uitlaat indien men het gevraagde niet bekomt.

Dat bovengenoemde elementen niet bijdragen tot een constructieve sfeer en zorgen voor een emotionele belasting bij alle partijen hoeft geen betoog. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht.

Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen

Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je er 'spoedig' voort geholpen wordt. Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een dringend tandartsconsult. Enzoverder…

Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdiensten krijgen hierover ook regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. Ze komen vaak met aandoeningen die eigenlijk in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden.

Binnen de ziekenhuizen is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen

Maatregelen om meer patiëntgerichte werktijd vrij te maken in het belang van zorgverstrekkers en patiënten dringen zich op.

Er is nood aan meer informatie versus nood aan tijd om te communiceren

Een overgroot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen.

Patiëntenrechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt langs verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings- en verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om deze beslissingen wel overwogen te kunnen maken.

Zorgverstrekkers botsen van hun kant op het feit dat zij bij "veelvragende patiënten" onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.

Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail. Verpleegkundigen, steeds met minder hetzelfde werk doen lopen, tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten. Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net deze mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden.

De core van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk en veroorzaakt spanning en stress.

Langs beide kanten van het verhaal zitten mensen die de situatie anders zouden willen zien en die vragen om meer tijd om samen gefundeerde keuzes te kunnen maken.

Nood aan maatregelen inzake het ziekenvervoer

A. Dringend ziekenvervoer tussen ziekenhuizen valt tussen de regelingen van diverse instanties, zodoende wordt de patiënt geconfronteerd met vaak dure rekeningen
De uitbreiding van de netwerking van de ziekenhuizen zal dit probleem nog verder doen toenemen

Het dringend ziekenvervoer vanuit het ziekenhuis blijft een groot probleem.
Mutas (een intermutualistisch project waarmee diverse ziekenfondsen samenwerken – voor 8.800.000 leden) – organiseert geen dringend vervoer o.a. met monitoring, zuurstof en/of onder begeleiding van een verpleegkundige of arts en verwijst voor dergelijk vervoer naar de dienst 100.

De dienst 100 weigert meestal dergelijk transport, zij zien dit niet als dringend gezien de patiënt zich reeds binnen de ziekenhuismuren bevindt. Achterliggende regelgeving gebiedt hen ook de patiënt naar een dichtstbijzijnd behandelcentrum voor de betrokken pathologie te brengen dit vormt vaak niet het centrum dat tegemoet komt aan de keuze van de patiënt. Tevens zijn de middelen ook hier beperkt waardoor de dienst 100 de interventiezone niet kan verlaten.

Met als gevolg dat patiënt zal terugvallen op een ambulancedienst waarvoor zijn ziekenfonds vaak geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt een dure rekening ontvangt waar het ziekenfonds en vaak ook de achterliggende hospitalisatieverzekeringen niet (of erg beperkt) in tussenkomen.

B. Niet-dringend ziekenvervoer waarbij de patiënt zuurstof, infuus, sondevoeding (+ andere verpleegkundige B1 handelingen) toegediend krijgt onder andere bij ontslag uit het ziekenhuis, transport naar het ziekenhuis of interhospitaal transport kan niet via Mutas worden geregeld.

Patiënt zal hierdoor terugvallen op ambulancediensten waarvoor zijn ziekenfonds geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt met duurdere rekeningen geconfronteerd wordt.

Mariette Konings
ombudsvrouw AZ Turnhout

Turnhout, januari 2019

Jaarverslag lokale ombudsdienst Provinciaal zorgcentrum Lemberge t.a.v. de Vlaamse ombudsman

Kalenderjaar 2018

Instellingsgebonden informatie

A. Type instelling
Algemeen ziekenhuis met erkenningsnummer 095

B. Naam van de instelling:
Provinciaal Zorgcentrum Lemberge

C. Gewest waarin de instelling zich bevindt:
Vlaanderen

D. De instelling beschikt over een eigen ombudsfunctie die waargenomen wordt door Tania Delbecq sinds 1/11/2011. Zij oefent dit uit als bijkomende functie naast haar functie als medisch secretaresse / administratief medewerkster.

E. Lokalisatie ombudsdienst

Salisburylaan 100
9820 Merelbeke
09/272 20 08
ombudsdienst@provinciaalzorgcentrumlemberge.be

Haar bureau is gelegen op de 1ste verdieping van de Sp-dienst. Daar hangt ook een brievenbus met logo (herkenbaarheid ombudsdienst)waar eventueel suggestieformulieren en/of klachten-/ meldingsformulieren kunnen in gedeponeerd worden.
Dit bureau deelt zij samen met een collega-administratief medewerkster. Bij het ontvangen van patiënten en/ of familie die een klacht willen indienen en bespreken wordt gebruik gemaakt van een vrijstaand lokaal, dit om de privacy te eerbiedigen.

F. Registratiesysteem
Database van VVOVAZ

G. Huishoudelijk reglement
Te raadplegen bij de ombudsdienst. Herwerkt oktober 2016.

In de loop van 2019 zal dit ook op de website kunnen worden geraadpleegd alsook aan het onthaal.

H. Reeds gevolgde opleidingen in het kader van de functie als ombudsvrouw

- Klantvriendelijke dienstverlening
- Discretie in de zorg
- Ik wil niet klagen, maar…
- Patiëntenrechten in de praktijk
- Respectvol omgaan met zorgvragers
- Omgaan met kritiek van familie
- Communicatie beroepsbeoefenaar- patiënt
- Verbale agressie

Bemiddelingsboek - 1278

- Inspiratie- en leerdag voor management assistants
- 2- daagse: "360° ombudsdienst" in Antwerpen georganiseerd door VVOVAZ op 11/10 en 12/10/2018.
- Lid van VVOVAZ sinds september 2018. Bijwonen van de provinciale vergaderingen.
  De deelname aan de vergaderingen van VVOVAZ vormen voor mij een meerwaarde in het functioneren als ombudsdienst. Het kunnen uitwisselen van ideeën en manieren van aanpak is zeer positief.

I. Gevolgd traject bij de bemiddeling van klachten

Op onze Sp-dienst streven we naar een zo goed mogelijke persoonlijke benadering van de patiënt die hier komt om te revalideren. De hoofdverpleegkundigen en het hele team aan verzorgend personeel alsook al onze paramedici zijn het eerste aanspreekpunt bij ontevredenheden of vraag naar informatie. Ook op afspraak kan men met de behandelende artsen spreken.
De ombudsdienst wordt slechts ingeschakeld als er geen directe oplossing komt voor het probleem.
Patiënten worden vaak naar de ombudsvrouw doorverwezen door de hoofdverpleegkundigen van de afdelingen (Sp4 en Sp5), andere medewerkers van het zorgpersoneel, de verpleegkundige en algemene directie, de facturatiedienst, de sociale dienst.

De ombudsdienst zal op een neutrale manier pogen te bemiddelen tussen de verschillende partijen. Er worden pendelgesprekken gevoerd en feedback gegeven.

Een goed gesprek waarbij de patiënt en/ of familie zijn/hun ongenoegen en frustraties kan/kunnen uiten is hier op de Sp-afdeling meestal voldoende in het bemiddelingsproces. Wanneer er vraag is voor een schadevergoeding wordt dit met de directie besproken en neemt zij hierin een beslissing. Indien nodig wordt er doorverwezen naar externe organisaties.

Naar aanleiding van de klachten worden door de ombudsdienst suggesties aangereikt om de zorgverlening in de toekomst nog te kunnen verbeteren. Alle interventies van de ombudsdienst worden op anonieme basis besproken in het jaarverslag dat de ombudsdienst overmaakt aan de hoofdgeneesheer, de directie en de RVB. Dit verslag wordt tevens toegelicht op de teamvergadering van beide afdelingen bij het begin van het nieuwe werkjaar.

We beschikken over **63** bedden op beide Sp-afdelingen samen.
Het aantal klachten en tussenkomsten van de ombudsdienst zijn dan ook eerder beperkt. Zeker sinds de verbouwingswerken eind oktober 2018, waarbij we slechts op halve bezetting van de kamers werken.
We hanteren het principe dat er moet gepoogd worden om de klachten op te lossen daar waar zij ontstaan zijn. Het is ook vaak zo dat de tussenkomst van de ombudsvrouw niet gevraagd wordt omdat men direct contact opneemt met de directie. Soms worden deze klachten dan wel nog naar de ombudsvrouw doorgespeeld om dit nader te bekijken.
Gezien de kleinschaligheid kan er veel korter op de bal worden gespeeld en worden in de meeste gevallen de klachten op zeer korte termijn (zeker binnen de 1 à 2weken) opgelost.

Overzicht van de klachten

Dit zijn alle tussenkomsten van de ombudsvrouw tijdens het kalenderjaar 2018 in het midden gelaten of deze klachten gegrond of ongegrond waren. Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en de interpretatie van de patiënt.

Eén tussenkomst kan wel meerdere klachten bevatten.

De patiënten kunnen niet alleen terecht bij de ombudsvrouw omtrent klachten die betrekking hebben op de patiëntenrechten maar tevens kunnen de klachten betrekking hebben op administratief- financiële, facilitaire, technische maar ook organisatorische aspecten.

In de meeste gevallen wensen de patiënten en/ of familie geen officiële klacht in te dienen.

Zij houden het op een melding waarbij zij hopen dat dergelijke situaties in de toekomst kunnen vermeden worden.

Aantal klachten behandeld door de ombudsdienst Sp werkjaar 2018		
tussenkomsten ombudsdienst	12	
klachten	3	
meldingen	7	
afschrift medisch dossier	1	
vraag naar informatie	1	
Relatie tot de patiënt		
patiënt zelf	5	
partner of familie	6	
huisarts		
externe hulpverlener, mutualiteit		
intern geneesheer	1	
intern vpk, paramedici		
interne administratie		
andere relatie		
Vorm van indienen		
brief	2	
aangetekend		
fax		
patiëntenevaluatie		
e- mail	1	
persoonlijk	8	
telefonisch	1	
Gericht aan		
rechtstreeks aan de ombudsdienst	11	
administratief- financieel directeur	1	
directeur zorgdepartement		
hoofdgeneesheer	1	

hoofdverpleegkundige	2	
verpleging dienst	1	
sociale dienst	1	
facturatiedienst		
andere	1	
Verwachtingen		
informatie	11	
luisterend oor/ opvang	11	
signaal	11	
bemiddeling		
financieel akkoord		
andere verwachting	3	
Localisatie		
verpleegafdeling	12	
onthaal		
cafetaria		
andere	2	
Voorwerp van de klacht		
recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening	10	
recht op een vrije keuze van beroepsbeoefenaar		
recht op informatie over de gezondheidstoestand	1	
recht op geïnformeerde toestemming		
recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier en inzage	1	
recht op privacy	1	
recht om een klacht in te dienen bij een bevoegde ombudsfunctie		
Beroepsbeoefenaar		
arts	4	
verplegend en verzorgend personeel	6	
apotheek		
paramedici	5	
andere	4	
Inhoud van de klacht		
Medisch aspect	3	
info verstrekken	2	
communicatiestijl	1	
behandeling	3	
aandacht, opvang, privacy		
ontslagvoorbereiding		
verslag huisarts		
andere		
Verpleegkundig aspect	7	
info verstrekken		
ontslagvoorbereiding		
verzorging technisch	4	
aandacht, opvang, privacy	8	

communicatiestijl	4	
andere		
Paramedisch en sociaal verpleegkundig aspect	3	
info verstrekken	2	
ontslagvoorbereiding		
behandeling	3	
communicatiestijl		
aandacht, opvang, privacy		
andere		
Administratief- financieel aspect		
Facilitair aspect	2	
info verstrekken		
maaltijden	2	
dieetkeuken	2	
schoonmaak		
Technische aspecten		
comfort		
defecten		
lawaaihinder		
andere		
Organisatorische aspecten	3	
opnameregeling		
intern transport		
ontslagregeling		
extern transport	2	
verloren voorwerpen	1	
andere	1	

Samenvattende bevindingen

Klachten en meldingen

- Zoals reeds eerder aangehaald wensen de meeste mensen geen officiële klacht in te dienen en wensen ze alleen melding te maken van zaken die volgens hen beter kunnen.

Relatie tot de patiënt

- Zowel de patiënten zelf als hun naaste familie dienen een klacht of melding in.

Vorm van indienen en gericht aan

- Het persoonlijk contact staat nog steeds bovenaan het lijstje. De ombudsdienst bevindt zich dicht bij de Sp-diensten (op één van de Sp-diensten) zodat de stap om naar de ombudsdienst te gaan niet zo groot is en dit zeker na doorverwijzing van de hoofdverpleegkundige of andere medewerkers geen hindernis vormt.

Verwachtingen

- Men wenst vooral informatie over het hoe en waarom van bepaalde beslissingen, gedragingen, ingrepen van de zorgverleners.

Voorwerp van de klachten en meldingen

- Het patiëntenrecht: " Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening " (art. 5) komt hierbij het meest aan bod. De klachten betreffen voornamelijk het gedrag en de communicatiestijl van de zorgverleners. Empathie ontbreekt soms.
- Daarnaast wenste men extra informatie over de gezondheidstoestand (art.7 §1), was er een vraag voor afschrift (art.9 §3) en vond men dat zijn privacy (art.10 §1) niet werd gerespecteerd.

Situering van de klachten

- De klachten en meldingen situeren zich hier op de eerste plaats op de verpleegafdeling. Eenmalig kwam de nazorg van de ambulancier ter sprake (patiënt afzetten in koude kamer waar het raam openstaat tijdens de wintermaanden en de verpleging niet inlichten dat patiënt terug is). Tijdsgebrek zal hier zeker een rol in spelen maar dit zou niet mogen gebeuren.

Verwachtingen

- Wanneer men contact opneemt met de ombudsdienst wenst men een luisterend oor , opvang. Dit is vaak al de halve oplossing van het probleem. Men wenst een signaal te geven over zaken die volgens hen verkeerd lopen zodat deze in de toekomst kunnen vermeden worden. Men wil gehoord worden, zo ook kreeg ik de vraag om de klachtenbrief te laten voorlezen op de teamvergadering van de betrokken dienst, dit met de wens om het personeel tot nieuwe inzichten te brengen volgens de klager. De directie en hoofdverpleegkundige gingen hiermee akkoord. De hoofdverpleegkundige nam deze taak op zich.
- Men verwacht een terechtwijzing van het betrokken personeelslid. Men moet wel nog vaak duidelijk maken dat dit niet de taak van de ombudsdienst is.

Los van de ingediende klachten werd ik in een aantal gevallen ervan op de hoogte gebracht door de hoofdverpleegkundigen van een mogelijks te verwachten klacht. Meestal werd hiervan dan ook geen officiële klacht bij mij ingediend.

Suggesties ingediend door de familie van de Sp-patiënten door middel van het suggestieformulier dat zij bij opname ontvingen

1. Geen plaats om de jassen van de bezoekers te hangen, graag kapstokken aan de muur.
2. Flesjes water, niet in glas, van ½ l ipv 1l.
3. Rekje met klapstoelen op de kamer of de gang voor de bezoekers.
4. Verpleegkundigen meer naar de patiënt, die zelf nog alert is, laten luisteren.
5. Betere opvolging wat voeding betreft (dieetvoeding)
6. Betere communicatie tussen dokter en familie
7. Vlugger ingrijpen bij het toedienen van medicatie zoals bv bij diarree.

Vlaamse Patiëntenpeiling

Er werd sinds dit werkjaar door de directie besloten om mee te werken aan de Vlaamse Patiëntenpeiling die opgesteld werd door het Vlaams Patiëntenplatform. Intern werd een projectmedewerkster aangesteld die contacten had met dit platform. Aan mij als ombudsdienst werd gevraagd om hieraan mee te werken in die zin dat ik de enquêtes diende te verspreiden bij de patiënten die ontslagen zouden worden. Dit kon van start gaan in de 2de helft van het werkjaar.

In het verleden stelde ik reeds meermaals enquêtes op voor de Sp-patiënten alsook voor de bewoners van het WZC om te peilen naar de tevredenheid van patiënten en familie omtrent de algemene en meer specifieke werking van de Sp-diensten, RVT's en ROB. Dit om onze werking te kunnen verbeteren en bij te sturen. De respons hierop was echter nooit groot genoeg om representatief te zijn.

Persoonlijk vind ik dat de vragenlijst van de Vlaamse Patiëntenpeiling minder geschikt is voor geriatrische patiënten. Ook veel hangt af van het ontwikkelingsniveau en de mentale toestand van de patiënten. De enquêtes mogen immers alleen ingevuld worden door de patiënten al of niet met de hulp van familie of vrienden. De vragen zijn veel te uitgebreid en leunen te veel bij elkaar aan. Er zijn slechts kleine nuances in de reeks vragen per onderwerp. Ook de gradaties in quotering nuanceren te weinig.

Werkterrein van de ombudsdienst

De ombudsdienst zorgt naast haar taak als bemiddelaar op Sp-diensten maar ook als klachtenbemiddelaar voor het WZC alhier voor de verspreiding en het kenbaar maken van de patiëntenrechten.

Zij doet dit door aan de sociale dienst brochures en flyers te bezorgen die aan de op te nemen patiënten samen met de opnamedocumenten worden meegegeven door de sociaal assistenten. Er worden tevens flyers en brochures verdeeld in de leeshoeken van Sp en WZC. Daarnaast kunnen de Sp-patiënten een evaluatie-/ meldingsformulier invullen dat zij kunnen deponeren in de brievenbus van de ombudsdienst. (herkenbaar aan het logo). Anonieme meldingen komen niet in aanmerking voor verdere opvolging.

De klachten worden in het begin van het nieuwe werkjaar anoniem toegelicht op de teamvergadering van beide Sp-diensten. De patiëntenrechten worden ook daar nog eens vermeld en besproken. Op de eerste hoofdenvergadering van het nieuwe werkjaar komen tevens de klachten en meldingen van het WZC op anonieme basis aan bod.

Personeelsleden die bij mij komen omdat zij klachten hebben over patiënten en familie die hen onrespectvol benaderen verwijs ik door naar de preventieadviseur. Ook de externe vertrouwenspersoon kunnen zij contacteren.

Aanbevelingen

Zoals reeds elk jaar opgemerkt is communicatie heel belangrijk. Veel problemen zouden kunnen voorkomen worden mocht op het juiste moment de juiste info gegeven worden. Maar deze mondigheid moet van 2 kanten komen. Beide partijen dienen hierin hun verantwoordelijkheid te nemen.

Al het personeel moet overweg kunnen met de computer, de leeftijd mag hierbij geen rol spelen! Noteren in het EPD en boodschappen in het EPD lezen!

Blijven werken aan de communicatie is noodzakelijk. Ik stel dan ook voor om bijscholingen hieromtrent elk jaar te herhalen. Dit met tevens aandacht voor intermenselijke relaties en persoonlijke ontplooiing.

Regelmatig verpleegtechnische handelingen opfrissen!

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Heilig-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	Infoland
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Actualisatiedatum 25/09/2018, 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,…
Werkingsterrein 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;…*	De ombudsdienst van het Heilig-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.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	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). Aan de hand van bemiddelingsgesprekken via het samenbrengen van betrokkenen tracht de ombudsdienst tot een oplossing te komen waar alle betrokkenen zich goed bij voelen. Indien een bemiddelingsgesprek niet mogelijk of wenslijk is, zal aan de hand van pendelbemiddeling getracht worden om tot een oplossing te komen. De ombudsdienst geeft de voorkeur om de klachten zoveel als mogelijk aan de hand van bemiddeling of pendelbemiddeling te behandelen.

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/of de identiteit van de klager kenbaar te maken, worden overgemaakt aan de betrokken dienst(en).
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	
<u>Opmerkingen</u>: ✓ 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	51
Aantal pro actieve dossiers	15
Aantal opvragingen patiëntendossier	214

Aantal ‘andere’	11

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: 174

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	118
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	5
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	63
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)	11
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)	6
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	15

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	354
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
/	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;…)	
/	

Aanbevelingen

1) **Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg**

In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. Men dient uiteraard de nodige aandacht voor deze respectvolle bejegening naar de patiënten toe te behouden.
Tegelijk krijgen de ombudsdienst regelmatig het signaal van zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren. Men krijgt verwijten over zich heen; men eist een bepaalde behandeling/opname/voorschrift/attest/… waarna men zich kwaad maakt of agressief uitlaat indien men het gevraagde niet bekomt.
Dat bovengenoemde elementen zorgen voor een emotionele belasting bij alle partijen hoeft geen betoog. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht.

2) **Maatregelen om meer patiëntgerichte werktijd vrij te maken in het belang van zorgverstrekkers en patiënten.**

Er is *nood aan meer informatie versus nood aan tijd* om te communiceren
Een overgroot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen. Patiëntenrechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt langs verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings- en verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om deze beslissingen wel overwogen te kunnen maken.
Zorgverstrekkers botsen van hun kant op het feit dat zij bij “veelvragende patiënten“ onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.
Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail. Verpleegkundigen lopen tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten. Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net deze mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De core van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk en veroorzaakt spanning en stress.

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 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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 ombudsperso(o)n(en)	Ellen Vandezande Alexandra Vanvooren
Datum aanvang werkzaamheden als ombudsperson	Ellen Vandezande: 01/04/2011 Alexandra Vanvooren: 01/01/2018

Bestaffing	1,58 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 *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Goedgekeurd door Raad van Bestuur op 23/01/2019. 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: - Basisopleiding bemiddeling (MEDIV) - Bemiddeling en geweldloze communicatie (MEDIV) - Specialisatie bemiddeling in Burgerlijke en Handelszaken (MEDIV) - Tweedaagse VVOVAZ: “hou je vast bemiddelaar” - Cultuursensitieve bemiddeling – VVOVAZ Alexandra: - Postgraduaat bemiddeling in familiale, burgerlijke en handelszaken (CBR)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Ellen: - Congres geweldloze communicatie (MEDIV) Alexandra - Uw grondhouding bewaren bij bemiddeling (MEDIV) - Open disclosure (Zorgbeleid) - Tweedaagse VVOVAZ : “360° ombudsdienst”
Werkingsterrein van de ombudsdienst *(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of*	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.

ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;…	
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst ?	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 *geschonden rechten in het kader van de wet patiëntenrechten - af*. 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)

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 zorgverstrekker 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 Resultaten: Dossiers waarin de betrokken partijen effectief met mekaar rond te tafel gaan zitten (bemiddeling), leiden in de meeste gevallen tot verzoening.

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	701
Aantal infodossiers	16
Aantal pro actieve dossiers	19
Aantal opvragingen patiëntendossier	41 (rechtstreeks bij de dienst bemiddeling, meer bepaald pure vragen naar afschrift, niet gerelateerd aan een klacht)

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)*	151
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	39
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)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	3
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	5
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	8

Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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:

Evolutie van het aantal dossiers behandeld door de dienst bemiddeling binnen GZA (cijfers van de laatste 5 jaar)

	klachten	infodossiers	afschrift	**proactieve meldingen**	**totaal**
2014	662	64	38	19	**783**
2015	562	58	41	20	**681**
2016	601	57	34	22	**714**
2017	762	79	41	26	908
2018	701	16	19	16	753

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

Inhoud van de klachten (cijfers van de laatste 5 jaar)

	2014	2015	2016	2017	2018
Medische aspecten	378	286	316	373	374
Verpleegkundige aspecten	149	142	136	179	144
Paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten	16	12	15	19	11
Administratief-financiële aspecten	142	132	125	186	164
Technische/facilitair aspecten	30	30	41	52	23
Organisatorische aspecten	98	75	82	129	108

Verwachtingen van de klager (cijfers van de laatste 5 jaar)

	2014	2015	2016	2017	2018
5.1. Uitleg/info	23	41	94	107	86
5.2. Luisterend oor	20	24	56	73	94
5.3. Signaal	287	246	251	349	293
5.4. Bemiddeling	224	238	201	192	74
5.5. Correctie factuur	133	121	109	132	165
5.6. Schadeclaim	67	38	47	60	28
5.7. Ander akkoord/ oplossing	154	156	162	248	200

Verzoeningspoging

Sinds vele jaren wordt binnen de GZA veel belang gehecht aan “bemiddeling” De Ombudsdienst kreeg hier bewust ook de naam ‘dienst bemiddeling externe klanten”. Bemiddeling houdt per definitie in dat de verschillende partijen gehoord worden en waar mogelijk met elkaar in contact gebracht. Elk dossier dat meer inhoudt dan een pure vraag naar informatie of afschrift, wordt dan ook een poging tot verzoening door ons ondernomen.
Een verzoeningspoging kan verschillende vormen aannemen: van een klassieke verzoening met een concrete oplossing tot het bekomen van berusting of herstel van vertrouwen door directe bemiddeling of pendeldiplomatie. Hierbij speelt de bemiddelaar een belangrijke rol. Hierbij worden steeds de verwachtingen en de draagkracht van de betrokkenen afgetoetst.

Aanbevelingen binnen de organisatie
✓ 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 **V**erwacht, Ge**I**nformeerd en **B**eluisterd voelen). De dienst bemiddeling geeft ook jaarlijks aan het beleid door welke meldingen in dit kader de dienst bereikten en formuleert aanbevelingen. ✓ In 2018 werd een tweede luik uit deze VIB-campagne als project opgestart, zijnde "Ge**Info**rmeerd". De dienst bemiddeling trekt dit project en tracht in kaart te brengen waar de knelpunten liggen en werkt hiervoor samen met de betrokken departementen. Het doel is tweeledig: enerzijds een overzicht te hebben van de uitdagingen en anderzijds verbetersuggesties in op tafel te leggen.
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.

Aanbevelingen naar de (Federale) Overheid

De ombudspersonen van de GZA ziekenhuizen onderschrijven volgende aanbevelingen, gebundeld door de beroepsvereniging VVOVAZ:

1. **Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen**

   Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je er 'spoedig' voort geholpen wordt. Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een dringend tandartsconsult. Enzoverder…

   Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdiensten krijgen hierover ook regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. Ze komen vaak met aandoeningen die eigenlijk in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden.

   Binnen de ziekenhuizen is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen

2. **Maatregelen om meer patiëntgerichte werktijd vrij te maken in het belang van zorgverstrekkers en patiënten dringen zich op.**

   Er is nood aan meer informatie versus nood aan tijd om te communiceren

   Een overgroot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen.

   Patiëntenrechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt langs verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings- en verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om deze beslissingen wel overwogen te kunnen maken.

   Zorgverstrekkers botsen van hun kant op het feit dat zij bij "veelvragende patiënten" onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.

   Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail. Verpleegkundigen, steeds met minder hetzelfde werk doen lopen, tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten. Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net deze mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De core van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk en veroorzaakt spanning en stress.

Langs beide kanten van het verhaal zitten mensen die de situatie anders zouden willen zien en die vragen om meer tijd om samen gefundeerde keuzes te kunnen maken.

3. **Nood aan maatregelen inzake het ziekenvervoer :**

Dringend ziekenvervoer tussen ziekenhuizen valt tussen de regelingen van diverse instanties, zodoende wordt de patiënt geconfronteerd met vaak dure rekeningen
De uitbreiding van de netwerking van de ziekenhuizen zal dit probleem nog verder doen toenemen

Het dringend ziekenvervoer vanuit het ziekenhuis blijft een groot probleem.
Mutas (een intermutualistisch project waarmee diverse ziekenfondsen samenwerken – voor 8.800.000 leden) – organiseert geen dringend vervoer o.a. met monitoring, zuurstof en/of onder begeleiding van een verpleegkundige of arts en verwijst voor dergelijk vervoer naar de dienst 100

De dienst 100 weigert meestal dergelijk transport, zij zien dit niet als dringend gezien de patiënt zich reeds binnen de ziekenhuismuren bevindt. Achterliggende regelgeving gebiedt hen ook de patiënt naar een dichtstbijzijnd behandelcentrum voor de betrokken pathologie te brengen dit vormt vaak niet het centrum dat tegemoet komt aan de keuze van de patiënt. Tevens zijn de middelen ook hier beperkt waardoor de dienst 100 de interventiezone niet kan verlaten.

Met als gevolg dat patiënt zal terugvallen op een ambulancedienst waarvoor zijn ziekenfonds vaak geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt een dure rekening ontvangt waar het ziekenfonds en vaak ook de achterliggende hospitalisatieverzekeringen niet (of erg beperkt) in tussenkomen.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	01.01.2018 - 31.12.2018

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 *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	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/VVOVAZ (2017-2018)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Vergaderingen van de Vlaamse Vereniging Ombudspersonen Van Alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ)
Werkingsterrein 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;…*	Klachten gerelateerd aan de rechten van de patiënt (vanuit mandaat KB 08.07.2003) Klachten niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt Begeleiding van afschrift van het patiëntendossier Preventieve opdracht
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Intake van klachten Registratie in de software (Infoland) Ontvangstmelding Overleg met betrokkenen (met peiling naar verwachtingen) Informeren Steeds mogelijkheid tot organiseren van een persoonlijk onderhoud tussen de patiënt en de 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 de patiënt dit niet, wordt hij/zij 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. 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	223
Aantal infodossiers	15
Aantal pro actieve dossiers	110, waarvan 87 incidentenmeldingen waarbij de medewerker of arts van mening is dat de ombudsdienst op de hoogte moet gesteld worden
Aantal opvragingen patiëntendossier	26
Aantal 'andere'	9

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)*	119
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	45
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)	4
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)	7
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	3

Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	96

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

Tabel: Overzicht van de verwachtingen van de patiënt/familie versus de verzoeningsresultaten voor 2018

	Verwachting		Resultaat	
Informatie	13	5%	23	10%
Luisterend oor / Opvang	13	5%	13	6%
Signaal	82	29%	6	3%
Bemiddeling				
Pendeldiplomatie	25	9%	92	42%
Samenbrengen van partijen	7	2%	14	6%
Oplossing	66	23%	25	11%
Financieel akkoord				
Correctie van de factuur / Geste	38	13%	25	11%
Schadeclaim	38	13%	13	6%
Geen verzoening mogelijk, doorverwijzing		0%	10	5%
Totaal	**282**	**100%**	**221**	**100%**

In bovenstaande tabel worden de verwachtingen van de patiënt versus de verzoeningsresultaten weergegeven. De patiënt kan verschillende verwachtingen uiten rond 1 klacht. Daarom worden er 282 verwachtingen weergegeven voor de 223 klachten van 2018.

Aangezien de verzoeningsresultaten een nieuw gegeven zijn voor de ombudsdiensten binnen de ziekenhuizen, werden deze retrospectief gereproduceerd voor het H-Hartziekenhuis Mol op basis van de genomen acties binnen het bemiddelingsproces. Er zijn zeker nog afwijkingen mogelijk maar voor 2019 zullen deze cijfers verder verfijnd worden.

In 29% (82/282) van de klachten wenst de patiënt of zijn familie met de klacht een signaal te geven. Vaak is hierbij de motivatie van de patiënt of de familie dat andere patiënten

soortgelijke situaties niet zouden meemaken, die zij hebben meegemaakt. Meestal wordt de klacht dan niet alleen gesignaleerd bij de zorgverstrekker maar resulteert dit in pendeldiplomatie, waarbij de ombudsvrouw over en weer informatie en feedback geeft aan zowel de patiënt als de zorgverstrekker.

De vraag naar een financiële tegemoetkoming maakt ongeveer 27% ((38+38)/282) uit van de verwachtingen.
Het bekomen van een financiële compensatie is soms de extra motivatie, die de patiënt of familie nodig heeft, om naar de ombudsdienst te stappen. Zij hebben hun klacht dan vaak al besproken met de betrokken zorgverstrekker maar werden doorverwezen naar de ombudsdienst om een terugbetaling van de schade te bekomen bv. bij verloren voorwerpen.
Bij 13 klachten werd een schadeclaim ingediend bij de verzekeraar van het ziekenhuis of de arts. De verzekeringsinstelling neemt dan al of niet de beslissing om een schadevergoeding uit te keren, afhankelijk van haar mening of de zorgverstrekker al of niet in fout was of nalatig is geweest.
In andere gevallen wordt de vraag/eis naar een financiële genoegdoening gebruikt door de patiënt of zijn familie om de onderliggende motivatie kracht bij te zetten, waarbij de patiënt of zijn familie iets anders willen bekomen maar van mening zijn dat ze de eis naar compensatie nodig hebben om hun klacht aan kracht bij te zetten zodat hun klacht voldoende ernstig wordt genomen.
Het verzoeningsresultaat ligt dan niet zozeer in het financiële maar in het bespreekbaar maken van de onderliggende noden van de patiënt of zijn naaste.

De patiënt of de familie vraagt in 23% (66/282) van de verwachtingen naar een oplossing. Soms kan er inderdaad een concrete oplossing aangeboden worden maar vaak ligt die oplossing ook in het opstarten van een gesprek tussen de patiënt en de zorgverstrekker, al dan niet met de ombudsvrouw als tussenpersoon.

Na het informeren van de patiënt, pendeldiplomatie, het samenbrengen van de partijen… is er soms toch geen verzoening mogelijk. Dan wordt de patiënt of de familie doorverwezen naar o.a. de juridische diensten van de ziekenfondsen, het Fonds voor Medische Ongevallen, de Provinciale Raad van de Orde van Geneesheren… afhankelijk van de aard van de klacht.

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 en eventueel bijkomende kosten *Medisch-verpleegkundig:* ✓ Begeleiding en training van bepaalde artsen en medewerkers in patiëntgericht communiceren *Verpleegkundig:* ✓ Verdere uitwerking van praktische richtlijnen rond beroepsgeheim en privacy ✓ Extra aandacht voor persoonlijk materiaal van patiënten *Facilitair-technisch:* ✓ De telefonische bereikbaarheid van verschillende diensten verbeteren door het automatische keuzemenu overdag te vervangen door een telefoniste **Op niveau van de overheid:** ✓ Sensibiliseringscampagne rond respectvolle behandeling van patiënten of hun naasten naar zorgverstrekkers toe ✓ Initiatieven om administratieve overhead te minimaliseren zodat zorgpersoneel vrij gemaakt wordt om kwaliteitsvolle zorg te bieden ✓ Verder informeren van de bevolking rond de acute situaties waarbij men gebruik kan/mag maken van de dienst spoedgevallen. ✓ Meer plaatsen voor acute opvang in de Kempen van (jonge) patiënten in een psychologische/psychiatrische crisissituatie. ✓ Bepaling van prijzen, kwaliteitsvereisten, éénduidige voorwaarden en communicatie voor terugbetaling van niet-dringend ziekenvervoer o.a. o een maximale limiet voor vervoerskosten bij collocatie van patiënten waarbij de Provinciale Commissie voor Dringende Hulpverlening een welbepaalde vervoersmaatschappij heeft aangesteld om de patiënten te vervoeren en de 112-dienst te ontlasten. o het beperken van wachttijden om vervoer aan te vragen bij de ziekenfondsen o een financiële tussenkomst voor het niet-dringende ziekenvervoer waarbij de patiënt zuurstof, infuus, sondevoeding (+ andere verpleegkundige B1 handelingen) toegediend krijgt o.a. bij ontslag uit het ziekenhuis, transport naar het ziekenhuis of interhospitaal transport dat momenteel niet via Mutas kan geregeld worden
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 2018 ombudsdienst Sint Jozefkliniek Bornem-Willebroek.

De Sint Jozefkliniek is een algemeen ziekenhuis in Vlaanderen, bestaande uit twee campi, 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:

	2018	2017	2016	2015	2014
Info/advies	6	4	8	2	9
Inzage/afschrift	4	10	22	37	26
Klacht	205	188	184	137	131
Pro-actieve melding	13	1	7	5	2
Signaal	29	25	19	17	12

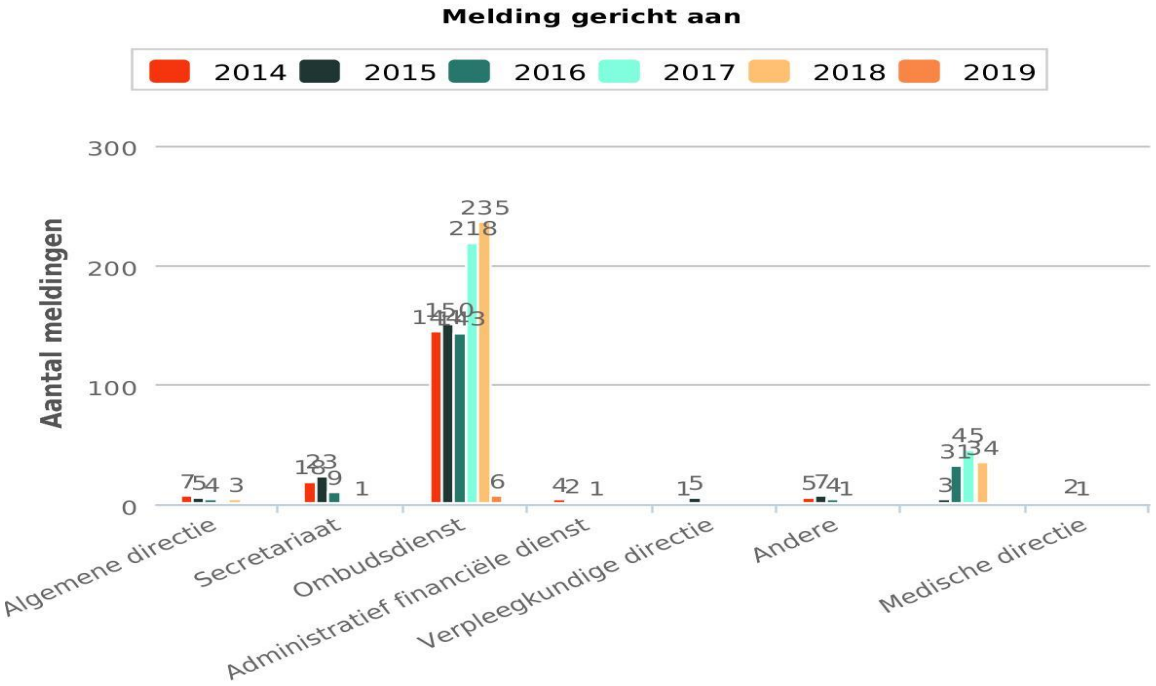
Commentaar:

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.

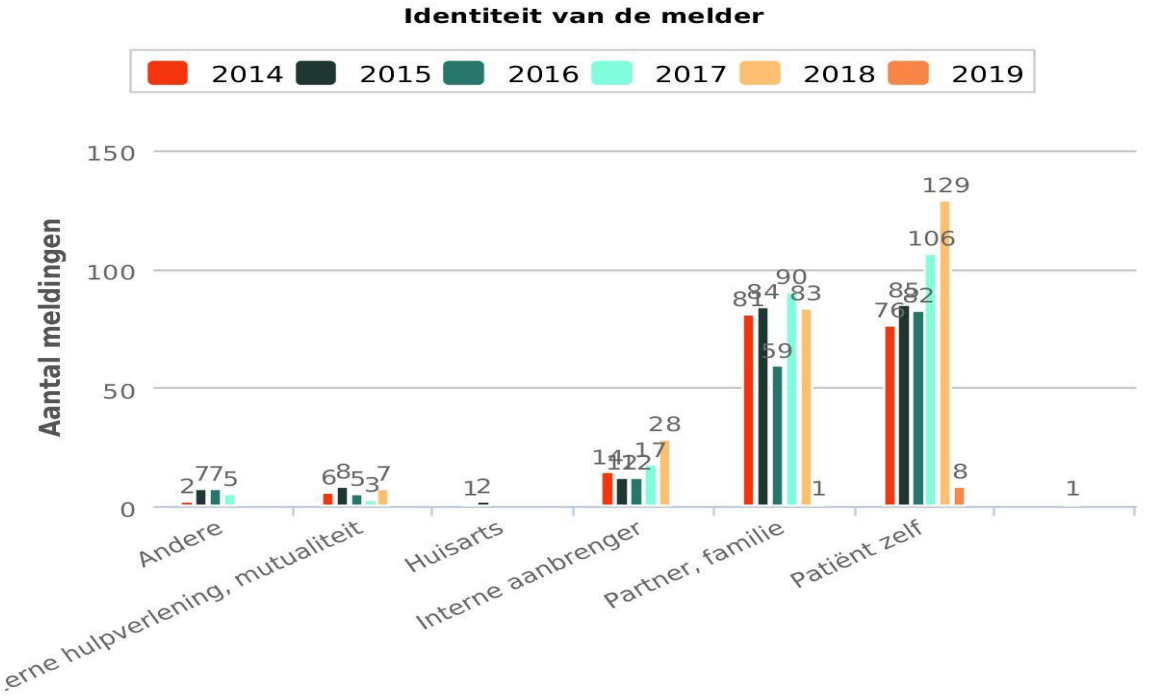
2.Aan wie wordt de melding gericht?



Commentaar:

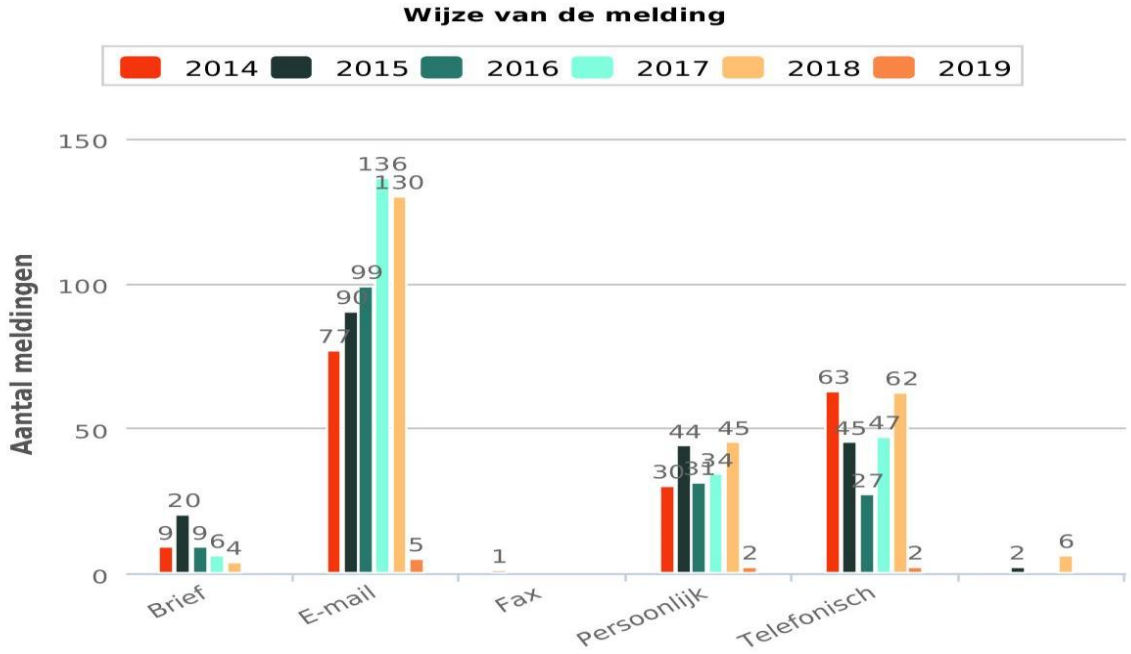
De meeste meldingen komen rechtstreeks bij de OD. Dit mede dankzij de mogelijkheid om via de website van het ziekenhuis online een melding te doen. Dit krijgt meer en meer bekendheid. De overige meldingen komen via medewerkers SJK zoals de grafiek aangeeft.

3.Wie doet een melding?



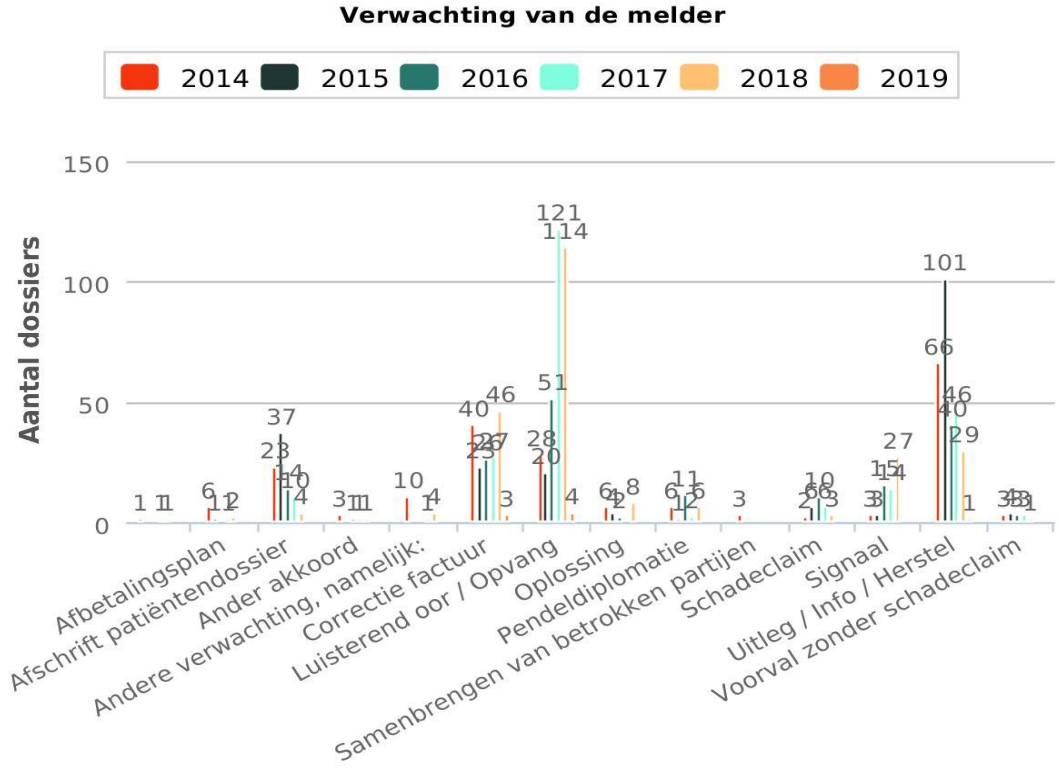
Commentaar: meestal familie, partner of de patiënt zelf. Maar ook medewerkers van het ziekenhuis kaarten de problematiek aan als de pat. zelf niet mondig of assertief genoeg is.

4.Wijze van melding?



Commentaar: De meeste meldingen verlopen via email. Persoonlijke gesprekken als eerste melding en via telefoon stabiliseren zich over de jaren heen.

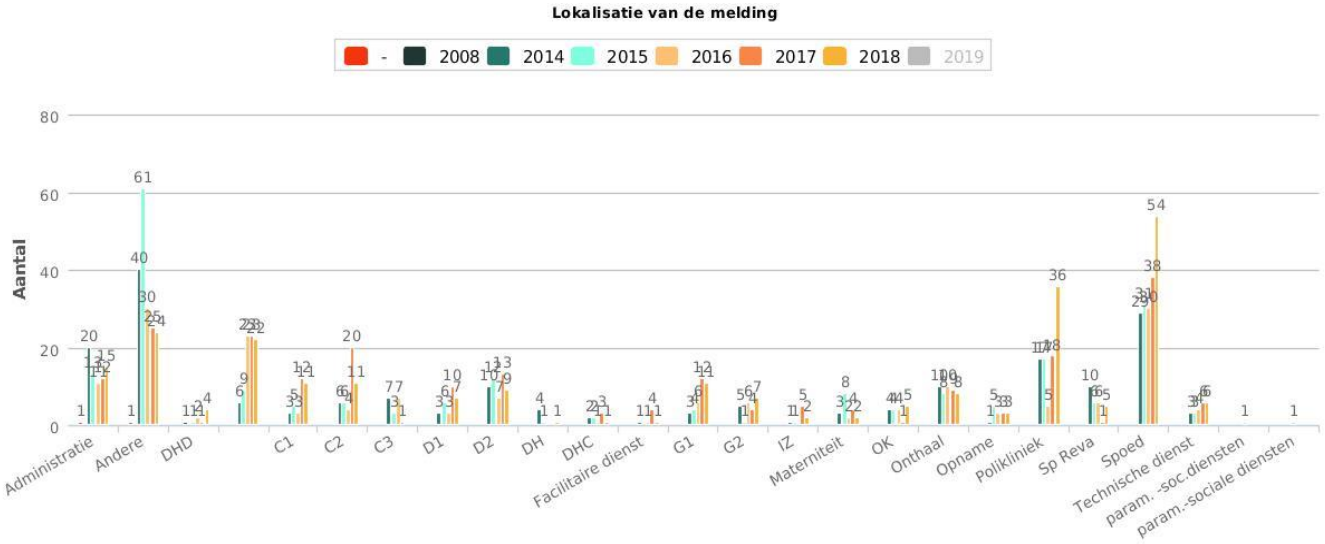
5.Wat verwacht de melder?



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. De stijging van melding rond de problematiek factuur is vaak te wijten aan de verhoging van het ereloonsupplement.

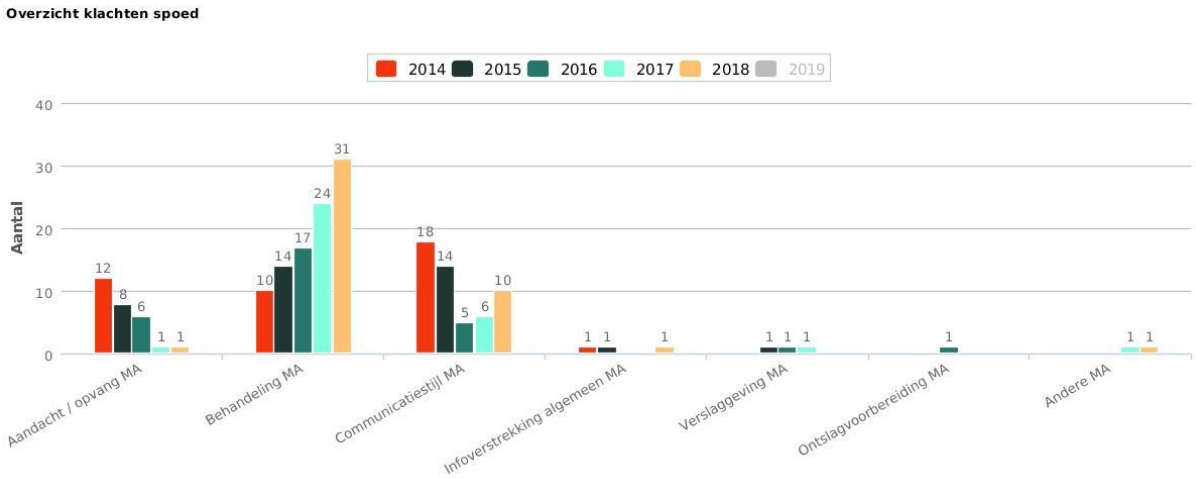
6.Lokalisatie van melding



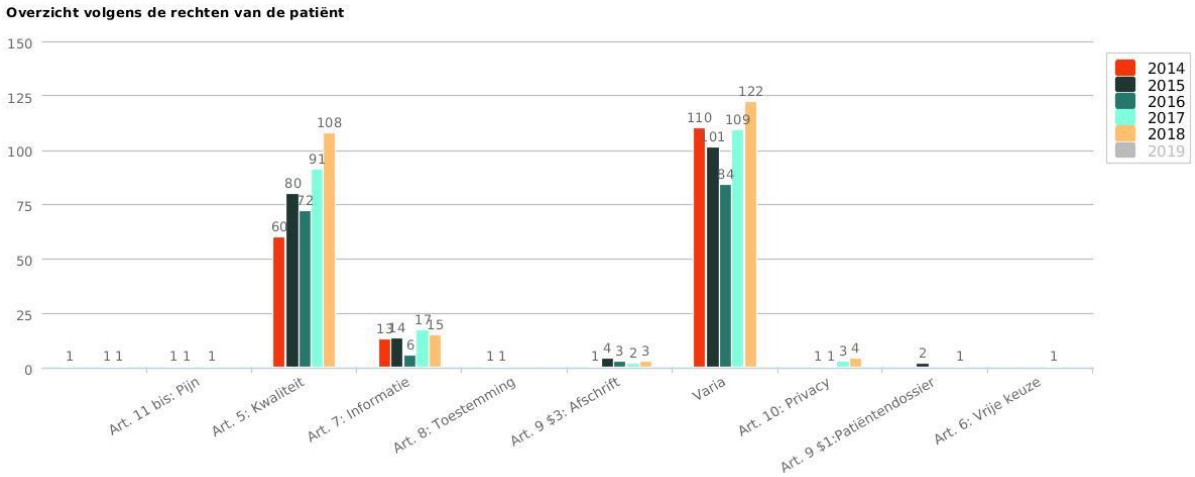
Commentaar: In 2017 was er een stijging van klachten merkbaar op heelkunde, terwijl zich dit stabiliseerde tussen 2014 en 2016. Dit had vooral te maken met de verhuis van de dienst naar andere locaties, de last van de verbouwing van het ziekenhuis (lawaaihinder) en ook de fusie van twee teams in één team. Ondanks de gemotiveerde inzet van het personeel vergde dit voor hen toch heel wat energie. In 2018 zien we een daling van meldingen op deze diensten.

Spoedgevallen blijft een kwetsbare dienst wat klachtenmeldingen betreft. Patiënten en familie zijn ongerust, emotioneel, en dit leidt vaak tot conflicten. Het ziekenhuis speelt hierop in door cursussen communicatie en agressiebeheer te voorzien, wat zijn vruchten afwerpt. De werklast op spoed ligt ook opmerkelijk hoger.

6.1 Overzicht klachten spoed in detail.



7.Overzicht rechten van de patiënt.

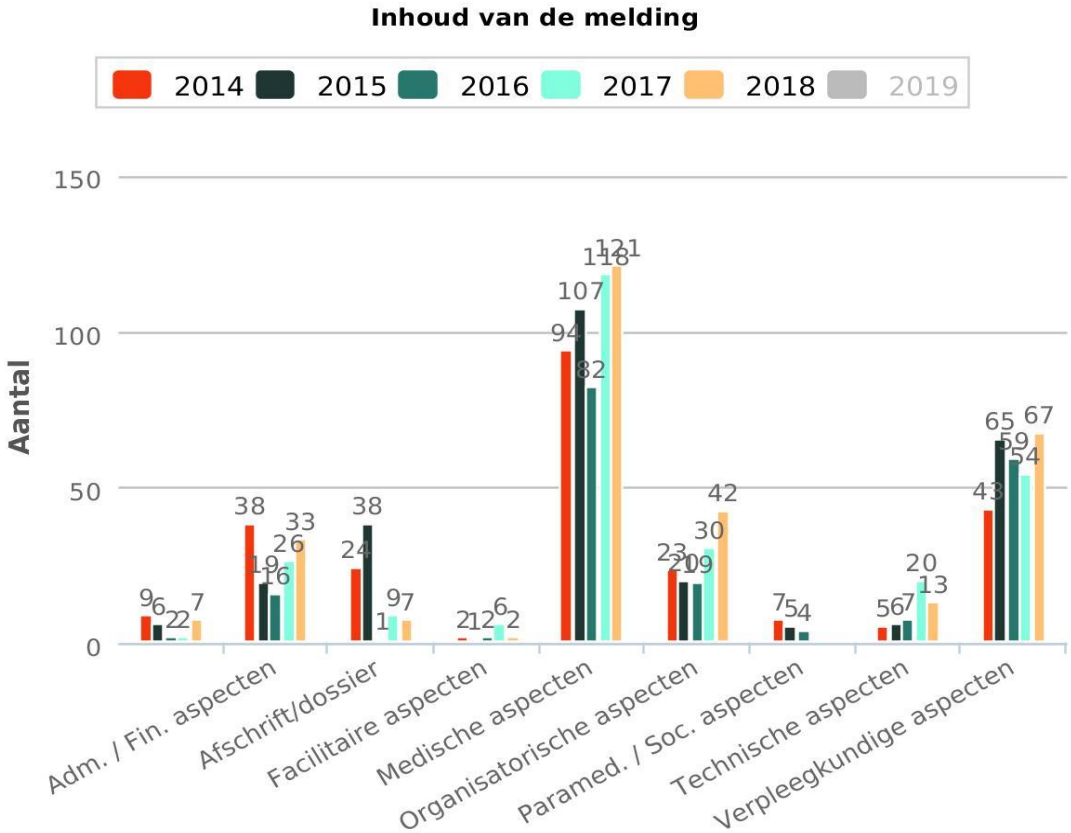


Commentaar: een OD houdt zich meer dan 50 % bezig met meldingen die geen betrekking hebben op de wet van de pat. rechten (varia).

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.

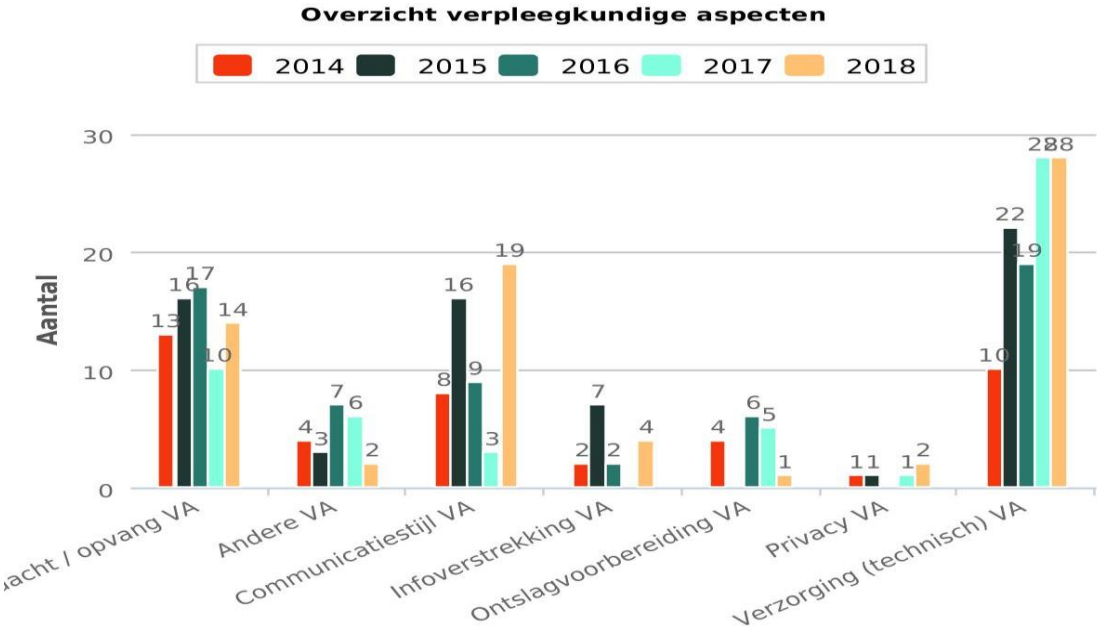
8. Inhoud van melding.



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.

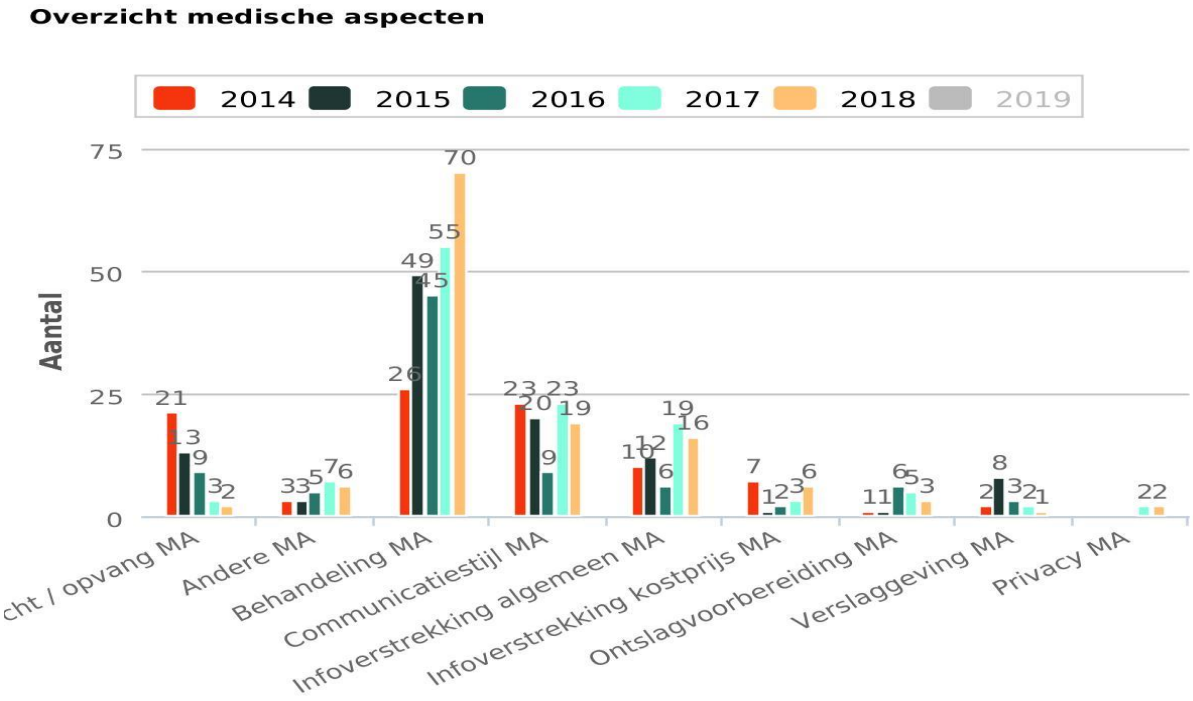
8.1.1 Overzicht verpleegkundige aspecten



Commentaar: aandachtspunt is de toename van meldingen rond communicatiestijl. Dit werd aangekaart met het team Kwaliteit.

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

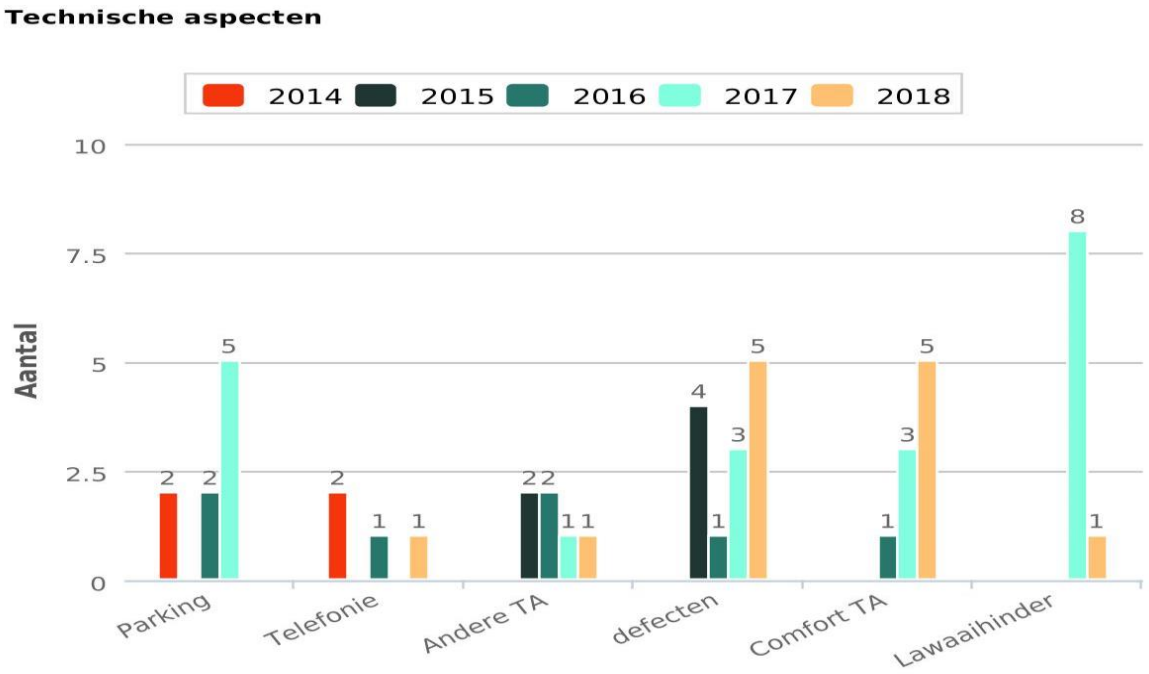
8.1.2 Overzicht medische aspecten.



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. Er is een opmerkelijke stijging van meldingen rond behandelingen. Patiënten zijn op voorhand beter geïnformeerd en willen meer participatie in besluitvorming rond behandelingen.

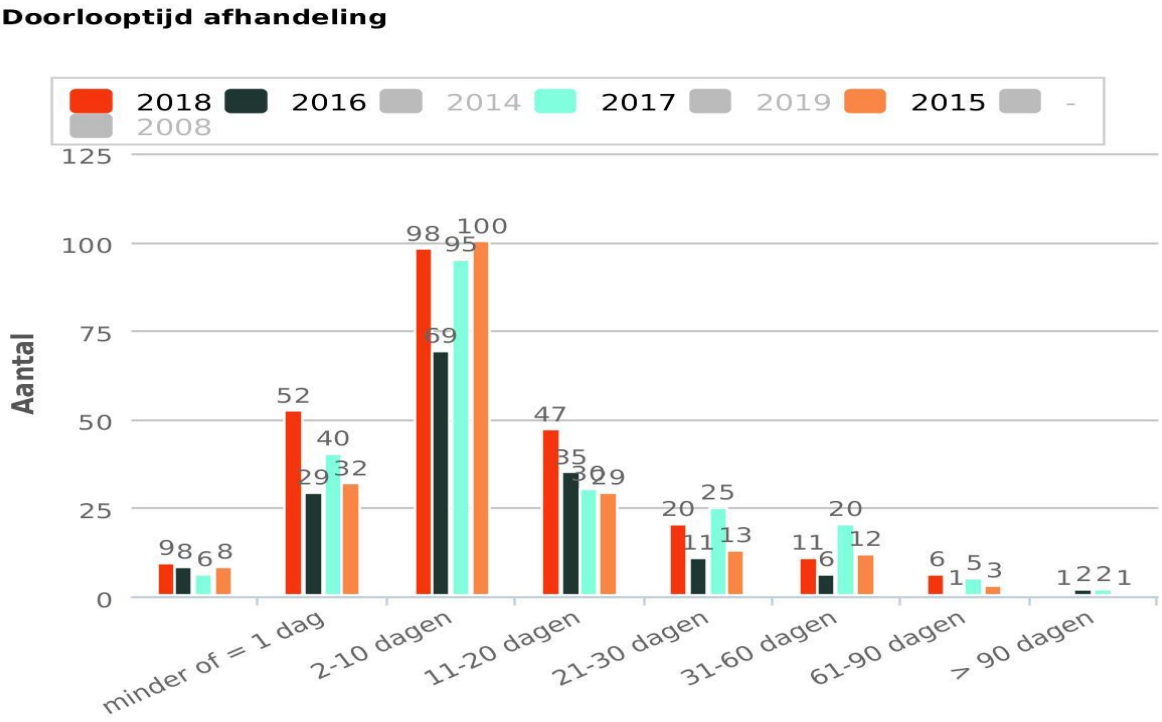
De administratieve en financiële aspecten gaan meestal over een betwisting rond de factuur. Vooral rond de kostprijs en supplementen van een eenpersoonskamer. Het blijkt dat zowel arts als onthaal de pat. informeren over de financiële consequentie van een 1 PK, maar dat de pat. toch maar half de zaak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

8.1.3 Technische aspecten.



Commentaar: het is duidelijk dat de verbouwing van het ziekenhuis op zijn einde loopt. Zie melding lawaaihinder. Het aantal klachten op jaarbasis zijn verwaarloosbaar. Dit wil niet zeggen dat deze klachten geen aandacht krijgen. Bijvoorbeeld het item "comfort" gaat vaak over de temperatuurregeling in de kamers. In onze moderne bouw wordt alles centraal geregeld volgens kwaliteitsnormen en kan men niet altijd aan de individuele verwachting/nood voldoen.

9. **Doorlooptijd OD-dossiers**.



Commentaar: de meeste dossiers worden gemiddeld rond 10 dagen afgehandeld. Maar ik bemerk in 2017 & 2018 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

Er zijn steeds terugkomende werkpunten, zaken die een continue opvolging vergen.

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

> info rond financ. gevolgen van een 1 pk. Wat betekent 200% 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. In 2018 had ik hierover een overleg met de Directie. Zij willen hier actie over voeren.

- 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? Dit gebeurt nog te weinig wegens hoge werkdruk.

- het bewaken van communicatie, hoe deze gevoerd wordt en het onderzoeken waarom men zo communiceert. Hoge werklast, stress vragen opvang van de medewerking en ondersteuning. Een tevreden medewerker geeft een goede zorg voor de patiënt.

Verslag: Louis Van Nieuland

Jaarverslag 2018 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:
Het ziekenhuis beschikt over een eigen ombudsfunctie

Ombudspersoon

De Crick Liliane
Email: ombudsdienst@sintmaria.be
Ziekenhuislaan 100, 1500 Halle
Tel.: 02/363.63.24

Een klacht kan op verschillende manieren ingediend worden:

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

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.

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):
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.
91

DEEL 3: Voorwerp van de klachten (die in het afgelopen jaar ontvangen zijn)
Aantal klachten m.b.t. het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking? (art. 5):
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)).
76

Aantal klachten m.b.t. het recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar? (art. 6):
0

Aantal klachten m.b.t. het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand (art. 7):
0

Aantal klachten m.b.t. het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (art. 8):
Het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, 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.
15

Aantal klachten m.b.t. het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier (art. 9 § 1): **0**

Aantal klachten m.b.t. het recht op inzage van het patiëntendossier (art. 9 § 2): **0**

Aantal klachten m.b.t. het recht op afschrift van het patiëntendossier? (art. 9 §3): **0**

Aantal klachten m.b.t. het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer? (art. 10): **0**

Aantal klachten m.b.t. het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg? (art.11bis):
0

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.

Interne opleidingssessies worden georganiseerd voor ziekenhuismedewerkers. 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

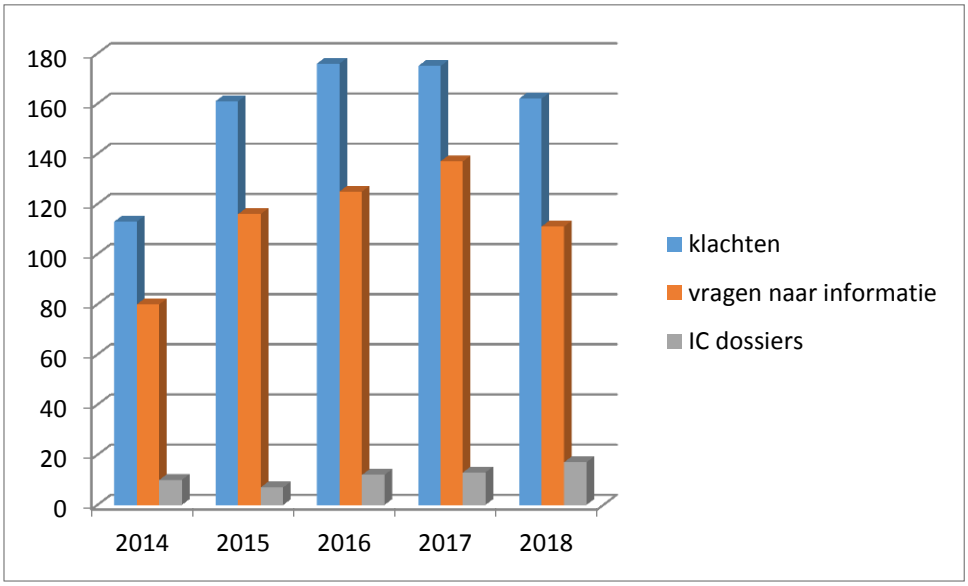
In 2018 behandelde de ombudsdienst **273 dossiers**. Dit is het totaal van het aantal klachten en andere vragen.
Patiënten/vertrouwenspersonen van patiënten kunnen zowel mondeling als schriftelijk via telefoon, brief, e-mail, webformulier een klacht indienen.

Het webformulier 'klachten en feedback' wordt automatisch verzonden aan de ombudsdienst.
Het webformulier 'contact via website' gaat naar de communicatie-verantwoordelijke, 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 **52 dossiers** behandeld die via webformulieren werden ingediend.

2. Klachten
   a) Aantal klachten

   We noteerden in totaal **162 klachten** op de ombudsdienst waarvan:
   - 91 klachten (56 %) in verband met de wet 'rechten van de patiënt'
   - 71 klachten (44 %) niet rechtstreeks in verband te brengen met de 'rechten van de patiënt'
   - 17 dossiers werden bij IC Verzekeringen geopend
   - 2 dossieraanvragen door het FMO (Fonds voor de Medische Ongevallen)



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

We noteerden in totaal **91 klachten** waarvan:

- **76 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).
- **15 klachten** gaan over het recht op informatie (art. 8§2).
  Al deze klachten gaan over het extern gemedicaliseerd ziekenvervoer.

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

We noteerden in totaal **71 klachten**

Deze klachten hebben voornamelijk te maken met ongenoegen en ontevredenheid rond:
Administratieve en financiële aspecten: betwisting facturen m.b.t. ereloonsupplementen van niet-geconventioneerde artsen, betwisting facturen m.b.t. dagziekenhuis opname op een éénpersoonskamer, …
Technische aspecten: kamercomfort, betaling parking, …
Organisatorische aspecten: afsprakenregeling
Verlies van persoonlijke zaken

d) Aantal vragen naar informatie (ook aanvragen m.b.t. afschrift patiëntendossier).

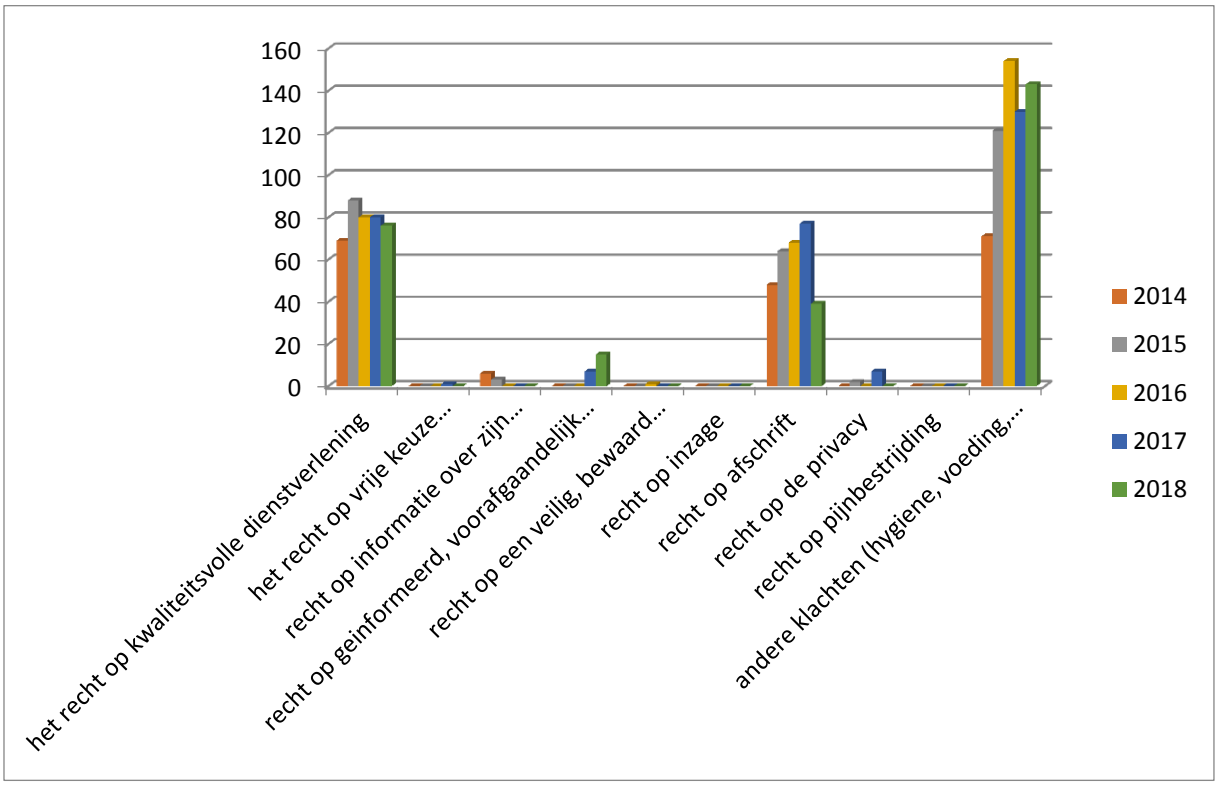
We noteerden in totaal **111 vragen**

- 39 verzoeken m.b.t. afschrift patiëntendossier werden behandeld

- 111 informatievragen werden 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 PACS-code, vraag over protocol na een radiologisch onderzoek, vraag over internettoegang, vragen over wijziging behandelende specialist, vragen over een transfert van of naar een ander ziekenhuis, …

Overzicht van de behandelde klachten (162 van de 273 totaal behandelende dossiers)
Informatiedossiers zijn niet opgenomen in onderstaande grafiek.



Aanbevelingen die in de loop van het jaar 2018 werden geformuleerd

- Nood aan duidelijke informatie aan patiënten over de tarieven van radiologie onderzoeken

- Aandacht voor de persoonlijke bezittingen zoals hoorapparaten en gebitsprotheses van patiënten die niet in staat zijn om voor zichzelf te zorgen. Het verlies van deze belangrijke zaken voor de patiënt zorgt voor veel ongemak. Deze verliezen hebben financiële gevolgen voor het ziekenhuis.

- Afsprakendienst
  Maatregelen nemen om een meer efficiëntere organisatie/werking van de afsprakendienst te bekomen zodat telefonische oproepen binnen aanvaardbare tijdspanne kunnen beantwoord worden.

- Meer aandacht en voldoende tijd besteden door de spoedartsen om te communiceren met de patiënten op de dienst Spoedgevallen.
  Patiënten verwachten meer informatie van de spoedarts m.b.t. de redenen waarom een gips aangelegd wordt bij een verwonding, zoals een breuk, ontwrichting of verstuiking.

Aanbevelingen aan de overheid

- Nood aan maatregelen inzake het dringend, gemedicaliseerd ziekenvervoer tussen ziekenhuizen.
  De problematiek van het dringend, gemedicaliseerd ziekenvervoer blijft elk jaar terugkomen.
  De patiënt wordt geconfronteerd met zeer hoge rekeningen als hij/zij van het ene ziekenhuis naar het andere wordt vervoerd. De dienst 100 kan hiervoor niet gebruikt worden, gezien de patiënt zich niet in een noodsituatie bevindt maar in een stabiele, kritieke toestand. Het ziekenhuis moet beroep doen op private ambulancediensten, waarvoor patiënten hoge rekeningen betalen.

Regionaal ziekenhuis
Heilig Hart Leuven

Jaarverslag bemiddelingen Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven

2018

Ann Willemans

1. Algemene informatie over het ziekenhuis en de ombudsdienst

Het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven (erkenningsnummer 108) is gelegen aan de Naamsestraat 105 en heeft 287 erkende bedden, ongeveer 700 medewerkers en meer dan 100 artsen.

Ann Willemans is de ombudspersoon met een tewerkstelling van 80%. Het kantoor van de ombudsdienst is vlot bereikbaar, dicht bij het onthaal van het ziekenhuis. Er is een secretariële ondersteuning bij afwezigheid.

De klachtendossiers worden geregistreerd in een, op maat voor het ziekenhuis gemaakt, registratieprogramma, rekening houdend met registratievoorschriften van de beroepsvereniging VVOVAZ.

2. Rol en de werking van de ombudsdienst

2.1. Toegankelijkheid van de ombudsdienst

De ombudsdienst is goed toegankelijk voor iedereen.

De ombudsdienst is op verschillende manieren onder de aandacht gebracht van patiënten en van medewerkers.

- Binnen alle diensten van het ziekenhuis is de brochure van de federale overheid inzake rechten van de patiënt aanwezig en raadpleegbaar,
- er is een afspraak met alle zorgvertrekkers in het ziekenhuis dat een doorverwijzing naar de ombudsdienst laagdrempelig kan worden gebruikt,
- het huishoudelijk reglement en de wijze van werken van de ombudsdienst zijn voor medewerkers terug te vinden op het intranet,
- alle medewerkers van het ziekenhuis volgen bij indiensttreding een verplichte opleiding rond de rechten van patiënten en omgaan met patiënten,
- via de onthaalbrochure worden patiënten geïnformeerd over de aanwezigheid van de ombudsdienst en de wijze van contactname,
- via de website worden patiënten verder geïnformeerd over hun patiëntenrechten en over de beschikbaarheid van een ombudsdienst. De website voorziet eveneens in een pagina waarop een melding kan worden gestuurd naar de ombudsdienst,
- externe zorgcollega's: woonzorgcentra, ziekenfondsen, huisartsen… verwijzen naar de ombudsdienst bij vragen van patiënten,
- op vraag van medewerkers wordt de ombudsdienst betrokken in patiëntencontacten om het gesprek te faciliteren indien er tussen partijen ongenoegen is

Patiënten kunnen hun ongenoegen uiten per brief, per mail, via een telefoongesprek of kunnen gesprek aanvragen in het kantoor van de ombuds of in de kamer bij opname. In elk van situaties wordt er voor gezorgd dat patiënten de mogelijkheid krijgen om hun verhaal te doen en te objectiveren in functie van het zoeken naar een vergelijk.

2.2. Werkhouding van de ombuds

De ombudsdienst werkt vanuit een bemiddelende houding.

Patiënten en zorgvertrekkers weten bij aanvang van het gesprek dat er wordt gewerkt vanuit een meerzijdige partijdigheid naar alle betrokkenen in het conflict. De ombudspersoon kiest geen partij voor de ene of de andere maar gebruikt alle mogelijke vaardigheden om het gesprek tussen de partijen te ontwarren, te begeleiden en te verduidelijken in functie van het zoeken naar een vergelijk en naar herstel van vertrouwen. Indien een positief resultaat of herstel van geschaad vertrouwen niet tot de mogelijkheden behoort, zoekt de ombuds met de betrokkenen naar een mogelijke doorverwijzing extern of naar verdere mogelijkheden om rechten op te nemen.

De ombuds werkt tijdens de gesprekken aan het empoweren van de patiënt om zelf zijn rechten op te nemen bij een volgende zorgvraag. Daarnaast biedt de ombuds ook ondersteuning en inzichten aan de zorgvertrekker zodat deze verder vaardigheden ontwikkelt om meer aansluiting te vinden bij de vragen van patiënten.

De ombuds werkt op een derde niveau aan de verdere ontwikkeling binnen de organisatie. Communicatievaardigheden, inzichten in conflictmanagement, gesprekstechnieken….ondersteunen de organisatie in de verdere uitbouw van een open en respectvol communicatieklimaat van alle partijen voor mekaar.

Op deze manier wordt een conflict of een misverstand aangebracht door één partij een kans om te groeien naar een win-win situatie voor veel betrokkenen.

2.3. Registratie en rapportering door de ombuds

Het jaarlijkse bemiddelingsrapport wordt ingediend bij de Vlaamse Ombudsman. Daarna volgt er een bespreking binnen de directievergadering, de Medische Raad en de Raad van Bestuur.

Er is eveneens een toelichting binnen de ondernemingsraad, de hoofdverpleegkundigenvergadering en binnen specifieke multidisciplinaire teams indien er hieromtrent een vraag is.

Bij deze besprekingen worden rode lijnen gecommuniceerd en worden aanbevelingen ter verbetering binnen de organisatie in het algemeen of binnen een dienst specifiek gedaan. De vertrouwelijke gegevens van de dossiers worden uiteraard niet vrijgegeven.

2.4. Formuleren van adviezen

Naar aanleiding van de voorstelling van het jaarrapport en rekening houdend met de aanbevelingen van de ombuds, worden binnen de beleidsorganen actiepunten voor verbetering van dienstverlening afgesproken. De ombuds wordt betrokken bij het uitwerken van deze verbeterplannen en wordt deelgenoot in de realisatie ervan.

2.5. Stimuleren van weergave van positieve ervaringen

Bij de bekendmaking van de meldingsmogelijkheden bij de ombudsdienst wordt er ook actief gevraagd aan patiënten om positieve ervaringen eveneens te melden. Bij het ontvangen van deze meldingen volgt er een bedanking naar de betrokken zorgvertrekkers voor hun inspanningen naar patiënten. Een positieve feedback van de patiënten is de grootste vorm van voldoening voor zorgvertrekkers (blijkt uit de medewerkers enquête die in 2018 door het ziekenhuis werd georganiseerd).

2.6. Preventieve werking in het kader van opleidingen

Ombudspersonen hebben in functie van de uitvoering van hun taak verdere opleidingen gevolgd en vaardigheden aangeleerd inzake conflictmanagement. Deze skills worden in de instelling gedeeld om preventie van klachten mogelijk te maken. In dat kader volgen de leidinggevenden van het ziekenhuis een opleiding bij de ombudspersoon " hoe omgaan met klachten" zodat het klachtenmanagement ingebed geraakt in de organisatie en de ombudspersoon werkt als een tweedelijns-klachtenfunctionaris.

Er is ter bevordering van deze houding eveneens een adviserende functie van de ombuds in de instelling. Artsen, verpleegkundigen, medewerkers van administratieve diensten kunnen vastgelopen patiëntensituaties voorleggen aan de ombuds. Onder de vorm van coaching wordt er samen gezocht naar een aanpak van de situatie die conflict vermijdt of herstel aanbiedt door de zorgverstrekker zelf. Uit het jaarrapport blijkt dat deze manier van werken een positieve invloed heeft om het verminderen van klachten.

2.7. Ondersteuning van collega's ombudspersonen via VVOVAZ

Als vice- voorzitter van de beroepsvereniging VVOVAZ blijf ik, samen met de collega's bestuursleden, eveneens zoeken naar verdere mogelijkheden om collega-ombudspersonen te ondersteunen door het organiseren van verdere opleidingen, het ontwikkelen van extra vaardigheden of gesprekstechnieken, de professionele uitbouw van intervisiemomenten, uitbouw van netwerken….De solitaire positie van ombudsen binnen de ziekenhuis en de belasting die een job als ombuds met zich meebrengt vragen om een collegiale ondersteuning over de organisaties heen.

3. Cijfermateriaal klachten

3.1. Algemene gegevens

In 2018 werden er 355 vragen voorgelegd waar één of andere specifieke tussenkomst vanwege de ombudsdienst werd gevraagd. In één dossier kunnen verschillende elementen worden aangehaald die behandeling vragen. De hieronder vermeldde gegevens zijn de weergave van de categorie waarin een individueel dossier werd gescoord.

Er werden 194 klachtendossiers geopend (in 2017, 177).

Er werden 105 adviesvragen gesteld inzake aanpak van patiëntensituaties (in 2017, 91 dossiers) die kunnen escaleren en leiden tot een klacht. Het samen overleggen en zoeken naar een gepaste aanpak of manier van communiceren vermijdt het schaden van de zorgrelatie.

Er werden 44 vragen gesteld aangaande de rechten van patiënten en /of familieleden inzake inzage en afschrift van patiëntengegevens. Het maken van de afschriften behoort tot de taak van de individuele artsensecretariaten of van het secretariaat van de hoofdgeneesheer.

Er werden 11 bedankingen genoteerd die eveneens een opvolging hebben gekregen naar verschillende betrokken partijen.

3.2. Gegevens rekening houdend met de wet op de patiëntenrechten

3.2.1. Recht op kwalitatieve dienstverlening

In 105 dossiers wordt het gedrag van de beroepsbeoefenaar aangeklaagd, in 77 dossiers wordt de techniciteit van de zorgvertrekker in vraag gesteld.

In 98 van deze dossiers is de arts diegene die in vraag wordt gesteld. In 68 dossiers wordt de verpleegkundige genoemd en in 51 dossier wordt een andere medewerker (administratieve medewerkers, onthaalmedewerkers, secretariaatsmedewerkers, mensen van financiële diensten….) aangegeven.

3.2.2. Recht op vrije artsenkeuze wordt slecht in 1 situatie aangegeven

3.2.3. Recht op informatie over de gezondheidstoestand

In 27 dossiers ontbreekt informatie over de gezondheidstoestand en de aanpak en behandeling. Patiënten en/of hun familie geven aan onvoldoende op de hoogte te zijn van wat er waarom gebeurt.

In 24 dossiers wordt de afwezigheid van financiële informatie aangegeven. In het merendeel van de situaties betreft het de onduidelijkheid inzake het conventiestatuut van de behandelende arts vooral van deze artsen die in consult

Bemiddelingsboek - 1334

worden gevraagd door een eerste behandelende arts in functie van verdere diagnosestelling vb. medische beeldvorming.

In 19 dossiers wordt aangeklaagd dat er geen toestemming of betrokkenheid van de patiënt in het behandelingsproces is geweest

In 2 dossiers werd het recht op weigeren van zorg na geïnformeerd te zijn opgenomen

3.2.4. Rechten inzake patiëntendossier

In 44 situaties werd het recht aangaande het patiëntendossier gebruikt. In 2 situaties werden specifieke casussen voorgelegd die de toelating tot inzage van het patiëntendossier duidelijk in vraag stelden. In 3 situaties werden vragen gesteld de motivatie van de aanvragen in het patiëntendossier na overlijden van een familielid. In 39 situaties werden de rechten aangaande inzage en afschrift van patiëntengegevens uitgelegd en werden mensen begeleid in het formuleren van hun vraag tot afschrift.

3.2.5. Recht op bescherming van persoonlijke levenssfeer werden 5 dossiers geopend

3.2.6. Recht op pijnbestrijding werd in 3 dossiers aangehaald

Andere rechten, vastgelegd in de wet op de patiëntenrechten, werden niet aangehaald in de klachtendossiers

3.3. Andere klachten binnen de organisatie

In de klachtendossiers komen ook bedenkingen terecht die buiten de wet op de patiëntenrechten vallen. Zij hebben eerder te maken met de organisatie van de zorg of van de dienstverlening in het ziekenhuis.

In 62 dossiers worden verschillende aspecten van de organisatie bevraagd. Het gaat over aspecten die te maken hebben met afsprakenplanning, registratie binnen de organisatie over wachttijden, parkeerbeleid, telefonische bereikbaarheid, financiële procedures, comfort en infrastructuurvragen….

3.4. Klachtindiener

In 103 dossiers is het de patiënt zelf die zijn rechten opneemt en bevraagt, in 76 dossiers zijn het familieleden die kunnen optreden als vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger. Externe instanties vb. ziekenfondsen hebben in 7 dossiers doorverwezen naar de ombuds en 3 huisartsen hebben contact genomen met de vraag af te stemmen met de patiënt. In 5 dossiers zijn het interne medewerkers die aangaven niet akkoord te gaan met de hulpverlening naar een patiënt en die in diens naam contact nemen met de ombuds.

Bemiddelingsboek - 1335

3.5. Wat verwachten de aanbrengers?

In 117 dossiers wordt er een bemiddeling tussen partijen verwacht.

48 mensen verwachten een financieel akkoord of een tussenkomst in de aangeboden factuur om verschillende redenen. 13 personen wilden een schadeclaim indienen maar na overleg werden slechts 3 dossiers aangeboden aan de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid. De vragen naar schadeloosstelling vielen weg nar het organiseren van een bemiddelingsgesprek waar ieders standpunt of zienswijze kon worden toegelicht en waar er werd gezocht naar een andere manier van vergelijk.

80 klagers wensten een signaal te brengen aan de organisatie en wilden voorkomen dat gelijkaardige situaties zich herhalen bij andere patiënten. Bij nader gesprek bleek dat het melden " in naam van het algemeen belang" een veiligere manier is voor individuele ontevreden patiënten om toch om een gesprek te vragen. Het resultaat van het gesprek wordt dat er voor de individuele persoon een gepaste oplossing wordt gezocht en dat hieruit wordt geleerd ter preventie van herhaling van eenzelfde klacht bij anderen.

113 mensen geven expliciet aan een luisterend iemand in de organisatie te willen vinden. Zij voelden zich in de organisatie niet gehoord bij het stellen van vragen of uien van bedenkingen en richten zich hiervoor dan tot de ombudsdienst.

3.6. Resultaat van de tussenkomsten van de ombuds

In 23 dossier is er effectief een financieel akkoord. Dit gaat om een correcte van een factuur of een akkoord inzake aangerekende ereloonsupplementen. Zelden tot nooit wordt er een rekening kwijtgescholden.

In 143 dossier is er herstel van vertrouwen en van de communicatie en hebben partijen terug respect voor mekaar. Zij kunnen hun vertrouwensband terug verder opnemen en zelfs verstevigen omwille van eerlijkheid in hun communicatie.

In 93 dossiers is de situatie gedeblokkeerd door het geven van advies en het coachen van de aanpak van een situatie.

In 14 situaties is betrokkenheid van de ombuds bij het patiëntencontact of tussenkomst in de dienstverlening gevraagd.

Van de 117 bemiddelingen hebben er 111 geleid tot een verzoening waarin beide partijen zich kunnen vinden. Er werden 3 dossiers overgemaakt aan de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid en 3 dossiers werden extern verwezen voor verder advies (naar ledenverdediging van het ziekenfonds of van een eigen hospitalisatieverzekering).

Voor de schriftelijke klachtenbehandelingen is moeilijk in te schatten of klagers al dan niet tevreden zijn met het antwoord. Diegenen waarvoor een tegemoetkoming werd bekomen laten eerder expliciet hun appreciatie voor de tussenkomst weten. Personen die meer kadering en informatie van het gebeuren hebben ontvangen of

een schriftelijke verontschuldiging van betrokken zorgvertrekkers of van de organisatie reageren meestal niet meer verder.

4. Positie van de ombudspersoon

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 bepalen de mogelijkheden waarin de ombuds zijn functie in onafhankelijkheid kan opnemen.

Binnen het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven krijgt de ombudsdienst alle vrijheid om de taak te volbrengen. De onafhankelijke positie nodig voor het bevragen van elementen die kunnen leiden tot de oplossing van een probleem wordt gewaardeerd en gevolgd. Er wordt vanuit de bevindingen van de ombuds verder gewerkt in de organisatie en de ombuds wordt eveneens betrokken in het verbeteren van een open communicatiecultuur tussen patiënten en zorgvertrekkers, tussen zorgverstrekkers onderling en tussen zorgverstrekkers en beleidsorganen .

5. Aanbevelingen

5.1. Verder werken aan een goede informatie aan patiënten en voornamelijk aan financiële informatie

Er werden in verschillende dossiers door patiënten bedenkingen geformuleerd aangaande het conventiestatuut van artsen en de financiële gevolgen hiervan voor hun eigen bijdrage in hun rekening voor de behandeling.

De beheerders van ziekenhuizen hebben wettelijke verplichtingen inzake het kenbaar maken van het statuut van de artsen en het percentage van het supplement dat zij mogen aanrekenen, rekening houdend met hun statuut. Aankondigingen via website en onthaalbrochures, affichage in de wachtkamers van artsen…zijn maatregelen die verplicht zijn voor ziekenhuisorganisaties.

Toch zijn de bedenkingen van patiënten aangaande het conventiestatuut van de artsen multifactorieel:

- Een aantal patiënten hebben geen kennis over het begrip " conventiestatuut". Pas na een eerste confrontatie met een rekening worden de financiële gevolgen van een behandeling duidelijk.
- Patiënten kiezen artsen op basis van verwijzingen door andere patiënten of artsen of op basis van expertise en deskundigheid. Zij houden hierbij geen rekening met conventiestatuut van de betreffende arts. Het besef van kostprijs van hun keuze komt pas later.

- Patiënten worden door behandelende artsen doorverwezen naar collega's voor medisch technische onderzoeken of voor aanvullend advies. De verwijzende arts maakt hierbij zelden melding van het conventiestatuut van de arts waarnaar wordt verwezen.
- Binnen bepaalde associaties zijn alle artsen niet-geconventioneerd. De patiënt maakt zijn keuze voor een ziekenhuis of een praktijk van vertrouwen en neemt de financiële gevolgen van een dergelijke situatie er bij.

Ondanks het feit dat de overheid, de ziekenhuizen, ziekenfondsen, patiëntenverenigingen…inspanningen doen om patiënten voldoende te informeren omtrent het artsenstatuut en de financiële gevolgen hiervan blijft dit een hekel punt. Voor mensen is deze informatie een letterlijk " ver van mijn bed probleem" tot zij in de rol van patiënt terecht komen. Zij maken op dat moment eerst een keuze voor een arts met de competenties die zij noodzakelijk achter voor de oplossing van hun gezondheidsprobleem. Pas later komt het denken aan de financiële gevolgen van een behandeling.

Een nieuwe campagne aangaande het statuut van artsen is aangewezen, vooral rekening houdend met het feit dat de persoonlijke bijdrage van patiënten in gezondheidszorg stijgt.

Daarnaast is een regeling noodzakelijk voor associaties zonder geconventioneerde artsen. Een patiënt zou het recht moeten hebben om te vragen om aan conventietarief te worden behandeld ook als zou dit bepaalde voorwaarden vb. geen vrije artsenkeuze, geen keuze van afspraakmogelijkheid…inhouden.

5.2. Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan klachten vermijden.

Patiënten hebben verwachtingen van de spoeddienst die niet altijd ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je, zoals de term " spoedgevallen" doet vermoeden, er snel wordt geholpen. Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een dringend tandartsconsult. Patiënten kunnen niet meer bij de vertrouwede huisarts terecht in de avonduren en verkiezen de spoeddienst boven de huisartsenwachtpost…

Deze perceptie zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties die leiden tot een klacht.

Patiënten begrijpen onvoldoende dat binnen een spoeddienst een triage gebeurt naar ernst van de problematiek en dat bij een lege urgentiegraad de wachttijden kunnen uitlopen tot verschillende uren. Ze zijn teleurgesteld, na een eerste contact met triage, dat zij worden doorverwezen naar verdere raadpleging intern of naar de huisarts of zijn ontgoocheld als een familielid niet kan worden opgenomen.

De zorgvertrekkers van de spoeddienst voelen wrevel naar patiënten die onterecht gebruik maken van de spoeddienst en ergeren zich aan het feit dat deze mensen aandacht wegnemen van patiënten die effectief spoedeisende hulp nodig hebben.

Binnen de ziekenhuizen is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en klachten en frustraties voorkomen. De proefprojecten rond 1733 zijn nog onvoldoende gekend bij patiënten en hebben een snelle invoering nodig.

5.3. Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg

"In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. ". Een respectvolle bejegening is een waarde die niet ter discussie kan worden gesteld.

Uit het jaarverslag blijkt dat het gedrag van zorgvertrekkers veelvuldig wordt bevraagd (meer dan hun technische vakbekwaamheid).

Bij de bespreking van deze klachten krijgt de ombuds ook met regelmaat het signaal van zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren. Het eisende gedrag van patiënten, hun ongeduld, de dwingende communicatie, het filmen en opnemen van gesprekken met smartphones, niet verlaten van kamers door familieleden bij zaalronde van zorgvertrekkers…laat zijn sporen bij medewerkers. Ze voelen zich beoordeeld en geëvalueerd door de zorgvragers en voelen zich onveilig in bepaalde contacten.

Er wordt in verschillende zorginstellingen gevraagd naar een gedragscode voor patiënten en hun bezoekers.

Een respectvolle omgang hoort in een wederzijdse relatie en is basis voor de vertrouwensrelatie nodig om zorg te kunnen bieden.

Bemiddelingsboek - 1339

5.4. Maatregelen om meer patiëntgerichte werktijd vrij te maken in het belang van zorgvertrekkers en patiënten dringen zich op.

Er is nood aan meer informatie versus nood aan tijd om te communiceren.

Een overgroot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen.

Patiëntenrechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt langs verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings-en verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om deze beslissingen wel overwogen te kunnen maken.

Zorgverstrekker botsen van hun kant op het feit dat zij bij “veelvragende patiënten“ onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.

Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail. Verpleegkundigen, die door hun schaarste op de arbeidsmarkt (verwijderen? Volgens mij niet steeds ov schaarste, maar zeker ook ov besparingen, zieken, enz…), steeds met minder hetzelfde werk doen lopen, tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten. Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net deze mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De core van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk en veroorzaakt spanning en stress.

Langs beide kanten van het verhaal zitten mensen die de situatie anders zouden willen zien en die vragen om meer tijd om samen gefundeerde keuzes te kunnen maken.

7 februari 2019

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST RZ TIENEN 2018

HOEVEEL VRAGEN EN MELDINGEN?

- 274 klachtmeldingen
- 59 informatievragen
- 15 proactieve meldingen (*)
- 16 positieve meldingen
- 207 verzoekschriften patiëntendossier

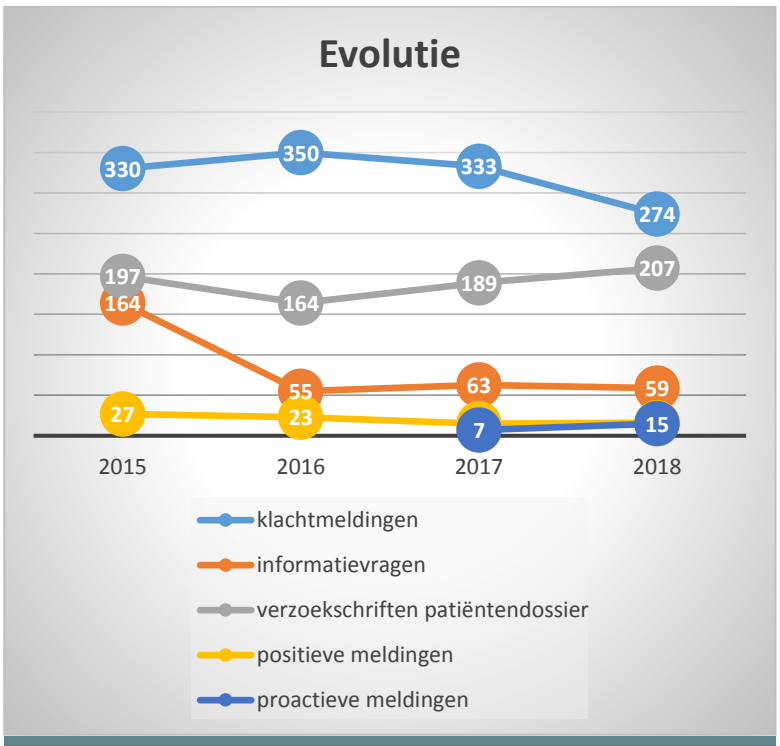
82 KLACHTEN PER 100.000 PATIËNTENCONTACTEN = 0,08 %

DOOR WIE?

- 55 % aangebracht door patiënt zelf
- 34 % door partner of familie
- 4 % door medewerkers
- 5 % door externe zorgverleners

HOE?

- 35 % mondeling: telefonisch of in een persoonlijk contact
- 65 % schriftelijk: via meldformulier, mail, brief



KLACHTMELDINGEN GEVEN DE BELEVING VAN DE PATIËNT WEER EN DOEN GEEN OBJECTIEVE UITSPRAAK OVER DE KWALITEIT VAN ZORG.

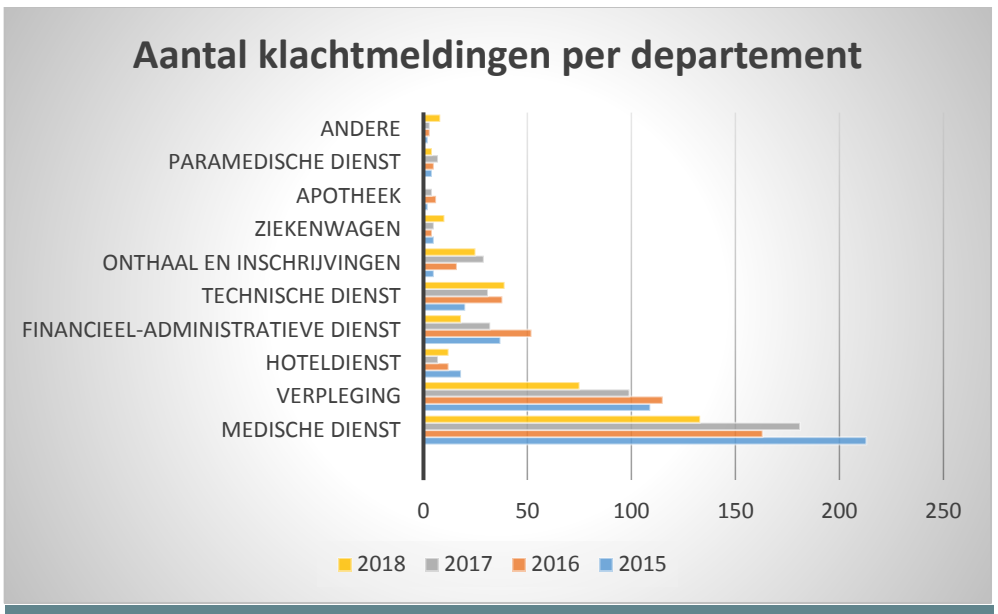
WAAROVER GAAN DE VRAGEN EN MELDINGEN?

- 42 % over een hospitalisatie
- 20 % over een raadpleging
- 18 % over de dienst Spoedgevallen
- 8 % over een medisch-technische dienst (onderzoeken)
- 3 % over de financieel-administratieve dienst
- 9 % over andere diensten

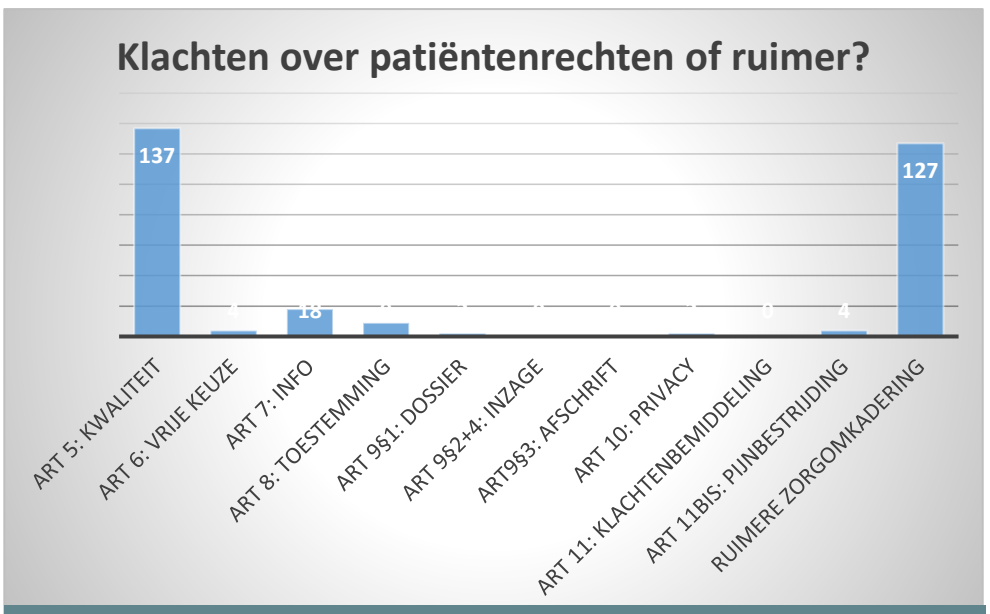
EVOLUTIES? *(zie grafiek)*

- Dalende trend klachtmeldingen
- Aantal spontane positieve meldingen blijft gelijk
- Stijgende trend proactieve meldingen *
- Aantal informatievragen vrij constant voorbije 3 jaren
- Stijgende trend verzoekschriften patiëntendossier

(*) *Dit zijn meldingen die de zorgverleners zelf doen bij de ombudsdienst wanneer patiënten of hun familie klachten of ontevredenheid hebben geuit tijdens hun verblijf of bezoek.*



EÉN MELDING KAN MEERDERE KLACHTEN OVER MEERDERE DEPARTEMENTEN BEVATTEN



58% VAN DE KLACHTEN IS GELINKT AAN PATIËNTENRECHTEN
42% GAAT OVER DE RUIMERE ZORGOMKADERING

KLACHTMELDINGEN MEDISCH DEPARTEMENT

- 133 klachtmeldingen in totaal. Het **aantal** klachtmeldingen over het medisch departement **daalt** (181 in 2017). Er zijn vooral minder klachten over communicatiestijl, ontslagvoorbereiding en facturatie.
- 78 klachten over de **behandeling**, bv. de verwachting om op de spoeddienst een specialist te kunnen raadplegen, een andere diagnose bij *second opinion*, ontevredenheid over het resultaat van de behandeling.
- 27 klachten over een onvriendelijke of onrespectvolle **communicatiestijl**
- 18 klachten over onvoldoende **aandacht en opvang**
- 15 klachten over **te weinig informatie** over diagnose of behandeling
- 15 klachten over onverwacht hoge **factuur**
- 6 klachten over onvoldoende zorgzame **ontslagvoorbereiding**

KLACHTMELDINGEN VERPLEGING

- 75 klachtmeldingen in totaal. Het **aantal** meldingen over het verpleegkundig departement **daalt verder** (99 in 2017, 115 in 2016).
- 37 klachten over de **verzorging** op zich. Patiënten of hun familie geven bv. aan dat de ontvangen zorg voor hen ontoereikend of onaangepast is.
- 19 klachten over een onvriendelijke of onrespectvolle **communicatiestijl**
- 15 klachten over onvoldoende **aandacht en opvang**
- 10 klachten over verlies van persoonlijke bezittingen
- 8 klachten over **te weinig informatie**
- 6 klachten over onvoldoende zorgzame **ontslagvoorbereiding**

PATIËNTENCOMPLIMENTEN

De ombudsdienst ontvangt via meldformulieren ook positieve signalen van patiënten over de ontvangst, verzorging en behandeling. Vriendelijkheid, behulpzaamheid, betrokkenheid, professionalisme en respect zijn hierbij de kernwoorden.

KLACHTMELDINGEN ONTHAAL & INSCHRIJVINGEN

- 25 klachtmeldingen in totaal. Sinds 2015 steeg het aantal meldingen omtrent het onthaal, dit daalt nu opnieuw licht (29 in 2017).
- 5 klachten over moeilijke **telefonische bereikbaarheid**
- 4 klachten over **communicatiestijl**
- 3 klachten over onbedoeld documenten ondertekend voor 1-persoonskamer
- 3 klachten over **informatieverstrekking**

KLACHTMELDINGEN FINANCIEEL-ADMINISTRATIEVE DIENST

- 18 klachtmeldingen in totaal (op 261.419 facturen). De voorbije 3 jaar **daalt** het aantal meldingen over de financieel-administratieve dienst (32 in 2017, 52 in 2016).
- 7 klachten over de **inhoud** van de factuur
- 4 klachten over de **herinnerings- en deurwaarderskosten**

KLACHTMELDINGEN OVERIGE DIENSTEN

- Klachten over de **technische dienst** gaan hoofdzakelijk over de parking die patiënten en bezoekers als te duur ervaren (12 meldingen). Ook een tekort aan parkeerplaatsen (algemeen en mindervaliden) komt aan bod (5). Het aantal meldingen over de technische dienst steeg licht in 2018 (39), vooral door meer klachten over comfort tijdens de hittegolf (6).
- Een beperkt aantal meldingen gaat over de **hoteldienst** (8 rond voeding en 4 rond schoonmaak), de **paramedische diensten** (4) en de **externe ziekenwagendienst** (10 waarvan 4 meldingen over verlies van persoonlijke bezittingen).

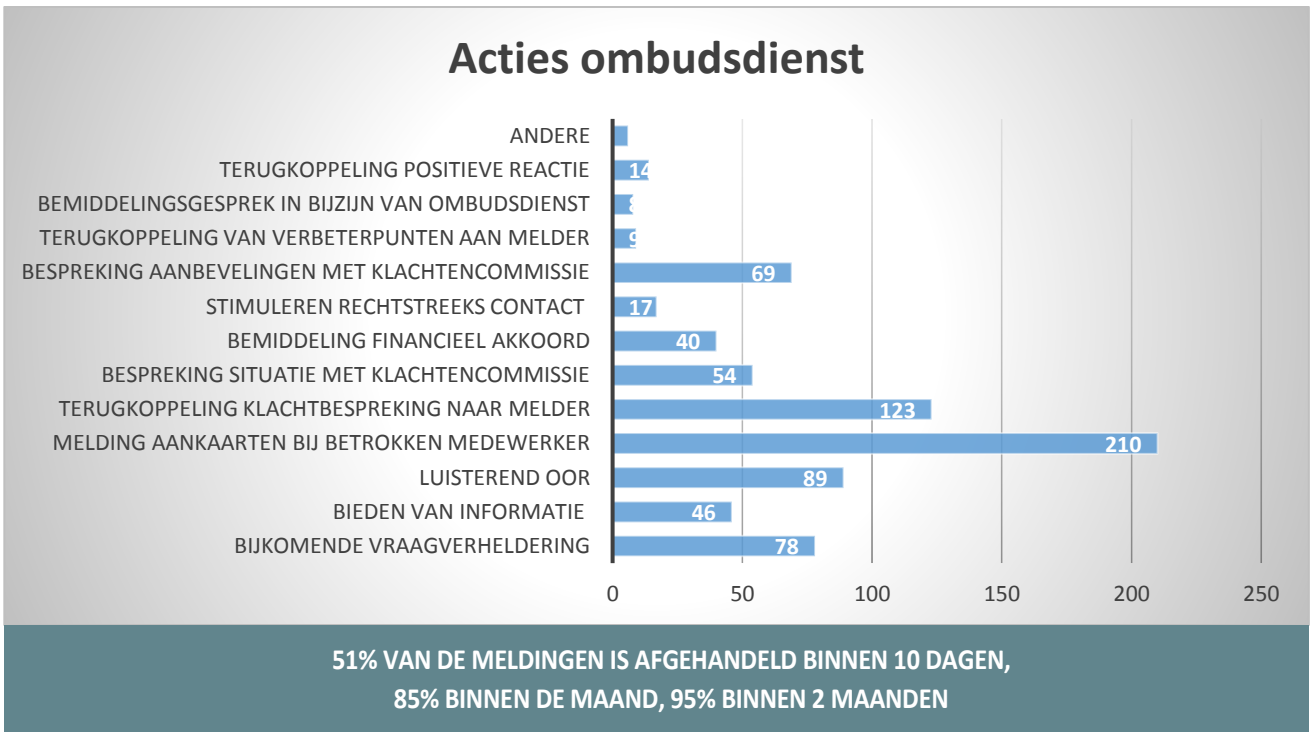
WAT VERWACHTEN WE VAN DE OMBUDSDIENST?

Bij vragen en meldingen aan de ombudsdienst, verwachten mensen vooral dat de ombudsmedewerker:

- dit bespreekt met de betrokken medewerker(s) (61 %),
- het probleem signaleert opdat het in de toekomst vermeden kan worden (kwaliteitsverbetering, 22 %)
- informatie biedt (14 %),
- een aanpassing vraagt van de factuur (14 %),
- een bemiddelende rol opneemt (8 %),
- aangifte noteert van een verlies (4 %) of voorval met schade (3 %).

HOE WERKT DE OMBUDSDIENST?

- Autonome en onafhankelijke positie
- Neutrale houding
- Meerzijdige partijdigheid
- Bemiddelingsgerichte aanpak
- Gebonden aan beroepsgeheim



51% VAN DE MELDINGEN IS AFGEHANDELD BINNEN 10 DAGEN, 85% BINNEN DE MAAND, 95% BINNEN 2 MAANDEN

REFLECTIE EN AANBEVELINGEN VAN DE OMBUDSMEDEWERKER

- **In gesprek gaan en afstemmen op mekaar, dat is de kern.** Tussen patiënt en zorgverlener, met familie, tussen zorgpartners, en ook in het werk als ombudsmedewerker is het de rode draad. Verwachtingen bespreken en voortdurend in dialoog gaan, het is een continue uitdaging en zoektocht voor iedereen in de zorg, ook voor de patiënt en zijn familie. Op een spoeddienst liggen 'vraag en aanbod' soms verder uit mekaar, een campagne op nationaal niveau over een 'spoedgeval of niet' kan hier wellicht ondersteunend werken.
- **Voor een goed samenspel is tijd en ruimte nodig.** Voor vele professionals staat dit onder druk. Zorg voor zorg blijft nodig. Zowel vanuit de organisatie, de overheidscontext, als de patiënt en zijn familie. Waardering en respect bieden ook mentale ruimte aan de zorgverleners om zich vriendelijk en inlevend te kunnen opstellen.
- In mijn werk als ombudsmedewerker ervaar ik een **open houding** bij de directie, kwaliteitsdienst, artsen, diensthoofden … om in gesprek te gaan over de meldingen van patiënten en hun familie. RZ Tienen stimuleert een open **leer- en verbetercultuur**. Hierdoor krijgen concrete aanbevelingen uit de klachtmeldingen doorheen het jaar een plaats in de kwaliteitswerking.

DOELSTELLINGEN KLACHTENBELEID RZ TIENEN

- **Informele** klachtenbehandeling tussen de rechtstreeks betrokkenen stimuleren
- **Lage drempel** voor toegang tot de ombudsdienst bevorderen
- Belangrijke signalen en aanbevelingen uit klachtmeldingen bespreken met de **klachtencommissie** met het oog op kwaliteitsverbetering (samenstelling klachtencommissie: algemeen directeur, hoofdarts, directeur zorg, diensthoofd kwaliteit, diensthoofd patiëntenfacturatie, ombudsmedewerker)

FOCUS VOOR 2019

- Actiever inzetten op **proactieve** meldingen: afdelingen en artsen stimuleren om zelf met **informele klachten** aan de slag te gaan
- **Open communicatie over incidenten** in de zorg, als gevolg van een medische handeling, een hospitalisatie of een medisch onderzoek (*open disclosure*)

ORGANISATIE & WERKING OMBUDSDIENST

- Klachtenbemiddeling patiëntenrechten en ruimere zorgomkadering
- Aanbevelingen formuleren aan de klachtencommissie
- Aanspreekpunt voor afschrift en inzage patiëntendossier
- Betrokken bij denkproces rond patiëntenparticipatie en *patient empowerment*
- 50% tewerkstelling
- Lidmaatschap bij beroepsvereniging VVOVAZ
- Registratie van alle meldingen in het centrale kwaliteitsportaal (Infoland)

Meer info op www.rztienen.be/ombudsdienst.html.

Wat gebeurde er specifiek nog in 2018?

- Pensionering ombudsmedewerker Agnes Uyttebroeck op 30 april
- Start nieuwe ombudsmedewerker Vanessa Vannijvel op 1 juni
- Actualisering huishoudelijk reglement ombudsdienst op 15 november
- Externe vorming & opleiding: tweedaagse VVOVAZ '360° Ombudsdienst', bijscholing Mediv 'Bemiddelingsgericht werken bij klachten', provinciale intervisiemomenten
- Interne vorming & opleiding: Eet(hiek)pauze DNR, symposium DNR & Vroegtijdige Zorgplanning, e-learning handhygiëne

BEREIKBAARHEID & CONTACT OMBUDSDIENST

- Ombudsmedewerker: Vanessa Vannijvel
- ombudsdienst@rztienen.be
- www.rztienen.be/nl/klachten
- Ombudsdienst, Kliniekstraat 45, 3300 Tienen
- (t) 016 80 35 65
- Kantoor nabij het onthaal van Campus Mariëndal
- Vaste openingsuren: elke werkdag van 9 tot 12.30 uur
- Bij afwezigheid is het onthaal het eerste aanspreekpunt

OVER RZ HEILIG HART TIENEN

- Algemeen ziekenhuis met erkenningsnummer 109
- 303 erkende bedden
- 3 campussen: Mariëndal, St.-Jan, Medisch Centrum Aarschot
- Missie:

  Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen biedt iedere patiënt professionele zorg aan die als vriendelijk en inlevend ervaren wordt. Met zin voor initiatief gaan onze medewerkers voor hoge kwaliteit en zeer tevreden patiënten.
- www.rztienen.be

  Patiënten en bezoekers kunnen via de website hun mening geven (online evaluatieformulier, wordt behandeld door de dienst Kwaliteit & Procesoptimalisatie) en een klacht of incident melden (online klachtenformulier, wordt behandeld door de ombudsdienst).

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

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

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Revalidatie & MS Centrum
Adres	Boemerangstraat 2 3900 Pelt info@msreva.be www.msreva.be
Gewest	Limburg
Erkenningsnummer	Erkenningsnummer Revalidatie & MS Centrum: 116
Type (AZ, UZ, PZ,…)	SP
Aantal bedden	120 bedden
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Engelen An
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/02/2018
Bestaffing	0.1 FTE

Lokalisatie dienst	• Er is geen vast lokaal ter beschikking van de ombudspersoon. • Gesprekken worden gevoerd in flexbureau's. Hier is geen bewegwijzering naar. Afspraken worden eerst telefonisch gemaakt.
Registratiesysteem	Er is geen elektronisch registratiedossier. De registratie gebeurt manueel.
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Het huishoudelijk reglement bevindt zich intern op DocBHS. Actualisatiedatum: 02-10-2018
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Vanaf 15/01/2019 start basisopleiding bemiddeling (MEDIV)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	VVOVAZ: update wetgeving via de beroepsvereniging.
Werkingsterrein 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;…*	• Behandelen van alle meldingen in het kader van de patiëntenrechten. Daarnaast richt ik mij ook naar servicegerichte meldingen. • De focus ligt op het **bemiddelen** tussen alle partijen. Doel is de brug te herstellen in de communicatie tussen melder en zorgverlener. • Behandelen van informatievragen/dossiers • Begeleiden/informeren over inzage en opvragen van een medisch afschrift van het dossier. Opmaak hiervan gebeurt door het medisch secretariaat. • Interactieve rol in pro-actieve meldingen. Hierin neemt de ombudspersoon een adviserende, informerende rol in. • Geven van opleidingen rond de patiëntenrechten aan alle nieuwe medewerkers. • …

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	• De meldingen komen binnen op de ombudsdienst via verschillende kanalen. (persoonlijk/telefonisch/klachtenbus/mail/…). • De ombudsdienst behandelt via een methodiek van bemiddeling de meldingen. Deze methodiek wordt afgestemd op de verwachtingen van de melder. (pendelen, bemiddelingsgesprek, …) • De ombudspersoon is neutraal en werkt volgens het principe van meerzijdige partijdigheid, neemt geen standpunt in. • Er wordt op deontologische wijze omgegaan met alle meldingen en informatie die de ombudspersoon ontvangt. • Vanuit de meldingen wordt er een advies geformuleerd naar de beleidsmakers van de verschillende departementen binnen de organisatie.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
• Meldingen die toekomen bij de directie of andere communicatiekanalen. worden aan de ombudsdienst doogestuurd. De melder krijgt steeds een kennisgeving hiervan. • Als ombudspersoon kan ik mij vrij, autonoom en onafhankelijk bewegen binnen de organisatie • De middelen (voornamelijk jobtime) zijn niet in verhouding tot de tijd die ik nodig heb om mijn job als ombudsdienst goed te kunnen uitoefenen. Wat de infrastructuur betreft doet de organisatie de nodige inspanningen om hierin aanpassingen te doen, teneinde een eigen lokaal te kunnen bekomen. Dit zorgt voor een betere bereikbaarheid naar de melders toe en duidelijkere visualisering van mijn neutraliteit. • De klachtenbehandeling wordt meegenomen in de beleidsdoelstellingen. • Ik word jaarlijks uitgenodigd om mijn jaarverslag op alle raden toe te lichten.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
• Een melding is een kans om de eigen manier van werking van de organisatie te bekijken. Meldingen moeten dan ook gezien worden als kansen om de kwaliteit binnen de organisatie te verbeteren. • Klachtenbehandeling gebeurt in dialoog tussen alle betrokken partijen. • De aandacht van de ombudspersoon ligt op bemiddeling om zo terug te brug te maken tussen de verschillende partijen en de onderlinge en rechtstreekse dialoog terug op gang te brengen. • Indien de melder niet in dialoog wil/kan gaan met de andere partij, zal de ombudsdienst contact opnemen met deze partij, mits goedkeuring van de melder. • Om de 6 maanden heb ik een structureel overleg met de algemeen directeur om zo mijn aanbevelingen te formuleren.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;…)
Aangezien ik nog een bijkomende functie heb binnen de organisatie als sociaal assistente, is het soms moeilijk om mijn neutraliteit als ombudspersoon te behouden. Hierin werden reeds oplossingen aangeboden door de organisatie door een samenwerking uit te bouwen met het Mariaziekenhuis Noord-Limburg te Pelt, waarmee wij sinds 01/01/2018 zijn geïntegreerd. De ombudspersoon aldaar geeft back-up wanneer er meldingen komen over sociale dienst.

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	**19**
Aantal infodossiers	0
Aantal pro actieve dossiers	0
Aantal opvragingen patiëntendossier	1
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)*	9
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	9
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)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1
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:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	8

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

Aantal klachten :

Financieël: 3
Facilitair - Technisch: 6
Andere: 1

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

De meest voorkomende aspecten in meldingen:

- De communicatie tussen de patiënten en de zorgverleners.
- Bejegening van de patiënt en/of familie.
- Verstrekken van informatie over therapieën, vroegtijdige zorgplanning
- Verslaggeving en verwijsbrieven naar huisarts of andere artsen/ziekenhuizen
- Kostprijs van TV en koelkast en slecht werkende WIFI

De meest voorkomende verwachtingen van de melder zijn:

- Bevorderen van de communicatie tussen de melder en de beroepsbeoefenaar
- Patiënt mee betrekken in de regie van zijn dossier/behandeling/beslissingen omtrent DNR
- Komen tot kwaliteitsverbetering .

Aanbevelingen
✓ Bijscholing organiseren voor de beroepsbeoefenaars ter verbetering van de communicatie tussen de zorgvrager en zorgverlener. De bijscholing heeft als doel de dialoog van onwetendheid om te buigen naar een dialoog van betrokkenheid, empathie, duidelijkheid en een respectvolle en gelijkwaardige manier van omgaan met elkaar. ✓ Opleiding geven aan de beroepsbeoefenaars over wetgeving omtrent wilsverklaringen en patiëntenparticipatie . Patiëntenparticipatie zorgt voor een grotere inbreng en eigen regie over zijn dossier. In een goede dialoog weet je wat je aan elkaar hebt. ✓ In het kader van continuïteit van zorg is het aan te bevelen de doorstroom van de verslaggeving naar andere beroepsbeoefenaars te optimaliseren. ✓ Standpunt van het ziekenhuis bekijken in het kader van facturatie mbt het supplement voor TV en koelkast. ✓ De zichtbaarheid van de ombudsdienst is verhoogd. Dit vertaalt zich in een stijging van het aantal meldingen. Blijvende inzet naar de kenbaarheid van de ombudsdienst en het informeren van patiënten en beroepsbeoefenaars over de wet van de patiëntenrechten blijft te stimuleren, zowel vanuit de organisatie als vanuit de overheid.
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 op micro-, meso-, macro niveau van de organisatie.

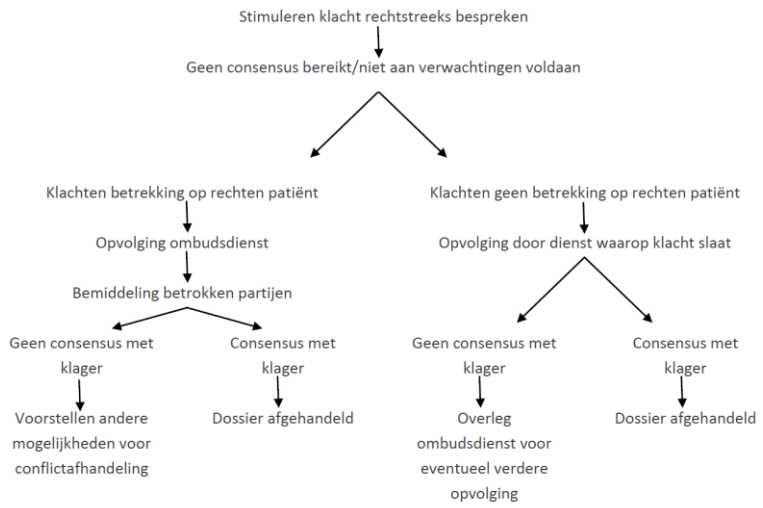
Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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	1417
Aantal campussen	5 campussen
Naam ombudsperso(o)n(en)	Decroix Aquita Vermeersch Els
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Decroix Aquita → 18 december 2017 Vermeersch Els → 1 januari 2008
Bestaffing	1,8 voltijds equivalent ombudspersoon 0,5 voltijds equivalent administratieve ondersteuning

Lokalisatie dienst	Campus Wilgenstraat/Westlaan nabij onthaal Wilgenstraat Campus Brugsesteenweg nabij onthaal Campus Menen op 2de verdiep Campus Rembert Torhout nabij onthaal
Registratiesysteem	Infoland VVOVAZ + Healthcare Complaints Analysis Tool (HCAT)
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Actualisatiedatum 28 maart 2018 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	Decroix Aquita en Vermeersch Els: - Algemene vergadering VVOVAZ - Tweedaagse van VVOVAZ: 360° ombudsdienst
Werkingsterrein 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;…*	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>: ✓ 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	863
Aantal infodossiers	36
Aantal pro actieve dossiers	175
Aantal opvragingen patiëntendossier	363
Aantal 'andere'	148

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)*	449
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	11
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	84
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	55
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0

Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	14
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)	13
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	15

Rechten van de patiënt:

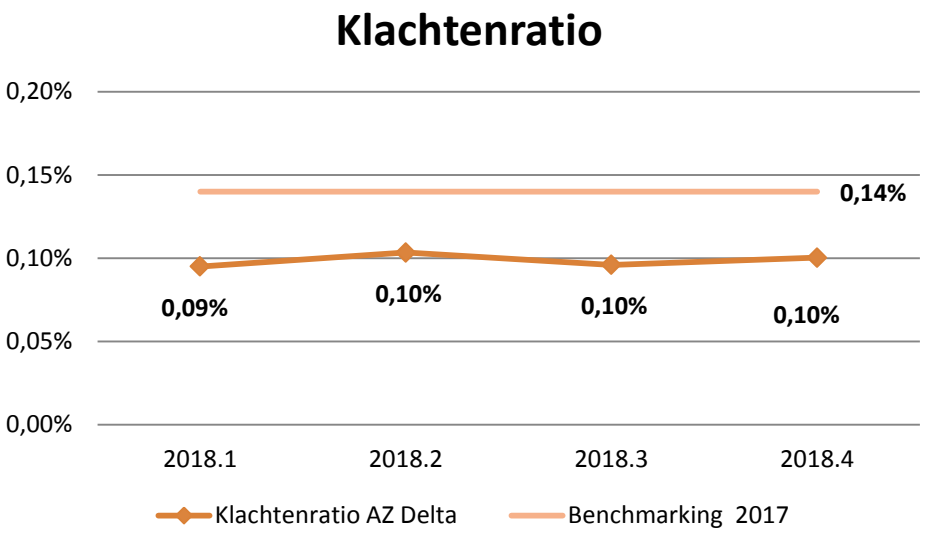
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling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

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

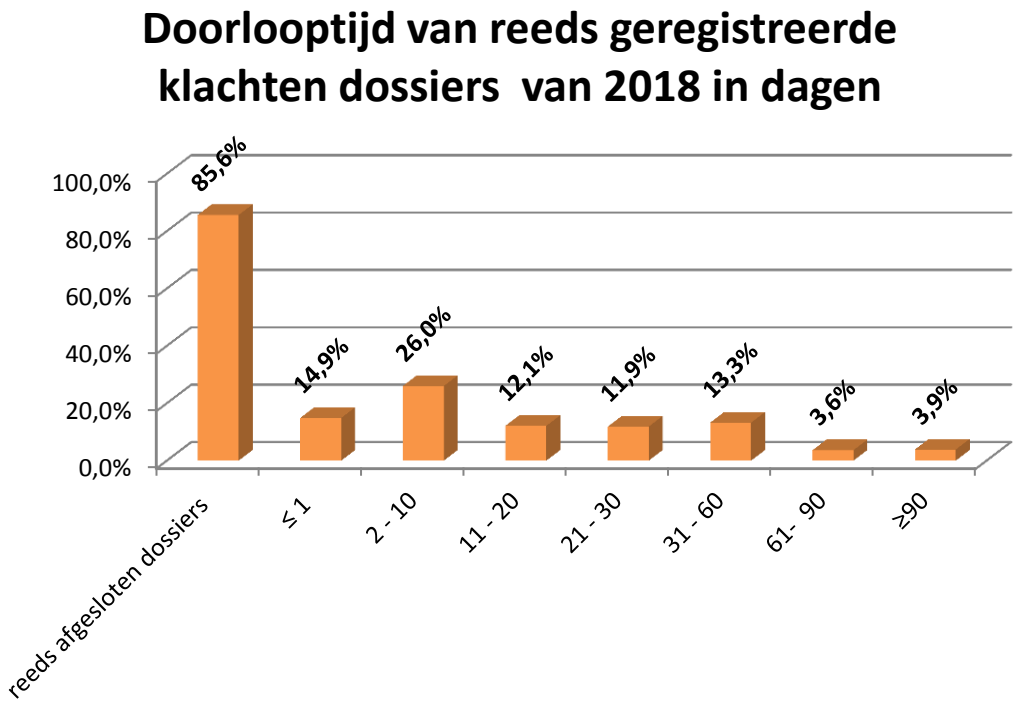
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de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

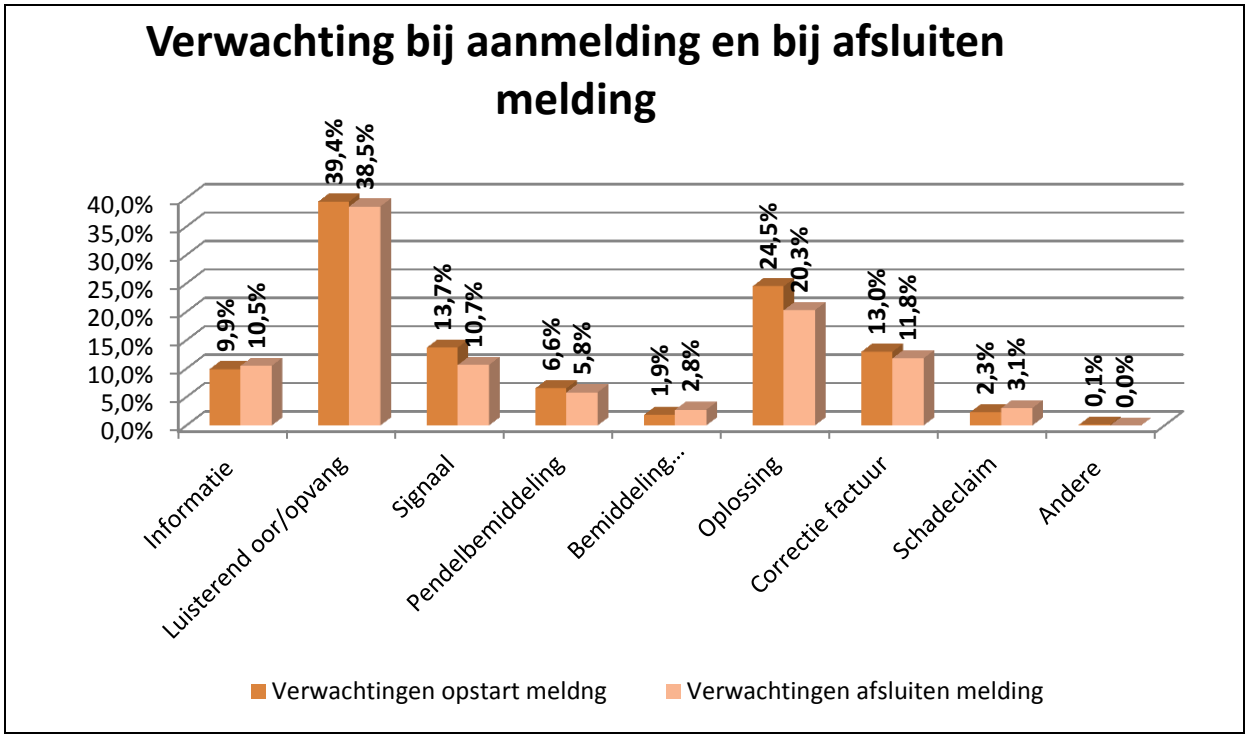
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	229

Tabellen/grafieken; klachtenratio:



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




Verwachting bij aanmelding en bij afsluiten melding
40,0%
35,0%
30,0%
25,0%
20,0%
15,0%
10,0%
5,0%
0,0%
9,9%
10,5%
39,4%
38,5%
13,7%
10,7%
6,6%
5,8%
1,9%
2,8%
24,5%
20,3%
13,0%
11,8%
2,3%
3,1%
0,1%
0,0%
Informatie
Luisterend oor/opvang
Signaal
Pendelbemiddeling
Bemiddeling...
Oplossing
Correctie factuur
Schadeclaim
Andere
Verwachtingen opstart meldng
Verwachtingen afsluiten melding

Aanbevelingen (intern en naar overheid toe)
✓ Op een respectvolle, menselijke manier omgaan met patiënten ✓ Correct, duidelijk en tijdig informeren van patiënten zodat men een geïnformeerde toestemming kan maken, belangrijk informatie rond kost weer te geven ✓ Betaalbare ambulante zorg aanbieden, bepaalde medische disciplines zijn volledig gedeconventioneerd waardoor de kost voor de patiënt kan oplopen ✓ Principes rond aanrekenen van spoedforfait zonder verwijsbrief kritisch bekijken door verandering van manier van triage door huisartsen. Telefonische triage door huisarts komt frequenter voor, hierdoor beschikt patiënt niet over verwijsbrief bij aankomst op de dienst spoedgevallen en wordt de spoedforfait aangerekend. ✓ Betaalbaar medisch begeleid ziekenvervoer voor de patiënt die van ziekenhuis dient te worden overgeplaatst omwille van het niet kunnen aanbieden van de zorg die de patiënt nodig heeft.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (*vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?)*:
De ombudsdienst rapporteert inhoudelijk op basis van HCAT per kwartaal naar 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.

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 Ombudsdienst Sint Jozefskliniek Izegem
t.a.v. de Vlaamse ombudsman

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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 *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	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.
Werkingsterrein 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;…*	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 beklaagde/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 beklaagde 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 beklaagde en klager. Indien geen aanvaardbare oplossing kan bereikt worden tussen de klager en beklaagde, 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 wordt de ombudsdienst af en toe in advies gevraagd door artsen en medewerkers. De organisatie maakt de wet op de patiëtenrechten 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 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. De ombudsvrouw 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 toegelicht aan de raad van bestuur en de medische raad. Het jaarverslag vermeldt een aantal cijfergegevens, tendensen en verbeteracties. Op die manier zijn ook de beleidsmensen van het ziekenhuis op de hoogte over 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.
Moeilijkheden
Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. Tegelijk krijgen wij in de ombudsdienst regelmatig het signaal van artsen en medewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren. Men krijgt verwijten over zich heen; men eist een bepaalde behandeling/opname/voorschrift/attest/… waarna men zich kwaad maakt of agressief uitlaat indien men het gevraagde niet bekomt. Ook hanteren patiënten sommige sociale media kanalen om hun frustraties te uiten, wat ook voor hulpverleners heel zwaar. Dat bovengenoemde elementen niet bijdragen tot een constructieve sfeer en zorgen voor een emotionele belasting bij alle partijen hoeft geen betoog. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht. In 2017 werd een affiche opgemaakt waarin wij zowel de rechten van de patiënten maar ook de verwachtingen van de zorgverlener tav de patiënt noteerden. Dit als aanzet om dit probleem te benaderen.

Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen

Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je er 'spoedig' voort geholpen wordt. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen.

Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. Binnen de ombudsdienst krijg ik hierover regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden.

Binnen de ziekenhuizen is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen.

Maatregelen om meer patiëntgerichte werktijd vrij te maken in het belang van zorgverstrekkers en patiënten dringen zich op.

Er is nood aan meer informatie versus nood aan tijd om te communiceren

Een overgroot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen.

Patiëntenrechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt langs verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings- en verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om deze beslissingen wel overwogen te kunnen maken.

Zorgverstrekkers botsen van hun kant op het feit dat zij bij "veelvragende patiënten" onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.

Artsen werken onder druk van raadplegingen, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail, het volgend van verplichte opleidingen. Verpleegkundigen, steeds met minder hetzelfde werk doen lopen, tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten. Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net deze mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De core van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk en veroorzaakt spanning en stress.

Langs beide kanten van het verhaal zitten mensen die de situatie anders zouden willen zien en die vragen om meer tijd om samen gefundeerde keuzes te kunnen maken.

Nood aan maatregelen inzake het ziekenvervoer

a. Dringend ziekenvervoer tussen ziekenhuizen valt tussen de regelingen van diverse instanties, zodoende wordt de patiënt geconfronteerd met vaak dure rekeningen.
De uitbreiding van de netwerking van de ziekenhuizen zal dit probleem nog verder doen toenemen

Het dringend ziekenvervoer vanuit het ziekenhuis blijft een groot probleem.
Mutas (een intermutualistisch project waarmee diverse ziekenfondsen samenwerken – voor 8.800.000 leden) – organiseert geen dringend vervoer o.a. met monitoring, zuurstof en/of onder begeleiding van een verpleegkundige of arts en verwijst voor dergelijk vervoer naar de dienst 100

De dienst 100 weigert meestal dergelijk transport, zij zien dit niet als dringend gezien de patiënt zich reeds binnen de ziekenhuismuren bevindt. Achterliggende regelgeving gebiedt hen ook de patiënt naar een dichtstbijzijnd behandelcentrum voor de betrokken pathologie te brengen dit vormt vaak niet het centrum dat tegemoet komt aan de keuze van de patiënt. Tevens zijn de middelen ook hier beperkt waardoor de dienst 100 de interventiezone niet kan verlaten.

Met als gevolg dat patiënt zal terugvallen op een ambulancedienst waarvoor zijn ziekenfonds vaak geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt een dure rekening ontvangt waar het ziekenfonds en vaak ook de achterliggende hospitalisatieverzekeringen niet (of erg beperkt) in tussenkomen.

b. Niet-dringend ziekenvervoer waarbij de patiënt zuurstof, infuus, sondevoeding (+ andere verpleegkundige B1 handelingen) toegediend krijgt onder andere bij ontslag uit het ziekenhuis, transport naar het ziekenhuis of interhospitaal transport kan niet via Mutas worden geregeld.

Patiënt zal hierdoor terugvallen op ambulancediensten waarvoor zijn ziekenfonds geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt met duurdere rekeningen geconfronteerd wordt.

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	139 klachten die betrekking hebben op de rechten van de patiënt

Aantal infodossiers	34
Aantal pro actieve dossiers	27
Aantal opvragingen patiëntendossier	54

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)*	109
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	6
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)	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)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	15
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	33 klachten die niet rechtstreeks te maken hebben met de rechten van de patiënt (hoofdzakelijk vragen omtrent de facturatie, verloren voorwerpen en parking)

Welke klachten werden er in 2018 gemeld?

Zowel de familie als de patiënten zijn de meeste aanbrengers van de klachten. De aanmeldingen gebeuren schriftelijk en telefonisch.De klager komt in vele gevallen ook persoonlijk op de ombudsdienst. De meeste klachten worden dan ook rechtstreeks gericht aan de ombudsdienst, minimaal aan de directie. De meeste mensen wensen een signaal te geven. Daarnaast verwacht men een oplossing voor hun klacht. Meer en meer wensen mensen rond de tafel te zitten met de betrokken partijen. De meeste klachten hebben het betrekking op de hospitalisatie of het verblijf op de spoeddienst. De klachten gaan vooral over art 5 (kwaliteitsvolle zorg), richten zich naar de arts of de verpleegkundigen en gaan inhoudelijk over behandeling,communicatiestijl, informatieverstrekking en aandacht en opvang. De meeste klagers zijn tevreden over de interventie.
Wanneer de patiënt een klacht meldt en er ook een verzekeringsdossier wordt opgestart, wordt dit ook door de ombudsdienst mee opgevolgd. Dit geldt eveneens voor de dossiers van het Fonds voor medische ongevallen (FMO)

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

De patiënt heeft recht op inzage en afschrift van zijn dossier. We zien een duidelijke toename van het aantal patiënten die hun dossier wil inkijken of ook zelf willen bijhouden. De patiënt kan dit opvragen via de ombudspersoon die zorgt voor een vlot verloop van het inzage of afschriftrecht. Dit is echter een administratieve opdracht die veel energie vraagt van de ombudspersoon. De vraag stelt zich of dit verder de taak van de ombudsdienst moet blijven. We hopen met de vlottere toegang van cozo en andere digitale kanalen dat de

patiënt zelf vlotter toegang kan krijgen tot de gegevens waar hij recht op heeft en er zo voor de ombudsdienst meer tijd vrij komt om het bemiddelingswerk op zich te nemen.
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
✓ Sinds vorig jaar organiseert het ziekenhuis een overleg met de patiënten. De ombudsdienst en de directie nursing nodigt patiënten, mantelzorgers en vrijwilligers uit om te luisteren naar hun zorgnoden, informatie aan te bieden over hoe we de toekomstige zorg zien. We toetsen bepaalde tendensen af en vragen aan hen heel concreet ons te helpen na denken over bepaalde aspecten van zorg. Deze informatie uitwisseling en samenwerking is heel belangrijk voor ons ziekenhuis. ✓ De medewerkers vragen meer en meer advies over hoe ze kunnen omgaan met klachten van patiënten. Hierbij organiseerde de ombudsdienst in 2018 voor een revalidatieafdeling een vorming over: hoe omgaan met 'moeilijke' vragen van patiënten. Hierbij werden de rechten van de patiënt nog eens toegelicht en werd veel aandacht aan de manier van communiceren gegeven en dit adhv concrete casussen. ✓ We merken op dat preventieve opdrachten heel belangrijk zijn. Het is belangrijk dat de ombudsdienst regelmatig in gesprek gaat met leidinggevenden en de kwaliteitscoördinator binnen het ziekenhuis en ook veel aanwezig is op de werkvloer. Door tips te geven en vooral door te luisteren naar wat er leeft bij patiënten, bezoekers, mantelzorgers, thuiszorgdiensten, maar in het bijzonder bij de artsen en medewerkers kunnen we de zorg optimaliseren en klachten voorkomen. Dit vraagt echter veel tijd, maar gezien de bestaffing beperkt is, is het duidelijk dat we daar kansen missen. ✓ Artsen en medewerkers houden er in principe niet van gecontacteerd te worden door de ombudsdienst, maar door hen mee te betrekken in het denkproces en in de bemiddeling groeit het vertrouwen en waarderen ze de neutraliteit van de ombudsdienst.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (*vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?)*:
Door de leidinggevenden en medewerkers wordt positief gereageerd op de geformuleerde aanbevelingen. De aanbevelingen worden waar mogelijk gerealiseerd. Door budgettaire beperkingen kan niet alle gerealiseerd worden.

OLVZ JAARVERSLAG 2018

Ombudsdienst

Medewerkers:
Sofie Bovijn
Julie De Nys

Moorselbaan 164 - 9300 Aalst
053/72.41.28

ombudsdienst@olvz-aalst.be

Inhoudstafel

Inhoudstafel 2
Instellingsgebonden informatie. 3
Situering ombudsdienst binnen de ziekenhuisorganisatie. 4
    Huishoudelijk reglement. 4
Vormingen in kader van bemiddeling. 5
Werking – werkterrein & moeilijkheden. 5
Hoe gaat de organisatie om met klachten (behandeling)? 10
Cijfers. 11
Aanbevelingen. 15
Preventie en voorlichting. 19
Bedankt. 20
Bijlage: Huishoudelijk reglement. 21

Bemiddelingsboek - 1372

Instellingsgebonden informatie.

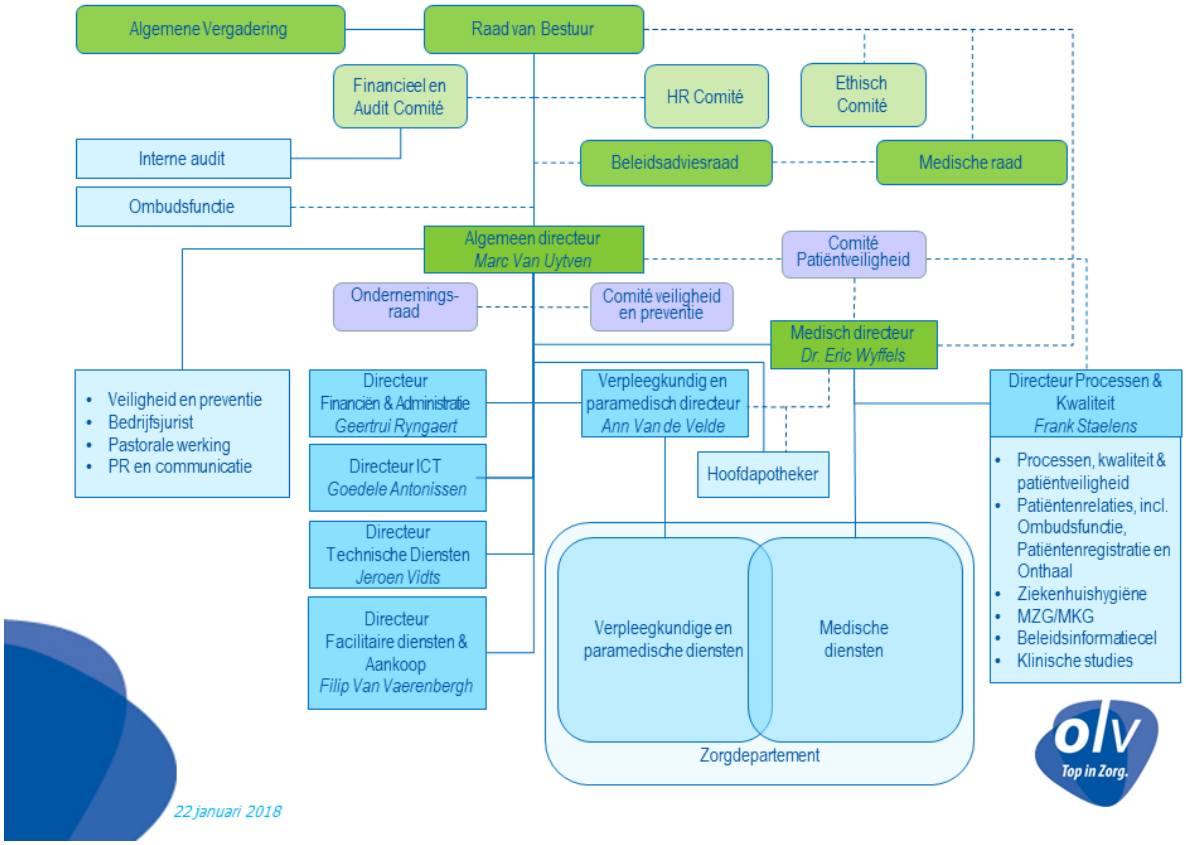
Het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis (Moorselbaan 164, 9300 Aalst) Vlaams Gewest, met erkenningsnummer 126, is een algemeen en JCI geaccrediteerd ziekenhuis met 845 bedden en 2800 medewerkers. Deze verdeeld over drie campussen, namelijk Aalst (hoofdcampus), Asse en Ninove.
De ombudsdienst wordt bemand door twee ombudspersonen, Sofie Bovijn (50%) werkzaam sinds mei 2018 en Julie De Nys (50%) werkzaam sinds augustus 2018.

Recentelijk werd de ombudsdienst verhuisd, met zijn centrale ligging nabij bij het onthaal (in blok W, op verdieping -2, zie gele pijl), werd de bereikbaarheid voor de patiënt sterk verbeterd.

Gesprekken organiseren we in de gespreksruimte, naast ons bureel. Dit in functie van de privacy van de dossiers waar wij aan werken en om ons volledig op het gesprek te kunnen focussen zonder gestoord te worden.

Bemiddelingsboek - 1373

Situering ombudsdienst binnen de ziekenhuisorganisatie.



Ombudsdienst voldoet aan de voorwaarden[1]:

"*De ombudsdienst is verplicht het beroepsgeheim te respecteren en een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht te nemen. De ombudsdienst mag niet betrokken zijn geweest bij de feiten en de personen waarop de klacht betrekking heeft.*"

Jaarverslag ombudsdienst wordt overgemaakt aan het directiecomité, Raad van Beheer en Medische raad van het ziekenhuis. Tevens dient het overgemaakt te worden aan de Vlaamse ombudsman.

Huishoudelijk reglement.

Het huishoudelijk reglement waarin de specifieke modaliteiten van de organisatie, werking en klachtenprocedure zijn vastgelegd, kan geraadpleegd worden via de website van het ziekenhuis. De laatst bijgewerkte versie is van februari 2019 en te consulteren in bijlage van het jaarverslag.

[1] Bron: Je rechten als patiënt – EPO vzw, 2008 – ISBN: 978 90 6445 488 2

Bemiddelingsboek - 1374

Vormingen in kader van bemiddeling.

- VVOVAZ tweedaagse vorming “360° ombudsdienst” te Antwerpen.
- Basisopleiding bemiddelaar vanaf januari 2019 te Brussel.
- De ombudspersonen zijn lid van de VVOVAZ beroepsvereniging, op die manier kunnen provenciale vergaderingen en intervisiemomenten bijgewoond worden, die de nodige ondersteuning bieden in het uitvoeren van de functie.

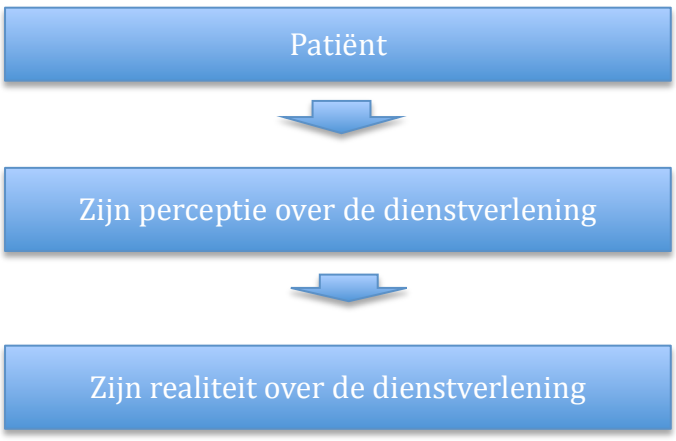
Werking – werkterrein & moeilijkheden.

De patiënt of melder, die niet noodzakelijk éénzelfde persoon zijn, kunnen schriftelijk of mondeling een klacht of vraag om informatie in alle vertrouwen aan de ombudsdienst formuleren. Indien mogelijk, vragen wij om mondelinge klachten schriftelijk te formuleren. Dit, zodat de persoonlijke ervaringen omtrent de dienstverlening, zo gedetailleerd mogelijk worden weergegeven.

Wij zijn telefonisch, elektronisch & persoonlijk beschikbaar of per brief. Tevens zijn brievenbussen voorzien, waar aanmoedigingen, klachten of suggesties kunnen gedeponeerd worden.
De contactgegevens zijn via de algemene website van het ziekenhuis onder de rubriek “Ombudsdienst-Patiëntenrechten” terug te vinden.

Elk contact wordt geregistreerd, (behalve anonieme) en vanuit het *perspectief van de patiënt/melder* benaderd. Anonieme klachten worden wel ter kennisgeving aan de betrokken partijen doorgegeven.
Melders willen hun ervaring(en) delen of verzuchtingen kwijt, in eerste instantie om een *signaal* te geven, over de manier hoe ze de aangeboden dienstverlening ervaren hebben.

De patiënt/melder heeft vaak bepaalde *verwachtingen* (expected quality), die bijvoorbeeld gestaafd zijn op eigen waarden en normen, persoonlijke behoeften, eerdere ervaringen. Of tastbare zaken die voor hen indicatoren zijn voor aangeboden kwaliteit en service van de instelling, bijvoorbeeld: slogans “*Top in zorg*” , posters, website.
Wanneer de “subjectief” ervaren dienstverlening hiervan afwijkend *gepercipieerd* (experienced quality) wordt, kan er een klacht ontstaan. Dit losstaand van het feit of de behandeling, verzorging, service *correct* vakinhoudelijk is verlopen.



Bij het ontvangen van een klacht gaan wij zo snel mogelijk, een *ontvangstbevestiging* aan de melder formuleren rekening houdend met: de ontvankelijkheid, een peiling naar het verwachtingspatroon van de melder, en een korte toelichting van de neutrale werking ombudsdienst. Zo kunnen we misverstanden vermijden, doelstellingen formuleren en een actieplan opstellen in het dossier.

Dit, om zo tot een minnelijke overeenkomst of vergelijk tussen beide partijen te komen, idealiter binnen een zo kort mogelijke doorlooptijd. Wij vinden het belangrijk dat er buiten de "klacht" ook voldoende oog is voor de melder. Dat deze met respect en empathie wordt behandeld en er aan een herstel van het vertouwen kan gewerkt worden.

Soms is het zo dat melders zich rechtstreeks tot de ombudsdienst wenden, terwijl het "probleem" zich binnen de *eerste lijn* kan oplossen. Hierin bijsturen kan al vaak probleemoplossend werken, in de andere gevallen is *pendeldiplomatie binnen de tweede lijn* noodzakelijk. In dat geval gaan wij de betrokken partijen horen en om feedback vragen, zodat we deze zo goed mogelijk kunnen terugkoppelen. Wanneer wij binnen de twee weken nog altijd geen reactie ontvangen hebben, sturen wij een herinnering.

Bij ernstige klacht(en) die de aansprakelijkheid van het ziekenhuis of één van zijn medewerkers in het gedrang stelt, gebruiken wij onze informatieplicht om directie en/of juridische dienst in te lichten.

Wanneer wij aanvoelen dat het *direct in dialoog* treden van beide partijen een verhelderende of verzoenende werking kan hebben, trachten wij zo goed mogelijk een bemiddelingsgesprek te organiseren en modereren.

Als ombudsdienst mogen we niet oordelen over de gegrondheid van een klacht. Maar de praktijk leert ons dat de impact (bij bijvoorbeeld zorgverstrekkers) en aanpak, bij een "zware" klacht totaal anders zal zijn dan bij een "lichte". Toch moeten wij in beide gevallen de bejegening en professionaliteit blijvend garanderen. Bijvoorbeeld: een klacht ivm de parking vs. klacht van vermoeden "medische fout" bij overleden familielid.

Registratie, want "*meten is weten*", is van primordiaal belang. Klachten en contacten worden gerapporteerd volgens de gestandariseerde richtlijnen van VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsfuncties van Alle Zorgvoorzieningen).
Deze elektronische verwerkingsmanier in *Iprova*, geeft een gestructureerd overzicht van de verschillende stappen en outcome van een gerapporteerde melding. Cijfers en grafieken kunnen hieruit ontrokken en geanaliseerd worden voor rapportering in het jaarverslag en het opstellen van de aanbevelingen.

Bemiddelingsboek - 1376

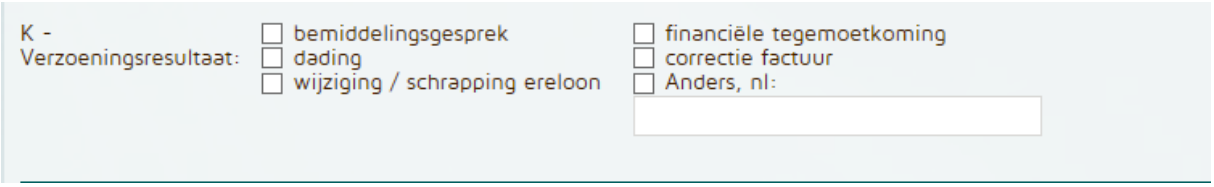
Een nieuwe toevoeging aan de klachtenregistratie, gesuggereerd door de Vlaamse ombudsman, is dat we het aantal *verzoeningsresultaten* weergeven. Hieronder kunnen we concreet verstaan:

"*een verzoeningsresultaat, is de stap die de instelling of zorgverlener gezet heeft, die zonder tussenkomst van een ombudspersoon, niet zou plaatsgevonden hebben*."

Bijvoorbeeld:

- organisatie van een overleg/verzoeningsgesprek tussen verschillende partijen, los van de uitkomst ervan…
- financiële tegemoetkoming, dading, correctie factuur…

Om aan deze vraag tegemoet te komen, leek het aangewezen om een nieuwe parameter toe te voegen aan het registratiesysteem, die hier specifiek gaat op meten.



Deze is sinds januari 2019 operabel en toegevoegd aan het *coördinatorformulier*, dat aan het einde, bij afhandeling van de klacht ingevuld wordt. Sinds mei 2018, hebben we vijf bemiddelingsgesprekken gemodereerd tussen patiënt/familie – zorgverlener. Regelmatig stemmen artsen in met schrappen van hun ereloon, of kan er een correctie doorgevoerd worden op de factuur na overleg.

Een belangrijke laatste stap is de *terugkoppeling van de verkregen feedback* aan de melder, in sommige gevallen kan deze zich hiermee niet verzoenen. We kunnen daaruitvolgend de casus enerzijds meenemen naar ons *maandelijks financieel en juridisch overleg* of anderzijds *alternatieven* aanbieden zoals FMO, ledenverdediging/juridische diensten van het ziekenfonds, patiëntenplatform…

Uit klachtenverwerking kunnen we dan later *aanbevelingen* extraheren, die voor een zekere awareness binnen het ziekenhuis, bij de verschillende medewerkers kunnen zorgen. Zo worden de pijnpunten of struikelblokken bespreekbaar en geeft het een opportuniteit ter verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening.

Bemiddelingsboek - 1377

De dagelijkse werking van de ombudsdienst leert ons dat het *werkterrein en takenpakket:*

Veel *uitgebreider* is, dan louter het "bewaken" van de patiëntenrechten en bemiddeling of verzoening tussen verschillende partijen.

Vaak worden er ook klachten geformuleerd:

- met betrekking tot bevoegdheden van deelgebieden van de ziekenhuiswerking zoals bijvoorbeeld: maaltijden, accomodatie, parking…
- met betrekking tot financiële aspecten, zoals het aanvechten of bevragen van een factuur. Aanvankelijk worden deze geblokkeerd, tot we over meer duidelijkheid beschikken of we deze op het maandelijks financieel overleg hebben besproken. Wanneer er moeilijkheden met betaling van een factuur zijn, proberen wij een oplossing op maat te vinden.
- met betrekking tot verloren, waardevolle voorwerpen in het ziekenhuis.

Soms zijn patiënten/melders opzoek naar *een onafhankelijke partij om verkregen informatie aan te toetsen* bijvoorbeeld: correctheid of interpretatie van verkregen informatie door medewerker.

Frequenter krijgen we ook de vraag tot *afschrift van, of inzage in medisch patiëntendossier*. Hier merken we, dat het online raadplegen van het patiëntendossier via "Mynexushealth" een stap vooruit is.

Wel is het zo dat verslagen gedateerd voor november 2017, nog niet kunnen weergegeven worden. Tevens kunnen deze pas zeven dagen na validatie, geopend worden. Mogelijks om verkeerde interpretatie door de patiënt te voorkomen. En een arts in de eerste plaats, in de mogelijkheid te stellen om zijn taak uit te voeren. Bijvoorbeeld: slecht nieuwsgesprek, informeren omtrent diagnose/therapie…

Frequent wordt de vraag gesteld: waaraan moet voldaan worden om een "afschrift/inzage medisch dossier" te verkrijgen?
Het begrip "vertouwenspersoon" moet meer onder de aandacht worden gebracht en in het patiëntendossier worden opgenomen.

Dit alles in combinatie met de klachten die vaak een *complex* karakter hebben, (bijvoorbeeld: verschillende aspecten die in één klacht ter sprake komen, vragen elk een individuele aanpak) en de melders die steeds mondiger en assertiever, soms zelfs agressiever worden, zorgt voor een verhoogde *werklast* bij de ombudspersoon.

Bemiddelingsboek - 1378

Wanneer we gaan peilen naar *moeilijkheden*:

In sommige gevallen gaan de melders hun schrijven niet alleen aan ombudsdienst richten, maar ook nog aan andere partijen in het ziekenhuis. Niet altijd zijn wij hiervan op de hoogte en gaan verschillende personen/partijen zich op hun manier engageren of informeren. Het gevaar voor miscommunicatie en interpretatie schuilt dan ook in een klein hoekje.

De opkomst van sociale media heeft ook een grote impact, mensen gaan hun ervaringen vanuit hun perspectief vaak "delen", dit kan de privacy schenden, bemiddeling bemoeilijken en soms als dreigement worden aangewend.

Aan de zorgverleners worden soms irrealistische en zeer hoge eisen gesteld, mekaars mogelijkheden, rechten en plichten moeten gerespecteerd worden en ter sprake worden gebracht.

Als er meedere personen éénzelfde klacht formuleren, b.v. kinderen dienen een klacht in over de behandeling van een ouder, wordt soms vastgesteld dat de melders niet dezelfde verwachtingen of drijfveer hebben. Dit kan voor obstakel(s) zorgen tijdens een bemiddelinsproces. Deze moeten overwonnen worden, om de "neuzen in dezelfde" richting te krijgen.

Vaak zit je als ombudspersoon op een "eiland", eens ventileren is gezien je functie en dus ook beroepsgeheim quasi onmogelijk. Daarom ervaren wij de bestaffing van een ombudsdienst met meerdere personen, als een meerwaarde en vermindering van de werklast.

Aanmoedigingen:

Een woord van dank, een uitting van tevredenheid, bezorgen we graag aan de betrokken diensten. De positieve boodschap of de erkentelijkheid die hiermee uitgedrukt wordt, is een hart onder de riem voor de medewerkers en voor hun inzet.

Bemiddelingsboek - 1379

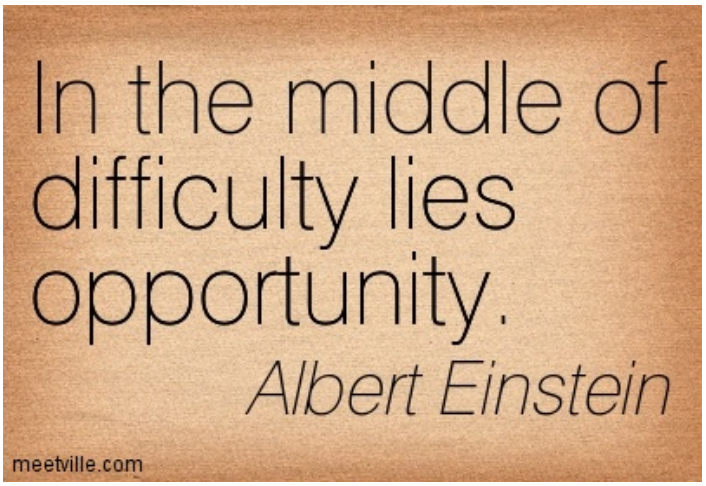
Hoe gaat de organisatie om met klachten (behandeling)?

In eerste instantie, zorgt de organisatie ervoor dat wij, de ombudspersonen ongehinderd contact kunnen hebben met iedereen die bij de klacht betrokken is. De nodige administratieve en technische middelen staan ter onze beschikking.
Onze onafhankelijke positie wordt gerespecteerd en we zijn geen verantwoording verschuldigd over ons bemiddelingsproces. Klachten worden geanonimiseerd, percentages zijn raadpleegbaar.

Wanneer wij op vraag van de melder, de directie op de hoogte moeten brengen zullen zij hier het nodige gevolg aan geven. Door bijvoorbeeld (interne) bespreking te organiseren en hieropvolgend een schrijven aan de melder te richten of door ze uit te nodigen op gesprek.

Werkvergaderingen, worden soms als tool gebruikt bij de leidingevenden. Dit om knelpunten op de werkvloer met de medewerkers bespreekbaar te maken en om te brainstormen ifv. kwaliteitsvolle dienstverlening. Dit ter preventie van herhaling, opstellen van verbeteracties en om gehoor aan een signaal te geven.

De ombudsdienst heeft een maandelijks juridisch/financieel overleg, waar gerelateerde casussen behandeld worden.

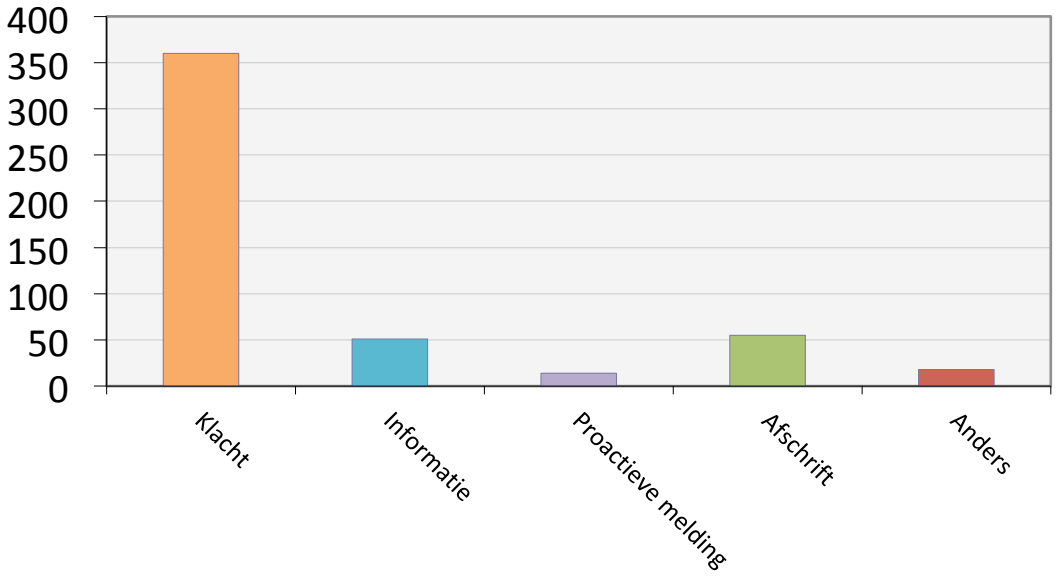


Bemiddelingsboek - 1380

Cijfers.

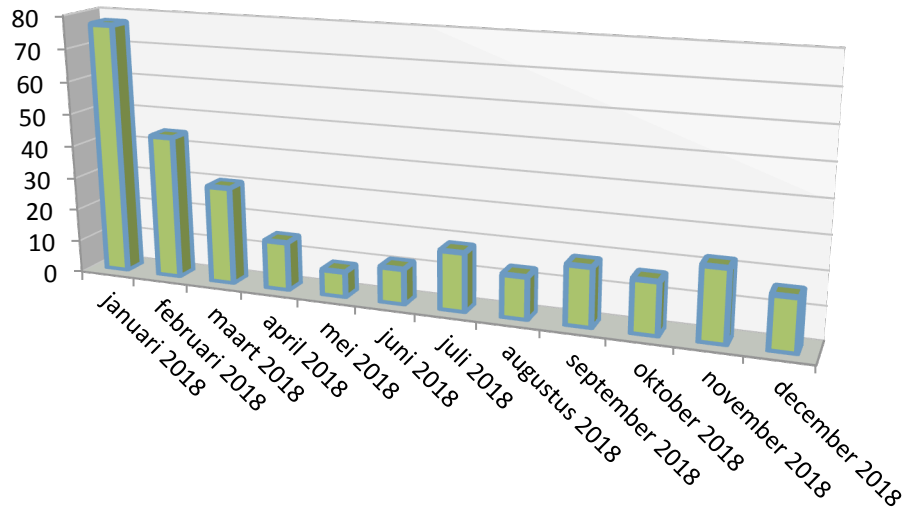
Algemeen:

1. Totaal aantal meldingen specifiek per categorie.



In totaal ontving de ombudsdienst in 2018, **498** meldingen. Deze betreffen niet enkel klachten (72%). Het kan ook een vraag om informatie (10%), een proactieve melding zijn, die al dan niet tot een klacht kan leiden. (11%) is een vraag om een afschrift van het medisch dossier of verslag.

2. Klachten tegen de patiëntenrechten.

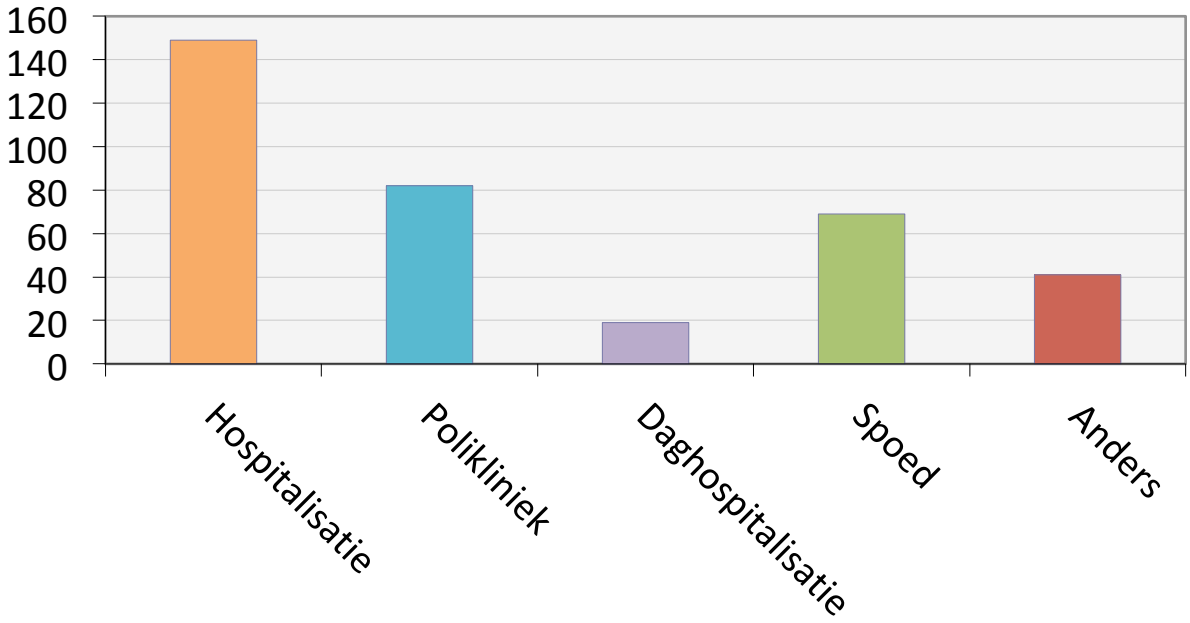


Van het totaal aantal geformuleerde klachten, kunnen we er **288** weerhouden, waar er een inbreuk is gepleegd tegen één van de patiëntenrechten.

Bemiddelingsboek - 1381

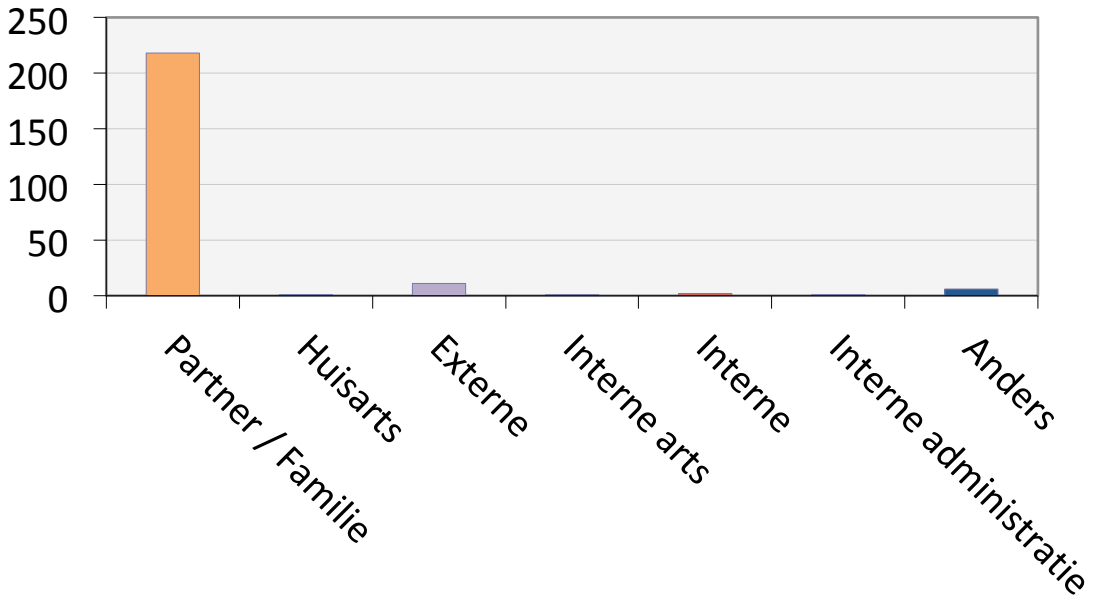
Meer specifiek:

3. Lokalisatie patiënt of waar bevindt de patiënt zich op moment van het ontstaan van de klacht?



In 41% van de gevallen, onstaat een klacht tijdens een opname in het ziekenhuis, 23% naar aanleiding van een consult en 19% op de spoedafdeling van het ziekenhuis.

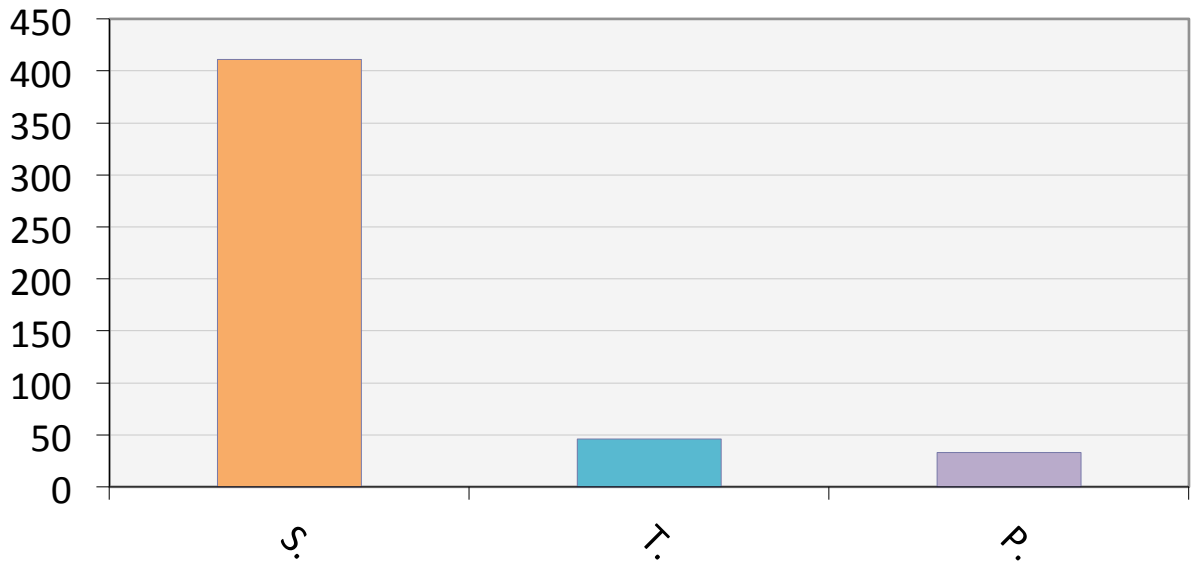
4. Relatie aanbrenger of wie brengt de klacht aan?



In de meeste gevallen wordt de klacht geformuleerd door de naaste omgeving van de patiënt.

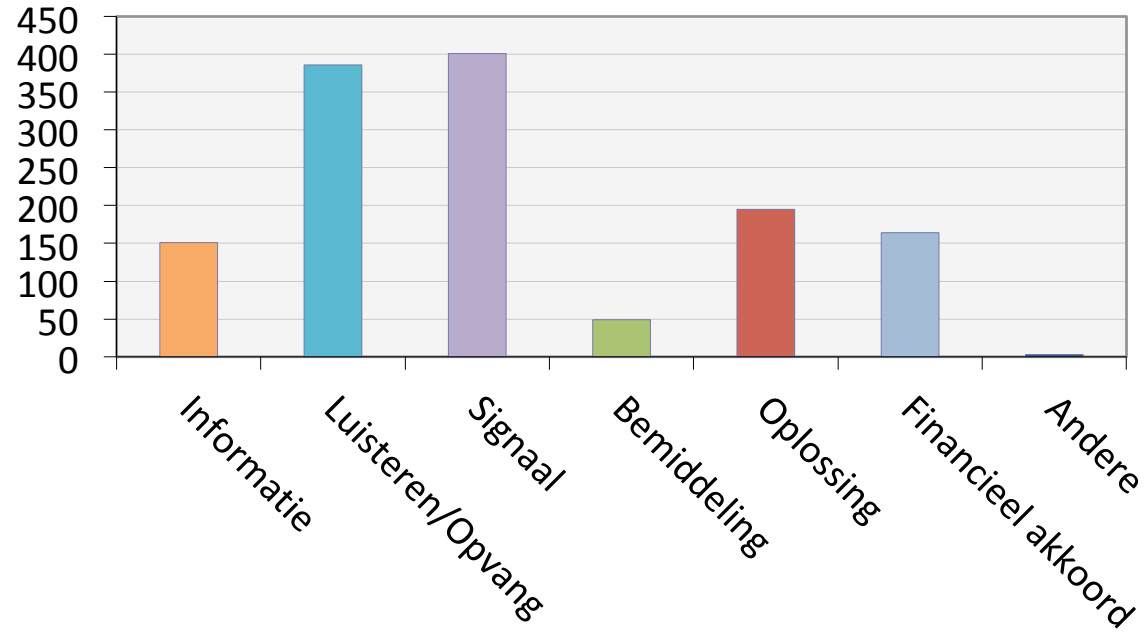
Bemiddelingsboek - 1382

5. Vorm van het aanbrengen of hoe neemt men met ombudsdienst contact op?



In 84% van de gevallen, neemt de melder **schriftelijk** contact op, hoofdzakelijk via mail of via het elektronisch standaardformulier op de website. 9% neemt **telefonisch** contact op en 7% via **persoonlijk** gesprek met de ombudspersoon.

6. Verwachtingen of wat wil men met de klacht bereiken?

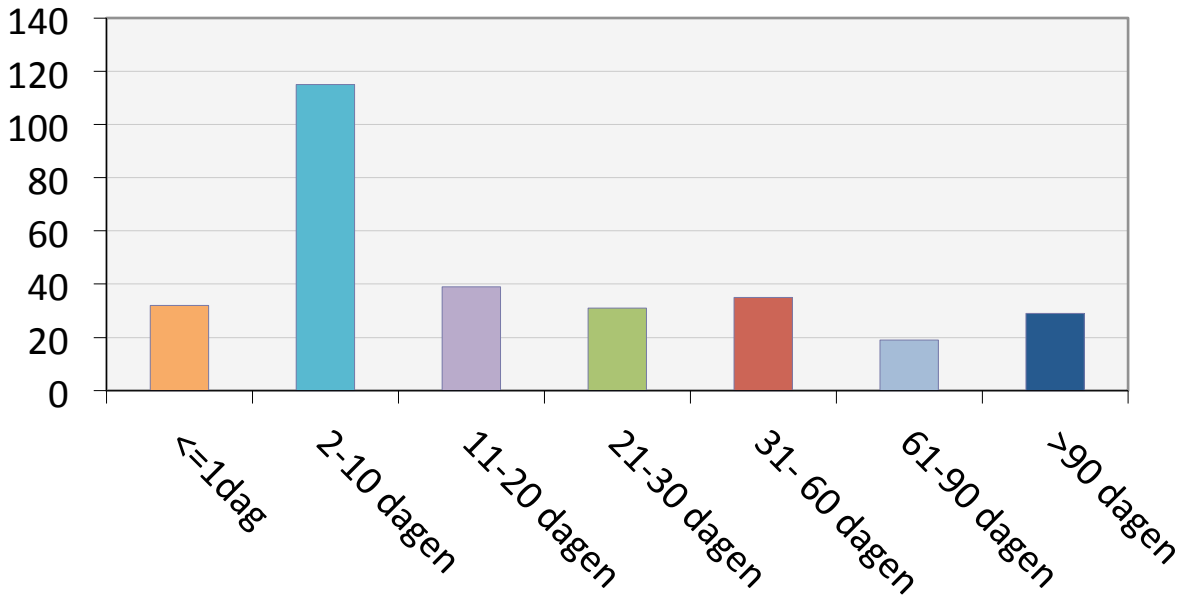


Het kan zo zijn, dat er voor éénzelfde klachtendossier er meerdere verwachtingen kunnen weerhouden worden. Bijvoorbeeld: *"ik wil met mijn klacht aangeven, dat ik de dienstverling niet als kwalitiatief ervaren heb en hiermee een signaal geven, zodat andere patiënten niet hetzelfde hoeven mee te maken. Tevens wil ik mijn factuur niet betalen, ik ben niet geholpen."*

Bemiddelingsboek - 1383

Tevens kunnen we stellen dat in 29% van de gevallen men opzoek is naar een klankbord en iemand om hun ervaringen mee te delen. 12% wil een financiëel akkoord of tegemoetkoming en slechts 4% wil een bemiddelingsgesprek met de andere partij ingepland zien.

7. Doorlooptijd of hoeveel tijd tussen registratie en afhandeling?



Het betreft hier de doorlooptijd van een klachtendossier van opening tot het afsluiten ervan. In 49% van de dossiers kan er afgehandeld worden binnen de 10 dagen. Vaak zijn dit klachten, waar er door het geven van informatie of door snel herstel van de communicatie tussen bv. klager en zorgverlener er kan afgerond worden. De duur van de afhandeling van een dossier zegt niets over hoe kwalitiatief de behandeling ervan is. Sommige, “echte” bemiddelingsdossiers vragen vaak veel tijd. Er zijn bijvoorbeeld: meerdere partijen bij betrokken, het is een complexe klacht, het moet op maandelijks overleg besproken worden of er gaat vaak pendeldiplomatie aan vooraf.

Bemiddelingsboek - 1384

Aanbevelingen.

✓ Blijf werken aan een warme en betrokken zorg!

Essentieel binnen een kwaliteitsvolle dienstverlening is naast respect, empathie en vakkennis, een goede communicatie. Dit is in de eerste plaats luisteren naar wat de andere te zeggen heeft, om te begrijpen en niet om onmiddellijk in de verdediging te treden. Het is en blijft een cliché maar vriendelijkheid en een positieve houding vragen noch kosten, noch inspanning. Herhaalde klachten, bij dezelfde medewerkers vragen om hulp dmv. coaching, om het attitudeprobleem structureel aan te pakken.

✓ Website informatie.

Via de website van het ziekenhuis, onder de rubriek "Ombudsdienst", formulieren "*afschrift en inzage van het medisch dossier* " beschikbaar stellen. Zo kunnen deze gedownload, ingevuld en ons terugbezorgd worden. Dit zal de procedure versnellen en vereenvoudigen.

✓ Waardevolle voorwerpen.

Er dient voldoende aandacht geschonken te worden op de afdelingen, hoe men met waardevolle voorwerpen zoals hoorapparaat, bril, vals gebit…moet omgaan.

We weten dat dit een gedeelde verantwoordelijkheid is, maar patiënten zijn niet altijd in de mogelijkheid om hier zelf voldoende over te waken. Creëer nooit de verwachtingen, de verzekering betaalt of de ombudsdienst lost het zo voor u op. Registreer correct het verlies, zodat de juridische dienst dit met de verzekering kan opnemen.

Inventariseren van waardevolle voorwerpen in het elektronisch verpleegkundig dossier kan een geheugensteun zijn en bijvoorbeeld bij avondronde gecontroleerd worden.

Vanuit het *Patiëntenservicepunt*, kan hier preventief, een informerende rol gespeeld worden. Bijvoorbeeld: waardevolle zaken die kunnen thuisgelaten worden, zoals geld en juwelen, niet meenemen bij opname.

Ter verbetering, werd reeds een eerste draft *"Flow melden van verlies, beschadiging of diefstal waardevolle voorwerpen van patiënten"*opgesteld.

Bemiddelingsboek - 1385

✓ Tijdstip opname / ontslag.

De afgesproken opname en ontslagtijdstippen dienen gerespecteerd te worden per dienst, ten aanzien van de patiënt. Eventuele wijzigingen moeten tijdig meegedeeld worden.

✓ Beddencapaciteit/accommodatie.

Beddencapaciteit voor dagkliniek oncologie, is ontoereikend. Door de hoge turn-over en grote toeloop van patiënten, is het onmogelijk om aan de grote vraag om een bed te voldoen. Wat resulteert in patiëntontevredenheid, met het oog op een betere dienstverlening is er op de afdeling een uitgebreide kwaliteitsenquête uitgevoerd.

Afdeling kindergeneeskunde blijkt gedateerd te zijn en zou wel een opfrissing en meer comfort kunnen gebuiken.

✓ Informed consent.

Er moet duidelijk geïnformeerd worden, dat een complicatie geen medische fout is. Dit op niveau van de patiënt, dus met zo weinig mogelijk gebruik van het vakjargon.

✓ Financieel.

Duidelijk informeren over de conventiestatus van de artsen en aangerekende supplementen. Wettelijk gezien, is de vermelding op de website en in de wachtzalen correct, maar schijnbaar onvoldoende. Idealiter is er een duidelijk kader, bijvoorbeeld: tijdsslot waarin onderzoeken voor geconventioneerde artsen kunnen ingepland worden…

Het *patiëntenservicepunt* kan hier een belangrijke bijdrage in leveren en ook tegemoetkomen aan de vraag om informatie naar ereloon, kamersupplementen, accomodatiekosten, voor geplande opname.
Dit neemt niet weg, dat de *artsen*, tijdens consulten of voor aanvang van onderzoeken, hun patiënten moeten blijven informeren over de kostprijs en honoraria.

✓ Zorglast.

Aandacht voor de zorglast van de zorgverstrekker. Er zijn vaak torenhoge verwachtingen en een steeds uitgebreider takenpakket: procedures, administratie en werkdruk. Dit toont het belang van prioriteiten stellen aan en elkaars mogelijkheden (rechten vs. plichten) en tekorten begrijpen.

In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. Men dient uiteraard de nodige aandacht voor deze respectvolle bejegening naar de patiënten toe te behouden. Tegelijk krijgen de ombudsdienst regelmatig het signaal van zorgverleners dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren.

Bemiddelingsboek - 1386

Dit draagt niet bij tot een constructieve sfeer en zorgen voor een emotionele belasting bij alle partijen. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en vraagt de nodige aandacht.

Gemengde verpleegafdelingen, vragen de nodige expertise en multidisciplinair overleg is essentieel.

✓ Patiëntgerichte werktijd.

Patiënten en hun familie hebben nood aan informatie door zorgverleners, maar krijgen deze niet altijd "te pakken"om een gesprek aan te gaan.
Deze bedenking wordt meer geuit bij hospitalisatie dan in setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen.

Het empowerment van de patiënt, om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings- en verzorgingstraject is grotendeels afhankelijk van de informatie die ze verkrijgen. Pas dan kan er een weloverwogen beslissing genomen worden. Anderzijds zijn artsen en verpleegkundigen diegene die ervoor kozen om mensen in nood bij te staan en te begeleiden. Maar net die "core" van hun beroepskeuze komt onder druk en kan spanning en stress veroorzaken.

Georganiseerde contactmomenten kunnen in sommige gevallen voor de patiënt en zijn familie, als verhelderend worden beschouwd.

✓ Spoed.

De eerste kennismaking met het ziekenhuis, gebeurt vaak via deze ingangspoort. Het is een complexe dienst, gezien zijn grote doorstroom en de vele disciplines en afdelingen, die er genoodzaakt zijn om samen te werken. Informatie en communicatie zijn van groot belang, bijvoorbeeld: uitlopen van de wachttijden, waarom nuchter blijven, kleurcodes en triagesysteem. Hierdoor kan al veel ergernis vermeden worden. Een *positief* assertieve houding en *bejegening* is een must. Net als de begeleiding en coaching van (nieuwe) medewerkers en artsen in opleiding.

✓ Wachttijden.

De wachttijden voor sommige raadplegingen kunnen soms grote proporties aannemen. Dit door een te strak tijdsschema of teveel patiënten binnen een korte tijdspanne willen helpen.
Een realistische planning en vermijden van teveel overlappende of dubbele boekingen kunnen hierin verbetering brengen.

✓ Buitenlandse patiënten.

De sociale dienst laten langsgaan bij buitenlandse patiënten die onverwacht of niet afgesproken opgenomen worden in het ziekenhuis bv. via spoed. Dit om later problemen met betalen van de factuur of verzekering te voorkomen.

Bemiddelingsboek - 1387

✓ **Rapporteringscommissie.**

Wij adviseren frequent overleg (3 à 4 maandelijks) met directieleden, zoals hoofdarts, zorgdirecteur, directeur processen en kwaliteit… Tijdens dergelijke overlegmomenten kunnen stucturele aspecten betreffende hun departement, adhv geanonimiseerde casuïstieken besproken worden. Wanneer de ombudsvrouw het noodzakelijk acht en bij hoogdringendheid, kan zij de rapporteringscommissie samenroepen, zodat er kort op de bal kan gespeeld worden.

Bemiddelingsboek - 1388

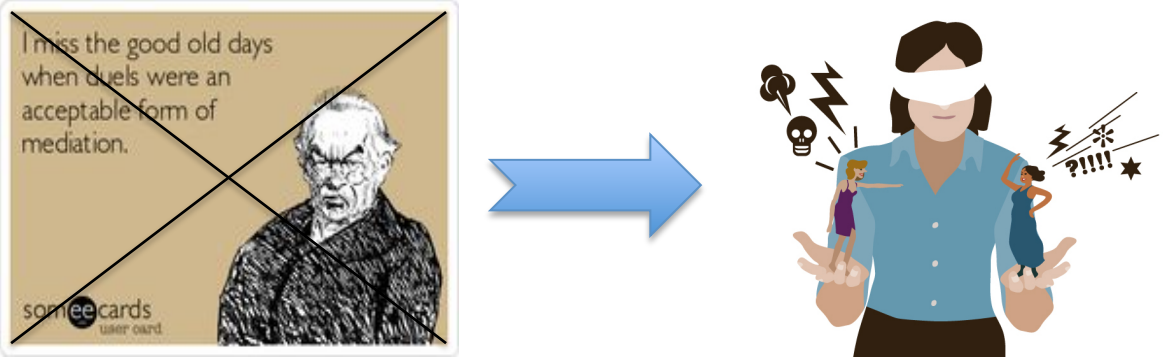
Preventie en voorlichting.

Uit het *jaarverslag 2017* en artikel: *"15 jaar patiëntenrechten: Tijd voor (r)evolutie!?"* van het © 2017 Vlaams Patiëntenplatform, is gebleken dat er nog te weinig kennis is met betrekking tot het bestaan en de inhoud ervan. Hier moeten we dus blijven op inzetten!

Wij hebben bij ombudsdienst de brochure van FOD "*wet rechten van de patiënt, in een goede relatie weet je wat je aan elkaar hebt*" ter beschikking. We bieden deze aan en de secretariaten vragen deze ook al geregeld op, om te verdelen in bijvoorbeeld hun wachtzaal.

In april, willen we op de "*dag van de rechten van de patiënt*", ons als ombudsdienst engageren om een ondersteunende campagne in het ziekenhuis te voeren.

Vaak heeft men een verkeerde visie van wat de ombudsdienst is en wat ombudspersonen doen. In de eerste instante is deze een bemiddelaar tussen de verschillende partijen na het formuleren van een klacht en geen sanctionerende uitvoerende macht. Op die manier, gaan medewerkers je als een bedreiging beschouwen, en niet het positieve of de opportuniteit zien.



Vormingsmomenten ter kennismaking, voor (nieuwe) medewerkers zou dus een meerwaarde betekenen. Werking ombudsdienst, de klachtenprocedure en rechten van de patiënt kunnen in de spotlights worden gezet en meer positieve naambekendheid tewerkstelligen.

Bedankt.

Tot slot, willen wij vanuit de ombudsdienst graag een woord van dank uitspreken aan de directie, artsen, management, medewerkers, DPO, juridische en financiële dienst van het ziekenhuis.

Dit voor jullie bijdrage in onze opdracht, die we elke dag proberen te vervullen. Het uitvoeren van een ombudsfunctie is geen exacte wetenschap en niet altijd makkelijk af te lijnen. Wij merken doorgaans een grote bereidheid om tot een constructieve samenwerking te komen en dat kunnen wij alleen maar aanmoedigen.

Wij blijven ons steeds maximaal inzetten, om een klacht vanaf de rapportage tot feedback zo goed mogelijk af te handelen, te bespreken en in de toekomst te vermijden.

"Progress cannot be generated when we are satisfied with existing situations" T. Ohno

Bemiddelingsboek - 1390

Bijlage: Huishoudelijk reglement.

Beleidsrichtlijn

Huishoudelijk reglement ombudsdienst

Toepassingsgebied

OLV Ziekenhuis, campus Aalst-Asse-Ninove.

1. Inleiding

Dit reglement werd opgesteld overeenkomstig de bepalingen van artikel 10 van het KB van 8 juli 2003 houdende de vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moeten voldoen.

2. Doelstelling

Het regelt de klachtenbehandeling in de VZW O.L. Vrouwziekenhuis en is van toepassing op de drie campussen van het ziekenhuis, met name:

- Moorselbaan 164, 9300 Aalst
- Bloklaan 5, 1730 Asse
- Biezenstraat 2, 9400 Ninove

3. Inhoud

3.1 Huishoudelijk reglement ombudsdienst

Hoofdstuk 1 – Definities

Artikel 1 - In dit reglement wordt verstaan onder:

- De patiëntenrechtenwet: de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 26 september 2002.
- Klacht: een uiting van ongenoegen of ontevredenheid omtrent het zorgproces van de patiënten in het ziekenhuis;
- Klager: de persoon die klaagt (patiënt, familie, vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, bezoek, huisarts...);
- Beklaagde: persoon of dienst op wie de klacht betrekking heeft;
- Klachtmelder: diegene die de klacht meldt (patiënt, vertrouwenspersoon, huisarts, familie, medewerker...);

- Ombudspersoon: het centraal aanspreekpunt voor patiënten die hun ongenoegen en/of klachten over het zorgproces in het ziekenhuis willen uiten, degene die in de klacht bemiddelt en waar de patiënt de nodige informatie kan krijgen omtrent de opvolging en de afhandeling van zijn klacht;
- Klachtbemiddeling: het luisteren, het informeren, adviseren of verwijzen van de klager, bijstand verlenen en zoeken naar gemeenschappelijke belangen, voorstellen formuleren en zoeken naar compromissen;
- Klachtenafhandeling: neutraal begrip gericht op de klachtenbehandeling en/of klachtenbemiddeling.

Hoofdstuk 2 - Toepassingsgebied

Artikel 2 - De ombudspersoon is bevoegd om kennis te nemen van alle klachten die betrekking kunnen hebben op:

- De wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002:
  - Recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar
  - Recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking
  - Recht op pijnbestrijding
  - Recht op informatie
  - Recht op toestemming
  - Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier
  - Recht op inzagen in op afschrift van het patiëntendossier
  - Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer;

- Medisch-technische aspecten;
- Financiële aspecten;
- Administratieve aspecten;
- Organisatorische aspecten;
- Hotelfunctie van de instelling (de keuken, het linnen, het onderhoud, ...).

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(e) wordt geformuleerd.

Hoofdstuk 3 - Opdrachten van de ombudspersoon

Artikel 3 – Ingevolge de patiëntenrechtenwet, heeft de ombudspersoon als opdracht:

- 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 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 ombudsdienst;
- het opmaken van een jaarverslag met een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat;

Artikel 4 - De opdracht van de ombudspersoon is een inspanningsverbintenis en geen resultaatsverbintenis ten aanzien van partijen. De ombudspersoon kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.

Artikel 5 - De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest 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.

De ombudspersoon bekleedt dan ook een onafhankelijke positie ten aanzien van de directie en het bestuur van het ziekenhuis. Dit betekent dat de ombudspersoon geen verantwoording verschuldigd is over het bemiddelingsproces maar wel een informatieplicht heeft ten aanzien van de directie en het bestuur van het ziekenhuis. Aangezien de ombudspersoon enkel een bemiddelende opdracht heeft kiest zij bijgevolg geen partij, noch voor de klager, noch voor de beklaagde.

Hoofdstuk 4 - Wijze waarop klachten kunnen worden ingediend

Artikel 6 - De patiënt kan, al dan niet bijgestaan door een vertrouwenspersoon, een mondelinge of schriftelijke klacht indienen bij de ombudspersoon.

Artikel 6 bis – De ombudsdienst neemt eveneens klachten, geuit door familie, in behandeling. Iedere medewerker verwijst de familie hiervoor rechtstreeks door naar de ombudsdienst.

De klachten kunnen op verschillende wijze worden geuit:

Schriftelijk:

- een voldoende gefrankeerde brief aan OLV Ziekenhuis t.a.v. ombudsdienst, Moorselbaan 164, 9300 Aalst;
- via e-mail: ombudsdienst@olvz-aalst.be;
- via elektronisch formulier van de webpagina van ombudsdienst op de olv-website: https://www.olvz.be/patienten/tevreden-laat-het-ons-weten-0;

Mondeling:

- telefonisch op het nummer 053/72.41.28 op maandag en donderdag van 14.00u – 17.00u, dinsdag en vrijdag van 9.00u – 12.00u;
- via persoonlijk contact, bij voorkeur op afspraak;

Artikel 7 - Anonieme klachten zijn onontvankelijk.

Hoofdstuk 5 - Registratie van de klacht

Artikel 8 - De aandacht voor vragen, bezorgdheden, klachten en reacties van patiënten maakt deel uit van het klachtenbeleid van het ziekenhuis. Elke ontvankelijke klacht wordt daarom bij melding geregistreerd in een klachtendossier.

De klager heeft steeds het recht om een verbetering te vragen van de door de ombudspersoon geregistreerde persoonsgegevens.

Artikel 9 - Bij ontvangst van een klacht wordt aan de patiënt een schriftelijke ontvangstmelding overgemaakt met vermelding van de referte van zijn dossier. Door het vermelden van deze referte in briefwisseling of latere contacten met de diensten van de ombudspersoon kan de klager de behandeling van zijn klacht versnellen of vereenvoudigen.

Artikel 10 - Bij elke klacht worden minstens volgende gegevens geregistreerd:

- de identiteit van de patiënt en desgevallend 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.

Artikel 11 - De klager wordt op de hoogte gebracht van het gevolg dat aan zijn klacht wordt gegeven.

Artikel 12 - Om klachtenmanagement uiteindelijk te laten resulteren in kwaliteitsverbetering bezorgt de ombudspersoon tweejaarlijks een anoniem overzichtsrapport van de geregistreerde klachten aan de rapporteringscommissie.

Artikel 13 - De persoonsgegevens die door de ombudspersoon verzameld worden in het kader van het onderzoek van de klacht, worden slechts bewaard gedurende de tijd nodig voor de behandeling van de klacht en het opstellen van het jaarverslag.

De ombudspersoon vernietigt bijgevolg na het indienen van het jaarverslag bij de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu met toepassing van artikel 8 van het KB van 8 juli 2003 alle door hem aangelegde en afgehandelde klachtendossiers.

Het jaarverslag bevat geen enkel element waardoor één van de natuurlijke personen betrokken bij de afhandeling van de klacht, kan worden geïdentificeerd. Het jaarverslag wordt overgemaakt aan het Directiecomité, de Raad van Beheer en de Medische Raad van het ziekenhuis.

Hoofdstuk 6 - Behandeling van de klacht

Artikel 14 - Wanneer 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 verder toe te lichten.

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.

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 algemeen directeur, de medisch directeur en de betrokken departementaal directeur. Alle klachten waarbij de aansprakelijkheid van het ziekenhuis of een ziekenhuisgeneesheer in het gedrang kan komen, worden steeds als ernstig beschouwd.

Artikel 15 - De ombudspersoon poogt via bemiddeling een voor alle partijen aanvaardbare oplossing of resultaat te bereiken.

Binnen de afgesproken termijn informeert de ombudspersoon mondeling of schriftelijk de klager en beklaagde over het resultaat van de klachtenbemiddeling.

Artikel 16 - Wanneer de klager zich niet kan verzoenen met het resultaat van de klachtenbemiddeling, informeert de ombudspersoon de klager over de mogelijkheden voor de verdere afhandeling van zijn klacht.

Artikel 17 - De ombudsdienst heeft het recht om een vraag naar informatie te weigeren wanneer dit niet noodzakelijk is in het kader van een concrete klachtenbemiddeling.

Artikel 18 - Het resultaat van de bemiddeling door de ombudspersoon wordt in het klachtendossier geregistreerd.

Hoofdstuk 7 - Federale Commissie Rechten van de Patiënt

Artikel 19 - 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 patiëntenrechtelijke 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 en terzake aanbevelingen formuleren.

De Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" is te bereiken in het Eurostation II, Victor Hortaplein 40 bus 10 te 1060 Brussel. Telefonisch kan men de Federale Commissie bereiken op het nummer 02/210.47.11.

Slotbepaling

Dit reglement werd door het Directiecomité goedgekeurd in februari 2019. Het betreft een herwerkte versie sedert de eerste goedkeuring op 26 februari 2004, na voorlegging aan de medische raad.
Het reglement is conform artikel 10 van het K.B. van 8 juli 2003 overgemaakt aan de Federale Commissie voor de Rechten van de Patiënt.

4. Disclaimer

Het OLV Ziekenhuis Aalst-Asse-Ninove is eigenaar van de kennisdocumenten die intern gepubliceerd worden. Het is niet toegelaten deze informatie zonder toestemming van directie / zorgzonemanager / leidinggevende te verspreiden buiten het ziekenhuis.

Einde document

[Einde document]

Bemiddelingsboek - 1397

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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	3de verdieping – vleugel administratie
Registratiesysteem	Klachten behandeling VVOVAZ
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Procedurenota 193 Huishoudelijk reglement ombudsdienst – actualisatiedatum 24.05.2017
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Opleiding bemiddelingstechniek Deep Democracy (2-daagse VVOVAZ – 11 oktober 2018 – Antwerpen) De kracht van non-verbale communicatie (2-daagse VVOVAZ – 12 oktober 2018 – Antwerpen)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	General data protection act - GDPR (toelichting door A. Bracke – algemene vergadering VVOVAZ – 26 januari 2018 – Brussel) Cel patiëntenrechten FOD Volksgezondheid (toelichting door S. Ombelet – algemene vergadering VVOVAZ – 26 januari 2018 – Brussel) Juridische vraagstukken in het ombudswerk: GDPR, vertegenwoordiging en beroepsgeheim (2-daagse VVOVAZ – 12 oktober 2018 – Antwerpen) Masterclass bestuurders ouderenzorg (Opleiding Zorgnet-Icuro – 2 en 3 maart 2018 – Brussel) Netwerken over netwerken (Studiedag Zorgnet-Icuro – 7 juni 2018 – Brussel) Second victim (Interne opleiding AZ Maria Middelares – 11 juni 2018 – Gent) Leiderschapstraject (Interne Opleiding – 23 november en 4 december 2018 – Deinze)
Werkingsterrein 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;…*	- Klachtenbemiddeling ruimer dan wet patiëntenrechten - Begeleiding afschrift/inzage patiëntendossier - Opleiding startende medewerkers (patiëntenrechten, beroepsgeheim) - Beantwoorden informatievragen van patiënten en medewerkers - Implementatie en uitrol GDPR en beantwoorden van vragen

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 beklaagde
  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.

Wat doet de organisatie ter sensibilisering?
- Infosessie voor nieuwe medewerkers rond patiëntenrechten, beroepsgeheim en ombudsdienst - Nieuwe artsen zullen uitgenodigd worden door ombudsdienst voor overlegmoment rond werking van de ombudsdienst

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Opmerkingen: ✓ 1 dossier kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ **Deze cijfers zijn een weergave van de beleving en interpretatie/zienswijze van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.**	
Aantal klachtendossiers	55

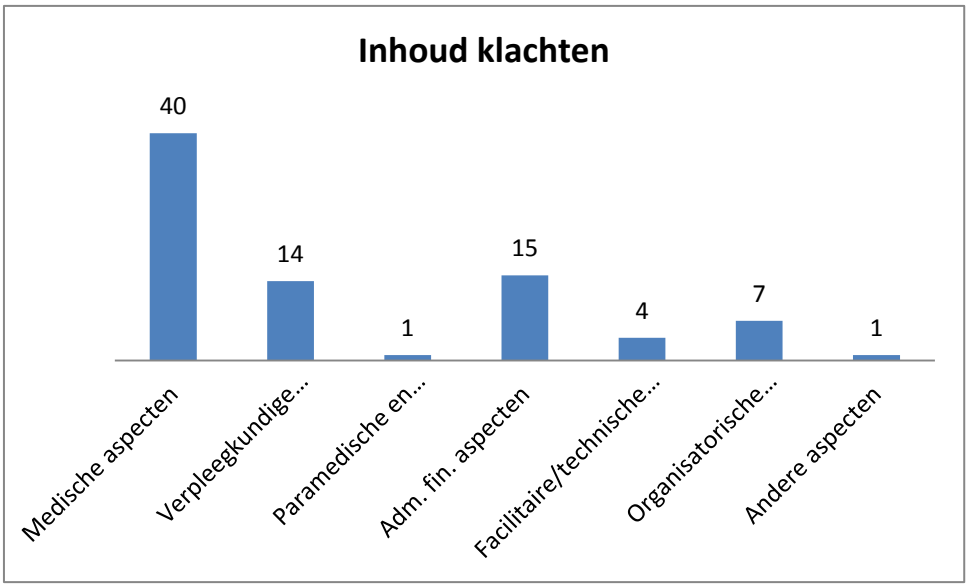
Aantal infodossiers	17 (8 vragen tot inzage/afschrift, 3 vragen ivm facturatie en 6 algemene informatievragen)
Aantal pro actieve dossiers	Worden niet geregistreerd
Aantal vragen tot inzage/afschrift patiëntendossier	10 (2 in het kader van klachtendossier, 8 alleenstaande vragen tot inzage/inschrift die als infodossier worden geregistreerd)
Klachtenratio (=aantal klachten / aantal opgenomen patiënten (inclusief forfaits chirurgisch dagziekenhuis) + het aantal dagklinisiche patiënten (exclusief forfaits dagziekenhuis) + het aantal ambulanten)	0,04 %

Aantal klachten m.b.t. 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. ✓ Eenzelfde klachtendossier kan betrekking hebben op meerdere patiëntenrechten. ✓ **De cijfers zijn een weergave van de beleving en interpretatie/zienswijze van de patiënt/klager. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.**	
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)	17
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	/
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	3
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)	2

Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	/
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	2
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	/
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	/
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	2
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	39

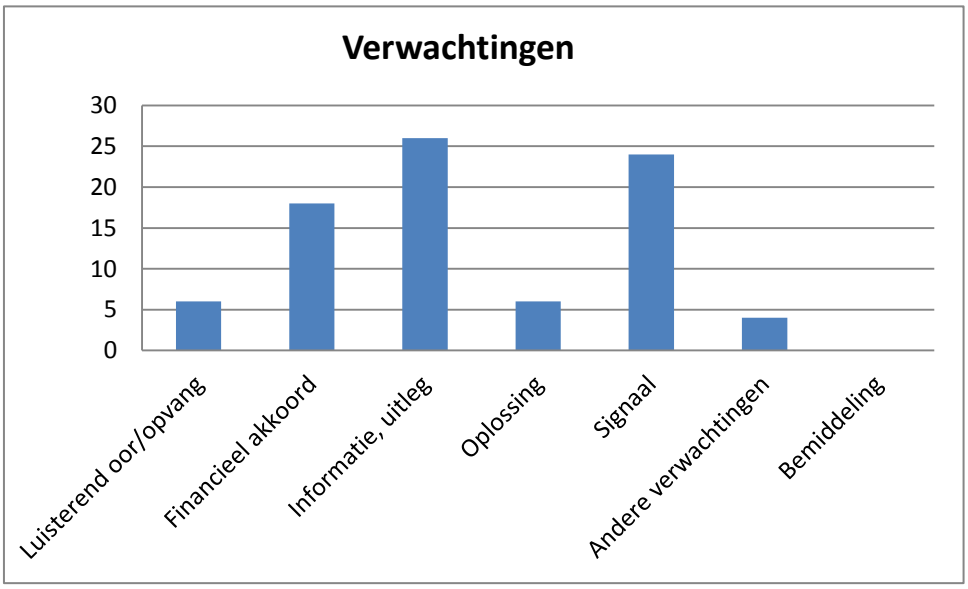
Inhoud van de klachten en verwachtingen

De klachten gaan in hoofdorde over medische aspecten, adm.-financiële aspecten en verpleegkundige aspecten. In mindere mate worden klachten geformuleerd over organisatorische aspecten, paramedische aspecten en andere aspecten. In absolute cijfers, rekening houdend met het feit dat 1 klachtendossiers betrekking kan hebben op verschillende aspecten, geeft dit voor wat betreft de 55 klachtendossiers het volgende resultaat:



Medische aspecten	
behandeling	**17**
aandacht en opvang	**11**
infoverstrekking	**4**
communicatiestijl	**6**
kostprijs	**0**
privacy	**0**
verslaggeving	**2**
ontslagvoorbereiding	**0**

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 55 klachtendossiers samen.



Uit bovenstaande grafiek blijkt duidelijk dat patiënten zelf initieel geen vragende partij zijn voor een bemiddelingsgesprek. Waar een gesprek een meerwaarde kan zijn, wordt dit steeds voorgesteld door de ombudspersoon.

Verzoeningsresultaten
- Bereidheid bij de zorgverleners om constructief mee te werken indien een klachtmelding wordt ontvangen: er wordt tijd genomen door diensthoofden, (hoofd)verpleegkundigen en artsen om zich te informeren bij de medewerkers van de eigen dienst en om het dossier vervolgens met de ombudsdienst te bespreken, zodat patiënt/familie op een afdoende manier kan geïnformeerd worden - Deelname aan bemiddelingsgesprek op initiatief van de ombudspersoon: in enkele dossiers werd een gesprek georganiseerd tussen zorgverlener en patiënt/familie. - Bereidheid tot financiële tussenkomst (aanpassing factuur) na duiding door de ombudsdienst van de vraag/klacht van patiënt.

Doorlooptijd van de klachtafhandeling	
≤ 1 dag	22
2-10 dagen	25
11-20 dagen	12
21-30 dagen	5
31-60 dagen	8
61-90 dagen	1
> 90 dagen	3

Alle dossiers die in 2018 werden geopend, werden in hetzelfde jaar afgesloten. Ook 4 dossiers geopend in 2017 konden dit jaar worden afgesloten.

Aanbevelingen
✓ De rol van de spoeddienst: Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat men 'spoedig' zal geholpen worden; dat men onmiddellijk zal opgenomen worden of dat alle technische onderzoeken onmiddellijk zullen worden uitgevoerd. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en diagnosestelling te krijgen. Deze perceptie zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. Patiënten formuleren regelmatig klachten over de wachttijden, de teleurstelling als ze niet onmiddellijk worden opgenomen, het gevoel niet geholpen te zijn, ...terwijl het vaak over aandoeningen gaat die ook in de eerste lijn door de huisarts kunnen behandeld worden. Binnen het ziekenhuis is er zeker een opdracht om patiënten blijvend op een correcte manier te informeren, maar daarnaast zou een campagne op maatschappelijk niveau over de rol van een spoedgevallendienst (spoedgeval of niet?) zeker een meerwaarde hebben in het bewustwordingsproces bij patiënten. ✓ Collegialiteit en solidariteit tussen ziekenhuizen: Zoals hierboven reeds gemeld bestaat bij patiënten die naar de spoedafdeling komen regelmatig de perceptie dat zij niet geholpen worden, hetzij omdat zij worden doorverwezen voor verdere opvolging via de gewone consultatie, hetzij omdat zij niet onmiddellijk in het ziekenhuis worden opgenomen. Het valt voor dat patiënten een dergelijk advies van de spoedarts niet aanvaarden en zich op eigen initiatief tot een andere spoedafdeling van een nabij gelegen ziekenhuis wenden. In dergelijke gevallen is er jammer genoeg weinig sprake van enige collegialiteit of solidariteit tussen de zorgverleners van de betrokken ziekenhuizen. Dit zou zeker een aandachtspunt moeten zijn in de toekomstige netwerken. ✓ Extern patiëntenvervoer: In tegenstelling tot in 2017 (4 klachten) , werd hierover in 2018 slechts één klacht gemeld. Toch blijft het belangrijk om hiervoor opnieuw de nodige aandacht te vragen. 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 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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 *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	-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 (26/01/2018) - VVOVAZ West-Vlaanderen (19/03/2018, 10/09/2018 en 10/12/2018): casusbesprekingen, vragen en intervisie -tweedaagse in Antwerpen (10-11/10/2018): "360° ombudsdienst" Algemeen: -studienamiddag 'Open disclosure' (1/3/2018, organisatie Zorgbeleid.be)
Werkingsterrein 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;…*	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: - 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?	1. Klachtintake: ontvangen, beluisteren, klachtendossier openen 2. Behandelen klacht 3. Bemiddelen 4. Terugkoppelen 5. Afsluiten en klasseren Uitgebreide toelichting in 'Klachtenprocedure' als bijlage

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
-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 facturatiedienst behartigd. -driemaandelijks overzicht door de ombudsvrouw op het directiecomité -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.
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 binnen de gezondheidszorg in het algemeen en bij de artsen in het bijzonder. Ook de patiënten leven nog met andere verwachtingen naar de ombudsdienst gezondheidszorgen toe. Onze rol als bemiddelaar moeten wij nog meer in de verf zetten. Dit is een continue werkproces. Ook van de overheid zouden wij hierbij ondersteuning kunnen gebruiken.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Opmerkingen: 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	94
Aantal pro actieve dossiers	/
Aantal opvragingen patiëntendossier	44
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. ✓ het aantal klachten is gedaald maar het aandeel klachten met betrekking tot de patiëntenrechten is gestegen en de 'zwaarte' van de dossiers hierdoor ook waardoor de werklast en tijd besteed per dossier ook gestegen is. ✓ Er wordt binnen het jaarverslag vooral ingezoemd op het aantal klachten met betrekking tot de patiëntenrechten. Dit geeft echter niet de volledige activiteit en werklast van de ombudsdienst weer: - Ook het aantal klachten die geen betrekking hebben op de patiëntenrechten kunnen niet verwaarloosd worden - Daarnaast behandelt de ombudsdienst telkens ook een aantal vragen. Zo waren er dit jaar 94 infodossiers (voornamelijk vragen rond het bekomen van een afschrift, zie hierboven). Dit aantal is dit jaar ook sterk gestegen.	

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	150
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)**	10
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	/
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	5
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)	7
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	94

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

	patiëntenrecht	geen patiëntenrecht	**TOTAAL**
Medische aspecten	115	/	**115**
Verpleegkundige aspecten	60	3	**63**
Paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten	3		**5**
Administratief-financiële aspecten	2	39	**41**
Facilitaire aspecten	/	4	**4**
Technische aspecten	/	6	**6**
Organisatorische aspecten	2	33	**35**
Andere	1	7	**8**
TOTAAL	183	94	**277**

Klachtratio 2018 is op 10/02/2019 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 drie jaar mee:

Klachtratio (aantal klachten per 10.000 patiëntencontacten)	2015	2016	**2017**
Algemene	12	11	**13**
Klassieke hospitalisatie	102	110	**115**
Daghospitalisatie	8	9	**13**
Poliklinisch	5	4	**6**
Spoed	18	16	**16**

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

-Verwachtingen klager: meerdere verwachtingen per klacht kunnen geuit worden en worden dan ook geregistreerd:

	2015	2016	2017	**2018**
Signaal	164	157	213	159
Uitleg/info/excuses	130	125	173	180
Luisterend oor/opvang	41	7	23	46
Schadeclaim	26	31	28	25
Correctie factuur	36	60	57	43
Oplossing	48	40	57	48
Voorval zonder schadeclaim	0	1	/	/
andere	1	2	4	4

-Doorlooptijd: De ombudsdienst beschikt sinds 2016 over een tijdsbesteding voor de ombudsfunctie van 60 % ten opzichte van 80 % de jaren daarvoor.
Dit vertaalde zich in 2016 tot een iets langere doorlooptijd (vooral in de eerste twee categorieën). Deze langere doorlooptijd heeft zich echter niet verder gezet, ook niet in 2017 waar er 24,4 % meer dossiers werden behandeld dan het jaar daarvoor.

	2015	2016	2017	**2018**
≤ 1 dag	61 %	33 %	40%	**45%**
2-10 dagen	21 %	36 %	35%	**34%**
11-20 dagen	13 %	16 %	10%	**11%**
21-30 dagen	3,50 %	7 %	5%	**4%**
31-60 dagen	0,50 %	7 %	8%	**5%**
61-90 dagen	0,20 %	/	0,2%	**1.3%**
≥ 90 dagen	0,80 %	0,60 %	1,8%	**0,3%**

Aanbevelingen

Aanbevelingen met een appel ook naar de overheid (sommige van deze aanbevelingen worden ook vanuit onze beroepsvereniging VVOVAZ aan de Vlaamse Ombudsdienst overgemaakt maar wil ik hier ook onderschrijven) :

- **Patiëntgerichte werktijd** komt meer en meer in het gedrang. Een toenemende werkdruk, snellere turn-over, kortere ligduur, normering, performantie, accreditatie,….voor de meesten onder ons zeer bekende begrippen. Deze zaken leiden ertoe dat de zorg vaak onder grote druk staat en vele zorgverleners het gevoel hebben dat ze geen tijd meer hebben voor contact met hun patiënt.
  Aan de andere kant merken we dan weer dat de patiënt meer en meer vragen stelt, goed geïnformeerd wil blijven over zijn of haar gezondheid, de regie over zijn of haar behandelingstraject mee wil in handen nemen, assertiever (soms agressiever) hiermee omgaat…..waardoor er van de zorgverleners en andere medewerkers binnen de gezondheidszorg zeker niet minder aandacht wordt gevraagd door de patiënt en zijn familie. Hoe zijn deze twee conflicterende zaken met elkaar in balans te brengen? Dit is en blijft een groot aandachtspunt binnen de zorg. Hier heeft ook de overheid een grote rol in te spelen.
- 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. Artsen vinden dit namelijk vaak hun taak niet.
  Er blijft discussie over wie deze info aan patiënt moet verschaffen: arts of ziekenhuis? Vanuit de overheid moet er meer de nadruk gelegd worden op het geven van financiële informatie door de artsen.
- 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.
- Nood aan meer **respectvolle omgang** met elkaar binnen de gezondheidszorg: ook van de kant van de patiënten naar de zorgverleners toe mag een respectvolle omgang verwacht worden. De ombudsdienst ervaart meer en meer dat de zorgverleners een tekort aan respect van sommige patiënten ervaren.
- Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de **rol van de spoeddienst**: de spoeddienst staat voor spoedeisende zorg. Patiënten gaan er nog te vaak van uit dat ze via de spoeddienst 'spoedig' zullen geholpen worden. Dit is een verkeerde verwachting die vaak tot onvrede, misverstanden en soms ook conflicten leidt die zeer frustrerend zijn voor de zorgverleners en medewerkers van de spoeddienst.
- Nood aan maatregelen inzake het **ziekenvervoer**: onduidelijke en ingewikkelde regelgeving, organisatie en werking van Mutas die nog niet geheel op punt staat en niet is afgestemd op de werking van bv de ziekenhuizen, duren rekeningen voor de patiënt,……Hierbij zijn nog heel wat hiaten waarbij de patiënt vaak de dupe is

Bijkomende informatie/opmerkingen: (*vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?)*:
-de specifieke 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 de algemenere aanbevelingen ook besproken: a) in het directiecomité b) op een informatievergadering voor leidinggevenden c) op de medische diensthoofdenvergadering d) op een vergadering van de Raad van Bestuur

BIJLAGE

Zie bijlagen bij mail:

-huishoudelijk reglement
-klachtenprocedure

Jaarverslag 2018 - UZ Brussel

Ombudsvrouw: Tine De Coster

Ik verwijs naar de mail van het Agentschap Zorg en Gezondheid van 18-1/2019 waarin de richtlijnen voor het jaarverslag vermeld zijn. Zoals voor 2017 worden er evenmin voor 2018 speciale vormvereisten vooropgesteld.

Het grootste deel van de inhoud van het vorige jaarverslag is vandaag nog steeds van toepassing.

De reden waarom ik geen cijfers opneem in dit jaarverslag houdt verband met mijn manier van werken als bemiddelaar. Volgens de wet heeft de patiënt een klachtrecht als hij meent dat een van zijn rechten te weinig werd gerespecteerd. Als ik vervolgens navraag doe bij de zorgverstrekker krijg ik vrij vaak een wat afwijkende versie hetgeen het verhaal van de patiënt in een ander daglicht stelt. Omdat ik het als mijn taak zie om de verstoorde relatie tussen deze twee te herstellen met hun medewerking, doen cijfers er minder toe. Mijn opdracht is meer gefocust op kwaliteit dan op kwantiteit.

Ik stel vast dat veel klachten kunnen herleid worden tot klachten m.b.t. communicatie en dialoog. Ook het Nederlandstalig karakter van het ziekenhuis in een tweetalig hoofdstedelijk gebied vormt voor sommige patiënten een probleem.

Stijging aantal contacten met patiënten/familieleden/burgers

Jaar na jaar stijgt het aantal mensen dat de Ombudsdienst contacteert en dit omwille van volgende redenen : het ingeburgerd zijn van het woord Ombudsdienst; de wet op de rechten van de patiënt die beter gekend is. Wanneer mensen niet weten bij welke dienst ze terecht kunnen, contacteren ze de Ombudsdienst die dan als informatiecentrum gezien wordt. Een paar voorbeelden:

> Geeft u me het telefoonnummer van dienst X?
> Op welke kamer ligt patiënt Y?
> Hoe geraak ik met mijn oude, vervuilende auto, in het ziekenhuis?

Verschillende verwachtingen van patiënten

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 mijn oordeel. Patiënten of hun familie denken met alle klachten bij de Ombudsdienst terecht te kunnen en zien deze als klachtenbehandelaar en -afhandelaar. Het gebeurt regelmatig dat patiënten of hun familie klacht neerleggen opdat het aan anderen niet meer zou gebeuren. Zij verlangen niet bepaald een antwoord op hun “melding”.

Verschillende betekenis

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.

Informeren

De eerste taak van de Ombudsdienst is de communicatie bevorderen tussen patiënt en zorgverlener. Ik informeer zowel de patiënt als de beroepsbeoefenaar over de rechten en plichten 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” als mogelijkheid om het conflict/de communicatiestoornissen weg te werken mogen verwachten.

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 komt gewoon met zijn klacht naar de Ombudsdienst zonder een voorafgaandelijke afweging of zijn klacht verband houdt met zijn in de wet opgesomde rechten.

Aangezien de Ombudsdienst verplicht is om te registreren, maak ik de juridische classificatie en niet de patiënt. Het aantal klachten dat niet onder de juridische definitie valt, is quasi even groot als het aantal klachten dat binnen het toepassingsgebied valt.

Concrete werking

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 te behartigen, 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 betrokken “partijen”, aan pendelbemiddeling.

Gezien de relatie tussen een patiënt en een zorgverlener gekenmerkt wordt door een heel specifieke vertrouwensband leent rechtstreekse bemiddeling zich uitstekend tot het (proberen) herstellen van deze band. 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.

Ik stel vast dat het aantal bemiddelingsgesprekken tussen de betrokken “partijen” toeneemt.

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 zelf de oplossing 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 onderlinge communicatie en dialoog. Op deze manier kan hun vertrouwensband verbeteren en opnieuw kwaliteitsvol worden. Dit is ook de reden waarom ik de digitale patiëntengegevens niet consulteer. Bemiddeling gaat immers over rechtstreekse communicatie.

Aanbevelingen

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

AZ OUDENAARDE
VZW

JAARVERSLAG

OMBUDSDIENST AZ OUDENAARDE

- 01.01.2018 - 31.12.2018 -

Nelleke De Quick

1. Instellingsgebonden informatie

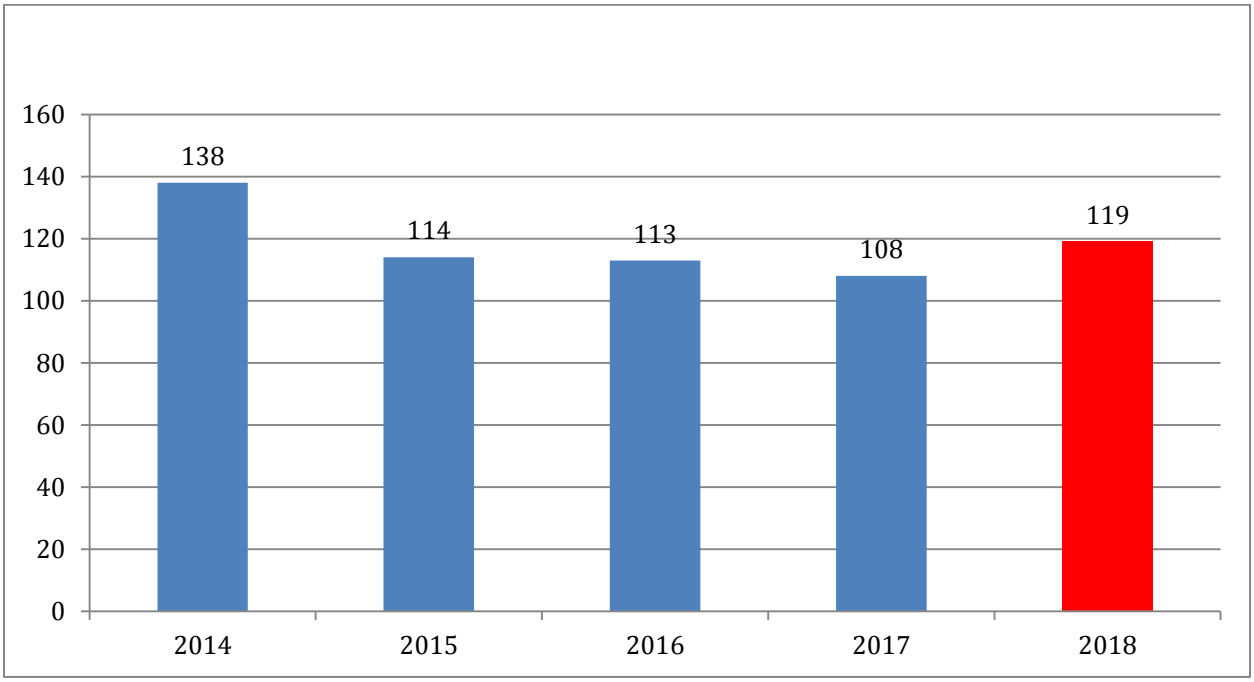
Naam van de zorginstelling	**AZ Oudenaarde**
Adres	Minderbroedersstraat 3 9700 Oudenaarde
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	170
Type (AZ, UZ, PZ,…)	AZ
Aantal bedden	235
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Nelleke De Quick
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/10/2015
Registratiesysteem	Intern registratiesysteem

2. Werking ombudsdienst

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 of wordt de klager extern doorverwezen.
Er worden na afloop indien nodig werkpunten overgemaakt aan de betrokken afdeling om te vermijden dat een bepaalde situatie zich zou herhalen in de toekomst.

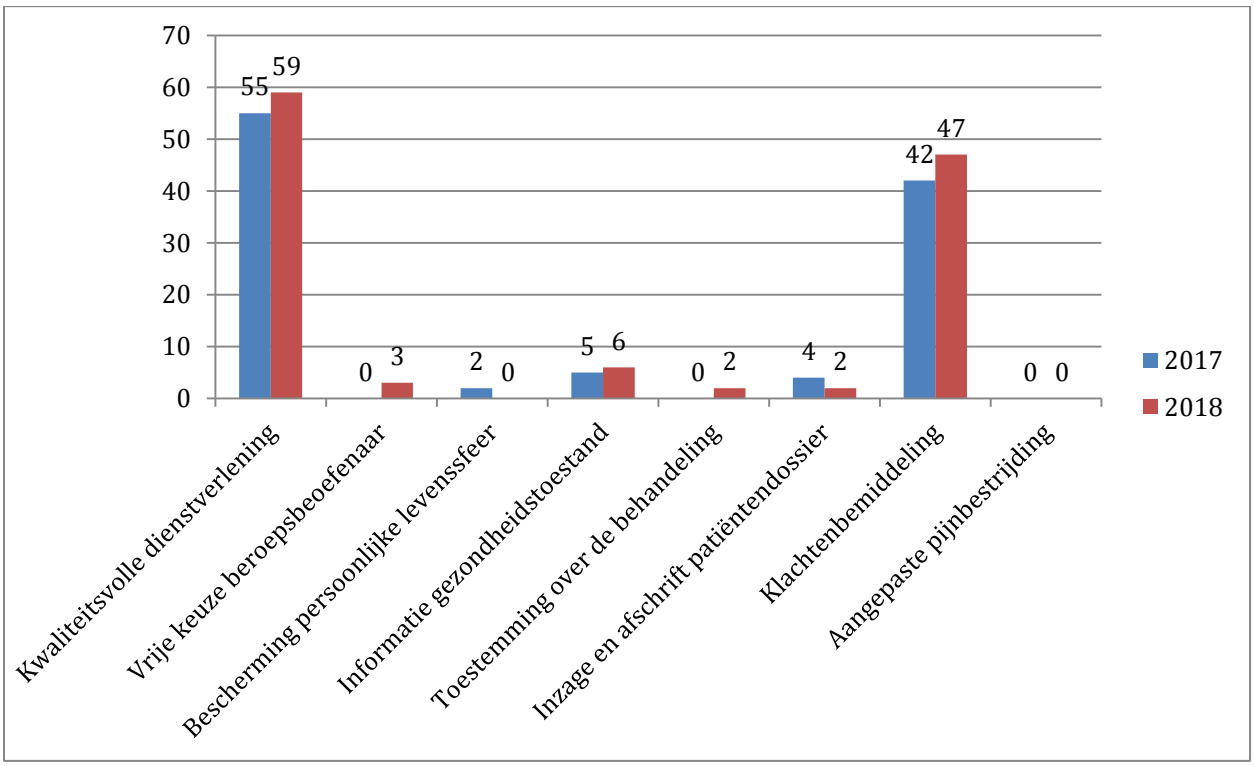
3. Overzicht klachten

3.1. Aantal klachtendossiers per jaar



Voor het eerst sinds 2015, zijn er opnieuw meer klachten geregistreerd ten opzichte van de voorgaande jaren.
Patiënten en familie van patiënten weten de ombudsdienst makkelijker te bereiken om een klacht of probleem te uiten.

3.2. Aantal klachten per patiëntenrecht in 2017 en 2018



3.2.1. Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening

Er werden ten opzichte van vorig jaar meer klachten rond kwaliteitsvolle dienstverlening geuit. Dit zijn voornamelijk klachten die gaan over ontevredenheid m.b.t. behandelingen, incidenten, communicatie, enz.. tijdens de opname of op consultatie.

3.2.2. Recht op een vrije keuze van de beroepsbeoefenaar

Naar aanleiding van enkele ontevredenheden, werd er door 3 patiënten / families van patiënten gevraagd om bij een volgend consult een andere arts te kunnen raadplegen. De wens van deze patiënten werd telkens overgemaakt aan de betrokken arts en diens collegae.

3.2.3. Recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Geen meldingen in 2018

3.2.4. Recht op informatie over de gezondheidstoestand

Het aantal klachten m.b.t. het recht op informatie over de gezondheidstoestand blijft ongeveer hetzelfde t.o.v. 2017.

2 patiënten waren van mening dat een verkeerde diagnose werd gesteld door de arts. De betrokken artsen werden gevraagd de klacht en het dossier over te maken aan de BA verzekering voor verder onderzoek.

4 patiënten / families van patiënten kregen van de arts of verpleegafdeling onvoldoende informatie om een beeld te kunnen scheppen over de gezondheidstoestand van de patiënt en welke onderzoeken, behandelingen,.. de patiënt nog te wachten stond.

3.2.5. Recht op toestemming over de behandeling

2 patiënten betwistten hun factuur gezien zij van mening waren niet voldoende te zijn ingelicht over de soorten behandelingen en kostprijs van de behandeling, die niet terugbetaald werd door de mutualiteit. Beide klachten gingen over dezelfde arts. Beide patiënten tekenden echter wel het informed consent, dat zij na het ontvangen van de factuur ook hebben betwist.

De arts werd na deze klachten gevraagd meer aandacht te besteden aan het correct en volledig meedelen van de (soorten) behandeling(en) en de kostprijs die hier aan gekoppeld is. Er werd aan de arts een lijst bezorgd met prijzen van enkele materialen die niet door de mutualiteit worden terugbetaald en waarvan de patiënt dus op voorhand moet worden ingelicht alvorens hij of zij toestemt met de behandeling.

3.2.6. Recht op inzage of afschrift van een patiëntendossier

Via de ombudsdienst werden voor 2018 minder aanvragen verwerkt voor het ontvangen van een afschrift van een patiëntendossier. Patiënten worden vaak door verschillende diensten rechtstreeks doorverwezen naar het medisch archief, die deze aanvragen verwerkt.

3.2.7. Recht op klachtenbemiddeling

Hieronder vallen alle meldingen die niet rechtstreeks kunnen gekoppeld worden aan een patiëntenrecht, zoals bijvoorbeeld het verdwijnen van een hoorapparaat of gebitstuk, schade die werd toegebracht aan de persoonlijke spullen van patiënten, internet dat niet naar behoren werkt of enkele aandachtspunten die patiënten oplijsten na hun verblijf.

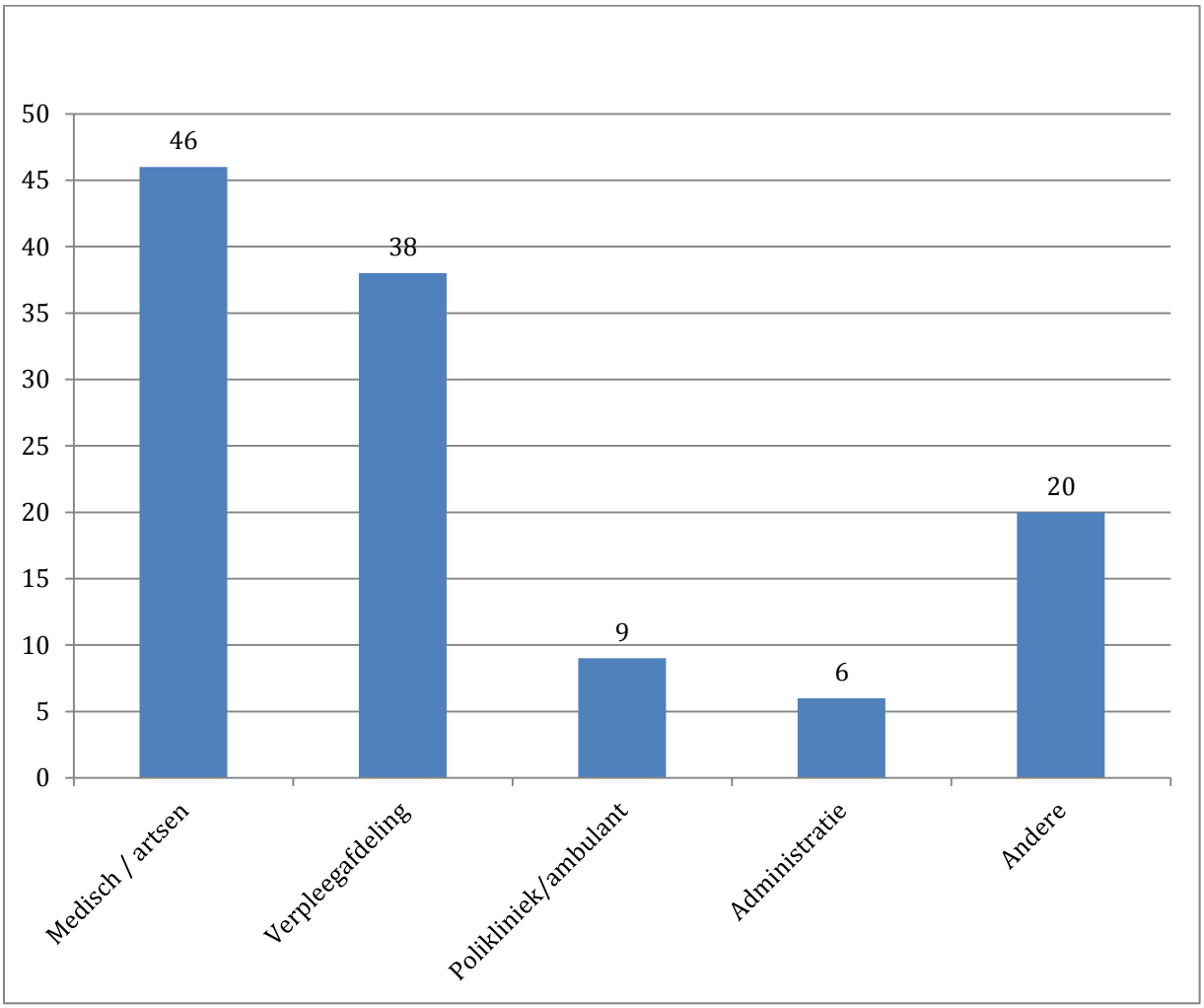
Aan elke melding werd gevolg gegeven in de vorm van :

- Aangifte BA verzekering ziekenhuis bij schadegeval
- Onderzoek bij defecten door interne ziekenhuisdiensten
- Terugbetaling van het door de patiënt betaalde bedrag indien het defect of de fout werd vastgesteld
- Formuleren van aandachtspunten t.a.v. de directie (verpleging) om deze te bespreken op teamvergaderingen.

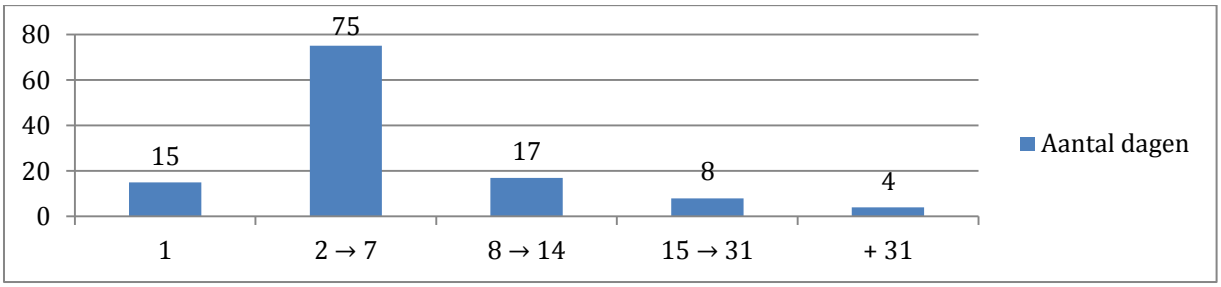
3.2.8. Recht op aangepaste pijnbestrijding

Geen meldingen in 2018

3.3. Inhoud van de klachten 2018

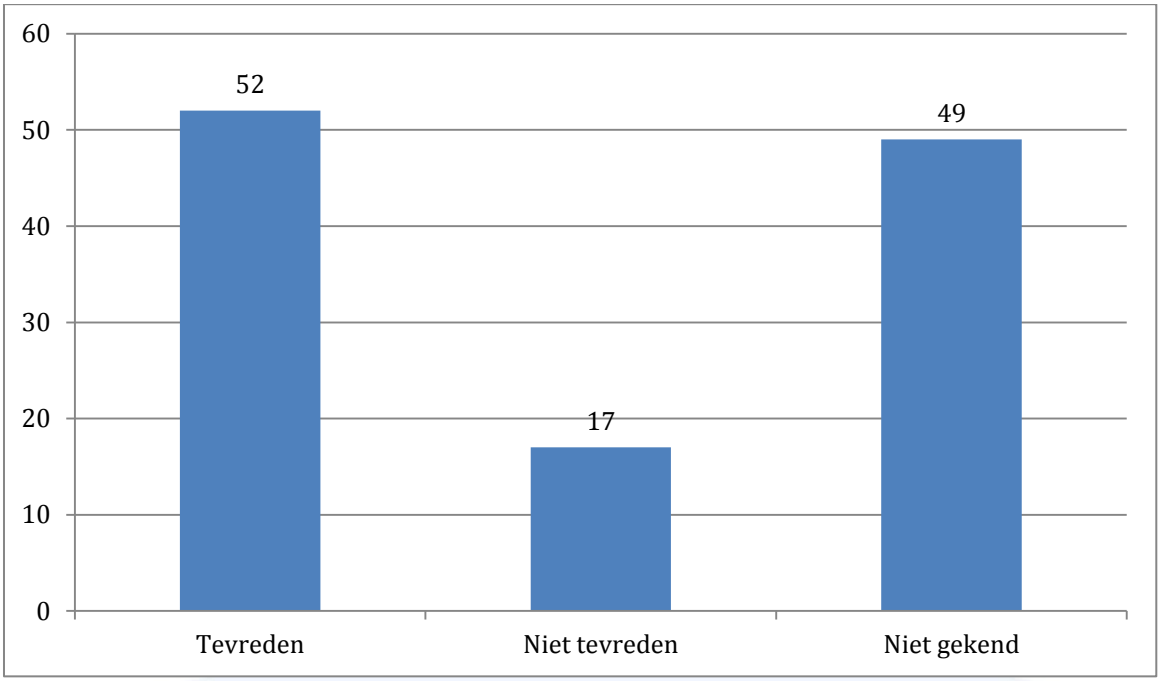


3.4. Doorlooptijd van de klachten 2018



Het grootste deel van de klachten wordt afgehandeld tussen de 2 en 14 dagen.
Patiënten of familie van patiënten die de klacht uiten verwachten steeds meer dat er zo snel mogelijk gevolg gegeven wordt aan de klacht.
Klachten die een langere doorlooptijd kennen zijn vaak klachtendossiers waar patiënten of familie van patiënten blijvend vragen over hebben en feedback of informatie blijven betwisten. Deze worden uiteindelijk naar externe diensten doorverwezen (zoals de dienst ledenverdediging van de mutualiteit, enz.). Andere klachten die hier onder vallen, zijn bv. klachten die werden omgezet in verzekeringsdossiers en waarvan de patiënt niet akkoord kan gaan met het meestal ongunstige antwoord van de verzekering. Nadien kloppen zij terug bij de ombudsdienst aan om hun ongenoegen te uiten.

3.5. Tevredenheid bij de klager na het afhandelen van het klachtendossier



De tevredenheid van een patiënt of de familie van een patiënt wordt vaak afgeleid uit het laatste contact. Sommige klagers geven duidelijk aan dat zij goed werden geholpen en tevreden zijn over de dienstverlening. Uit andere antwoorden kan dan weer makkelijk worden afgeleid dat er nog steeds ontevredenheid heerst.

Het grootste deel van de klagers geeft aan tevreden te zijn over de klachtenbehandeling.
Niet alle klagers nemen na het afhandelen van de klacht nog contact op, waardoor niet kan vastgesteld worden of zij al dan niet tevreden zijn over de dienstverlening.

4. Gevolgen die worden gegeven aan de klachten

4.1. Klachtencommissie

3 keer per jaar komt de klachtencommissie samen, bestaande uit de ombudsvrouw, algemeen directeur, directeur verpleging, directeur administratie en financiën, hoofdarts, hoofdapotheker en kwaliteitscoördinator. In deze commissie worden terugkerende klachten of structurele problemen besproken.
Een terugkerend of structureel probleem dat tijdens de vergaderingen in 2018 telkenmale aan bod kwam, was het gebrek aan een empathische bejegening van zorgverleners op sommige afdelingen en de communicatie die hierdoor stroef verliep. Hierdoor waren patiënten of familie van patiënten vaak de mening toegedaan dat zij geen kwaliteitsvolle dienstverlening ontvingen.
Naar aanleiding van deze problematiek werd er in 2018 beslist een interne vorming te organiseren m.b.t. een correcte bejegening van patiënten en familie van patiënten. In deze vorming, die in 2019 zal worden georganiseerd, zullen enkele geanonimiseerde casussen aan bod komen die de ombudsdienst gedurende 2018 heeft behandeld. Op deze manier kunnen er accurate en reële voorbeelden worden voorgelegd aan de medewerkers en zullen zij geïnformeerd worden over hoe er het best met een bepaalde situatie wordt omgegaan.

4.2. Werkpunten en advies aan de betrokken afdeling(en)

Het gebeurt dat na het afhandelen van een klacht bepaalde werkpunten worden overgemaakt aan het diensthoofd van de betrokken afdeling of aan het betrokken departementshoofd. Het is de bedoeling dat het team deze werkpunten bespreekt op de eerstvolgende teamvergadering, zodat elke zorgverlener de nodig aandacht hieraan kan schenken en er zo mee voor probeert te zorgen dat een bepaalde situatie in de toekomst minder kans krijgt zich te uiten tot een klacht.
Het departementshoofd wordt meestal in kennis gesteld van deze werkpunten zodat dit ook door hem of haar verder kan opgevolgd worden.

5. Conclusie

Patiënten en familie van patiënten weten de ombudsdienst makkelijker te bereiken om een klacht of probleem te uiten. Vaak gebeurt het uiten van deze klachten op een ongenuanceerde manier en hebben zij hoge verwachtingen die niet altijd kunnen ingelost worden. Dit maakt de klachtenbehandeling niet altijd makkelijk.

Wanneer aan patiënten of familie van patiënten wordt gevraagd wat de verwachtingen zijn met het indienen van de klacht, blijkt dit vooral het geven van een signaal te zijn.
Daarnaast willen ze ook dat de betrokken beroepsbeoefenaar of zorgverlener zijn of haar verkeerd handelen erkent en hiervoor excuses aanbiedt aan de patiënt. Op deze manier krijgt de patiënt het gevoel dat hij “gelijk heeft”. In vele gevallen zijn deze excuses voor de patiënt voldoende om de klacht af te sluiten.
Daarnaast betwisten patiënten ook vaker en sneller hun factuur en verwachten zij dat bepaalde kosten worden geschrapt of worden terugbetaald.

Uiteraard kan de ombudsdienst deze verwachtingen niet altijd inlossen. Hieromtrent wordt dan ook duidelijke feedback aan de patiënt of de familie van de patiënt overgemaakt. Vaak eindigt dit in nog meer ongenoegen, in andere gevallen leggen patiënten zich neer bij het standpunt en bedanken zij alsnog voor de stappen die werden ondernomen.

Binnen AZ Oudenaarde streven we er naar om op een constructieve manier om te gaan met een klacht. Bij het bespreken van een klacht is het zeker niet de bedoeling om medewerkers met de vinger te wijzen of te sanctioneren. Het is wel de bedoeling om kritisch na te denken over wat er zich heeft voorgedaan en stil te staan bij bepaalde zaken die kunnen aangepast worden zodoende een bepaalde situatie zich in de toekomst niet meer kan voordoen. Op die manier kunnen we ook leren uit klachten.
Een klacht hoeft dus niet altijd negatief te zijn.

Met het indienen van een klacht, dragen de patiënten bij tot de verbetering van de werking van onze ziekenhuisdiensten!

Het jaarverslag van de ombudsdienst –activiteiten 2018

Dit jaarverslag geeft een overzicht van de klachten die in de loop van het jaar 2018 bij de ombudsdienst werden ingediend.

We zien dat er jaar na jaar meer en meer mensen de weg vinden naar de ombudsdienst. In de loop van 2017 werden er 1.329 klachtendossiers ingediend. In 2016 waren dat er 1.011, in 2015 waren er 850 klachten te behandelen, in 2014 werden er 844 klachtendossiers ingediend en in 2013 waren dat er 653 klachtendossiers.

In 2018 werden er **3.364** klachten ingediend bij de ombudsdienst. Hierbij worden, zoals dat ook de vorige jaren het geval was, de klachten meegeteld die geen verband houden met de wet rechten van de patiënt.

De klachtendossiers kunnen als volgt worden ingedeeld: **220** klachten mbt. de wet rechten van de patiënt en **3.145** dossiers mbt. de administratieve werking of de organisatie van de instelling, meer bepaald **81** dossiers ivm. de organisatie en **3.064** dossiers mbt. de facturatie. Ter vergelijking: in 2017 werden er 1.074 klachten ingediend mbt. de administratieve werking en de facturatie.

Hieronder bekijken we uitgesplitst per campus de volgende zaken: aantal klachten, wijze en tijdstip van indienen van de klacht, soort opname en wie de klacht heeft ingediend. We bekijken hierbij de klachten mbt de wet rechten van de patiënt en de klachten mbt de organisatie. De klachten mbt de facturatie **3.064** in totaal worden hier buiten beschouwing gelaten. De meeste klachten die betrekking hebben op de facturatie worden door de mutualiteit en op schriftelijke wijze ingediend. De laatste tijd gebeurt dit praktisch nog uitsluitend per e-mail waarbij de mutualiteit in één enkele e-mail een aantal aanrekeningen (gemiddeld tien) betwist.

Indeling van de klachten per campus

Vooreerst zijn we gaan kijken hoeveel klachten er per campus werden ingediend.

CA	237 klachten
CG	54 klachten
CW	10 klachten

We zien dat de meeste klachten betrekking hebben op campus Aalst.

Het aantal klachten kan als volgt worden uitgesplitst:

CA :171 klachten mbt rechten van de patiënt en 66 klachten mbt de organisatie

CG :44 klachten mbt rechten van de patiënt en 10 klachten mbt de organisatie.

CW : 5 klachten mbt rechten van de patiënt en 5 klachten mbt de organisatie.

Indeling van de klachten naar de wijze van indienen van de klacht

Vervolgens zijn wij gaan kijken op welke manier de klacht tot bij de ombudsdienst komt. De klager kan kiezen op welke manier hij zijn klacht indient: schriftelijk, telefonisch of mondeling. Dat de klager

zijn klacht kan uiten op de manier die hij verkiest heeft als doel om de drempel om zich tot de ombudsdienst te wenden zo laag mogelijk te houden.

	schriftelijk	mondeling	telefonisch
CA	124	50	63
CG	31	2	21
CW	8	1	1

We zien dat op de drie campi de meeste klachten schriftelijk worden ingediend. Dit was ook zo de voorgaande jaren. Daarenboven worden de laatste tijd de meeste schriftelijke klachten niet meer per brief, maar per e-mail ingediend.

Tijdstip van het indienen van de klacht

In dit verslag wordt ook nagegaan wanneer de klacht wordt ingediend: is dit op het moment dat de patiënt nog in het ziekenhuis verblijft, is dit na het ontslag uit het ziekenhuis of is dit nog later en pas na het ontvangen van de factuur.

	tijdens verblijf	na ontslag	na factuur
CA	51	180	6
CG	10	42	2
CW	0	9	1

We zien dat de meeste klachten op de drie campi worden ingediend na het ontslag van de patiënt. Hierbij mogen we niet vergeten dat er nog steeds mensen zijn die schrik hebben om een klacht te uiten op het moment dat ze nog gehospitaliseerd zijn en dit uit vrees van de reactie van de persoon tegen wie de klacht is gericht. Het gebeurt zelfs dat de klacht wordt ingediend tijdens de opname, maar er expliciet gevraagd wordt om de klacht pas te willen onderzoeken na het ontslag van de patiënt. Dit is spijtig want het gaat soms om een misverstand of een miscommunicatie die snel en eenvoudig kan worden opgelost. Het is logisch dat hoe meer tijd er verloopt tussen het feit waarover de klacht wordt ingediend en het onderzoeken van de klacht de kans om de ware toedracht te achterhalen steeds kleiner wordt.

Soort van opname

We zijn ook gaan kijken op welke soort verzorging/opname de klacht betrekking heeft: gaat het om een ambulante verzorging, een dagopname of een verblijvende patiënt.

	ambulant	dagopname	verblijf
CA	105	23	109
CG	30	2	22
CW	6	3	1

De indiener van de klacht

We zijn ook gaan kijken wie de klacht heeft ingediend: is het de patiënt zelf, een familielid of de mutualiteit.

	patiënt	familie	mutualiteit
CA	121	115	1
CG	27	26	1
CW	6	4	0

We zien dat de meeste klachten door de patiënt en /of een familielid worden ingediend. In uitzonderlijke gevallen wordt de klacht door de mutualiteit ingediend. Dit in tegenstelling tot de klachten mbt de facturatie waar het merendeel van de klachten door de mutualiteit wordt ingediend.

Indeling van de klachten naar de aard van de klacht

Wanneer we de klachten gaan indelen naar de aard van de klacht, kunnen we deze onderverdelen in twee grote groepen.

1.Klachten op basis van de “wet betreffende de rechten van de patiënt”

2.Klachten over de administratieve werking of de organisatie van de instelling.

I.Klachten op basis van de “wet betreffende de rechten van de patiënt”.

Er werden in totaal over de drie campi 220 klachtendossiers ingediend mbt de “wet rechten van de patiënt. Uitgesplitst per campus geeft dit het volgende resultaat:

CA	171
CG	44
CW	5

A)Klachten mbt het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

Deze klachten hebben betrekking op de verzorging /bejegening door de zorgverleners.

Totaal: 201 klachten

CA	155
CG	41
CW	5

B)Klachten mbt het recht op de vrije keuze van beroepsbeoefenaar

Totaal: 1 klacht

CA	1
CG	0
CW	0

C)Klachten mbt het recht op informatie

Totaal: 14 klachten

CA	11
CG	3
CW	0

D)Klachten ivm het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Totaal: 4 klachten

CA	4
CG	0
CW	0

II. Klachten over de administratieve werking of de organisatie van de instelling.

Gezien er in totaal 3.364 klachtendossiers werden ingediend en er hiervan 220 betrekking hebben op de wet betreffende de rechten van de patiënt, betekent dit dat het overgrote deel van de klachten betrekking heeft op de administratieve werking of de organisatie. Het gaat hier in totaal om 3.145 klachten. Deze klachten kunnen we indelen in twee grote groepen: klachten ivm. de facturatie en andere. Het merendeel van deze klachten heeft op de drie campi betrekking op de facturatie, nl in totaal gaat dit over **3.064 klachtendossiers.**

Daarnaast zijn er nog klachten die betrekking hebben op de maaltijden, wachttijden, bejegening secretariaatsmedewerkers enz. Dit gaat in totaal om **81 klachten**.

accommodatie kamer	CA	10
	CG	0
	CW	0
wachttijd inschrijvingen	CA	4
	CG	3
	CW	0
privacy inschrijvingen	CA	1
	CG	0
	CW	0
tijdstip opname	CA	1
	CG	0
	cw	0
te vroeg ontslagen	CA	2
	CG	0
	CW	0
ingreep niet doorgegaan	CA	3
	CG	0
	CW	0
wachttijd OK	CA	4
	CG	0
	CW	0
consultatie afgebeld	CA	3
	CG	0
	CW	0
bekomen attest	CA	4
	CG	0
	CW	2
tel bereikbaarheid secr	CA	2
	CG	0
	CW	0
bejegening secr	CA	5
	CG	1
	CW	0
bejegening onthaal	CA	4
	CG	3

	CW	0
transfer zonder info familie	CA	1
	CG	0
	CW	0
tijdstip transfert	CA	1
	CG	0
	CW	0
factuur ziekenvervoer	CA	2
	CG	1
	CW	1
pas kwijt	CA	1
	CG	0
	CW	0
sluiting cafetaria	CA	5
	CG	0
	CW	0
medicatie	CA	2
	CG	0
	CW	0
geen familie op spoed	CA	2
	CG	1
	CW	0
wachttijd consultatie	CA	2
	CG	0
	CW	0
wachttijd spoed	CA	1
	CG	1
	CW	0
thuismedicatie kwijt	CA	2
	CG	0
	CW	0
maaltijden	CA	1
	CG	0
	CW	0

werking slaaplabo	CA	1
	CG	0
	CW	0
parking	CA	2
	CG	0
	CW	0
niet bij kind tot narcose	CA	0
	CG	0
	CW	2

Afschriften patiëntendossiers

Daarnaast werden er in 2018 door de ombudsdienst 133 aanvragen ontvangen voor het bekomen van een afschrift van het patiëntendossier (geheel of gedeeltelijk). Het betreft hier geen klachten.De ombudsdienst speelt hierbij een coördinerende rol waarbij het afschrift wordt opgevraagd en de communicatie naar de patiënt wordt verzorgd.

Aanbevelingen

Het merendeel van de klachten is het gevolg van geen-of gebrekkige communicatie. Heel wat klachten zijn te voorkomen, zo niet eenvoudig op te lossen, door een duidelijke communicatie en dit ivm alle aspecten van de zorg. Dus niet alleen informatie ivm de behandeling, maar zeker dient de patiënt ook duidelijk geïnformeerd te worden over de kostprijs. Dit blijkt uit het aantal klachten ivm de facturen waarmee de ombudsdienst wordt overspoeld. De communicatie dient zeker ook verder te gebeuren op het moment dat er zich een complicatie voordoet. We zien dat de communicatie dan soms vermindert of wegvalt wat door de patiënt en /of zijn familie wordt geïnterpreteerd alsdat er een medische fout is gebeurd.

Een open- eerlijke- en duidelijke communicatie is cruciaal.

Daarnaast dient ook de nodige aandacht besteed te worden aan de bejegening. Men dient steeds voor ogen te houden dat men een patiënt dient te behandelen op de manier waarop men zelf zou willen behandeld worden.

Ann Hoviele

Ombudspersoon

AZ JAN PORTAELS
Algemeen Ziekenhuis Vilvoorde

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2018

AZ JAN PORTAELS – VILVOORDE

SOFIE PEUMANS-OMBUDSVROUW

Bemiddelingsboek - 1435

1. Inleiding

Dit verslag bevat de gegevens van het werkjaar 2018 (01/01-31/12) van de ombudsdienst van het AZ Jan Portaels Ziekenhuis te Vilvoorde.

Op basis van de ontvangen informatie van onze beroepsvereniging VVOVAZ, na overleg met de Vlaamse ombudsman, werd beslist om een beknopt verslag te maken.

Naast de instellingsgebonden informatie, worden er in dit verslag algemene cijfers weergegeven over het aantal en het soort dossiers dat werd geopend op de ombudsdienst tijdens het werkjaar 2018.

Daarnaast, in tegenstelling tot de rapporteringen aan de Federale Overheid in het verleden, wordt er ook nadruk gelegd op de verzoeningspogingen en de betekenis van de ombudsdienst voor de klagers/patiënten/familie. Verder is er een beperkte weergave van de verwachtingen van de klager naar de ombudsdienst toe.

De wijze van werken in het AZJP Vilvoorde werd omschreven in het jaarverslag 2017 en wordt niet herhaald in dit rapport.

We eindigen met enkele aanbevelingen.

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% - vanaf 1 oktober 2018 80%
Bestraffing ombudsdienst	Ombudsvrouw 62%, secretariële ondersteuning 10% tot 30/09/18. Vanaf 1 oktober 2018 geen secretariële ondersteuning meer en 80% tewerkstelling ombudsvrouw.
Registratiesysteem	Infoland VVOVAZ
Secretariële ondersteuning	Neen, niet meer sinds 1/10/2018. Tot dat moment zeer beperkt (zie bestaffing)
Lokalisatie ombudsdienst in organogram	De ombudsdienst bevindt zich, als een onafhankelijke dienst, onder de algemene directeur
Lokalisatie bureau ombudsdienst	In de gang aan het onthaal bij de hoofdingang van het ziekenhuis. De ombudsdienst heeft aan het bureau een eigen wachtkamer. De dienst is dus vlot bereikbaar voor de patiënt en diens familie. Dit komt de laagdrempeligheid ten goede.

3. Enkele cijfers

3.1 Aantal dossiers geopend op de ombudsdienst

Tabel: absoluut aantal geregistreerde dossiers bij de ombudsdienst per jaar

2018	**410**
2017	313
2016	212
2015	226

Er werden **in 2018 410 nieuwe dossiers geopend** op de ombudsdienst.

Het betreft hier niet allemaal klachten maar ook informatieve vragen en proactieve meldingen, die al dan niet kunnen leiden tot een klacht.

Belangrijk: de ombudsdienst van het AZJP behandelt geen financiële klachten in eerste lijn. Enkel wanneer een 'puur' financiële klacht (dus zonder dat er bijkomend klachten over de geleverde zorg zijn) in eerste lijn niet afgehandeld is geraakt zal de ombudsdienst, op vraag van de klager, een dossier op de ombudsdienst openen. (Ter informatie: de Facturatiedienst van het AZJP heeft in 2018 689 financiële klachten behandeld).

In 2017 werden er reeds meer dossiers geopend op de ombudsdienst dan in 2016 (bijna 1/3 meer). In 2018 is er terug een dergelijke stijging merkbaar in vergelijking met 2017.

Het lijkt er op dat de klager de ombudsdienst steeds beter kent en ook effectief gebruik maakt van de dienst. De laagdrempeligheid en de aanwezigheid van een interne ombudsdienst zijn op dit vlak zeker troeven.

Tabel: absoluut aantal klachtendossiers, informatieve dossiers en proactieve meldingen in 2018 en 2017 (1 dossier kan tot meerdere types behoren).

	2018	2017
Klachten	**316**	231
Informatie	**93**	79
Proactieve	**44**	18
Aantal opvragen patiëntendossiers (via medisch archief- wordt niet uitgevoerd door de ombudsdienst)	**402**	273

Ook dit jaar stijgt het aantal klachtendossiers.

Bij het interpreteren van deze stijging dient er rekening te worden gehouden met het feit dat er een dertigtal klachtendossiers te maken hebben met de poging tot invoering van het PRIMUZ systeem

(elektronisch patiëntendossier) in het AZJP. Indien we deze klachtendossiers in mindering brengen (gezien dit type van klachten éénmalig is en deze zich in de toekomst niet kunnen herhalen) blijkt er nog steeds een stijging van het aantal klachtendossiers te zijn. De stijgende trend van de laatste jaren wordt dus bevestigd.

Ook het absoluut aantal geregistreerde informatiedossiers is toegenomen. Deze stijging is logisch aangezien deze dossiers sinds de helft van 2017 consequenter geregistreerd worden. Er zullen nog steeds informatiedossiers door de mazen van het 'administratienet' glippen, maar dit cijfer geeft een redelijk goede richting aan in welke aantallen men moet denken met betrekking tot dergelijke dossiers.

Het aantal proactieve dossiers is iets meer dan verdubbeld. Dit zijn dossiers waar men intern aangeeft dat er een klacht kan verwacht worden en waarbij men de klager vaker ook al heeft doorverwezen of heeft geïnformeerd over het bestaan van de ombudsdienst (wat niet hetzelfde is als dat de klager effectief een klacht neerlegt).

3.2 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. De klachtenratio wordt uitgedrukt in een percentage.

De **klachtenratio voor 2018** (alle klachtendossiers en niet enkel die betrekking hebben op de rechten) bedraagt **0,13%** (2017 =0.095%). Ook hier is dus een stijging merkbaar.

3.3 Doorlooptijd van de dossiers (registratie op de ombudsdienst - afhandeling)

Tabel: doorlooptijd klachtendossiers van het moment van registratie op de OD tot dag van afhandeling (2018)

	2018
<= 1dag	116
2-10 dagen	62
11-20 dagen	37
21-30 dagen	27
31- 60 dagen	42
61-90 dagen	16
>90	8
	8 dossiers nog niet afgesloten op het moment van opmaak jaarverslag

Het betreft hier de doorlooptijd van alle klachtendossiers geopend en gesloten in 2018 (dus exclusief informatie en proactieve dossiers).
Ongeveer 1/3 van de klachten werd in 2018 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 kan trekken en de patiënt zich nog in het ziekenhuis en/of in de zorgrelatie bevindt.
Iets meer dan 56% van de klachtendossiers werd binnen de 10 dagen afgesloten en 76,5% van de klachten wordt in 2018 afgerond binnen de maand na ontvangst op de ombudsdienst. Binnen de twee maanden werd bijna 95% van de klachtendossiers afgerond (wat we vooropstellen als maximumtermijn).

De duur van de afhandeling van een dossier zegt niets over de kwaliteit van de behandeling van dit dossier. De 'echte' bemiddelingsdossiers vergen vaak veel tijd. Het aantal deelnemers speelt hierin een rol, alsook het verloop van de pendeldiplomatie die hieraan vooraf gaat. Indien bijvoorbeeld verschillende familieleden en artsen alsook nog eens verpleegkundigen samen in een bemiddelingsgesprek terecht komen, vergt dit een hele organisatie om de agenda's op elkaar afgestemd te krijgen.

Een ander element dat ook invloed heeft gehad op de behandelingsduur in sommige dossiers, is de toenemende werklast op de ombudsdienst. In oktober 2018 werd, op vraag van de ombudsvrouw, beslist door het AZJP om de arbeidstijd van de ombudsvrouw te verruimen naar 80%.

3.4 Aantal en aandeel dossiers die betrekking hebben op de rechten van de patiënt

142 klachtendossiers hebben in 2018 betrekking op de rechten van de patiënt zoals omschreven in de wetgeving. In 2017 waren dit er 125. Ook hier zien we in absolute cijfers opnieuw een stijging. In vergelijking met het totaal aantal klachtendossiers kunnen we echter stellen dat relatief bekeken dit cijfer in vergelijking met 2017 en 2016 met ongeveer 10% gedaald is. Dit aandeel bedraagt namelijk in 2018 een kleine 45% (2017 =54%, 2016= 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

	2016	**2017**	**2018**
Kwaliteitsvolle dienstverstrekking (art. 5)	77	105	125
Recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (art.6)	0	1	0
Recht op informatie over gezondheidstoestand (art.7)	17	29	52
Recht om geïnformeerd voorafgaandelijk & vrij toe te stemmen (art.8)	4	6	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier (art 9.1)	1	2	4
Recht op inzage in dossier (art. 9.2 +9.4)	0	1	0
Recht op afschrift dossier (art.9.3)	2	5	3
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)	5	1	3
Recht op pijnbestrijding gerichte zorg (art.11 bis)	7	6	8
Recht op klachtenbehandeling (art 11)	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.

In 2018 is het opvallend dat het aantal dossiers rond het recht op informatie sterk is toegenomen. Er dient rekening mee gehouden te worden dat hieronder ook het recht op financiële informatie van de behandeling valt. Meer specifiek gaat het 32 keer om een klacht gericht naar een arts en in 12 gevallen een klacht gericht naar een verpleegkundige.

4. Waarom komt de klager naar de ombudsdienst, wat zijn de verwachtingen?

4.1 Verwachtingen

Tabel: verwachtingen van de klager bij het melden van een klacht bij de ombudsdienst in 2018 (per dossier kunnen meerdere verwachtingen aangegeven worden).

Verwachting van de klager bij aanmelding	**2018**
Signaal	188
Oplossing	118
Informatie	23
Luisterend oor	34
bemiddeling	56
Financieel akkoord	100
schadeclaim	24

Wat opvalt, is het aantal keren dat een klager een signaal wil geven. De klager wil vooral ‘gehoord’ worden (het kan echter ook een signaal dossier in combinatie met een ander type dossier zijn) en heeft soms daarnaast geen andere verwachtingen. De ombudsdienst zal achter de schermen zo goed als bijna altijd iets doen met dit signaal (soms willen patiënten dit echter niet en wil men anoniem blijven).

Het mag niet onderschat worden wat de functie van dergelijke gesprekken is. De ombudsvrouw gaat dan niet over tot pendeldiplomatie en/of ‘echte’ bemiddeling, maar het ‘luisteren’ naar wat de patiënt heeft meegemaakt en ervaren is vaak ook al helend voor de betrokkene (n). Indien men als patiënt de ervaring heeft dat men geen tijd had om te luisteren op de afdeling of tijdens een consultatie, of als de communicatie tijdens de zorgrelatie stroef liep, dan is de patiënt blijkbaar tevreden met iemand die wel de tijd kan maken om naar hem/haar te luisteren. ‘Ik moest gewoon mijn ei kwijt’ of ‘nu kan ik het loslaten’ zijn opmerkingen die ik vaker te horen krijg.

In sommige gevallen zal een signaal (of meerdere signalen over een zelfde thema) wel degelijk verandering teweeg brengen in het ziekenhuis. Deze signalen zijn ‘cadeautjes’ voor de organisatie: er kan naar geluisterd worden en waar nodig kan er iets mee gedaan worden. De stappen die de ombudsdienst hier zet, worden echter niet geregistreerd als zijnde ‘bemiddelingen’.

Naast het geven van een signaal, wil de klager een oplossing. Op regelmatige basis zal het hier gaan om de vraag naar annulering of aanpassing van de factuur, of wil men een schadeclaim starten. Oplossingen kunnen daarnaast ook zijn: informatie krijgen die men tot dan toe gemist heeft of een aangenamer contact met de zorgverstrekker op de afdeling (indien de patiënt nog aanwezig is in het ziekenhuis) of het terug vinden van verloren voorwerpen etc.

In de praktijk is het zo dat een ombudsdienst in een ziekenhuis vaak geconfronteerd wordt met klachten waar geen instant oplossing voor is. Wat gebeurd is, is gebeurd en kan niet terug gedraaid worden. In die situaties gaan we over op luisteren, pendeldiplomatie, bemiddeling en informatie. Zeker in die dossiers waar de gevolgen voor de patiënt en de familie grote impact hebben (letsel, overlijden etc.).

De cijfers in bovenstaande tabel met betrekking tot de vraag naar informatie betreffen enkel de klachtendossiers waarin men aangeeft ook een verwachting naar informatie te hebben met betrekking tot die klacht. De informatiedossiers zelf, zijn andere dossiers los van deze klachtendossiers. In 2018 werden er 93 dergelijke informatiedossiers geregistreerd. De informatietaak van de ombudsdienst staat omschreven in de wetgeving en vormt wel degelijk een belangrijk stuk van het ombudswerk en levert een positieve bijdrage voor de patiënt/familie.

De ombudsdienst voegt op dat moment iets toe voor de patiënt wat er anders niet geweest zou zijn. De stappen die de ombudsdienst zet in deze context worden echter niet meegerekend in de steekproef met betrekking tot de verzoeningspogingen (zie punt 5).

Zaken worden verhelderd, men wordt doorverwezen, er wordt een voorzet gemaakt naar een andere interne dienst, er wordt informatie over de wetgeving of ander vormen van klachtbehandeling gegeven etc.

5. Verzoeningspogingen

Zoals omschreven in de inleiding, wordt er van de lokale ombudsdienst in de toekomst verwacht te registreren hoe de tussenkomst van de ombudsdienst een bijdrage levert voor de klager en of we tot een verzoeningspoging zijn gekomen of niet.

Dergelijke verzoeningspogingen werden in 2018 echter niet standaard geregistreerd door de ombudsdienst van het AZJP, aangezien de huidige lokale registratie nog gebeurt op basis van de verwachtingen van de federale ombudsdienst.

Zoals geweten is het de Vlaamse overheid (meer bepaald de Vlaamse ombudsman) die, door de Zesde Staatshervorming, de jaarverslagen van de ombudspersonen van de ziekenhuizen en de overlegplatforms geestelijke gezondheid moet ontvangen. Daarom wijzigt de Vlaamse Regering, na verslag van het Rekenhof en advies van de Raad van State, definitief artikel 20 van het koninklijk besluit dat de normen vaststelt voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten en artikel 9 van het koninklijk besluit dat de voorwaarden vaststelt waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen.

De inhoud van en de timing waarop de verslagen moeten worden overgemaakt, werden dus zeer recent aangepast aan de werking van de Vlaamse ombudsdienst. Namelijk na de registratie van het werkjaar 2018.

Om, ondanks dit, toch een idee te hebben van het aandeel van dergelijke verzoeningspogingen i.v.m. het registratiejaar 2018, hebben we gewerkt met een steekproef van de klachtendossiers (infodossiers en andere dossiers werden niet betrokken).

Hierbij wordt onder een verzoeningspoging verstaan:

'Een verzoeningspoging is een resultaat/stap dat het ziekenhuis, de zorgverlener enz. gezet heeft en die er zonder de tussenkomst van de ombudsdienst niet zou zijn gezet geweest'. 'Niet het resultaat bepaalt of het al dan niet geregistreerd wordt als een verzoeningspoging, wel de betekenisvolle stap die gezet wordt in functie van die verzoeningspoging'.

De steekproef bestaat uit 145 klachtendossiers (=steekproef bij 46% van alle klachtendossiers).

Van dit aantal zijn er 90 dossiers waarbij het duidelijk is dat er een verzoeningspoging is.

Er van uitgaande dat dit representatief is voor alle klachtendossiers in 2018, kan er gesteld worden dat in **62%** van de klachten in 2018 de ombudsdienst van het AZJP tot **een verzoeningspoging** is gekomen.

6. Aanbevelingen

- **Mogelijkheid om bepaalde klachten als ongegrond te bestempelen**

  Van de wetgever mogen wij niet oordelen over de gegrondheid van de klachten. De ombudsdienst van AZJP stelt voor dat klachten van patiënten en/of familie die niet over inhoud gaan maar ronduit denigrerend, discriminerend, seksistisch of racistisch zijn door ons als ongegrond mogen worden bestempeld.

  Het is natuurlijk vanzelfsprekend dat de klachten van patiënten en/of familie, over dergelijk gedrag van de zorgverstrekker naar hun toe, altijd behandeld en zeer ernstig zullen worden genomen.

- **Een nieuwe (sensibilisering)campagne over de rol van een spoeddienst**

  Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je er 'spoedig' voort geholpen wordt. Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een dringend tandartsconsult. Enzoverder…

  Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdiensten krijgen hierover ook regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. Ze komen vaak met aandoeningen die eigenlijk in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of

ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden.

Binnen de ziekenhuizen is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen

- **Maatregelen om meer patiëntgerichte werktijd vrij te maken in het belang van zorgverstrekkers en patiënten dringen zich op.**

  Er is nood aan meer informatie versus nood aan tijd om te communiceren

  Een groot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen.

  Patiënten rechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt langs verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings- en verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om deze beslissingen wel overwogen te kunnen maken.

  Zorgverstrekkers botsen van hun kant op het feit dat zij bij "veel vragende patiënten" onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.

  Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail. Verpleegkundigen lopen tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten.
  Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De 'core' van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk te staan en dit veroorzaakt spanning en stress.

  Langs beide kanten van het verhaal zitten mensen die de situatie anders zouden willen zien en die vragen om meer tijd, om samen gefundeerde keuzes te kunnen maken.

Januari 2019

Sofie Peumans-Ombudsvrouw

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Sint Elisabeth Zottegem
Adres	Godveerdegemstraat 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 hoofdgebouw op de eerste verdieping
Registratiesysteem	iProva (Infoland)
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Actualisatiedatum 24 november 2016, raadpleegbaar op intranet en de website van het ziekenhuis
Vormingen i.k.v. bemiddeling	- Basis -Opleiding "bemiddelaar" van VVOVAZ in 2017 door Anouk Moors en in samenwerking met MEDIV - Tweedaagse van VVOVAZ 16-17 november 2016 "*hou je vast bemiddelaar*"
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Zorgbeleid – open disclosure (1 maart 2018) - Aansprakelijkheid van hulpverleners in de zorg voor personen met dementie (24 april 2018) - VVOVAZ – 360° Ombudsdienst (11 – 12 oktober 2018)
Werkingsterrein 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;…*	- 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.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Klachten kunnen op verschillende manieren de ombudspersoon bereiken : - Op de website is een invulformulier ter beschikking t.a.v. de ombudsdienst - 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 worden dit verder als klacht te behandelen indien de patiënt hierom vraagt. - Patiënten kunnen opmerkingen m.b.t. de kwaliteit van hun zorg melden via een invulformulier t.a.v. de cel kwaliteit. Indien ongenoegen aanleiding blijkt voor dit schrijven, wordt dit tevens bezorgd aan de ombudsdienst Het verdere traject staat beschreven op pagina 4.

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 een verpleegkundige, paramedicus,… wordt de hoofdverpleegkundige van de betrokken afdeling, de betrokken 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 optreden tijdens het gesprek.
Evolutie werking ombudsdienst
- De laagdrempeligheid van de ombudsdienst resulteert in een meer pro-actief melden door artsen en medewerkers en het opvragen van informatie - Patiënten vinden niet alleen hun weg naar de ombudsdienst voor klachten, maar ook voor het opvragen van informatie - Er is een goede samenwerking met de dienst facturatie en debiteuren waardoor de ombudsdienst de patiënten beter te woord kan staan en kan informeren.

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 meldingen	339
Aantal klachtendossiers	192
Aantal infodossiers	77
Aantal pro actieve dossiers	5
Aantal opvragingen patiëntendossier	66
Aantal 'andere'	4

Aantal klachten niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	133
Aantal klachten t.a.v. de rechten van de patiënt	59

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)*	52
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)**	0
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)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	2
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)	6

Rechten van de patiënt:

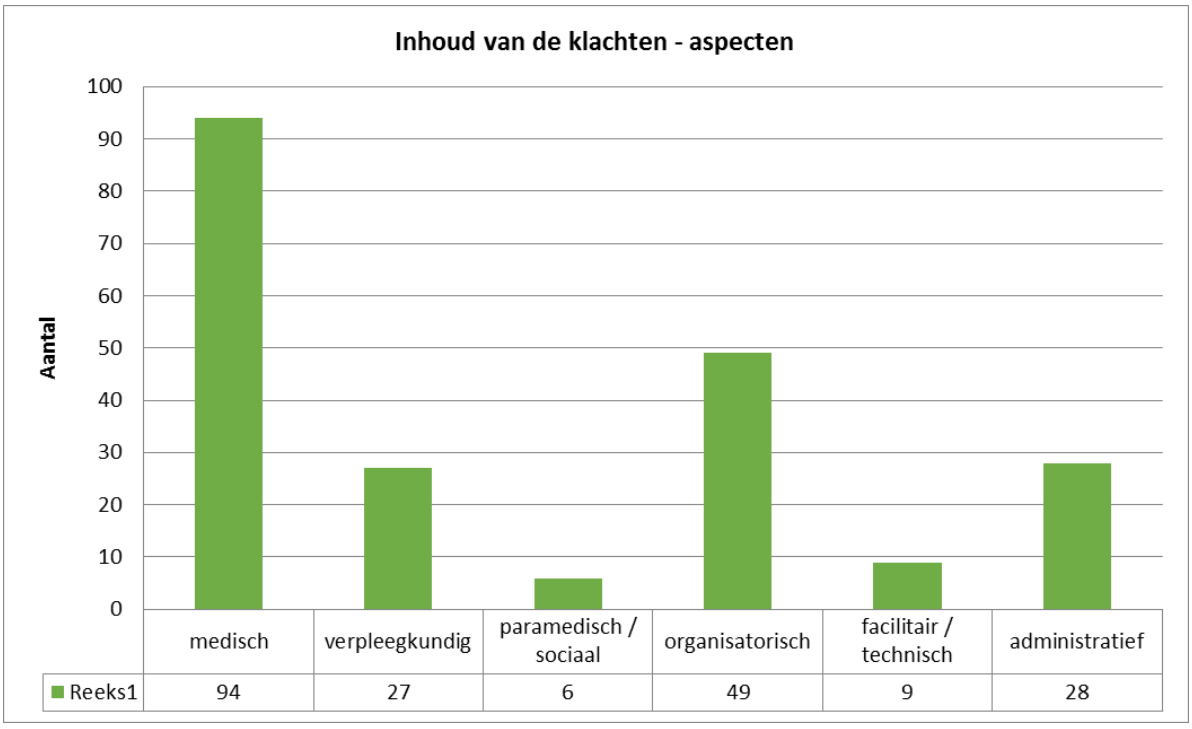
**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische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

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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.*

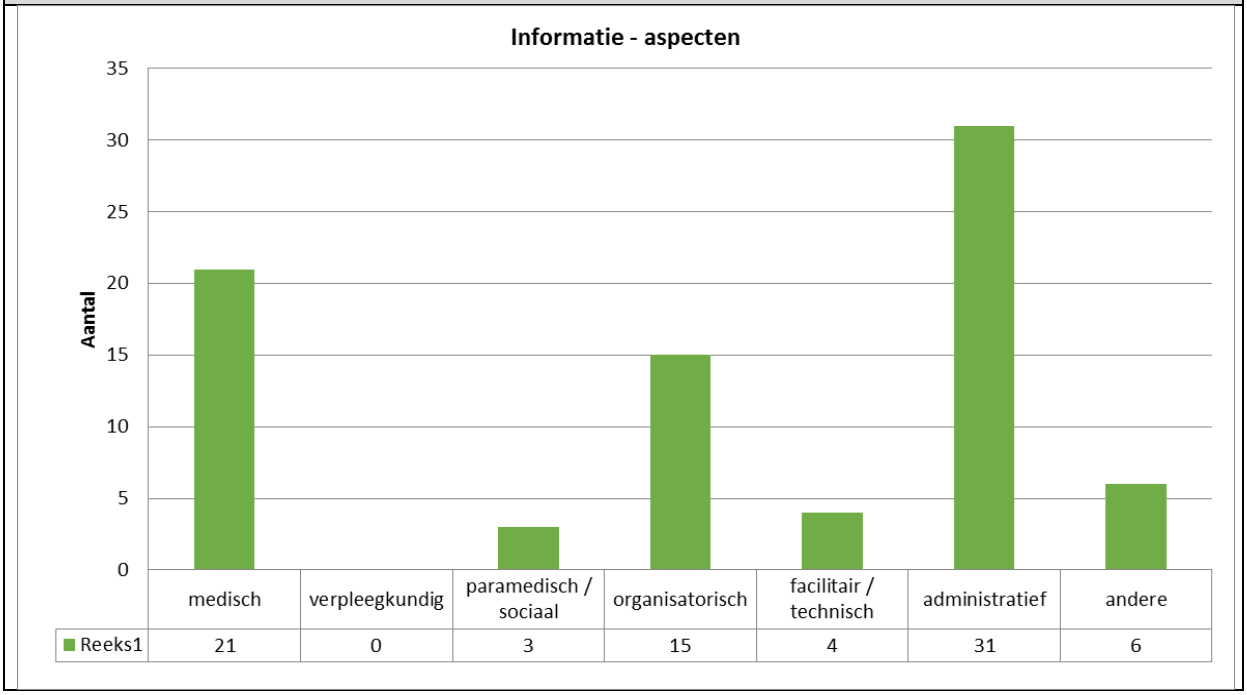
Aantal klachten	192

Inhoud van de klachten



Aantal meldingen gerelateerd aan opvragen van informatie	77

Inhoud van de gevraagde informatie



Aanbevelingen

Enkele voorbeelden:

- ✓ Parkeerplaatsen dicht bij de ingang zijn voorzien voor de minder-mobiele centrale die patiënten naar het ziekenhuis brengt en terug naar huis voert (omwille van frequent oneigenlijk gebruik ervan werd een duidelijker signalisatie aangebracht)
- ✓ Aanpakken van lawaai in de verpleegeenheden (aanbieden van oordoppen, stilte campagne,…)
- ✓ De te droge boterhammen werden besproken met de leverancier
- ✓ In het chirurgisch dagziekenhuis worden na een operatie niet enkel de pijn en temperatuur opgemeten, maar wordt nu ook de wonde nagekeken
- ✓ Alle artsen werden aangeschreven om bij een overlijden van een patiënt altijd de huisarts op de hoogte te brengen

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

Remediërende acties worden volgens noodzaak onmiddellijk genomen. Andere aanbevelingen worden besproken in de stuurgroep 'klachten' waarna beslist wordt op welke wijze en wanneer deze aanbevelingen gerealiseerd zullen worden.

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

KALENDERJAAR 2018

(Vóór 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	**1.1.2018 - 31.12.2018**

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Revalidatieziekenhuis RevArte
Adres	Drie Eikenstraat 659 – 2650 Edegem
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	236
Type (AZ, UZ, PZ,…)	Categoraal ziekenhuis
Aantal bedden	194 (142 Sp-bedden en 52 G-bedden) + 6 plaatsen geriatrisch dagziekenhuis
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)

Bemiddelingsboek - I453

Lokalisatie dienst	Gelijkvloers, gang-administratie (B-vleugel)
Registratiesysteem	Eigen systeem (Excel)
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Huishoudelijk Reglement Ombudsdienst dd. 22/11/2018. Te raadplegen via de website van het ziekenhuis of bij de ombudspersoon zelf.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	-VVOVAZ 2-daagse vorming "360° ombudsdienst" op 11 en 12/10/2018 te Antwerpen. *Hierin was het thema "Deep Democracy" (lesgever: MEDIV) een zeer nuttige en praktische tool t.b.h.v. de bemiddelingsopdracht.* -Omgaan met (verbale) agressie op 12/03/2018 gegeven in het eigen ziekenhuis door Crime Control.
Bijkomende vormingen, lezingen… in betrokken kalenderjaar	-3 x provinciaal overleg VVOVAZ prov. Antwerpen: °di. 6/03/2018 in AZ Heilige Familie te Reet °di. 5/06/2018 in AZ Mol °do. 29/11/2018 in AZ St. Jozef te Bornem
Werkingsterrein van de ombudsdienst *(klachtenbemiddeling, louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer? Ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiënten dossier); preventieve opdracht..*	-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. 22/11/2018 - 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 **1ste 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 **2de 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 kwaliteits-coördinator) 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. 22/11/2018 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 & klasseren (afgesloten dossier wordt vernietigd na opmaak jaarverslag)
Bijkomende informatie/opmerkingen:
-De ombudspersoon heeft geen moeilijkheden ervaren in het uitoefenen van de functie voor wat betreft het registratiejaar 2018.

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: **128 dossiers**; waarvan **71 gerelateerd aan de wet op de patiëntenrechten.**
Aantal infodossiers	11
Aantal verzoeningsdossiers	14
Aantal pro actieve dossiers	2
Aantal opvragingen patiëntendossier	Zie verder.
Aantal 'andere'	Van de **128** dossiers waren er **57 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)*	21
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	6
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)	17
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	30
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	1
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:*

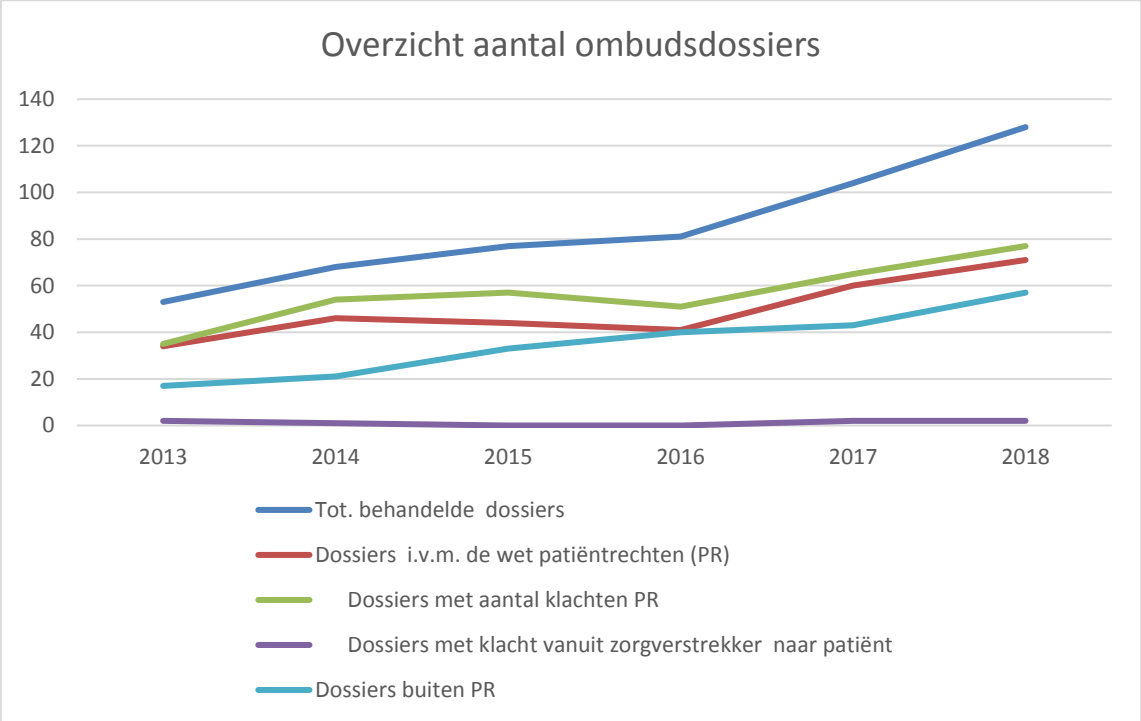
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de 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	57

Tabellen/grafieken….:

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

	2018
Behandelde dossiers	**128**
Dossiers i.v.m. de wet patiëntrechten (PR)	71
met aantal klachten PR	77
Dossiers met klacht vanuit zorgverstrekker naar patiënt	2
Dossiers buiten PR	57

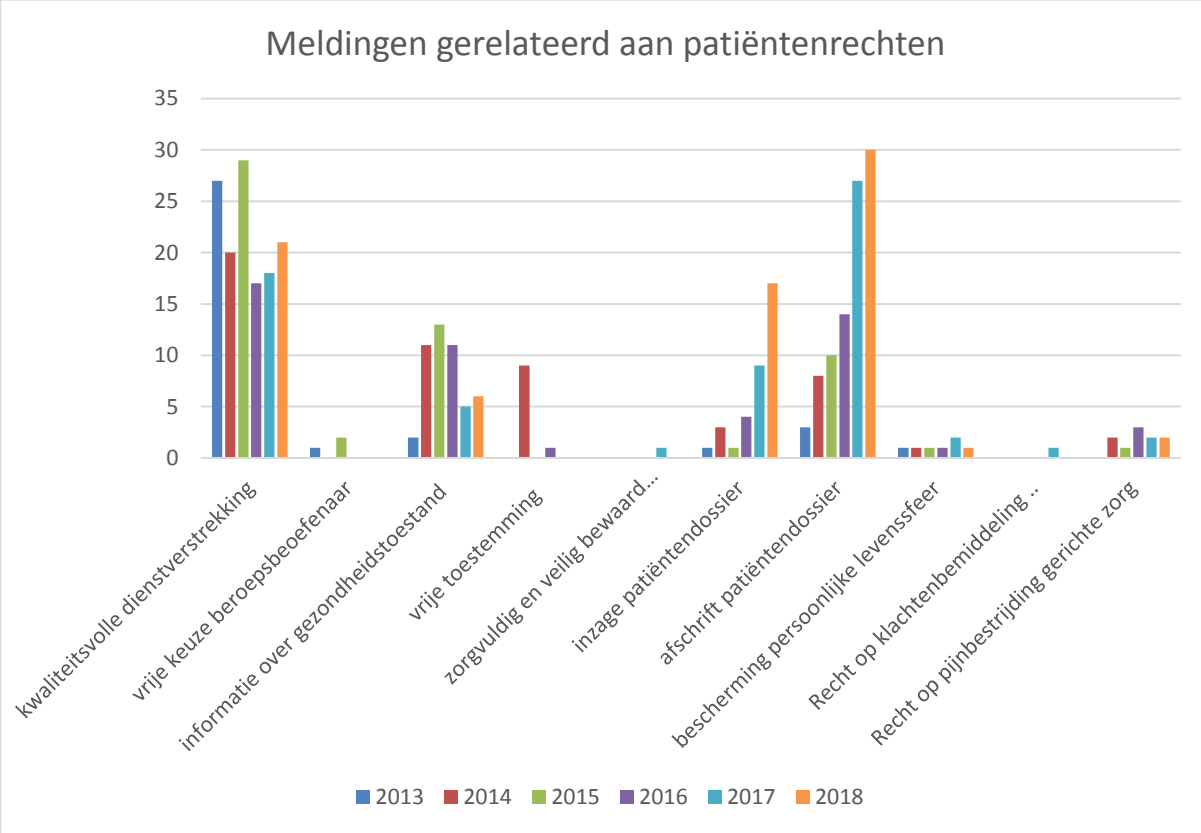


Overzicht aantal meldingen/klachten gerelateerd aan de patiëntenrechten:

	2018
kwaliteitsvolle dienstverstrekking	21
vrije keuze beroepsbeoefenaar	0
informatie over gezondheidstoestand	6
vrije toestemming	0
zorgvuldig en veilig bewaard patiëntendossier	0
inzage patiëntendossier	17
afschrift patiëntendossier	30
bescherming persoonlijke levenssfeer	1
Recht op klachtenbemiddeling ..	0
Recht op pijnbestrijding gerichte zorg	2

TOTAAL:	77

Grafiek evolutie:



Bijkomende informatie/opmerkingen:

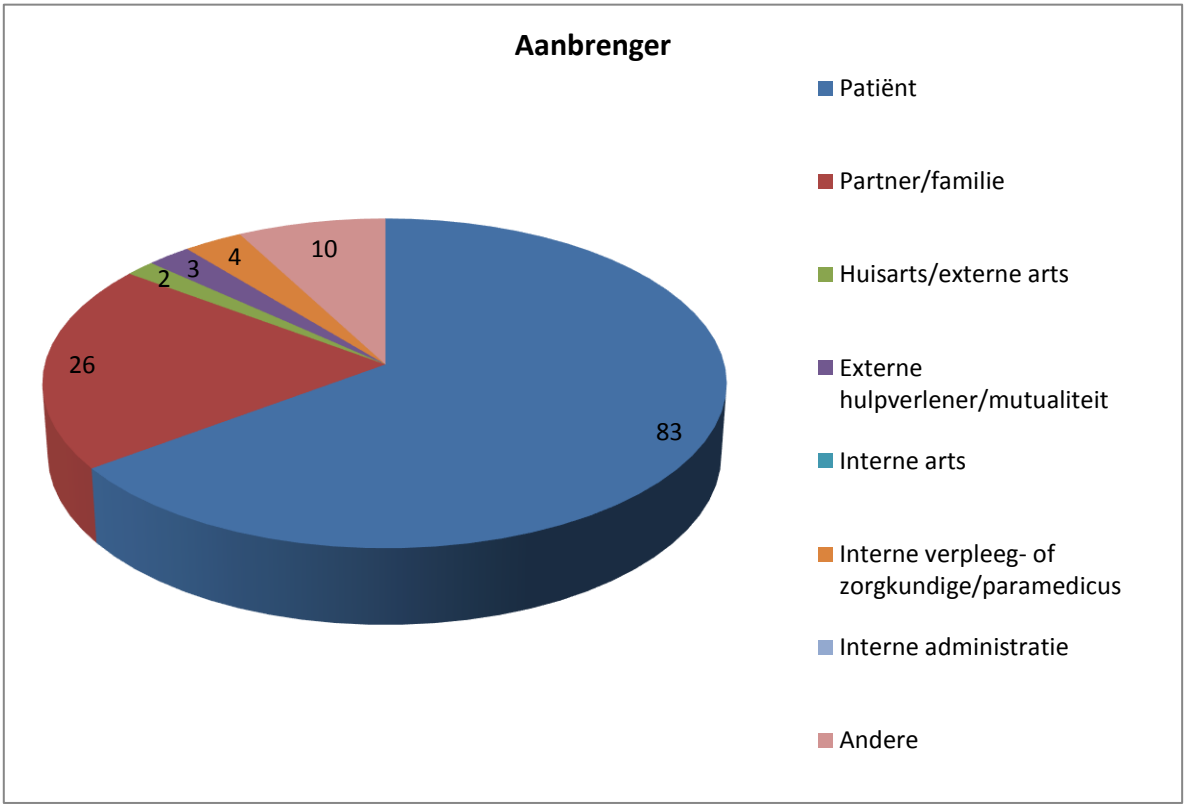
AANBRENGER 2018

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…).

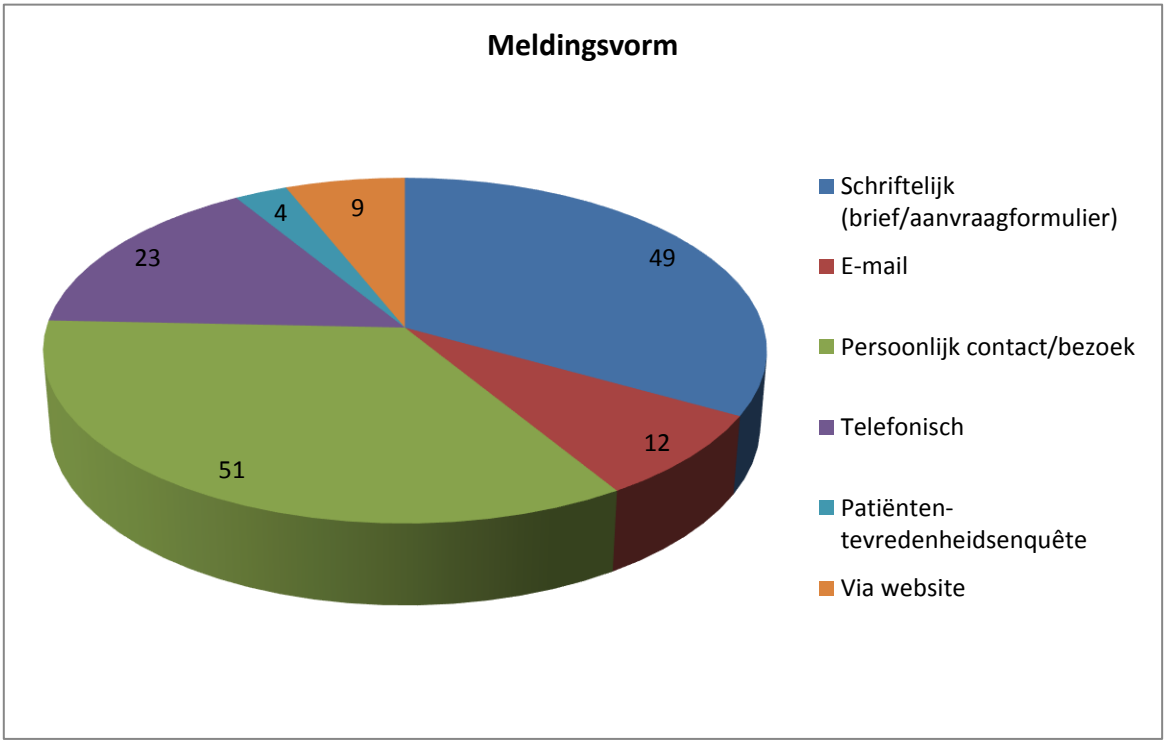
Patiënt	83
Partner/familie	26
Huisarts/externe arts	2
Externe hulpverlener/mutualiteit	3
Interne arts	0
Interne verpleegkundige/paramedicus	4
Interne administratie	0
Andere	10



WIJZE VAN AANBRENGING/MELDINGSVORM	2018

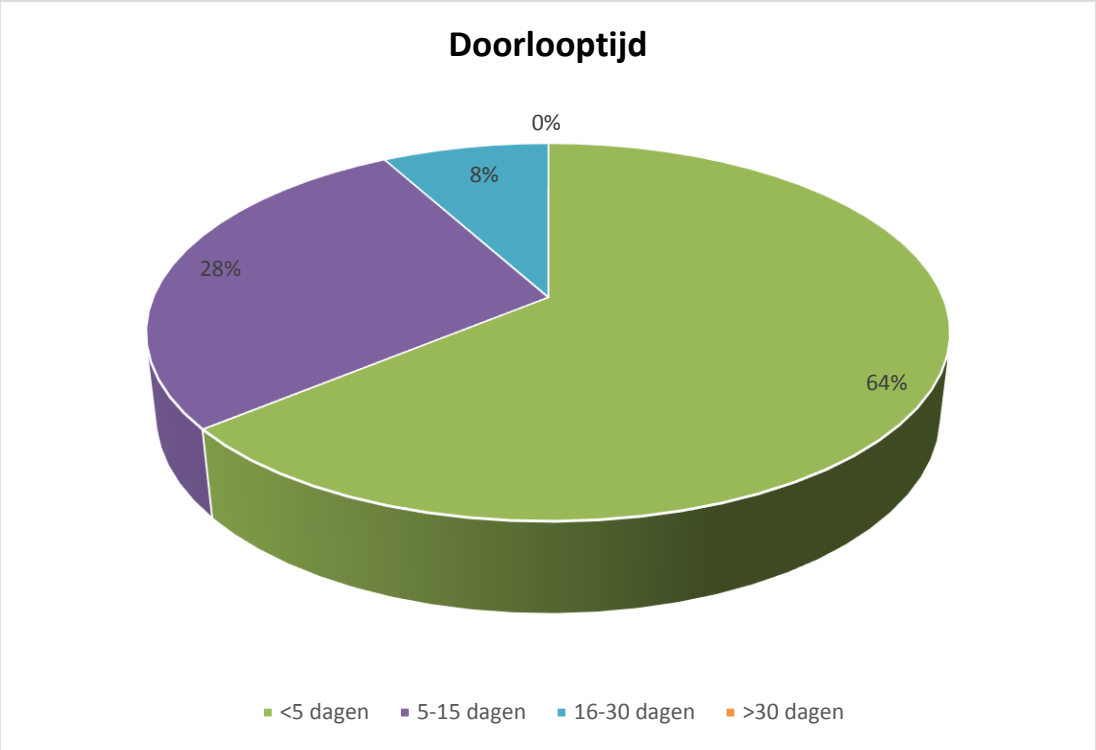
Brief	49
E-mail	12
Persoonlijk contact/bezoek	51
Telefonisch	23
Patiënten-tevredenheidsenquête	4
Via website	9

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



Bemiddelingsboek - I461

DOORLOOPTIJD	2018
<5 dagen	64 %
5-15 dagen	28 %
16-30 dagen	8 %
>30 dagen	0 %



Bemiddelingsboek - I462

Aanbevelingen
In totaal is er een duidelijke stijging wat het aantal meldingen betreft: 104 in 2017 naar **128** in **2018**. 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 dienstverstrekking (art. 5)** is van 18 in 2017 naar **21** in 2018 gegaan. Een kwaliteitsvolle dienstverlening blijft een zeer belangrijk 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 blijf ik daarom graag pleiten voor een communicatietraining waarbij het omgaan met emoties, verschillen en agressie aan bod komt en/of een training in geweldloze communicatie en/of een training waarin "open leren spreken" aan bod komt. 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 de opleidingsreeks "Omgaan met (verbale) agressie" verder gezet, in samenwerking met Crime Control NV , waarop de zorgmedewerkers konden inschrijven. Verder werd het alcoholbeleid binnen de instelling opnieuw bekeken en werden extra ID-checks met extern ambulance vervoer bij patiënten ingevoerd.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

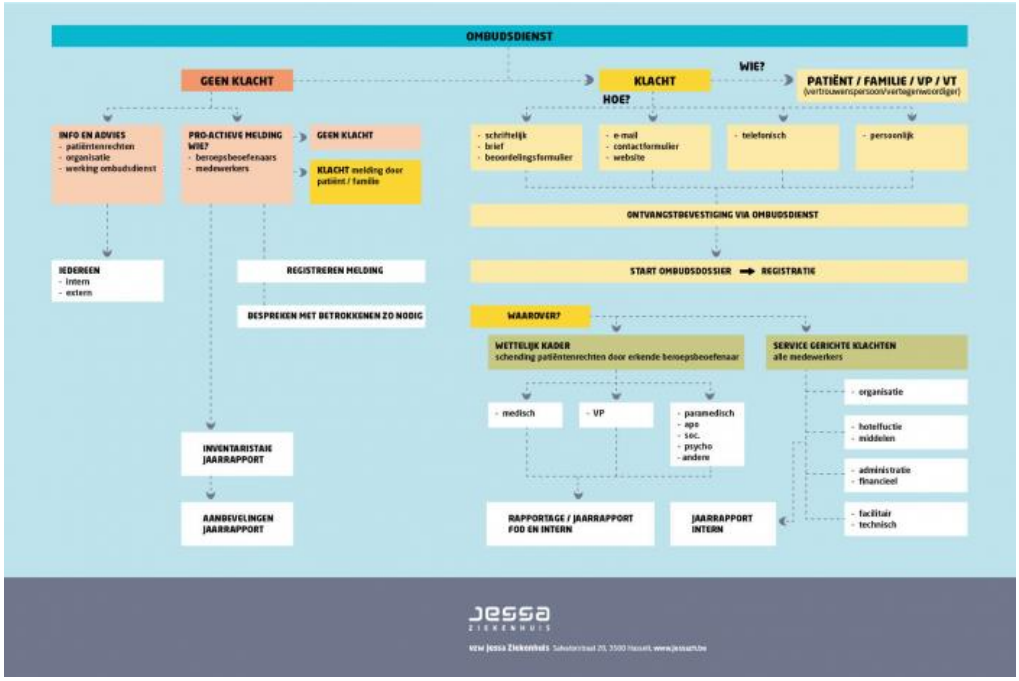
Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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** • 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(o)n(en)	Raymonda Jermei Frank Iven

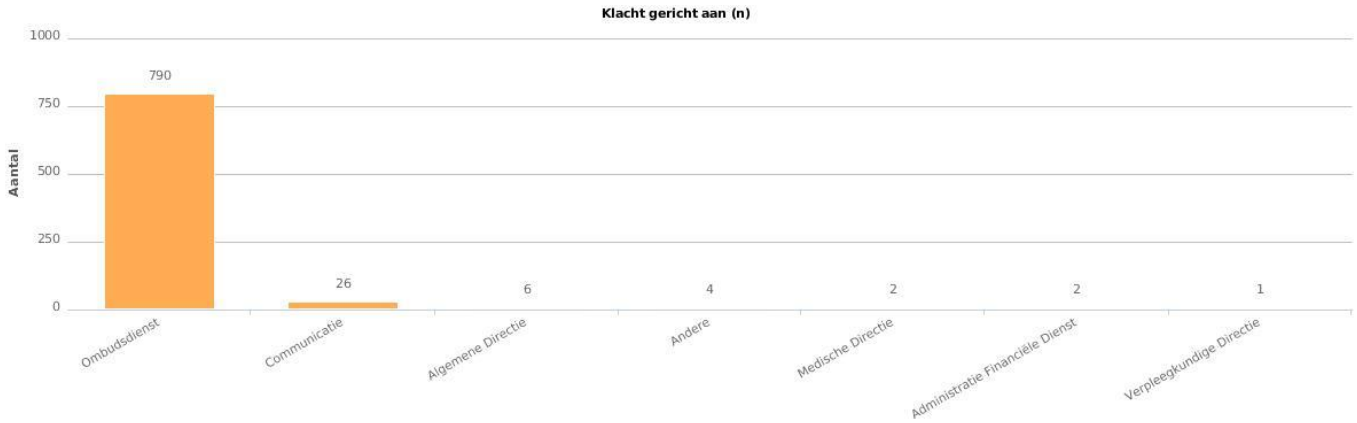
Bemiddelingsboek - 1464

Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Raymonda Jermei sinds 1 feb 2011 Frank Iven sinds 14 sept 2014
Bestaffing	2 FTE
Lokalisatie dienst	Vast bureel campus VJ inkomhal- gelijkvloers Vast bureel campus SA eerste verdiep paarse pijl Pendelbureel campus SU op afspraak en zitdag
Registratiesysteem	Adheco - Klachten app - Patient Safety Company
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	http://www.jessazh.be/patienten/ombudsdienst/huishoudelijk-reglement
Vormingen i.k.v. bemiddeling	**Raymonda Jermei:** gecertificeerd Coach-Trainer (individueel /organisatie), Bemiddeling (MEDIV) **Frank Iven:** Juridisch expert in de verpleegkunde, Bemiddeling (MEDIV)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	• VVOVAZ - Verschillende bijscholingen en update wetgeving via de beroepsvereniging • Workshop: De begrippen patiënten participatie en patiënten ervaringen – Mevr. Ulrike Pypops • Workshop: Gekonkelfoes in organisaties - Nele Vereezen en Karen Geöcze von (Marchell's journey) • **2 daagse VVOVAZ: "360 ° Ombudsdienst ":** Workshop bemiddeling Deep Democratie – Mediv Juridische vraagstukken in het ombudswerk: GDPR, vertegenwoordiging en beroepsgeheim Workshop: De Kracht van non verbale communicatie - Trainer Louis Ector • Omgaan met Ergernissen in teams -Trainer Erwin Vermesen • Intervisie: regionale ombudspersonen Limburg (4x/jaar) • Afkicken van e-mail – werken aan je veerkracht- e-learning module Jessa

Bemiddelingsboek - 1465

Werkingsterrein 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;…*	• 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/informeren 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 • … Zie ook huishoudelijk reglement en werking ombudsdienst (flowchart) http://www.jessazh.be/patienten/ombudsdienst/werking-ombudsdienst 
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.

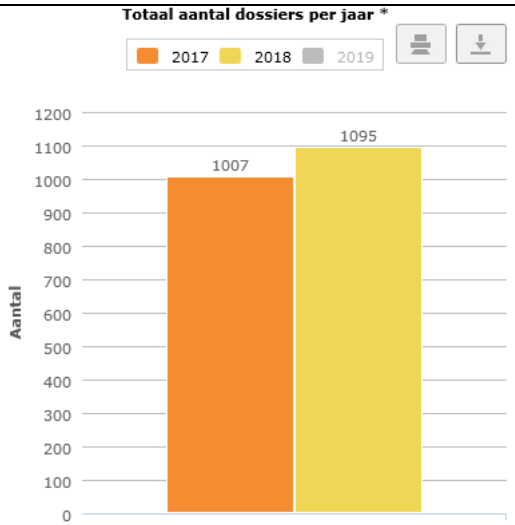
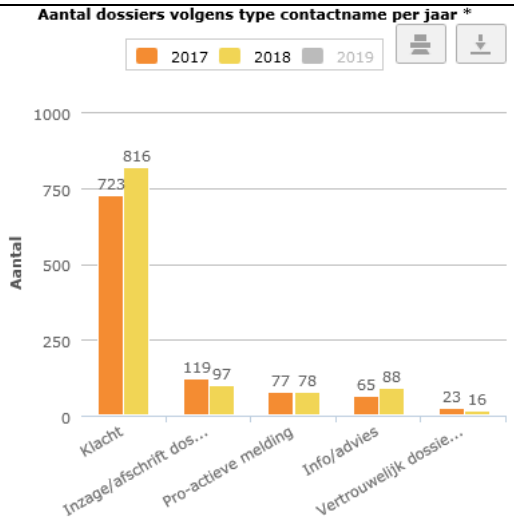
Waar (meldplaats) komt de klacht binnen in 2018:



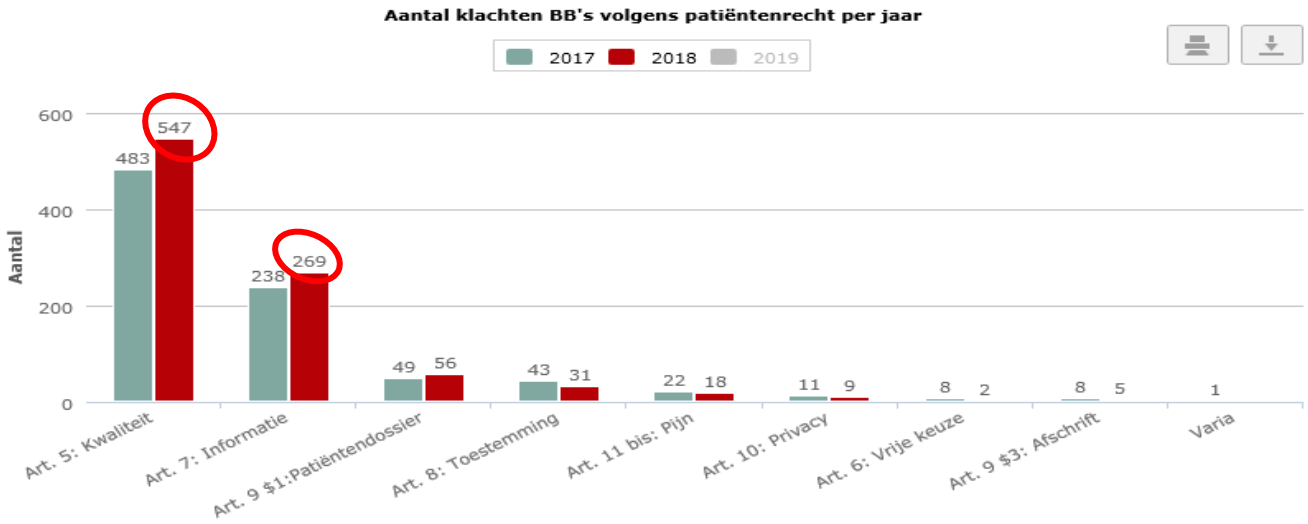
Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
• Klachtenbehandeling is een vast item en er worden KPI's meegenomen in de beleidsdoelstellingen • Klachten die aankomen bij directie, dienst communicatie en andere organisatiekanalen worden aan de ombudsdienst doorgestuurd 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. • 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;…)

- Het recht op **informatie blijft ook in 2018** licht toenemen.
- Meer factuurbetwistingen ontstaan en 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 o.w.v. **complexiteit** = moeilijkheidsgraad), **ofwel gestuurd vanuit hun mutualiteit** → hogere eigen bijdrage voor de patiënten indien éénpersoonskamerkeuze, regionaal nog geen uniformiteit tussen de instellingen/mutualiteiten…
- **Privacy wetgeving in de zorg/GDRP** 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:**
  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.	
	
2018 Aantal klachtendossiers	**816**
Aantal infodossiers	**88**
Aantal pro-actieve dossiers	**78**
Aantal opvragingen patiëntendossier	**97** patiënten via de ombudsdienst (rechtstreeks via de beroepsbeoefenaar (**BB**) afschrift in bemiddeling bekomen of wij hebben hen hierin begeleid en doorgegeven aan med archief –secretariaat patiëntenrechten voor verwerking) ***! Pure afschrift opvragingen zonder een klacht gaan via een ander circuit en worden behandeld door het secretariaat patiëntenrechten***
Aantal 'andere'	**16** Vertrouwelijke dossiers voor de ombuds (niet anoniem maar wij mogen van de melder/pat hierover niet communiceren –wel registreren-coachen-doorverwijzen **De actiepunten /aanbevelingen** nemen we uiteraard wel mee in onze rapportages (de melding wordt niet als klacht geregistreerd waardoor de cijfers niet tot uiting komen in de klachtenafhandeling).

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.



Recht op een **kwaliteitsvolle** dienstverlening (Art. 5)*	**547**
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	**2**
Recht op **informatie** over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	**269**
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	**31**
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	**0**
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	**56**
Recht op inzage/ afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	**5**
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	**9**

Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	**0**
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	**18**

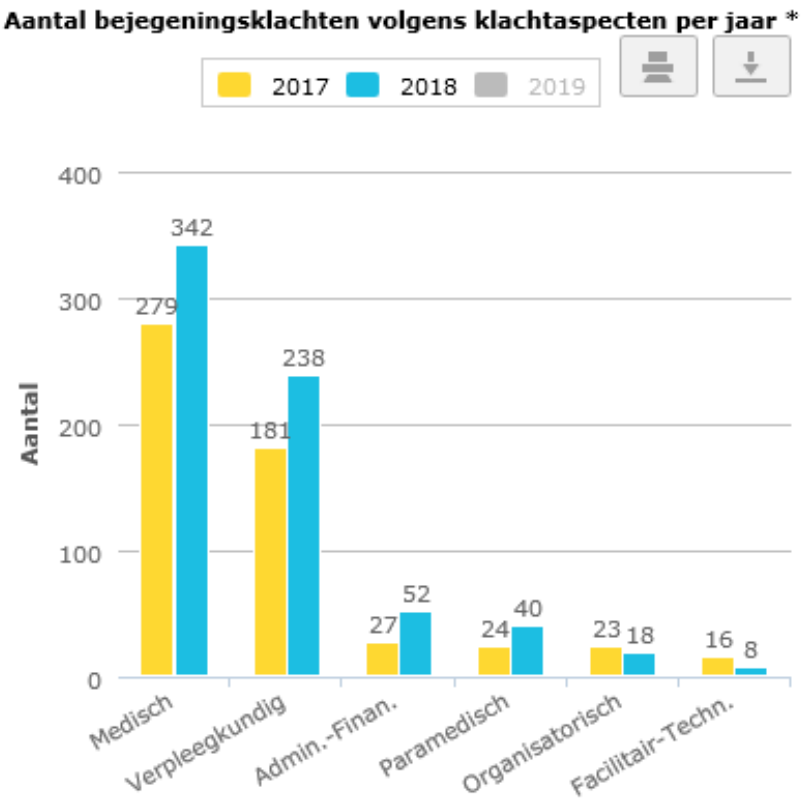
Rechten van de patiënt:

**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)).*

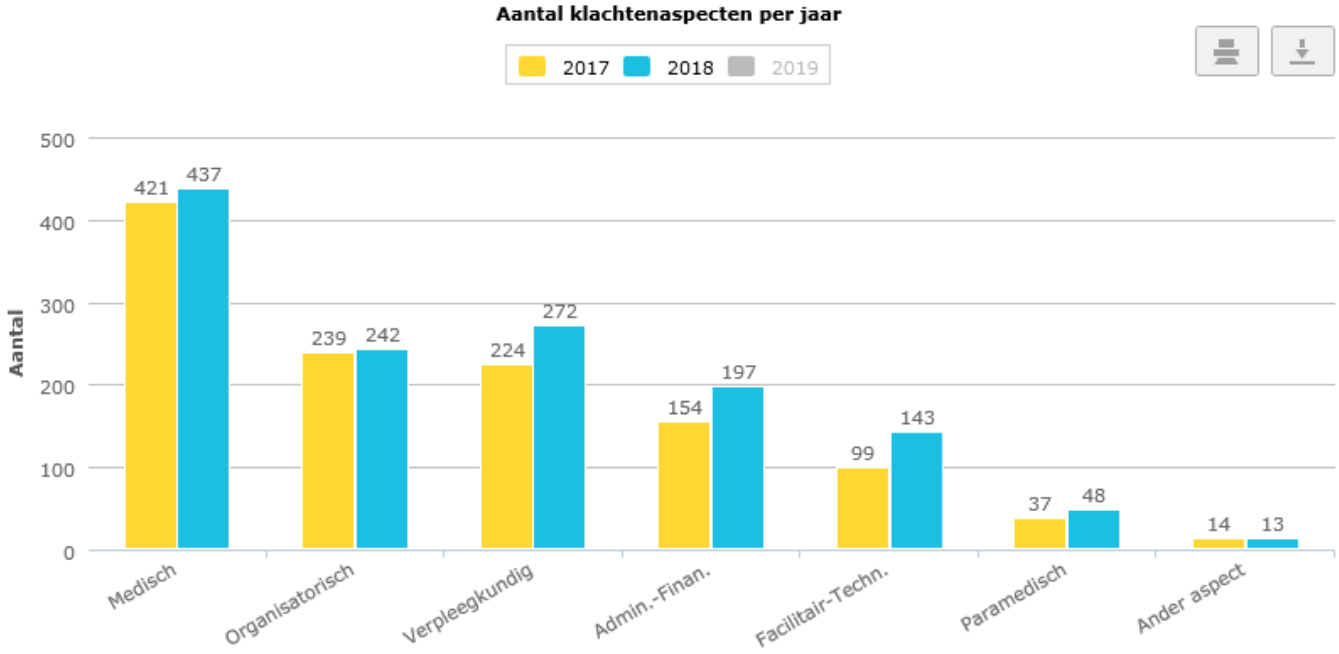
***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *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.*

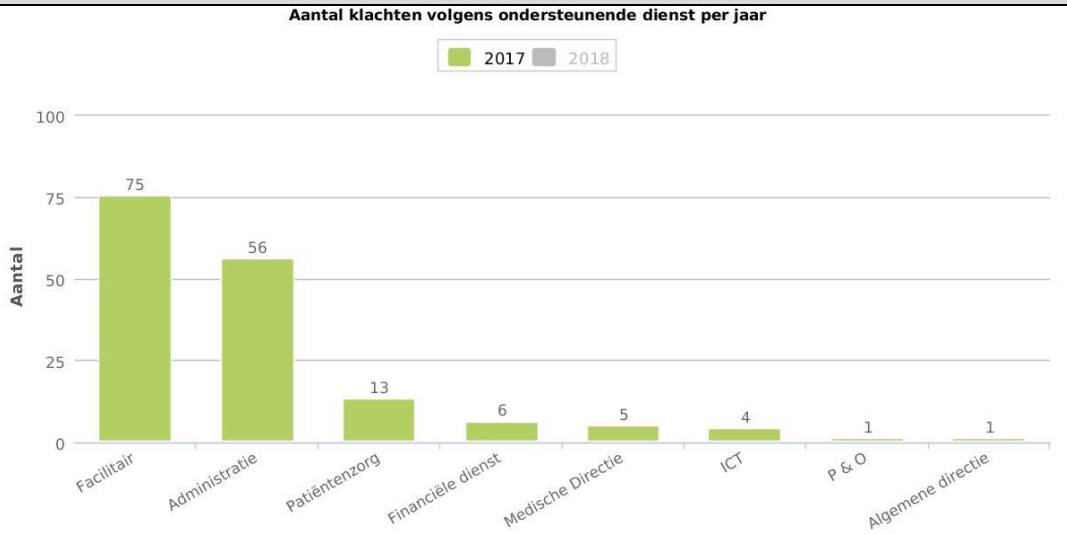
- We zien dat klachten over het **recht op informatie** elk jaar lichtjes stijgt!
- Stijging van **bejegeningsklachten** van de BB (med /vpk): ***communicatiestijl/aandacht en opvang***

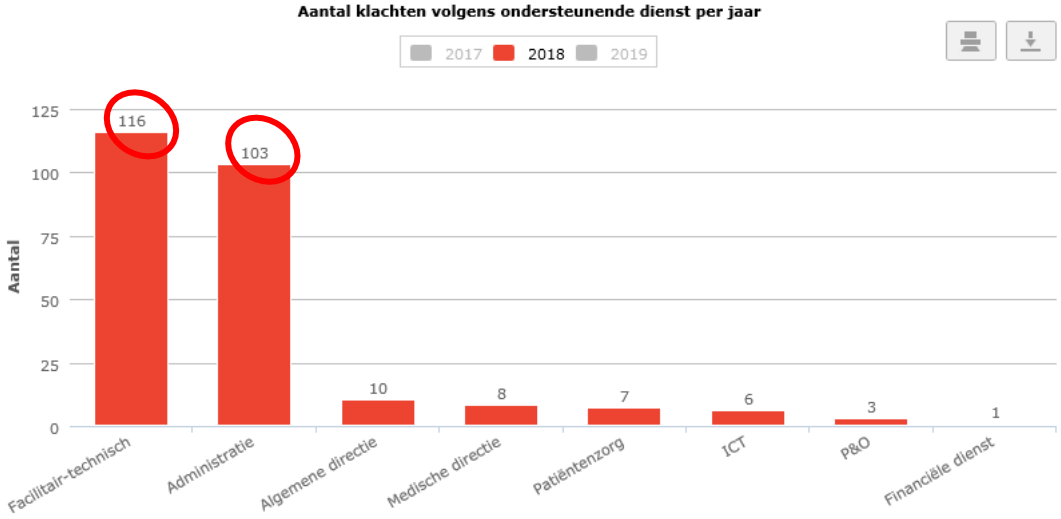


klachtenaspecten voor 2017-2018 per doelgroep/jaar



Aantal **klachtendossiers niet** gerelateerd aan de rechten van de patiënt (omvat meerdere klachtenaspecten)	**2017:161 kl dossiers** **2018: 254 kl dossiers**





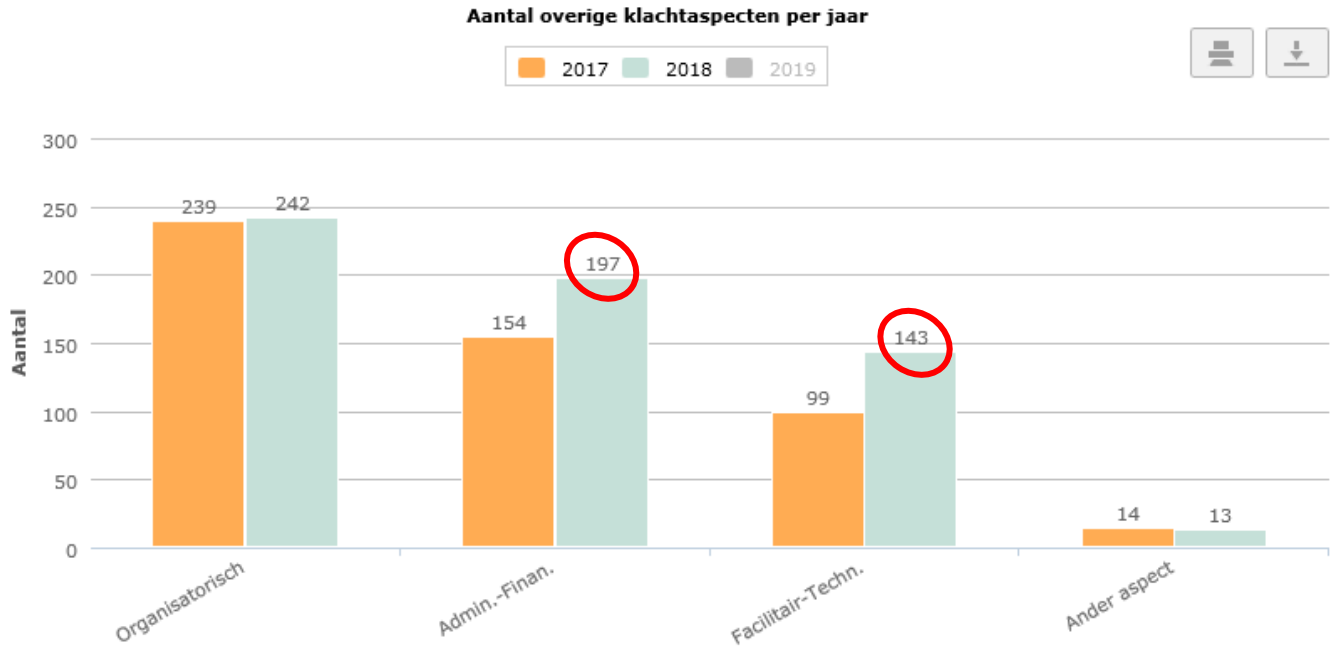
Noot: = Klachtendossier een servicegerichte klacht. → 1 **dossier** kan meerdere klachtenaspecten omvatten.

STIJGING in 2018 vooral in 2 ondersteunende diensten:

- **Ondersteunende dienst 'Facilitair technisch'**:
  Vooral klachten over het parkeerbeleid/parkeer/ **kostprijs**
- **Ondersteunende dienst 'Administratie':**
  Inschrijvingen - informatie **kostprijs** - opnameverklaring
  Factuurbetwisting: hoge **kostprijs** –ereloon supplementen – privékamer

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

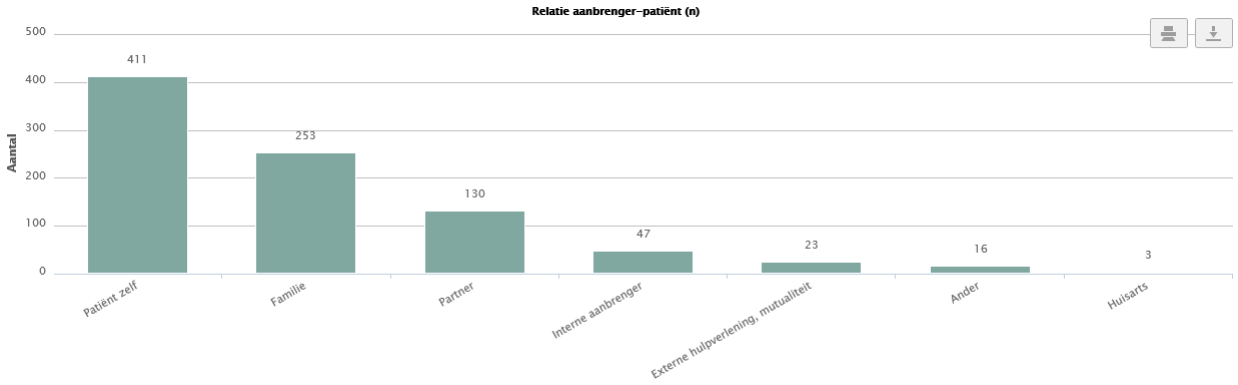
Uitdieping aantal klachtenaspecten naast de Wet patiëntenrechten:
506 Servicegerichte aspecten in 2017
595 Servicegerichte aspecten in **2018**



Klachtenaspecten **stijging** vooral in de administratie en facilitair-technische **aspecten** (zie ook in stijging in aantal klachtendossiers buiten de patiëntenrechten (servicegerichte klachtendossiers)

Hoe komen wij in klachtendossiers tot verzoeningsresultaten in het Jessa ZH?

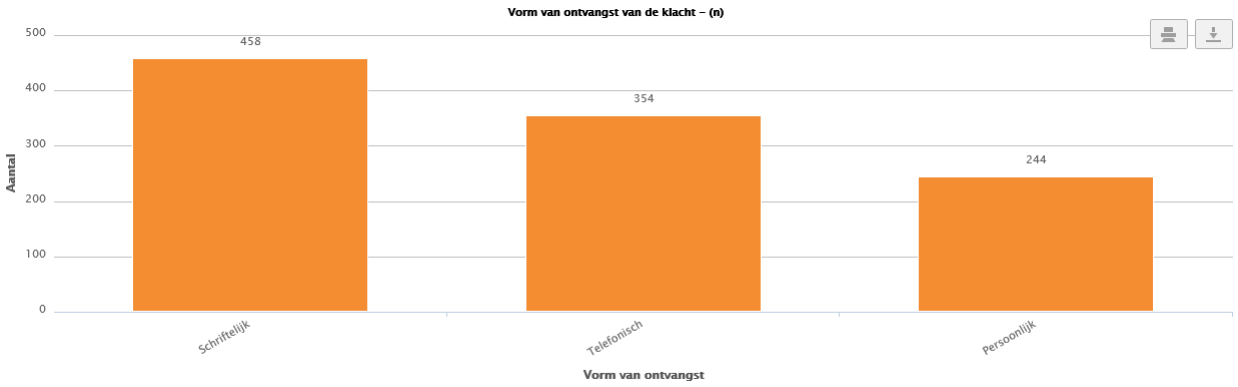
Wie doet de klachtmelding in 2018 bij de ombudsdienst:



We hebben ongeveer evenveel klachten vd familie/partner vd patiënt, als van de patiënt zelf waar we mee aan de slag gaan. (pat =50,3% - partner/fam = 46,9%)

In deze grafiek zichtbaar interne melder: hier werd eerst door een interne melder een **pro- actieve** melding (n=78 in 2018) gemaakt en **47 maal** (= 60%) kwam hier ook een klacht uit voort daar de pat/fam/partner ook effectief een klacht indiende .

Hoe komt de klacht binnen bij de ombuds in 2018:



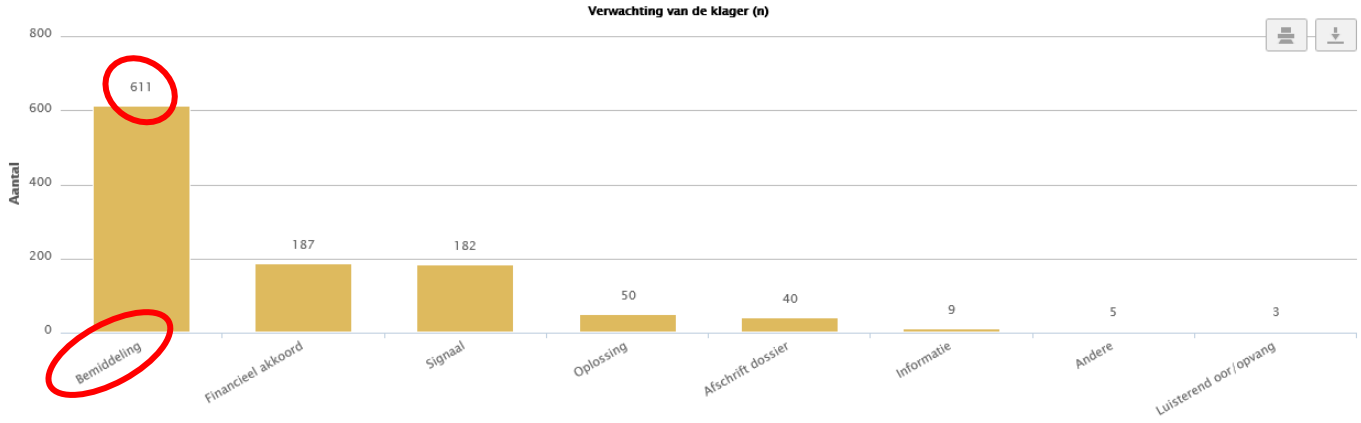
Schriftelijk:

- Mail
- Contactformulier - website
- Beoordelingsformulier
- Brief

Telefonisch + voicemail mogelijkheid
Persoonlijk: zonder of met afspraak

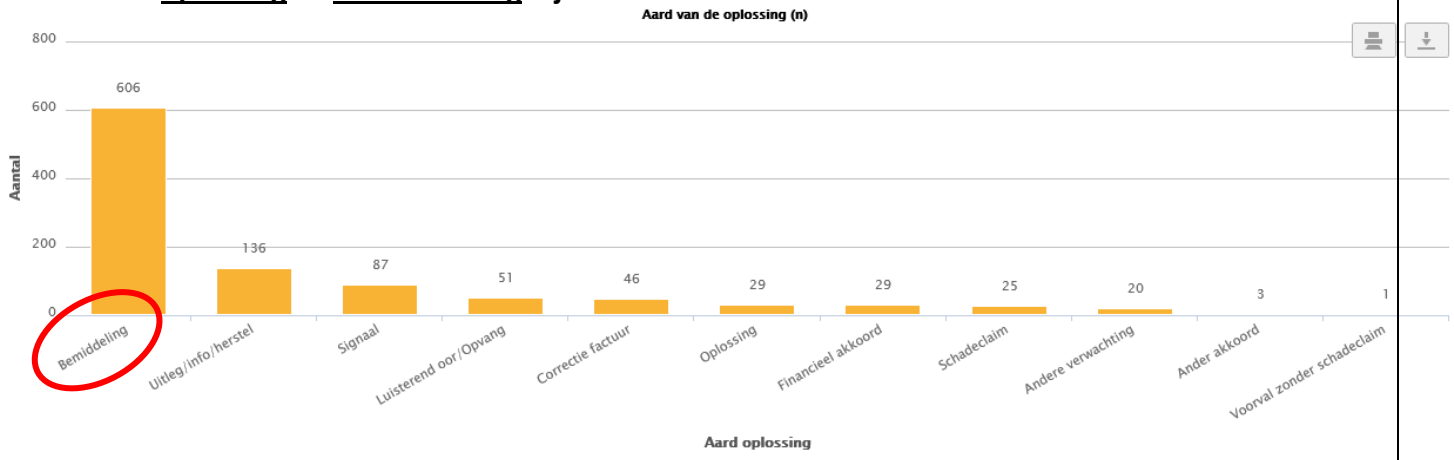
Ongeacht de vorm van ontvangst gaan wij altijd persoonlijk in dialoog met de patiënt/melder.

Met welke <u>verwachting</u> komt de melder naar de ombuds in 2018:



Doordat we steeds met de melder in dialoog gaan bij ontvangst van de klacht en bemiddeling voorstellen kiest de meerderheid van de melders voor een vorm van bemiddeling
(pendeldiplomatie/bemiddeling)

Aard van de <u>oplossing</u> na <u>klachtmelding</u> bij de ombudsdienst in 2018:



Op 816 **klachtendossiers** hebben we 606 maal een vorm van bemiddeling toegepast **= 74,2%.**
Voor andere verzoeningsresultaten zie bovenstaande grafiek

Uit de resultaten blijkt dat de melder (klachtafhandeling) voor **> 90% tevreden** is over onze interventie als ombudspersoon en zich kan vinden in de aard van de oplossing.

Wij informeren de pat/melder altijd ook over de mogelijke alternatieven → buitengerechtelijke en gerechtelijke procedures.

In 2018 zijn er **<u>geen</u>** gerechtelijke dossiers voortgekomen uit onze klachtenmeldingen en naar ons aanvoelen komt dit door onze aanpak en **maximale** insteek op **bemiddeling** tussen de betrokken partijen.

We zien wel dat de ledenverdediging van de mutualiteiten meer bezocht wordt door de melders (voorafgaand aan de melding bij ons) en dat de melders door de ledenverdediging ook meer naar onze dienst doorverwezen worden voor afhandeling van de klacht.

DOORLOOPTIJD afhandeling klachtendossiers in 2018:

Categorie doorlooptijd	Aantal	
< = 1 dag	220	**= 27,2%**
2-10 dagen	365	**= 45,2 %**
11-20 dagen	103	**= 12,7 %**
21-30 dagen	59	= 7,3 %
31-60 dagen	46	= 5,7%
61-90 dagen	12	= 1,5 %
> 90 dagen	3	= 0,4 %

85,1% van alle klachten wordt afgehandeld binnen de 20 dagen.

808 klachtendossiers afgesloten en verwerkt (in het jaar 2018 opgestart) en waarvan nog 8 lopende klachtendossiers in 2019 (laat opgestart of heropend in 2019) → zie bovenstaande lijst.

Reden van langere doorlooptijd heeft vaak te maken met het feit dat wij moeten wachten op antwoord / bijkomende info van de melder zelf of de betrokken hulpverleners.

Bemiddelingsgesprekken vergen ook meer tijd doordat we alle partijen afzonderlijk zien en samenbrengen.

Bemiddelingsboek - 1476

Aanbevelingen

- Aanbevelingen ter verbetering van de communicatie/informatie tussen beroepsbeoefenaar -patiënt ! → zowel algemeen, als over de **kostprijs**

Voorstel: opleiding /middelen vanuit de overheid voorzien voor hulpverleners in:
"Critical Communication"
"Constructief omgaan met emoties"
"Bemiddelen" training in geweldloze communicatie!

Integratie van een doorgedreven basishouding in communiceren vanaf het niveau humaniora en vervolmakingstrainingen/opleiding integreren in alle opleidingen in de zorg.

In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. Men dient uiteraard de nodige aandacht voor deze **respectvolle bejegening** naar de patiënten toe te behouden.

Tegelijk krijgen de ombudsdiensten ook regelmatig het signaal van zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren.

Men krijgt verwijten over zich heen; men eist een bepaalde behandeling/opname/voorschrift/attest/… waarna men zich kwaad maakt of agressief uitlaat indien men het gevraagde niet bekomt.

Dat bovengenoemde elementen niet bijdragen tot een constructieve sfeer en zorgen voor een emotionele belasting bij alle partijen hoeft geen betoog. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht.

- **Medische fouten-complicaties in de zorg:**
  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.

- **Training GDPR /privacywetgeving** in de ZORG: Hoe hiermee omgaan in de praktijk?

- Wenselijk: uniforme benadering vanuit de **mutualiteiten**

- Blijven **sensibiliseren** vanuit de overheid i.k.v. de patiëntenrechten

- Volledige regeling rond **niet- dringend ziekenvervoer** nationaal uitwerken: oplossing voor de dure factuur voor de patiënt – nationaal uniformiseren

- **Pre- operatieve raadplegingen uitbouwen**: tijd, ruimte en middelen voorzien om een zo goed mogelijke preoperatieve raadpleging uit te bouwen.
  → Veiliger voor de patiënt, beter geïnformeerd, alle zorgverstrekkers en beroepsbeoefenaars aan bod laten komen, meer comfort voor de pat en hulpverleners, beter voorbereide en geïnformeerde patiënt = meer tevreden patiënt → minder klachten

- **Centrale inning artsen** doorvoeren in ambulante setting in alle zorginstellingen

- **Spoedafdeling:** bevolking vanuit de overheid blijven informeren en sensibiliseren over het gebruik, het verwachtingspatroon, urgentie van behandeling, de kostprijs van een bezoek aan een spoedafdeling.

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.

Ombudsdienst Jessa ziekenhuis Hasselt

Raymonda Jermei – Frank Iven

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2018

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

Bemiddelingsboek - 1480

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.

Bemiddelingsboek - 1481

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 en voorstelling jaarverslag Vlaamse Ombudsman.

Interne contacten : Vorming patiëntenrechten voor artsen en medewerkers (lesgever), lid van het Ethisch Comité van AZ Lokeren en vorming medische ethiek "Ethiek in de Kliniek" voor artsen en medewerkers (lesgever).

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.

Bemiddelingsboek - 1482

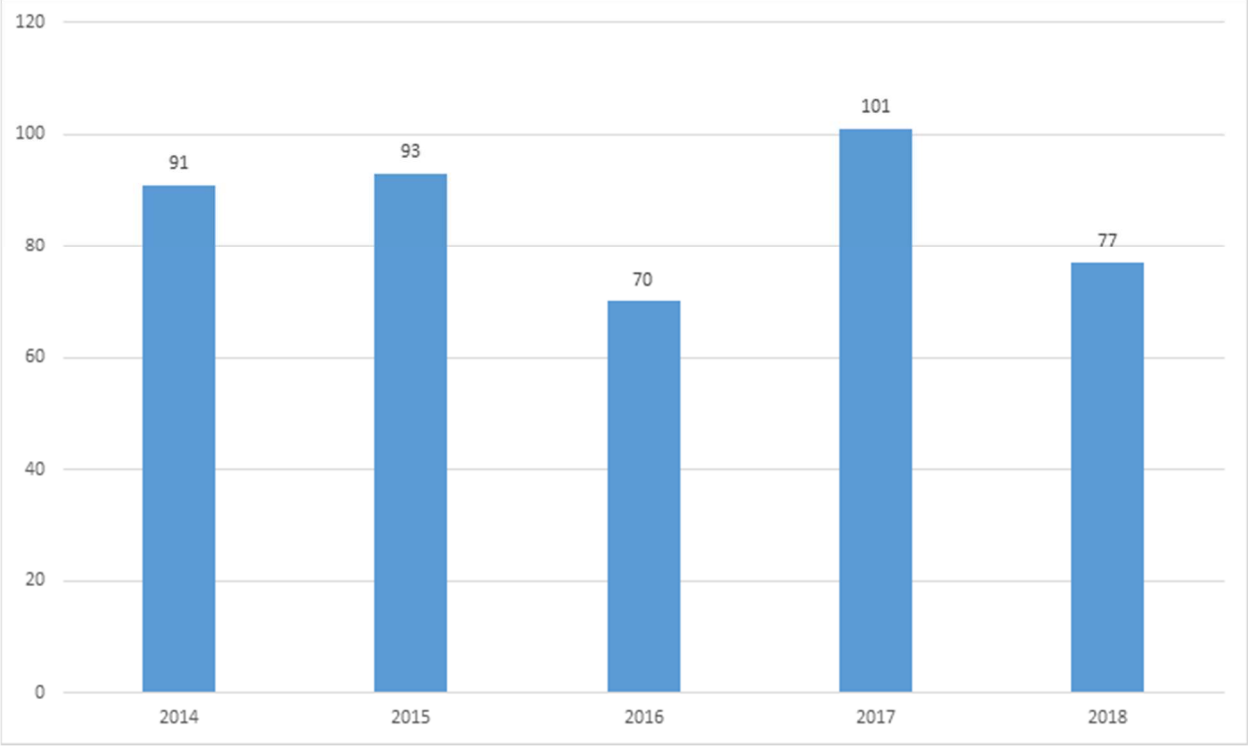
TOELICHTING BETREFFENDE HET ALGEMEEN KLACHTENBEELD

1.1. Inleiding

De Ombudsdienst van het AZ Lokeren heeft in het totaal 77 meldingen geregistreerd waarbij een dossier overeenstemt met 1 fysiek persoon en niet noodzakelijkerwijze met één enkele klacht. Een dossier kan bijgevolg meerdere klachten omvatten. 77 meldingen werden als ontvankelijk beschouwd en bijgevolg effectief weerhouden.

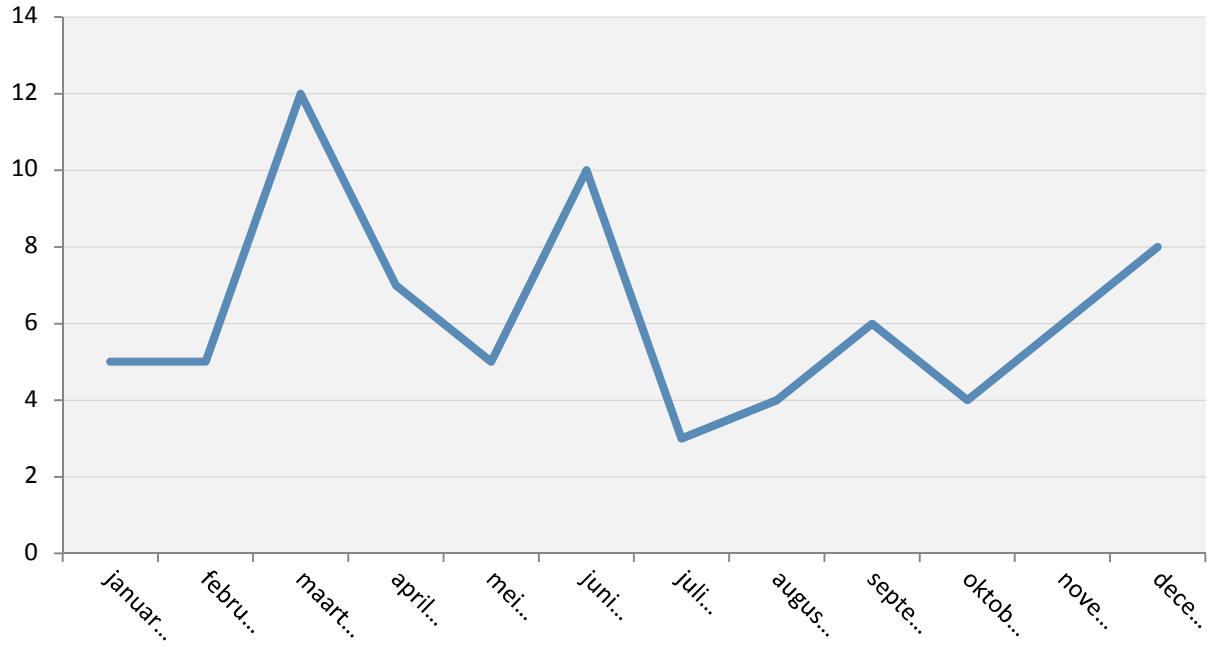
In vergelijking tot het jaar 2016 (70 meldingen) en 2017 (101 meldingen) dient te worden vastgesteld dat het aantal meldingen gedaald is in 2018 (77 meldingen).

Grafiek 1.a.: absoluut aantal aanmeldingen ombudsdienst AZ Lokeren van 2014-2018



Bemiddelingsboek - 1483

Grafiek 1.b.: absoluut aantal aanmeldingen per maand in 2018



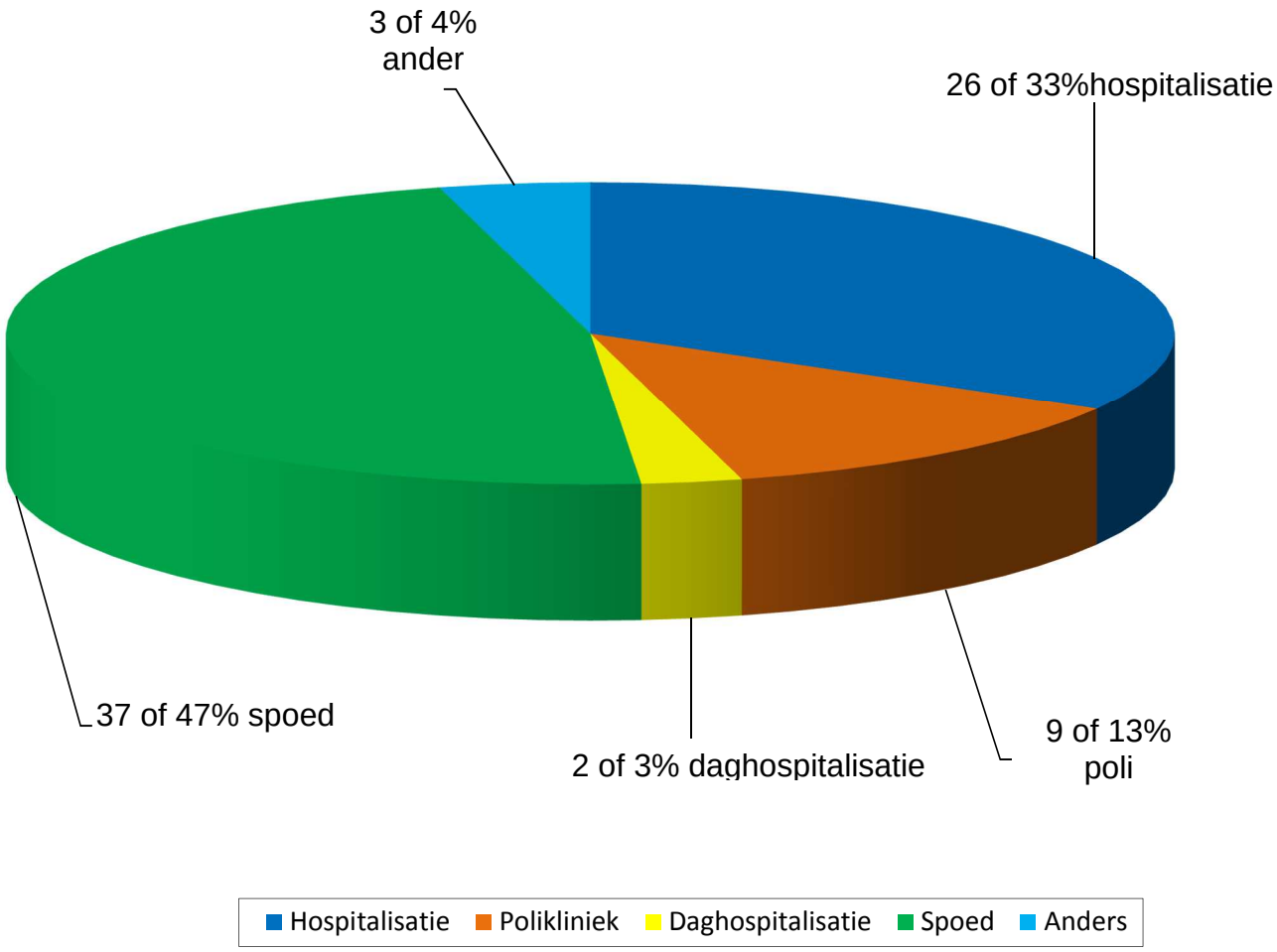
Bemiddelingsboek - 1484

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 (47%), gehospitaliseerde patiënten (33%) en polikliniek (13%).

De onderlinge verhoudingen en verdelingen van de lokalisatie van de patiënt werden opgenomen in de Grafiek 1.c.

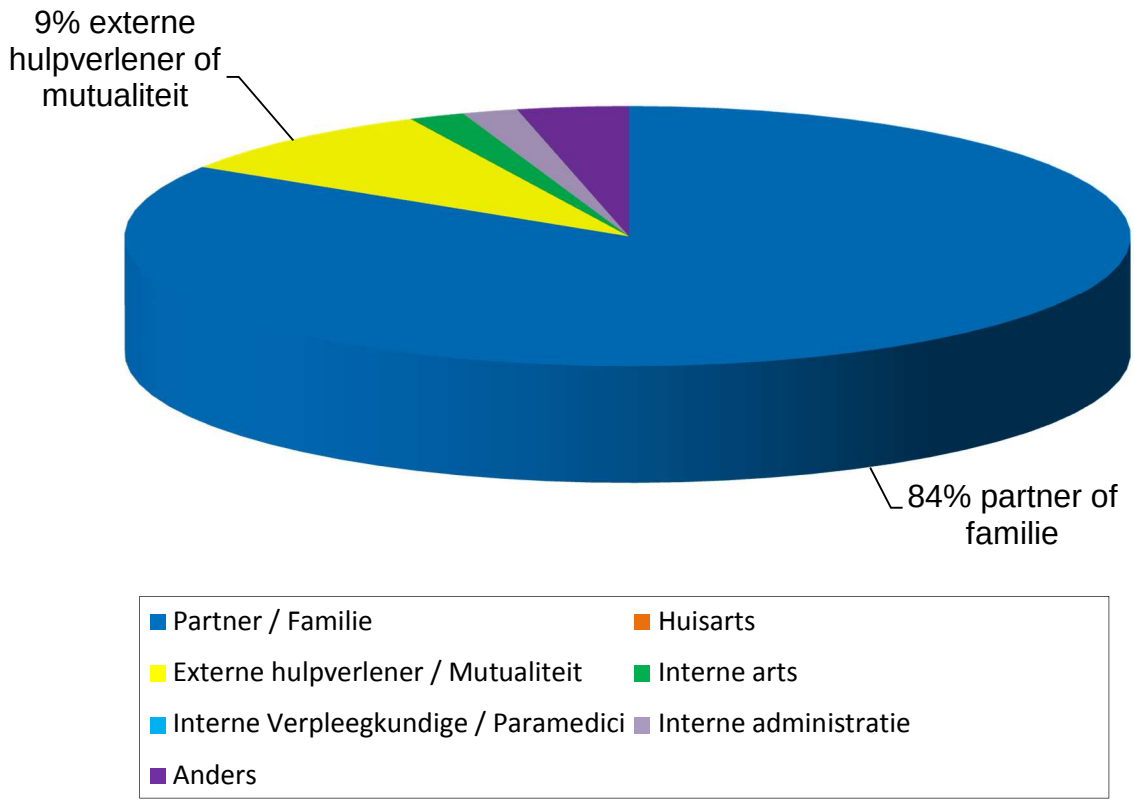


Grafiek 1.c.: procentuele en absolute verdeling van de lokalisatie van de patiënt op moment van ontstaan van de melding

Bemiddelingsboek - 1485

Meestal gebeurt de aanmelding door patiënt zelf, indien dit niet het geval is dan is het in 84% van de gevallen de partner of een familielid en in 9% een externe hulpverlener of mutualiteit.

De onderlinge verhoudingen en de verdeling van de relaties aanbrenger - patiënt over het totale klachtenbeeld werden vervat in de Grafiek 2.

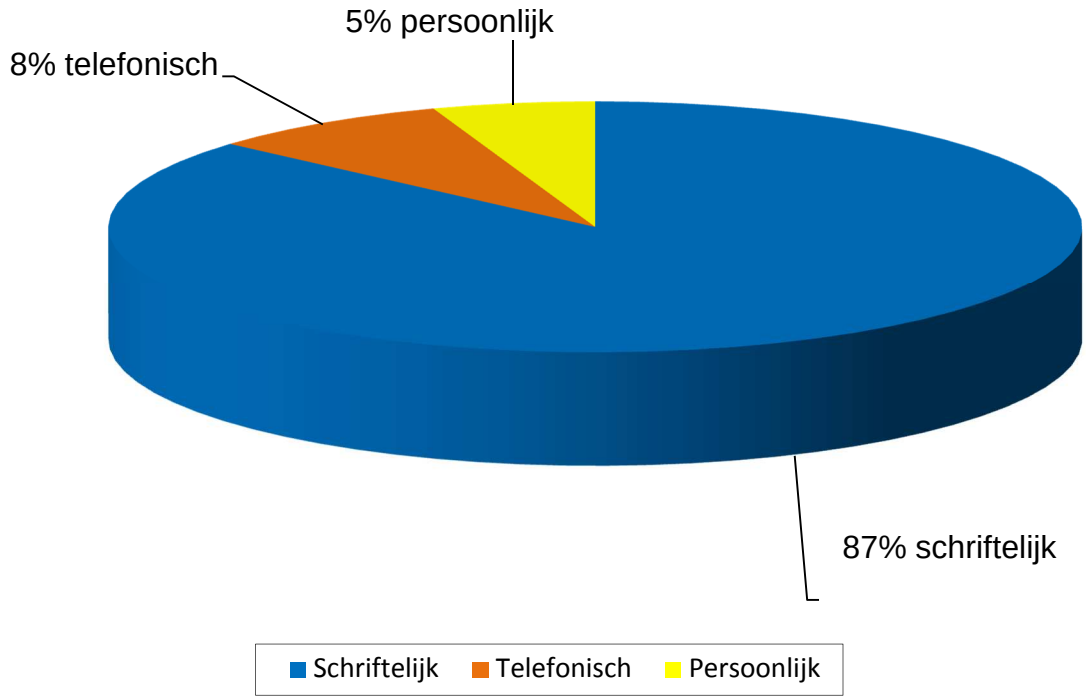


Grafiek 2. Procentuele verdeling van de relaties aanbrenger – patiënt

Bemiddelingsboek - 1486

De wijze waarop de klachten de Ombudsdienst bereiken is vooral via e-mail of brief (87%) gevolgd door telefonische contactname (8%) en persoonlijke meldingen (5%).

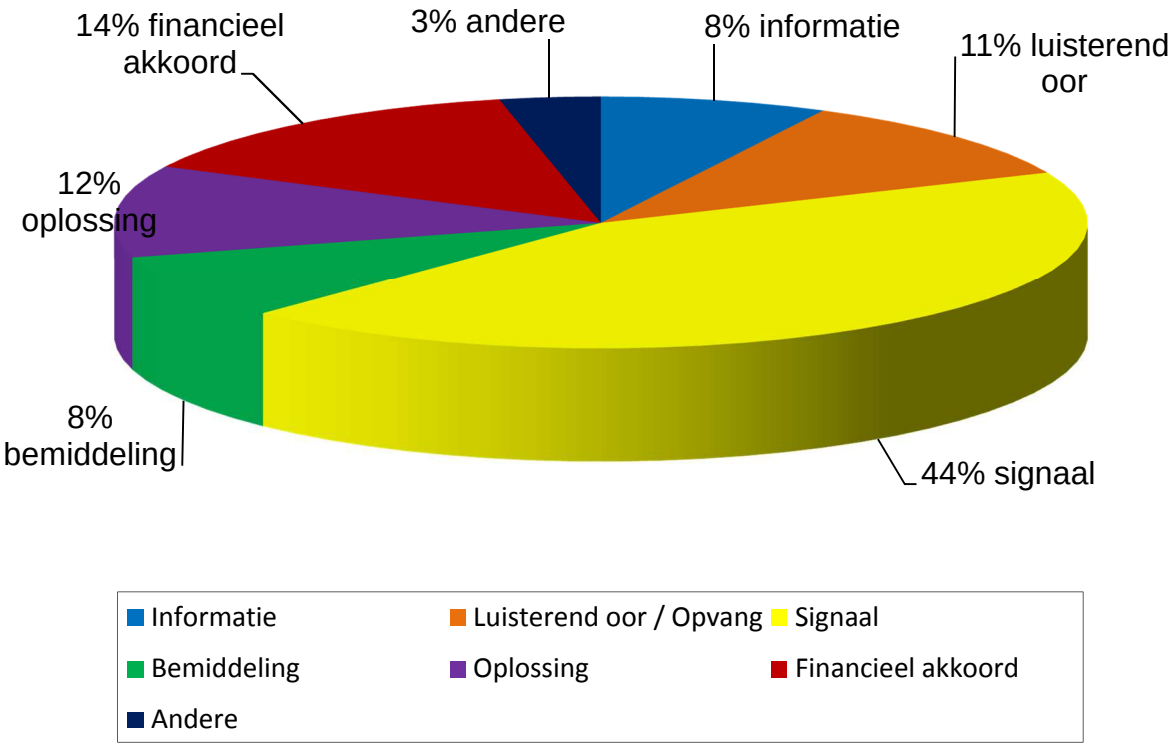
De onderlinge verhoudingen en de verdelingen van de vorm van ontvangst van de meldingen werden vervat in de Grafiek 3.



Grafiek 3: Verdeling van de vorm van de klacht (totaal van 77 klachtmeldingen)

Bemiddelingsboek - 1487

In het kader van de analyse van de klachtmeldingen zijn de verwachtingen van de melder van cruciaal belang voor de Ombudsdienst. Er kunnen een aantal trends worden vastgesteld en er 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 (44% van de meldingen). In 14% van de gevallen heeft de patiënt een verzoek tot financieel akkoord ingediend. 8% van de klachten betreft info en uitleg en 11% wil enkel een luisterend oor. 8% van de aanmelders vraagt specifiek naar bemiddeling.
Patiënten vinden het belangrijk een beroep te kunnen doen op de Ombudsdienst voor bemiddeling om tot verzoeningsresultaten te komen. Een verzoeningsresultaat is een resultaat die het AZ Lokeren en zijn medewerkers nastreven als lerende organisatie en die er zonder de tussenkomst van de ombudspersoon niet zou geweest zijn. Het is een betekenisvolle stap die niet zou gezet zijn als er geen tussenkomst was van de ombudspersoon. Het toont voor een stuk onze toegevoegde waarde aan, door onze tussenkomst zijn partijen in overleg gegaan. Het uiteindelijke resultaat van dit gesprek/overleg bepaalt niet of dit als een verzoeningsresultaat kan geregistreerd worden – de betekenisvolle stap is hier voldoende. Bijvoorbeeld een financiële geste van AZL door tussenkomst ombudsman wordt als verzoeningsresultaat beschouwd.



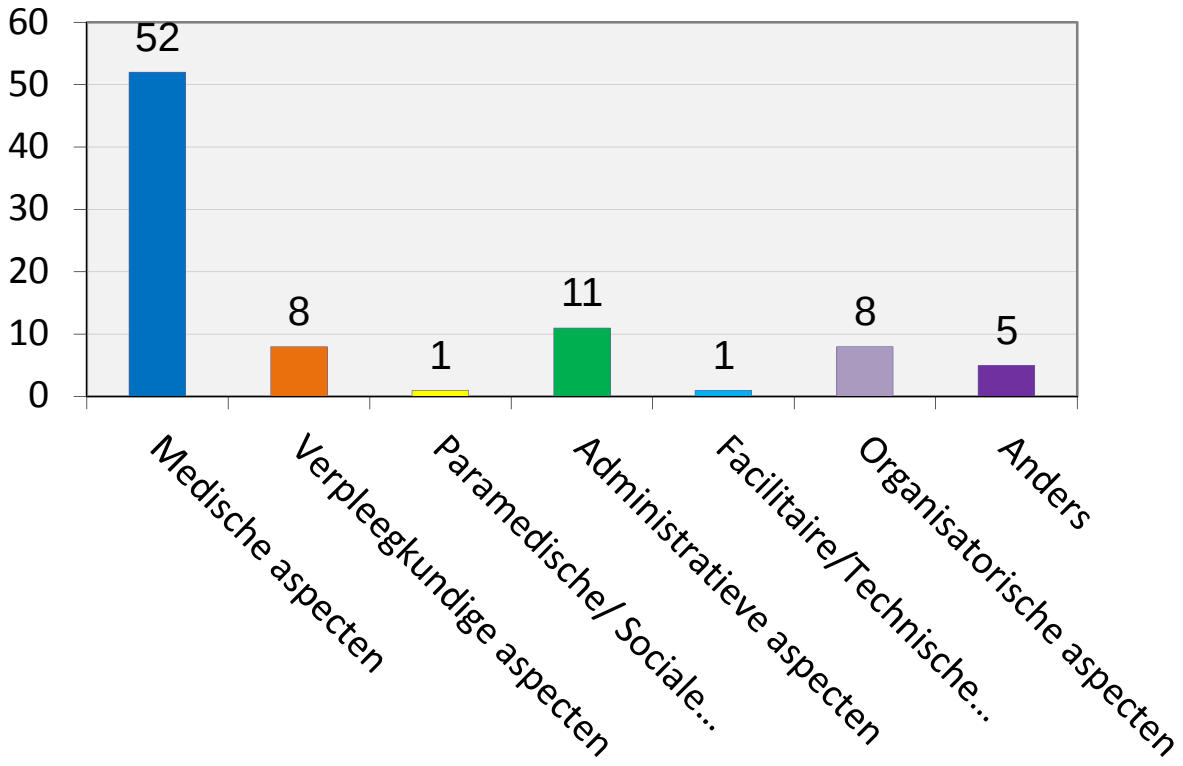
Grafiek 4.: procentuele verdeling verwachting van de melder

Bemiddelingsboek - 1488

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 belangrijkste categorieën betreffen de medische en de verpleegkundige aangelegenheden (goed voor 52 meldingen en 8 meldingen) administratieve (11) en organisatorische meldingen (8).

De absolute verhoudingen van de inhoud van de klacht worden weergegeven in grafiek 5.



Grafiek 5.: Absolute verdeling van de inhoud van de klacht

Bemiddelingsboek - 1489

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. Belangrijk te melden is een paar klachten door patiënten én UNIA over bejegening door artsen.
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 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. Ook is het niet steeds duidelijk of patiënt 1PK kreeg om medische redenen of niet.

Deelaspecten klachten facilitaire diensten

Geen klachten genoteerd inzake facilitaire diensten.

Deelaspecten Technische Klachten

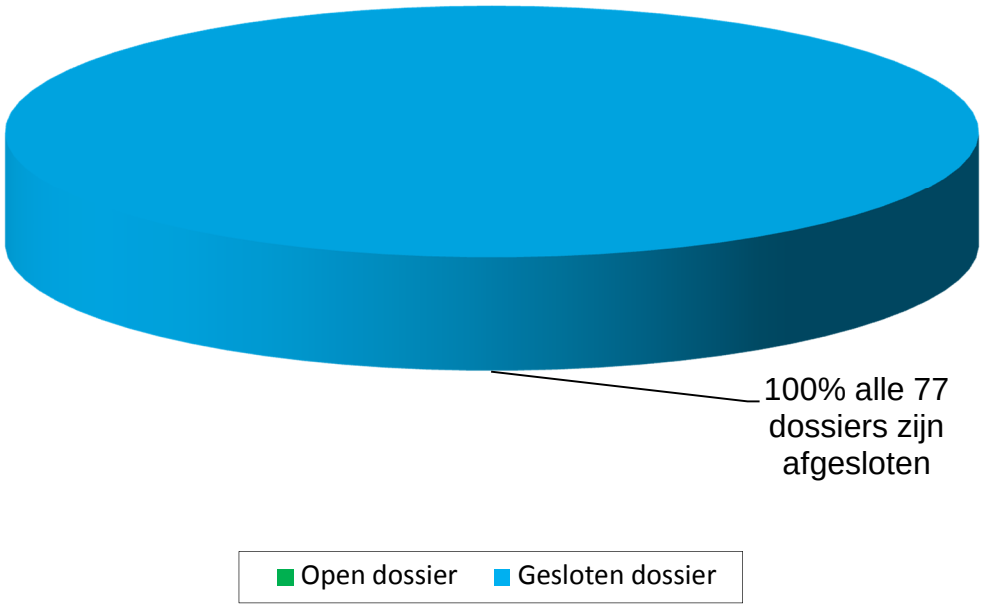
Geen klachten genoteerd inzake technische aspecten.

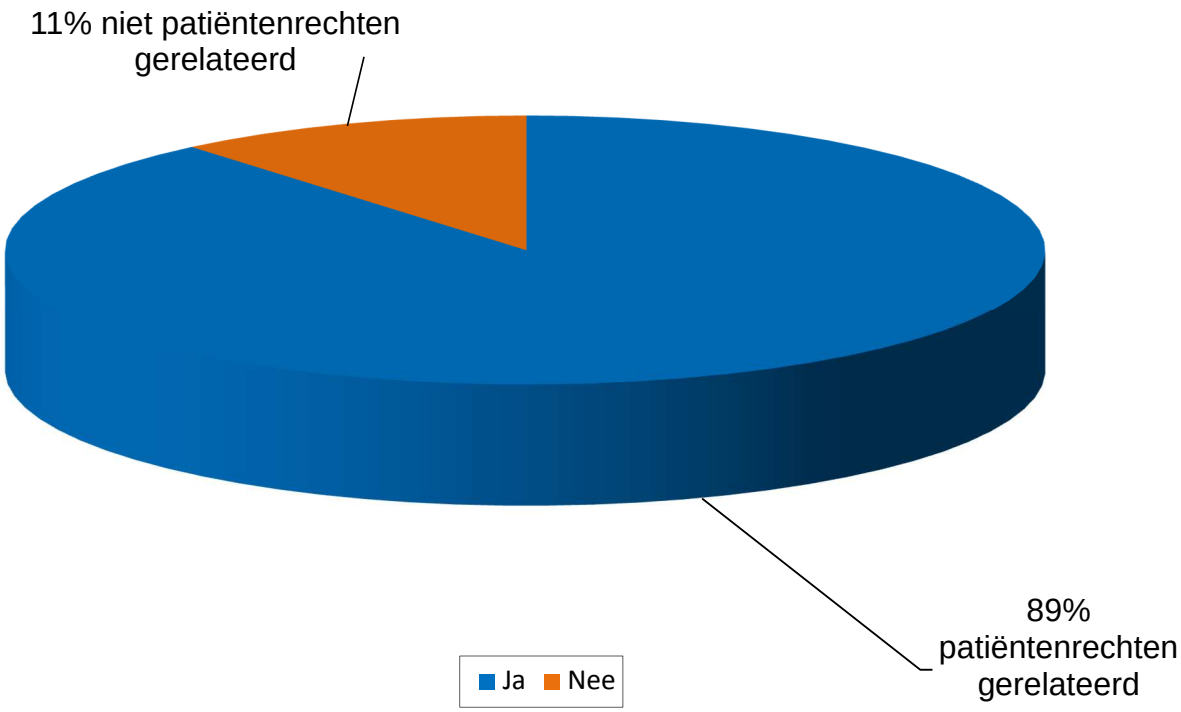
Deelaspecten organisatorische klachten

Klachten met betrekking tot extern transport , opnameregeling en afsprakenregeling.

Bemiddelingsboek - 1490

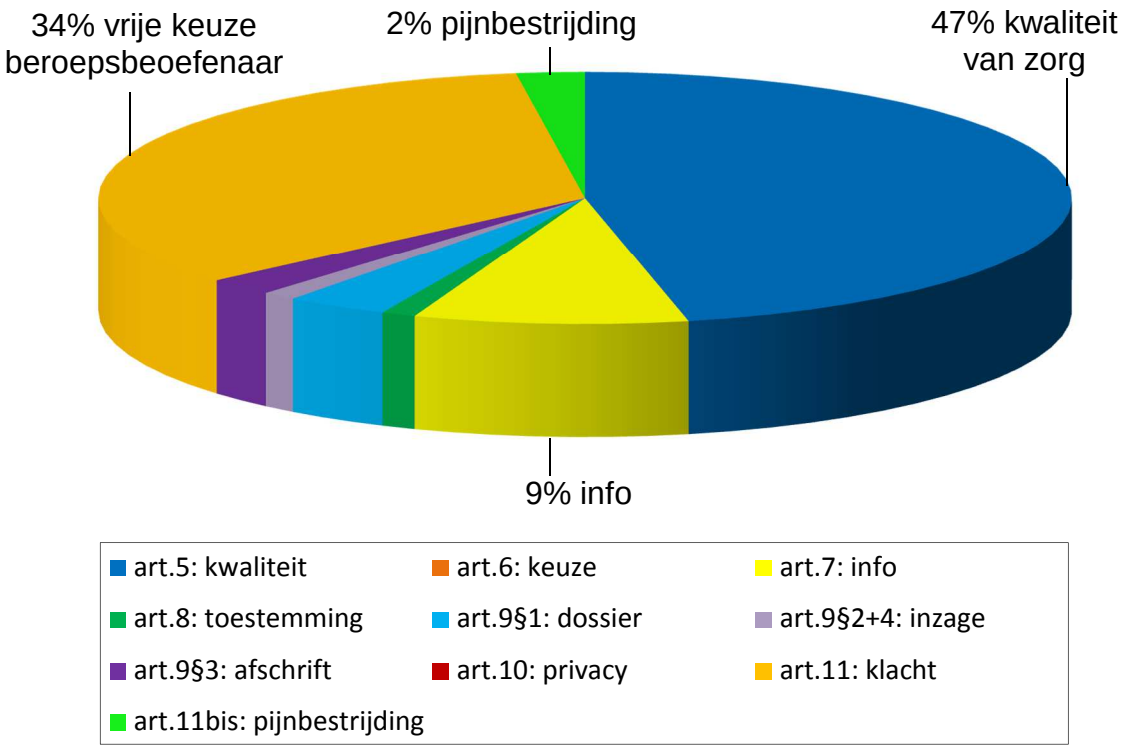
Grafiek 6.: Procentuele verdeling van de open versus gesloten dossiers





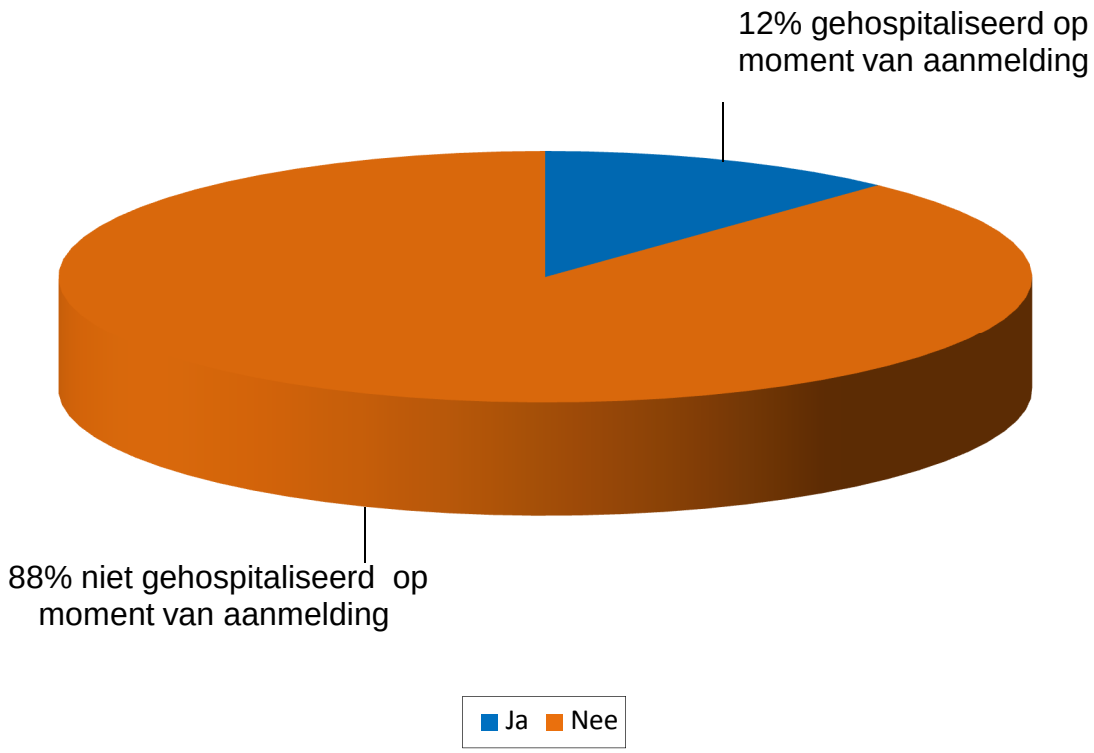
Grafiek 7: Procentuele verdeling van de patiëntenrechten dossiers versus niet-patiëntenrechten dossiers

Grafiek 8: Procentuele verdeling voorwerp patiëntenrechten



Bemiddelingsboek - 1493

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 2018 registreerde de Ombudsdienst 77 meldingen, een daling in vergelijking met 2017 (101 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 en bejegening. Verschillende aanmelders hebben achteraf nog een ander ziekenhuis gecontacteerd waar er uiteindelijk wel een 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. 47% van alle aanmeldingen in AZ Lokeren 2017 waren afkomstig van de spoedafdeling, vooral betreffende de medische behandeling.

-Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg. In de wet rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. Men dient uiteraard de nodige aandacht voor deze respectvolle bejegening naar de patiënten toe te behouden.

Bemiddelingsboek - 1495

Tegelijk krijgt de ombudsdienst ook regelmatig het signaal van zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren. Men krijgt verwijten over zich heen; men eist een bepaalde behandeling/opname/voorschrift/attest… waarna men zich kwaad maakt of agressief uitlaat indien men het gevraagde niet bekomt. Dat bovengenoemde elementen niet bijdragen tot een constructieve sfeer en zorgen voor een emotionele belasting bij alle partijen hoeft geen betoog. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht.

-Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen. Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je er 'spoedig' voort geholpen wordt. Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een dringend consult… Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdienst krijgt hierover ook regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. Ze komen vaak met aandoeningen die eigenlijk in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden. Binnen het AZL is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen

-Maatregelen om meer patiëntgerichte werktijd vrij te maken in het belang van zorgverstrekkers en patiënten dringen zich op. Er is nood aan meer informatie versus nood aan tijd om te communiceren. Een overgroot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen. Patiëntenrechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt langs verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings- en verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om deze beslissingen wel overwogen te kunnen maken. Zorgverstrekkers botsen van hun kant op het feit dat zij bij veel-vragers onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.

Bemiddelingsboek - 1496

Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail. Verpleegkundigen, steeds met minder hetzelfde werk doen, lopen tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten. Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net deze mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De core van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk en veroorzaakt spanning en stress. Langs beide kanten van het verhaal zitten mensen die de situatie anders zouden willen zien en die vragen om meer tijd om samen gefundeerde keuzes te kunnen maken.

-Nood aan maatregelen inzake het ziekenvervoer.

Dringend ziekenvervoer tussen ziekenhuizen valt tussen de regelingen van diverse instanties, zodoende wordt de patiënt geconfronteerd met vaak dure rekeningen. De uitbreiding van de netwerking van de ziekenhuizen zal dit probleem nog verder doen toenemen. Het dringend ziekenvervoer vanuit het ziekenhuis blijft een groot probleem. Mutas (een intermutualistisch project waarmee diverse ziekenfondsen samenwerken – voor 8.800.000 leden) – organiseert geen dringend vervoer o.a. met monitoring, zuurstof en/of onder begeleiding van een verpleegkundige of arts en verwijst voor dergelijk vervoer naar de dienst 100

De dienst 100 weigert meestal dergelijk transport, zij zien dit niet als dringend gezien de patiënt zich reeds binnen de ziekenhuismuren bevindt. Achterliggende regelgeving gebiedt hen ook de patiënt naar een dichtstbijzijnd behandelcentrum voor de betrokken pathologie te brengen dit vormt vaak niet het centrum dat tegemoet komt aan de keuze van de patiënt. Tevens zijn de middelen ook hier beperkt waardoor de dienst 100 de interventiezone niet kan verlaten. Met als gevolg dat patiënt zal terugvallen op een ambulancedienst waarvoor zijn ziekenfonds vaak geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt een dure rekening ontvangt waar het ziekenfonds en vaak ook de achterliggende hospitalisatieverzekeringen niet (of erg beperkt) in tussenkomen.

Niet-dringend ziekenvervoer waarbij de patiënt zuurstof, infuus, sondevoeding (+ andere verpleegkundige B1 handelingen) toegediend krijgt onder andere bij ontslag uit het ziekenhuis, transport naar het ziekenhuis of interhospitaal transport kan niet via Mutas worden geregeld. Patiënt zal hierdoor terugvallen op ambulancediensten waarvoor zijn ziekenfonds geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt met duurdere rekeningen geconfronteerd wordt.

-Bij elke opname moet er duidelijk gecommuniceerd worden over de kamerkeuze en de ereloonsupplementen.

-Patiënten zijn in belangrijke mate niet of onvoldoende tevreden over de verbale en non-verbale communicatie van de zorgverstrekker. 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 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. 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)

-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.

-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

Bemiddelingsboek - 1498

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, denkpistes, 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.

Christophe Demeestere Ombudsman 01/02/2019.

Bemiddelingsboek - 1499

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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	785 hospitalisatie 122 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 AZ St Lucas
Registratiesysteem	Infoland – basispakket VVOVAZ
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Actualisatiedatum 01.06.'17 – Herzieningsdatum 01.06.'20 Te raadplegen aan het algemeen onthaal + via de website
Vormingen i.k.v. bemiddeling	✓ Deep democracy (tweedaagse VVOVAZ)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	✓ Studiedag 'Open disclosure' ✓ Beroepsgeheim – Symposium Zorgnet Icuro
Werkingsterrein 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;…*	✓ 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 medewerkers.

	✓ Begeleiden van vragen omtrent afschriften en inzage van het patiëntendossier. Gedurende het jaar 2018 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. ✓ Tussenpersoon voor vragen ikv van verzekeringsdossiers die werden opgestart via de ombudsdienst.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	De ombudsdienst is een tweedelijnsfunctie. 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. De klager kan er ook voor kiezen om zich direct tot de ombudsdienst te richten met de vraag zijn bemerkingen op te volgen. Vanuit de ombudsdienst wordt altijd 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. Dit betreft dus hetzelfde traject als de voorbije jaren. De klachtenprocedure staat uitgeschreven in het huishoudelijk reglement.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
✓ De beroepsbeoefenaars proberen in eerste instantie zelf een antwoord te bieden of feedback te geven op de bemerking die wordt geuit. Net als de voorbije jaren, merken we op dat de beroepsbeoefenaars regelmatig contact opnemen met de ombudsdienst en naar advies vragen of om een pro actieve melding te doen? Deze vragen werden in 2018 voor de eerste maal bijgehouden. De cijfergegevens hiervan komen verder aan bod. ✓ 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?

- ✓ Wanneer de ombudsdienst een mail of brief ontvangt, wordt de klager in de meeste gevallen opgebeld. Dit vooral bij klachten die betrekking hebben op de Rechten van de Patiënt.
  Enerzijds wordt de klager van de ontvangst van de melding op de hoogte gesteld maar anderzijds lijkt deze werking ons inhoudelijk ook heel waardevol. De verwachtingen van de klager kunnen gepeild worden en tegelijk wordt de klager een luisterend oor geboden en krijg je duidelijk te horen waar de klacht effectief over gaat. Het is al regelmatig gebleken dat er achter de klacht een andere nood of probleem kan schuilen dan initieel werd geuit.
- ✓ Afhankelijk van de inhoud van de klacht 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;…)

- ✓ In 2018 werd gestart met een nieuw registratiesysteem. In dit systeem werden voor de eerste keer ook de resultaten opgenomen. Vanaf 2019 worden ook de verzoeningen genoteerd. Deze zullen in het volgend jaarverslag kunnen worden opgenomen.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen</u>: ✓ 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	522
Aantal infodossiers	112 → in deze dossiers worden ook de bemerkingen opgenomen waarvan de klager specifiek aangeeft dat deze wenst dat het ziekenhuis van de melding op de hoogte is, maar dit niet als klacht wenst te formuleren.
Aantal pro actieve dossiers	16 → dit zijn de concrete situaties/incidenten die door de beroepsbeoefenaars zelf werden gemeld aan de

	ombudsdienst omdat men het vermoeden had dat de patiënt of diens familie zich tot de ombudsdienst zou richten. Van zodra de patiënt zich dan richt tot de ombudsdienst, wordt dit omgezet naar een klachtendossier.
Aantal opvragen patiëntendossier	115
Aantal 'andere'	✓ Bij 43 meldingen was de klager bereid om zich eerst te richten tot de afdeling of dienst zelf om daar zijn bemerking te uiten en op te nemen en was er nadien geen tussenkomst van de ombudsdienst meer nodig. ✓ 24 patiënten die een afschrift van hun medisch dossier vroegen hebben zich, na het bekomen van de nodige informatie, rechtstreeks tot de arts of diens secretariaat gericht. Ook hier was nadien geen tussenkomst van de ombudsdienst meer nodig. ✓ Er werd aan de ombudsdienst 59 keer advies gevraagd door de beroepsbeoefenaars. ✓ 23 infovragen allerlei. Deze vragen of meldingen worden afzonderlijk genoteerd en niet meegenomen in het registratiesysteem.

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
✓ *<u>Opmerkingen</u>:* *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)*	237
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	4
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	25
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	24
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	11
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	5
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	7

Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	20

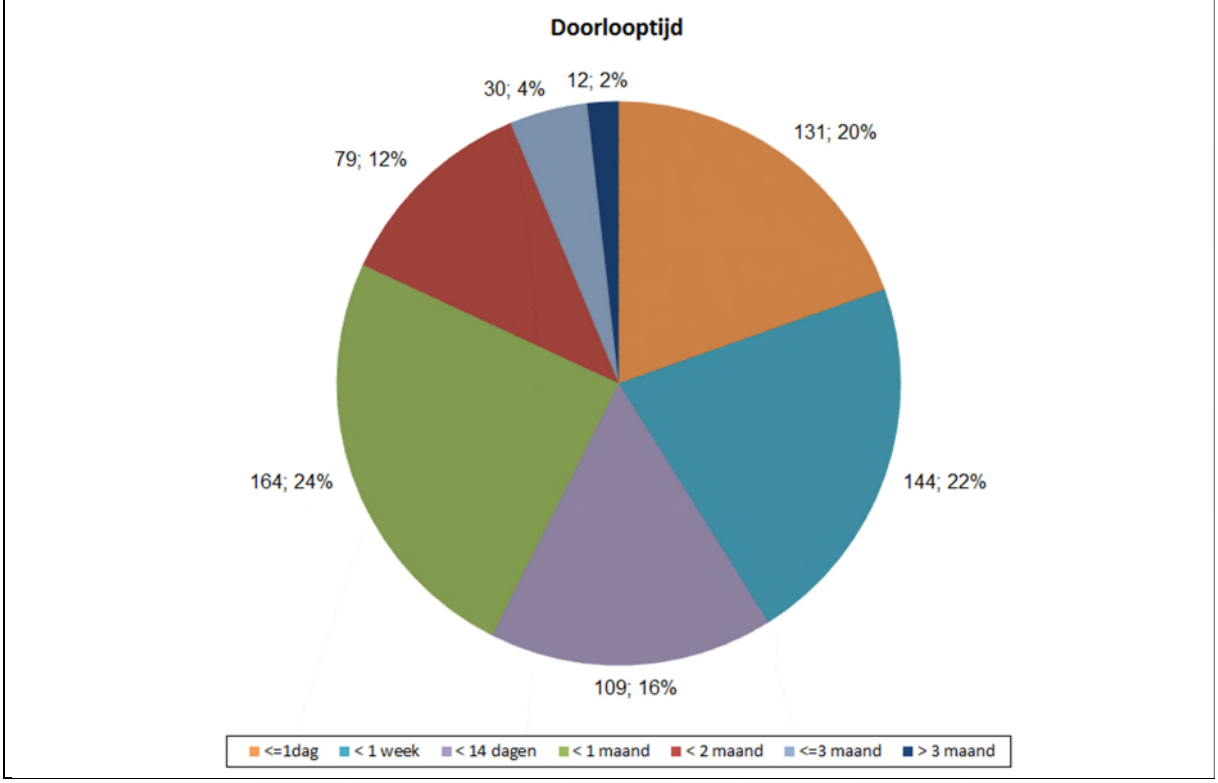
Rechten van de patiënt:

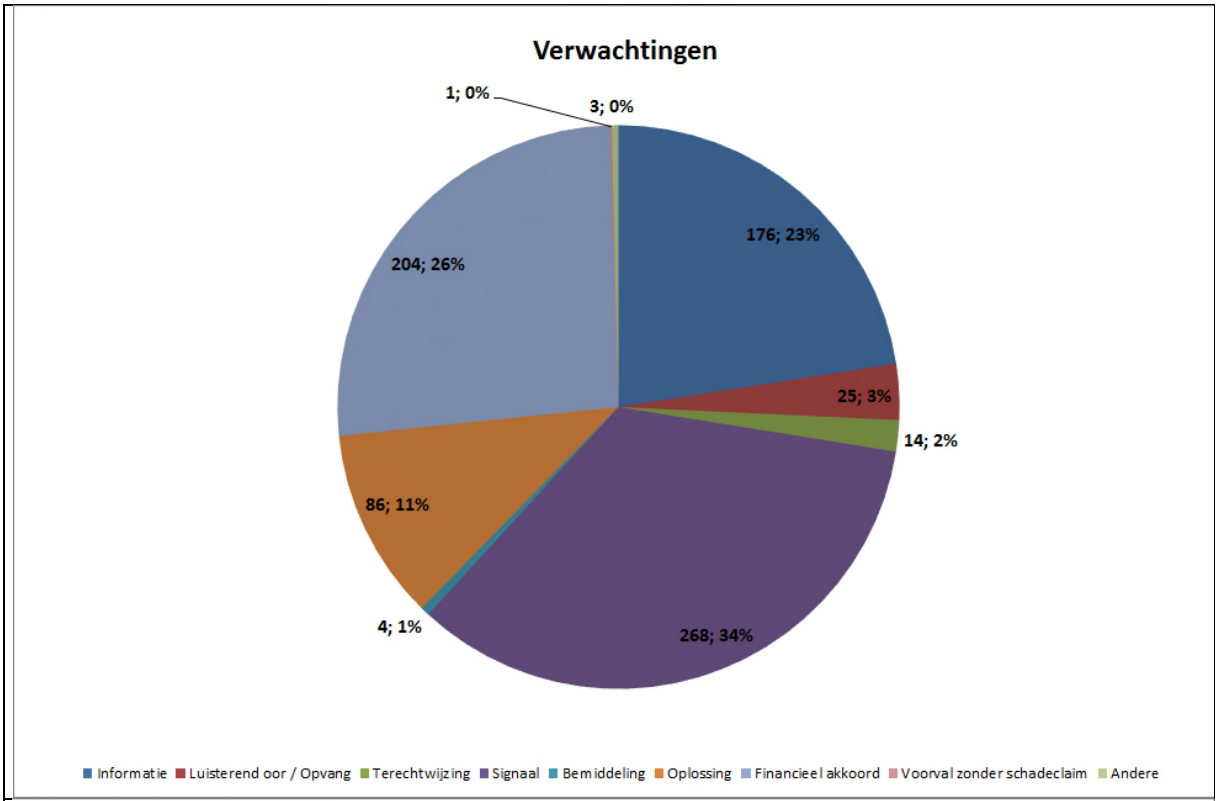
**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische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

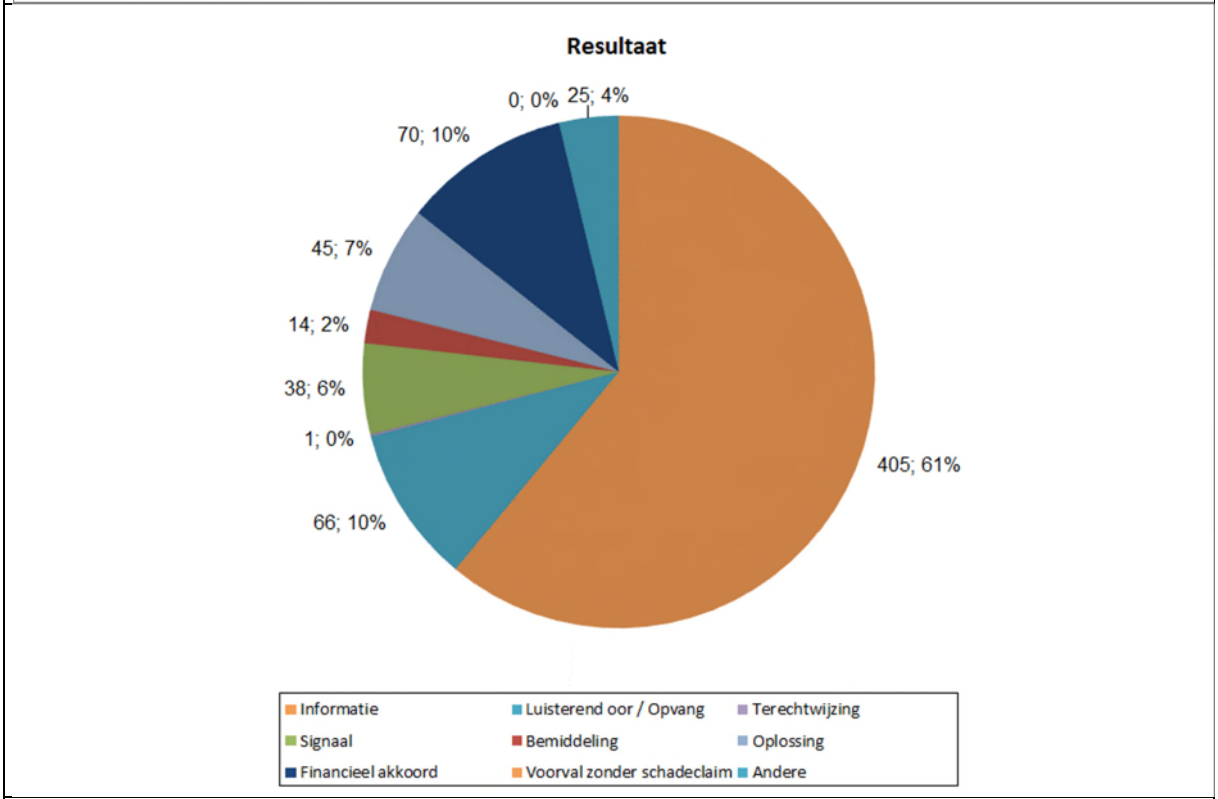
***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → dit omvat:*

- *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	
320	
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	







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

Voor de eerste maal werden in 2018 ook de resultaten van een afgewerkt dossier ingegeven. We merken op dat het overgrote deel het verstrekken van informatie was. Aangezien dit een nieuwe rubriek is en het geven van een signaal en bezorgen van informatie een dunne lijn is, zullen we dit binnen de ombudsdienst verder onder elkaar afstemmen en verfijnen.

Bij het volgend jaarverslag zal ook specifiek gemeld worden in hoeveel dossiers een verzoening werd bereikt. Aangezien dit pas sinds 2019 wordt meegenomen in de registratie kunnen hier nog geen cijfers over gegeven worden van de voorbije jaren.

Aanbevelingen

- ✓ <u>Communicatie en informatie</u> blijven cruciaal voor een goede gang van zaken:
- De manier waarop iets gezegd wordt is hierbij belangrijk want men kan anders overkomen dan dat men wilt/denkt.
- Wanneer verwachtingen van de patiënt niet kunnen ingelost worden, is het belangrijk om dit te kaderen om te vermijden dat de patiënt denkt dat deze niet gehoord werd.
- Soms dient er een traject opgestart te worden dat zowel voor de patiënt als diens omgeving heel nieuw en ingewikkeld kan zijn. Het is belangrijk dat ze goed geïnformeerd worden en eventueel een aanspreekpunt te voorzien bij wie men terecht kan mochten er bepaalde vragen of problemen opduiken.
- Het is ook belangrijk om de patiënten duidelijk te informeren over de nazorg en de mogelijke evolutie tijdens de genezing om ongerustheid bij de patiënt te voorkomen (vb. het ontstaan van grote blauwe plekken).

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

- ✓ Wanneer patiënten een afschrift van hun medisch dossier opvragen, informeren we hen dat ze hun dossier ook via CoZo (e-health) kunnen raadplegen. We merken op dat patiënten hier wel voor open staan maar soms voor het praktisch probleem komen te staan dat ze zich niet met hun eID kunnen aanmelden omdat ze geen kaartlezer hebben.
- ✓ Vanuit de beroepsvereniging VVOVAZ werden ook aanbevelingen geformuleerd die wij mee zouden willen onderschrijven:

  -Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg

  In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. Men dient uiteraard de nodige aandacht voor deze respectvolle bejegening naar de patiënten toe te behouden. Tegelijk krijgen de ombudsdiensten ook regelmatig het signaal van zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren.

  Men krijgt verwijten over zich heen; men eist een bepaalde behandeling/opname/voorschrift/attest/… waarna men zich kwaad maakt of agressief uitlaat indien men het gevraagde niet bekomt.

  Dat bovengenoemde elementen niet bijdragen tot een constructieve sfeer en zorgen voor een emotionele belasting bij alle partijen hoeft geen betoog. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht.

  -Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen

  Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je er 'spoedig' voort geholpen wordt. Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een

dringend tandartsconsult. …
Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdiensten krijgen hierover ook regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. Ze komen vaak met aandoeningen die eigenlijk in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden.
Binnen de ziekenhuizen is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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
Bestaffing	100 %

Lokalisatie dienst	Achteraan in de inkomhal
Registratiesysteem	Registratie via software Adheco nl. 'Patientsafety' module klachtenregistratie
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Het huishoudelijk reglement is te raadplegen in Docbase nr. 00086677, actualisatiedatum 08/11/2018
Vormingen i.k.v. bemiddeling	- Basisopleiding 'bemiddelaar' in samenwerking met MEDIV (Mediation Instituut Vlaanderen) volbracht in 2018, gestart in 2017. - Bemiddelingsgericht werken in de hulpverlening, zorgverlening en onderwijs met MEDIV op 20/04/2018 - Bemiddelingsgericht werken bij klachten met MEDIV op 06/11/2018
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Interne vorming GDPR op 09/10/2018
Werkingsterrein 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;…*	- Klachtenbemiddeling vanuit het mandaat KB 8/7/2003 - Bezorgen van afschriften patiëntendossiers - Begeleiden van inzagen patiëntendossiers - Begeleiden van terugbetalingen parking indien foute betaling - Stuurgroep PEER-support - Werkgroep patiëntentevredenheid
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	- 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?
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. 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. 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.
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	
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	798
Aantal infodossiers	281
Aantal pro actieve dossiers	40
Aantal opvragingen patiëntendossier	989
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)*	106
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	4
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	38
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	19
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	12
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	4
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)	6

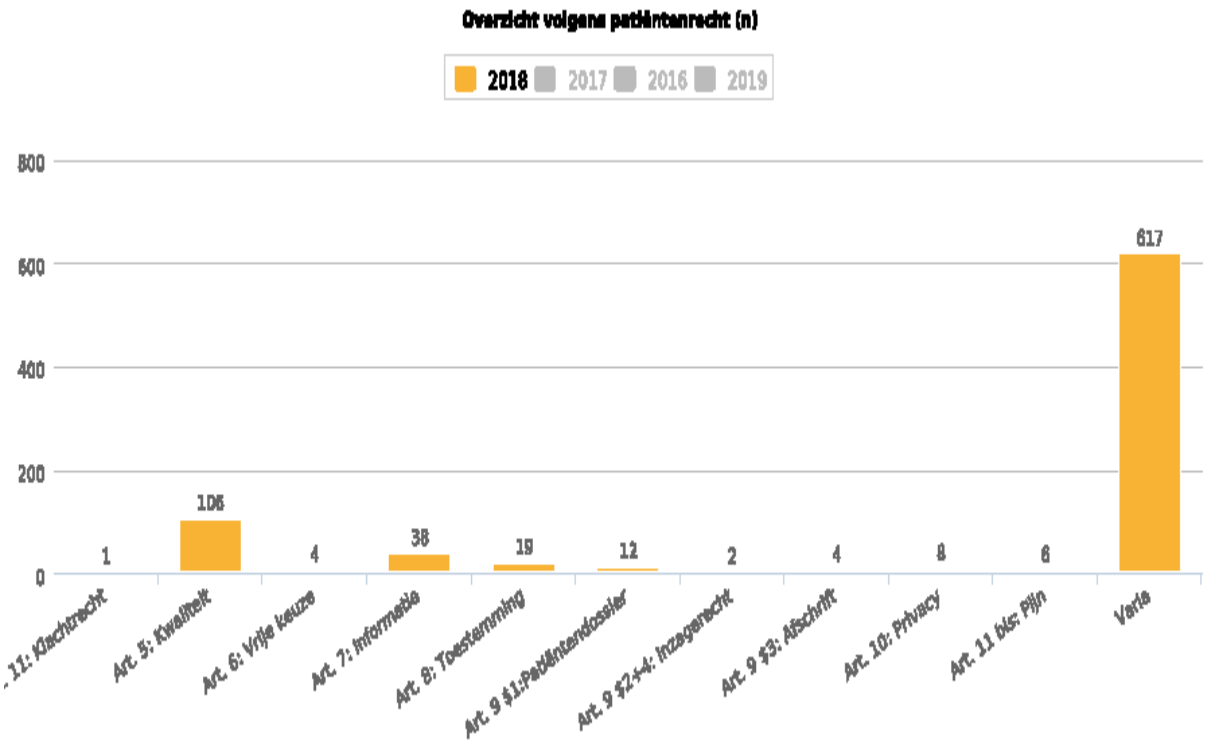
Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	617



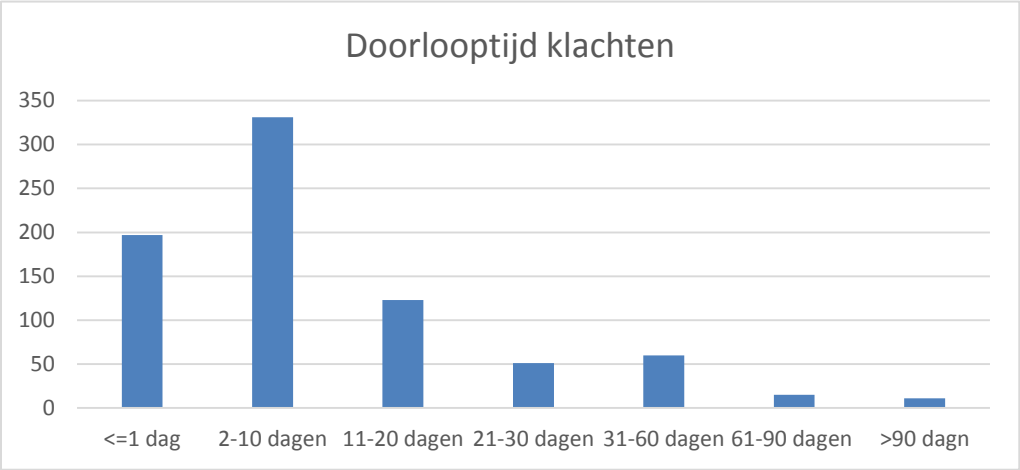
Tabellen/grafieken; klachtenratio:

Aantal contactnames: 599.527 (= verblijven met/zonder overnachting + amb. Activiteiten)
Aantal klachten: 798
Klachtenratio: 0.133 %

Bijkomende informatie/opmerkingen:

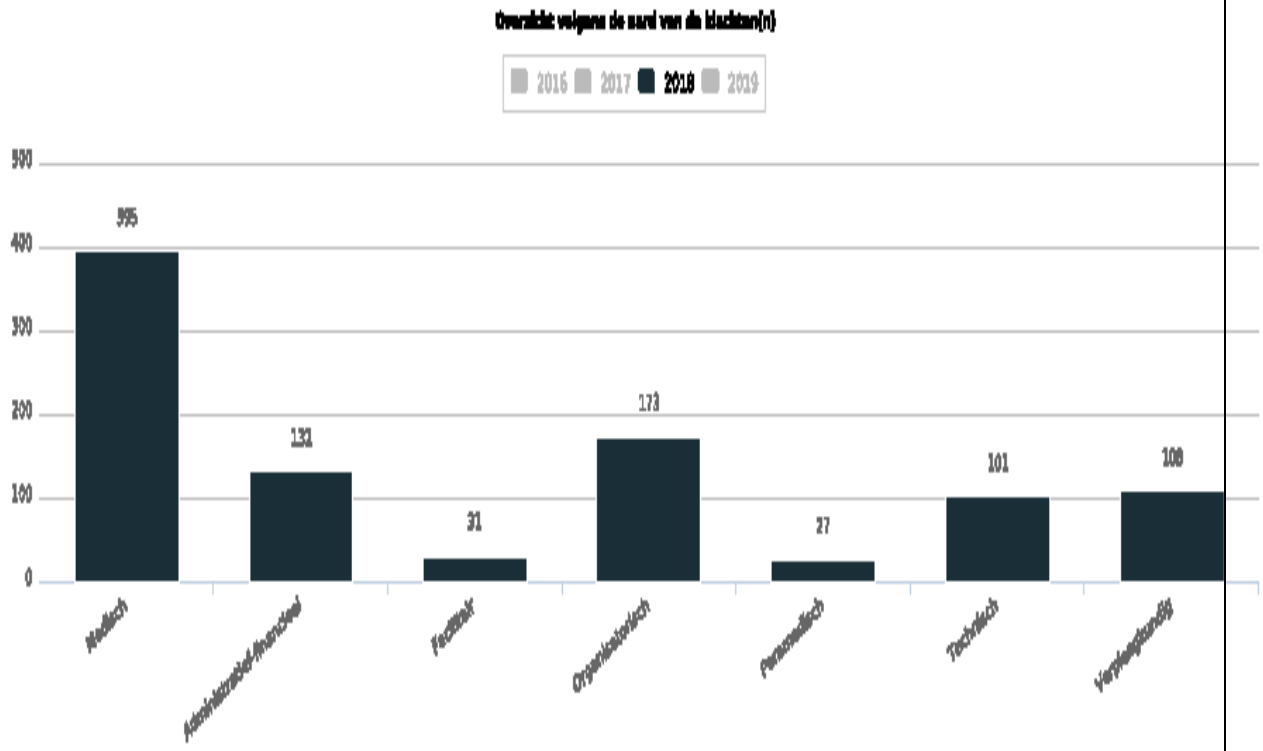
Doorlooptijd:

- 197 dossier: <= 1 dag
- 331 dossiers: 2-10 dagen
- 123 dossier: 11-20 dagen
- 51 dossiers: 21-30 dagen
- 60 dossiers: 31-60 dagen
- 15 dossiers: 61-90 dagen
- 11 dossiers: > 90 dagen



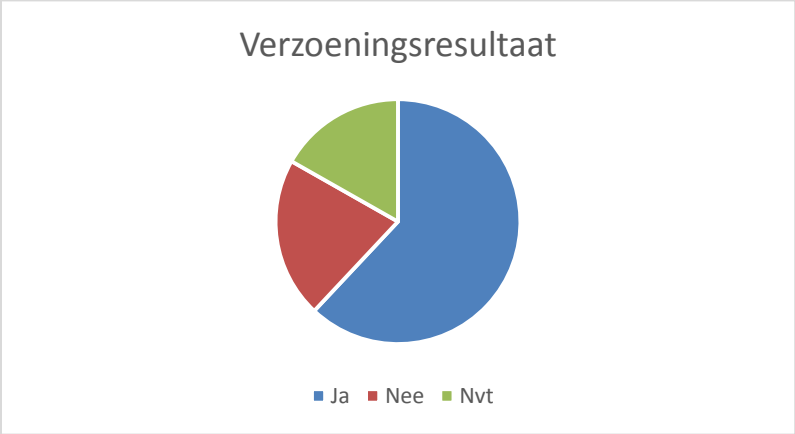
Meest voorkomende aspecten:

- Medische aspecten
- Organisatorische aspecten
- Financiële aspecten



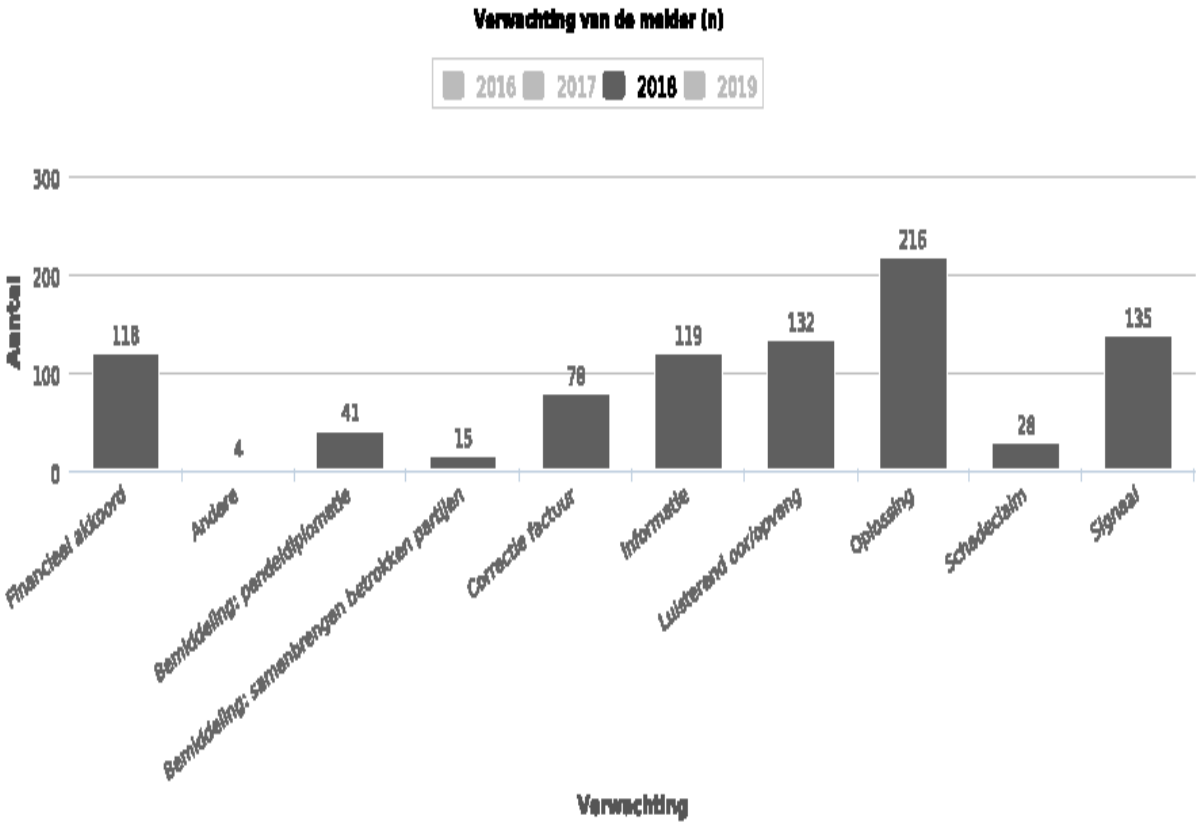
Verzoeningsresultaat bekomen:

- Ja: 491
- Nee: 168
- Niet van toepassing : 133

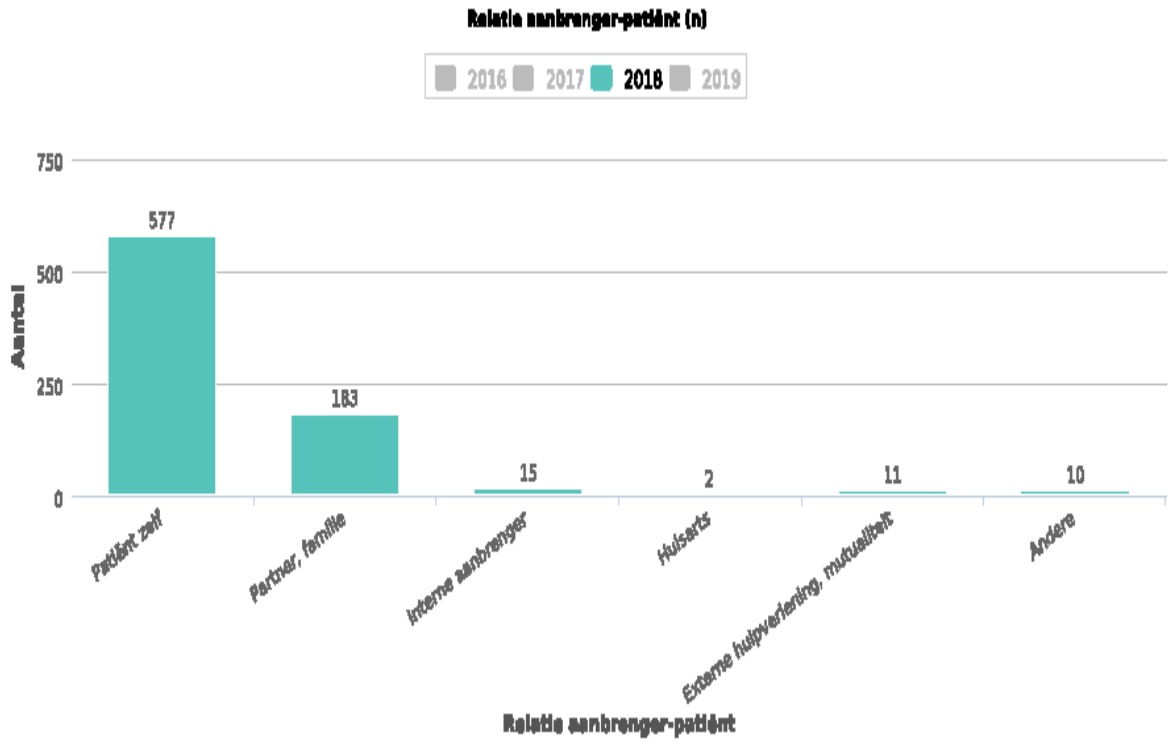


Verwachtingen van de klager top 3:

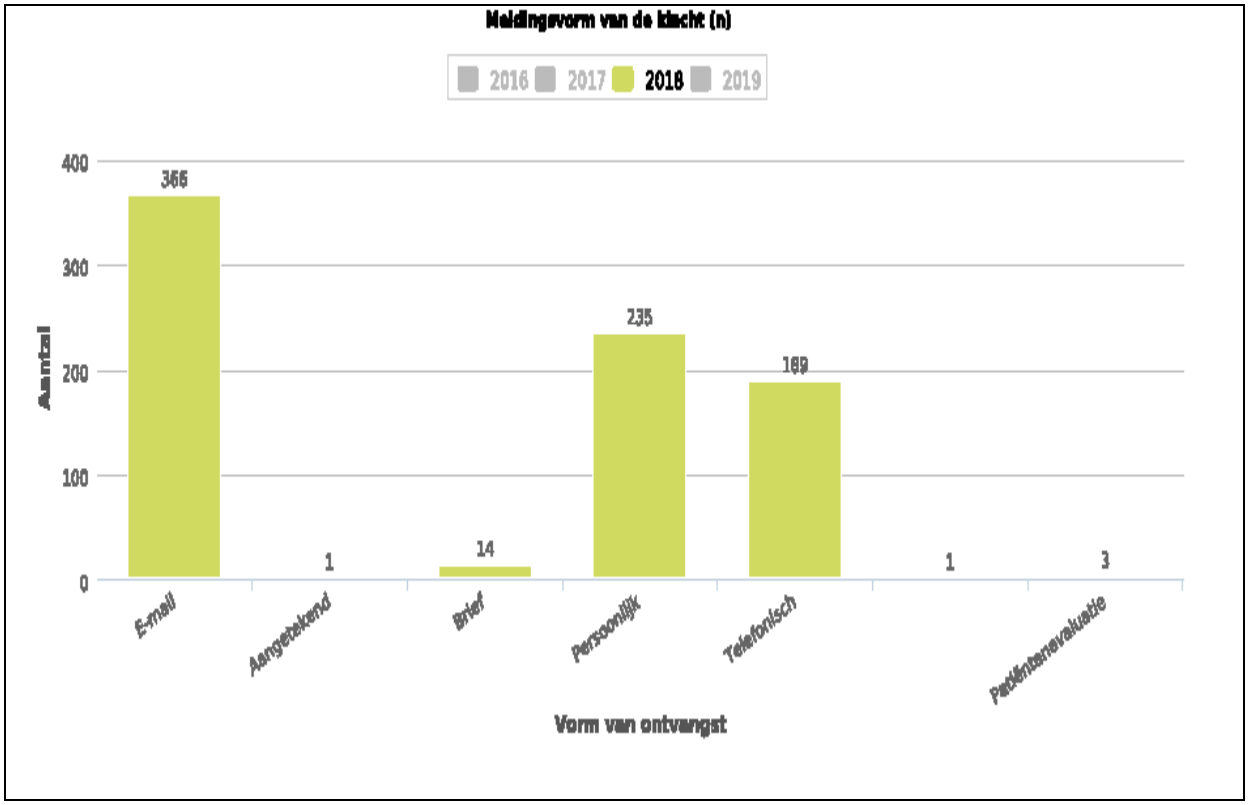
- Oplossing
- Signaal
- Luisterend oor/opvang



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

✓ **Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg**
In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. Men dient uiteraard de nodige aandacht voor deze respectvolle bejegening naar de patiënten toe te behouden.

Tegelijk krijgen de ombudsdiensten ook regelmatig het signaal van zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren. Men krijgt verwijten over zich heen; men eist een bepaalde behandeling/opname/voorschrift/attest/… waarna men zich kwaad maakt of agressief uitlaat indien men het gevraagde niet bekomt.

Dat bovengenoemde elementen niet bijdragen tot een constructieve sfeer en zorgen voor emotionele belasting bij alle partijen hoeft geen betoog. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht.

✓ **Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen**
Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan ervanuit dat je er ‘spoedig’ voort geholpen wordt.

Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een dringend tandartsconsult. Enzoverder…

Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdiensten krijgen hierover ook regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. Ze komen vaak met aandoeningen die eigenlijk in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden.
Binnen de ziekenhuizen is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen.

- ✓ **Nood aan een beter opvolgsysteem om patiënten terug te bellen**
  Patiënten contacteren de afdeling met een vraag voor hun behandelende arts, men belooft dat men de boodschap, om patiënt terug te bellen, aan de arts zal doorgeven. Vaak worden patiënten niet terug opgebeld wat, begrijpelijk, zorgt voor frustratie en ook vaak voor ongerustheid.

- ✓ **Nood aan betere communicatie tussen de verschillende medische diensten**
  Patiënten die in behandeling zijn op verschillende medische diensten botsen vaak tegen een communicatieprobleem. De communicatie tussen de verschillende afdelingen omtrent de medische toestand van patiënt loopt moeizaam alsook de communicatie naar patiënt toe hieromtrent. Het informeren van patiënt/familieleden is niet volledig waardoor patiënt bezorgd is over zijn gezondheid.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

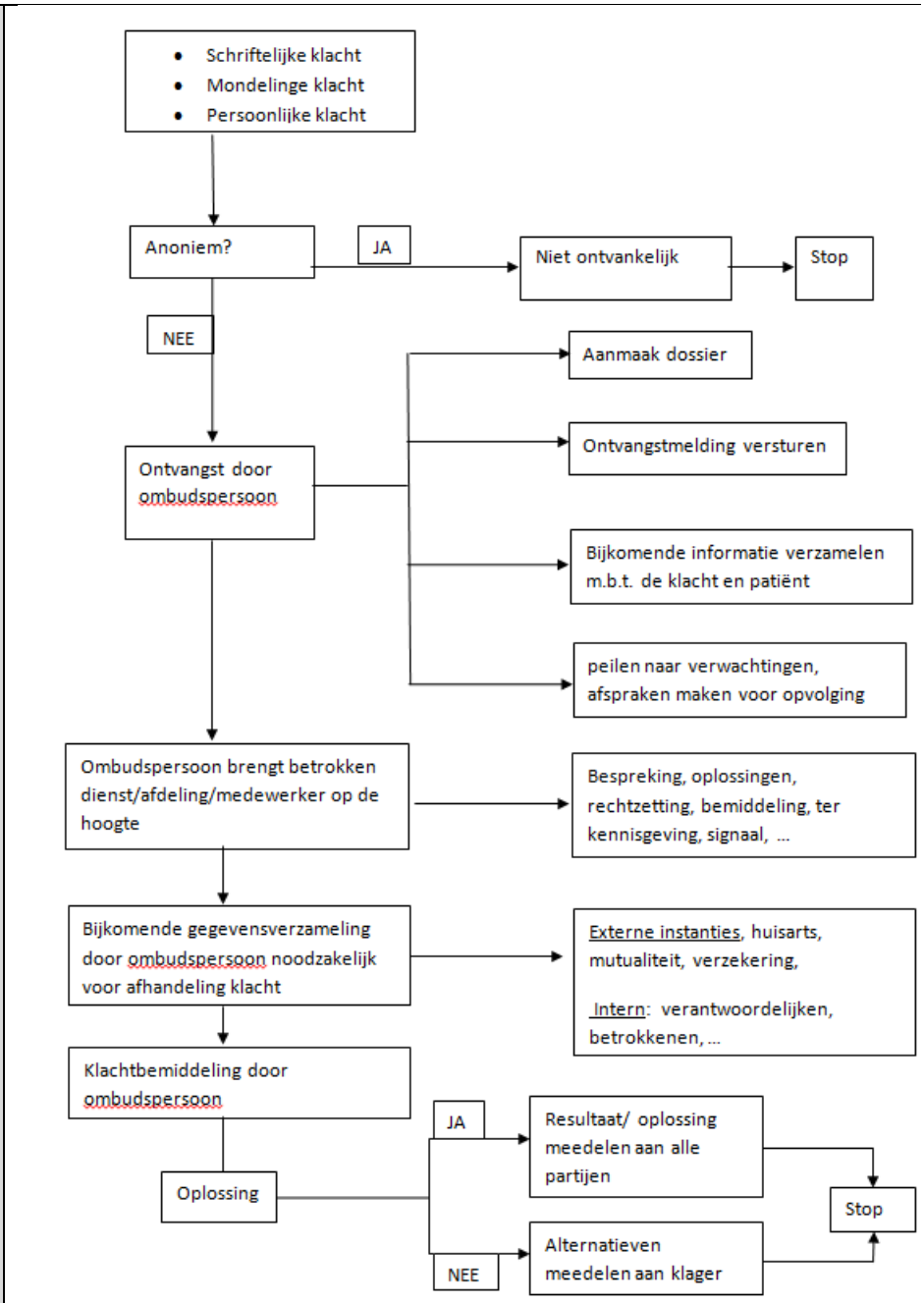
(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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(o)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 *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	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
Werkingsterrein 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;…*	De ombudsdienst is bevoegd voor klachten die zich hebben voorgedaan t.a.v. medewerkers van het AZ Herentals: - 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	294
Aantal infodossiers	68
Aantal pro actieve dossiers	6
Aantal opvragingen patiëntendossier	38
Aantal 'andere'	7

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)*	149
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	4
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	7
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	36
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	2
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	4
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	6
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	12
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	2
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	74
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Zie bijgevoegd jaarverslag	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;…)	
/	

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

azherentals

JAARVERSLAG 2018

Ombudsdienst AZ Herentals

Erkenningsnummer 308

1. Voorwoord

In 2018 werd voor het eerst het jaarverslag van de ombudsdiensten van de ziekenhuizen overgemaakt aan de Vlaamse Ombudsman. In 2019 doen we dat voor de tweede maal.
Een nieuwe wind waait daarmee door VVOVAZ (Vlaamse Vereniging van de Ombudspersonen van Algemene Zorgvoorzieningen) en schudt ons jaarverslag wat door elkaar. Wat minder cijfermateriaal, wat meer de nadruk op verzoenen, klachtenbeelden en verzoeningsresultaten.
De Vlaamse Ombudsman lanceerde in zijn jaarverslag van het afgelopen jaar de slogan: Verzoenen doen we samen.
Voor het eerst worden daarom de verzoeningsresultaten in het verslag opgenomen. Het werk van een hele organisatie in beeld. En voor die energie die niet alleen de ombudspersoon, maar ook patiënten en ziekenhuismedewerkers in 'klachten' steken, wil ik iedereen bedanken. Dat verdient een pluim.

Linda Schueremans
Ombudspersoon AZ Herentals

Bemiddelingsboek - 1527

2. Aantal meldingen

In 2018 werden minder dossiers (375) aangemaakt dan in het voorgaande jaar (407). 6 proactieve meldingen werden geen klacht. Een proactieve melding is een melding die (meestal) gebeurt door een zorgverlener, maar die nooit een klacht wordt. De anonieme melders verkozen de anonimiteit omwille van afhankelijkheidspositie t.a.v. van de zorgverlener of om geen negatieve energie meer in het verleden te steken, maar zich eerder te concentreren op hun genezing.
Het aantal informatieve dossiers bleef ongeveer status quo; evenals de verdeling over informatieve vragen m.b.t. de wet patiëntenrechten (WPR) en de overige vragen. De informatieve vragen behelsen grotendeels informatie omtrent het opvragen van een patiëntendossier.

Overzicht aantal dossiers AZ Herentals	**2018**	**2017**
Aantal klachten	294	319
Klachten –WPR	220	197
Klachten- overig	74	122
Aantal informatievragen	68	70
Info-WPR	56	51
Info- overig	12	19
Te behandelen dossiers	**362**	**389**
Anoniem	7	6
Proactief	6	12
Totaal aantal dossiers	**375**	**407**
Aantal patiëntencontacten	*	274 457
Klachtenratio	*	0,12%

*cijfergegevens nog niet definitief bij opmaak van het jaarverslag

3. Verzoeningsresultaten – Verzoenen doen we samen

Verzoening klachtendossiers	Klachten – WPR	Klachten	Totaal
Verzoend	136	56	192 (65%)
Niet verzoend	51	29	80 (27%)
Niet van toepassing	13	9	22 (7%)

Een nieuw gegeven vanaf dit jaar is om te bekijken in hoeverre de ombudsdienst erin slaagt om te verzoenen. Dit betekent niet noodzakelijk dat de partijen op eenzelfde golflengte zitten na behandeling door de ombudsdienst. Met verzoenen wordt vooral gekeken naar de toegevoegde waarde van de ombudsdiensten om een goed alternatief te bieden naast de andere mogelijkheden in conflictafhandeling bij ontevredenheid van patiënten en/of hun familie, zoals o.a. de juridische diensten van de mutualiteiten, Orde der geneesheren, een gerechtelijke procedure.
Men spreekt van verzoeningsresultaat wanneer de organisatie, een zorgverlener, een medewerker van het ziekenhuis, … een betekenisvolle stap gezet heeft, door tussenkomst van de ombudspersoon. Hiermee wordt niet het uiteindelijke resultaat bedoeld, wel de stap.
Met verzoening wordt bv; bedoeld dat een gesprek werd mogelijk gemaakt of dat een factuur werd gecorrigeerd door tussenkomst van de ombudspersoon, of dat informatie/toelichting/advies zorgde voor verheldering bij één of beide partijen.
Niet verzoend betekent dat de tussenkomst van de ombudspersoon geen toenadering, geen begrip voor/ geen gehoor bij de andere partij kon bewerkstelligen.

Bemiddelingsboek - 1528

Onder niet van toepassing, versta ik deze meldingen, die niet in aanmerking komen voor verzoening. Een voorbeeld hiervan is een melder, die het dossier éénzijdig stopzet of een melding die wordt overgemaakt aan de verzekeringsmaatschappij.
Temeer deze 'nieuwe' term opgepikt werd bij de Vlaamse Ombudsman en nog niet door VVOVAZ (De vereniging van Vlaamse Ombudspersonen) vorm werd gegeven, zijn de gegevens voor interpretatie vatbaar.

Enkele voorbeelden, die bijblijven en waarin de bemiddeling het verschil maakt.

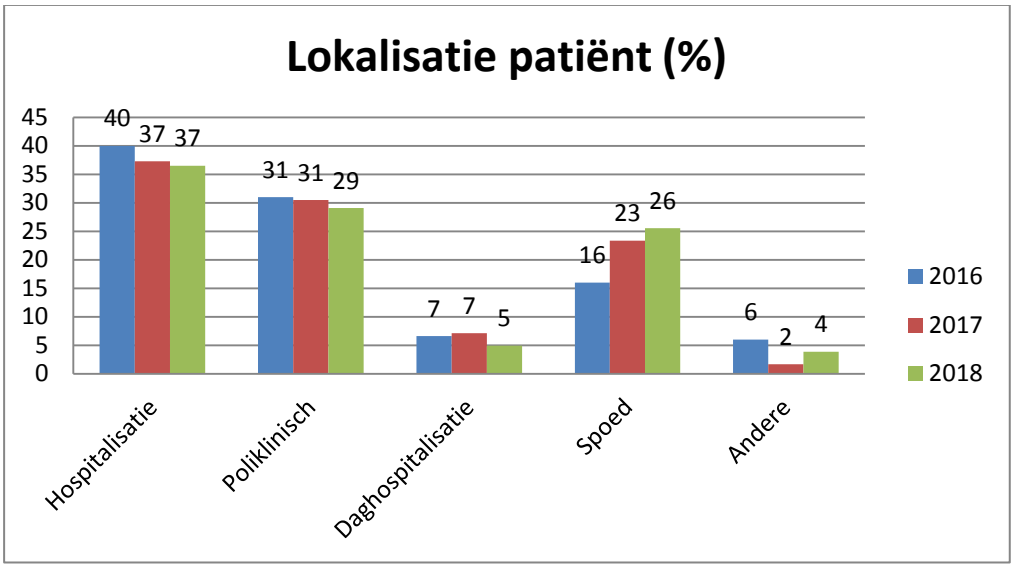
Een ouderpaar is erg gekwetst door de taal die op spoed werd gebruikt ten aanzien van hun zoon. Zelf worstelen de ouders al jarenlang met de problematiek van hun zoon. Dat nu een hulpverlener oordeelt over hun zoon, weegt zwaar. De arts geeft aan dat het om een vergissing gaat en begrijpt dat de woorden gekwetst hebben. Gezien de ruimte waarin gesprekken plaats vonden, in dit verhaal belangrijk zijn, werd een gesprek met de arts niet in het ombudskantoor gevoerd, zoals gewoonlijk, maar ter plaatse op de spoedafdeling. Zo kon exacter toegelicht worden hoe het gelopen is en sprak dit meer tot de verbeelding bij de ouders. Door het gesprek met de arts op deze locatie voelden de ouders zich in hun verdriet erkend.

Ik word door de afdelingsverantwoordelijke bij een 92-jarige patiënt en zijn jongste zoon geroepen. Het is 8u 's morgens. De zoon staat aarzelend op een afstand, want het is nog geen bezoekuur, maar wil zijn vader te kennen geven dat hij in de buurt is. De oude man heeft zijn jongste zoon om 4u vannacht gebeld. Hij is bang dat zijn andere zoon, de oudste zoon, met wie hij niet zo'n nauwe band heeft, hem naar het rusthuis wil over brengen. Dat heeft hij al meermaals gezegd en de patiënt wil dit niet. De oudste zoon komt, nu vader gehospitaliseerd is, regelmatig langs en vraagt dan de arts om informatie over de gezondheidstoestand van zijn vader. De patiënt wil niet dat de oudste zoon deze informatie ontvangt. Ik informeerde de patiënt en de jongste zoon over de mogelijkheid tot het aanstellen van een vertrouwenspersoon en een wettelijk vertegenwoordiger. Het was een hele geruststelling voor de patiënt dat hij nog kon bepalen wie er recht op informatie had en dat zijn jongste zoon er mee voor kon zorgen dat de patiënt zijn wil nog meetelde.

4. De melder en zijn ontevredenheid

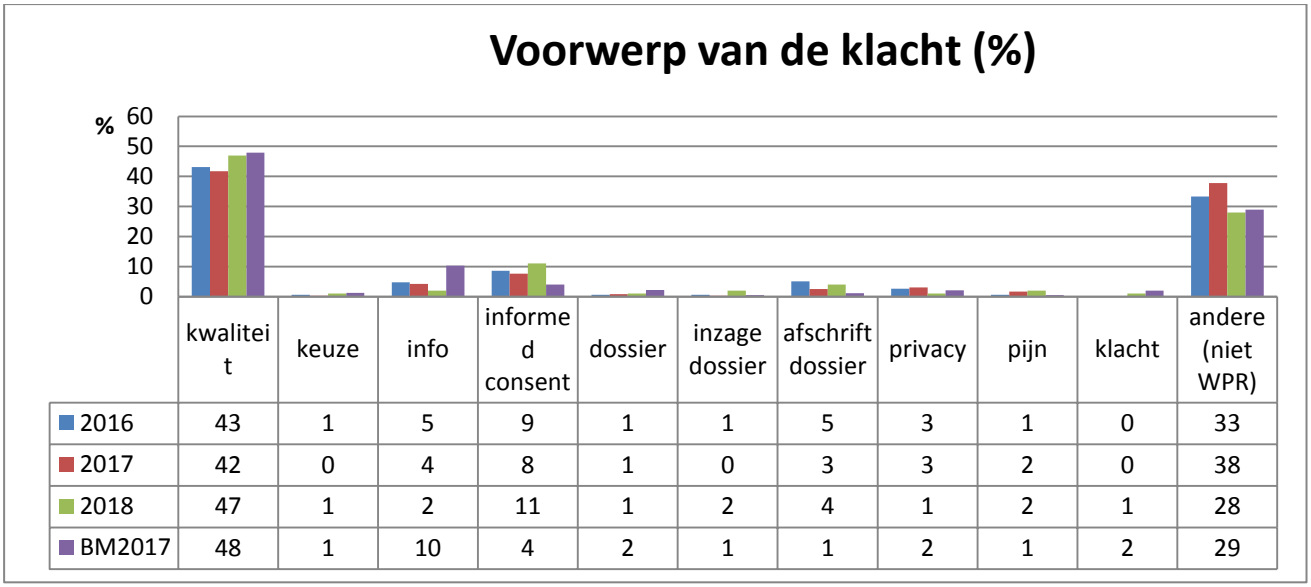
Meer dan 90% van de melders zijn patiënt of partner/familie van de patiënt. Dit cijfer verbergt een 7% aan meldingen, die de ombudsdienst opzoeken op vraag van een huisarts, interne zorgverlener. Deze melders weten zelden wat ze moeten verwachten van een ombudsdienst, omdat ze eigenlijk niet echt een probleem ervaren, ze zijn gestuurd.
Slechts een klein aantal patiënten verblijft in het ziekenhuis tijdens het uiten van ontevredenheid. Op zich is dit jammer, vermits de kans op het herstel van het vertrouwen het grootst is wanneer de organisatie of de zorgverleners nog een kans krijgen om het anders te doen. Dit leidt zeer vaak tot tevredenheid. Wanneer de patiënt wacht met het uiten van de klacht tot hij het ziekenhuis verlaten heeft, blijft het gevoel van onvrede veel langer hangen.
Familieleden komen regelmatig naar de ombudsdienst i.p.v. de patiënt of zonder medeweten van de patiënt. Daarom kijkt de ombudsdienst vanaf 2018 nauwkeuriger toe op de betrokkenheid en wens van de wilsbekwame patiënt. Er wordt meer informatie gegeven over het begrip 'vertrouwenspersoon' en 'wettelijk vertegenwoordiger'.

Bemiddelingsboek - 1529



De lokalisatie van de patiënt heeft in 37% betrekking op hospitalisatie, in 29% betrekking op polikliniek, in 5 % betrekking op daghospitalisatie en in 26% betrekking op spoedgevallen. Voor het derde jaar op rij neemt in verhouding de ontevredenheid bij patiënten op spoed toe. Het is niet zo dat de klachten van deze patiëntenpopulatie enkel betrekking hebben op medewerkers op spoed. Ook andere zorgverleners die bij deze patiënten op spoed komen, zijn betrokken. Het geeft wel aan dat deze patiëntenpopulatie een specifieke benadering vraagt. Wachttijden vallen zwaar, in het ongewisse blijven vreet aan mensen en wat gezegd wordt, wordt vaker verkeerd geïnterpreteerd. De kloof tussen wat patiënten, hun familie en zorgverleners urgent vinden, is hier erg groot. Dat leidt meermaals tot problemen in de communicatie, waarbij zorgverleners niet begrijpen waarom patiënten naar spoed komen en patiënten zich niet welkom voelen.
In 2018 is er op spoed veel verloop van zorgverleners geweest. Het is momenteel moeilijk in schatten welke gevolgen daarvan in deze cijfers meespelen.

Waarover gaan de klachten?



	kwaliteit	keuze	info	informed consent	dossier	inzage dossier	afschrift dossier	privacy	pijn	klacht	andere (niet WPR)
2016	43	1	5	9	1	1	5	3	1	0	33
2017	42	0	4	8	1	0	3	3	2	0	38
2018	47	1	2	11	1	2	4	1	2	1	28
BM2017	48	1	10	4	2	1	1	2	1	2	29

Binnen de wet op de patiëntenrechten gaan de klachten vooral over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Dit artikel uit de WPR is zeer ruim en gaat zowel over de medische, verpleegkundige, paramedische zorg als over bejegening. Dit is al geruime tijd de grootste groep van klachtenmeldingen. Bijna ½ klachten gaat hierover. Dit item is gestegen t.o.v. 2017 en evenaart het gemiddelde uit de benchmark 2017 (ziekenhuizen < 400 bedden).
Over het recht op informatie zijn er in het ziekenhuis minder klachten dan in de benchmark-groep. Er zijn dan weer meer klachten t.o.v. de benchmark voor het recht op informed consent.
Klachten over het afschrift van een patiëntendossier zijn er vooral wanneer een verslag niet beschikbaar is.
In de groep 'andere' worden varia klachten opgenomen, die geen betrekking hebben op rechten uit de wet op de patiëntenrechten, zoals o.a. wachttijden, verloren voorwerpen, lawaai ten gevolge van de bouwwerken.

5. Verwachtingen van patiënten en reactie vanuit de organisatie en ziekenhuismedewerkers

Meer dan 90% van de melders zijn of de patiënt zelf of de partner/een familielid van de patiënt.
Er zijn weinig proactieve meldingen geregistreerd.

De patiënt verwacht vooral informatie te verkrijgen, een luisterend oor te vinden of te beroepen op de bemiddelaar als pendelaar tussen melder en organisatie/hulpverlener/medewerker. De vraag om een factuur te corrigeren is ook een frequent voorkomende verwachting van de patiënt.

Verwachtingen melder		Resultaat	
Info/uitleg/herstel	21	Info/uitleg /herstel (excuses)	39
Signaal	11	Uitoefenen van rechten	7
Luisterend oor/opvang	16	Verzekeringsdossier	3
Schadeclaim	4	Correctie factuur/kwijtschelding	8
Correctie factuur	14	Pendelen	23
Pendeldiplomatie	22	Gesprekken /samenbrengen partijen	9
Samenbrengen partijen	2	Doorverwijzen/Alternatieven	5
Andere	10	Andere	5

Het verwachtingspatroon van de melder resulteert niet altijd in het verkrijgen van deze verwachting. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt verwacht dat een hulpverlener zijn excuses aanbiedt, kan het zin dat deze patiënt na een gesprek toch tevreden de deur uitgaat, zonder dat de hulpverlener excuses aangeboden heeft.
Het informeren, uitleggen hoe en of waarom iets gebeurd is (de andere kant van het verhaal) geeft de melder inzicht in het aangeklaagde probleem en komt het vaakst voor. Daarnaast wordt wel degelijk spontaan overgegaan tot het aanbieden van excuses.
Daarnaast wordt er ook vaak gependeld tussen melder en ziekenhuismedewerker. Dit gaat ten koste van gesprekken en het samenbrengen van partijen, wat zeer intensief is, maar meestal het beste resultaat oplevert. Pendeldiplomatie werkt goed wanneer de partijen elkaar niet willen zien bijvoorbeeld als er veel boosheid is en dit een (constructieve) dialoog belemmert.
Er worden niet zoveel facturen gecorrigeerd zoals verwacht. De reden waarom er toch tot correctie of kwijtschelding wordt overgegaan, is omwille van een fout of daarmee willen tegemoet komen aan de ervaring of situatie van de patiënt.

Bemiddelingsboek - 1531

6. Werken aan verbetering

Het patiëntendossier:

- In 2018 werd de toegang voor patiënten tot hun electronisch patiëntendossier (EPD) gerealiseerd. Op zich verloopt het informeren van patiënten over hoe ze toegang kunnen krijgen tot hun dossier vrij vlot en bekomen patiënten de informatie die ze nodig hebben.

- In het patiëntendossier is ook ruimte voorzien voor documenten zoals het aanstellen van een vertrouwenspersoon of het aanstellen van een wettelijk vertegenwoordiger. Gezien deze begrippen meer beginnen leven bij de patiënten is het goed dat de documenten vlot terug te vinden zijn in het EPD.

- Het verzoek tot inzage in het dossier van een overledene wordt frequenter geuit. Deze vraag ontstaat meermaals uit de gedachte dat antwoorden te vinden zullen zijn in het dossier. Doorvragen en omvormen naar een vraag om een gesprek met zorgverleners m.bt. het overlijden van een dierbare, leidt vaker tot tevredenheid van de betrokkenen, dan het uitoefenen van het recht op inzage.

- Patiënten lezen vaker hun opnameverslagen, verslagen van raadplegingen. Dat biedt patiënten de kans om meer betrokken te zijn bij hun eigen zorg. Tevens uit de patiënt onvrede met de verslaggeving. Deze strookt niet altijd met wat er gebeurd is. Checklijsten gebruiken bij het stellen van een diagnose kan zinvol zijn, maar het dient daarom niet letterlijk overgenomen te worden in verslaggeving wanneer niet elk onderdeel afgetoetst werd.

Informeren van patiënten:

- Naar aanleiding van een aantal klachten werden wijzigingen aangebracht in informatiebrochures. Ook de informed consent werd uitgebreid en hoe langer hoe meer vindt dit daadwerkelijk zijn intrede.

- Ik hoor uit klachten deels dat patiënten wel ingelicht zijn over complicaties en ook deels dat ze niet op de hoogte waren van mogelijke complicaties. Het lijkt m.i. dat er zeker vooruitgang werd geboekt in het informeren over de kostprijs van een behandeling. Wat betreft de algemene informatie is deze in brochures verbeterd. Informeren gebeurt het best via enkele kanalen bv. mondeling en schriftelijk. Hier heeft de patiënt ook de verantwoordelijkheid om te lezen wat hem aangereikt wordt.

- Patiënten schrikken ook van de snelheid waarmee een consultatiemoment of een bezoek van de geneesheer op de kamer, kan afgelopen zijn. Een tip die zeker mee te nemen is, is dat patiënten op papier hun vragen zetten.

Kwaliteitsvolle zorg, een subjectief gegeven:

- Ziekenhuismedewerkers staan open om met patiënten in gesprek te gaan. Op zich brengt het toelichten van ieders standpunt wel begrip. Dit betekent niet dat partijen met elkaar akkoord gaan.

Bemiddelingsboek - 1532

- Patiënten zijn vooral ontevreden over:
    - de complicaties die ze ontwikkelen ten gevolge van niet kwalitatieve zorg.
    - Op spoed: het niet erkennen van breuken op spoedgevallen, het missen of laattijdig stellen van een diagnose, het niet of onnauwkeurig aangeraakt/onderzocht worden

Communiceren met patiënten:

- In 2017 werd een charter rond hoffelijkheid opgemaakt in het ziekenhuis. Met dit charter wordt een kader gecreëerd dat de krijtlijnen rond hoffelijk gedrag beschrijft. In gesprekken met zorgverleners werd hier het afgelopen jaar naar verwezen.

- Er is een wederzijds ervaren van respectloos gedrag tussen patiënt en ziekenhuismedewerker. De medewerker ervaart mondigere(/veeleisende) patiënten. Patiënten ervaren onvriendelijke/ongeduldige/weinig behulpzame medewerkers.

- Er is een grote kloof tussen perceptie van patiënten en hulpverleners over de rol van spoeddiensten . Bijvoorbeeld voor de spoedarts is een patiënt die op spoed komt met de klacht dat hij al enkele weken pijn heeft, meestal geen 'spoedpatiënt'. Uiteraard vindt deze arts dat de patiënt moet geholpen worden, maar hij zal hiervoor doorverwijzen naar een specialist of huisarts. Om de patiënt (voorlopig)te helpen zal hij een pijntherapie opstellen. De patiënt is slechts tijdelijk geholpen, zijn pijn zal verbeteren en hij wordt huiswaarts gestuurd. Bij het uitwerken van de therapie zal de patiënt opnieuw pijn ervaren en ontevreden zijn, omdat hij verwacht dat zijn klacht verholpen wordt bij een bezoek aan spoed.

- Een gouden regel : Zeg wat je doet. Doe wat je zegt en wat je achter de schermen gedaan hebt bv. Ik heb uw scan van vorige week bekeken.

- Patiënten verwachten meer dat er gecommuniceerd wordt tussen zorgverleners onderling en dat de arts bij wie ze in behandeling zijn op de hoogte is van de gezondheidstoestand van de patiënt.

Facturen:

- Klachten omtrent onduidelijke facturen zijn er niet frequent. Meestal worden deze samen met de informatieve vragen doorverwezen naar de facturatiedienst en worden ze daar in eerste lijn opgenomen.

- Bij niet- betaling van de factuur van een kind van gescheiden ouders worden beide ouders gedagvaard, ondanks de ene partij volgens het opgestelde scheidingscontract, de schuld t.a.v. het ziekenhuis heeft voldaan. Deze situatie komt binnen eenzelfde gezin meerdere keren per jaar voor. Meestal is het de partij die de factuur (voor de helft) voldoet, niet diegene die met het kind naar het ziekenhuis kwam.

- Verder zijn er enkele structurele problemen kunnen aangepakt worden het afgelopen jaar bv. het aanrekenen van een supplement voor het uitvoeren van een dringend onderzoek op een weekenddag. Het onderzoek werd blijkbaar wel op een weekenddag uitgevoerd, maar niet dringend. De oorzaak lag in een fout in het softwarepakket en werd rechtgezet.

- Facturen van ziekenvervoer zijn meermaals erg hoog. Vooral de facturen voor het secundair vervoer (469€ voor een rit van 43 km). Voor een patiënt is het voordeliger om het secundair vervoer via de mutualiteit te laten regelen. Praktisch gezien zijn daar veel partijen bij betrokken: de patiënt, het ziekenhuis waaruit de patiënt vertrekt, het ziekenhuis waar de patiënt toekomt, de vervoersmaatschappij, de mutualiteit, …

Varia:

- Verlies van voorwerpen. Patiënten brengen af en toe waardevolle voorwerpen mee naar het ziekenhuis. Dit wordt afgeraden in de onthaalbrochure. Jaarlijks zijn er patiënten die hun identiteitskaart verliezen. Het is niet steeds duidelijk of deze identiteitskaart in het ziekenhuis is geraakt. Dit leidde tot discussies. Nu wordt bij het inschrijven van de patiënt genoteerd wanneer deze identiteitskaart afgegeven werd aan het onthaal en wanneer teruggegeven aan de patiënt.

- Wachttijden. Patiënten zijn veelal geduldig en accepteren een redelijke wachttijd in de wachtzalen. Patiënten zijn ontevreden wanneer ze te lang (een subjectief begrip, gaande van 'binnen drie maanden' tot 'volgende week') moeten wachten vooraleer ze op raadpleging mogen komen.
  Lange wachttijden maken dat de prijs voor de parking oploopt.

- Bereikbaarheid. Wat opvalt in meerdere klachten over bereikbaarheid van artsen is dat patiënten tijdens de opnameperiode te horen krijgen dat ze altijd mogen contact opnemen bij problemen, maar als er dan effectief problemen zijn, dan is het moeilijk om artsen te bereiken. Eén patiënt had dit nogal letterlijk genomen en stond hier terug, zonder afspraak en schrok dat hij niet bij een arts terecht kon.

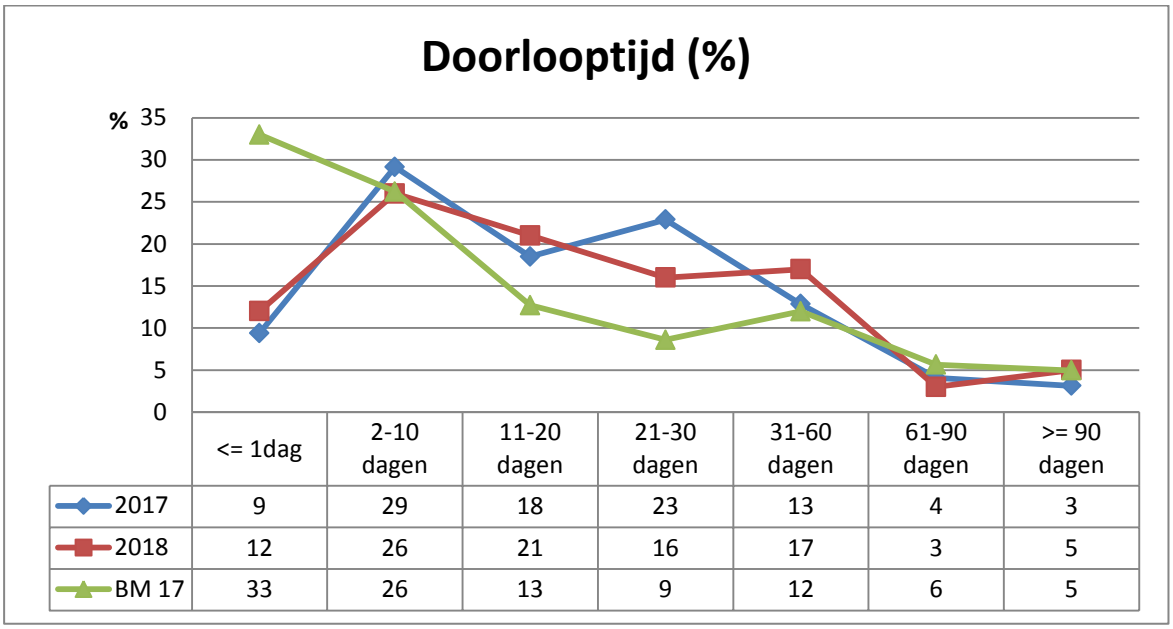
- Problemen ten aanzien van de facilitaire en technische dienst . Zoals elk jaar zijn er ook een minderheid van klachten geweest ten aanzien van het plaatsgebrek op de parking. De bouwwerken zorgden ook voor overlast. In december werd beslist om die kamers die het dichtst bij de bouwwerken gelegen zijn, te sluiten, indien de bedbezetting het toeliet. Patiënten vonden dit het comfort van een éénpersoonskamer onwaardig en hadden liever voorafgaandelijk geweten dat het erg rumoerig zou zijn op de kamer, zodat ze eventueel nog hadden kunnen overwegen om op een andere kamer (eventueel een tweepersoonskamer) gehospitaliseerd te worden.

- Organisatorische problemen. Tenslotte wil ik even de aandacht vestigen op organisatorische problemen die aangehaald zijn het afgelopen jaar. Patiënten zijn patiënt, maar ook gezinslid, werknemer, … Om naar het ziekenhuis te komen, moeten ze verlof nemen, een werkverlet regelen, een babysit zoeken, … Daar wordt te weinig rekening mee gehouden.
  - Patiënten die naar het ziekenhuis komen voor een ingreep en die op dat moment te horen krijgen dat ze niet geopereerd zullen worden.
  - Afspraken worden niet in samenspraak met patiënten verzet. Als een onderzoek verzet wordt naar een latere datum en de patiënt diezelfde dag een afspraak had bij de specialist om de resultaten te bespreken, dan is die afspraak plots nutteloos geworden.

Bemiddelingsboek - 1534

7. Werking van de ombudsdienst

Er wordt een streefdoel van 1 maand vooropgesteld waarbinnen een ombudsdossier kan afgehandeld worden. In 2017 werd dat gehaald bij 79% van de dossiers. In 2018 vermindert deze score naar 75%. De complexiteit van de dossiers neemt toe.



	<= 1dag	2-10 dagen	11-20 dagen	21-30 dagen	31-60 dagen	61-90 dagen	>= 90 dagen
2017	9	29	18	23	13	4	3
2018	12	26	21	16	17	3	5
BM 17	33	26	13	9	12	6	5

- De administratieve overload is frequent spil van ongenoegen. Patiënten hebben de documenten die moeten ingevuld worden niet steeds bij zich. Of instanties aan wie de formaliteiten moeten overhandigd worden, accepteren het document niet wanneer het niet op een document met logo van de maatschappij is, … Na het bezoek aan de arts, heeft de patiënt nog zijn ingevuld formulier nodig. Om die reden wordt de ombudsdienst dan gecontacteerd. Deze klacht wordt enkel behandeld in tweede lijn ofwel omdat de patiënt van het kastje naar de muur wordt gestuurd ofwel omdat hij al verschillende pogingen gedaan heeft om een ingevuld formulier te bekomen en dit niet lukt.
- De ombudsdienst krijgt vele aanvragen om een afschrift van het patiëntendossier te bekomen. De omschakeling naar een EPD met toegang voor patiënten via login, is een grote stap voorwaarts in de workload die dit soort aanvragen met zich meebrengt. Idealiter komen enkel tweedelijnsklachten toe bij de ombudsdienst.

Bemiddelingsboek - 1535

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018
(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	01.01.2018 - 31.12.2018

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 30/sep	bedden erkend	verantw.*	opgesteld	bezet
A	30	30	32	27
C	53	131	49	39
D	46		60	51
E	17	15	20	4
G	48	60	52	48
I	12	-	12	9
M	18	10	21	5
n	0	0	5	1

	<table><tr><td>Subtotaal</td><td>224</td><td>246</td><td>251</td><td>183</td></tr><tr><td>DagZH</td><td></td><td>8</td><td></td><td>32</td></tr><tr><td>31/aug</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Totaal</td><td>224</td><td>254</td><td>251</td><td>215</td></tr></table> *: financiering 01.07.2018 – basis : MZG 2016
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 Klachtenregistatie

Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	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
Werkingsterrein 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;…*	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. 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. 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. 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. **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). 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: ☐ invullen van een verzoekformulier met de benodigde gegevens (patiënt – ouder –voogd – verwant van de overleden patiënt); ☐ de vraag tot terbeschikkingstelling van het dossier wordt gesteld aan de betrokken geneesheer. Bij problemen wordt de hoofdgeneesheer betrokken; ☐ 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. **Taken van de ombudspersoon** 1. **Preventie:** ☐ Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen; ☐ 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 voorkomen. 2. Het in **ontvangst** nemen: ☐ 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; ☐ Bij het ontvangen van een klacht wordt aan de patiënt onverwijld een schriftelijke ontvangstmelding overgemaakt met vermelding van een referentienummer. 3. Het verstrekken van **informatie**: ☐ over de organisatie; ☐ over de werking en procedureregels van de ombudsfunctie; [2] ☐ over de wet op de patiëntenrechten. 4. Het opzetten van een **bemiddeling** teneinde de verstoorde relatie tussen de patiënt en zijn zorgverstrekker of ziekenhuis te herstellen. 5. Het informeren en advies geven over **verdere proceduremogelijkheden** wanneer interne bemiddeling geen oplossing is of geboden heeft. 6. Het **systematisch verzamelen** van gegevens teneinde: ☐ 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; ☐ 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.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Zie klachtenprocedure, vermeld hieronder, onder het punt 'Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?'

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 ombuspersoon 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 beklaagde 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	211
Aantal infodossiers	37
Aantal pro actieve dossiers	44
Aantal opvraging patiëntendossier	46
Aantal 'andere'	22

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)*	116
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	4
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)	30
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	46
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)	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	
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
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. Dit jaarrapport zal ter beschikking gehouden worden van de Vlaamse Overheid of - op uw vraag - graag aan u overgemaakt worden.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;…)	
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 Dit jaarrapport zal ter beschikking gehouden worden van de Vlaamse Overheid of - op uw vraag - graag aan u overgemaakt worden.	

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. 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. Dit jaarrapport zal ter beschikking gehouden worden van de Vlaamse Overheid of op uw vraag graag aan u overgemaakt worden. ---------- Ombuds az West schaart zich 100% achter de problematieken, beschreven in de VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsdienst Algemene Ziekenhuizen) – nieuwsbief 01/219: 1. **Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg** In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. Men dient uiteraard de nodige aandacht voor deze respectvolle bejegening naar de patiënten toe te behouden. Tegelijk krijgen de ombudsdiensten ook regelmatig het signaal van zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren. Men krijgt verwijten over zich heen; men eist een bepaalde behandeling/opname/voorschrift/attest/… waarna men zich kwaad maakt of agressief uitlaat indien men het gevraagde niet bekomt. Dat bovengenoemde elementen niet bijdragen tot een constructieve sfeer en zorgen voor een emotionele belasting bij alle partijen hoeft geen betoog. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht. Az West wil via een affichecampagne respectvolle omgang onder de aandacht brengen van zorgverstrekker, medewerker, patiënt en familie. Ondersteuning vanuit de Vlaamse Overheid hierbij zou als positief ervaren worden.

2. **Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen**

   Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je er 'spoedig' voort geholpen wordt. Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een dringend tandartsconsult. Enzoverder…

   Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdiensten krijgen hierover ook regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. Ze komen vaak met aandoeningen die eigenlijk in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden.

   Binnen de ziekenhuizen is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen

3. **Maatregelen om meer patiëntgerichte werktijd vrij te maken in het belang van zorgverstrekkers en patiënten dringen zich op.**

   Er is nood aan meer informatie versus nood aan tijd om te communiceren

   Een overgroot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen.

   Patiëntenrechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt langs verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings- en verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om deze beslissingen wel overwogen te kunnen maken.

   Zorgverstrekkers botsen van hun kant op het feit dat zij bij "veelvragende patiënten" onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.

   Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail. Verpleegkundigen, steeds met minder hetzelfde werk doen lopen, tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten. Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net deze mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De core van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk en veroorzaakt spanning en stress.

   Langs beide kanten van het verhaal zitten mensen die de situatie anders zouden willen zien en die vragen om meer tijd om samen gefundeerde keuzes te kunnen maken.

Az West maakt folders op om de patiënt te informeren over zijn verzorgingstraject. Zo is er een intake binnen de 24u bij gehospitaliseerden waar standaard de onthaalbrochure van het ziekenhuis meegegeven wordt. Er bestaan daar bovenop onthaalbrochures specifiek voor bepaalde diensten zoals materniteit en pediatrie, maar ook brochures per diagnose of ingreep (bv. brochure coloscopie), brochures i.v.m. revalidatie, brochures om de patiënt te informeren over de werking van bepaalde diensten (bv. psychologische dienst, rookstopbegeleiding), enz. Na ontslag van de patiënt krijgt deze ook ontslaginstructies mee, een document waarin staat wat hij/zij wel of niet mag doen en welke medicatie hij/zij moet nemen. Bij de ombudsdienst is ook de brochure rechten en plichten van de patiënt beschikbaar (+ affiche op veel locaties in het ziekenhuis). Met deze schriftelijke communicatie proberen we de patiënt tijdig en voldoende te informeren.

4. **Nood aan maatregelen inzake het ziekenvervoer**

a. Dringend ziekenvervoer tussen ziekenhuizen valt tussen de regelingen van diverse instanties, zodoende wordt de patiënt geconfronteerd met vaak dure rekeningen
De uitbreiding van de netwerking van de ziekenhuizen zal dit probleem nog verder doen toenemen

Het dringend ziekenvervoer vanuit het ziekenhuis blijft een groot probleem. Mutas (een intermutualistisch project waarmee diverse ziekenfondsen samenwerken – voor 8.800.000 leden) – organiseert geen dringend vervoer o.a. met monitoring, zuurstof en/of onder begeleiding van een verpleegkundige of arts en verwijst voor dergelijk vervoer naar de dienst 100

De dienst 100 weigert meestal dergelijk transport, zij zien dit niet als dringend gezien de patiënt zich reeds binnen de ziekenhuismuren bevindt. Achterliggende regelgeving gebiedt hen ook de patiënt naar een dichtstbijzijnd behandelcentrum voor de betrokken pathologie te brengen dit vormt vaak niet het centrum dat tegemoet komt aan de keuze van de patiënt. Tevens zijn de middelen ook hier beperkt waardoor de dienst 100 de interventiezone niet kan verlaten.

Met als gevolg dat patiënt zal terugvallen op een ambulancedienst waarvoor zijn ziekenfonds vaak geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt een dure rekening ontvangt waar het ziekenfonds en vaak ook de achterliggende hospitalisatieverzekeringen niet (of erg beperkt) in tussenkomen.

b. Niet-dringend ziekenvervoer waarbij de patiënt zuurstof, infuus, sondevoeding (+ andere verpleegkundige B1 handelingen) toegediend krijgt onder andere bij ontslag uit het ziekenhuis, transport naar het ziekenhuis of interhospitaal transport kan niet via Mutas worden geregeld.

Patiënt zal hierdoor terugvallen op ambulancediensten waarvoor zijn ziekenfonds geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt met duurdere rekeningen geconfronteerd wordt

Op diverse niveaus zijn medewerkers van az West betrokken in overlegorganen. Hun blijvende ambitie om duidelijkheid te scheppen in het ziekenvervoerverhaal dwingt hen om deze problematiek regelmatig bespreekbaar te maken.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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	4e verdieping – op een afdeling interne geneeskunde
Registratiesysteem	Ja - Infoland
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	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	- Symposium beroepsvereniging (VVOVAZ)
Werkingsterrein 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;…*	- Klachtenbemiddeling vanuit patiëntenrechtenwet - Afschrift dossier - Verzekeringsdossiers - Projecten rond patiëntenparticipatie
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	- 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?
Maandelijks worden structurele klachten/herhalingsklachten doorgenomen met klachtencommissie, inhoudelijk, niet nominatief. Punten ter verbetering worden opgenomen door eigenaar aan te duiden, opvolging en bijsturing gebeurt verder door departementeel directielid. Niet elke herhalingsklacht wordt opgelost, maar er volgen weldegelijk verbeteracties uit klachten.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Accent op herhalingsklachten en welk effect dit heeft op de organisatie → oplossingen/verbeteracties! Top 5 aangeven aan de organisatie van de actuele belangrijke problematiek →lerende organisatie Streven naar een win-winsituatie.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;…)
Meest voorkomende resultaten: - 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 → Orde van Artsen, juridische dienst mutualiteit Meest voorkomende moeilijkheden: - Bewaken van de eigen neutraliteit - Samenwerking (geen feedback verkrijgen van interne zorgverleners) - Bewaken beroepsgeheim t.a.v. directie - Te weinig jobtime voor de actuele jobload! - Heden 2019: fusie tot A.Z. Rivierenland. 2e ombudspersoon, herevalueren en synchroniseren van de procedures en werkwijze.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen</u>: ✓ 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: 412 Klachtendossiers: 262 → 171 patiëntenrechtenwet + 91 andere

Aantal infodossiers	15
Aantal pro actieve dossiers	5
Aantal opvragingen patiëntendossier	121
Aantal ‘andere’	9 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)*	134
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7) + informatie betreffende de prijs	18
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	10
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)	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)	2

Rechten van de patiënt:

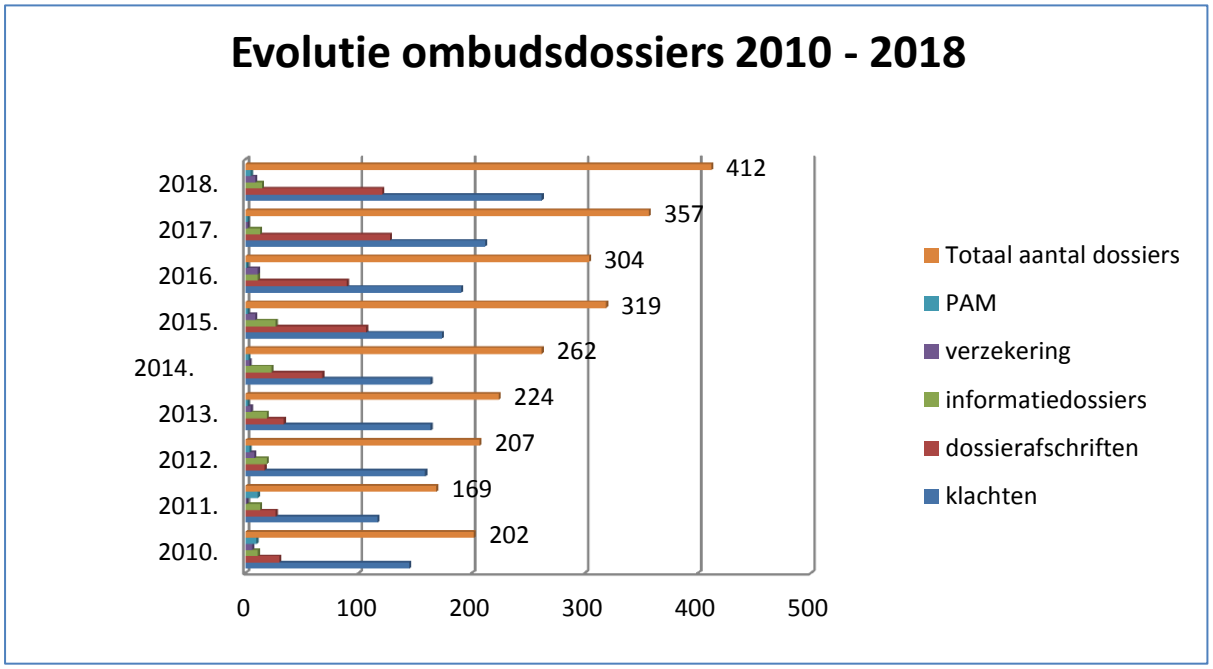
**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische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

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

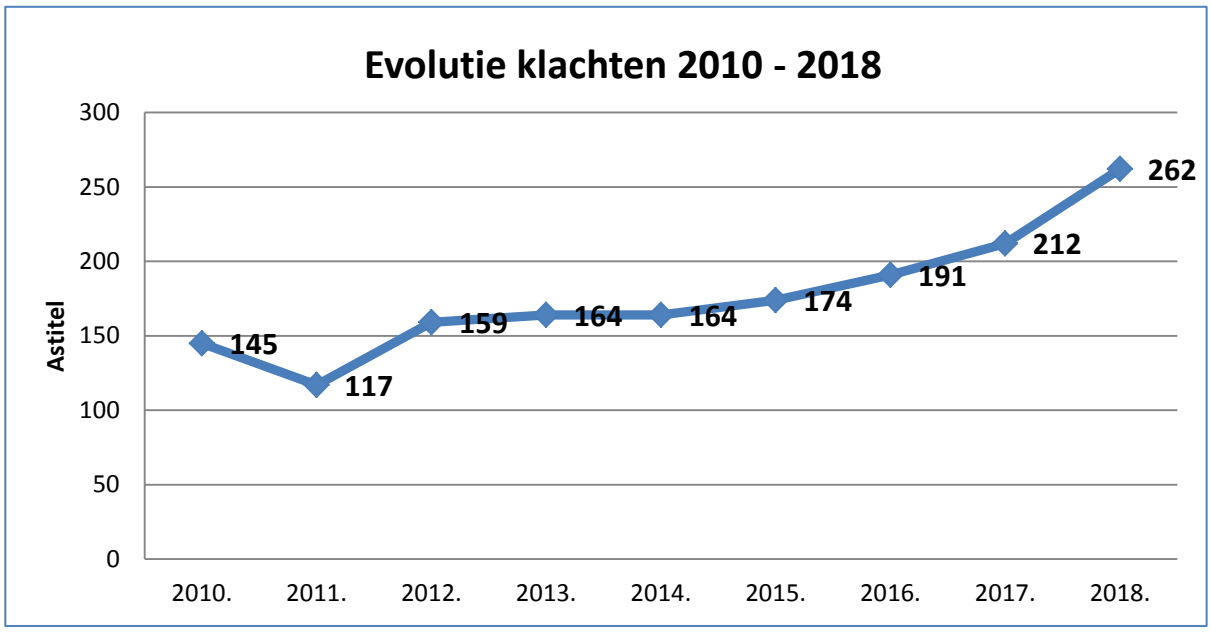
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de 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	91
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	

1.Evolutie totaal aantal dossiers: klachten + dossierafschriften + informatiedossiers + verzekeringsdossiers + pro-actieve meldingen



2. Evolutie aantal Klachten:



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

2018:

- Medisch en verpleegkundige klachten maken 72% uit van het totaal aantal klachten
- Meer klachten rond voorafgaande informatieverstrekking over de financiële implicaties
- Sinds 2017 wijziging van 130 naar 200% ereloonsupplementen → toename van klachten over de ereloonsupplementen
- Onthaal: wachttijden aan inschrijvingen
- Attitude → mentaliteitswijziging = werkpunt!

Aanbevelingen
✓ Inzet op Quick wins voor imago: hospitalityfactor toevoegen → vriendelijkheid, bejegening en voldoende gedoseerde informatie ✓ Gerichte coaching of op de vloer voor sommige medewerkers in sleutelposities ✓ Meer opvolging door leidinggevenden van verbeteracties ✓ Duidelijke voorafgaande informatieverstrekking rond de toepassing van de 200% ereloonsupplementen → invoering van een "financieel loket" mogelijk?
Bijkomende informatie/opmerkingen: (*vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?)*:
- Recent online financiële informatie van de meest voorkomende ingrepen te vinden (richtprijzen) → advies om dit nog uit te breiden, evolueren naar een financieel loket?
Met vriendelijke groeten, Nicole Caremans

Jaarverslag van ombudsdienst UZ Leuven
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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	1760	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 *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	- Het huishoudelijk reglement werd goedgekeurd op de klachtencommissie dd. 21/09/2018, het directiecomité dd. 10/12/2018 en het bestuurscomité dd. 17/12/2018. - Raadpleegblaar op website UZ Leuven (extern - https://www.uzleuven.be/ombudsdienst/klachtenprocedure) en intranet UZ Leuven (intern)
Vormingen i.k.v. bemiddeling	- Basisopleiding bemiddeling (Mediv) - Methodiek van de bemiddeling (KHLeuven) - Intervisie provinciale werkgroep (VVOVAZ) - Patiëntenrechten en bemiddeling bij mensen met psychiatrische problematiek (VVOVAZ) - Terugkomdag verdiepingstraining (VVOVAZ) - Indirect bemiddelen (KHLeuven) - Peacemaking circles (KHLeuven) - Hou je vast bemiddelaar (VVOVAZ) - De ombudsdienst in evolutie (VVOVAZ)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Betekenis van ziekte en levenseinde in de verschillende wereldgodsdiensten: praktische toepassingen in UZ Leuven (opleidingsaanbod UZ Leuven) - Broodje ethiek (opleidingsaanbod UZ Leuven) - Studiedag “open disclosure” (Zorgbeleid.be) - Hoe omgaan met patiënten met psychiatrische problemen (opleidingsaanbod UZ Leuven) - Tweedaagse 360° ombudsdienst (VVOVAZ) - Symposium ethiek Hasselt - Sharepoint (opleidingsaanbod UZ Leuven) - Gesprekken met patiënten en zorgverleners (opleidingsaanbod UZ Leuven)
Werkingsterrein 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;…*	- Klachtenbemiddeling vanuit mandaat KB - Uitvoeren van procedure afschrift en inzage (dienst afschrift patiëntgegevens is onderdeel van de ombudsdienst) - 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 acuutheid van het probleem het toelaat - gevraagd naar een schriftelijke formulering: dit in functie van een zo accuraat mogelijke verwoording van de ervaringen. • Per klacht wordt een dossier aangelegd waarin de persoonsgegevens van de patiënt, de identiteit van de aanmelder, de datum, de probleemstelling, 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. • 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 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. Dit steeds op vrijwillige basis. • Wanneer er via bemiddeling door de ombudsdienst geen bevredigende oplossing of consensus bereikt wordt, licht de ombudspersoon de patiënt of diens vertegenwoordiger in over de (externe) mogelijkheden voor verdere afhandeling van de klacht. • Indien het probleem louter een factuurbetwisting betreft, wordt de patiënt in eerste instantie doorverwezen naar de dienst

	medische administratie, waar de klacht verder onderzocht, behandeld en beantwoord wordt. De ombudsdienst ontvangt een kopie van dit antwoord. • Bij vragen rond aansprakelijkheid of een schadeclaim verwijzen de ombudspersonen door naar de juridische dienst. • De ombudspersonen streven ernaar om klachten binnen een redelijke termijn af te handelen. 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 hoofdarts in cc, wanneer het om medische aangelegenheden gaat. • 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?
- Alle klachten zijn ontvankelijk - Klachten worden als casussen gebruikt in vormingen die door de ombudspersonen worden gegeven - Het merendeel van de klachten werd in 2018 schriftelijk gemeld (66%), en werd tevens door de ombudsdienst schriftelijk afgesloten (eveneens 66%) - De ombudsdienst organiseerde in 2018 18 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 2018 werd 3% van de klachten heropend; omwille van bijkomende vragen, ontoereikend antwoord of verdere doorverwijzing.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst (2018)	
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	1828 (erkenningsnummer 322) 67 (erkenningsnummer 943) Totaal: 1895
Aantal infodossiers	Vragen/meldingen: 446 Info/opleiding: 237 Info medisch dossier: 280 Totaal: 963
Aantal pro actieve dossiers	72
Aantal opvragingen patiëntendossier	Aantal aanvragen afschrift: 1282 Aantal aanvragen inzage na overlijden: 41 Aantal inbeslagnames: 26 Totaal: 1422
Aantal ‘andere’	Positieve meldingen: 119 Vragen naar audit trails: 16

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)*	461	25
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	6	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	61	3
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	77	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	62	8
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	14	1
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	32	1
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	13	1

Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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:

Aantal klachten : Spreiding van de items per rubriek in absolute cijfers en vergelijking 2018-2017

	2017	2018	Verschil 2018-2017	Verschil 2018-2017 (%)
Totaal absolute cijfers	1780	1895	+115	+6,5%
Medische aspecten	688	754	+66	+10%
. medische behandeling	312	378	+66	+21%
. aandacht en opvang	101	127	+26	+26%
. communicatiestijl	78	82	+4	+5%
. infoverstrekking	168	195	+27	+16%
. verslag huisarts	106	125	+19	+18%
Verpleegkundige aspecten	178	185	+7	+4%
. verpleegk. verzorging	52	68	+16	+31%
. aandacht en opvang	84	94	+10	+12%
. communicatiestijl	53	58	+5	+9%
. infoverstrekking	31	32	+1	+3%
Organisatorische aspecten	497	548	+51	+10%
. opnameregeling	95	113	+18	+19%
. wachttijden	144	137	-7	-5%
. afsprakenregeling	142	153	+11	+8%
. verloren voorwerp/dossier diefstal/beschadigd voorw	76	79	+3	+4%
. roken	2	2	=	=
Paramed. en soc. verpl. aspecten	48	54	+6	+12,5%
Administratieve en financiële aspecten	256	315	+59	+23%
Technische aspecten	338	299	-39	-11,5%
. telefonie	113	83	-30	-27%
. parking	115	104	-11	-10%
. comfort/defecten	69	65	-4	-6%
Facilitaire aspecten	41	44	+3	+7%
Beroepsgeheim en privacy	53	83	+30	+57%

Klachtratio 2018

213 klachten per 100 000 patiëntencontacten (opnames, dagopnames, ambulante contacten)

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

Doorlooptijden voor klachtenbehandeling, cumulatief

	2018
< of = 1 dag	38%
2 – 10 dagen	59%
11 – 20 dagen	68%
21 – 30 dagen	74%
31 – 60 dagen	86%
61 – 90 dagen	94%
> 90 dagen	96%

Bemiddelingsboek - 1864

Aanbevelingen

- ✓ Bevorderen van een kwaliteitsvolle dienstverlening

Een kwaliteitsvolle dienstverlening houdt niet alleen in dat de medische/verpleegkundige/technische zorgverlening goed verloopt op basis van de medische/verpleegkundige kennis en beschikbare technologie.
De manier waarop dit gebeurt, met respect voor de menselijke waardigheid en de autonomie van de patiënt, zonder enig onderscheid, is even belangrijk en is medebepalend of de patiënt of de familie zich begrepen en erkend voelt.

- ✓ Nood aan opvolging en coördinatie

Patiënten hebben in dit grote ziekenhuis vaak te maken met verschillende disciplines over zorgprogramma's en afdelingen heen en merken daarbij een gebrek aan samenwerking en informatiedoorstroming. Ze beschrijven de behoefte aan coördinatie. Een overkoepelend persoon die discipline-overschrijdend het overzicht bewaart over de totale zorg van de patiënt. Een persoon die gemakkelijk en snel te bereiken is.
Al te vaak botsen patiënten op de strakke "taakbegrenzing" van medewerkers ("daar ben ik niet voor", "dat moet je aan de dokter vragen", …) Ze ervaren een gevoel van " van het kastje naar de muur gestuurd te worden" en komen met hun vraag uiteindelijk bij de ombudsdienst terecht omdat niemand zich geroepen voelt om het probleem waarmee de patiënt zit aan te pakken of op te lossen. Misschien speelt de hoge werkdruk hierbij een rol? Ook wij worden geconfronteerd met medewerkers die zich strikt aan de grenzen van hun takenpakket houden en zich niet aangesproken voelen om iemand anders te "helpen".

- ✓ Verwachtingen van patiënten herdefiniëren

We ervaren dat patiënten van de ombudsdienst steeds hogere verwachtingen hebben, explicieter en eisender zijn. Patiënten verwachten een standpunt en gaan ervan uit dat de ombudsdienst directief kan ingrijpen in een behandelingsproces en zijn ontgoocheld als de ombudsdienst geen oplossing biedt.

- ✓ Trainen van communicatieve vaardigheden

Zichzelf voorstellen. Checken of patiënt de informatie begrepen heeft. Zeggen wat je doet of wat er zal gebeuren zodat de patiënt weet wat hij kan verwachten. Actief luisteren en tijd nemen. Patiënten beschikken zelf ook over nuttige en bruikbare informatie, neem die au serieux.

- ✓ Aandacht voor correcte en tijdige verslaggeving

Het tijdig valideren van medische verslagen is reeds verschillende jaren een aandachtspunt. De toegankelijkheid tot het medisch dossier heeft ook tot gevolg dat patiënten nauwgezet de verslagen lezen en opvolgen. Op die manier ontdekken ze soms dat het verslag verkeerde of onvolledige informatie bevat. Maar al te vaak nemen artsen klakkeloos informatie uit voorgaande verslagen over door copy paste en blijft deze in de ogen van de patiënt "foutieve" informatie bestaan. De arts kan de voorgeschiedenis best even met de patiënt overlopen en foutieve of niet relevante informatie schrappen.

ZOL JAARVERSLAG 2018
Ombudsdienst

Lieve Lenie & Christel Lambregs
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. Indeling, bespreking, grafieken volgens registratie VVOVAZ en vergelijking van 2018 met de drie voorgaande jaren 4
2.1 Lokalisatie patiënt 4
2.2 Relatie aanbrenger 5
2.3 Vorm aanbrengen 5
2.4 Gericht aan 6
2.5 Verwachting 7
2.6 Lokalisatie klacht 8
2.7 Voorwerp dossiers 9
2.8 Beroepsbeoefenaar 10
2.9 Inhoud van de klachten 10
2.10 Doorlooptijd 15
3. Samengevat uit de cijfers van 2018 kunnen we het volgende vaststellen: 16
4. Aanbevelingen voor 2019 gebaseerd op het jaarrapport van 2018 17
5. Tot slot 20

Bemiddelingsboek - 1567

1. Inleiding

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

Het ZOL (ziekenhuis Oost-Limburg), met erkenningsnummer 371, is een algemeen ziekenhuis met 811 hospitalisatiebedden. Er zijn 2 beddencampussen, 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 Christel Lambregs (50%). 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 **staflid 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 20ste 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 2018 (januari t/m december) vergeleken met 2017, 2016 en 2015. Daarnaast worden **aanbevelingen** geformuleerd voor het jaar 2019, gebaseerd op de ervaringen van 2018. Dit alles wordt tot slot samengevat.

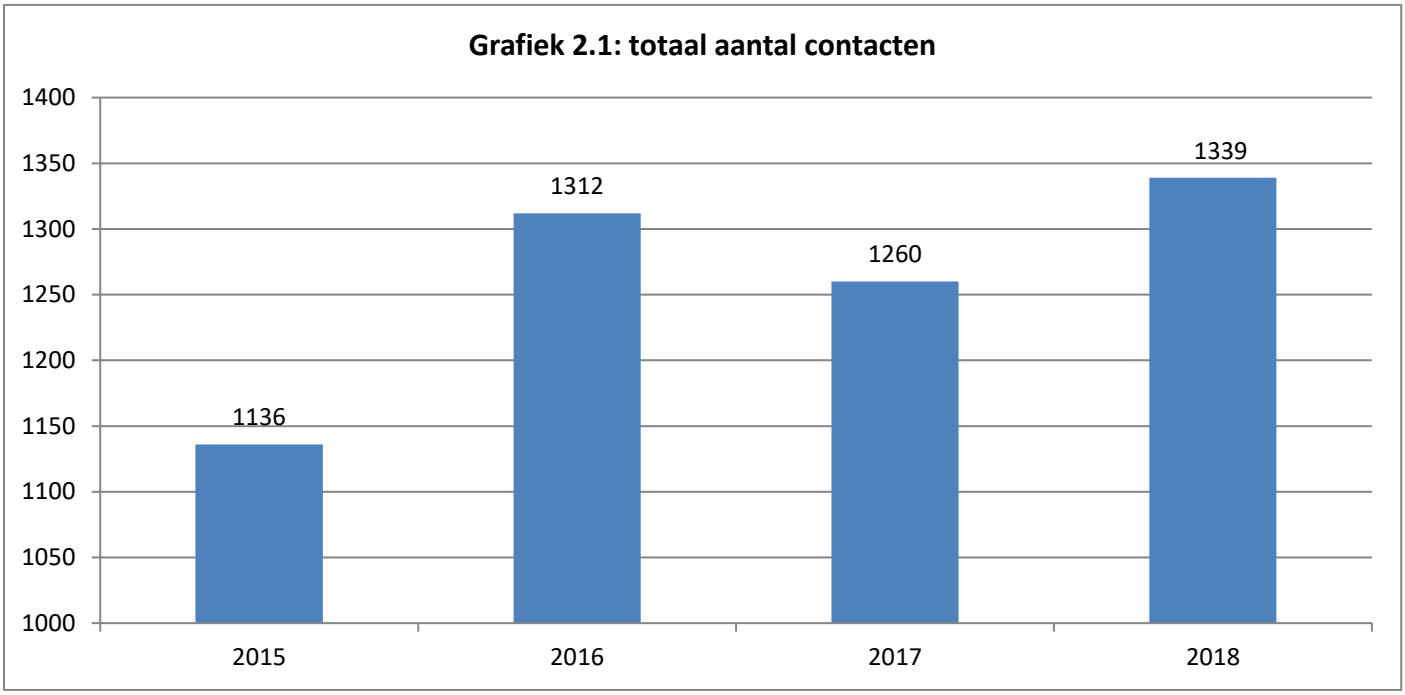
Het jaarrapport wordt **gecommuniceerd naar en gepresenteerd voor** de Raad van Bestuur van het ZOL, de directie, de medische directie en medische diensthoofden en het managementcomité. Het jaarrapport wordt op intranet geplaatst voor alle artsen en medewerkers en ook 1x per jaar verspreid voor elke medewerker in de e-flash. Vanaf 2017 dient het jaarrapport 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. Bij de meeste items wordt een kort woordje uitleg gegeven 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 2017 werden er ook per kwartaal een aantal gegevens verzameld voor de balanced scorecard (BSC).

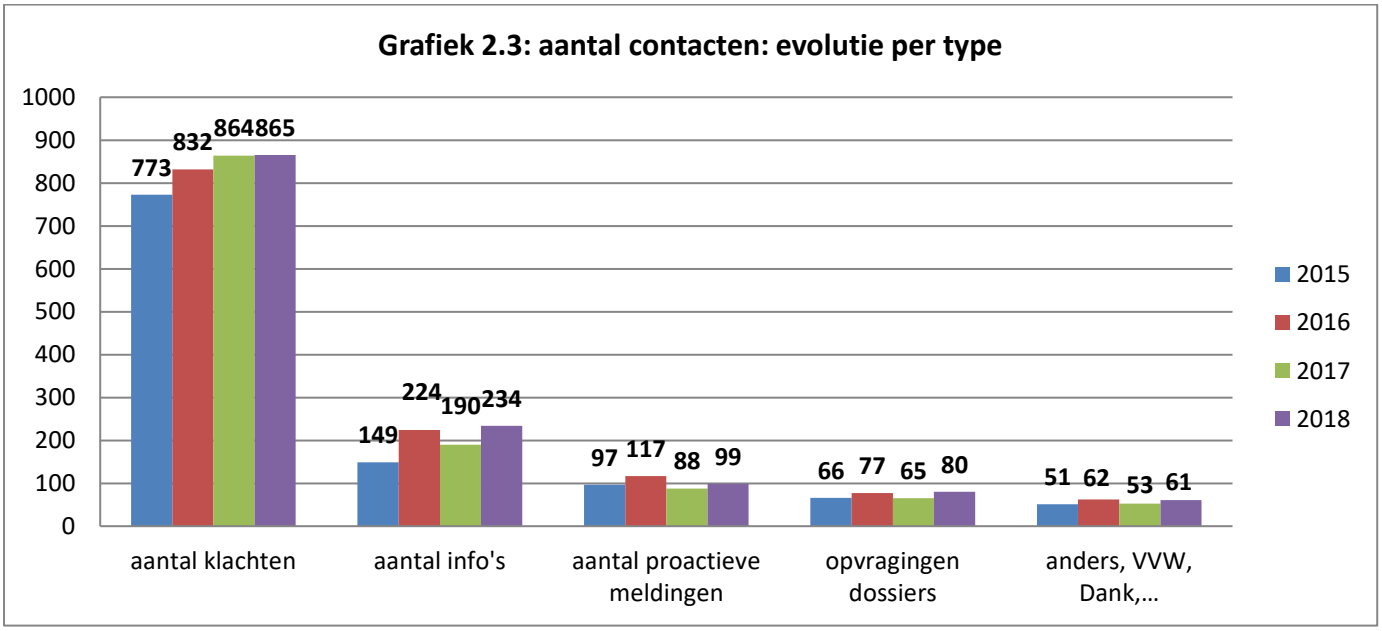
Patiënten en hun familie komen naar de ombudsdienst met een klacht of vraag en hebben er **specifieke verwachtingen** bij. Zij hebben een beeld van een empathische zorgvertrekker die zorgzaam is en op een vriendelijke manier met patiënten omgaat. In de huidige maatschappij, ook in de gezondheidszorg, lijkt er vaak geen tijd meer te zijn voor persoonlijk contact of een gesprek. Nochtans verwachten patiënten en hun familie dit engagement.
Belangrijk is dat de beroepsbeoefenaars dit beseffen en de mensen kunnen opvangen. Hierin merken we in het ZOL een hele vooruitgang.
Empowerment van de patiënt zelf is tegenwoordig belangrijk geworden. Dit betekent beide partijen aanhoren en ze sterker maken om problemen met mekaar te bespreken en op te lossen om tot een verzoening te komen. Accenten binnen de ombudsdienst dienen om de zoveel tijd wat verlegd te worden, maar een **centraal en neutraal aanspreekpunt** blijft belangrijk in het ziekenhuis.

Bemiddelingsboek - 1568

Voor 2018 is er een stijging van het totaal aantal contacten bij de ombudsdienst (grafiek 2.1). Het aantal contacten met de ombudsdienst is met 6.3% gestegen in 2018 ten opzichte van 2017.

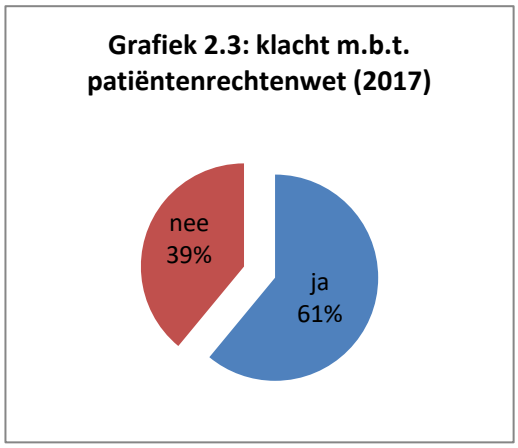


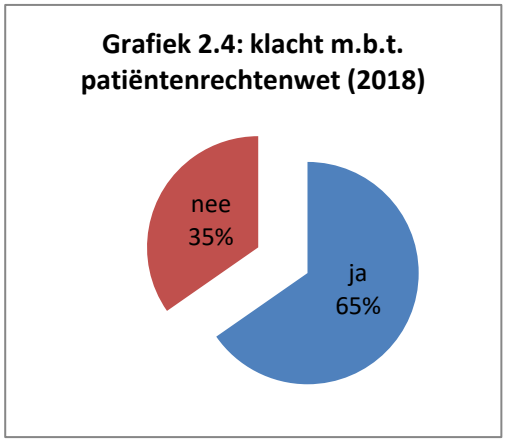
Door het gebruik van **het registratiesysteem 'Infoland'** is er een opsplitsing mogelijk van de verschillende soorten contacten bij de ombudsdienst (grafiek 2.2). In het jaar 2018 zijn er in totaal 1339 contacten geweest waarvan 865 klachtmeldingen (idem 2017), 234 infovragen, 99 proactieve meldingen en 80 afschriften van medische dossiers. Daarenboven werden 61 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 7% meer klachten in 2018 over de patiëntenrechtenwet gaan t.o.v. 2017.

Bemiddelingsboek - 1569

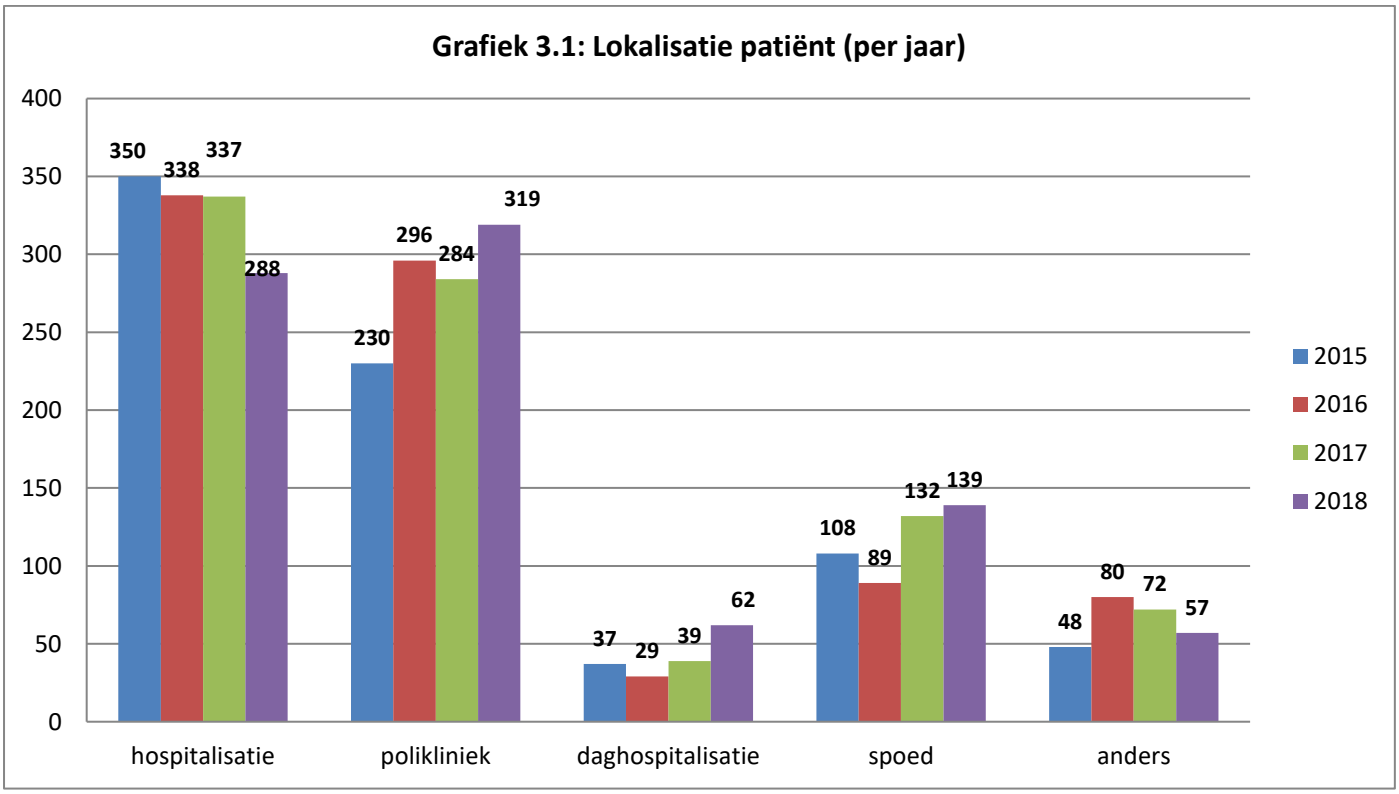




2. Indeling, bespreking, grafieken volgens registratie VVOVAZ en vergelijking van 2018 met de drie voorgaande jaren

2.1 Lokalisatie patiënt

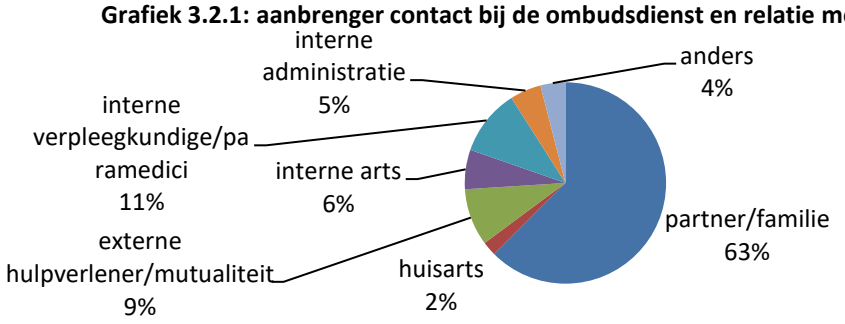
Hier gaat het over de plaats waar de patiënt zich bevindt op het moment van de klacht, dus een registratie per hospitalisatietype. Het hoogst aantal klachten in 2018 (319) vinden we terug bij de **ambulante contacten** (grafiek 3.1). We zien hier **een sterke stijging** van het aantal klachten ten opzichte van 2017. Er werden 288 klachten geregistreerd als de patiënt **gehospitaliseerd** is en dit is een **sterke daling.** Voor 2018 zien we een **stijging** van het aantal klachten als de patiënt zich op **daghospitaal** bevindt. Echter blijft het aantal nog beperkt. **Het aantal klachten als de patiënt zich op spoed** bevindt, zijn min of meer **stabiel** gebleven. Onder de groep **'anders'** worden klachten geregistreerd van bijvoorbeeld de facturen (als de patiënt al thuis is), de bezoekers/familie op de parking of aan het onthaal.



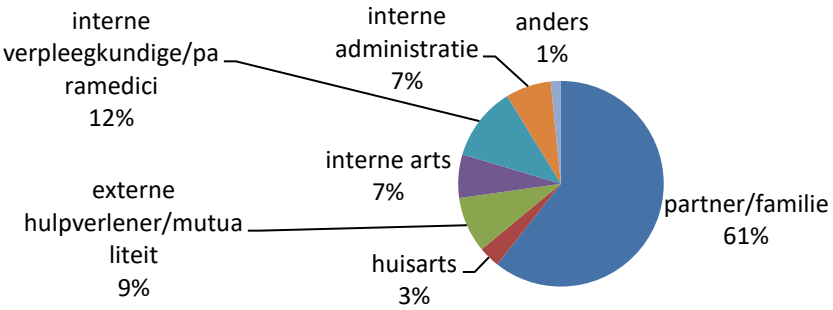
2.2 Relatie aanbrenger

We zien dat, wat betreft het aanbrengen van de contacten door de patiënt, in 2018 er geen grote verschillen zijn in vergelijking met 2017. In het totaal betreft dit 53% door de patiënt zelf. Zo'n 47% van de contacten worden door een interne verpleegkundige/paramedicus (11.6%) of arts (6%), externe hulpverlener/mutualiteit (8%), interne administratie (7%), en huisarts (3.3%) aangebracht. In de volgende grafieken zien we hier de uitsplitsing van de anderen die behoren tot de 47%, die een contact bij de ombudsdienst aanbrengen in 2017 (grafiek 3.2.1) en in 2018 (grafiek 3.2.2).

Grafiek 3.2.1: aanbrenger contact bij de ombudsdienst en relatie met patiënt (2017)

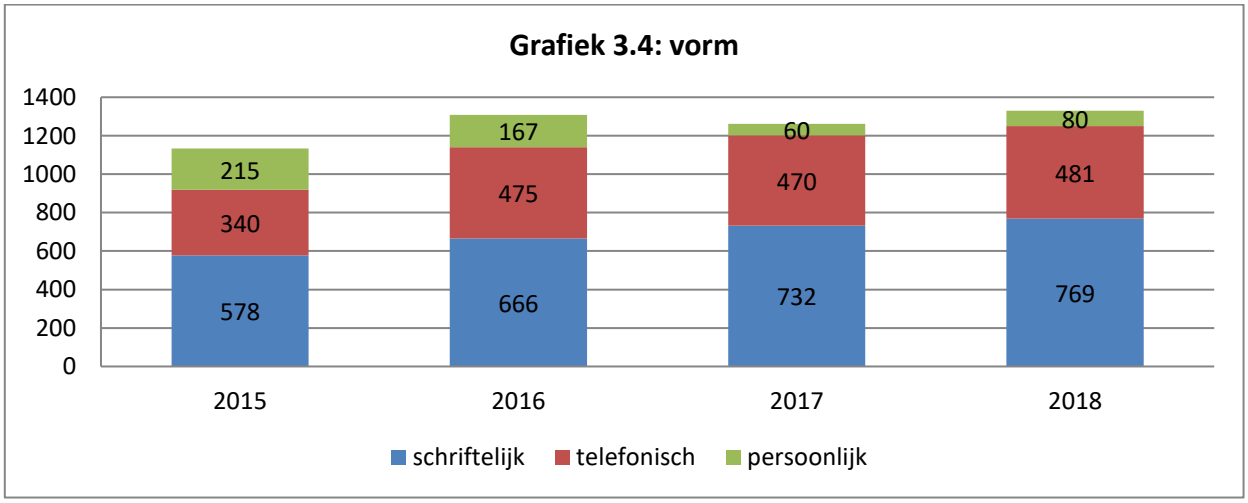


Grafiek 3.2.2: relatie aanbrenger (2018)



2.3 Vorm aanbrengen

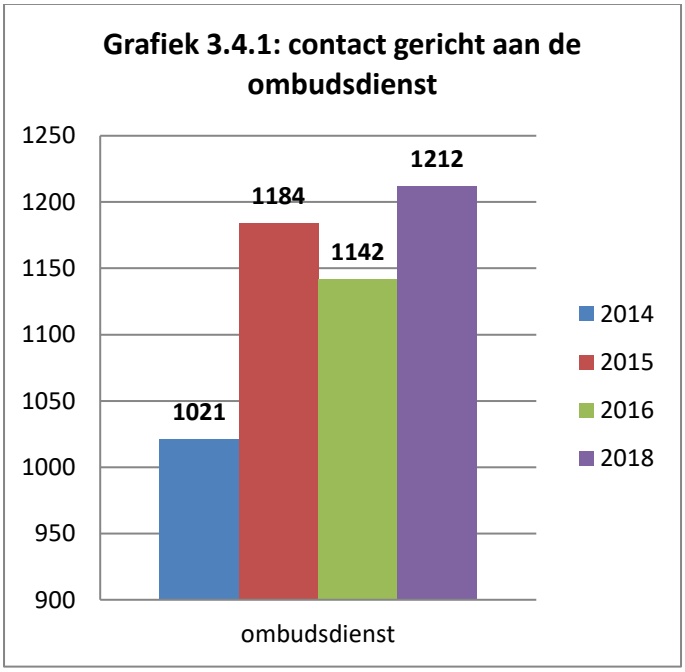
Dit item geeft aan hoe er contact wordt opgenomen met de ombudsdienst. Er wordt telkens maar één vorm aangeduid in het systeem van Infoland. We zien dit jaar opnieuw een stijging in de schriftelijke klachten. In de telefonische contacten zien we ook een lichte stijging. Bij de persoonlijke contacten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

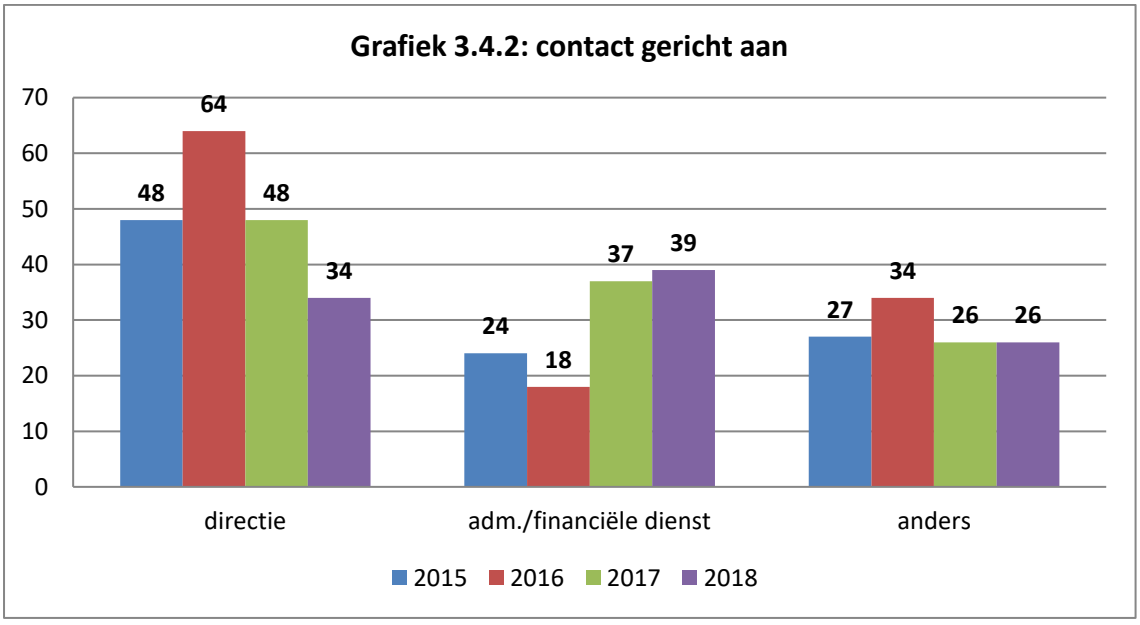


Bemiddelingsboek - 1571

2.4 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 wenden. Het aantal brieven of mails dat rechtstreeks bij de directie toekomt, is opnieuw gedaald. Er is een stabilisatie van klachten die naar de administratieve /financiële dienst zijn gericht en doorgestuurd zijn naar de ombudsdienst. We zien ook een stabilisatie van het item 'anders'. Hieronder vallen de klachten die rechtstreeks aan de artsen of verpleging gericht zijn, of de klachten aan andere instanties buiten het ziekenhuis en klachten die rechtstreeks naar de BA-verzekeraar worden gestuurd.

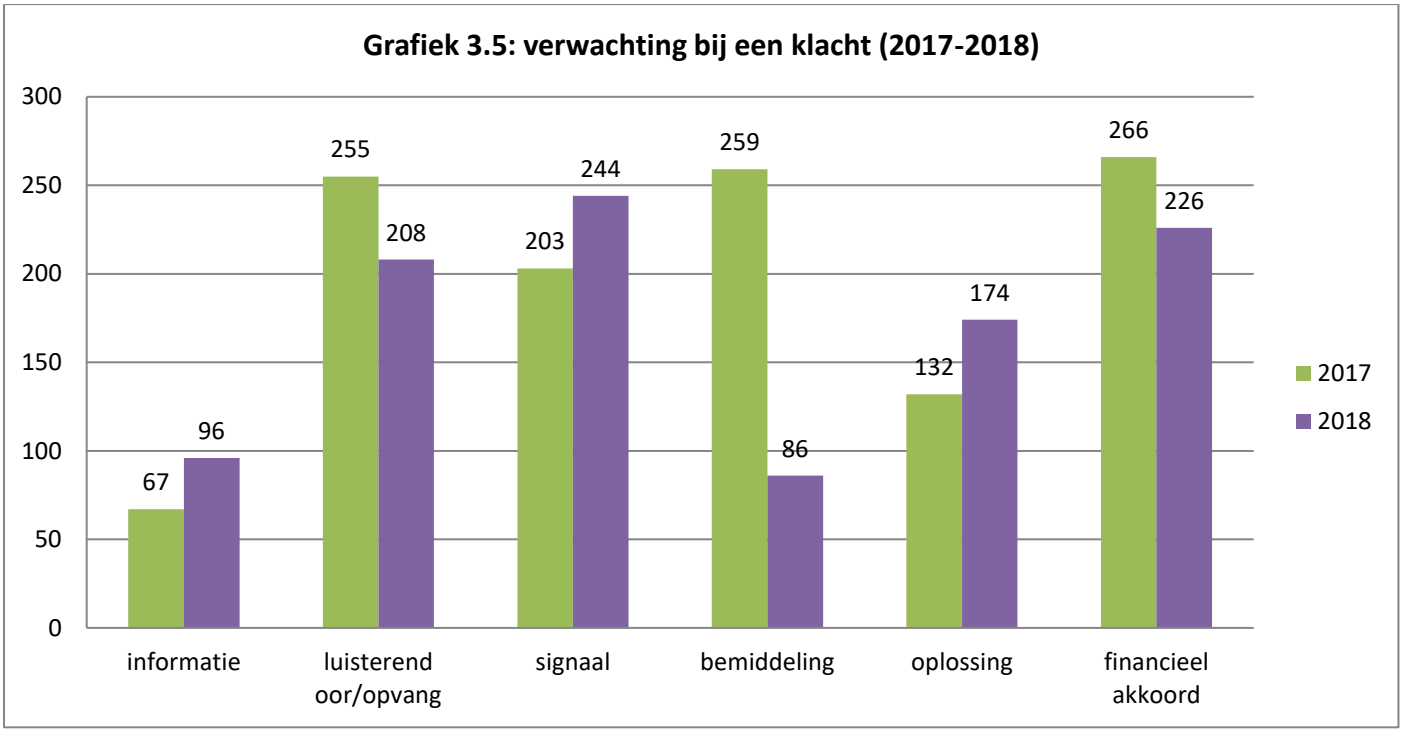




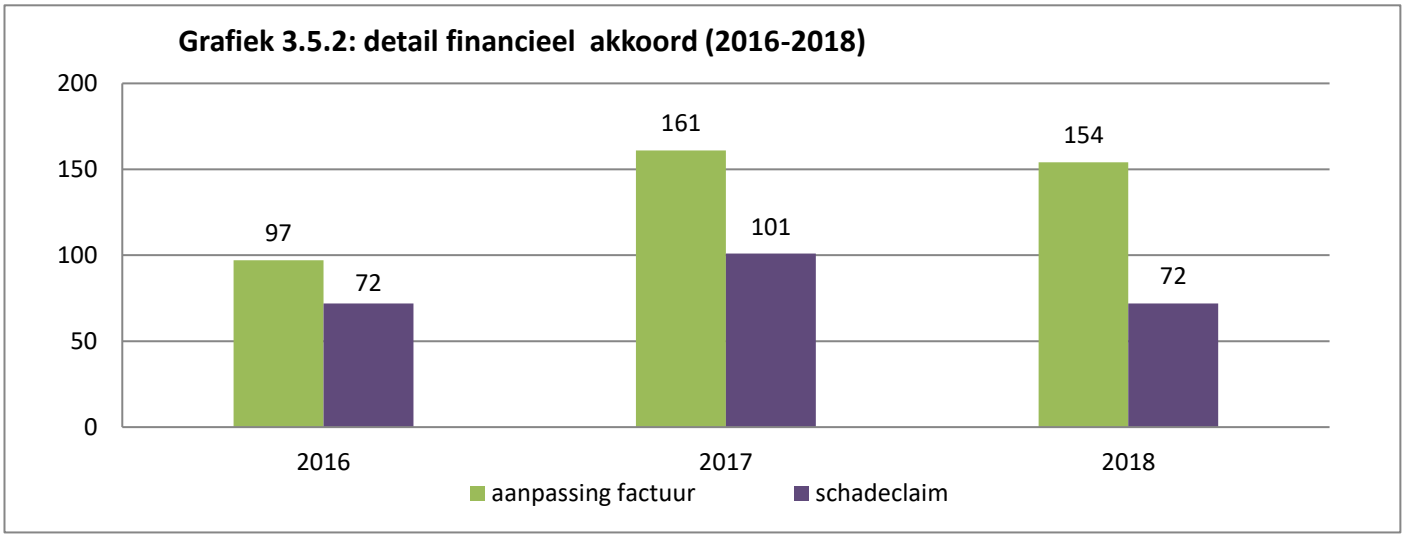
Bemiddelingsboek - 1572

2.5 Verwachting

In grafiek 3.5.1 wordt geregistreerd wat men wil bereiken met de klacht en voor 2018 zien we dat het verwachtingspatroon veranderd is. 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 of verwacht de klager een oplossing. Hiervan zien we een sterke stijging als ook voor het item van 'het geven van een signaal voor de organisatie ter voorkoming voor anderen'. De vraag naar bemiddeling is enorm gedaald in 2018, net als de vraag naar het bieden van een luisterend oor/opvang en de vraag naar een financieel akkoord als compensatie voor iets wat volgens de klager verkeerd gelopen is. Onder bemiddeling verstaan we zowel 'pendeldiplomatie' als 'het samenbrengen van de partijen'. Als ombudsdienst kunnen we de ongenoegens vaak zo opvangen dat bemiddeling niet meer nodig is. Empowerment van beide partijen wordt meer en meer belangrijk.



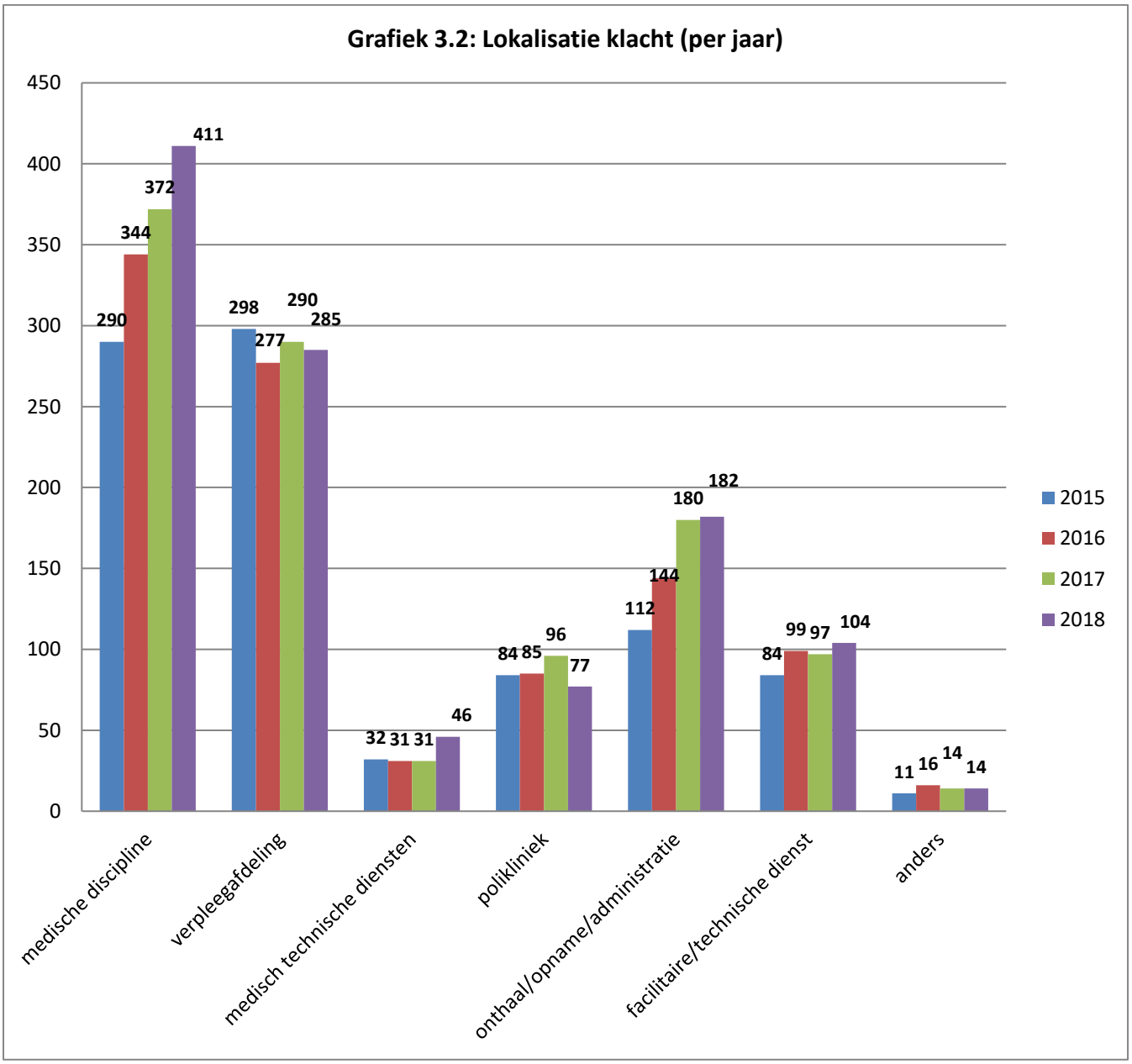
In grafiek 3.5.2 zien we een uitsplitsing van wat de klager wil bereiken met een klacht waar er een vraag is naar een 'financieel akkoord' in grafiek 3.5.1. **De vraag naar aanpassing van de factuur** is **licht gedaald** en **de vraag naar schadeclaims** is zelfs **sterk gedaald** t.o.v. 2017. In 2018 werden er effectief **65 dossiers overgebracht naar de BA-verzekeraar**. Dit zijn er **20 minder** dan in 2017.



Bemiddelingsboek - 1573

2.6 Lokalisatie klacht

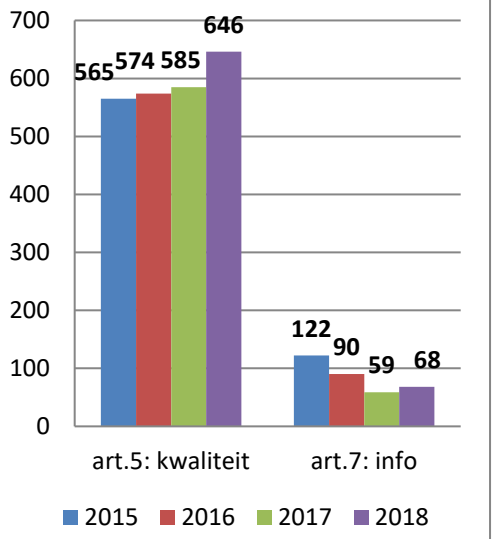
Dit item laat zien aan welke dienst, discipline of lokalisatie de klacht gericht is. Er kunnen meerdere items per klacht geregistreerd worden, vb. een klacht over de bejegening op een dienst en de factuur in één dossier.
In het merendeel van de gevallen gaat de klacht over een medische dienst, zoals bijvoorbeeld over de wachttijden op de consultaties. We zien hier terug een stijging ten opzichte van 2017. Bij de klachten over verpleegafdelingen zien we een lichte daling ten opzichte van 2017. De klachten over medisch technische diensten zijn stabiel gestegen. Klachten over de poliklinieken zijn gedaald. De klachten over het onthaal en de administratie- en opnamedienst zijn lichtjes gestegen. De klachten over de facilitaire/technische dienst zijn lichtjes gestegen. Bij 'andere' worden o.a. de klachten over het ziekenhuis (ZOL) in het algemeen opgenomen en hier zien we een stabiel cijfer.



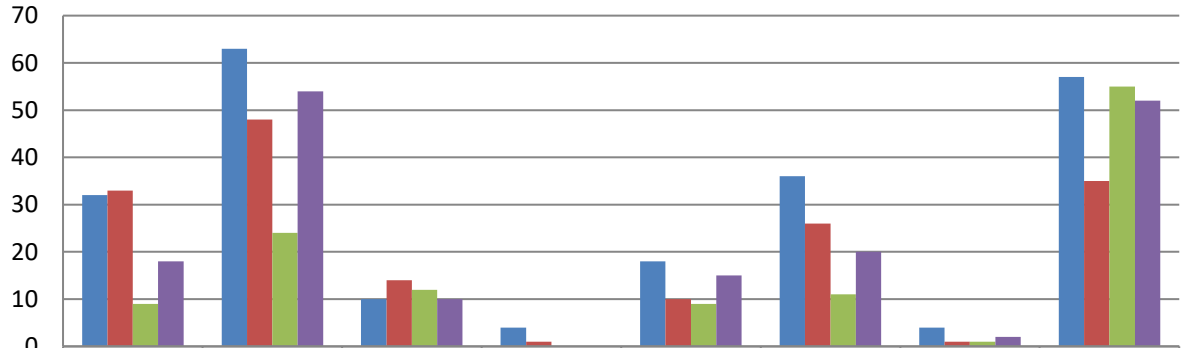
2.7 Voorwerp dossiers

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 2018 een **stijging**. Voor het item **'pijnbestrijding en 'dossier'** zien we echter een **daling**. **Het aantal klachten** over **infoverstrekking,** over **vrije keuze van beroepsbeoefenaar, geïnformeerde toestemming, afschrift** en **privacy** zijn **opnieuw gestegen.** Vooral het item 'Informed consent' is sterk gestegen ten opzichte van 2017, vooral bij chirurgie, anesthesie en andere disciplines met invasieve procedures.

Grafiek 3.7.1: voorwerp algemeen (PRW)



Grafiek 3.7.2: voorwerp algemeen (PRW)

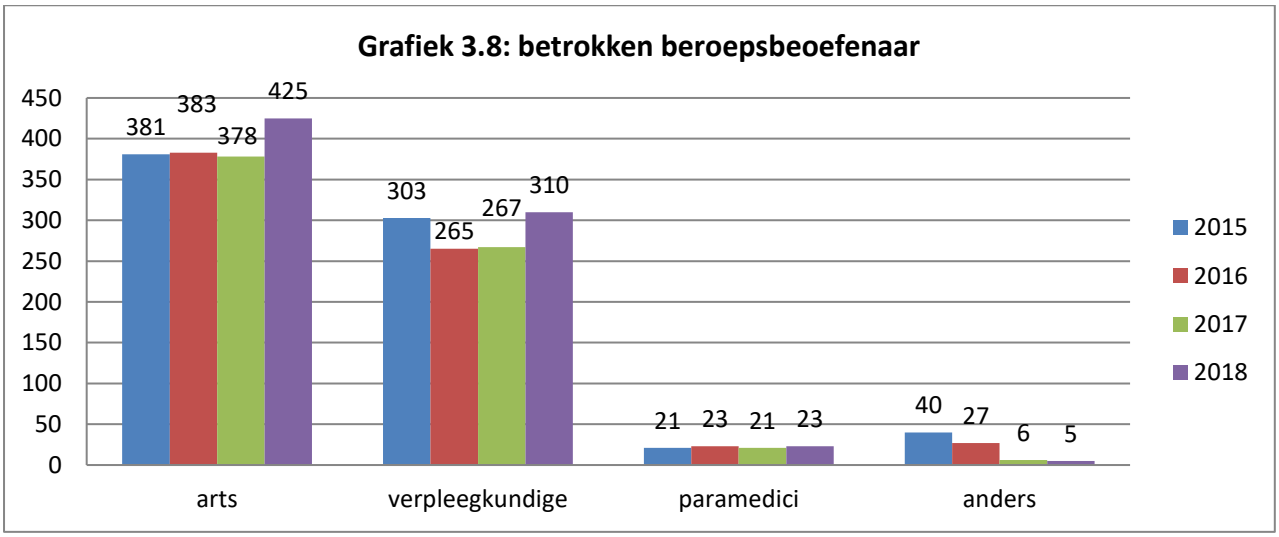


	art.6: keuze	art.8: toestemming	art.9.1: dossier	art.9.2en4: inzage	art.9.3: afschrift	art.10: privacy	art.11: klacht	art.11bis: pijnbestrijding
2015	32	63	10	4	18	36	4	57
2016	33	48	14	1	10	26	1	35
2017	9	24	12	0	9	11	1	55
2018	18	54	10	0	15	20	2	52

Bemiddelingsboek - 1575

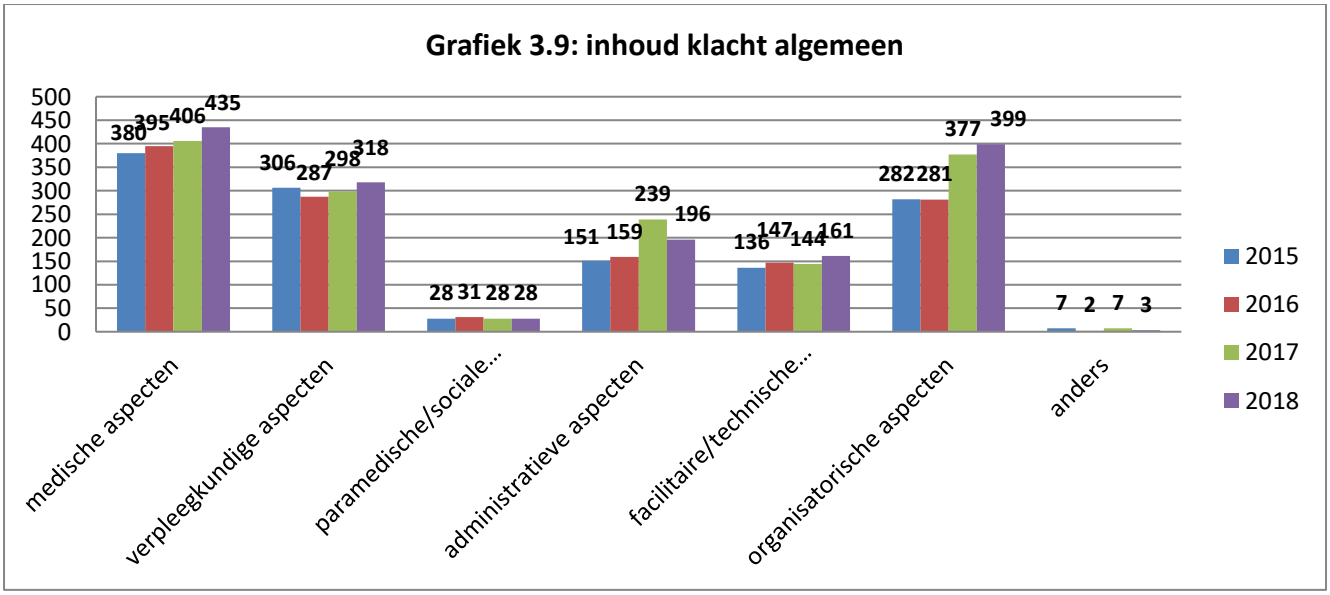
2.8 Beroepsbeoefenaar

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 **opnieuw een stijging** van het aantal klachten voor de periode 2017-2018. Net als bij de paramedici met weliswaar een hele kleine toename en waarover we in het algemeen maar heel weinig klachten bij de ombudsdienst krijgen.



2.9 Inhoud van de klachten

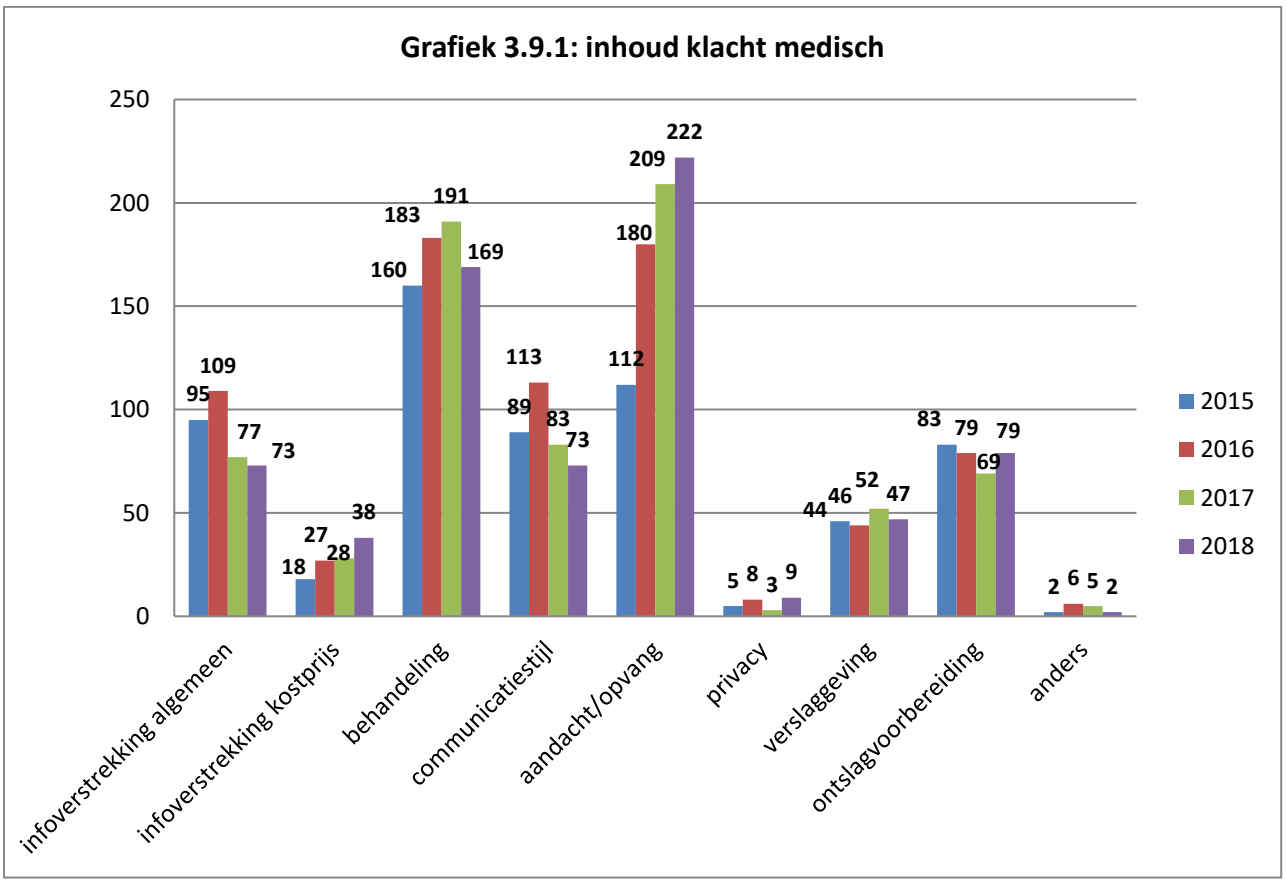
Er wordt een indeling gemaakt van het zorgproces in zeven aspecten (grafiek 3.9). Binnen deze aspecten wordt het zorgproces nog eens onderverdeeld in gestandaardiseerde activiteiten, die bij de meeste zorgaspecten gemeenschappelijk voorkomen (grafieken 3.9.1 t/m 3.9.6). De registratie maakt het op deze 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 ook opnieuw gestegen zijn. De tendens bij de organisatorische aspecten blijft zich verder zetten en ook hier zien we weer een stijging. Bij de administratieve aspecten zien we een sterke daling. De klachten over verpleegkundige aspecten zijn opnieuw gestegen, net als de klachten over facilitaire/technische aspecten.



Bemiddelingsboek - 1576

2.9.1 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.



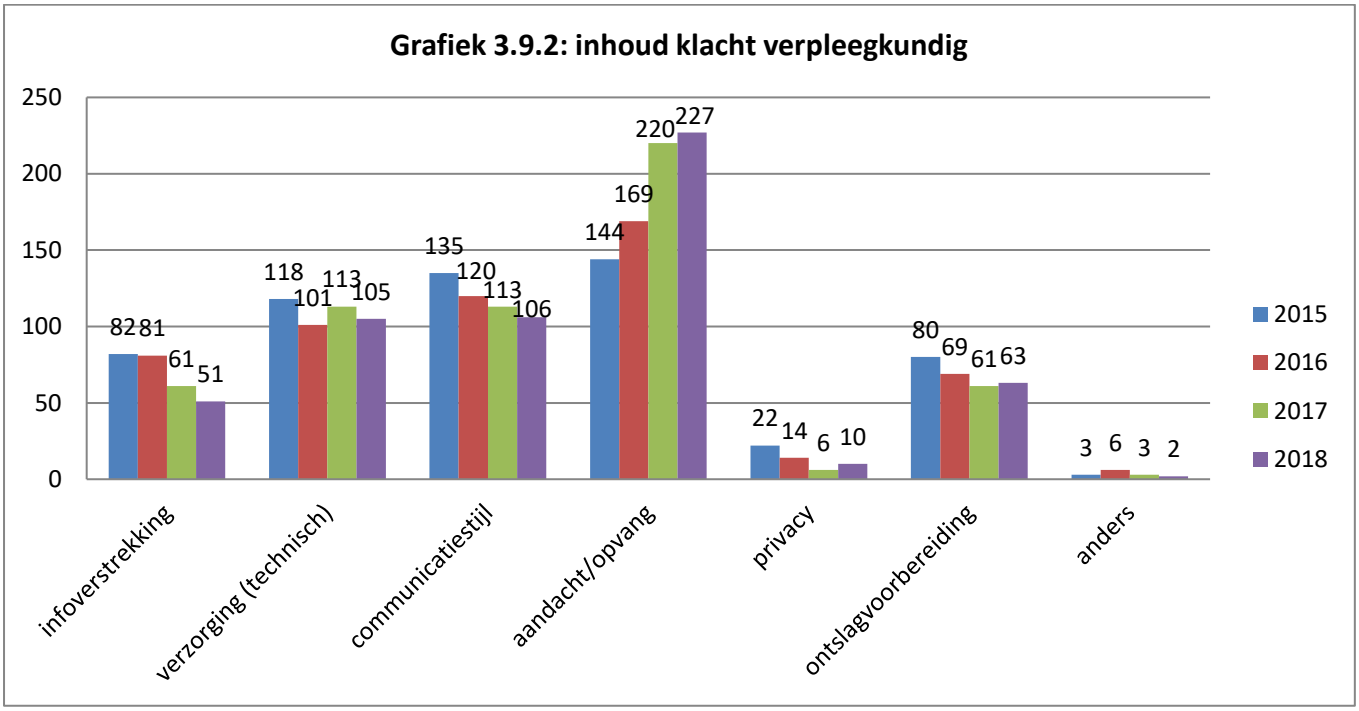
Voor 2018 zien we dat de volgende items gestegen zijn: 'aandacht/opvang', 'ontslagvoorbereiding' en 'info kostprijs' en 'privacy'. De volgende items gaan in dalende lijn: 'behandeling', 'infoverstrekking algemeen', 'communicatiestijl' en 'verslaggeving'.

De klager heeft dus vaker geklaagd over het feit dat de arts **onvoldoende aandacht** aan hem schonk. De **wachttijden** spelen hier ook een rol in. De arts dient de patiënt goed te informeren over de behandeling, ingreep, kostprijs, mogelijke complicaties… ('Informed consent') en hierop wordt ook hoog ingezet in het ZOL. We zien voor de algemene informatie een afname, maar voor de informatie over de **kostprijs** een stijging.
Het item **'communicatiestijl' en behandeling 'in se'** zijn dit jaar **gedaald** ten opzichte van 2017. Iedereen heeft de verantwoordelijkheid om de reputatie van het ZOL hoog te houden en ook hierop hebben de verantwoordelijken hoog ingezet. Met de komst van de nieuwe wetgeving rond 'GDPR' zien we bij de ombudsdienst ook een stijging van klachten over privacy. Bij de medische aspecten zien we er 9 in absolute aantallen t.o.v. 3 het jaar voordien. Een laatste item is de **'ontslagvoorbereiding'**. Dit is het afgelopen jaar opnieuw **gestegen**. Dit blijft een aandachtspunt dat belangrijk is, ook in de contacten met huisartsen.

Bemiddelingsboek - 1577

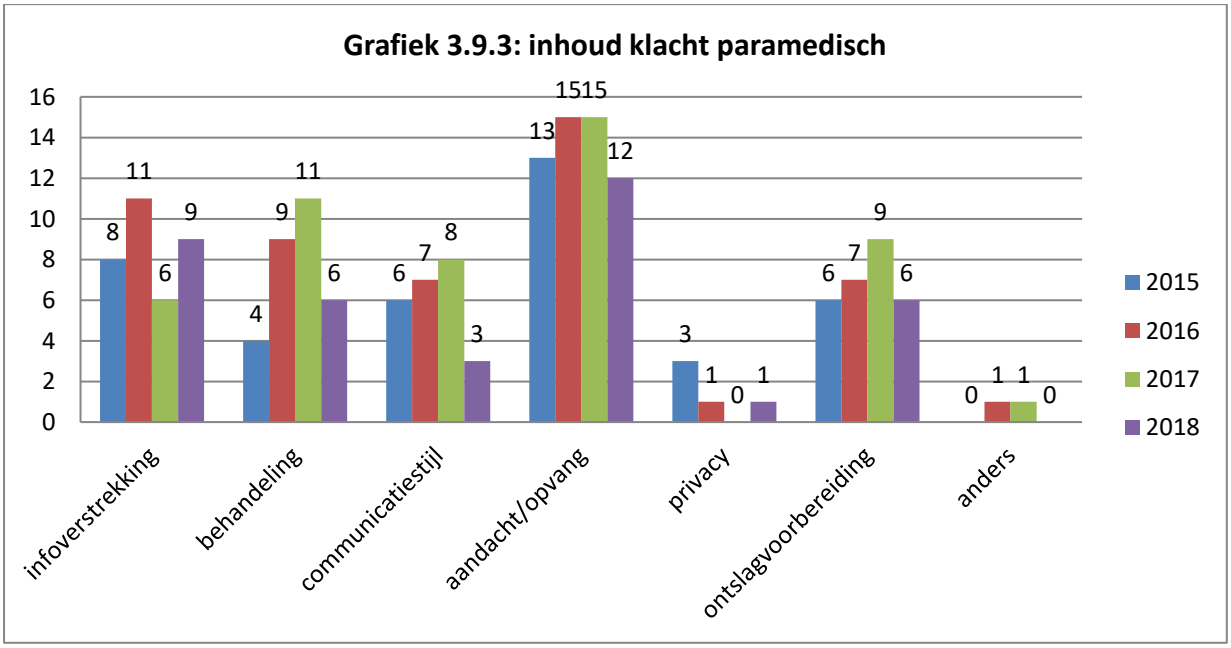
2.9.2 Inhoud verpleegkundige aspecten

Bij de verpleegkundigen is er in 2018 een **stijging** te zien bij het item **privacy** en ook opnieuw een **lichte stijging** bij het item **'aandacht en opvang' en ontslagvoorbereiding.** Verder zien we **een sterke daling** van klachten die te maken hebben met **communicatiestijl, infoverstrekking en 'verzorging'.**



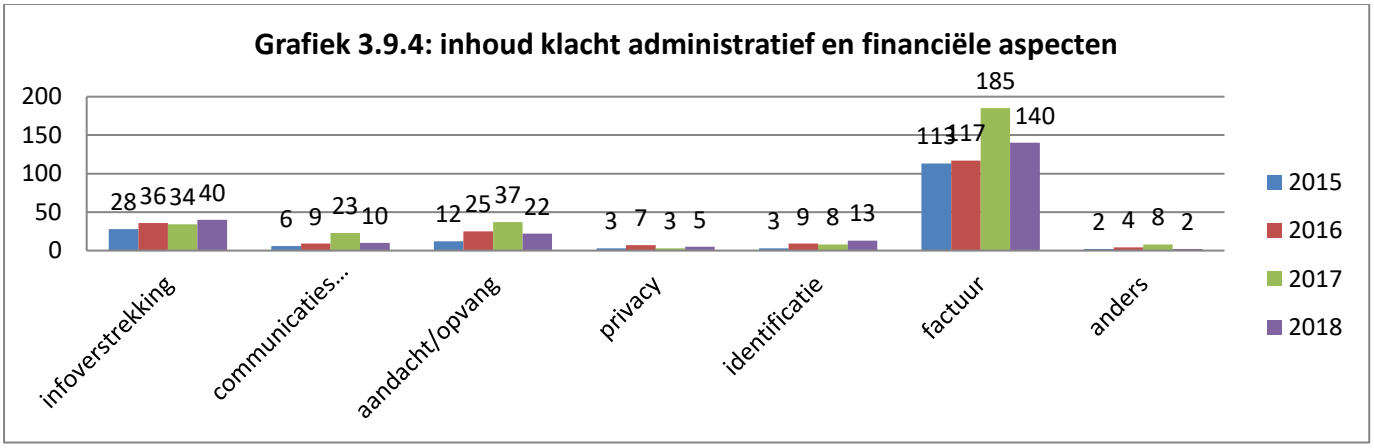
2.9.3 Inhoud paramedische aspecten

Bij de paramedici is er in 2018 opnieuw een **daling van klachten die te maken hebben met behandeling, ontslagvoorbereiding en communicatiestijl.** Voor het item infoverstrekking en privacy zien we een lichte stijging. **Let wel op de kleinere aantallen** want dat komt in deze grafiek niet zo naar voren in vergelijking met bijvoorbeeld de grafiek van de verpleegkundige aspecten.



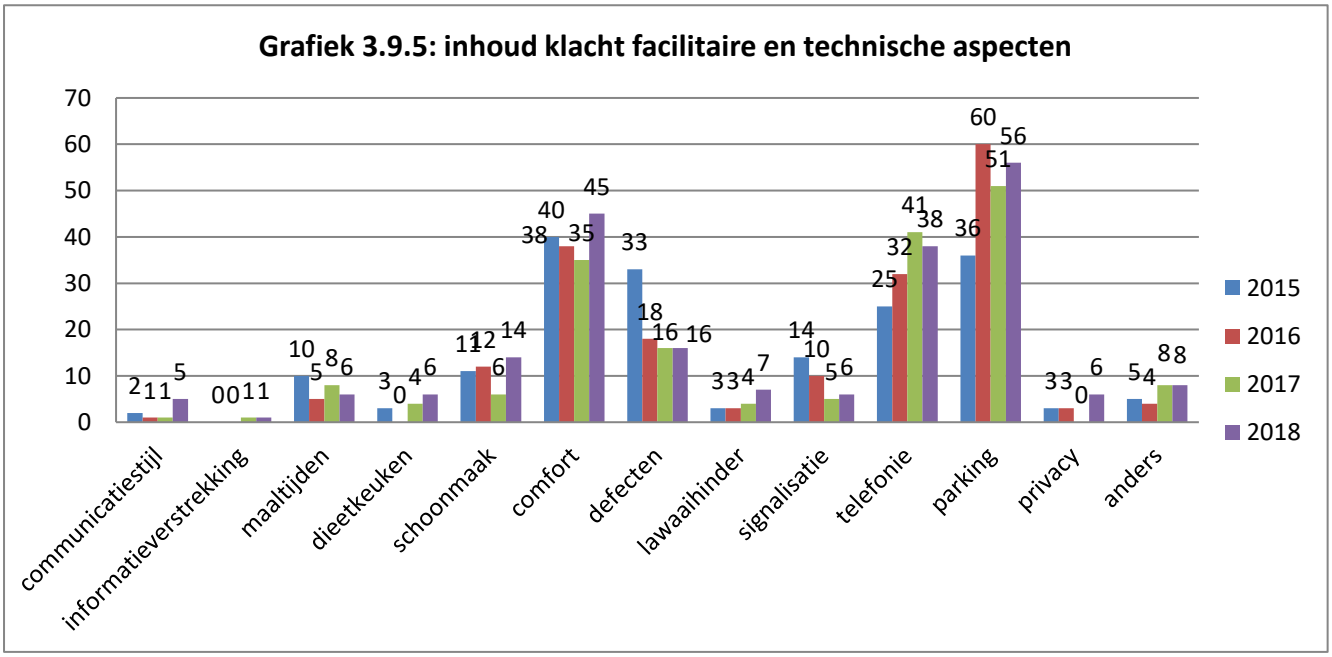
2.9.4 Inhoud administratieve en financiële aspecten

Er is minder vaak een ontevreden gevoel geweest over de administratieve en financiële aspecten. Meestal gaat het hier over de (laattijdige) facturen of dossiers bij de debiteurenadministratie. Maar ook de klachten over communicatiestijl binnen dit aspect zijn sterk gedaald in 2018. Mensen zijn ook minder vaak ontevreden geweest over de bereikbaarheid van de debiteurenadministratie en dit resulteert in een daling van klachten bij het item 'aandacht/opvang'. Klachten over de informatieverstrekking zijn wel wat gestegen. In het ZOL is er op de facturatiedienst 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.



2.9.5 Inhoud facilitaire en technische aspecten

In 2018 zien we in het algemeen een stijging van het aantal klachten over facilitaire en technische aspecten. Klachten over **comfort**, schoonmaak, privacy en de **parking** (parkingtickets en de gehandicaptenplaatsen) zijn gestegen, maar klachten over de **telefonie** (bereikbaarheid ZOL) zijn opnieuw wat gedaald. De ombudsdienst krijgt wel nog wekelijks telefoons met de vraag om doorverbonden te worden met bepaalde consultaties of het afsprakenbureel. 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.



Bemiddelingsboek - 1579

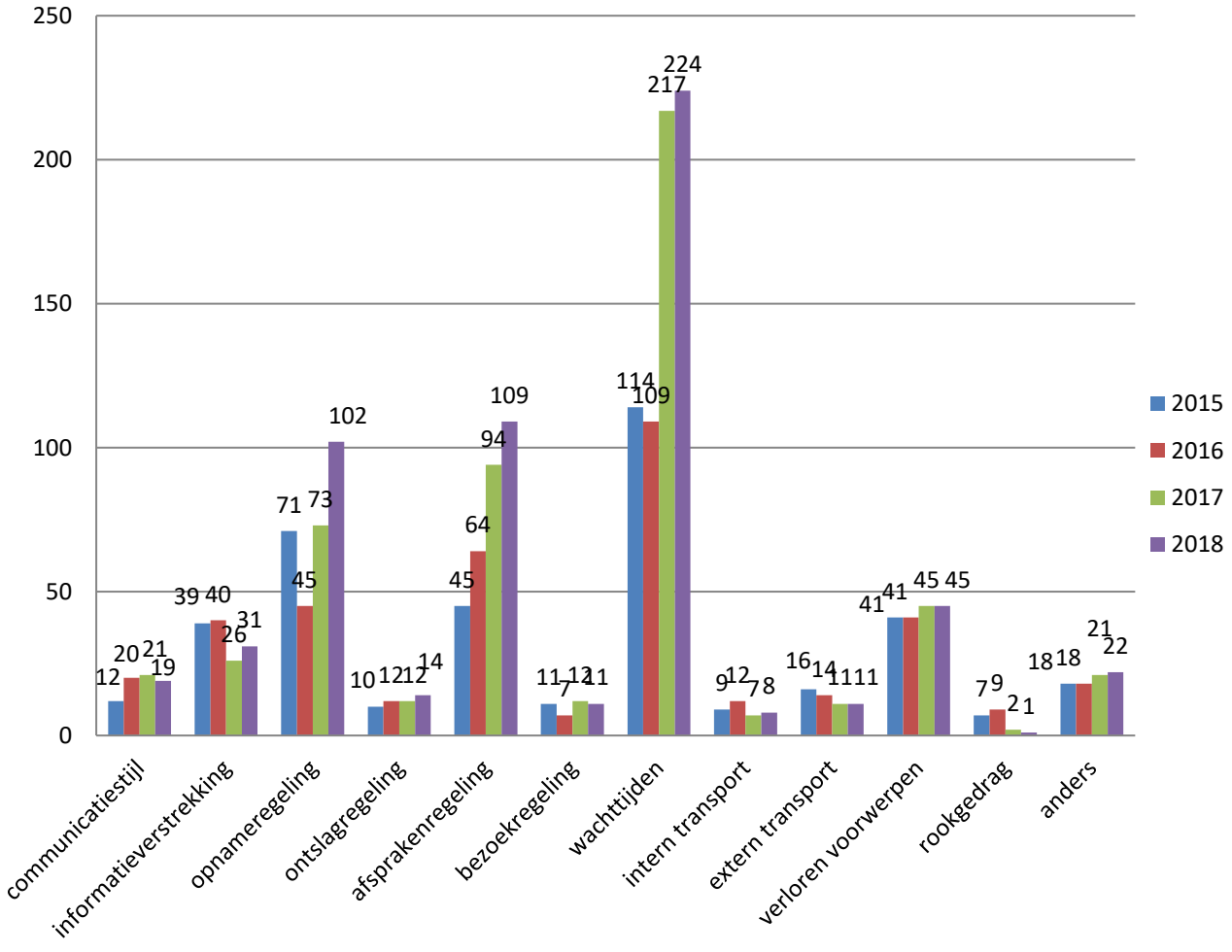
2.9.6 Inhoud organisatorische aspecten

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 opnamedienst (vb. geen bed ter beschikking voor een geplande OK) zijn nog heel hoog**.** Ook wachttijden in de wachtzalen bij bepaalde disciplines en bij de inschrijvingen voor onderzoeken en consultaties vallen hieronder.

Klachten over **opnameregeling** en **afsprakenregeling** zijn in 2018 ook nog gestegen t.o.v. 2017. Opnameregeling gaat over hoe de opnames verlopen, vb. wachten op een bed, of spoedopnames en andere opnames buiten de spoeddienst opvangen. Afsprakenregeling gaat over verkeerd geboekte afspraken, lang wachten op een afspraak, afsprakendienst niet kunnen bereiken….

Het aantal klachten over bezoekregeling, informatieverstrekking, ontslagregeling, rookgedrag, intern- en extern vervoer en communicatiestijl zijn lichtjes gewijzigd of stabiel gebleven. Het aantal klachten over verloren voorwerpen dat tot bij de ombudsdienst komt is ook stabiel gebleven. Mensen vragen dan meestal een schadevergoeding en deze dossiers worden dan overgemaakt aan de BA-verzekering.

Grafiek 3.9.6: inhoud klacht organisatorische aspecten

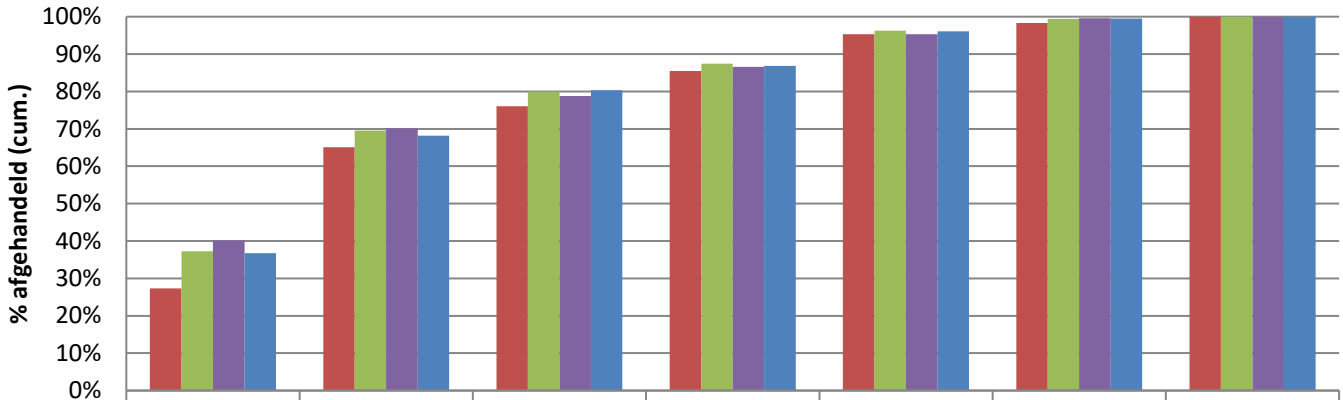


Bemiddelingsboek - 1580

2.10 Doorlooptijd

Dit is de tijd tussen de datum van registratie en de datum van afhandeling van het dossier. Zo'n 36.7% van de contacten wordt binnen 1 dag afgehandeld en 86.9% 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 (2015-2018)



	<=1dag	2-10 dagen	11-20 dagen	21-30 dagen	31-60 dagen	61-90 dagen	>90 dagen
2015	27,3%	65,1%	76,1%	85,5%	95,3%	98,3%	100,0%
2016	37,3%	69,5%	80,0%	87,5%	96,3%	99,4%	100,0%
2017	40,1%	70,2%	78,8%	86,6%	95,3%	99,6%	100,0%
2018	36,7%	68,2%	80,4%	86,9%	96,1%	99,6%	100,0%

Bemiddelingsboek - 1581

3. Samengevat uit de cijfers van 2018 kunnen we het volgende vaststellen:

- ✓ Er is een **toename van het totaal aantal contacten bij de ombudsdienst.** Er is echter wel een **stabilisatie van het totaal aantal klachten**. Wat opvalt is dat, indien de patiënt zich op **daghospitaal of polikliniek** bevindt, de klachten **gestegen zijn.** Er is min of meer een **stabilisatie** van de klachten als de patiënt zich op de **spoeddienst** bevindt. Bij **gehospitaliseerde patiënten** zien we een **duidelijke daling** van de klachten.

- ✓ **Er zijn iets meer klachten gemeld m.b.t. de patiëntenrechtenwet in 2018 (65% t.o.v. 61% in 2017).** De voornaamste stijging is terug te vinden bij de klachten over de geïnformeerde toestemming. De media en de nieuwe privacywetgeving (GDPR) spelen hier waarschijnlijk een grote rol in. Hetgeen zich aldus manifesteert in een stijging van de klachten.

- ✓ Het item '**aandacht en opvang' bij de medische en verpleegkundige klachten blijft heel belangrijk**. De patiënt ervaart zoals de afgelopen jaren geregeld onvoldoende aandacht en opvang van de beroepsbeoefenaars.

- ✓ Bij een onderverdeling van de klachten zien we een **stijging in het aantal klachten m.b.t organisatorische, verpleegkundige en medische aspecten en een daling van de administratieve aspecten** en intern werd er meer opgelost aangezien er minder schadeclaims werden ingediend.

- ✓ Er is een daling van klachten over **financiële zaken** (facturen, debiteurendossiers en financiële informatie). Dit heeft waarschijnlijk te maken met het bijwerken van de achterstand na de verandering naar het nieuwe boekhoudkundig pakket en de factuurmaatregelen in 2016.

- ✓ Bij klachten over **facilitaire/technische zaken** zien we een stijging van klachten rond comfort en schoonmaak. Tevens zien we dat de problemen rond **de telefonie** nog niet zijn opgelost. Dit zorgt geregeld voor 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 afsprakendienst. Zij contacteren dan de ombudsdienst met de vraag om doorverbonden te worden of om een klacht in te dienen.

- ✓ Bij de **organisatorische aspecten** van een klacht zijn de **wachttijden nog steeds heel belangrijk.** 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. **Belangrijk om te vermelden is het feit dat de wachttijden op de consultaties vooral enkele disciplines betreft. Er zijn disciplines die nooit klachten krijgen over wachttijden.**

  De klachten rond opname- en afsprakenregeling zijn ook nog **gestegen**. 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 tevens **in 2018 stabiel** gebleven.

Bemiddelingsboek - 1582

4. Aanbevelingen voor 2019 gebaseerd op het jaarrapport van 2018

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 2018 geuit werden bij de ombudsdienst, wordt aanbevolen dat het beleid van het ziekenhuis voor 2019 zich best focust op volgende punten:

- Het bevorderen van een kwaliteitsvolle dienstverlening.

  ✓ Bejegening

Een goed contact begint met zich voor te stellen aan de patiënt. We merken dat mensen bij de ombudsdienst dit item geregeld aanhalen. Zij weten dan niet met wie ze te doen hebben en voelen zich dan als een "nummer" behandeld. Blijf daarom werken rond empathie, attitude van (assistent-)artsen, verpleging en alle andere medewerkers van het ZOL. Een positieve, assertieve attitude kan een groot verschil maken om klachten te vermijden. De verwachtingen van de zorgvragers dienen als uitgangspunt genomen te worden.

  ✓ Communicatie door de beroepsbeoefenaars en verschaffen van informatie

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'. Vakjargon vermijden en spreken op het niveau van de patiënt. Meegeven van brochures alleen is onvoldoende, mondelinge toelichting is noodzakelijk. Geef de patiënt de tijd en de ruimte om de info te verwerken en vragen te kunnen stellen, zeker bij de complexe ingrepen. Check ook of de patiënt alles begrepen heeft en laat de ruimte om bijkomende vragen of uitleg te geven. Raad desnoods aan om een vertrouwenspersoon mee te brengen.

  ✓ 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 vragen 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. Met nabestaanden gesprekken organiseren bij onverwachte overlijdens of waar familieleden moeite hebben om het te begrijpen. Procedures en afspraken omtrent 'end of life' communiceren in de organisatie zodat alle medewerkers op de hoogte zijn.

Klantvriendelijkheid in het algemeen en een klantgericht onthaal blijvend stimuleren. Het persoonlijke onthaal aan balies in heel het 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.

Meer aandacht voor patiënten op daghospitaal en polikliniek want daar merken we dat de klachten stijgen. Het opstarten van een opnameraadpleging kan een hele vooruitgang betekenen in de kwaliteit van zorg en behandeling.

  ✓ Afsprakenbeleid en wachttijden

Online afspraken maken is voor een deel al mogelijk geworden met ChipSoft (EPD). Dit kan de samenwerking met de huisarts verbeteren want er is een portaal voor de huisartsen. Het zorgportaal voor patiënten wordt ook operationeel gemaakt.

Bemiddelingsboek - 1583

Knelpunten i.v.m. afsprakenbeheer en wachttijden analyseren en een gericht actieplan voor de betrokken disciplines opstellen. Klachten over wachttijden op de raadplegingen zijn opnieuw gestegen maar we merken dat het nog slechts over een paar disciplines gaat waarvan klachten over de wachttijden tot bij de ombudsdienst komen. Als ombudsdienst geven wij deze klachten, soms in het algemeen, door aan de verantwoordelijken, manager en geneesheerdiensthoofd zodat zij dit verder kunnen opnemen binnen hun divisie. Best bespreken verantwoordelijken knelpunten met collega managers of medische diensthoofden om goede en bruikbare adviezen over te nemen.
Bij interne verplaatsing of annulatie van een afspraak, niet enkel schriftelijk maar ook telefonisch verwittigen.
Plan realistisch en vermijd dubbele boekingen, maak het tijdschema per raadpleging niet te strak. Het combineren van meerdere taken is niet goed en zorgt geregeld voor vertragingen. Bijvoorbeeld én consultaties doen én tegelijk van spoedwacht zijn, is moeilijk te combineren. Sommige artsen maken al een goede planning door meer tijd in te plannen voor mensen die voor een eerste consult komen dan voor mensen die in opvolging komen.
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 en erken het probleem als mensen het aangeven. Wij merken dat de mensen ook begrip tonen als zij uitleg krijgen over het wachten. Probeer de reden en vooral de duur van de vertraging weer te geven. Mits rekening te houden met de privacy en beroepsgeheim.

- ✓ Opnamebeleid

Wat betreft de inschrijvingen: hier komen nog heel wat klachten over het plannen en tekenen van opnameformulieren. Het lijkt er soms op dat de communicatie niet goed gegeven en/of begrepen wordt. Check steeds of de patiënt goed begrijpt wat hij tekent om achteraf discussies te vermijden.

Planning bedden: vb. boven is een bed vrij, maar toch moet de patiënt in de inkomhal wachten. Het lijkt erop dat de informatie die de afdeling heeft niet dezelfde is als wat de inschrijvingsdienst heeft. Probeer dit op mekaar af te stemmen.

Bij beddenproblemen: probeer meer proactief te werken. De verwachtingspatronen van patiënten en hun familie zijn vaak anders dan die van de organisatie. Bijvoorbeeld als men 's avonds al merkt dat er een beddenprobleem is, verwittig de patiënten tijdig zodat zij eventuele wachttijden thuis kunnen doorbrengen i.p.v. in de inschrijvingshal. Bij afspraken die lang op voorhand gemaakt zijn, dient het voor de patiënt duidelijk te zijn dat er steeds aanpassingen kunnen gebeuren wegens hoogdringendheid.

- ✓ 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.

Bij verloren voorwerpen goed meehelpen naar het zoeken ervan en het registreren bij de dienst verloren voorwerpen. Informeren over 'I-lost.'

Extern ziekenvervoer: hierover krijgen we de laatste tijd wat meer klachten, maar op jaarbasis is het aantal gelijk gebleven. We kunnen aanbevelen dat de verantwoordelijken van het ZOL tijdens overlegmomenten met outsourcing firma's dit verder goed blijven opvolgen.

• Privacy beleid

De Europese wetgeving is hierin ernstig verstrengd vanaf mei 2018 (GDPR) en dit vereist bijkomende maatregelen. Wij voelen dat het speelt bij de patiënten, waarschijnlijk naar aanleiding van hetgeen er in de media bekend gemaakt wordt. Er komen dan ook geregeld informatieve vragen binnen bij de ombudsdienst.

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

Soms geven patiënten aan dat hun waardigheid wordt aangetast als zij bij voorbeeld in een operatiehemdje in een wachtzaal moeten wachten of bij het omkleden, vb. achter gordijnen die dan opengetrokken worden. Zorg steeds voor de nodige privacy en respect voor de patiënt.

Bemiddelingsboek - 1584

- Organisatorisch, facilitair en technisch beleid

Toegankelijkheid ombudsdienst: verduidelijk de info op de website i.v.m. het contactformulier van de ombudsdienst, het infokanaal ZOL (info@zol.be) en de cel kwaliteit (kwaliteit@zol.be). We zien nog te vaak klachten die geuit worden via het 'verkeerde' kanaal waardoor de klachten pas via een omweg op de ombudsdienst terechtkomen.

Bij **telefonie:** Zorg ervoor dat de mensen steeds terecht kunnen voor afspraken of vragen. Probeer de mensen te informeren over de piekmomenten zodat zij niet telkens opnieuw blijven bellen, maar op een later moment kunnen terugbellen. Het feit dat huisartsen al gedeeltelijk zelf afspraken kunnen maken, is zeker een verbetering. Wat mogelijks ook een verbetering kan zijn, is meer rechtstreekse nummers te geven van de disciplines zodat de mensen rechtstreeks bij de juiste discipline uitkomen. Er zijn al disciplines die een eigen callcenter geïmplementeerd hebben en hier merken we een daling van het aantal klachten.

De parking: Het parkeerbeleid en de policy vrij tickets van het ZOL is nog steeds niet voor iedereen duidelijk. Verduidelijking op de website en eventueel te herhalen bij infomomenten. Communicatie rond parkeren voor mindervaliden best ook toelichten op de website.

- 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. Echter de lange wachttijden vormen het belangrijkste probleem en daarom ging in januari 2019 de reorganisatie officieel van start met een uitgebreid actieplan om de wachttijden te verminderen.

- 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.

Vanaf binnenkomst in het ziekenhuis dient te patiënt geïnformeerd te worden over de patiëntenrechtenwet. Hierop zal de komende tijd ook meer ingezet worden door de werkgroep die hiervoor opgericht is in kader van het behalen van het kwaliteitslabel.

- Preventie en veiligheid

Toegang voor 'onbevoegden': overdag is dit moeilijk te verwezenlijken om wille van 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 communiceert.

- Het ZOL als opleidingscentrum

Het ZOL wil zich profileren als een opleidingscentrum en dient hierin zijn rol continu op te nemen. Blijvend aandacht hebben ook voor nieuwkomers en herintreders, studenten en artsen in opleiding. Tevens moeten zij op systematische manier aan alle patiënten duidelijk maken dat het ZOL een opleidingscentrum is.

Bemiddelingsboek - 1585

5. Tot slot

Het jaarrapport geeft ons een algemeen overzicht van de klachten voor 2018. Managers of medische diensthoofden, die graag wat meer specifieke informatie over hun discipline of diensten wensen, kunnen contact opnemen met de ombudsdienst om dit samen te bespreken.

We mogen niet vergeten dat er geregistreerd wordt vanuit het oogpunt van de patiënt en dat het jaarrapport eerder een beeld geeft van de activiteit bij de ombudsdienst dan een kwaliteitsoordeel. Klachten en cijfers vanwege de ombudsdienst mogen dan ook niet dienen om bestraffend te werken of om goede of minder goede werking van diensten aan te tonen.

De Vlaamse ombudsman spreekt van “verzoening” en wil hier graag cijfers over vanuit de ziekenhuissector. Belangrijk hierin is dat men definieert wat men onder verzoening verstaat want in het algemeen beogen we als ombudspersonen in het ziekenhuis steeds ‘verzoenend’ te werken. Dit kan door een eerste opvang te bieden, te luisteren naar ongenoegens, beide partijen sterker te maken door met mekaar te praten, door pendeldiplomatie of door partijen samen te brengen, iets te verduidelijken en het meehelpen bij het vinden van een oplossing. Een belangrijk onderscheid met de Vlaamse ombudsman is het feit dat we als ombudspersonen in het ziekenhuis geen standpunten mogen innemen. We moeten er alles aan doen om op een “bemiddelende”, “verzoenende” manier te werken.

Betere bekendheid en betekenis van de patiëntenrechtenwet en adequaat gebruik van de ombudsdienst blijft belangrijk voor patiënten en hun familie, maar ook voor de ziekenhuismedewerkers.
De ombudsdienst blijft belangrijk als centraal aanspreekpunt. Echter blijven we verder inzetten om problemen zoveel mogelijk op de diensten zelf aan te pakken en pas in tweede instantie door te verwijzen naar de ombudsdienst. Hierin hebben we al een positieve evolutie gekend en hopelijk wordt deze ook verder gezet.
Hulp van de overheid is nodig om de patiëntenrechtenwet bij de bevolking blijvend onder de aandacht te brengen.

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 zal jullie in 2019 verder ondersteunen om de klachten zo goed mogelijk op te vangen, te bespreken en vooral te vermijden in de toekomst.

Laat ons samen proberen de verwachtingen van de patiënt en zijn familie te overtreffen!

Bemiddelingsboek - 1586

OMBUDSDIENST

JAARVERSLAG 2018

Bemiddelingsboek - 1587

Inhoud

INLEIDING.....**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
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

INLEIDING

Hierbij vindt u de weerslag van de klachtenbehandeling/-bemiddeling door de ombudsdienst in 2018.

Hierbij worden heel wat cijfers en analyses weergegeven, maar wordt ook even stilgestaan bij hoe het, waar nodig en mogelijk ook beter kan.

Het is niet de bedoeling om met een beschuldigende vinger de hulpverleners en dienstverleners terecht te wijzen, maar mee te helpen aan een steeds kwalitatievere en patiëntgerichte zorg en service.

De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt (2002) vormt hierbij de grondslag voor de patiënt en wordt dit ook steeds meer voor het ziekenhuis, zijn medewerkers en de artsen. De basisprincipes van de wet moeten blijvend onder de aandacht gebracht worden.

Over het algemeen beschouwd ligt aan de basis van vele vragen en klachten een bepaalde storing in de communicatie tussen de zorgvrager en de hulpverlener of dienstverlener. En dit is een vaststelling die elk jaar terugkomt.

Daarnaast zien we ook een evolutie waarin steeds meer patiënten de regie over hun gezondheid en zorg meer en meer zelf willen in handen nemen en houden. Dit maakt het zeker niet altijd evident voor de hulpverlener en vraagt ook daar goede communicatieve vaardigheden. Iets waar dus blijvende aandacht voor nodig is binnen de gezondheidszorg.

Sofie Ketels
ombudsvrouw

ALGEMENE INFORMATIE

INSTELLINGEN

AZ ZENO campus Knokke-Heist
Kalvekeetdijk 260
8300 Knokke-Heist

Tel. 050 53 42 00
E-mail: info@azzeno.be
Website: www.azzeno.be

AZ ZENO campus Blankenberge
Dr. F. Verhaeghestraat 1
8370 Blankenberge

Tel. 050 53 40 00
E-mail: info@azzeno.be
website: www.azzeno.be

AZ ZENO campus Maldegem
Stationsstraat 27
9990 Maldegem

Tel. 050 40 40 70
E-mail: info@azzeno.be
website: www.azzeno.be

OMBUDSDIENST

Ombudspersoon: Sofie Ketels

Tel. 050 53 42 00

E-mail: sofie.ketels@azzeno.be
ombudsdienst@azzeno.be

OVERZICHT KLACHTEN

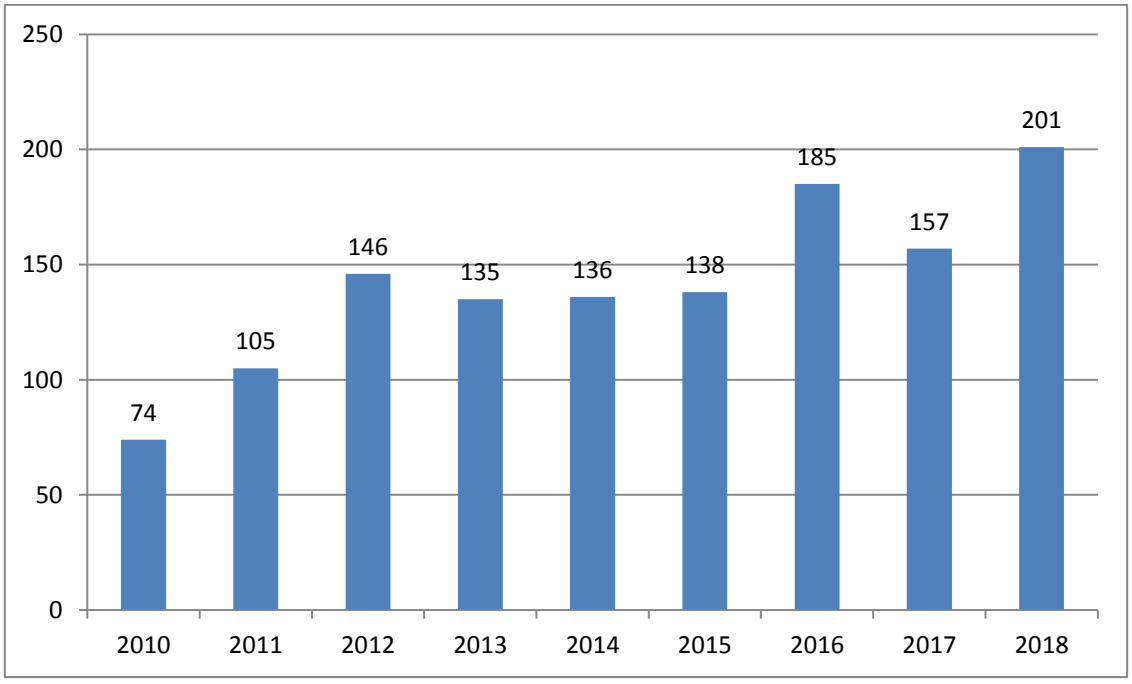
1. KLACHTEN

1.1 AANTAL KLACHTEN

In 2018 registreerden we 201 klachten, een forse stijging ten opzichte van 2017. Maar als we naar de cijfers van 2016 kijken, en we houden rekening met het overgangsjaar van de ombudsdienst in 2017, dan kunnen we stellen dat dit een normale stijging is van het aantal geregistreerde klachten.

De geregistreerde klachten delen we op in twee groepen:

76 klachten (= 38%) houden verband met de wet Rechten van de Patiënt
125 klachten (= 72%) vallen niet rechtstreeks onder de wet Rechten van de Patiënt



In 2018 zien we opnieuw een stijging in het aantal geregistreerde klachten.

1.2. OVERZICHT VAN DE KLACHTEN

1.2.1 Klachten met betrekking tot de wet 'Rechten van de Patiënt'

	2017	2018
Ontvangen van een kwaliteitsvolle zorg	59	62
Geïnformeerd worden over zijn gezondheidstoestand	3	8
Verzekerd zijn van de bescherming van persoonlijke levenssfeer	2	4
Vrij toestemmen in tussenkomst met voorafgaande informatie	3	1
Zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier	0	1
Vrije keuze beroepsbeoefenaar	0	0
TOTAAL	67	76

In de bovenstaande tabel vindt u een overzicht van het aantal klachten per deelaspect van de wet van de Rechten van de Patiënt.
We merken een stijging op ten opzichte van vorig jaar.
Binnen de subgroep 'Ontvangen van een kwaliteitsvolle zorg' heeft 68% betrekking tot de relatie patiënt – verpleegkundigen, en 32% tot de relatie patiënt – arts.

1.2.2 Klachten die geen betrekking hebben op de wet 'Rechten van de Patiënt'

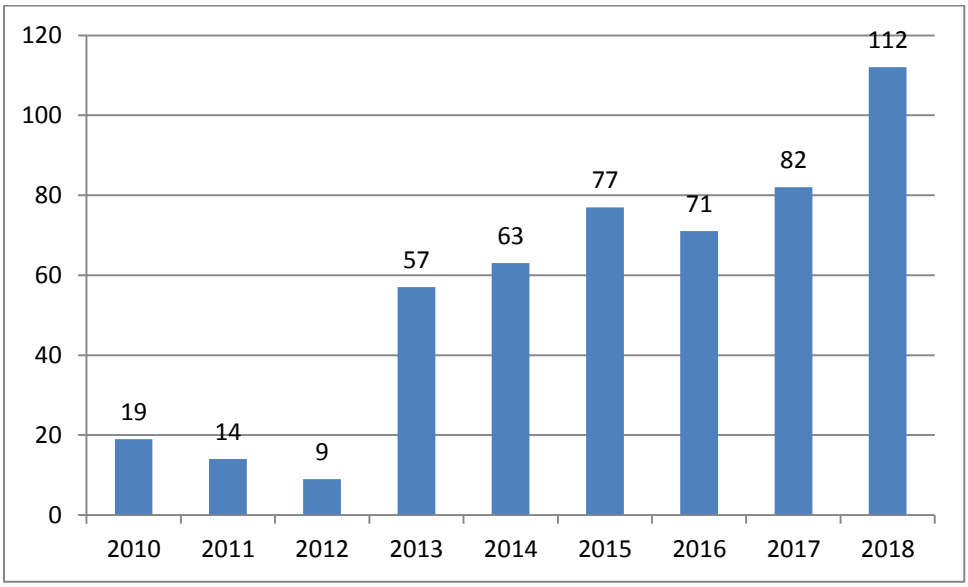
	2017	2018
Administratieve klachten	1	4
Financiële klachten	73	81
Facilitaire aspecten	1	1
Technische aspecten	1	9
Organisatorische aspecten	11	25
Andere	3	5
TOTAAL	90	125

Hier valt onmiddellijk op dat er heel wat klachten zijn over het financiële luik dat gepaard gaat met een opname of consult in het ziekenhuis. Patiënten willen graag een duidelijke en transparante communicatie over dit financiële luik.

De verhuis van het ziekenhuis naar de nieuwe site bracht ook een forse stijging mee van het aantal klachten met betrekking tot technische aspecten (bv. parking, kamercomfort,…)

Daarnaast is er ook meer dan een verdubbeling in het aantal klachten die betrekking hebben tot het organisatorisch aspect van de organisatie. Het betreft hier vooral klachten rond de afsprakenregeling, en het aanvragen van ziekenvervoer bij ontslag.

2. VRAAG TOT AFSCHRIFT VAN PATIËNTENDOSSIER



Net zoals vorig jaar is er opnieuw een stijging bij het aantal patiënten die een afschrift vraagt van zijn of haar patiëntendossier. De grootste reden hiervan zijn de verzekeringsmaatschappijen die vooraleer ze over gaan tot uitbetaling eerst een medisch verslag willen.

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 genoegen 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.

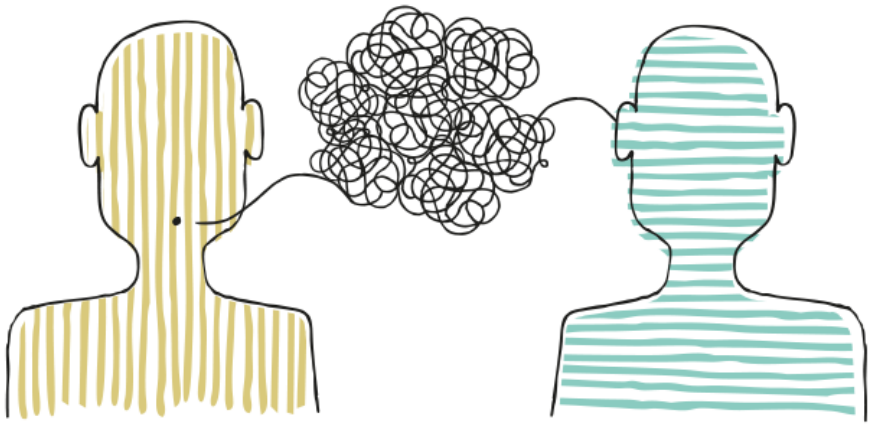
Daarnaast merk ik ook op dat de patiënt het ook belangrijk vindt dat de directie op de hoogte wordt gesteld van hoe hij of zij de opname heeft ervaren. Veelal is de brief of mail dan ook gericht aan de ombudsdienst en aan de directie.

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.



Dit was een werkpunt voor 2018, maar ook in 2019 moeten we hierin verder investeren!

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 raad ik aan om de website uit te breiden met een extra rubriek die gewijd is aan extra informatie over de ziekenhuisfactuur en de financiële gevolgen van een keuze voor een 1- of 2-persoonskamer.
De patiënt moet er ook een antwoord kunnen 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 de aanpassing van de website zou ook een brochure die deze zelfde informatie vertelt een meerwaarde zijn voor de patiënt.

Daarnaast blijkt ook uit de klachten dat patiënten niet de volledige informatie gekregen hebben, vooral als de patiënt door omstandigheden niet opgenomen wordt via de dienst opname. Een interne opfrissing voor de medewerkers dringt zich op.

Ook moet er door het ziekenhuis een controlesysteem ingebouwd worden zodat er voor iedere opgenomen patiënt een getekend kamerkeuzedossier is. Dit blijkt nu regelmatig te ontbreken, waardoor de facturen moeten herzien worden.

Tijdens de vakantieperiode werden we opnieuw geconfronteerd met verschillende klachten over de lange wachttijden op de spoeddienst, zeker wanneer de spoedarts met de MUG op uitruk is. Enerzijds is hier duidelijke communicatie noodzakelijk naar de wachtende patiënt, anderzijds kan een betere doorstroom van de arts met interne wachtdienst ook een positieve invloed hebben op de wachttijden, en de beleving van de patiënt.

Door het nieuwe ambulante afsprakensysteem heeft de patiënt bij een consult duidelijk zicht op z'n wachttijd waardoor de klachten hierover duidelijk gedaald zijn.

Bij ontslag van de patiënt wordt dikwijls ziekenvervoer geregeld. Hier is toch ook nog extra aandacht nodig van de diensten dat de aanvraag op een correcte manier gebeurd met instemming van de patiënt en/of de familie. Nog al te vaak wordt er achteraf een financiële compensatie gevraagd omdat het vervoer niet op de correcte manier werd aangevraagd.

ALGEMEEN BESLUIT

Patiënten, hun familie en bezoekers vinden jaar na jaar meer en vlotter hun weg naar de ombudsdienst. Dit schommelt wel eens en zal meestal wel in een soort van slingerbeweging doorheen de jaren evolueren, maar een licht stijgende trend is hierin wel te zien.

Uiteraard betekent dit daarom niet dat de zorg en dienstverlening slechter wordt over de jaren heen. Maar zoals in de inleiding ook reeds geschetst, hebben veel klachten te maken met COMMUNICATIE en een storing daarin. De patiënten hebben het gevoel info te ontbreken, niet volledig gehoord te zijn, misbegrepen te worden of niet erkend te zijn in hun eigenheid. Een blijvende aandacht voor dit zeer cruciale punt (naast de vele procedures en richtlijnen van belang binnen een veilige en kwalitatieve zorg) spreekt ook hieruit heel duidelijk.

Sofie Ketels
Februari 2019

Bemiddelingsboek - 1599

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	01.01.2018 - 31.12.2018

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(o)n(en)	Maaike Oosterlijnck
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01.11.2017
Bestaffing	0.5 VTE

Lokalisatie dienst	Route 39 – 1ste verdieping
Registratiesysteem	Infoland, IProva
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	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	In 2019 gestart met basisopleiding tot bemiddelaar Mediv i.s.m. VVOVAZ.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Prov. overleg VVOVAZ 19.03.2018 Prov. overleg VVOVAZ 11.06.2018 Prov. overleg VVOVAZ 10.12.2018
Werkingsterrein 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;…*	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 *mondeling* (telefonisch of via persoonlijk contact na afspraak) of *schriftelijk* (brief, suggestiebriefje, e-mail of fax) worden geuit. Elke *ontvankelijke* 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.

	Met het oog op een deskundige oplossing van de klacht, oefent de ombudspersoon haar bemiddelingsopdracht op een zorgvuldige en binnen een redelijke termijn uit. Indien nodig wordt er een gesprek met de melder gepland om de klacht verder te verduidelijken. De ombudspersoon peilt naar de verwachtingen van haar tussenkomst en maakt verdere afspraken. 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. Om een geschikte oplossing voor de klacht te vinden, voert de ombudsvrouw haar taak welwillend uit, spreekt de betrokken beklaagde(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. 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. Indien nodig organiseert en modereert de ombudspersoon een bemiddelingsgesprek. De ombudspersoon informeert mondeling of schriftelijk de klager en beklaagde over het resultaat van de klachtenbemiddeling. Een afgehandeld dossier wordt als gesloten beschouwd, tenzij nieuwe elementen worden aangebracht. Als deze oplossing niet bevredigend is voor de partijen, licht de ombudspersoon de klager in over de andere mogelijke middelen waarover zij beschikt. De ombudspersoon heeft een inspanningsverbintenis om te bemiddelen ten aanzien van de partijen, geen resultaatsverbintenis.

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

- Medisch directeur
- Verpleegkundig– en paramedisch directeur
- Kwaliteitscoördinator
- Ombudspersoon

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

Informeren, adviseren, bijstand verlenen, herstel bevorderen 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, gemeenschappelijke doelen, voorstellen van acties, evt. bijdragen tot acties en opvolgen uitvoering (vanuit rol kwaliteitsmedewerker). Anoniem rapporteren en suggesties/verbeteracties formuleren.

Bijkomende informatie/opmerkingen:

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

Meldingen 2018: **258**

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	152
Aantal infodossiers	50
Aantal pro actieve dossiers	30
Aantal opvragingen patiëntendossier	37
Aantal 'andere'	Schadedossiers: 10

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)
2018: **97** <u>Opmerkingen</u>: ✓ 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)*	62
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	26
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)	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)	5
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	3

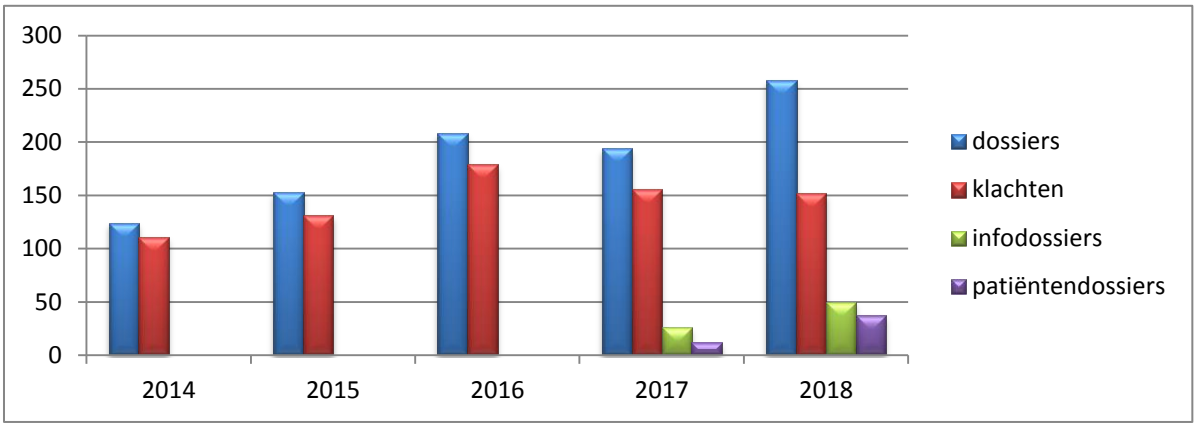
Rechten van de patiënt:
***<u>*Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening*</u> → *klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over*

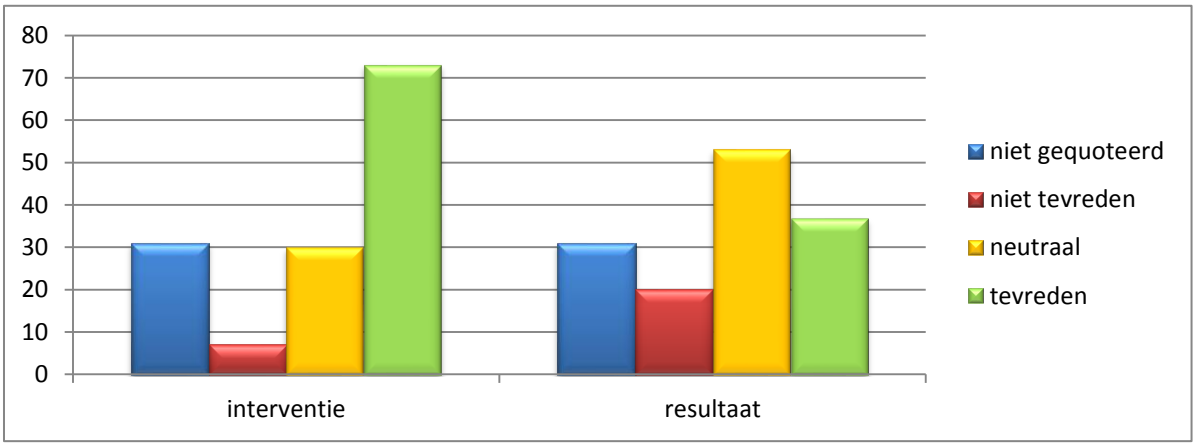
het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).
***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → dit omvat:*

- *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	55

Tabellen/grafieken; klachtenratio:





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

Meest voorkomende aspecten:

1. Medisch – behandeling 17%
2. Medisch – infoverstrekking 9%
3. Verpleegkundig – communicatiestijl 8%
4. Verpleegkundig – verzorging 8%
5. Organisatorisch – verloren voorwerpen 8%

Doorlooptijd: gemiddeld 16 dagen. 3% niet afgehandeld binnen de 60 dagen.

Verwachting bij aanmelding (meerdere mogelijk):

1. Signaal 40%
2. Informatie 21%
3. Correctie factuur 17%
4. Schadevergoeding 7%
5. Bemiddeling 7%
6. Luisterend oor, opvang 6%
7. Aangifte verzekering 4%
8. Andere: 6%

Gerelateerd aan:

- Organisatie gerelateerd 25%
- Dienst gerelateerd 38%
- Persoonsgebonden 37%

Aanbevelingen

Intern – ziekenhuis

- Richtlijnen, bijscholing, coaching omtrent communicatie;
- Richtlijnen beroepsgeheim en privacy patiënt;
- Opleiding verpleging plaatsing en gebruik alterneringsmatras;
- Opleiding, bijscholing adoptiedossiers materniteit en pediatrie;
- Informeren patiënten omtrent gewijzigde ontslagplanning, actuele wachttijden, … ;
- Patiënten beleving onder aandacht brengen;
- Personeelsbezetting geriatrische afdelingen herzien;
- Dagopnames in blokken inplannen en spreiden ontslagen;
- Richtlijnen/folder MBV voor kinderen;
- Richtlijnen facturatie poliklinische bevallingen;
- Update procedure verloren/gevonden voorwerpen;
- Afstemmen software gelinkte ingrepen / onderzoeken;
- Evaluatie hygiëneprotocol bij specifiek onderzoek;
- Loggen temperatuur mortuarium;
- Pictogrammen op kamer (bril, tandprothese, hoorapparaat);
- Handleiding TV op kamers;
- Parkeerplaatsen extern transport/spoedartsen;

Extern – beleidsmatig

- **Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen**

  Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je er 'spoedig' voort geholpen wordt. Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een dringend tandartsconsult. Enzoverder…

Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdienst krijgt hierover ook klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. Ze komen vaak met aandoeningen die eigenlijk in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden.

Binnen het ziekenhuis is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen.

- **Nood aan maatregelen inzake het ziekenvervoer**

a. Dringend ziekenvervoer tussen ziekenhuizen valt tussen de regelingen van diverse instanties, zodoende wordt de patiënt geconfronteerd met vaak dure rekeningen
De uitbreiding van de netwerking van de ziekenhuizen zal dit probleem nog verder doen toenemen

Het dringend ziekenvervoer vanuit het ziekenhuis blijft een groot probleem.
Mutas (een intermutualistisch project waarmee diverse ziekenfondsen samenwerken – voor 8.800.000 leden) – organiseert geen dringend vervoer o.a. met monitoring, zuurstof en/of onder begeleiding van een verpleegkundige of arts en verwijst voor dergelijk vervoer naar de dienst 100

De dienst 100 weigert meestal dergelijk transport, zij zien dit niet als dringend gezien de patiënt zich reeds binnen de ziekenhuismuren bevindt. Achterliggende regelgeving gebiedt hen ook de patiënt naar een dichtstbijzijnd behandelcentrum voor de betrokken pathologie te brengen dit vormt vaak niet het centrum dat tegemoet komt aan de keuze van de patiënt. Tevens zijn de middelen ook hier beperkt waardoor de dienst 100 de interventiezone niet kan verlaten.

Met als gevolg dat patiënt zal terugvallen op een ambulancedienst waarvoor zijn ziekenfonds vaak geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt een dure rekening ontvangt waar het ziekenfonds en vaak ook de achterliggende hospitalisatieverzekeringen niet (of erg beperkt) in tussenkomen.

b. Niet-dringend ziekenvervoer waarbij de patiënt zuurstof, infuus, sondevoeding (+ andere verpleegkundige B1 handelingen) toegediend krijgt onder andere bij ontslag uit het ziekenhuis, transport naar het ziekenhuis of interhospitaal transport kan niet via Mutas worden geregeld.

Patiënt zal hierdoor terugvallen op ambulancediensten waarvoor zijn ziekenfonds geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt met duurdere rekeningen geconfronteerd wordt.

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

Driemaandelijkse bespreking op klachtencommissie met opvolging van afspraken/acties en rapportage op comité kwaliteit en patiëntveiligheid.

Jaarverslag
t.a.v. Vlaamse ombudsman

lokale ombudsdienst
az groeninge kortrijk

kalenderjaar 2018

INHOUD

Inleiding 1

Ombudsdienst az groeninge 3

Instellingsgebonden informatie 8

Situering Jaarrapportering 2018 10

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 2018: overzicht categorieën 11

c. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge: evolutie over de categorieën 2016– 2017-2018 12

d. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge : overzicht per maand – kalenderjaar 2018 13

e. Vorm van het eerste contact met de ombudsdienst az groeninge: evolutie 2015-2016-2017 13

Klachtendossiers 2018 ombudsdienst az groeninge 14

Verwachtingen en verzoeningsresultaten in klachtendossiers 2018 18

Aanbevelingen ombudsdienst az groeninge 20

Tot slot 23

Bemiddelingsboek - 1610

Jaarverslag van de lokale ombudsdienst 'az groeninge kortrijk' t.a.v. de Vlaamse ombudsman

KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

I n l e i d i n g

Dit jaarverslag biedt een beeld van de aanmeldingen die zich aangediend hebben bij de ombudsdienst van az groeninge in het kalenderjaar 2018. Het geeft het beeld van de aanmeldingen in relatie tot de 'rechten van de patiënt' alsook van de bredere werking van de dienst.

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. Via deze kanalen wordt soms een signaal gegeven dat dan verdere behartiging kent door de opvolger van het betrokken kanaal.

Twee keer per jaar wordt de mening van patiënten bevraagd via enquête – de Vlaamse Patiëntenpeiling binnen het Vlaams indicatorenproject VIP2 georganiseerd door de Vlaamse overheid.

Daarnaast worden patiënten via e-mail 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 wordt onmiddellijk gereageerd op actuele topics via een online forum.

Verbetersuggesties of bezorgdheden over patiëntveiligheid en kwaliteit kunnen ook rechtstreeks doorgegeven worden aan de dienst kwaliteit via mail. Indien hierbij concrete verwachtingen worden geuit, kan daarnaast de ombudsdienst gecontacteerd worden.

Deze kanalen vormen voor az groeninge, naast de signalen en aanbevelingen vanuit de ombudsdienst, de input voor continue verbetering en bijsturing.

Bemiddelingsboek - 1611

Het tijdskader waarbinnen het jaarverslag dient overgemaakt te worden aan de Vlaamse ombudsman, tegen 10 februari van het volgend kalenderjaar, maakt dat een aantal diepgaandere analyses nog niet werden opgenomen.

Onder andere een benchmarking die aangeboden wordt vanuit de Vlaamse beroepsVereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ) en waaraan de ombudsdienst az groeninge ook deelneemt. Deze benchmarking biedt aan de organisatie de opportuniteit om de eigen cijfers te plaatsen binnen een breder kader.

Naast de opmaak van het jaarverslag ten aanzien van de Vlaamse ombudsman wordt er tevens een ruimer en diepgaander intern jaarverslag opgemaakt. Dit intern jaarverslag wordt samen met het jaarverslag ten aanzien van de Vlaamse ombudsman overgemaakt aan de beheerder, de hoofdgeneesheer, de directie en de medische raad van het ziekenhuis. Daarna wordt het toegelicht binnen verschillende organen van het ziekenhuis vb. de ondernemingsraad.

O m b u d s d i e n s t a z g r o e n i n g e

Binnen het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst van az groeninge wordt als klacht beschouwd: "*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 ombudsdienst az groeninge **stelt zich breed en laagdrempelig op** – dit maakt het naar de aanmelder toe eenvoudig 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 (vastgelegd binnen de wet betreffende "de rechten van de patiënt" – Belgisch Staatsblad 26-08-2002) met name het behartigen van patiëntenklachten die in relatie staan tot de wet patiëntenrechten.

Vb. Een ongenoegen over 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 op vlak van kwaliteit. 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 keuze van az groeninge om de ombudsdienst een laagdrempelige opstelling toe te bedelen vertaalt zich in de personeelsomkadering van de ombudsdienst (zie ook p. 8). De bestaffing stelt de ombudsdienst in staat om alle weekdagen ter beschikking te staan van 9u-12u en van 13u-16u. Daarenboven kan er een afspraak worden gemaakt.

Hierbij duiding van **het volledige werkterrein** van de ombudsdienst 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 aanmeldingen (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 naar 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).

Bemiddelingsboek - 1613

Wij staan 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. <u>Wettelijk kader waarbinnen een ombudsdienst van een zorgvoorziening zich situeert:</u>

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 onder meer de voorwaarden worden beschreven waaraan de ombudsfunctie moet voldoen.

Binnen az groeninge werd de ombudsfunctie formeel geïnstalleerd op 10/09/2003. Reeds ervóór 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 actualiseringen 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 werkingssfeer.

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 onder meer 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 (zorgverstrekker–medewerker) te contacteren; absoluut bij bejegeningsklachten (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!

Naar de individuele zorgverstrekker is er minstens reeds een sensibiliserend effect naar de toekomst toe.

Het vormt voor de ombudsdienst az groeninge een constante bekommernis om waar mogelijk signalen en input te geven voor verbetering en bijsturing.

Heel dikwijls vormt dit ook de drijfveer voor de aanmelder, hierbij geeft deze expliciet een signaal aan de organisatie/ zorgverstrekker 'opdat het gebeuren zich in de toekomst niet meer kan herhalen'. Dat er een gevolg gegeven wordt aan hun signaal, is vaak de grootste verwachting van de aanmelders die wij in onze werking detecteren (43 %, zie p. 18) .

Waar ervaren wordt dat er nood is aan vertaling naar de organisatie toe, wordt bekeken wie of welk orgaan betrokken dient te worden.
Vanuit proceseigenaars, lijnverantwoordelijken (directielid, zorgmanager, manager, afdelingshoofd, hoofdverpleegkundige, eventueel medisch diensthoofd,….), diensten (o.a. de dienst kwaliteit), interne werkgroepen, bevoegde organen vb. comité voor ziekenhuishygiëne, comité voor informatieveiligheid, enz.… worden naar aanleiding van signalen en aanbevelingen vanuit de ombudsdienst initiatieven genomen ter bijsturing en verbetering.

Soms wordt de ombudsdienst expliciet aangesproken om actief de bijsturing te helpen bepalen (vb. deelname werkgroep parkeerbeleid, uitwerking procedure opvolging verlies persoons-gebonden materiaal)

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 zorgverstrekker 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 *apotheek* behandelt de klachten of vragen om inlichtingen die haar rechtstreeks worden overgemaakt.

Tussen deze diensten (het onthaal/de dienst debiteuren: de helpdesk debiteuren + het financieel infopunt/ de apotheek / de ombudsdienst) bestaan afspraken in functie van onderlinge afstemming.

Bemiddelingsboek - 1617

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 31-12-2018)	1.054
Aantal campussen	2 campus kennedylaan (954 erkende bedden) campus reepkaai (100 erkende bedden)
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** - Ombudspersonen: 1,8 FTE (1 FTE + 0,8 FTE) - Medewerkers ombudsdienst: 1 FTE (1/2 FTE + 1/2 FTE) Effectieve bestaffing ombudsdienst 2018 rekening houdend met de wettelijke toekenning van een aantal dagen 'arbeidsduurvrijstelling' : **2,57 FTE**.

Bemiddelingsboek - 1618

Lokalisatie dienst	Sedert 7/12/2016 gelocaliseerd op campus kennedylaan, President Kennedylaan 4 – 8500 Kortrijk *Campusoverschrijdende werking*
Registratiesysteem	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
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Dhr. Johan Behaeghe: Attest basisopleiding 'Bemiddeling' MEDIV (2009) Attest specialisatie 'Bemiddelaar in burgerlijke zaken en handelszaken' MEDIV (2010) Mevr. Elien Demarré: Attest basisopleiding 'Bemiddeling' MEDIV –VVOVAZ (2012) Attest specialisatie "Bemiddelaar in familiale zaken" (VIVES) (2016)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- 'Wegwijs in General Data Protection Regulering' – mevr. Ann Bracke, juridisch stafmedewerker az groeninge – in het kader van Algemene Vergadering VVOVAZ 26 januari 2018 - Zorgnet Icuro Brussel - '°360 graden ombudsdienst' – Tweedaagse VVOVAZ 11-12 oktober 2018 - Antwerpen

Bemiddelingsboek - 1619

Situering Jaarrapportering 2018

De ombudsdienst az groeninge kreeg in 2018**: 1220 aanmeldingen**, dit is een lichte daling van 19 aanmeldingen ten opzichte van vorig jaar. In 2016 waren dit er nog 895, in 2017: 1239.

De intrek op campus kennedylaan (voor 7 december 2016 gelokaliseerd op campus Reepkaai) bewerkstelligt de **grotere toegankelijkheid en laagdrempeligheid** van de dienst.

Quasi dagelijks bieden patiënten en/of familie zich spontaan (onaangekondigd) en persoonlijk aan bij de burelen van de dienst (in 2018: 163 persoonlijke aanmeldingen (+ 18) - in 2017: 145 – in 2016: 69).

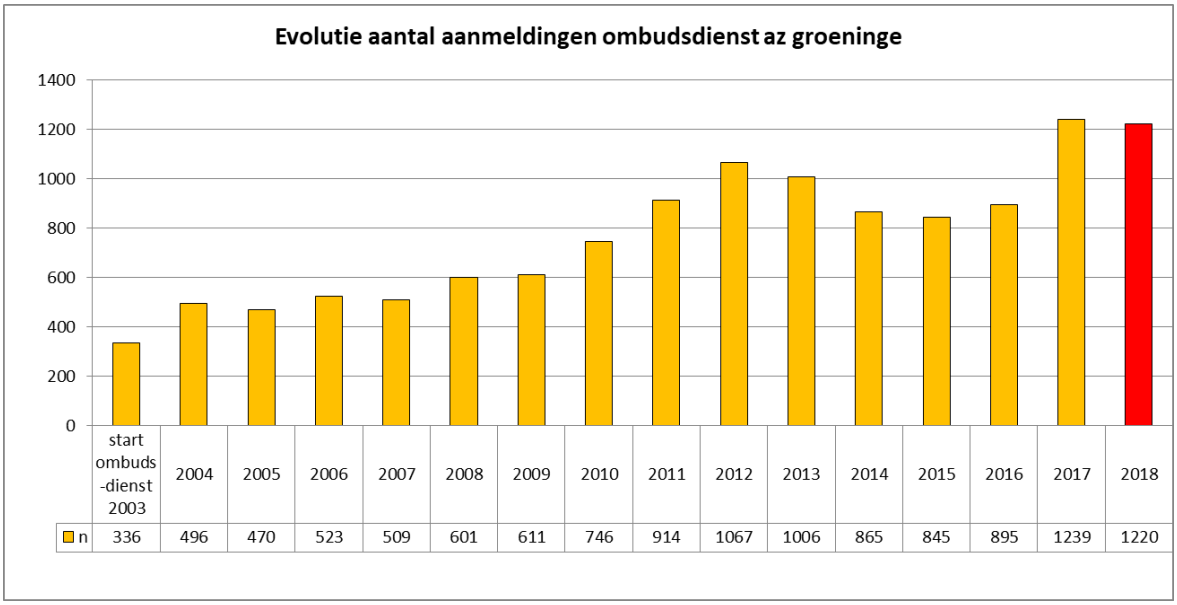
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

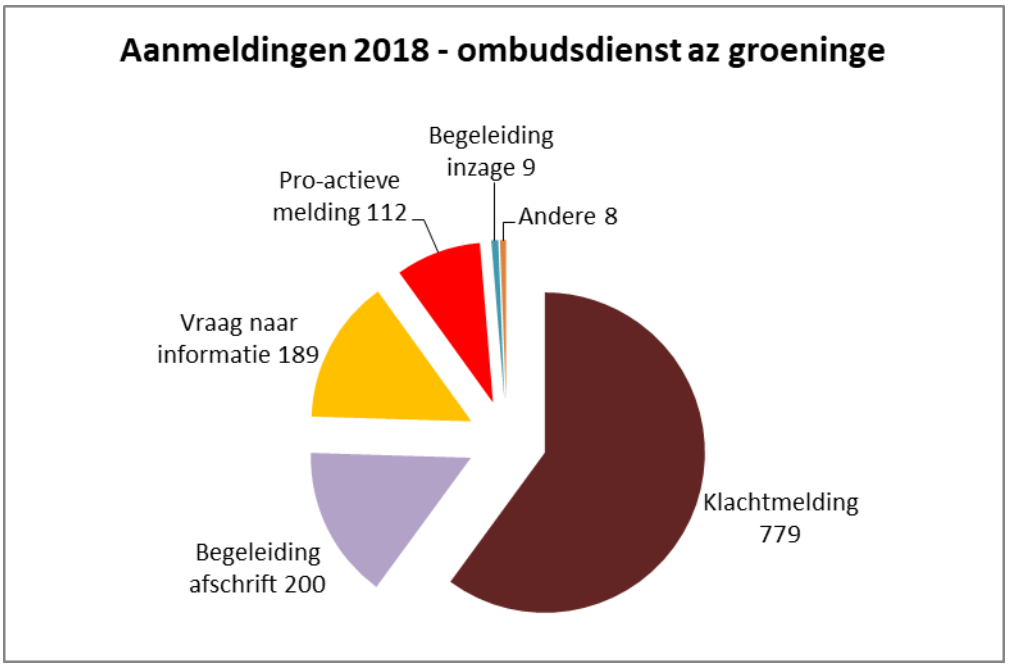
- ✓ 1 melding (= dossier) kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt/aanmelder. Omtrent de gegrondheid / ongegrondheid van een klacht wordt geen uitspraak gedaan. De (on)gegrondheid van de klacht is hier dus niet in weergegeven.
- ✓ 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	**779**
Aantal infodossiers	**189**
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)	**112**
Aantal opvragingen patiëntendossier (= begeleiding **afschrift** & begeleiding **inzage**)	**209** (=200 afschrift + 9 inzage)
Aantal ‘andere’	**8**

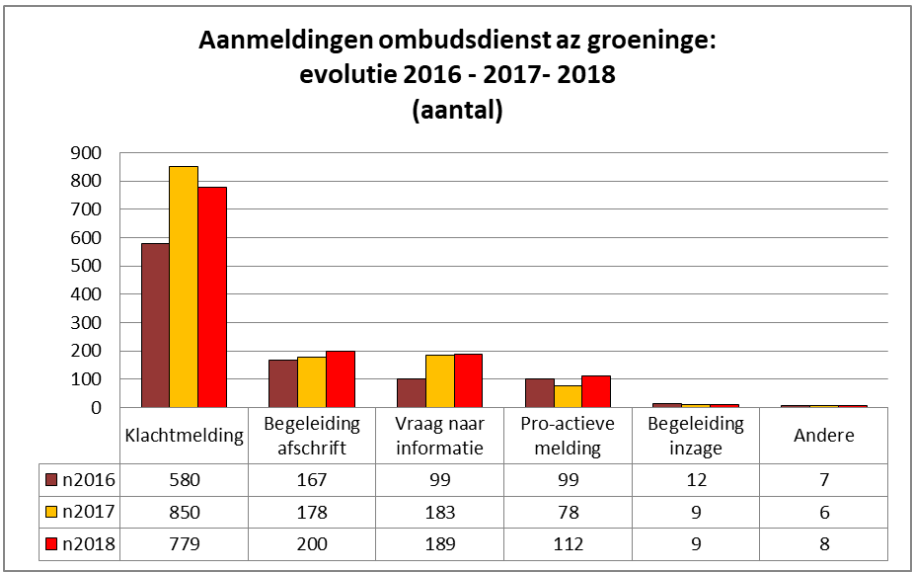
a. <u>Aantal aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge</u>



b. <u>Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge kalenderjaar 2018: overzicht categorieën</u>



c. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge: evolutie over de categorieën 2016 – 2017 - 2018



	Klachtmelding	Begeleiding afschrift	Vraag naar informatie	Pro-actieve melding	Begeleiding inzage	Andere
n2016	580	167	99	99	12	7
n2017	850	178	183	78	9	6
n2018	779	200	189	112	9	8

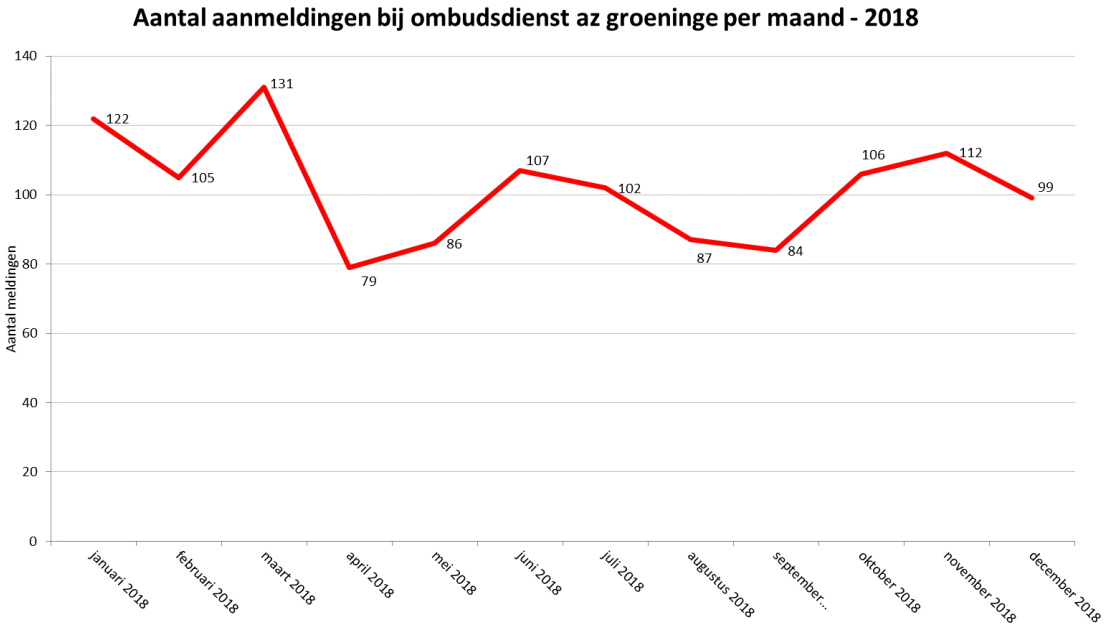
In 2018 merken we een ***daling van het aantal klachtmeldingen*** (- 71 t.o.v. 2017).

De ***stijging van het aantal "begeleidingen inzake afschrift van het patiëntendossier"*** (+ 22) zet zich in 2018 verder, 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 nog steeds een aantal beperkingen binnen het online platform, onder andere de stukken van het patiëntendossier van voor 17 oktober 2016. Het aantal begeleidingen inzake **"inzage van het patiëntendossier"** bleef status quo.

Het aantal **"vragen naar informatie"** ligt in de lijn van vorig jaar, wij dienen evenwel waakzaam te blijven of er hiaten te bespeuren zijn in de informatieverstrekking binnen az groeninge.

Het aantal ***pro-actieve meldingen nam gevoelig toe*** (+ 34), dit aspect verdient diepere analyse.
De mogelijkheid om de ombudsdienst te contacteren naar aanleiding van een melding binnen het interne veiligheidsincident meldingssysteem (VIM) speelt hier ongetwijfeld een rol in.

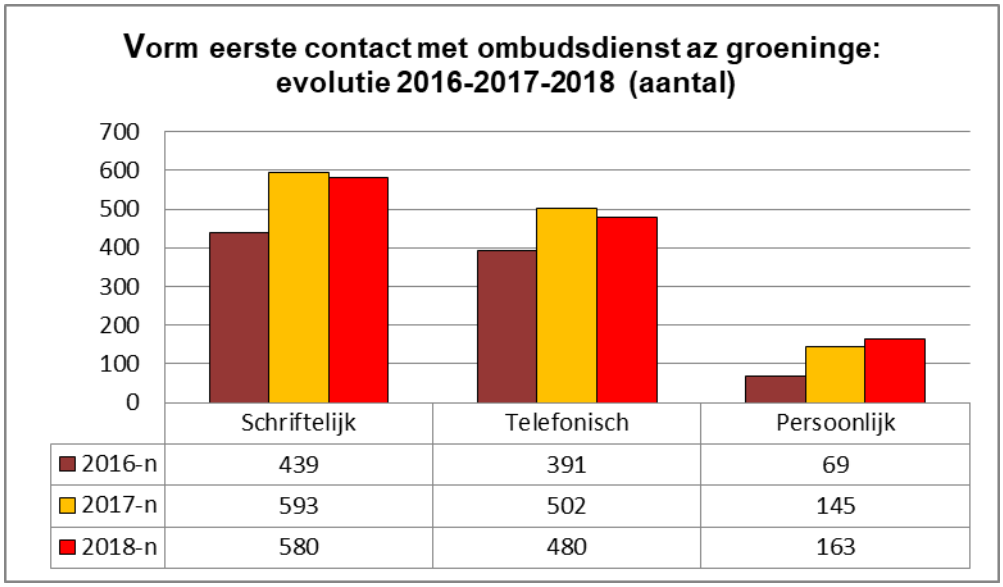
d. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge : overzicht per maand – kalenderjaar 2018



Gemiddeld aantal aanmeldingen per maand in 2018: **101,6**

In 8 van de 12 maanden kennen we een instroom van meer dan 100 aanmeldingen. Dit betekent een constante instroom van een viertal nieuwe aanmeldingen per dag. Quasi wekelijks kennen we een piekdag van het dubbele.

e. Vorm van het eerste contact met de ombudsdienst az groeninge: evolutie 2016-2017-2018



Van de 580 schriftelijke eerste contacten, kwamen er in 2018 497 (=86 %) per e-mail binnen t.o.v. 528 (= 89 %) per e-mail in 2017 en 350 per e-mail in 2016.
Opnieuw stellen we een **toename** vast van het **aantal persoonlijk contacten (+ 18),** wat kan wijzen op een verhoogde laagdrempeligheid.

Totaal aantal klachtendossiers 2018 ombudsdienst az groeninge: **779**
Aantal klachtendossiers m.b.t. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78): **355* (46%)**
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de RECHTEN VAN DE PATIËNT (ruimer werkingsterrein van de ombudsdienst az groeninge): **424 (54%)**

	2016	2017	**2018**
Totaal aantal aanmeldingen	895	1239	**1220**
Klachtendossiers ruim werkingsgebied ombudsdienst (wet + andere) (dus: excl. zuivere vragen naar informatie, excl. zuivere pro-actieve meldingen, excl. zuivere begeleidingen inzage/afschrift, excl. andere contacten)	580 (100 %)	850 (100 %)	779 (100 %)
Klachtendossiers wet patiëntenrechten m.b.t. beroepsbeoefenaars KB nr. 78 (Federale Commissie Rechten van de Patiënt)	305 (= 53 %) (waarin 397 'rechten' door de aanmelder als geschonden ervaren)	340 (= 40 %) (waarin 419 'rechten' door de aanmelder als geschonden ervaren)	***355 (= 46 %)** (waarin 439 'rechten' door de aanmelder als geschonden ervaren)
Klachtendossiers niet gerelateerd aan wet patiëntenrechten	275 (= 47 %)	510 (= 60 %)	**424 (= 54 %)**

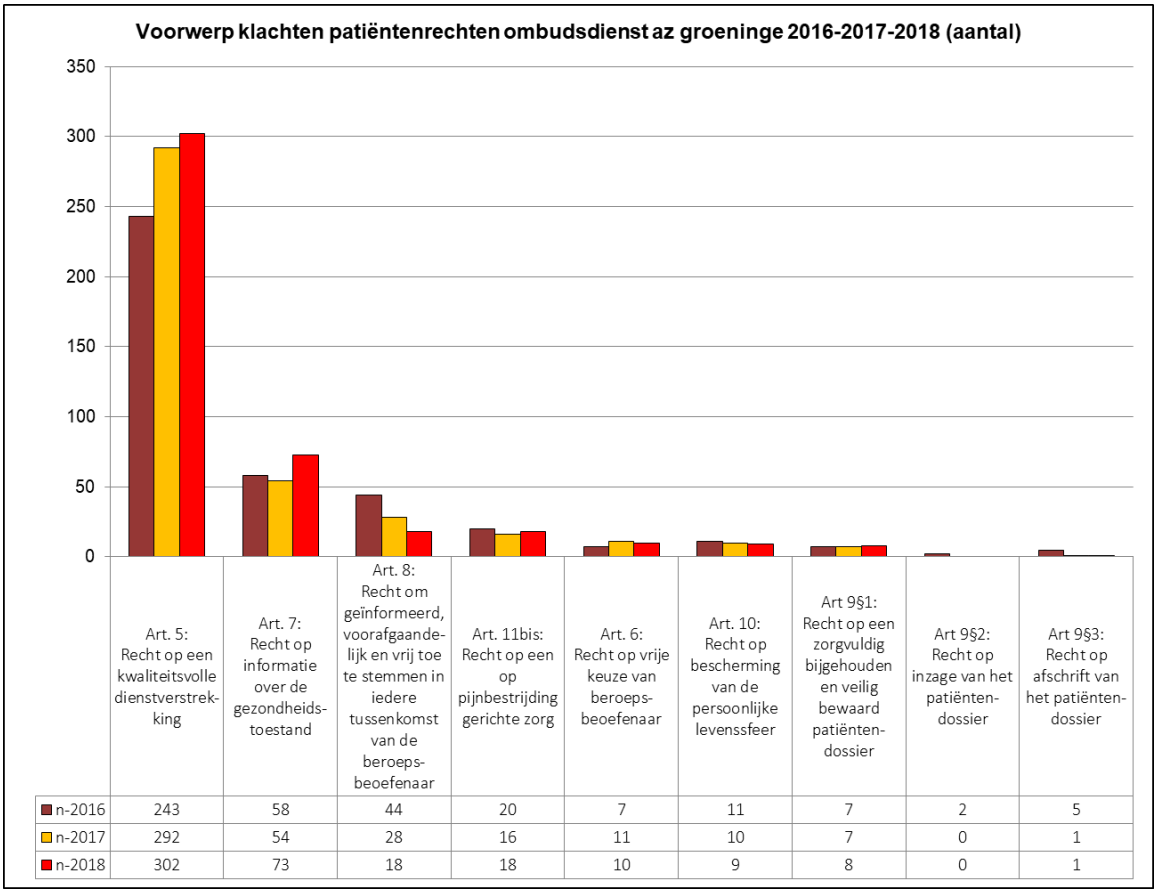
Opmerkingen:

- ✓ 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 opdrachten aansturen…)*
- ✓ 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'.

Bemiddelingsboek - 1624

***RECHTEN VAN DE PATIËNT als geschonden ervaren (beroepsbeoefenaars KB nr. 78) : 439 (in 355 klachtdossiers)**	
(chronologie conform artikelnummering)	
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5) ➔ *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)).*	**302**
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	**10**
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	**73**
Recht op geïnformeerde toestemming (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 bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.* 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.	**18**
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)	**1**
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	**9**
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	**0**
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	**18**

Bemiddelingsboek - 1625



	Art. 5: Recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking	Art. 7: Recht op informatie over de gezondheidstoestand	Art. 8: Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar	Art. 11bis: Recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg	Art. 6: Recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar	Art. 10: Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer	Art 9§1: Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	Art 9§2: Recht op inzage van het patiëntendossier	Art 9§3: Recht op afschrift van het patiëntendossier
n-2016	243	58	44	20	7	11	7	2	5
n-2017	292	54	28	16	11	10	7	0	1
n-2018	302	73	18	18	10	9	8	0	1

In 2018 kwamen **779** aanmeldingen binnen die wij als **klacht** hebben geregistreerd.

Het ***klachtenbeeld 'rechten van de patiënt'*** vormt ***46 %*** ten opzichte van het totaal aantal klachtmeldingen die de ombudsdienst az groeninge het afgelopen kalenderjaar heeft ontvangen.

355 aanmeldingen die resulteerden in 439 patiëntenrechten die als geschonden werden ervaren, dit is een lichte toename + 15 dossiers (+ 20 rechten) t.o.v. 2017.

Een klachtendossier **binnen de materie patiëntenrechten** situeert zich meestal sterk binnen de individuele relatie zorgverstrekker (beroepsbeoefenaar KB nr. 78) - patiënt.

Wij stellen in absolute cijfers opnieuw een lichte toename vast van de klachten die in relatie staan tot het "recht op kwalitatieve zorgverstrekking (art 5)" (+ 10 t.o.v. 2017).

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 technische handelingen van de beroepsbeoefenaar. Dit vergt nog verdere analyse.

Tevens stellen we een toename vast van het geschonden "recht inzake informatieverstrekking over de gezondheidstoestand" (+ 19 t.o.v. 2017).

Er is opnieuw een belangrijke daling binnen het "recht om geïnformeerd en voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (art 8)"(- 20 t.o.v.2017). De voorbije jaren werden diverse aanbevelingen geformuleerd om hieraan meer aandacht te gaan besteden. Deze werden ook vertaald door het ziekenhuis, met name om de geïnformeerde toestemming 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 in de voorbije jaren.

Bemiddelingsboek - 1626

Het aandeel ***klachtendossiers niet gerelateerd aan wet patiëntenrechten (54 %)*** kende **een belangrijke daling in 2018** (-86 t.o.v. 2017 = daling van 6%).

Deze klachtendossiers hebben vooral betrekking op

organisatorische aspecten (wachttijden, parkeerbeleid, verlies persoonlijk materiaal, …),

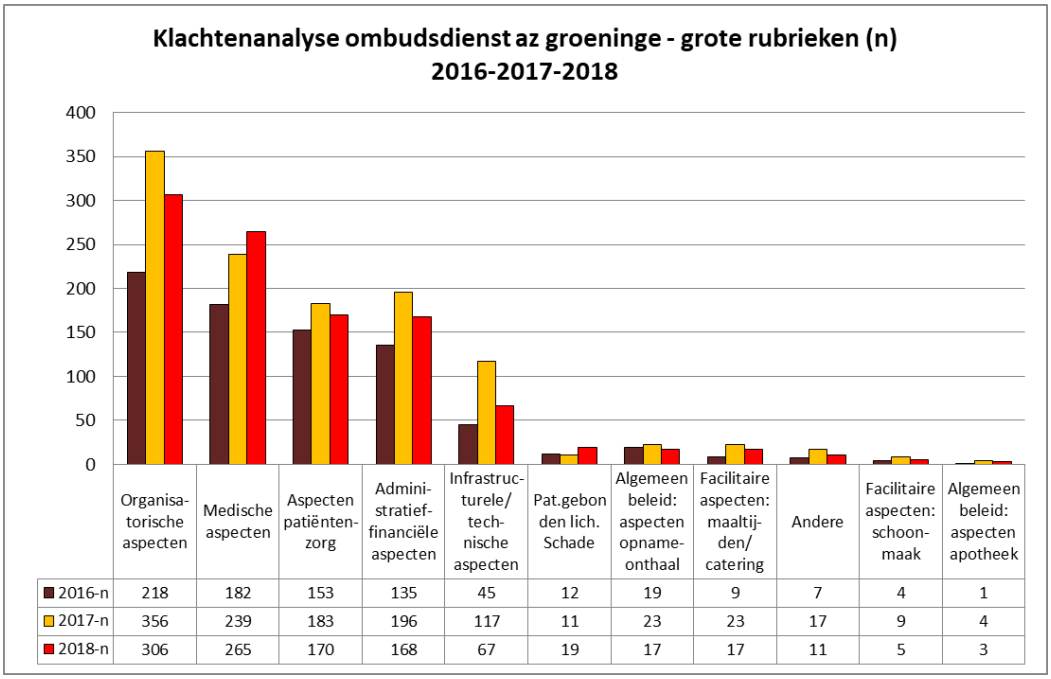
administratief-financiële aspecten (facturatiebedrag, facturatieproces, infoverstrekking administratief-financieel,…),

infrastructurele-technische aspecten (defecten, comfort, lawaaihinder,…) en

facilitaire aspecten (maaltijden, catering, schoonmaak) van az groeninge die patiënten en/of familie in 2018 hebben gemeld.

Alle klachtendossiers (= 779 in 2018) worden geanalyseerd vanuit een breed aspectenkader waarbinnen ook de rubriek medische aspecten, aspecten patiëntenzorg, patiëntgebonden lichamelijke schade zijn opgenomen.[1]

Hieronder reeds een eerste aanzet, nog diepgaander analyse wordt binnen het aspectenkader uitgevoerd.



	Organisatorische aspecten	Medische aspecten	Aspecten patiëntenzorg	Administratief-financiële aspecten	Infrastructurele/ technische aspecten	Pat.gebonden lich. Schade	Algemeen beleid: aspecten opname-onthaal	Facilitaire aspecten: maaltijden/ catering	Andere	Facilitaire aspecten: schoonmaak	Algemeen beleid: aspecten apotheek
2016-n	218	182	153	135	45	12	19	9	7	4	1
2017-n	356	239	183	196	117	11	23	23	17	9	4
2018-n	306	265	170	168	67	19	17	17	11	5	3

(basis: totaal klachtendossiers: 2018: n=779 - 2017: n=850 – 2016: n=580)

Daling van het aantal organisatorische aspecten (-50 t.o.v. 2017) **en infrastructurele – technische aspecten** (-50 t.o.v. 2017), tevens ook **daling van de administratief financiële aspecten** (-28 t.o.v. 2017) en **de aspecten patiëntenzorg** (-13 t.o.v. 2017). De **medische aspecten** kennen daarentegen **een stijging.**

[1] Om de analyse van de klachten te vergemakkelijken, wordt het zorgproces ingedeeld in een aantal **categorieën**. Deze indeling is binnen het registratiepakket az groeninge grotendeels gebaseerd op het organogram van az groeninge. Elke categorie is verder onderverdeeld in een aantal **deelrubrieken** die ,waar mogelijk, ook nog meer gedetailleerde informatie bieden.
De categorieën en deelrubrieken leunen gedeeltelijk aan bij het door de Vlaamse beroepsVereniging van Ombudsfunctie Van Alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ) ontwikkelde registratie-instrument, maar werden dikwijls aangevuld met of aangepast aan specifieke instellingsgebonden aspecten.

Niet iedere klacht is bij de analyse in één enkele categorie onder te brengen: veelal betreft het een combinatie van factoren van ontevredenheid. **Voor éénzelfde dossier kunnen dus zowel meerdere categorieën als meerdere deelrubrieken gescoord worden.**

Verwachtingen en verzoeningsresultaten in klachtendossiers 2018

Wanneer een patiënt of familie van een patiënt zich wendt tot de ombudsdienst, is dit steeds met een bepaalde **verwachting**. Deze wordt specifiek nagevraagd om zo de te nemen acties en verdere opvolging te kunnen bepalen.
Onderstaand overzicht geeft een beeld van de **meest voorkomende verwachtingen in de klachtendossiers 2018**. In één ombudsdossier kunnen meerdere verwachtingen geregistreerd worden.

Deze verwachtingen worden geregistreerd na het eerste contact met de aanmelder. Deze percentages zeggen dus niets over de uitkomst van een ombudsdossier. Bijvoorbeeld: een aanmelder kan de verwachting hebben van een financieel akkoord, maar dit wil niet zeggen dat dit ook het resultaat van het dossier zal zijn.

Verwachting	**2018**
Signaal	43,4 %
Financieel akkoord (correctie, aanpassing, annulering factuur, tussenkomst verlies of schade persoonlijk materiaal,…)	24,6 %
Oplossing	12,8 %
Luisterend oor / opvang	10,7 %
Informatie	5,1 %
Bemiddeling (pendeldiplomatie / samenbrengen van partijen)	2,7 %

Vanuit de Vlaamse ombudsman werd gevraagd om de "verzoeningsresultaten" in kaart te brengen.

Onder een '**verzoeningsresultaat**' van de ombudspersoon/ombudsdienst wordt verstaan:
'**een betekenisvolle stap door de organisatie, zorgverlener, enz. die zonder tussenkomst van de ombudspersoon/ombudsdienst niet zou gezet zijn**'.

Sommige ombudsdossiers (= aanmeldingen) komen niet in aanmerking voor 'verzoening' (vb. vragen naar informatie, begeleidingen afschrift,…).
Dit overzicht wordt daarom afgelijnd tot de **klachten**dossiers 2018 (n=779).

In 2018 was er nog geen gerichte registratie rond "verzoeningsresultaten" in het registratiepakket opgenomen.
Het overzicht van concreet bereikte resultaten in het registratiepakket werd als basis genomen.
Een afgelijnde selectie van resultaten werd als verzoeningsresultaat beschouwd. In één ombudsdossier kunnen meerdere 'soorten' verzoeningsresultaten bereikt zijn.

Van de 779 klachtendossiers 2018 bedraagt het aantal dossiers met een verzoeningsresultaat 236 (= 30,3 %).

- ➔ Zoals geduid in bovenstaande situering zit hier een zekere afwijking op, maar een ernstige oefening werd door onze dienst alvast reeds voor 2018 gemaakt.

Bemiddelingsboek - 1628

Een overzicht:

Verzoeningsresultaat	**2018**
Financieel akkoord: wijziging factuur (correctie of aanpassing)	66
Herstel communicatie	48
Concrete individuele oplossing	44
Financieel akkoord: annulering factuur	14
Financiële tussenkomst n.a.v. verlies persoonlijk materiaal	12
Financiële tussenkomst n.a.v. parkingproblematiek	12
Andere	11
Financiële tussenkomst n.a.v. schade aan persoonlijk materiaal	8
Herziening invorderingskosten	3
Financieel akkoord n.a.v. schadeclaim (n.a.v. zorgincident)	2
Financiële tussenkomst n.a.v. problematiek wisselautomaat	0

(basis: klachtendossiers 2018 n=779)

(Ter info: volgende resultaten uit het registratiepakket werden niet als verzoeningsresultaat beschouwd: informatieverstrekking / toelichting / duiding – feedback na initiatief – pro-actief ombudsdossier gemaakt – begeleiding afschrift – begeleiding inzage – luisterend oor/opvang – verzekering opvolging signaal – rechtstreekse opvolging door derde(n) – doorverwijzing intern – doorverwijzing extern – aanmelding door aanmelder éénzijdig afgebroken)

Bemiddelingsboek - 1629

A a n b e v e l i n g e n o m b u d s d i e n s t a z g r o e n i n g e

Omwille van de onvolledige verwerking van de interne registratie, is het op heden 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 ombudsdienst az groeninge:

- ➔ 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 zorgverstrekker ervaart
- ➔ bijzondere aandacht inzake communicatie bij het overlijden van de patiënt

Vanuit de ombudsdienst ervaren wij dat net communicatieaspecten vaak de trigger vormen tot het uiten van ongenoegen/ klacht.

Een aantal aanbevelingen werden dit jaar **vanuit de Vlaamse beroepsVereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ) geformuleerd**, deze kunnen **ook wij onderschrijven en zijn ook herkenbaar binnen de werking van az groeninge**

I. Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg

In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid.
Men dient uiteraard de nodige aandacht voor deze respectvolle bejegening naar de patiënten toe te behouden.

Tegelijk krijgen de ombudsdiensten ook regelmatig het signaal van zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren.

Men krijgt verwijten over zich heen; men eist een bepaalde behandeling/opname/voorschrift/attest/… waarna men zich kwaad maakt of agressief uitlaat indien men het gevraagde niet bekomt.

Bemiddelingsboek - 1630

Dat bovengenoemde elementen niet bijdragen tot een constructieve sfeer en zorgen voor een emotionele belasting bij alle partijen hoeft geen betoog. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht.

II. Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen

Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je er 'spoedig' geholpen wordt. Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een dringend tandartsconsult. Enzoverder…

Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdiensten krijgen hierover ook regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. Ze komen vaak met aandoeningen die eigenlijk in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden.

Binnen de ziekenhuizen is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen.

III. Maatregelen om meer patiëntgerichte werktijd vrij te maken in het belang van zorgverstrekkers en patiënten dringen zich op.

Er is nood aan meer informatie versus nood aan tijd om te communiceren.

Een overgroot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen.

Patiëntenrechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt langs verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings- en verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om deze beslissingen wel overwogen te kunnen maken.

Zorgverstrekkers botsen van hun kant op het feit dat zij bij "veelvragende patiënten" onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.

Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail. Verpleegkundigen, die steeds met minder hetzelfde werk doen, lopen tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten. Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net deze mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De core van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk te staan en veroorzaakt spanning en stress.

Langs beide kanten van het verhaal zitten mensen die de situatie anders zouden willen zien en die vragen om meer tijd om samen gefundeerde keuzes te kunnen maken.

Bemiddelingsboek - 1631

IV. Nood aan maatregelen inzake het ziekenvervoer

a. Dringend ziekenvervoer tussen ziekenhuizen valt tussen de regelingen van diverse instanties, zodoende wordt de patiënt geconfronteerd met vaak dure rekeningen.
De uitbreiding van de netwerking van de ziekenhuizen zal dit probleem nog verder doen toenemen.

Het dringend ziekenvervoer vanuit het ziekenhuis blijft een groot probleem.
Mutas (een intermutualistisch project van diverse ziekenfondsen – voor 8.800.000 leden) organiseert geen dringend vervoer o.a. met monitoring, zuurstof en/of onder begeleiding van een verpleegkundige of arts en verwijst voor dergelijk vervoer naar de dienst 100.

De dienst 100 weigert meestal dergelijk transport, zij ziet dit niet als dringend gezien de patiënt zich reeds binnen de ziekenhuismuren bevindt. Achterliggende regelgeving gebiedt de dienst 100 ook de patiënt naar een dichtstbijzijnd behandelcentrum voor de betrokken pathologie te brengen. Dit vormt evenwel vaak niet het centrum dat tegemoet komt aan de keuze van de patiënt. Tevens zijn de middelen ook hier beperkt waardoor de dienst 100 de interventiezone niet kan verlaten.

Met als gevolg dat patiënt zal terugvallen op een ambulancedienst waarvoor zijn ziekenfonds vaak geen financiële afspraken heeft, waardoor de patiënt een dure rekening ontvangt waar het ziekenfonds en vaak ook de achterliggende hospitalisatieverzekeringen niet (of erg beperkt) in tussenkomen.

b. Niet-dringend ziekenvervoer waarbij de patiënt zuurstof, infuus, sondevoeding (+ andere verpleegkundige B1 handelingen) toegediend krijgt onder andere bij ontslag uit het ziekenhuis, transport naar het ziekenhuis of interhospitaal transport kan niet via Mutas worden geregeld.

Patiënt zal hierdoor terugvallen op ambulancediensten waarvoor zijn ziekenfonds geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt met duurdere rekeningen geconfronteerd wordt.

Tot slot

Dit jaarverslag schept reeds een beeld van de activiteiten van de ombudsdienst van az groeninge.

Op basis van de eerste analyse 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 te leggen, 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

Bemiddelingsboek - 1633

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	O.L.Vr. van Lourdes Ziekenhuis Waregem
Adres	Vijfseweg 150 – 8790 Waregem
Gewest	Vlaams Gewest 'Provincie West Vlaanderen'
Erkenningsnummer	397
Type (AZ, UZ, PZ,…)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	268
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	dhr. Verheyen Dominique
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Sinds 2008
Bestaffing	1 persoon Half time jobtime

Lokalisatie dienst	In het OLV v Lourdes Ziekenhuis Waregem
Registratiesysteem	Klachtenmodule The Patiënt Safety Company Nederland
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Te raadplegen t.h.v het onthaal T.h.v onthaal spoedopname Op de website van het ziekenhuis onder ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Vroeger
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	/
Werkingsterrein 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;…*	a) Klachtenbemiddeling cf. mandaat KB 8/7/2003 b) Ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst - Afschrift & inzage patiëntendossier - Post Mortem inzage - Opgevraagde dossiers vanuit cel FMO v/h RIZIV - Klachten via de Zorginspectie (Agentschat zorg en gezondheid) - Gerechtelijke inbeslagname van patiëntendossier - Administratie ombudsdienst - Preventieve meldingen potentiële klachten opnemen
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	a) Komen mondeling of schriftelijk binnen via: - Rechtsreeks aan de ombudsdienst - Via Hoofdarts binnen & doorgegeven aan de ombudsdienst - Via interne dienst of arts doorgegeven aan ombudsdienst - Via de Directie binnen en doorgegeven aan de ombudsdienst - Vanuit externe dienst gericht aan de ombudsdienst Vb. via mutualiteit/ Raadsman Pt / Verzekeraar Pt

	b) Er wordt binnen de 1 a 3 dagen een schriftelijke ontvangstmelding naar klager gestuurd c) Melding wordt opgenomen met betrokkenen / leidinggevende / verantwoordelijke departementshoofden / directie d) Terugkoppeling (schriftelijk of in gesprek) aan klager via de ombudsdienst

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
De ombudsdienst kan onafhankelijk en correct conform de vigerende wetgeving handelen. Het beleid staat zeer open om verbeteracties te koppelen n.a.v. klachten en meldingen
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Elke klacht / melding of vraag wordt onmiddellijk opgenomen. Nastreven van korte doorlooptijden. Samenwerking met de cel kwaliteit en diverse departementen in het kader van verbeteracties vanuit klachten en meldingen.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;…)
Alle partijen krijgen correcte feedback inzake afhandeling van de casus. Moeilijkheden: door de jaarlijkse toename van het aantal meldingen op ombudsdienst wordt het zeer arbeidsintensief, ook op vlak van administratief werk, binnen de 50 % worktime. De sterk veranderde attitude van bepaalde patiënten/familie inzake beleefdheid, communicatie en agressie. Het meer en meer veranderde verwachtingspatroon van de klager.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Opmerkingen: ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen/vragen bevatten. (bv er kan een klacht zijn inzake het medische luik gecombineerd met verpleegkundig luik en of organisatorische luik , enz…) Dit wordt genoteerd als 1 klachtendossier van dezelfde melder die op hetzelfde tijdstip gebracht zijn.	
Aantal klachtendossiers	217 formele klachtendossiers
Aantal infodossiers	55 dossiers
Aantal pro actieve dossiers	47 pro actieve dossiers (waaruit 6 formele klachten gekomen zijn)

Aantal opvragingen patiëntendossier	67 dossiers
Aantal 'andere'	59 klachtendossiers niet gerelateerd aan de patiëntenwet Daarnaast 13 meldingen van ongenoegen (→ geen formele klachten) Inzage dossier bij leven: 1 inzage Post Mortem Inzage dossier: 7 inzagen Gerechtelijke inbeslagname dossier: 5 inbeslagnames Opvraging dossier via FMO: 1 opvraging

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. ✓ Onderstaande cijfers geven geen zicht op (on)gegrondheid maar zijn geklasseerd vanuit de klachtmelding (beleving) van de klager. ✓ De proactieve meldcultuur van ziekenmedewerkers neemt toe. Daarop wordt er snel geanticipeerd en actie ondernomen. Daardoor worden een aantal formele klachten voorkomen en stijgt de kwaliteit van zorg door het verbeteren van de betreffende processen en stijgt de tevredenheid.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	115
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	33
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)	8
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	67
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)	2

Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

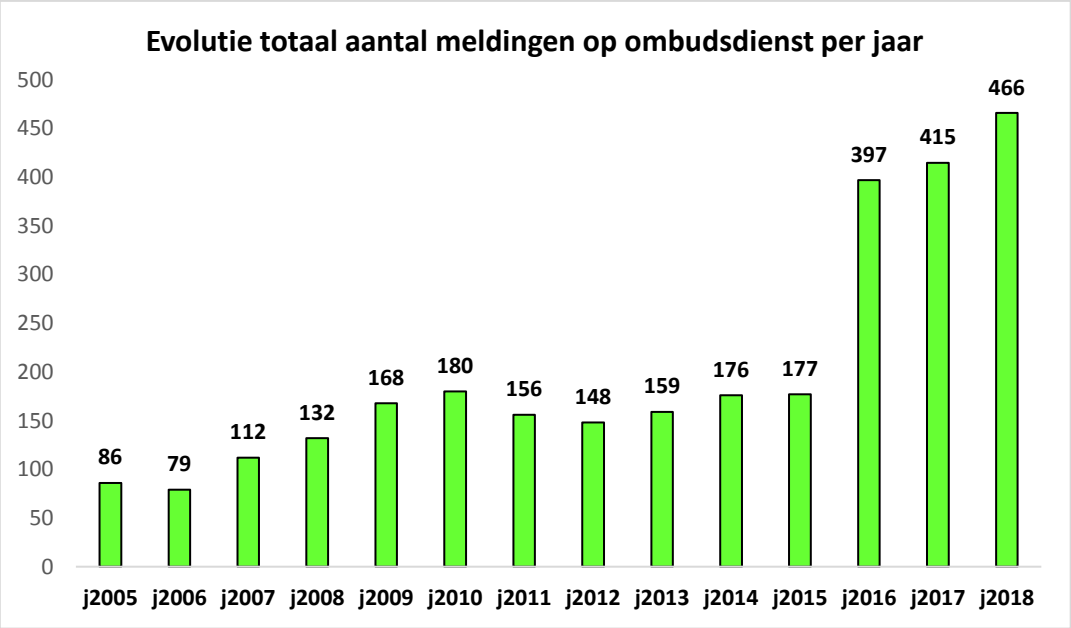
***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → dit omvat:*

- *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	59

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

Doorlooptijd alle meldingen / dossiers 2018	
< = 1 dag	120
2-10 dagen	146
11-20 dagen	56
21-30 dagen	42
31-60 dagen	37
61-90 dagen	15
> 90 dagen	16



Op 31/12/2018 waren 93% van alle dossiers afgewerkt en afgesloten.
7% van de dossiers uit 2018 was nog in behandeling werd verder opgenomen in 2019.
In 2018 werd de ombudsdienst 466 keer gecontacteerd. Dit omvat klachten, meldingen, pro actieve meldingen, afschriften, dossier inzagen, enz……)

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

- Klachten niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt zijn soms gecombineerd met klachten die wel gerelateerd aan de rechten v/d Pt.
- Soms betreft een klacht ongenoegens m.b.t. verschillende departementen
- In de meeste gevallen gaat het om een combinatie
- Meest voorkomende aspecten: medische / verpleegkundige behandeling, slechtlopende communicatie, onvoldoende informatie, factuur gerelateerde klachten, bejegening, verlies van persoonlijke voorwerpen/ kunstgebit / gehoorapparaat / bril, Ongenoegens van organisatorische aard (wachttijden, parkeerbeleid, ….)
- Ombudsdiensten hebben / krijgen vanuit de overheid weinig of bijna geen informatie inzake E Health – Cozo – (het door de patiënt digitaal kunnen raadplegen van het patiëntendossier of delen ervan). Ombudsdiensten worden regelmatig gevraagd of het patiëntendossier online kan ingezien worden. Momenteel in onze instelling enkel mogelijk voor het raadplegen van medische beeldvorming.
- Het aantal meldingen op de ombudsdienst is in het algemeen de laatste jaren gestegen.
- De dossierzwaarte blijft vergelijkbaar.
- Het aantal formele klachtendossiers blijft stabiel.
- Er is een toename v/d assertiviteit maar ook v/d agressiviteit v. bepaalde klagers
- Er is een duidelijke verandering v/h verwachtingspatroon v/d klagers. Er worden soms irrealistische verwachtingen gesteld.

- Het geduld van bepaalde patiënten (bv het onmiddellijk of direct willen meekrijgen van een afschrift dossier)

Aanbevelingen
- Benadrukken om het digitaal medicatiebeheer correct te gebruiken. (eigen login gebruiken en afsluiten na de shift of gebruik) - Benadrukken van een correcte communicatiestijl. - Advies geven betreffende planning v. onderzoeken of ontslagregeling, wachttijden. - Het benadrukken v.d. noodzaak aan het stellen van prioriteiten bij hoge werkdruk - Het aanbevelen van correct gebruik en nazicht van het identificatiebandje van de patiënt. (CAVE: geretardeerde- , comateuze-, beademende- & gesedeerde, verwarde patiënten en bij kinderen) - Het belang van een correcte patiëntenidentificatie in het algemeen. - Rekening houden met de privacy- en de nieuwe Europese GDPR wetgeving. - Het benadrukken van de noodzaak om het verpleegdossier zo volledig en correct in te vullen. - Het aanbevelen om de Safety Surgery Checklist goed en volledig in te vullen. - Het aanbevelen om de Veilige Checklist RX goed en volledig in te vullen. - Benadrukken van het geven van correcte en duidelijke informatie aan de patiënt door de ziekenhuismedewerkers. - Benadrukken om patiënten correct te bejegenen, vriendelijk te benaderen - Het volgen van de richtlijnen inzake hoog risico medicatie - Aanbevelen van een goede communicatie in het algemeen - Meer aandacht voor persoonlijke zaken van de patiënt. Het voorkomen van verlies van persoonlijke zaken v/d patiënt door goede communicatie met familie en patiënt bij opname. Gebruik van de kluisjes op de kamers. Schriftelijke neerslag in het dossier maken. - Het duidelijk maken aan ziekenhuismedewerkers dat outcome indicatoren (cf. VPP) deel uit maken van publieke rapportage via kwaliteit en zorg, kwaliteitsfinanciering v/d FOD en het imago en reputatie v/d instelling.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (*vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?)*:
Vanuit het ziekenhuisbestuur / dagelijks beleid en kader wordt zeker rekening gehouden met de aanbevelingen vanuit de ombudsdienst. Ook vanuit het artsenkader en hoofdverpleegkundigen worden aanbevelingen vanuit de ombudsdienst gewaardeerd en opgenomen. Het brengen van jaarverslag van de ombudsdienst wordt elk jaar geagendeerd op: o Het Directiecomité o De Medische Raad o De Algemene vergadering o De Medische Staf o De Hoofdverpleegkundigenvergadering

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

KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Revalidatieziekenhuis Inkendaal *Koninklijke instelling vzw*
Adres	Inkendaalstraat 1 1602 Vlezenbeek
Gewest	Vlaams gewest
Erkenningsnummer	499
Type (AZ, UZ, PZ,…)	SP -ziekenhuis
Aantal bedden	178 bedden Ambulante werking kinderen en volwassenen
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 *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Actualisatiedatum - Oktober 2018 Raadpleegbaar op website – aan de receptie Opvraagbaar bij ombudsdienst
Werkingsterrein 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;…*	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. 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. De Ombudsdienst is een **neutraal en onafhankelijk bemiddelaar**, en oordeelt niet over de inhoud / gegrondheid v/d klacht. Omwille van de laagdrempeligheid zullen veel klachten een oplossing krijgen op lokaal niveau. Deze worden uiteraard niet opgenomen in de statistiek.
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.

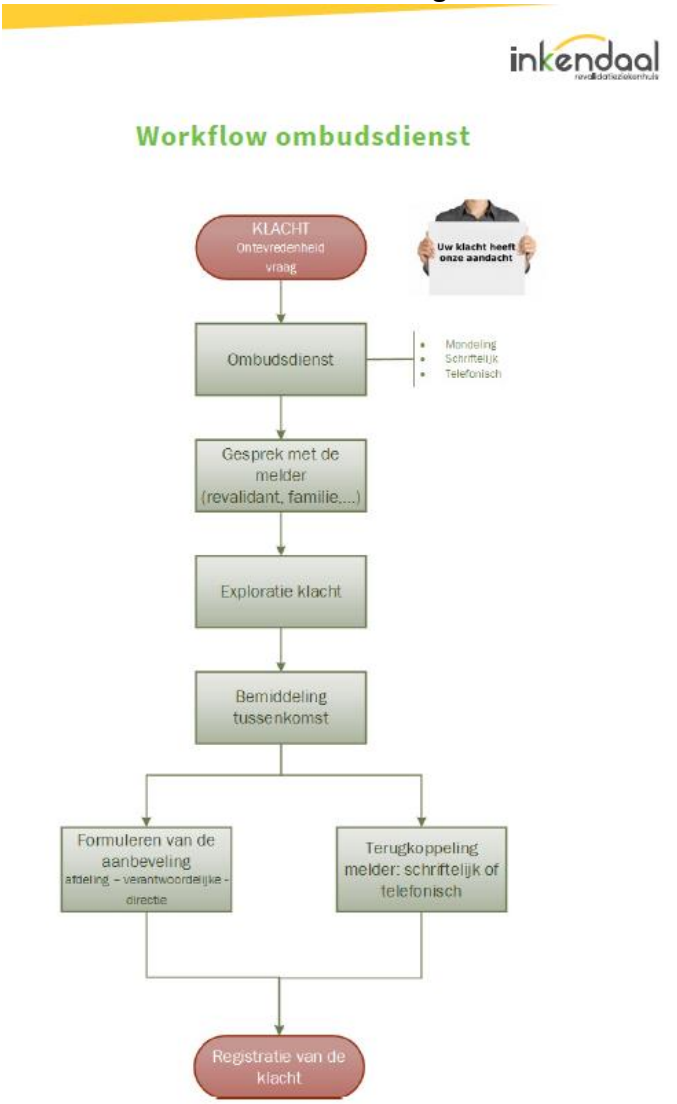
Klachten worden zoveel mogelijk laagdrempelig behandeld, doch bij structurele problemen of belangrijke signalen zullen dienstverantwoordelijken alsook directieleden tijdig op de hoogte gebracht worden en worden verbeteracties gedefinieerd en opgevolgd.
Het jaarverslag ombudsdienst wordt tevens overgemaakt 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?

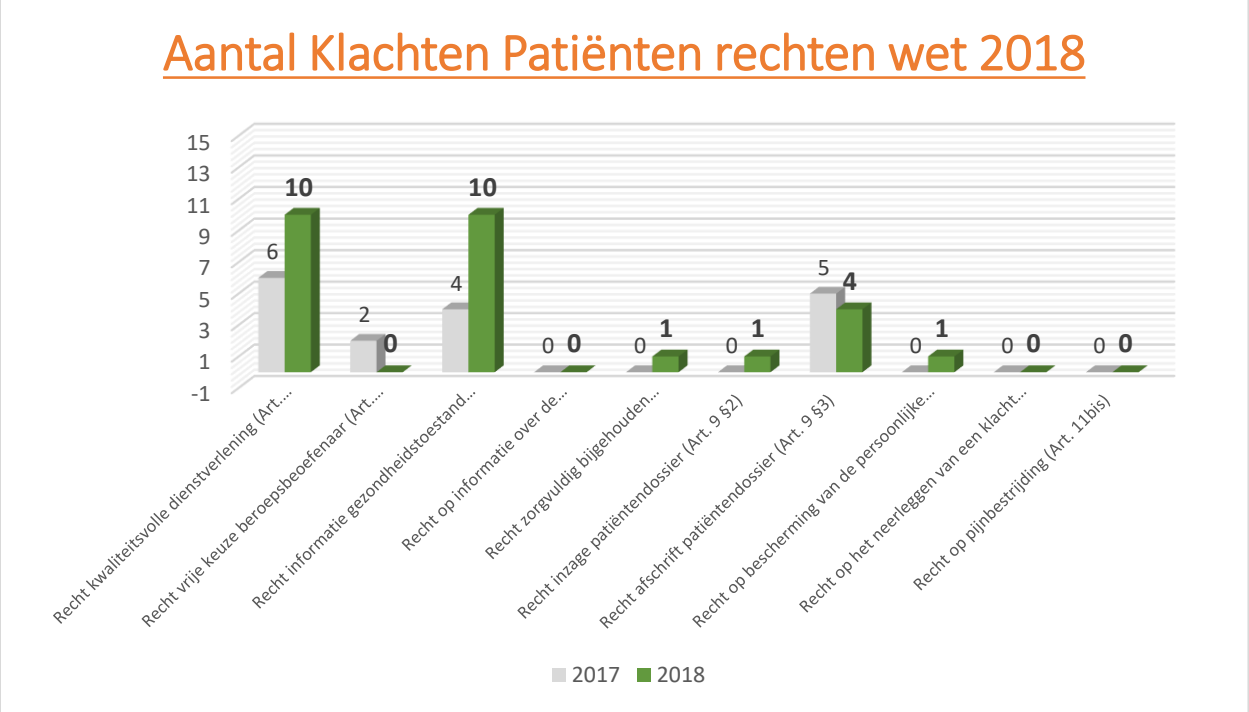
Er werd een interne workflow uitgewerkt:



Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;…)
Door de kleinschaligheid van ons ziekenhuis dient de ombudsfunctie gecombineerd te worden met andere opdrachten, tijdsgebrek is het voorbije jaar een hinderlijke factor geworden.

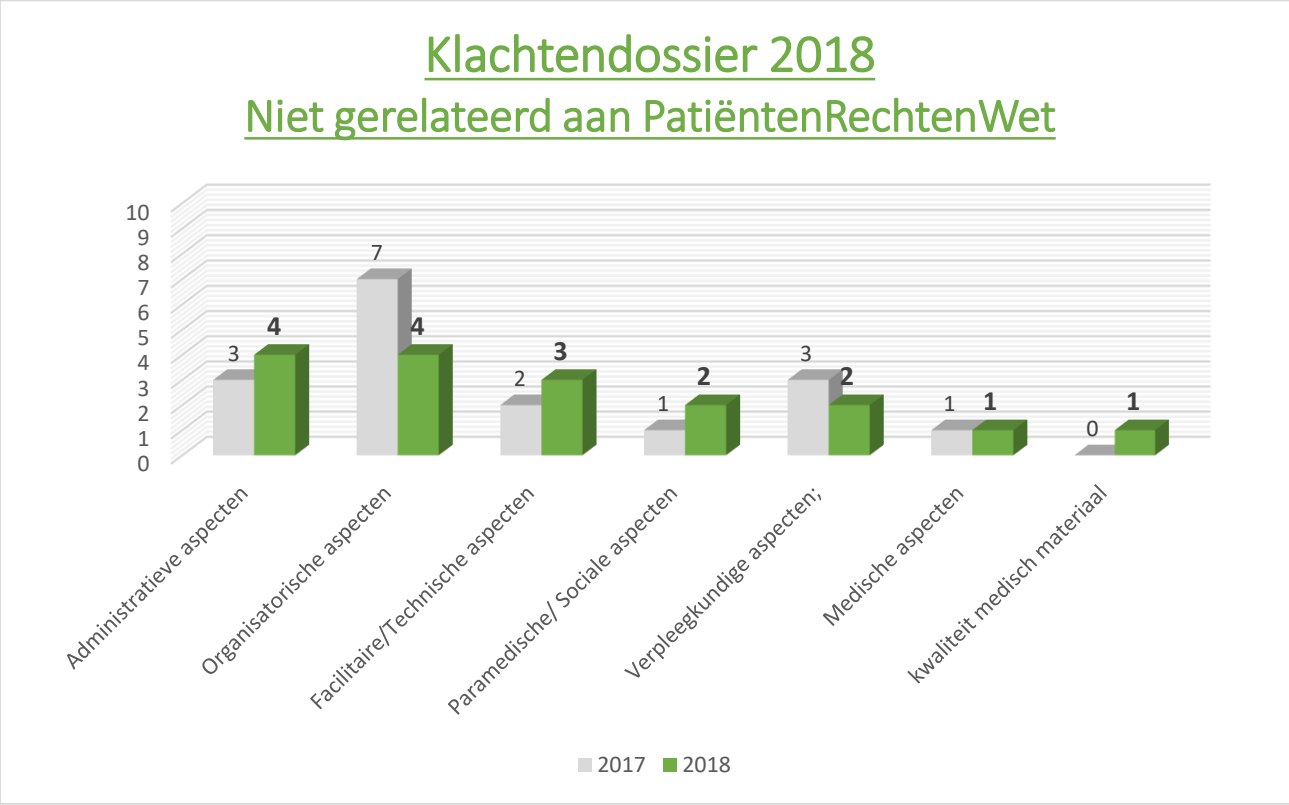
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Opmerkingen: ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	**33**
Aantal infodossiers	-
Aantal pro actieve dossiers	1 *Er werden meerdere pro-actieve meldingen geuit die daarna ook resulteerden in een klacht waardoor ze enkel bij klacht staan geregistreerd*
Aantal opvragingen patiëntendossier	4
Aantal 'andere'	-
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
Totaa:l 19 en 4 afschriften **Eén klacht kan betrekking hebben op meerdere rechten van de patiënt**	
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	10
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	-
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	10
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)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	4
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	1
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	-
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	-



Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	14

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.

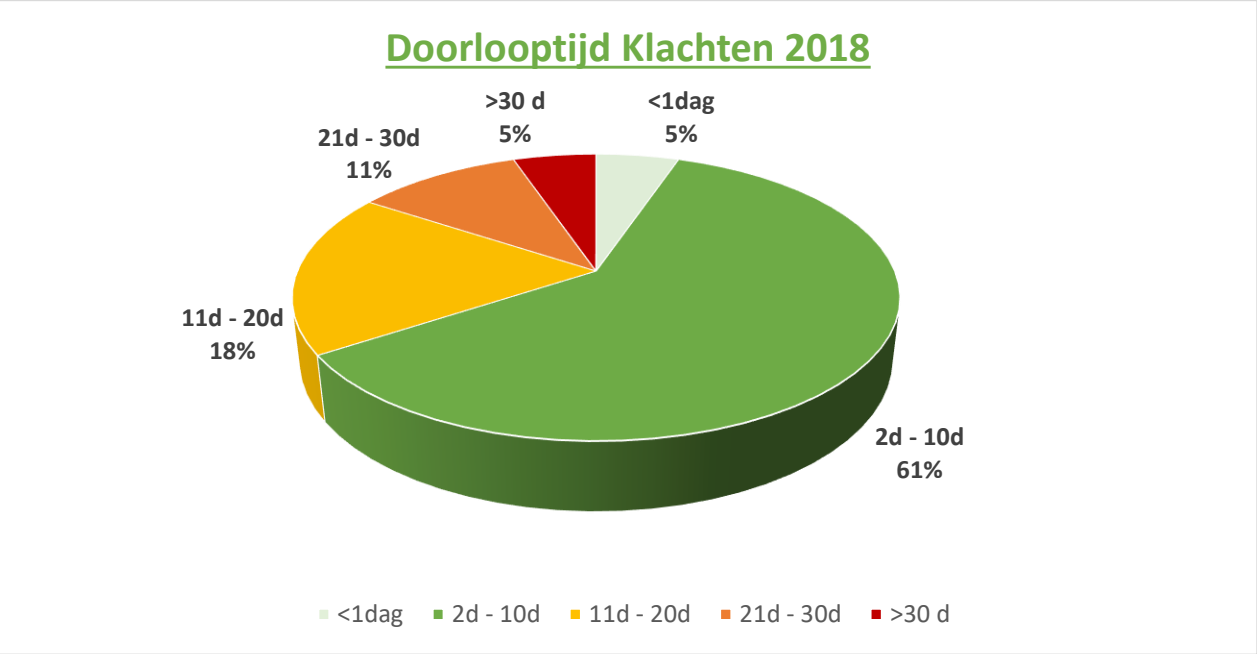
Organisatorische klachten:
Een aantal klachten heeft betrekking op verlies van materiaal van de patiënt, onduidelijke afspraken mbt ontslagregeling of weekendregeling en lange wachttijden voor een consultatie binnen de conventie NMRC.

Verpleegkundige aspecten, Paramedische en medische aspecten: De meldingen hebben betrekking op communicatiestijl, onvoldoende aandacht/ opvang en algemene informatieverstrekking

Parking en medisch materiaal: Er werd een klacht geuit over een tekort aan parking voor rolstoelpatiënten en een gebrekkig medisch materiaal. Voor deze laatste klacht werd dit verder opgenomen binnen de groep materiovigulantie.

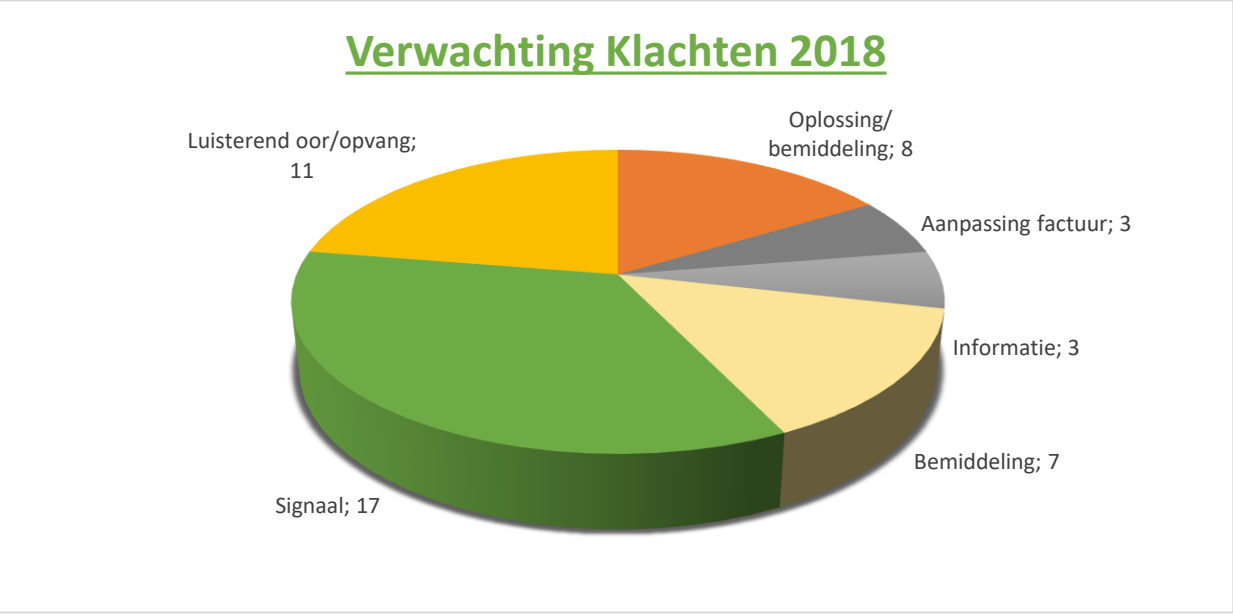
- **<u>De algemene doorlooptijd van de klachtenbehandeling</u>** is

Het is de doelstelling om de doorlooptijd zo laag mogelijk te houden. In 66% van de gevallen is de klacht afgewerkt binnen de 10 dagen.



- **<u>Verwachtingen van de patiënt/ klant</u>**

We merken op dat 1 klacht meerdere verwachtingen kan inhouden. Een patiënt of melder wil zowel een oplossing als een signaal geven maar wil ook vaak informatie bekomen.



Aanbevelingen: algemeen –combinatie van klachten gerelateerd aan PRW en andere klachten

Bestaffing/ verzorging

- Op enkele afdelingen krijgen we het signaal er een tekort is aan personeelsinzet om aan de zorgzwaarte/ zorgvraag te voldoen, dit heeft effect op de verzorging maar ook op de 'vriendelijkheid' van het personeel. Daarnaast zijn er bedenkingen bij de inzet van interim personeel. In overleg met directie en leidinggevende wordt bijkomend geïnvesteerd in nieuwe aanwervingen, daarnaast wordt ook de bedbezetting tijdelijk verlaagd. We investeren in een personeelsbehoeftenplan met een minimale aanwezigheid/ bestaffing.

- Op een bepaalde afdeling wordt bijkomend geïnvesteerd in stabiel leiderschap en een dienstcoaching om de communicatie beter op mekaar af te stemmen.

- Voor onze gehospitaliseerde kinderen wordt de nood aan activiteitenbegeleider late namiddag en weekend geuit. Onze missie draagt betrokkenheid en warmmenselijkheid hoog in het vaandel. ook het kindvriendelijk charter onderstreept het recht om kind te zijn. Vanuit dit kader is het belangrijk om na de schooluren opvang en leuke activiteiten te voorzien voor onze kinderen. Het draagt bij tot hun welbevinden, maar ook hun algemene ontwikkeling. Ook voor de ouders is het een geruststelling dat er na 16:00 en in de weekends zinvolle activiteiten worden gepland. Er zijn initiatieven genomen voor een snoezel ruimte.

Afsprakenregeling:

- We ontvingen klachten mbt **lange wachttijd** voor consultaties binnen het neuromusculair referentiecentrum; vooral bij volwassen patiënten. Er werd geïnvesteerd in meer medische omkadering voor deze conventie. Continuïteit in opvolging en zorg is cruciaal voor kwetsbare patiënten.

- Bij **afwezigheid van artsen** vragen we ook aandacht voor duidelijke afspraken zodat de continuïteit kan gegarandeerd worden.

- 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, ….
    - Weekendregeling dient duidelijk te worden gecommuniceerd en geldt ziekenhuisbreed.
    - Verlengde weekends in functie van feestdagen kunnen enkel indien kadert therapeutisch proces van de patiënt; in het kader van het eindejaar werkte de directie een aparte weekendregeling uit die tegemoet kwam aan de bezorgheden van de patiënten en hun familie.

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 patiënten die zich in een niet / beperkte responsieve toestand bevinden moet er extra aandacht zijn voor een vlotte communicatie naar de nauwe familie: keuze voor vaste contactpersoon. Op een afdeling werd een **communicatie- en personeelsbord** uitgewerkt.

- Uitspraken: “Dat weet ik niet” - “ik ben niet verantwoordelijk” komen hard aan bij familieleden. We opteren voor opnemen van gedeelde verantwoordelijkheid: “ik kan daar niet op antwoorden, maar zorg ervoor dat iemand jou wel feedback kan geven”

- Bij moeilijke gesprekken kan overwogen worden om na het gesprek een korte schriftelijke weerslag te bezorgen aan de betrokkenen.

- Sommige medewerkers hebben het soms moeilijk hebben om in stressvolle situaties met de nodige empathie en professionaliteit naasten te woord te staan. De **communicatiematrix en procedure** bij incidenten dient herhaald te worden. Training van medewerkers en oefeningen kunnen een meerwaarde zijn.

Medische Administratie:

Een aantal klachten hadden betrekking op **vertraagde medische administratie**:

- Ontslagverslag
- Verslaggeving ikv ontslagvoorbereiding
- Verslaggeving in functie van verzekering patiënt of lopende rechtszaak

De doelstelling moet zijn om zo snel mogelijk na ontslag een verwijsbrief mee te geven aan familie. Voor het delen van de ontslagverslagen via COZO/ EHealth wordt voortaan met een indicator gewerkt die opgevolgd kan worden door de directie en artsen.

Procedure rond afschrift dossier werd intern gecommuniceerd, de folder rond rechten van de patiënt is ter beschikking op de diensten.

Facturatie

Om betwisting van no show te vermijden adviseren we dat er schriftelijk geannuleerd wordt bij consultaties, ARV/ PDH. Oprichten e-mail adres annulatie@inkendaal.be zodat er geen discussie kan ontstaan.

Infrastructuur/ organisatie

- Er was een klacht mbt Lawaaihinder : nachtrust is voor revalidanten essentieel om overdag zich maximaal op hun revalidatieproces te kunnen focussen. Doch zijn oplossingen bij roepgedrag van verwarde patiënten niet evident.
- Er worden gezocht naar veilig systeem zodat verwarde revalidanten zich geen toegang kunnen verschaffen tot andere kamers indien dit een risico zou betekenen.

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 samenwerkingen 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.

- Tijdens de week van de patiëntveiligheid organiseerden we een workshop: "**De beleefkamer**". Via deze interactieve workshop lieten we medewerkers ervaren hoe het is aan de andere kant van het bed, namelijk de patiënt.
  We integreerden situaties die ons gemeld werden nav klachten of incidenten en plaatsen onze medewerker in een afhankelijke positie. Na de 'sketch' was er een reflectiemoment met de grotere groep.
  De beleefroom werd door 150 medewerkers bezocht en kreeg veel positieve reacties.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Az Damiaan
Adres	Gouwelozestraat 100 8400 Oostende
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	525
Type (AZ, UZ, PZ,…)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	523 bedden hospitalisatie 81 bedden dagpositie
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Katie Goormachtigh (bij afwezigheid Martine Brusselle)
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/02/2011
Bestaffing	50 % FTE

Lokalisatie dienst	Route 9, nabij onthaal
Registratiesysteem	VVOVAZ (Access)
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	https://www.azdamiaan.be/nl/patienten/rechten-en-plichten/de-ombudsdienst versie 2017
Vormingen i.k.v. bemiddeling	/
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Ethiek-symposium van de Commissie voor ethiek: vorming & intervisie: Beroepsgeheim: onze zorg
Werkingsterrein 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;…*	klachtenbemiddeling vanuit het mandaat KB 8/7/2003
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Ontvangst schriftelijke of mondelinge klacht OD. Bij mondelinge klacht, telefonisch of persoonlijk, eerste opvang door ombudsdienst. 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 - finaliseren en registreren 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	
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	210
Aantal infodossiers	14 (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)*	109
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)**	5
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	5
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
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)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	88
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
interne registratie / intern jaarverslag	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;…)	
interne registratie / intern jaarverslag	

Aanbevelingen
De ombudsdienst formuleert jaarlijks aanbevelingen binnen de volgende departementen: ✓ Aanbevelingen algemeen en medisch departement ✓ Aanbevelingen departement patiëntenzorg ✓ Aanbevelingen departement facilitair beheer ✓ Aanbevelingen departement administratie en financiën → interne registratie / intern jaarverslag **Az Damiaan onderschrijft mede volgende aanbevelingen vanuit VVOVAZ:** ✓ <u>Pleidooi voor een wederzijdse respectvolle omgang</u>, dus ook door de patiënt en zijn familie. AZ Damiaan werkt al enkele jaren rond het thema: Respect² van ons voor u voor u van ons en voorziet hieromtrent onder meer een eigen affiche op de diensten. ✓ <u>Pleidooi voor regelmatige sensibiliseringscampagnes over de rol van spoeddiensten</u> Az Damiaan heeft in 2017 een aanpassing doorgevoerd op de website, om patiënten beter te informeren over 'wanneer naar de spoeddienst?'. Telefoonnummers voor dringende hulpverlening worden ook weergegeven. ✓ <u>Nood aan maatregelen inzake (extern) ziekenvervoer</u> Az Damiaan besteedt extra aandacht aan het correct informeren over de kostprijs van extern ziekenvervoer (interne aanbeveling ombudsdienst 2018). Het persoonlijk aandeel voor de patiënt is immers vaak hoger dan ze verwachten. Patiënten kunnen via de sociale dienst navraag doen omtrent de geraamde kostprijs voor ziekenvervoer.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (*vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?)*:
Open, coöperatieve houding; er is in Az Damiaan binnen de diverse departementen steeds ruimte voor dialoog en, waar nodig of gewenst, voor verbeteracties.

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Heilige Familie

Kortrijk

periode van 1 januari tot 31 december 2018

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 528

Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
OP-WVL vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 1657

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

www.ombudsfunctieggz.be

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw

Hoefijzerlaan 40

8000 Brugge

www.op-wvl.be

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon GGZ

0491/ 39 39 18

anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be

1. INLEIDING

Dit jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg bevat, zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PC Heilige Familie in Kortrijk.

In het Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg worden de gegevens van alle Vlaamse voorzieningen met externe ombudsfunctie per voorzieningensoort en per overlegplatform gegroepeerd. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In uitvoering van het Decreet van 1 juni 2001 houdende toekenning van een klachtrecht ten aanzien van de bestuursinstellingen wordt dit jaarverslag voor 10 februari bezorgd aan de diensten van de Vlaamse Ombudsman.

Op 19 maart 2019 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en in het bijzonder de interne ombudspersoon, voor de samenwerking en hun aandacht voor en het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd.

We hopen de aangename en constructieve samenwerking ook in de toekomst op eenzelfde wijze verder te kunnen zetten.

Bemiddelingsboek - 1659

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

De externe ombudspersoon Inge Decorte neemt de externe ombudsfunctie binnen het PC Heilige Familie Kortrijk op. Inge is sinds maart 2017 in ziekteverlof. In de loop van het jaar is zij tijdelijk vervangen geweest door haar collega's van het overlegplatform Anne-Leen Denolf, Julie Vandepitte en Nicole Claeys.

Inge heeft binnen het ziekenhuis geen wekelijkse permanentie, maar komt langs op afspraak na telefonische of schriftelijke contactname door patiënten of familie. Waar mogelijk hebben haar collega's getracht dit zoveel mogelijk over te nemen.

Aan het ziekenhuis is ook is een kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling verbonden, De Korbeel, alsook De Patio, de forensische jeugdpsychiatrische afdeling en de PVT Valckeburg. Deze voorzieningen worden mee opgenomen in dit jaarverslag.

Binnen het ziekenhuis is ook een interne ombudspersoon aan het werk. De interne ombudspersoon in het ziekenhuis is Mevr. Virginie Meesseman. Zij is te bereiken via op het rechtstreeks nummer 056/24.52.04 of via e-mail: virginie.meesseman@pzhfamilie.be.

Bemiddelingsboek - 1660

3. AANMELDINGEN VANUIT HET PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

In 2018 werd slechts 1 aanmelding ontvangen vanuit het ziekenhuis. Dit is weinig, maar voorgaande jaren zijn er ook nooit aan groot aandeel aanmeldingen geweest (zie onder). Dat er in 2018 maar 1 iemand de externe ombudsdienst heeft gecontacteerd is deels te verklaren door de voortdurende wissels in ombudspersonen en deels door het ontbreken van de aanmeldingen die Inge Decorte voor haar ziekteverlof behandelde.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	4	7	5	1
aanmelders	2	5	4	1

De aanmelder betrof een patiënt in opname die ontevreden was over de kwaliteitsvolle dienstverlening, meer bepaald over de begeleiding en behandeling die hij als patiënt ontving. De patiënt werd doorheen het jaar verschillende keren gezien door de ombudspersonen waaruit verschillende bemiddelingspogingen opgestart zijn.

4. AANMELDINGEN VANUIT DE KORBEEL

In 2018 werd opnieuw slechts 1 aanmelder gezien door de ombudsdienst. Deze had wel 3 verschillende aanmeldingen. Dit is opnieuw zeer weinig, maar qua aantal aanmeldingen wel vergelijkbaar met de voorgaande jaren (zie onder).

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	0	3	4	3
aanmelders	0	2	4	1

De aanmelder was een familielid van een patiënt in opname, die in de loop van het werkjaar de ombudsdienst na het beëindigen van de behandeling opnieuw contacteerde om een aantal vragen te stellen.

De inhoud van de aanmeldingen verschilt van voorgaande jaren:

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	-	-	-	-
1.2. goede behandeling/begeleiding	2	66,66	-	-
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	-	-
1.4. goede hotelservice	-	-	1	50,00
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	1	50,00
1.7. beschermende maatregelen	1	33,33	-	-
totaal	3	100	2	100

De goede hotelservice betrof klachten over de infrastructuur (de kamer is te warm in de zomer en kan niet verlucht worden), de juiste factuur betrof een verzekeringskwestie.

Daarnaast was er na ontslag nog een algemene vraag (niet met betrekking tot een patiëntenrecht) in verband met vragen over een vervolgopname in andere voorzieningen.

Er werd door de ombudsdienst bemiddeld door contact op te nemen met betrokken hulpverleners, maar ook doorverwezen en geïnformeerd. Betrokken aanmelder was grotendeels tevreden over de tussenkomst van de aanmelder.

5. AANMELDINGEN UIT ANDERE VOORZIENINGEN

Vanuit de Patio en de PVT zijn er geen aanmeldingen in 2018.

6. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden. Gezien de zeer beperkte aanwezigheid van de ombudspersonen in het ziekenhuis en op de afdelingen en het beperkt aantal aanmeldingen kunnen er geen concrete aandachtspunten of aanbevelingen gedistilleerd worden specifiek voor dit ziekenhuis. Wel kan er verwezen worden naar het Vlaams jaarverslag.

In het Vlaams jaarverslag, dat raadpleegbaar zal zijn op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. Op datum van dit jaarverslag zijn deze aandachtpunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2018 meer dan 2500 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

Bemiddelingsboek - 1662

2018 Klachtendossiers van PZ H. Familie, De Korbeel en De Patio

VOLWASSENEN NA OPNAME

Patiënte had klachten over haar **opnameverslag** omdat daarin vermeld stond dat ze geïntoxiceerd was. Daardoor kon ze niets terugtrekken van de verzekeringen. Ze eiste om dit in het verslag te schrappen. Na overleg met arts werd duidelijk gemaakt dat alcohol wel een deel van haar probleem is. De patiënte heeft zich erbij neergelegd. Ze deed wel voorstel om het opnameverslag eerst met de patiënt te bespreken voordat het verstuurd wordt. Ze had ook een klacht over het uitkleden als ze terugkeerde van extern bezoek. Patiënte was gekend om gevaarlijk materiaal, alcohol of medicatie binnen te smokkelen. De afspraak was om na iedere externe uitstap haar te **controleren.** Patiënt moest zichzelf uitkleden en aantonen dat ze niets bij zich had. Ze vond dat haar integriteit geschonden werd. Arts heeft uitgelegd dat dit gebeurde omwille van haar eigen veiligheid en dat van anderen. => voorstel om dit verder ethisch uit te klaren. Dit werd besproken op de ethische commissie. De leerpunten waren:

- Duidelijk afspreken met patiënt hoe ver de controle gaat en noteren in EPD. Iedere verpleegkundige moet hetzelfde doen, dus afspraken worden daarrond gemaakt. Geen ondertekend document, wel mondeling toegelicht.
- Vervangkledij geven zodat er vlot kan geswitcht worden.
- Best steeds iemand van hetzelfde geslacht indien mogelijk, evt iemand van andere dienst indien praktisch te doen.

Patiënte vroeg bij opname uitdrukkelijk naar een **andere arts.** De interne procedure werd uitgelegd, maar patiënte vond dit niet correct. *Legde er zich bij neer*.

Patiënt was niet tevreden met de dosering van medicatie die hij gekregen had. Volgens hem was de dosering te hoog. Patiënt is na 1 dag tegen advies ontslagen tijdens zijn detox periode. Er werd geluisterd en verder niets ondernomen.

Patiënte legt via Test-aankoop klacht neer over de ontevredenheid van haar opname. Geantwoord dat we zorgzaam omgaan met privacy en beroepsgeheim. En de mogelijkheid geboden om met ons contact op te nemen als we mevrouw verder kunnen helpen met het beantwoorden van vragen.

Patiënte legt klacht neer bij de orde van geneesheren over haar ontevredenheid van haar gedwongen opname, specifiek gericht naar de behandelend arts.

VOLWASSENE TIJDENS OPNAME

Patiënte had klacht over het **NIET krijgen van medicatie** en **de bejegening** van een specifieke verpleegkundige. Uitgelegd hoe de procedure voor verdovende middelen in elkaar zit en ze begreep de moeilijkheden. Er is een gesprek geweest met patiënt en VPK, maar kon niet tot een besluit leiden. *Patiënte heeft klacht laten vallen en zei het hierbij te laten.*

Patiënte heeft klacht over de onhygiënische en verouderde staat van **de matrassen** op de afdeling. Klacht werd voorgelegd op het directiecomité en de matrassen zijn opgenomen in de investeringen van 2019.

Patiënt diende klacht in omdat er na de verschillende **fietsdiefstallen** geen extra preventieve maatregelen ondernomen werden door het ziekenhuis. Er is een licht geïnstalleerd aan de fietsstalling en een bordje met “niet verantwoordelijk voor diefstallen.” Dezelfde patiënt kaart aan dat er teveel oude fietsen in het fietsenstalling staan en er geen plaats meer is om je fiets goed te sluiten. Technische dienst heeft oude fietsen weggenomen. Patiënt is nog niet tevreden.

Patiënte contacteerde me 2 keer. Eerst om dossier op te vragen, wat na een tijdje niet meer nodig was en 1 keer in een weekend was ze ontevreden over de manier van aanpak. Na het weekend heeft ze de klacht laten vallen.

FAMILIE VAN OPGENOMEN VOLWASSENE

Vraag van een zoon of zijn moeder het recht heeft om **niet meer opgenomen** te worden in de gesloten afdeling. Uitgelegd dat als zijn moeder niet gedwongen opgenomen is, ze vrijwillig het ziekenhuis kan verlaten, afhankelijk van

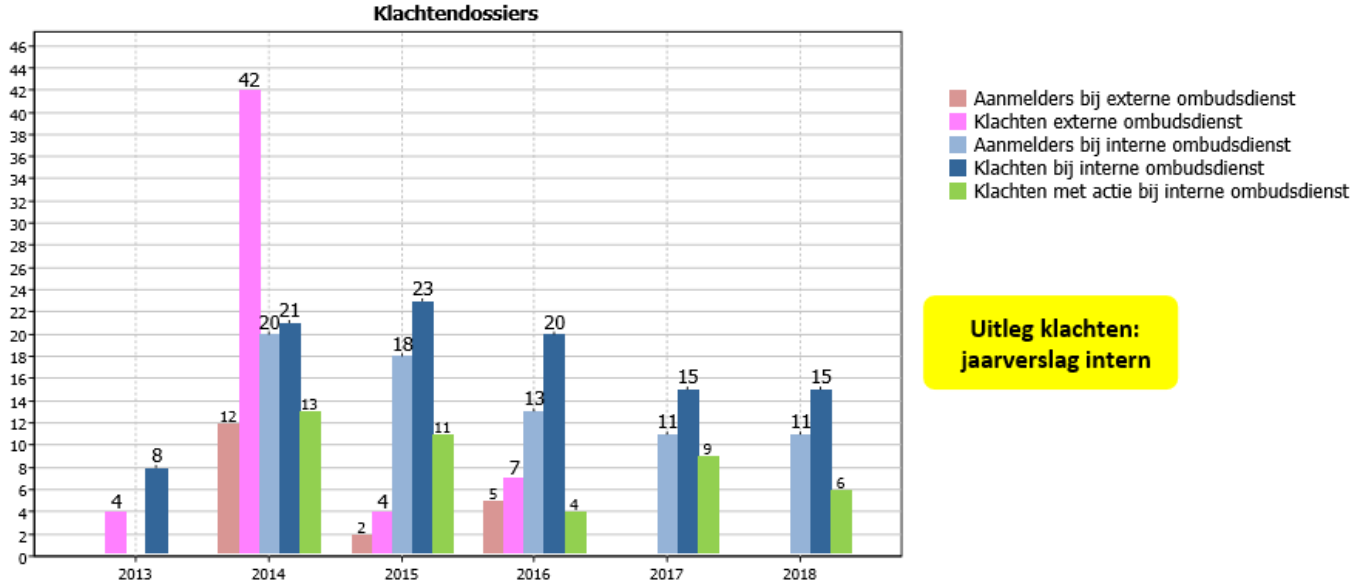
het oordeel van de behandelend arts. *Tegen medisch advies* in is patiënte meegegaan met zoon. Na het weekend is patiënte terug in haar woning ingetrokken.

Zus van patiënt is niet tevreden over de verslaggeving en vraagt het hele dossier op. Na verder doorvragen wil zus een attest. Het is niet duidelijk om welk attest het gaat. De arts stuurde de ontslagbrief nog eens door.

FAMILIE KORBEEL

Papa belde vanuit buitenland naar de Korbeel om zijn opgenomen zoon te spreken. Hij was ontevreden over de manier waarop hij aan de telefoon behandeld werd. Psychologe heeft contact genomen met de vader om de excuses aan te bieden. Binnen het team is gecommuniceerd geweest ivm klantvriendelijkheid aan de telefoon.

⇨ **Besluit 2018**

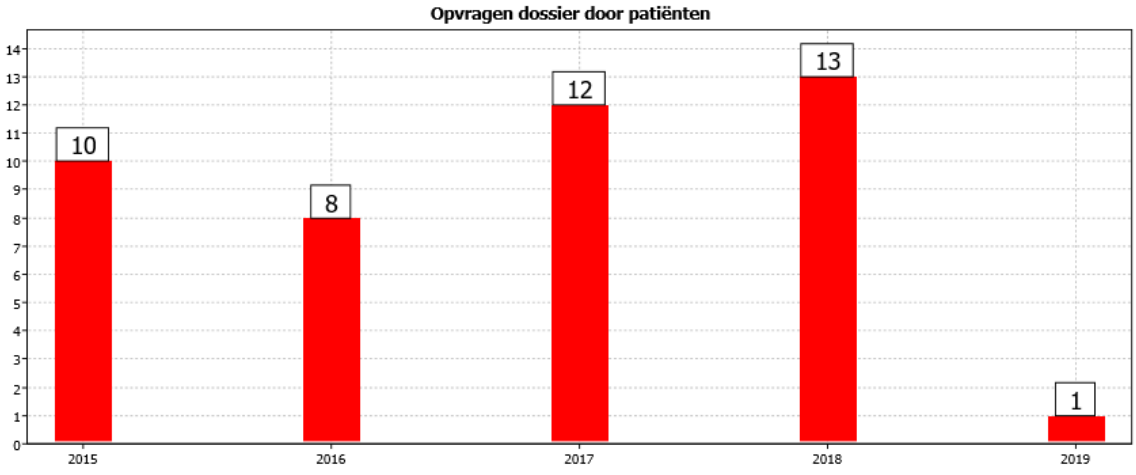


Uitleg klachten: jaarverslag intern

Er waren 15 verschillende klachten van 11 patiënten. 6 van de 15 kregen een verbeteractie. In de andere gevallen werd vooral geluisterd en uitleg gegeven.

14 klachten gaan over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening en 1 over het recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar.

13 patiënten vroegen inzage in hun dossier of een afschrift van hun dossier. Er werd ingegaan op hun vraag, er waren geen klachten over.



Jaarverslag ombudsfunctie

AZ Sint-Jozef Malle
2018

Ombudsdienst
Januari 2019

Algemeen Ziekenhuis Sint-Jozef
Oude Liersebaan 4 - 2390 Malle | tel. 03 380 20 11 | fax 03 380 28 90
azsintjozef@emmaus.be | www.azsintjozef-malle.be
Het AZ Sint-Jozef maakt deel uit van de groep Emmaüs

INHOUD

1. INLEIDING **5**

2. HET ZIEKENHUIS EN DE OMBUDSFUNCTIE **7**

3. AANMELDINGEN **8**

1. INLEIDING

Dit is het **vijftiende** jaarverslag van de ombudsfunctie in het kader van de **Wet op de Patiëntenrechten**.

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.

Vanaf 2007 tot en met 2015 (gegevens 2014) voorzag de **Federale Commissie Rechten van de Patiënt** een eigen model voor rapportering van een aantal minimale registratiegegevens en een aantal bemerkingen. Dit verslag werd hen jaarlijks door de ombudspersoon via internet overgemaakt.
Door verschuiving van de bevoegdheid voor controle van de werking Lokale Ombudsdiensten in het kader van de Wet op de Patiëntenrechten naar de **Vlaamse Gemeenschap** gebeurt vanaf vorig jaar de rapportering aan de **Vlaamse ombudsman**.

In het **tweede hoofdstuk** sommen we enkele kenmerken van het ziekenhuis op en staan we stil bij de manier waarop aan de ombudsfunctie vorm werd gegeven.

Het **derde hoofdstuk** biedt een overzicht van de aanmeldingen. We kiezen bewust voor de term "aanmeldingen". Soms gaat het over een gewone vraag om informatie, soms wil men gewoon eens zijn verhaal doen, soms gaat het over een klacht over een hulpverlener of over het ziekenhuis.

Dit jaarverslag wordt mondeling toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

2. HET ZIEKENHUIS EN DE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

Erkenningsnummer		**536**				
C	**D**	**E**	**G**	**M**	**SPLOCO**	**totaal**
68	95	20	32	15	20	250

B. Aantal gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

	2018
Totaal aantal opgenomen patiënten	**16.071**
Totaal aantal dagklinische patiënten	**17.597**
Totaal aantal ambulante patiënten	**216.577**
Totaal aantal patiënten	**250.245**

C. De ombudsfunctie

Yoko Dille werd aangesteld in de functie van ombudspersoon in het kader van de wet op de patiëntenrechten.

Zij neemt deel aan intervisie en vorming georganiseerd door de Vlaamse Vereniging Ombudspersonen van Alle Ziekenhuizen (VVOVAZ).

In dit ziekenhuis is zij 20 uren per week of 1/2 VTE actief als ombudsvrouw.

3. AANMELDINGEN

Het **totaal aantal meldingen** tijdens het jaar 2018 bedraagt **276**.

In één dossier kunnen verschillende vragen/klachten behartigd worden.

Hieronder vergelijken we het aantal dossiers voor
2003/4, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018.

categorie	**2003/ 2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Aantal klachten dossiers	114	178	155	146	145	175	253	200	196	222	261	266	317	314	**234**
Aantal info-dossiers	18	25	30	23	16	37	28	50	49	53	56	50	117	103	**42**
Totaal	**132**	**203**	**185**	**169**	**161**	**212**	**281**	**250**	**245**	**275**	**317**	**316**	**434**	**417**	**276**

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmelders

categorie	2018
Patiënt	**138**
Partner / Familie	**109**
Huisarts	**0**
Externe hulpverlener / Mutualiteit	**10**
Interne arts	**6**
Interne Verpleegkundig / Paramedici	**1**
Interne administratie	**6**
Anders	**4**
totaal	**274**

Lokalisatie patiënt

categorie	2018
Hospitalisatie	**86**
Polikliniek	**75**
Daghospitalisatie	**15**
Spoed	**50**
Andere	**8**
totaal	**234**

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden *(meerdere per melding mogelijk)*

	2018
categorie	
direct contact	**68**
Schriftelijk	**112**
Telefonisch	**93**
Totaal	**273**

Gericht aan *(meerdere per melding mogelijk)*

categorie	**2018**
Ombudsdienst	**259**
Admin/Financiële diensten	**3**
Huisarts	**13**
Andere	**1**
totaal	**276**

Verwachting van de klachtbrenger

*(*meerdere verwachtingen formuleren zijn mogelijk.)

categorie	**2018**
Informatie	**17**
Luisterend oor / Opvang	**6**
Signaal	**88**
Pendeldiplomatie	**7**
Samenbrengen van partijen	**4**
Oplossing	**44**
Schadeclaim	**7**
Correctie factuur	**14**
Anders	**2**
totaal	**189**

C. Inhoud van de aanmelding

Vanaf 2007 tot en met 2015 (gegevens 2014) voorzag de **Federale Commissie Rechten van de Patiënt** een eigen model voor rapportering van een aantal minimale registratiegegevens en een aantal bemerkingen. Dit verslag werd hen door de ombudspersoon via internet overgemaakt.

Door verschuiving van de bevoegdheid voor controle van de werking Lokale Ombudsdiensten in het kader van de Wet op de Patiëntenrechten naar de **Vlaamse Gemeenschap** zal vanaf dit jaar rapportering aan de **Vlaamse ombudsman**. gebeuren.

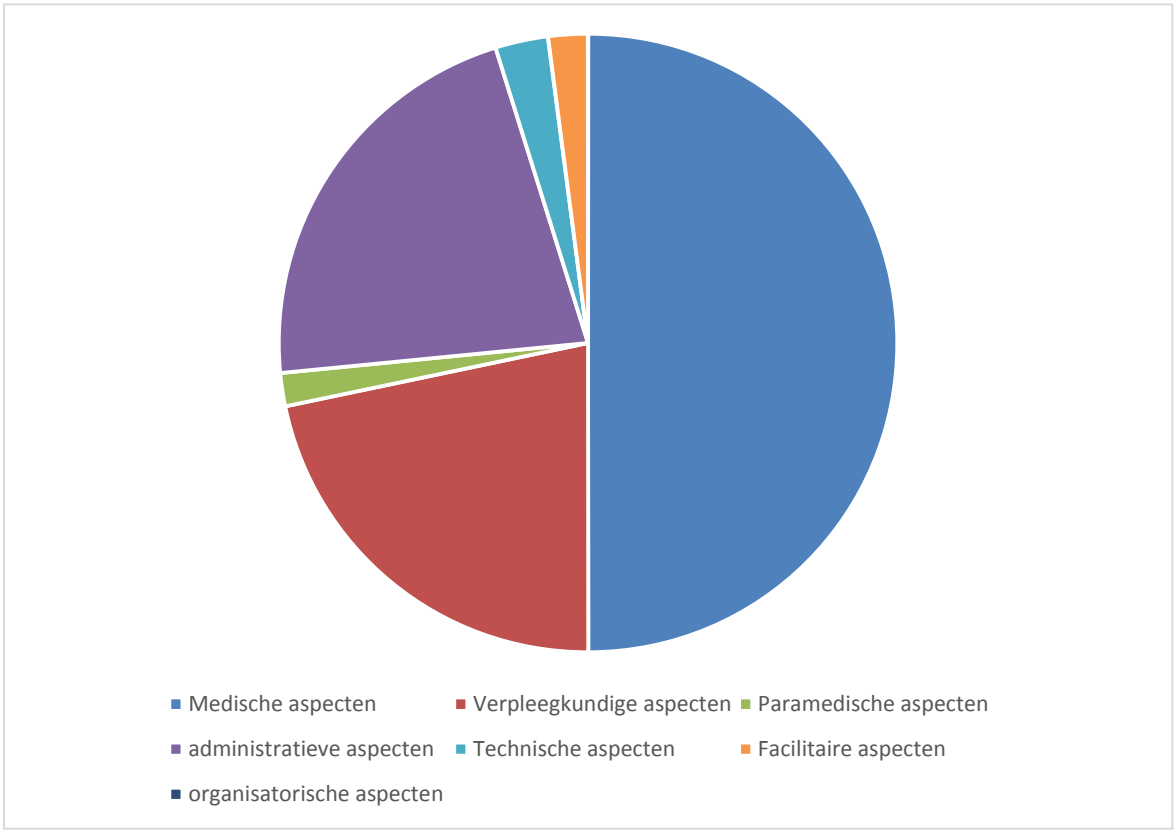
Overzicht klachten met betrekking tot de rechten van de Patiënt

In de 234 klachtendossiers werden 203 meldingen weerhouden als klachten met betrekking tot de rechten van de patiënt. Eén dossier kan klachten met betrekking tot verschillende patiëntenrechten bevatten.

categorie	**2018**
	n
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	**68**
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	**3**
3. informatie	**22**
4. geïnformeerde toestemming	**1**
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	**1**
5. b) inzage patiëntendossier	**1**
5. c) afschrift patiëntendossier	**0**
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	**1**
7. pijnbestrijding	**3**
8. klachtrecht	**93**

Inhoud van de klachten (Ook hier kunnen meerdere aspecten per klacht aan bod komen)

categorie	2018
Medische aspecten	**145**
Verpleegkundige aspecten	**63**
Paramedische aspecten	**5**
Administratief/financiële aspecten	**63**
Technische aspecten	**8**
Facilitaire aspecten	**6**
Organisatorische aspecten	**28**



Medische aspecten

2018	Aantal meldingen
Infoverstrekking algemeen	10
Infoverstrekking kostprijs	2
Behandeling	65
Communicatiestijl	42
Aandacht / Opvang	10
Privacy	0
Verslaggeving	9
Ontslagvoorbereiding	6
Anders	1
Totaal	**145**

Verpleegkundige aspecten

2018	Aantal meldingen
Infoverstrekking	9
Verzorging (technisch)	18
Communicatiestijl	18
Aandacht / Opvang	10
Privacy	1
Ontslagvoorbereiding	3
Anders	4
Totaal	**63**

Administratieve/financiële aspecten

2018	Aantal meldingen
Infoverstrekking	18
Communicatiestijl	3
Aandacht / Opvang	2
Privacy	0
Identificatie	0
Factuur	38
Anders	2
Totaal	**63**

Facilitaire aspecten

2018	Aantal meldingen
Communicatiestijl	0
Informatieverstrekking	0
Maaltijden	1
Dieetkeuken	0
Schoonmaak	0
Privacy	0
Anders	5
Totaal	**6**

Technische aspecten

2018	Aantal meldingen
Privacy	1
Defecten	1
Comfort	0
Lawaaihinder	0
Signalisatie	0
Telefonie	1
Parking	5
Communicatiestijl	0
Anders	0
Totaal	**8**

Organisatorische aspecten

2018	Aantal meldingen
Communicatiestijl	2
Informatieverstrekking	3
Opnameregeling	2
Ontslagregeling	1
Afsprakenregeling	7
Bezoekregeling	0
Wachttijden	1
Intern Transport	0
Extern Transport	7
Verloren voorwerpen	3
Rookgedrag	0
Anders	2
Totaal	**28**

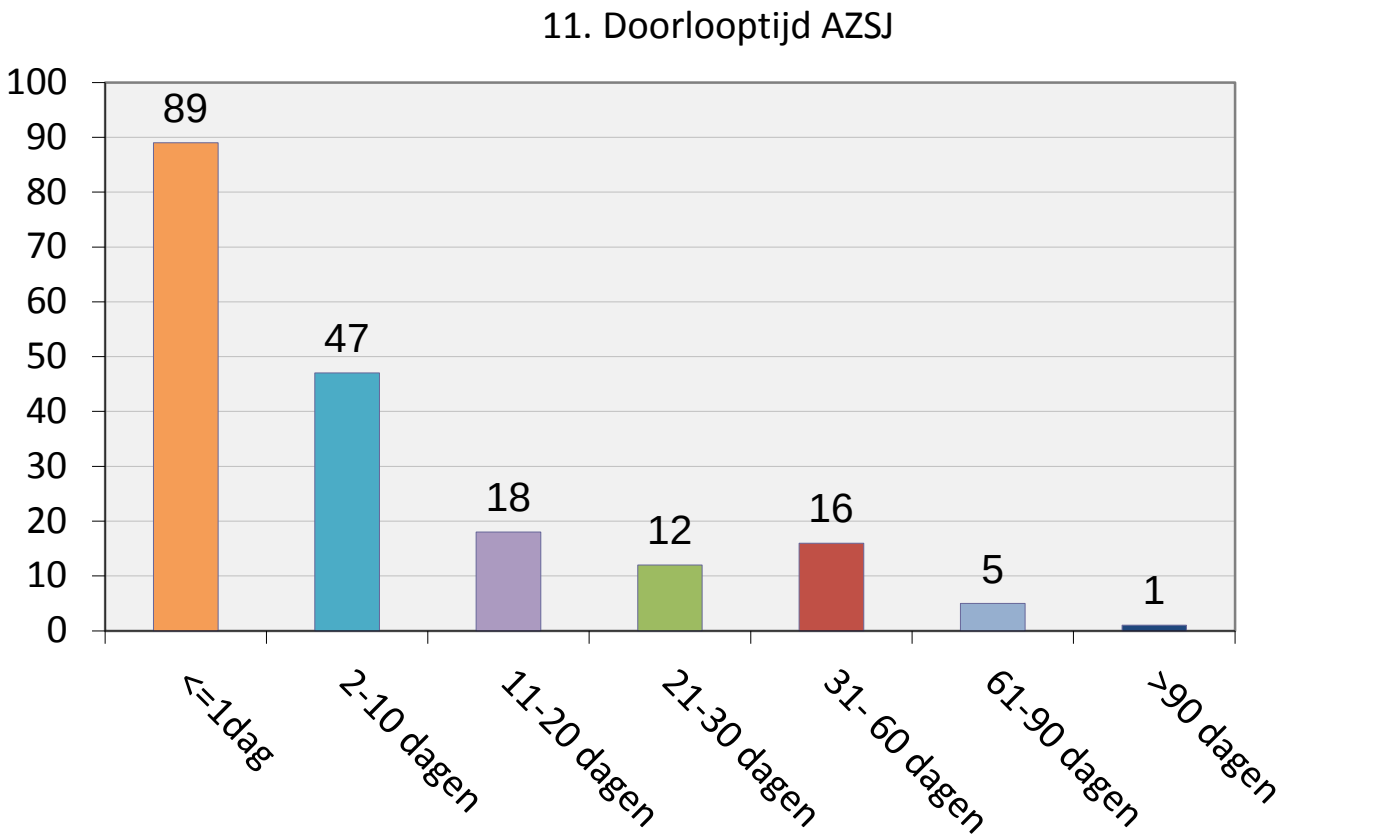
Paramedische en sociaalverpleegkundige aspecten

2018	Aantal meldingen
Infoverstrekking	3
Behandeling	0
Communicatiestijl	1
Aandacht / Opvang	0
Privacy	0
Ontslagvoorbereiding	1
Anders	0
Totaal	**5**

D. Doorlooptijd Klachtenbehandeling

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

K - Totale doorlooptijd	Aantal meldingen
<=1dag	89
2-10 dagen	47
11-20 dagen	18
21-30 dagen	12
31- 60 dagen	16
61-90 dagen	5
>90 dagen	1
Totaal	**188**



Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

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

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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 (tot 31/09/2018) Katrijn Dossche (vanaf 01/10/2018)
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Jan Reynaert: 01/10/2003 Katrijn Dossche: 01/10/2018
Bestaffing	1 medewerker: 0,5 FTE voor ombudsfunctie overige 0,5 FTE voor kwaliteitsmanagement (cfr infra) of 0,5 FTE voor HRM
Lokalisatie dienst	Afzonderlijk bureau in het centrum van het ziekenhuis. 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.

Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	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.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Minimum jaarlijkse bijscholing via VVOVAZ.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Geen opleiding concreet i.f.v. klachtenbemiddeling in 2018
Werkingsterrein 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;…*	de ombudspersoon werkt full/time en verdeelt zijn activiteit over 2 functies: 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. 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 Vanaf 01/10/2018 wordt dit HRM Stafmedewerker De incidenten worden voortaan ook opgevolgd door een andere medewerker. Er is periodiek en ad hoc overleg tussen beide medewerkers om de afhandeling van klachten die ook incidenten zijn en omgekeerd op elkaar af te stemmen.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Uittreksel uit het huishoudelijk reglement: **Ontvangst van een klacht**: 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. **Afhandeling van de klacht**: 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. 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. Afhankelijk van de inhoud van de klacht wordt een rechtstreeks of onrechtstreekse bemiddeling gevoerd. Rechtstreekse bemiddeling: Er wort een gesprek georganiseerd met patiënt (eventueel vergezeld van familieleden of vertrouwenspersoon), betrokken beroepsbeoefenaar(s) en de ombudspersoon. De klacht wordt rechtstreeks afgehandeld. Onrechtstreekse bemiddeling: De klacht wordt besproken met de betrokken beroeps-beoefenaar(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). **opvolging na mededelen besluit**: 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. 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. **Verwerking, verslag, aanbevelingen**: Alle klachten worden geregistreerd in een bestand, dat uitsluitend door de ombudspersoon kan geraadpleegd worden. Wekelijks wordt door de ombudspersoon verslag uitgebracht in het Directiecomité over afgewerkte klachten of klachten waarbij er een nieuwe, belangrijke evolutie is. De klachten die in het Directiecomité werden besproken (ter besluitvorming of alleen als rapportage) worden geanonimiseerd opgenomen in het verslag van het Directiecomité. 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. Het jaarverslag wordt aangeboden aan de bevoegde nationale commissie, de beheerders en directiecomité van het ziekenhuis en aan allen die erom vragen.

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 zorgverstrekker) 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 ombudspersoon 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	245
Aantal infodossiers	9
Aantal pro actieve dossiers	15
Aantal opvragingen patiëntendossier	211
Aantal 'andere'	/
Totaal behandelde dossiers ombudsdienst	(som) 480

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)*	116
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	13

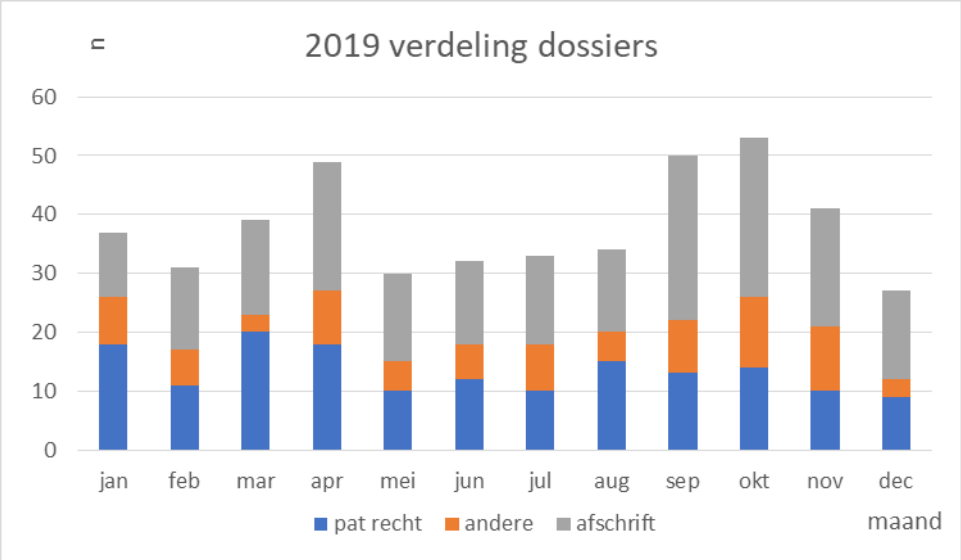
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	16
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	11
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	/
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	1
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

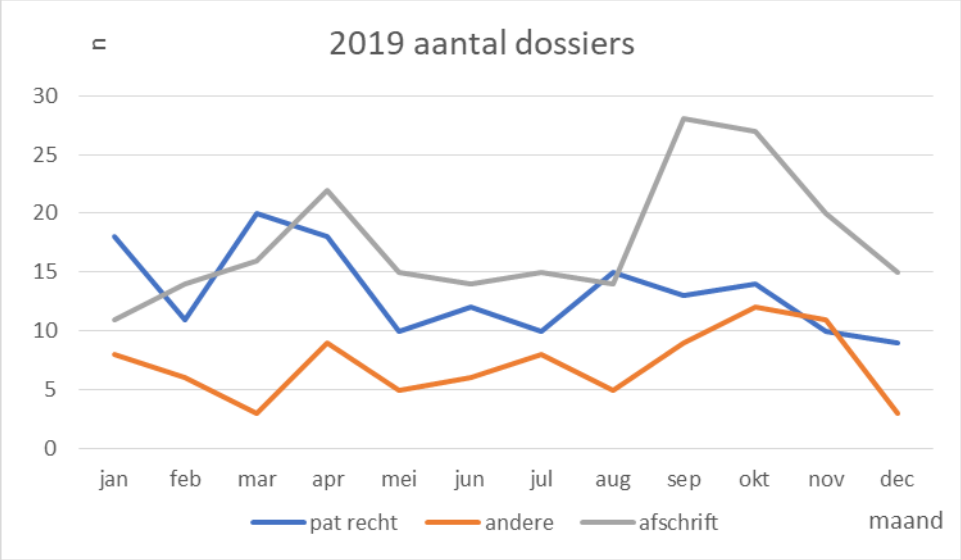
Rechten van de patiënt:
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening* → *klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over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

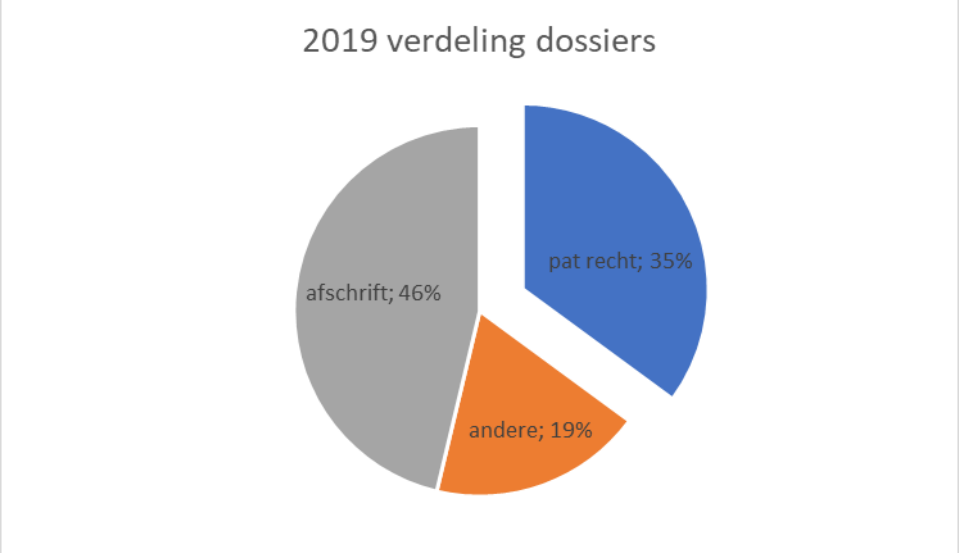
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de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

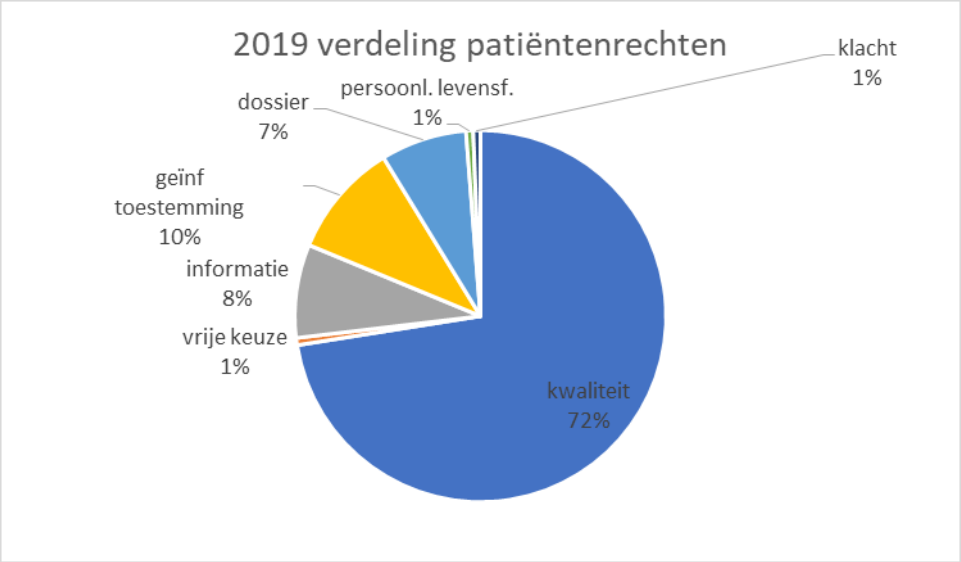
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	160

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 38 klachten op die manier besproken (verdeeld over 22 bijeenkomsten).

Aanbevelingen/verbeteracties die uit dit overleg gepland werden zijn, onder andere:
- de nieuwe software voor het e-voorschrift wordt onderworpen aan een FMEA zodat fouten maximaal kunnen vermeden worden;
- omgaan met persoonlijk gerief van de patiënt – vooral voor materialen die door de patiënt niet gemist kunnen worden en dus ook moeten meegenomen worden bij een opname zoals bril, gebitprothese, hoorapparaat, … - door verpleegkundigen om verlies te beperken;
- geïnformeerde toestemming voor behandelingen die een financiële consequentie kunnen hebben zoals: niet vergoedbare prestaties of materialen, honorariumsupplementen, transportkosten bij interklinisch vervoer, ….
- Privacy bij het afnemen van de anamnese in de wachtzaal van een deel van CEDK;
- Kostprijs parking en de lijst van vrijstellingen van betaling;
- Aanpassen veiligheid kamers pediatrie;
- Toegankelijkheid ziekenhuis vanaf de parking voor rolstolegebruikers;
- Uitbreiding parkings mindervaliden;

- Duidelijke, gedetailleerde beschrijving van de geplande interventie op het formulier geïnformeerde toestemming;
- Signalisatie naar pijnkliniek

40 % van de klachten is er een financiële compensatie gevraagd en/of toegekend. Het valt op dat steeds meer klagers een financiële compensatie vragen voor kwaliteit van zorg die niet aan hun verwachtingen voldeed.

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 hoofverpleegkundigenvergaderingen.

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.

AZ Nikolaas

Jaarverslag 2018

Ombudsdienst

Inhoudsopgave

1. Werking van de ombudsdienst 2018 4
   1.1. Mensen en middelen 4
2. Verzoeningsresultaten 2018 4
   2.1. Definiëring verzoeningsresultaten 4
      2.1.1. Bemiddelingsgesprek of herstelgesprek 4
      2.1.2. Verbindend gesprek met ombudsdienst en zorgverleners 5
      2.1.3. Feedback(telefoon)gesprek met patiënt en familie 5
      2.1.4. Brieven vanuit de ombudsdienst aan de patiënt 5
      2.1.5. Georganiseerd overleg 5
   2.2. Bemiddeling werkt, verzoenen doen we samen 6
3. Verwachtingen aanmelder 2018 7
4. Vaststellingen omtrent klachtencultuur in 2018 7
5. Aanbevelingen vanuit de klachtenbehandeling in 2018 8
   5.1. Algemene aanbevelingen omtrent klachtenbehandeling 8
      5.1.1. Preventief en actief bemiddelen 8
      5.1.2. Visie omtrent klachtenmanagement 8
   5.2. Medisch 9
      5.2.1. Informatie omtrent het verschil tussen een fout en een complicatie 9
      5.2.2. Nood aan sensibilisering omtrent werking spoedgevallendienst 9
   5.3. Verpleegkundig 10
      5.3.1. Informeren en communiceren 10
   5.4. Organisatorisch 10
      5.4.1. Maatregelen omtrent ziekenvervoer 10
      5.4.2. Parkeertarieven 10
   5.5. Jaaractieplan ombudsdienst 2019 10
6. Globale cijfers van 2018 12
   6.1. Aantal klachtendossiers 12
   6.2. Evolutie in het aantal klachtendossiers 13
   6.3. Verhouding tussen de verschillende soorten dossiers 13
      6.3.1. Inzage en afschrift patiëntendossier 14
   6.4. Profiel van de aanmelder 14
   6.5. Locatie van de patiënt 14

6.6. Hoe wordt de klacht geuit? 15
6.7. Verdeling van de klachten in 2018 15
6.7.1. Verdeling naar domein 15
6.7.2. Verdeling naar discipline 18
6.7.3. Verdeling naar de wet op de patiëntenrechten 18
6.7.4. Doorlooptermijn 19
6.7.5. Classificatie van de klachten 20
6.7.6. Tevredenheid van de klager 20
7. Verduidelijking terminologie 20

1. Werking van de ombudsdienst 2018

Voor de wettelijke bepalingen verwijzen we naar de wet patiëntenrechten van 2002 en het KB van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen.

1.1. Mensen en middelen

De ombudsfunctie werd in 2018 waargenomen door 1 FTE zijnde mevr. E. Werbrouck (50%) en mevr. L. Van Daele (50%). Evy de Wreede deed haar stage vanuit de opleiding Sociaal Werk van eind januari tot begin juni. In oktober 2018 is Stéphanie Goossens aangeworven als administratief medewerkster (20%) bij de ombudsdienst.

2. Verzoeningsresultaten 2018

2.1. Definiëring verzoeningsresultaten

De Vlaamse Ombudsman heeft in 2018 de focus gelegd op verzoeningsresultaten. Een verzoeningsresultaat is volgens hem een resultaat dat het ziekenhuis, de zorgverlener, enz.. bereikt heeft en dat er zonder de tussenkomst van de ombudsdienst niet geweest is. Het is een betekenisvolle stap die niet zou gezet zijn als er geen tussenkomst was van de ombudsdienst.

Binnen de ombudsdienst definiëren wij de volgende momenten als dergelijke betekenisvolle stap. Het resultaat van deze gesprekken bepaalt niet of dit een verzoeningsresultaat is. De stap op zich is reeds voldoende. Financiële tegemoetkomingen of verzekeringsaangiftes vallen niet onder deze definitie.

2.1.1. Bemiddelingsgesprek of herstelgesprek

Een bemiddelingsgesprek of herstelgesprek wordt georganiseerd met de verschillende partijen die betrokken zijn bij de melding. Dit wil zeggen met de patiënt, eventueel een familielid en de betrokken zorgverleners.

Bij een **bemiddelingsgesprek** is het de doelstelling om de klacht te bespreken met de verschillende partijen. De bemiddelaar waakt over het proces vanuit een neutrale betrokkenheid en tracht ervoor te zorgen dat alle partijen gehoord worden. Voorafgaandelijk is het belangrijk dat de partijen het probleem erkennen en dit willen aanpakken via bemiddeling met de aangewezen bemiddelaar. Het

gesprek dient in vertrouwen en met respect te kunnen doorgaan. De bemiddelaar zal dit steeds aftoetsen voorafgaand aan het gesprek.

Een **herstelgesprek** verschilt van een bemiddelingsgesprek omdat dit meestal gaat over een gesprek waarbij er niet (meer) echt sprake is van een probleem. In dit geval wenst de aanmelder informatie te verkrijgen over een bepaalde opname, medische toestand, gebeurtenis,… . Deze informatie heeft de aanmelder door omstandigheden tijdens de opname zelf niet verkregen. Dit bijvoorbeeld bij een onverwacht of traumatisch overlijden.

2.1.2.Verbindend gesprek met ombudsdienst en zorgverleners

Een verbindend gesprek tussen de ombudsdienst en zorgverleners is een gesprek waarbij er meerdere meldingen worden besproken met de betrokken zorgverlener (arts, verpleegkundige, middenkader, sociale dienst, …) Dergelijke gesprekken worden georganiseerd omdat zorgverleners de tendens omtrent hun klachten van een voorbije periode willen kennen. De ombudsdienst neemt hierbij een coachende en verbindende rol op waarbij er samen wordt gezocht naar een rode draad en waarbij er handvaten worden meegegeven omtrent het omgaan met meldingen.

2.1.3.Feedback(telefoon)gesprek met patiënt en familie

Wanneer er sprake is van pendelbemiddeling (de ombudsdienst pendelt hierbij van de ene partij naar de andere) kan feedback worden gegeven aan de aanmelder via een feedbackgesprek. Dit kan telefonisch verlopen of via een persoonlijke afspraak. De ombudsdienst geeft hierbij feedback omtrent een melding en tracht verbindend te werken, met de focus op de verwachtingen en behoeften van de aanmelder.

2.1.4.Brieven vanuit de ombudsdienst aan de patiënt

De ombudsdienst kan de feedback (zie punt 2.1.3) ook via een brief bezorgen aan de aanmelder.

2.1.5.Georganiseerd overleg

De ombudsdienst plant met verschillende partijen reeds proactief een georganiseerd overleg in om meldingen te kunnen bespreken. De verduidelijking van deze partijen en overlegmomenten wordt besproken in punt 2.2.

In 2018 is er van deze bovengenoemde verzoeningsresultaten een retrospectieve analyse gemaakt. Omdat we dit met terugwerkende kracht dienden te doen, kunnen er afwijkingen zijn in de aangeboden cijfers. In 2019 is het de bedoeling om deze cijfers verder te verfijnen en om de verzoeningsresultaten op te nemen in het registratiesysteem NIKOdoc.

2.2.Bemiddeling werkt, verzoenen doen we samen

Verzoeningsresultaten	Aantal	Percentage
Bemiddelingsgesprek	9	2,2 %
Herstelgesprek	3	0,7 %
Verbindend gesprek tussen ombudsdienst en arts	5	1,2 %
Verbindend gesprek tussen ombudsdienst en (hoofd)verpleegkundigen en/of middenkaders	12	2,9 %
Verbindend gesprek tussen ombudsdienst en andere diensten	4	1 %
Feedbackgesprek met patiënt en familie (telefonisch nog niet opgenomen)	12	2,9 %
Brieven	250	60,5 %
Georganiseerd overleg met medisch directeur	24 (1x/ 2 weken)	5,8 %
Georganiseerd overleg met algemeen directeur	10 (1x/ maand)	2,4 %
Georganiseerd overleg met juridisch medewerkster	50 (1x/ week)	12,1 %
Georganiseerd overleg met medisch diensthoofd spoedgevallen	10 (1x/ maand)	2,4 %
Georganiseerd overleg met financieel aanspreekpunt	24 (1x/ twee weken)	5,8 %
TOTAAL	**413**	**100 %**

Naast de kwantiteit van de verzoeningsresultaten, is het tevens belangrijk het verschil in intensiteit te accentueren. 2,2 % van de verzoeningsresultaten zijn bemiddelingsgesprekken, maar hier gaan veel voorbereidende aftoetsende gesprekken aan vooraf.

3. Verwachtingen aanmelder 2018

Een belangrijke taak voor de ombudsdienst is om de verwachtingen van de aanmelder te verhelderen. De aanmelder zal deze verwachtingen meestal niet spontaan zelf naar voor brengen. Deze bevinden zich meestal 'onder de waterlijn' en hebben vaak te maken met een bepaalde behoefte waaraan niet is voldaan tijdens de ziekenhuisopname of consultatie. De ombudsdienst neemt voldoende tijd om samen met de aanmelder te exploreren wat de ombudsdienst voor hem/haar in dat opzicht kan betekenen. Hieronder kan u de cijfers terugvinden van de verwachtingen geformuleerd bij de intake van een melding in 2018.

Soort verwachting	%
Een signaal geven aan de betrokken hulpverleners/diensten	**32,8 %**
Een terechtwijzing van de betrokken hulpverlener/dienst	**27,6 %**
Nood aan een concrete oplossing	**13,4%**
Vraag naar een financieel akkoord (correctie factuur, factuur niet betalen of schadeclaim)	13,0 %
Nood aan een luisterend oor/opvang	5,1 %
Nood aan uitleg of informatie	4,4 %
Verzekeringsaangifte	2 %
Onduidelijk	1,4 %
Nood aan bemiddeling (pendelbemiddeling of bemiddelingsgesprek)	0,3 %

We stellen vast dat de concrete vraag naar bemiddeling weinig wordt gesteld (0,3 %). Tijdens het onderzoek van de ombudsdienst blijkt dat men hier vaak toch nood aan heeft. De bekendheid van de ombudsdienst bij de aanmelder kan hier een rol spelen. De aanmelder weet vaak niet wat de precieze rol is van een ombudsdienst en wil met zijn klacht in eerste instantie een signaal geven (32,8 %) of zelfs iemand terecht wijzen (27,6 %). Het is daarom ook een aandachtspunt om de aanmelder op voorhand goed te informeren over de rol van de ombudsdienst. Dit zowel binnen ons eigen ziekenhuis als op maatschappelijke niveau.

4. Vaststellingen omtrent klachtencultuur in 2018

In 2018 hebben er in totaal 22 verbindende gesprekken met zorgverleners plaatsgevonden. Bij de zorgverleners stellen we een grote openheid en bereidheid vast om dit soort gesprekken te organiseren.

Daarnaast maakt de ombudsdienst haar jaarverslag en werking op verschillende fora in het ziekenhuis bekend. Het jaarverslag van 2017 is voorgesteld op de Raad Van Bestuur, de diensthoofdenvergadering en de hoofdverpleegkundigenvergadering.

In 2018 is er tevens een artikel over de werking van de ombudsdienst geplaatst in 't Verb@nd, de maandelijkse digitale nieuwsbrief voor medewerkers en artsen binnen het ziekenhuis.

De stagiaire van de ombudsdienst deed tot slot een onderzoek naar de ervaring van de hoofdverpleegkundigen omtrent de samenwerking met de ombudsdienst. Dit onderzoek wijst uit dat de ombudsdienst over het algemeen goede contacten heeft met de hoofdverpleegkundigen. Zij ervaren die contacten als een goede en positieve ondersteuning.

Deze acties hadden een belangrijke invloed op de zichtbaarheid en toegankelijkheid van de ombudsdienst en haar werking. In 2018 stelden we vast dat zorgverleners steeds meer de weg vonden naar de ombudsdienst. Dit ook voor informatieve vragen omtrent omgaan met klachten, patiëntendossiers, agressie,…

5. Aanbevelingen vanuit de klachtenbehandeling in 2018

5.1. Algemene aanbevelingen omtrent klachtenbehandeling

5.1.1. Preventief en actief bemiddelen

Ook in 2018 bleven we inzetten op actieve en preventieve bemiddeling. Klachten die tot bij de ombudsdienst komen waarbij de patiënt nog op de afdeling verblijft werden bij voorkeur op de afdeling zelf behandeld. De ombudsdienst gaat op dat moment naar de plaats van de klacht en tracht de communicatie tussen de partijen op een laagdrempelige manier te bevorderen.

In 2018 merkten we dat diensten zelf proactief contact opnamen met de ombudsdienst wanneer ze vaststelden dat er een patiënt met een klacht op de afdeling verbleef. Leidinggevenden geven ons de feedback dat dit een positief effect heeft op de relatie van de betrokken zorgverleners en de patiënt.

5.1.2. Visie omtrent klachtenmanagement

In 2018 hebben wij verder gewerkt aan onze visie omtrent klachtenmanagement, alsook aan het verder uitdragen van deze visie naar interne medewerkers toe. Dit in zowel in de verbindende individuele gesprekken als via bekendmakingen op verschillende fora zoals de Raad Van Bestuur, de hoofdverpleegkundigenvergadering en de diensthoofdenvergadering. (Zie punt 2 en 4).

We stellen tevens een toenemende vraag vast naar terugkoppeling van tendensen en cijfers omtrent klachten op de afdeling, in combinatie met een vraag naar de coachende rol en kwalitatieve interpretatie van de klachten door de ombudsdienst. Concreet zien we een toename in aantal verbindende gesprekken. In 2017 vonden 4 verbindende gesprekken plaats, in 2018 waren dit er 22. We hebben tevens getracht om op verschillende niveaus structureel overleg te voorzien (met directie, de stuurgroep verpleging, de juridisch medewerkster en het financieel aanspreekpunt). We merken echter dat er nog opportuniteiten liggen in het exploreren van de mogelijkheden naar meer structureel overleg. De verbindende overlegmomenten die in 2018 gepland zijn gebeuren vaak ad hoc of naar aanleiding van een concrete casus. In 2019 zal hier meer op worden ingezet.

In 2019 staat het uitdragen van onze visie op de agenda. Dit zowel intern als extern. We merken dat men niet altijd op de hoogte is van de precieze taken van de ombudsdienst (zie punt 3). We vinden het belangrijk om dit op verschillende niveaus uniform te communiceren.

5.2.Medisch

5.2.1.Informatie omtrent het verschil tussen een fout en een complicatie

Een groot deel van de klachten in 2018 had te maken met het verschil tussen een fout en een complicatie. We merken dat patiënten vaak van mening zijn dat bepaalde klachten het gevolg zijn van een fout van de zorgverlener, terwijl de zorgverlener meent dat er sprake is van een complicatie. Als ombudsdienst zien wij een opportuniteit in het proactief en vroegtijdig verduidelijken van dit verschil.

5.2.2. Nood aan sensibilisering omtrent werking spoedgevallendienst

In 2018 blijven de verwachtingen van de patiënt of diens vertegenwoordiger omtrent de spoedgevallendienst een groot aandachtspunt. De naamgeving van de dienst ‘spoedgevallen’ creëert de verwachting dat ze binnen de 10 minuten zullen geholpen worden, ondanks het feit dat hun aandoening niet spoedeisend is. Men is vaak ook niet op de hoogte van hoe het triagesysteem werkt. We stellen vast dat hier nood is aan transparante en correcte informatie en verduidelijking. Ook vanuit de beroepsorganisatie VVOVAZ wordt aangespoord om hierover correct te informeren, alsook ziet men hier een maatschappelijke opdracht waarbij een campagne ‘spoedgeval of niet?’ duidelijkheid zou kunnen brengen en klachten en frustraties zou kunnen voorkomen.

5.3.Verpleegkundig

5.3.1.**Informeren en communiceren**

We merken ook in 2018 dat de open communicatiecultuur bij medewerkers van het ziekenhuis zeker al aanwezig is. Wij sporen aan om hier blijvend op in te zetten. Men kan bijvoorbeeld de patiënt uitnodigen voor een open gesprek omtrent zijn misnoegen. Hierbij raden we aan om te spreken over "wat er is gebeurd" en niet over " wie dit heeft veroorzaakt". Spreken over feiten houdt geen schuldbekentenis is, men hoeft dan ook de kritiek niet persoonlijk op te nemen. Hierbij kan steeds advies of ondersteuning gevraagd worden van de ombudspersoon.

5.4.Organisatorisch

5.4.1. **Maatregelen omtrent ziekenvervoer**

Een groot aantal klachten had betrekking op het ziekenvervoer van de patiënt. Dit zowel voor dringend ziekenvervoer als niet dringend ziekenvervoer waarbij de patiënt zuurstof, infuus, sondevoeding (+ andere verpleegkundige B1 handelingen) toegediend krijgen bij bv. ontslag uit het ziekenhuis. De patiënt valt in deze omstandigheden terug op de ambulancediensten waarvoor zijn ziekenfonds geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt met duurdere rekeningen geconfronteerd worden. We willen hier graag het informatieaspect als aandachtspunt benadrukken: patiënten zijn vaak niet op de hoogte van deze financiële implicaties.

5.4.2.**Parkeertarieven**

In 2017 signaleerden een aantal patiënten onduidelijkheid over het parkeerbeleid, en meer bepaald het beleid voor specifieke doelgroepen (materniteit, neonatale,…). Op basis van deze meldingen die door de ombudsdienst werden opgenomen en besproken werden met de bevoegde directie heeft men een aantal aanpassingen doorgevoerd in het beleid en staat er een duidelijke brochure op de website van AZ Nikolaas. In 2018 stelden we vast dat de vraag naar parkeerabonnementen blijft zodat de maximale rekening per dag of de kost tijdens een verblijft beperkt kan worden.

5.5.Jaaractieplan ombudsdienst 2019

De aanbevelingen 2018 hebben we concreet opgenomen in de Jaaractiepunten van 2019:

Omschrijving jaaractiepunt	Meting	Realisatie
Uniformiseren werkwijze ombudspersonen	Alle ombudspersonen hebben de basisopleiding bemiddeling gevolgd.	Q2 2019
Terugkoppeling klachten naar cluster geriatrie	Georganiseerd overleg met hoofdverpleegkundigen en clustermanagers	Q3 2019
Inzetten op beleidsmatige werking van de ombudsdienst	Structureel overleg met verpleegkundig en algemeen directeur en stuurgroep verpleging is ingepland. Verder verkennen van mogelijkheid voor gebruik van cijfers maar ook kwalitatieve terugkoppeling naar de afdelingen	Q4 2019
Uitwerken visie/ werking ombudsdienst	Visie is reeds in 2018 uitgewerkt. In 2019 concreet vertalen naar intern en extern document en hierover communiceren.	Q2 2019

-

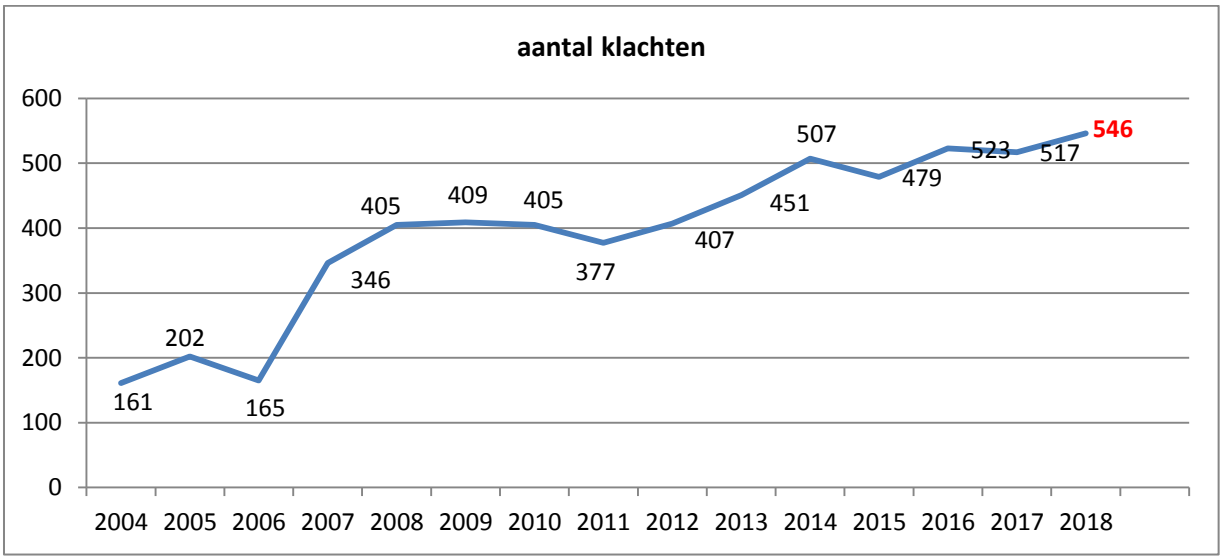
6. Globale cijfers van 2018

6.1. Aantal klachtendossiers

In totaal werden er in 2018 **546** klachtendossiers geregistreerd bij de ombudsdienst.

	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
januari	63	41	46	66	43	31	34	42	33
februari	42	49	36	57	53	32	34	41	43
maart	77	50	35	43	47	52	41	40	42
april	51	21	56	33	38	38	26	31	24
mei	40	45	37	42	38	37	36	32	34
juni	31	30	42	40	39	37	29	20	28
juli	44	65	30	22	34	48	36	24	39
augustus	43	40	47	37	39	33	36	34	32
september	36	48	50	32	35	37	29	12	29
oktober	42	40	31	42	50	42	42	37	35
november	40	39	58	32	36	33	38	27	35
december	37	49	55	33	57	31	31	37	31
Gemiddelde /maand	46	43	43	40	42	38	34	31	34
Totaal / jaar	546	517	523	479	507	451	407	377	405

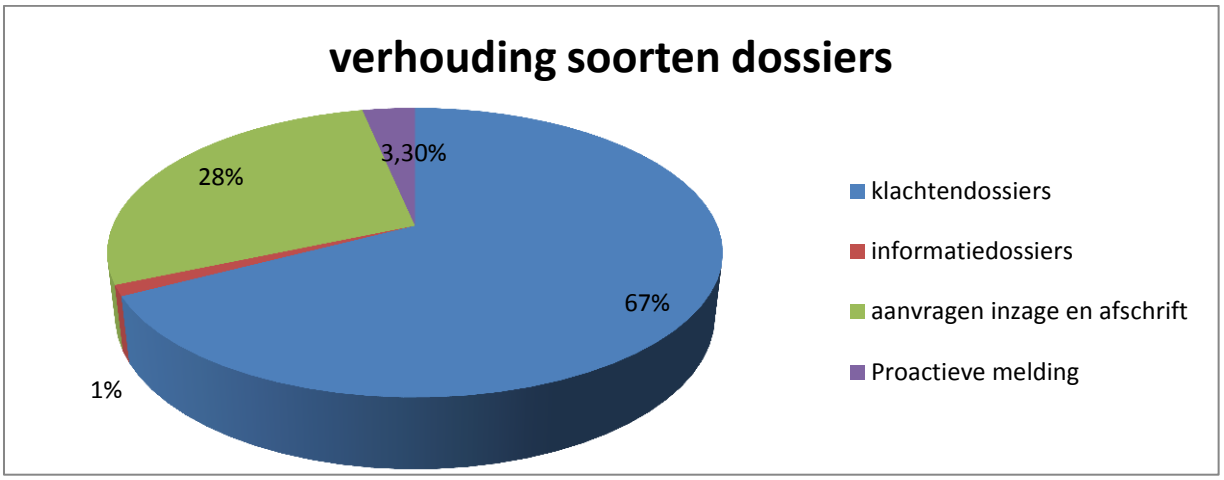
6.2.Evolutie in het aantal klachtendossiers



! Voor de opmaak van de jaarverslagen werden de cijfergegevens van 2008 en 2009 gecorrigeerd. Doordat er pas in 2010 een aparte registratie voor de klachtendossiers werd ingevoerd, gaf dit in voorgaande cijfergegevens over de klachten een vertekend beeld. Deze cijfers betreffen dus sinds 2008 enkel de effectieve klachtendossiers. Het bleek bij nazicht onmogelijk om een correctie uit te voeren voor de jaren voor 2008.

6.3.Verhouding tussen de verschillende soorten dossiers

Uit onderstaande grafiek kan men afleiden dat de hoofdtaak van de ombudspersonen het behandelen van de klachtendossiers blijft.



6.3.1. Inzage en afschrift patiëntendossier

228 dossiers hadden betrekking op een specifieke vraag van een patiënt (of dienst vertegenwoordiger) om inzage en afschrift van het patiëntendossier. Voor recente gegevens of eenvoudige vragen, wordt de patiënt maximaal verwezen naar de behandelende arts.

Jaar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal	82	118	194	178	256	250	203	261	228

6.4. Profiel van de aanmelder

Wie	%
patiënt zelf	45.6
ouder	12
partner	13.2
kind	16.1
ander familielid	6.7
kennis	0
huisarts	0.2
externe hulpverlener	0.9
mutualiteit	0.9
interne medewerker	2.4
Andere	1.8

6.5. Locatie van de patiënt

Locatie patiënt	% van het aantal klachten
Opname	43.9
Poliklinisch	26.6
Dagziekenhuis	3.6
Spoed	19.1
Andere	6.8

Campus	% van het aantal klachten
SN	88.5
HA	0.8
SG	2.3
TE	0.8
BE	7.5

6.6. Hoe wordt de klacht geuit?

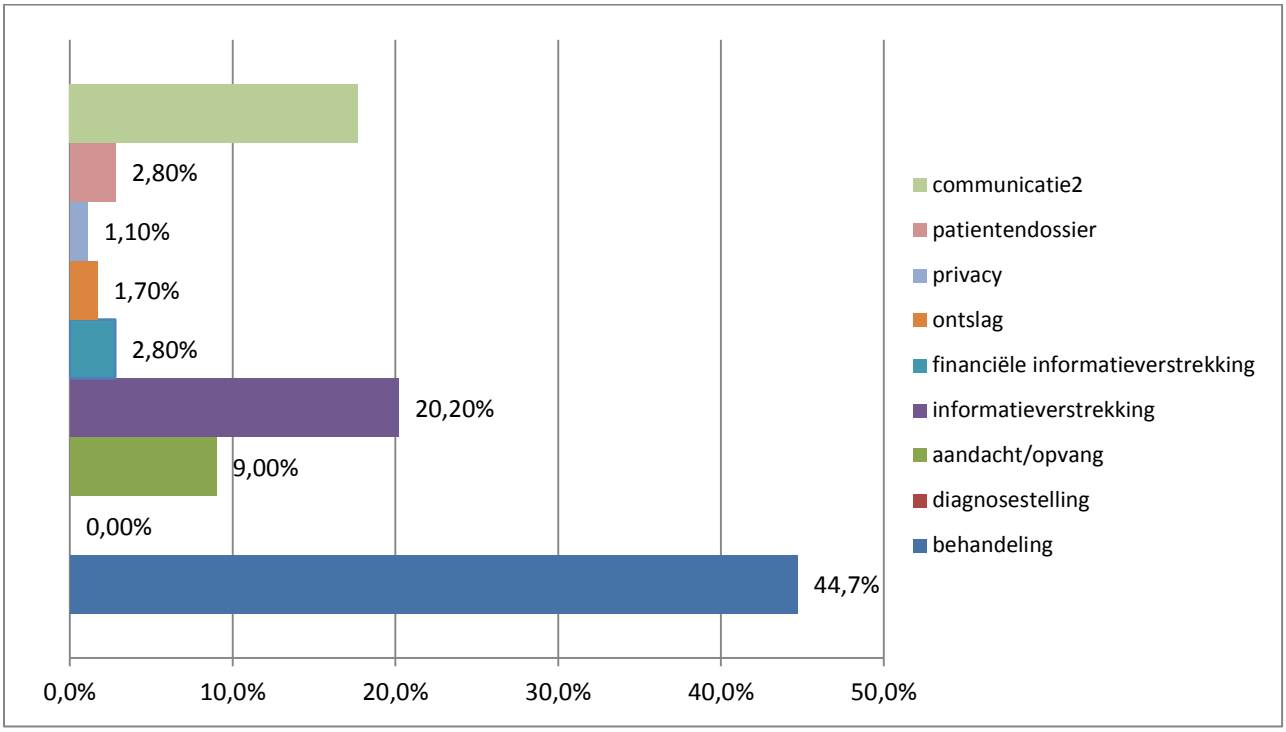
Vorm	%
e-mail	40.5
persoonlijk	17.9
telefonisch	39.6
brief	2
sociale media	0

6.7.Verdeling van de klachten in 2018

6.7.1.Verdeling naar domein

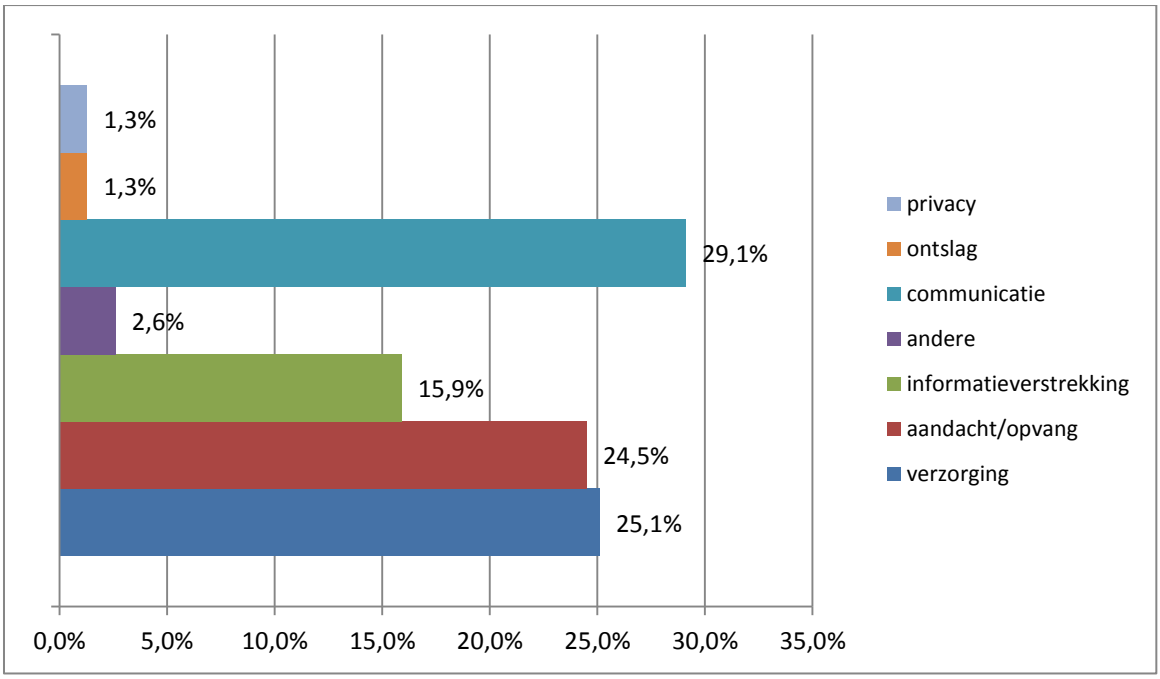
Domein	%
medisch	50.6
verpleegkundig	21.5
organisatorisch	20.6
financieel - administratief	7.2

3.5.2.1 Medisch



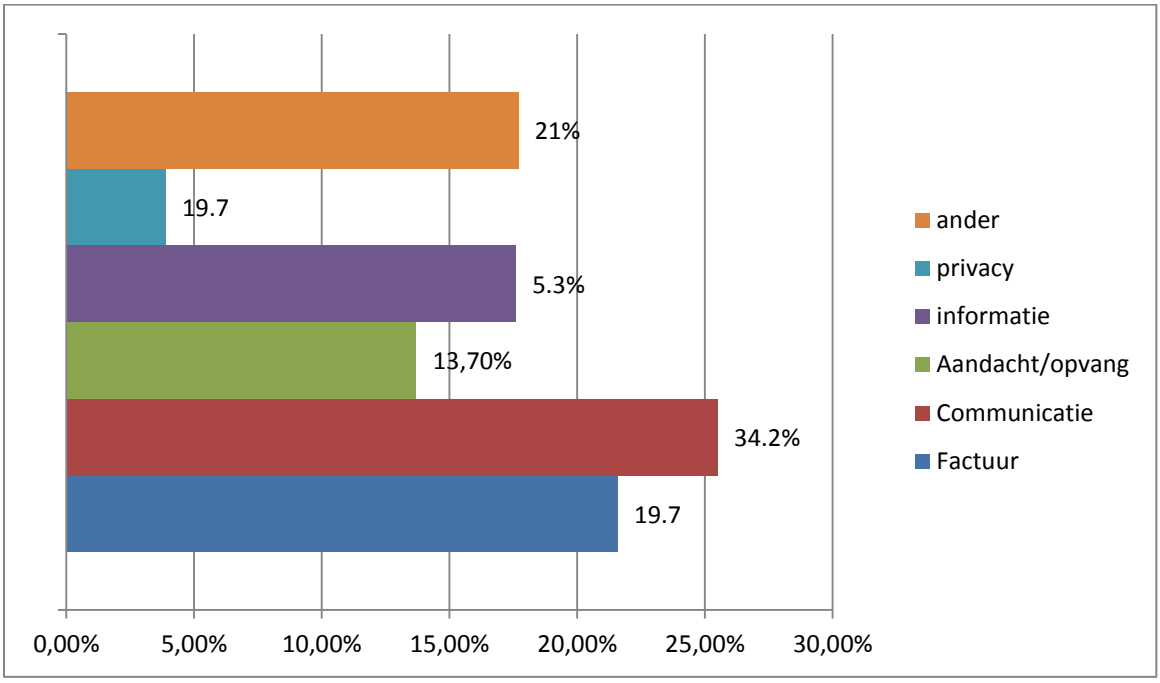
** gecumuleerde cijfer*

3.5.2.2 Verpleegkundig



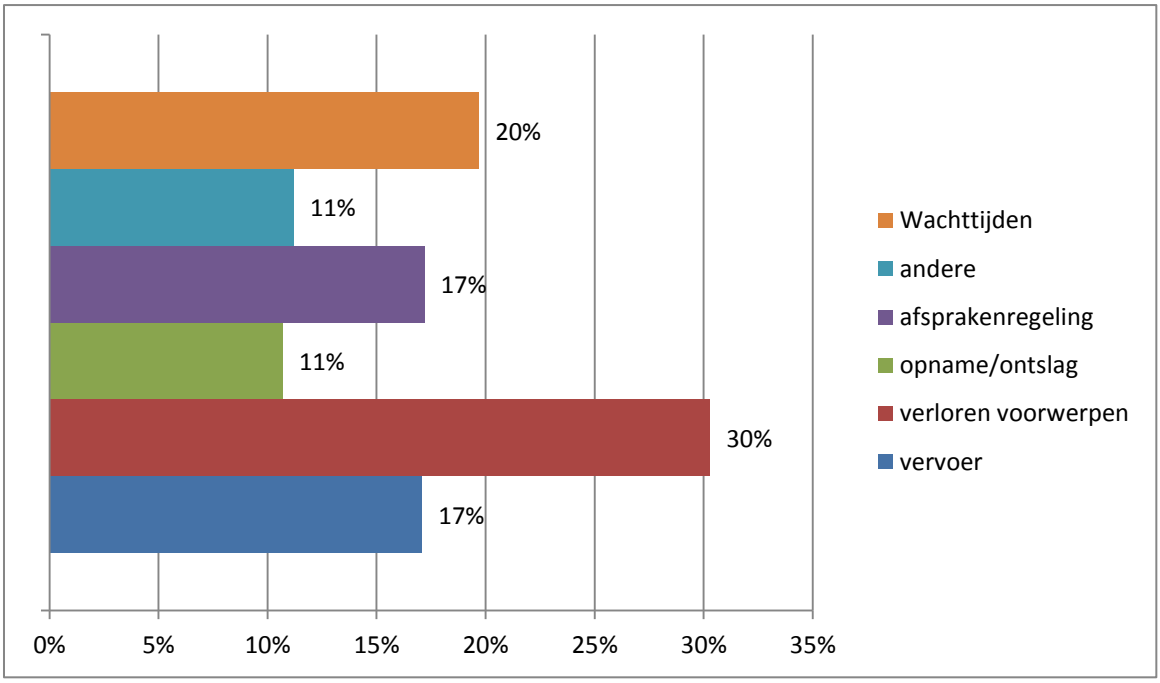
** gecumuleerde cijfers*

3.5.2.3 Administratief- financieel



**gecumuleerde cijfers*

3.5.2.4 Organisatorisch



**gecumuleerde cijfers*

6.7.2.**Verdeling naar discipline**

discipline	% van het totale aantal klachten
anesthesie	1
abdominale heelkunde	2.9
cardiologie	3.8
dermatologie	0
endocrinologie	1.7
fertiliteit	0
fysische g. / revalidatie	1.7
gastro- enterologie	4.6
geriatrie	9.1
gynaecologie	3.1
intensieve zorgen	1.9
pediatrie	4.3
labo	0.7
longziekten	3.1
medische beeldvorming	5.5
MKA	1.7
nefrologie	1.1
neurochirurgie	3.4
neurologie	4
NKO	0.5
oftalmologie	0.2
oncologie	3.4
orthopedie	9.4
pijnbestrijding	3.4
plastische heelkunde	1
psychiatrie	4.6
spoedgevallen	19.9
stomatologie	0
thoracale/ vasc. Heelk.	1.1
urologie	2.9

6.7.3.**Verdeling naar de wet op de patiëntenrechten**

Klacht met betrekking op : rechten van de patiënt (n=244)	%
recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)	37.9
recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (art. 6)	3.9
recht op informatie over de gezondheidstoestand (art. 7)	26.2
recht op toestemming (art. 8)	1.9
recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (art. 9 § 1)	2.9

recht op afschrift van het patiëntendossier (art. 9 § 3)	2.9
recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)	3.9
Recht op het neerleggen van een klacht (art.11)	19.4
recht op aangepaste pijnbestrijding (art. 11 bis)	1
Recht op info over beroepsaansprakelijkheid (art 8/1)	0

**Gecumuleerde cijfers*

6.7.4. **Doorlooptermijn**

Doorlooptermijn	**%**
1 dag	11.5
< 1 week	8.9
< 2 weken	8.4
< 1 maand	18.5
< 2 maand	22.5
< 3 maand	13.9
> 3 maand	16.3 %

In 2018 is de gemiddelde doorlooptermijn gestegen. 47,3 % van de klachten worden binnen de maand opgelost. De ombudsdienst is zich terdege bewust van deze stijging en werkt continu aan acties om de doorlooptermijn tot het minimum te beperken.

De oorzaak van deze stijging is te wijten aan verschillende factoren:

- Het totale klachtenaantal is gestegen van 517 naar 546. Dit terwijl het aantal aanvragen tot inzage of afschrift van het patiëntendossier gedaald is van 261 naar 228. Het aantal feitelijke klachten is dus significant gestegen van 256 naar 318. Een feitelijke klacht is doorgaans tijdsintensiever dan een aanvraag tot inzage of afschrift van het patiëntendossier. Vooraleer we tot een verzoeningsresultaat komen dienen steeds verschillende stappen doorlopen worden. De ombudsdienst tracht zeer grondig alle betrokken partijen te consulteren.
- De ombudsdienst kreeg in 2018 vaker te maken met meervoudige klachten. De aanmelder komt bij de ombudsdienst met vragen over verschillende aspecten van zijn/haar opname: zowel financieel, medisch, verpleegkundig, organisatorisch… Deze complexiteit vergt meer werktijd om de volledige klacht ten gronde te kunnen verwerken.

Het blijft echter wel een aandachtspunt voor de ombudsdienst om de doorlooptermijn van de klachten zo laag mogelijk te houden. Het is daarom van belang dat de ombudspersonen op een uniforme en efficiënte manier werken. In 2019 zullen daarom beide medewerkers de basisopleiding bemiddeling gevolgd hebben. Daarnaast wordt de ombudsdienst sinds november 2018 ondersteund door een administratief medewerker. Wij vermoeden dat deze ondersteuning zichtbaar zal zijn in de cijfers van 2019.

6.7.5. Classificatie van de klachten

Classificatie	%
Gegrond	26.9
Ongegrond	31
onduidelijk	16.9
deels gegrond	16.2
terechte opmerking	1.1
afgebroken	8

6.7.6. Tevredenheid van de klager

Classificatie	%
Tevreden	22.8
Ongekend	58.7
Tevreden met inspanning maar niet met resultaat	13
Ontevreden	5.5

7. Verduidelijking terminologie

- **Aanmelder**: met aanmelder bedoelen we de persoon die de klacht formuleert. Dit kan de patiënt of een familielid zijn.
- **Melding/klacht:** In het jaarverslag worden de termen ‘melding’ en ‘klacht’ door elkaar gebruikt. Beide doelen op hetzelfde fenomeen.

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2018

C. Heymanslaan 10 – B 9000 Gent

Tel: 09/332.52.34 – Fax: 09/332.55.91 – ombudsdienst@uzgent.be

INHOUDSTABEL

- Inleiding
- Klachtenbeeld 2018 met Jaarrapport Vlaamse Overheid
- Suggesties en aanbevelingen

Bemiddelingsboek - 1713

INLEIDING

Wetgevend kader

Het Jaarverslag van de Ombudsdienst van het UZ Gent kadert binnen de informatieverstrekking naar de Vlaamse Gemeenschap. 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 kadert ook binnen de Wet Rechten van de Patiënt (De wet van 22 augustus 2002) en heeft tot doel 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 I-Task 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 aanmelding; één patiënt 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 ambieert 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.

Bemiddelingsboek - 1714

Bemiddelingsboek - 1715

Mensen en middelen

De ombudsfunctie in het UZ Gent wordt waargenomen door vier ombudspersonen; Francine De Groote, Carine Dierickx, Patrick Demuynck en Christophe Demeestere (coördinator Ombudsdienst). De registratie van klachten gebeurt op een uniforme manier met de hulp van het I-Task/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. Verspreiding van 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.

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 is opgestart, wordt de ombudspersoon geïnformeerd over de opstart van het dossier bij de Verzekeraar Burgerlijke Aansprakelijkheid van het 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

Bemiddelingsboek - 1718

KLACHTENBEELD 2018

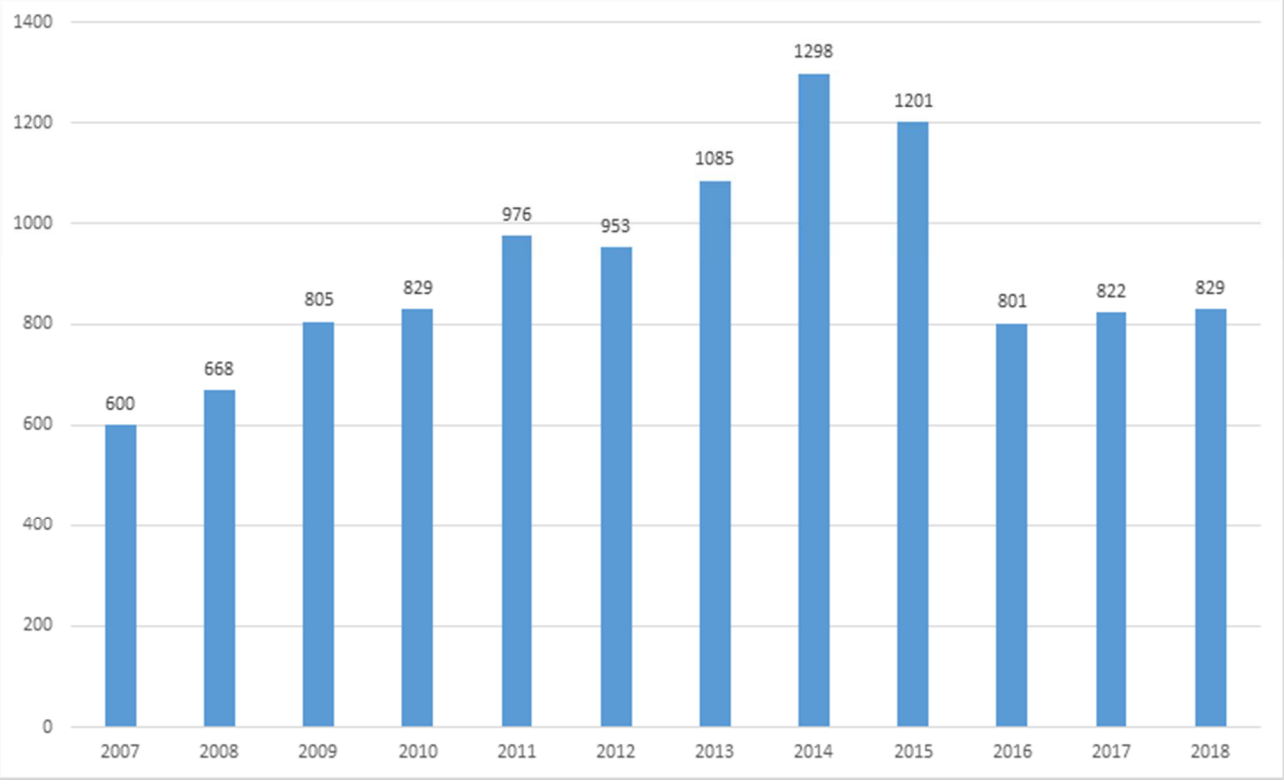
1.1. Inleiding

De Ombudsdienst van het UZ Gent heeft een totaal van 829 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, interne personeelsaangelegenheden , klachten die betrekking hebben op de dienstverlening in een ander ziekenhuis of een externe zorgverstrekker en andere klachten die niet UZ Gent gebonden zijn.

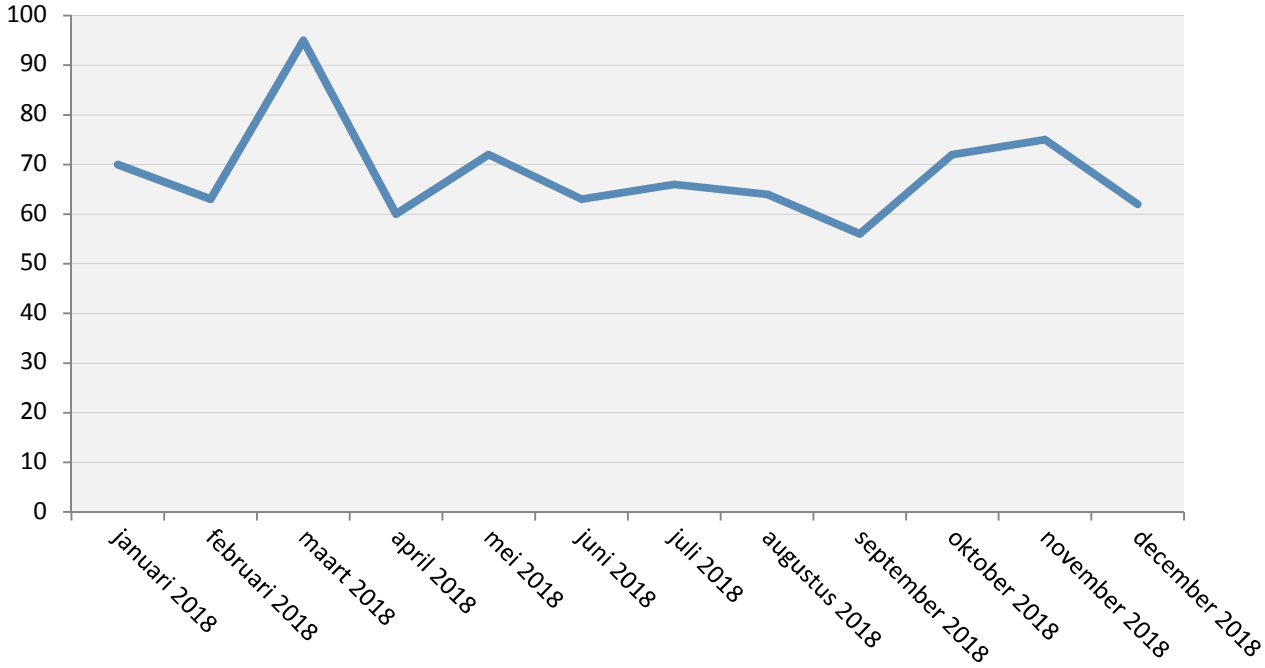
Er wordt een lichte stijging van de aanmeldingen in 2018 (829) vastgesteld in vergelijking met het jaar 2017 (822). Er wordt strikt op toegezien om enkel klachten van patiënten te behandelen en niet van medewerkers. Afschrift dossier gebeurt niet meer door de ombudspersonen maar melders worden rechtstreeks doorverwezen naar de behandelende arts of huisarts via Cozo. Enkel bij FMO (Fonds Medische Ongevallen), second opinion 'Best Doctors', gerechtelijke inbeslagname of vrij complexe dossiers komt de ombudsdienst tussen.

Een overzicht van deze trends wordt weergegeven in Grafiek 1a hieronder.



Grafiek 1a: Overzicht van de evolutie in het aantal aanmeldingen over de periode 2007-2018

Trendlijn aantal aanmeldingen per maand in 2018 in Grafiek 1b hieronder.



Grafiek 1b: Overzicht van aantal aanmeldingen per maand in 2018

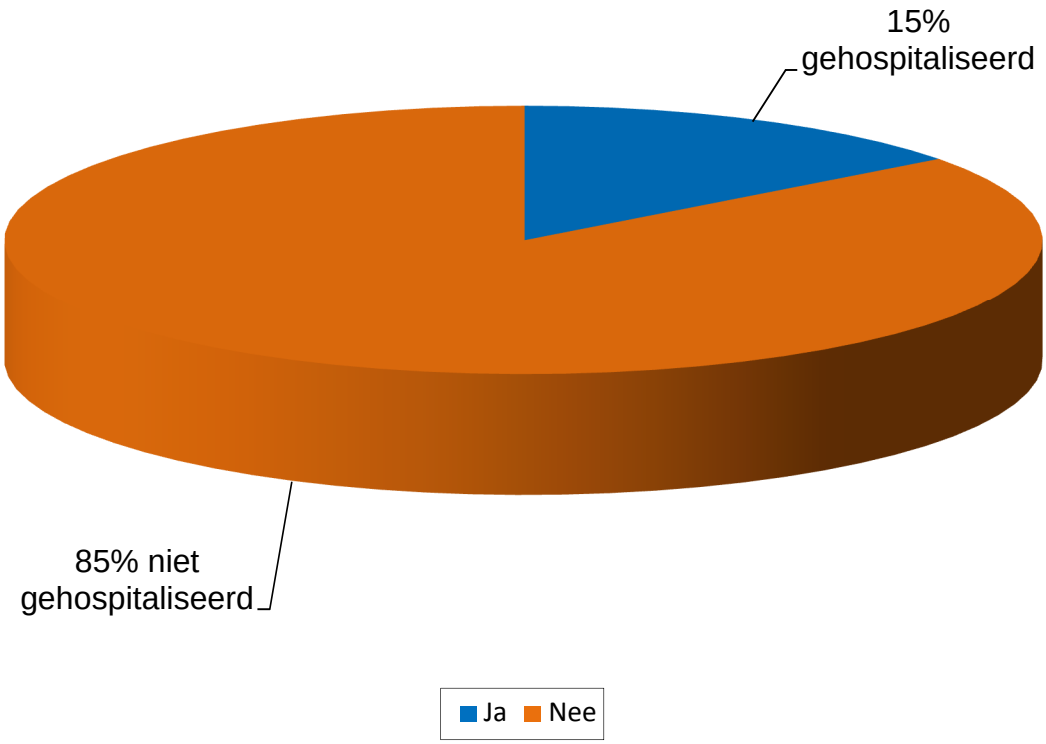
1.2. Analyse van het klachtenbeeld

Hierna volgt een globale analyse van de 829 aanmeldingen.

Van de 829 aanmeldingen waren 125 (15 %) melders nog gehospitaliseerd in het ziekenhuis op het moment van de klachtmelding. De overige 704 (85 %) 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. Negatieve ervaringen en situaties worden eerst overwogen of met naaste familieleden en/of vrienden besproken vooraleer de stap wordt gezet om ook effectief een klacht neer te leggen.

Bemiddelingsboek - 1720

Grafiek 2 biedt een overzicht van het aantal aanmeldingen in het jaar 2018 en de plaats waar de patiënt zich bevindt op het moment van klachtenmelding.

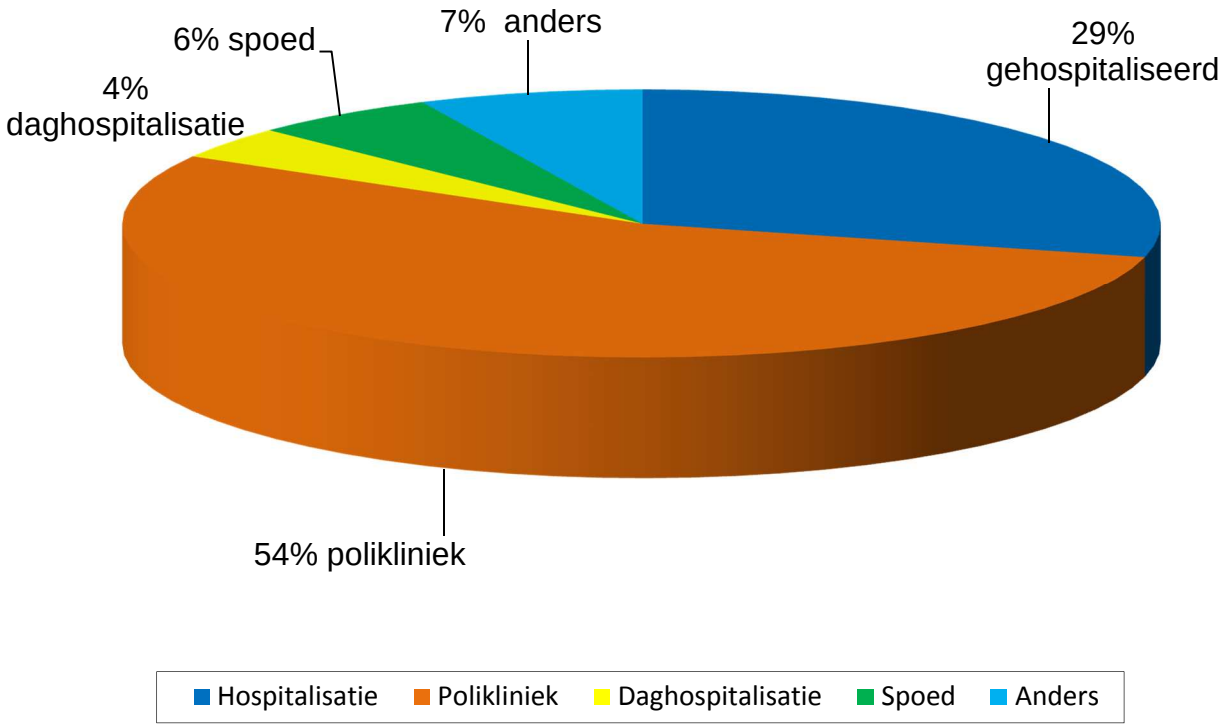


Grafiek 2: Gehospitaliseerd of niet op moment van aanmeldingen?

Bemiddelingsboek - 1721

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 (29%, respectievelijk 54%). Voorts zijn er nog een aantal kleinere categorieën waaronder de klachten die ontstaan ter hoogte van de ambulante spoedopname (6%), daghospitalisatie (4%) en andere (7%).

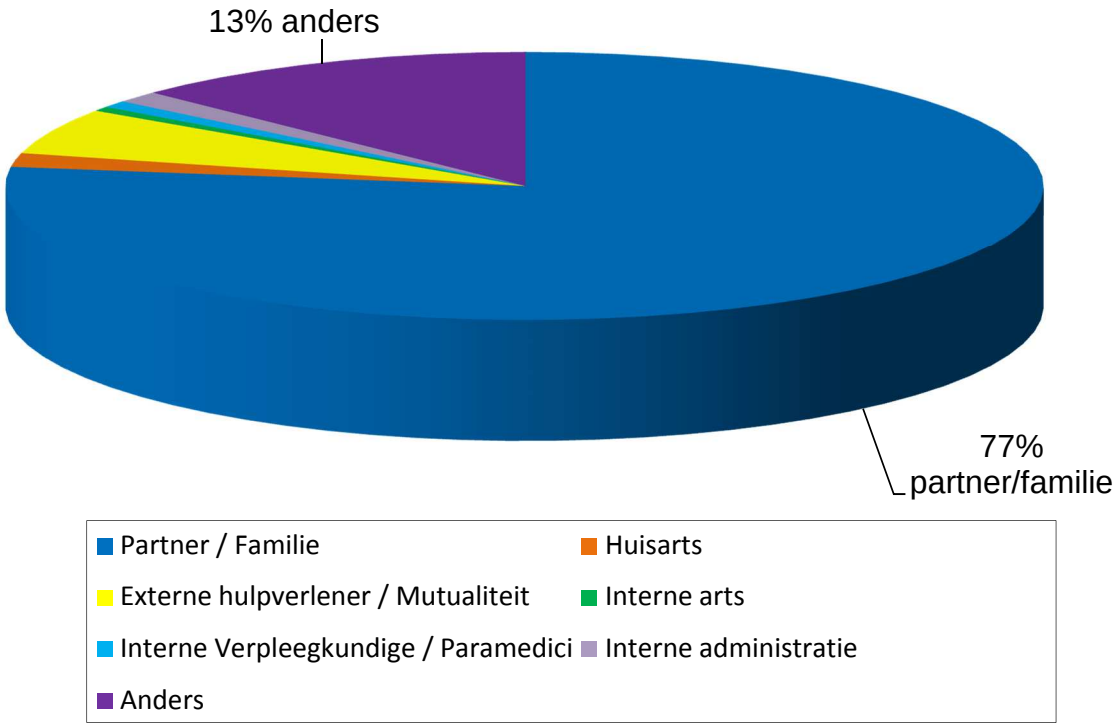
Onderlinge verhoudingen en verdelingen van de lokalisatie bij ontstaan van melding werden opgenomen in Grafiek 3 hieronder.



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 aanbrenger van de klacht t.o.v. de patiënt nader wordt beoordeeld, blijkt dat de klacht in 77% 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 aanbrengers 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 relatie aanbrenger-patiënt over het totale klachtenbeeld is vervat in Grafiek 4.

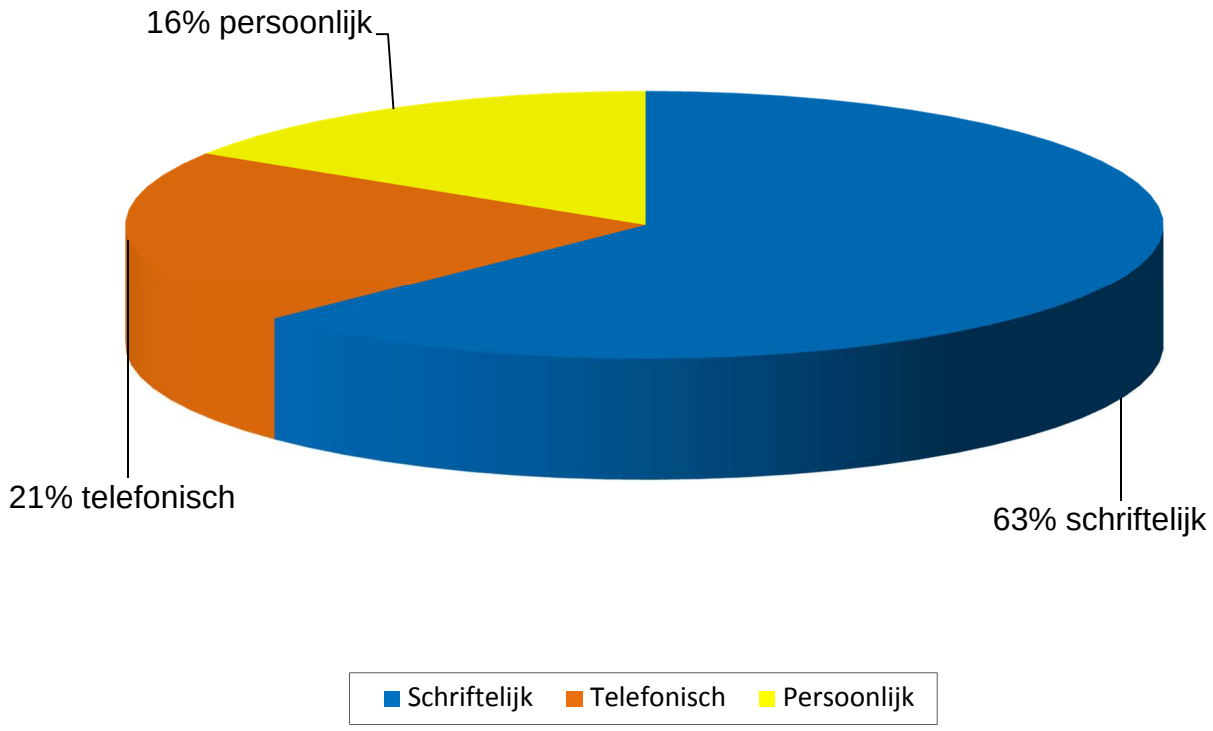


Grafiek 4. Procentuele verdeling van de relatie aanbrenger-patiënt

Bemiddelingsboek - 1723

Het overgrote deel van de klachten die de Ombudsdienst bereiken, worden via telefonische oproep (21%) en via e-mail of per brief (63%) overgemaakt. In 2018 bedroeg de procentuele verhouding van beide categorieën samen 84%.
Een opvallende stijging van het aantal meldingen per e-mail kan worden waargenomen, vaak via het contactformulier Ombudsdienst met link op de website UZ Gent.
In 16% van de gevallen wordt de klacht geformuleerd in een persoonlijk onderhoud.

Grafiek 5 toont de relatieve verhouding inzake vorm van ontvangst van de aanmelding.



Grafiek 5.: Procentuele verdeling inzake vorm van de aanmelding

Bemiddelingsboek - 1724

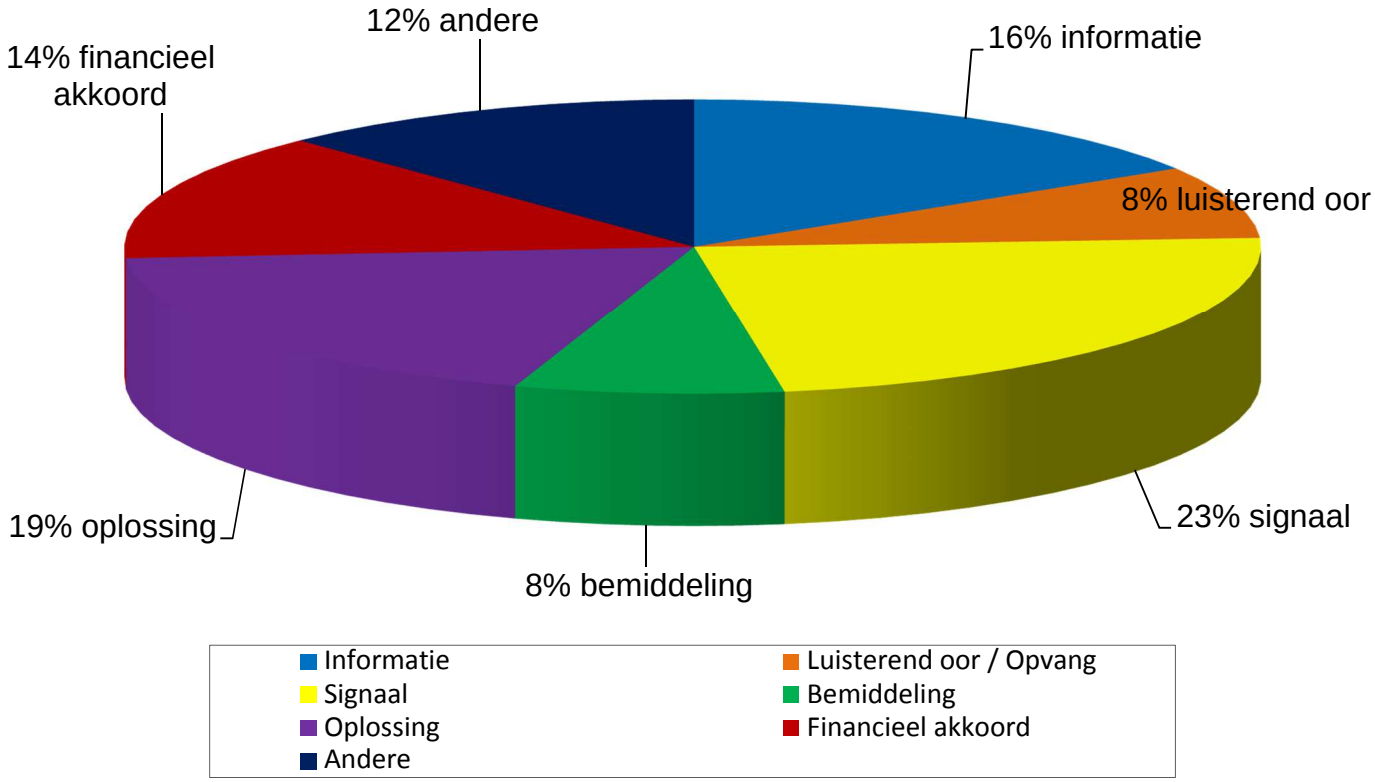
In het kader van de analyse van de klachtmeldingen zijn de verwachtingen van de melder van cruciaal belang voor de Ombudsdienst. Op grond hiervan kan een aantal trends worden vastgesteld en kunnen gerichte initiatieven genomen worden om enerzijds het vertrouwen van de melder in het ziekenhuis terug te herstellen en anderzijds conflictsituaties te vermijden.
Veruit de belangrijkste verwachting van de patiënt is de mogelijkheid om beroep te kunnen doen op **signalering** (23%) 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** (19%) 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** (14%) (een akkoord van financieel-administratieve aard).
Factuurbetwistingen komen vaak voor bij patiënten die een éénpersoonskamer (1PK) krijgen omwille van organisatorische redenen en in een latere fase niet willen verhuizen naar een tweepersoonskamer (2PK). Patiënten zijn verrast dat er dan een kamersupplement én ereloonsupplementen worden aangerekend voor de volledige opnameperiode. Indien de persoon een chirurgische ingreep ondergaat en een 2PK vroeg om dan op een later moment een 1PK te vragen zal de patiënt kamersupplement én ereloonsupplementen betalen voor de volledige opnameduur.
Hospitalisatieverzekeringen willen vaak niet tussenkomen voor kamersupplement én ereloonsupplementen in een 1PK indien de diagnose levensstijl gerelateerd is (alcohol, drugs, roken,….).
Opname in een 1PK om medische reden is een beslissing van de behandelende arts. Patiënten vinden dat ze recht hebben op een 1PK om medische reden of willen geen last zijn voor medepatiënten en opteren dan voor een 1PK. Sommige patiënten melden dat ze in andere ziekenhuizen steeds 1PK krijgen omwille van medische reden en veronderstellen verkeerdelijk dat ze in het UZ Gent ook recht hebben op een 1PK om medische reden.
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** (8%) door de Ombudsdienst om tot verzoeningsresultaat te komen. Een **verzoeningsresultaat** is een resultaat die het UZ Gent en zijn medewerkers nastreven als lerende organisatie en die er zonder de tussenkomst van de ombudspersoon niet zou geweest zijn. Het is een betekenisvolle stap die de toegevoegde waarde aantoont van de ombudspersoon, door onze tussenkomst zijn partijen in overleg gegaan. Het uiteindelijke resultaat van dit gesprek/overleg bepaalt niet of dit als een verzoeningsresultaat kan geregistreerd worden – de betekenisvolle stap is hier voldoende.

In 2018 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 of gestolen voorwerpen (gebitsprothese, bril, persoonlijke spullen …)
-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 en 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**" (8%). Het betreft ontevreden patiënten die behoefte hebben aan een luisterend oor. Deze patiënten 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:

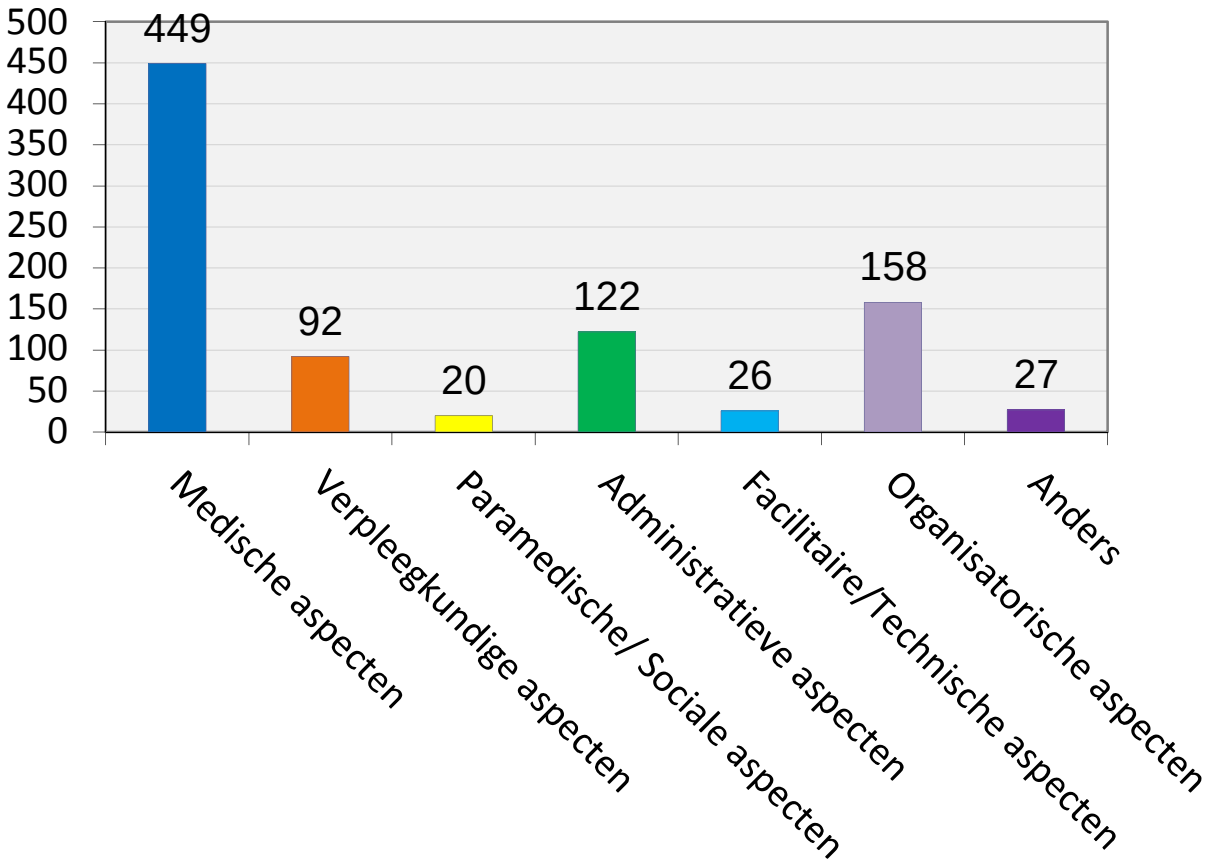
- Medisch
- Verpleegkundig
- Paramedisch en sociaal verpleegkundig
- Administratief/financieel
- Technisch, facilitaire en hoteldiensten
- Organisatorisch
- Andere

Het is van belang te onthouden dat de registratie telkens gebeurde vanuit het oogpunt van de ervaring van de aanmelder/patiënt en bijgevolg geen informatie verstrekt over de gegrondheid en/of ernst van de klacht.

Een analyse van het beeld van 2018:

- De belangrijkste categorie van klachten betreft de klachten van medische aard; (449)
- Klachten van organisatorische aard; (158)
- Klachten van administratief-financiële aard; (122)
- Klachten van technische, facilitaire en hoteldiensten; (26)
- Klachten van paramedisch en sociaal verpleegkundige aard; (20)
- Klachten van verpleegkundige aard; (92)
- Andere aspecten; 27 meldingen behandeld m.b.t. incidenten op de campus.

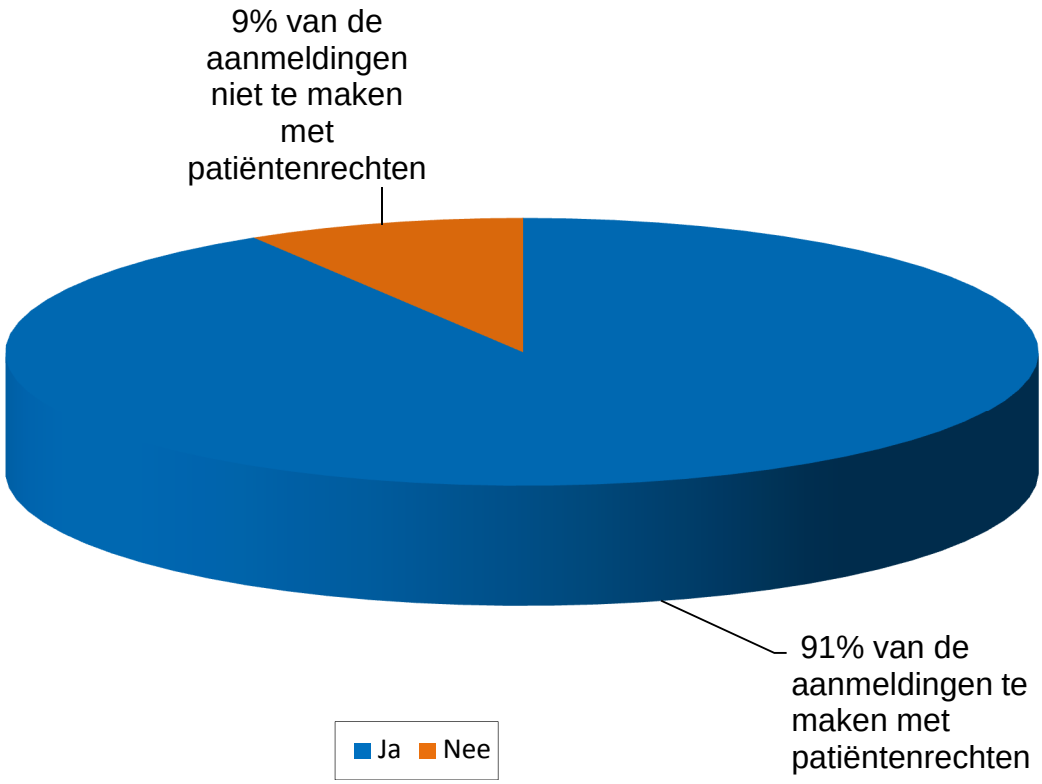
De absolute verdeling van de inhoud van de klacht wordt weergegeven in grafiek 7.a.



Grafiek 7.a.: Absolute verdeling van de inhoud van de klacht

Bemiddelingsboek - 1729

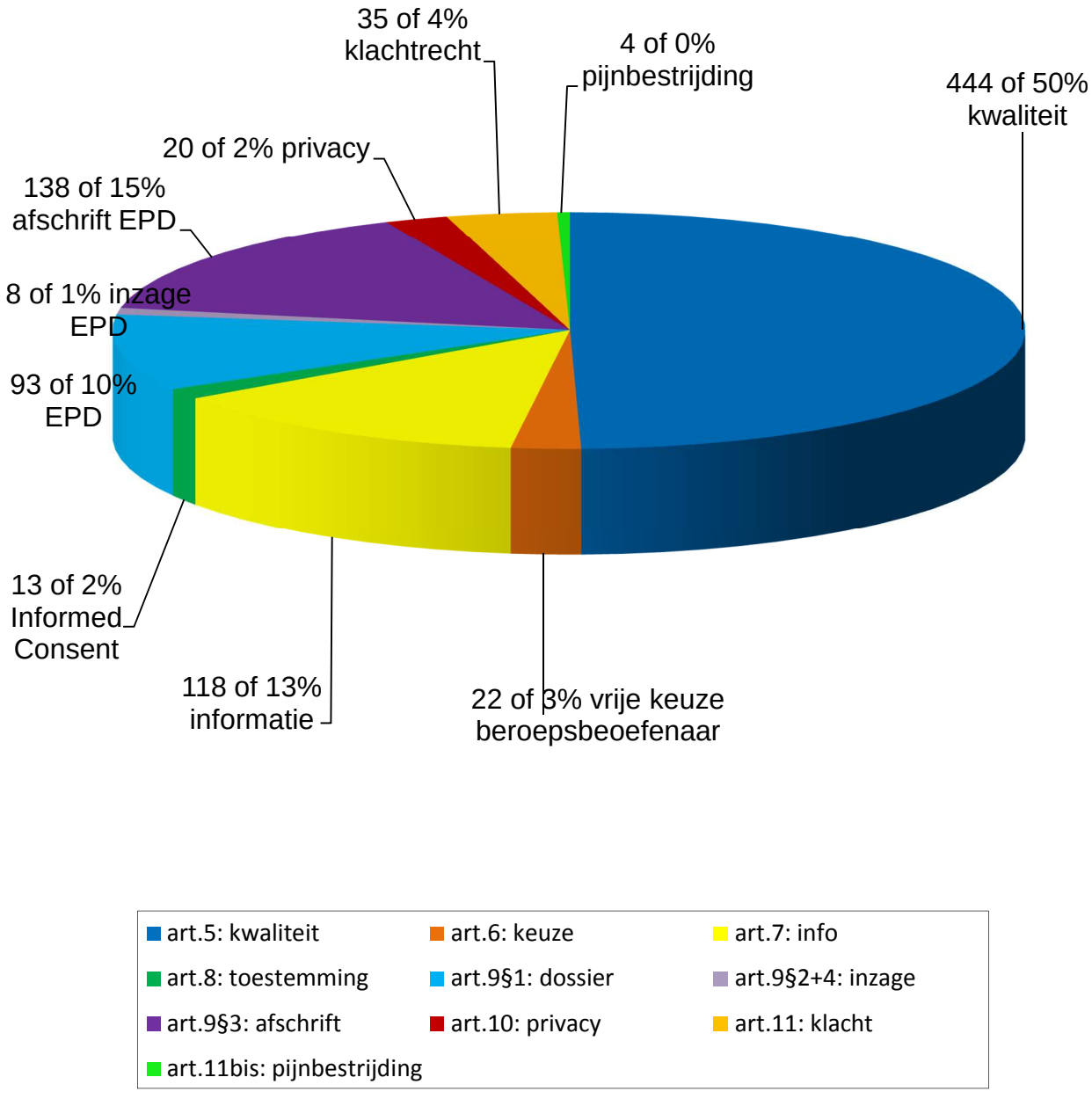
De procentuele verdeling van de inhoud van de klacht m.b.t. patiëntenrechten of niet wordt weergegeven in grafiek 7.b.



Grafiek 7.b.: Procentuele verdeling van de inhoud van de klacht m.b.t. patiëntenrechten of niet?

Bemiddelingsboek - 1730

De absolute en relatieve verdeling van de inhoud van de klacht per patiëntenrecht wordt weergegeven in grafiek 7.c.



Grafiek 7.c.: Absolute en relatieve verdeling van de inhoud van de klacht per patiëntenrecht.

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.

Deelaspecten van verpleegkundige klachten

De belangrijkste categorieën vertegenwoordigen aandacht, opvang, privacy en empathie bij technische verpleegkundige zorgverlening. Een andere 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).

Bemiddelingsboek - 1732

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 éénpersoonskamer, 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 of ASO.
-vermelding van naam de naam van de hoofdarts of naam van arts van de klinisch ondersteunende sector (KOS), sommige patiënten willen niet betalen omdat ze die arts niet 'gezien' hebben (radioloog,klinisch bioloog,…).

Deelaspecten Technische, facilitaire en hoteldienst klachten

Het hoofdaandeel van de klachten rond de hoteldienst verwijst vooral naar de kwaliteit van 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 2018 zijn vooral 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 kennen toch een terugval. De toepassing van de parkeertarieven worden vaak vergeleken met andere ziekenhuizen en vooral mensen die juist de gratis-periode (30 min) overschrijden hebben opmerkingen.
Klachten betreffende comfort vertegenwoordigen diverse klachten: gebrek aan éénpersoonskamers, te kleine éénpersoonskamers, tekort aan rolwagens, geen afscherming van de lavabo in een gemeenschappelijke kamer wat niet bevorderlijk is voor de privacy en geen goede temperatuurregeling in bepaalde therapieruimtes en wachtzalen.
Onder de categorie "andere" vallen diverse klachten, zoals vb. afstand tot aan de aanmeldzuilen en onbegeleide patiënten die hier toekomen met een vervoersfirma of ambulance en die op verschillende poli's terecht moeten.

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 of geen afspraak ondanks bevestiging per SMS en brief.
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 spoedgevallendienst of in de dagkliniek.
Onder organisatorische klachten vallen ook klachten rond verlies van persoonlijke bezittingen van de patiënt : tablet, smartphone, 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.
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 zorgverstrekker of medewerker.

Bemiddelingsboek - 1734

BEMERKINGEN, SUGGESTIES EN AANBEVELINGEN NAAR HET BELEID

Leren uit klachten

-Kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg staat in het UZ Gent voorop. Toch kan het gebeuren dat patiënten niet tevreden zijn. Vanuit het klachtenmanagement wordt aan de aanmelders gevraagd om de klacht eerst te bespreken met de zorgverleners (cascade-systeem). 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.

-Een nieuwe **sensibiliseringscampagne over de rol van een spoeddienst** kan een belangrijke meerwaarde betekenen. Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je er 'spoedig' voort geholpen wordt. Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een dringend consult… Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdienst krijgt hierover ook regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. Ze komen vaak met aandoeningen die eigenlijk in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden. Binnen het UZ Gent is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen.

Bemiddelingsboek - 1735

-Maatregelen om **meer patiëntgerichte werktijd** vrij te maken in het belang van zorgverstrekkers en patiënten dringen zich op. Er is nood aan meer informatie en nood aan tijd om te communiceren. Een overgroot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen. Patiëntenrechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt langs verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings- en verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om deze beslissingen wel overwogen te kunnen maken. Zorgverstrekkers botsen van hun kant op het feit dat zij bij veel-vragers onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan. Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail. Verpleegkundigen, steeds met minder hetzelfde werk doen, lopen tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten. Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net deze mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De core van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk en veroorzaakt spanning en stress. Langs beide kanten van het verhaal zitten mensen die de situatie anders zouden willen zien en die vragen om meer tijd om samen gefundeerde keuzes te kunnen maken.

-Nood aan **maatregelen inzake het ziekenvervoer**.

Dringend ziekenvervoer tussen ziekenhuizen valt tussen de regelingen van diverse instanties, zodoende wordt de patiënt geconfronteerd met vaak dure rekeningen. De uitbreiding van de netwerking van de ziekenhuizen zal dit probleem nog verder doen toenemen. Het dringend ziekenvervoer vanuit het ziekenhuis blijft een groot probleem. Mutas (een intermutualistisch project waarmee diverse ziekenfondsen samenwerken – voor 8.800.000 leden) – organiseert geen dringend vervoer o.a. met monitoring, zuurstof en/of onder begeleiding van een verpleegkundige of arts en verwijst voor dergelijk vervoer naar de dienst 100.
De dienst 100 weigert meestal dergelijk transport, zij zien dit niet als dringend gezien de patiënt zich reeds binnen de ziekenhuismuren bevindt. Achterliggende regelgeving gebiedt hen ook de patiënt naar een dichtstbijzijnd behandelcentrum voor de betrokken pathologie te brengen dit vormt vaak niet het centrum dat tegemoet komt aan de keuze van de patiënt. Tevens zijn de middelen ook hier beperkt waardoor de dienst 100 de interventiezone niet kan verlaten. Met als gevolg dat patiënt zal terugvallen op een ambulancedienst waarvoor zijn ziekenfonds vaak geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt een dure rekening ontvangt waar het ziekenfonds en vaak ook de achterliggende hospitalisatieverzekeringen niet (of erg beperkt) in tussenkomen.

Bemiddelingsboek - 1736

Niet-dringend ziekenvervoer waarbij de patiënt zuurstof, infuus, sondevoeding (+ andere verpleegkundige B1 handelingen) toegediend krijgt onder andere bij ontslag uit het ziekenhuis, transport naar het ziekenhuis of interhospitaal transport kan niet via Mutas worden geregeld. Patiënt zal hierdoor terugvallen op ambulancediensten waarvoor zijn ziekenfonds geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt met duurdere rekeningen geconfronteerd wordt.

-Patiënten zijn in belangrijke mate niet of onvoldoende tevreden over de verbale en non-verbale **communicatie** van de zorgverstrekker. 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 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. 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.

-**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 kamer- en ereloonsupplementen in 1PK.

-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.

Bemiddelingsboek - 1737

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, denkpistes, 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 een 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 minderjarige.

-**Patiëntcontact met (hoofd)verpleegkundige faciliteren en optimaliseren** kan preventief (communicatie)problemen oplossen. Voldoende informeren van patiënt en familie door (hoofd)verpleegkundigen.

Christophe Demeestere Ombudsman 01/02/2019.

Bemiddelingsboek - 1738

Kei
revalidatie aan zee

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2018

Koningin Elisabeth Instituut

Bemiddelingsboek - 1739

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

Registratieperiode	01/01/2018 – 31/12/2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Koningin Elisabeth Instituu-t
Adres	Dewittelaan 1 8670 Oostduinkerke
Gewest	Vlaamse Gewest
Erkenningsnummer	676
Type (AZ, UZ, PZ,…)	Categoraal Ziekenhuis
Aantal bedden	165 bedden
Aantal campussen	1 campus
Naam ombudsperso(o)n(en)	Lieselot Vanbelle Margot De Feu
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/05/2018 17/10/2016
Bestaffing	Tijdens weekdagen is steeds een van de twee ombudsvrouwen beschikbaar. Reële tijdsbesteding: 4/38 = 0,11 FTE
Lokalisatie dienst	2e verdieping, lokaal 2K
Registratiesysteem	/
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Het huishoudelijk reglement werd op 06/07/2018 aangepast, wegens wijziging van de ombudspersoon. De gewijzigde versie werd op 22/09/2018 voorgelegd aan de Raad van Bestuur. De vernieuwde versie van het reglement trad in werking op 22 september 2018. Het huishoudelijk reglement kan terug gevonden worden op het intranet (Infoland), aan de receptie of op de website van KEI.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	/
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	/

Werkingsterrein 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;…*	De ombudsdienst staat open voor alle meldingen en/of vragen naar informatie van patiënten, dus niet louter meldingen m.b.t. de rechten van de patiënt.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Bij opname krijgt iedere patiënt de intern opgestelde patiëntenbrochure met informatie inzake de ombudsdienst. Deze brochure wordt ook beschikbaar gesteld aan het onthaal van het ziekenhuis. Nieuwe personeelsleden krijgen bij het onthaal de brochure inzake patiëntenrechten, opgesteld door de federale overheid. Meldingen bereiken de ombudsdienst, door de brede bekendmaking, op verschillende manieren. Zo vinden patiënten of familie meestal zelf de weg tot de ombudsdienst. Wanneer de patiënt een klacht naar een personeelslid uit, kan het ook dat dit personeelslid de ombudsdienst inschakelt. Wanneer een melding bij de ombudsdienst binnenkomt, zal de ombudsvrouw een ontmoeting regelen met de melder. Tijdens dit gesprek wordt enerzijds geluisterd naar het eventuele probleem, anderzijds worden ook de verwachtingen van de patiënt bevraagd. Afhankelijk van de verwachtingen 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 bijkomende stappen ondernomen worden. Het traject hangt dus heel erg af van de melding en de verwachtingen van de patiënt. De gemiddelde doorlooptijd van de afhandeling van meldingen aan de ombudsdienst is 8,6 dagen. Alle meldingen werden intern opgelost. Er was geen doorverwijzing naar externe diensten vereist.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
Door de combinatie van taken (psychologisch consulent en beleidscoördinator infectiepreventie en data) worden de administratieve taken van de ombudsdienst, zoals de registratie van de klachten en het jaarverslag zo efficiënt mogelijk uitgevoerd. Er wordt geprobeerd om steeds deel te nemen aan het provinciaal overleg van VVOVAZ. Dit om op de hoogte te blijven van de lopende zaken binnen de ombudsdiensten. Hiernaast kan via dit overleg ook een netwerk worden uitgebouwd, 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 (psychologisch consulent en beleidscoördinator infectiepreventie en data) is het niet steeds gemakkelijk om van "petje" te veranderen. Daarom werd in 2018 beslist om Lieselot Vanbelle als eerste aanspreekpersoon binnen de ombudsdienst te laten fungeren. Meldingen van patiënten waarmee Lieselot een therapeutische relatie heeft, worden door Margot afgehandeld. Omgekeerd worden meldingen die betrekking hebben op het activiteitsdomein van Margot door Lieselot afgehandeld. Het uitwerken van verbeteracties gebeurt steeds door Lieselot en Margot samen. Zo nodig, wordt de melding meegenomen naar andere overlegorganen om tot de meest geschikte verbeteractie te komen.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;…)
Het is niet altijd eenvoudig om medewerkers te overtuigen van het positieve aspect (lees: de kans tot verbetering) van een melding bij de ombudsdienst. Een melding wordt nog te vaak als een aanval gezien. Dat er juist heel veel uit een melding geleerd kan worden, proberen de ombudsvrouwen de medewerkers bij te brengen door het geven van opleidingen, regelmatig in overleg te gaan met medewerkers en diensthoofden en door andere sensibiliseringsacties. Dit maakt dat medewerkers in KEI meestal wel constructief meedenken aan het vinden van een goede oplossing voor de patiënt. Patiënten en familie van patiënten stellen steeds meer eisen in de verpleegafdelingen. Voor sommige medewerkers is het moeilijk om hiermee om te gaan. In 2019 zal verder worden ingezet op sensibilisering en opleiding geven. Hiernaast zullen de rechten en plichten van patiënten worden gebundeld in een informatiedocument, zodat de verwachtingen van elkeen t.o.v. elkaar duidelijk zijn.

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	14
Aantal infodossiers	/
Aantal pro actieve dossiers	11

Aantal opvragingen patiëntendossier	/
Aantal 'andere'	3 verzekeringsaangelegenheden (verlies van persoonlijk gerief)
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 zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, …) ✓ De klachtenregistratie zou aangepast en geüniformiseerd moeten worden. De registratie weerspiegelt de impact, ernst of gevolgen van een klacht immers niet. ✓ In KEI zullen meldingen vanaf 2019 op het intranet (Infoland) geregistreerd worden.	

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	7
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)**	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)	1
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

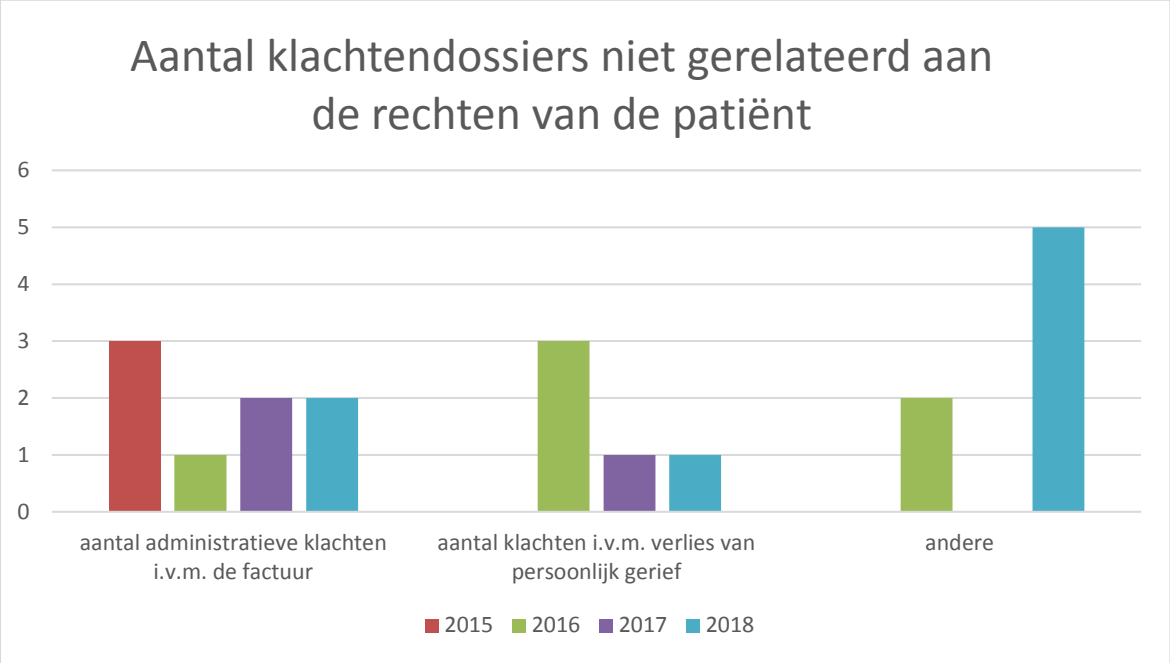
Rechten van de patiënt:

**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)).*

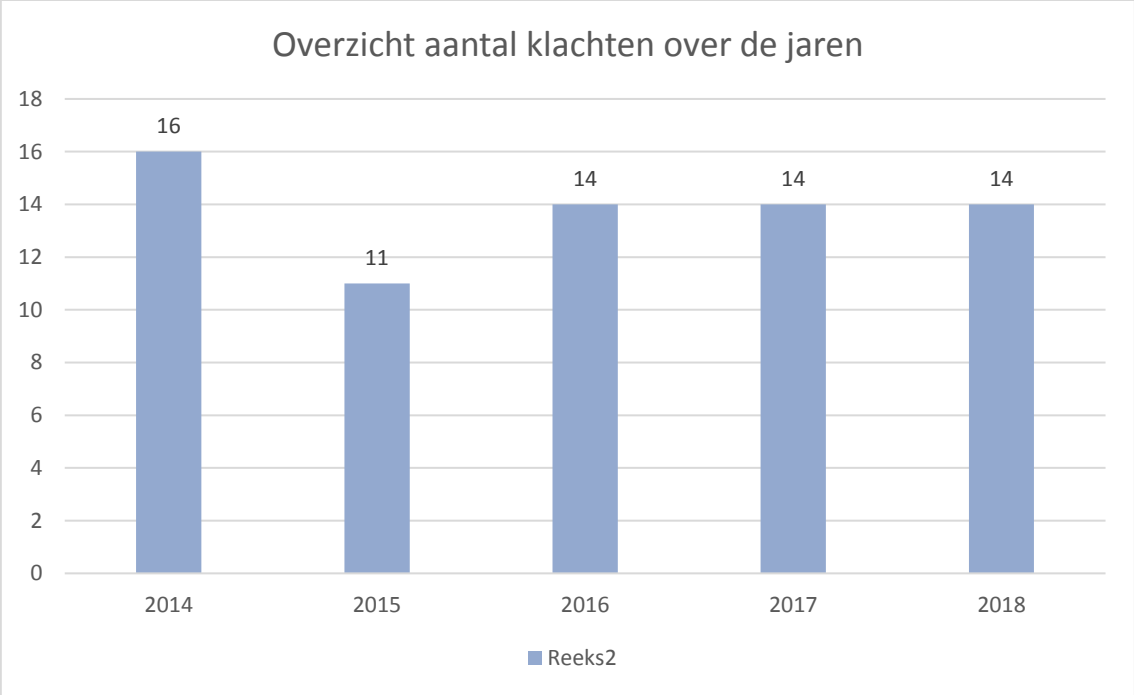
***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar* → *dit omvat:*

- *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.*

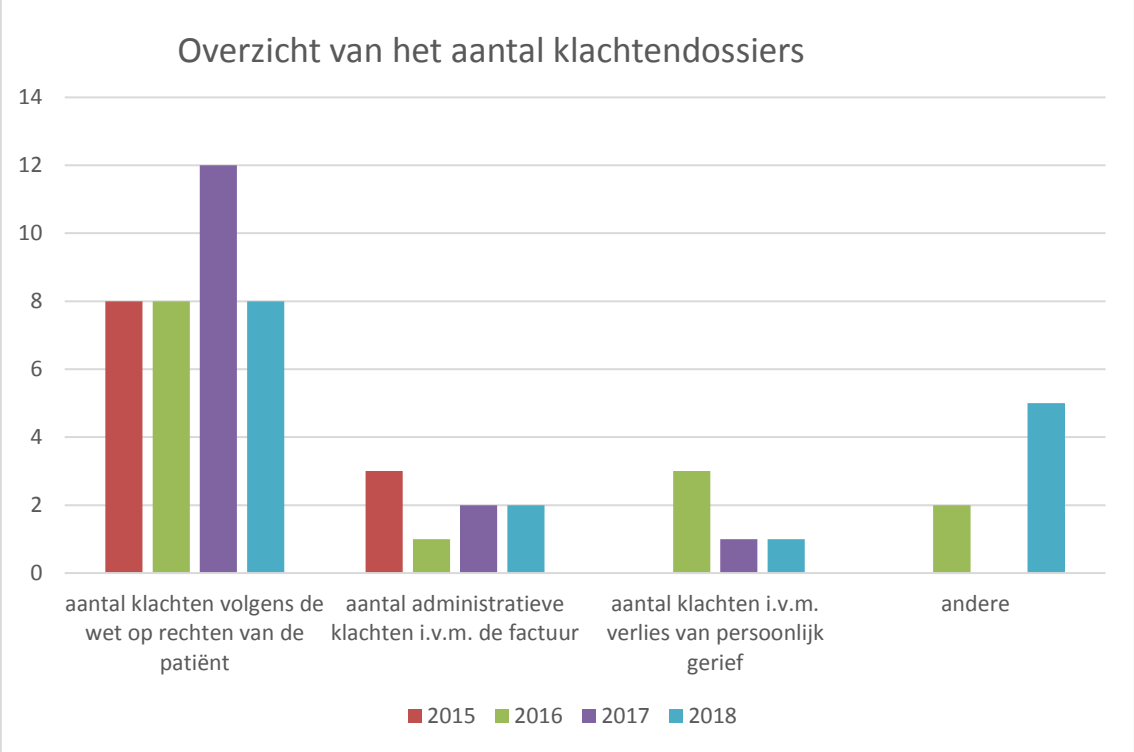
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	3

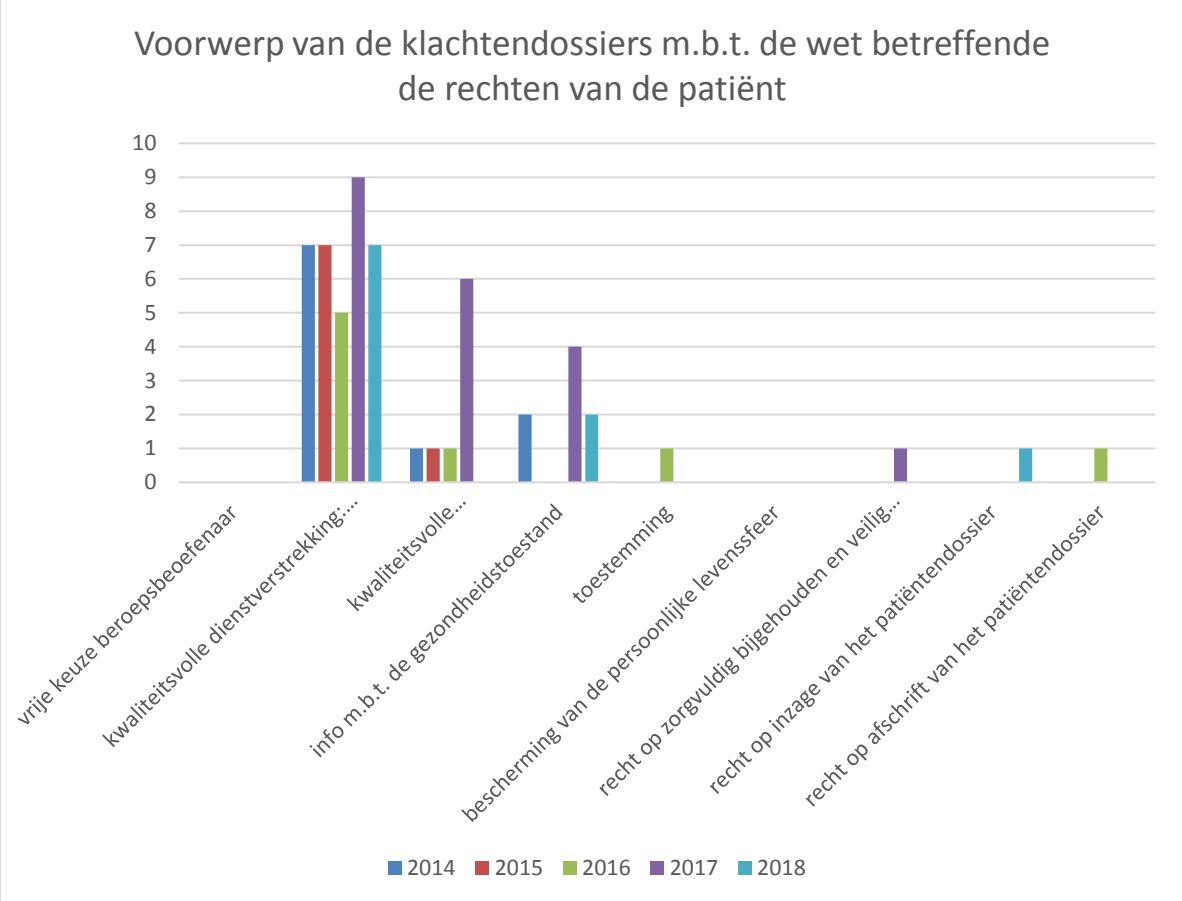


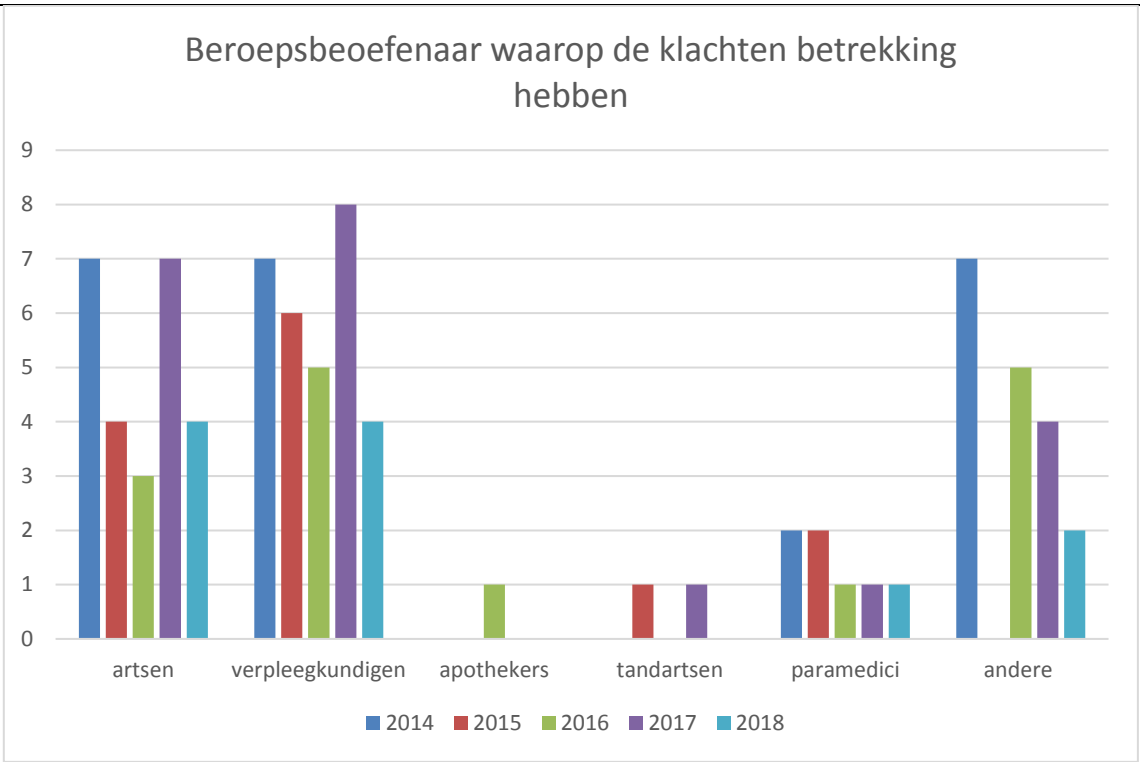
Tabellen/grafieken; klachtenratio:

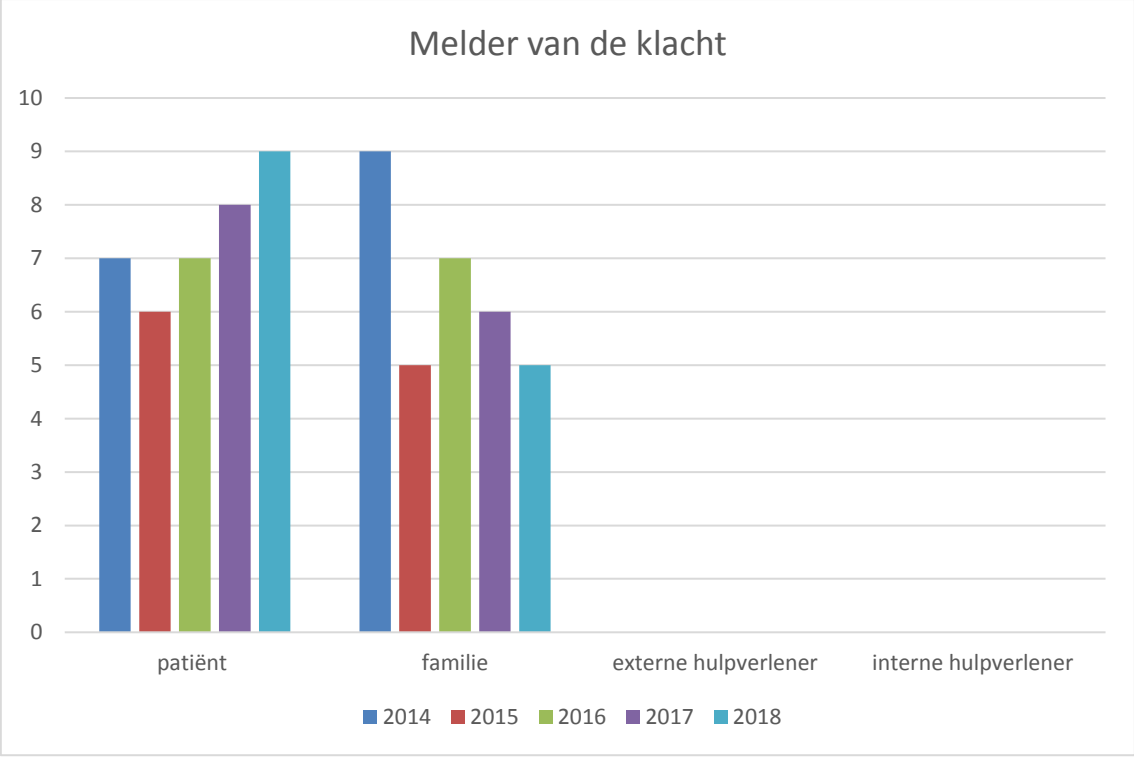


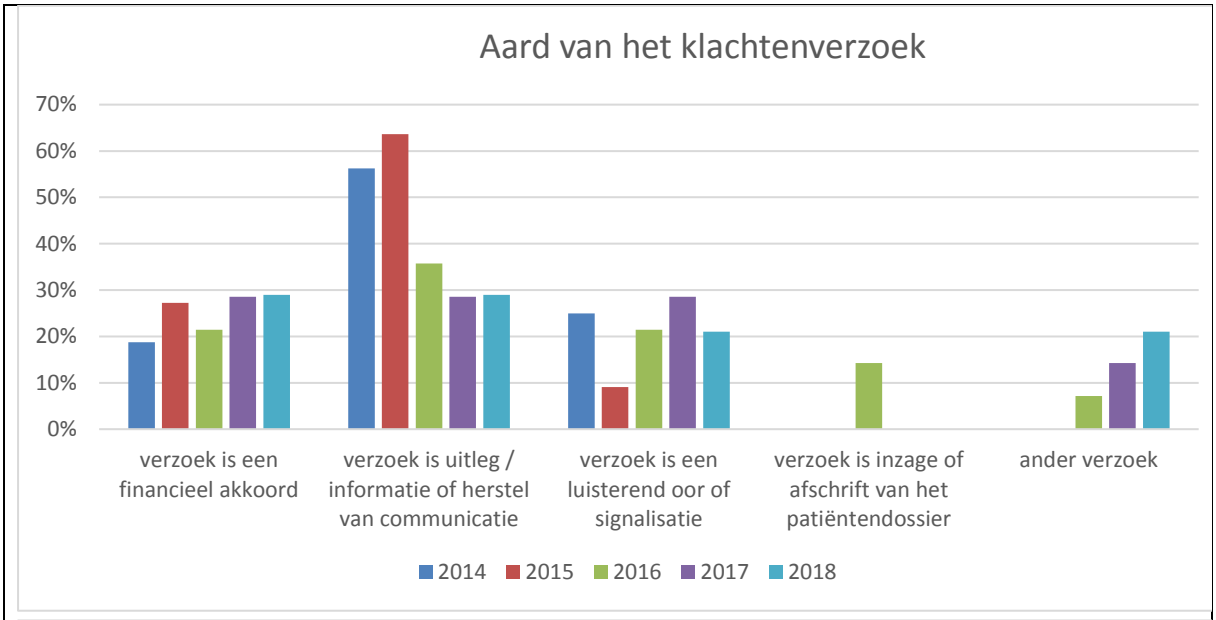
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;…)

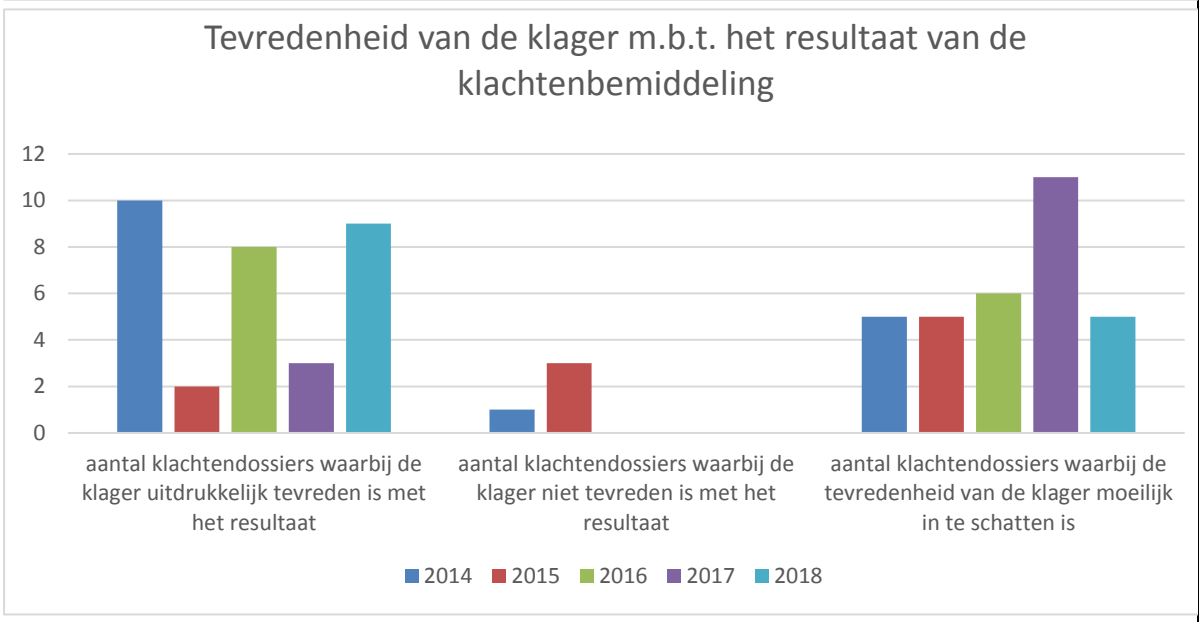


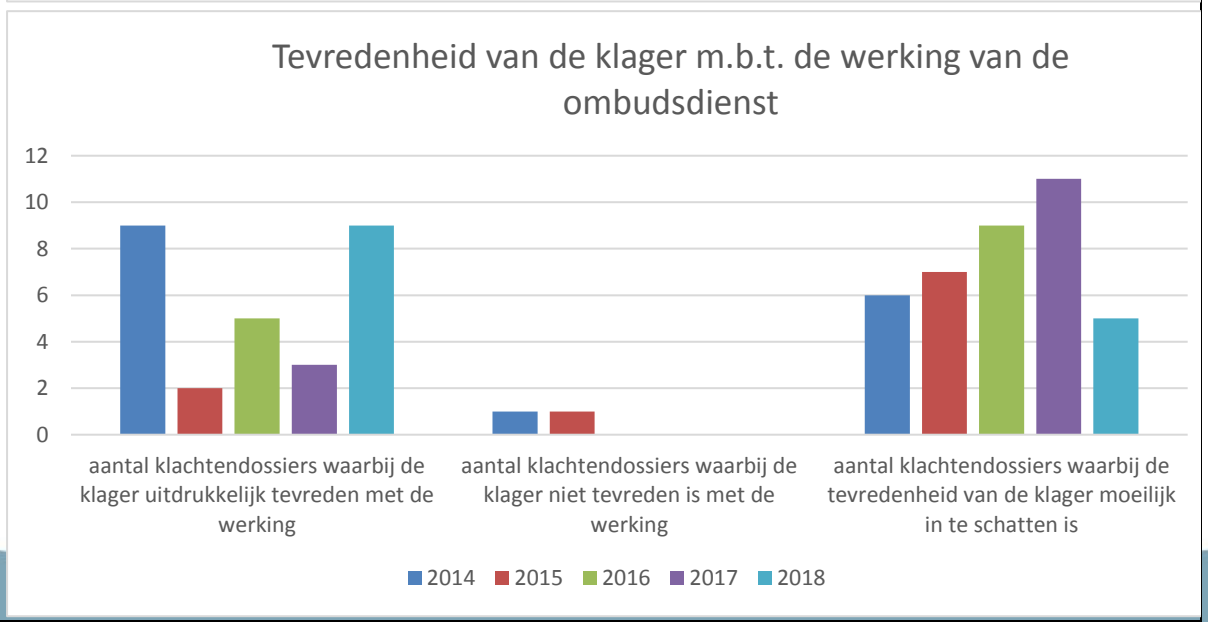



Beroepsbeoefenaar waarop de klachten betrekking hebben
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
artsen
verpleegkundigen
apothekers
tandartsen
paramedici
andere
2014
2015
2016
2017
2018


Melder van de klacht
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
patiënt
familie
externe hulpverlener
interne hulpverlener
2014
2015
2016
2017
2018


Aard van het klachtenverzoek
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
verzoek is een financieel akkoord
verzoek is uitleg / informatie of herstel van communicatie
verzoek is een luisterend oor of signalisatie
verzoek is inzage of afschrift van het patiëntendossier
ander verzoek
2014
2015
2016
2017
2018


Tevredenheid van de klager m.b.t. het resultaat van de klachtenbemiddeling
12
10
8
6
4
2
0
aantal klachtendossiers waarbij de klager uitdrukkelijk tevreden is met het resultaat
aantal klachtendossiers waarbij de klager niet tevreden is met het resultaat
aantal klachtendossiers waarbij de tevredenheid van de klager moeilijk in te schatten is
2014
2015
2016
2017
2018


Tevredenheid van de klager m.b.t. de werking van de ombudsdienst
12
10
8
6
4
2
0
aantal klachtendossiers waarbij de klager uitdrukkelijk tevreden met de werking
aantal klachtendossiers waarbij de klager niet tevreden is met de werking
aantal klachtendossiers waarbij de tevredenheid van de klager moeilijk in te schatten is
2014
2015
2016
2017
2018

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 meldingen werd door de leidinggevende aandacht gevraagd aan zijn/haar volledige team. ✓ Ten gevolge van de verbouwingen waren er dit jaar meer meldingen rond de hotelfaciliteiten. Deze meldingen werden meegenomen naar het bouwcomité. ✓ Bij de meeste klachten volstaat het om te luisteren naar de patiënt en een gesprek met hem/haar en de betrokken personen aan te gaan. ✓ In de komende vier jaar zal in KEI de reeds bestaande kwaliteitscultuur verder uitgediept worden. Volgende doelstellingen zullen hierbij centraal gesteld worden: - KEI zorgt voor continue en dynamische verbetering van kwaliteit van zorgverlening op basis van indicatorenmetingen - Er heerst een kwaliteitscultuur in KEI die actief gedragen wordt door alle medewerkers - KEI zorgt voor voortdurend verbeteren en borgen van patiëntveiligheid door het uitbouwen van een goed werkend veiligheidsmanagementsysteem ✓ Het project "productive ward" loopt in KEI. Hierbij wordt op verschillende vlakken gewerkt aan de implementatie van het kwaliteitsbeleid met het oog op een maximale patiëntentevredenheid. ✓ Met de ontwikkeling van zorgprofielen wil men de patiënt meer betrekken binnen zijn revalidatieplan en –doelstellingen. ✓ Zorgverleners worden gesensibiliseerd m.b.t. verschillende zaken: o Opleiding rechten van patiënt – zal via e-learning aangeboden worden o Opleiding verpleegdossier – met nadruk op het belang van een correct ingevuld patiëntendossier o Sensibilisering rond het correct gebruik van EMB: medicatie pas afklikken nadat het werd toegediend o Dossiercontrole: opmaak checklist dossiercontrole in 2019
Bijkomende informatie/opmerkingen: (*vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?*):
Het is niet steeds eenvoudig om vanuit de ombudsdienst aanbevelingen te formuleren. Daarom worden meldingen vaak meegenomen naar verschillende soorten vergaderingen, zoals bijvoorbeeld comités, waar met de experten terzake naar de meest geschikte oplossing gezocht kan worden. Wanneer een melding meegenomen wordt naar een vergadering, wordt deze eerst geanonimiseerd en dan besproken met de experten die binnen het overleg zetelen. Door de meldingen mee te nemen naar deze vergaderingen kan er meteen gezocht worden naar een oplossing die door meerdere personen gedragen wordt. Dit vereenvoudigt de implementatie van de eventuele aanbeveling. Het is de bedoeling dat de opvolging van de aanbeveling dan gebeurt door de geraadpleegde experten, in overleg met de ombudsdienst.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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	2
Naam ombudsperso(o)n(en)	Patrick Claes
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1 maart 2015
Bestaffing	20% werkzaam als ombudsdienst, 60 % andere administratieve functie

Lokalisatie dienst	Geen vaste bureau, na afspraak wordt er een vrijstaande lokaal vastgelegd
Registratiesysteem	VVOVAZ
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	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 2 daagse opleiding VVOVAZ oktober te Antwerpen
Werkingsterrein 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;…*	Klachtenbemiddeling al dan niet in kader van patientenrechten; 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
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
De klacht wordt gezien als een kans zowel voor de patiënt , zorgverlener, organisatie
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
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.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;…)
Klachten worden 3 maandelijks besproken met hoofdgeneesheer en directeur patiëntenzorg. Hieruit kunnen verbeteracties uitvloeien .

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	37
Aantal infodossiers	0
Aantal pro actieve dossiers	0
Aantal opvragingen patiëntendossier	10
Aantal ‘andere’	19

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)*	13
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)**	6
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)	
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	16
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	2

Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	19
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;…)	
Dit jaar valt het op dat er problemen zijn rond de communicatie bij het mededelen van ontslagdatum op afdeling 4 & 5 Dit jaar ook nog vele personen die mij opgezocht hebben i.v.m. cognitief gestoorde (mede)patiënten	

Aanbevelingen
✓ Oppuntstelling Informed Consent (ook financiële info), ook voor patiënten in Koninklijke Villa & patiënten die van intern naar extern komen ✓ Financiële info / verzekeringen enkel laten gebeuren door de PID, niet door verpleging ✓ Opstellen procedure rond regeling extern ziekenvervoer ✓ Duidelijke info rond doorgeven van ontslagdatum ✓ Duidelijke info in kader van opnamemogelijkheden in de KV : vrijstaande kamers <-> zorgzwaarte ✓ Aanpassing procedure medicatie bij ontslag ✓ Aankoop nieuwe laarzen voor lymfedrainage ✓ Belang van een goede ontvangst op de dag van opname onderstrepen; verloopt soms chaotisch ✓ Luisteren naar de patiënt : individueel traject <-> fabriekswerk ✓ Duidelijke info kunnen bezorgen aan de patiënt wie de vervangende therapeut is ✓ Oppuntstelling opnameverklaring KV

✓ Nakijken van spreiding therapie uren zodat er minder piekmomenten zijn en minder opeisen van tafels/toestellen door bepaalde therapeuten ✓ Regelmatig nazicht van de toestellen in de therapiezalen
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 2018

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

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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	Infoland
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Laatste update 18/10/2016 Intranet
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basis –en vervolgopleiding bemiddeling georganiseerd door VVOVAZ
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	
Werkingsterrein 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;…*	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?
In heel de organisatie wordt iedereen verwacht constructief met klachten te kunnen omgaan. Ombudsdienst wordt gezien als tweedelijnshulp.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Meerzijdige partijdigheid De verantwoordelijkheid voor het zoeken van een oplossing bij de partijen leggen
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	245
Aantal infodossiers	138
Aantal pro actieve dossiers	22
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)*	93
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	32
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)	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

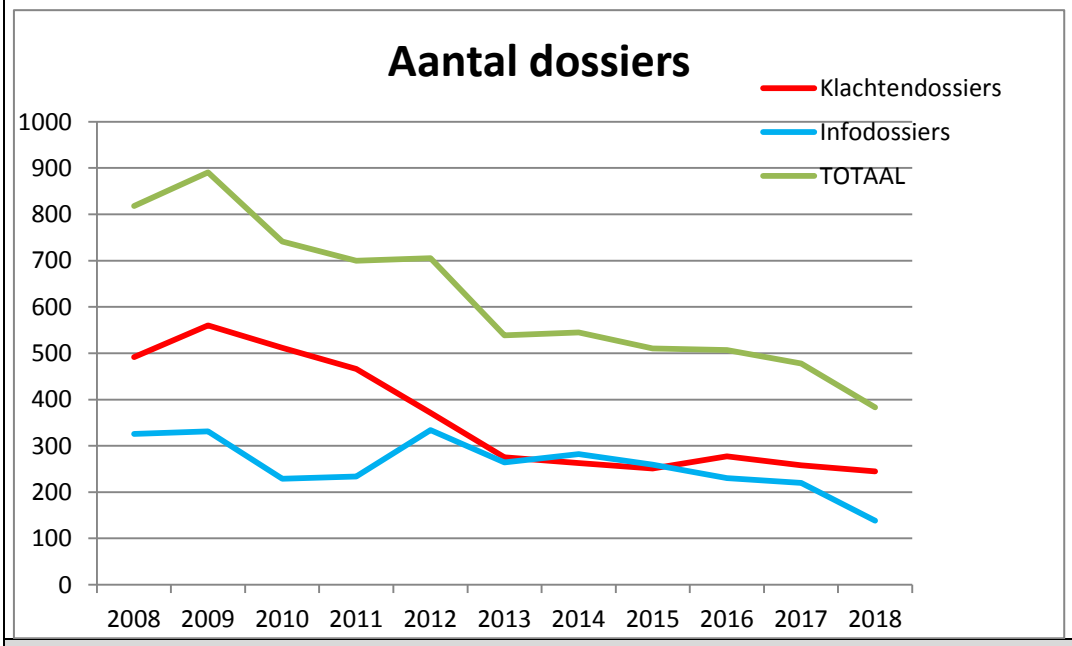
Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

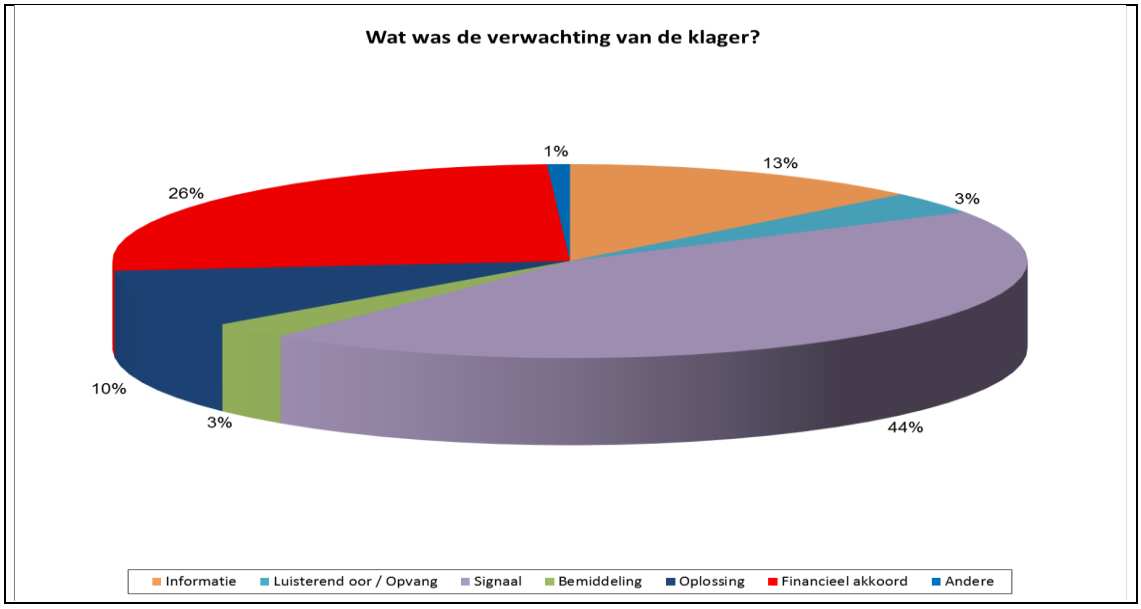
***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → dit omvat:*

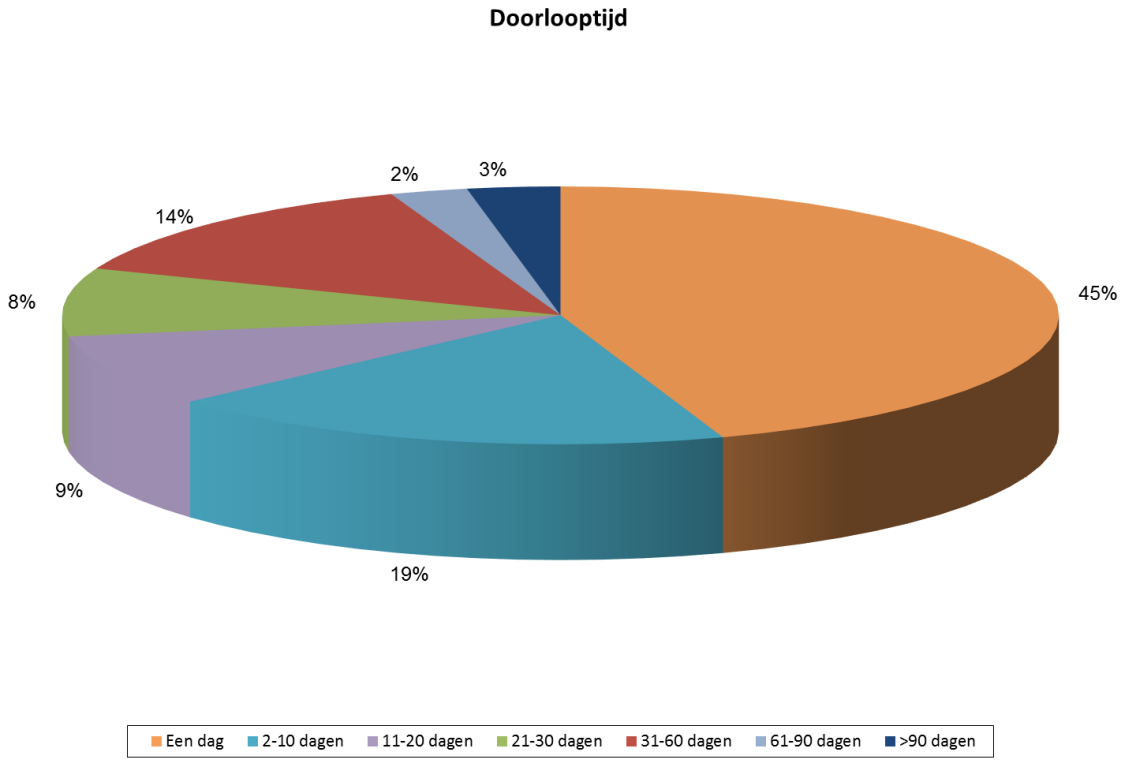
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de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

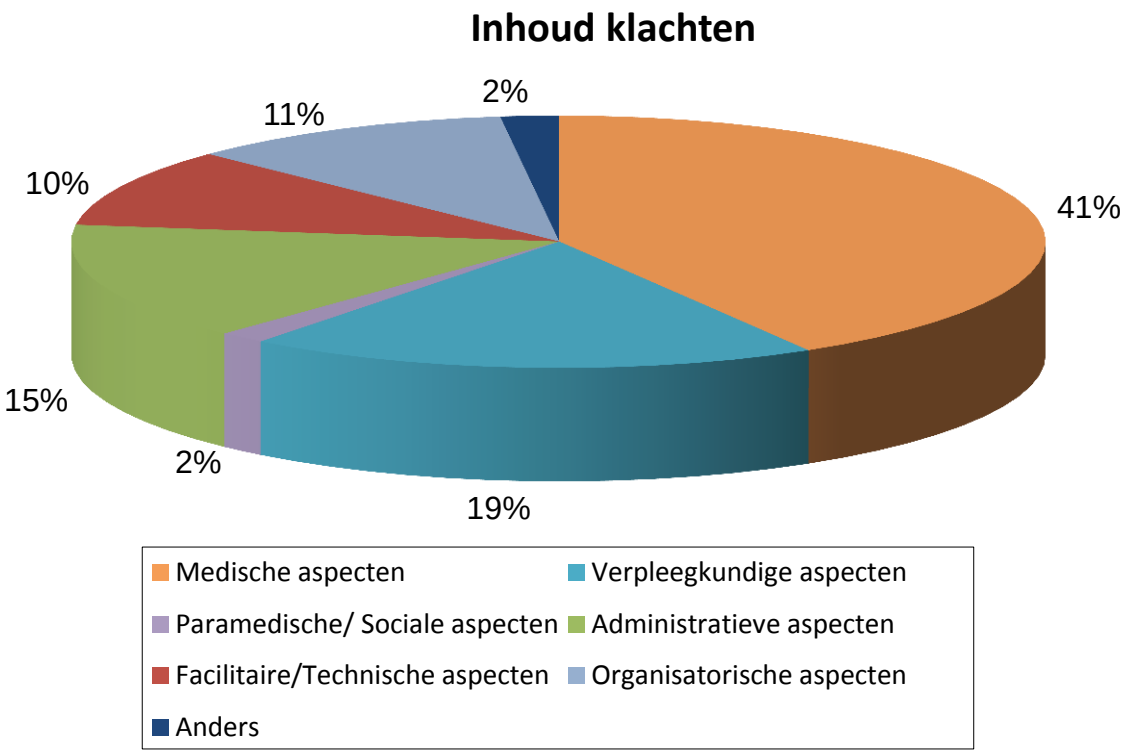
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	136
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	



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


Wat was de verwachting van de klager?
1%
13%
3%
26%
10%
3%
44%
Informatie
Luisterend oor / Opvang
Signaal
Bemiddeling
Oplossing
Financieel akkoord
Andere


Doorlooptijd
2%
3%
14%
8%
45%
9%
19%
Een dag
2-10 dagen
11-20 dagen
21-30 dagen
31-60 dagen
61-90 dagen
>90 dagen


Inhoud klachten
2%
11%
10%
41%
15%
2%
19%
Medische aspecten
Verpleegkundige aspecten
Paramedische/ Sociale aspecten
Administratieve aspecten
Facilitaire/Technische aspecten
Organisatorische aspecten
Anders

Aanbevelingen
✓ Respectvol omgaan met elkaar in de zorgrelatie ✓ Verduidelijking van de rol en functie van de spoeddienst. ✓ Werken aan patiëntenparticipatie en dit bewust inbouwen in het tijdsbestek van het zorgproces ✓ ✓
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 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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 *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	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	Tweedaagse van de VVOVAZ, in oktober 2018. Er werd vooral ingegaan op conflicthantering en de kracht van non-verbale communicatie. Deelname aan dergelijke vorming is ook belangrijk om een netwerk verder uit te bouwen, zodat bij complexe dossiers advies kan gevraagd worden aan collega-ombudsfunctionarissen van andere voorzieningen.
Werkingsterrein van de ombudsdienst	- voorkomen van ontevredenheid door bevorderen van communicatie - optreden als bemiddelaar - inlichten over mogelijkheden voor verdere afhandeling van klachten - info over ombudsfunctie - formuleren van aanbevelingen De ombudsdienst staat open voor alle klachten van patiënten, dus niet louter voor klachten mbt rechten vd patiënt.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	- vooraleer een klacht wordt ingediend wordt pt aangespoord om probleem met zorgverlener te bespreken - ontvangstbevestiging - opening dossier en registratie - bemiddeling/ pendeldiplomatie/ bespreken met verantwoordelijke… Het traject hangt dus heel erg af van het soort klacht en de verwachting van de patiënt - 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. Het is opvallend dat het aantal klachten die niets te maken hebben met de patiëntenrechten groter is dan het aantal klachten m.b.t. de rechten van de patiënt. In het NMSC worden alle klachten behandeld die gemeld worden. De rol van de ombudsdienst is bijgevolg, net zoals in de meeste andere ziekenhuizen, groter dan deze die haar initieel door de wet toebedeeld was.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Viermaandelijks bespreekt de ombudsvrouw alle geanonimiseerde 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;…)
Communicatie blijft de hoeksteen van de interventie van ombudsfunctionarissen in ziekenhuizen. Ook in het NMSC focussen we op communicatie en overleg tussen patiënten en zorgverleners. De ombudsvrouw is daarom lid van de dialoogwerkgroep. Dit is een tweewekelijks overlegforum waar patiënten terecht kunnen met hun vragen, ideeën en voorstellen over de dagelijkse werking van het NMSC. Op die manier betrekken we patiënten actief bij de werking van het NMSC om, in samenwerking met het management, tot verbetervoorstellen te komen.

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	82
Aantal infodossiers	19

Aantal pro actieve dossiers	2
Aantal opvragingen patiëntendossier	Enkel de '**klachten'** mbt dit pt.recht worden opgevolgd door de ombudsdienst. Aantal klachten hierover in 2018: 1
Aantal 'andere'	5 expliciete uitingen in 2018 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.

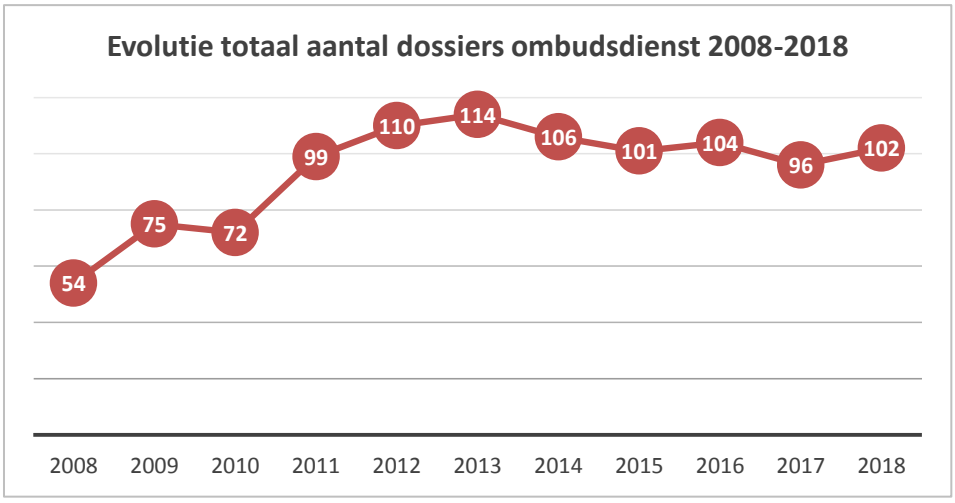
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	25
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	2
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	0
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1

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

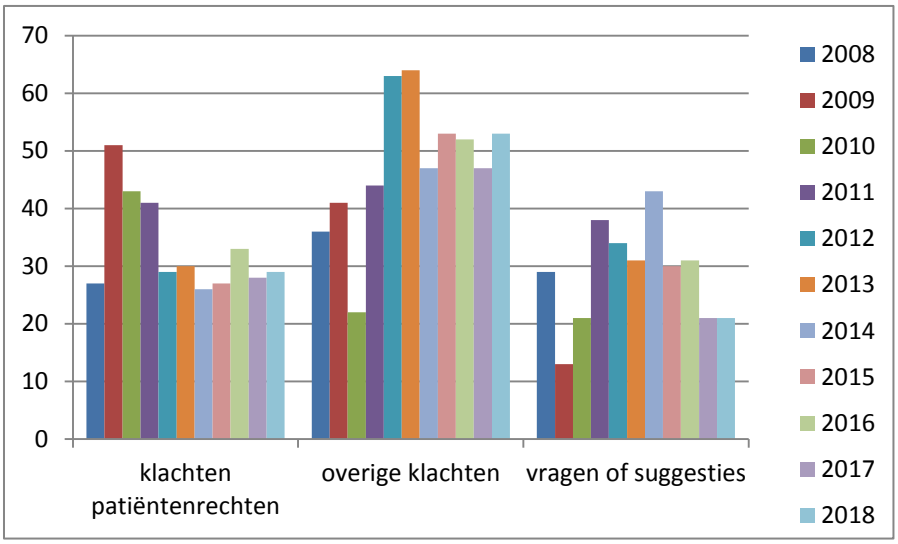
Rechten van de patiënt:
**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*
***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	53
Tabellen/grafieken	



Spreiding volgens type melding



Herkomst klachtmeldingen 2018	Absolute aantallen	Percentage
Hospitalisatie	66	81%
Ambulante revalidatie	11	13%
Consultatie	5	6%

Bijkomende informatie/opmerkingen

Doorlooptijd klachtenbehandeling	Absolute aantallen	Cumulatief percentage
1 dag	60	73% opgelost op dag 1
2 à 10 (kalender)dagen	13	89% opgelost binnen 10 dagen
11 à 30 (kalender)dagen	8	99% opgelost binnen 30 dagen
> 30 (kalender)dagen	1	100% afgesloten dossiers in 2018
(nog) niet opgelost	0	0%

Overzicht klachten ngl. geboden oplossing	Absolute aantallen	Percentage
Pt. tevreden over oplossing	74	90%
Pt. niet tevreden over oplossing	8	10%
(nog) geen oplossing	0	0%

- ✓ Naast het aantal klachten zijn vooral het aantal **'verzoeningsresultaten'** belangrijk. Uit de jaargegevens van 2018 blijkt dat bij 90% van de meldingen bij de ombudsdienst de patiënt tevreden was over de geleverde inspanningen of over de aangeboden oplossing. Dit toont aan dat bemiddeling werkt.

Aanbevelingen
✓ De gemelde problemen mbt kwaliteitsvolle dienstverlening waren in 2018 divers en hadden vaak rechtstreeks of onrechtstreeks te maken met (een gebrek aan) correcte informatie en communicatie → daarom gaan we verder inzetten op informatie en educatie naar patiënten toe. ✓ De meerderheid van klachten hield geen verband met de wet op de patiëntenrechten. Veel klachten hebben betrekking op de maaltijden: de kwaliteit, de bereiding en de presentatie van de maaltijden → Het maaltijdgebeuren wordt door onze patiëntenpopulatie als zeer belangrijk ervaren – misschien meer nog dan in algemene ziekenhuizen t.g.v. de langere ligduur en door het chronische karakter van het ziektebeeld. Andere meldingen betroffen technische defecten → voornaamste oorzaak: verouderde infrastructuur → er is een 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 ombudsdienst AZ Klina
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Cijfermatig overzicht van de meldingen	
Opmerkingen: ✓ 1 melding kan meerdere klachten/opmerkingen 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	417 (221 WPR, 196 overige klachten)
Aantal infodossiers	123
Aantal proactieve dossiers	47
Aantal opvragingen patiëntendossier	114
Aantal 'andere'	/

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	221

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 weer van de ombudsdienst die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, …)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	202
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	3
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	4
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)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	3
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	4
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	/
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

Bemiddelingsboek - 1772

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 klachtendossier niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	196

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;…)
Totaal aantal meldingen: 701 (ten opzichte van 2017 een stijging van ca. 20%) - 417 klachtendossiers - 123 vragen naar informatie - 47 proactieve meldingen (meldingen van zorgverleners en medewerkers over incidenten/problemen met patiënten) - 114 verzoeken om afschrift of inzage dossier **Doorlooptijden:** - Klachten: ca. 60% afgehandeld binnen de tien dagen, 90% binnen de maand - Overige meldingen: ca. 80% afgehandeld binnen de tien dagen, overige binnen de maand.

Verwachtingen van de patiënt
Waarom klopt de patiënt bij de ombudsdienst aan om zijn ongenoegen te uiten? - In meer dan een kwart van de gevallen willen patiënten een signaal geven. Ze hebben iets meegemaakt en willen niet dat dit anderen ook overkomt. Voor hen volstaat het als de ombudsdienst de boodschap doorgeeft aan de organisatie of de betrokken zorgverlener.

- Ongeveer evenveel mensen wenden zich tot de ombudsdienst om een financieel akkoord in de vorm van een correctie van de factuur of een schadeclaim te verkrijgen.
- Een op vijf mensen is op zoek naar een oplossing (kamer naar keuze, documenten, een nieuwe afspraak, parkeerruimte, een afbetalingsplan, andere arts enz.)
- Ongeveer tien procent wil meer informatie over een diagnose en behandeling, het opname- en ontslagbeleid, facturatie en dergelijke meer.
- Vijf procent van de mensen zoekt een luisterend oor. Zij zijn tevreden met de mogelijkheid hun verhaal te mogen vertellen.
- Vijf procent biedt zich aan met de specifieke vraag te bemiddelen in een conflict.

Verzoeningsresultaten

Een verzoeningsresultaat is een betekenisvolle stap die een patiënt, zorgverlener of instelling heeft gezet dankzij de tussenkomst van de ombudspersoon.*

In ca. twee derde van de klachten is een verzoeningsresultaat bereikt in de vorm van een bemiddelingsgesprek, een financieel akkoord, een oplossing,

*Aangezien de vraag van de Vlaamse ombudsman pas laat is gecommuniceerd is dit slechts een indicatie. Het registratieformulier is inmiddels aangepast en sinds 1 januari 2019 maakt de ombudsdienst deze afweging bij elke klacht.

Aanbevelingen

1. **Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg**

   Conform de Wet op de rechten van de patiënt heeft elke patiënt recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening met respect voor de menselijke waardigheid.

   Geregeld krijgt de ombudsdienst echter het signaal van zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van patiënt of familie ervaren (verwijten, patiënten eisen een bepaalde behandeling of een specifiek onderzoek, voorschriften, attesten). Vaak leidt een afwijzing tot boze of zelfs agressieve reacties. De vraag van artsen en zorgverleners waar zij eventueel een klacht kunnen indienen tegen een patiënt luidt steeds vaker.

   Dit draagt niet bij tot een constructieve sfeer en zorgt voor een emotionele belasting bij alle partijen. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient de nodige aandacht. Patiënten hebben niet alleen rechten, maar ook plichten.

2. **Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst**

Patiënten hebben vaak verwachtingen die de spoeddienst niet kan inlossen. Zij willen via spoed een opname forceren of sneller bepaalde onderzoeken verkrijgen. Ze hopen op een uitgebreid onderzoek en perfecte diagnosestelling. Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De klachten betreffen wachttijden, teleurstelling bij doorverwijzing voor verdere opvolging en/of behandeling via de gewone consultaties, boosheid over 'gemiste' diagnoses.

Een campagne rond dit thema zou duidelijkheid kunnen brengen en een groot aantal klachten en frustraties kunnen voorkomen.

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

De bovenstaande aanbevelingen zijn gericht aan de overheid. Specifieke aanbevelingen voor AZ Klina worden verwerkt in een intern jaarverslag.

Bemiddelingsboek - 1775

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

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

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018l

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Diest
Adres	Statiestraat 65, 3290 Diest
Gewest	Vlaams Brabant
Erkenningsnummer	710712
Type	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	214
Aantal campussen	*Campus Hasseltsestraat 29,3290 Diest *Campus Statiestraat 65,3290 Diest
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 Op verzoek ook ruimte in Campus Hasseltsestraat
Registratiesysteem	FileMaker Pro, registratiesysteem VVOVAZ
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum ; waar te raadplegen)*	Beschikbaar sinds 2011, op internet, op de afdelingen, bij de onthaaldienst en de ombudsdienst http://www.azdiest.be/upload/Documents/Brochures%20Algemeen/BrochureOmbudsdienst_2013.pdf Ombudsdienst (brochure).pdf
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basistraining en verdiepingstraining Bemiddelaar bij Mediv, VVOVAZ trainingen en regionale ombudsbesprekingen Intervisietrainingen Verbindende communicatie
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Coaching, vorming voor leidinggevenden bij AZ Diest – in juni en dec 2018 Opleiding Privacy - juli 2018 – GDPR Symposium Zorgnet Icuro beroepsgeheim – oktober 2018 Intervisie via regionale ombudsvereninging Spirituele zorg – december 2018
Werkingsterrein van de ombudsdienst *(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb.*	Klachtenbemiddeling vanuit het mandaat KB8/7/2003 maar ruimer, alle ontvankelijke klachten worden behandeld: *ik behandel elke klacht aangaande alle erkende beroepsbeoefenaars en daarnaast alle service gerichte organisatie klachten zoals parking, facilitaire issues, financiële betwistingen (meer en meer behandel ik deze wat betreft de communicatie, info bij admin afdeling,…) *ik leg vooral de nadruk op bemiddeling (pendelinformatie waar nodig) *de info dossiers voor zover deze expliciet bij de ombudspersoon terecht komen. *bij verzoek voor afschrift van dossiers doe ik begeleiding tot bij het

begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;…	secretariaat van de hoofdgeneesheer *ik verwijs door (indien relevant) naar alternatieve pistes *ik behandel geen anonieme klachten (niet ontvankelijk) (geef echter wel aanbevelingen naar organisatie indien deze herhaaldelijk voorkomen) *2x per jaar is er een vorming voor nieuwe medewerkers waarin ik de werking van de ombudsdienst voorstel. Met praktische tips en kapstokken *proactieve meldingen neem ik mee en behandel indien nodig – informerende/educatieve rol *verzekeringsdossiers worden niet door mij beheerd. *financiële issues worden in samenspraak met financiële afdeling verwerkt, communicatie vaak via mij
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	**Na ontvangst van de klacht** (persoonlijk, schriftelijk of telefonisch): **VOORWAARDE: 2-ZIJDIG PARTIJDIG, geen standpunt innemen, beroepsgeheim bewaren.** -ontvangstmelding (indien relevant) -communicatie bevorderen en vertrouwen trachten te herstellen -behandeling: *polsen naar verwachting, vooral polsen naar onderliggende verwachting *bemiddeling indien gewenst *oplossing voorstellen *indien relevant alternatieven buiten ombudsdienst voorstellen (bv ledenverdediging mutualiteit, orde van geneesheren,… *registreren van de klachten *formuleren van aanbevelingen/acties (voor afdeling en/of organisatie) *opstellen van jaarrapport en dit rapport voorstellen (raad van directie, raad van bestuur, verpleegkundig departement, ethische commissie en voorstellen ombudswerking aan nieuwe medewerkers) *op regelmatige basis en indien nodig geacht klachtbespreking met directie. Zie huishoudelijk reglement Ombudsdienst (brochure).pdf

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?
*jaarlijks meer en meer een open “klacht”cultuur. *klachten worden “open minded” doorgestuurd naar de ombudsdienst vanuit directie en afdelingen. *Klachten worden niet meer gezien als een “last”, meer als een kans; een tool om tot verbetering te komen en het vermijden van herhaling. Een opportuniteit om acties te ondernemen en procedures en werkwijze te verbeteren. *Open communicatie met afdelingen en vooral betrokkenheid van verpleegkundig directeur bieden een grote opportuniteit tot “leren” en verbeteren. *medewerkers hebben vertrouwen in ombudsdienst, vooral in de neutrale houding en het is een **serieuze meerwaarde** dat je “het huis”, de systemen, de werking kent. Dit zou niet mogelijk zijn als je geen medewerker bent van het ziekenhuis. Nu ken ik de organisatie en vind zelf mijn weg, ben niet louter afhankelijk van wat men mij zou vertellen,… *ad hoc en indien relevant ook de nodige communicatie met de ziekenhuishygiënist en de kwaliteitsafdeling.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
(praktisch: zie huishoudelijk reglement) Ik als ombudsvrouw: Ik tracht niet te oordelen maar dialoog en mogelijke oplossingen te creëren. Iedereen heeft recht op adequate feedback en open communicatie. Indien relevant geef ik de nodige aanbevelingen aan de afdeling en/of organisatie. Om toekomstgericht herhalingen te vermijden. De gerichte verbetergesprekken met de afdeling zijn verreikend voor alle partijen; Ik kan meestal vrij en onafhankelijk werken. Het is voor mij erg belangrijk dat iedereen de weg vindt naar de ombudsdienst. De dienst goed duidelijk kenbaar maken vind ik een must. (vandaar ook de presentaties voor nieuwe medewerkers, JCI heeft in januari 2018 er mee voor gezorgd dat iedereen vertrouwd is met de ombudsdienst, info-standen georganiseerd,… ik zie een klacht als opportuniteit tot verbeteren. Ik meld me indien mogelijk rechtstreeks tot de betrokken persoon als de melder het toestaat. Soms ben ik genoodzaakt via het diensthoofd te werken omdat ik de betrokken persoon niet meteen ken, de klager kent bijvoorbeeld de naam niet… Mondelinge communicatie vind ik zeer aan te bevelen. Je kan de onderlinge behoeftes en problemen veel beter naar boven brengen; vaak is de “gemailde” klacht slechts de druppel. Soms zijn er voorgaande ontevredenheden, onvervulde verwachtingen, tegenvallende ervaringen geweest in het verleden.
Bijkomende informatie/opmerkingen

*Klachtmeldingen geformuleerd aan de directie/hoofdgeneesheer vind ik soms moeilijk om te behandelen. Ik krijg deze door en start de bemiddeling/verwerking/afhandeling 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. Nog betere en kordate afspraken zouden misschien een oplossing bieden.
*Mijn doelstelling voor 2019 is het "simultaan" bijhouden van de klachten in het registratiesysteem. (wel niet als de pat/fam bij me is omdat ik hun dan de volledige aandacht wil schenken en niet wil tokkelen op het scherm) Dit was een goede tip van Dirk De Wachter uit een gevolgde opleiding.
Maar de administratieve afhandeling vraagt te veel tijd en ik wil kost wat kost de nodige tijd gebruiken voor de verzoeningsopdrachten.
*Er zijn meer en meer klachten in verband met kostprijsinformatie die ontbreekt. Enkele tarieven staan op de website maar dit is echt onvoldoende. Mensen weten niet wat 150% ereloonsupplement betekent in "geld", indien ze opteren voor een privé kamer,…
De artsen weten vaak zelf niet wat terugbetaald wordt door de mutualiteit.
Dit is een duidelijke schending van de rechten van de patiënt, hier moeten we structureel betere oplossingen voor vinden.
*Nieuw recent probleem in AZ Diest zijn de ereloonsupplementen voor MRI bij ambulante onderzoeken. Het is wettelijk goed geafficheerd maar mensen zijn daar niet mee bezig, huisartsen maken vaak een afspraak, er wordt dan niet over gecommuniceerd.
Een sensibilisering door de overheid georganiseerd over erelonen in het algemeen zou zeker goed zijn.

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	153
Aantal infodossiers	9
Aantal pro actieve dossiers	7
Aantal opvragingen patiëntendossier	Nvt, onder bevoegdheid van hoofdgeneesheer, ik coördineer de aanvragen/verwijs door naar dir.secr. Momenteel kunnen patiënten hun eigen dossier raadplegen via mynexushealth. Daar geef ik wel de nodige informatie over. Wordt vaker en vaker gevraagd.

Aantal ‘andere’	1 anonieme klacht waar ik toch “anoniem” met de afdeling over gecommuniceerd heb omdat het voor de veiligheid van de pat/personeel was. (soms geef ik ook aanbevelingen door aan de hand van vaker voorkomende anonieme meldingen van mensen die zeer duidelijk iets komen melden zonder dat het als klacht of info geregistreerd wordt

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)	30
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	8
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	Niet als dusdanig geregistreerd in 2018
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, zie vorig item
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	7

Rechten van de patiënt:
**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*
***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	**67**
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
<u>25 administratief financiële aspecten</u> (**<u>factuur</u>** en info) **<u>11 facilitaire/technische aspecten</u>** (signalisatie, maaltijden, defecten, communicatiestijl, <u>schoonmaak</u>) **<u>31 organisatorische aspecten</u>** (bezoekregeling, informatie, <u>wachttijden</u>, **<u>extern transport, verloren voorwerpen,</u>** <u>afsprakenregeling).</u>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;…)	
<u>Doorlooptijd afhandeling klacht</u> **90** <= 1 dag **36** 2-10 dagen **19** 11-20 dagen **8** 21-30 dagen **8** 31-60 dagen **2** 61-90 dagen **2** >= 90 dagen	

Meest voorkomende klachten niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt:

*de regeling van het externe transport bij ontslag of transfer naar andere zorginstelling
*te snel deurwaarder (na 1 herinnering)

(Er wordt momenteel veel tijd gespendeerd aan financiële betwistingen, vooral door onduidelijkheid over ereloonsupplementen.
Wij sturen slechts 1 herinnering met 5 euro toeslag, daarna meteen een herinnering via deurwaarder met 40 euro extra… dan volgen direct de grote kosten met alle gevolgen van dien.
Indien relevant laat ik de facturen blokkeren na een melding van de klager, alles wordt uitgezocht door de administratieve diensten en dan geef ik feedback aan de patiënt.)

*te weinig aandacht voor persoonlijke eigendommen, verloren hoorapparaten,…

Algemeen: verwachtingen van de klager

20x informatie
20x luisterend oor
47x signaal
54x financieel akkoord
29x oplossing
1x anderen
31x bemiddeling –pendeldiplomatie

Aanbevelingen

*Attitude en bejegening naar patiënten en bezoekers, de patiënt ernstig nemen en respectvol behandelen, zichzelf voorstellen…empathisch vermogen bij moeilijke gesprekken (blijft elk jaar de nummer 1 van de klachten)

*Aandacht voor privacy en voor verloren voorwerpen, (vooral verlies van identiteitskaarten, hoorapparaten, gebit, geld…)

*(Kostprijs)informatie van ingrepen/supplementen, verloop van behandeling in begrijpbare duidelijke taal

*Wachttijden en organisatie op spoed

*Uniformiteit rond het ziekenhuistransport, gelijk voor iedereen onafgezien provincie of mutualiteit

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

Acties (mede naar aanleiding van aanbevelingen)

*Artsen sensibiliseren om zich iedere keer voor te stellen aan patiënt en familie, nog geen nieuwe actie genomen na de ziekenhuisbreed gedragen campagne in 2017. Door de presentatie van het ombudswerk aan de andere nieuwe medewerkers krijgen zij deze tip wel mee.

*Checken of patiënt voldoende en begrijpbare informatie kreeg, zeker kostprijsinformatie, of het op “patiëntenmaat” is. Het informed consent duidelijk toelichten; dit is door de JCI procedures en werkwijze verbeterd.

1. Kostprijsramingen van vaak voorkomende ingrepen op website in realisatie, nog in beginstadium, nog veel te weinig, artsen weten vaak zelf niet wat de kostprijs gaat

zijn, hier moet ook aan gewerkt worden;

2. Werkwijze op spoed werd geoptimaliseerd door triage maar vraagt nog meer en duidelijke communicatie
3. JCI accreditatie behaald, duidelijkheid in procedures en deze toepassen

Evolutie van het aantal dossiers

2010 - 60

2011 – 102

2012 – 98

2013 – 105

2014 – 109

2015 – 107

2016 – 142

2017 – 128

2018 - 165

Resultaat van tussenkomst (verzoeningspogingen) van de ombudspersoon

Tevreden: vertrouwen terug hersteld, duidelijkheid gecreëerd, oplossing gegeven, daarom niet altijd de verwachting ingelost maar de klager kan beslissing respecteren, verbeteracties opgestart om toekomstgericht het beter te doen, signaal gegeven naar de organisatie, alternatieven doorgegeven waardoor de klager zich ook gehoord voelt,..
Onbekend: impliceert dat patiënt niet expliciet heeft laten weten of hij tevreden is of niet. De klacht wel afgehandeld of opgelost maar geen feedback van patiënt gekregen.

Aantal dossiers:

46x onbekend

107x tevreden

12x ontevreden

Als conclusie wil ik zeker nog meegeven dat de klachten stijgen, mede door de assertiviteit van de patiënt en familie maar vooral door de betere bekendheid van de ombudsdienst. Vanwege het feit dat mijn kantoor bij het onthaal ligt beantwoord ik veel vragen en neem ik

veel ongenoegen weg zonder dat de mensen zelfs beseffen dat ze bij de ombudsdienst zijn. Vooral parking en wachttijden worden hier meteen aangepakt.
Uiteindelijk is het doel dat mensen gehoord worden en dat er naar een haalbare oplossing gestreefd wordt.

1 februari 2019

AZ JAN PALFIJN
GENT

OMBUDSDIENST

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

2018

Marianne Roels

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 Marianne Roels – vervanging van Aurélie Buyse
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Aurélie Buyse sinds 19/05/2014 Marianne Roels – vervanging sinds 15/08/18
Bestaffing	1
Lokalisatie dienst	In het ziekenhuis
Registratiesysteem	Infoland
Huishoudelijk reglement - Actualisatiedatum - Waar te raadplegen	Actualisatiedatum 19/05/2015 Website en ter inzage bij de ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Marianne Roels: - Bemiddelaar-Mediv, Tervuren – 2010 - Bemiddeling -Interactie Academie, Antwerpen 2008
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Geen

2. Werking Ombudsdienst

2.1. Werkingsterrein ombudsdienst

- Klachtenbemiddeling vanuit het mandaat Koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende de 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:

- schriftelijke (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 'Infoland'.

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.

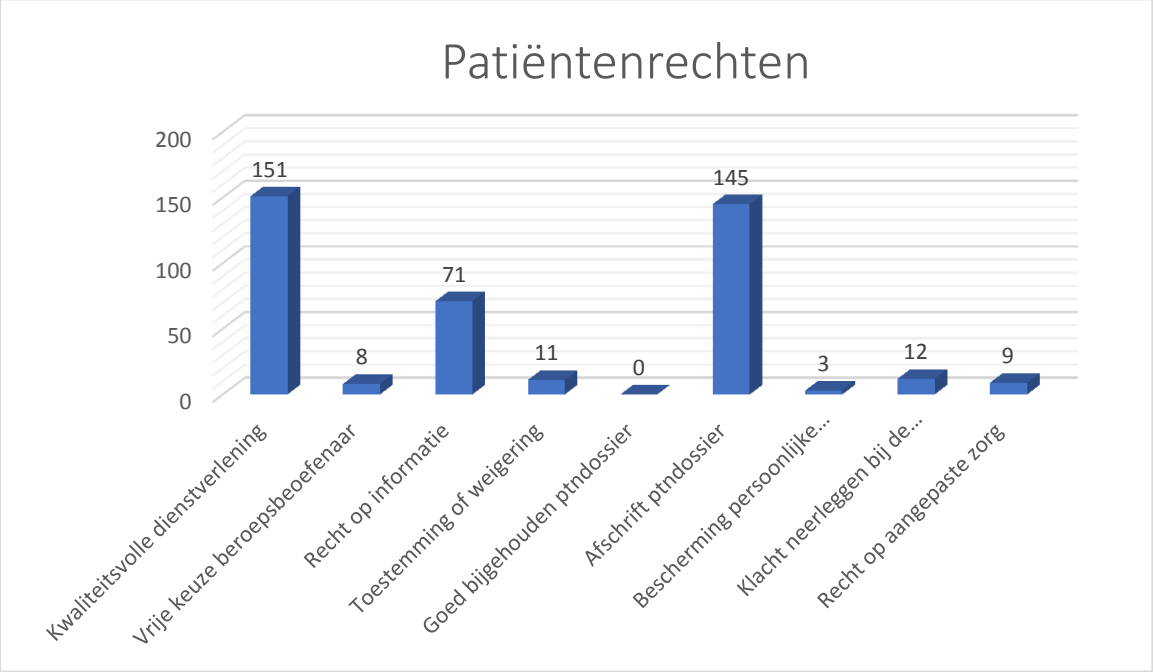
3.1. Aantal klachtendossiers

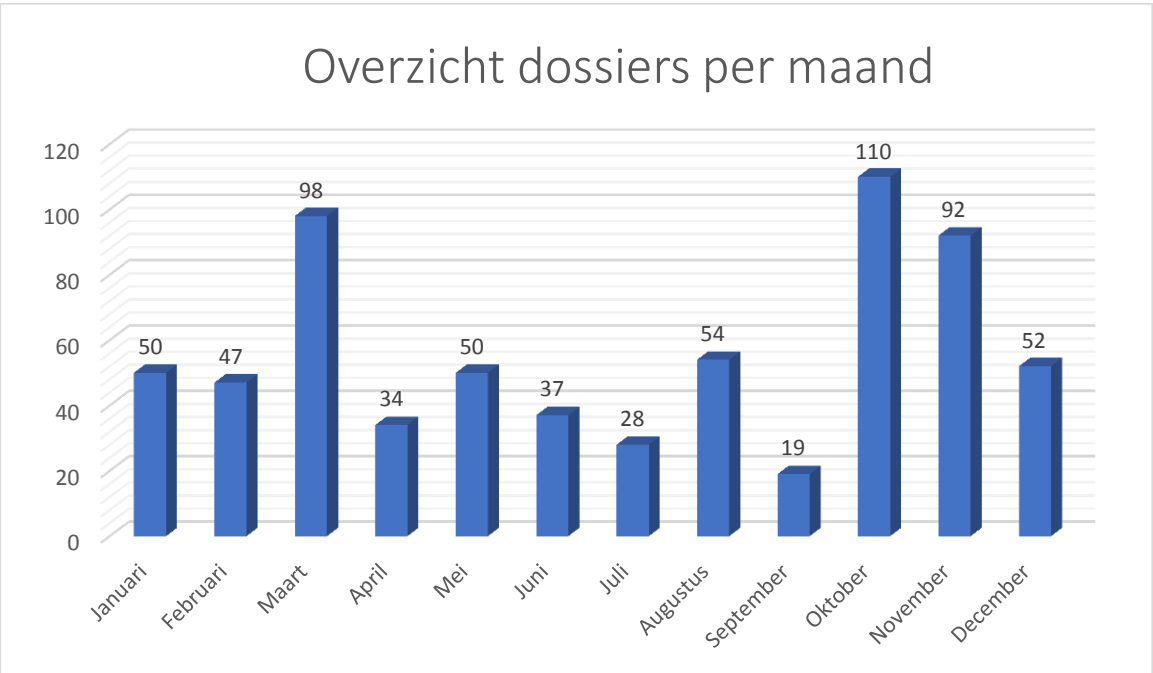
3.1.1. Aantal klachten t.a.v. rechten van de patiënt

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening	151
Recht op een vrije keuze van een zorgverstrekker	8
Recht op informatie over de gezondheidstoestand	71
Recht op toestemming of weigering van een tussenkomst na informatie	11
Recht op een goed bijgehouden patiëntendossier	0
Recht op inzage of afschrift van het patiëntendossier	145
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy)	3
Recht om een klacht neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie	12
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	9

Van de 671 dossiers zijn er 410 of 61% van de meldingen die betrekking hebben op de rechten van de patiënt en 261 dossiers of 39% betreffen meldingen i.v.m. organisatorische, facilitair/technische alsook administratieve aspecten.

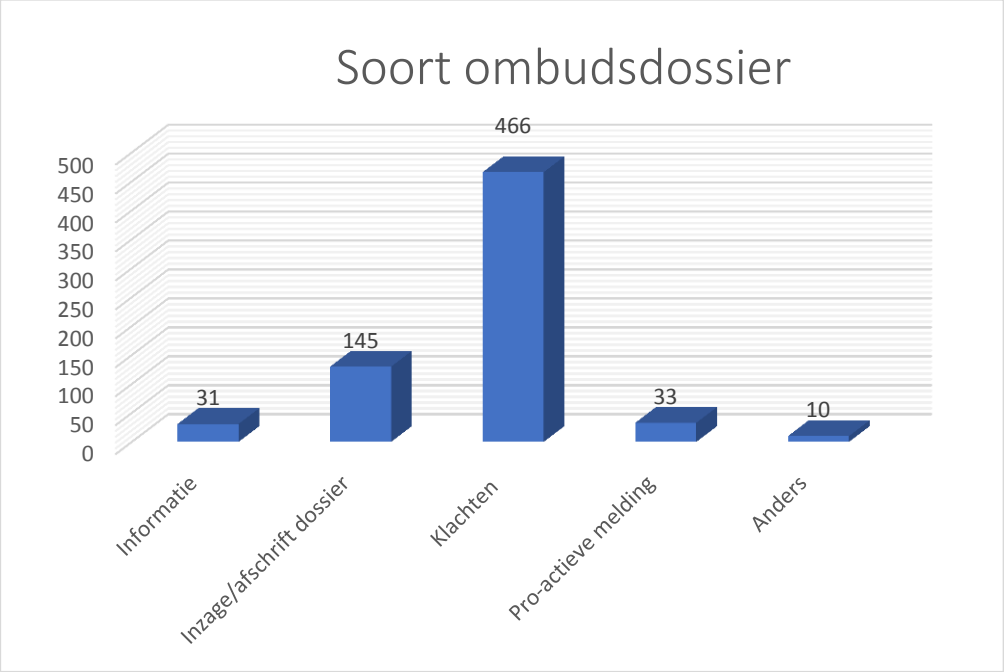
Bemiddelingsboek - 1791


Patiëntenrechten
200
150
100
50
0
151
8
71
11
0
145
3
12
9
Kwaliteitsvolle dienstverlening
Vrije keuze beroepsbeoefenaar
Recht op informatie
Toestemming of weigering
Goed bijgehouden ptndossier
Afschrift ptndossier
Bescherming persoonlijke...
Klacht neerleggen bij de...
Recht op aangepaste zorg

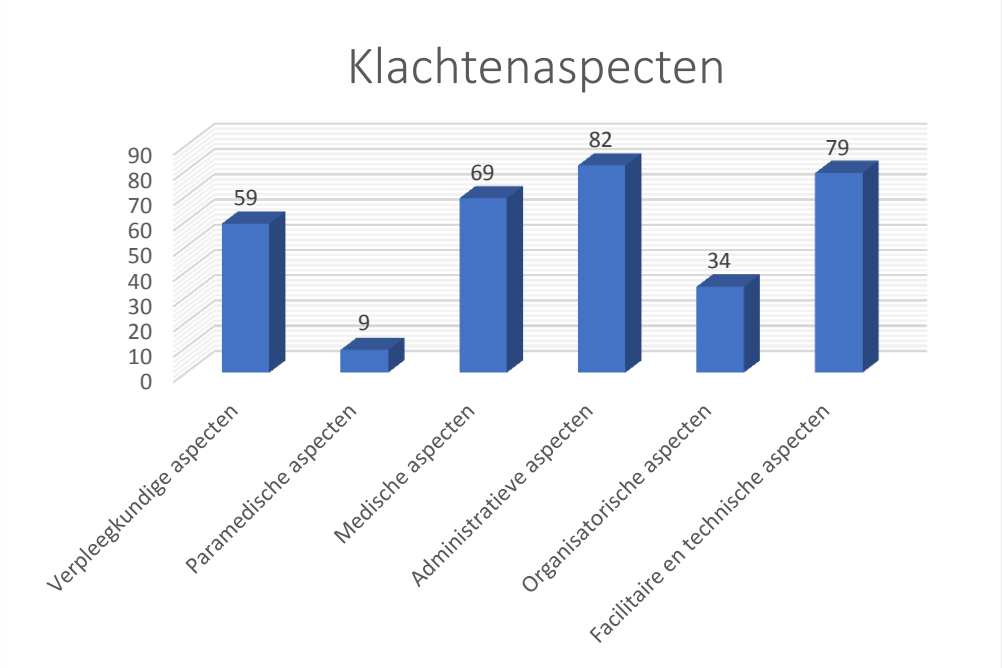

Overzicht dossiers per maand
120
100
80
60
40
20
0
50
47
98
34
50
37
28
54
19
110
92
52
Januari
Februari
Maart
April
Mei
Juni
Juli
Augustus
September
Oktober
November
December

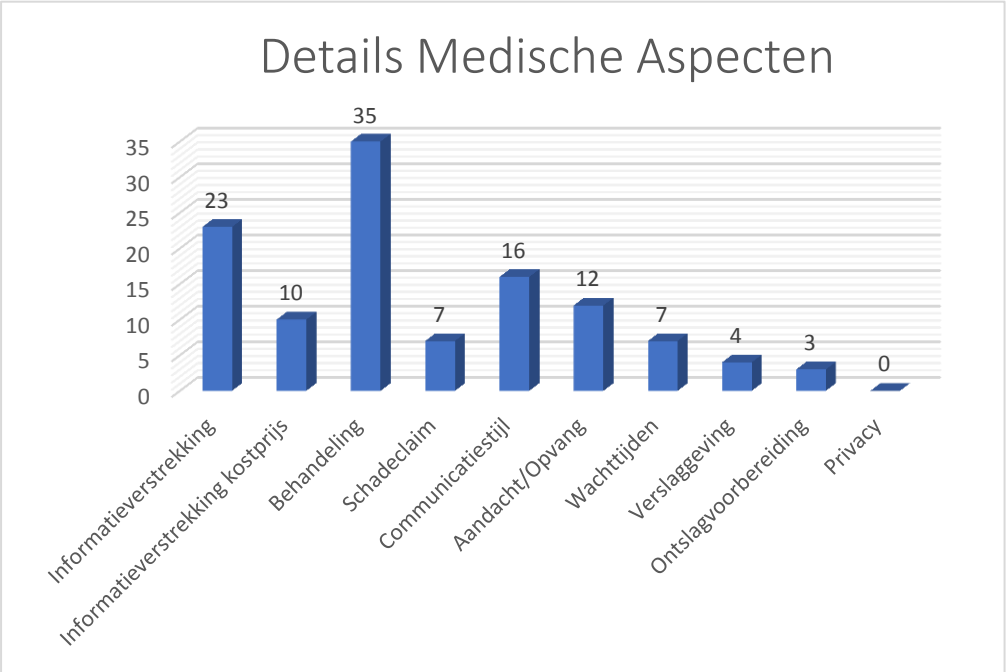
3.2. Grafieken

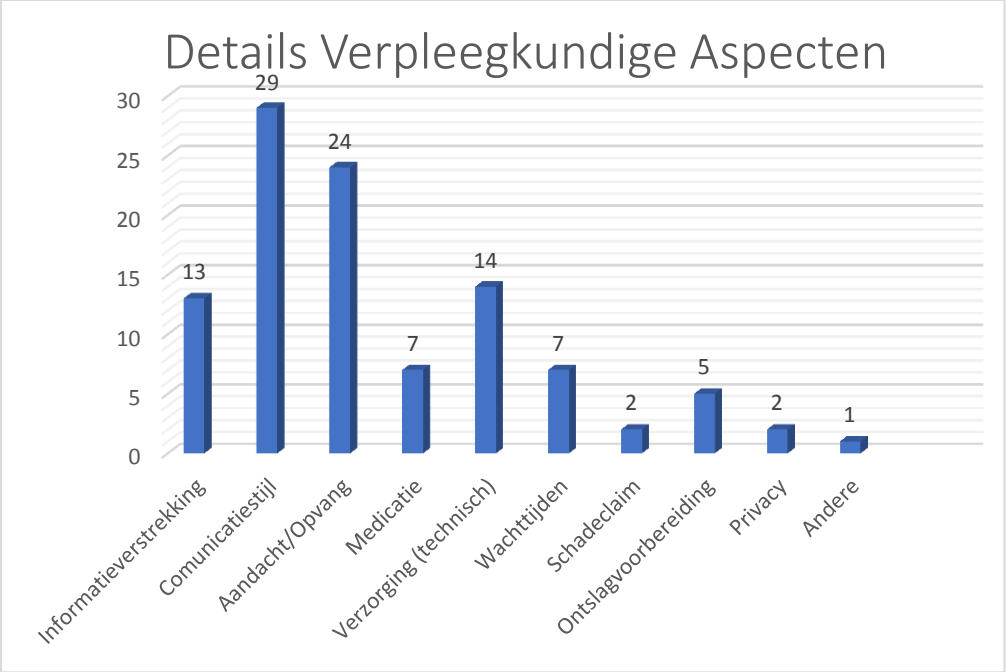
3.2.1. Onderverdeling dossiers

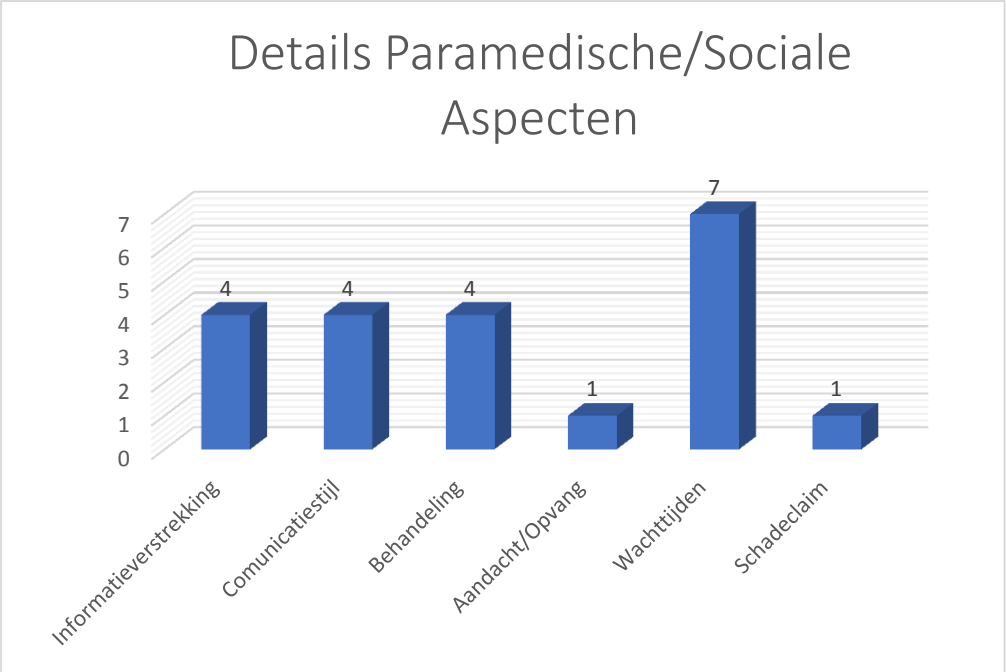


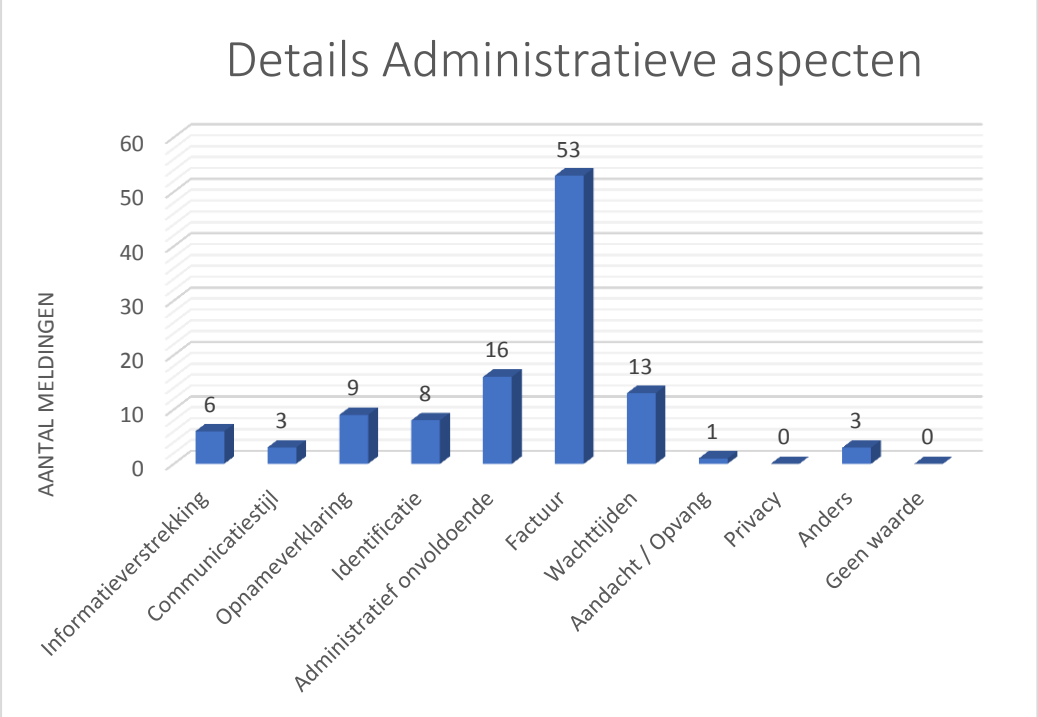
3.2.2. Inhoud van de klacht

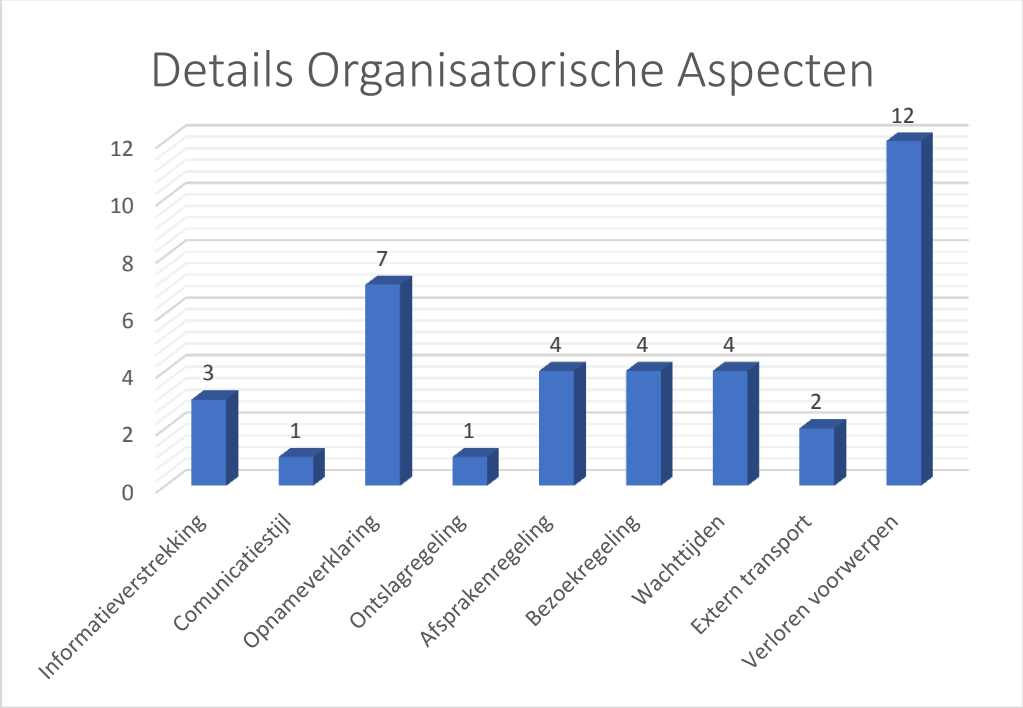


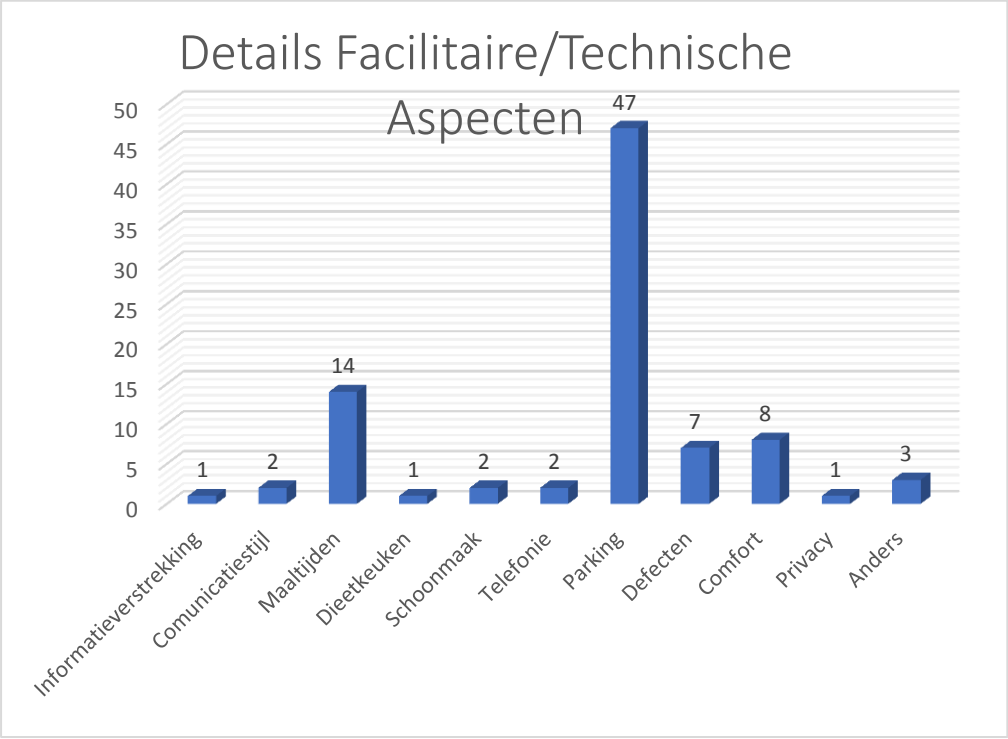

Details Medische Aspecten
35
30
25
20
15
10
5
0
23
10
35
7
16
12
7
4
3
0
Informatieverstrekking
Informatieverstrekking kostprijs
Behandeling
Schadeclaim
Communicatiestijl
Aandacht/Opvang
Wachttijden
Verslaggeving
Ontslagvoorbereiding
Privacy


Details Verpleegkundige Aspecten
30
25
20
15
10
5
0
13
29
24
7
14
7
2
5
2
1
Informatieverstrekking
Comunicatiestijl
Aandacht/Opvang
Medicatie
Verzorging (technisch)
Wachttijden
Schadeclaim
Ontslagvoorbereiding
Privacy
Andere

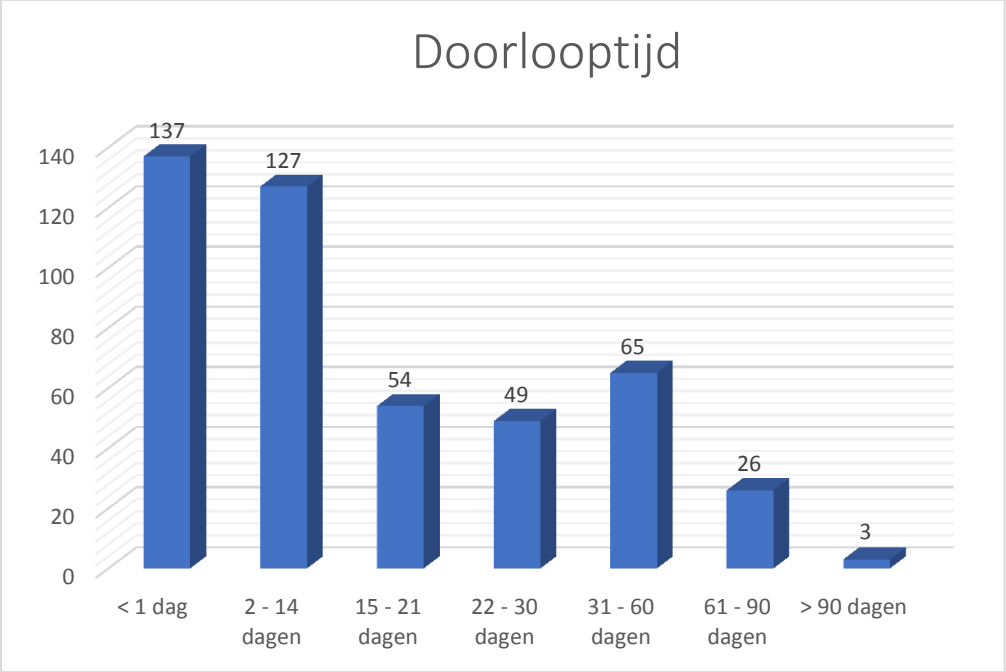

Details Paramedische/Sociale Aspecten
7
6
5
4
3
2
1
0
4
4
4
1
7
1
Informatieverstrekking
Comunicatiestijl
Behandeling
Aandacht/Opvang
Wachttijden
Schadeclaim


Details Administratieve aspecten
AANTAL MELDINGEN
60
50
40
30
20
10
0
6
3
9
8
16
53
13
1
0
3
0
Informatieverstrekking
Communicatiestijl
Opnameverklaring
Identificatie
Administratief onvoldoende
Factuur
Wachttijden
Aandacht / Opvang
Privacy
Anders
Geen waarde


Details Organisatorische Aspecten
12
10
8
6
4
2
0
3
1
7
1
4
4
4
2
12
Informatieverstrekking
Comunicatiestijl
Opnameverklaring
Ontslagregeling
Afsprakenregeling
Bezoekregeling
Wachttijden
Extern transport
Verloren voorwerpen


Details Facilitaire/Technische Aspecten
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
1
2
14
1
2
2
47
7
8
1
3
Informatieverstrekking
Comunicatiestijl
Maaltijden
Dieetkeuken
Schoonmaak
Telefonie
Parking
Defecten
Comfort
Privacy
Anders

3.2.3. Doorlooptijd



Het voortijdig uitvallen van de ombudsvrouw wegens zwangerschap en het aanwerven van een vervanging resulteerde in 70% volledig afgewerkte dossiers.

Bovendien is het aantal meldingen van 437 in 2017 gestegen naar 671 in 2018, een stijging van 53%.

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 klachten kunnen er verscheidene aanbevelingen geformuleerd worden.

Algemeen

Nood aan respectvol omgaan met elkaar binnen de gezondheidszorg – zowel van patiënt naar artsen/verpleegkundigen, als van artsen/verpleegkundigen naar patiënt toe.

Patiënt heeft het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening: het is zaak dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid.

Regelmatig wordt aan de ombudsdienst het signaal gegeven vanuit de zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren.
Men krijgt verwijten over zich heen; men eist een bepaalde behandeling/opname/voorschrift/attest/… waarna men zich kwaad maakt of agressief uitlaat indien men het gevraagde niet krijgt.

Bovengenoemde elementen dragen geenszins bij tot een constructieve sfeer en zorgen voor een emotionele belasting. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient de nodige aandacht.

Meer patiëntgerichte werktijd vrijmaken in het belang van zorgverstrekkers en patiënten

Er is nood aan meer informatie versus nood aan tijd om te communiceren.

Een groot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie.

Zorgverstrekkers botsen van hun kant op het feit dat zij bij veel vragende en veel eisende patiënten onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.

Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail.
Verpleegkundigen, steeds met minder hetzelfde werk doen, lopen tegen frustraties aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor de patiënten.

Bemiddelingsboek - 1798

Artsen, verpleegkundigen en paramedici zijn net de personen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De hoofdreden van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk en veroorzaakt veel spanning en stress.

Verloren voorwerpen

Ondanks de ziekenhuisbrede procedure omtrent de verloren voorwerpen blijft het aantal klachten hieromtrent grotendeels bestaan en dient de procedure verder aangepast/geoptimaliseerd te worden.

Marianne Roels
Ombudsdienst

Jan Palfijn ziekenhuis Gent

Bemiddelingsboek - 1799

Jaarverslag ombudsdienst 2018

Sint-Franciscusziekenhuis

Lotte Wilms

Inhoudsopgave

1. Inleiding. 1
2. Algemeen. 2
3. Inhoudelijke reflectie 2
4. Beknopte analyse van de klachten 4
   4.1. Aantal meldingen. 4
   4.2. Lokalisatie van de patiënt. 4
   4.3. Wie maakt de melding? 5
   4.4. Wijze van aanmelden. 5
   4.5. Melding gericht aan? 6
   4.6. Verwachting/aard van het verzoek? 6
   4.7. Inhoud van de melding. 7
   4.8. Duiding van de medische meldingen. 8
   4.9. Duiding van de verpleegkundige meldingen. 8
   4.10. Duiding bij de administratieve/financiële meldingen, ... 9
   facilitaire/technische & organisatorische meldingen 9
   4.11. Beoordeling van de melding. 10
   4.12. Doorlooptijd afhandeling van de melding. 11
   4.13. Aantal meldingen. 11
5. Bedenkingen - suggesties. 13
   5.1. Bedenkingen: 13
   5.2. Suggesties – aanbevelingen: 13

1. Inleiding.

Sinds februari 2018 is er halftijds een nieuwe ombudspersoon in dienst bij het Sint-Franciscusziekenhuis, te Heusden-zolder, Limburg.
Het Sint-Franciscusziekenhuis is een algemeen ziekenhuis, heeft 1 campus en 268 bedden.

De ombudspersoon zorgt voor de klachtenbehandeling aangaande alle erkende beroepsbeoefenaars in het ziekenhuis. Alsook klachtenbehandeling aangaande organisatorische aspecten en dergelijke.
In de werking als ombudspersoon wordt er gebruik gemaakt van verschillende aspecten om het klachtendossier op een juiste wijze te kunnen behandelen.
Hierbij zijn de volgende taken als ombudspersoon van belang.
De melder/klager opvangen met zijn klacht, een luisterend oor bieden, coaching verlenen indien dit nodig is. Dit in gevallen van meldingen geuit door patiënten, familie of pro-actieve meldingen.
De info-vragers/dossiers worden ook door de ombudspersoon behandeld. De melder wordt tijdens de behandelingsduur van de klacht geïnformeerd en zo nodig verwezen naar externe instanties.
Het is ook een taak van de ombudspersoon om mensen te begeleiden en informeren rond aanvraag inzage en afschrift van patiëntendossiers. De verwerking gebeurt op directie niveau.
Het is een must als ombudspersoon om kennis te hebben inzake patiënten rechten wetgeving/GDPR/ziekenhuiswetgeving.
Alsook kunnen er ook vertrouwelijke dossiers aanwezig zijn bij ombudspersoon. Deze zijn niet anoniem maar uiteindelijk wordt er beslist door melder om dit niet bespreekbaar te maken met de organisatie/betrokken personen

De ombudspersoon werkt onafhankelijk, valt onder het beroepsgeheim en neemt het standpunt in van meerzijdige partijdigheid.
In eerste instantie wordt er getracht om de klachten op eerste lijn op te lossen, namelijk daar waar ze ontstaan.

De meldingen/klachten worden doorgegeven aan de ombudsdienst voor afhandeling en registratie. Elke melding wordt besproken met de betrokken zorgverstrekker(s), dit via pendel diplomatie of georganiseerde info- of bemiddelingsgesprekken. De melder krijgt steeds een terugkoppeling.
Bij elke melding wordt er een registratie gemaakt, tenzij er expliciet gevraagd wordt om het dossier vertrouwelijk te houden.

Er worden aanbevelingen geformuleerd naar de organisatie, hierin beslist de organisatie of er beleidsmatig mee aan de slag wordt gegaan.

2. Algemeen.

De ombudsdienst is gelokaliseerd op de gelijksvloer aan de inkomhal van het ziekenhuis.

Beschikbaarheid van de ombudspersoon:

Alle weekdagen tussen 09u00 – 12u00

Een melding kan ook doorgegeven worden via:

- Telefonisch via antwoordapparaat (011/71.54.35)
- het meldingsformulier aan het onthaal
- het meldingsformulier op de website van het ziekenhuis
- mail naar ombudsdienst@sfz.be
- een brief aan: Ombudsdienst
  Sint-Franciscusziekenhuis
  P. Paquaylaan 129
  3550 Heusden-Zolder

3. Inhoudelijke reflectie

De persoon die een melding of een klacht uiten verwachten vooral een oplossing voor het probleem dat zich situeert. Een groot deel wil ook een signaal geven en/of een financieel akkoord.
In kader van medische en verpleegkundige aspecten in de rechten van de patiënt is vooral ontevredenheid van de kwaliteit van de behandeling dat naar voren komt.
De klachten worden vooral gelokaliseerd op medische discipline, verpleegafdelingen en onthaal/opname en administratie.

- ✓ In kader van de medische en verpleegkundige aspecten wordt vooral de behandeling in vraag gesteld, daaropvolgend de communicatiestijl van de arts en de infoverstrekking algemeen.
  De aandacht en opvang blijven belangrijke aspecten voor de patiënten en zijn familie.
  Hieruit kan geconcludeerd worden dat de communicatie tussen zorgverlener en patiënten/familie een centraal aandachtspunt blijft, zowel de verbale als de non-verbale communicatie zijn hierin belangrijk. Bejegening , empathie worden voor mensen als belangrijk gezien en ervaren.
  Een goed en tijdig geïnformeerde patiënt kan veel begrip en respect opbrengen. Het is zeer belangrijk om te blijven investeren in gezondheidsvoorlichting. Dit op zowel het vlak van de behandeling, de medische inhoud, de kostprijs, communicatie tussen de verpleegkundigen en de artsen, ...

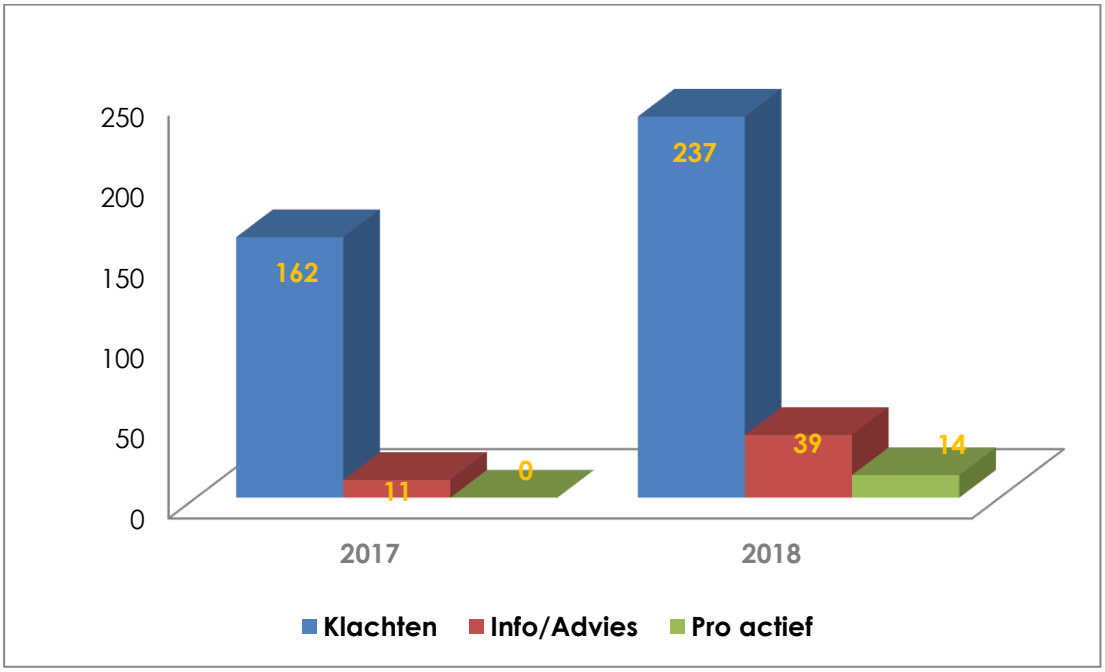
- ✓ In kader van de administratieve aspecten wordt vooral de factuur betwist, men ziet hier graag een rechtzetting.
  Hieruit zouden we kunnen concluderen dat de sociaal - economische situatie maakt dat de gezondheidszorg voor sommige mensen een zware financiële last

wordt. Dit weerspiegelt zich in een kritische houding naar de factuur. Men heeft meer bedenkingen bij de factuur, het medisch handelen, het aantal onderzoeken, … .

De diverse beroepsbeoefenaars binnen dit ziekenhuis hebben een grote bereidheid om mee te werken aan de tevredenheid van de patiënt, ook bij klachten. Deze cultuur wordt door de directie aangemoedigd en wordt ook door Infoland, een incidentmeldingssysteem voor interne klachten, ondersteund.

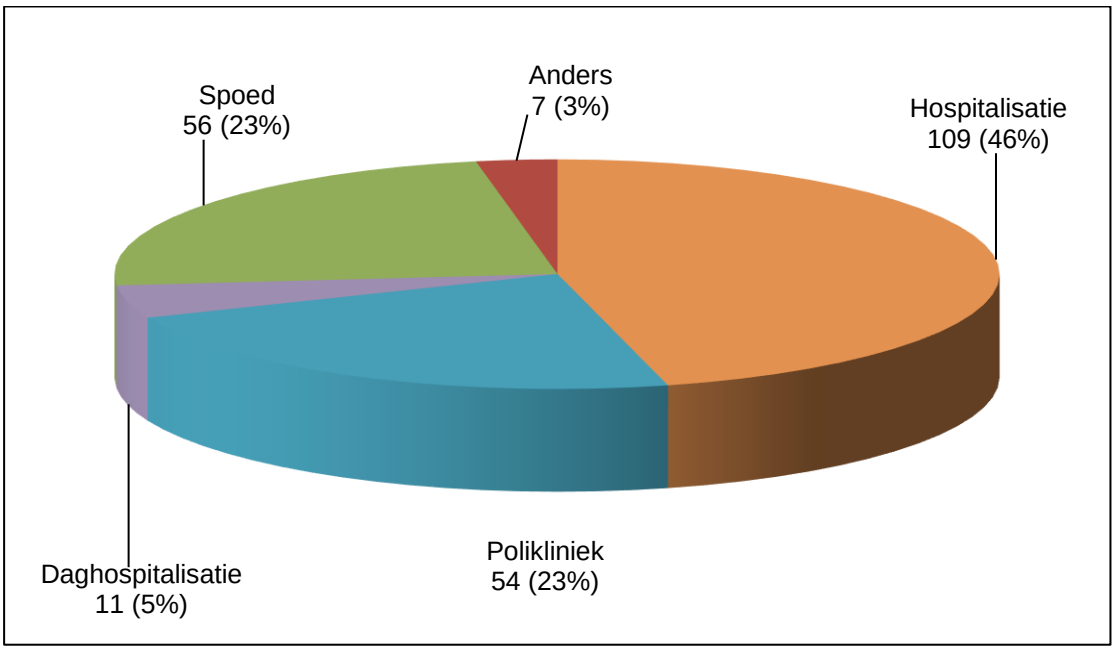
4. Beknopte analyse van de klachten

4.1. Aantal meldingen.



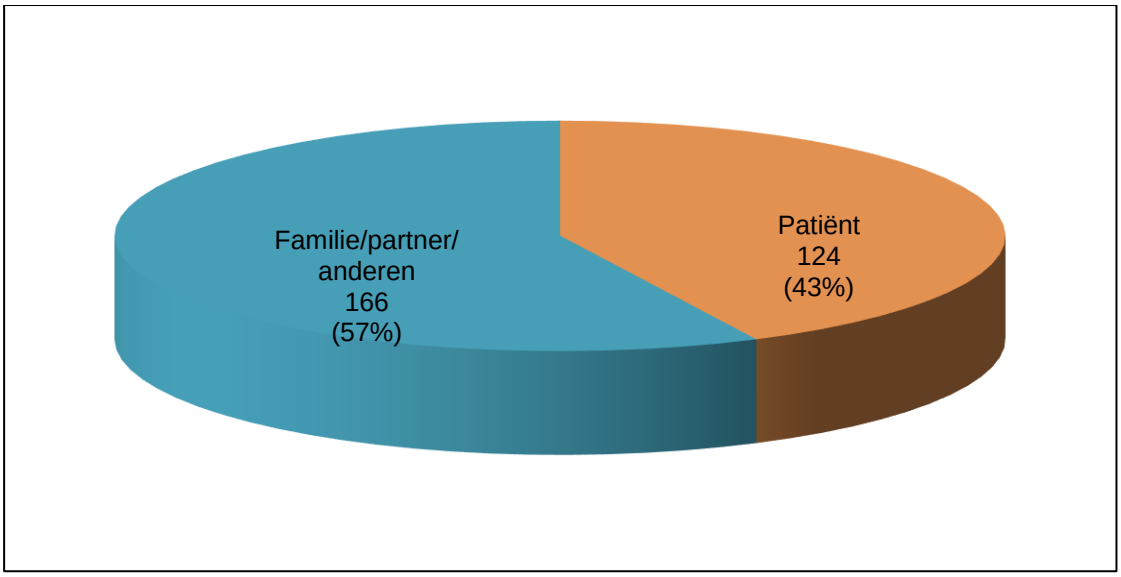
Het aantal meldingen is zienlijk verhoogd sinds 2017. Er is ook een grotere toestroom geweest naar het ziekenhuis. Een toename van 3,25% verblijvende patiënten en 4,88% ambulante patiënten.
Anderzijds merken we dat mensen mondiger worden en meer hun ongenoegen durven te uiten.
2018 geeft 237 klachten en 39 informatie vragen en 14 pro-actieve meldingen.

4.2. Lokalisatie van de patiënt.



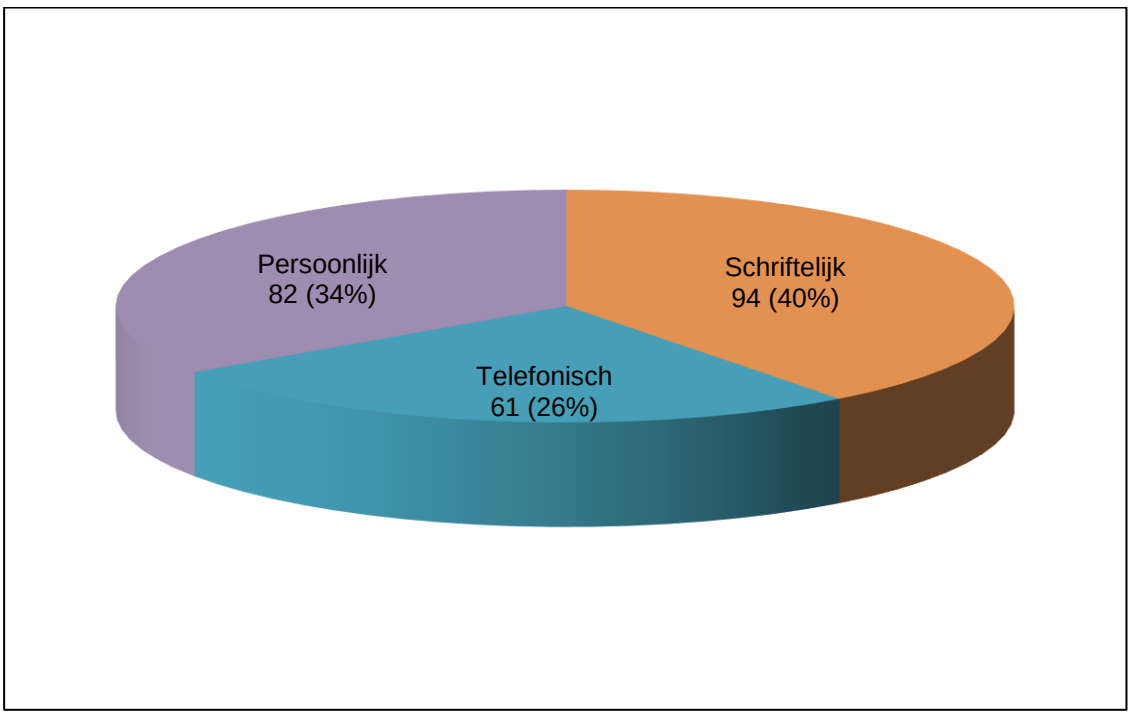
De meldingen zijn vooral gelokaliseerd tijdens een hospitalisatie (109) en 56 meldingen bij contact op spoed en 54 meldingen tijdens consult op polikliniek.

4.3. Wie maakt de melding?



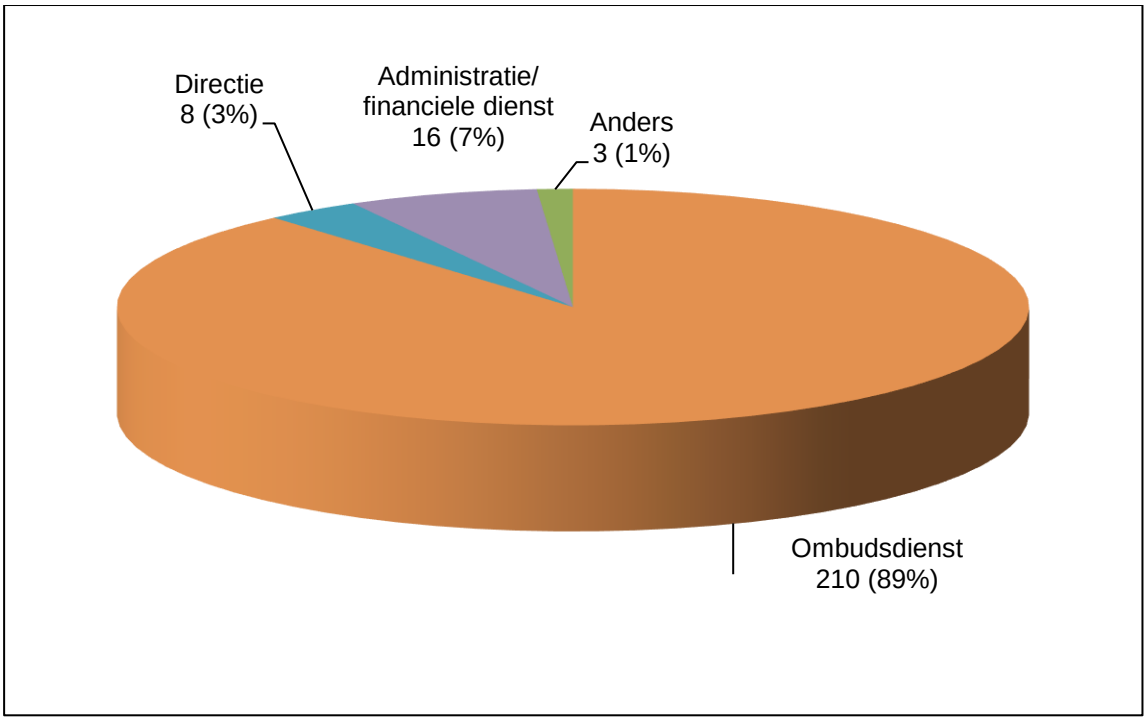
Over wie de melding maakt is er weinig verandering merkbaar t.o.v. de vorige jaren. Het is nog steeds de patiënt zelf of de partner/familie/anderen.

4.4. Wijze van aanmelden.



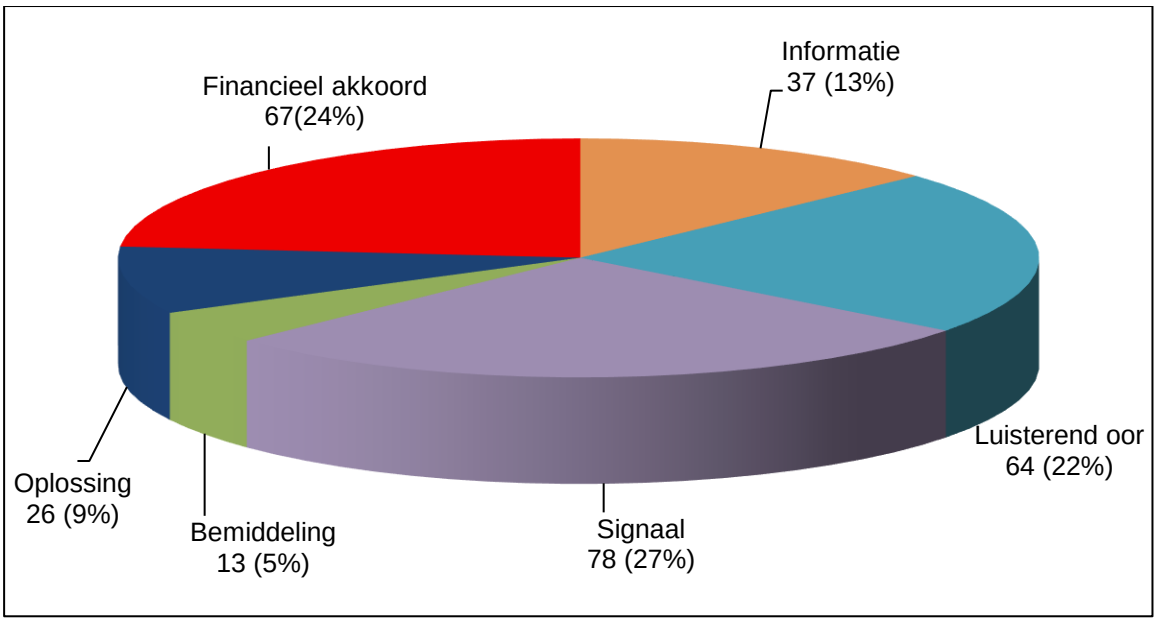
1 op de 3 meldingen werden via een persoonlijk onderhoud met de ombudspersoon besproken. Telefonisch werden er 61 meldingen gedaan, de schriftelijke meldingen zijn er 94.

4.5. Melding gericht aan?



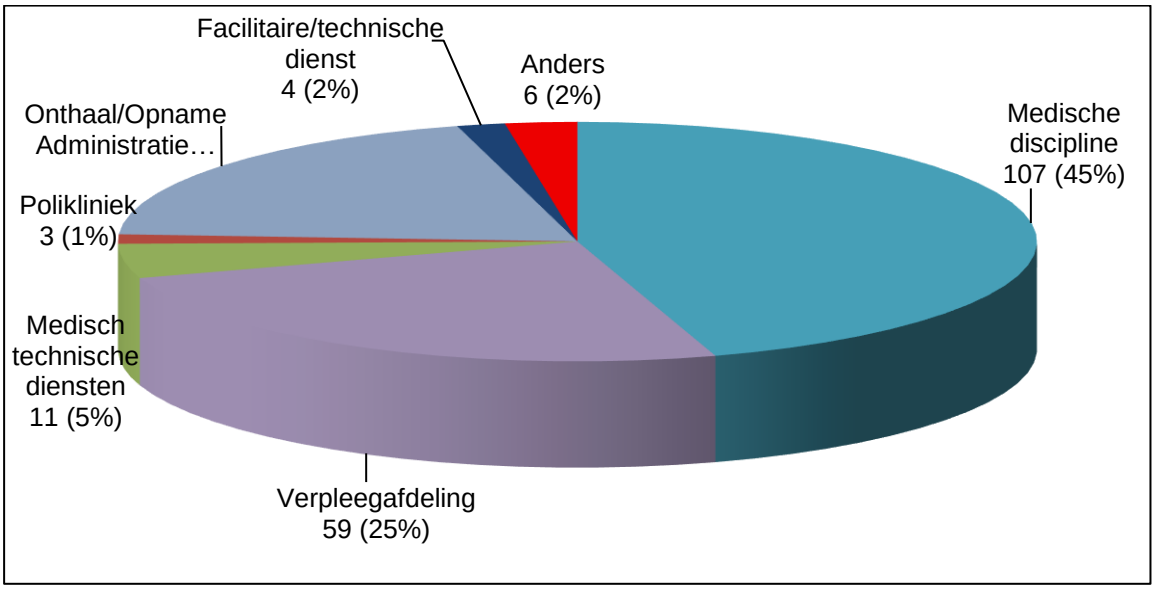
De klachten waren bijna allemaal gericht aan de ombudsdienst 210, 11 waren gericht aan de dienst facturatie en de directie.

4.6. Verwachting/aard van het verzoek?



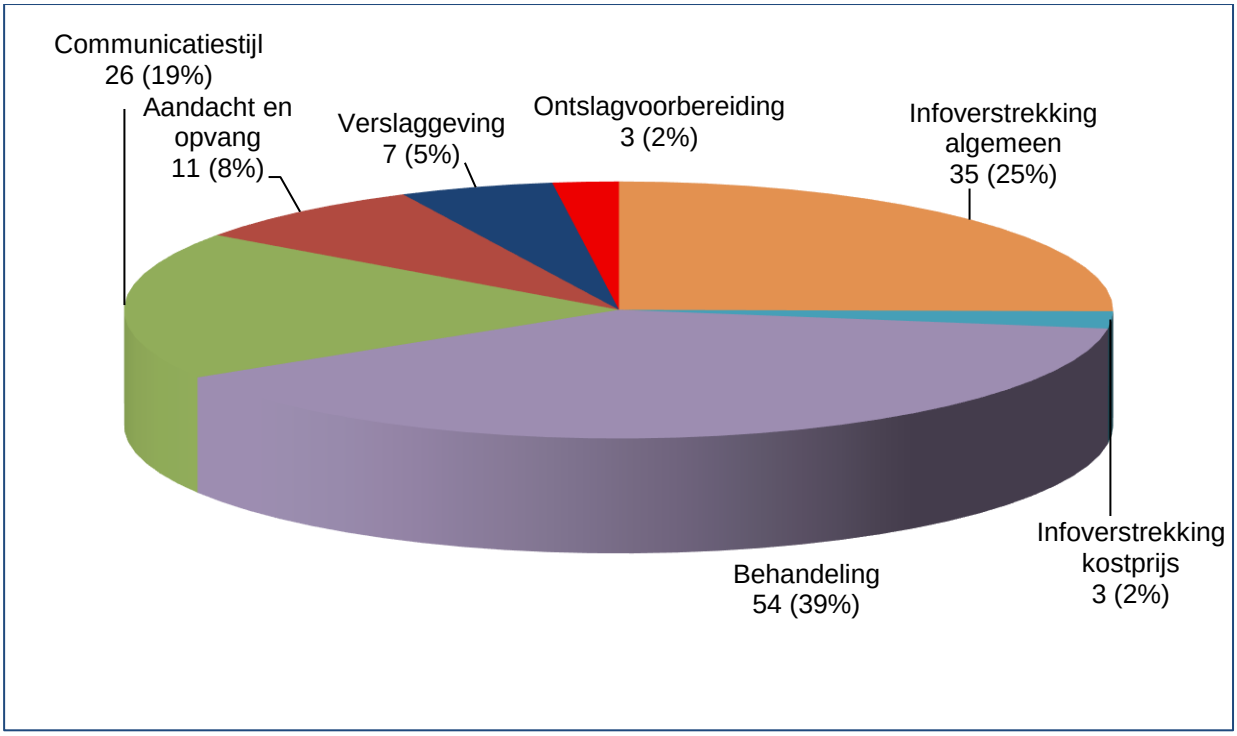
78 meldingen willen een signaal geven om in de toekomst soort gelijke situaties te kunnen voorkomen voor ander patiënten. 26 melders willen een concrete oplossing voor hun melding, bij deze behoren ook de 67 meldingen voor een financiële oplossing, correctie van de factuur of een dossier openen voor verzekering. Niet alle verzekeringsdossiers lopen via de ombudsdienst, de meeste gaan rechtstreeks via het directiesecretariaat.
13 melders willen effectief een bemiddeling, zijnde in dialoog gaan met de betrokken zorgverstrekker. Bij meer dan 80% van de meldingen wordt er gebruik gemaakt van pendel diplomatie.

4.7. Inhoud van de melding.



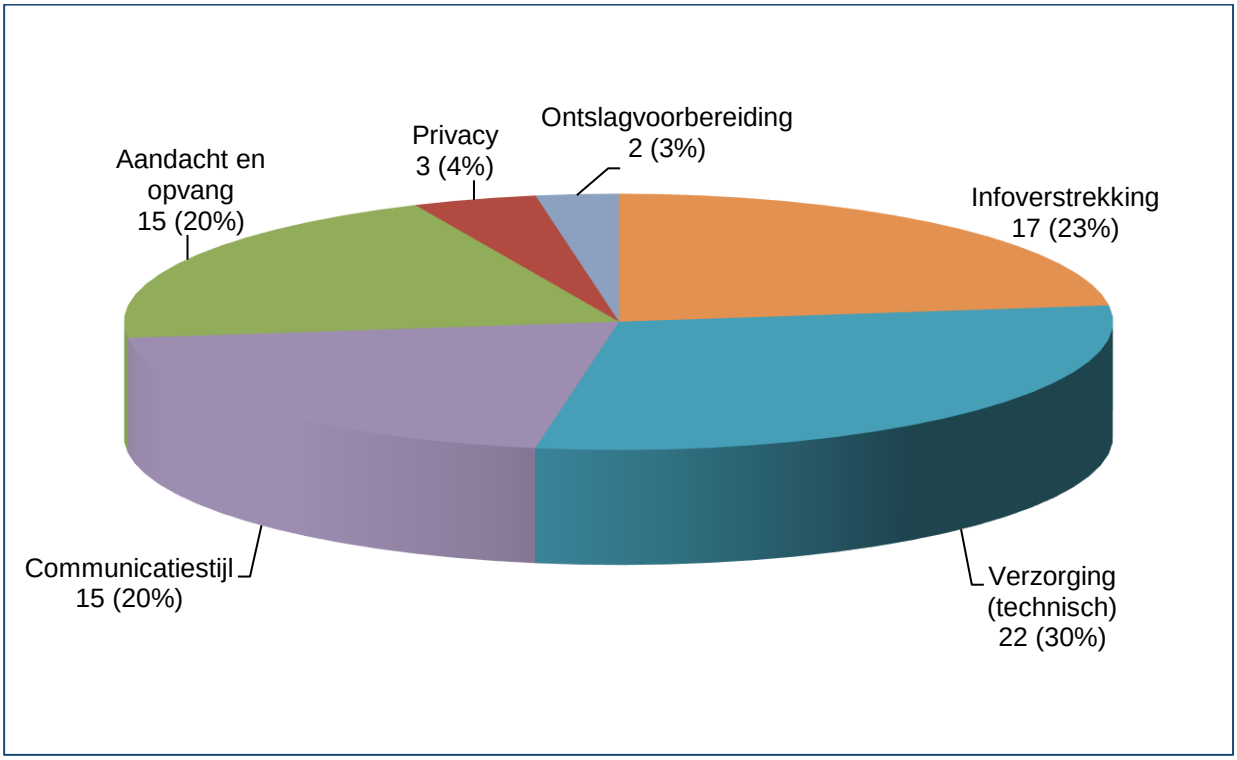
Bijna 1 op 2 (45%) meldingen gaat over medische discipline t.o.v. 70 meldingen van verpleegkundige/medische technische diensten en een 47 meldingen betreffende onthaal/administratie/facturatie.

4.8. Duiding van de medische meldingen.



Dit resulteert in samen 37 meldingen rond de communicatiestijl van de arts en de aandacht/opvang van de patiënt. Ook de algemene infoverstrekking (35) en de behandeling zelf (54) zorgen voor meldingen.

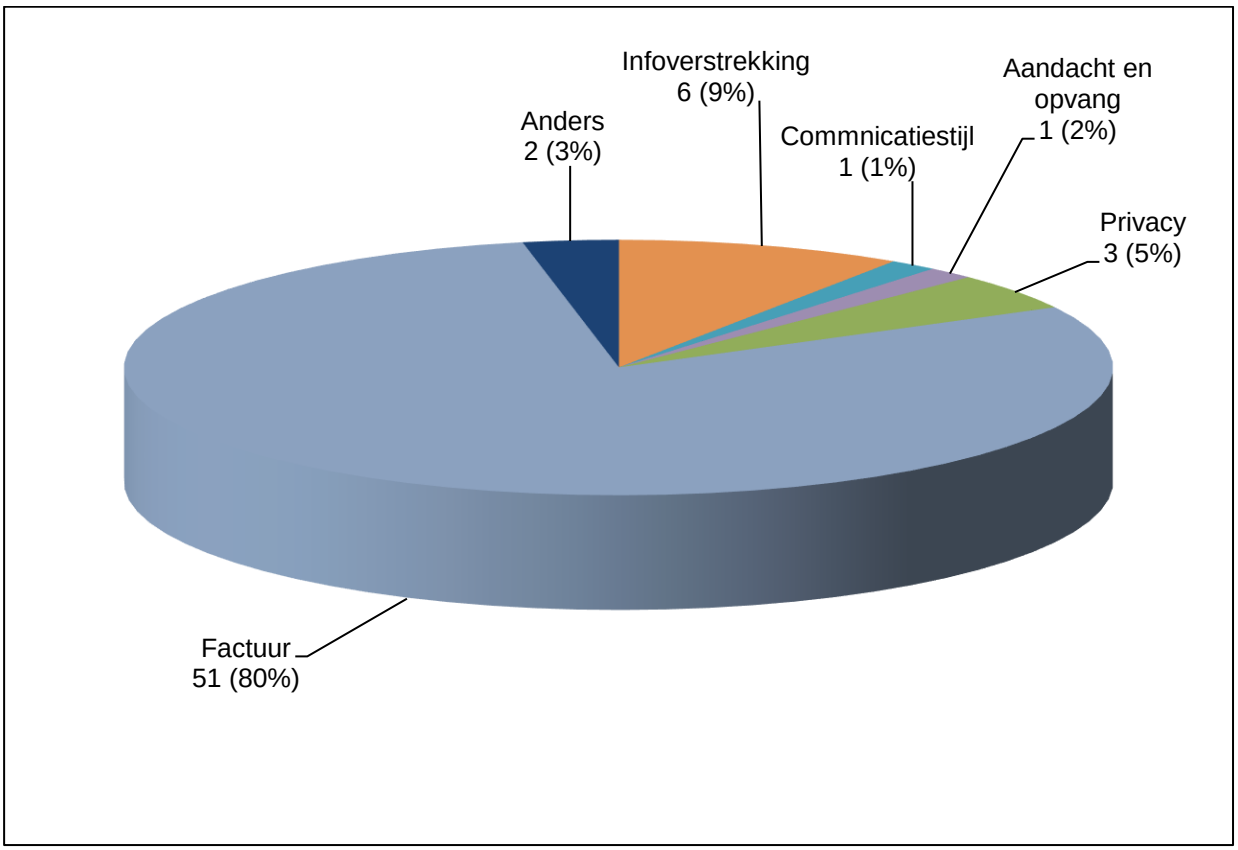
4.9. Duiding van de verpleegkundige meldingen.



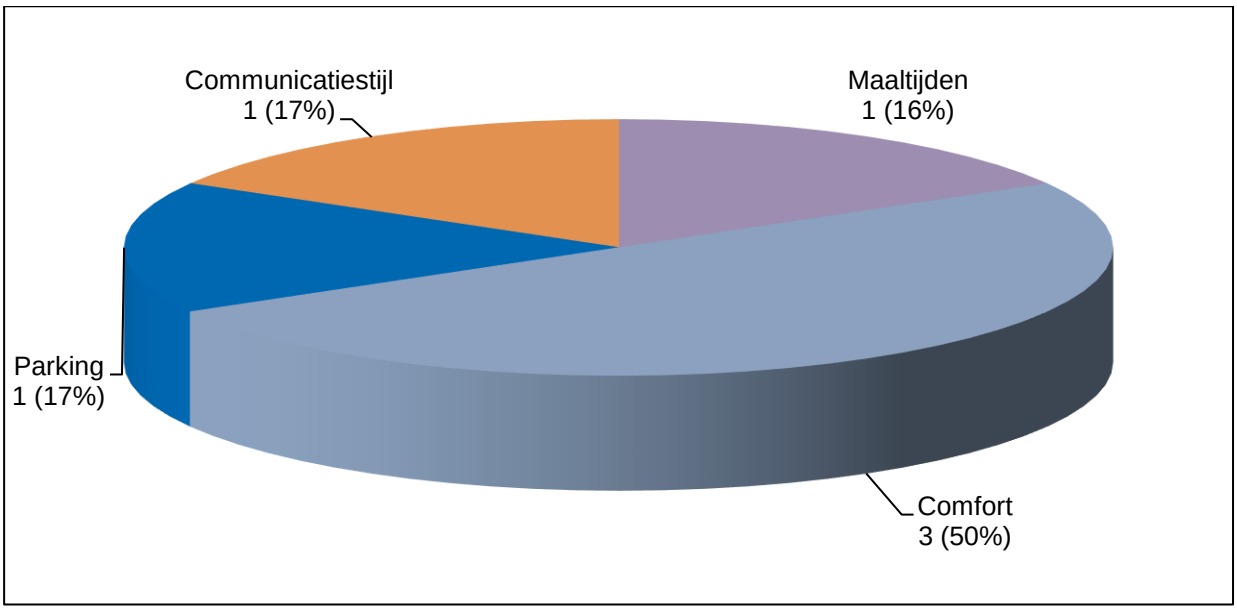
Ook de meldingen i.v.m. de verpleegkundigen komen vooral de aandacht / opvang (15) en de communicatiestijl (15) aanbod.
De verzorging (technisch) geeft bijna 1 op de 3 (30%) van deze meldingen.

Het empathisch zijn, luisteren naar, begrip tonen, informeren (17) … blijven zeer belangrijke items zowel voor de verpleging als voor de artsen.

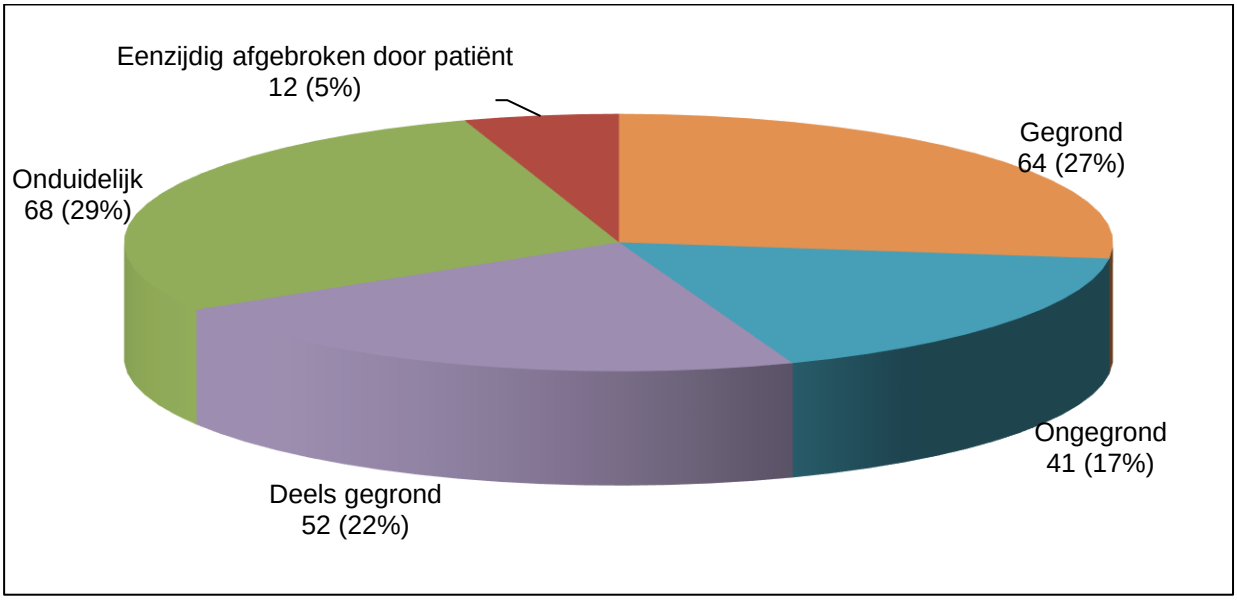
4.10. Duiding bij de administratieve/financiële meldingen, facilitaire/technische & organisatorische meldingen .



Wat de administratieve-financiële meldingen betreft, gaat het vooral over meldingen aangaande de facturen (80%).
Met de verstrengde GDPR wet zijn mensen ook gevoeliger geworden rond hun privacy. Een aandachtspunt voor in het gehele ziekenhuis, wat resulteert in 3 meldingen
Vanuit de minimale facilitaire meldingen kan er geconcludeerd worden dat veel van deze problemen opgelost worden op de afdeling zelf.

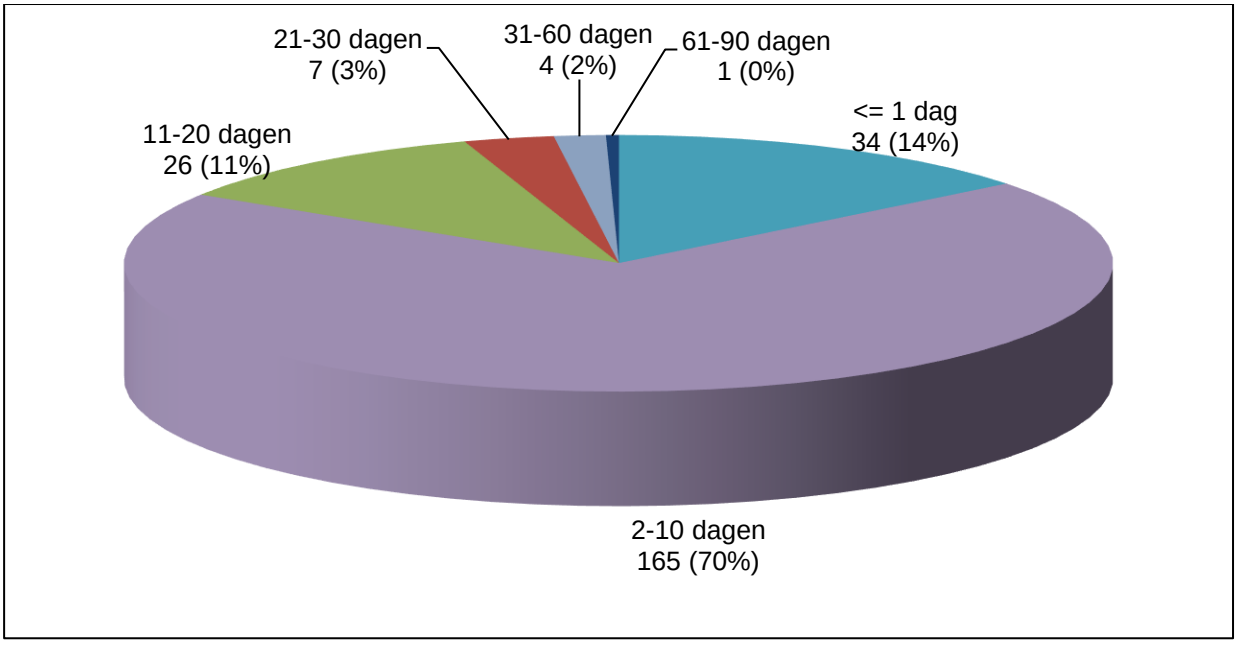


4.11. Beoordeling van de melding.



Beoordeling van de melding is een subjectieve weergave. De melders van een klacht vinden de klacht steeds gegrond.
De meldingen worden ongegrond of deels gegrond gescoord als de ombudspersoon inschat en interpreteert dat er geen structurele of andere maatregelen genomen dienen te worden.
Bij onduidelijke meldingen schat de ombudspersoon in en interpreteert deze dat er geen duidelijke beoordeling kan gegeven worden.

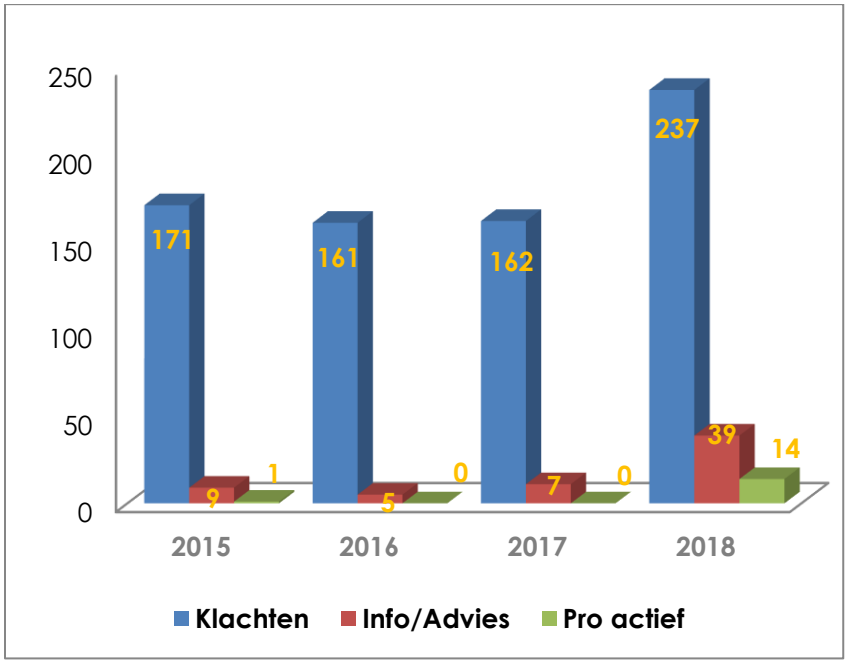
4.12. Doorlooptijd afhandeling van de melding.



165 meldingen (70%) werden binnen de 10 dagen opgelost en 26 meldingen (11%) werden binnen de 20 dagen afgesloten.
12 meldingen hadden een langere doorlooptijd nodig.
De langere doorlooptijden kunnen in belangrijke mate verklaard en verantwoord worden door de grote van de melding en de bereikbaarheid van de hulpverleners. Deels is dit ook doordat de ombudsdienst een halftijdse betrekking is waardoor ze ook maar halftijds in het ziekenhuis aanwezig is.

Vergelijking met 2015 - 2018.

4.13. Aantal meldingen.



In 2018 zijn er 290 meldingen geweest waarvan 237 klachten en 39 info/advies vragen en 14 proactieve meldingen.
Indicaties voor de verhoging van de meldingen kunnen zijn dat er anders geregistreerd wordt en dat mensen weten dat er een nieuwe ombudspersoon aanwezig is.

5. Bedenkingen - suggesties.

5.1. Bedenkingen:

- ✓ Als ombudspersoon kun je je niet enkel richten tot de klachten vermeld in de patiëntenrechtenwet. Uit respect moet je je openstellen voor elke melding die voor de patiënt en zijn familie belangrijk zijn.

- ✓ Het wederzijds respect is één van de basisprincipes om met vertrouwen te starten aan een onderzoek / behandeling. Zowel voor patiënt als voor hulpverlener. Uit de cijfers kan er geconcludeerd worden dat communicatiestijl hierin soms de wensen overlaat. Alsook door de proactieve meldingen die opgenomen werden.

- ✓ Informeren rond de werking van bepaalde afdelingen. Patiënten/familie/anderen hebben vaak hoge zelfs onrealistische verwachtingen. Dit resulteert in meldingen. Goede info verlenen rond werking afdeling / behandeling / nazorg zou zeker een meerwaarde zijn.

- ✓ Complexiteit van GDPR. Hiermee wordt elke hulpverlener dagelijks geconfronteerd.

5.2. Suggesties – aanbevelingen:

- ✓ ***Behandeling***

  De cijfers geven aan dat veel meldingen gestaag gaan met ontevredenheid rond de behandeling die ze hebben ondergaan. Hierin kan er geanticipeerd worden door het verwachtingspatroon van de patiënt na te gaan. Afstemmen van de verwachtingen. Wat is de zorgvraag van patiënt/familie? Is de verwachting/zorgvraag realistisch of moet men hier meer informatie verlenen? Wanneer is de hulpverlener bereikbaar? Is de informed consent voldoende geïntegreerd? Wordt hierbij ook voldoende uitleg voorzien?

  Deze aspecten scheppen vertrouwen tussen hulpverlener – patiënt. In een vertrouwensband kan men op elkaar bouwen en dit geeft een voldaan gevoel voor beide partijen. Vaak willen patiënten bij een vertrouwensbreuk niet meer naar het ziekenhuis komen.

  (Medische/verpleegkundig departement)

- ✓ ***Informatie en communicatiestijl***

  Er is nood aan meer informatie, dit houdt in dat er ook nood is aan meer tijd om te communiceren.
  Patiënten hebben recht op empowerment, om mee te bepalen in de zorgverstrekking (behandeling/nazorg/onderzoeken/kosten).
  Hierdoor verwachten ze ook vaak meer informatie. Is er tijd en ruimte om deze informatie te bieden en op een rustige manier hierover een gesprek aan te gaan?
  Er is een toenemende druk merkbaar in de zorgsector. Er wordt gekozen door de hulpverlener/zorgverstrekker om mensen bij te staan, zij kiezen voor deze job, maar door de druk die er heerst is het niet altijd evident om tijd te kunnen vrijmaken voor de belangrijke patiëntencontacten.
  Beide partijen vragen meer tijd om samen een weg af te kunnen leggen van vertrouwen/behandeling/nazorg/onderzoeken.

  (Medische/verpleegkundig/financieel departement)

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

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 *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Sinds 2011 te raadplegen op intranet en op de website van het ziekenhuis http://www.sint-trudo.be/patlënt/ombudsdienst
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. Regionale ombudsvergaderingen.
Werkingsterrein 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;…*	Het werkingsterrein ligt ruimer. Alle klachten komen naar de ombudsdienst. Vb informatie en/of begeleiding afschrift dossier, schadeclaims, financiële implicaties, parking, maaltijden, diefstal, discussie rond toewijzing 1-2 persoonskamer, facturatie, 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.

	Behandeling/bemiddeling teneinde de communicatie en het vertrouwen te herstellen, tot een oplossing te komen. Indien er geen oplossing komt alternatieve voorstellen formuleren. Alle klachten worden geregistreerd en verwerkt in het jaarverslag. Formuleren van suggesties/aanbevelingen onmiddellijk aan betrokken zorgbeoefenaar teneinde herhaling van deze zelfde klachten te voorkomen. Indien ombudspersoon het nodig vindt, is er overleg met het berokken diensthoofd en/of directie.

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 en vraag tot overleg met de cel kwaliteit teneinde verbeterpunten beter en efficiënter te kunnen opstellen.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Zie ook huishoudelijk reglement 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. Als ombudsdienst probeer ik na elke klacht feedback te geven aan de betrokken beroepsbeoefenaar (of ander personeel) teneinde te overlopen wat men had kunnen doen om deze klacht te vermijden, dit toekomstgericht. Geregeld (en zeker als dezelfde klacht meermaals voorkomt) is er overleg met de betrokken directie teneinde mijn aanbevelingen kenbaar te maken en aan te dringen op verbeteracties/maatregelen vanwege de organisatie zelf.
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. Met de invoering van KWS is dit probleem nog groter geworden want er is nergens nog informatie te vinden men kan zelfs niet meer vinden welke arts patiënt effectief behandeld heeft. Wij hebben helemaal geen toegang tot KWS. Ook met GDPR is het probleem nog groter geworden want niemand durft nog te zeggen wie er betrokken is geweest, iedereen schuilt zich achter ‘de wet op de privacy’. Een ander probleem is het tijdsgebrek om de klachten op een fatsoenlijke manier af te handelen. Er is wel veel te veel administratie. Er wordt van de directie zelf veel te veel aandacht geschonken aan cijfers en statistieken dan aan de klacht en oplossing op zich (hoewel hier precies toch een verbetering in te zien is). 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
<u>Opmerkingen</u>: ✓ 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	361
Aantal infodossiers	56
Aantal pro actieve dossiers	13
Aantal opvragingen patiëntendossier	36. Patiënt kan dit nu ook rechtstreeks via de hoofdgeneesheer aanvragen. Ik geef wel veel informatie hieromtrent en help patiënten met de toepassing van het digitaal kunnen raadplegen van hun medisch dossier (mynexuzhealth).
Aantal 'andere'	13 proactieve en 2 onontvankelijke

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)*	152
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	31
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	0
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)	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)	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	274

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

120 administratief financiële aspecten

14 infoverstrekking	17 communicatiestijl	4 aandacht/opvang	2 privacy
15 identificatie	71 factuur	32 andere	

45 facilitaire/technische aspecten

0 infoverstrekking	0 communicatiestijl	7 maaltijden	8 dieetkeuken	1 schoonmaak	10 comfort
9 defecten	1 lawaaihinder	0 signalisatie	0 telefonie	14 parking	0 privacy
10 andere					

97 organisatorische aspecten

4 infoverstrekking	1 communicatiestijl	11 opnameregeling	2 ontslagregeling	9 afsprakenregeling
0 bezoekregeling	23 wachttijden	4 intern transport	12 extern transport	27 verloren voorwerpen
1 roken	14 andere			

2 andere aspecten

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

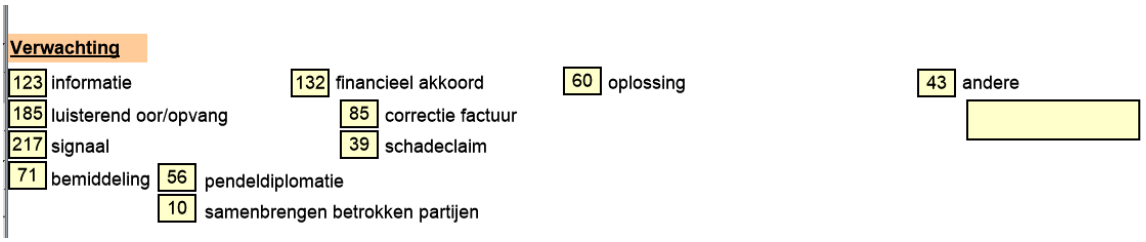
Doorlooptijd afhandeling klacht

78 <= 1dag	70 11-20 dagen	40 31-60 dagen	44 >= 90 dagen
114 2-10 dagen	44 21-30 dagen	16 61-90 dagen	

De meest voorkomende klachten zijn:

- Informatieverstrekking
- Bejegening
- Verzorging
- Factuurbetwistingen

Door gebrek aan informatie zijn de verwachtingen van de klager ook dikwijls ireeel.



Aanbevelingen

- ✓ Duidelijke en correcte informatie, niet alleen over de te volgen weg van de behandeling, maar zeker ook over de kostprijs en de supplementen. Deze informatie dient ook ruimschoots vóór de behandeling te gebeuren zodat pt tijd heeft om dit te laten doordringen.
- ✓ Attitude/bejegening van de zorgbeoefenaars beter opvolgen. Zij moeten pt en zijn klachten ernstig nemen en op zijn minst beleefd blijven.
- ✓ Menselijke aspect wat opvang van pt en zijn familie betreft moet beter. Pt ganse dag op brancard laten liggen in de gang, zonder eten of drinken, zonder uitleg, in afwachting van een bed, zou niet mogen zijn. Psychologische bijstand/opvang, ook organisatorisch bij bvb. slecht nieuws: om te beginnen een ruimte waar men wat privacy heeft om van de eerste schok te bekomen.
- ✓ Psychisch zwakke/zieke mensen aangepaster en empathischer opvangen.
- ✓ Aandacht voor de privacy en persoonlijke spullen van patiënt, wordt veel te nonchalant mee omgesprongen. Ook meer aandacht tegen diefstal.
- ✓ Dringend werk maken van uniformiteit rond het ziekentransport.
- ✓

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

Resultaat tussenkomst ombudsdienst:

Klager: 226 tevreden 15 ontevreden 164 onbekend

Onbekend: impliceert dat patiënt niet expliciet heeft laten weten of hij tevreden is of niet.

De klacht wel afgehandeld of opgelost maar geen feedback van patiënt gekregen.

Ik steek veel tijd in verzoeningspogingen om tot oplossing te komen rond financiële betwistingen (o.a. betwistingen rond supplementen). Dit zou kunnen vermeden worden indien patiënt op voorhand beter zou geïnformeerd geweest zijn. Geregeld verzoeningspogingen met de gerechtsdeurwaarder. Zonder mijn verzoeningspoging zou zeker 95% van de klachten rond deze financiële aspecten niet opgelost worden en nu wordt dit meestal wel opgelost.

Ik merk wel dat men meer en meer informatie geeft maar dan niet altijd op maat van de patiënt. Men checkt niet of patiënt het gesnapt heeft of niet (dikwijls niet dus). Dit zou beter moeten en organisatorisch geregeld. Nu hangt het te veel af van de persoon die men

voor zich heeft.

Met mijn tussenkomst probeer ik eerst en vooral duidelijkheid te verschaffen, het vertrouwen te herstellen en voor beide partijen tot een aanvaardbare oplossing te komen.

Meestal wordt er door de beroepsbeoefenaar positief gereageerd op mijn verzoeningspogingen. Maar zonder mijn tussenkomst zou pt (en soms beroepsbeoefenaar) in de kou, in het ongewisse blijven.

Organisatorisch werd er bvb. een procedure uitgeschreven rond toewijzing van éénpersoonskamer (maar daarom niet ten voordele van patiënt, het financiële aspect voor de organisatie primeert).
Er werd een reorganisatie doorgevoerd rond de werking van de balie facturatiedienst (idem supra).
De stijl van sommige briefwisseling (vanuit facturatiedienst dan vooral) werd op mijn vraag aangepast. Infoborden werden aangepast. Bijkomende infobrochures opgesteld.
Enz.

Bijkomend valt ook de stijging van het aantal meldingen op:

2009	200
2010	181
2011	215
2012	256
2013	233
2014	242
2015	276
2016	319
2017	314
2018	410

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1/1/2018 tem 31/12/2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	azVesalius Zorg met een menselijk gelaat
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 *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	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: • 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” 2017: interne opleidingen GDPR- participatie stuurgroep GDPR
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	2018: algemene vergadering VVOVAZ 2018: intervisie 4/jaar 2018: congres “360° ombudsdienst”

Werkingsterrein 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;…*	Tweeledig: 1. De klachten die betrekking hebben op de patiëntenrechten. 2. Service gerichte klachten wordt intern besproken en zorgen voor kwaliteitsverbetering ✓ We bewegen ons doorheen de gehele organisatie op elk niveau ✓ **FOCUS** ligt op bemiddelen tussen alle partijen. ✓ We behandelen allerhande info-vragen/ dossiers ✓ We informeren en verwijzen door naar alternatieve externe pistes ✓ Begeleiden /informeren 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 • … Zie ook huishoudelijk reglement en werking ombudsdienst www:azvesalius.be
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	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. 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. Adviserende rond naar beleidsmakers van alle departementen binnen de organisatie De ombudspersoon heeft maandelijks overleg met de algemeen directeur.
Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	

- ✓ 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.
- ✓ Ik krijg alle middelen die nodig zijn om mijn job naar behoren te kunnen uitvoeren.

- ✓ Uit de interne jaarrapporten en structurele overlegmomenten met de directie worden actiepunten opgenomen en opgevolgd.
- ✓ We worden jaarlijks uitgenodigd op de raad van bestuur en de hoofdenvergadering om ons jaarverslag persoonlijk te komen toelichten en er is ruimte tot dialoog met alle aanwezigen.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

- ✓ 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. De **focus** ligt op **bemiddeling** en ik probeer steeds de betrokken partijen samen te brengen on zo de dialoog terug tot stand te brengen.
- ✓ 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.
- ✓ Een klacht is een kans op GROEI van kwaliteit, openheid en transparantie !
- ✓ **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.
- ✓ Met alle verantwoordelijken hebben we een persoonlijk overleg waar alle pijnpunten /aanbevelingen over hun verantwoordelijkheidsgebied besproken worden
- ✓ Maandelijks hebben we een structureel overleg met de algemeen directeur 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** 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 owv **complexiteit** = moeilijkheidsgraad), **ofwel gestuurd vanuit hun mutualiteit**

- ➔ Facturen mbt supplementen/niet geconventioneerde artsen/ziekenvervoer.
- ➔ Beschikbaarheid extern ziekenvervoer.
- ➔ Verwachtingen die patiënten hebben op spoedgevallen
- ➔ Moeilijkheden in verschillende communicatiestijlen die gehanteerd worden.

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

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	213
Aantal infodossiers	28
Aantal pro actieve dossiers	24
Aantal opvragingen patiëntendossier	9
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)*	99
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)**	3
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)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

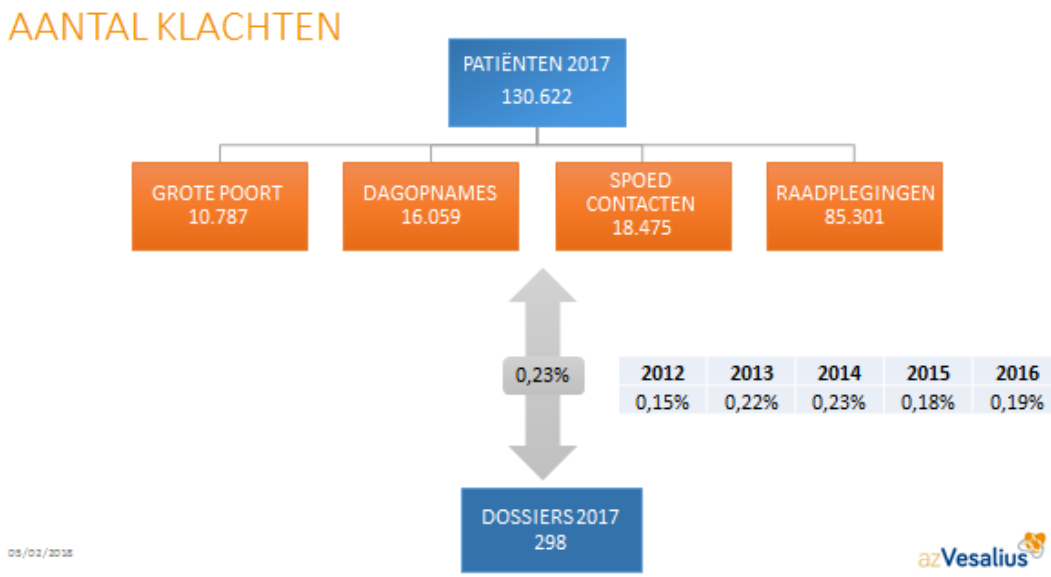
Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

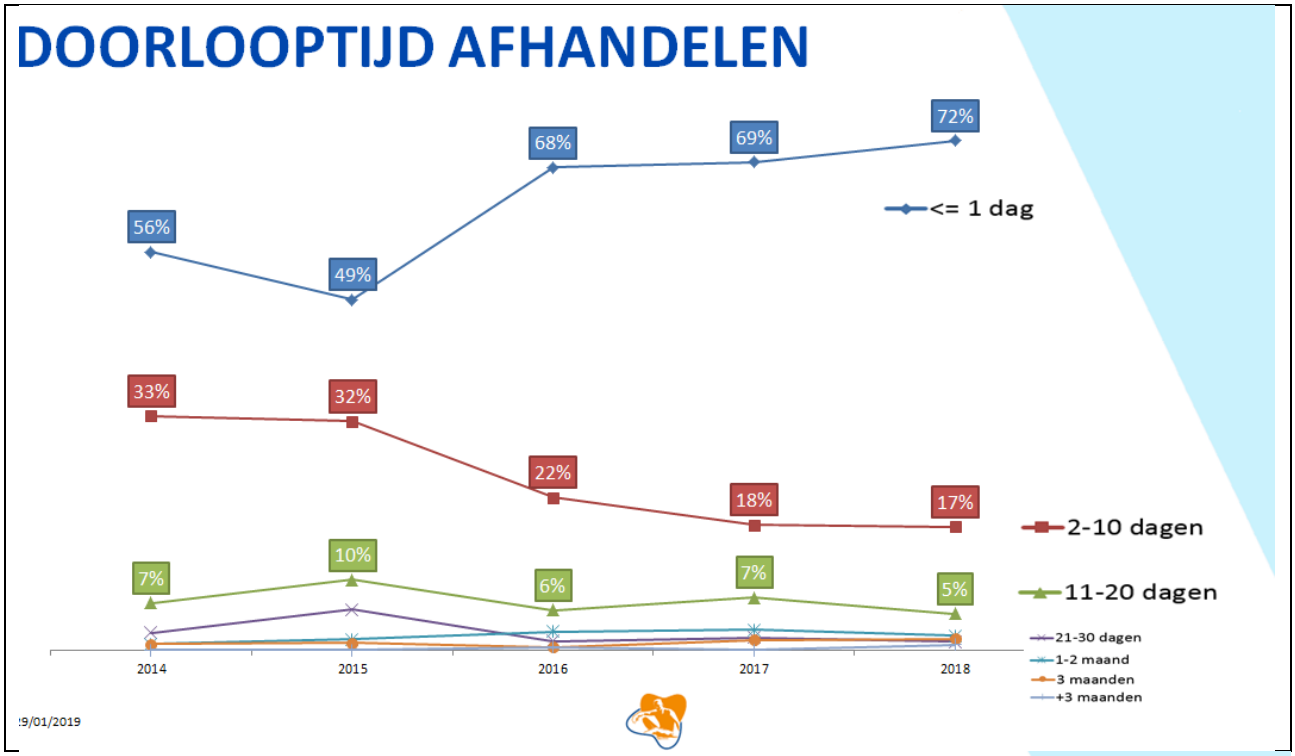
***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → dit omvat:*

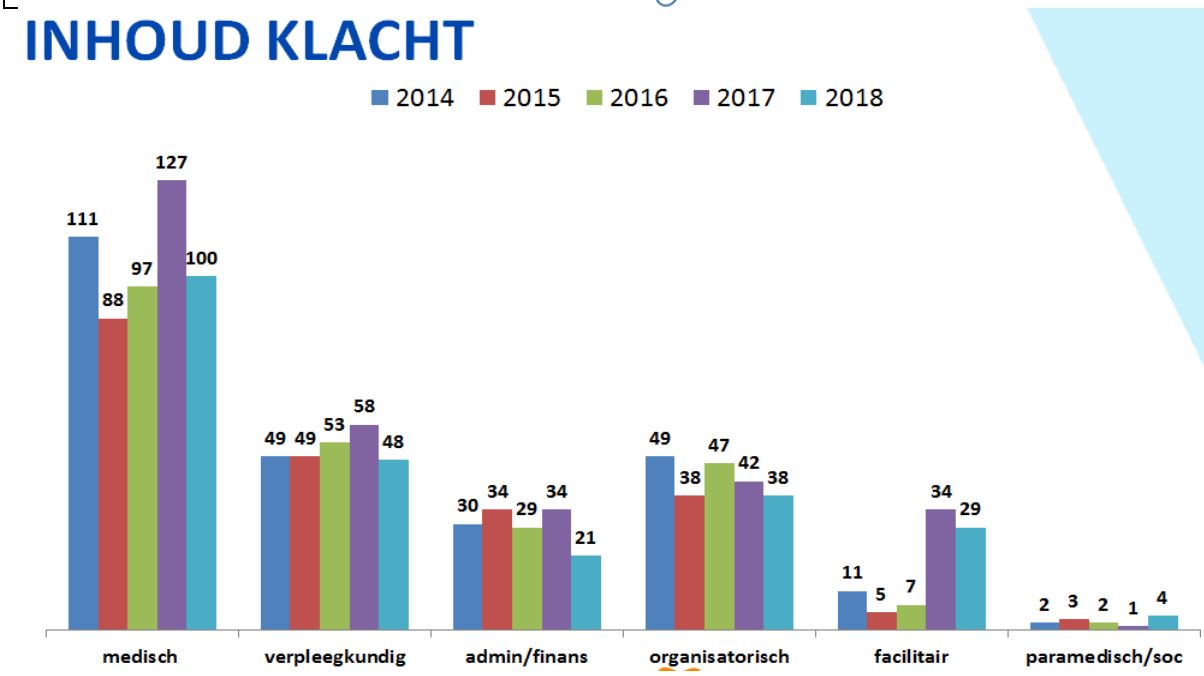
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de 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	155
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	

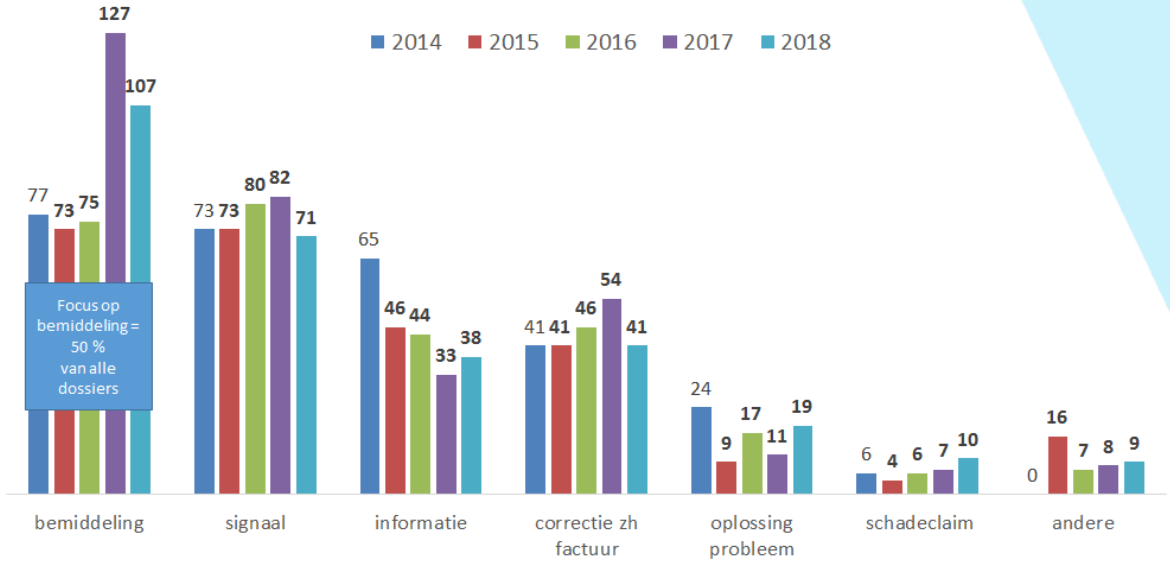


Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;…)

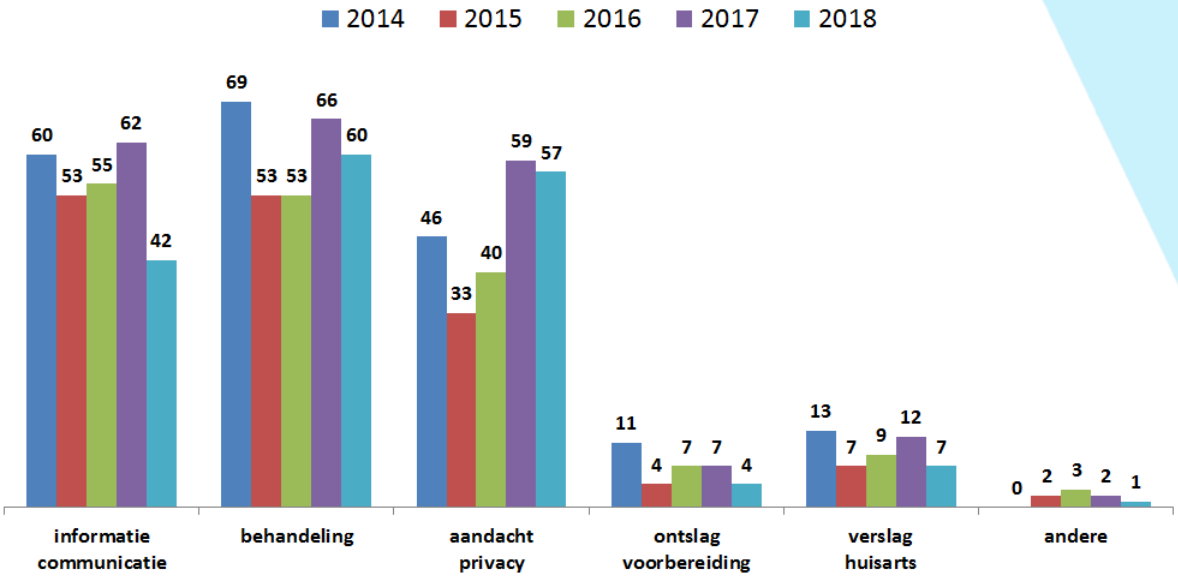

DOORLOOPTIJD AFHANDELEN
56%
49%
68%
69%
72%
<= 1 dag
33%
32%
22%
18%
17%
2-10 dagen
7%
10%
6%
7%
5%
11-20 dagen
21-30 dagen
1-2 maand
3 maanden
+3 maanden
2014
2015
2016
2017
2018
:9/01/2019


INHOUD KLACHT
2014
2015
2016
2017
2018
111
88
97
127
100
49
49
53
58
48
30
34
29
34
21
49
38
47
42
38
11
5
7
34
29
2
3
2
1
4
medisch
verpleegkundig
admin/finans
organisatorisch
facilitair
paramedisch/soc

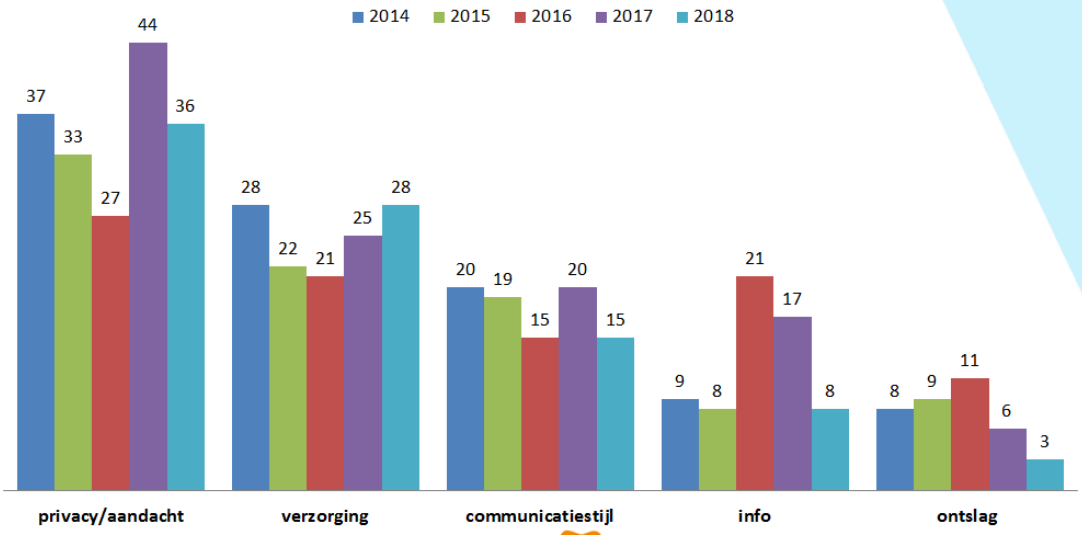
VERWACHTING MELDER



MEDISCHE ASPECTEN



VERPLEEGKUNDIGE ASPECTEN



Aanbevelingen
✓ Informatie en communicatie blijven een moeilijk gegeven: de mondige patiënt die bijna altijd eerst contact op neemt met dr. Google en zich soms meer gedraagt als consument dan als patiënt. Hulpverleners moeten hiermee leren omgaan en het is belangrijk hier voldoende opleidingen voor te voorzien. Hierbij dient er wel rekening te worden gehouden met de continuïteit en het functioneren van de dienst. Medische fouten-complicaties in de zorg: de melders/patiënten hebben het vaak zeer moeilijk met het begrip “complicaties” in de zorg. Wanneer spreek je over een medische fout en wat zijn complicaties. Meer educatie (nationaal) hieromtrent zou welkom zijn. Werken aan duidelijke communicatie en correct noteren in een uniform patiëntendossier. ✓ Rekening houden met patiënten participatie zonder hierbij de privacy van de patiënt uit het oog te verliezen. ✓ Beschikbaarheid extern niet dringend ziekenvervoer. ✓ Wenselijk uniforme benadering van de mutualiteiten.
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.

Jaarrapport Ombudsdienst 2018

Bemiddelingsboek - 1838

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 Inhoud medische aspecten 15
4.6.2 Inhoud verpleegkundige aspecten 16
4.6.3 Inhoud paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten 16
4.6.4 Inhoud administratief financiële aspecten 17
4.6.5 Inhoud facilitaire en technische aspecten 17
4.6.6 Inhoud organisatorische aspecten 18
4.7 BEREIKTE RESULTAAT 19
4.8 CLASSIFICATIE 20

5. AANBEVELINGEN 21

6. BESLUIT 23

Bemiddelingsboek - 1839

1. INLEIDING

Zorginstelling: Ziekenhuis Maas & Kempen
Diestersteenweg 425
3680 Maaseik
Erkenningsnummer: 717
Type: Algemeen ziekenhuis
Naam ombudspersoon: Kim Moors
Registratieperiode: 1.01.2018 - 31.12.2018

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

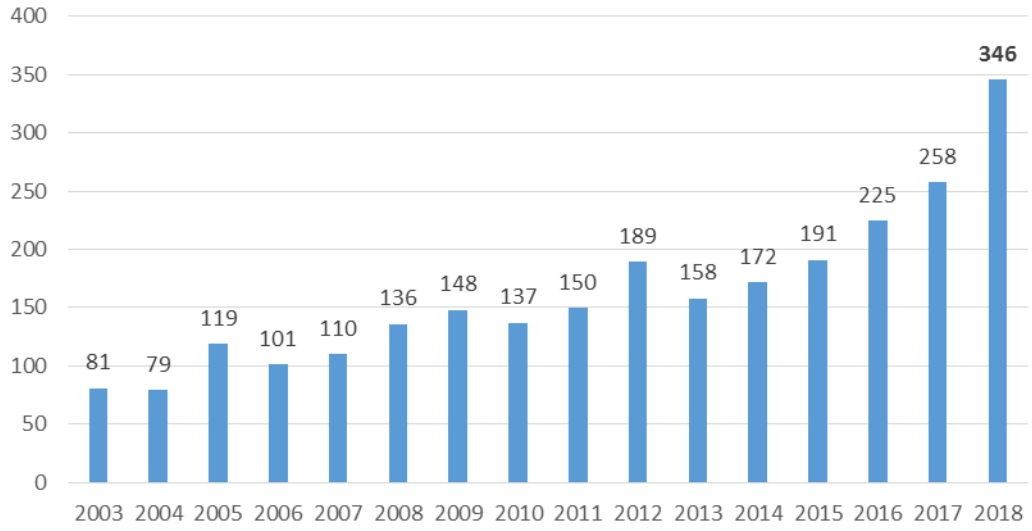
Tabel 1: Overzicht aantal meldingen per jaar in absolute getallen en meldingsratio

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%
2018	**346**	**346/28009 patiënten = 1.24%**

* aanpassing op basis van correctie activiteitsgegevens 2008

Bemiddelingsboek - 1840

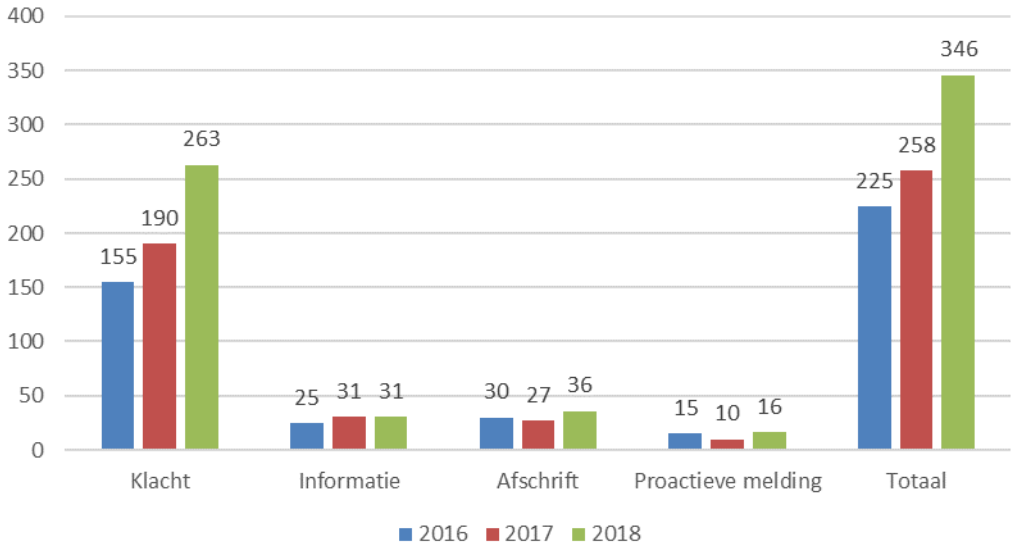
Grafiek 1: Overzicht aantal meldingen per jaar



In 2018 werden in totaal 346 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 88 in vergelijking met 2017.
- Het aantal **klachten** is gestegen van 190 in 2017 naar 263 in 2018.
- Het aantal **vragen** is gelijk gebleven (31).
- Er werd 36 keer een **patiëntendossier** opgevraagd via de ombudsdienst.
- Er werden 16 **proactieve** meldingen gemaakt.

De meldingsratio - het aantal meldingen ten opzichte van de activiteit van de opnames en de dagopnames - is gestegen van naar 1.17 % in 2017 naar 1.24% in 2018.

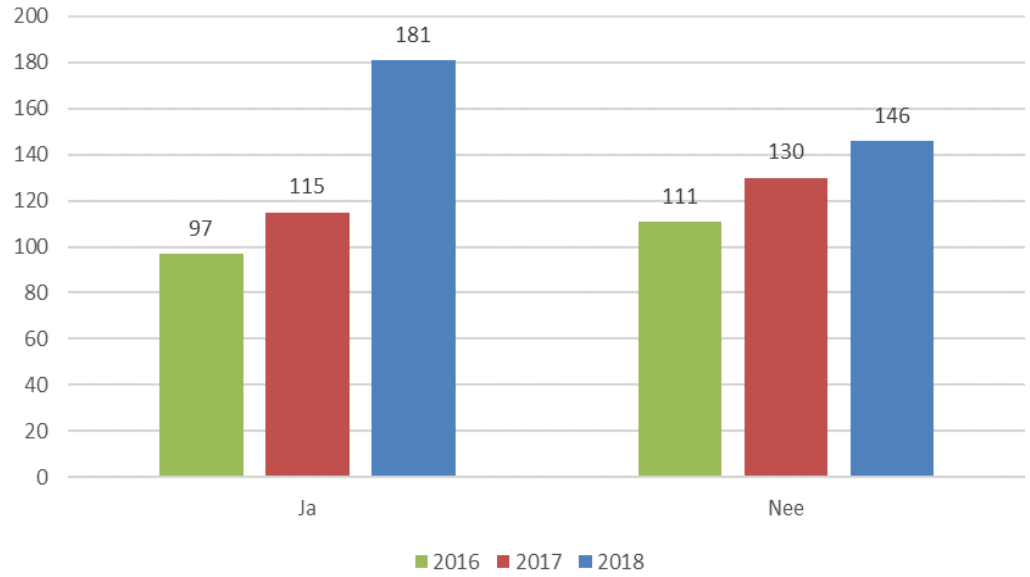
3. ITEMS MET BETREKKING TOT ALLE MELDINGEN

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 aanbrenger

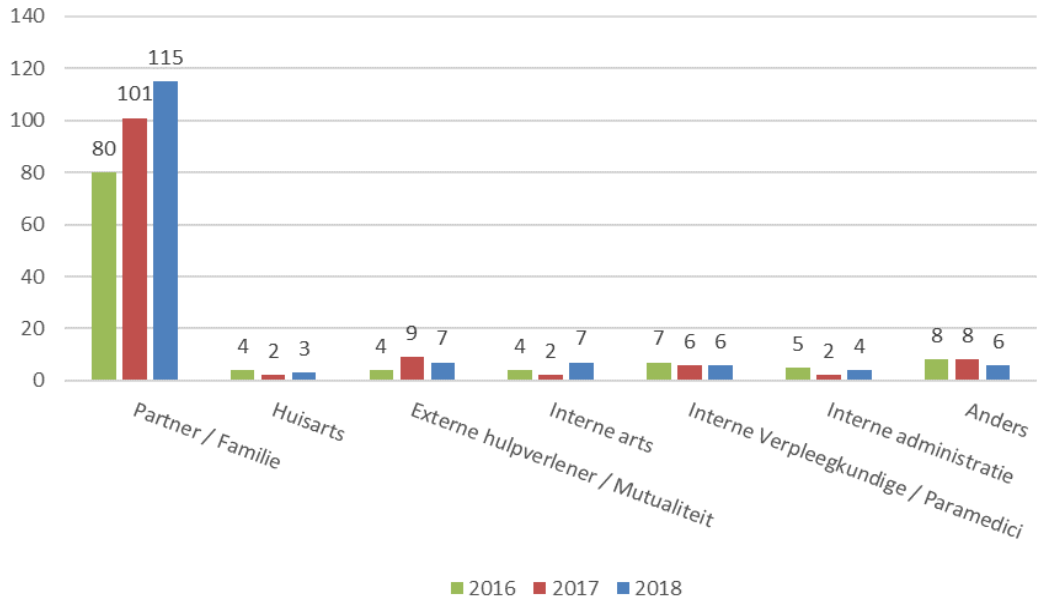
Een klacht of een vraag kan worden geformuleerd door de patiënt zelf, maar ook door familieleden, de huisarts, de mutualiteit, etc. Voor elk dossier werd één keuze bepaald, ook als de klacht door meerdere personen werd aangebracht.

Grafiek 3: Patiënt is Melder/patiënt is niet zelf melder



De patiënt heeft in 181 dossiers zelf de melding gedaan en in 146 gevallen gebeurde de melding door een andere betrokkene.

Grafiek 4: Relatie melder tot patiënt

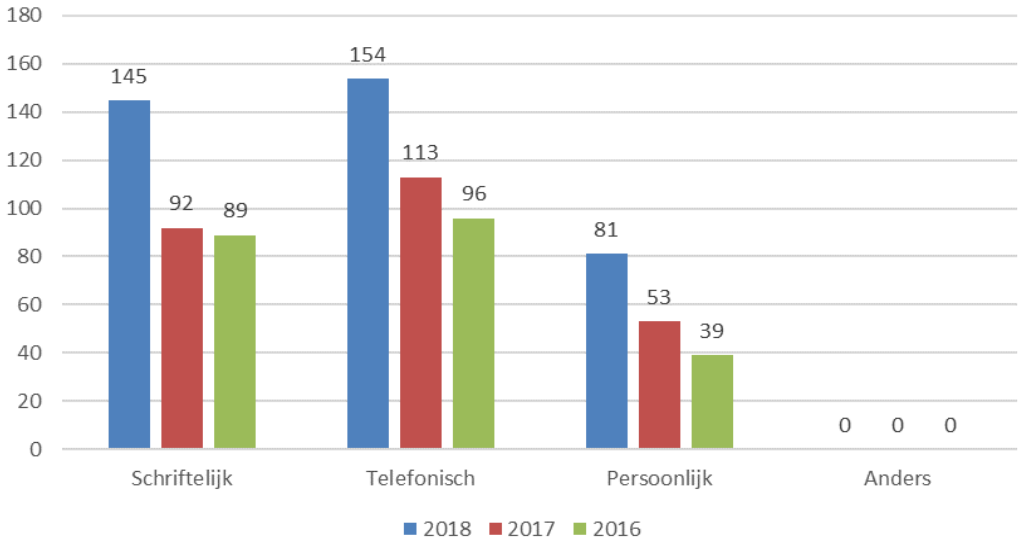


Indien een andere betrokkene een melding formuleerde, ging het meestal over de partner of een familielid.

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

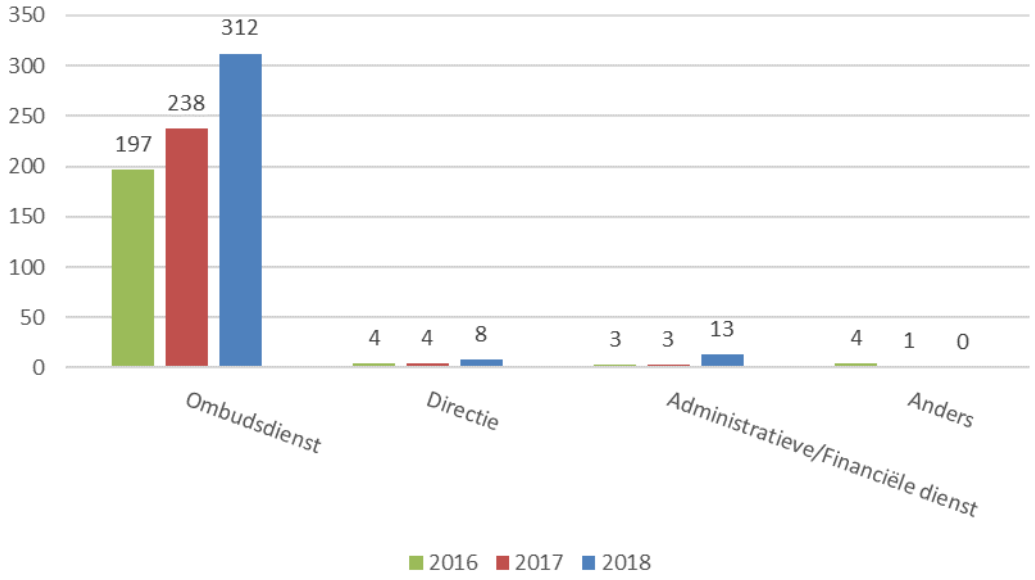


De patiënt of zijn vertegenwoordiger meldde meestal telefonisch of schriftelijk een klacht, gevolgd door persoonlijke gesprekken.

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 aanbrenger van de klacht via verschillende kanalen zijn klacht formuleerde.

Grafiek 6: Melding is gericht aan

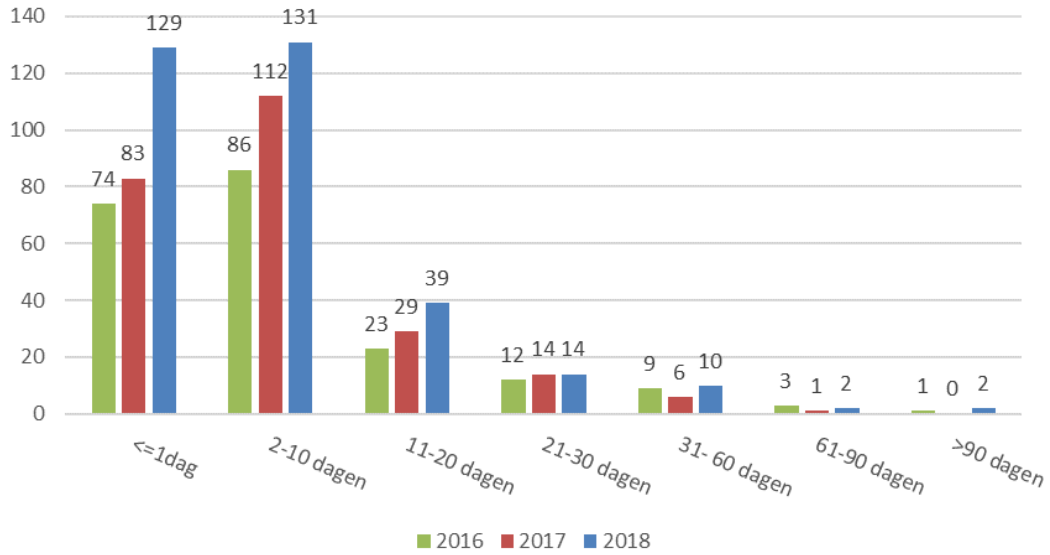


De meeste meldingen worden rechtstreeks aan de ombudsdienst gemeld, hoewel er toch ook een beperkt aantal klachten en vragen over patiëntendossiers zijn die via een andere weg tot bij de ombudsdienst geraken.

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.

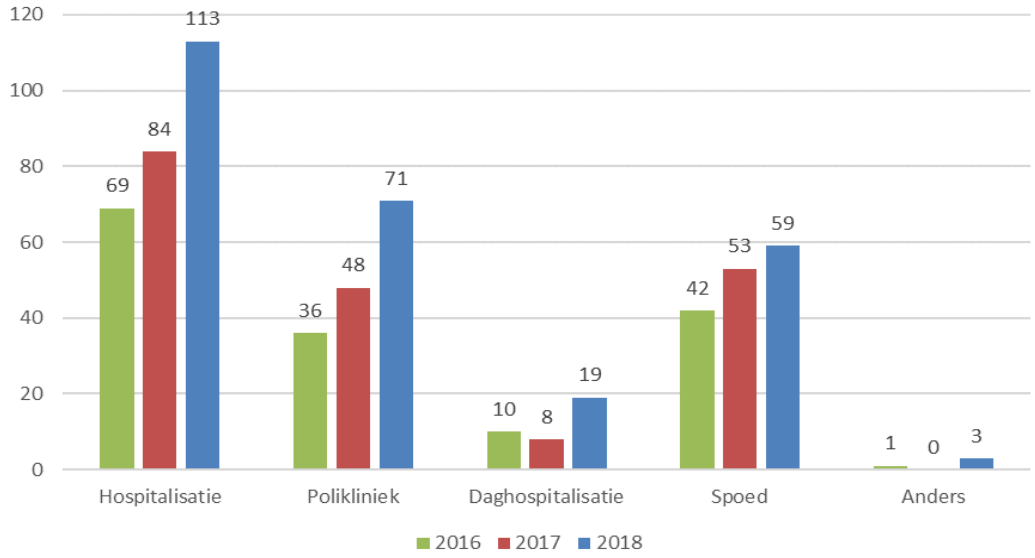
4. ITEMS MET BETREKKING TOT KLACHTEN

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 aanbrenger 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.

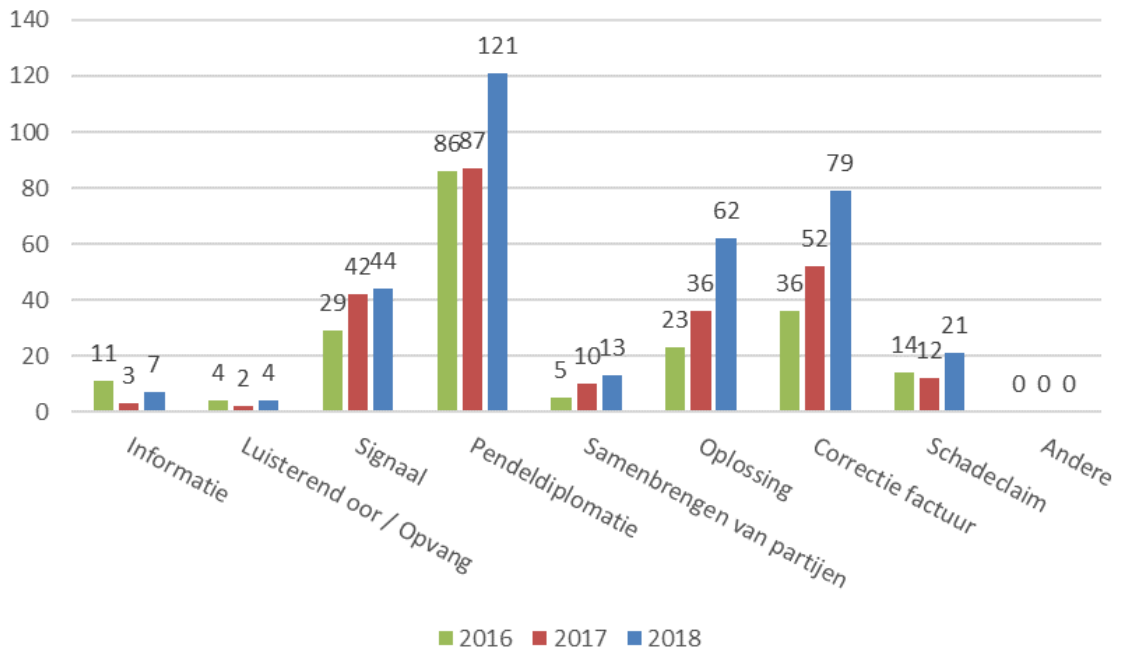
Locatie	Jaar	Aantal klachten	Klachtenratio
Gehospitaliseerde patiënten	2017	84	84/8362 patiënten = 1.01%
	2018	113	113/8834 = 1.28%
Poliklinische patiënten	2017	48	/
	2018	71	/
Daghospitalisaties	2017	8	8/13773 = 0.06%
	2018	19	19/19175 = 0.10%
Spoed	2017	53	53/15456 = 0.34%
	2018	59	59/17206 = 0.34%

De klachtenratio is het hoogst voor gehospitaliseerde patiënten.
De klachtenratio is toegenomen voor gehospitaliseerde patiënten en voor patiënten in daghospitalisatie in vergelijking met 2017.
Voor de spoeddienst is de klachtenratio hetzelfde gebleven in vergelijking met 2017.

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



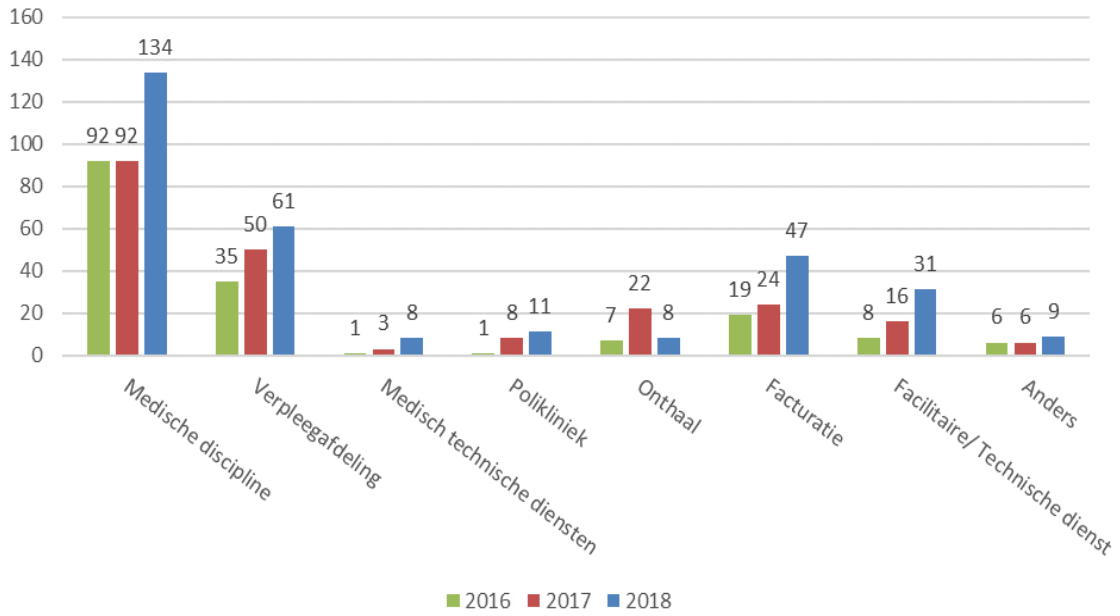
Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Vaak wenst de patiënt dat de ombudsdienst als het ware heen en weer "**pendelt**" tussen de verschillende betrokken partijen, zonder dat een gesprek tussen deze partijen plaatsvindt. In een aantal gevallen worden de verschillende partijen samengebracht voor een **bemiddelingsgesprek**.
- Ook was er dit jaar veel vraag naar **correctie van facturen**.
- Regelmatig verwacht de klager een concrete **oplossing** voor een probleem dat zich stelt. Het gaat meestal om gehospitaliseerde patiënten die zo snel mogelijk een oplossing verwachten.
- Soms 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.
- Steeds vaker verwacht de patiënt een **schadeclaim**, omdat er zijn inziens iets "fout" gelopen is.
- 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



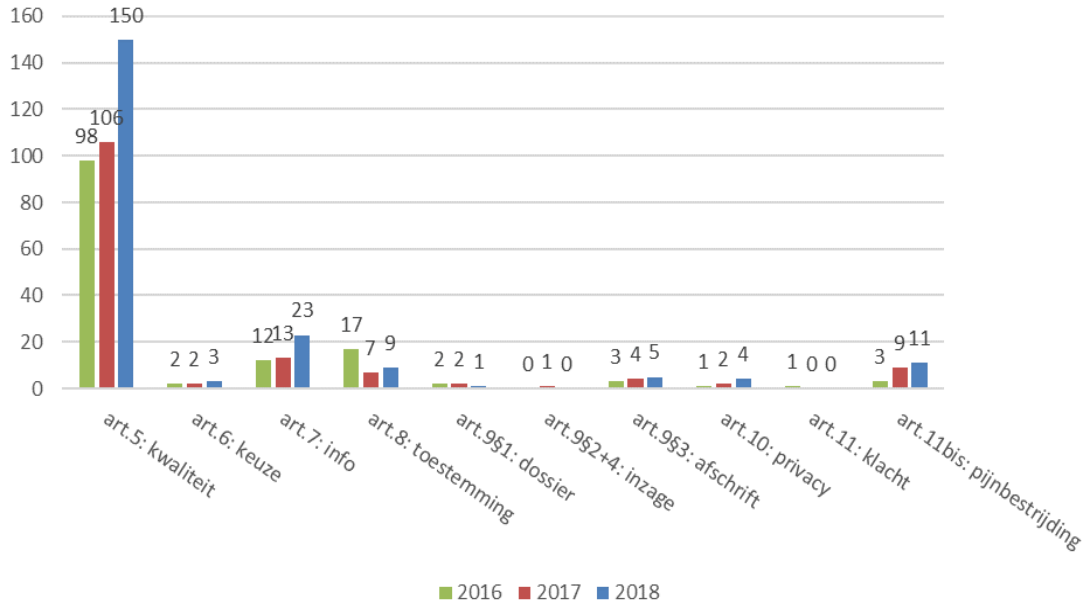
Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- De meeste klachten worden geuit tegenover de medische diensten, gevolgd door de verpleegafdelingen.
- Het aantal medische klachten is gestegen in vergelijking met 2017.
- Het aantal verpleegkundige klachten is gestegen in vergelijking met 2017.
- Het aantal klachten tegenover de facturatiedienst is sterk toegenomen in 2018. Dit kan verklaard worden door het inschakelen van de deurwaarder en het invoeren van een nieuw inningsbeleid, waar patiënten het soms moeilijk mee hebben.
- Het aantal klachten met technische en facilitaire aspecten is opnieuw verdubbeld in 2018. Deze klachten hebben vaak te maken met de hoge kostprijs van de parking en met het niet werken van de parkeerautomaten.
- Het aantal klachten van het onthaal is sterk gedaald in vergelijking met 2017.

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



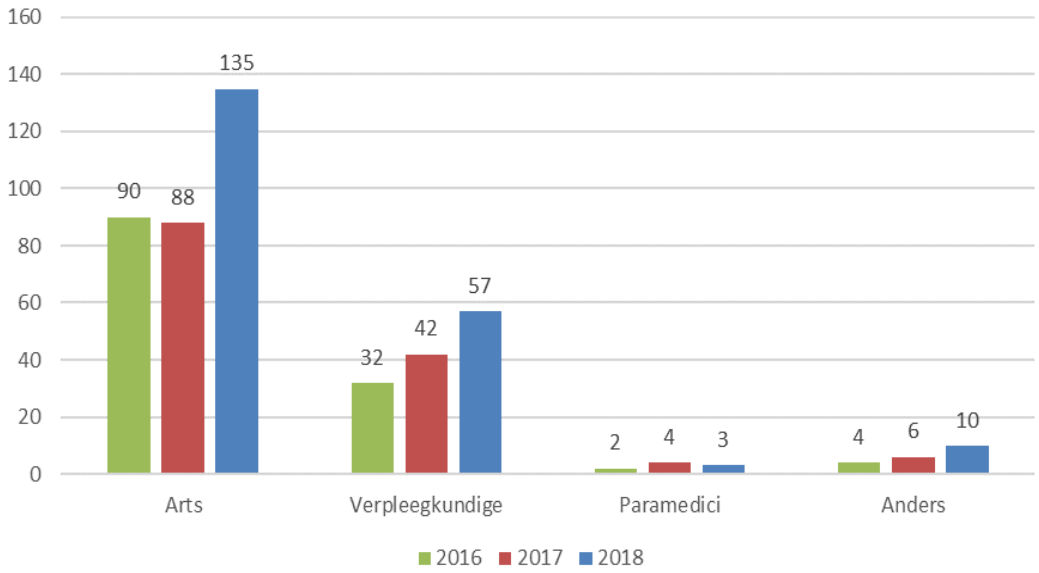
Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- 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 dienstverstrekking.
- Drieëntwintig keer ging het over het recht om geïnformeerd te worden over zijn gezondheidstoestand.
- Elf klachten gingen over het recht op pijnbestrijding.
- Negen klachten handelden over “geïnformeerde toestemming”: elke patiënt heeft voor iedere tussenkomst die de beroepsbeoefenaar doet recht op toelichting, voorafgaande en vrije toestemming (informed consent). Hier kan het ook gaan over een gebrek aan informatie over de kostprijs van een behandeling of ingreep.
- Zes klachten handelden over het recht op het bijhouden, inzage en afschrift van een patiëntendossier.
- Vier klachten gingen over het gebrek aan privacy.
- Drie klachten handelden over de vrije keuze van de beroepsbeoefenaar.

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:

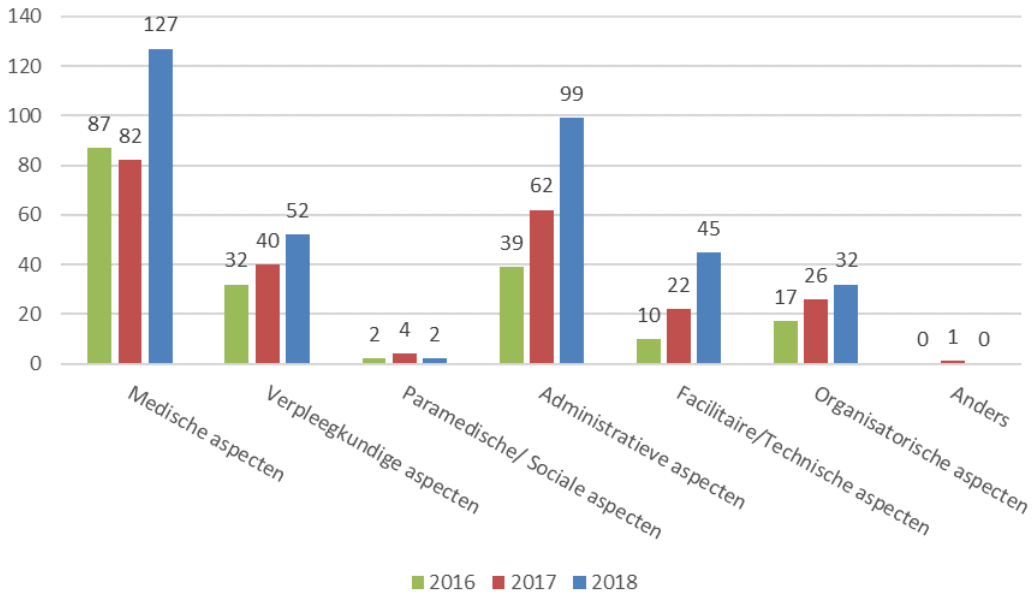
- De meeste klachten werden geuit tegenover artsen, gevolgd door verpleegkundigen.

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

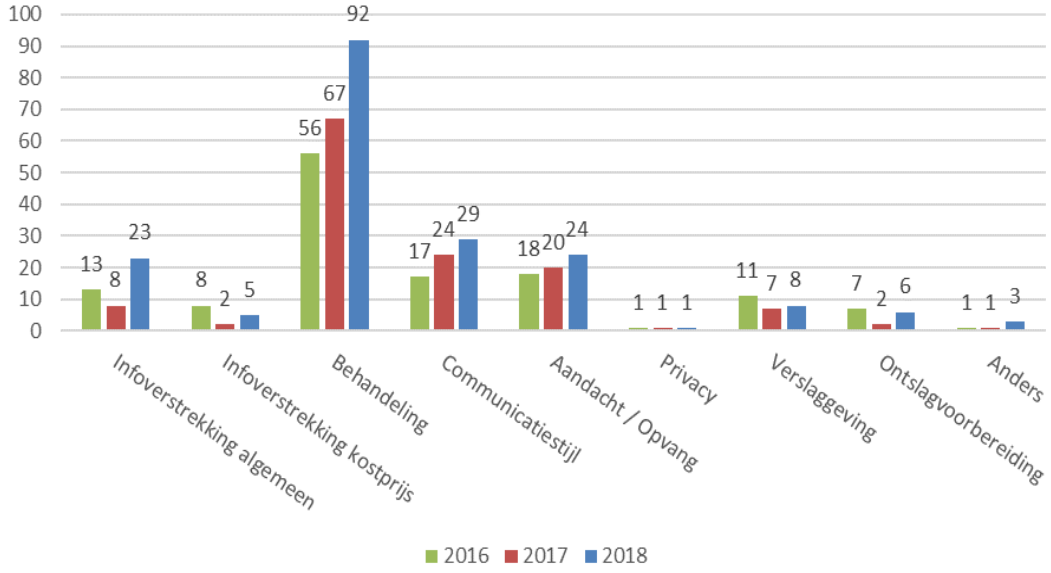


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- De meeste klachten werden geuit omwille van medische aspecten. Het aantal medische aspecten is gestegen in vergelijking met voorgaande jaren.
- 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 voorgaande jaren.
- Het aantal klachten met organisatorische aspecten en facilitair technische aspecten is toegenomen in vergelijking met voorgaande jaren.
- Het aantal klachten met paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten ligt zeer laag.

4.6.1 Inhoud medische aspecten

Grafiek 14: Inhoud medische aspecten

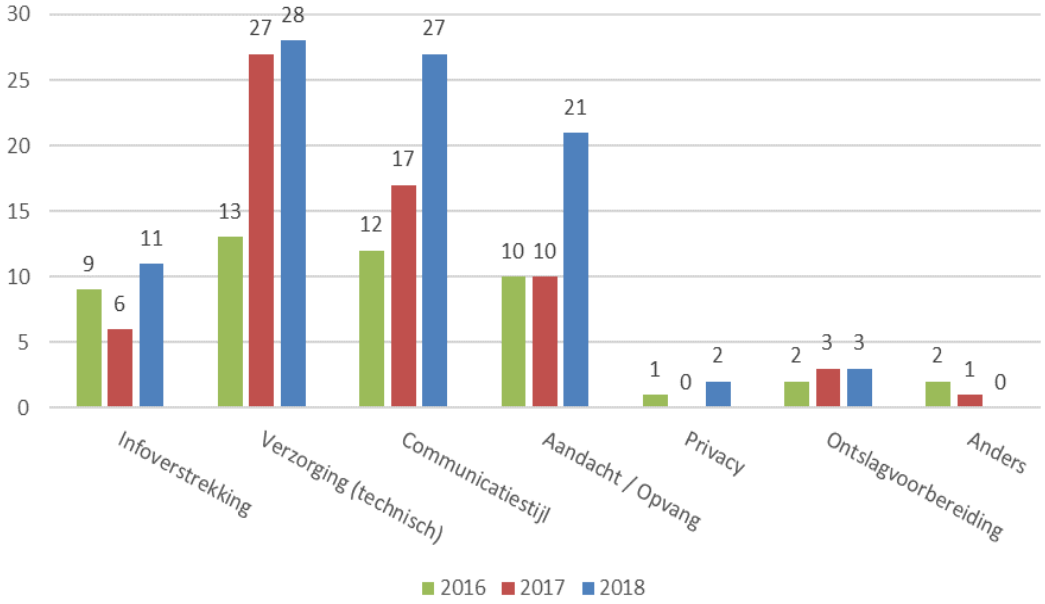


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- 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,…). Vaak kent de patiënt het verschil niet tussen de begrippen "complicatie" en "fout". Regelmatig denkt de patiënt de factuur niet te moeten betalen indien een complicatie is opgetreden. Het is de taak van de arts om de patiënt hierover beter te informeren.
- Meermaals 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

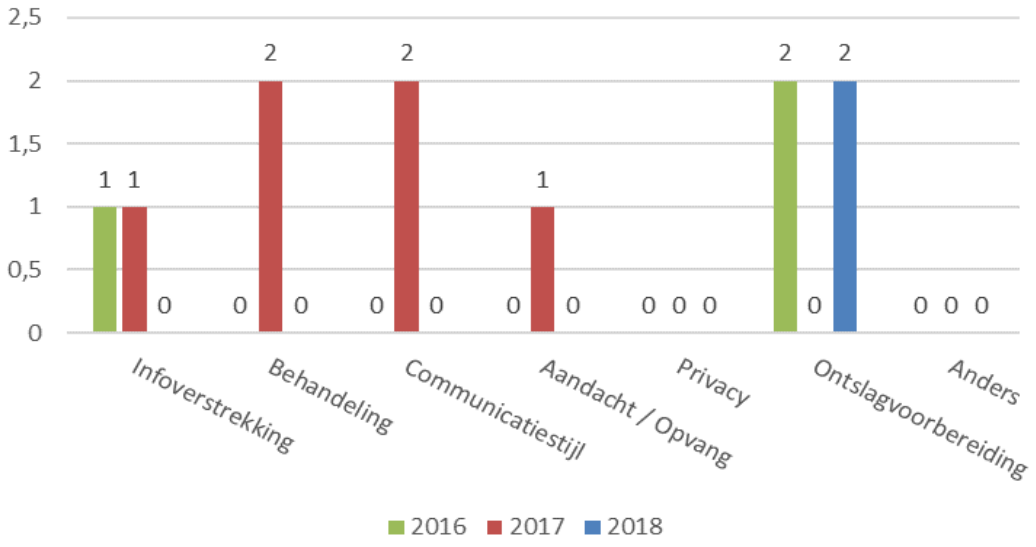


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Veel klachten werden handelden over de kwaliteit van de verzorging.
- Het aantal klachten over de stijl van communiceren en het gebrek aan aandacht is sterk toegenomen.
- Soms was men niet tevreden over de informatieverstrekking en ontslagvoorbereiding.

4.6.3 Inhoud paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten

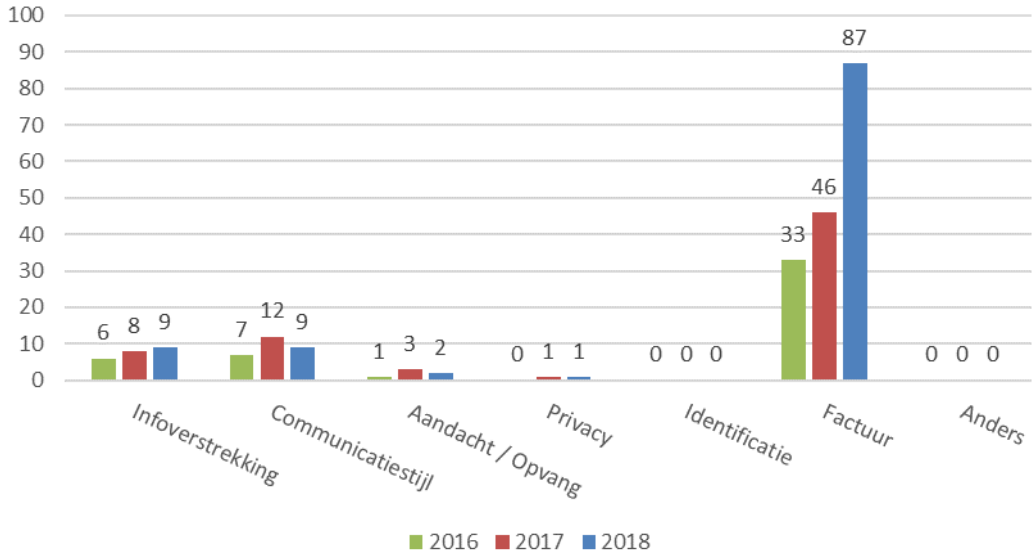
Grafiek 16: Inhoud paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten



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

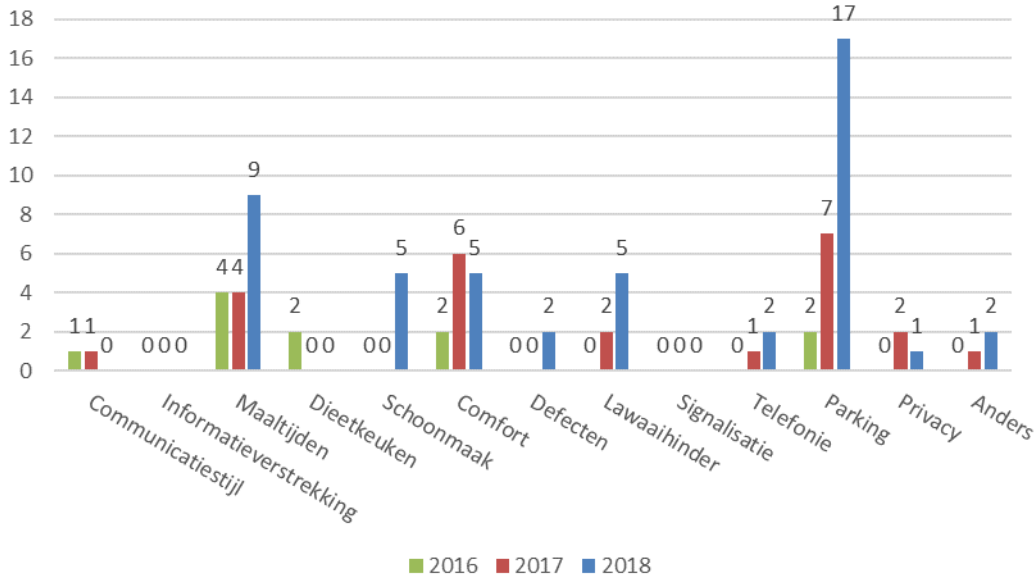


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Er werden opvallend meer klachten met betrekking tot de factuur (of aanmaning) gemeld in 2018.

4.6.5 Inhoud facilitaire en technische aspecten

Grafiek 18: Inhoud facilitaire en technische aspecten

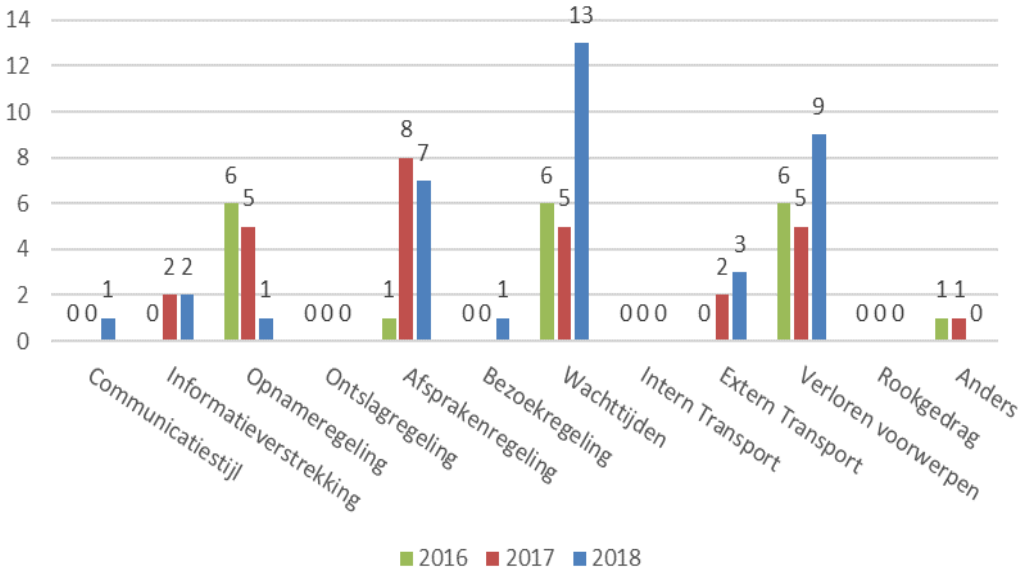


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- De klachten over de parking gingen vaak over de hoge kostprijs en het niet werken van de betaalautomaten.
- De klachten over de maaltijden handelden meermaals over de avondmaaltijden.

4.6.6 Inhoud organisatorische aspecten

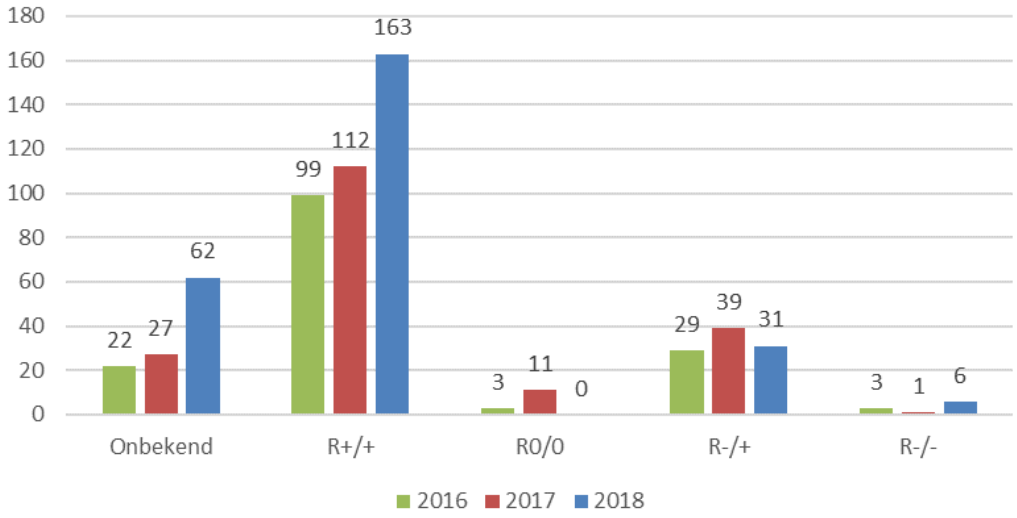
Grafiek 19: Inhoud organisatorische aspecten



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.

Grafiek 20: Resultaat



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

- ***Onbekend:*** het resultaat is onbekend.
- ***R+I+:*** de klagende patiënt of belanghebbende heeft uitdrukkelijk zijn tevredenheid geuit over het resultaat van de klachtafhandeling en over de tussenkomst(en) van de ombudsdienst.
- ***R0I0:*** de klager heeft géén mening geuit over het resultaat van de klachtafhandeling, noch over de tussenkomst(en) van de ombudsdienst.
- ***R-I+:*** de klager uit zijn onvrede over het bereikte resultaat, maar is tevreden over de tussenkomst(en) van de ombudsdienst.
- ***R-I-:*** 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 62 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. Zes maal was de klager niet tevreden over de tussenkomst van de ombudsdienst. Hier oordeelt de ombudsdienst correct te zijn opgetreden.

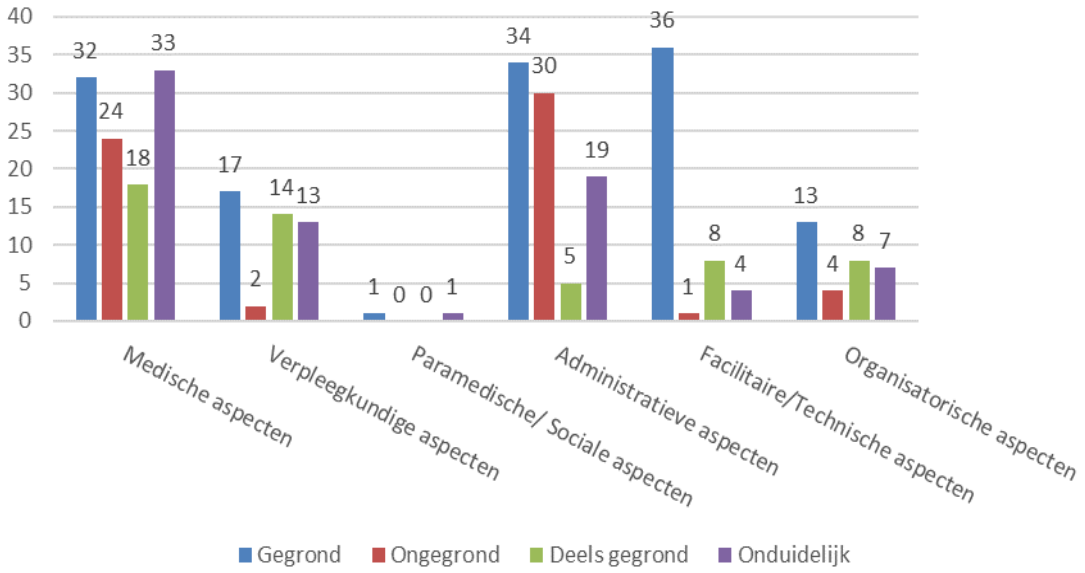
Bemiddelingsboek - 1856

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 als een klacht al dan niet gegrond is. Vaak is het een kwestie van woord tegen wederwoord, waarbij de ombudsdienst geen standpunt kan innemen.

5. AANBEVELINGEN

	OMSCHRIJVING	STATUS EN/OF ACTIEPUNTEN
MEIDSCH	Enkel aanrekenen indien patiënt ook daadwerkelijk gezien werd / onderzoek werd uitgevoerd.	Opnemen in brief hoofdgeneesheer.
	Patiënt steeds inlichten indien consulatie / onderzoek niet kan doorgaan.	Opnemen in brief hoofdgeneesheer.
	Patiënt steeds inlichten indien bepaalde onderzoeken hoge kosten met zich meebrengen.	Teruggekoppeld.
	Sneller protocolleren radiologie zodat spoedarts juiste diagnose kan stellen.	De hoofdgeneesheer neemt dit verder op.
	Dagelijks gaan toeren bij alle patiënten.	Opnemen in brief hoofdgeneesheer.
	Patiënt steeds inlichten alvorens onderzoek uit te voeren (informed consent).	Opnemen in brief hoofdgeneesheer.
	Patiënt informeren omtrent wachttijden helpt om zijn verwachting hieromtrent bij te stellen.	Opnemen in brief hoofdgeneesheer.
	Ouders kinderen laten begeleiden tot aan inductie en bij het ontwaken.	Blijvend aandachtspunt.
	Patiënt heeft steeds recht op afschrift patiëntendossier binnen de 15 dagen.	Blijvend aandachtspunt.
	Positief resultaat drugtest moet bevestigd worden door meer specifieke test indien twijfel.	Protocol labo wordt aangepast.
	Meer aandacht voor communicatiestijl / empathie.	Blijvend aandachtspunt. Sensibiliseren.
	Handhygiëne steeds correct toepassen.	Opnemen in brief hoofdgeneesheer.
SPOED	Artsen: indien nodig steeds contact opnemen met dienst MKA. Bij afwezigheid doorverwijzen naar MKA ZOL.	Opnemen in brief hoofdgeneesheer.
	Artsen: voldoende aandacht aan patiënt schenken: tijd nemen en naar verhaal luisteren.	Teruggekoppeld.
	Artsen: geen informatie meedelen aan patiënten in wachtzaal.	Teruggekoppeld.
	Artsen: patiënt steeds zelf zien en grondig onderzoeken.	Teruggekoppeld.
	Artsen: enkel consult aanrekenen indien patiënt onderzocht werd en verslag werd opgesteld.	Blijvend aandachtspunt.
	Artsen + vpk: meer aandacht voor communicatiestijl / empathie.	Teruggekoppeld. Sensibiliseren.
	Vpk: aandacht voor het opruimen / schoonmaken van box tussen twee patiënten.	Teruggekoppeld.
	Vpk: steeds hulp bieden bij ontvangst patiënt indien slecht te been /pijn/... Rolstoel aanbieden.	Blijvend aandachtspunt.
	Vpk: aandacht voor telefonisch te woord staan van patiënten.	Teruggekoppeld.
	Vpk: ID-kaarten: eenduidig systeem invoeren waardoor ID-kaarten niet meer verloren geraken.	Wordt opgevolgd.
	Vpk: open wonden steeds verzorgen / afdekken.	Teruggekoppeld.

Bemiddelingsboek - 1858

VERPLEEGKUNDIG / PARAMEDISCH	Beloproep steeds beantwoorden. Aandacht voor het sneller beantwoorden van beloproep.	Teruggekoppeld. Controles mogelijk.
	Patiënten informeren indien wachttijd voor ingreep sterk toeneemt.	Teruggekoppeld.
	Aandacht voor privacy bij ontruimen kamer na overlijden. Aandacht voor opvang familie na overlijden.	Teruggekoppeld.
	Steeds doorgeven aan extern patiëntenvervoer indien er ook rolstoel/veel bagage mee moet genomen worden.	Teruggekoppeld.
	Meer aandacht voor communicatiestijl / empathie.	Blijvend aandachtspunt. Sensibiliseren.
	Handhygiëne steeds correct toepassen.	Vorming handhygiëne volgen.
	Familie steeds rechtstreeks inlichten bij ontslag.	Teruggekoppeld.
ADMINISTRATIE F / FINANCIEEL	Debiteuren: aan brief eerste herinnering via deurwaarder toevoegen dat er ingebrekestelling volgt indien betaling niet binnen 14 dagen wordt volbracht.	Werd aangepast.
	Indien patiënt voorschot terugbetaald moet krijgen dient dit duidelijk te zijn voor patiënt. Momenteel is er geen enkele melding wat patiënt dient te doen.	Er zal gekleurde sticker op factuur geplakt worden met informatie hieromtrent.
	Meer aandacht voor communicatiestijl, vriendelijkheid en behulpzaamheid.	Teruggekoppeld. Sensibiliseren.
	Capaciteit telefooncentrale vergroten.	Werd in orde gebracht.
FACILITAIR / TECHNISCH	Lawaaihinder buurtbewoners: geluid stoombevochtigers laten aanpassen door firma.	Werd in orde gebracht.
	Parkeerautomaten steeds van voldoende wisselgeld voorzien.	Teruggekoppeld.
	Controle op respecteren rookvrije zone voor ingang ziekenhuis.	Wordt opgevolgd door vrijwilligers.
	Temperatuursregeling nieuwbouw op punt stellen.	Wordt voortdurend opgevolgd.
	Parkeerautomaat afstellen wat betreft afleveren van meerbeurtenkaarten.	Werd in orde gebracht.
	Aandacht voor temperatuur maaltijden, grootte van de porties en variatie avondmaaltijden.	Opvolging via project voedingscyclus.
DIRECTIE	Geldigheid beurtenkaart parking verlengen naar 3 maanden.	Werd in orde gebracht.
	Prijs verloren parkeerticket (€7) aanpassen naar maximaal dagtarief (€4).	Werd in orde gebracht.
	Kostprijs parking verlagen.	Invoering weekabonnement voor €10.
	Terugroepen schoonmaak om kamers te poetsen bij beddendruk.	Teruggekoppeld.

6. BESLUIT

Er werd dit jaar veel beroep op de ombudsdienst gedaan als een neutrale plek waar de patiënt zijn verhaal kwijt kan, zonder dat dit nadelige gevolgen heeft. De patiënt, die steeds mondiger wordt, blijft kennelijk toch op zijn hoede om zijn mening rechtstreeks naar de zorgverlener te uiten, omdat hij niet wil gezien worden als 'lastige patiënt'. Vaak wacht de patiënt dan ook tot na zijn opname om een klacht te melden.
Ook is lang niet elke patiënt verbaal even sterk en verwacht men dat ombudsdienst hierin hulp kan bieden.

Een klacht moet gezien worden als een 'wegwijzer', als een melding van het feit dat een verwachting niet werd ingelost. Het is een efficiënte vorm van informatie om erachter te komen wat patiënten verwachten. Belangrijk is dat men openstaat om samen klachten te behandelen en deze als kans te benutten om het eigen functioneren in vraag te stellen en zo nodig te corrigeren.
Een correct behandelde klacht zorgt voor klantenbinding en biedt mogelijkheden om het vertrouwen te herstellen. Klachtenbehandeling geeft de kans om misverstanden uit de weg te ruimen en juiste informatie te verstrekken.

Samenvattend voor 2018 kunnen we stellen dat:

- In totaal 346 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.

Bemiddelingsboek - 1860

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Mariaziekenhuis vzw
Adres	Maesensveld 1 3900 Pelt
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	719
Type (AZ, UZ, PZ,…)	AZ
Aantal bedden	349
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Martens Luc
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/04/2019
Bestaffing	0.5 FTE

Bemiddelingsboek - 1861

Lokalisatie dienst	Maesensveld 1 3900 Pelt Lokaal ombudsdienst in blok B, 3° verdieping
Registratiesysteem	VVOVAZ
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Website van het ziekenhuis , ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Cursus bemiddeling MEDIV start januari 2019
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	VVOVAZ-Verschillende bijscholingen en update wetgeving via de beroepsvereniging
Werkingsterrein 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;…*	De focus ligt op bemiddeling tussen partijen die zorg vragen en zorg aanbieden. De ombudsdienst geeft informatie/ verduidelijking over een aantal aspecten zoals de rechten van de patiënt, geeft info en verwijst naar alternatieve externe pistes. De ombudsfunctie doet ook begeleiding van aanvragen voor afschriften en inzage van het patiëntendossier. Formuleert adviezen ter verbetering, Geeft vorming aan nieuwe medewerkers en op vraag, Geeft adviezen/info/educatie aan interne hulpverleners

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Meldingen worden schriftelijk via brief, mail of meldingsformulier overgemaakt, maar ook persoonlijk of telefonisch. De ombudsdienst neemt contact op met de melder en vraagt naar zijn/haar verwachtingen. Indien gevraagd neemt hij contact met voorwerp van de klacht, koppelt terug naar de melder en bemiddelt indien geen tevredenheid.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
Er is een algemeen meldpunt voor klachten (mailadres en brievenbus) Klachten die via het infokanaal of directie binnenkomen worden aan de ombudsdienst doorgegeven. Alle middelen en infrastructuur zijn beschikbaar om de job uit te voeren. Er is een positief beleid, waarbij er gestreefd wordt om toenadering te zoeken tussen patiënten/families en medewerkers. Indien de melder het toestaat wordt de melding steeds gericht naar de betrokken persoon of personen. De ombudsdienst kan aanbevelingen formuleren en blijft desnoods aandringen om een antwoord/oplossing te kunnen formuleren naar melder.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Neemt altijd contact via telefoon of mail (indien men kiest om gegevens achter te laten) omwille van verduidelijking, verwachtingen. En dit zo snel mogelijk (de dag zelf of eerstvolgende werkdag.) Stimuleert rechtstreekse dialoog: aanpakken van de klachten, daar waar ze zijn ontstaan. Neemt na akkoord rechtstreeks contact op met de betrokken personen Hij koppelt de resultaten terug naar de melder. Van elke melding wordt een registratie gemaakt, deze worden trimestrieel aan de verschillende departementen op een anonieme wijze gecommuniceerd.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;)
Indien het gewenste resultaat onvoldoende is vraag ik tussenkomst van het departementeel hoofd. Het aantal klachten (**+ 57**) en info/advies dossiers (**+64**) is tov voorgaande jaren gestegen. Tevredenheid over de afhandeling/bemiddeling:

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	**487**
Aantal infodossiers	**68**

Aantal pro actieve dossiers	Nog geen registratie, zal geïntegreerd worden in 2019
Aantal opvragingen patiëntendossier	**24** patiënten hebben via de ombudsdienst een aanvraag voor afschrift patiëntendossier ingediend. Hierin werd enerzijds gevraagd voor bemiddeling en anderzijds info met betrekking tot de aanvraagprocedure.
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 opdrachten, vorming, …) ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	**155**
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	**9**
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	**103**
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)	**4**
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	**0**
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	**24**
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	**24**
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	**0**
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	**9**

Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

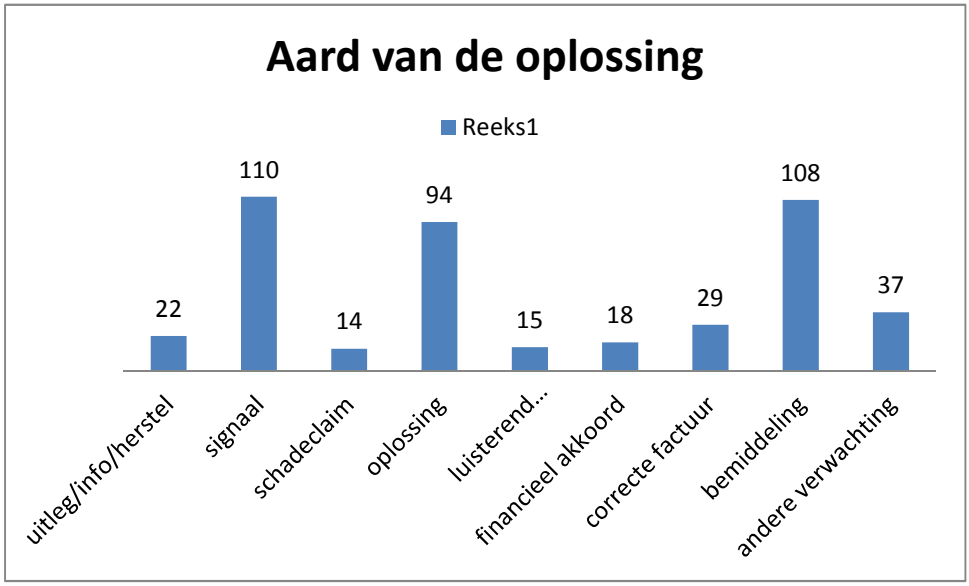
***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → dit omvat:*

- *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	**143**
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Klachtenaspecten naast de patiëntenrechtenwet: **220** aspecten Verdeelt over: - Administr-financ.: **56** - Facilitair-technisch: **46** - Organisatorisch: **102** - Andere functies: **16**	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;…)	
Meest voorkomende klachten: - Bejegening - Behandeling/verzorging - Informatieverstrekking - Wachttijden - Factuurbetwistingen (vaak het gevolg van de eerste items)	

Behandeltijd in aantallen, verdeeld in intervallen van 3 dagen		
Behandeltijd maximaal 3 dagen	281	68%
Behandeltijd van 4 tot 6 dagen	48	12%
Behandeltijd van 7 tot 9 dagen	22	5%
Behandeltijd van 10 tot 12 dagen	11	3%
Behandeltijd van 13 tot 15 dagen	13	3%
Behandeltijd van 16 tot 18 dagen	2	2%
Behandeltijd van 19 tot 21 dagen	9	2%
Behandeltijd meer dan 21 dagen	29	7%

Aard van de afhandeling van de ombudsdossiers in 2018:



Opm.: - een melding kan meerdere items ivm de afhandeling bevatten.
- In 40% van de klachten over facturatie werd deze aangepast na bemiddeling

Aanbevelingen
✓ Het aantal contacten t.o.v. 2017 zijn toegenomen, ✓ Meest voorkomende klachten gaan over bejegening, behandeling/verzorging, informatieverstrekking, de wachttijden. ✓ Communicatie/bejegening: inzet op training conflicthantering, training empathisch luisteren, training bemiddeling, reeds aanvangen in de opleidingen… ✓ Verbeteren van welzijn op het werk (tijd om ook meer mondelinge informatie en toelichting te geven.) ✓ Informatieverstrekking aan patiënten en externen bevorderen zoals verder uitbouwen van teachingclasses , patiëntengroepen betrekken in verband met beleid (patiënt empowerment), ✓ Informatie over gebruik/omschrijving van de spoedgevallendiensten.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (*vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?)*:
Door middel van verbeterdoelen wordt aan de aanbevelingen tegemoet gekomen, al dan niet tot op afdelingsniveau.. De ombudsfunctie is opgenomen in de vormingsweken van de nieuwe medewerkers, om zowel de werking van de ombudsdienst, de rechten van de patiënt als een aantal belangrijke procedures kenbaar te maken aan nieuwe medewerkers en aan alle medewerkers die zich ingeschreven hebben in de vormingsweken. Samen met de DPO worden infosessies gegeven over de privacy en rechten van de patiënt.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Mariaziekenhuis vzw
Adres	Maesensveld 1 3900 Pelt
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	719
Type (AZ, UZ, PZ,…)	AZ
Aantal bedden	349
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Martens Luc
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/04/2019
Bestaffing	0.5 FTE

Lokalisatie dienst	Maesensveld 1 3900 Pelt Lokaal ombudsdienst in blok B, 3° verdieping
Registratiesysteem	VVOVAZ
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Website van het ziekenhuis , ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Cursus bemiddeling MEDIV start januari 2019
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	VVOVAZ-Verschillende bijscholingen en update wetgeving via de beroepsvereniging
Werkingsterrein 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;…*	De focus ligt op bemiddeling tussen partijen die zorg vragen en zorg aanbieden. De ombudsdienst geeft informatie/ verduidelijking over een aantal aspecten zoals de rechten van de patiënt, geeft info en verwijst naar alternatieve externe pistes. De ombudsfunctie doet ook begeleiding van aanvragen voor afschriften en inzage van het patiëntendossier. Formuleert adviezen ter verbetering, Geeft vorming aan nieuwe medewerkers en op vraag, Geeft adviezen/info/educatie aan interne hulpverleners

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Meldingen worden schriftelijk via brief, mail of meldingsformulier overgemaakt, maar ook persoonlijk of telefonisch. De ombudsdienst neemt contact op met de melder en vraagt naar zijn/haar verwachtingen. Indien gevraagd neemt hij contact met voorwerp van de klacht, koppelt terug naar de melder en bemiddelt indien geen tevredenheid.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
Er is een algemeen meldpunt voor klachten (mailadres en brievenbus) Klachten die via het infokanaal of directie binnenkomen worden aan de ombudsdienst doorgegeven. Alle middelen en infrastructuur zijn beschikbaar om de job uit te voeren. Er is een positief beleid, waarbij er gestreefd wordt om toenadering te zoeken tussen patiënten/families en medewerkers. Indien de melder het toestaat wordt de melding steeds gericht naar de betrokken persoon of personen. De ombudsdienst kan aanbevelingen formuleren en blijft desnoods aandringen om een antwoord/oplossing te kunnen formuleren naar melder.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Neemt altijd contact via telefoon of mail (indien men kiest om gegevens achter te laten) omwille van verduidelijking, verwachtingen. En dit zo snel mogelijk (de dag zelf of eerstvolgende werkdag.) Stimuleert rechtstreekse dialoog: aanpakken van de klachten, daar waar ze zijn ontstaan. Neemt na akkoord rechtstreeks contact op met de betrokken personen Hij koppelt de resultaten terug naar de melder. Van elke melding wordt een registratie gemaakt, deze worden trimestrieel aan de verschillende departementen op een anonieme wijze gecommuniceerd.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;)
Indien het gewenste resultaat onvoldoende is vraag ik tussenkomst van het departementeel hoofd. Het aantal klachten (**+ 57**) en info/advies dossiers (**+64**) is tov voorgaande jaren gestegen. Tevredenheid over de afhandeling/bemiddeling:

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	**487**
Aantal infodossiers	**68**

Aantal pro actieve dossiers	Nog geen registratie, zal geïntegreerd worden in 2019
Aantal opvragingen patiëntendossier	**24** patiënten hebben via de ombudsdienst een aanvraag voor afschrift patiëntendossier ingediend. Hierin werd enerzijds gevraagd voor bemiddeling en anderzijds info met betrekking tot de aanvraagprocedure.
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 opdrachten, vorming, …) ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	**155**
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	**9**
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	**103**
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)	**4**
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	**0**
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	**24**
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	**24**
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	**0**
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	**9**

Rechten van de patiënt:

**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → 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)).*

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	**143**

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

Klachtenaspecten naast de patiëntenrechtenwet: **220** aspecten
Verdeelt over:

- Administr-financ.: **56**
- Facilitair-technisch: **46**
- Organisatorisch: **102**
- Andere functies: **16**

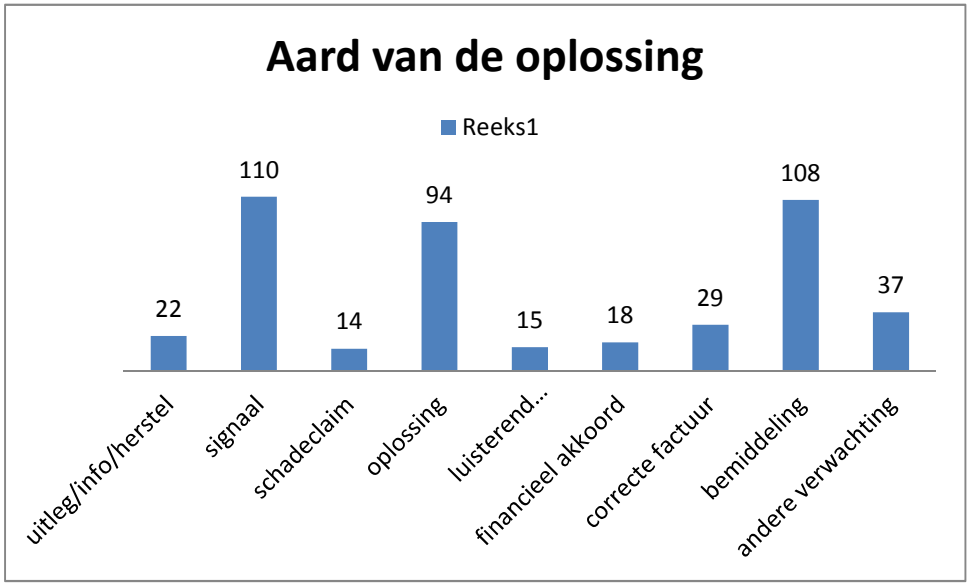
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;…)

Meest voorkomende klachten:

- Bejegening
- Behandeling/verzorging
- Informatieverstrekking
- Wachttijden
- Factuurbetwistingen (vaak het gevolg van de eerste items)

Behandeltijd in aantallen, verdeeld in intervallen van 3 dagen		
Behandeltijd maximaal 3 dagen	281	68%
Behandeltijd van 4 tot 6 dagen	48	12%
Behandeltijd van 7 tot 9 dagen	22	5%
Behandeltijd van 10 tot 12 dagen	11	3%
Behandeltijd van 13 tot 15 dagen	13	3%
Behandeltijd van 16 tot 18 dagen	2	2%
Behandeltijd van 19 tot 21 dagen	9	2%
Behandeltijd meer dan 21 dagen	29	7%

Aard van de afhandeling van de ombudsdossiers in 2018:



Opm.: - een melding kan meerdere items ivm de afhandeling bevatten.
- In 40% van de klachten over facturatie werd deze aangepast na bemiddeling

Aanbevelingen
✓ Het aantal contacten t.o.v. 2017 zijn toegenomen, ✓ Meest voorkomende klachten gaan over bejegening, behandeling/verzorging, informatieverstrekking, de wachttijden. ✓ Communicatie/bejegening: inzet op training conflicthantering, training empathisch luisteren, training bemiddeling, reeds aanvangen in de opleidingen… ✓ Verbeteren van welzijn op het werk (tijd om ook meer mondelinge informatie en toelichting te geven.) ✓ Informatieverstrekking aan patiënten en externen bevorderen zoals verder uitbouwen van teachingclasses , patiëntengroepen betrekken in verband met beleid (patiënt empowerment), ✓ Informatie over gebruik/omschrijving van de spoedgevallendiensten.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (*vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?)*:
Door middel van verbeterdoelen wordt aan de aanbevelingen tegemoet gekomen, al dan niet tot op afdelingsniveau.. De ombudsfunctie is opgenomen in de vormingsweken van de nieuwe medewerkers, om zowel de werking van de ombudsdienst, de rechten van de patiënt als een aantal belangrijke procedures kenbaar te maken aan nieuwe medewerkers en aan alle medewerkers die zich ingeschreven hebben in de vormingsweken. Samen met de DPO worden infosessies gegeven over de privacy en rechten van de patiënt.

P.C. Dr. Guislain

Gent

van 1 januari tot 31 december 2018

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

psychiatrisch ziekenhuis

psychiatrisch verzorgingstehuis

Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain

Gent

periode van 1 januari tot 31 december 2018

Niki Vervaeke
Chantal Van Moerkerke
Ombudspersonen
PopovGGZ vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 1883

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

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
website: www.ombudsfunctieggz.be
rekening: 445-3550331-01

INHOUD

1. INLEIDING 5

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE 7

3. AANMELDINGEN 10

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN 34

5. BESLUITEN 40

6. PRAKTISCHE INFORMATIE 42

7. BIJLAGE: OMBUDSPERSONEN TEWERKGESTELD BIJ POPOVGGZ VZW 45

Bemiddelingsboek - 1885

Bemiddelingsboek - 1886

1.INLEIDING

Dit is het twaalfde jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg.

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.

Tot 2006 werd het jaarverslag, volgens het model uitgewerkt door het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie *(IPSOF),* door de ombudspersoon aan de directie van de voorziening bezorgd, met de vraag het zelf over te maken aan de Federale Commissie "Rechten van de patiënt".

Vanaf 2007 tot en met 2014 voorzag de Federale Commissie een eigen model, zowel voor een aantal minimale registratiegegevens als voor een aantal bemerkingen op de ombudspraktijk. Deze gegevens werden in die periode rechtstreeks door de ombudspersoon via internet overgemaakt aan de Federale Commissie. Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid aan de gewesten. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie “Rechten van de patiënt” moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid.

Vanaf 2017 dienen alle individuele jaarverslagen integraal te worden ingediend bij de Vlaamse Ombudsman.

Om de continuïteit te verzekeren, vindt u onder **C. Inhoud van de aanmelding** een overzicht van de minimale registratiegegevens volgens de strikte interpretatie van de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002.

Tussen het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg en het psychiatrisch centrum werd een overeenkomst gesloten. Ook werd een huishoudelijk reglement uitgewerkt en ondertekend.
Hierin wordt ook verwezen naar de visietekst en de gedragscode die richtinggevend zijn voor de praktijk.

Deze teksten vindt u bij "documentatie & informatie" op www.ombudsfunctieggz.be.

Bemiddelingsboek - 1887

In het **tweede hoofdstuk** sommen we enkele kenmerken van het psychiatrisch ziekenhuis op en staan we stil bij de manier waarop aan de externe ombudsfunctie vorm werd gegeven.

Het **derde hoofdstuk** biedt een overzicht van de aanmeldingen. We kiezen bewust voor de term "aanmeldingen". Soms gaat het over een gewone vraag om informatie, soms wil men gewoon eens zijn verhaal doen, soms gaat het over een klacht over een hulpverlener of over het ziekenhuis, maar dikwijls ook over derden. Via een gemeenschappelijke registratie voor alle externe ombudspersonen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg proberen we een zicht te krijgen op de rijke verscheidenheid van vragen en antwoorden.

De gegevens worden rechtstreeks ingebracht in een centrale databank, Go-between, ontwikkeld door KP-soft uit Mechelen *(www.kpsoft.be)*, zodat elke ombudspersoon zowel de evolutie van elke aanmelding op de voet kan volgen als via statistieken een zicht kan krijgen op de aanmeldingen in alle voorzieningen waar hij of zij werkzaam is. Indien nodig wordt het systeem jaarlijks bijgewerkt om het zo nauw mogelijk te laten aansluiten op de regelgeving. Bij elke aanmelding wordt aangegeven op welk patiëntenrecht deze betrekking heeft.

Deze gegevens worden verwerkt in een Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg, waar de gegevens per voorzieningensoort en per overlegplatform worden gegroepeerd. Ook dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In het **vierde hoofdstuk** worden, zoals door de overheid gevraagd, enkele aandachtspunten en eventueel bijhorende aanbevelingen geformuleerd die nuttig kunnen zijn voor het verder ontwikkelen van de ombudspraktijk.

We ronden af met een aantal besluiten, in **hoofdstuk vijf**, en met de praktische informatie, in **hoofdstuk zes**, die nodig is om de ombudspraktijk in het ziekenhuis te kunnen situeren.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

Bemiddelingsboek - 1888

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

erkenningsnummer PZ			72090004								
A	**a-dag**	**a-nacht**	**T**	**t-dag**	**t-nacht**	**Tg**	**Sp**	**K**	**k-dag**	**k-nacht**	**totaal**
70	15	5	97	36	1	20	27	15	3	2	291

erkenningsnummer PVT	72501065	
PVT permanent	**PVT uitdovend**	**totaal**
70	0	70

Het Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain ontstond in 1997 als een fusieziekenhuis tussen het toenmalig Neuropsychiatrisch Centrum St.-Alfons en het toenmalig Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain. Op heden is er een aanbod voor kinderen en jongeren *(met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische stoornis)*, volwassenen en ouderen.

Aan het PC is een psychiatrisch verzorgingstehuis verbonden, dat beschikt over 70 permanente PVT-plaatsen. Op vandaag zijn er geen uitdovende PVT-bedden meer.

De werking van het PC en het PVT Dr. Guislain was in 2014 verspreid over vier campussen: Campus Dr. Guislain *(PZ)*, de aanpalende Campus De Lorkenstraat *(PVT)*, Campus Sint-Alfons *(PZ)* en Campus de Deyne *(K-dienst Fioretti)*.

IN 2018 werd, naar aanleiding van de invoering van artikel 107 en opmerkingen van de inspectie 2013, een grondige hervorming in het aanbod en de werking van het PC doorgevoerd. Meer informatie kan u hierover terugvinden op https://www.guislain.be/wp-content/uploads/2017/02/Psychiatrierapport_ZH_aanpak-en-groei-na-het-zorginspectierapport-2013_10.02.2017.pdf

Opname 1 werd gesloten evenals de Saron. De bestaande zorgclusters werden gebundeld in een 'eilandenstructuur' en de focus kwam specifiek op Psychosegerelateerde zorg te liggen. Meerdere afdelingen werden 'hernoemd' en de werking werd bijgestuurd. Er werden mobiele teams opgericht.

https://www.guislain.be/algemene-info/campussen/afdelingen/

Deze hervormingen en de invoering ervan op korte tijd waren voelbaar, ook op de ombudsdienst.

Voor een volledig zicht op de kenmerken en het aanbod van het psychiatrisch centrum verwijzen we naar www.guislain.be.

B. Gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
aantal gerealiseerde verpleegdagen	99.148	97.589	94.222	95.599	85.713	88.172	84.843	78.775
aantal opnames	1.420	1.494	1.368	1.243	1.169	1.158	1.146	1.136
aantal opgenomen patiënten op 1/1	349	338	326	322	340	348	323	347
aantal opgenomen patiënten op 31/12	338	326	319	340	348	360	328	303
aantal gedwongen opnames	99	109	92	112	109	115	136	144

Het aantal opgenomen patiënten is hoger dan het aantal bedden gezien er meer dag-patiënten zijn ingeschreven dan er dagplaatsen zijn.

Zowel uit het aantal bedden en campussen, als uit het aantal gerealiseerde verpleegdagen en opnames blijkt dat het over een groot en vrij gediversifieerd psychiatrisch centrum gaat. Jaarlijks wordt een aanzienlijk aantal gedwongen opnames gerealiseerd *(144 in 2018).* De turnover is, ondanks het feit dat er ook veel chronische patiënten verblijven, aanzienlijk.

C. Externe ombudsfunctie

Sinds september 2015 is Chantal Van Moerkerke aangesteld als ombudspersoon in dit psychiatrisch ziekenhuis. Zij volgde Vincent Vandenbussche op die in oktober 2013 deze functie op zich nam. De ombudspersoon wordt tewerkgesteld door het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg waartoe het psychiatrisch ziekenhuis behoort. Zij bekleedt geen enkele andere functie in de voorziening.

Chantal Van Moerkerke is reeds sinds de start van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg aan de slag als ombudspersoon. Zij is master in de psychologische en pedagogische wetenschappen en werkte begin jaren '90 al als patiëntenvertrouwenspersoon in het gelijknamige project van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid, o.a. in het PC dr.Guislain.

Behalve in dit ziekenhuis is Chantal Van Moerkerke ook actief als ombudspersoon in een aantal andere voorzieningen in Oost-Vlaanderen. Zij werkte in 2017 60% als ombudspersoon en 20% als coördinator van de Oost-Vlaamse ombudspersonen. Zij neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie *(IPSOF).* Zij is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie Van Alle Zorgvoorzieningen.

In 2008-2009 volgde zij een postacademische opleiding bemiddeling aan de universiteiten van Gent en Antwerpen. In 2017 nam ze deel aan de vervolmakingscursus 'bemiddelen in hoog-conflictsituaties' aan de UG.

De ombudspersoon is elke maandag aanwezig in het ziekenhuis van 9u tot 12u. Van 9u tot 9u45 heeft zij spreekuur in het ombudslokaal aan het onthaal op Campus Dr. Guislain. Zij bezoekt ook regelmatig PVT De Lorkenstraat. Op Campus Sint-Alfons is zij aanspreekbaar op de eerste en de derde maandag van de maand, van 12u15 tot 13u30

Bemiddelingsboek - 1890

Campus de Deyne *(Fioretti)* bezoekt ze elke tweede dinsdag van de maand over de middag. Voor BW Zagan werkt zij enkel op afspraak.

In mei 2018 werd, naar aanleiding van afwezigheid door langdurige ziekte, de functie van de ombudspersoon tijdelijk overgenomen door Niki Vervaeke.

Niki werkt sinds 2015 als externe ombudspersoon voor het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Gebied Brussel hoofdstad. Niki is licentiate in de politieke en sociale wetenschappen en counselor. Zij volgde ook de basisopleiding bemiddeling bij MEDIV. Zij werkt 50% als externe ombudspersoon Brussel en neemt deel aan intervisie en supervisie op regelmatige basis. Zij is lid van IPSOF, VVOVAZ en intervisor voor de regionale VVOVAZ werkgroep Vlaams Brabant. Op basis van haar beschikbaarheid ging zij telkens een dag per week langs op Campus Dr Guislain en op Campus Sint- Alfons. Zij ging ook langs bij de PVT en op Campus De Deyne. Teneinde de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de functie te garanderen, opteerde zij voor een actieve rondgang op de verschillende afdelingen bij elke permanentie. Zij gaf ook een korte voordracht over de werking van de ombudsfunctie op de onthaaldag van 4 oktober en was steeds telefonisch en per mail beschikbaar voor aanmeldingen.

We danken de directie en hulpverleners van het ziekenhuis voor de constructieve medewerking binnen PC Dr. Guislain.

3. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 08/01/2018, de laatste op 20/12/2018. 1 melding was niet afgehandeld op 31/12/2018.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 132, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 127.

Dit is 69 meer dan in 2017.

Dit is 69 meer dan in 2016.

Er waren 90 aanmeldingen van verschillende aanmelders op **Campus Dr. Guislain** en 42 aanmeldingen van aanmelders op **Campus Sint-Alfons**.
Er was 1 aanmelding vanuit de **K-dienst Fioretti** (zie 3.F.).

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	97	63	63	132
aanmelders	66	44	40	92

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

Bemiddelingsboek - 1892

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	63		132	
aanmelders	40		92	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	60	95,23	112	88,18
binnen de week	2	3,17	9	7,08
binnen de twee weken	1	1,58	1	0,78
binnen de vier weken	-	-	5	3,93
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	63	100	127	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	-	-	5	3,78
1 contact	34	53,96	58	43,93
2 contacten	24	38,09	41	31,06
3 contacten	4	6,34	13	9,84
meer dan 3 contacten	1	1,58	15	11,36
totaal	63	100	132	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	8		10	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	61		127	

Bij de aanmeldingen waarbij er een face-to-face contact was vond dit plaats de dag zelf. Bijna alle aanmeldingen verliepen met minstens 1 persoonlijk contact met de aanmelder. Een aantal aanmeldingen (5) verliepen zonder face-to- face contact en werden volledig telefonisch of per mail afgehandeld. Er werd geen enkele keer verwezen naar een andere ombudsdienst

De **132** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 92 aanmelders.

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

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
4	3	3,26	12	9,09
3	8	8,69	24	18,18
2	15	16,30	30	22,72
1	66	71,73	66	50,00
totaal	92	100	132	100

De **132** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 92 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
5	1	2,50	5	7,93
4	1	2,50	4	6,34
3	4	10,00	12	19,04
2	8	20,00	16	25,39
1	26	65,00	26	41,26
totaal	40	100	63	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	57	90,47	113	85,60
groep patiënten	-	-	9	6,81
andere	6	9,52	10	7,57
totaal	63	100	132	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	28	49,12	47	41,96
vrouw	29	50,87	65	58,03
onbekend	-	-	-	-

totaal	57	100	112	100

Net zoals in 2017 kwamen de aanmeldingen vooral van individuele patiënten (113) met dit jaar toch meer aanmeldingen door vrouwen. Het is ook zo dat het aantal aanmeldingen gekleurd wordt door een aantal 'repeaters' of dat patiënten, eens ze de ombudspersoon hadden gecontacteerd, bleven terugkomen met andere aanmeldingen.
Opvallend dit jaar is dat er ook enkele groepsaanmeldingen zijn.

Aantal leden groep

		2018	
categorie		n	%
2 personen		5	55,55
3 personen		3	33,33
4 personen		-	-
meer dan 4 personen		1	11,11
totaal		9	100
grootste groep	-	5	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	6	100,00	8	80,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	2	20,00
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	10	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	3	30,00
ten persoonlijke titel	6	100,00	7	70,00
totaal	6	100	10	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	5	83,33	3	30,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	4	40,00
terugkoppeling was niet mogelijk	1	16,66	3	30,00
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	6	100	10	100

Bij 10 aanmeldingen werd de aanmelding bij de ombudspersoon aangekaart door iemand anders dan de patiënt zelf. In 2018 waren dit familieleden, vertrouwenspersonen en personeelsleden. De patiënten zelf onderschreven niet altijd de aanmelding, dit kon omwille van verschillende redenen (Ervaarden de zorg anders, andere visie op zorg dan familieleden, te verward, ontslagen etc)

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	36	57,14	107	81,06
neen	27	42,85	25	18,93
totaal	63	100	132	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	23	85,18	25	100,00
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	3	11,11	-	-
vorige jaren in andere voorziening	1	3,70	-	-
totaal	27	100	25	100

Bij 25 aanmeldingen was de aanmelder reeds gekend door de vaste ombudspersoon. Het betreft aanmeldingen van mensen die in 2018 meer dan één aanmelding formuleerden (25).

Bemiddelingsboek - 1896

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	30	47,61	81	61,36
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	19	30,15	21	15,90
telefonisch *(of GSM, SMS)*	14	22,22	30	22,72
totaal	63	100	132	100

De meerderheid van de aanmeldingen in 2018 gebeurde via direct contact (81). Daarnaast bleef het aantal schriftelijke aanmeldingen redelijk stabiel (21 t.o.v. 19) en verdubbelde het aantal telefonische aanmeldingen (30).

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	4	6,34	23	17,42
vraag tot interventie	46	73,01	64	48,48
vraag tot signalering	-	-	19	14,39
vraag naar een luisterend oor	13	20,63	26	19,69
totaal	63	100	132	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	-	-	1	1,56
vraag om een ander soort akkoord	46	100,00	63	98,43
totaal	46	100	64	100

Een grote meerderheid van de aanmeldingen betreft interventievragen (64). Het gaat dan om vragen van patiënten die iets willen veranderen aan de situatie of het probleem waarmee ze geconfronteerd worden. In 2018 was er 1 vraag naar een financieel akkoord.
In 2018 werd ook regelmatig gevraagd om zaken te signaleren, belangrijkste reden die werd aangehaald was 'dat anderen zoiets niet zouden moeten meemaken'. Daarnaast waren er 23 vragen om informatie.
Vragen naar een luisterend oor (26 in 2018 – een verdubbeling bij 2017) worden alleen geregistreerd wanneer het een eerste contact met de ombudspersoon betreft in het lopende

kalenderjaar, zonder dat de patiënt een concrete vraag of klacht heeft. Sommige patiënten zoeken regelmatig de ombudspersoon op om hun verhaal te doen, zonder dat dit telkens als een aparte aanmelding geregistreerd werd.
Gezien de tijdelijke vervanging van ombudspersoon kan een deel van de stijging vermoedelijk hieraan te wijten zijn.

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	40	63,49	49	37,12
neen	23	36,50	30	22,72
werd niet bevraagd	-	-	53	40,15
totaal	63	100	132	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	39	97,50	47	95,91
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	1	2,04
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	1	2,50	1	2,04
totaal	40	100	49	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	3	13,04	12	40,00
durfde niet	5	21,73	12	40,00
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	15	65,21	6	20,00
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	23	100	30	100

Voor zover bevraagd werden bij de meeste aanmeldingen (49) toch wel eerdere stappen ondernomen.

Bemiddelingsboek - 1898

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	N	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	55	87,30	127	96,21
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	8	12,69	5	3,78
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	63	100	132	100

5 aanmelders formuleerden toch nog een vraag of klacht, na hun ontslag.

C. Inhoud van de aanmelding

Strikte interpretatie betreffende de Wet op de rechten van de patiënt

Vanaf 2007 voorziet 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. Tot en met 2014 werden deze gegevens rechtstreeks door de ombudspersoon via internet overgemaakt aan de Federale Commissie. Door de zesde staatshervorming wer de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid naar de Gewesten.

Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de 'Federale Commissie rechten van de patiënt ' moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid.

In het verleden werden voor de Federale Commissie Rechten van de patiënt enkel deze aanmeldingen weerhouden die rechtstreeks betrekking hebben op erkende beroepsbeoefenaars en een strikte interpretatie van de rechten van de patiënt, zoals vermeld in de wet van 22 augustus 2002. Aanmeldingen over en aantal persoonsgebonden materies (BV. Voeding, infrastructuur) en louter informatieve vragen werden niet meegeteld.

Om de continuïteit van het jaarverslag aan de voorziening te verzekeren, bieden we in onderstaande paragrafen een overzicht van de aanmeldingen die onder deze strikte interpretatie vallen. Verder in dit verslag houden we – zoals de voorgaande jaren- een ruimere interpretatie aan en rapporteren we de aanmeldingen in het vertrouwde model, gebaseerd op de eigen registratie in Go-between.

Er kunnen aanzienlijke verschillen zijn tussen beide registraties

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	27	42,85	50	37,87
aanmeldingen die weerhouden worden	36	57,14	82	62,12
totaal	63	100	132	100

Overzicht bij strikte toepassing van de Rechten van de Patiënt.

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	24	66,66	60	73,17
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	8,33	4	4,87
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	5	13,88	11	13,41
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	1	1,21
5. c) afschrift patiëntendossier	2	5,55	1	1,21
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	2,77	4	4,87
7. pijnbestrijding	1	2,77	1	1,21
totaal	36	100	82	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	45	71,42	114	86,36
algemene vraag los van patiëntenrecht	18	28,57	18	13,63
totaal	63	100	132	100

Hieronder worden de soorten **algemene vragen** los van de patiëntenrechten

weergegeven. Per aanmelding wordt slechts één categorie geregistreerd. Verstrekt de ombudspersoon informatie over meerdere categorieën, dan wordt de vraag van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aanmeldingen.

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	1	5,55
juridisch	2	11,11	7	38,88
financieel	2	11,11	1	5,55
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	10	55,55	7	38,88
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	4	22,22	2	11,11
totaal	18	100	18	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	13	20,63	13	9,84
psychiater	19	30,15	37	28,03
huisarts	1	1,58	-	-
andere arts	2	3,17	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	7	11,11	29	21,96
persoonlijke begeleider	1	1,58	5	3,78
sociale dienst	1	1,58	6	4,54
psycholoog	1	1,58	3	2,27
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	1	1,58	4	3,03
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	8	12,69	13	9,84
administratieve dienst	1	1,58	1	0,75
technische dienst	1	1,58	5	3,78
voedingsdienst	2	3,17	5	3,78
poetsdienst	1	1,58	-	-
directie	-	-	6	4,54
bewindvoerder	1	1,58	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	3	4,76	5	3,78
totaal	63	100	132	100

De aanmeldingen zijn gespreid over veel verschillende disciplines. Een meerderheid van de aanmeldingen heeft te maken met de psychiater (37), gevolgd door de verpleging (29) en het multidisciplinair team (13), hulpverleners uit de directe patiëntenzorg.

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	32	71,11	90	78,94
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	6,66	5	4,38
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	5	11,11	11	9,64
5. inzage patiëntendossier	2	4,44	3	2,63
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	2,22	4	3,50
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	2,22	-	-
10. pijnbestrijding	1	2,22	1	0,87
totaal	45	100	114	100

Het blijft een feit dat de wet op kwaliteitsvolle dienstverlening, van alle rechten, het vaakst wordt aangehaald (90). Dit heeft te maken met het feit dat patiënten vooral aanmeldingen doen over probleemsituaties die een directe impact hebben op hun eigen welbevinden, zonder dat ze erbij stilstaan of dit al dan niet over een patiëntenrecht gaat. Dit soort aanmeldingen vallen vaak onder het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Net zoals heel wat hulpverleners zijn patiënten echter nog vaak onvoldoende op de hoogte van de bescherming die de patiëntenrechten kunnen bieden.

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	7	21,87	14	15,55
1.2. goede behandeling/begeleiding	13	40,62	31	34,44
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	3,12	14	15,55
1.4. goede hotelservice	6	18,75	15	16,66
1.5. betalende diensten	-	-	1	1,11
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	6,25	4	4,44
1.7. beschermende maatregelen	3	9,37	11	12,22
totaal	32	100	90	100

Alle subitems van het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening worden gescoord en hierbij valt vooral de stijging in aanmeldingen rond kwaliteitsvol verblijf/wonen (van 1 naar 14) en beschermende maatregelen (van 3 naar 11) op.

Het feit dat er een tijdelijk hiaat viel in de aanwezigheid van psychiaters had een ernstige impact op de ervaring van zorg van een aantal patiënten. Ook het recht om beroep te doen op een andere beroepsbeoefenaar kwam hierdoor in het gedrang.

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	14,28	3	21,42
correcte omgangsvormen	5	71,42	8	57,14
grensoverschrijdend gedrag	1	14,28	-	-
andere	-	-	3	21,42
totaal	7	100	14	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	7,69	1	3,22
somatische verzorging	3	23,07	5	16,12
medicatie	-	-	2	6,45
individuele therapie	1	7,69	3	9,67
groepstherapie	-	-	3	9,67
voldoende beschikbaarheid	1	7,69	1	3,22
betrokkenheid familie	1	7,69	3	9,67
start opname/behandeling/begeleiding	1	7,69	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	7,69	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	1	7,69	6	19,35
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	3	23,07	7	22,58
totaal	13	100	31	100

Goede behandeling/begeleiding verwijst naar meerdere aspecten in de zorg. Het aantal aanmeldingen is fel gestegen ten opzichte van 2017 (van 13 naar 31).

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	3	50,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	100,00	3	50,00
totaal	1	100	6	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	100,00	3	21,42
groepsleven	-	-	7	50,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	2	14,28
andere	-	-	2	14,28
totaal	1	100	14	100

Hier is een sterke stijging vast te stellen (van 1 naar 14). Vooral waar men verplicht moet samenwonen/leven en waar er weinig bewegingsruimte is kan het samenwonen voor de nodige wrevel en spanningen zorgen.

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	2	33,33	6	40,00
infrastructuur/accommodatie	1	16,66	6	40,00
hygiëne	1	16,66	1	6,66
veiligheid persoon	1	16,66	-	-
veiligheid goederen	1	16,66	1	6,66
andere	-	-	1	6,66
totaal	6	100	15	100

De stijging in de aanmeldingen bij de 'goede hotelservice' situeert zich vooral binnen de voeding en binnen infrastructuur/ accommodatie.

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Bemiddelingsboek - 1907

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	1	25,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	50,00	1	25,00
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	1	50,00	2	50,00
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	4	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	2	18,18
beperkte bewegingsvrijheid	1	33,33	2	18,18
afzondering	-	-	5	45,45
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	2	66,66	2	18,18
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	11	100

Voor wat de beschermende maatregelen betreft merkt men dat er een grote stijging is (van 3 naar 11), met een piek op het subitem 'afzondering'.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	3	100,00	2	40,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	2	40,00
andere	-	-	1	20,00
totaal	3	100	5	100

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Geen enkele aanmelding in 2018

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	5	100,00	9	81,81
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	1	9,09
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	1	9,09
	toestemming	-	-	-	-
totaal		5	100	11	100

Er is een stijging in de aanmeldingen voor het 'recht op geïnformeerde toestemming' (van 5 naar 11). Toestemming (of geen toestemming) i.v.m. medicatie is hier opvallend.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	2	100,00	3	100,00
totaal	2	100	3	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	1	33,33
	afschrift	2	100,00	2	66,66
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		2	100	3	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	3	75,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	1	100,00	1	25,00
totaal	1	100	4	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	1	100,00	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(127)*.

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	17	27,86	16	12,59
doorverwijzen intern	4	6,55	2	1,57
doorverwijzen extern	-	-	2	1,57
informeren	8	13,11	34	26,77
signaleren	11	18,03	38	29,92
coachen	3	4,91	22	17,32
bemiddelen	18	29,50	13	10,23
totaal	61	100	127	100

Alle hoofdinterventies kwamen aan bod. Er werd vooral gesignaleerd (38), geïnformeerd (32) en gecoacht (22).

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	1	5,55	8	61,53
ombudspersoon zonder patiënt	17	94,44	5	38,46

totaal	18	100	13	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	46	75,40	72	56,69
binnen de week	9	14,75	24	18,89
binnen de twee weken	3	4,91	15	11,81
binnen de vier weken	-	-	8	6,29
later dan vier weken	3	4,91	8	6,29
totaal	61	100	127	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	9		17	

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 meeste aanmeldingen werden op dezelfde dag of binnen de week van de aanmelding afgehandeld. Voor 8 aanmeldingen waren meer dan 4 weken tijd nodig.

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	28	45,90	49	38,58
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	11	18,03	33	25,98
ontevredenheid patiënt	13	21,31	14	11,02
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	1,63	7	5,51
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	1,63	10	7,87
ontevredenheid patiënt	-	-	1	0,78
geen feedback	7	11,47	13	10,23
totaal	61	100	127	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	39	63,93	76	59,84
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	11	18,03	19	14,96
ontevredenheid patiënt	1	1,63	1	0,78
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	2	3,27	10	7,87
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	9	7,08
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	8	13,11	12	9,44
totaal	61	100	127	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	6	54,54
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	5	45,45
totaal	-	-	11	100

Er werd 6 keer doorverwezen naar een advocaat en 5 keer naar andere instanties.

F. K-dienst Fioretti

Sinds 2009 werkte de ombudsdienst op deze K-dienst enkel na afspraak. In deze voorbije jaren waren er nauwelijks aanmeldingen. Sinds september 2015 houdt de ombudspersoon effectief een permanentie waarbij ze gebruik maakt om de aanwezige kinderen of jongeren individueel aan te spreken en zichzelf en de ombudsdienst voor te stellen.

In 2018 werd 1 aanmelding geregistreerd rond voeding.

G. Psychiatrisch Verzorgingstehuis en Beschut Wonen

Er waren 9 aanmeldingen uit de **PVT** afkomstig van 7 aanmelders.

Acht aanmeldingen hadden betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking *(somatische verzorging:1; groepstherapie:1; regels:1; groepsleven:2; voeding: 2 en andere: 1)*.

De 9de aanmelding betrof een nood aan een luisterend oor.

Er kwam 1 aanmeldingen uit **BW Zagan**, met betrekking tot kwaliteitsvolle dienstverlening en daaraan gekoppelde facturatie.

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Waar mogelijk formuleren we ook enkele "voorzichtige" aanbevelingen *(cursief),* eventueel stof voor discussie.
Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid, om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren.

De aandachtspunten die betrekking hebben op de ombudsfunctie op zich, worden doorheen de verdere ombudspraktijk opgevolgd en komen ook regelmatig aan bod tijdens de intervisie met de Vlaamse collega's.

We hebben de rubrieken overgenomen zoals vermeld in het model van jaarverslag dat vanuit de Federale Commissie Rechten van de patiënt, vanaf 2007, werd opgelegd.

We beperken ons tot de aanbevelingen die ons per rubriek prioritair lijken.

In het Vlaams jaarverslag, raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen.

In dit ziekenhuis wordt na de jaarlijkse evaluatie een lijst opgemaakt van te verhelpen knelpunten. Sinds oktober toetsen de kwaliteitscoördinator en de ombudspersoon de vorderingen en worden eventuele nieuwe aandachtspunten aangekaart. Op deze manier wordt in dit ziekenhuis de preventieve opdracht van de ombudsfunctie geoptimaliseerd.

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

- Algemeen heeft de ombudspersoon ervaren dat het ziekenhuis open staat voor de externe ombudsfunctie en dat de voorgaande jaren de basis voor een constructieve samenwerking werd gelegd.

- Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van de onafhankelijkheid, de neutraliteit of het beroepsgeheim van de ombudspersoon.

- De ombudspersoon beschikt over een lokaal, voorzien van internetaansluiting *(belangrijk om samen met de patiënt informatie op te zoeken en e-mails te sturen)* en telefoon. In de loop van het jaar werd de ombudspersoon een ander lokaal toegewezen, met een minder gunstige opstelling van tafels. Deze structuur van het meubilair draagt niet bij tot een comfortabele setting tussen patiënt en ombudspersoon.

  → *Zoeken naar een geschikt lokaal, zoals voorheen.*

- De ombudspersoon is in principe elke maandagvoormiddag in het ziekenhuis aanwezig. Op de 1de en 3de donderdag van de maand gaat zij ook naar Campus Sint-Alfons. De 2de dinsdag van de maand bezoekt ze Fioretti. Zij heeft vrije toegang tot alle afdelingen van het ziekenhuis *(zij beschikt over de nodige sleutels),* behalve op de Campus Fioretti. Ze heeft de mogelijkheid om laagdrempelig te werken.

- Op de website van het ziekenhuis krijgen de patiëntenrechten en de ombudsfunctie de gepaste aandacht.

- Het jaarverslag *(inclusief aanbevelingen)* van de ombudsfunctie wordt jaarlijks besproken op het directiecomité.

- Het blijft moeilijk in te schatten hoe patiënten de ombudsfunctie beoordelen. Elk jaar zijn er toch een aanzienlijk aantal aanmeldingen die niet naar tevredenheid van de patiënt kunnen afgehandeld worden.

  → In de loop van 2018 werd een uitgebreide bevraging uitgevoerd om te peilen naar de tevredenheid over de ombudsfunctie bij alle mogelijke betrokkenen, namelijk patiënten, diensten, artsen en directie. De eerste, algemene resultaten van dit onderzoek werden toegelicht op de raad van bestuur van PopovGGZ in januari 2019. Een individueel verslag zal in de loop van 2019 aan elke voorziening ter bespreking voorgelegd worden.

B. 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

B.1 het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking *(art. 5)*

- De meeste aanmeldingen *(90)* hebben op dit patiëntenrecht betrekking, niet verwonderlijk aangezien het heel wat terreinen bestrijkt en het meestal over situaties gaat die een directe impact hebben op het welbevinden van de patiënt. We overlopen in onderstaand overzicht de belangrijkste categorieën binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening.

'goede behandeling/begeleiding'

- 31 aanmeldingen vallen onder de categorie 'goede behandeling/begeleiding'. Binnen deze categorie past opnieuw een brede waaier aan verschillende aanmeldingen. Wat opvalt is de vraag naar aandacht voor somatische zorg (naast de psychologische zorg), ook de vraag naar meer therapie, zowel individueel als in groep werd meer genoteerd. De aanmeldingen rond overplaatsing naar een andere afdeling kwamen onder andere vanuit patiënten die, naar aanleiding van de sluiting van een afdeling, toegewezen werden aan een andere afdeling.
- *Tijdige en proactieve communicatie rond structurele wijzigingen en hoe deze zullen worden opgevangen kunnen hierop een antwoord bieden. Hierbij kan het voor patiënten en personeelsleden interessant zijn om ook hun visie rond deze op stapel staande beslissingen te bevragen zodat ook zij zich betrokken en gehoord voelen.*
- Een grotere aantal aanmeldingen met betrekking tot de voeding werd genoteerd.
- *Hier zou het interessant kunnen zijn om de mogelijkheden m.b.t. bestelling en annulering van maaltijden, aandacht voor specifieke voedingsnoden (allergieën, vegetarisme, …) etc ook te afficheren per afdeling zodat patiënten weten (bvb na doorstroming) wat de geldende regels zijn per afdeling.*
- De meldingen rond infrastructuur zijn ook gestegen (6). Hier gaat het zowel over aansluiting van kabeltelevisie als aanwezigheid van WIFI als mogelijkheid om bijvoorbeeld bepaalde websites te gebruiken. Problemen met sanitaire voorzieningen kan dit op bepaalde afdelingen voor wat 'hinder' en daaraan gekoppelde wrevel zorgen.
    - *Bij het signaleren van bepaalde technische problemen kan het interessant zijn om de afdeling een tijdsbestek te geven van wanneer men een reparatie kan verwachten. Zo kan men dit ook terugkoppelen naar de patiënten.*

'respectvolle bejegening'

14 van deze aanmeldingen vallen te categoriseren onder 'correcte omgangsvormen**.'**

- Luisteren is dé basis voor patiëntgerichte hulpverlening. Naast individuele therapieën en groepssessies hebben vele patiënten nood aan een extra klankbord, al is het maar om even gezien/gehoord te worden, een mededeling te doen of een korte vraag te stellen. Door tijdsgebrek van de hulpverleners staan patiënten soms in de kou en ervaren ze vooral een afwijzing van hun kwetsbaarheid. Het is aangewezen om hulpverleners te stimuleren tot het tonen van nabijheid, 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 of harde woorden soms een belangrijke impact kunnen hebben op hun welbevinden.

  → *Aandacht voor de wijze van communiceren naar patiënten toe kan helpen om klachten als deze te voorkomen.*

  → *Welke initiatieven kan het ziekenhuis nemen om een respectvolle bejegening onder de aandacht te brengen/houden? Hoe kan een hoger bewustzijn over een communicatiestijl als basisvoorwaarde voor een betere zorgverlener en patiënt ondersteund worden vanuit het beleid?*

  → *Positief is het opstarten van een patiëntenoverleg waarbij de patiënt zelf mee aan tafel zit.*
  Een mogelijkheid om die 'luistertijd' te garanderen is de aanwezigheid van voldoende personeelsleden en aanwezige artsen.

  → *Hoe kan het ziekenhuis dit thema voldoende warm houden voor medewerkers die vaak onder druk of in moeilijke omstandigheden moeten communiceren? Kunnen vormingen rond verbindend en/of geweldloos communiceren klachten over bejegening helpen voorkomen?*

  → *Jaar op jaar wordt gevraagd naar vormings- of andere initiatieven die kunnen genomen worden om medewerkers (artsen, verpleegkundigen,… maar ook niet-zorg-beroepen) te sensibiliseren rond bejegening. Suggestie: Enkele medewerkers inleefstage laten volgen in een zogenaamd zorgethisch lab (vb. www.stimul.be)*

  → *Goede communicatie vraagt een stroom waarbij zowel top-down als bottom-up gecommuniceerd wordt. Bij goede communicatie wordt rekening gehouden met de input, vragen en besognes waarmee zowel patiënten, personeel als directie zitten.*

- Bij de interne communicatie rond de hervormingen werden bepaalde

zaken zeer abrupt en op onpersoonlijke wijze aangekondigd. Bijvoorbeeld op een vernieuwd organogram zien dat de afdeling waar je aan verbonden bent niet meer bestaat. Dit zorgt voor ongeloof, wantrouwen en zelfs een ervaring van afwijzing en overbodig zijn. Er werd heel wat onzekerheid, angst en soms zelfs terugval van patiënten waargenomen.

→ *Binnen het huidige, snel wijzigende GGZ landschap kan het interessant zijn om de visie van het ziekenhuis, de vertaling van het waardenkader en de concretisering daarvan ook samen met personeel en patiënten te gaan realiseren en zo tot een gedragen geheel te komen. De Trialoog die gehanteerd wordt in de behandeling van de patiënt kan ook als uitgangspunt dienen voor de interne communicatie waarbij zowel patiënt, personeel als directie opgenomen zijn.*

B.2. het recht op geïnformeerde toestemming

- Bij 9 van de 11 aanmeldingen rond geïnformeerde toestemming gaan over het niet akkoord gaan met de voorgestelde en uiteindelijk toch steeds toegediende medicatie.
  Een aantal patiënten heeft het moeilijk met deze **gedwongen medicatie**. Het blijft een heikel punt in de psychiatrie. De bemiddelingsruimte van de ombudspersoon is hier beperkt tot het aansporen tot blijven informeren en communiceren over dit probleem.

  → ***Informeren*** *van patiënten over de diagnose, de opnameduur, de medicatie, … is een belangrijk aandachtspunt. Het blijft zaak om duidelijk en begrijpelijk te communiceren rond medicatie/behandeling en te zoeken naar* ***alternatieven*** *wanneer de patiënt niet akkoord gaat. Hierdoor kunnen klachten voorkomen worden. Ook de beleving en het begrip van de patiënt kunnen hierdoor positief beïnvloed worden.*

B.3. de overige patiëntenrechten

- Het aantal aanmeldingen over andere patiëntenrechten blijft uiterst beperkt. Loopt terzake alles probleemloos? Zijn deze patiëntenrechten nog onvoldoende gekend? Vinden patiënten deze niet belangrijk of vrezen ze dat ze toch niet afdwingbaar zijn?

  → *De laatste campagne van de federale overheid over de patiëntenrechten werd in het najaar van 2015 bekend gemaakt. Het betreft een achttal filmpjes over de patiëntenrechten (www.patientrights.be en doorklikken naar 'campagne') Uiterst jammer hierbij is dat bij geen enkele van deze filmpjes wordt verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg. We willen de overheid vragen dergelijke filmpjes te maken rond geestelijke gezondheidszorg.*

  → *Toch verdient het de aanbeveling het brede publiek te laten kennismaken met dit promotiemateriaal (eventueel via de ombudspersoon), mits verwijzing van dezelfde rechten binnen de geestelijke gezondheidszorg.*

  → *Regelmatig infosessies voor patiënten en personeel (eventueel door de ombudspersoon) rond de ombudswerking en de patiëntenrechten organiseren.*

5. BESLUITEN

Er waren in 2018 132 aanmeldingen bij de externe ombudsfunctie in PC Dr. Guislain, afkomstig van 92 aanmelders . Er waren 90 aanmeldingen op Campus Dr. Guislain en 42 aanmeldingen op Campus Sint-Alfons. Er kwam één enkele aanmelding vanuit de K-dienst Fioretti. Er waren 9 aanmeldingen vanuit PVT.

In meer dan 60% van de gevallen spreekt de patiënt de ombudspersoon rechtstreeks aan, tijdens het spreekuur of tijdens haar ronde op de campussen.
We merken dat het onafhankelijk zijn van de ombudspersoon voor veel patiënten een belangrijke reden is om haar bepaalde zaken toe te vertrouwen.

De meeste aanmeldingen zijn in wezen vragen van patiënten om één of andere tussenkomst van de ombudspersoon *(64)*. Het betreft vragen van patiënten die iets willen veranderen aan de situatie of het probleem waarmee ze geconfronteerd worden. Soms gaat het ook om een principiële kwestie: "Ik wil een klacht indienen!".
In 2018 waren er 19 rechtstreekse vragen tot signalering. We noteerden wel 23 informatieve vragen. Een behoorlijk aantal patiënten had gewoon nood hebben aan een *(extern)* luisterend oor *(26- alhoewel dit slechts uitzonderlijk geregistreerd wordt: de ombudspersoon heeft immers ook heel wat informele contacten met patiënten, los van geregistreerde aanmeldingen)*.

Van alle patiëntenrechten komt – zoals elk jaar – vooral het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening aan bod *(90 aanmeldingen)*, verspreid over quasi alle categorieën met de nadruk op 'goede behandeling/begeleiding'. De tweede plaats, binnen de patiëntenrechten, wordt ingenomen door het recht op geïnformeerde toestemming *(11).* Meestal ging het over het niet akkoord gaan met de medicatie.

Het aantal aanmeldingen over andere patiëntenrechten blijft vrij laag: Er waren 5 aanmeldingen over het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar, 3 aanmeldingen over het recht op afschrift van het patiëntendossier en 4 aanmeldingen over het recht op bescherming persoonlijke levenssfeer en1 melding over recht op pijnbestrijding.

Er zijn veel verschillende disciplines betrokken bij de vragen die de ombudspersoon bereiken. Een meerderheid van de aanmeldingen hebben wel te maken met hulpverleners uit de directe patiëntenzorg, zoals of de psychiater *(37)* de verpleegkundigen (29) of het multidisciplinair team *(13).*

Een ombudsdienst kan op velerlei manieren gepercipieerd worden.
Onze werking kan een meerwaarde zijn in functie van beleidsinitiatieven ter algemene verbetering van de kwaliteitsvolle dienstverlening in ruime zin. Dit proberen we te doen door het in kaart brengen van algemene signalen en dingen die leven in het ziekenhuis. Uiteraard proberen we ook in individuele casussen, vanuit de noden en behoeften van

Bemiddelingsboek - 1923

patiënten en bewoners mee hun vragen te verwoorden. Daarbij zullen we steeds vanuit een meerzijdige partijdigheid als bemiddelaar optreden tijdens onze interventies.

We denken dat het vertrouwen in de Ombudsdienst in de loop der jaren is gegroeid, maar we missen een jaarlijkse update van de gerealiseerde aanbevelingen uit het vorig werkjaar.

Bij de voorstelling van het vorig jaarverslag werd beslist nauwer samen te werken met de kwaliteitscoördinator van het ziekenhuis. Dit om korter op de bal te kunnen spelen betreffende terechte klachten maar tevens om op de hoogte te blijven van veranderende toestanden of realisaties binnen het centrum.

Afsluitend wensen we alle betrokkenen te bedanken voor hun aandacht en voor het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd. We hopen dat ze mede de aanzet kunnen vormen voor een betere zorg voor patiënten in PC Dr. Guislain in het bijzonder en binnen de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen.

Bemiddelingsboek - 1924

6. PRAKTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING	
Naam	Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain
Adres	Campus Dr. Guislain en Campus De Lorkenstraat, Francisco Ferrerlaan 88a, 9000 Gent Campus Sint-Alfons, Sint-Juliaanstraat 1, 9000 Gent Campus de Deyne, E. de Deynestraat 2, 9000 Gent
voornaam, naam en functie **vertegenwoordiger** voorziening in **comité** overlegplatform	Marc Jans, Algemeen Directeur, voor PZ Karline Vermeulen, Coördinator, voor PVT
voornaam, naam en functie **contactpersoon** in de voorziening	Stefanie Everaert, Kwaliteitscoördinator

Bemiddelingsboek - 1925

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam	**Chantal Van Moerkerke**

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres	Ombudsfunctie PopovGGZ, Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Drongen
e-mail	chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be
brievenbus	op elke campus bij het onthaal

permanentie	plaatsen	dagen en uren
Campus Dr. Guislain & Lorkenstraat	aanwezig in ziekenhuis zituur in ombudslokaal	Maandag van 9u tot 12u Maandag van 9u tot 9u30
Campus Sint-Alfons	aanwezig in ziekenhuis	Eerste en derde maandag van de maand, tussen 12u30 en 13u30
Fioretti - Campus de Deyne		Tweede dinsdag van de maand, tussen 12u en 13u
telefoon	nummers	dagen en uren
	09 / 216 65 50	op werkdagen *(via secretariaat PopovGGZ)*
	GSM 0476/306.444	Maandag-dinsdag-donderdag, tussen 9u en 17u

AFSPRAKEN ROND BEKENDMAKING

- folders verspreid bij alle patiënten en beschikbaar op afdeling voor nieuwe patiënten
- integratie aanbod externe ombudspersoon in klachtenprocedure vermeld in patiënten- en personeelsbrochure
- verspreiding op afdelingsniveau brochures federale overheid "Een uitnodiging tot dialoog. Wet Rechten van de patiënt"

Bemiddelingsboek - 1926

SPECIFIEKE AFSPRAKEN

- bij afwezigheid	▪ PopovGGZ zorgt bij langdurige afwezigheid voor een geschikte vervanging van de ombudspersoon door een collega-ombudspersoon. PopovGGZ communiceert dit tijdig aan de voorziening (via de directie en de contactpersoon). De voorziening zorgt voor bekendmaking t.a.v. de medewerkers en de patiënten (per afdeling en algemeen via aangepaste affiches). ▪ indien patiënt akkoord is wordt bemiddeling uitgesteld tot de ombudspersoon terug is ▪ is de patiënt het daar niet mee eens, dan zoekt de vervangende ombudspersoon een oplossing, conform de afgesproken werkwijze *(visietekst, gedragscode, huishoudelijk reglement)*

Ombudspersonen tewerkgesteld bij PopovGGZ:

	Naam: Chantal Van Moerkerke, coördinator O.Vl. **E-mail:** chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0476 / 306 444 **Bereikbaar:** op maandag, dinsdag en donderdag van 9u tot 17u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Dr. Guislain, PVT Campus De Lorkenstraat, PZ Dr. Guislain Campus Sint-Alfons, PC Gent-Sleidinge Campus Gent, PVT Hortus, PC Sleidinge Campus PC Sleidinge, PZ Dr. Guislain K-dienst Fioretti Campus De Deyne, BW Zagan, BW Domos, BW Ipso, BW Centrum Onderweg, DAC De Moester ,CGG Eclips, Riziv De Sleutel (CIC, TGM, TGG, dagcentrum en sociale werkplaats), MT Gent-Eeklo
	Naam: Nicole Claeys **E-mail:** nicole.claeys@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0495 / 295 612 **Bereikbaar:** van dinsdag tot vrijdag tijdens de kantooruren **Vaste voorzieningen:** PC Karus campus Gent, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Warande, PZ en PVT Sint-Jan-Baptist, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Krekelmuyter, PC Sint-Jan-Baptist Campus De Oostkade, BW De Vlier, MT Gent-Eeklo
	Naam: Anne-Leen Denolf **E-mail:** anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0491 / 393 918 **Bereikbaar:** op maandag en dinsdag tijdens kantooruren, op woensdag tot 12u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Sint-Jan, PZ en PVT Sint-Hiëronymus, PVT Campus 't Hooghuis, PZ en PVT Sint-Lucia, BW Waasland, BW Pro Mente, BW De Wende, RCGG Deinze-Eeklo-Gent, CGG Waas en Dender Netwerk, ADS MT Noord en ADS MT Midden
	Naam: Carine Eeckhout **E-mail:** carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0490 / 444 155 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen:** PC en PVT Ariadne Lede, PVT Leilinde, Karus campus Melle, PVT De Wadi, PC Sint-Franciscus – De Pelgrim, BW De Nieuwe Horizon, BW Vlaamse Ardennen, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, CGG 3 stromen, De Kiem, Netwerk ADS MT Zuid

Bemiddelingsboek - 1928

	Naam: Sofie Wybo **E-mail:** Sofie.wybo@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0493 / 89 85 90 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen: /**
	Naam: Niki Vervaeke **E-mail:** niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0800 / 32 0 36 **Bereikbaar:** Vrijdag van 9.00 uur tot 11.30 uur **Vaste voorzieningen: /**

Bemiddelingsboek - 1929

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Sint Jozef

Pittem

periode van 1 januari tot 31 december 2018

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 901

Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
OP-WVL vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 1930

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

www.ombudsfunctieggz.be

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw

Hoefijzerlaan 40

8000 Brugge

www.op-wvl.be

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon GGZ

0491/ 39 39 18

anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be

1. INLEIDING

Dit jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg bevat, zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PC Sint Jozef Pittem.

In het Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg worden de gegevens van alle Vlaamse voorzieningen met externe ombudsfunctie per voorzieningensoort en per overlegplatform gegroepeerd. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In uitvoering van het Decreet van 1 juni 2001 houdende toekenning van een klachtrecht ten aanzien van de bestuursinstellingen wordt dit jaarverslag voor 10 februari bezorgd aan de diensten van de Vlaamse Ombudsman.

Op 19 maart 2019 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en in het bijzonder de interne ombudspersoon, voor de samenwerking en hun aandacht voor en het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd.

We hopen de aangename en constructieve samenwerking ook in de toekomst op eenzelfde wijze verder te kunnen zetten.

Bemiddelingsboek - 1932

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Sinds maart 2017 neemt Anne-Leen Denolf de ombudsfunctie binnen het PC Sint-Jozef op. Anne-Leen is sinds die datum ook actief als ombudspersoon in drie andere voorzieningen in West-Vlaanderen. In Oost-Vlaanderen neemt zij de ombudsfunctie op binnen 3 voorzieningen. Anne-Leen is daarmee voltijds aan de slag als ombudspersoon binnen het Vlaams Overlegplatform GGZ. Zij neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (IPSOF). Ze is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

Binnen het PC Sint-Jozef is er geen afgesproken permanentie. Anne-Leen gaat op afspraak en na telefonische of schriftelijke contactname langs bij de patiënt.

Bij afwezigheid van Anne-Leen zal zij vervangen worden door één van haar collega's bij het overlegplatform.

Binnen het ziekenhuis is ook een interne ombudspersoon aan het werk. De interne ombudspersoon in het ziekenhuis is Pol Vanhee. Hij is telefonisch (051/63 81 67) of via e-mail (pol.vanhee@sjp.be) bereikbaar of rechtstreeks te bezoeken in zijn kantoor.

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be 0491 / 393 918	Pol Vanhee, interne ombudspersoon pol.vanhee@sjp.be 051/63 81 67

3. AANMELDINGEN

In 2018 waren er slechts 3 aanmeldingen van 2 aanmelders. Dit aantal is extreem laag, maar wel vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	1	0	5	3
aanmelders	1	0	3	2

De aanmelders waren 1 patiënt die in opname was en 1 familielid. Er is telkens een persoonlijk contact tussen de ombudspersoon en de aanmelder geweest.
Aanmelders wensten vooral een aantal zaken te signaleren die hun inziens beter kunnen georganiseerd worden.
Een groot verschil met 2017 is dat de 3 aanmelders toen familieleden waren. Positief is dat in 2018 ook een patiënt de weg naar de ombudsdienst heeft gevonden. Anderzijds hebben familieleden veel minder beroep gedaan op de externe ombudsdienst.

Inhoud van de aanmelding

De aanmeldingen omvatten:
1. Twee opmerkingen rond kwaliteitsvolle dienstverlening waarbij:
    * Een aantal vragen en bezorgdheden rond het verloop van de individuele therapie en
    * één vraag naar meer betrokkenheid en informeren van de familie (in 2017 nog 3 vragen over)
2. Eén aanmelding betreffende de vrije keuze beroepsbeoefenaar.

Interventie

De tussenkomsten van de externe ombudspersoon bestonden vooral uit informeren en signaleren. 1 patiënt werd ook gecoacht om zijn vragen en opmerkingen rond zijn behandelplan met de desbetreffende arts op te nemen.

Er waren geen bemiddelingsacties in die zin dat er contact opgenomen werd met de betrokken hulpverlener voor een bemiddelingsgesprek.

De aanmelders waren tevreden met de interventie van de ombudspersoon.

Bemiddelingsboek - 1934

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

In het Vlaams jaarverslag, dat raadpleegbaar zal zijn op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. Op datum van dit jaarverslag zijn deze aandachtpunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2018 meer dan 2500 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Overzicht van de moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt, de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen en de vastgestelde positieve ontwikkelingen

- Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van onafhankelijkheid, neutraliteit, onpartijdigheid of beroepsgeheim van de ombudspersoon. De ombudspersoon ervaart een open en constructieve houding bij nagenoeg alle medewerkers van het ziekenhuis.
- In 2018 zijn er weinig aanmeldingen tot bij de externe ombudspersoon gekomen. Het aantal aanmeldingen is wel vergelijkbaar met voorgaande jaren. Deels is er nog marge om te werken aan de bekendheid of zichtbaarheid van de (externe) ombudspersoon op de afdelingen. Daarnaast is natuurlijk de aanwezigheid van de interne ombudspersoon een eerste buffer die de meeste aanmeldingen zal opvangen.
- De (externe) ombudspersoon heeft geen permanentie in het ziekenhuis, de informatie betreffende patiëntenrechten of bereikbaarheid van zowel interne als externe ombudspersoon is terug te vinden op de website van het ziekenhuis via zorggebruikers - dienstverlening.

    - *Gezien het laag aantal aanmeldingen en het lagere bereik van familieleden, kan het mogelijks een goed idee zijn om ervoor te zorgen om zowel de interne als externe ombudsdienst meer in the picture te zetten op de website of via posters, beeldmateriaal op de afdelingen of dergelijke meer.*
    - *De externe ombudspersoon is bereid in samenwerking met de interne ombudspersoon toelichtingen, kennismakingsmomenten,… te voorzien voor patiënten, mogelijks kan dit drempelverlagend werken.*

- In de oktober van 2018 kwam er een audit van de zorginspectie. Deze audit beveelt aan om een structureel overleg tussen interne en externe ombudspersoon te organiseren.

B. Aanbevelingen 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, evenals positieve ontwikkelingen

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking

- Vrije keuze beroepsbeoefenaar
  De vraag leeft bij patiënten of en wanneer zij het recht hebben een andere arts te vragen en welke gevolgen dit mogelijks kan hebben. Ook het auditverslag van de zorginspectie verwijst naar het ontbreken van een procedure vrije keuze beroepsbeoefenaar.
  - *Mogelijks kan er wel beperkte vrije keuze geboden worden bij een aantal beroepsbeoefenaars bv. persoonlijke begeleider?*
  - *Mogelijks kunnen verwachtingen van patiënten meer bijgeschaafd worden door te informeren over de organisatie van het ziekenhuis en de vrije keuze van beroepsbeoefenaar.*

- Betrokkenheid van familie
  In het jaarverslag van werkjaar 2017 wordt verwezen naar de opvallende tendens dat alle aanmelders familieleden betreffen die uitdrukkelijk de wens uiten meer betrokken te worden. Dit jaar zien we daar opnieuw een aanmelding rond.

RAPPORTAGE INTERNE OMBUDSDIENST
901_KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM
2018

1. AANMELDINGEN

Niet alle aanmeldingen zijn klachten. We maken een onderscheid tussen :

- Vragen naar informatie en advies + coaching door de ombudsdienst
- Klachten
-

Wij behandelen als interne ombudsdienst ook aanmeldingen door familieleden van patiënten die in behandeling zijn.

1.1. AANTAL AANMELDINGEN

Aanmeldingen	Door patiënt	Door familie	Totaal
Klachten	20	6	**26**
Informatie/advies en coaching	14	2	**16**
Totaal	**34**	**8**	**42**

Bemiddelingsboek - 1937

1.2 VOORWERP VAN DE KLACHTEN

Klachten	Door patiënt	Door familie	Totaal
Verslagen en attesten	4	3	**7**
Hotelfunctie	5		**5**
Bejegening	1		**1**
Facturatie	1		**1**
Diefstallen	2		**2**
Algemeen Verloop van de behandeling	7	2	**9**
Kwaliteitsvolle dienstverlening	20	5	**25**
Vrije keuze zorgverstrekker			
Recht op informatie			
Toestemming			
Patiëntendossier		1	**1**
Bescherming persoonlijke levenssfeer			
Recht op bemiddeling			
Totaal	**20**	**6**	**26**

Bijna alle klachten gaan over kwaliteitsvolle dienstverlening.

1.3 INFORMATIE, ADVIES, COACHING

Informatie/advies en coaching	Door patiënt	Door familie	Totaal
Inzage en afschrift dossier, CoZo	13	1	**14**
Dienstverlening	1		**1**
Verloop behandeling		1	**1**
Totaal	**14**	**2**	**16**

In april 2018 hebben wij in het ziekenhuis samen met de het Vlaams Patiëntenplatform een actie gehouden om de patiëntenrechten met betrekking tot het patiëntendossier beter bekend te maken. Dit kan mogelijk van invloed geweest zijn op het aantal vragen over inzage en afschrift van het dossier.

Ook hebben wij in het najaar 2018 op de infoborden in het ziekenhuis patiënten die vragen hebben over de patiëntenrechten uitgenodigd om zich te wenden tot de ombudsdienst.

1.4 KLACHTEN : RESULTAAT

Wij geven hier weer of de bemiddeling bij klachten tot een resultaat heeft geleid waarover de aanmelder tevreden was.

Klachten resultaat	Totaal
tot tevredenheid	21
niet tot tevredenheid	5
Totaal	**26**

1.5 MOEILIJKHEDEN IN DE WERKING VAN DE INTERNE OMBUDSDIENST

De interne ombudsdienst ondervond geen moeilijkheden in de uitoefening van de functie.

1.6 AANBEVELINGEN EN OPVOLGING

Wij bevelen aan om het belang van tijdige attestering/verslaggeving voor de patiënt en zijn familie opnieuw onder de aandacht te brengen van de artsen.

Verschillende afdelingen hebben de verdere uitbouw van de familiewerking opgenomen in hun afdelingsbeleidsplannen. Wij volgen het effect op de klachten door familieleden hiervan verder op.

JAARVERSLAG 2018

EXTERNE OMBUDSFUNCTIE MULTIVERSUM

Van 1 januari tot 31 december 2018

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

OGGPA
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Provincie Antwerpen vzw

OGGPA
Haagbeuklei 12,
2610 Wilrijk
Tel: 03/609.33.45
lou.hamdaoui@oggpa.be
www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

MULTIVERSUM

CAMPUS MORTSEL & BOECHOUT

(Erkenningsnummer 902)

periode van 1 januari 2018 tot 31 december 2018

Lou Hamdaoui
Ombudspersoon
OGGPA
Februari 2019

INHOUD

1. INLEIDING **4**

2. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ **6**

3. BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN 2018 **7**

4. AANMELDINGEN 2018 **8**

5. UITDAGINGEN EN AANDACHTSPUNTEN 2019 **27**

6. BESLUIT **31**

7. Bijlage 1: Cijfers Vlaanderen 2018 **32**

8. Bijlage 2: Cijfers per provincie 2018 **51**

Bemiddelingsboek - 1942

1. INLEIDING

Vorig jaar werd het Vlaamse jaarverslag van de externe ombudsfunctie GGZ voor het eerst verstuurd naar de Vlaamse ombudsman. Vanaf dit jaar moeten ook de individuele jaarverslagen van de psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen, via de externe ombudsdienst, aan de Vlaamse ombudsman worden bezorgd voor 10 februari 2019. Deze datum werd decretaal vastgelegd in het Vlaamse klachtendecreet. Elk psychiatrisch ziekenhuis werd hiervan per brief op de hoogte gesteld door het Agentschap Zorg & Gezondheid.

De regelgeving over de individuele jaarverslagen wordt binnenkort geagendeerd op de Vlaamse Regering voor aanpassing, zodat ook daar vermeld staat dat de individuele jaarverslagen van de psychiatrische ziekenhuizen bezorgd moeten worden op 10 februari van het daaropvolgend kalenderjaar.

Zoals vorig jaar vermeld, heeft de uitbreiding van de ombudsfunctie in de provincie Antwerpen geleid tot het uitwerken van een nieuw actieplan tem 2018. Naast de verdeling van het actiegebied, werd er intensief ingezet op onder andere de verbetering van de zichtbaarheid en bereikbaarheid van de externe ombudsman door optimalisatie van permanentieregelingen aanwezigheid in de lokale organisaties, structureel overleg met de voorzieningen, alsook de informatieverstrekking en sensibilisering WPR (Wet Patiëntenrechten) en de praktijk van de ombudswerking. Wij trachten binnen onze opdracht de dialoog met onze samenwerkingspartners te versterken en uit te breiden ten einde een relevante bijdrage te kunnen leveren ter verbetering van de kwaliteit van de zorg binnen de voorziening, wat de zorgvrager uiteindelijk enkel ten goede komt.

Tussen het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen (OGGPA vzw) en het Multiversum werd bij de opstart van de externe ombudsfunctie een overeenkomst afgesloten. Het huishoudelijk reglement dat voorheen werd overgemaakt aan de voorziening bij een samenwerkingsovereenkomst, werd geactualiseerd en vorig jaar bezorgd aan de directie.

De visietekst en de gedragscode zijn richtinggevend voor de dagelijkse praktijk van de verschillende externe ombudspersonen in Vlaanderen. Deze teksten kan u terugvinden op de website www.ombudsfunctieggz.be.

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudsman tijdens het voorbije jaar.

De term "aanmeldingen" werd bewust gekozen, daar het immers niet altijd over klachten gaat. Soms betreft het een vraag naar informatie, verduidelijking of wil een patiënt gewoon zijn/haar verhaal kwijt. Andere keren betreft het inderdaad een klacht en is een patiënt ontevreden over de zorgverlening of werd deze geschonden in zijn patiëntenrechten.

Bemiddelingsboek - 1943

Het verwerken van de aanmeldingen gebeurt aan de hand van een gemeenschappelijk registratiesysteem voor alle Vlaamse externe ombudspersonen GGZ. Dit systeem, "Go-Between" genoemd, is een centrale databank waar alle gegevens rechtstreeks kunnen worden verwerkt. Op die manier proberen we de soms zeer uiteenlopende vragen die ons bereiken, duidelijk in kaart te brengen. Dit systeem geeft een overzicht van alle aanmeldingen in de verschillende voorzieningen waar de ombudsman werkzaam is.

De ombudswerking

Het is de opdracht van de ombudspersoon om bij een aanmelding te streven naar een aanvaardbare oplossing voor de betrokken partijen. Een aanmelding of een uiting van ongenoegen komt vaak voort uit het verschil tussen de verwachtingen van de patiënt en wat deze uiteindelijk toekomt. Vaak is dit een subjectief gegeven en wordt dit tijdens het eerste gesprek reeds uitgepraat mits de nodige toelichting van de ombudspersoon. In andere gevallen is de ontevredenheid gegrond en gaat dit rechtstreeks gepaard met het schenden van de patiëntenrechten.

De ombudspersoon zal in eerste instantie een analyse maken door te luisteren naar de aanmelder, de situatie in het juiste perspectief te brengen door deze te informeren omtrent het welbepaalde thema, de daaraan gekoppelde processen, richtlijnen en eventueel wetgeving, met als doel mogelijkheden te bieden om tot een gepaste oplossing te komen. De aanmelder zal zelf aangeven welke stappen of acties dienen ondernomen te worden, al dan niet via een bemiddelingsgesprek met de betrokken beroepsbeoefenaar.

De ombudspersoon zal die informatie inwinnen die hij/zij nodig acht in het kader van de bemiddeling. Hiervoor kan deze ongehinderd in contact treden met alle bij de klacht betrokken personen en/of diensten. Tijdens het verloop van de procedure verzorgt de ombudspersoon de opvolging, terugkoppeling en informatie naar de aanmelder.

In het geval dat er via bemiddeling geen oplossing bereikt kan worden, informeert de ombudspersoon de aanmelder over andere mogelijkheden voor de afhandeling van zijn aanmelding en zorgt deze voor een doorverwijzing.

Elke maandagnamiddag tussen 12h30 en 16h30 is er een permanentie voorzien in het ziekenhuis te campus Mortsel en donderdagvoormiddag van 9h tot 12h te campus Boechout. In de PVT's wordt er geen permanentiemoment georganiseerd. Bewoners contacteren mij telefonisch en maken een afspraak indien nodig.

Bij afwezigheid wordt het secretariaat per mail verwittigd en worden de patiënten doorverwezen naar mijn collega, Peter De Clercq. Zijn coördinaten zijn gekend op de afdelingen en op het intranet.

Bemiddelingsboek - 1944

2. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ

Meer dan vijftien 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.

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 patiënten-tevredenheid.

De verslaggeving van de externe ombudsfunctie Vlaanderen van de laatste vijftien jaar 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.

Het is een basisrecht van iedere patiënt dat hij, waar dan ook, een aanmelding kan formuleren bij een externe ombudspersoon. Deze laatste werkt laagdrempelig en krijgt bij de hulpverleners bemiddelingsruimte.

Een lokale verankering van de externe ombudswerking binnen de voorzieningen GGZ is nodig en biedt de mogelijkheid om een vertrouwelijke en professionele samenwerking aan te gaan ten einde de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Door structureel overleg met de betrokken voorzieningen op te nemen, bekomt men op relatief korte termijn een positief resultaat in de verbetering van de kwaliteit van de zorg. 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.

Vandaag staat het consensusmodel centraal in de werking van de externe ombudsfuctie 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 dichter bij elkaar. Doordat de bemiddeling zich op het niveau bevindt waar de klacht zich situeert, kan escalatie vermeden worden.

Het aandeel van deze gespecialiseerde aanpak betekent een reële winst in de gelijkwaardige samenwerking in de relatie patiënt-zorgverlener.

3. BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN 2018

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	264	315	590	525
aanmelders	263	309	514	457

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	560	95,07	486	92,57
algemene vraag los van patiëntenrecht	29	4,92	39	7,42
totaal	589	100	525	100

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	421	75,17	371	76,49
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	17	3,03	4	0,82
3. informatie	59	10,53	40	8,24
4. geïnformeerde toestemming	20	3,57	18	3,71
5. inzage patiëntendossier	13	2,32	36	7,42
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	19	3,39	6	1,23
7. klachtenbemiddeling	1	0,17	3	0,61
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	1	0,20
9. vertrouwenspersoon	8	1,42	6	1,23
10. pijnbestrijding	2	0,35	-	-
totaal	560	100	485	100

Bemiddelingsboek - 1946

4. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 03/01/2018, de laatste op 28/12/2018.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 105, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 105.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	0	0	189	105
aanmelders	0	0	147	88

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	189		105	
aanmelders	147		88	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	176	93,12	100	95,23
binnen de week	12	6,34	5	4,76
binnen de 2 weken	-	-	-	-
binnen de 4 weken	-	-	-	-
later dan 4 weken	1	0,52	-	-
totaal	189	100	105	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	-	-	-	-
1 contact	140	74,07	80	76,19

2 contacten	39	20,63	25	23,80
3 contacten	4	2,11	-	-
meer dan 3 contacten	6	3,17	-	-
totaal	189	100	105	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		2	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	188		105	

De **105** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 88 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
3	2	2,27	6	5,71
2	13	14,77	26	24,76
1	73	82,95	73	69,52
totaal	88	100	105	100

De **189** aanmeldingen *(2017)* komen van in totaal 147 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
4	2	1,36	8	4,23
3	7	4,76	21	11,11
2	22	14,96	44	23,28
1	116	78,91	116	61,37
totaal	147	100	189	100

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

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	170	89,94	94	89,52
groep patiënten	1	0,52	1	0,95
andere	18	9,52	10	9,52
totaal	189	100	105	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	96	56,80	44	47,31
vrouw	73	43,19	49	52,68
onbekend	-	-	-	-
totaal	169	100	93	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	-	-
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100
grootste groep	8		6	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	17	94,44	8	80,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	1	5,55	-	-
andere	-	-	2	20,00
totaal	18	100	10	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	7	70,00
als vertrouwenspersoon	8	50,00	-	-
ten persoonlijke titel	8	50,00	3	30,00
totaal	16	100	10	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	8	44,44	5	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	4	22,22	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	5	27,77	4	40,00
terugkoppeling was niet nodig	1	5,55	1	10,00
totaal	18	100	10	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	167	88,35	90	86,53
neen	22	11,64	14	13,46
totaal	189	100	104	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	14	63,63	4	28,57
dit jaar binnen een andere voorziening	2	9,09	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	4	18,18	9	64,28
vorige jaren in andere voorziening	2	9,09	1	7,14
totaal	22	100	14	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	53	28,04	1	0,95
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	19	10,05	2	1,90
telefonisch *(of GSM, SMS)*	117	61,90	102	97,14
totaal	189	100	105	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	47	24,86	14	13,33
vraag tot interventie	134	70,89	80	76,19
vraag tot signalering	3	1,58	4	3,80
vraag naar een luisterend oor	5	2,64	7	6,66
totaal	189	100	105	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	3	2,25	6	7,50
vraag om een ander soort akkoord	130	97,74	74	92,50
totaal	133	100	80	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	75	39,89	63	60,00
neen	113	60,10	42	40,00
werd niet bevraagd	-	-	-	-
totaal	188	100	105	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	70	93,33	63	100,00
formele interne klachtenprocedure	4	5,33	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	1	1,33	-	-
totaal	75	100	63	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	17	15,04	10	23,80
durfde niet	27	23,89	13	30,95
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	69	61,06	19	45,23
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	113	100	42	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	9	4,76	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	147	77,77	77	73,33
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	23	12,16	24	22,85
niet van toepassing	2	1,05	2	1,90
andere	8	4,23	2	1,90
totaal	189	100	105	100

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	183	96,82	96	91,42
algemene vraag los van patiëntenrecht	6	3,17	9	8,57
totaal	189	100	105	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	1	16,66	1	11,11
juridisch	-	-	1	11,11
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	3	50,00	5	55,55
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	2	33,33	2	22,22
totaal	6	100	9	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	-	-	-	-
psychiater	57	30,15	29	27,61
huisarts	1	0,52	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	21	11,11	13	12,38
persoonlijke begeleider	10	5,29	10	9,52
sociale dienst	10	5,29	11	10,47
psycholoog	9	4,76	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	5	2,64	6	5,71
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	27	14,28	10	9,52
administratieve dienst	10	5,29	2	1,90
technische dienst	4	2,11	4	3,80
voedingsdienst	1	0,52	4	3,80
poetsdienst	1	0,52	1	0,95
directie	5	2,64	3	2,85
bewindvoerder	13	6,87	6	5,71
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	15	7,93	6	5,71
totaal	189	100	105	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	146	79,78	81	84,37
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	1,09	1	1,04
3. informatie	14	7,65	6	6,25
4. geïnformeerde toestemming	5	2,73	-	-

5. inzage patiëntendossier	6	3,27	6	6,25
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	8	4,37	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	2	1,09	2	2,08
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	183	100	96	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	15	10,27	13	16,04
1.2. goede behandeling/begeleiding	54	36,98	31	38,27
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	23	15,75	5	6,17
1.4. goede hotelservice	10	6,84	14	17,28
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	26	17,80	12	14,81
1.7. beschermende maatregelen	18	12,32	6	7,40
totaal	146	100	81	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	6,66	3	23,07
correcte omgangsvormen	9	60,00	4	30,76
grensoverschrijdend gedrag	4	26,66	6	46,15
andere	1	6,66	-	-
totaal	15	100	13	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	4	7,40	2	6,45
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	1	1,85	1	3,22
groepstherapie	5	9,25	1	3,22
voldoende beschikbaarheid	8	14,81	6	19,35
betrokkenheid familie	2	3,70	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	8	14,81	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	12	22,22	14	45,16
overplaatsing naar andere afdeling	3	5,55	1	3,22
overplaatsing naar een andere voorziening	8	14,81	1	3,22
andere	3	5,55	5	16,12
totaal	54	100	31	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	4	50,00	-	-
andere	4	50,00	-	-
totaal	8	100	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	9	75,00	4	28,57
geweigerd	-	-	-	-
andere	3	25,00	10	71,42
totaal	12	100	14	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	1	33,33	-	-
geweigerd	2	66,66	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	3	100	1	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	1	12,50	-	-
geweigerd	4	50,00	-	-
andere	3	37,50	1	100,00
totaal	8	100	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	6	26,08	-	-
groepsleven	4	17,39	-	-
ontspanning/vrije tijd	2	8,69	3	60,00
weekend- en verlofregeling	7	30,43	-	-
andere	4	17,39	2	40,00
totaal	23	100	5	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	1	10,00	4	28,57
infrastructuur/accommodatie	1	10,00	4	28,57
hygiëne	2	20,00	1	7,14
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	6	60,00	4	28,57
andere	-	-	1	7,14

totaal	10	100	14	100

1.5. Betalende diensten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
factuur	3	11,53	5	41,66
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	2	7,69	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	11	42,30	6	50,00
verzekeringen	9	34,61	1	8,33
andere	1	3,84	-	-
totaal	26	100	12	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	5,55	-	-
afzondering	2	11,11	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	15	83,33	6	100,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	18	100	6	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	1	50,00	1	100,00
psycholoog	1	50,00	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	7,14	-	-
duur	1	7,14	-	-
kosten	-	-	1	16,66
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	6	42,85	3	50,00
andere	6	42,85	2	33,33
totaal	14	100	6	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	5	100,00	-	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		5	100	-	-

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	6	100,00	6	100,00
totaal	6	100	6	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	6	100,00	6	100,00
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		6	100	6	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	4	50,00	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	2	25,00	-	-
andere	2	25,00	-	-
totaal	8	100	-	-

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	50,00	1	50,00
andere	1	50,00	1	50,00
totaal	2	100	2	100

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(105)*.

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	3	1,61	6	5,71
doorverwijzen intern	1	0,53	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	46	24,73	15	14,28
signaleren	3	1,61	3	2,85
coachen	2	1,07	1	0,95
bemiddelen	131	70,43	80	76,19
totaal	186	100	105	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	18	13,74	13	16,25
ombudspersoon zonder patiënt	113	86,25	67	83,75
totaal	131	100	80	100

Bemiddelingsboek - 1962

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	49	26,20	42	40,00
binnen de week	115	61,49	61	58,09
binnen de twee weken	16	8,55	-	-
binnen de vier weken	1	0,53	1	0,95
later dan vier weken	6	3,20	1	0,95
totaal	187	100	105	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	6		14	

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	121	64,36	77	74,03
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	48	25,53	24	23,07
ontevredenheid patiënt	19	10,10	2	1,92
door ombudspersoon				

Bemiddelingsboek - 1963

gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	0,96
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	-	-	-	-
totaal	188	100	104	100

Evaluatie proces

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	167	88,82	92	88,46
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	18	9,57	11	10,57
ontevredenheid patiënt	3	1,59	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	0,96
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	-	-	-	-
totaal	188	100	104	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Samenvatting cijfers:

- De 105 aanmeldingen (2018) komen van in totaal 88 aanmelders. Het aantal aanmelders is gedaald tegenover vorige jaar.
- Alle aanmelders kregen een eerste gesprek **binnen de week.**
- Bij alle aanmeldingen heeft er **minstens 1 persoonlijk** contact plaatsgevonden.
- Er waren geen aanmeldingen waarbij er **geen face to face** contact was.
- In 2018 was er **1 groepsklacht**.
- Ongeveer 10% van de aanmeldingen werden geformuleerd door **partners of familieleden**.
- Het aantal **reeds gekende aanmelders** bedraagt 13%.
- Het aantal aanmelders dat spontaan gebruik maakt van de **permanentie** is bijna verwaarloosbaar (1%), een **daling van 27%** tav 2017 (28%). Het merendeel van de aanmelders (**97%**) meldt zich **telefonisch** en maakt een afspraak in het ziekenhuis. 2% stuurt een mail met een expliciete vraag.
- **76%** van de aanmelders vraagt expliciet om een **interventie**, **13%** vraagt **informatie**.
- **40%** van de aanmelders heeft geen eerdere stappen ondernomen.
- **60%** van de aanmelders geeft aan betrokken partijen reeds informeel te hebben benaderd.
- **Kwaliteitsvolle dienstverlening (84%) en recht op informatie (6%)** zijn samen de belangrijkste categorieën. Begeleiding en beschermende maatregelen vallen onder deze categorieën alsook het aanbieden van alternatieven tijdens of na de behandeling.
- **(Pendel-) Bemiddelen** blijft de voornaamste interventie van de ombudspersoon.
- Er waren in 2018 13 **driegesprekken**.
- Doorgaans worden aanmeldingen binnen een termijn van **2 weken** afgesloten.

5. UITDAGINGEN EN AANDACHTSPUNTEN 2019

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden. Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Omdat het voorbarig zou zijn conclusies te formuleren uit het beperkte aantal aanmeldingen in de PVT's, beperken we ons tot besluiten uit het psychiatrisch ziekenhuis. Waar mogelijk formuleren we ook enkele aanbevelingen. Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren. De aandachtspunten die betrekking hebben op de ombudsfunctie op zich, worden doorheen de verdere ombudspraktijk opgevolgd en komen ook regelmatig aan bod tijdens de intervisie met de Vlaamse collega's.

Voeding

Zowat één op vijf aanmeldingen over kwaliteitsvolle dienstverlening binnen de geestelijke gezondheidzorg in Vlaanderen, betreft de hotelfunctie van de voorzieningen. Voeding is daarbinnen een van de belangrijkste thema's. We merken dat de vraag naar een voedingsaanbod op maat zich steeds vaker stelt: vegetarische en veganistische alternatieven, glutenvrije of andere diëten, halal, etc… Diversificatie in het aanbod en meer op maat van de individuele noden, zijn nieuwe uitdagingen geworden voor de psychiatrische ziekenhuizen.

Gezonde en lekkere voeding draagt bij aan het welbevinden van de patiënt alsook de kwaliteit van het verblijf. De mate waarin tegemoetgekomen wordt aan deze basale zorgbehoefte heeft een impact op de algemene tevredenheid. Een goed food-managementsysteem is echter complex. Het is balanceren tussen een toename van allergieën en wensen, een groot aanbod, met voldoende verfijning en aandacht voor voedselverspilling.

Wanneer expliciet gevraagd wordt aan de kok om net iets meer variatie te brengen in het aanbod van de vegetarische maaltijden, wordt hier wel een tandje bijgestoken. Het is uiteraard niet evident om middenin verschuivingen van de huidige werkingsstructuren/beleid, te gaan experimenteren. Op dit moment wordt er in de voorziening volop gewerkt aan het fusioneren van beide keukens (Campus Mortsel en Boechout). Er wordt een nieuw model uitgetekend dat haalbaar en werkbaar is voor beide campussen, waarbij het aanbod zoveel mogelijk wordt gediversifieerd. Ik krijg hierover nog feedback.

We merken dat het overgrote deel van de aanmeldingen rond voeding vanuit de verslavingszorg komen in de psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen.

Informatie over de eigen toestand

Patiënten krijgen doorgaans de nodige informatie die voor hen van toepassing is, hetzij bij de intake, tijdens de opname en in nazorg. Door de complexiteit van de situatie, de persoonlijke kwetsbaarheid en stress van de patiënt, dringt de boodschap onvoldoende door of komt deze niet altijd over zoals bedoeld. Hulpverleners hebben wel eens het idee dat de zaken voor zich

Bemiddelingsboek - 1966

spreken. Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten zorgt ervoor dat patiënten onnodig piekeren over hun situatie, perspectief en mogelijkheden, net omdat ze in hun beleving onvoldoende of niet geïnformeerd zijn. Herhaling is in deze situaties aangewezen.

Bijvoorbeeld: Zo blijven wij het gebruik van de brochure "Gedwongen Opname" aanmoedigen, wat een handig en waardevol instrument is bij het informeren van de patiënt.

Brochure "gedwongen opname"

Sinds de brochure "Gedwongen opname" zeer actief in gebruik werd genomen op de gesloten afdeling te campus Boechout, zijn er opvallend veel minder vragen, klachten, bezorgdheden rond gedwongen opname. Zowel vanwege de familie als de patiënten.

Na de fusie en de aanpassingen op de gesloten afdeling, stellen we vast dat er een enorme daling is van agressie-incidenten en een rustige omgeving werd gecreëerd dat zowel merkbaar is bij het team als bij de patiënten.

De vragen die doorgaans nog tot de externe ombudsdienst komen gaan meestal over administratie, verlenging van een gedwongen opname of medische kosten en facturatie.

Vrijetijdsbesteding op het domein te Boechout

Mede door het aanhoudende mooie weer waren meerdere patiënten gemotiveerd om buitenactiviteiten op het domein op te zoeken. Waaronder het in gebruik nemen van het pétanque-veld achterin, anderen zochten dan weer een tennismuur of een plekje om ongestoord muziek te spelen.

Zowel de hulpverleners als de directie staan open voor activiteiten die een therapeutische meerwaarde betekenen tijdens het behandeltraject van de patiënten. Na overleg werd de technische dienst ingeschakeld om het pétanque-veld gebruiksklaar te maken, de sporthal werd ter beschikking gesteld voor de tennissers en het muziektherapielokaal wordt voortaan ter beschikking gesteld voor patiënten die tijdens hun vrije uren even willen "jammen" (mits begeleiding van de therapeut van dienst).

Ontslagvoorbereiding en nazorg (net als vorig jaar een aandachtspunt)

Ook dit jaar stellen we vast dat het beëindigen van de opname of de behandeling, door de patiënt en diens familie vaak als moeilijk, voorbarig en 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?

Hierbij zoomen we 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 onvoldoende ruimte werd gecreëerd voor feedback en dialoog. In die situaties is het belangrijk om alternatieven aan te bieden en door te verwijzen 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 samen met de patiënt mogelijkheden te 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.

Somatische zorg

Een belangrijke randvoorwaarde is een degelijke somatische zorgomkadering. Omwille van de co-morbiditeit van somatische problematieken bij personen met een psychiatrische kwetsbaarheid is het belangrijk dat de somatische zorg optimaal gefaciliteerd wordt en geïntegreerd in de totaalzorg.

Dagelijks zetten hulpverleners zich hard in om patiënten te stimuleren in hun herstel. Patiënten worden psychologisch begeleid, krijgen psycho-educatie, worden ondersteund in het ordenen van hun leven, krijgen een vaste structuur, bewegen dagelijks, houden er een relatief gezonde levensstijl op na.. Ondanks al deze positieve inspanningen gebeurt het wel vaker dat patiënten wel eens nood hebben aan somatische zorgen. Hetzij acuut, hetzij omwille van chronische pijnen of andere. Patiënten gaven meermaals aan niet serieus te worden genomen en afgewimpeld te worden of ze moesten zich zelf buitenhuis richten tot een specialist. Als het om een irritatie gaat in de keel, kan je dat nog verhelpen op grootmoederswijze, maar ernstige symptomen of kwetsuren, daar moeten duidelijke richtlijnen voor worden uitgewerkt.

Algemeen stellen we vast dat de somatische zorg binnen de ggz niet overal structureel is verankerd. De meeste voorzieningen werken al dan niet met een huisarts die zich beschikbaar stelt op bepaalde momenten of men rekent op de goodwill van lokale hulpverleners, artsen in opleiding of de psychiater van wacht. Kortom, het is niet duidelijk. Noch voor de patiënten, noch voor de medewerkers.

Bereikbaarheid ombudsfunctie

Vanuit mijn ervaring in beide campussen kan ik bevestigen dat de nodige inspanningen worden geleverd om de laagdrempeligheid van de externe ombudsfunctie te garanderen. Zowel in campus Mortsel al in campus Boechout heb ik een lokaal ter beschikking waar ik vertrouwelijke gesprekken kan voeren. Ook heb ik permanente toegang tot het intranet binnen- en

buitenhuis. Mijn coördinaten worden overal ter beschikking gesteld (brochures en posters & digitaal). Daar mijn lokaal te campus Boechout centraal gelegen is, wordt daar net iets intensiever overlegd met afdelingshoofden, clustermanagers en andere directieleden, net omwille van de fysieke bereikbaarheid. Te campus Mortsel gebeurt dat vaker telefonisch.

Grensoverschrijdend gedrag

In 2018 werd de voorziening geconfronteerd met een aantal aanmeldingen inzake seksueel grensoverschrijdend gedrag, zowel formeel als informeel. Die enkele casussen zijn niet vergelijkbaar en niet allemaal gegrond of bewezen.

Eén specifieke casus kreeg de nodige media aandacht en heeft voor heel wat tumult gezorgd in de voorziening tijdens de behandeling van de zaak. In die casus is elke betrokkene uitgebreid gehoord geweest door therapeuten, psychologen, artsen, directieleden en de externe ombudspersoon. Vertrouwelijkheid, dialoog en een relatiegerichte, professionele benadering waren hier aan de orde. De nodige procedures, protocollen en administratie werden zeer minutieus opgevolgd. Men heeft vanuit de voorziening verantwoordelijkheid genomen, alle stappen doorlopen en ondernomen die van toepassing waren en maatregelen getroffen. Vanuit het perspectief van de betrokken patiënten was dat onvoldoende.

Er hebben verschillende bemiddelingsgesprekken plaatsgevonden tussen de slachtoffers en meerdere actoren binnen de voorziening. Telkens wanneer we bijna tot een consensus kwamen, veranderden de voorwaarden/doelen gesteld door de slachtoffers. Het is een lang en moeizaam proces geweest, rekening houdend met de kwetsbaarheid, bereidwilligheid en het tempo van de betrokken patiënten.

De procedure is afgerond. Eén betrokkene heeft alsnog een klacht neergelegd bij het Agentschap Zorg & Gezondheid. Verder is zowel de voorziening als de externe ombudspersoon niet meer op de hoogte gesteld.

Administratie

Meermaals werd er beroep gedaan op de externe ombudspersoon aangaande de afhandeling van het administratieve luik van de opname. Het ging zowel om documenten voor en van verzekeringsmaatschappijen als eindverslagen bij het afronden van de behandeling.

Einde 2018 kreeg ik van verschillende maatschappijen bericht dat ze een minimale achterstand hadden opgelopen van ongeveer twee maanden, waaronder *DKV* bijvoorbeeld.

De lokale administratie van patiënten in de voorziening werd, mits de achterstand van de verzekeringsmaatschappijen, verder goed opgevolgd en afgehandeld.

6. BESLUIT

In 2018 waren er 105 aanmeldingen van 88 aanmelders. Alle aanmeldingen werden met de nodige zorgvuldigheid behandeld. De betrokken hulpverleners hebben zich telkens bereidwillig opgesteld tegenover de patiënt en de ombudspersoon om in dialoog te gaan en hebben zich geëngageerd om het nodige te ondernemen ten einde een positief resultaat te bekomen en zo de therapeutische relatie te verbeteren.

De intensieve samenwerking met de verschillende afdelingen en diensten, maakt dat ik ten allen tijde wordt geïnformeerd over veranderingen, vernieuwingen, werkgroepen…zodat ik op gepaste wijze een antwoord kan bieden aan de aanmelders. Ik houd ad-hoc de clustermanagers, afdelingshoofden of directie op de hoogte daar waar snel moet geschakeld worden. Deze manier van werken stimuleert de optimalisering van de kwaliteit.

Verder stel ik vast dat er veel inspanningen worden geleverd in pro-actief werk. Dat komt de patiënt uiteindelijk ten goede.

Bemiddelingsboek - 1970

Bijlage 1:

AANMELDINGEN VLAANDEREN 2018

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 01/01/2018, de laatste op 28/12/2018.
Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 2445, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 2378.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	2531	2571	2789	2445
aanmelders	1682	1740	1902	1721

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	2789		2445	
aanmelders	1902		1721	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	1771	72,82	1603	75,22
binnen de week	553	22,73	441	20,69
binnen de twee weken	52	2,13	44	2,06
binnen de vier weken	35	1,43	24	1,12
later dan vier weken	21	0,86	19	0,89
totaal	2432	100	2131	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	326	11,79	297	12,21

1 contact	1714	62,01	1450	59,64
2 contacten	490	17,72	469	19,29
3 contacten	142	5,13	127	5,22
meer dan 3 contacten	92	3,32	88	3,61
totaal	2764	100	2431	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	55		15	
verwezen naar andere ombudspersoon[2]	25		14	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	2706		2378	

Bij de verwijzing naar een andere ombudspersoon betreft het 0 keer een interne ombudspersoon GGZ, 5 keer een externe ombudspersoon GGZ van een ander overlegplatform, 7 keer een ombudspersoon van een algemeen ziekenhuis, 1 keer de federale ombudspersoon en 1 keer een andere ombudsdienst.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	2323	84,04	1959	80,58
groep patiënten	135	4,88	187	7,69
andere	306	11,07	285	11,72
totaal	2764	100	2431	100

Geslacht indien individueel

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
man	1285	55,34	1026	52,50
vrouw	1032	44,44	920	47,08
onbekend	5	0,21	8	0,40
totaal	2322	100	1954	100

Aantal leden groep

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
2 personen	19	14,07	30	16,04

[2] verwijzingen naar andere ombudspersonen worden voor de verdere gegevens niet meegeteld

3 personen	10	7,40	21	11,22
4 personen	15	11,11	23	12,29
meer dan 4 personen	91	67,40	113	60,42
totaal	135	100	187	100
grootste groep	30		21	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	276	90,19	251	88,38
kennis	2	0,65	2	0,70
personeelslid	8	2,61	20	7,04
andere	20	6,53	11	3,87
totaal	306	100	284	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	31	10,19	36	12,72
als vertrouwenspersoon	79	25,98	70	24,73
ten persoonlijke titel	194	63,81	177	62,54
totaal	304	100	283	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	137	44,77	122	42,80
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	39	12,74	49	17,19
terugkoppeling was niet mogelijk	81	26,47	81	28,42
terugkoppeling was niet nodig	49	16,01	33	11,57
totaal	306	100	285	100

Bemiddelingsboek - 1973

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	1797	65,01	1695	69,89
neen	967	34,98	730	30,10
totaal	2764	100	2425	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	619	64,01	477	65,34
dit jaar binnen een andere voorziening	16	1,65	23	3,15
vorige jaren binnen deze voorziening	290	29,98	200	27,39
vorige jaren in andere voorziening	42	4,34	30	4,10
totaal	967	100	730	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	1037	37,51	861	35,41
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	681	24,63	549	22,58
telefonisch *(of GSM, SMS)*	1046	37,84	1021	41,99
totaal	2764	100	2431	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	342	12,37	312	12,83
vraag tot interventie	1621	58,64	1472	60,55
vraag tot signalering	343	12,40	330	13,57
vraag naar een luisterend oor	458	16,57	317	13,03
totaal	2764	100	2431	100

Bemiddelingsboek - 1974

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	97	5,98	109	7,42
vraag om een ander soort akkoord	1523	94,01	1360	92,57
totaal	1620	100	1469	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	1123	40,65	1001	41,24
neen	1247	45,14	949	39,10
werd niet bevraagd	392	14,19	477	19,65
totaal	2762	100	2427	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	1074	95,63	954	95,40
formele interne klachtenprocedure	17	1,51	13	1,30
interne ombudsfunctie	7	0,62	16	1,60
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	25	2,22	17	1,70
totaal	1123	100	1000	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	83	6,65	107	11,27
durfde niet	211	16,92	160	16,85
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	953	76,42	682	71,86
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	1247	100	949	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	46	1,66	46	1,89
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	2339	84,62	2028	83,42
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	311	11,25	305	12,54
niet van toepassing	38	1,37	38	1,56
andere	30	1,08	14	0,57
totaal	2764	100	2431	100

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	2572	93,05	2260	92,96
algemene vraag los van patiëntenrecht	192	6,94	171	7,03
totaal	2764	100	2431	100

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

Bemiddelingsboek - 1976

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familiaal	11	5,72	7	4,09
juridisch	18	9,37	30	17,54
financieel	14	7,29	17	9,94
tewerkstelling	2	1,04	3	1,75
huisvesting	14	7,29	5	2,92
levensverhaal	101	52,60	79	46,19
patiëntenrechten	10	5,20	8	4,67
andere	22	11,45	22	12,86
totaal	192	100	171	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	215	7,77	148	6,08
psychiater	554	20,04	473	19,45
huisarts	20	0,72	23	0,94
andere arts	22	0,79	20	0,82
apotheker	3	0,10	3	0,12
verpleging	351	12,69	367	15,09
persoonlijke begeleider	64	2,31	78	3,20
sociale dienst	70	2,53	82	3,37
psycholoog	51	1,84	35	1,43
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	55	1,98	61	2,50
diëtist	-	-	2	0,08
multidisciplinair team	856	30,96	647	26,61
administratieve dienst	37	1,33	40	1,64
technische dienst	52	1,88	68	2,79
voedingsdienst	143	5,17	149	6,12

poetsdienst	13	0,47	13	0,53
directie	81	2,93	82	3,37
bewindvoerder	56	2,02	36	1,48
ombudspersoon	20	0,72	38	1,56
andere	101	3,65	66	2,71
totaal	2764	100	2431	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	2011	78,18	1781	78,84
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	66	2,56	42	1,85
3. informatie	111	4,31	83	3,67
4. geïnformeerde toestemming	196	7,62	158	6,99
5. inzage patiëntendossier	56	2,17	86	3,80
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	81	3,14	73	3,23
7. klachtenbemiddeling	18	0,69	18	0,79
8. wettelijke vertegenwoordiger	2	0,07	1	0,04
9. vertrouwenspersoon	18	0,69	12	0,53
10. pijnbestrijding	13	0,50	5	0,22
totaal	2572	100	2259	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	296	14,71	232	13,02
1.2. goede behandeling/begeleiding	708	35,20	648	36,38
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	192	9,54	147	8,25

1.4. goede hotelservice	391	19,44	408	22,90
1.5. betalende diensten	20	0,99	19	1,06
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	155	7,70	117	6,56
1.7. beschermende maatregelen	249	12,38	210	11,79
totaal	2011	100	1781	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	70	23,64	55	23,70
correcte omgangsvormen	184	62,16	138	59,48
grensoverschrijdend gedrag	32	10,81	28	12,06
andere	10	3,37	11	4,74
totaal	296	100	232	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
diagnose	5	0,70	5	0,77
somatische verzorging	80	11,29	75	11,57
medicatie	49	6,92	28	4,32
individuele therapie	36	5,08	76	11,72
groepstherapie	37	5,22	21	3,24
voldoende beschikbaarheid	133	18,78	119	18,36
betrokkenheid familie	58	8,19	70	10,80
start opname/behandeling/begeleiding	42	5,93	46	7,09
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	116	16,38	104	16,04
overplaatsing naar andere afdeling	42	5,93	29	4,47
overplaatsing naar een andere voorziening	59	8,33	32	4,93
andere	51	7,20	43	6,63
totaal	708	100	648	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	2	4,76	1	2,17
geweigerd	18	42,85	15	32,60
andere	22	52,38	30	65,21
totaal	42	100	46	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	74	63,79	69	66,34
geweigerd	18	15,51	7	6,73
andere	24	20,68	28	26,92
totaal	116	100	104	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	14	33,33	10	34,48
geweigerd	13	30,95	7	24,13
andere	15	35,71	12	41,37
totaal	42	100	29	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	25	42,37	10	31,25
geweigerd	15	25,42	15	46,87
andere	19	32,20	7	21,87
totaal	59	100	32	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	75	39,06	56	38,09
groepsleven	57	29,68	48	32,65
ontspanning/vrije tijd	14	7,29	12	8,16
weekend- en verlofregeling	34	17,70	23	15,64
andere	12	6,25	8	5,44
totaal	192	100	147	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	161	41,17	158	38,72
infrastructuur/accommodatie	130	33,24	140	34,31
hygiëne	14	3,58	17	4,16
veiligheid persoon	29	7,41	26	6,37
veiligheid goederen	55	14,06	62	15,19
andere	2	0,51	5	1,22
totaal	391	100	408	100

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	3	15,00	2	10,52
winkel	-	-	1	5,26
wasserij	14	70,00	6	31,57
publifoon	-	-	-	-
andere	3	15,00	10	52,63
totaal	20	100	19	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	45	29,03	40	34,18
opbouw inkomen	6	3,87	3	2,56
zakgeld	19	12,25	16	13,67
bestedingsautonomie	17	10,96	10	8,54
bewindvoering	45	29,03	31	26,49
verzekeringen	18	11,61	12	10,25
andere	5	3,22	5	4,27
totaal	155	100	117	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	25	10,04	22	10,47
beperkte bewegingsvrijheid	58	23,29	49	23,33
afzondering	32	12,85	33	15,71
fixatie	10	4,01	10	4,76
gedwongen opname	106	42,57	84	40,00
internering	5	2,00	1	0,47
andere	13	5,22	11	5,23
totaal	249	100	210	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	42	63,63	24	57,14
psycholoog	9	13,63	1	2,38
persoonlijk begeleider	7	10,60	12	28,57
andere	8	12,12	5	11,90
totaal	66	100	42	100

Bemiddelingsboek - 1982

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	18	16,21	20	24,09
duur	15	13,51	3	3,61
kosten	8	7,20	3	3,61
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	4	3,60	7	8,43
alternatieven	16	14,41	7	8,43
andere	50	45,04	43	51,80
totaal	111	100	83	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	5	2,55	6	3,79
	toestemming	88	44,89	55	34,81
behandeling/begeleiding	informatie	11	5,61	14	8,86
	toestemming	88	44,89	77	48,73
andere	informatie	1	0,51	1	0,63
	toestemming	3	1,53	5	3,16
totaal		196	100	158	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	2	3,57	9	10,46
inzage/afschrift dossier	54	96,42	77	89,53
totaal	56	100	86	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	4	7,40	1	1,31
	afschrift	8	14,81	10	13,15
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-

	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	1	1,85	3	3,94
volledig dossier	inzage	4	7,40	10	13,15
	afschrift	33	61,11	42	55,26
andere	inzage	2	3,70	1	1,31
	afschrift	2	3,70	9	11,84
totaal		54	100	76	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	35	43,20	27	36,98
persoonlijke overtuiging	3	3,70	2	2,73
briefgeheim	4	4,93	6	8,21
territoriale privacy	17	20,98	24	32,87
mondelinge indiscretie	6	7,40	7	9,58
andere	16	19,75	7	9,58
totaal	81	100	73	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	2	11,11	2	11,11
bemoeilijkt	8	44,44	3	16,66
gesanctioneerd	2	11,11	1	5,55
informatie	6	33,33	10	55,55
andere	-	-	2	11,11
totaal	18	100	18	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	50,00	1	100,00
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	1	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	7	38,88	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	8	44,44	9	75,00
andere	3	16,66	3	25,00
totaal	18	100	12	100

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	2	15,38	2	40,00
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	10	76,92	2	40,00
andere	1	7,69	1	20,00
totaal	13	100	5	100

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(2378)*.

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	326	12,05	236	9,92
doorverwijzen intern	44	1,62	31	1,30
doorverwijzen extern	38	1,40	39	1,64
informeren	315	11,64	296	12,45
signaleren	509	18,82	505	21,24
coachen	302	11,16	238	10,01
bemiddelen	1170	43,26	1032	43,41
totaal	2704	100	2377	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	218	18,63	202	19,59
ombudspersoon zonder patiënt	952	81,36	829	80,40
totaal	1170	100	1031	100

Bemiddelingsboek - 1986

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	1098	40,68	962	40,50
binnen de week	850	31,49	731	30,77
binnen de twee weken	281	10,41	260	10,94
binnen de vier weken	199	7,37	169	7,11
later dan vier weken	271	10,04	253	10,65
totaal	2699	100	2375	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	46		47	

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1057	39,07	968	40,75
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	458	16,93	429	18,06
ontevredenheid patiënt	306	11,31	214	9,01

Bemiddelingsboek - 1987

door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	57	2,10	37	1,55
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	71	2,62	98	4,12
ontevredenheid patiënt	33	1,21	24	1,01
geen feedback	723	26,72	605	25,47
totaal	2705	100	2375	100

Evaluatie proces

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1521	56,25	1298	54,65
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	365	13,49	347	14,61
ontevredenheid patiënt	54	1,99	35	1,47
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	80	2,95	70	2,94
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	79	2,92	86	3,62
ontevredenheid patiënt	7	0,25	5	0,21
geen feedback	598	22,11	534	22,48
totaal	2704	100	2375	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	2	2,98	2	2,17
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	7	10,44	25	27,17
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	5	7,46	3	3,26
andere rechtbank	6	8,95	2	2,17
ziekenfonds	3	4,47	9	9,78
andere	44	65,67	51	55,43
totaal	67	100	92	100

Bijlage 2

BELANGRIJKSTE CIJFERS PER PROVINCIE 2018

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2018

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	**525**	567	901	280	172	2445
aanmelders	**426**	299	325	261	77	1388

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2017

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	**590**	582	1046	256	320	2794
aanmelders	**468**	306	255	233	182	1444

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
individuele patiënt	423	80,57	437	78,17	725	80,73	229	82,67	145	84,30	1959
groep patiënten	7	1,33	71	12,70	88	9,79	20	7,22	1	0,58	187
andere	95	18,09	51	9,12	85	9,46	28	10,10	26	15,11	285
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

**Voorbeelden in de categorie 'andere': medepatiënt, vertrouwenspersoon, medewerker mutualiteit verzekeringsmakelaar, advocaat, extern hulpverlener, vertrouwenspersoon van familie.*

Bemiddelingsboek - 1989

Aantal leden groep - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2 personen	2	28,57	4	5,63	15	17,04	9	45,00	0	-	30
3 personen	0	-	0	-	16	18,18	5	25,00	0	-	21
4 personen	0	-	0	-	20	22,72	3	15,00	0	-	23
meer dan 4 personen	5	71,42	67	94,36	37	42,04	3	15,00	1	100,00	113
totaal	**7**	100	71	100	88	100	20	100	1	100	187
kol %	3,74		37,97		47,06		10,70		0,53		100
grootste groep							-		21		

Initiële aanmelder indien andere - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
familielid/partner	82	86,31	49	98,00	69	81,17	27	96,42	24	92,30	251
kennis	1	1,05	0	-	0	-	1	3,57	0	-	2
personeelslid	5	5,26	1	2,00	13	15,29	0	-	1	3,84	20
andere	7	7,36	0	-	3	3,52	0	-	1	3,84	11
totaal	95	100	50	100	85	100	28	100	26	100	284
kol %	33,45		17,61		29,93		9,86		9,15		100

Is de aanmelder nieuw voor u? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ja	428	81,67	392	70,12	550	61,24	220	80,88	105	61,04	1695
neen	96	18,32	167	29,87	348	38,75	52	19,11	67	38,95	730
totaal	524	100	559	100	898	100	272	100	172	100	2425
kol %	21,61		23,05		37,03		11,22		7,09		100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
dit jaar binnen deze voorziening	29	30,20	91	54,49	276	79,31	21	40,38	60	89,55	477
dit jaar binnen een andere voorziening	2	2,08	9	5,38	9	2,58	3	5,76	0	-	23
vorige jaren binnen deze voorziening	52	54,16	59	35,32	61	17,52	21	40,38	7	10,44	200
vorige jaren in andere voorziening	13	13,54	8	4,79	2	0,57	7	13,46	0	-	30
totaal	96	100	167	100	348	100	52	100	67	100	730
kol %	13,15		22,88		47,67		7,12		9,18		100

Vorm van aanmelden - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
direct contact	**59**	**11,2**	239	42,75	421	46,88	106	38,26	**36**	**21**	861
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	85	16,19	107	19,14	221	24,61	118	42,59	18	10,46	549
telefonisch *(of GSM, SMS)*	381	72,57	213	38,10	256	28,50	53	19,13	118	68,60	1021
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Initieel verzoek betreft - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
vraag naar informatie	102	19,42	72	12,88	84	9,35	22	7,94	32	18,60	312
vraag tot interventie	360	68,57	321	57,42	554	61,69	131	47,29	106	61,62	1472
vraag tot signalering	21	4,00	37	6,61	158	17,59	99	35,74	15	8,72	330
vraag naar een luisterend oor	42	8,00	129	23,07	102	11,35	25	9,02	19	11,04	317
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Vraag tot interventie betreft - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
vraag om een financieel akkoord	42	11,69	26	8,12	29	5,23	7	5,38	5	4,71	109
vraag om een ander soort akkoord	317	88,30	294	91,87	525	94,76	123	94,61	101	95,28	1360
totaal	359	100	320	100	554	100	130	100	106	100	1469
kol %	24,44		21,78		37,71		8,85		7,22		100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ja	244	46,65	338	60,57	312	34,78	55	19,85	52	30,23	1001
neen	259	49,52	171	30,64	347	38,68	104	37,54	68	39,53	949
werd niet bevraagd	20	3,82	49	8,78	238	26,53	118	42,59	52	30,23	477
totaal	523	100	558	100	897	100	277	100	172	100	2427
kol %	21,55		22,99		36,96		11,41		7,09		100

Welke stappen? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
informeel	228	93,82	329	97,33	308	98,71	49	89,09	40	76,92	954
formele interne klachtenprocedure	6	2,46	3	0,88	0	-	2	3,63	2	3,84	13
interne ombudsfunctie	3	1,23	3	0,88	1	0,32	4	7,27	5	9,61	16
externe ombudsfunctie	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
extern	6	2,46	3	0,88	3	0,96	0	-	5	9,61	17
totaal	243	100	338	100	312	100	55	100	52	100	1000
kol %	24,30		33,80		31,20		5,50		5,20		100

Fase waarin patiënt zich bevindt - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	20	3,80	7	1,25	12	1,33	6	2,16	1	0,58	46
opgenomen/**in behandeling** /in begeleiding	352	67,04	493	88,19	806	89,75	226	81,58	151	87,79	2028
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	107	20,38	59	10,55	76	8,46	44	15,88	19	11,04	305
niet van toepassing	32	6,09	0	-	4	0,44	1	0,36	1	0,58	38
andere	14	2,66	0	-	0	-	0	-	0	-	14
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op - 2018

	Antwerpen		**Limburg**		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	371	76,49	370	68,51	693	84,20	221	85,99	126	81,81	1781
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	0,82	10	1,85	22	2,67	1	0,38	5	3,24	42
3. informatie	40	8,24	16	2,96	17	2,06	4	1,55	6	3,89	83
4. geïnformeerde toestemming	18	3,71	**97**	17,96	29	3,52	8	3,11	6	3,89	158
5. inzage patiëntendossier	36	7,42	5	0,92	30	3,64	9	3,50	6	3,89	86
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	1,23	**37**	6,85	16	1,94	13	5,05	1	0,64	73
7. klachtenbemiddeling	3	0,61	2	0,37	11	1,33	0	-	2	1,29	18
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,20	0	-	0	-	0	-	0	-	1
9. vertrouwenspersoon	6	1,23	2	0,37	3	0,36	0	-	1	0,64	12
10. pijnbestrijding	0	-	1	0,18	2	0,24	1	0,38	1	0,64	5
totaal	485	100	540	100	823	100	257	100	154	100	2259
kol %	21,47		23,90		36,43		11,38		6,82		100

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1.1. respectvolle bejegening	49	13,20	57	15,40	59	8,51	58	26,24	9	7,14	232
1.2. goede behandeling/begeleiding	170	45,82	121	32,70	237	34,19	62	28,05	58	46,03	648
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	26	7,00	24	6,48	78	11,25	13	5,88	6	4,76	147
1.4. goede hotelservice	46	12,39	74	20,00	204	29,43	64	28,95	20	15,87	408
1.5. betalende diensten	2	0,53	6	1,62	4	0,57	3	1,35	4	3,17	19
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	49	13,20	27	7,29	29	4,18	7	3,16	5	3,96	117
1.7. beschermende maatregelen	29	7,81	61	16,48	82	11,83	14	6,33	24	19,04	210
totaal	371	100	370	100	693	100	221	100	126	100	1781
kol %	20,83		20,77		38,91		12,41		7,07		100

1.1. Respectvolle bejegening - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
luisterbereidheid	11	22,44	15	26,31	10	16,94	18	31,03	1	11,11	55
correcte omgangsvormen	19	38,77	33	57,89	43	72,88	36	62,06	7	77,77	138
grensoverschrijdend gedrag	**18**	**36,7**	9	15,78	0	-	1	1,72	0	-	28
andere	1	2,04	0	-	6	10,16	3	5,17	1	11,11	11
totaal	49	100	57	100	59	100	58	100	9	100	232
kol %	21,12		24,57		25,43		25,00		3,88		100

1.2. Goede behandeling/begeleiding - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
diagnose	1	0,58	2	1,65	2	0,84	0	-	0	-	5
somatische verzorging	14	8,23	16	13,22	28	11,81	10	16,12	7	12,06	75
medicatie	6	3,52	1	0,82	12	5,06	4	6,45	5	8,62	28
individuele therapie	14	8,23	2	1,65	35	14,76	8	12,90	17	29,31	76
groepstherapie	3	1,76	1	0,82	14	5,90	3	4,83	0	-	21
voldoende beschikbaarheid	17	10,00	34	28,09	51	21,51	12	19,35	5	8,62	119
betrokkenheid familie	19	11,17	17	14,04	20	8,43	5	8,06	9	15,51	70
start opname/behandeling/begeleiding	26	15,29	5	4,13	7	2,95	6	9,67	2	3,44	46
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	53	31,17	16	13,22	24	10,12	6	9,67	5	8,62	104
overplaatsing naar andere afdeling	2	1,17	6	4,95	19	8,01	0	-	2	3,44	29
overplaatsing naar een andere voorziening	3	1,76	20	16,52	5	2,10	1	1,61	3	5,17	32
andere	12	7,05	1	0,82	20	8,43	7	11,29	3	5,17	43
totaal	170	100	121	100	237	100	62	100	58	100	648
kol %	26,23		18,67		36,57		9,57		8,95		100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
regels	5	19,23	19	79,16	22	28,20	6	46,15	4	66,66	56
groepsleven	6	23,07	1	4,16	35	44,87	4	30,76	2	33,33	48
ontspanning/vrije tijd	3	11,53	2	8,33	5	6,41	2	15,38	0	-	12
weekend- en verlofregeling	9	34,61	2	8,33	11	14,10	1	7,69	0	-	23
andere	3	11,53	0	-	5	6,41	0	-	0	-	8
totaal	26	100	24	100	78	100	13	100	6	100	147
kol %	17,69		16,33		53,06		8,84		4,08		100

1.4. Goede hotelservice - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
voeding	11	23,91	38	51,35	74	36,27	30	46,87	5	25,00	158
infrastructuur	11	23,91	18	24,32	84	41,17	21	32,81	6	30,00	140
hygiëne	4	8,69	4	5,40	7	3,43	0	-	2	10,00	17
veiligheid persoon	6	13,04	6	8,10	11	5,39	2	3,12	1	5,00	26
veiligheid goederen	12	26,08	8	10,81	26	12,74	11	17,18	5	25,00	62
andere	2	4,34	0	-	2	0,98	0	-	1	5,00	5
totaal	46	100	74	100	204	100	64	100	20	100	408
kol %	11,27		18,14		50,00		15,69		4,90		100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
factuur	23	46,93	3	11,11	10	34,48	4	57,14	0	-	40
opbouw inkomen	0	-	2	7,40	1	3,44	0	-	0	-	3
zakgeld	2	4,08	5	18,51	6	20,68	2	28,57	1	20,00	16
bestedingsautonomie	2	4,08	6	22,22	0	-	0	-	2	40,00	10
bewindvoering	15	30,61	9	33,33	6	20,68	0	-	1	20,00	31
verzekeringen	4	8,16	2	7,40	5	17,24	0	-	1	20,00	12
andere	3	6,12	0	-	1	3,44	1	14,28	0	-	5
totaal	49	100	27	100	29	100	7	100	5	100	117
kol %	41,88		23,08		24,79		5,98		4,27		100

1.7. Beschermende maatregelen - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
straf	0	-	9	14,75	10	12,19	0	-	3	12,50	22
beperkte bewegingsvrijheid	6	20,68	19	31,14	18	21,95	2	14,28	4	16,66	49
afzondering	1	3,44	11	18,03	17	20,73	2	14,28	2	8,33	33
fixatie	1	3,44	1	1,63	2	2,43	4	28,57	2	8,33	10
gedwongen opname	**16**	**55,2**	21	34,42	29	35,36	6	42,85	12	50,00	84
internering	0	-	0	-	1	1,21	0	-	0	-	1
andere	5	17,24	0	-	5	6,09	0	-	1	4,16	11
totaal	29	100	61	100	82	100	14	100	24	100	210
kol %	13,81		29,05		39,05		6,67		11,43		100

****andere**= bijv. beperking bestedingsautonomie, bewindvoering, gedwongen medicatie, langdurige kamerverpleging.*

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
psychiater	1	25,00	8	80,00	13	59,09	0	-	2	40,00	24
psycholoog	1	25,00	0	-	0	-	0	-	0	-	1
persoonlijk begeleider	1	25,00	1	10,00	6	27,27	1	100	3	60,00	12
andere	1	25,00	1	10,00	3	13,63	0	-	0	-	5
totaal	**4**	100	10	100	22	100	1	100	5	100	42
kol %	9,52		23,81		52,38		2,38		11,90		100

3. Recht op informatie - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
diagnose	3	7,50	10	62,50	4	23,52	1	25,00	2	33,33	20
duur	0	-	0	-	3	17,64	0	-	0	-	3
kosten	2	5,00	1	6,25	0	-	0	-	0	-	3
tegenaanwijzingen/risico's/neve nwerkingen	2	5,00	3	18,75	1	5,88	0	-	1	16,66	7
alternatieven	6	15,00	1	6,25	0	-	0	-	0	-	7
andere	**27**	67,50	1	6,25	9	52,94	3	75,00	3	50,00	43
totaal	40	100	16	100	17	100	4	100	6	100	83
kol %	48,19		19,28		20,48		4,82		7,23		100

*Voorbeelden van **recht op informatie**, subitem ***andere :***

bewindvoering jaarverslag, factuur info toezichts-honoraria, gedwongen opname, intakeverslag, mogelijkheid vrijwilligerswerk, ontslagperspectief en concrete afspraken, ontslagverslag ikv pensioenregeling, ontslagverslag ikv verzekering, perspectief, procedure gedwongen opname, info over opnamecriteria, procedure arbeidsgeneesheer, procedure inzage en afschrift dossier, bewindvoering procedure.

4. Recht op geïnformeerde toestemming - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
medicatie informatie	2	11,11	3	3,09	1	3,44	0	-	0	-	6
toestemming	**11**	61,11	12	12,37	22	75,86	6	75,00	4	66,66	55
behandeling/begeleiding informatie	0	-	13	13,40	1	3,44	0	-	0	-	14
toestemming	2	11,11	69	71,13	4	13,79	2	25,00	0	-	77
andere informatie	0	-	0	-	1	3,44	0	-	0	-	1
toestemming	3	16,66	0	-	0	-	0	-	2	33,33	5
totaal	18	100	97	100	29	100	8	100	6	100	158
kol %	11,39		61,39		18,35		5,06		3,80		100

Voorbeelden van 'andere' in categorie geïnformeerde toestemming: communicatie met familie, communicatie met derden, info aan derden, info van derden, procedure ECT.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	3	8,33	0	-	4	13,33	2	22,22	0	-	9
inzage/afschrift dossier	**33**	91,66	5	100	26	86,66	7	77,77	6	100	77
totaal	36	100	5	100	30	100	9	100	6	100	86
kol %	41,86		5,81		34,88		10,47		6,98		100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
beroepsgeheim	1	16,66	13	35,13	7	43,75	5	38,46	1	100	27
persoonlijke overtuiging	0	-	2	5,40	0	-	0	-	0	-	2
briefgeheim	1	16,66	1	2,70	3	18,75	1	7,69	0	-	6
territoriale privacy	0	-	17	45,94	3	18,75	4	30,76	0	-	24
mondelinge indiscretie	0	-	4	10,81	1	6,25	2	15,38	0	-	7
andere	4	66,66	0	-	2	12,50	1	7,69	0	-	7
totaal	**6**	100	37	100	16	100	13	100	1	100	73
kol %	8,22		50,68		21,92		17,81		1,37		100

*Voorbeelden in de categorie **bescherming privacy**: subitem **'andere'***

foutieve info in dossier, info aan derden, info familie zonder toestemming patiënt, verplichte groepstherapie, kamercontrole zonder patiënt, mondelinge indiscretie medepatiënten, grensoverschrijdend gedrag medepatiënt (pesten, belagen), onaangekondigd bezoek externe instantie, overlast religieuze beweging op domein.

Hoofdinterventie - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
luisteren	33	6,38	77	13,75	92	10,38	11	4,41	23	13,93	236
doorverwijzen intern	10	1,93	3	0,53	12	1,35	1	0,40	5	3,03	31
doorverwijzen extern	10	1,93	0	-	17	1,91	0	-	12	7,27	39
informeren	77	14,89	51	9,10	125	14,10	11	4,41	32	19,39	296
signaleren	50	9,67	39	6,96	272	30,69	115	46,18	29	17,57	505
coachen	45	8,70	46	8,21	84	9,48	53	21,28	10	6,06	238
bemiddelen	292	56,47	344	61,42	284	32,05	58	23,29	54	32,72	1032
totaal	517	100	560	100	886	100	249	100	165	100	2377
kol %	21,75		23,56		37,27		10,48		6,94		100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
patiënt samen met ombudspersoon	55	18,83	90	26,16	37	13,02	7	12,28	13	24,07	202
ombudspersoon zonder patiënt	237	81,16	254	73,83	247	86,97	50	87,71	41	75,92	829
totaal	292	100	344	100	284	100	57	100	54	100	1031
kol %	28,32		33,37		27,55		5,53		5,24		100

Tijd tussen aanmelding en afhandeling - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
op dezelfde datum als de aanmelding	153	29,59	259	46,33	428	48,30	52	20,96	70	42,42	962
binnen de week	233	45,06	155	27,72	233	26,29	64	25,80	46	27,87	731
binnen de twee weken	66	12,76	57	10,19	86	9,70	30	12,09	21	12,72	260
binnen de vier weken	25	4,83	45	8,05	70	7,90	20	8,06	9	5,45	169
later dan vier weken	**40**	7,73	43	7,69	69	7,78	82	33,06	19	11,51	253
totaal	517	100	559	100	886	100	248	100	165	100	2375
kol %	21,77		23,54		37,31		10,44		6,95		100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd							-		47		

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

SPIL vzw

Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg vzw

Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt

Website: www.ombudsfunctieggz.be

Jaarverslag 2018

OPZC Rekem
Erkenningsnummer 909

Externe Ombudsfunctie
Ingrid Meuwis

Bemiddelingsboek - 2002

Inhoud

Inleiding	5
Aanbevelingen	7
Aanmeldingen	11

Bemiddelingsboek - 2003

Bemiddelingsboek - 2004

Inleiding

Dit is het Jaarverslag 2018 van de Externe Ombudsfunctie.
Graag geven wij u een totaalbeeld voor uw voorziening met alle aanmeldingen, ook degenen die niet onder de Wet op Patiëntenrechten vallen (zoals meldingen rond voeding en bewindvoering) en dit met inbegrip van het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de externe ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag eveneens een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen die onder de strikte toepassing van de Wet op de Patiëntenrechten (22 augustus 2002) vallen.

De afbouw van bedden naar de mobiele equipes heeft een invloed op de cijfers van dit jaarverslag. Vanuit NOOLIM in het kader van art. 107 bereiken ons ook aanmeldingen, aanmeldingen die we bijhouden doch nergens kunnen registreren.

Op basis van het ter beschikking zijnde cijfermateriaal en onze interventies en aanwezigheid op de werkvloer hebben we zoals in de wet op de Patiëntenrechten voorzien, aanbevelingen geformuleerd vanuit onze opdracht als externe ombudspersoon.

Bemiddelingsboek - 2005

Aanbevelingen

Het garanderen van kwaliteitsvolle gezondheidszorg is een streven van elke beroepsbeoefenaar van de voorziening.

Het takenpakket van een interne en externe ombudpersoon in de gezondheidszorg werd zorgvuldig vastgelegd in wetgeving en KB's. Voor een ombudspersoon in de gezondheidszorg is het, naast het beschikken over tal van communicatieve vaardigheden ook belangrijk kennis van relevante wetgeving te verwerven en te onderhouden.

Als externe ombudspersoon ervaar ik al ettelijke jaren dat patiënten veelal nood hebben aan een luisterend oor. Zij beschouwen de ombudspersoon daarnaast ook als een bron van informatie over hun rechten en plichten als patiënt. Het netwerk van de patiënten doet gaandeweg steeds meer een beroep op deze informatieve opdracht. Het bemiddelende luik van onze opdracht vraagt van de patiënten een actievere rol dan zij aanvankelijk hadden verwacht. Enkele patiënten eisen dat we hun aanmelding in het kader van de aangeboden gezondheidszorg voor hen gaan oplossen en stappen soms met koudwatervrees over naar een bemiddelingsproces. Bemiddeling is regelmatig een efficiënt instrument gebleken in het streven naar een goede of herstelde communicatie tussen de patiënt en zijn beroepsbeoefenaars.

De praktijk leert me dat het coachen van de patiënt om in communicatie te gaan met de bij hun klacht betrokken hulpververleners dikwijls een doeltreffende weg is naar een positieve uitkomst voor beide partijen. Patiënten die samen met de ombudspersoon hun aanmelding verhelderd hebben, afgetoetst zien aan de realiteit van de wet op de patiëntenrechten en geoefend hebben om het gesprek met de beroepsbeoefenaar aan te gaan, geven achteraf te kennen dat zij hierover tevreden zijn omdat zijzelf voor een oplossing voor de klacht hebben kunnen gaan. Het coaching traject vraagt veel tijd en inspanning van de patiënt en de ombudspersoon.

De nabijheid en bereikbaarheid van de externe ombudspersoon in OPZC Rekem werkt. De herkenbaarheid van de ombudspersoon, welke via onder andere affiches wordt vergroot, speelt hierbij een rol. De nabijheid tijdens permanentiemomenten en de mogelijkheid om face to face afspraken te maken blijft noodzakelijk.

In de dialoog met de patiënt is het veelal belangrijk te detecteren hoe hij ten aanzien van zijn opname staat. Gaat het over een vrije opname? Is er sprake van interneringsstatuut? Of hebben we te maken met een gedwongen opname? Een verplicht statuut heeft ontegensprekelijk een weerslag op de manier waarop de patiënt zijn opname ervaart. Wat heeft een patiënt nodig om te kunnen zeggen hoe hij zich voelt? Heeft hij klachten en kan hij deze formuleren? Is de patiënt in de mogelijkheid te signaleren wat er tijdens het behandelproces op hem afkomt?
Kennis en ervaring in het aangaan van gesprekken met mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun netwerk is onontbeerlijk, niet alleen voor de ombudspersoon maar ook voor alle betrokken beroepsbeoefenaars.

Bemiddelingsboek - 2007

Herstel in de geestelijke gezondheidszorg veronderstelt dat de persoon zijn eigen leven opnieuw vorm geeft en dat de gelegenheid geboden wordt om de opgedane ervaringen te verwerken en te integreren. Een herstelproces kan een tijdelijke fase zijn in iemands leven, voor anderen is het mogelijks levenslang.

De kwaliteitsvolle dienstverlening in het OPZC Rekem staat onlosmakelijk in nauw contact met het belang van een goede en duidelijke informatie-uitwisseling tussen de patiënt en zijn hulpverleners. *Art. 8 van de wet op de patiëntenrechten (wet van 22 augustus 2002) formuleert dat de patiënt het recht heeft 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. Daarnaast heeft de patiënt tegenover de beroepsbeoefenaar recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan (art. 7).*

Communiceren met de patiënt geschiedt in een voor hem duidelijke en begrijpbare taal en het is aangewezen dat het tempo waarop de patiënt deze informatie kan verwerken een prominentere rol krijgt.

Tijdens de eerste dagen van een opname komt er, naast de impact van de opname, ook heel wat administratie op de patiënt en zijn naasten af. Denk onder andere maar aan het overlopen van de onthaalbrochure, de afdelingsregels en de keuze voor het aanstellen van één of meerdere vertrouwensperso(o)n(en). In het elektronisch patiëntendossier wordt dan het een en ander hierover genoteerd en afgevinkt als zijnde "opgenomen en afgehandeld". Sommige patiënten geven aan de externe ombudspersoon te kennen dat zij zich niets of alleszins weinig hiervan kunnen herinneren. Het lijkt me zinvol om hiervoor tijdens de duur van de opname opnieuw aandacht te hebben, zeker voor de patiënten die hier vragende partij naar zijn.

Mijns inziens is het belangrijk om de toestemming, bij de start van de opname gegeven voor behandeling en zorg, bij de minste twijfel of op vastgelegde momenten af te toetsen en samen met de patiënt te beoordelen op doeltreffendheid.

Medicamenteuze behandelingen die opgestart of veranderd worden, vragen een grotere beschikbaarheid van de artsen. De artsen van het OPZC Rekem geven aan dat ze keuzes moeten maken in hun takenpakket. Momenteel wordt er onder andere van hen verwacht dat ze patiënten zien, het elektronisch patiëntendossier in orde brengen en aanwezig zijn op de teambesprekingen. Het klinisch werk komt hierdoor echter binnen hun wettelijke voorziene tijd meer en meer onder druk te staan en de patiënt draagt hiervan de gevolgen. Het is in het belang van goede zorg en behandeling dat de bevoegde overheid hiervoor de gesprekken aangaat met alle belanghebbenden (ziekenhuis, artsen en patiëntenvertegenwoordigers).

Bemiddelingsboek - 2008

Ook het aanwezige therapeutisch aanbod binnen de voorziening gegeven door professionele hulpverleners zoals bijvoorbeeld ergotherapeuten, psychologen ed. meer, behoort tot het domein van de wet op de rechten van de patiënt. Het blijft belangrijk dat de patiënt gedegen informatie krijgt over de bedoeling en de te verwerven inzichten van de aan hem aangeboden sessies. Patiënten geven soms aan dat zij onvoldoende geïnformeerd werden. Ze missen een tussentijdse evaluatie of menen dat zij geen keuze hebben en blijven bijgevolg sessies volgen waarvan ze geen meerwaarde ervaren.

Het is nu en in de toekomst belangrijk dat de leden van het multidisciplinaire team samen de uitdaging aangaan om patienten te motiveren om actief deel te nemen aan het zorg- en behandelaanbod van de afdeling. De nood aan opleiding en intervisie voor alle leden van deze teams blijft hiervoor actueel.

Het is in de wetgeving voorzien dat de patiënt ook geïnformeerd wordt over eventuele alternatieven, tegenwerkingen en ook consequenties ingeval er geen of slechts deels toestemming wordt gegeven voor het voorgestelde behandeltraject. In de praktijk is het des te belangrijker om de patiënt, die aarzelt in te stappen in het behandeltraject of die ervoor kiest hier niet op in te gaan, beter te informeren. Soms is het noodzakelijk om de patiënt meerdere gesprekken samen met de diverse leden van het multidisciplinair team aan te bieden om alzo de patiënt de gelegenheid te geven zich enerzijds goed te informeren en anderzijds om zijn hulpvraag te verfijnen.
Een zorg- en behandelprogramma op maat uitwerken en dit samen met de patiënt vergt veel expertise en know-how van de multidisciplinaire teams. Het belang van de aanwezigheid van de patiënt bij de besprekingen van zijn individuele behandelplan, zoals momenteel al voorzien is op enkele afdelingen, is ontegensprekelijk.

Zorg op maat bieden veronderstelt ook dat, in de mate van het mogelijke, de patiënt, zoals voorzien in de wet op de patiëntenrechten (art. 4), zijn medewerking verleent opdat de beroepsbeoefenaar de bepalingen zoals voorzien in die wet kan naleven. Zorg op maat is geen eenrichtingsverkeer. In het belang van de patiënt kan deze zich hiervoor ook laten bijstaan door een vertrouwenspersoon of beroep doen op de wettelijk voorziene steunfiguren.

In een goede relatie weet je wat je aan elkaar hebt. Ook in een relatie tussen zorgverleners en patiënt is dit belangrijk.

Aanmeldingen

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 08/01/2018, de laatste op 18/12/2018. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2018.

Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 132, het totaal aantal in 2018 afgesloten aanmeldingen 133.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2015	2016	2017	2018
aanmeldingen	101	109	132	132
aanmelders	58	53	68	59

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2018 met deze van 2017.

Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	132		132	
aanmelders	68		59	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face				
aantal aanmeldingen met eerste face to face				
op dezelfde datum	95	73,07	96	74,41
binnen de week	31	23,84	29	22,48
binnen de twee weken	2	1,53	3	2,32
binnen de 4 weken	1	0,76	-	-
later dan vier weken	1	0,76	1	0,77
totaal	130	100	129	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	-	-	-	-
1 contact	80	61,53	81	62,79
2 contacten	29	22,30	34	26,35

3 contacten	11	8,46	6	4,65
meer dan 3 contacten	10	7,69	8	6,20
totaal	130	100	129	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	6		5	
verwezen naar andere ombudspersoon	2		3	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	126		133	

Bij de verwijzing naar een andere ombudspersoon betreft het 2 keer een externe ombudspersoon GGZ van een ander overlegplatform en 1 keer een ombudspersoon van een algemeen ziekenhuis.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	112	86,15	113	87,59
groep patiënten	10	7,69	8	6,20
andere	8	6,15	8	6,20
totaal	130	100	129	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	84	75,00	88	77,87
vrouw	28	25,00	25	22,12
totaal	112	100	113	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
4 personen	3	30,00	-	-
meer dan 4 personen	7	70,00	8	100,00
totaal	10	100	8	100
grootste groep	15		12	

Bemiddelingsboek - 2012

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	8	100,00	8	100,00
totaal	8	100	8	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	12,50	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	2	25,00
ten persoonlijke titel	7	87,50	6	75,00
totaal	8	100	8	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	12,50	4	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	1	12,50	3	37,50
terugkoppeling was niet mogelijk	2	25,00	1	12,50
terugkoppeling was niet nodig	4	50,00	-	-
totaal	8	100	8	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	89	68,46	78	60,46
neen	41	31,53	51	39,53
totaal	130	100	129	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	29	70,73	34	66,66
dit jaar binnen een andere voorziening	1	2,43	2	3,92
vorige jaren binnen deze voorziening	6	14,63	13	25,49
vorige jaren in andere voorziening	5	12,19	2	3,92
totaal	41	100	51	100

Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	74	56,92	57	44,18
schriftelijk (brief, fax, e-mail)	13	10,00	6	4,65
telefonisch (of GSM, SMS)	43	33,07	66	51,16
totaal	130	100	129	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	29	22,30	22	17,05
vraag tot interventie	59	45,38	57	44,18
vraag tot signalering	5	3,84	7	5,42
vraag naar een luisterend oor	37	28,46	43	33,33
totaal	130	100	129	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	7	11,86	7	12,28
vraag om een ander soort akkoord	52	88,13	50	87,71
totaal	59	100	57	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	74	56,92	71	55,03
neen	55	42,30	56	43,41
werd niet bevraagd	1	0,76	2	1,55
totaal	130	100	129	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	74	100,00	71	100,00
extern	-	-	-	-
totaal	74	100	71	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	1	1,81	-	-
durfde niet	5	9,09	12	21,42
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	49	89,09	44	78,57
totaal	55	100	56	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	121	93,07	116	89,92
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	9	6,92	13	10,07
totaal	130	100	129	100

Inhoud van de aanmelding

Aanmeldingen op basis van de Rechten van de Patiënt

Hieronder vindt u een overzicht van de minimale registratiegegevens volgens de strikte interpretatie van de wet op de patiëntenrechten.
Daarnaast geven wij u ook een overzicht van de ruimere registratie van alle aanmeldingen die ons het afgelopen jaar hebben bereikt. Er zijn bijgevolg verschillen tussen de beide registraties.

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	30	23,07	31	24,03
aanmeldingen die weerhouden worden	100	76,92	98	75,96
totaal	130	100	129	100

Overzicht weerhouden volgens de strikte toepassing van de Rechten van de patiënt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	64	64,00	59	60,20
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	3	3,06
3. informatie	2	2,00	5	5,10
4. geïnformeerde toestemming	28	28,00	24	24,48
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	1	1,00	-	-

5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	1	1,02
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	4,00	6	6,12
7. pijnbestrijding	1	1,00	-	-
totaal	100	100	98	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

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.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	121	93,07	124	96,12
algemene vraag los van patiëntenrecht	9	6,92	5	3,87
totaal	130	100	129	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
financieel	2	22,22	-	-
levensverhaal	2	22,22	3	60,00
patiëntenrechten	5	55,55	2	40,00
totaal	9	100	5	100

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

Betrokken discipline

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	44	33,84	33	25,58
huisarts	1	0,76	-	-
apotheker	2	1,53	-	-
verpleging	11	8,46	22	17,05
persoonlijke begeleider	3	2,30	5	3,87
sociale dienst	5	3,84	7	5,42
psycholoog	4	3,07	1	0,77
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	4	3,07	1	0,77
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	44	33,84	42	32,55
technische dienst	-	-	1	0,77
voedingsdienst	3	2,30	4	3,10
directie	2	1,53	3	2,32
bewindvoerder	4	3,07	3	2,32
ombudspersoon	-	-	5	3,87
andere	3	2,30	2	1,55
totaal	130	100	129	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	83	68,59	80	64,51
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	5	4,03
3. informatie	2	1,65	5	4,03
4. geïnformeerde toestemming	29	23,96	24	19,35
5. inzage patiëntendossier	1	0,82	1	0,80
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	3,30	7	5,64
7. klachtenbemiddeling	1	0,82	2	1,61
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	1	0,82	-	-
totaal	121	100	124	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	17	20,48	14	17,50
1.2. goede behandeling/begeleiding	19	22,89	26	32,50
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	5	6,02	1	1,25
1.4. goede hotelservice	11	13,25	10	12,50
1.5. betalende diensten	-	-	1	1,25
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	15	18,07	10	12,50
1.7. beschermende maatregelen	16	19,27	18	22,50
totaal	83	100	80	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	5	29,41	3	21,42
correcte omgangsvormen	9	52,94	7	50,00
grensoverschrijdend gedrag	3	17,64	4	28,57
totaal	17	100	14	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	2	10,52	3	11,53
medicatie	-	-	1	3,84
individuele therapie	-	-	1	3,84
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	8	42,10	4	15,38
betrokkenheid familie	-	-	3	11,53
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	3	15,78	3	11,53
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	3	11,53
overplaatsing naar een andere voorziening	6	31,57	8	30,76
totaal	19	100	26	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	33,33
geweigerd	3	100,00	2	66,66
totaal	3	100	3	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	2	66,66
geweigerd	-	-	1	33,33
totaal	-	-	3	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	3	50,00	5	62,50
geweigerd	2	33,33	2	25,00
andere	1	16,66	1	12,50
totaal	6	100	8	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	20,00	1	100,00
groepsleven	1	20,00	-	-
ontspanning/vrije tijd	2	40,00	-	-
weekend- en verlofregeling	1	20,00	-	-
totaal	5	100	1	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	4	36,36	4	40,00
infrastructuur/accommodatie	3	27,27	2	20,00
hygiëne	1	9,09	-	-
veiligheid persoon	-	-	2	20,00
veiligheid goederen	3	27,27	2	20,00
totaal	11	100	10	100

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	1	100,00
wasserij	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	1	6,66	-	-
opbouw inkomen	2	13,33	1	10,00
zakgeld	6	40,00	4	40,00
bestedingsautonomie	1	6,66	2	20,00
bewindvoering	4	26,66	3	30,00
verzekeringen	1	6,66	-	-
totaal	15	100	10	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	5	31,25	9	50,00
afzondering	2	12,50	2	11,11
fixatie	-	-	1	5,55
gedwongen opname	9	56,25	6	33,33
internering	-	-	-	-
totaal	16	100	18	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	4	80,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	1	20,00
totaal	-	-	5	100

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	2	100,00	4	80,00
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	1	20,00
totaal	2	100	5	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	1	4,16
	toestemming	10	34,48	1	4,16
behandeling/begeleiding	informatie	1	3,44	1	4,16
	toestemming	18	62,06	21	87,50
totaal		29	100	24	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
volledig dossier	inzage	1	100,00	-	-
	afschrift	-	-	1	100,00
totaal		1	100	1	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	3	75,00	1	14,28
persoonlijke overtuiging	1	25,00	-	-
territoriale privacy	-	-	4	57,14
mondelinge indiscretie	-	-	2	28,57
totaal	4	100	7	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	1	50,00
bemoeilijkt	1	100,00	-	-
informatie	-	-	1	50,00
totaal	1	100	2	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen *(119)*.

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. 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 of 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	18	14,28	20	15,03
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	21	16,66	17	12,78
signaleren	1	0,79	6	4,51
coachen	14	11,11	5	3,75
bemiddelen	72	57,14	85	63,90
totaal	126	100	133	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	28	38,88	33	38,82
ombudspersoon zonder patiënt	44	61,11	52	61,17
totaal	72	100	85	100

Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	56	44,44	63	47,36
binnen de week	22	17,46	29	21,80
binnen de twee weken	18	14,28	18	13,53
binnen de vier weken	14	11,11	13	9,77
later dan vier weken	16	12,69	10	7,51
totaal	126	100	133	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	10		9	

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".

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

Evaluatie resultaat

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	102	80,95	99	74,43
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	9	7,14	9	6,76
ontevredenheid patiënt	9	7,14	23	17,29
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-

gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	6	4,76	2	1,50
totaal	126	100	133	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	116	92,06	120	90,22
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	0,79	-	-
ontevredenheid patiënt	3	2,38	10	7,51
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	6	4,76	3	2,25
totaal	126	100	133	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	1	33,33
andere	3	100,00	2	66,66
totaal	3	100	3	100

PC Sint-Franciscus –
De Pelgrim

Zottegem – Oosterzele

van 1 januari tot
31 december 2018

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum
Sint-Franciscus – De Pelgrim

Velzeke – Oosterzele

periode van 1 januari tot 31 december 2018

Carine Eeckhout
Ombudspersoon
PopovGGZ vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2031

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
PopovGGZ vzw
Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen vzw

Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Gent *(Drongen)*
tel: 09 / 216 65 50 & gsm: 0490 444 155
e-mail: carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be
www.ombudsfunctieggz.be

INHOUD

1. INLEIDING **4**

2. PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE **6**

3. AANMELDINGEN **9**

3.1. Campus Sint-Franciscus **9**

3.2. Campus De Pelgrim **25**

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN **39**

4.1. Campus Sint-Franciscus **39**

4.2. Campus De Pelgrim **41**

5. BESLUITEN **43**

6. PRAKTISCHE INFORMATIE **44**

7. BIJLAGE:OMBUDSPERSONEN TEWERKGESTELD BIJ POPOVGGZ **46**

Bemiddelingsboek - 2033

1. INLEIDING

Dit is het vijftiende jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg.

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.

Tot 2006 werd het jaarverslag, volgens het model uitgewerkt door het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie *(IPSOF)*, door de ombudspersoon aan de directie van de voorziening bezorgd, met de vraag het zelf over te maken aan de Federale Commissie "Rechten van de patiënt".

Vanaf 2007 tot en met 2014 voorzag de Federale Commissie een eigen model, zowel voor een aantal minimale registratiegegevens als voor een aantal bemerkingen op de ombudspraktijk. Deze gegevens werden in die periode rechtstreeks door de ombudspersoon via internet overgemaakt aan de Federale Commissie. Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid aan de gemeenschappen. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid. Vanaf 2018 vraag de Vlaamse Ombudsman de integrale jaarverslagen van de voorzieningen op en bundelt de aanmeldingen van alle ombudspersonen in het Jaarverslag en bemiddelingsboek 2018 dat te raadplegen zal zijn via de website van de Vlaamse ombudsdienst (www.vlaamseombudsdienst.be).

Om de continuïteit te verzekeren, vindt u onder **C. Inhoud van de aanmelding** een overzicht van de minimale registratiegegevens volgens de strikte interpretatie van de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002 *(zoals die voorheen werd overgemaakt aan de Federale commissie)*.

Tussen het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg en het ziekenhuis werd een overeenkomst gesloten. Ook werd een huishoudelijk reglement uitgewerkt, ondertekend en aan de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" overgemaakt. Hierin wordt ook verwezen naar de visietekst en de gedragscode die richtinggevend zijn voor de praktijk.

Deze teksten vindt u bij "documentatie & informatie" op www.ombudsfunctieggz.be.

In het **tweede hoofdstuk** sommen we enkele kenmerken van het psychiatrisch ziekenhuis op en staan we stil bij de manier waarop aan de externe ombudsfunctie vorm werd gegeven.

Het **derde hoofdstuk** biedt een overzicht van de aanmeldingen. We kiezen bewust voor de term "aanmeldingen". Soms gaat het over een gewone vraag om informatie, soms wil men gewoon eens zijn verhaal doen, soms gaat het over een klacht over een hulpverlener of over het ziekenhuis, maar dikwijls ook over derden. Via een gemeenschappelijke registratie voor alle externe ombudspersonen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg proberen we een zicht te krijgen op de rijke verscheidenheid van vragen en antwoorden.

De gegevens worden rechtstreeks ingebracht in een centrale databank, Go-between, ontwikkeld door KP-soft uit Mechelen *(www.kpsoft.be)*, zodat elke ombudspersoon zowel de evolutie van elke aanmelding op de voet kan volgen als via statistieken een zicht kan krijgen op de aanmeldingen in alle voorzieningen waar hij of zij werkzaam is.

Indien nodig wordt het systeem jaarlijks bijgewerkt om het zo nauw mogelijk te laten aansluiten op de regelgeving. Bij elke aanmelding wordt aangegeven op welk patiënten-recht deze betrekking heeft.

Deze gegevens worden verwerkt in een Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg, waar de gegevens per voorzieningensoort en per overlegplatform worden gegroepeerd.

Ook dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In het **vierde hoofdstuk** worden, zoals door de overheid gevraagd, enkele aandachtspunten en eventueel bijhorende aanbevelingen geformuleerd die nuttig kunnen zijn voor het verder ontwikkelen van de ombudspraktijk.

We ronden af met een aantal besluiten, in **hoofdstuk vijf**, en met de praktische informatie, in **hoofdstuk zes**, die nodig is om de ombudspraktijk in het ziekenhuis te kunnen situeren.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

Bemiddelingsboek - 2035

2. PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

Het fusie-ziekenhuis PC Sint-Franciscus – De Pelgrim is opgedeeld in twee campussen: campus Sint-Franciscus en campus De Pelgrim, met een totaalcapaciteit van 223 bedden.

A.1. Campus Sint-Franciscus

erkenningsnummer PZ			**911**								
A	**a-dag**	**a-nacht**	**T**	**t-dag**	**t-nacht**	**Tg**	**Sp**	**K**	**k-dag**	**k-nacht**	**totaal**
30			60	43	5		25				163

De bedden zijn als volgt verdeeld:

Campus Sint-Franciscus – totaal 163

AZPZ	25
A&S	30
VZ Legale (Magnolia)	30
HZ+ (bevroren sedert 01.01.2018)	10
SP	25
Dagkliniek	43

Aan dit psychiatrisch ziekenhuis was in het verleden een psychiatrisch verzorgingstehuis verbonden. Alle PVT-bedden zijn intussen uitgedoofd.

Het psychiatrisch werkt nauw samen met het samenwerkingsverband beschut wonen De Vlaamse Ardennen, met 35 plaatsen op 13 locaties.

Voor een zicht op de kenmerken en het aanbod van het ziekenhuis verwijzen we naar www.pzsfz.be.

A.2. Campus De Pelgrim

Erkenningsnummer De Pelgrim			**911**								
A	**a-dag**	**a-nacht**	**T**	**t-dag**	**t-nacht**	**Tg**	**Sp**	**K**	**k-dag**	**k-nacht**	**totaal**
60											60

De bedden zijn als volgt verdeeld:

campus De pelgrim – totaal 60

Illegale middelen (Thilia)	25
Fysieke ontwenning	10
Cognitieve (Ginkgo)	25

Voor meer informatie aangaande de ontwenningskliniek De Pelgrim verwijzen we naar www.kliniekdepelgrim.be.

B. Gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

B. 1. Campus Sint-Franciscus:

	2015	2016	2017	2018
aantal gerealiseerde verpleegdagen	47.187	45.763	42.780	38.986
aantal opnames	506	550	550	528
aantal opgenomen patiënten op 1/1	190	174	151	156
aantal opgenomen patiënten op 31/12	174	151	156	142
gedwongen opnames	69	75	81	78

Uit het type bedden, alsook uit het aantal gerealiseerde verpleegdagen en het eerder beperkt aantal opnames blijkt dat heel wat patiënten er vrij langdurig verblijven. Het aantal opnames bedraagt 528

Het aantal opgenomen patiënten ligt hoger dan het aantal bedden gezien het aantal dagpatiënten wordt meegeteld.

B.2. Campus De Pelgrim

	2015	2016	2017	2018
aantal gerealiseerde verpleegdagen	19.156	18.033	16.974	16.609
aantal opnames	346	371	315	286
aantal opgenomen patiënten op 1/1	58	45	45	42
aantal opgenomen patiënten op 31/12	45	45	42	48

Op Campus De Pelgrim is de turn-over is in vergelijking met de meeste andere psychiatrische ziekenhuizen vrij groot en slechts uitzonderlijk verblijven patiënten er voor langere duur.

C. Externe ombudsfunctie

De ombudspersoon wordt tewerkgesteld door het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg waartoe het psychiatrisch ziekenhuis behoort. Ze bekleedt geen enkele andere functie in de voorziening.

Sinds november 2016 is Carine Eeckhout de vaste ombudspersoon in deze voorziening. Carine is master in de criminologische wetenschappen en startte haar carrière als projectmedewerker bij het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg, waar ze verantwoordelijk was voor het uitwerken en opvolgen van de projecten "Zo ouder, zo kind?" *(ondersteunen van hulpverleners in contact met gebruikende ouders)* en "Over de horde" *(onderzoek van drempels naar vrijwilligerswerk en vrijetijdsbesteding voor mensen met een psychische kwetsbaarheid)*. Sinds september 2015 is ze voor 0,60 VTE tewerkgesteld als ombudspersoon; daarnaast is ze voor 0,40 VTE tewerkgesteld als medewerker van het team Crosslink van het netwerk RADAR, het netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren Oost-Vlaanderen.

Behalve in PC Sint-Franciscus-De Pelgrim is ze ook actief als ombudspersoon in twee andere psychiatrische ziekenhuizen, de initiatieven Beschut Wonen Vlaamse Ardennen en De Nieuwe Horizon en twee centra voor geestelijke gezondheidszorg *(CGG Zuid-Oost-Vlaanderen en CGG Waas en Dender).* Sinds haar aanstelling als ombudspersoon volgde ze de door VVOVAZ aangeboden basisopleiding bemiddeling en volgde zij de nodige bijscholingen betreffende de wet patiëntenrechten, de gedwongen opname, de bewindvoering en inleiding tot psychopathologie.
De ombudspersoon neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie *(IPSOF)*. Ze is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

Carine pleegt regelmatig overleg met Mieke Heymans, kwaliteitscoördinator, die voor de externe ombudspersoon fungeert als contactpersoon.
Tot eind november was Carine elke maandag aanwezig op campus Sint-Franciscus en om de week op campus De Pelgrim. Sinds begin december werden deze uren aangepast, zodanig dat ze wekelijks op beide campussen komt. Telkens op maandag is ze aanwezig op campus De Pelgrim van 13u tot 14u en op campus Sint-Franciscus van 14u30 tot 17u. Telefonisch is ze bereikbaar maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag tussen 9u en 12u.

3. AANMELDINGEN

3.1 Campus Sint-Franciscus

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 15/01/2018, de laatste op 17/12/2017.
Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 57, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 57.
We zien na de sterke daling van 2017 een beperkte stijging in 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	75	96	46	57
aanmelders	57	65	28	32

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	46		57	
aanmelders	28		32	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	20	71,42	38	80,85
binnen de week	6	21,42	7	14,89
binnen de twee weken	2	7,14	-	-
binnen de 4 weken	-	-	-	-
later dan 4 weken	-	-	2	4,25
totaal	28	100	47	100

Contacten en afgesloten aanmeldingen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	17	37,77	10	17,54
1 contact	22	48,88	33	57,89
2 contacten	3	6,66	7	12,28
3 contacten	1	2,22	5	8,77
meer dan 3 contacten	2	4,44	2	3,50
totaal	45	100	57	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		4	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	1		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	43		57	

Bij 82 % van de aanmeldingen was er een persoonlijk contact tussen aanmelder en ombudspersoon. Bij 58% volstond een eenmalig contact. Bij zo'n 25 % van de aanmeldingen was een tweede *(12,28 %),* een derde *(8,77 %)* of meer dan 3 contacten nodig alvorens de aanmelding kon worden afgesloten. Het grootst aantal geregistreerde contacten bij één aanmelding bedroeg 4.

Vrijwel alle contacten hadden op de afdeling zelf plaats. Indien nodig was er een lokaal beschikbaar waar een vertrouwelijk gesprek kon plaatsvinden.

Aangezien de ombudspersoon in het psychiatrisch ziekenhuis zeer laagdrempelig kan werken, zijn er ook heel wat contacten met patiënten, bewoners en personeel los van de aanmeldingen in het kader van de ombudsfunctie.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	37	82,22	44	77,19
groep patiënten	-	-	7	12,28
andere	8	17,77	6	10,52
totaal	45	100	57	100

In 2018 Zien we opnieuw aanmeldingen uit groepen patiënten, gaande van 2 tot zowaar 21 personen.

6x was de initiële aanmelder niet de patiënt zelf maar iemand uit zijn omgeving, veelal ten persoonlijke titel waarbij het voor de ombudspersoon niet mogelijk was om het standpunt van de patiënt na te gaan.

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

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	17	46,94	22	50,00
vrouw	20	54,05	22	50,00
totaal	37	100	44	100

Aantal leden groep

	2018	
categorie	n	%
2 personen	-	-
3 personen	1	14,28
4 personen	1	14,28
meer dan 4 personen	5	71,42
totaal	7	100
grootste groep	21	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	8	100,00	5	83,33
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	1	16,66
totaal	8	100	6	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	3	37,50	2	33,33
ten persoonlijke titel	5	62,50	4	66,66
totaal	8	100	6	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	6	75,00	1	16,66
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	2	25,00	4	66,66
terugkoppeling was niet nodig	-	-	1	16,66
totaal	8	100	6	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	25	55,55	26	45,61
neen	20	44,44	31	54,38
totaal	45	100	57	100

De cijfers betreffende het reeds gekend zijn van de aanmelder bij de ombudsdienst schommelt opnieuw rond de 50%, zij het dit jaar met een lichte overhelling richting meer bekende aanmelders.

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	16	80,00	24	77,41
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	1	3,22
vorige jaren binnen deze voorziening	3	15,00	5	16,12
vorige jaren in andere voorziening	1	5,00	1	3,22
totaal	20	100	31	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	12	26,66	27	47,36
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	6	13,33	9	15,78
telefonisch *(of GSM, SMS)*	27	60,00	21	36,84
totaal	45	100	57	100

In 2017 zagen we een sterke stijging in het aantal telefonische aanmeldingen. In 2018 valt dit sterk terug (naar 37%) ten voordele van het rechtstreeks aanspreken van de ombudspersoon tijdens het spreekuur of de ronde op de afdelingen.

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	4	8,88	-	-
vraag tot interventie	19	42,22	28	49,12
vraag tot signalering	10	22,22	17	29,82
vraag naar een luisterend oor	12	26,66	12	21,05
totaal	45	100	57	100

Klassiek merken we dat ongeveer de helft van de aanmelders initieel een interventie van de ombudsdienst verwachten, zo'n 30% wil eerder iets (al dan niet anoniem) signaleren en ongeveer 1 op 5 van de aanmelders vraagt enkel een luisterend oor.

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	-	-	1	3,57
vraag om een ander soort akkoord	18	100,00	27	96,42
totaal	18	100	28	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	11	25,00	16	28,07
neen	21	47,72	24	42,10
werd niet bevraagd	12	27,27	17	29,82
totaal	44	100	57	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	11	100,00	15	93,75
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	1	6,25
totaal	11	100	16	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	3	14,28	3	12,50
durfde niet	1	4,76	1	4,16
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	17	80,95	20	83,33
totaal	21	100	24	100

Iets minder vaak dan in 2017 (42% in 2018 ten opzichte van 47% in 2017) wendden de aanmelders zich rechtstreeks tot de ombudspersoon, zonder eerst contact te hebben opgenomen met de eigen medewerkers van het ziekenhuis. Bij 28 % aanmeldingen zetten de patiënten wel eerdere stappen; veelal informele. Eén aanmelder richtte zich eerst tot de vlaamse ombudsman om pas daarna bij de ombudspersoon van het ziekenhuis terecht te komen.

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	1	2,27	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	36	81,81	54	94,73
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	7	15,90	3	5,26
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	44	100	57	100

Bijna alle aanmeldingen gebeurden tijdens de opname/behandeling van de patiënt, 3 maal nam men pas na het beëindigen van de begeleiding contact op met de ombudsdienst.

C. Inhoud van de aanmelding

Strikte interpretatie Wet betreffende de rechten van de patiënt

Zoals beschreven in de inleiding, voorzag de **Federale Commissie Rechten van de patiënt** vanaf 2007 in een eigen model voor rapportage betreffende de ombudsfunctie, zowel voor een aantal minimale registratiegegevens als voor een aantal inhoudelijke bemerkingen op de ombudspraktijk.
Tot en met 2014 werden deze gegevens rechtstreeks door de ombudspersoon via internet overgemaakt aan de Federale Commissie.
Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid naar de gemeenschappen. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratie-gegevens niet meer tot de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid.

In het verleden werden voor de Federale Commissie Rechten van de patiënt enkel deze aanmeldingen weerhouden die rechtstreeks betrekking hebben op erkende beroepsbeoefenaars en een strikte interpretatie van 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 werden niet meegeteld.

Om de continuïteit van het jaarverslag aan de voorziening te verzekeren, bieden we in onderstaande paragrafen een overzicht van de aanmeldingen die onder deze strikte interpretatie vallen. Verder in dit verslag houden we – zoals de voorgaande jaren – een ruimere interpretatie aan en rapporteren we de aanmeldingen in het vertrouwde model, gebaseerd op de eigen registratie in Go-between.

Er kunnen aanzienlijke verschillen zijn tussen beide registraties.

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	13	28,88	24	42,10
aanmeldingen die weerhouden worden	32	71,11	33	57,89
totaal	45	100	57	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen bij strikte interpretatie WPR

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	30	93,75	27	81,81
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	3	9,09
3. informatie	-	-	1	3,03
4. geïnformeerde toestemming	1	3,12	1	3,03
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	3,12	1	3,03
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	32	100	33	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	44	97,77	56	98,24
algemene vraag los van patiëntenrecht	1	2,22	1	1,75
totaal	45	100	57	100

De volgende tabel geeft een overzicht weer van welke **disciplines** bij de aanmeldingen betrokken waren. 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	4	8,88	6	10,52
psychiater	10	22,22	8	14,03
huisarts	1	2,22	1	1,75
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	7	15,55	6	10,52
persoonlijke begeleider	-	-	2	3,50
sociale dienst	1	2,22	1	1,75
psycholoog	-	-	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	2	4,44	1	1,75
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	14	31,11	16	28,07
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	2	4,44	3	5,26
voedingsdienst	2	4,44	6	10,52
poetsdienst	-	-	-	-
directie	1	2,22	5	8,77
bewindvoerder	1	2,22	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	2	3,50
totaal	45	100	57	100

Heel vergelijkbaar met vorige jaren zien we dat de disciplines die het vaakst betrokken zijn bij een aanmelding het multidisciplinair team *(28,07 %),* de psychiater *(14,03 %)* en de verpleging *(10,52 %)* zijn. Niet toevallig zijn dat ook de disciplines die het dichtst bij de patiënten staan. Daarnaast zien we ook aanmeldingen met betrekking tot de keuken *(10,52%),* de directie *(8,77%)*, de technische dienst *(5,26%)* en een beperkt aantal aanmeldingen rond de andere disciplines.

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	38	88,37	49	87,50
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	3	5,35
3. informatie	-	-	1	1,78
4. geïnformeerde toestemming	1	2,32	1	1,78
5. inzage patiëntendossier	1	2,32	1	1,78
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	2,32	1	1,78
7. klachtenbemiddeling	1	2,32	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	1	2,32	-	-
totaal	43	100	56	100

Net als vorig jaar is de kwaliteitsvolle dienstverlening de meest courante categorie *(87,50 %).* Een vergelijkbaar beeld zien we trouwens over heel Vlaanderen.
Verder ontving de ombudsdienst 3 meldingen over de vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en telkens één melding over het recht op informatie, het recht op geïnformeerde toestemming, inzage patiëntendossier en bescherming persoonlijke levenssfeer.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	7	18,42	5	10,20
1.2. goede behandeling/begeleiding	16	42,10	11	22,44
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	5,26	7	14,28
1.4. goede hotelservice	5	13,15	12	24,48
1.5. betalende diensten	-	-	2	4,08
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	2,63	1	2,04
1.7. beschermende maatregelen	7	18,42	11	22,44
totaal	38	100	49	100

Binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening noteerden we de meeste aanmeldingen over goede hotelservice *(12)*, gevolgd door goede behandeling/begeleiding en

beschermende maatregelen (*telkens 11 aanmeldingen)*. Daarnaast kwamen ook kwaliteitsvol verblijf *(7),* respectvolle bejegening *(5)*, betalende diensten *(2)* en de factuur *(1)* aan bod.

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	2	28,57	2	40,00
correcte omgangsvormen	5	71,42	3	60,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	7	100	5	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	2	18,18
medicatie	1	6,25	-	-
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	1	9,09
voldoende beschikbaarheid	4	25,00	3	27,27
betrokkenheid familie	3	18,75	3	27,27
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	12,50	1	9,09
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	3	18,75	1	9,09
andere	3	18,75	-	-
totaal	16	100	11	100

Bij de goede behandeling/begeleiding springen de aanmeldingen rond voldoende beschikbaarheid van personeel *(therapeut, psychiater, verpleging, …)* en de betrokkenheid van de familie in het oog.

Bemiddelingsboek - 2049

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	50,00	1	14,28
groepsleven	1	50,00	4	57,14
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	2	28,57
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	7	100

Aanmelders geven 4x aan dat het niet altijd eenvoudig is om de tijdens de opname in groep samen te leven met de medepatiënten.

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	2	40,00	6	50,00
infrastructuur/accommodatie	2	40,00	4	33,33
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	1	20,00	2	16,66
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	12	100

1.5. Betalende diensten

Voor het eerst in 3 jaar werd een aanmelding geregistreerd met betrekking tot betalende diensten, meer bepaald over de openingsuren van de cafetaria.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

Eén aanmelding met betrekking tot een mogelijke verzekeringsaangifte.

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	3	27,27
beperkte bewegingsvrijheid	1	14,28	2	18,18
afzondering	1	14,28	1	9,09
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	5	71,42	5	45,45
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	7	100	11	100

Aanmeldingen bij de ombudsdienst betreffende de gedwongen opname zijn veelal informatievragen. Daarnaast kwamen enkele meldingen aan bod met betrekking tot het krijgen van maatregelen die aanvoelen als straf, het beperken van de bewegingsvrijheid van patiënten en één betreffende afzondering. Net als vorig jaar zien we geen enkele aanmelding over fixatie, een teken dat het bijgestuurde beleid hieromtrent zijn vruchten afwerpt.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

In 2018 waren er drie aanmeldingen over het recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar, waarvan één keer met betrekking tot de psychiater en twee keer met betrekking tot de persoonlijk begeleider.

3. Recht op informatie

Eén aanmelding in 2018 over het recht op informatie, meer bepaald over afdelingsregels.

4. Recht op geïnformeerde toestemming

Eén aanmelding met betrekking tot het geven van toestemming voor medicatie.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

Eén aanmelding over het zorgvuldig bijhouden van het patiëntendossier.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Eén aanmelding over het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Geen aanmeldingen.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Sinds 2014 geen aanmeldingen over dit recht.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Geen aanmeldingen.

10. Recht op pijnbestrijding

Geen aanmeldingen.

D. Interventie

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	7	16,27	10	17,54
doorverwijzen intern	1	2,32	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	3	6,97	2	3,50
signaleren	11	25,58	17	29,82
coachen	5	11,62	1	1,75
bemiddelen	16	37,20	27	47,36
totaal	43	100	57	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	2	12,50	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	14	87,50	27	100,00
totaal	16	100	27	100

Ten opzichte van vorig jaar zien we dat de ombudspersoon vaker bemiddelde, zij het

steeds in de vorm van een pendelbemiddeling. Verder zien we hoofdzakelijk signalering als hoofdinterventie *(29,82%).*

E. Afsluiting

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 volgende tabel geven dan ook slechts een globaal beeld van de **tijd** die de afhandeling van aanmeldingen kan in beslag nemen.

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	21	48,83	27	47,36
binnen de week	9	20,93	10	17,54
binnen de twee weken	6	13,95	4	7,01
binnen de vier weken	3	6,97	11	19,29
later dan vier weken	4	9,30	5	8,77
totaal	43	100	57	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	12		6	

Bijna de helft van de aanmeldingen werden de dag zelf afgesloten *(47,36 %)* en nog eens 25% binnen de twee weken.

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.

In de loop van 2018 werd een uitgebreide bevraging uitgevoerd om te peilen naar de tevredenheid over de ombudsfunctie bij alle mogelijke betrokkenen, namelijk patiënten, diensten, artsen en directie. De eerste, algemene resultaten van dit onderzoek werden toegelicht op de raad van bestuur van PopovGGZ in januari 2019. Een individueel verslag

zal in de loop van 2019 aan elke voorziening ter bespreking voorgelegd worden.

Evaluatie resultaat

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	3	6,97	7	12,28
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	7	16,27	6	10,52
ontevredenheid patiënt	2	4,65	8	14,03
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	2	4,65	1	1,75
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	10	23,25	8	14,03
ontevredenheid patiënt	2	4,65	2	3,50
geen feedback	17	39,53	25	43,85
totaal	43	100	57	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	9	20,93	12	21,05
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	3	6,97	9	15,78
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	3	6,97	4	7,01
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	11	25,58	7	12,28
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	17	39,53	25	43,85
totaal	43	100	57	100

3.2 Campus De Pelgrim

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 15/1/2018, de laatste op 21/12/2018.
Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 41, opnieuw een stijging tegenover de voorbije jaren.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	16	29	36	41
aanmelders	12	21	27	20

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	36		41	
aanmelders	27		20	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	13	56,52	25	83,33
binnen de week	5	21,73	5	16,66
binnen de 2 weken	1	4,34	-	-
binnen de 4 weken	4	17,39	-	-
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	23	100	30	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	12	34,28	10	25,00
1 contact	22	62,85	20	50,00
2 contacten	1	2,85	9	22,50
3 contacten	-	-	1	2,50
meer dan 3 contacten	-	-	-	-
totaal	35	100	40	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	2		3	
Verwezen naar andere ombudspersoon	1		1	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	36		40	

Bij 85% van de aanmeldingen koos de patiënt voor een persoonlijk onderhoud met de ombudspersoon.

Bij 20 aanmeldingen volstond één rechtstreeks contact, 9 keer waren er twee ontmoetingen tussen de patiënt en de ombudspersoon en één keer drie.

De **41** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 20 aanmelders. Het valt op dat er minder aanmelders zijn voor meer aanmelding, wat erop wijst dat eens mensen de weg naar de ombudsdienst vinden, zij meerdere zaken wensen aan te kaarten.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders 2018

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
4	4	20,00	16	39,02
3	3	15,00	9	21,95
2	3	15,00	6	14,63
1	10	50,00	10	24,39
totaal	20	100	41	100

In **2017** kwamen de **36** aanmeldingen van in totaal 27 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders 2017

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
5	1	3,70	5	13,88
3	2	7,40	6	16,66
2	1	3,70	2	5,55
1	23	85,18	23	63,88
totaal	27	100	36	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	26	74,28	31	77,50
groep patiënten	9	25,71	5	12,50
andere	-	-	4	10,00
totaal	35	100	40	100

De meeste aanmeldingen gebeurden door de patiënt zelf, individueel of in groep. 4 aanmelders waren echter familieleden van de patiënt die als vertrouwenspersoon optraden. De ombudspersoon ging na of de patiënt de aanmelding onderschreef en dat bleek ook telkens het geval.

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	20	76,92	26	83,87
vrouw	6	23,07	5	16,12
onbekend	-	-	-	-
totaal	26	100	31	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	2	22,22	4	80,00
3 personen	-	-	1	20,00
4 personen		-	-	-
meer dan 4 personen	7	77,77	-	-
totaal	9	100	5	100
grootste groep	20		3	

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	23	65,71	18	45,00
neen	12	34,28	22	55,00
totaal	35	100	40	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	8	66,66	21	95,45
dit jaar binnen een andere voorziening	1	8,33	1	4,54
vorige jaren binnen deze voorziening	3	25,00	-	-
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	12	100	22	100

De daling in aantal aanmelders die nog niet gekend waren bij de ombudsdienst valt te verklaren vanuit het feit dat aanmelders steeds vaker meer dan één aanmelding formuleren. Na de eerste aanmelding worden ze als 'gekend' aangeduid, zoals blijkt uit bovenstaande tabel.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	11	31,42	20	50,00
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	12	34,28	10	25,00
telefonisch *(of GSM, SMS)*	12	34,28	10	25,00
totaal	35	100	40	100

Na een daling van het aantal aanmeldingen dat gebeurde via een direct contact tussen aanmelder en ombudspersoon in 2017, zien we dat in 2018 opnieuw de helft van de aanmeldingen op die manier gebeuren.

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	6	17,14	3	7,50
vraag tot interventie	7	20,00	17	42,50
vraag tot signalering	18	51,42	16	40,00
vraag naar een luisterend oor	4	11,42	4	10,00
totaal	35	100	40	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	-	-	3	17,64
vraag om een ander soort akkoord	7	100,00	14	82,35
totaal	7	100	17	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
Ja	10	29,41	12	30,00
Neen	7	20,58	18	45,00
werd niet bevraagd	17	50,00	10	25,00
totaal	34	100	40	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	10	100,00	12	100,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	10	100	12	100

Bij 12 aanmeldingen ondernam de patiënt eerdere stappen vooraleer de externe ombudspersoon te contacteren. Dit gaat steeds om informele contacten binnen het ziekenhuis.

Patiënten die geen eerdere stappen ondernamen en direct de ombudspersoon contacteerden, deden dit meestal omwille van een principiële keuze voor de onafhankelijkheid van de externe ombudspersoon.

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	1	14,28	-	-
durfde niet	1	14,28	3	16,66
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	5	71,42	15	83,33
totaal	7	100	18	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	31	91,17	28	70,00
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	3	8,82	12	30,00
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	34	100	40	100

C. Inhoud van de aanmelding

Strikte interpretatie Wet betreffende de rechten van de patiënt

Zoals beschreven in de inleiding, voorzag de **Federale Commissie Rechten van de patiënt** vanaf 2007 in een eigen model voor rapportage betreffende de ombudsfunctie, zowel voor een aantal minimale registratiegegevens als voor een aantal inhoudelijke bemerkingen op de ombudspraktijk.
Tot en met 2014 werden deze gegevens rechtstreeks door de ombudspersoon via internet overgemaakt aan de Federale Commissie.
Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid naar de gewesten. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid.

In het verleden werden voor de Federale Commissie Rechten van de patiënt enkel deze aanmeldingen weerhouden die rechtstreeks betrekking hebben op erkende beroepsbeoefenaars en een strikte interpretatie van 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 werden niet meegeteld.

Om de continuïteit van het jaarverslag aan de voorziening te verzekeren, bieden we in onderstaande paragrafen een overzicht van de aanmeldingen die onder deze strikte interpretatie vallen. Verder in dit verslag houden we – zoals de voorgaande jaren – een ruimere interpretatie aan en rapporteren we de aanmeldingen in het vertrouwde model, gebaseerd op de eigen registratie in Go-between.

Er kunnen aanzienlijke verschillen zijn tussen beide registraties.

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	25	71,42	17	42,50
aanmeldingen die weerhouden worden	10	28,57	23	57,50
totaal	35	100	40	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen bij strikte interpretatie WPR

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	4	40,00	21	91,30
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	20,00	-	-
3. informatie	1	10,00	-	-
4. geïnformeerde toestemming	3	30,00	-	-
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	1	4,34
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	1	4,34
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	10	100	23	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	34	97,14	40	100,00
algemene vraag los van patiëntenrecht	1	2,85	-	-
totaal	35	100	40	100

Betrokken discipline

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	6	17,14	1	2,50
psychiater	6	17,14	7	17,50
huisarts	-	-	2	5,00
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	1	2,85	4	10,00
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	2	5,00
psycholoog	-	-	1	2,50
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	-	-	1	2,50
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	3	8,57	10	25,00
administratieve dienst	-	-	1	2,50
technische dienst	-	-	1	2,50
voedingsdienst	10	28,57	5	12,50
poetsdienst	2	5,71	1	2,50
directie	7	20,00	3	7,50
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	1	2,50
andere	-	-	-	-
totaal	35	100	40	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. De disciplines die het meeste voorkomen zijn in dalende volgorde het multidisciplinair team *(10)*, de psychiater *(7)* en de verpleging *(4)*. Niet toevallig gaat het om die disciplines die het dichts betrokken zijn bij de directe patiëntenzorg. Daarnaast ook 5 aanmeldingen over de keuken en drie voor directie.

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	27	79,41	35	87,50
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	5,88	-	-
3. informatie	1	2,94	-	-
4. geïnformeerde toestemming	3	8,82	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	1	2,50
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	2,94	2	5,00
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	2,50
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	1	2,50
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	34	100	40	100

Van de verschillende in de regelgeving aangestipte patiëntenrechten bleek het, net als de voorbije jaren, hoofdzakelijk over **kwaliteitsvolle dienstverlening** te gaan. Hiervoor worden in de volgende tabellen meer gedetailleerde aantallen per subcategorie gegeven.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	2	7,40	3	8,57
1.2. goede behandeling/begeleiding	2	7,40	16	45,71
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	7,40	2	5,71
1.4. goede hotelservice	21	77,77	11	31,42
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	2	5,71
1.7. beschermende maatregelen	-	-	1	2,85
totaal	27	100	35	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	2	100,00	3	100,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	3	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	3	18,75
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	5	31,25
betrokkenheid familie	-	-	1	6,25
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	50,00	6	37,50
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	1	50,00	1	6,25
totaal	2	100	16	100

Opvallend meer aanmeldingen betreffende het verplicht beëindigen van de opname dan vorig jaar.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

In deze subcategorie registreerde de ombudsdienst twee aanmeldingen betreffende de weekend- en verlofregeling.

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	10	47,61	5	45,45
infrastructuur/accommodatie	8	38,09	3	27,27
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	2	18,18
veiligheid goederen	3	14,28	1	9,09
totaal	21	100	11	100

1.5. Betalende diensten

Geen aanmeldingen.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

In 2018 voor het eerst terug twee aanmeldingen betreffende de factuur, meer bepaald de (on?)duidelijkheid van de factuur en het aanvragen van een afbetalingsplan.

1.7. Beschermende maatregelen

In 2018 één aanmelding betreffende de beperking van bewegingsvrijheid.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

In 2017 noteerden we nog twee aanmeldingen betreffende dit recht. In 2018 geen enkele.

3. Recht op informatie

Geen aanmeldingen.

4. Recht op geïnformeerde toestemming

Geen aanmeldingen.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

Eén aanmelding. Het betrof een informatievraag over de procedure voor het opvragen van het afschrift van het dossier.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Twee aanmeldingen; één betreffende het beroepsgeheim en één betreffende een mondelinge indiscretie.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Eén aanmelding waarbij patiënt aangaf dat hij na het uitoefenen van zijn recht op klachtenbemiddeling verbaal werd gesanctioneerd.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Geen aanmeldingen.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Eén aanmelding; het betrof een vraag tot informatie rond de figuur van de vertrouwenspersoon.

10. Recht op pijnbestrijding

Geen aanmeldingen.

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(40)*.

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	4	11,11	1	2,50
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	4	11,11	2	5,00
signaleren	19	52,77	18	45,00
coachen	1	2,77	5	12,50
bemiddelen	8	22,22	14	35,00
totaal	36	100	40	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	8	100,00	14	100,00
totaal	8	100	14	100

E. Afsluiting

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 volgende tabel geven dan ook slechts een globaal beeld van de **tijd** die de afhandeling van aanmeldingen kan in beslag nemen.

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	20	55,55	16	40,00
binnen de week	5	13,88	11	27,50
binnen de twee weken	3	8,33	3	7,50
binnen de vier weken	4	11,11	6	15,00
later dan vier weken	4	11,11	4	10,00
totaal	36	100	40	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	5		6	

67% van de aanmeldingen werden binnen de week afgehandeld, nog eens 22% binnen de maand. Slechts af en toe duurt het langer om een aanmelding af te ronden. De langste looptijd was zes weken.

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. In de loop van 2018 werd een uitgebreide bevraging uitgevoerd om te peilen naar de tevredenheid over de ombudsfunctie bij alle mogelijke betrokkenen, namelijk patiënten, diensten, artsen en directie. De eerste, algemene resultaten van dit onderzoek werden toegelicht op de raad van bestuur van PopovGGZ in januari 2019. Een individueel verslag zal in de loop van 2019 aan elke voorziening ter bespreking voorgelegd worden.

Bemiddelingsboek - 2067

Evaluatie resultaat

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1	2,77	6	15,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	4	11,11	5	12,50
ontevredenheid patiënt	3	8,33	4	10,00
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	2,50
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	7	19,44	4	10,00
ontevredenheid patiënt	-	-	1	2,50
geen feedback	21	58,33	19	47,50
totaal	36	100	40	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	3	8,33	9	22,50
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	5	13,88	6	15,00
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	2,77	1	2,50
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	6	16,66	5	12,50
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	21	58,33	19	47,50
totaal	36	100	40	100

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.
Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Waar mogelijk formuleren we ook enkele "voorzichtige" aanbevelingen (cursief), eventueel stof voor discussie. Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren.
In het Vlaams jaarverslag, raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op aandachtspunten die de concrete situatie in één voorziening overstijgen.

4.1 Campus Sint-Franciscus

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

- De externe ombudspersoon staat volledig buiten het organogram van het ziekenhuis. Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van de onafhankelijkheid, de neutraliteit of het beroepsgeheim van de ombudspersoon. De functie van de ombudspersoon wordt goed aanvaard door personeel en directie en de samenwerking is constructief.
- Infrastructureel waren er voor de ombudswerking geen problemen. De ombudspersoon maakt gebruik van een lokaal in De Passage. Het lokaal is voldoende bereikbaar voor patiënten en biedt tegelijkertijd de nodige privacy. Praktische zaken zoals een telefoonlijn en internetverbinding zijn in orde.
- In het najaar van 2018 werden de permanentie-uren van de ombudspersoon licht aangepast met het oog op een meer evenredige verdeling over de campussen. Carine is nu wekelijks op maandag tussen 13u en 14u op campus De Pelgrim en tussen 14u30 en 17u op campus Sint-Franciscus.
- De ombudspersoon heeft de mogelijkheid om zich vrij te verplaatsen op de campus en maakt daarvan gebruik om wekelijks de afdelingen te bezoeken. Wil een patiënt de ombudspersoon spreken tijdens deze ronde, is er steeds een hoekje of lokaaltje beschikbaar waar een gesprek onder vier ogen mogelijk is.

B. 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

B.1. het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking *(art. 5)*

- Een opname in een psychiatrische instelling is vaak een laatste toevlucht op een moment in het leven waar het even erg moeilijk gaat. In groep samenleven met andere patiënten die het ook niet gemakkelijk hebben, leidt regelmatig tot irritaties of discussies.
  - ✓ *We zien vanuit de ombudsdienst dat er grote inspanningen worden geleverd door de behandelende teams om dit zo goed mogelijk op te vangen. Toch blijft het een aandachtspunt om in groep oog te houden voor het welzijn van de individuele patiënt.*

- Op deze campus zien we een stijging in aanmeldingen over voeding, waar we in campus De Pelgrim een daling zien. Het valt op dat aanmeldingen steeds in clusters komen, wat doet vermoeden dat de kwaliteit van de voeding in periodes beter is dan andere.
  - ✓ *We wensen te benadrukken dat een goede, gebalanceerde voeding met de juiste proportionering de nodige aandacht verdient en bovendien een belangrijke invloed heeft op de perceptie van kwaliteit van zorg tijdens de opname.*

- Naar aanleiding van enkele aanmeldingen over bejegening, wensen we volgende aanbeveling uit vorig jaarverslag te hernemen als aandachtspunt: Luisteren is dé basis voor patiëntenzorg. Naast de formele momenten van therapie hebben patiënten soms nood aan een klankbord. Graag brengen we onder de aandacht dat patiënten en hun familieleden zich soms onvoldoende gehoord of betrokken voelen.
  - ✓ *In het zoeken naar een evenwicht tussen afstand en nabijheid, administratieve verplichtingen en patiëntencontact, is het aangewezen om hulpverleners te stimuleren tot het tonen van interesse, onvoorwaardelijke positieve aandacht, respectvolle omgang, het nemen van tijd voor de patiënt en zijn omgeving.*

- Soms worden patiënten geconfronteerd met één of meerdere beschermende maatregelen, die al dan niet aangevoeld worden als straf.
  - ✓ *Het ziekenhuis doet inspanningen om steeds zorg op maat te bieden die rekening houdt met de nodige veiligheidsrisico's. Soms houdt dat een tijdelijke beperking in over het verlaten van het ziekenhuis of het vrij beschikken over eigen materiaal. Dit kan voor mensen bijzonder ingrijpend zijn. We wensen dan ook het belang te onderstrepen van continue evaluatie over de zin van de maatregel én het duidelijk communiceren binnen het team en naar de patiënt toe over de beweegreden en de duur van de maatregel.*

- Patiënten krijgen doorgaans de nodige informatie die voor hen van toepassing is, hetzij bij de intake, tijdens de opname en in nazorg. Tegelijk merken we dat een aantal patiënten de ombudspersoon aanspreken met vragen over hun gedwongen opname.

- ✓ *Door de complexiteit van de situatie, de persoonlijke kwetsbaarheid en stress van de patiënt, dringt de informatie niet altijd voldoende door of wordt deze anders geïnterpreteerd. Het gebruik van de brochure "Van gedwongen opname tot nazorg" is een handig en waardevol instrument bij het informeren van de patiënt.*

B.2 Andere patiëntenrechten *(art. 6 -11)*

- De patiëntenrechtenwet voorziet dat de patiënt vrij zijn beroepsbeoefenaar kan kiezen. Dit geldt niet alleen voor de behandelend arts, maar ook voor de psycholoog, persoonlijke begeleider of verpleegkundige.
  - ✓ *Binnen de organisatie van het ziekenhuis en/of de afdeling is een volledige vrije keuze vaak organisatorisch niet haalbaar. De wet heeft daar ook begrip voor. Toch kan het ziekenhuis hieraan trachten tegemoet te komen, door in de mate van het mogelijke een beperkte keuze aan te bieden.*
  - ✓ *We merken dat er op moment van een aanmelding bij de ombudsdienst bereidheid is om voor de individuele casussen bijkomende inspanningen te leveren. Is er ruimte om deze hoopvolle evolutie uit te rollen in de volledige voorziening?*
- Slechts vier aanmeldingen over de overige patiëntenrechten bieden onvoldoende stof om aanbevelingen te formuleren.

4.2 Campus De Pelgrim

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

- De ombudspersoon valt volledig buiten het organogram van De Pelgrim. Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van de onafhankelijkheid, de neutraliteit of het beroepsgeheim van de ombudspersoon. De ombudspersoon kan gebruik maken van een apart lokaaltje nabij de receptie. Dit lokaaltje is voldoende bereikbaar en zorgt tegelijk voor de nodige privacy.
- De ombudspersoon ervaart bij het afhandelen van aanmeldingen doorgaans een open en constructieve houding van de medewerkers. We merken ook een groter wordende openheid om met de ombudsdienst een traject aan te gaan. Deze evolutie wordt duidelijk opgepikt door aanmelders die steeds vaker de weg naar de ombudsdienst vinden.
- De gegevens van de externe ombudspersoon worden genoemd op de website en in de onthaalbrochure van het ziekenhuis.

B. 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

B.1. het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking *(art. 5)*

- Het al dan niet voldoende beschikbaar zijn van artsen, psychologen en therapeuten vormt regelmatig de aanleiding tot het aanspreken van de ombudspersoon.
  - ✓ *Het therapieprogramma is voor patiënten een ankerpunt, een tool om hun week in te plannen. Vaak worden zij ook geacht op die momenten aanwezig te zijn. Het strekt dan ook tot aanbeveling om het wegvallen van therapieën, een beperkt aanbod in de schoolvakanties of last minute wijzigingen aan het schema te vermijden door proactief op zoek te gaan naar oplossingen.*

- Wanneer zorgverleners beslissen om de behandeling eenzijdig stop te zetten, zij het omwille van een vertrouwensbreuk, omwille van een overtreding van ziekenhuis- of afdelingsregels of omwille van het niet nakomen van afspraken binnen het behandeltraject, is er sprake van een gedwongen ontslag. De aanmeldingen wijzen erop dat patiënten dit ervaren als een voldongen feit, waarbij weinig mogelijkheid wordt gecreëerd voor feedback en dialoog.
  - ✓ *Het handhaven van regels is vaak noodzakelijk om tot een goed samenleven tussen patiënten onderling en een vlotte samenwerking tussen patiënten en zorgverleners te komen. Tegelijk wensen we vanuit de ombudsdienst de aanbeveling doen om in het kader van zorg op maat te zoeken naar een evenwicht tussen algemene regels en individuele afspraken.*
  - ✓ *Bepaalde regels en de soms rigide toepassing ervan worden als streng ervaren. Is er ruimte om bepaalde (gevestigde) regels kritisch te herbekijken, eventueel met inspraak van patiënten?*

- Vorig jaar schreven we een aanbeveling over het aanbieden van wifi op de campus. We zijn verheugd vast te stellen dat het ziekenhuis de gevraagde inhaalbeweging heeft gemaakt en intussen wifi ter beschikking stelt van patiënt. We brengen dan ook de positieve reacties hieromtrent onder de aandacht.

B.2 Andere patiëntenrechten *(art. 6 -11)*

- De patiënt kan tijdens een behandeling rekenen op vertrouwelijkheid omtrent zijn medische informatie. We zien dat er in De Pelgrim erg zorgvuldig met beroepsgeheim en privacy wordt omgegaan.
  - ✓ *In een behandelend team is er sprake van gedeeld beroepsgeheim. Dat is van belang om tot gedragen afspraken en goede zorg te kunnen komen. Voor patiënten is het evenwel niet altijd duidelijk wat de impact en reikwijdte van dit gedeeld beroepsgeheim juist is. Gdpr?!*
- Slechts drie aanmeldingen over de overige patiëntenrechten; onvoldoende om gefundeerde aanbevelingen te formuleren.

5. BESLUITEN

Er waren in 2018 98 aanmeldingen bij de externe ombudsfunctie, waarvan 57 op campus Sint-Franciscus en 41 op campus De Pelgrim.

De aanmeldingen bij de externe ombudspersoon hadden in 2018 net als voorgaande jaren vooral betrekking op de kwaliteitsvolle dienstverlening. Patiënten in opname zijn voor vele praktische, dagelijkse dingen op het ziekenhuis aangewezen en onvermijdelijk zijn er zaken waar ruimte is voor verbetering. We denken dan vooral aan het aanbod en beschikbaarheid van therapie, de voeding, het ontslagbeleid en de beschermende maatregelen. Andere patiëntenrechten kwamen slechts beperkt aan bod, met uitzondering van enkele aanmeldingen over de vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en de privacy van de patiënt. Voor aanbevelingen en algemene bedenkingen verwijzen we graag naar hoofdstuk 4 van dit verslag.

Afsluitend wensen we alle betrokkenen te bedanken voor hun aandacht en voor het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd. We hopen dat ze mede de aanzet kunnen vormen voor een betere zorg voor patiënten binnen het PC Sint-Franciscus- De Pelgrim in het bijzonder en binnen de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen.

Bemiddelingsboek - 2073

6. PRAKTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING

naam :	**Psychiatrisch centrum Sint-Franciscus – De Pelgrim**
adres :	Penitentenlaan 7, 9620 Zottegem
voornaam, naam en functie **vertegenwoordiger** voorziening in **comité** overlegplatform :	**Marc Van Steertegem,** Algemeen Directeur
voornaam, naam en functie **contactpersoon** in de voorziening :	**Mieke Heymans,** kwaliteitscoördinator

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam :	**Carine Eeckhout**

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres :	**Carine Eeckhout** **OmbudsfunctieGGZ, PopovGGZ, Drongenplein 26, 9031 Gent *(Drongen)***	
e-mail :	**carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be**	
brievenbus :	Dagcentrum, A&S, AZPZ, psychogeriatrie, Magnolia, Thilia, Ginkgo	
permanentie :	plaatsen	dagen en uren
	Bureel in De Passage, campus Sint-Franciscus	Maandag van 14u30 tot 17u
	Bureel bij onthaal, campus De Pelgrim	Maandag van 13u tot 14u

telefoon	nummers	dagen en uren
GSM	0490/444 155	Maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9u tot 12u.

AFSPRAKEN ROND BEKENDMAKING

- kennismaking met personeel
- affiche in secretariaat
- schriftelijke informatie aan de bewoners

SPECIFIEKE AFSPRAKEN

- PopovGGZ zorgt bij langdurige afwezigheid voor een geschikte vervanging van de ombudspersoon door een collega-ombudspersoon. PopovGGZ communiceert dit tijdig aan de voorziening (via de directie en de contactpersoon). De voorziening zorgt voor bekendmaking t.a.v. de medewerkers en de patiënten (per afdeling en algemeen via aangepaste affiches).

- Indien de patiënt/bewoner akkoord is, wordt de bemiddeling uitgesteld tot de ombudspersoon terug is.

- Is de patiënt/bewoner het daar niet mee eens, dan zoekt de vervangende ombudspersoon een oplossing, conform de afgesproken werkwijze (visietekst, gedragscode, huishoudelijk reglement).

- Wanneer de ombudspersoon betrokken is bij een aanmelding, verwijst hij/zij door naar een collega-ombudspersoon.

Ombudspersonen tewerkgesteld bij PopovGGZ:

	Naam: Chantal Van Moerkerke, coördinator O.Vl. **E-mail:** chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0476 / 306 444 **Bereikbaar:** op maandag, dinsdag en donderdag van 9u tot 17u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Dr. Guislain, PVT Campus De Lorkenstraat, PZ Dr. Guislain Campus Sint-Alfons, PC Gent-Sleidinge Campus Gent, PVT Hortus, PC Sleidinge Campus PC Sleidinge, PZ Dr. Guislain K-dienst Fioretti Campus De Deyne, BW Zagan, BW Domos, BW Ipso, BW Centrum Onderweg, DAC De Moester ,CGG Eclips, Riziv De Sleutel (CIC, TGM, TGG, dagcentrum en sociale werkplaats), MT Gent-Eeklo
	Naam: Nicole Claeys **E-mail:** nicole.claeys@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0495 / 295 612 **Bereikbaar:** van dinsdag tot vrijdag tijdens de kantooruren **Vaste voorzieningen:** PC Karus campus Gent, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Warande, PZ en PVT Sint-Jan-Baptist, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Krekelmuyter, PC Sint-Jan-Baptist Campus De Oostkade, BW De Vlier, MT Gent-Eeklo
	Naam: Anne-Leen Denolf **E-mail:** anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0491 / 393 918 **Bereikbaar:** op maandag en dinsdag tijdens kantooruren, op woensdag tot 12u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Sint-Jan, PZ en PVT Sint-Hiëronymus, PVT Campus 't Hooghuis, PZ en PVT Sint-Lucia, BW Waasland, BW Pro Mente, BW De Wende, RCGG Deinze-Eeklo-Gent, CGG Waas en Dender Netwerk, ADS MT Noord en ADS MT Midden
	Naam: Carine Eeckhout **E-mail:** carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0490 / 444 155 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen:** PC en PVT Ariadne Lede, PVT Leilinde, Karus campus Melle, PVT De Wadi, PC Sint-Franciscus – De Pelgrim, BW De Nieuwe Horizon, BW Vlaamse Ardennen, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, CGG 3 stromen, De Kiem, Netwerk ADS MT Zuid

	Naam: Sofie Wybo **E-mail:** Sofie.wybo@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0493 / 89 85 90 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen: /**
	Naam: Niki Vervaeke **E-mail:** niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0800 / 32 0 36 **Bereikbaar:** Vrijdag van 9.00 uur tot 11.30 uur **Vaste voorzieningen: /**

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Sint-Hiëronymus

Sint-Niklaas

periode van 1 januari tot 31 december 2018

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 918

psychiatrisch verzorgingstehuis

erkenningsnummer PVT 023

Anne-Leen Denolf
Ombudspersonen
PopovGGZ vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2078

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

PopovGGZ vzw

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen vzw

Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Drongen

tel: 09 /216 65 50 & fax: 09 / 216 65 59

anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be

www.ombudsfunctieggz.be

INHOUD

1. INLEIDING **3**

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE **4**

3. AANMELDINGEN **7**

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN **21**

5. BESLUIT **25**

6. PRAKTISCHE INFORMATIE **27**

1. INLEIDING

Dit jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg bevat, zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PC Sint-Hiëronymus en PVT Hooghuis.

Het verslag vergelijkt de aanmeldingen van 2018 met die van 2017. Er worden, zoals door de overheid gevraagd, enkele aandachtspunten en eventueel bijhorende aanbevelingen geformuleerd die nuttig kunnen zijn voor het verder ontwikkelen van de ombudspraktijk.

In het Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg worden de gegevens van alle Vlaamse voorzieningen met externe ombudsfunctie per voorzieningensoort en per overlegplatform gegroepeerd. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In uitvoering van het Decreet van 1 juni 2001 houdende toekenning van een klachtrecht ten aanzien van de bestuursinstellingen wordt dit jaarverslag voor 10 februari bezorgd aan de diensten van de Vlaamse Ombudsman.

Op 19 maart 2019 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

Bemiddelingsboek - 2080

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

erkenningsnummer PZ			918								
A	**a-dag**	**a-nacht**	**T**	**t-dag**	**t-nacht**	**Tg**	**Sp**	**K**	**k-dag**	**k-nacht**	**totaal**
30	25	5	100	25	5	30	0	0	0	0	**220**

erkenningsnummer PVT	023	
PVT permanent	**PVT uitdovend**	**totaal**
35	0	**35**

Aan dit psychiatrisch ziekenhuis is een psychiatrisch verzorgingstehuis verbonden, gelegen op dezelfde campus van het ziekenhuis. Het PVT wordt mee opgenomen in dit jaarverslag.

Het ziekenhuis maakt ook deel uit van het samenwerkingsverband rond de initiatieven Beschut Wonen Pro Mente.

Op het einde van hoofdstuk 3 staan we kort stil bij de aanmeldingen vanuit het PVT en de diensten beschut wonen.

B. Aantal gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
gerealiseerde verpleegdagen	63.347	61.852	61.643	60.468	60.214	62.509	59.023	57.523
opnames	604	708	697	746	801	856	873	917
opgenomen patiënten op 1/1	241	252	245	258	257	258	251	233
opgenomen patiënten op 31/12	252	245	258	257	258	251	216	293
gedwongen opnames	48	46	40	44	68	71	77	93

C. Externe ombudsfunctie

Sinds oktober 2015 neemt Anne-Leen Denolf de ombudsfunctie binnen het PC Sint-Hiëronymus op. Anne-Leen is sinds die datum actief als ombudspersoon in twee andere voorzieningen in Oost-Vlaanderen. Sinds maart 2018 komen daar ook 4 voorzieningen in West-Vlaanderen bij. Anne-Leen is daarmee voltijds aan de slag als ombudspersoon binnen het Vlaams Overlegplatform GGZ.

Zij neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (IPSOF). Ze is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

Anne-Leen is elke maandag in het ziekenhuis aanwezig van 9u30 tot 12u30, met een spreekuur van 11u tot 12u.

Naam: Anne-Leen Denolf
E-mail: anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be
GSM: 0491 / 393 918
Bereikbaar: op maandag en dinsdag tijdens kantooruren, op woensdag tot 12u
Vaste voorzieningen:
PZ en PVT Sint-Jan, PZ en PVT Sint-Hiëronymus, PVT Campus 't Hooghuis, PZ en PVT Sint-Lucia, BW Waasland, BW Pro Mente, BW De Wende, RCGG Deinze-Eeklo-Gent, CGG Waas en Dender Netwerk, ADS MT Noord en ADS MT Midden

Bij afwezigheid zal Anne-Leen vervangen worden door één van haar collega's bij het overlegplatform (zie p. 6).

Ombudspersonen tewerkgesteld bij PopovGGZ:

	Naam: Chantal Van Moerkerke, coördinator O.Vl. **E-mail:** chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0476 / 306 444 **Bereikbaar:** op maandag, dinsdag en donderdag van 9u tot 17u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Dr. Guislain, PVT Campus De Lorkenstraat, PZ Dr. Guislain Campus Sint-Alfons, PC Gent-Sleidinge Campus Gent, PVT Hortus, PC Sleidinge Campus PC Sleidinge, PZ Dr. Guislain K-dienst Fioretti Campus De Deyne, BW Zagan, BW Domos, BW Ipso, BW Centrum Onderweg, DAC De Moester ,CGG Eclips, Riziv De Sleutel (CIC, TGM, TGG, dagcentrum en sociale werkplaats), MT Gent-Eeklo
	Naam: Nicole Claeys **E-mail:** nicole.claeys@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0495 / 295 612 **Bereikbaar:** van dinsdag tot vrijdag tijdens de kantooruren **Vaste voorzieningen:** PC Karus campus Gent, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Warande, PZ en PVT Sint-Jan-Baptist, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Krekelmuyter, PC Sint-Jan-Baptist Campus De Oostkade, BW De Vlier, MT Gent-Eeklo
	Naam: Carine Eeckhout **E-mail:** carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0490 / 444 155 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen:** PC en PVT Ariadne Lede, PVT Leilinde, Karus campus Melle, PVT De Wadi, PC Sint-Franciscus – De Pelgrim, BW De Nieuwe Horizon, BW Vlaamse Ardennen, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, CGG 3 stromen, De Kiem, Netwerk ADS MT Zuid
	Naam: Sofie Wybo **E-mail:** Sofie.wybo@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0493 / 89 85 90 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen: /**
	Naam: Niki Vervaeke **E-mail:** niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0800 / 32 0 36 **Bereikbaar:** Vrijdag van 9.00 uur tot 11.30 uur **Vaste voorzieningen: /**

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 13/01/2018, de laatste op 17/12/2018. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 66.

Dit zijn opvallend minder aanmeldingen dan de 2 voorgaande jaren en brengt het niveau van aanmeldingen terug op dat van 2015.

Ook het aantal aanmelders is gedaald in vergelijking met voorgaande jaren.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	60	87	94	66
aanmelders	37	54	69	45

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2018 met deze van 2017.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	94		66	
aanmelders	69		45	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	68	79,06	53	85,48
binnen de week	17	19,76	8	12,90
binnen de 2 weken	1	1,16	-	-
binnen de 4 weken	-	-	-	-
later dan vier weken	-	-	1	1,61
totaal	86	100	62	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	8	8,51	4	6,06
1 contact	72	76,59	51	77,27
2 contacten	10	10,63	10	15,15
3 contacten	3	3,19	1	1,51

meer dan 3 contacten	1	1,06	1	1,06
totaal	94	100	66	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		5	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	93		66	

De 66 aanmeldingen komen van in totaal 45 aanmelders. Nog steeds wordt de overgrote meerderheid van de aanmeldingen *(85.48%)* de dag zelf opgenomen. 8 aanmeldingen hadden enkele dagen tijd nodig om afgesloten te worden, omdat de desbetreffende medewerkers niet beschikbaar waren de dag van aanmelding of omdat een antwoord op de aanmelding enige tijd vergde. 1 aanmelding nam langer dan 4 weken in beslag doordat er ettelijke gesprekken noodzakelijk waren die uiteindelijk geleid hebben tot een bemiddelingsgesprek.

Bij de meeste aanmeldingen is er een persoonlijk contact tussen de ombudspersoon en de aanmelder. Bij 4 aanmeldingen is er na telefonische of schriftelijke contactname van de patiënt geen vervolggesprek met de ombudsdienst noodzakelijk of mogelijk geweest.

Bij een meerderheid van de aanmeldingen volstond 1 contact *(77,27%)*. Meerdere contacten met de ombudspersoon op diezelfde dag worden ook als 1 contact aanzien.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
6	2	4,44	12	18,18
4	1	2,22	4	6,06
2	8	17,77	16	24,24
1	34	75,55	34	51,51
totaal	45	100	66	100

In 2018 namen heel wat aanmelders over meer dan 1 thema contact met de ombudspersoon, de zogeheten 'repeaters'. Ofwel formuleerden zijn op hetzelfde moment verschillende klachten, ofwel kwamen zij later in het jaar nog eens terug bij de ombudspersoon voor een andere interventie. Twee aanmelders schieten erbovenuit met het formuleren van 6 geregistreerde aanmeldingen. Anderzijds is de helft van de aanmeldingen nog steeds afkomstig van aanmelders die met de ombudsdienst contact hadden rond één thema.

Meer dan 8 op 10 van de aanmelders zijn individuele patiënten, daarbij zijn mannen en vrouwen in evenwicht. 5 aanmeldingen kwamen van groepen, 3 aanmeldingen kwamen via familie. Aanmeldingen van familie worden door de ombudsdienst, indien mogelijk, steeds afgetoetst met de patiënt zelf. In 2018 is er niet doorverwezen naar de familievertrouwenspersoon binnen het PC Sint Hiëronymus.

De meerderheid van de aanmelders was nieuw voor de ombudspersoon. Toch werden 4 op 10 aanmelders eerder al gezien door de ombudspersoon. Dit hoog aantal bekende aanmelders is deels te wijten aan het aantal repeaters, deels aan het aantal patiënten die in voorgaande jaren al contact hadden met de ombudspersoon.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	55	58,51	37	56,06
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	24	25,53	13	19,69
telefonisch *(of GSM, SMS)*	15	15,95	16	24,24
totaal	94	100	66	100

De meerderheid van de aanmeldingen gebeurde via direct contact met de ombudspersoon op de afdeling of in het ombudslokaal. De ombudspersoon kan op alle afdelingen langsgaan, ook in de gesloten afdelingen, en kan laagdrempelig werken. Daarnaast merken we terug wat schriftelijke aanmeldingen en wat meer telefonische aanmeldingen. De manier waarop patiënten de ombudspersoon benaderen is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	8	8,51	9	13,63
vraag tot interventie	75	79,78	56	84,84
vraag tot signalering	6	6,38	-	-
vraag naar een luisterend oor	5	5,31	1	1,51
totaal	94	100	66	100

Bij de meerderheid (84.84 %) ligt een vraag tot interventie nog steeds aan de grondslag van hun aanmelding. Patiënten komen dus naar de ombudsdienst om een bemiddeling te vragen over een probleem of thema, waarbij men geen gehoor kreeg of geen succes had via de afdeling, de dokter,…
Een aanzienlijk aandeel van aanmelders had ook nog geen informele pogingen ondernomen. Meestal is dit omdat men er principieel voor kiest om beroep te doen op de

externe ombudspersoon.
De interventie die men wenst, was in 6 gevallen een vraag tot financieel akkoord (versus 1 in 2017). In al de andere aanmeldingen wou men dus iets bekomen in één van de thema's rond kwaliteitsvolle dienstverlening.

De meerderheid van de aanmelders was opgenomen toen ze contact namen met de externe ombudspersoon. 7 aanmelders hadden het ziekenhuis al verlaten, waren met (gedwongen) ontslag, time-out of andere. Binnen deze groep leeft veel wrevel en onduidelijkheid, zij vinden ook hun weg naar de ombudsdienst.

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2018, dus ruimer dan de strikte interpretatie van de Wet Patiëntenrechten. Deze aanmeldingen behandelen ook voeding of infrastructuur en gaan dus verder dan de strikte zorgrelatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar.

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)

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	84	89,36	58	87,87
algemene vraag los van patiëntenrecht	10	10,63	8	12,12
totaal	94	100	66	100

Er waren 8 aanmeldingen die geen direct patiëntenrecht betroffen. Dit waren algemene vragen die juridisch of financieel van aard waren of betrekking hadden op vragen over toekomstige huisvesting of tewerkstelling of simpelweg het kwijt kunnen van het levensverhaal.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot de patiëntenrechten

Betrokken discipline

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	6	6,38	4	6,06
psychiater	14	14,89	10	15,15
huisarts	-	-	1	1,51
andere arts	1	1,06	-	-
apotheker	1	1,06	-	-
verpleging	17	18,08	12	18,18
persoonlijke begeleider	1	1,06	1	1,51
sociale dienst	4	4,25	1	1,51
psycholoog	-	-	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	7	7,44	1	1,51
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	31	32,97	21	31,81
administratieve dienst	-	-	1	1,51
technische dienst	1	1,06	-	-
voedingsdienst	2	2,12	3	4,54
poetsdienst	-	-	-	-
directie	2	2,12	4	6,06
bewindvoerder	3	3,19	3	4,54
ombudspersoon	-	-	2	3,03
andere	4	4,25	2	3,03
totaal	94	100	66	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.

In 2018 waren er minder aanmeldingen waarbij de behandelend psychiater betrokken was. De aanmeldingen rond verpleging en multidisciplinair team bleven procentueel gelijk. Samen met aanmeldingen waarin persoonlijk begeleider, huisarts en therapeuten betrokken zijn, betreffen *69,67* % van de aanmeldingen de disciplines die het dichtst bij de patiënt staan. De zorgrelatie staat dus centraal in de bemiddelingsopdracht van de ombudspersoon.

Over de ondersteunende diensten zijn patiënten zeer tevreden. Er was maar 1 aanmelding over de sociale dienst en 1 met betrekking tot de administratieve dienst. Positief is dat er nog steeds geen enkele klacht is over de poetsdienst en dit al vele jaren ver, ook de technische dienst kreeg geen enkele aanmelding in 2018.

Het aantal aanmeldingen over de voeding is in 2018 ongeveer gelijk gebleven. Kortom het ziekenhuis scoort opnieuw zeer goed op de logistieke diensten.

Er was een stijging in aanmeldingen waar de directie in bevoegd is. Onder deze laatste categorie vallen aanmeldingen die betrekking hebben op beleidszaken, gevraagde investeringen in infrastructuur of accommodatie of de aanmeldingen die te maken hebben met een beslissing van de directie. In 2018 waren dit vooral aanmeldingen rond het parkeerbeleid.

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	73	86,90	50	86,20
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	3,57	-	-
3. informatie	3	3,57	2	3,44
4. geïnformeerde toestemming	1	1,19	1	1,72
5. inzage patiëntendossier	3	3,57	1	1,72
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	2	3,44
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	1,72
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	1	1,19	1	1,72
totaal	84	100	58	100

Zoals overal en steeds het geval is, hebben de meeste aanmeldingen betrekking op het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening *(86,20 %)*. Andere patiëntenrechten komen minimaal aan bod, maar wel met een duidelijke tendens naar vragen en klachten rond correct omgaan met informatie: informatie op een vlotte manier ontvangen, voldoende geïnformeerd worden of correcte bescherming van persoonsgegevens.

De vraag naar vrije keuze beroepsbeoefenaar is helemaal weggevallen. Dit verklaart ook waarom minder aanmeldingen in de discipline psychiater scoren.

Voor het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening worden in de volgende tabellen meer gedetailleerde aantallen gegeven. In elke categorie binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening kan de aanmelding nog verder gepreciseerd worden.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	8	10,95	3	6,00
1.2. goede behandeling/begeleiding	29	39,72	12	24,00
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	14	19,17	5	10,00
1.4. goede hotelservice	9	12,32	23	46,00
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	5	6,84	3	6,00
1.7. beschermende maatregelen	8	10,95	4	8,00
totaal	73	100	50	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	2	25,00	-	-
correcte omgangsvormen	5	62,50	2	66,66
grensoverschrijdend gedrag	1	12,50	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	8	100	3	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	3,44	1	8,33
somatische verzorging	1	3,44	2	16,66
medicatie	3	10,34	2	16,66
individuele therapie	7	24,13	-	-
groepstherapie	6	20,68	1	8,33
voldoende beschikbaarheid	6	20,68	1	8,33
betrokkenheid familie	-	-	1	8,33
start opname/behandeling/begeleiding	1	3,44	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	3	10,34	2	16,66
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	2	16,66
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	1	3,44	-	-
totaal	29	100	12	100

Binnen de 'goede behandeling/begeleiding' zijn de aanmeldingen omtrent de aangeboden

therapie quasi volledig weggevallen. Waar voorgaande jaren wel eens verzuchtingen gehoord werden over het aanbod of het wegvallen van therapieën werd dit in 2018 niet meer gehoord. Ook de aanmeldingen over voldoende beschikbaarheid zijn bijna weggevallen. Dit kan mogelijks het resultaat zijn van inspanningen en projecten die in 2018 op diverse afdelingen liepen.

Start opname/behandeling/begeleiding

Geen aanmeldingen rond

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	2	66,66	2	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	2	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	2	100,00
totaal	-	-	2	100

De beëindiging, zeker de gedwongen stopzetting van een behandeltraject, of de overplaatsing naar een andere afdeling zijn sleutelmomenten waarbij patiënten of hun familie geconfronteerd worden met een situatie waarbij zij terugvallen op zichzelf en geacht worden zelf initiatief te nemen om een vlotte overgang te bewerkstellingen. Dit kan tot heel wat onmacht of wrevel leiden.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	7	50,00	2	40,00
groepsleven	5	35,71	1	20,00
ontspanning/vrije tijd	2	14,28	1	20,00
weekend- en verlofregeling	-	-	1	20,00
andere	-	-	-	-

totaal	14	100	5	100

Waar in 2017 het groepsleven bij momenten moeilijk verliep op bepaalde afdelingen, is dit een klacht die in 2018 veel minder gehoord werd. Mogelijks is dit ook een gevolg van meer aanwezigheid van verpleging die waargenomen wordt op de afdelingen.

1.4. Goede hotelservice

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
voeding	4	44,44	3	13,04
infrastructuur/accommodatie	3	33,33	11	47,82
hygiëne	-	-	2	8,69
veiligheid persoon	-	-	3	13,04
veiligheid goederen	2	22,22	4	17,39
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	23	100

De subcategorie goede hotelservice omvat het grootst aantal aanmeldingen. In 2018 zijn er, verschillend met de jaren daarvoor, meer klachten geweest omtrent de infrastructuur en accommodatie. Het gaat dan vooral over het parkeerbeleid.

Opvallend en in tegenstelling tot het gedaald aantal klachten rond beschikbaarheid en groepsleven, zijn er in 2018 wel klachten omtrent fysieke en verbale agressie, diefstallen of schade aan goederen. Wat in de wandelgangen gehoord wordt, rond meer ervaren van agressie, vertaald zich dus ook in de aanmeldingscijfers.

1.5. Betalende diensten

Al enkele jaren geen klachten over cafetaria, vervoersdiensten of andere betalende diensten.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	2	40,00	-	-
zakgeld	1	20,00	1	33,33
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	2	40,00	1	33,33
verzekeringen	-	-	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	3	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	1	12,50	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	3	37,50	2	50,00
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	1	12,50	2	50,00
internering	-	-	-	-
andere	3	37,50	-	-
totaal	8	100	4	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

Geen klachten of vragen rond in 2018, in 2017 3 aanmeldingen.

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	50,00
duur	3	100,00	1	50,00
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	1	100,00	1	100,00
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		1	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	3	100,00	1	100,00
totaal	3	100	1	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	50,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	1	50,00
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

1 informerende vraag over in 2018

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Al enkele jaren geen aanmeldingen.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Al enkele jaren geen aanmeldingen.

10. Recht op pijnbestrijding

Eén aanmelding over in 2018 (idem in 2017, 2 in 2016)

D. Interventie

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. 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	6	6,45	2	3,03
doorverwijzen intern	3	3,22	-	-
doorverwijzen extern	3	3,22	5	7,57
informeren	7	7,52	9	13,63
signaleren	24	25,80	15	22,72
coachen	2	2,15	5	7,57
bemiddelen	48	51,61	30	45,45
totaal	93	100	66	100

Er werd door de ombudsdienst het meest bemiddeld en gesignaleerd. In 2018 was er bij de bemiddelingen een grotere rechtstreekse betrokkenheid van patiënten. Bij 1/3^{e} van de bemiddelingen was de patiënt betrokken. In het merendeel van de bemiddelingen is het de ombudspersoon die optrad als pendel-bemiddelaar, wat ook resulteert in een snelle afhandeling van de aanmelding (er hoeven geen afspraken met 3 partijen gemaakt te worden, een telefonisch contact volstaat soms), maar zorgt voor minder betrokkenheid en zelfredzaamheid van de patiënt.

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	5	10,41	11	36,66
ombudspersoon zonder patiënt	43	89,58	19	63,33
totaal	48	100	30	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	56	60,21	35	53,03
binnen de week	25	26,88	16	24,24
binnen de twee weken	5	5,37	10	15,15
binnen de vier weken	4	4,30	2	3,03
later dan vier weken	3	3,22	3	4,54
totaal	93	100	66	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	30		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.

Iets meer dan de helft van de aanmeldingen kunnen op dezelfde dag van de registratie worden opgevolgd en afgerond. Het gaat dan om de aanmeldingen waarbij de ombudspersoon kan luisteren, informeren of doorverwijzen en de meeste aanmeldingen waarbij sprake is van een pendel-bemiddeling kunnen ook diezelfde dag vaak nog afgehandeld worden. Enkele uitzonderlijke aanmeldingen nemen wat meer tijd in beslag omdat informatie moet verzameld worden of noodzakelijke beslissingen wat tijd vergen.

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.

Voor zover we expliciet feedback kregen van de patiënt bleek men minder tevreden met het resultaat dan met het proces van de bemiddeling. De tevredenheid is procentueel wel gestegen. Dit kan te maken hebben met een grotere betrokkenheid van de patiënt in de bemiddeling.

Evaluatie resultaat

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	17	18,27	19	28,78
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	36	38,70	16	24,24
ontevredenheid patiënt	30	32,25	9	13,63

geen feedback	10	10,75	22	33,33
totaal	93	100	66	100

Evaluatie proces

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	19	20,43	28	42,42
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	59	63,44	25	37,87
ontevredenheid patiënt	6	6,45	1	1,51
geen feedback	9	9,67	12	18,18
totaal	93	100	66	100

Bij 11 aanmeldingen verwees de ombudspersoon aanmelders door. Het gaat om doorverwijzingen naar een advocaat, een ziekenfonds, de politie of de verzekeringsmaatschappij. Na deze doorverwijzingen krijgt de ombudspersoon niet altijd feedback over het resultaat.

F. PVT en Beschut Wonen

Er waren in 2018 ook 3 aanmeldingen vanuit PVT Het Hooghuis, van 3 aanmelders. In 2017 waren dat er 6 van evenveel aanmelders.

Het betrof 2 aanmeldingen van bewoners en 1 van een familielid. Deze klachten betroffen de kwaliteitsvolle dienstverlening of waren een vraag naar informatie.

Los daarvan waren er in het PVT ook meerdere informele contacten, los van aanmeldingen of patiëntenrechten.

Er waren in 2018 opnieuw geen aanmeldingen vanuit de IBW Pro Mente.

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Waar mogelijk formuleren we ook enkele "voorzichtige" aanbevelingen *(cursief),* eventueel stof voor discussie. Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid, om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren.

In het Vlaams jaarverslag, dat raadpleegbaar zal zijn op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. Op datum van dit jaarverslag zijn deze aandachtpunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2018 meer dan 2500 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Overzicht van de moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt, de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen en de vastgestelde positieve ontwikkelingen

- Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van onafhankelijkheid, neutraliteit, onpartijdigheid of beroepsgeheim van de ombudspersoon. De ombudspersoon ervaart een open en constructieve houding bij nagenoeg alle medewerkers van het ziekenhuis en het PVT.
- Niettegenstaande een fysieke aanwezigheid op de afdeling en een woordje uitleg over de patiëntenrechten zijn er toch minder aanmeldingen tot bij de ombudspersoon gekomen. Toch zien we dat nog steeds meer dan de helft van de aanmeldingen direct (via een eerste gesprek op de afdeling of in het ombudslokaal) tot bij de ombudspersoon komen. Er kan dus laagdrempelig gewerkt worden.
  - *Op heden staat op alle afdelingen van het ziekenhuis en op de PVT een postbus van de ombudsdienst.*
  - *In 2018 is de ombudspersoon op een aantal afdelingen langsgeweest om een woordje uitleg te geven rond patiëntenrechten en werking van de ombudsdienst. In 2019 zal deze rondgang verdergezet worden.*
  - *In 2019 wil de ombudspersoon een blijvende aanwezigheid op de afdelingen garanderen, niet alleen via toelichtingsmomenten, maar ook door informele bezoekjes.*

- De externe ombudspersoon heeft een eigen lokaal voor de wekelijkse permanentie. Op elke afdeling hangt een brievenbus en een affiche van de ombudspersoon. Ook op de website en in de onthaalbrochure wordt de ombudspersoon duidelijk vermeld, samen met de patiëntenrechten.

- Er werden onder medewerkers geen noemenswaardige zaken opgemerkt met betrekking tot vragen over patiëntenrechten. Hier blijvend aandacht aan besteden maakt deel uit van de basishouding van elke zorgverlener.

- Er werden in 2018 in aantal minder aanmeldingen door de ombudspersoon behandeld, maar deze aanmeldingen leidden tot meer bemiddelingen met betrokkenheid van de patiënt zelf. Een positieve evolutie is dat patiënten gemotiveerd kunnen worden om zelf hun stem te laten horen. Patiënten zijn ook tevredener over het resultaat van de bemiddeling wanneer zij meer betrokken zijn. De hoofdbrok aan bemiddelingen zijn echter nog steeds pendelbemiddelingen. Niet voor elke casus is het noodzakelijk om met 3 of meer aan tafel te gaan zitten. Een pendelbemiddeling, waarbij de ombudspersoon als tussenpersoon optreedt, is ook tijdsefficiënter.

- In de loop van 2018 werd een uitgebreide bevraging uitgevoerd om te peilen naar de tevredenheid over de ombudsfunctie bij alle mogelijke betrokkenen, namelijk patiënten, diensten, artsen en directie. De eerste, algemene resultaten van dit onderzoek werden toegelicht op de raad van bestuur van PopovGGZ in januari 2019.

    - *Een individueel verslag met de verwerkte resultaten zal in de loop van 2019 ter bespreking voorgelegd worden. Hieruit kunnen eventuele bijsturingen volgen.*

B. Aanbevelingen 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, evenals positieve ontwikkelingen

B.1. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking

- Respectvolle bejegening
  In 2018 waren er geen opvallende zaken rond bejegening. Het aantal klachten hierrond blijft relatief laag. Naar aanleiding van de evaluatie van de ombudswerking zijn een aantal anonieme klachten tot bij de ombudspersoon gekomen betreffende het functioneren van 1 medewerker. Deze signalen van patiënten hebben niet geleid tot effectieve aanmeldingen, maar zijn wel verzameld en als 1 signaal aan de desbetreffende medewerker teruggekoppeld.

- Goede behandeling (aanbod therapie en beschikbaarheid)
  In het jaarverslag van 2017 waren er nog aanbevelingen rond aanbod van therapie en beschikbaarheid van personeel. In beide thema's zijn er opvallend minder aanmeldingen te noteren. Zeker op vlak beschikbaarheid zijn de inspanningen en projecten die in 2018 op diverse afdelingen liepen zichtbaar op de afdeling. Mogelijks heeft dit ook als resultaat dat het groepsleven erop vooruit gegaan is.

- Jammer genoeg heeft meer zichtbaarheid en aanwezigheid van zorgverleners op de afdeling geen effect op het (on)veiligheidsgevoel van patiënten. In 2018 zijn er, anders dan in voorgaande jaren, wel klachten omtrent fysieke en verbale agressie,

diefstallen of schade aan goederen. Wat in de wandelgangen gehoord wordt rond meer ervaren van agressie vertaald zich dus ook in de aanmeldingscijfers.

- *Welke inspanningen kunnen er, bovenop reeds genomen of in uitvoering zijnde beslissingen, nog gebeuren om de veiligheid en het veiligheidsgevoel van patiënten voldoende te waarborgen?*

- Goede hotelservice

Het ziekenhuis staat zeer sterk met zijn logistieke diensten. Technische mankementen of schoonmaak geven zelden tot nooit aanleiding tot klachten. In 2018 zijn er een beperkt aantal aanmeldingen geweest rond de voeding. Er is een grote tevredenheid betreffende de kwaliteit van de aangeboden maaltijden. Aanmeldingen worden steeds met de keuken teruggekoppeld en betreffen samenstelling van de (dieet)maaltijden en variëteit.

De meeste klachten binnen de hotelservice betreffen infrastructuur en accommodatie. Het gaat dan vooral over het parkeerbeleid. Voor patiënten die zich met de wagen verplaatsen naar het ziekenhuis is de bezoekersparking te klein. Daarnaast is rolstoeltoegankelijkheid ook aan bod gekomen. Momenteel zijn er werken bezig in dit deel van het ziekenhuis.

- Beschermende maatregelen

Binnen de subcategorie beschermende maatregelen kwamen de gedwongen opname en beperkte bewegingsvrijheid aan bod. Het aantal aanmeldingen hierrond ligt elk jaar bijzonder laag. Patiënten wensten informatie van de ombudsdienst over gedwongen opname waarbij de brochure gedwongen opname een goede tool is. Daarnaast werd beroep gedaan op de ombudsdienst om zijn/haar verhaal te kunnen doen over een beknotting van persoonlijke vrijheid die men ervaarde. Onder deze categorie worden aanmeldingen gescoord in de gesloten afdelingen waar patiënten in onduidelijkheid zijn over de duur van hun verblijf op een gesloten circuit en hun verblijf daar ervaren als willekeur of straf. Patiënten hebben het ook lastig met de afhankelijkheid van verpleging voor het invullen van simpele basisbehoeftes zoals eten en drinken, persoonlijke hygiëne of schone kledij.

- (gedwongen) stopzetting van de behandeling of verhuis naar een andere afdeling.

We stellen vast dat het (gedwongen) beëindigen van de opname of de behandeling, door de patiënt en diens familie vaak als onterecht, niet helpend en vooral als onvoorbereid wordt ervaren.

- *Mogelijks kan meer in samenspraak met de patiënt en diens netwerk bekeken worden welke mogelijkheden in aanmerking komen om de zorg op een andere manier te kunnen verderzetten met andere zorgpartners of welke stappen er nodig zijn .*

Bij een verhuis van afdeling komen patiënten in een nieuwe omgeving terecht met andere begeleiding, afspraken en afdelingsregels. Begeleiding heeft wel eens het idee dat de zaken wel voor zich spreken. Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten zorgt

ervoor dat patiënten onnodig piekeren, net omdat ze in hun beleving onvoldoende of niet geïnformeerd zijn.

B.2. Het recht op informatie (recht op inzage en afschrift dossier, recht op geïnformeerde toestemming, recht op informatie en recht op bescherming van persoonsgegevens)

- Informeren van patiënten en hun omgeving

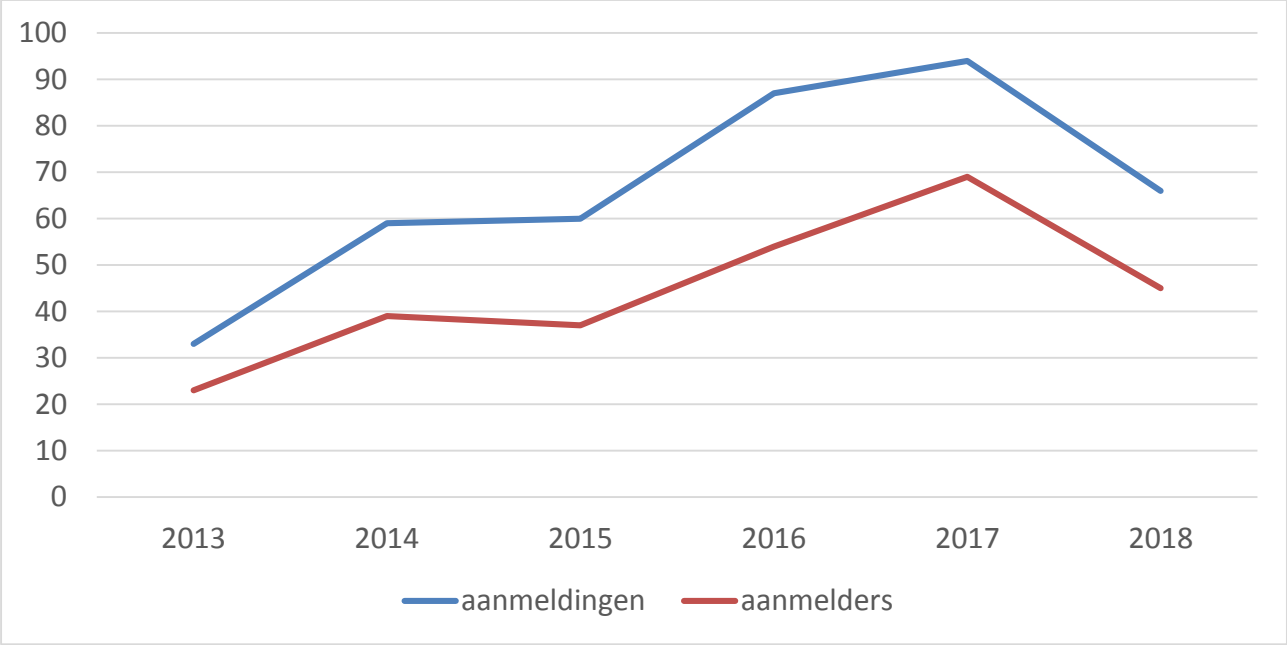
In 2018 zag de ombudspersoon dat heel wat aanmeldingen onder de noemer informatie vallen. Zowel aanmeldingen rond inzien en afschrift van dossier krijgen, aanmeldingen rond niet, te weinig of foute informatie ontvangen, aanmeldingen rond geïnformeerde toestemming, maar ook klachten over de te beperkte doorstroom van informatie binnen het team wat negatieve gevolgen heeft voor patiënten of klachten over het niet of onvoldoende respecteren van de privacy.

- *Het systematisch, herhalend en correct informeren van patiënten en hun naasten en het correct afwegen over welke informatie gegeven wordt moet een voortdurend aandachtspunt zijn.*

5. BESLUIT

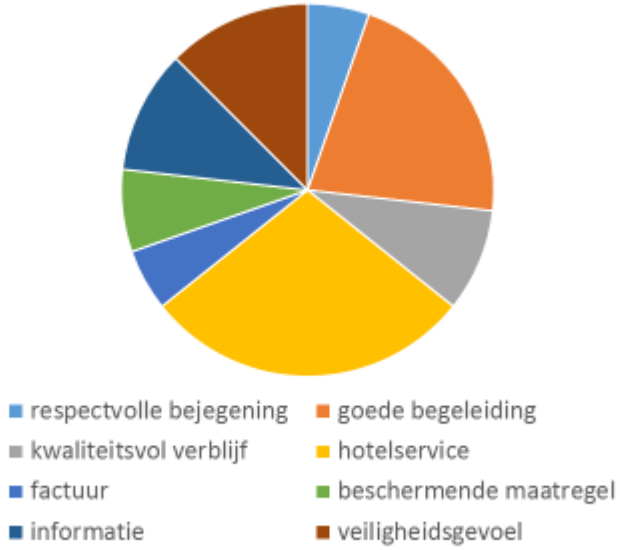
De Ombudsdienst kan in PC Sint-Hiëronymus zeer laagdrempelig werken. Het feit dat meer dan de helft van de aanmeldingen via direct persoonlijk contact (in het ombudslokaal of op de afdeling) komt, is hier een bewijs van. De ombudspersoon ervaart geen moeilijkheden met patiëntencontacten op de afdelingen.

We zagen in 2018 een daling van het aantal aanmeldingen en aanmelders na een stijging in 2016 en 2017. Het aantal aanmelders en aanmeldingen ligt nog steeds hoger dan in 2015.



Hoewel er minder aanmelders waren, was er toch een grotere patiëntbetrokkenheid in de bemiddeling van de aanmeldingen. Over het algemeen waren patiënten tevreden over het resultaat en de aanpak van de bemiddeling.

Patiënten kwamen hoofdzakelijk naar de ombudsdienst voor kwaliteitsvolle dienstverlening. Vooral het gewaarworden van een onveiligheidsgevoel en het correct omgaan me informatie waren in 2018 onderwerpen die nieuw aan bod kwamen. Aanmeldingen rond therapie en vraag naar meer beschikbaarheid van personeel vielen weg.



Het aantal aanmeldingen vanuit het PVT bleef beperkt *(3)*.
Er waren geen aanmeldingen vanuit de Beschut Wonen Pro Mente.

Afsluitend wensen we alle betrokkenen te bedanken voor hun aandacht voor en het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd.

We hopen de aangename en constructieve samenwerking ook in de toekomst op eenzelfde wijze verder te kunnen zetten.

6. PRAKTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING

Naam	**Psychiatrisch Centrum Sint-Hiëronymus**
Adres	Dalstraat 84, 9100 Sint-Niklaas
voornaam, naam en functie **vertegenwoordiger** voorziening in **comité** overlegplatform	**Stefaan Baeten, algemeen directeur**
voornaam, naam en functie **contact-persoon** in de voorziening	**Dirk De Lille, verpleegkundig directeur**

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam	**Anne-Leen Denolf**

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres	Anne-Leen Denolf OmbudsfunctieGGZ, PopovGGZ, Drongenplein 26, 9031 Gent *(Drongen)*	
e-mail	anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be	
permanentie	**plaats**	**dagen en tijdstip**
	bezoek aan de afdelingen bureelpermanentie lokaal naast receptie	maandag tussen 9u30 en 12u30 maandag tussen 11u en 12 u
telefoon	0491/39.39.18	

AFSPRAKEN ROND BEKENDMAKING

- Op iedere afdeling is er een "ombuds"brievenbus met een affiche aangebracht.
- Er zijn ook een aantal individuele folders voor de patiënten voorradig.
- De brochure "Een uitnodiging tot dialoog" *(2007)* Federale Overheid Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu is ruim verspreid.

SPECIFIEKE AFSPRAKEN

- PopovGGZ zorgt bij langdurige afwezigheid voor een geschikte vervanging van de ombudspersoon door een collega-ombudspersoon. PopovGGZ communiceert dit tijdig aan de voorziening (via de directie en de contactpersoon). De voorziening zorgt voor bekendmaking t.a.v. de medewerkers en de patiënten (per afdeling en algemeen via aangepaste affiches).
- Indien de patiënt/bewoner akkoord is, wordt de bemiddeling uitgesteld tot de ombudspersoon terug is.
- Is de patiënt/bewoner het daar niet mee eens, dan zoekt de vervangende ombudspersoon een oplossing, conform de afgesproken werkwijze (visietekst, gedragscode, huishoudelijk reglement).

JAARVERSLAG 2018
EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
PZ Zoersel
Van 1 januari tot
31 december 2018

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

OGGPA

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen vzw

Haagbeuklei 12,
2610 Wilrijk
0485/548.143
peter.declercq@oggpa.be
www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

PZ Zoersel (erkenningsnr. 937)

periode van 1 januari 2018 tot 31 december 2018

Peter De Clercq
Ombudspersoon
OGGPA
februari 2019

INHOUD

1. BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN VOORZIENING

3. OVERZICHT AANMELDINGEN CASUSINFO

BIJLAGEN

1. AANMELDINGEN PZ ZOERSEL 2018 (REGISTRATIEGEGEVENS)

2. BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN – VLAANDEREN 2018

3. OVERZICHT AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN PZ ZOERSEL 2012-2018

4. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE IN TRANSITIE GGZ

5. ACTIEPLAN OMBUDSWERKING 2017-2018-…

6. PROJECTFICHE INNOVERENDE PRAKTIJK OMBUDSWERKING

1. BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

- De 79 aanmeldingen (2018) komen van in totaal 78 aanmelders. Het aantal aanmelders ligt in de **lijn van de voorbije jaren**.

- Bijna alle aanmelders kregen een eerste gesprek **binnen de week** (95%).

- Bij meer dan drie kwart van de aanmeldingen was er **minstens 1 persoonlijk** contact (80%).

- Het aantal aanmeldingen waarbij er **geen face to face** contact was, is gestegen (n=15 in 2017, n=25 in 2018).

- In 2018 waren er 2 **groepsklachten**.

- % (n=22) van de aanmeldingen werden geformuleerd door **partners of familieleden**. Dat is gelijklopend ten aanzien van 2017 (n=18).

- Het aantal **reeds gekende aanmelders** is gelijklopend (n=24 in 2017, n=23 in 2018).

- Het aantal aanmelders dat spontaan gebruik maakt van de **permanentie** is gelijklopend met vorig jaar. (n=26 in 2017, n=25 in 2018). Met een score van 31,64% op het totaal aantal aanmelders scoort de voorziening het **hoogst aantal spontane aanmelders** binnen de Provincie.

- **76%** van de aanmelders vraagt expliciet om een **interventie.**

- **60%** van de aanmelders heeft geen **eerdere stappen** ondernomen**, formeel of informeel.** (=hoger dan provinciaal gemiddelde)

- **79%** van de aanmelders geeft aan bewust te kiezen voor een **onafhankelijke benadering** van hun vraag of klacht.

- Het aantal **aanmelders in ontslagfase is licht gestegen** (n=18) t.a.v. 2017.

- **Kwaliteitsvolle dienstverlening (62%), informatie (15%)** blijven de belangrijkste categorieën. **Inzage dossier** steeg van 2 (2017) naar 7.

- In de categorie kwaliteitsvolle dienstverlening zijn **goede behandeling** (39,58%), **kwaliteitsvol verblijf** (18,75%) en j**uiste factuur/geldbeheer** (18,75%) de belangrijkste categorieën.

- In de categorie **beschermende maatregelen** zien we een opnieuw een lichte **daling** (n=5, in 2017 naar n=3 in 2018). In 2018 daalde het aantal aanmeldingen betreffende **somatische verzorging** (n=5 in 2017, n=2 in 2018).

- **Bemiddelen (met of zonder de patiënt)** blijft de voornaamste interventie van de ombudspersoon. (n=43, 55 %)

- Er waren in 2018 18 **driegesprekken,** dat zijn er 4 minder dan in 2017.

- Doorgaans worden aanmeldingen binnen een termijn van 2 weken **afgesloten**. Bij (18%, n=14) van de aanmeldingen nam de afhandelingstijd minstens 4 weken in beslag.

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN PZ ZOERSEL 2018

De timing (07/02/19) voor het aanleveren van de individuele jaarverslagen (niveau voorziening) werd voor het eerst mondeling gecommuniceerd door de Vlaamse ombudsman op 17/12/18 en op 17/01/19 met een rondschrijven van het Agentschap Zorg & Welzijn schriftelijk bevestigd. De registratie als basismateriaal voor dit jaarverslag werd op Vlaams niveau afgesloten per 15/01/19.

Gezien deze krappe timing beperken we voor dit jaarverslag de topics waarbij we aanbevelingen, aandachtspunten formuleren. In bijlage geven we een overzicht van de aanbevelingen en aandachtspunten van de voorbije jaren (2012-2017).
Geen kerstsingle of carnavalskraker dus dit jaar maar wel een "best off" van de voorbije 6 jaren. De aandachtige lezer vindt ongetwijfeld bruikbaar materiaal.

1. Ombudswerking

1.1.Structurele dialoog

→Uitwisseling van beschikbare informatie/documentatie tussen ombudswerking en voorziening.

→Tussentijds overleg met beleidsmedewerkers.

→Occasionele deelname aan en opvolging van overleg/werkgroepen rond patiëntenrechten gerelateerde onderwerpen (bijv. beschermende maatregelen, patiëntenparticipatie, familiebeleid)

→Beschikbaarheid informatie patiëntenrechten en ombudswerking voor personeel/nieuwe medewerkers én gebruikers (patiënt, familie, verwijzer).

In 2018 werden verdere stappen gezet om de bovenstaande aanbevelingen/doelstellingen wat structureler te maken.

Via deelname aan vorming, de kwaliteitsdagen, overleg met stafmedewerkers en uitwisseling van informatie (jaarverslagen, beleidsplan, tevredenheidsenquête, enz.) krijgen we een goed zicht op wat er leeft en welke doelstellingen er worden nagestreefd.

Zo kregen we ook een beter zicht op de feedback op de aanbevelingen en welke aanbevelingen door de voorziening werden opgepikt 'op één of andere wijze' (werkgroep, vorming, herwerking procedure enz.).

De aandacht binnen de voorziening om te werken aan een open feedbackcultuur sluit mooi aan bij de doelstellingen rond het versterken van de structurele dialoog tussen ombudswerking en de voorziening.

Er werd een inventaris gemaakt van nuttige info, o.a. de jaarverslagen, betreffende patiëntenrechten en ombudswerking. Het intranet van de organisatie werd grondig herwerkt. Het blijft voorlopig nog wachten op (een selectie van deze informatie) via dit intranet.

1.2.Externe ombudswerking in de transitie GGZ

In 2018 kreeg de ontwikkeling van een nieuwe organisatiestructuur (transitie naar 1 Vlaams Overlegplatform) voor de Overlegplatforms GG verder vorm:

→Vzw op Vlaams niveau met coördinatie gericht op het uniformiseren, harmoniseren, professionaliseren van de ombudswerking in de praktijk, en met het streven naar een uniform aanbod (qua beschikbaarheid, bereikbaarheid enz.) voor aanmelders als belangrijke doelstelling.

→Project Innoverende praktijk ombudswerking 2019-2020: uitproberen, opstarten van concrete werking in een uitgebreider werkingsgebied (Mobiele teams, netwerken en kinderpsychiatrie).

In het Vlaams Decreet GG werd de ombudswerking 'tot nader order', minstens tot 2020, bevestigd als 1 van de basisopdrachten van het Vlaams Overlegplatform.

Eind 2018 werd door de Vlaamse overheid (agentschap Zorg en Gezondheid) een project "Innoverende praktijk ombudswerking" opgestart.

Dit project zal lopen over 2 jaar (2019-2020) en heeft volgende doelstellingen:

1. Ontwikkeling en realisatie van een innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor **volwassen patiënten in mobiele en ambulante setting.**

2. Ontwikkeling en realisatie van een innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor **kinderen en jongeren in residentiële, mobiele en ambulante setting.**

3. **Sensibilisering** van professionals in de voorgenoemde setting binnen de GGZ inzake patiëntenrechten en de praktijk van de externe ombudsfunctie.

Dit project wil op termijn de strategische doelstelling van het Vlaamse Overlegplatform Geestelijke Gezondheid inzake externe ombudsfunctie realiseren.
"Organiseren voor elke gebruiker van de GGZ van een goed toegankelijke externe, onafhankelijke ombudsfunctie"

Concreet: 3 ombudspersonen zullen tijdelijk vervangen worden om in 3 regio's het project gestalte te geven.

> 1 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in twee pilootregio's externe ombudsfunctie voor **volwassenen in ambulante en mobiele settings** waar te nemen en een innovatief project te realiseren

> 2 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in één pilootregio de externe ombudsfunctie in settings voor **kinderen en jongeren** waar te nemen en een innovatief project te realiseren.

Voor meer gedetailleerde informatie verwijzen we naar:
-Actieplan Externe ombudswerking (Provincie Antwerpen)
-Vlaams Decreet GG
-Vlaams Decreet Innoverende praktijk ombudswerking
-Projectfiche Innoverende praktijk ombudswerking

We hopen in deze nieuwe organisatiestructuur de nodige ondersteuning te vinden bij de verdere uitbouw/professionalisering van de ombudswerking.

2. Recht op informatie

2.1.Informatiefolders

→Inventariseren van het reeds bestaande aanbod aan folders en brochures, en nadenken over efficiënte verspreiding.

Een belangrijke hoeveelheid aan informatie is reeds terug te vinden op het vernieuwde intranet. Verdere aandacht voor de doorstroming van de patiëntgebonden informatie tot bij de gebruikers (patiënten e.a.) blijft een aandachtspunt/werkpunt.

2.2.Verslaggeving aan derden - Delen van informatie met derden

(Aandachtspunten Jaarverslag 2016)

"Voorzieningen staan voor grote uitdagingen op het vlak van bewaring en verwerking (delen) van informatie bij de **invoering van het EPD** (elektronisch patiëntendossier) en de wetgeving GDPR.

Ook de **samenwerking met derden, andere zorgpartners** krijgt hierdoor een nieuwe dimensie. Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het streven naar efficiëntie in de zorgorganisatie is hierbij een belangrijke invalshoek. Het blijft in deze ontwikkeling belangrijk om ervoor te zorgen dat patiënten de basisrechten t.a.v. hun dossier(gegevens), zoals beschreven in de WPR, kunnen blijven uitoefenen. De individuele privacy van de patiënt lijkt in deze transitie wat aan belang te verliezen.

Het is hierbij erg belangrijk om door middel van **vorming en informatiecampagne** de **medewerkers** vertrouwd te maken met do's en don'ts in het werken met vertrouwelijke patiëntinformatie. De richtlijnen 'uit het papieren tijdperk' t.a.v. privacy, toestemming, recht op correctie en toevoeging enz. blijven van toepassing maar vragen om actualisatie en toelichting.

In de ombudspraktijk merken we dat patiënten soms zeer concrete vragen formuleren rond privacy, toegang van derden tot informatie/dossier enz. **Ook t.a.v. patiënten** zal het nodig zijn om hen te informeren en mee te nemen in het belang van deze ontwikkelingen. Goede **informatieverstrekking** zal nuttig/nodig zijn om het vertrouwen van patiënten in de zorg te behouden.

De **informatieverstrekking over het recht op toestemming t.a.v. het delen van informatie met derden**, mag niet verengd worden tot een éénmalige toestemming, aangevuld met de redenering 'zwijgen is toestemmen'. Soms wordt hier immers een redenering gevolgd gelijkend aan de regelgeving rond orgaandonatie. Wie zich niet uitdrukkelijk verzet/ kan verzetten gaat akkoord. Het recht op informatie is geen voorrecht voorbehouden aan patiënten in vrijwillige behandeling."

<u>2018</u>

De aanpassingen aan de vernieuwde Privacy/GDPR wetgeving zijn in de voorziening in volle voorbereiding/ontwikkeling.

Op niveau van informatieverstrekking aan patiënt is er tot nu enkel de schriftelijke toestemming (via opnamedocumenten) voor gegevensdeling tussen artsen van het PZ en een aantal ondersteunende interne diensten.

→Hoe (proactief of op verzoek) en in welke mate wordt deze informatie aan patiënten bezorgd ? Algemene opnamebrochure ?

RECHTEN VAN DE BETROKKENE * in het kader van GDPR (gegevensverwerking en -deling)

- **Informatieverstrekking** – de betrokkene moet **voorafgaand aan de verwerking** van de gegevens op transparante wijze in kennis worden gesteld van **allerhande** in de verordening informatie.

  →Hoe (proactief of op verzoek) wordt deze informatie aan patiënten bezorgd ? Algemene opnamebrochure ? Niet enkel op mondelinge informatie inzetten, toelichting blijft nodig!

  →Geïnformeerde toestemming 'gegevensdeling' = kennisname van diagnose, behandelad-viezen vóór het beëindigen van de behandeling ?

- Inzage – de betrokkene heeft **recht op inzage en afschrift** van de verwerkte persoonsgegevens (o.a. het patiëntendossier). De regels van de Wet Patiëntenrechten blijven gelden.

  →Het betrekken van de patiënt bij dit (schrijf)-proces verhoogt de participatie, de kans op toevoeging of correctie én het vertrouwen in een correcte en vlotte afhandeling.

  →Bij doorverwijzing blijft de patiënt vaak in het ongewisse over de mate waarin informatie wordt doorgegeven, uitgewisseld tussen beroepsbeoefenaars.

- Opvragen **logingegevens** – de betrokkene heeft het recht in kennis te worden gesteld van **personen die het dossier hebben geraadpleegd**. (nominatief benoemen – functie meedelen)

  →Quid toegang tot patiëntendossier voor artsen AZ en samenwerkingsverbanden ? Indien niet van toepassing hierover ook duidelijk communiceren.

- Rectificatie – de betrokkene heeft het recht om **verkeerde informatie** te laten **verbeteren** (vb. het adres van de patiënt. Quid medische gegevens?)

  →Arts behoudt autonomie om diagnose te stellen, diagnosestelling kan niet aangepast worden 'op verzoek ' maar het recht op toevoeging en recht op second opinion biedt aan patiënten de mogelijkheid om informatie aan te vullen/bij te sturen.

  →Hoe kan patiënt kennisnemen van informatie na het uitoefenen van het recht op correctie of toevoeging ?

- **Gegevenswissing** *"right to be forgotten"* – de betrokkene heeft het recht om vergeten te worden. Dit geldt echter niet onverkort voor medische dossiers. Hier blijft de bewaartermijn van toepassing.

  →Recht op weigering/recht om vergeten te worden versus delen van informatie zonder ak-koord/medeweten van patiënt ? Bewaarplicht van medisch dossier niet gelijkstellen met het recht van zorgverstrekkers om informatie vlot beschikbaar te maken voor andere zorgver-strekkers.

- **Beperking van de verwerking** – de betrokkene heeft het recht om **in wel bepaalde gevallen** een beperking van de verwerking te verkrijgen.

  →Toestemming / weigering om verslaggeving automatisch door te sturen naar vervolgbehandelaars, huisarts,..

- **Bezwaar** – de betrokkene heeft het recht om bezwaar te maken tegen de **verwerking van persoonsgegevens**. De wetgever heeft hiermee voornamelijk direct marketingpraktijken beoogd.

- **Geautomatiseerde besluitvorming** – de betrokkene heeft het recht bezwaar in te dienen tegen een besluit dat voortvloeit uit geautomatiseerde besluitvorming.

- **Overdraagbaarheid** – dit is een verbeterde vorm van toegang waarbij de betrokkene het recht heeft de persoonsgegevens die op hem van toepassing zijn in een gestructureerde, gangbare en elektronische vorm te verkrijgen.

  →Vlotter beschikbaar maken van elektronisch afschrift (overdraagbaarheid).

(* informatie Orde van Geneesheren Nationale raad)

2.3. Afschrift dossier

Gebruik van **aanvraagformulier en ontvangstbevestiging**.
(monitoring van vragen (inhoud, aantal) en reactie-(tijd) in belang van de aanvrager én de informatieverstrekker)

→Vlotter beschikbaar maken van elektronisch afschrift (overdraagbaarheid)

→Duidelijkere afspraken rond ophalen/versturen van de gevraagde informatie.

→Hoe kan patiënt kennisnemen van (aangepaste) informatie na het uitoefenen van het recht op correctie of toevoeging ?

→Duidelijke informatie geven over de te volgen procedure voor inzage en/of afschrift.

2.4. Beschikbaarheid verslaggeving na ontslag (verplicht of gepland)

Nood aan **planning, redactie en deadlines**.
De samenstelling van het multidisciplinair (eind)verslag laat regelmatig erg lang op zich wachten.

→Respecteren van de algemeen aanvaarde termijn van 4 weken na ontslagdatum, voor het opmaken en bezorgen van verslaggeving aan vervolgbehandelaars. (continuïteit van de begeleiding wordt belemmerd door het laattijdig afleveren hiervan.)

→Het beschikbaar maken (zo snel en volledig mogelijk) van (schriftelijke) diagnostische en andere relevante informatie voor verwijzers of hulpverleners in de vervolghulp wordt door patiënten en professionele derden regelmatig als knelpunt benoemd.

→(De kans op) bemiddeling rond de inhoud van de verslaggeving laat soms erg lang op zich wachten. Patiënten ervaren dit als 'achter de feiten aanlopen'.

→Bij een meningsverschil over de inhoud en/of formulering, de patiënt (of vertrouwenspersoon) informeren over het recht op toevoeging en/of recht op second opinion.

Verplicht ontslag op vraag van het behandelteam*

Aandachtspunten uit procedure: ontslag patiënt uit PZ

- Is het ontslag besproken met de patiënt?
- Heeft de patiënt alle informatie die nodig is gekregen?
- Is er goedkeuring van de patiënt om informatie door te geven aan derden of het verwittigen van derden indien nodig?
- Zijn er, indien mogelijk, afspraken met de familie gemaakt?
- Wordt de huisarts verwittigd?
- Indien van toepassing: krijgt de vervolgbehandelaar relevante informatie in functie van continuïteit van zorg.
- Indien van toepassing: is de bewindvoerder verwittigd?

(*Info uit procedure voorziening)

2.5. Beschermende maatregelen

2.5.1. Bewindvoering – Gedwongen opname

Brochures zijn (elektronisch) beschikbaar én in het overzicht op het intranet terug te vinden.

2.5.2. Beperking bewegingsvrijheid, fixatie, afzondering

In deze procedures beschrijft de voorziening duidelijk de intentie om hier **humaan en proportioneel** mee om te gaan. Er is aandacht voor mogelijke traumatiserende effecten en de beleving/opvang van patiënt, medepatiënten, familie, belangrijke derden en medewerkers. Het aantal aanmeldingen in dit domein is afnemend en beperkt.

Gedwongen Opname van minderjarigen*

We stellen vast dat voor de plaatsing van jongeren nog regelmatig beroep wordt gedaan op afdelingen voor volwassenen. De voornaamste reden hiervoor is **het plaatsgebrek** binnen de voorzieningen voor jongeren. Bijkomend stellen we vast dat de **infrastructuur** in de voorzieningen niet of te weinig afgestemd is op het opvangen van jongeren onder een gedwongen statuut.

Daarnaast krijgen we soms signalen over '**oneigenlijk gebruik'**, die er op wijzen dat **de procedure *gedwongen opname*** werd opgestart om jongeren met een moeilijke problematiek of hun omgeving te gaan beschermen, zonder dat er op zich sprake is van een manifeste psychische problematiek. Het gebruik maken van de zorgverlening om jongeren met een storend gedrag voor de maatschappij op te vangen, kan een spanningsveld creëren en voor een extra belasting van de zorgverleners van crisis units zorgen.

Structureel overleg tussen de betrokken actoren in functie van een duidelijke visie op deze problematiek en het doorvoeren van acties lijken ons aan de orde om problemen te vermijden en/of te voorkomen, net als het zoeken naar mogelijkheden om meer en aangepaste capaciteit in het zorglandschap te creëren voor deze kwetsbare doelgroep.

(*Info uit Vlaams Jaarverslag Externe ombudsfunctie 2018)

2.6. Beschikbaarheid psychiaters, therapeuten, sociale dienst, psychologen, therapie

Psychiaters

De beschikbaarheid wordt tot nu enkel intern gecommuniceerd. In situaties waar artsen gelijktijdig afwezig zijn, al dan niet in combinatie met afwezigheid van de afdelingsverantwoordelijke, kan dit de opvolging van behandelingskwesties bemoeilijken en in voorkomend geval ook wel eens de opvolging/afhandeling van klachten.

→Gebruik van afwezigheidswizzard (out of office) met duidelijke informatie tot wie externen (externe diensten, ombudsdienst, familie) zich kunnen wenden.
→Nood aan duidelijke info en werkbare alternatieven bij langdurige afwezigheden.
→Info raadpleegbaar maken via intranet.

Psychologen

→Van interview tot therapie ?

Van een éénmalig 'interview', gericht op het vergaren van informatie tot een therapeutisch traject met concrete behandeldoelstellingen en continuïteit in de ondersteuning en de opvolging van de patiënt ?

Het aanbod van ambulante begeleiding (extern en binnen de eigen voorziening) t.a.v. aanbod in opname: kritische vergelijking ?
Aanmelders tonen zich kritischer t.a.v. meerwaarde opname…meer betwistingen factuur, meer vragen naar afschrift dossier.

Sociale dienst

→Van basiszorg tot specifieke expertise ?

De invulling van de rol van de sociale dienst in de veranderende context van vermaatschappelijking, empowerment en samenwerking met externe diensten staat voor grote uitdagingen. Enerzijds in het zoeken naar het evenwicht tussen 'overnemen, ondersteunen en verzelfstandigen' aan de kant van de patiënt en 'zelf doen en samenwerken met externe partners' aan de kant van de zorgverstrekkers.

Het inschatten, (lees: naar waarde schatten), van de vaardigheden en verwachtingen van elke patiënt zal in de samenwerkingsrelatie tussen bewindvoerders, sociale diensten en de patiënten verder geëxploreerd moeten worden.

→Het komt voor dat de verwachtingen van patiënten niet altijd stroken met de reële mogelijkheden geboden in de voorziening. Bij de start van de opname of bij intake zou men duidelijke 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 op afdelingsniveau vermijdt wantrouwen, onzekerheid en het gevoel "vergeten te worden" bij de patiënt.

3. Patiëntveiligheid

Drugbeleid

In het jaarverslag van 2016 en 2017 vroegen we aandacht voor dit onderwerp.
In het vormingsaanbod werd dit aandachtspunt o.m. meegenomen in een 3-daagse cyclus onder de noemer 'Sociaal Experiment'. Deze vorming kende een ruime belangstelling bij de medewerkers.

→Patiënten verwachten een veilige behandelomgeving met toezicht en indien nodig interventie.

→Nood aan duidelijke richtlijnen rond maatregelen i.k.v. veiligheid patiënten in situaties van grensoverschrijdend gedrag door patiënten en/of medewerkers.

→Organiseren van feedbackmogelijkheden voor patiënten (individueel en in groep).

Leefregels

Ook in 2018 kwamen ongenoegens rond opvolging en toepassing van de leefregels enkele malen aan bod (n=6).

Het blijven hanteren, handhaven van leefregels kan ook goede zorg zijn wanneer verantwoord, proportioneel en overwogen toegepast. De kracht ligt niet in het dreigen met dwang maar in het zorgvuldig handelen met waardigheid en respect. Het blijven duiden van grenzen omwille van ieders recht op veilige, respectvolle zorg kan in zijn belang niet onderschat worden. Overal in onze samenleving worden we geconfronteerd met samenlevingsregels. Patiënten responsabiliseren om hier samen aandacht voor te hebben, mag hier ook zijn plaats blijven krijgen.

→Impact van afdelingsleven op perceptie patiënt rond behandeling kan groot zijn:
"ik word hier niet beter van".

→Verduidelijken van leefregels en toepassing maatregelen, om waar nodig bij te sturen.

→Het blijven hanteren, handhaven van leefregels kan ook goede zorg zijn wanneer verantwoord, proportioneel en overwogen toegepast.

Suïcidepreventie - Opvang patiënten na incident (suïcide, agressie, overlast)

De voorziening beschikt over een goed uitgewerkte algemene visie en procedure.
7 afdelingen beschikken ook over een afdelingsspecifieke visie en procedure.

→In bemiddelingssituaties ervaren we opmerkelijke verschillen tussen afdelingen in de concrete werkwijze op het vlak van bieden van veiligheid aan de patiënt en de ondersteuning van, communicatie met medepatiënten en familie.

→Waardevolle inbreng van pastorale medewerkers én ervaringsdeskundigen wordt niet altijd met respect behandeld en naar waarde geschat. Tegelijk blijft ook de afdeling zelf verantwoordelijkheid dragen bij het ontwikkelen van een beleid, afgestemd op het ziekenhuisbreed beleid.

Somatische zorg

→Omschrijven van de mogelijkheden op vlak van 'redelijke aanpassingen' voor personen met beperkingen. Toevoegen van deze informatie aan de brochure 'somatische zorg'.

Privacy

→Van efficiëntie (organisatie) tot zelfbeschikking (individuele patiënt) ?

Het domein waar de privacy van patiënten het meest actueel is, is de praktische uitvoering, en informatievestrekking aan patiënten in het kader van de aangepaste wetgeving GDPR.

In de ombudspraktijk merken we dat patiënten soms zeer concrete vragen formuleren rond privacy, toegang van derden tot informatie/dossier enz. **Ook t.a.v. patiënten** zal het nodig zijn om hen te informeren en mee te nemen in het belang van deze ontwikkelingen. Goede **informatieverstrekking** zal nuttig/nodig zijn om het vertrouwen van patiënten in de zorg te behouden.

De voorziening nam de richtlijnen voor (onthaal)-medewerkers, in het omgaan met privacy van patiënten in opname (bijv. bij vragen van derden naar contact), terug onder de loep en ging hierover ook in overleg met het AZ op domein.

→Het delen van informatie met andere hulpverleners (formeel of informeel), tijdens of na stopzetting van de behandeling, zonder medeweten van patiënt, wordt door patiënten ervaren als een schending van hun privacy.

Grensoverschrijdend gedrag – Relatievorming

In voorgaande jaarverslagen hebben we reeds eerder gesignaleerd rond het begeleiden van seksualiteitsbeleving en relatievorming en *in voorkomend geval* opvolging van grensoverschrijdend gedrag tussen patiënten. De visieteksten en richtlijnen uit de periode 2008, die werden uitgewerkt binnen het project 'Zoenen en zo' waren wat aan actualisatie/opfrissing toe.

Intussen werd in de voorziening hier opnieuw aandacht aan geschonken onder meer door de organisatie van een vormingscyclus en symposium met als thema: 'Mag ik u kussen?' - een symposium over de plek van intimiteit en seksualiteit binnen de GGZ.

Pijnbestrijding – Levenseinde in de zorg - Euthanasie

De voorziening beschikt over een sterke, concreet uitgewerkte procedure MBS (Medisch Begeleid Sterven). In deze procedure wordt verwezen naar richtlijnen bij vragen naar euthanasie.

Kunnen deze richtlijnen worden toegevoegd aan de informatie: procedure MBS ?
Een informatiebrochure (voor patiënt en omgeving) wordt vermeld in de procedure maar is niet opgenomen in het overzicht op intranet.

Wilsonbekwaamheid

Ter info: signalering van lopende studie Federaal Kenniscentrum (gestart 11/2018).

"Wils(on)bekwaamheid speelt steeds meer een centrale en decisieve rol in de zorg. Heel wat belangrijke keuzes in de zorg hangen immers daarvan af: is een patiënt in staat om geïnformeerde toestemming te geven, moet een wettelijke vertegenwoordiger worden aangesproken, kan de patient op een vrijwillige en overwogen basis om euthanasie verzoeken, enz.?

Zorgverleners maken de inschatting of een patiënt al dan niet wilsbekwaam is naar best vermogen, maar moeten hierbij vooral vertrouwen op hun persoonlijk inschattingsvermogen. objectieve hulpmiddelen worden hiertoe in België zeer zelden gehanteerd. Het is echter van groot belang dat deze

beoordeling gefundeerd is en zoveel mogelijk geobjectiveerd kan worden. Dit onderzoek identificeert de noden (o.a. de moeilijkheden, faciliterende elementen en instrumenten) van zorgverleners en patiënten bij het beoordelen en in stand houden van wilsbekwaamheid."

3. OVERZICHT AANMELDINGEN PZ ZOERSEL 2018 CASUSINFO

Met dit overzicht willen we de lezer een **beeld geven van de diversiteit van de soorten klachten/aanmeldingen** en waar mogelijk de **gewenste/ondernomen actie(s) en het eventuele resultaat**. We respecteren hierbij maximaal de vertrouwelijkheid van de betrokkenen en vermelden geen persoonskenmerken en al te gedetailleerde informatie rond de context. "Deze anonieme beschrijvingen zijn immers niet gebaseerd op fictie en handelen wel degelijk over bestaande personen". We hopen dat u zich hier niet in herkent maar er wel door aangesproken voelt.

Aanmelding via moeder
Ontevreden over **aanbod en verloop van therapie**
Aanvraag naar bemiddeling met therapeute (wenst hier niet op in te gaan en herhaalt de teamafspraken rond keuzes voor therapie)
Terugkoppeling aan patiënt en aanmelder: niet tevreden met reactie maar geen verdere stappen gewenst

Zus van patiënt stelt zich vragen bij **behandeling** (diagnose, opvolging en therapieaanbod en leefregels rond druggebruik) en **communicatie met familie/vertrouwenspersoon**
Bemiddeling met patiënt, zus, psycholoog en OP

Patiënt vraagt info&advies rond **verlenging GO**
in voorbereiding op bemiddeling met psychiater rond perspectief

Patiënt vraagt luisterend oor rond **levensverhaal en samenleven op afdeling**

Moeder van patiënt vraagt info&advies rond **somatisch onderzoek, wilsonbekwaamheid, geïnformeerde toestemming, recht op weigering, communicatie met vertegenwoordiger**

Patiënt niet tevreden over **luisterbereidheid en beschikbaarheid verpleging in crisissituatie**
weinig tijd om op verhaal te komen...feestdagen/bezetting
Patiënt neemt ontslag: `heeft geen zin/meerwaarde om hier te blijven`

Patiënt wil tussenkomst bij **conflict met medepatiënt rond persoonlijke goederen**
Psychiater en sociale dienst nemen geen standpunt in en patiënt ervaart dit als het in bescherming nemen van medepatiënt
Advies en coaching

Patiënt vraagt advies bij **voorbereiding ontslag/nazorg**
wil **herziening bewindvoering** en meer ruimte voor beheer leefgeld
vraagt zich af of **nazorg met verplichte medicatie** kan worden opgelegd aan vrije patiënt

Patiënt vraagt info&advies bij vraag naar **stopzetting behandeling en verplichte medicatie**
Toelichting gezondheidstoestand en afspraken door afdelingsverantwoordelijke
Na nieuwe crisis wordt patiënt overgeplaatst naar gesloten afdeling

Moeder van patiënt stelt zich vragen bij **ontslagbeleid** en **drugbeleid van de afdeling**
Weinig info/overleg rond **behandelstrategie** en afspraken rond **bewegingsvrijheid** (verloop weekends e.a.)
Patiënt onderschrijft niet en vragen aanmelder blijven onbeantwoord

Patiënt stelt zich vragen bij **facturatie van patrimoniumschade** (verschil tussen bestek en definitieve factuur)
Na overleg met afdelingshoofd, facturatiedienst aangepast afbetalingsplan

Patiënt vraagt bemiddeling bij vraag naar **afschrift dossier**
Ter beschikking gestelde info voldoet niet aan de gestelde vraag
Na toelichting finaliteit vraag ingelost

Partner van patiënt vraagt **attest verlenging ziekte** tijdens afwezigheid van psychiater
Signalering aan afdelingshoofd
Attest wordt opgestuurd

Familie stelt zich vragen bij **behandelstrategie** en weigerachtige houding in **communicatie/overleg met familie**
vragen rond **weekendregeling en ontslagvoorbereiding**
Poging tot bemiddelen met afdelingshoofd
geen bereidheid tot driegesprek met aanmelder
Patiënt onderschrijft aanmelding

Patiënt ontevreden over **hardhandige aanpak en bejegening tijdens procedure GO**
vraagt info&advies rond rechten
geen verdere stappen gewenst uit vrees voor verdere escalatie

Familie stelt zich vragen bij **behandelstrategie, bewegingsvrijheid en ontslagvoorbereiding** en vraagt bemiddeling
Gesprek met afdelingshoofd en patiënt
Afspraken rond opvolging en feedback aan familie

Partner stelt zich vragen bij **behandelstrategie, bewegingsvrijheid, drugbeleid op afdeling, communicatie t.a.v. partner en veiligheid patiënt en thuissituatie**
Aanmelder vraagt gesprek met psychiater
Geen bereidheid tot overleg of driegesprek - Toelichting laat weken op zich wachten

Patiënt voelt zich onveilig o.m. **overlast en druggebruik medebewoners**
Opvolging leefregels

Patiënt betwist **diagnose** en wil d.m.v. verdere onderzoeken een **erkenning voor beroepsziekte**
Info&advies

Patiënt niet tevreden met **beperking bewegingsvrijheid** in open afdeling
vraagt **overplaatsing naar andere voorziening**
Overleg OP afdelingshoofd
Feedback aan patiënt
Verduidelijking van afspraken en leefregels

Patiënt vraagt info&advies n.a.v. **verplicht ontslag**
Rechten op **nazorg**

Patiënt vraagt info&advies rond **GO en afschrift dossier**

Familie maakt zich zorgen over **gezondheidstoestand/functioneren van patiënt** en **vraagt overleg met psychiater**
Toelichting context en gesprek wordt gepland

Patiënt wil graag **andere persoonlijke begeleider(s)"** luisteren niet naar mij"
Patiënt vreest tegenreactie/ontslag
Toelichting context door pers begeleider
feedback aan patiënt

Patiënt vraagt bemiddeling bij vraag naar **eindverslag** (6 maanden eerder),
dat nog steeds op zich laat wachten
Signalering aan psychiater

Patiënt niet tevreden over
-**opvolging agressie** tussen patiënten en **hanteren van afdelingsregels**
-**opvolging somatische problemen**, medicatie en info bloedresultaten
-**beschikbaarheid** voor gesprekken met PB-ater-loog
-info behandeling: **inkijken dossier** met psychiater i.p.v. afschrift

Moeder van patiënt niet tevreden over afzondering: **beperking bewegingsvrijheid, verzorging, toezicht, weigering bezoek en bejegening familie**
Gesprek met patiënt die slechts gedeeltelijk onderschrijft en geen verdere stappen wenst
Patiënt signaleert wel ongenoegen rond respect voor **privacy tijdens verzorgingsmoment** (naakt en deur open)

Moeder van patiënt meldt **problemen op afdeling na collectief ontslag/time-out meerdere patiënten**
Gesprek met patiënt die slechts gedeeltelijk bevestigd en geen verdere stappen wenst uit vrees voor tegenreactie en weigering heropname

Patiënt is gefrustreerd over **discussie/onderhandeling met verpleging rond pijnmedicatie** (indien nodig)
Overleg met PB en psychiater
Feedback aan patiënt

Anonieme melding door patiënt rond **alcoholgebruik op afdeling** en **dubbelzinnige afspraken en leefregels rond inbeslagname**

Patiënt vraagt advies rond **beroep procedure bewindvoering**
wil **schadevergoeding voor onterechte kosten** die hier uit voortvloeien

Patiënt verontwaardigd omwille van **weigering consult dokter van wacht**
Toelichting context door afdelingshoofd
Feedback aan melder

Patiënt vraagt advies bij **conflict met medepatiënt**
Stalking schending privacy grensoverschrijdend gedrag
Vrees voor ontslag
Conflict zorgt voor splitting in team en patiëntengroep
Toelichting context door teamlid
Coaching om met situatie om te gaan
Meerzijdige partijdigheid komt goed van pas!

Patiënt vraagt interventie bij **conflict met medepatiënt**
Vrees voor ontslag
Stalking schending privacy grensoverschrijdend gedrag
Coaching
Toelichting context door teamlid
Meerzijdige partijdigheid komt goed van pas!

Patiënt wil **overplaatsing** naar RVT (na eerdere mislukte poging)
Patiënt niet akkoord met **feedback op functioneren**
Patiënt voelt zich niet goed **bejegend, beluisterd, ondersteund**
Familiegesprek zonder patiënt ?
Gesprek rond **euthanasie** `afgewimpeld`

Moeder van minderjarige patiënt vraagt **communicatie/informatie over gezondheidstoestand**, perspectief
Patiënt/team stelt zich terughoudend, afwijzend op
Coaching en advies om met situatie om te gaan

Patiënt deed aanvraag voor **afschrift dossier** (meer dan 8 maanden geleden)
en ontving tot heden geen documenten
Datum aanvraag niet genoteerd in dossier
Geen aanvraagformulier terug te vinden (afdeling, medisch secretariaat)

Patiënt vraagt info&advies rond **procedure GO**

Patiënt vraagt info&advies rond **afschrift dossier**
Geen/foute informatie vanuit afdeling (verpleging/psychiater) rond **procedure/aanvraag**
Toelichting OP geen therapeutische exceptie
Patiënt bekomt gevraagde informatie met vertraging

Patiënt niet tevreden over **ondersteuning sociale dienst** 'misgelopen huursubsidie'
geen feedback mogelijk sociale dienst niet bereikbaar
overname dossier door collega

Familielid van patiënt stelt zich vragen bij behandeling en **info/communicatie aan familie** (enkel na aandringen ?)
Signalering aan afdeling
Gesprek wordt gepland

Patiënt vraagt info &advies rond **afschrift dossier in procedure GO**

Familie stelt zich vragen bij **behandeling/opvolging na zelfdoding patiënt**
Bemiddeling met afdelingshoofd psychiaters loge OP en familie

Patiënt vraagt bemiddeling bij conflictsfeer met verpleging en medepatiënten; vrees voor ontslag
beschikbaarheid PB; begeleiding bij conflicten
bejegening rond lichamelijke verzorging/hygiëne
vragen bij **therapieaanbod**
bemiddeling lukt niet wegens ontslag

Buurtbewoner meldt **overlast/bedreigingen** (met persoonsbeschrijving)
Signalering intern bij opvolging burenklachten

Patiënt meldt probleem rond
stockage meubelen/woonbegeleiding/ontslagvoorbereiding/ conflictsfeer met medebewoners/overlast/druggebruik
Signalering aan psychologe

Familielid vraagt info rond **afschrift/inzage dossier van overleden patiënt**
Wil graag gesprek met psychiater die patiënt gekend heeft

Groepsklacht rond **toepassing afdelingsregels** en **veelvoud aan incidenten (agressie, suïcide, automutilatie)**
Erg moeizaam om rust op de afdeling te herstellen, **dubbele houding t.a.v. melden, bespreekbaar stellen, evenwicht tussen groepscommunicatie en individuele gesprekken**
Uit vrees voor tegenreactie geen verdere stappen gewenst

Patiënt stelt zich vragen bij afspraken rond **screening middelengebruik** en wil deze opnieuw bespreekbaar stellen
Bemiddeling samen met patiënt en psychiater

Patiënt ontevreden over **aanbod dranken in drankenforfait**
'Enkel bij de maaltijden en geen spuitwater'

Patiënt niet tevreden over **ondersteuning door sociale dienst**
misgelopen uitkering/tegemoetkoming door ontbrekende/foutieve informatie
Sociale dienst vervangen na ontslag en niet meer bereikbaar voor toelichting

Patiënt betwist **inhoud verslag (diagnose en beschrijving context)** na verplicht ontslag
Geen inhoudelijke bespreking verslag met patiënt zelf
Geen verslag voor externe dienst (pensioencommissie)
Vragen bij
-**opvolging conflicten tussen patiënten en bijhorende conclusies na observaties**
-reactie op vraag naar volledig afschrift dossier

Patiënt niet tevreden over **inhoud verslag (diagnose en context)** na verplicht ontslag
Vraag naar **recht op privacy en toestemming info aan derden, recht op toevoeging/correctie**
Vragen bij **opvolging somatische problematiek**
Bemiddeling met psychiater en patiënt

Vertrouwenspersoon vraagt toelichting bij misgelopen **afbetalingsplan**

Familielid vraagt **toelichting bij factuur**
extra's/forfaits: TV, telefoon, verzekering
tevreden met info maar niet akkoord met beleid

Patiënt vraagt **luisterend oor bij levensverhaal** met psychotische elementen

Patiënt niet tevreden over **ondersteuning sociale dienst in opvolging bewindvoering**
Verplicht ontslag na vermoeden rond dealen op afdeling

Moeder van patiënt stelt zich vragen bij **communicatie/bejegening** in context van gedwongen opname (meerderjarige)
Geen info beschikbaar op afdeling over ombudswerking / patiëntenrechten

Patiënt neemt ontslag en vertrekt naar buitenland

Partner stelt zich vragen bij **communicatie rond behandelstrategie en toezicht op naleven leefregels** n.a.v. **grensoverschrijdend gedrag en relatievorming met patiënt** tijdens therapeutisch traject

Patiënt vraagt info&advies rond mogelijkheid tot **beroep tegen opstarten bewindvoering**

Patiënt boos omwille van **foute interpretatie bloedonderzoek met foutieve diagnose**
Psychiater bevestigt foutieve interpretatie en verontschuldigt zich
Patiënt tevreden met feedback

Patiënt vraagt naar bemiddeling bij **vrije keuze nazorg** dagtherapie of PTZ
Na overleg tussen psychiaters `opgelost`

Patiënt in **GO** niet akkoord met **verplichte medicatie**
vraagt info&advies rond **recht op weigering en second opinion**

Patiënten (2) melden problemen op afdeling
(sfeer van conflict en spanning tussen patiënten en verpleging)
Reactie op **suïcide op afdeling**
Opvang medewerkers én opvang patiënten

Patiënt krijgt **time-out** van 3 dagen na **conflicten met medepatiënten**
Bij terugkeer wordt ontslag bevestigd en is gesprek rond context niet echt meer mogelijk
Patiënt **betwist redenen voor ontslag**
Bemiddeling wordt gepland maar patiënt wenst er uiteindelijk niet meer op in te gaan

Patiënt stelt zich vragen rond **persoonlijke begeleiding en opvolging** en begeleiding/toezicht/opvolging t.a.v. alle bewoners
Conflicten, druggebruik, overlast, veiligheid persoon en goederen
Signalering aan psycholoog
Feedback aan patiënt

Patiënt krijgt **time-out** en betwist de redenen hiervoor
Patiënt vraagt **afschrift dossier** en gesprek n.a.v. mondelinge diagnose
Bemiddeling wordt gepland

Patiënt (reeds met ontslag) wil gesprek om ervaring tijdens opname (acuut) te signaleren
weinig ruimte/**beschikbaarheid/bereidheid voor persoonlijke opvolging** (verpleging, ater, sociale dienst)
weinig tot geen aandacht voor **somatische/hygiënische verzorging**
bemiddeling wordt gepland

Patiënt niet tevreden over behandelregime vraagt
-**Overplaatsing naar andere leefgroep** (geweigerd)
-Wil meer **ondersteuning (praktisch en administratief)** en persoonlijke aandacht
-Niet tevreden over **aanbod vegetarische voeding**
-**Afschrift dossier** (aanvraag via psychiater)
Bemiddeling met afdelingshoofd

Patiënt niet akkoord met **langdurende verplichting tot nemen van medicatie**
(geen significante meerwaarde, wel storende nevenwerkingen ?)

Coaching tot gesprek met psychiater
geen verdere stappen gewenst

Moeder van patiënt stelt zich vragen bij **toezicht op veiligheid persoon** (nood aan GO en gesloten deur)
Psychiater is van oordeel dat GO en gesloten deur geen meerwaarde/noodzaak bieden
Opname wordt beëindigd tegen wens van ouder en patiënt, met advies voor ambulante opvolging

Patiënt niet tevreden over **opvolging somatische medicatie**
geen notitie in dossier van pijnmedicatie `indien nodig`
weigering verpleegkundige 1, geen consultatie dokter van wacht, doorverwijzing naar spoed
AZ door verpleegkundige 2 mét aanrekening van dosis dafalgan als resultaat...quid medicatieforfait en toepassing afspraken ?

Patiënt vraagt advies bij **financiële/administratieve problemen** in notariële kwestie
Doorverwijzing naar notaris en bewindvoerder

Patiënt niet tevreden over **opvolging somatische verzorging** en 'bijhorende' **bejegening**
Toelichting context door afdelingsverantwoordelijke
Geen driegesprek mogelijk, patiënt neemt ontslag

Partner van patiënt vraagt naar info/overleg rond
behandeling/bewegingsvrijheid/ontslagvoorbereiding
Overleg OP met psychiater
Patiënt weigerachtig voor overleg
Feedback aan melder

Patiënt niet tevreden over **opvang medepatiënten na suïcide** en **schending privacy** door psychiater (info a derden over verblijf/opname) zonder medeweten/toestemming ?

BIJLAGE 1 AANMELDINGEN PZ ZOERSEL 2018

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 03/01/2018, de laatste op 20/12/2018. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2018.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 79, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 77.Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	54	76	81	**79**
aanmelders	54	75	79	**78**

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	81		79	
aanmelders	79		78	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	26	39,39	22	40,74
binnen de week	37	56,06	29	53,70
binnen de twee weken	1	1,51	2	3,70
binnen de 4 weken	2	3,03	-	-
later dan vier weken	-	-	1	1,85
totaal	66	100	54	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	15	18,51	**25**	**31,64**
1 contact	25	30,86	32	40,50
2 contacten	21	25,92	17	21,51
3 contacten	18	22,22	5	6,32
meer dan 3 contacten	2	2,46	-	-
totaal	81	100	79	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	55		3	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	75		77	

De **79** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 78 aanmelders.

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

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
2	1	1,28	2	2,53
1	77	98,71	77	97,46
totaal	78	100	79	100

De **81** aanmeldingen *(2017)* komen van in totaal 79 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
2	2	2,53	4	4,93
1	77	97,46	77	95,06
totaal	79	100	81	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	60	74,07	55	69,62
groep patiënten	2	2,46	2	2,53
andere	19	23,45	**22**	**27,84**
totaal	81	100	79	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	14	23,33	18	32,72
vrouw	46	76,66	36	65,45
onbekend	-	-	1	1,81
totaal	60	100	55	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	2	100,00
3 personen	-	-	-	-

4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	2	100,00	-	-
totaal	2	100	2	100
grootste groep	12		2	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	18	94,73	**20**	90,90
kennis	-	-	1	4,54
personeelslid	-	-	-	-
andere	1	5,26	1	4,54
totaal	19	100	22	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	2	10,52	1	4,54
als vertrouwenspersoon	11	57,89	**10**	45,45
ten persoonlijke titel	6	31,57	**11**	50,00
totaal	19	100	22	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	11	57,89	**11**	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	4	21,05	7	31,81
terugkoppeling was niet mogelijk	4	21,05	2	9,09
terugkoppeling was niet nodig	-	-	2	9,09
totaal	19	100	22	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
ja	57	70,37	56	70,88
neen	24	29,62	**23**	**29,11**
totaal	81	100	79	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	6	25,00	**2**	8,69
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	15	62,50	19	82,60
vorige jaren in andere voorziening	3	12,50	2	8,69
totaal	24	100	23	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	26	32,09	**25**	**31,64**
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	21	25,92	27	34,17
telefonisch *(of GSM, SMS)*	34	41,97	27	34,17
totaal	81	100	79	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	10	12,34	9	11,39
vraag tot interventie	57	70,37	**60**	**75,94**
vraag tot signalering	8	9,87	5	6,32
vraag naar een luisterend oor	6	7,40	5	6,32
totaal	81	100	79	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	8	14,03	7	11,66
vraag om een ander soort akkoord	49	85,96	53	88,33
totaal	57	100	60	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	38	46,91	30	37,97
neen	42	51,85	**47**	**59,49**
werd niet bevraagd	1	1,23	2	2,53
totaal	81	100	79	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	34	89,47	29	96,66
formele interne klachtenprocedure	1	2,63	1	3,33
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	3	7,89	-	-
totaal	38	100	30	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	2	4,76	2	4,25
durfde niet	10	23,80	8	17,02
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	30	71,42	**37**	**78,72**
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	42	100	47	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	61	75,30	**55**	**69,62**
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	14	17,28	18	22,78
niet van toepassing	3	3,70	4	5,06
andere	3	3,70	2	2,53
totaal	81	100	79	100

C. Inhoud van de aanmelding

Aanmeldingen weerhouden voor Federale Commissie Rechten van de patiënt

Vanaf 2007 voorziet 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 moeten door de ombudspersoon rechtstreeks overgemaakt worden aan de Federale Commissie. U vindt een kopie in hoofdstuk 7.

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 worden 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	24	29,62	27	34,17
aanmeldingen die weerhouden worden	57	70,37	52	65,82
totaal	81	100	79	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	38	66,66	30	57,69
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	3,50	2	3,84
3. informatie	8	14,03	7	13,46
4. geïnformeerde toestemming	4	7,01	**5**	9,61
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	**3**	5,76
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	1	1,92
5. c) afschrift patiëntendossier	2	3,50	3	5,76
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	3	5,26	1	1,92
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	57	100	52	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	75	92,59	77	97,46
algemene vraag los van patiëntenrecht	6	7,40	2	2,53
totaal	81	100	79	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	3	50,00	1	50,00
financieel	1	16,66	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	2	33,33	1	50,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	2	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geen	1	1,23	-	-
psychiater	13	16,04	19	24,05
huisarts	-	-	-	-
andere arts	2	2,46	-	-

apotheker	-	-	-	-
verpleging	23	28,39	17	21,51
persoonlijke begeleider	3	3,70	-	-
sociale dienst	5	6,17	4	5,06
psycholoog	5	6,17	4	5,06
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	18	22,22	22	27,84
administratieve dienst	-	-	5	6,32
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	1	1,23	-	-
poetsdienst	-	-	-	-
directie	1	1,23	-	-
bewindvoerder	1	1,23	2	2,53
ombudspersoon	5	6,17	5	6,32
andere	3	3,70	1	1,26
totaal	81	100	79	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	51	68,00	48	62,33
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	2,66	2	2,59
3. informatie	10	13,33	12	15,58
4. geïnformeerde toestemming	4	5,33	6	7,79
5. inzage patiëntendossier	2	2,66	7	9,09
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	3	4,00	1	1,29
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	1,29
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	3	4,00	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	75	100	77	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	6	11,76	3	6,25
1.2. goede behandeling/begeleiding	24	47,05	19	39,58
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	5	9,80	9	18,75
1.4. goede hotelservice	10	19,60	4	8,33
1.5. betalende diensten	-	-	1	2,08
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	1,96	9	18,75
1.7. beschermende maatregelen	5	9,80	3	6,25
totaal	51	100	48	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	50,00	1	33,33
correcte omgangsvormen	3	50,00	-	-
grensoverschrijdend gedrag	-	-	2	66,66
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	3	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	5	20,83	2	10,52
medicatie	2	8,33	2	10,52
individuele therapie	2	8,33	1	5,26
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	2	8,33	1	5,26
betrokkenheid familie	2	8,33	5	26,31
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	5	20,83	**6**	**31,57**
overplaatsing naar andere afdeling	1	4,16	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	3	12,50	1	5,26
andere	2	8,33	1	5,26
totaal	24	100	19	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	4	80,00	5	83,33
geweigerd	-	-	1	16,66
andere	1	20,00	-	-
totaal	5	100	6	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	2	66,66	-	-
geweigerd	1	33,33	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	3	60,00	2	22,22
groepsleven	1	20,00	**6**	**66,66**
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-

weekend- en verlofregeling	-	-	1	11,11
andere	1	20,00	-	-
totaal	5	100	9	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
voeding	1	10,00	-	-
infrastructuur/accommodatie	-	-	-	-
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	7	70,00	**4**	**100,00**
veiligheid goederen	1	10,00	-	-
andere	1	10,00	-	-
totaal	10	100	4	100

1.5. Betalende diensten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	2	22,22
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	1	100,00	1	11,11
bewindvoering	-	-	**3**	33,33
verzekeringen	-	-	**-**	-
andere	-	-	**3**	33,33
totaal	1	100	9	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	20,00	1	33,33
afzondering	2	40,00	1	33,33
fixatie	1	20,00	-	-
gedwongen opname	1	20,00	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	5	100	3	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	2	100,00	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	1	50,00
andere	-	-	1	50,00
totaal	2	100	2	100

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	10,00	1	8,33
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	1	8,33
alternatieven	-	-	-	-
andere	9	90,00	**10**	**83,33**
totaal	10	100	12	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	3	75,00	3	50,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	2	33,33

andere	informatie	1	25,00	-	-
	toestemming	-	-	1	16,66
totaal		4	100	6	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	2	100,00	**7**	**100,00**
totaal	2	100	7	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	1	14,28
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	2	100,00	3	42,85
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	3	42,85
totaal		2	100	**7**	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	2	66,66	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	1	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	1	100,00
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	2	66,66	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(77)*.

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	3	4,00	2	2,59
doorverwijzen intern	1	1,33	2	2,59
doorverwijzen extern	3	4,00	2	2,59
informeren	3	4,00	4	5,19
signaleren	14	18,66	11	14,28
coachen	4	5,33	13	16,88
bemiddelen	47	62,66	43	55,84
totaal	75	100	77	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	22	46,80	**18**	41,86
ombudspersoon zonder patiënt	25	53,19	25	58,13
totaal	47	100	43	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting *op dezelfde datum als de aanmelding*	4	5,33	5	6,49

binnen de week	20	26,66	18	23,37
binnen de twee weken	27	36,00	32	41,55
binnen de vier weken	18	24,00	8	10,38
later dan vier weken	6	8,00	**14**	**18,18**
totaal	75	100	77	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	14		44	

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	28	37,33	47	61,03
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	25	33,33	10	12,98
ontevredenheid patiënt	13	17,33	9	11,68
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	9	12,00	11	14,28
totaal	75	100	77	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	58	77,33	62	80,51
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	2	2,66	2	2,59
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	15	20,00	13	16,88
totaal	75	100	77	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	2	25,00	4	44,44
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	1	12,50	-	-
andere rechtbank	1	12,50	-	-
ziekenfonds	-	-	1	11,11
andere	4	50,00	4	44,44
totaal	8	100	9	100

BIJLAGE 2 BELANGRIJKSTE CIJFERS VLAANDEREN 2018

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2018

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaande-ren	Vlaams Bra-bant	West-Vlaan-deren	Totaal
aanmeldingen	**525**	567	901	280	172	2445
aanmelders	**426**	299	325	261	77	1388

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2017

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaande-ren	Vlaams Bra-bant	West-Vlaan-deren	Totaal
aanmeldingen	**590**	582	1046	256	320	2794
aanmelders	**468**	306	255	233	182	1444

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
individuele patiënt	423	80,57	437	78,17	725	80,73	229	82,67	145	84,30	1959
groep patiënten	7	1,33	71	12,70	88	9,79	20	7,22	1	0,58	187
andere	95	18,09	51	9,12	85	9,46	28	10,10	26	15,11	285
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

**Voorbeelden in de categorie 'andere': medepatiënt, vertrouwenspersoon, medewerker mutualiteit verzekeringsmakelaar, advocaat, extern hulpverlener, vertrouwenspersoon van familie.*

Aantal leden groep - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2 personen	2	28,57	4	5,63	15	17,04	9	45,00	0	-	30
3 personen	0	-	0	-	16	18,18	5	25,00	0	-	21
4 personen	0	-	0	-	20	22,72	3	15,00	0	-	23
meer dan 4 personen	5	71,42	67	94,36	37	42,04	3	15,00	1	100,00	113
totaal	**7**	100	71	100	88	100	20	100	1	100	187
kol %	3,74		37,97		47,06		10,70		0,53		100
grootste groep						-				21	

Initiële aanmelder indien andere - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
familielid/partner	82	86,31	49	98,00	69	81,17	27	96,42	24	92,30	251
kennis	1	1,05	0	-	0	-	1	3,57	0	-	2
personeelslid	5	5,26	1	2,00	13	15,29	0	-	1	3,84	20
andere	7	7,36	0	-	3	3,52	0	-	1	3,84	11
totaal	95	100	50	100	85	100	28	100	26	100	284
kol %	33,45		17,61		29,93		9,86		9,15		100

Is de aanmelder nieuw voor u? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ja	428	81,67	392	70,12	550	61,24	220	80,88	105	61,04	1695
neen	96	18,32	167	29,87	348	38,75	52	19,11	67	38,95	730
totaal	524	100	559	100	898	100	272	100	172	100	2425
kol %	21,61		23,05		37,03		11,22		7,09		100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
dit jaar binnen deze voorziening	29	30,20	91	54,49	276	79,31	21	40,38	60	89,55	477
dit jaar binnen een andere voorziening	2	2,08	9	5,38	9	2,58	3	5,76	0	-	23
vorige jaren binnen deze voorziening	52	54,16	59	35,32	61	17,52	21	40,38	7	10,44	200
vorige jaren in andere voorziening	13	13,54	8	4,79	2	0,57	7	13,46	0	-	30
totaal	96	100	167	100	348	100	52	100	67	100	730
kol %	13,15		22,88		47,67		7,12		9,18		100

VORM

Vorm van aanmelden - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
direct contact	**59**	**11,2**	239	42,75	421	46,88	106	38,26	**36**	**21**	861
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	85	16,19	107	19,14	221	24,61	118	42,59	18	10,46	549
telefonisch *(of GSM, SMS)*	381	72,57	213	38,10	256	28,50	53	19,13	118	68,60	1021
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Initieel verzoek betreft - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
vraag naar informatie	102	19,42	72	12,88	84	9,35	22	7,94	32	18,60	312
vraag tot interventie	360	68,57	321	57,42	554	61,69	131	47,29	106	61,62	1472
vraag tot signalering	21	4,00	37	6,61	158	17,59	99	35,74	15	8,72	330
vraag naar een luisterend oor	42	8,00	129	23,07	102	11,35	25	9,02	19	11,04	317
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Vraag tot interventie betreft - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
vraag om een financieel akkoord	42	11,69	26	8,12	29	5,23	7	5,38	5	4,71	109
vraag om een ander soort akkoord	317	88,30	294	91,87	525	94,76	123	94,61	101	95,28	1360
totaal	359	100	320	100	554	100	130	100	106	100	1469
kol %	24,44		21,78		37,71		8,85		7,22		100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ja	244	46,65	338	60,57	312	34,78	55	19,85	52	30,23	1001
neen	259	49,52	171	30,64	347	38,68	104	37,54	68	39,53	949
werd niet bevraagd	20	3,82	49	8,78	238	26,53	118	42,59	52	30,23	477
totaal	523	100	558	100	897	100	277	100	172	100	2427
kol %	21,55		22,99		36,96		11,41		7,09		100

Welke stappen? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
informeel	228	93,82	329	97,33	308	98,71	49	89,09	40	76,92	954
formele interne klachtenprocedure	6	2,46	3	0,88	0	-	2	3,63	2	3,84	13
interne ombudsfunctie	3	1,23	3	0,88	1	0,32	4	7,27	5	9,61	16
externe ombudsfunctie	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
extern	6	2,46	3	0,88	3	0,96	0	-	5	9,61	17
totaal	243	100	338	100	312	100	55	100	52	100	1000
kol %	24,30		33,80		31,20		5,50		5,20		100

Fase waarin patiënt zich bevindt - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	20	3,80	7	1,25	12	1,33	6	2,16	1	0,58	46
opgenomen/**in behandeling** /in begeleiding	352	67,04	493	88,19	806	89,75	226	81,58	151	87,79	2028
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	107	20,38	59	10,55	76	8,46	44	15,88	19	11,04	305
niet van toepassing	32	6,09	0	-	4	0,44	1	0,36	1	0,58	38
andere	14	2,66	0	-	0	-	0	-	0	-	14
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

INHOUD

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op - 2018

	Antwerpen		**Limburg**		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	371	76,49	370	68,51	693	84,20	221	85,99	126	81,81	1781
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	0,82	10	1,85	22	2,67	1	0,38	5	3,24	42
3. informatie	40	8,24	16	2,96	17	2,06	4	1,55	6	3,89	83
4. geïnformeerde toestemming	18	3,71	**97**	17,96	29	3,52	8	3,11	6	3,89	158
5. inzage patiëntendossier	36	7,42	5	0,92	30	3,64	9	3,50	6	3,89	86
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	1,23	**37**	6,85	16	1,94	13	5,05	1	0,64	73
7. klachtenbemiddeling	3	0,61	2	0,37	11	1,33	0	-	2	1,29	18
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,20	0	-	0	-	0	-	0	-	1
9. vertrouwenspersoon	6	1,23	2	0,37	3	0,36	0	-	1	0,64	12
10. pijnbestrijding	0	-	1	0,18	2	0,24	1	0,38	1	0,64	5
totaal	485	100	540	100	823	100	257	100	154	100	2259
kol %	21,47		23,90		36,43		11,38		6,82		100

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1.1. respectvolle bejegening	49	13,20	57	15,40	59	8,51	58	26,24	9	7,14	232
1.2. goede behandeling/begeleiding	170	45,82	121	32,70	237	34,19	62	28,05	58	46,03	648
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	26	7,00	24	6,48	78	11,25	13	5,88	6	4,76	147
1.4. goede hotelservice	46	12,39	74	20,00	204	29,43	64	28,95	20	15,87	408
1.5. betalende diensten	2	0,53	6	1,62	4	0,57	3	1,35	4	3,17	19
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	49	13,20	27	7,29	29	4,18	7	3,16	5	3,96	117
1.7. beschermende maatregelen	29	7,81	61	16,48	82	11,83	14	6,33	24	19,04	210
totaal	371	100	370	100	693	100	221	100	126	100	1781
kol %	20,83		20,77		38,91		12,41		7,07		100

1.1. Respectvolle bejegening - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
luisterbereidheid	11	22,44	15	26,31	10	16,94	18	31,03	1	11,11	55
correcte omgangsvormen	19	38,77	33	57,89	43	72,88	36	62,06	7	77,77	138
grensoverschrijdend gedrag	**18**	**36,7**	9	15,78	0	-	1	1,72	0	-	28
andere	1	2,04	0	-	6	10,16	3	5,17	1	11,11	11
totaal	49	100	57	100	59	100	58	100	9	100	232
kol %	21,12		24,57		25,43		25,00		3,88		100

1.2. Goede behandeling/begeleiding - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
diagnose	1	0,58	2	1,65	2	0,84	0	-	0	-	5
somatische verzorging	14	8,23	16	13,22	28	11,81	10	16,12	7	12,06	75
medicatie	6	3,52	1	0,82	12	5,06	4	6,45	5	8,62	28
individuele therapie	14	8,23	2	1,65	35	14,76	8	12,90	17	29,31	76
groepstherapie	3	1,76	1	0,82	14	5,90	3	4,83	0	-	21
voldoende beschikbaarheid	17	10,00	34	28,09	51	21,51	12	19,35	5	8,62	119
betrokkenheid familie	19	11,17	17	14,04	20	8,43	5	8,06	9	15,51	70
start opname/behandeling/begeleiding	26	15,29	5	4,13	7	2,95	6	9,67	2	3,44	46
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	53	31,17	16	13,22	24	10,12	6	9,67	5	8,62	104
overplaatsing naar andere afdeling	2	1,17	6	4,95	19	8,01	0	-	2	3,44	29
overplaatsing naar een andere voorziening	3	1,76	20	16,52	5	2,10	1	1,61	3	5,17	32
andere	12	7,05	1	0,82	20	8,43	7	11,29	3	5,17	43
totaal	170	100	121	100	237	100	62	100	58	100	648
kol %	26,23		18,67		36,57		9,57		8,95		100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
regels	5	19,23	19	79,16	22	28,20	6	46,15	4	66,66	56
groepsleven	6	23,07	1	4,16	35	44,87	4	30,76	2	33,33	48
ontspanning/vrije tijd	3	11,53	2	8,33	5	6,41	2	15,38	0	-	12
weekend- en verlofregeling	9	34,61	2	8,33	11	14,10	1	7,69	0	-	23
andere	3	11,53	0	-	5	6,41	0	-	0	-	8
totaal	26	100	24	100	78	100	13	100	6	100	147
kol %	17,69		16,33		53,06		8,84		4,08		100

1.4. Goede hotelservice - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
voeding	11	23,91	38	51,35	74	36,27	30	46,87	5	25,00	158
infrastructuur	11	23,91	18	24,32	84	41,17	21	32,81	6	30,00	140
hygiëne	4	8,69	4	5,40	7	3,43	0	-	2	10,00	17
veiligheid persoon	6	13,04	6	8,10	11	5,39	2	3,12	1	5,00	26
veiligheid goederen	12	26,08	8	10,81	26	12,74	11	17,18	5	25,00	62
andere	2	4,34	0	-	2	0,98	0	-	1	5,00	5
totaal	46	100	74	100	204	100	64	100	20	100	408
kol %	11,27		18,14		50,00		15,69		4,90		100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
factuur	23	46,93	3	11,11	10	34,48	4	57,14	0	-	40
opbouw inkomen	0	-	2	7,40	1	3,44	0	-	0	-	3
zakgeld	2	4,08	5	18,51	6	20,68	2	28,57	1	20,00	16
bestedingsautonomie	2	4,08	6	22,22	0	-	0	-	2	40,00	10
bewindvoering	15	30,61	9	33,33	6	20,68	0	-	1	20,00	31
verzekeringen	4	8,16	2	7,40	5	17,24	0	-	1	20,00	12
andere	3	6,12	0	-	1	3,44	1	14,28	0	-	5
totaal	49	100	27	100	29	100	7	100	5	100	117
kol %	41,88		23,08		24,79		5,98		4,27		100

1.7. Beschermende maatregelen - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
straf	0	-	9	14,75	10	12,19	0	-	3	12,50	22
beperkte bewegingsvrijheid	6	20,68	19	31,14	18	21,95	2	14,28	4	16,66	49
afzondering	1	3,44	11	18,03	17	20,73	2	14,28	2	8,33	33
fixatie	1	3,44	1	1,63	2	2,43	4	28,57	2	8,33	10
gedwongen opname	**16**	**55,2**	21	34,42	29	35,36	6	42,85	12	50,00	84
internering	0	-	0	-	1	1,21	0	-	0	-	1
andere	5	17,24	0	-	5	6,09	0	-	1	4,16	11
totaal	29	100	61	100	82	100	14	100	24	100	210
kol %	13,81		29,05		39,05		6,67		11,43		100

***andere**= bijv. beperking bestedingsautonomie, bewindvoering, gedwongen medicatie, langdurige kamerverpleging.*

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
psychiater	1	25,00	8	80,00	13	59,09	0	-	2	40,00	24
psycholoog	1	25,00	0	-	0	-	0	-	0	-	1
persoonlijk begeleider	1	25,00	1	10,00	6	27,27	1	100	3	60,00	12
andere	1	25,00	1	10,00	3	13,63	0	-	0	-	5
totaal	**4**	100	10	100	22	100	1	100	5	100	42
kol %	9,52		23,81		52,38		2,38		11,90		100

3. Recht op informatie - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
diagnose	3	7,50	10	62,50	4	23,52	1	25,00	2	33,33	20
duur	0	-	0	-	3	17,64	0	-	0	-	3
kosten	2	5,00	1	6,25	0	-	0	-	0	-	3
tegenaanwijzingen/risico's/neve nwerkingen	2	5,00	3	18,75	1	5,88	0	-	1	16,66	7
alternatieven	6	15,00	1	6,25	0	-	0	-	0	-	7
andere	**27**	67,50	1	6,25	9	52,94	3	75,00	3	50,00	43
totaal	40	100	16	100	17	100	4	100	6	100	83
kol %	48,19		19,28		20,48		4,82		7,23		100

*Voorbeelden van **recht op informatie**, subitem ***andere :***

bewindvoering jaarverslag, factuur info toezichtshonoraria, gedwongen opname, intakeverslag, mogelijkheid vrijwilligerswerk, ontslagperspectief en concrete afspraken, ontslagverslag ikv pensioenregeling, ontslagverslag ikv verzekering, perspectief, procedure gedwongen opname, info over opnamecriteria, procedure arbeidsgeneesheer, procedure inzage en afschrift dossier, bewindvoering procedure.

4. Recht op geïnformeerde toestemming - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
medicatie informatie	2	11,11	3	3,09	1	3,44	0	-	0	-	6
toestemming	**11**	61,11	12	12,37	22	75,86	6	75,00	4	66,66	55
behandeling/begeleiding informatie	0	-	13	13,40	1	3,44	0	-	0	-	14
toestemming	2	11,11	69	71,13	4	13,79	2	25,00	0	-	77
andere informatie	0	-	0	-	1	3,44	0	-	0	-	1
toestemming	3	16,66	0	-	0	-	0	-	2	33,33	5
totaal	18	100	97	100	29	100	8	100	6	100	158
kol %	11,39		61,39		18,35		5,06		3,80		100

Voorbeelden van 'andere' in categorie geïnformeerde toestemming: communicatie met familie, communicatie met derden, info aan derden, info van derden, procedure ECT.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	3	8,33	0	-	4	13,33	2	22,22	0	-	9
inzage/afschrift dossier	**33**	91,66	5	100	26	86,66	7	77,77	6	100	77
totaal	36	100	5	100	30	100	9	100	6	100	86
kol %	41,86		5,81		34,88		10,47		6,98		100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
beroepsgeheim	1	16,66	13	35,13	7	43,75	5	38,46	1	100	27
persoonlijke overtuiging	0	-	2	5,40	0	-	0	-	0	-	2
briefgeheim	1	16,66	1	2,70	3	18,75	1	7,69	0	-	6
territoriale privacy	0	-	17	45,94	3	18,75	4	30,76	0	-	24

mondelinge indiscretie	0	-	4	10,81	1	6,25	2	15,38	0	-	7
andere	4	66,66	0	-	2	12,50	1	7,69	0	-	7
totaal	**6**	100	37	100	16	100	13	100	1	100	73
kol %	8,22		50,68		21,92		17,81		1,37		100

*Voorbeelden in de categorie **bescherming privacy**: subitem **'andere'***

foutieve info in dossier, info aan derden, info familie zonder toestemming patiënt, verplichte groepstherapie, kamercontrole zonder patiënt, mondelinge indiscretie medepatiënten, grensoverschrijdend gedrag medepatiënt (pesten, belagen), onaangekondigd bezoek externe instantie, overlast religieuze beweging op domein.

INTERVENTIE

Hoofdinterventie - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
luisteren	33	6,38	77	13,75	92	10,38	11	4,41	23	13,93	236
doorverwijzen intern	10	1,93	3	0,53	12	1,35	1	0,40	5	3,03	31
doorverwijzen extern	10	1,93	0	-	17	1,91	0	-	12	7,27	39
informeren	77	14,89	51	9,10	125	14,10	11	4,41	32	19,39	296
signaleren	50	9,67	39	6,96	272	30,69	115	46,18	29	17,57	505
coachen	45	8,70	46	8,21	84	9,48	53	21,28	10	6,06	238
bemiddelen	292	56,47	344	61,42	284	32,05	58	23,29	54	32,72	1032
totaal	517	100	560	100	886	100	249	100	165	100	2377
kol %	21,75		23,56		37,27		10,48		6,94		100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
patiënt samen met ombudspersoon	55	18,83	90	26,16	37	13,02	7	12,28	13	24,07	202
ombudspersoon zonder patiënt	237	81,16	254	73,83	247	86,97	50	87,71	41	75,92	829
totaal	292	100	344	100	284	100	57	100	54	100	1031
kol %	28,32		33,37		27,55		5,53		5,24		100

AFSLUITING

Tijd tussen aanmelding en afhandeling - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
op dezelfde datum als de aanmelding	153	29,59	259	46,33	428	48,30	52	20,96	70	42,42	962
binnen de week	233	45,06	155	27,72	233	26,29	64	25,80	46	27,87	731
binnen de twee weken	66	12,76	57	10,19	86	9,70	30	12,09	21	12,72	260
binnen de vier weken	25	4,83	45	8,05	70	7,90	20	8,06	9	5,45	169
later dan vier weken	**40**	7,73	43	7,69	69	7,78	82	33,06	19	11,51	253
totaal	517	100	559	100	886	100	248	100	165	100	2375
kol %	21,77		23,54		37,31		10,44		6,95		100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd							-			47	

BIJLAGE 3 OVERZICHT AANBEVELINGEN 2012-2018

AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN 2012 PZ ZOERSEL

Informatie

*→Stilstaan bij **financiële consequenties van opname** voor partner. Toelichten van **motivering kamerkeuze** .*

*→Patiënt in **gedwongen opname** heeft behoefte aan **neutrale en objectieve informatie** en ondersteuning.*

*→Info over **ongevallenverzekering** aan patiënten (procedure en contactgegevens).*

*→Resultaten van **drugtesten** (recht op info)*
Waarheidsgetrouwe en objectieve informatie…??

Communicatie – Bejegening (t.a.v. familieleden en/of derden)

*→Familie heeft behoefte aan **duiding van diagnose en behandelplan**.*

*→**Toelichting** geven bij het **(be-)handelen**, **motiveren** van genomen **maatregelen** hoort erbij ?*

*→**Betrokkenheid van familie** als toeleider naar (crisis)hulp!*

*→Ook wanneer er verschillen in belangen zijn blijft **communicatie** met verschillende betrokkenen zinvol/noodzakelijk.*

Ombudswerking – klachtrecht

*→**Toegang ombudspersoon** en indien mogelijk de familie zelf **tot personen in afzondering,** kan stress verlagend werken en bereidheid tot samenwerking verbeteren.*

Opname - Ontslag - Overplaatsing - Doorverwijzing

*→**Plotse beslissing tot ontslag** kan patiënten, met weinig hulpbronnen en middelen, in een crisissituatie brengen met vele praktische problemen.*

*→Toelichten beslissing **weigering opname** !*

Beschermende maatregelen

*→ **Beschermende maatregelen** zoals beperkte bewegingsvrijheid (niet op weekend mogen gaan) en fixatie worden zelden als beschermend ervaren. Afzondering en in het bijzonder gedwongen sedatie en fixatie zijn voor de patiënt vaak erg traumatiserende maatregelen. Het is zeker wenselijk dat achteraf over de*
genomen maatregel(en) met de patiënt wordt gesproken.

Geïnformeerde toestemming

→Doorpraten pro & contra met patiënt: Ziekte-inzicht kan belemmering zijn, inschakelen vertrouwenspersoon!

Privacy - persoonlijke levensruimte

*→Evenwicht tussen **veiligheid en privacy**: altijd safety first ?*
Hoe toezien op veiligheid zonder privacy voortdurend te schenden?

*→**Kamercontrole** in bijzijn van patiënt.*

*→Waar mensen samenleven kan **relatie, verbinding, emotie** ontstaan.*
Van ontrading of sanctionering naar bespreekbaar stellen…

*→Via (voortdurende) dialoog proberen om middenweg te vinden tussen **persoonlijke leefruimte** en hanteerbaarheid op afdeling. Verduidelijken van afspraken op papier.*

*→**Kamercontrole** in aanwezigheid van patiënt*
Privacy: lichaamscontrole en sekse controleur ? Beschikbaarheid personeel ?

*→Persoonlijke **kamer** patiënt **afsluiten tijdens verblijf in afzondering**!*

*→Beheer van eigen **zakgeld** is belangrijk voor eigenwaarde.*

Veiligheid goederen - veiligheid personen

*→Patiënten kunnen hard zijn voor elkaar en dit maakt het **samenleven in groep** soms erg zwaar.*

*→Duidelijkheid in regels betreffende **agressie/conflicten tussen patiënten**.*

*→(Kans op) **stigmatisering** ligt soms in kleine hoekjes.*

Somatische verzorging

*→Verplichte consult bij psychiater vooraleer **consult** bij **somatische arts**:*
*wat bij **acute, weinig gekende en risicovolle aandoeningen**?*

*→Opvolging **lichaamsbeweging, hygiëne en somatische verzorging,***
(in het bijzonder bij (langdurige)afzondering!!
Afspraken met netwerk rond info gezondheidstoestand en bezoek.

Recht op second opinion

*→Er blijven **grote drempels voor patiënten én beroepsbeoefenaars** om dit recht in de praktijk te vragen of toe te passen.*

*→**Procedure second opinion uitwerken én communiceren** aan patiënten (en medewerkers). (zie audit ombudswerking !)*

*→Uitwerken van een procedure met **concrete richtlijnen** kan deze drempels op termijn helpen wegwerken.*

AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN 2013 PZ ZOERSEL

Recht op informatie

→Nood aan opvolging door afdelingshoofden van de beschikbaarheid van actuele informatie en contactgegevens ombudswerking.

Communicatie – Bejegening (t.a.v. familieleden en/of derden)

→Familie heeft behoefte aan duiding van diagnose en behandelplan.

→(Proactief) overleg met (voorgaande) hulpverleners of bewindvoerders, mét toestemming van/op vraag van de patiënt, kan de samenwerking en het vertrouwen tussen patiënt en het behandelend team positief beïnvloeden.

→Toelichting geven bij het (be-)handelen, motiveren van genomen maatregelen: hoort erbij ?

Opname - Ontslag - Overplaatsing – Doorverwijzing

→Betrokkenheid van familie als toeleider naar (crisis)hulp!

Beschermende maatregelen

→Ook wanneer er verschillen in belangen zijn blijft communicatie met verschillende betrokkenen zinvol/noodzakelijk.

→ Beschermende maatregelen zoals beperkte bewegingsvrijheid en fixatie worden zelden als beschermend ervaren. Afzondering en in het bijzonder gedwongen sedatie en fixatie zijn voor de patiënt vaak erg traumatiserende maatregelen. Het is zeer wenselijk dat achteraf over de genomen maatregel(en) met de patiënt wordt gesproken.

→Gesprek met patiënt na maatregel (fixatie/afzondering) om beleving, verwerking en vertrouwensrelatie kans op herstel te geven.

→Bestedingsautonomie van wekelijks zakgeld heeft grote invloed op het welbevinden van patiënten.

→Patiënt heeft nood aan concrete informatie rond rechten en plichten in bewindvoering, en recht op informatie over het beheer van de middelen.

→Patiënt (of vertrouwenspersoon) heeft recht op jaarlijks schriftelijk overzicht van de beheerswerkzaamheden van de bewindvoerder.

→Patiënt onder bewindvoering ontbreekt het vaak aan elementaire informatie over financiële situatie en mogelijkheden, ondersteuning vanuit de voorziening is vaak onontbeerlijk.

Medicatie

→Aandacht voor systematische, begrijpbare en indien gewenst detailinformatie over de werking en bijwerking medicatie aan de patiënt.
Opletten voor vaagheid en veralgemeningen.

Recht op afschrift dossier

→Bij een meningsverschil over de inhoud en/of formulering, de patiënt (of vertrouwenspersoon) informeren over het recht op toevoeging en/of recht op second opinion.

→Duidelijke informatie geven over de te volgen procedure voor inzage en/of afschrift.

→In geval van therapeutische exceptie: schriftelijke en gedateerde motivering in het dossier.

Privacy - persoonlijke levensruimte

→Patiënt tijdig informeren over privacy, rechten en regels t.a.v. communicatie met derden kan de vertrouwensrelatie positief beïnvloeden en de samenwerking met de patiënt verbeteren.

→Overleg met derden (hulpverleners en/of familie) zonder toestemming van patiënt heeft vaak negatieve effecten op de vertrouwensrelatie met de patiënt zelf.

Infrastructuur

→Patiënt mag een goed werkende, comfortabele infrastructuur verwachten, met accurate opvolging indien er zich problemen voordoen.

Factuur

→Toelichting bij de inhoud en samenstelling van een factuur is nuttig voor vele patiënten en hun netwerk

→Informatie over supplementen (kamer, toezicht, verzekering).

→Info over (ongevallen)verzekering aan patiënten (procedure, contactgegevens én verzekerbaarheid: polis).

Veiligheid personen - veiligheid goederen

→Duidelijkheid in leefregels en opvolging betreffende agressie/conflicten tussen patiënten.

→Zorgvuldigheid bij het in bewaring nemen van persoonlijke goederen: noteren in inventaris en veilig bewaren.

→Zorgvuldige bewaring van persoonlijke goederen én zorgvuldige communicatie!

→Info over (ongevallen)verzekering aan patiënten (procedure, contactgegevens én verzekerbaarheid: polis).

Geïnformeerde toestemming

Advies van de Nationale Raad van 12 mei 2007 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 117, september 2007, p. 5)

"De medische deontologie en de wet betreffende de rechten van de patiënt stipuleren ondubbelzinnig dat de patiënt de uiteindelijke beslissing neemt hoelang hij de profylactische anti-psychotische onderhoudsbehandeling volgt.

De psychiater moet de patiënt zorgvuldig informeren en motiveren met het oog op een oordeelkundige beslissing. De patiënt heeft het recht om niet in te gaan op het behandelvoorstel van de psychiater."

Recht op second opinion

→Er blijven grote drempels voor patiënten én beroepsbeoefenaars om dit recht in de praktijk te vragen of toe te passen.

→Uitwerken van een procedure met concrete richtlijnen kan deze drempels op termijn helpen wegwerken.

→Procedure second opinion uitwerken én communiceren aan patiënten (en medewerkers). (zie audit ombudswerking)

AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN 2014 PZ ZOERSEL

Ombudswerking en klachtenopvang

→De keuze van de patiënt voor een driegesprek is een belangrijk signaal en kan wijzen op nood aan 'bijstand' (eerdere (mislukte) pogingen tot gesprek, drempelvrees, vrees voor tegenreactie …)

→Aan elke bemiddeling zijn meerdere (gemiste) kansen op rechtstreekse communicatie vooraf gegaan. Hoe langer deze communicatiestoringen blijven 'hangen', hoe groter de opgebouwde frustraties en de hiermee gepaard gaande 'strijdbaarheid' bij de klachtbrenger. M.a.w. hoe vroeger onvrede, ongenoegen (h)erkent wordt, hoe meer kans op positief effecten van klachtenopvang en/of klachtenbemiddeling.

→Hoe meer praktijk er bestaat op afdelingsniveau rond het bespreekbaar stellen van patiëntenrechten, hoe minder deze informatie moet 'binnengebracht worden' door de ombudspersoon. Anderzijds zal de behoefte om de aangebrachte informatie te toetsen bij een onafhankelijke bron bij sommige patiënten aanwezig blijven.

→Als personeel proactief en open communiceert over patiëntenrechten zal dit sterk positieve effecten hebben op de drempels om hierover te praten en in bepaalde gevallen de ombudspersoon hierover te spreken.

Verhogen van bruikbaarheid aanbevelingen ombudswerking

→Toelichting én dialoog verhoogt leesbaarheid en bruikbaarheid. Uitwisseling van informatie is een cruciale factor in het begrijpen van elkaars context.
Wie leest er en vanuit welk perspectief ? Feedback op eenzelfde aanbeveling kan erg verschillend zijn.

Weinig aanmeldingen in combinatie met té concrete (casus)informatie werkt remmend t.a.v. vertrouwelijkheid, veiligheid van medewerkers én ombudspersoon.

Hoe kijkt men naar klachten ? Top van ijsberg of…?? Kans op verbetering of kritiek ? Niet overroepen maar ook niet minimaliseren.

Weerstanden: "ja dat zal wel maar", "is dat wel bij ons ?", "zo werkt dat hier niet", "niet prioritair", "geen tijd voor", "geef ons 1 concreet werkpunt", "onze tevredenheidsenquêtes zeggen iets heel anders"…

Formuleringen van aanbevelingen zijn zo neutraal, objectief mogelijk maar wel degelijk gekoppeld aan concrete aanmeldingen op voorzieningsniveau (in hetzelfde jaar of eerder).

Beschermende maatregelen – gedwongen opname

→Hoe meer aandacht gegeven wordt op afdelingsniveau aan het informeren van patiënten rond hun rechten in een gedwongen statuut hoe minder aanmeldingen hierover bij de ombudspersoon.

In voorzieningen die gebruik maken van de brochure die hier voor werd gemaakt vanuit IPSOF, merken we een daling van het aantal meldingen. Zelf proactief en in openheid praten over deze thematiek kan grote invloed hebben op de coöperatie van de patiënt en het opbouwen van vertrouwen.

Daarnaast bewust blijven dat wantrouwen en de nood aan onafhankelijke (niet door eigen cultuur beïnvloede) informatie de bovenhand kan nemen en de patiënt een vrije keuze moet kunnen maken.

Vermenselijking van de zorg

→Aandacht voor traumatiserende effecten van de zorg is hoog prioritair voor zorginspectie en leeft ook sterk binnen de samenleving, media als onderwerp.
→Ombudspersonen worden gevraagd om hier aandacht aan te geven, voor te vragen.
→In de ombudspraktijk wordt dit zichtbaar via aanmeldingen betreffende fixatie- en afzondering - machtscommunicatie - bejegening & luisterbereidheid …
→Ook patiënten worden aangemoedigd, gecoacht om respectvol met hun behandelaars om te gaan.

→Bij patiënten in (langdurige) afzondering wordt de ombudspersoon soms een belangrijk vertrouwenspersoon of aanspreekpunt. In sommige ziekenhuizen blijven er grote drempels om dit contact vlot mogelijk te maken, in andere ziekenhuizen wordt de ombudspersoon actief gecontacteerd door begeleidend personeel om de patiënt te komen opzoeken en een persoonlijk gesprek mogelijk te maken.

→We adviseren om een vlotte toegang van de ombudspersoon tot personen in afzondering mogelijk te maken. Ervaringen van de ombudspersonen in de praktijk leren dat dit bij patiënten stressverlagend kan werken en de bereidheid tot samenwerking met het behandelteam kan verbeteren.

→We verwijzen naar de richtlijnen van de zorginspectie n.a.v. de aanpassing van het huishoudelijk reglement van de ombudswerking en de format (zorgspiegel) gehanteerd bij de audit. De concretisering van deze richtlijnen is een werk in uitvoering, waarbij toelichting en dialoog tussen ombudswerking en voorziening nodig blijft.

Recht op informatie

→Duidelijke informatie geven over de te volgen procedure voor inzage en/of afschrift.

→In geval van therapeutische exceptie: schriftelijke en gedateerde motivering in het dossier.

→Bij een meningsverschil over de inhoud en/of formulering, de patiënt informeren over het recht op toevoeging en/of recht op second opinion.

→Overleg met derden (hulpverleners en/of familie) zonder toestemming van patiënt heeft vaak langdurige negatieve effecten op de vertrouwensrelatie met de patiënt zelf.

→Patiënt tijdig informeren over privacy (rechten en regels) in communicatie t.a.v. derden. Dit kan de vertrouwensrelatie positief beïnvloeden en de samenwerking met de patiënt verbeteren.

→Aandacht voor systematische, begrijpbare en indien gewenst detailinformatie over de werking en bijwerking medicatie aan de patiënt. Opletten voor vaagheid en veralgemeningen.

Geïnformeerde toestemming

→Advies van de Nationale Raad van 12 mei 2007 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 117, september 2007, p. 5)

"De medische deontologie en de wet betreffende de rechten van de patiënt stipuleren ondubbel-

zinnig dat de patiënt de uiteindelijke beslissing neemt hoelang hij de profylactische anti-psychotische onderhoudsbehandeling volgt.
De psychiater moet de patiënt zorgvuldig informeren en motiveren met het oog op een oordeelkundige beslissing. De patiënt heeft het recht om niet in te gaan op het behandelvoorstel van de psychiater."

→De toepassing van dwang binnen een goed ontwikkelde samenwerkingsrelatie heeft minder negatieve consequenties en is beter te legitimeren dan de toepassing van dwang binnen slechte samenwerkingsrelaties.

Privacy - grensoverschrijdend gedrag

→Nood aan duidelijke richtlijnen voor personeel bij toezicht/begeleiding/overname intieme hygiëne en verzorging van patiënt.

Communicatie met familie

→Een neutrale en open houding voorkomt negatieve overdrachtsgevoelens en draagt bij aan de kwaliteit van de relatie.

Vertrouwenspersoon

→Het inschakelen van een vertrouwenspersoon (bijv. bij een vraag naar inzage of afschrift) komt nog maar weinig voor in de praktijk. Vertrouwenspersonen en vervolgbehandelaars hebben veel schroom om een actieve rol op te nemen samen met de patiënt, om informatie te bekomen.

→Vermelden van contactgegevens vertrouwenspersoon in het (elektronisch) patiëntendossier

→Spanningsveld tussen de appreciatie van de beroepsbeoefenaar ~ de kwaliteit van de gesprekspartner ~ de keuze van de patiënt ? Keuze van de patiënt respecteren en tegelijk bespreekbaar stellen.

AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN 2015 PZ ZOERSEL

Ombudswerking

→Brievenbus en affiche ombudswerking (in vaste kader) aan lokaal ombudspersoon

→Verluchting in het ombudslokaal is niet optimaal

→Patiënten hechten veel belang aan vertrouwelijkheid in ombudswerking

→Beschikbaarheid (en toelichting) info ombudswerking (ook op gesloten afdeling)

Luisterbereidheid

→Patiënten in langdurige zorg blijven nood voelen aan gesprek met psychiater ('gezien worden') en perspectief ('hoop')

→Keuze van patiënt tot weigering toestemming communicatie met derden respecteren én bespreekbaar maken naar patiënt en derden

→Meningsverschil/belangenconflict als uitnodiging tot verhelderend gesprek ?

→Duiding van belangenverschillen kan duidelijkheid brengen

→Betrekken partner bij behandelperspectief

Privacy

→Communicatie rond bijzondere maatregel aan vertrouwenspersoon/familie

→Richtlijnen van toezicht tot overname bij lichaamsverzorging

→Ook bij verschillende visie en belangen blijft communicatie/toelichting belangrijk

Dossier

→Kan mailverkeer tussen patiënt en behandelaar, en verwijzers of vervolghulp beschouwd worden als onderdeel van dossier ?

Informatie

→Informatie rond mogelijkheid tot second opinion beschikbaar maken voor patiënten

Medicatie - Somatische verzorging

→Patiënt heeft nood aan duidelijkheid rond afspraken (somatische) medicatie
→Advies/overleg met somatische arts kan verduidelijking brengen

→Aandacht voor neveneffecten van medicatie, alternatieven en second opinion

Communicatie

→Duidelijkheid geven over communicatie met derden/familie
(noodzaak of wenselijkheid, met of zonder toestemming, met of zonder patiënt erbij)

→Communicatie met familie met toestemming, in overleg, samen met patiënt

→Kan vertrouwenspersoon zich beroepen op vertrouwelijkheid in communicatie met beroepsbeoefenaar ?

→Toelichting diagnostische verslaggeving, ook na ontslag

→Betrekken bij en/of informeren over familie/vertrouwenspersoon bij behandeling

→Luisterbereidheid en beschikbaarheid psychiater bij patiënten met chronische problematiek

→Keuze van vertrouwenspersoon door patiënt respecteren

→Familie heeft nood aan informatie en overleg rond behandelstrategie en afspraken rond bewegingsvrijheid

→Familie heeft nood aan informatie om tot coöperatie te kunnen komen

→Duidelijke informatie rond kostprijs behandeling via patiëntenadministratie én afdeling

Veiligheid

→Impact van afdelingsleven op perceptie patiënt rond behandeling
Patiënten verwachten veilige behandelomgeving met toezicht en indien nodig interventie

→Nood aan duidelijke richtlijnen rond maatregelen i.k.v. veiligheid patiënten in situaties van grensoverschrijdend gedrag door patiënten en/of medewerkers

Beschermende maatregelen

→Patiënt heeft recht op jaarlijks verslag bewindvoering (detaillering, toelichting verslag)

→Patiënt heeft nood aan neutrale info bij maatregel GO

→Patiënt in GO heeft nood aan informatie en luisterbereidheid

Samenwerking met derden

→Begeleiders ervaren nood aan overleg met externe organisatie (op beleidsniveau) om werkrelatie in dagelijkse werking niet te hypothekeren

AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN 2016 PZ ZOERSEL

1. Dialoog ombudswerking – voorziening

Het aangepaste **huishoudelijk reglement** van de externe ombudswerking reikt een aantal hefbomen aan om de **dialoog en uitwisseling van ervaringen en aanbevelingen** tussen de ombudswerking en de voorziening structureler te maken.
Dit kan o.m. de bruikbaarheid van de aanbevelingen ten goede komen.
Ook initiatieven om de zichtbaarheid, lees: vertrouwdheid van het personeel én de patiënten met ombudswerking, patiëntenrechten en bemiddeling te verbeteren blijven nodig/nuttig. Het **beschikbaar maken van basisinformatie rond ombudswerking en patiëntenrechten** via intranet (personeel) en internet (gebruikers) blijft een streefdoel dat hier een bijdrage kan leveren.

→Meer uitwisseling van beschikbare informatie/documentatie tussen ombudswerking en voorziening
→Beschikbaarheid informatie patiëntenrechten en ombudswerking voor personeel/nieuwe medewerkers: via intranet en/of mailing met basisinfo ?

→Tussentijds overleg met beleidsmedewerkers
Deelname aan overleg/werkgroepen

2. Beschermende maatregelen

In verhouding tot de voorgaande jaren werden iets meer aanmeldingen op dit vlak geregistreerd.

Specifieke klacht: Tijdig informeren van patiënt en/of vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger over de beslissing tot verlenging van beschermende maatregel.
Zitting van vrederechter "aan bed" in situatie van afzondering, reeds achter de rug vooraleer vertrouwenspersoon op de hoogte werd gesteld ?

Bescherming van de persoon van de geesteszieke

De aanpassing van de wetgeving **bescherming van de persoon van de geesteszieke** van 22/03/2017 geeft meer positie aan de directe omgeving om betrokken te worden bij de beslissingen en de concrete opvolging van de genomen maatregel.
Het inbouwen van een **hoorplicht** voor de rechter en een **informatieplicht** voor de voorziening/geneesheer-diensthoofd/behandelend arts (?) t.a.v. van *de directe omgeving* kan de communicatie en wederzijdse betrokkenheid verbeteren.

In de feitelijke opsomming van wie tot de directe omgeving van de geesteszieke behoren wordt de **vertrouwenspersoon** niet als zodanig genoemd. Hier blijft de persoonlijke appreciatie van de rechter bepalend. We mogen hopen dat in de praktijk ook de vertrouwenspersoon én de patiënt zelf voldoende aan bod kunnen komen in deze **intentioneel positieve poging tot meer overleg en communicatie**. Het omzichtig omgaan met verschillende belangen, (ook) tussen de patiënt en de directe omgeving, zal in deze van groot belang blijven.

Bedenkingen vanuit verschillende perspectieven:
Zorgorganisatie:
Deze wetswijziging wil inspelen op de **evolutie van schakelzorg** en kortere residentiële behandelperiodes, met (meer) aandacht voor zorgvuldige voorbereiding van ontslag en afspraken rond nazorg.
Ombudswerking:
Reeds in 2005-2006 en de daaropvolgende jaren werd in de aanbevelingen van de ombudswerking aandacht gevraagd voor een **zorgvuldige voorbereiding van ontslag en afspraken rond nazorg/vervolgzorg.**

Voorziening:
Frustratie t.a.v. "nog meer **administratieve lasten**".

Behandelend arts:
Kansen op evolutie naar meer **onderhandelde (maat-)zorg.**
Bevestiging van de autonomie van de arts om de bewegingsvrijheid van de patiënt te evalueren op basis van o.a. opklaring symptomen, ziekte-inzicht en medewerking patiënt.
Anderzijds ook meer voelbare **maatschappelijke druk** voor behandelend arts t.a.v. de i**nschatting van veiligheid en risico.**

-Patiënt:
Minder inperking van de bewegingsvrijheid op korte termijn maar **meer langdurige monitoring** anderzijds ? Patiënten zijn niet altijd even opgezet met deze keuze.

Het opheffen van de maximumtermijn was in het verleden een 'garantie' voor patiënt dat maatregel niet eindeloos zou kunnen doorlopen.

Privacy van de patiënt is onvoldoende omschreven, familie is gehouden aan discretieplicht, **mogelijke misbruiken t.a.v. informatie?**

Overaccentuering van de **terugkeer in de samenleving** van de patiënt **als risico/gevaar,** is een mogelijke valkuil voor stigmatiserende effecten.

De patiënt goed **informeren** over **rechten plichten en het verloop van de procedure en doelstellingen** van de opgelegde **behandeling** helpt om op termijn het vertrouwen te herstellen.
Dat dit bij patiënten wantrouwen en mogelijk zelfs angst uitlokt is inderdaad vaak voelbaar.
Door **gesprek en informatie**, in eerste instantie met de behandelend arts, kan vaak met goed resultaat gewerkt worden naar vertrouwen/coöperatie toe.

-Relatie arts-patiënt-directe omgeving:
In de praktijk overleggen artsen vaak met patiënt om tot **gesprek met de directe omgeving** te kunnen komen en zo (terug) tot samenwerking/dialoog te kunnen komen.
Soms zal de arts dit zelfs doen zonder uitdrukkelijke toestemming van de patiënt...dit is zelden een goeie strategie!

Belangenverschillen tussen patiënt en zijn directe omgeving zijn vaak een realiteit, waar wij als ombudspersonen steeds pleiten om deze **via gesprek bespreekbaar te stellen**.
Het werken vanuit (herstel van) vertrouwen tussen behandelteam/arts en de patiënt zelf mag wat ons betreft steeds de eerste focus blijven!

→Keuze van vertrouwenspersoon door patiënt respecteren

→Bespreekbaar stellen en/of duiden van belangenverschillen in open dialoog (dit kan duidelijkheid voor alle betrokkenen brengen).

Bewindvoering

De toepassing van de nieuwe wetgeving **bewindvoering** 'naar de geest van de wet' nl. getrapte wilsbekwaamheid met als doel meer zelfbeschikking en autonomie op maat van de individuele patiënt, lijkt nog niet echt tot de praktijk doorgedrongen. We willen aandacht vragen om hier in het overleg met bewindvoerders meer voor te pleiten.

De invulling van de **rol van de sociale dienst in de veranderende context van vermaatschappelijking, empowerment en samenwerking met externe diensten** staat voor grote uitdagingen. Enerzijds in het zoeken naar het evenwicht tussen 'overnemen, ondersteunen en

verzelfstandigen' aan de kant van de patiënt en 'zelf doen en samenwerken met externe partners' aan de kant van de zorgverstrekkers.

Het inschatten, (lees: naar waarde schatten), van de vaardigheden en verwachtingen van elke patiënt zal in de **samenwerkingsrelatie tussen bewindvoerders, sociale diensten en de patiënten** verder geëxploreerd moeten worden.

3. Veiligheid persoon

Op sommige afdelingen klagen patiënten regelmatig over hun **gevoel van onveiligheid**.
Na eerdere signaleringen heeft de voorziening dit thema meer onder de aandacht geplaatst.
o.m. via interne publicaties, debat en vorming rond bijv. hoe omgaan met nultolerantie t.a.v. middelen 'op domein'.

Enkele afdelingen zijn erg zoekend naar **evenwicht tussen veiligheid en humanisering**. Klassieke recepten (gesloten deur, afzondering, kamerprogramma) hebben niet steeds het beoogde resultaat.
Het aanbieden van **vorming en ondersteuning** aan medewerkers/afdelingen bij dit zoeken naar identiteit (behandelvisie) is aangewezen. (zie punt 11 Humanisering; vormingsaanbod)

Verduidelijken van leefregels en toepassing maatregelen, om waar nodig bij te sturen
Organiseren van feedbackmogelijkheden voor patiënten (individueel en in groep)

→Organiseren van feedbackmogelijkheden voor patiënten (individueel en in groep).

→Impact van afdelingsleven op perceptie patiënt rond behandeling kan groot zijn:
"ik word hier niet beter van".

→Patiënten verwachten veilige behandelomgeving met toezicht en indien nodig interventie.

→Verduidelijken van leefregels en toepassing maatregelen, om waar nodig bij te sturen
→Nood aan duidelijke richtlijnen rond maatregelen i.k.v. veiligheid patiënten in situaties van grensoverschrijdend gedrag door patiënten en/of medewerkers.

4. Recht op informatie

Voorzieningen staan voor grote uitdagingen op het vlak van bewaring en verwerking (delen) van informatie bij de **invoering van het EPD** (elektronisch patiëntendossier).

Ook de **samenwerking met derden, andere zorgpartners** krijgt hierdoor een nieuwe dimensie.
Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het streven naar efficiëntie in de zorgorganisatie is hierbij een belangrijke invalshoek. Het blijft in deze ontwikkeling belangrijk om ervoor te zorgen dat patiënten de basisrechten t.a.v. hun dossier(gegevens), zoals beschreven in de WPR, kunnen blijven uitoefenen. De individuele privacy van de patiënt lijkt in deze transitie wat aan belang te verliezen.

Het is hierbij erg belangrijk om door middel van **vorming en informatiecampagne** de **medewerkers** vertrouwd te maken met do's en don'ts in het werken met vertrouwelijke patiëntinformatie. De richtlijnen 'uit het papieren tijdperk' t.a.v. privacy, toestemming, recht op correctie en toevoeging enz. blijven van toepassing maar vragen om actualisatie en toelichting.

In de ombudspraktijk merken we dat patiënten soms zeer concrete vragen formuleren rond privacy, toegang van derden tot informatie/dossier enz. **Ook t.a.v. patiënten** zal het nodig zijn om hen te informeren en mee te nemen in het belang van deze ontwikkelingen.

Goede **informatieverstrekking** zal nuttig/nodig zijn om het vertrouwen van patiënten in de zorg te behouden.

De **informatieverstrekking over het recht op toestemming t.a.v. het delen van informatie met derden**, mag niet verengd worden tot een éénmalige toestemming, aangevuld met de redenering 'zwijgen is toestemmen'. Soms wordt hier immers een redenering gevolgd gelijkend aan de regelgeving rond orgaandonatie. Wie zich niet uitdrukkelijk verzet/ kan verzetten gaat akkoord. Het recht op informatie is geen voorrecht voorbehouden aan patiënten in vrijwillige behandeling.

Specifieke vraag in het kader van recht op informatie:

-Patiënt vraagt info advies rond **procedure en criteria euthanasie.**
informatie & luisterend oor
Welke informatie is beschikbaar voor patiënten?

5. Recht op geïnformeerde toestemming

We willen in dit verband verwijzen naar de evolutie in de rechtspraak hierover in het afgelopen jaar. Een arrest van het Hof van Cassatie (25/06/2015) stelde dat wie een informatieplicht heeft, ook de bewijslast draagt dat hij deze **informatieplicht** heeft nageleefd. Met andere woorden, de bewijslast komt bij de beroepsbeoefenaar zelf te liggen (i.p.v. bij de patiënt).

→ De informatieplicht is vrij uitgebreid: de patiënt moet **voorafgaand en tijdig** geïnformeerd worden over de aard van de behandeling, het doel ervan, frequentie of duur, dringendheid, mogelijke neven-werkingen of risico's die verbonden zijn aan de behandeling, eventuele nazorg die zal nodig zijn en over de mogelijke gevolgen indien behandeling geweigerd wordt of mogelijke alternatieven voor de behandeling.
→ De impact van deze wijziging in rechtspraak valt nog af te wachten. Het is niet nodig dat er voor elke tussenkomst een informed consent formulier wordt ondertekend. Bovendien kan de op papier aan de patiënt gegeven informatie nooit de mondelinge informatie en het gesprek met de patiënt (volledig) vervangen.
→ Wel is het belangrijk dat er **in het patiëntendossier** wordt **genoteerd** dat de informatie aan de patiënt is gegeven. Het patiëntendossier wordt immers geacht de werkelijkheid weer te geven en dit heeft dus een grote bewijskracht.

→Specifieke behandelingen zoals ECT verantwoorden een proactieve informatieverstrekking én het volgen van regels t.a.v. toestemming (aan patiënt of vertegenwoordiger en/of vertrouwenspersoon).

→Ook het informeren over de mogelijkheid tot het inwinnen van second opinion, voorafgaand aan het starten van de behandeling wordt als goede praktijk ervaren.

6. Recht op second opinion

De eerste stappen bij het **uitschrijven van een visie/beleid** werden gezet. Uiteraard bestaat er reeds langer visie en praktijk hierover, zij het niet altijd even zichtbaar en gepromoot.
In dialoog met beleidsmedewerkers en artsen zal de verdere uitwerking opgevolgd worden. Van richtlijnen voor artsen en andere medewerkers tot uiteindelijk de **informatie aan patiënten** en vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger.

→Informatie rond mogelijkheid tot second opinion op termijn ook beschikbaar voor patiënten ?

7. Communicatie met familie

De communicatie met familie loopt vaak goed. We ervaren een **grote bereidheid bij alle**

medewerkers om hier permanente aandacht aan te besteden. Toch loopt het ook wel eens stroef. Bij erg moeizaam verlopende trajecten (veel beschermende maatregelen, afzondering, fugue, suïcide(pogingen) en agressie) neemt het belang van volgehouden, regelmatig overleg met familie alleen maar toe.

(Zeker) **bij overlijden van de patiënt** is het erg belangrijk om in team **goede communicatie-afspraken** te hebben **om familie op te vangen en te informeren**. In deze situaties heeft men doorgaans maar één kans om zorgzaam, zorgvuldig te zijn. De bereidheid tot rechtstreekse communicatie in bemiddeling kan achteraf niet altijd bewerkstelligt worden.

8. Communicatie met derden

Het zorgvuldig communiceren met derden, al dan niet in een context van verplichte melding aan (gerechtelijke) instanties, met of zonder toestemming van de patiënt, speelt zich af in een complex geheel van afwegingen.

We verwijzen hier ook naar de wijzigingen in de wet bescherming persoon van de geesteszieke, waar communicatie met derden wordt opgelegd aan artsen. Artsen handelen en communiceren doorgaans met veel voorzichtigheid. In deze gewijzigde context wordt de **afweging van mogelijke belangenconflicten tussen de patiënt en zijn directe omgeving,** wellicht nog meer dan voorheen belangrijk. Vanuit het perspectief van de patiënt zelf, blijft de (vertrouwens-)relatie arts-patiënt een belangrijk uitgangspunt/streefdoel.

Een **duidelijke afbakening/omschrijving** (need to know, good to know) van de i**nformatie die moet** worden **gedeeld met derden** (bijv. partner, vertegenwoordiger, rechter, procureur), in het kader van beschermende maatregelen, is nodig.

Heel wat organisaties publiceren **visie en richtlijnen rond het werken met beroepsgeheim in** de groeiende evolutie/realiteit van **netwerking en structurele samenwerking met externe organisaties.**
In het bijzonder willen we de **brochure van de Liga voor Mensenrechten** aanbevelen als nuttig document. In dit document vindt u heel wat links naar informatie van andere organisaties over dit onderwerp.

(http://www.liguedh.be/images/PDF/documentation/documents_thematiques/ldh_secret%20professionnel_nl.pdf)

9. Sociale media: Privacy, beschikbaarheid, luisterbereidheid, grensoverschrijdend gedrag

Het gebruik van sociale media door patiënten én personeelsleden neemt sterk toe.
Wat betreft het **gebruik van smartphone tijdens diensturen** willen we pleiten voor het matigen van het gebruik hiervan. Patiënten storen zich hier wel eens aan en stellen zich vragen bij de beschikbaarheid en luisterbereidheid van personeel. Aanmeldingen rond beschikbaarheid van sociale dienst en persoonlijke begeleider stonden meer dan voorheen in de kijker.
Ook patiënten maken steeds meer gebruik van media om bijv. **gesprekken op** te **nemen**.
We verwijzen in dit verband naar het **advies van de bedrijfsjurist** dhr. Luc Baetens.
"Strikt juridisch is het niet strafbaar om gesprekken waaraan u zelf deelneemt, op te nemen, en dat mag zelfs stiekem.
Er is rechtspraak over een vrouw die de bandjes van het antwoordapparaat van haar telefoon voorlegde aan de rechter in een echtscheidingsprocedure. De man schold haar op die bandjes uit. Dat bewijs was geoorloofd, vond Cassatie. Maar het Hof sprak zich niet uit over de privacywet zelf. Het verder bekendmaken van de inhoud van het gesprek kan niet.
In een arrest van het Hof van Cassatie van 8 januari 2014 staat het volgende.
Het verbod om van een telecommunicatie kennis te nemen of om een telecommunicatie op te nemen, is niet van toepassing op de persoon die als deelnemer aan die communicatie, de inhoud ervan opneemt met of zonder toestemming van zijn gesprekspartner.
Wanneer een persoon die deelneemt aan een privé-communicatie de inhoud ervan heeft opgenomen

met of zonder toestemming van zijn gesprekspartner, verbieden noch de artikelen 6 tot 8 van het EVRM, noch artikel 314bis van het Strafwetboek, dat die persoon die opname als bewijs aanwendt wanneer hij het bestaan verneemt van een misdaad of wanbedrijf en zich van zijn plicht kwijt de procureur des Konings daarvan te berichten.
In een arrest van 2008 staat het volgende:
Elk gebruik van een zonder medeweten van de andere deelnemers opgenomen privé-communicatie waaraan men zelf deelneemt, buiten het geval van het gebruik voor zichzelf en buiten het geval bedoeld in artikel 314bis, § 2, tweede lid Sw, kan een inbreuk zijn op artikel 8 EVRM; het staat aan de rechter dit te beoordelen op grond van de feitelijke gegevens van de zaak, rekening houdend met de redelijke privacyverwachting die de deelnemers konden hebben en die onder meer betrekking heeft op de inhoud en de omstandigheden waaronder het gesprek plaatsvond. (Art. 8.1 EVRM; art. 314bis, par. 2, lid 2 Sw.).
Het gesprek met de patiënt weigeren kan op voorwaarde dat dit niet tot gevolg heeft dat u hulp weigert aan een persoon die hulp nodig heeft."
In de gedragscode van de voorziening vinden we richtlijnen terug rond het **aangaan van persoonlijke relaties met patiënten.** Hoe wordt deze 'historische' richtlijn in deze wijzigende context ingevuld ?
"Arbeidsreglement
Half april 2005 werden alle werknemers van vzw Emmaüs in kennis gesteld van een toegevoegd artikel onder hoofdstuk 7 van het arbeidsreglement.
Dit artikel luidt als volgt:
De professionele deontologie van elke discipline die bij de behandeling of begeleiding van een patiënt, cliënt of bewoner betrokken is, wordt strikt nageleefd.
Elke handeling of relatievorming, binnen of buiten de beroepssituatie, die misbruik maakt van de kwetsbaarheid van de patiënt, cliënt of bewoner wordt beschouwd als een ernstige beroepsfout.
Relatievorming
Met deze dienstnota willen we verduidelijken dat het aangaan van *elke vorm van persoonlijke relaties* met psychiatrische patiënten buiten het therapeutisch kader niet aanvaardbaar is en dat het bestaan van persoonlijke relaties tussen behandelaars en patiënten van voor de opname, steeds moet bekendgemaakt worden.
1. Het leggen van nieuwe persoonlijke contacten met patiënten, cliënten of bewoners buiten de dienstopdrachten en/of de diensturen of het *positief beantwoorden van pogingen tot persoonlijk contact* van patiënten, cliënten of bewoners worden beschouwd als een deontologische fout. Deze fout is des te zwaarder naarmate deze contacten leiden tot een verstoring van de behandelopdracht.
2. Indien een patiënt, cliënt of bewoner deel uitmaakt van het relationeel netwerk van een lid van het behandelend of begeleidend team, verwachten we dat het personeelslid dit kenbaar maakt, op zijn minst aan de behandelend psychiater. Die bekijkt o.m. of deze bekendheid tot rolverwarring kan leiden en/of een invloed kan hebben op de behandeling. Er wordt verwacht dat het personeelslid zelf het initiatief neemt om hierover te spreken met de verantwoordelijke van de behandeling of begeleiding. Het nalaten van hierover te communiceren en in elk geval het actief verhullen van deze contacten, kunnen eveneens beschouwd worden als een deontologische fout."

Grensoverschrijdend gedrag blijft gelukkig uitzonderlijk, maar in voorkomend geval toch wel een belangrijk signaal om hier blijvende aandacht aan te geven.

Specifieke vraag die zich in 2016 stelde:
Mag **mailverkeer** tussen beroepsbeoefenaars beschouwd worden als **onderdeel van het patiëntendossier,** met de hieraan verbonden rechten voor de patiënt ?

10. Infrastructuur, voeding, facturatie

Het aantal aanmeldingen in deze domeinen **blijft vrij beperkt**. Bij verdere exploratie van de klacht ligt **vaak ontevredenheid over de behandeling of bejegening aan de basis** hiervan.

11. Ervaringsdeskundigheid

De voorziening neemt sinds lange tijd een **voortrekkersrol** op in het werken aan **positieve beeldvorming en de-stigmatisering**. Dit sterke punt werd ook in het laatste auditverslag van de Vlaamse zorginspectie terecht benoemd.
Ook 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.**

12. 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.
In het najaar van 2017 worden er **opleidingen voorzien rond dit thema**. De ziekenhuizen zullen hiervan nog op de hoogte worden gebracht door de organiserende instanties.

AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN 2017 PZ ZOERSEL

1. Ombudswerking

Structurele dialoog

→Uitwisseling van beschikbare informatie/documentatie tussen ombudswerking en voorziening.

→Beschikbaarheid informatie patiëntenrechten en ombudswerking voor personeel/nieuwe medewerkers én gebruikers (patiënt, familie, verwijzer).

→Tussentijds overleg met beleidsmedewerkers.

→Occasionele deelname aan en opvolging van overleg/werkgroepen rond patiëntenrechten gerelateerde onderwerpen (bijv. beschermende maatregelen, patiëntenparticipatie, familiebeleid)

Externe ombudswerking in de transitie GGZ

→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, mét 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.

2. Recht op informatie

Informatiefolders

→Inventariseren van het reeds bestaande aanbod aan folders en brochures, en nadenken over efficiënte verspreiding.

Verslaggeving aan derden

→Het betrekken van de patiënt bij dit proces/schrijfwerk verhoogt de participatie, de kans op toevoeging of correctie én het vertrouwen in een correcte en vlotte afhandeling.

Delen van informatie met derden - Invoering van EPD (Elektronisch Patiënten Dossier)

→Welke informatie wordt beschikbaar voor patiënt ?
→Wie heeft toegang tot deze informatie (intern, extern) ?
→De informatieverstrekking over het recht op toestemming t.a.v. het delen van informatie met derden, mag niet beperkt blijven tot enkel informatie rond toestemming.
→Elektronisch Patiënten Dossier: communicatie aan patiënten: nu reeds voorbereiden?

Beschikbaarheid psychiaters, therapeuten

→Gebruik van afwezigheidswizzard (out of office) met duidelijke informatie tot wie externen (externe diensten, ombudsdienst, familie) zich kunnen wenden.

→Nood aan duidelijke info en werkbare alternatieven bij langdurige afwezigheden.

3. Patiëntveiligheid

Drugbeleid

→Patiënten verwachten een veilige behandelomgeving met toezicht en indien nodig interventie.

→Nood aan duidelijke richtlijnen rond maatregelen i.k.v. veiligheid patiënten in situaties van grensoverschrijdend gedrag door patiënten en/of medewerkers.

→Organiseren van feedbackmogelijkheden voor patiënten (individueel en in groep).

Leefregels

→Impact van afdelingsleven op perceptie patiënt rond behandeling kan groot zijn:
"ik word hier niet beter van".

→Verduidelijken van leefregels en toepassing maatregelen, om waar nodig bij te sturen.

→Het blijven hanteren, handhaven van leefregels kan ook goede zorg zijn wanneer verantwoord, proportioneel en overwogen toegepast.

4. Communicatie met familie – Familiebeleid

→Ook bij meningsverschillen, communicatie in conflictsfeer, blijft een correcte omgang met respectvol taalgebruik essentieel.

→Een neutrale en open houding voorkomt negatieve overdrachtsgevoelens en draagt bij aan de kwaliteit van de relatie/communicatie.

→Ouders blijven betrokken bij hun meerderjarige kinderen en vragen om gehoord te worden, luisterbereidheid bij de hulpverleners.

→Verschillende belangen en visies staan een open gesprek tussen de betrokkenen niet in de weg. (non-communicatie is geen optie !)

→Familie wenst minstens geïnformeerd te worden over grote wijzigingen in het behandeltraject.

→Bij een plots ontslag heeft het netwerk van de patiënt nood aan toelichting bij de beslissing en ondersteuning bij opvang van patiënt.

→Ongenoegen bespreekbaar houden ook als er niet onmiddellijk verandering kan verwacht worden.

→Familie heeft behoefte aan duiding van diagnose en behandelplan.

→Toelichting geven bij het (be-)handelen, motiveren van genomen maatregelen hoort erbij ?

→Ook wanneer er verschillen in belangen zijn blijft communicatie met de verschillende betrokkenen zinvol/noodzakelijk.

→Familie wil geïnformeerd, betrokken worden bij grote wijzigingen in behandeltraject.

→Communicatie met familie: niet wachten op vraag van familie en crisismomenten.

→Communicatie met familie mét toestemming van de patiënt!

→Ouders van meerderjarige patiënten blijven betrokken op behandeling en hebben behoefte aan informatie en ondersteuning.

→Open communicatie t.a.v. patiënt over informatie-uitwisseling via en/of verwachtingen van familie.

→Het duidelijker benoemen van de verschillende belangen en posities kan, ook voor de betrokkenen die geen verdere informatie kunnen bekomen, van belang zijn om communicatie-attitude en/of behandelstrategie beter te begrijpen.

→Bij een weigering tot opname heeft (het netwerk van) de patiënt nood aan toelichting bij de beslissing en nood aan ondersteuning bij het organiseren van de vervolghulp.
→Bij een (crisis)opname heeft ook het netwerk nood aan informatie en ondersteuning.
→Bij een plots ontslag heeft (het netwerk van) de patiënt nood aan toelichting bij de beslissing en nood aan ondersteuning bij het organiseren van de vervolghulp.
→Toelichten beslissing weigering opname aan familie !
→Betrokkenheid van familie als toeleider naar (crisis)hulp!
→Waar begint/eindigt verantwoordelijkheid voorziening/familie bij zoeken naar overplaatsing andere voorziening ?
→Waar mogelijk systematischer betrekken van familie bij de ontslag(-voorbereiding).
→Overleg met derden (hulpverleners en/of familie) zonder toestemming van patiënt heeft vaak negatieve effecten op de vertrouwensrelatie met de patiënt zelf.
→Bij erg moeizaam verlopende trajecten (veel beschermende maatregelen, afzondering, fugue, suïcide(-pogingen) en agressie) neemt het belang van volgehouden, regelmatig overleg met familie alleen maar toe.

BIJLAGE 4 EXTERNE OMBUDSFUNCTIE IN TRANSITIE GGZ

- **"Van klacht naar kracht"**
    - Veertien jaar geleden werd de basis voor de externe ombudsfunctie GGZ gelegd naar aanleiding van de Wet Patiëntenrechten op 22 augustus 2002. De huidige werking toont de noodzaak aan om een specifieke ombudsfunctie voor de geestelijke gezondheidszorg verder te blijven versterken en te organiseren. 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. De toetsing van het referentiekader ombudsfunctie aan de referentiekaders voor voorzieningen in de GGZ *(die zijn ontstaan in samenspraak met de Vlaamse overheid)* kan een belangrijke bijdrage leveren aan kwaliteitsverbetering in zorg. Er wordt op dit moment gewerkt aan een algemeen Vlaams kader dat streeft naar een gecoördineerde, toegankelijke en kwaliteitsvolle dienstverlening voor alle GGZ-cliënten in Vlaanderen.

- **Principes van de externe ombudsfunctie GGZ**
    - Onafhankelijk karakter
    - Meerzijdige partijdigheid
    - Vertrouwelijkheid
    - Beschikbaarheid, bereikbaarheid, zichtbaarheid, laagdrempeligheid

- **Opdrachten/Streefdoelen**
    - Herstel van dialoog tussen patiënt en hulpverlener
    - Naleving van de wet patiëntenrechten
    - Gelijkwaardige samenwerking tussen cliënt en zorgverlener
    - Verbeteren van kwaliteit van zorg
    - Uitbreiding werkingsgebied: samenwerking met PAAZ, art.107, forensisch centrum, kinder- en jeugdpsychiatrie, … maar ook versterken van de ombudswerking in de GGZ-sectoren die we vandaag al bedienen, doch minder intensief als de psychiatrische ziekenhuizen.

- **Hefbomen**
    - Verankering van de lokale aanwezigheid binnen de voorzieningen is een belangrijke sterkte om de toegang voor cliënten 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.
    - Het huidige IPSOF *(Inter Platform Steunpunt Ombudsfunctie)* coördineert de ontwikkeling en ondersteunt de professionalisering van deze functie in Vlaanderen. IPSOF is het formele aanspreekpunt voor de bevoegde overheden en de betrokken voorzieningen, voor de externe ombudsfunctie GGZ in Vlaanderen.

BIJLAGE 5 ACTIEPLAN OMBUDSWERKING Provincie Antwerpen 2017-2018-…

BELANGRIJKSTE ACTIES

*1. Verbeteren van **zichtbaarheid en bereikbaarheid** ombudswerking (PVT,BW,…)*
*2**. Uitbreiding werkingsgebied** (OPZ Geel, netwerken, forensisch centrum, kinder- en jeugdpsychiatrie)*
*3. Versterken **dialoog en uitwisseling met samenwerkingspartners/organisaties***
*4. Versterken van **interprovinciale afstemming** (IPSOF)*

1. ZICHTBAARHEID EN BEREIKBAARHEID

1.1. Optimaliseren van permanentieregelingen en aanwezigheid in de lokale organisaties
-Uitbreiding aanwezigheid van de ombudspersonen in de PZ naar een volledige werkdag
-Opstarten van permanentie in PVT en/of BW
-Wat is mogelijk/wenselijk ? Concrete praktische gevolgen ?
-Gesprekslokaal, ICT-faciliteiten

1.2. Informatieverstrekking en sensibilisering patiëntenrechten en ombudswerking (t.a.v. gebruikers/patiënten en medewerkers)
-Is een basisopdracht voor elke ombudspersoon.
-Belangrijkste doelstelling: drempelverlaging voor GGZ-gebruikers én personeel.
-Responsabilisering voorzieningen én tegelijk ruimte laten voor initiatief ombudspersonen.

2. WERKINGSGEBIED

2.1. Opstarten samenwerking met nieuwe werkvelden, samenwerkingspartners (OPZ Geel, netwerken, forensisch centrum, kinder- en jeugdpsychiatrie)

De uitbreiding FTE ombudspersonen geeft nieuwe mogelijkheden om de ombudswerking ook zichtbaarder te maken in het volledige werkingsgebied.

3. UITBOUWEN ADVIES EN CONSULT IN DIALOOG

3.1. Dialoog met Bestuur en voorzieningen

*Ombudspersonen ervaren de nood aan een **structurele basis voor uitwisseling en dialoog.** Dialoog met mogelijke winstpunten: **verhogen** van **bruikbaarheid aanbevelingen én bespreekbaar maken van gevoeligheden** rond praktijk ombudswerking.*

*Verkennen en op termijn in de praktijk brengen van mogelijkheden, zowel binnen het bestuur Platform als in de voorzieningen. Voorbeelden van **mogelijke tafels**: Begeleidingsgroep, denktank, werkgroep Patiëntenrechten, dagelijks bestuur platform, stuurgroep kwaliteit, directiecomité, medische staf, …*

*-Verhogen **bruikbaarheid van aanbevelingen** (Lokaal en Vlaams niveau)*

*-**Inventaris procedures** gerelateerd aan patiëntenrechten, in functie van advies- en consult bij planning en uitwerking van verbeteracties (Lokaal en Vlaams niveau)*

*-Voorbereiden, uitwerken van **thematisch topics** (Lokaal en Vlaams niveau)*

*-Optimaliseren van **toegang tot relevante informatie** (via deelname aan, uitwisseling met overlegtafels (structureel en/of projectmatig)*

3.2. Huishoudelijk reglement als basiskader

-Actualiseren huishoudelijk reglement en samenwerkingsovereenkomst
*-Verhelderen van **basisprincipes en wettelijk kader**, in dialoog met samenwerkingspartners*

*Het huishoudelijk reglement geeft een belangrijk **basiskader aan ombudspersonen en voorzieningen.***
*De besprekingen met de voorzieningen van deze aanpassingen heeft de ombudspersonen zicht gegeven op de **gevoeligheden en drempels** die invloed kunnen hebben op de praktijk, én ook de blijvende nood aan toelichting en overleg met de voorzieningen duidelijk gemaakt.*
*Ook in de concrete samenwerking met andere voorzieningen (bijv. Cgg, Therapeutische centra) ervaren ombudspersonen de **noodzaak aan verheldering** van externe ombudswerking.*

4. VERSTERKEN INTERPLATFORMSAMENWERKING

4.1. Mogelijke opdrachten/doelstellingen

-**Huishoudelijk reglement**: uitwerken vernieuwd basismodel, sjabloon op site ombudsen, overlegplatform
*-Uitwerken van **(functie)profiel coördinator** Interplatform Steunpunt*
*-**Functieprofiel** ombudspersoon (inventariseren van reeds bestaande voorbeelden, ggz specifieke vertaling...)*

-Inventariseren van ***structurele overlegmomenten** (tafels van dialoog)*
*-Inventariseren van **aandachtspunten en aanbevelingen** (thematisch)*
*-Inventariseren van **procedures** gerelateerd aan patiëntenrechten, in functie van advies- en consult bij planning en uitwerking van verbeteracties*

-**Thematische** uitwerking topics (symposia, Vlaams jaarverslag,..)
-Uitwerken **sjabloon** voor **presentatie jaarverslagen** (ppt)
-**Werkgroepen** (jaarverslag Vlaanderen, ombudswerking in werkveld specifieke doelgroepen: minderjarigen, forensische doelgroep, vrijheid beperkende maatregelen, ervaringsdeskundigheid, beroepsprofiel en deontologische code, …)

*-Optimaliseren **registratie** (Go between ggz)*
*-**Jaarverslag: relevante data** in overleg met overheid*
*-**Vorming en intervisie: nood aan GGZ specifieke opleiding en ondersteuning***
*-Inventariseren van **verwachtingen, noden ombudspersonen** (VTO e.a.)*
*-**Voorbereiden adviezen** aan (Vlaamse) overheid betreffende organisatie ombudswerking*
-***Methodiek voor evaluatie***: t.a.v. aanmelders en t.a.v. niveau Platform / voorzieningen/ overheid.

BIJLAGE 6 Projectvoorstel: versterking externe ombudsfunctie GGZ

Context

- Staatshervorming: externe ombudsfunctie GGZ (overlegplatform) is Vlaamse bevoegdheid
- Strategische doelstelling Vlaams Overlegplatform GG inzake externe ombudsfunctie:
  Het Vlaams Overlegplatform realiseert vanuit de wet op de patiëntenrechten een, voor elke gebruiker van de GGZ, goed toegankelijke externe ombudsfunctie die op onafhankelijke wijze vanuit een respectvolle grondhouding voor alle betrokken partijen georganiseerd wordt.
- Mogelijkheid om dit aanbod te versterken door uitbreiding van capaciteit externe ombudsfunctie en door ontwikkeling van innovatieve praktijken i.k.v. specifieke domeinen:
  - **Ambulante en mobiele settings**: vanuit vaststelling (o.a. in Vlaamse jaarverslagen externe ombudsfunctie) dat praktijk zich vooral situeert in residentiële settings (PZ, PVT, ...)
  - **Minderjarigen**: vanuit vaststelling dat een **aangepaste aanpak noodzakelijk** is, rekening houdend met rechten van de minderjarige en specifieke noodzaak om zich te verhouden tot de context van de minderjarige

Voorstel project

- **Doelstelling**: ontwikkeling en realisatie van innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor:

  Spoor 1: volwassen patiënten in mobiele en ambulante GGZ, met specifieke focus op **verhoogde bekendheid en bereikbaarheid** van de externe ombudsfunctie in deze settings.

  Spoor 2: kinderen en jongeren in residentiële, mobiele en ambulante GGZ, met specifieke focus op **(juridisch onderbouwde) visievorming** en innovatieve praktijk voor patiëntenrechten bij minderjarigen en hun context.

- **Opzet**:
  - Projectfinanciering voor het Vlaams Overlegplatform GG van €200.000 voor de periode 2019 en 2020
  - **Uitbreiding van bestaande ombudscapaciteit** in 2019 en 2020 met 3 x 0,5 VTE
  - Deze bijkomende VTE worden met specifieke opdracht ingezet in **drie pilootregio's** (respectievelijk netwerken voor kinderen & jongeren en netwerken voor volwassenen)

    > 2 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in twee pilootregio's externe ombudsfunctie voor volwassenen in ambulante en mobiele settings waar te nemen en innovatief project te realiseren
    > 1 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in één pilootregio de externe ombudsfunctie in settings voor kinderen en jongeren waar te nemen en innovatief project te realiseren

  - Opvolging aan aansturing door **projectstuurgroep met relevante stakeholders** (patiënten, zorgactoren, Agentschap Zorg en Gezondheid, Zorginspectie, juridische experts, kinderrechtswinkel, ...)

Plan van Aanpak

Spoor 1: Externe ombudsfunctie GGZ in ambulante en mobiele settings volwassenen

Doorheen de ganse projectperiode nemen de betrokken medewerkers de externe ombudsfunctie in de betreffende settings waar

Ondertussen wordt parallel een specifieke projectaanpak gerealiseerd:

> Input van de doelgroep/zorgverlening verzamelen

Bijeenkomst organiseren **met stakeholders** om **mogelijkheden, verwachtingen en noden in kaart te brengen**

uitwerken van de resultaten van deze bijeenkomst(en)

> Acties inzake innovatieve ombudspraktijk

Opmaak van guidelines (gedeelde werkingsprincipes) voor externe ombudsfunctie

over het omgaan met klachten vanuit **ambulante en mobiele settings** (o.a. over op locatie gaan, opvolging, feedback,...)

> Acties inzake communicatie en bekendmaking

-Betere **ondersteuning op vlak van communicatie en informatie over ombudswerking** bij CGG's, dagcentra, MT

- verwijzen websites door naar de ombudspersoon/naar patiëntenrechten? => **uniforme teksten opmaken** en doorsturen
- opmaken van specifieke en sprekende **flyers met info** ombudspersoon die steeds bij intake worden aangeboden/meegegeven

-Betere **bekendmaking** van ombudswerking **bij teams** CGG's, dagcentra, MT,...

voorstelling van de ombudsdiensten(-personen) op teamvergaderingen

voorzien van **vormingsaanbod** voor teams m.b.t. patiëntenrechten, beroepsgeheim, bewindvoering

-Betere **bekendmaking** van ombudswerking **bij doelgroep**

interesse in specifieke informatie / kennismakingsmomenten?

Spoor 2: Externe ombudsfunctie voor kinderen en jongeren

Doorheen de ganse projectperiode neemt de betrokken medewerker de externe ombudsfunctie in de betreffende settings waar

Ondertussen wordt parallel een specifieke projectaanpak gerealiseerd:

> Input van de doelgroep/zorgverlening verzamelen

Bijeenkomst organiseren met **zowel patiënten als zorgverleners** om **mogelijkheden, verwachtingen en noden in kaart te brengen**

uitwerken van de resultaten van deze bijeenkomst(en)

> Acties inzake innovatieve ombudspraktijk

Opmaak van **juridisch onderbouwde visietekst en guidelines** (gedeelde werkingsprincipes) voor externe ombudsfunctie over het omgaan met **klachten bij minderjarigen** (o.a. eigen rechten van de minderjarige, betrekken van de context, ...)

> Acties inzake communicatie en bekendmaking

-Betere **communicatie en informatie** over ombudswerking voor deze **doelgroep**

- **website** over patiëntenrechten/ombudspersonen voor de doelgroep creëren
- **uniforme teksten, folders**, opmaken en ter beschikking stellen, met (QR) link naar de website
- **sprekend filmpje over patiëntenrechten** op maat van de doelgroep uitwerken en **communicatiecampagne** aan koppelen.

-Betere bekendmaking van ombudswerking bij **teams**

voorstelling van de ombudsdiensten/personen op **teamvergaderingen**

voorzien van **vormingsaanbod** voor teams m.b.t. patiëntenrechten, beroepsgeheim, bewindvoering,

-Betere bekendmaking van ombudswerking bij **doelgroep**

voorstelling van de ombudspersonen op **patiëntenvergaderingen**

voorzien van **vormingsaanbod** voor patiënten (filmpje en discussiegroepen) m.b.t. patiëntenrechten

(Auteur: B.Plessers Agentschap Zorg&Gezondheid)

JAARVERSLAG 2018

EXTERNE OMBUDSFUNCTIE OPZ GEEL

Van 1 januari tot 31 december 2018

vertrouwelijk

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

OGGPA
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Provincie Antwerpen vzw

OGGPA
Haagbeuklei 12,
2610 Wilrijk
Tel: 0485/548.143
peter.declercq@oggpa.be
www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

OPZ GEEL

(erkenningsnummer 939)

periode van 1 januari 2018 tot 31 december 2018

Peter De Clercq
Ombudspersoon GGZ Provincie Antwerpen
OGGPA
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2189

INHOUD

1. OVERZICHT BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

2.1. Ombudswerking

Situering van de externe ombudsdienst in het OPZ Geel

Verspreiding van basisinformatie - Toelichting ombudswerking aan medewerkers en patiënten

Structurele dialoog

Externe ombudswerking in de transitie GGZ en pilootproject innoverende praktijk

2.2 Patiëntenrechten

Enkele voorzichtige observaties

Communicatie met familie/partners

Gedwongen opname minderjarigen

Opvolging Audit 2017

3. CASUSINFO

BIJLAGEN

-Aanmeldingen OPZ Geel 2018 (registratiegegevens Gobetween)

-Aanmeldingen en aanmelders Vlaanderen 2011-2018

Bemiddelingsboek - 2192

INLEIDING

In 2016 werd de externe ombudsfunctie te Provincie Antwerpen **versterkt met een extra voltijdse medewerker.** Deze wijziging in de organisatie biedt tal van opportuniteiten zowel voor de werking van de dienst op patiëntniveau als voor de samenwerking op voorzieningsniveau. Voortaan zal Lou Hamdaoui alle organisaties van het Multiversum (PZ Boechout en Sint Amedeus Mortsel) en PZ Duffel opvolgen en Peter De Clercq het OPZ Geel, PC Bethanië en PZ ZNA.

De uitbreiding van de functie heeft geleid tot het uitwerken van een nieuw **actieplan** voor de periode 2016-2018. Naast de verdeling van het actiegebied, zal er nu intensief kunnen worden ingezet op onder andere de verbetering van de zichtbaarheid en bereikbaarheid van de externe ombudsman door optimalisatie van permanentieregelingen en aanwezigheid in de lokale organisaties. Alsook de informatieverstrekking en sensibilisering WPR (Wet Patiëntenrechten) en de praktijk van de ombudswerking. Wij trachten binnen onze opdracht de dialoog met onze samenwerkingspartners te versterken en uit te breiden ten einde een relevante bijdrage te kunnen leveren ter verbetering van de kwaliteit van de zorg binnen de voorziening, wat de zorgvrager uiteindelijk enkel ten goede komt.

Tussen het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen (OGGPA vzw) en Psychiatrisch Ziekenhuis OPZ Geel werd bij de **opstart van de externe ombudsfunctie in 2017** een overeenkomst afgesloten. Het **huishoudelijk reglement** dat voorheen werd overgemaakt aan de voorziening bij een samenwerkingsovereenkomst, werd **geactualiseerd** (zie bijlage) en bezorgd aan de directie.

De visietekst en de gedragscode zijn richtinggevend voor de dagelijkse praktijk van de verschillende externe ombudspersonen in Vlaanderen. Deze teksten kan u terugvinden op de website www.ombudsfunctieggz.be .

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudsman tijdens het voorbije jaar.

De term "aanmeldingen" werd bewust gekozen, daar het immers niet altijd over klachten gaat. Soms betreft het een vraag naar informatie, verduidelijking of wil een patiënt gewoon zijn/haar verhaal kwijt. Andere keren betreft het inderdaad een klacht en is een patiënt ontevreden over de zorgverlening of werd deze geschonden in zijn patiëntenrechten.

Het verwerken van de aanmeldingen gebeurt aan de hand van een gemeenschappelijk registratiesysteem voor alle Vlaamse externe ombudspersonen GGZ. Dit systeem, "Go-Between" genoemd, is een centrale databank waar alle gegevens rechtstreeks kunnen worden verwerkt. Op die manier proberen we de soms zeer uiteenlopende vragen die ons bereiken, duidelijk in kaart te brengen. Dit systeem geeft een overzicht van alle aanmeldingen in de verschillende voorzieningen waar de omb

Bemiddelingsboek - 2193

1. OVERZICHT BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

- De 10 **aanmeldingen** (2018) komen van in totaal 10 **aanmelders**.
- 6 aanmelders kregen een eerste reactie **binnen de week**.
- Bij 6 aanmeldingen was er **minstens 1 persoonlijk** contact.
- Bij 4 aanmeldingen was er **geen face to face** contact (telefonische contactname en verdere afhandeling).
- In 2018 waren er geen **groepsklachten**.
- 50% (n=5) van de aanmeldingen werden geformuleerd door **partners of familieleden**.
- Het aantal **reeds gekende aanmelders** is beperkt. (2de jaar ombudswerking)
- 30% (n=3) van de aanmelders maakte spontaan gebruik van de **permanentie.**
- 70% (n=7) van de aanmelders vraagt expliciet om een **interventie.**
- 70% (n=7) **van de aanmelders heeft geen eerdere stappen ondernomen, formeel of informeel.** 2 aanmelders namen eerder of gelijktijdig contact op met de interne ombudsdienst.
- 3 van de aanmelders gaven aan drempelvrees gehad te hebben om de externe ombudsdienst te contacteren of om verdere stappen na contactname te willen zetten.
- **Kwaliteitsvolle dienstverlening** (80% n=8) is de belangrijkste categorie.
- In de categorie kwaliteitsvolle dienstverlening is goede behandeling (n=4) de belangrijkste categorie.
- **Bemiddelen (met of zonder de patiënt) (n=6) en coachen (n=2)** zijn de voornaamste interventies van de ombudspersoon.
- Er waren in 2018 2 **driegesprekken samen met aanmelder en beroepsbeoefenaar (psychiater).**
- Doorgaans worden aanmeldingen binnen een termijn van 2 weken **afgesloten**. Bij iets meer dan een kwart van de meldingen (n=3) lag de afsluiting later dan 1 de maand.

2018 was het tweede jaar voor de externe ombudsfunctie in het OPZ Geel.

Het aantal aanmeldingen is nog beperkt. Het is dan ook niet aangewezen om hier verdragende conclusies aan te verbinden.

Het volledige overzicht van de registratiecijfers vindt u in **bijlage 1 van dit jaarverslag**.

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De timing (07/02/19) voor het aanleveren van de individuele jaarverslagen (niveau voorziening) werd voor het eerst mondeling gecommuniceerd door de Vlaamse ombudsman op 17/12/18 en op 17/01/19 via een rondschrijven van de dienst Zorg en Welzijn schriftelijk bevestigd.

De registratie als basismateriaal voor dit jaarverslag werd op Vlaams niveau afgesloten per 15/01/19.

Gezien het **beperkt aantal aanmeldingen** beperken we voor dit jaarverslag de topics waarbij we aanbevelingen, aandachtspunten formuleren.

2.1. Ombudswerking

Situering van de externe ombudsdienst in het OPZ Geel

De ombudspersoon wordt tewerkgesteld door het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg waartoe het psychiatrisch ziekenhuis behoort. Hij bekleedt geen enkele andere functie in de voorziening.

Behalve in dit ziekenhuis is hij ook actief als ombudspersoon in een aantal andere voorzieningen, in totaal voor 38 uren per week of 1/1 VTE.

De ombudspersoon werkt sinds januari 2004 voltijds, heeft als diploma maatschappelijk werk en heeft ervaring in de Bijzondere Jeugdzorg (residentieel en ambulant) en de geestelijke gezondheidszorg (kwaliteitscoördinator en ombudspersoon)

De ombudspersoon neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (IPSOF).

In 2008 behaalde hij een postgraduaat Familiale bemiddeling in KULeuven.

Verspreiding van basisinformatie -Toelichting ombudswerking aan medewerkers en patiënten

De eerste introducties van de externe ombudswerking zijn afgelopen jaar gebeurd. Een verdere kennismaking met de vele verschillende afdelingen/werkingen zal de komende tijd ook nog verder gepland worden.

Initiatieven om de zichtbaarheid, lees: vertrouwdheid van het personeel én de patiënten met ombudswerking, patiëntenrechten en bemiddeling **te verbeteren** blijven nodig/nuttig.

Het **beschikbaar maken van basisinformatie rond ombudswerking** (jaarverslagen e.a.) **en patiëntenrechten** via intranet (personeel) en internet (gebruikers) kan hieraan bijdragen.

Structurele dialoog

→Uitwisseling van beschikbare informatie/documentatie tussen ombudswerking en voorziening.

→Tussentijds overleg met beleidsmedewerkers.

→Occasionele deelname aan en opvolging van overleg/werkgroepen rond patiëntenrechten gerelateerde onderwerpen (bijv. beschermende maatregelen, patiëntenparticipatie, familiebeleid)

→Beschikbaarheid informatie patiëntenrechten en ombudswerking voor personeel/nieuwe medewerkers én gebruikers (patiënt, familie, verwijzer).

In de loop van 2018 werd de locatie van ombudslokaal gewijzigd naar een gesprekslokaal ter hoogte van het medisch secretariaat.

In 2018 werden de eerste stappen gezet om de bovenstaande aanbevelingen/doelstellingen wat structureler te maken. De samenwerking tussen de voorziening en de externe ombudswerking zit nog in zijn beginfase van ontwikkeling. Bovenstaande doelstellingen zijn dan ook eveneens 'in ontwikkeling'.

Via structurele dialoog kunnen we een beter zicht krijgen op de feedback op de aanbevelingen en welke aanbevelingen door de voorziening werden opgepikt 'op één of andere wijze' (werkgroep, vorming, herwerking procedure enz.).

Een **inventaris van nuttige info betreffende patiëntenrechten en ombudswerking**, o.a. de jaarverslagen zal aan de voorziening beschikbaar worden gesteld.

Externe ombudswerking in de transitie GGZ

In 2018 kreeg de ontwikkeling van een nieuwe organisatiestructuur (transitie naar 1 Vlaams Overlegplatform) voor de Overlegplatforms GG verder vorm:

→Vzw op Vlaams niveau met coördinatie gericht op het uniformiseren, harmoniseren, professionaliseren van de ombudswerking in de praktijk, en met het streven naar een uniform aanbod (qua beschikbaarheid, bereikbaarheid enz.) voor aanmelders als belangrijke doelstelling.
→Project Innoverende praktijk ombudswerking 2019-2020: uitproberen, opstarten van concrete werking in een uitgebreider werkingsgebied (Mobiele teams, netwerken en kinderpsychiatrie).

In het Vlaams Decreet GG werd de ombudswerking 'tot nader order', minstens tot 2020, bevestigd als 1 van de basisopdrachten van het Vlaams Overlegplatform.

Eind 2018 werd door de Vlaamse overheid (agentschap Zorg en Gezondheid) een project "Innoverende praktijk ombudswerking" opgestart.
Dit project zal lopen over 2 jaar (2019-2020) en heeft volgende doelstellingen:

1. Ontwikkeling en realisatie van een innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor **volwassen patiënten in mobiele en ambulante setting.**

2. Ontwikkeling en realisatie van een innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor **kinderen en jongeren in residentiële, mobiele en ambulante setting.**

3. **Sensibilisering** van professionals in de voorgenoemde setting binnen de GGZ inzake patiëntenrechten en de praktijk van de externe ombudsfunctie.

Dit project wil op termijn de strategische doelstelling van het Vlaamse Overlegplatform Geestelijke Gezondheid inzake externe ombudsfunctie realiseren.
"Organiseren voor elke gebruiker van de GGZ van een goed toegankelijke externe, onafhankelijke ombudsfunctie"

Concreet: 3 ombudspersonen zullen tijdelijk vervangen worden om in 3 regio's het project gestalte te geven.

> 1 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in twee pilootregio's externe ombudsfunctie voor **volwassenen in ambulante en mobiele settings** waar te nemen en een innovatief project te realiseren
> 2 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in één pilootregio de externe ombudsfunctie in settings voor **kinderen en jongeren** waar te nemen en een innovatief project te realiseren.

Voor meer gedetailleerde informatie verwijzen we naar:
-Actieplan Externe ombudswerking (Provincie Antwerpen)
-Vlaams Decreet GG
-Vlaams Decreet Innoverende praktijk ombudswerking
-Projectfiche Innoverende praktijk ombudswerking

We hopen in deze nieuwe organisatiestructuur de nodige ondersteuning te vinden bij de verdere uitbouw/professionalisering van de ombudswerking.

2.2. Patiëntenrechten

Het aantal aanmeldingen blijft erg beperkt, halvering t.a.v. 2017.

Enkele voorzichtige observaties

→Patiëntenrechten of zorggerelateerde onderwerpen die aanbod zijn gekomen:

-Bejegening
-Verplichte medicatie (geïnformeerde toestemming)
-Communicatie behandelstrategie (t.a.v. patient en familie)
-Informatie aan derden (toestemming)
-Bewegingsvrijheid
-Regels en afspraken rond verlofregeling (ziekenhuisbreed beleid en afdelingsbeleid)

→Helft van de aanmeldingen via partner of familie (n=5)

(=hoger dan langjarig provinciaal gemiddelde)

→Deze aanmelders (ouders/partners) profileren zich soms sterk vasthoudend, appellerend met contactname gelijktijdig t.a.v. interne en externe ombudsdienst,

of net terughoudender om rechtstreeks in bemiddeling te stappen, met enkel vraag naar advies en verzoek geen verdere stappen te ondernemen.

Beide ombudspersonen werken onafhankelijk van elkaar. Af en toe zijn er aanmelders die gelijktijdig aanmelden bij beide ombudspersonen. Dit is wellicht niet te vermijden maar aanmelders worden toch aangemoedigd om hier een duidelijke keuze te maken.

Uitwisseling van concrete casusinformatie gebeurt enkel met akkoord van de aanmelder. Het lijkt belangrijk om aanmelders mee te geven dat beide ombudspersonen niet werken vanuit een perspectief van beroepsprocedure of second opinion t.a.v. elkaar.

Communicatie met familie/partners

Familie beschikt, ondanks eerdere pogingen om dit in de Wet Patiëntenrechten te integreren, niet over een eigen klachtrecht. Toch is in de voorbije 15 jaar ombudswerking getracht om hen (vanuit de positie vertrouwenspersoon of uit eigen naam) een luisterend oor te bieden.

Registratiecijfers leren ook dat familie een **relevant aandeel** heeft **in het aantal klachten** dat de voorziening bereikt (5% tot 30%).

Familie is vanuit een positie aan de zijlijn (gewild of ongewild), vaak erg kritisch en emotioneel geladen, minder loyaal t.a.v. zorgverstrekkers. Als ombudspersoon zetten we sterk in op **luisteren en informeren**. Doelstellingen als actief participeren aan de behandeling en werken aan herstel van relatie (tot patiënt en/of zorgverleners) zijn vaak niet eenvoudig te verwezenlijken. Het louter luisteren geeft vaak dankbare feedback en brengt **begrip, aanvaarding en medewerkingsbereidheid** op gang.

Belangenverschillen tussen patiënt en zijn directe omgeving zijn vaak een realiteit, waar wij als ombudspersonen steeds pleiten om deze **via gesprek bespreekbaar te stellen**.

In de praktijk overleggen artsen vaak met patiënt om tot **gesprek met de directe omgeving** te kunnen komen en zo (terug) tot samenwerking/dialoog te kunnen komen.

De communicatie met familie loopt vaak goed. We ervaren een **grote bereidheid bij alle medewerkers** om hier permanente aandacht aan te besteden. Toch loopt het ook wel eens stroef.

Bij erg moeizaam verlopende trajecten (veel beschermende maatregelen, afzondering, fugue, suïcide(pogingen) en agressie) neemt het belang van volgehouden, regelmatig overleg met familie alleen maar toe.

Gedwongen Opname van minderjarigen*

We stellen vast dat voor de plaatsing van jongeren nog regelmatig beroep wordt gedaan op afdelingen voor volwassenen. De voornaamste reden hiervoor is **het plaatsgebrek** binnen de voorzieningen voor jongeren. Bijkomend stellen we vast dat de **infrastructuur** in de voorzieningen niet of te weinig afgestemd is op het opvangen van jongeren onder een gedwongen statuut.

Daarnaast krijgen we soms signalen over '**oneigenlijk gebruik'**, die er op wijzen dat de **procedure gedwongen opname** werd opgestart om jongeren met een moeilijke problematiek of hun omgeving te gaan beschermen, zonder dat er op zich sprake is van een manifeste psychische problematiek. Het gebruik maken van de zorgverlening om jongeren met een storend gedrag voor de maatschappij op te vangen, kan een spanningsveld creëren en voor een extra belasting van de zorgverleners van crisis units zorgen.

Structureel overleg tussen de betrokken actoren in functie van een duidelijke visie op deze problematiek en het doorvoeren van acties lijken ons aan de orde om problemen te vermijden en/of te voorkomen, net als het zoeken naar mogelijkheden om meer en aangepaste capaciteit in het zorglandschap te creëren voor deze kwetsbare doelgroep.

(*Info uit Vlaams Jaarverslag Externe ombudsfunctie 2018)

Opvolging Audit 2017

In 2017 was er een audit vanuit de Vlaamse overheid in het OPZ. Ten aanzien van de ombudswerking werden geen ernstige tekortkomingen gesignaleerd.

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 ombudswerking en de overheid.

Enkele procedures dienen nog (verder) ontwikkeld te worden.

- procedure **"ontslag tegen medisch advies"**
- procedure **"second opinion / vrije keuze beroepsbeoefenaar"**
- procedure **"weigeren behandeling"**

De **procedure inzage dossier** kreeg een score 'tekortkoming' omwille van het ontbreken van een vastgelegde procedure.

De eerste stappen bij het uitschrijven van deze procedures moeten nog gezet worden. Uiteraard bestaat er reeds langer visie en praktijk hierrond, zij het niet altijd even zichtbaar en gepromoot.

In dialoog met beleidsmedewerkers en artsen zal de verdere uitwerking opgevolgd worden. Van richtlijnen voor artsen en andere medewerkers tot uiteindelijk de informatie aan patiënten en in voorkomend geval de vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger.

Als extern ombudspersoon zullen we de komende jaren, vanuit een **advies en consultpositie** en in dialoog met de interne ombudspersoon, stafmedewerkers e.a., verder werk maken van de ontwikkeling en aftoetsing van procedures die gerelateerd zijn aan de Wet Patiëntenrechten.

Om de opvolging zo efficiënt mogelijk te maken lijkt het nuttig om een overzicht/stand van zaken/**inventaris te maken van visie, procedures, richtlijnen** (beschikbaar voor medewerkers) en informatie beschikbaar voor gebruikers (patiënt, verwijzer, familie). Beide ombudspersonen (elk vanuit hun eigen ervaring) kunnen hier m.i. een waardevolle bijdrage leveren.

3. CASUSINFO

Met dit overzicht willen we de lezer een **beeld geven van de diversiteit van de soorten klachten/aanmeldingen** en waar mogelijk de **gewenste/ondernomen actie(s) en het eventuele resultaat**. We respecteren hierbij maximaal de vertrouwelijkheid van de betrokkenen en vermelden geen persoonskenmerken en al te gedetailleerde informatie rond de context.

"Deze anonieme beschrijvingen zijn immers niet gebaseerd op fictie en handelen wel degelijk over bestaande personen". We hopen dat u zich hier niet in herkent maar wel door aangesproken voelt.

Partner stelt zich vragen bij **verplichte behandeling (medicatie)** en wil info&advies rond **overdragen maatregel naar andere zorginstelling**
Vraag naar overleg/bemiddeling met psychiater
Na overleg met patient en aanmelder *geen verdere stappen gewenst* (vrees voor escalatie)

Patiënt vraagt bemiddelingsgesprek met psychiater voor **feedback over behandeltraject na beëindiging van behandeltraject**
te weinig focus op doelgroep transitieleeftijd (18-25)
bereidheid tot overleg met moeder
nood aan luisterbereidheid, nabijheid en aangepaste leefregels/afspraken
feedback wordt positief onthaald en goede afronding voor patient en psychiater

Ouders van meerderjarige patient maken zich zorgen over **functioneren patient in thuissituatie** en vragen **overleg met behandelend psychiater**
Vragen rond contact grootouders met kleinkinderen
Patient onderschrijft niet
Luisterend oor en coaching om met situatie om te gaan

Partner ontevreden over **communicatie t.a.v. bezoekmogelijkheden, behandelstrategie, bewegingsvrijheid**
Vraag naar overleg rond alternatieven (overplaatsing ?)
Aanmelding bij interne ombudspersoon
Gesprek met patient
Overleg met psychiater en afdelingshoofd
Feedback aan melder en patient

Ouders van patient niet tevreden over **weigering van langdurige opname/behandeling** ontbreken **communicatie over behandelstrategie**
Overleg OP met psychiater
Crisisopname kan, langdurige opname niet aangewezen

Patient gefrustreerd over **bejegening door persoonlijke begeleider**, voelt zich geviseerd en wil andere begeleider of `ontslag`
Toelichting context en leefregels door PB
Feedback aan patient
Na goed gesprek terug opgeklaard

Patient gefrustreerd rond **regels en afspraken verlofregeling**
"er zijn weinig therapieën en toch doet men moeilijk over verlofaanvragen" (zomerperiode)
Twijfel rond motivatie voor behandeling bij team
Patient `kiest`voor ontslag

Geen ziekenhuisbreed beleid rond verlofaanvragen

Moeder van patient stelt zich vragen bij behandeling (**bejegening, bewegingsvrijheid, medicatie**)
Na gesprek *geen verdere stappen gewenst* uit vrees voor tegenreactie: ontslag)

Patient in GO niet akkoord met **verplichte medicatie**
Vragen rond **recht op weigering/toestemming informatie aan derden**

BIJLAGE 1

AANMELDINGEN OPZ Geel 2018

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 29/01/2018, de laatste op 25/10/2018. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2018.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 10, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 11.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	0	0	20	**10**
aanmelders	0	0	20	**10**

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	20		**10**	
aanmelders	20		**10**	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	4	26,66	2	33,33
binnen de week	9	60,00	4	66,66
binnen de 2 weken	1	6,66	-	-
binnen de 4 weken	1	6,66	-	-
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	15	100	6	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	5	25,00	4	40,00
1 contact	10	50,00	4	40,00
2 contacten	2	10,00	2	20,00
3 contacten	3	15,00	-	-

meer dan 3 contacten	-	-	-	-
totaal	20	100	10	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		2	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	19		11	

De **10** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 10 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
1	10	100,00	10	100,00
totaal	10	100	10	100

De **20** aanmeldingen *(2017)* komen van in totaal 20 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
1	20	100,00	20	100,00
totaal	20	100	20	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	15	75,00	5	50,00
groep patiënten	-	-	-	-
andere	5	25,00	**5**	50,00
totaal	20	100	10	100

Geslacht indien individueel

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
man	3	20,00	1	20,00
vrouw	12	80,00	4	80,00

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

onbekend	-	-	-	-
totaal	15	100	5	100

Initiële aanmelder indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	4	80,00	**5**	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	1	20,00	-	-
totaal	5	100	5	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	20,00	-	-
als vertrouwenspersoon	2	40,00	4	80,00
ten persoonlijke titel	2	40,00	1	20,00
totaal	5	100	5	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	-	-	1	20,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	1	20,00	2	40,00
terugkoppeling was niet mogelijk	1	20,00	2	40,00
terugkoppeling was niet nodig	3	60,00	-	-
totaal	5	100	5	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
ja	18	90,00	9	90,00
neen	2	10,00	1	10,00
totaal	20	100	10	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	1	50,00	-	-
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	-	-	-	-
vorige jaren in andere voorziening	1	50,00	1	100,00
totaal	2	100	1	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	4	20,00	**3**	30,00
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	7	35,00	4	40,00
telefonisch *(of GSM, SMS)*	9	45,00	3	30,00
totaal	20	100	10	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	6	30,00	2	20,00
vraag tot interventie	10	50,00	7	70,00
vraag tot signalering	2	10,00	-	-
vraag naar een luisterend oor	2	10,00	1	10,00
totaal	20	100	10	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	1	10,00	-	-
vraag om een ander soort akkoord	9	90,00	7	100,00
totaal	10	100	7	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	3	15,00	3	30,00
neen	17	85,00	**7**	70,00
werd niet bevraagd	-	-	-	-
totaal	20	100	10	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	2	66,66	1	33,33
formele interne klachtenprocedure	1	33,33	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	2	66,66
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	3	100	3	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	5	29,41	**3**	42,85
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	12	70,58	4	57,14
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	17	100	7	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	17	85,00	7	70,00
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	1	5,00	**3**	30,00
niet van toepassing	2	10,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	20	100	10	100

C. Inhoud van de aanmelding

Aanmeldingen weerhouden voor Federale Commissie Rechten van de patiënt

Vanaf 2007 voorziet 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 moeten door de ombudspersoon rechtstreeks overgemaakt worden aan de Federale Commissie. U vindt een kopie in hoofdstuk 7.

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 worden 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	4	20,00	2	20,00
aanmeldingen die weerhouden worden	16	80,00	8	80,00
totaal	20	100	10	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	8	50,00	**7**	87,50
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	5	31,25	-	-
3. informatie	1	6,25	1	12,50
4. geïnformeerde toestemming	1	6,25	-	-
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	6,25	-	-
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	16	100	8	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	20	100,00	10	100,00
algemene vraag los van patiëntenrecht	-	-	-	-
totaal	20	100	10	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	-	-	-	-
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	-	-	-	-
psychiater	7	35,00	7	70,00
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	6	30,00	-	-
persoonlijke begeleider	-	-	1	10,00
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	4	20,00	2	20,00
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	1	5,00	-	-
voedingsdienst	1	5,00	-	-
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	1	5,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	20	100	10	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	11	55,00	8	80,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	5	25,00	-	-
3. informatie	1	5,00	1	10,00
4. geïnformeerde toestemming	1	5,00	1	10,00
5. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	5,00	-	-

7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	1	5,00	-	-
totaal	20	100	10	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	-	-	1	12,50
1.2. goede behandeling/begeleiding	6	54,54	4	50,00
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	9,09	2	25,00
1.4. goede hotelservice	2	18,18	-	-
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	9,09	-	-
1.7. beschermende maatregelen	1	9,09	1	12,50
totaal	11	100	8	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	1	100,00
correcte omgangsvormen	-	-	-	-
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Goede behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	2	33,33	-	-
medicatie	-	-	1	25,00
individuele therapie	1	16,66	-	-

groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	1	16,66	-	-
betrokkenheid familie	1	16,66	2	50,00
start opname/behandeling/begeleiding	1	16,66	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	25,00
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	4	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	100,00	1	50,00
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	1	50,00	-	-
infrastructuur/accommodatie	1	50,00	-	-
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	1	100,00	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	1	100,00	1	100,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	5	100,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	-	-

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	100,00	-	-

duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	1	100	1	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	1	100,00	1	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		1	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-

	afschrift	-	-	-	-
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		-	-	-	-

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(11)*.

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	-	-	1	9,09
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	1	5,26	-	-
informeren	3	15,78	2	18,18
signaleren	3	15,78	-	-
coachen	6	31,57	2	18,18
bemiddelen	6	31,57	6	54,54
totaal	19	100	11	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	2	33,33	**2**	33,33
ombudspersoon zonder patiënt	4	66,66	4	66,66
totaal	6	100	6	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	4	21,05	-	-
binnen de week	8	42,10	4	36,36
binnen de twee weken	2	10,52	2	18,18
binnen de vier weken	5	26,31	2	18,18
later dan vier weken	-	-	**3**	27,27
totaal	19	100	11	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	3		12	

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	14	73,68	5	45,45
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	2	10,52	3	27,27
ontevredenheid patiënt	1	5,26	1	9,09
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-

gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	2	10,52	2	18,18
totaal	19	100	11	100

Evaluatie proces

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	17	89,47	8	72,72
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	9,09
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	2	10,52	2	18,18
totaal	19	100	11	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
Federale Ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

Aanmeldingen en aanmelders Vlaanderen 2011-2018

2011	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	**291**	833	620	214	289	2.247
aanmelders	**269**	332	238	158	124	**1.121**
2012						
aanmeldingen	**266**	867	901	296	353	2.683
aanmelders	**247**	299	377	231	113	**1.267**
2013						
aanmeldingen	**303**	748	845	267	254	2417
aanmelders	**288**	288	222	223	**98**	**1.119**
2014						
aanmeldingen	**260**	768	928	291	268	2.515
aanmelders	**258**	343	356	256	**106**	**1.319**
2015						
aanmeldingen	**264**	664	1156	277	170	2.531
aanmelders	**261**	330	453	261	**97**	**1.402**
2016						
aanmeldingen	**315**	542	1120	277	317	2.571
aanmelders	**305**	287	323	257	167	**1.339**
2017						
aanmeldingen	**590**	582	1044	257	320	2.793
aanmelders	**468**	306	253	234	182	**1.443**
2018						
aanmeldingen	**525**	567	901	280	172	2.445
aanmelders	**426**	299	325	261	77	**1.388**

Jaarverslag 2018

Ombudsdienst
OPZ Geel

Inhoud

Inleiding _____ *3*

Dankwoord _____ *4*

Situering van de ombudsdienst binnen het OPZ Geel _____ *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**

Wet op de patiëntenrechten _____ *10*

4. De patiëntenrechtenwetgeving omvat een aantal subcategorieën: _____ **10**

Verloop van de klachtbehandeling _____ *11*

5.1 Aanmelding _____ **11**

5.2 Klachtenbeeld _____ **13**

5.3 Klachtenbehandeling _____ **19**

5.4 Structurerende of corrigerende maatregelen _____ **20**

5.5 Looptijd van de klacht _____ **22**

5.6 Effect van de klachtenbemiddeling _____ **22**

Conclusie / besluit _____ *24*

6.1 Plaats en aanwezigheid van de ombudsdienst _____ **24**

6.2 Bevorderen van de communicatie _____ **24**

6.3 Medewerking van de directie _____ **25**

6.4 Medewerking zorgverstrekkers _____ **25**

6.5 Klachtbegeleiding _____ **25**

6.6 Klachtentevredenheid _____ **25**

APPENDIX _____ *28*

VERZOENINGSVERHALEN _____ **28**

Algemeen besluit _____ *34*

8.1 Aanbevelingen voor 2019 _____ **34**

Inleiding

"Het hart van de mens is gemaakt om tegenstrijdigheden met elkaar te verzoenen"
David Hume - Schots filosoof

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. Het OPZ heeft een interne ombudsdienst, Mevr. Julienne Aerts en een externe ombudsdienst; Overlegplatform Antwerpen, Dhr. Peter Declercq. In dit nieuwe jaarverslag schetsen we een overzicht van de werking van de interne ombudsdienst anno 2018. De externe Ombudsdienst behoud zijn eigen registratie/verslaggevingsbeleid en opteerde om een eigen 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 2018, 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 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, Dhr. Bart Weekers, blijft ons inspireren om het jaarverslag op te maken. Hij spreekt telkens over 'verzoenen' in plaats van 'bemiddelen'. Verzoenen bezit een persoonlijke, warme emotionele connotatie terwijl bemiddelen eerder zakelijk, koel en afstandelijk kan worden aangevoeld. Vandaar zal ik het woord 'verzoenen' en -afleidingen gebruiken in dit jaarverslag (waarvoor dank aan de heer Bart Weekers). Zijn moto is: "bemiddelen werkt, - verzoenen doen we samen". Want een ombudsdienst tracht 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. Dat is ook exact waarin de ombudsdienst het verschil maakt –en- dat is ook exact waar Bart Weekers naar vraagt in dit jaarverslag. De Vlaamse Ombudsman toont daardoor minder interesse in cijfermateriaal maar vraagt uitdrukkelijk het accent te leggen op de verzoeningsverhalen en -resultaten. Dit is de betekenisvolle stap die de ombudsdienst zet, die zonder de ombudstussenkomst/verzoening niet zou zijn gerealiseerd. De hoge succes rate is daarmee ook 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 klachtenverzoening.

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 en de Raad van Bestuur mij schenkt in mijn taak als ombudsvrouw.

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 . 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, intervenieert 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.

Er zal gepoogd worden een oplossing te vinden zodat voor de klager de reden tot klagen vervalt en een constructieve werkrelatie kan blijven behouden. Bemiddeling veronderstelt wederzijdse verheldering van de standpunten, wederzijdse toegevingen, desgevallend een compromis of verzoening te installeren.

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.

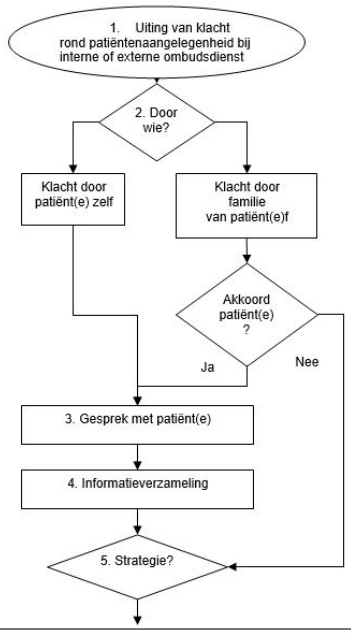
Jaarlijks wordt een jaarrapport opgesteld.

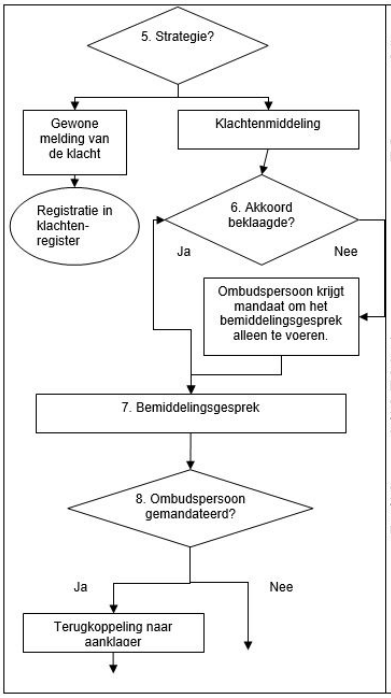
3.6 Bekendmaking en sensibilisatie

De ombudsdienst verleent zijn actieve medewerking aan de bekendmaking van de werking van zijn dienst en intervenieert 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
	Patiënten hebben de keuze tussen de ombudsdienst van OPZ Geel of een externe ombudsdienst. Indien intern geldt onderstaande werkwijze: 1. De klacht komt binnen bij de ombudspersoon via: - aanmeldingsformulier - telefoon - persoonlijk contact - mail - brief 2. De klacht door patiënt zelf geformuleerd of klacht door familie/pleegfamilie: navraag gedaan of patiënt deze klacht onderschrijft. Indien gewenst geeft de ombudsdienst een ontvangst-bevestiging. ER WORDT NIET NAGEGAAN OF: - DE KLACHT AL DAN NIET GEGROND IS - DE KLACHT AL DAN NIET ONTVANKELIJK IS. 3. Verduidelijking van de klacht en aftoetsing van de verwachtingen. 4. De ombudspersoon zoekt bijkomende informatie, onderzoekt de context van de klacht, gaat mogelijkheden na. 5. De ombudspersoon gaat na - in overleg met de aanklager - of er een specifieke strategie moet worden uitgestippeld rond de klachtenbehandeling..	Alle personeelsleden Ombudspersoon	B ↓	Flyer Ombudsdienst Aanmeldingsformulier Bevestiging van ontvangst, schriftelijk of per e-mail.

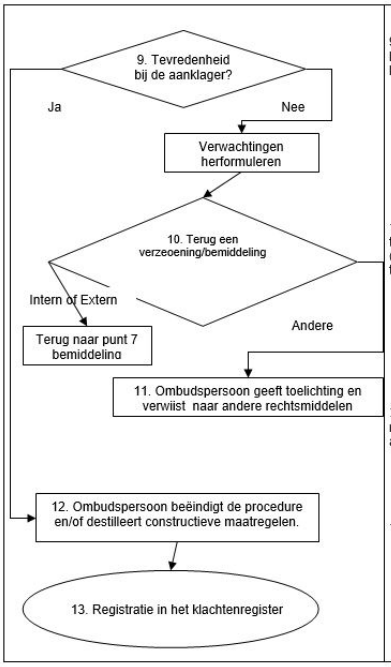


5. Welke strategie moet gevolgd worden in functie van de ernst of mogelijke gevolgen van de klacht?

6. Informatieverstrekking of bemiddeling? Is iedereen bereidwillig om in bemiddelingsgesprek te gaan?

7. Tijdens het bemiddelingsgesprek worden partijen aangespoord tot bereidheid om naar elkaar te luisteren en een open houding aan te nemen. Dit bemiddelingsgesprek kan een 3-mans gesprek zijn (triade klager, beklaagde en ombudspersoon). De beklaagde kan ook een dienst of team zijn, waardoor voor het bemiddelinggesprek meerdere afspraken en/of concrete planning dienen gemaakt.

8. Voerde de ombudspersoon het bemiddelingsgesprek zonder dat de patiënt(e)/aanklager hierbij aanwezig was? In dat geval koppelt hij/zij de inhoud van het gesprek terug naar de aanklager.



9. Is de aanklager tevredengesteld door het bemiddelingsgesprek en/of voorstellen? Dit wordt expliciet bevraagd.

10. Er kan een nieuwe afspraak gemaakt worden om terug te verzoenen/bemiddelen door OPZ klachtenbemiddeling (intern of extern). Navragen wat klager meer nodig heeft om tot een tevredenheid te komen.

11. Ombudspersoon informeert de klager over andere rechtsmiddelen, vb. Vlaamse ombudsdienst, Orde der artsen.

12. Ombudsdienst:
- bevraagt tevredenheid bij de klager;
- klacht heeft altijd twee gezichten: naar klager en naar instelling toe. Men bekijkt om contstructieve of preventieve maatregelen in te stellen. Deze worden gesignaleerd aan directie en /of meteen geïnstalleerd.
- beeindigt de procedure. /

Opstellen jaarverslag

Klachtenregister

Wet op de patiëntenrechten

4. De patiëntenrechtenwetgeving omvat een aantal subcategorieën:

- Recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking
- 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 mensen soms gebruiken om gehoord te worden.

Aantal klachten

In 2018 bereikten ons 98 klachten.
De klachten situeren zich in verschillende domeinen, soms gerelateerd aan een leefeenheid, aan een bepaalde dienst, aan de werking, aan de beleving, aan het beleid …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, 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.

Naast de 98 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 (80 %) bereiken de ombudsdienst via het aanmeldingsformulier of eigen briefje. Deze “aanmeldingskaart”, zit vervat in de onthaalbrochure en ligt op toegankelijke plaatsen op de verschillende campussen. Dit aanmeldingskaartje is voor zowel interne- als externe ombudsdienst opgemaakt. Blijkbaar is het een handig en frequent gebruikt middel om de ombudsdienst te contacteren. Het kan ook gewoon met een zelf geschreven briefje. Dit kaartje/briefje kan eenvoudig in de brievenbus worden gestopt, gelokaliseerd op de campussen of leefeenheden van het OPZ Geel.

Een andere manier van klachtenformulering is het telefonisch contact (12%). 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.
Het gebeurt dat zorgverstrekkers tijdens een gesprek met een patiënt een ongenoegen ervaren, die dan ook meteen een telefoontje doen ten behoeve van de patiënt om eens langs te willen komen. Ook zorgverstrekkers staan zeer open t.a.v. problemen en reageren op een proactieve manier.

Schriftelijke contactname in verband met klachtenmelding zien we minder frequent. (2%).
Uiteraard zijn er ook klachten via e-mail (6%). 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

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.
92% van de klachten worden rechtstreeks door de **patiënten** geformuleerd.

De **familie** (5%) 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 (2%) 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 (1%) zijn personen die een zekere betrokkenheid voelen bij een situatie waarin een patiënt zich benadeeld voelt of een opmerking hebben ten aanzien van het OPZ . Op die manier kunnen ook personeelsleden, buren, instanties of hulpverleners de rol van klachtbrenger opnemen.
We hebben dit jaar slechts 2 klachten ontvangen.

Juridische en media-dreigementen

Patiënten of families dreigen soms bij de introductie van hun verhaal/klacht met juridische- of media-“publiciteit”. In 2018 ontvingen we slechts 1 juridisch dreigement. 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.
Het juridische dreigement werd ook dit jaar geneutraliseerd. De klacht in kwestie werd in tevredenheid afgerond.

5.2 Klachtenbeeld

Algemene situering

We merken dat de klachten niet meer te structureren zijn volgens de traditionele ‘triade’: klager – beklaagde – 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.

We behandelen alle klachten, niet alleen die gerelateerd zijn aan de “Wet op de Patiëntenrechten”. Dit geeft dan ook een meerwaarde en signaalfunctie aan de Ombudsdienst voor onze steeds verbeterende dienstverlening in breed perspectief.

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 of oriënteren waar hij verder en beter terecht kan.

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 (cf. 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 klachtenmelding.

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 beklaagde. 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. Toekomstgericht stellen we het aanstellen van vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger voor.

In 2018 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 om volgende stappen te zetten.

Klachten over facturen

In 2018 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. Beiden klachten werden intensief toegelicht en oplossingen aangeboden, die daardoor beiden positief werden afgerond.

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.

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.

Proactieve klachten

De ombudsdienst kan soms ook proactief 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 vraag 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 GEEN klachten over de maaltijden.
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 taakinhoud 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 dienstverstrekking

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 feilloos werkend 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 of Medisch Directeur 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 inzagerecht kan altijd rechtstreeks (en schriftelijk) aan de Medisch Directeur worden gesteld, conform de procedure. Ze wordt 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 wordt aan 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 2018 ook extra ingezet om familie goed te informeren zonder de wens van de patiënt te ontkrachten. We gaan de vraag om informatie door te geven aan de familie op een minder routineuze, en persoonlijkere manier aan de patiënt stellen. 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 evenals de paramedische diensten. 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.

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.

In verschillende teams worden de patiënt uitgenodigd op het teamoverleg, zodanig dat de stem van de patiënt ook wordt opgenomen in de besluitvorming van zijn behandelplan. Hij hoort rechtstreeks van de hulpverleners hoe hij zijn evolutieproces doormaakt. Deze manier van aanpak wordt erg gewaardeerd door de patiënt.

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
Sinds de Vlaamse Ombudsman het woord ‘verzoenen’ heeft gelanceerd, is bemiddeling een woord minder gebruikt wordt.

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 (= beklaagde), 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 zorgverstrekker 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 proactieve manier laten toenemen.

Methodiek van de ombudsdienst

De kennis vanuit de vorming rond Positieve Oplossingsgerichte Therapie en de vele bijscholingen rond bemiddelen en bemiddelingstechnieken..... 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:**
Een ouder had problemen dat er poliklinisch psychologische consulenten op de campus van het OPZ zelfstandig werken, zonder te vermelden dat ze geen OPZ medewerker zijn. De psycholoog had bij opstart van haar onderzoek haar tarieven niet meegedeeld waardoor er een financiële onverwachte rekening gevraagd werd. Dit werd aan het betrokken Directielid meegedeeld voor verdere bespreking.

  De consulenten hebben inmiddels een document opgemaakt waar bij opstart van een onderzoek het hele traject qua onkosten, frequentie van consulten, … wordt uitgelegd.

- **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.

Misschien is “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.

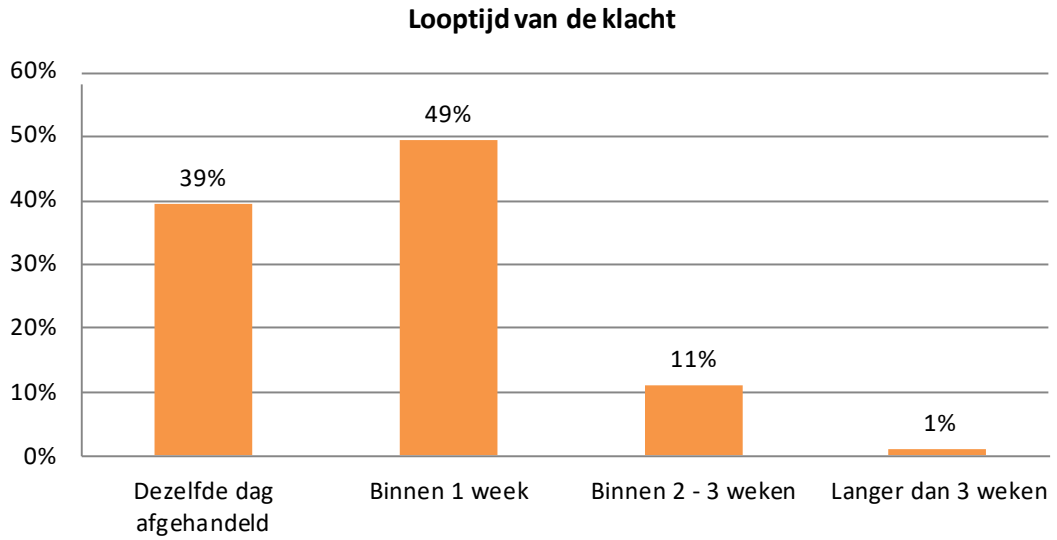
Er werd afgesproken dat hun naam telkens er wordt opgekleefd en notie wordt genomen.

- **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, die dan meer duidelijkheid kan brengen hoe lang de herstelling nog zal duren, of een extra context kan situeren waardoor het mankement sneller wordt bekeken of begrip vragen voor de duurtijd van het herstel.

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. Als interne ombudsvrouw ben ik ook heel makkelijk bereikbaar.
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 geledigd. 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

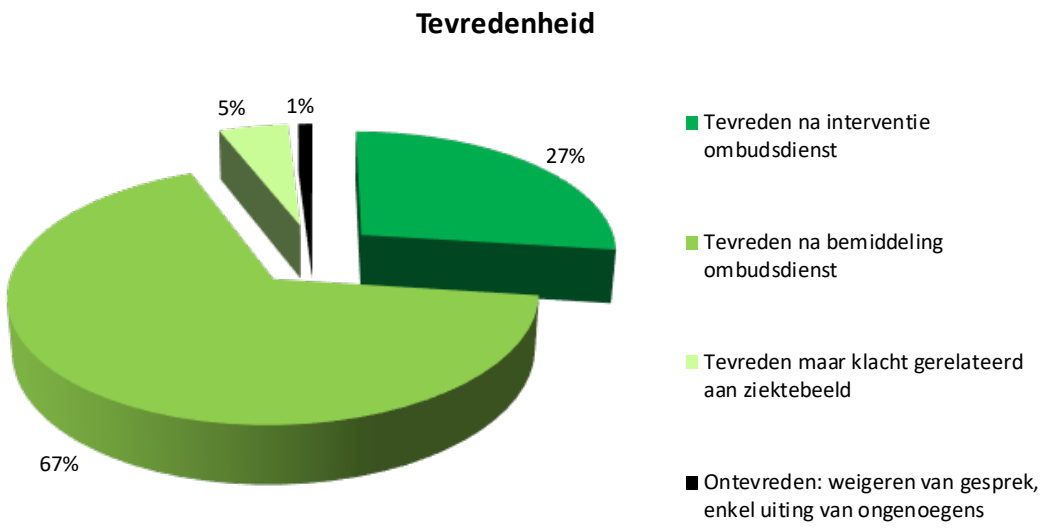
het persoonlijk verhaal van de patiënt en geeft het advies om dit verder met een specifieke hulpverlener op te nemen.

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 97% van de klachten werd in 2018 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. Het wordt verzoenen in plaats van oplossen.
Door het bestaan van de ombudsdienst voorkomen we lange en dure procedures en worden dreigementen snel 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 19 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, intervenieert 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 gevergd.

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. Al de voorstellen van de voorbije jaren zijn reeds uitgevoerd. Er is een bijzondere dank verschuldigd aan de voltallige Directie. Het is een voorrecht de kans te krijgen om neutraal te kunnen werken en de ruimte te krijgen om naar verzoening te mogen werken ten voordele van de patiënt of familie.

6.4 Medewerking zorgverstrekkers

Met de zorgverstrekkers bestaat er een zeer vlotte manier van samenwerking rond klachtenbemiddeling.
Zij zijn bereid met 'open mind' in verzoening 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. Zij kunnen in hun therapeutische relatie blijven bij een moeilijke vraag van de patiënt en doorverwijzen naar de ombudsdienst. Wetende dat de vraag toch snel en correct een vervolg krijgt. De samenwerking met de verschillende zorgeenheden wordt als zeer constructief ervaren en nooit als bedreigend gezien.

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 bevraagd of gesignaleerd te hebben aan de beklaagde, 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, begripsvolle 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 39 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 – beklaagde – 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 of op een creatieve manier de oplossingscompetentie van de klager stimuleert.

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.

APPENDIX

OMBUDSDIENST MAAKT HET VERSCHIL!!!

VERZOENINGSVERHALEN

De Ombudsdienst maakt bijna ‘altijd’ het verschil, soms in kleine-, soms in grote dingen. Soms is het eerder een beleving en een aanvoelen dat een onaangename trigger geeft om de ombudsdienst te contacteren en dit gevoel wil bespreken. Een luisterend oor en/of een verzoenend gesprek geeft een ontmijnend, rustgevend, aanvaardend gevoel. Dus het verschil kan soms ook in ‘iets’ heel klein liggen.
Door haar neutrale positie, meerzijdig partijdigheid, openheid, diplomatie en professionele attitude ontstaat er bijna altijd een verheldering van de vraag. Een verzoenend gesprek geeft bijna altijd een tevredenheid. Juist *in dit proces maakt de Ombudsdienst het grote verschil*.

Bij opstart van de Ombudsdienst OPZ, bijna 20 jaar geleden, was het opzet en ook de statuten erop gericht om klachten zo snel mogelijk, zo laagdrempelig mogelijk op te lossen. Er werd ingezet op ”klachten zijn een gratis middel” om heel intens en gericht de dienstverlening bij te sturen, aan de hand van de corrigerende- of constructieve maatregelen te installeren.

Het ultieme doel was de Ombudsdienst op termijn overbodig te maken.
Deze missie blijft in principe nog overeind. MAAR wat blijkt, zelfs als er geen echte problemen zijn, de informatie is gegeven, communicatie werd goed gevoerd, … maar klager wil toch zijn vraag even aftoetsen met een neutrale , OPZ verbonden, persoon: de Ombudsdienst.

Ik denk dat in de huidige tijdsgeest, met de mondigheid van de mensen en veel andere factoren, een Ombudsdienst nog heel lang zal nuttig blijven. Een verhelderend gesprek om het probleem juist te oriënteren (EHBO), of rust te vinden in bevestiging of dezelfde duiding/informatie die hij eerder ontving, of het probleem grondig aan te pakken.

We schetsen hierna enkele voorbeelden/verhalen die wel significant zijn voor de werking van de ombudsdienst van de voorbije tijd.
De Vlaamse Ombudsman, Dhr. Bart Weekers, vroeg uitdrukkelijk naar verzoeningsverhalen van de laatste jaren, die voor hem veel meer sprekender zijn dan cijfermateriaal. Hieruit zou hij een werkstuk op maken voor een verder overleg met het Vlaams Parlement, 2019 het verkiezingsjaar!

Casus 1:

Een kleine informatieve vraag met een groot tevredenheidsgevoel

Een patiënt wordt gedwongen opgenomen. Hij doorloopt een hele procedure, wordt geïnformeerd, gesteund, gehoord, bijgestaan… door verschillende hulpverleners, advocaat, en familie… Tijdens de zitting wordt hem alles uitgelegd. Het vonnis wordt hem overgemaakt en de persoonlijke begeleider licht de inhoud toe.
Maar na dit proces ontstaan er toch vragen en soms weerstand.
Hij zoekt een neutrale persoon die samen met hem, die niet betrokken is in het behandelingsproces, vertrouwbare informatie kan krijgen, vragen kan stellen, bevestiging kan krijgen …

De ombudsdienst kan hier werkelijk het verschil maken om alles duidelijk nog eens in kaart te brengen wat kan en niet kan. Hij kan dan zelf een geïnformeerde keuze maken om al dan niet beroep aan te tekenen, ….Dit gesprek werd tevreden afgerond. Blijkbaar was dit gesprek de start om te aanvaarden en de openheid te vinden om een therapeutisch traject aan te gaan in plaats van in weerstand te blijven.

Casus 2:

Kritiek op de patiëntenrechtenwet door familieleden van een meerderjarig kind

> "En kom niet af met de patiëntenrechtenwet, hé!" Het werd mij boos toegeroepen… Ondertussen is het mij al meermaals duidelijk geworden dat de patiëntenrechtenwet door de (meeste) familieleden van een meerderjarige patiënt hartsgrondig wordt verfoeid. Ook voor ons, de Ombudsdienst, is het soms moeilijk te balanceren tussen bezorgdheid van de familie en het recht om geen informatie te mogen doorgeven van de patiënt zelf tenzij men het feit dat precies in deze hoek de moeilijkst te bemiddelen klachten opduiken als positief kan aanzien.

Stel, een meerderjarig kind werd opgenomen in ons ziekenhuis, (wonend bij de ouders) maar weigert contact met of informatieverstrekking aan zijn of haar familiale achterhoede. Die wens wordt doorgegeven, en gerespecteerd door de zorgverstrekkers.
De familie is echter zeer bezorgd over de patiënt en kan met dat gevoel nergens naartoe: al hun vragen lopen soms dood. Dat hen alle informatie over hun kind wordt ontzegd, begrijpen ze totaal niet.
Deze familieleden, in deze situatie, zijn voor de Ombudsdienst de meest ontevreden klagers. Hun klachten zijn bovendien de moeilijkste die we te behandelen krijgen. Hier situeren zich de enige klachtendossiers die we moeten afsluiten zonder tevredenheid bij de klager. Dat probleem is feitelijk inherent aan de situatie zoals ze nu is.
Wanneer zo'n klacht ons bereikt, is er in hoofde van de klagers al heel wat gebeurd. Ze hebben met de beste bedoelingen van de wereld naar hun kind of familielid geïnformeerd. Ze hebben een gesprek gekregen maar niet echt de gewenste informatie. Ze voelen het eerder aan als het deksel op de neus te hebben gekregen. Voor hen is het duidelijk: het OPZ Geel is de boeman. Dat is een besluit waar ze snel toe zijn gekomen, maar niet snel van af te brengen zijn.
Wat ze niet zien, is dat het probleem op twee fronten ligt, waar het OPZ Geel van ver noch nabij bij betrokken is.
Enerzijds is er de patiëntenrechtenwet zelf. Die is duidelijk en de zin ervan wordt ook niet betwist. Maar de toepassing ervan kan erg pijnlijk zijn.
Een tweede pijnpunt is de relatie tussen de patiënt en zijn familie. Een meerderjarige die aangeeft dat zijn ouders of zijn broers en zussen geen zaken hebben met wat hem overkomt, heeft daar zijn redenen voor. Goede redenen of slechte, dat is niet relevant. Voor hem zijn ze in elk geval goed genoeg om eenzijdig en zonder opgave van redenen de band met zijn familie te (laten) verbreken.

Een en ander leidt logischerwijs tot een patstelling.
Laconiek met de patiëntenrechtenwet afkomen, kunnen we ons niet permitteren.
Hoe geraken we eruit? Hoe vermijden we dit soort klachten?

Voorstel is wel om de Patiëntenrechtenwet te nuanceren voor de Geestelijke Gezondheidssector op het vlak van delen van de informatie samen met de patiënt. Aanduiden van een vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger wordt in het OPZ erg gestimuleerd. Dit is een middel om toch wat milder te kunnen ageren op deze vraagstelling.

Casus 2.0
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."

Een heel proces werd opgezet via paramedische hulpverleners, en arts om samen met de kans te geven om toch wat informatie te delen met zus, om praktische zaken te mogen regelen. Het is een moeizaam, maar succesvol traject geworden en als afsluiter werd de zus aangesteld als vertegenwoordiger om dezelfde problemen te voorkomen.
Hieruit concludeer je dat het weigeren van de patiënt om informatie te delen met de familie ook een genuanceerde kant heeft.

Casus 3
Klachten over gezinsverplegingspatiënten die naar een rusthuis worden doorverwezen

Patiënten waarvoor een langdurig verblijf in een pleeggezin onmogelijk is omwille van allerlei redenen worden opgenomen in ons Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum. Door de vergrijzing van onze populatie wordt het aantal dat niet meer in een pleeggezin kan verblijven steeds groter. Onze directie heeft na grondig overleg beslist dat patiënten kunnen worden doorverwezen naar een rusthuis. Pleegfamilies en patiënten worden inmiddels voldoende geïnformeerd over deze nieuwe aanpak. Maar toch zijn er klachten als de boodschap voor hen ook geldt. Inmiddels informeren de zorgverstrekkers zeer zorgvuldig de pleegfamilie, de familie en uiteraard de patiënt bij een einde van een gezinsverplegingtraject. Ze worden echt betrokken bij het overplaatsingstraject en krijgen hierin ook medezeggenschap. Hierdoor worden de klachten al vlug omgebogen naar een medebetrokkenheid.
Deze klachten werden nochtans succesvol benaderd, vnl. door de rustige, informerende, procesmatige aanpak van de pleegfamilie en de patiënt. In overleg met patiënt en met inspraak van familie wordt de zoektocht naar een geschikt rusthuis aangegaan.

We concluderen dat er op vlak van communicatie en overleg veel aandacht wordt besteed en dat loont en wordt gewaardeerd.

Ter verduidelijking voeg ik een (anonieme) kopie toe van een ***schriftelijke klacht en de positieve reactie***, om het proces dat zowel patiënt als pleegfamilie onderging en te situeren. De persoonlijke, empathische aanpak en -tussenkomst en de open communicatie van de ombudsdienst, wordt hierdoor de krachtpijler tot een helend, oplossingsgericht tevreden effect. De pleegfamilie (h)erkennen in hun betrokkenheid voor onze patiënt en respect voor de jarenlange inzet van de pleegfamilie, naast de bezorgdheid voor de nieuwe situatie, geeft een constructieve start in het proces.

“Een tijdje geleden heeft u een gesprek gehad met mijn moeder, over de twee patiënten die gedurende 55 jaar in ons gezin werden opgenomen.

U heeft tijdens dat gesprek het een en ander vernomen over de manier waarop wij tegen het OPZ als instelling, en vooral de dagelijkse werking ervan, aankijken. Het werd ten zeerste geapprecieerd dat u wilde luisteren en dat kan, zo hopen wij in elk geval, alleen maar ten goede komen van andere of toekomstige patiënten.

Er werd u verteld dat wij ons steeds als de familie beschouwd hebben van de bovenvermelde patiënten en ook al zijn ze niet meer bij ons inwonend, wij beschouwen hen nog steeds als dusdanig. 55 jaar werd er voor hen gezorgd en deelden zij hun leven met ons, en vooral ook met elkaar. Beide waren in een min of meer vergelijkbare toestand en de ene hielp de andere waar dat kon of nodig was. De hersenbloeding van patiënt X heeft daar een einde aan gemaakt en hij belandde uiteindelijk tot ieders tevredenheid in een rusthuis. Daar gaan wij hem nog steeds dagelijks bezoeken en dat is het hoogtepunt van zijn dag.

Op die 55 jaar dat beiden bij ons verbleven, hebben wij nooit eisen gesteld of moeilijk gedaan over wat voor probleem dan ook. We hebben enkel 1 ding gevraagd: dat patiënt Y als de tijd daarvoor rijp was ook in hetzelfde rusthuis terecht zou kunnen. Ze hebben beiden hun mentale en nu ook fysieke beperkingen maar ze hadden elkaar daar wel kunnen helpen voor zowel praktische zaken als gewoon om het gezelschap en de vertrouwdheid die ze onderling hebben.

Vandaag werd ons meegedeeld dat patiënt Y naar een ander rusthuis wordt overgebracht en niet in het rusthuis waar patiënt X verblijft. En dat terwijl er een zo voor de hand liggende oplossing was: samen in een rusthuis. Vorige week werd op de afdeling waar dhr. X nu verblijft nog een nieuwe patiënt van het OPZ opgenomen, dus niemand moet ons komen vertellen dat er geen plaatsen beschikbaar zijn.

Wij zouden het bijzonder op prijs stellen als u de moeite zou willen doen om deze zaak te onderzoeken en te kijken of er eventueel nog iets aan te doen is, in het belang van beide patiënten.

Tijdens een overleg met patiënt Y over een mogelijke opname in een rusthuis gaf hij te kennen de voorkeur te hebben voor een ander rusthuis, dan waar zijn vroegere medepatiënt nu verblijft. Hij zou zich altijd ten dienste gaan stellen van patiënt X ten koste van zijn eigen belang en behoefte. Er werd zeer snel een plaats gevonden in het vooropgestelde rusthuis en meteen gecommuniceerd aan het ex-pleeggezin.
We nodigden de pleegfamilie uit om dit uit te spreken en ze waren erg verwonderd en boos.
We spraken af dat patiënt Y toch ging proberen en dat wij ervoor zorgden dat ze na enkele weken, ze persoonlijk een overleg konden hebben met de zorgverstrekkers over zijn verblijf.”

Reactie van pleegfamilie na tussenkomst Ombudsdienst:

“Vandaag hebben wij een persoonlijk gesprek gehad met de medewerkers van het rusthuis waar patiënt Y sinds een paar weken verblijft (wat u voor ons organiseerde) en dat gesprek is bijzonder positief verlopen. Het personeel toonde belangstelling voor zijn voorgeschiedenis en zijn voorkeuren.

Tevens hebben wij tijdens onze bezoekjes de laatste tijd ook gemerkt dat dhr. Y zo stilaan los aan het komen is. Hij lijkt het er naar zijn zin te hebben en neemt deel aan de activiteiten die georganiseerd worden.

Vanwege deze onverhoopt positieve ontwikkeling, menen wij dat het wellicht het beste is om de zaken nu maar te laten zoals ze zijn, zodat hij kan wennen aan zijn nieuwe permanente thuis. Verdere stappen zijn dus niet meer nodig.

Wij willen u graag bedanken omdat u bereid was te luisteren en voor uw persoonlijke gewaardeerde professionele interventies”

Casus 4
Onbetaalde hoogoplopend factuur:

Een patiënte betaalde haar ziekenhuisrekening niet.
De factuur liep op tot een aardig bedrag, alhoewel ze telkens consultaties plande en kreeg. Ze werd, na meerdere verzoeken tot betaling, met een aangetekende zending gevraagd de (opgelopen) rekening toch te betalen.
Hierdoor contacteerde ze de Ombudsdienst om na te gaan of er een oplossing kon worden gevonden.

Inderdaad, deze vrouw was zelf overspoeld door al haar problemen enerzijds en anderzijds wist zij niet dat ze een terugbetaling van de mutualiteit kon ontvangen, waardoor ze de uitstaande betaling maar liet oplopen. Via begrip en informatie was een oplossing vlug nabij en werden afspraken uitgewerkt; namelijk door eerst de terugbetaling van de mutualiteit te regelen en vervolgens een afbetalingsplan op te maken. De financiële dienst, stelt zich altijd zeer begripvol, soepel en constructief manier op om een afbetalingsplan op te stellen.

Een kleine tussenkomst van de Ombudsdienst voor een grote wederzijdse tevredenheid.

Casus 5

Irritaties over het ontcijferen van een factuur

Een patiënt die maanden residentieel werd opgenomen, geraakt niet meer wijs uit al zijn openstaande facturen. Af en toe betaalt hij een willekeurig bedrag dat hij kan missen in zijn budget.
Hierdoor is er helemaal geen helder overzicht meer wat debet of credit is. Hij neemt heel vaak contact op met de financiële/facturatie dienst. Hij wil elk bedrag dat op de factuur staat uitgeklaard zien. Hij krijgt alle informatie en documentatie en nomenclatuur toegestuurd en dit wordt hem ook mondeling persoonlijk toegelicht.
Onduidelijkheden blijven bestaan, eveneens ook over de bedragen mutualiteit versus persoonlijk aandeel. Hij wordt voor de specificaties/duiding van de bedragen van de mutualiteit doorverwezen naar deze instantie.

Er beginnen kleine ongenoegens te ontstaan over de frequente vraagstellingen die reeds eerder zijn uitgelegd. Hij contacteert de Ombudsdienst over een complex onduidelijk verhaal. Wij hebben de patiënt uitgenodigd, alle opzoekingswerk was reeds doorgegeven en voorhanden. We hebben samen met de financiële dienst heel concreet bedrag per bedrag, vraag per vraag uitgelegd en gedocumenteerd.
Uiteindelijk bleek alles te kloppen en was het voor hem erg duidelijk geworden. Het resterend openstaand bedrag zou hij meteen overmaken. Hij ronde het gesprek tevreden af. Hij stuurde zelfs nog een dankmailtje dat hij is gerustgesteld en moest hij toch nog een bedragje vinden wat hij niet kon verklaren, zou hij ons wel graag terug contacteren!

Casus 6

Ongenoegens rond poliklinische consulenten op de campus OPZ

Ouders van een kindje werden door verwezen door een OPZ kinderpsychiater naar een psycholoog voor bijkomend diagnostisch onderzoek. De psycholoog werkt als zelfstandige consulent in het OPZ, gelokaliseerd op de campus van het OPZ waardoor de ouders in de veronderstelling waren dat het een OPZ medewerker was. De ouders dachten dat de tarieven dat ook goedkoop waren. De consulent had bij aanvang van hun traject wel toelichting gegeven over het psychologische onderzoek maar niet over de kostprijs noch over haar statuut als consulent.

"Onze contacten met OPZ en het verloop van het onderzoek van ons kindje is voor ons correct verlopen en daar hebben we geen opmerkingen op. Wij zijn wel behoorlijk verbaasd over de ***kostprijs*** *en de* ***niet tussenkomst*** *van de mutualiteit.*
Een diagnostisch onderzoek bij een private instelling is wel zonder wachtlijst, wel wetende dat dit een behoorlijke kostprijs met zich meebracht. De wachtlijst bij een publieke instelling zoals OPZ Geel is wel lang om te wachten.
In overleg met de huisarts en de school werd beslist ons kind aan te melden bij het OPZ als publieke instelling i.f.v. een diagnosestelling. We accepteerden hierbij het wachtlijst-gegeven omdat de kostprijs in een private instelling een behoorlijke impact heeft gehad op het gezinsbudget.
We zijn dan ook vandaag erg verbaasd over de kosten voor de diagnosestelling wat de psychologische onderzoeken betreft, terwijl wij nergens informatie kregen over het niet terugbetaald zijn van presentaties door de mutualiteit. We mogen er toch van uitgaan dat net dat het verschil is tussen een private en een publieke instelling. We willen deze situatie principieel melden aan de ombudsdienst zodat dit kan onderzocht worden en er een rechtzetting kan gebeuren."

De ombudsdienst heeft hierin opgemerkt dat er mogelijks verwarring ontstaat, indien consulenten op de campus OPZ onderzoeken doen, als dit niet op voorhand vermeld wordt. Vanaf nu hebben de psychologische consulenten een document opgemaakt dat bij een eerste gesprek wordt toegelicht en wordt overhandigd. Hierin staat duidelijk hun positie als

‘zelfstandige’ consulent aan het OPZ uitgelegd samen met toelichting over kostprijs en over de te verwachten duur en verloop van het onderzoek. De bedoelde consulent heeft ook in deze situatie een financiële tegemoetkoming doorgevoerd.
Deze klacht werd positief afgesloten. De zakelijk financiële elementen, naast de emotionele aspecten en de visie van het OPZ op vlak van hun positie en afspraken rond zelfstandige consulenten werden meegenomen om constructieve maatregelen voor te stellen aan de directie van het OPZ.

Casus 7

Organisatorische aspecten werden door inzet van Directie en ombudsdienst versneld.

Er kwamen heel wat individuele- en ook een groepsklacht binnen dat in de herfst-winter periode geen bushokje was op de busopstapplaats, ter bescherming van het gure weer. Door de bundeling van de klachten heeft de Directie een duwtje kunnen geven in de versnelde plaatsing van een overdekt bushokje.

Algemeen besluit

Het DNA van de ombudsdienst

8.1 Aanbevelingen voor 2019

1. Een cultuur van warme zorg

Onze OPZ-visie blijven verder uitdragen en verdiepen waar nodig blijft ook voor 2019 behouden. We zijn fier te noteren dat er een open cultuur is om ongenoegens te uiten, maar eveneens fier dat de klachten over de Patiëntenrechtenwet 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.

De klachten in dit domein bewijzen dat hier een groter ongenoegen heerst dan de wetgever had ingecalculeerd.

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 werden er ook systematisch notities gedaan aangaande het aanbod om een vertegenwoordiger of

vertrouwenspersoon aan te overwegen/ aan te duiden. Ook de patiëntenparticipatie is breed uitgewerkt in het OPZ en andere patiënt gerelateerde herstel initiatieven.

Een instelling als het OPZ GEEL, met zijn expertise, die door hun zorgstrategisch plan de nadruk legt op 3 essentiële krachtlijnen, de vermaatschappelijking van zorg, het herstelgericht werken en het versterken van het ondernemerschap, blijft ambitie hebben om hun groeimarge te vergroten. (Cf. E. Nysmans) En als er toch wat misloopt, dan is de Ombudsdienst klaar om op kleine of grote thema's het verzoenend verschil te maken!

In de voorbije 19 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.

Wij blijven die uitdaging met enthousiasme aangaan!

"Zij die bereid zijn om elkaar de hand te geven, kunnen de grootste moeilijkheden overwinnen."
Nelson Mandela

Julienne Bogaerts – Aerts
Interne Ombudsvrouw OPZ Geel
februari 2019

Vzw Vlabo
Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg
Vlaams-Brabant vzw
Groeneweg 151/8
3001 Heverlee
Tel 016 27 03 10
vlabo@ombudsfunctieggz.be
www.ombudsfunctieggz.be

Psychiatrische Kliniek Sint Annendael
erkenningsnummer 942
Vestenstraat 1
3290 Diest
2018

LIEVE DESMET
EXTERNE OMBUDSPERSOON
OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

INHOUD

1. INLEIDING

2. AANMELDINGEN (kwantitatief)

3. BESLUITEN EN AANBEVELINGEN (kwalitatief)

4. PRACTISCHE GEGEVENS

1.INLEIDING

Dit is het vijftiende jaarverslag van de externe ombudsfunctie in dit ziekenhuis. Het geeft een overzicht van alle aanmeldingen die in de loop van 2018 werden gericht aan de externe ombudspersoon.

Het verslag vergelijkt de aanmeldingen van 2018 met die van 2017,

Na een weergave van de cijfers volgen een reeks **aanbevelingen.**

Net zoals vorig jaar rapporteren de externe ombudspersonen ten aanzien van de Vlaamse overheid, meer bepaald de Vlaamse ombudsdienst. De overheid voorziet geen eigen formats. De Vlaamse ombudspersoon zal in zijn jaarverslag vnl. kwalitatieve aanbevelingen noteren. Omdat er nog geen nieuwe richtlijnen kwamen inzake de verslaggeving en om de continuïteit te verzekeren hebben de externe ombudspersonen het verslag voor hun ziekenhuizen verder opgemaakt zoals de vorige jaren met inbegrip van de kwantitatieve gegevens.

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).*

Net zoals de vorige jaren wil ik erop wijzen dat een groot deel van het werk niet wordt geregistreerd zoals het beluisteren van problemen tussen patiënten onderling, luisteren naar problemen van personeel, positieve signalen van patiënten in de wandelgangen, het opbouwen van een netwerk, problemen uitrafelen en uitzoeken, verzamelen van informatie in functie van mijn aanmeldingen en daarbuiten, deelnemen aan vergaderingen op vraag, het volgen van studiedagen, intervisie en supervisie…
Dit jaar vond er ook een overleg plaats met de groep psychiaters en met de ervaringswerkers (deskundigen) in dit ziekenhuis.

De tussenkomst van de ombudspersoon bij een aanmelding is verschillend en vaak ook meervoudig. Achter één aanmelding schuilen soms diverse problemen of schending van verschillende patiëntenrechten. Het probleem waar het meeste aandacht aan gegeven werd, wordt geregistreerd.

Wat de interventie betreft volstaat het soms om te informeren, of om door te verwijzen 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 coaching. Ik werk met de mensen heel empowerend. Vaak adviseer ik de patiënt om zelf nog eens het probleem

dat zich stelt aan te kaarten en er eventueel bij te vermelden dat hij/zij hieromtrent een gesprek gehad heeft met mij. Op die manier is de externe inkijk en opvolging ook duidelijk gemaakt en komt de betrokkene vaak al een heel eind verder. Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al dan 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 via dit rapport of de bespreking ervan.

Het voorbije jaar waren er iets meer aanmeldingen dan vorig jaar, ongeveer evenveel als het jaar daarvoor. Het is moeilijk om hier conclusies uit te trekken.

De meeste klachten zijn afgehandeld op het niveau waarop ze zich aandienden.

Het gaat vooral over klachten die betrekking heb op 'het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening' (33) waarvan het voor (9) klachten de respectvolle bejegening betreft.

Voor die klachten waar er mijn inziens structurele oorzaken aan de basis liggen formuleer ik achteraan dit document signalen en suggesties.

Binnen de categorie kwaliteitsvolle dienstverlening hebben we de 'goede hotelservice' waarvan de stijging in het aantal klachten (14) opvalt. Het betreft klachten omtrent voeding (7) en betreffende infrastructuur (6).

.

Ik dank alvast directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

2. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 04/01/2018, de laatste op 21/12/2018.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 35, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 29. Dit zijn er iets meer dan vorig jaar.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	50	36	29	35
aanmelders	49	33	26	35

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	29		35	
aanmelders	26		35	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	22	75,86	23	65,71
binnen de week	6	20,68	10	28,57
binnen de twee weken	-	-	2	5,71
binnen de 4 weken	-	-	-	-
later dan 4 weken	1	3,44	-	-
totaal	29	100	35	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	-	-	-	-
1 contact	20	68,96	14	40,00
2 contacten	8	27,58	16	45,71

3 contacten	1	3,44	4	11,42
meer dan 3 contacten	-	-	1	2,85
totaal	29	100	35	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		4	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	29		29	

De **35** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 35 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
1	35	100,00	35	100,00
totaal	35	100	35	100

De **29** aanmeldingen *(2017)* komen van in totaal 26 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
3	1	3,84	3	10,34
2	1	3,84	2	6,89
1	24	92,30	24	82,75
totaal	26	100	29	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	23	79,31	28	80,00
groep patiënten	5	17,24	5	14,28
andere	1	3,44	2	5,71
totaal	29	100	35	100

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

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	13	56,52	8	28,57
vrouw	10	43,47	20	71,42
onbekend	-	-	-	-
totaal	23	100	28	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	2	40,00	3	60,00
3 personen	-	-	1	20,00
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	3	60,00	1	20,00
totaal	5	100	5	100
grootste groep	13		5	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	1	100,00	2	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	1	100,00	2	100,00
ten persoonlijke titel	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	-	-	1	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	1	100,00	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	1	50,00
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	21	72,41	32	91,42
neen	8	27,58	3	8,57
totaal	29	100	35	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	5	62,50	1	33,33
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	1	33,33
vorige jaren binnen deze voorziening	3	37,50	1	33,33
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	8	100	3	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	13	44,82	13	37,14
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	15	51,72	16	45,71
telefonisch *(of GSM, SMS)*	1	3,44	6	17,14
totaal	29	100	35	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	2	6,89	2	5,71
vraag tot interventie	8	27,58	9	25,71
vraag tot signalering	19	65,51	21	60,00
vraag naar een luisterend oor	-	-	3	8,57
totaal	29	100	35	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	-	-	-	-
vraag om een ander soort akkoord	8	100,00	9	100,00
totaal	8	100	9	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	3	10,34	-	-
neen	-	-	-	-
werd niet bevraagd	26	89,65	35	100,00
totaal	29	100	35	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	2	66,66	-	-
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	1	33,33	-	-
totaal	3	100	-	-

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	-	-	-	-
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	-	-	-	-
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	26	89,65	33	94,28
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	3	10,34	2	5,71
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	29	100	35	100

C. Inhoud van de aanmelding

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.

Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	28	96,55	33	94,28
algemene vraag los van patiëntenrecht	1	3,44	2	5,71
totaal	29	100	35	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	-	-	1	50,00
patiëntenrechten	-	-	1	50,00
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	2	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	1	3,44	1	2,85
psychiater	2	6,89	6	17,14
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	1	2,85
apotheker	-	-	-	-
verpleging	12	41,37	10	28,57
persoonlijke begeleider	1	3,44	-	-
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	1	3,44	1	2,85
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	2	6,89	1	2,85
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	1	3,44	3	8,57
voedingsdienst	6	20,68	8	22,85
poetsdienst	-	-	1	2,85
directie	3	10,34	2	5,71
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	1	2,85
totaal	29	100	35	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	26	92,85	33	100,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. inzage patiëntendossier	1	3,57	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	3,57	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	28	100	33	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	12	46,15	9	27,27
1.2. goede behandeling/begeleiding	1	3,84	3	9,09
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	5	19,23	3	9,09
1.4. goede hotelservice	8	30,76	14	42,42
1.5. betalende diensten	-	-	1	3,03
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	3	9,09
totaal	26	100	33	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	2	16,66	4	44,44
correcte omgangsvormen	6	50,00	4	44,44
grensoverschrijdend gedrag	2	16,66	-	-
andere	2	16,66	1	11,11
totaal	12	100	9	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	1	100,00	-	-
medicatie	-	-	1	33,33
individuele therapie	-	-	1	33,33
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	1	33,33
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	3	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	20,00	1	33,33
groepsleven	1	20,00	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	2	66,66
weekend- en verlofregeling	1	20,00	-	-
andere	2	40,00	-	-
totaal	5	100	3	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	6	75,00	7	50,00
infrastructuur/accommodatie	2	25,00	6	42,85
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	-	-	1	7,14
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	14	100

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	2	66,66
gedwongen opname	-	-	1	33,33
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	3	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		-	-	-	-

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	1	100,00	-	-
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		1	100	-	-

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	100,00	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(29)*.

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. 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	-	-	-	-
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	1	3,44	1	3,44
signaleren	21	72,41	20	68,96
coachen	4	13,79	6	20,68
bemiddelen	3	10,34	2	6,89
totaal	29	100	29	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	3	100,00	2	100,00
totaal	3	100	2	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	-	-	-	-
binnen de week	5	17,24	-	-
binnen de twee weken	-	-	-	-
binnen de vier weken	-	-	4	13,79
later dan vier weken	24	82,75	25	86,20
totaal	29	100	29	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	22		17	

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	5	17,24	3	10,34
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	5	17,24
ontevredenheid patiënt	3	10,34	1	3,44
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	3,44
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	21	72,41	19	65,51
totaal	29	100	29	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	13	44,82	18	62,06
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	3	10,34
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	16	55,17	8	27,58
totaal	29	100	29	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	1	100,00	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-

andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

3. BESLUITEN EN AANBEVELINGEN

In dit besluit wil ik terug verwijzen naar de aanbevelingen van vorig jaar waarin ik uitgebreid de focus legde op het belang van kwaliteitsvolle communicatie die vertrekt vanuit het empowermentparadigma. Ik had het achtereenvolgens over luisterbereidheid, patiëntparticipatie, (de participatieladder).

Verder wees ik op het belang van 'verplichte vorming' voor alle welzijns en gezondheidswerkers in het ziekenhuis en op het **belang van supervisies** over het hulpverlenen op een afdeling en over het team functioneren.

Deze aanwijzingen blijven zeer belangrijk omdat ze mee aan te basis liggen voor een respectvolle bejegening en een goede begeleiding/behandeling.

Dit jaar wensen we (alle externe ombudspersonen ggz) ook aandacht te vragen voor **de groep patiënten met een NAH** (niet aangeboren hersenletsel). Voor deze groep is er opvangcapaciteit te kort. Met als gevolg dat mensen met nood aan begeleiding niet kunnen worden opgevangen of worden doorverwezen naar diensten die niet de nodige hulp kunnen bieden en waar ze niet thuis horen. (vb jongere mensen naar Woon en zorgcentra.) Dit omdat het nodige budget vanuit het VAPH op zich laten wachten, omdat de toegang tot het VAPH moeilijk loopt en het opstarten van de juiste procedure specifieke kennis vereist die niet altijd en overal aanwezig is.

Dit probleem is aangekaart vanuit de ziekenhuizen aan het kabinet van minister Van Deurzen. In de nota worden vijf (d)evoluties beschreven.

Deze (d)evoluties brengen schrijnende klachten met zich mee.

Verder merken we dit jaar dat '**goede hotelservice': voeding en accommodatie** weer hoger scoren. De meeste meldingen situeren zich in het begin van het jaar en hadden vaak te maken met de start van de nieuwe cateraar.

Voedingsgewoontes en voedingscultuur veranderen. Hierdoor krijgen we vb meer vraag naar veganistische voeding, halal voeding. Verder hebben we ook te maken met

een groeiend aantal allergieën. Deze vragen kunnen beantwoord worden via een differentiatie in aanbod . Dit antwoord lijkt in de praktijk moeilijk te rijmen met de schaalvergroting van keukens, die verder en verder afstaan van de plek van consumptie en vraag. Een schaalvergroting die eerder een verlaging van kwaliteit of tevredenheid bij de patiënten met zich heeft meegebracht.
We stellen een evaluatie voor op dit terrein en een bundeling van goede praktijken.

Eén persoon klaagde ook de hoeveelheid voedsel aan dat wordt weggegooid.

Verder waren er ook een paar meldingen inzake **accommodatie** op St Jan, zowel inrichting kamer, als lawaai: (stappen) op de administratieve gang boven St Jan.

Eén vraag betrof ook het tekort aan fietsstalling, een ander betrof het gebrekkig afzuigsysteem voor rook in de rookruimte.

Verder werd er op St Godelieve geklaagd over de kwaliteit van het internet .

4. PRACTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING

naam:	**Psychiatrische Kliniek St.-Annendael**
adres:	Vestenstaat 1 3290 Diest
voornaam, naam en functie **vertegenwoordiger** voorziening in **comité** overlegplatform:	PUT, G. Directeur Patiëntenzorg
voornaam, naam en functie **contactpersoon** in de voorziening:	PUT G. Directeur Patiëntenzorg

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam:	**Lieve Desmet**

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres:	Groeneweg 151/7 3001-Heverlee	
e-mail :	Lieve.desmet@ombudsfunctieggz.be	
brievenbus:	Gesprekslokaal / Afdeling Sint-Elisabeth / Afdeling Sint-Jan / Afdeling Sint-Godelieve / Sint-Andries	
permanentie :	Plaatsen	dagen en uren
	Gesprekslokaal	Alle vrijdagen tussen 12 u tot 15 u Permanentie van 13u-14u
telefoon	Nummers	dagen en uren
	0497 477 067	Maandag, donderdagnamiddag en vrijdag

vzw Vlabo

Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Vlaams-Brabant vzw

Groeneweg 151/8
3001 HEVERLEE
Tel. 016 27 03 10
fax 016 27 03 19
vlabo@ombudsfunctieggz.be
www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

2018

U.P.C. K.U.Leuven
campus Kortenberg
erkenningsnr 943

Kris Bruyninckx
Externe ombudspersoon
Vlabo, februari 2019

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Inhoud

I. Inleiding 3

II. Aanmeldingen 4

III Bevindingen 5

IV. Werking van de externe ombudsvrouw binnen het ziekenhuis 7

V. Registratie 9

I. Inleiding

Dit is het vijftiende jaarverslag van de '*externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg'.* Dit psychiatrisch ziekenhuis was betrokken in het pilootproject 'bemiddeling' vanaf 1 januari 2002. Vanaf 1 november 2003 werd dit project vervangen door de 'ombudsfunctie' zoals voorzien in de Wet Patiëntenrechten van 22 augustus 2002. De tijdens dit project ontwikkelde praktijk werd zonder onderbreking voortgezet.

In hoofdstuk 2 kan u een kort overzicht van de aanmeldingen vinden.

In hoofdstuk 3 leest u de bevindingen van de ombudsvrouw.

In hoofdstuk 4 wordt de werking van de externe ombudsvrouw in het ziekenhuis uitgelegd.

Tot slot vindt u de registratie vanuit Go-Between.

II. Aanmeldingen

In 2018 bereikten 54 meldingen de ombudsdienst. Ongeveer de helft van de melders kwamen bij de ombudsvrouw terecht via direct contact. Dit wil zeggen dat de patiënt ofwel op het spreekuur kwam, ofwel de ombudsvrouw aansprak op het moment dat zij op de afdeling was. Dit duidt op het belang om direct aanspreekbaar te zijn en laagdrempelig te werken.

Ongeveer één op vier patiënten had zelf al geprobeerd om zijn ongenoegen bespreekbaar te maken of een oplossing te vinden voor zijn probleem. Zes patiënten kwamen naar de ombudsdienst na ontslag. Negen klachten komen op de ombudsdienst terecht via familie.

Ongeveer één klacht op vier is gericht naar de psychiater, 20% naar het multidisciplinair team en 13 % van de meldingen ging over de voedingsdienst.

Het overgrote deel van de aanmeldingen gaat over kwaliteitsvolle dienstverlening (85%). Ongeveer één op drie klachten gaat hierbij over goede behandeling en eveneens één op drie over de hotelservice. 11% van de klachten gaat over respectvolle bejegening, waarbij de focus ligt op correcte omgangsvormen. Bij goede behandeling vallen vooral de items 'betrokkenheid familie' en 'somatische verzorging' op. Bij hotelservice zijn de klachten verdeeld tussen voeding en accommodatie.

III Bevindingen

Familie

Naasten van de patiënten werden wel eens afgesneden van het behandeltraject, zowel bij intake, telefonisch of op de afdeling zelf. Vaak wordt tijdsgebrek of beroepsgeheim ingeroepen om niet in te gaan op de vraag van een familielid voor meer betrokkenheid. Hulpverleners weten zich niet altijd evengoed te verhouden t.a.v naasten.

Familie is voor veel patiënten een belangrijk en constant gegeven in hun leven. Zij zijn vaak de tussenschakel bij verschillende opnames in en er wordt van hen verwacht dat ze de opvang op zich nemen tijdens het weekend. Er zijn initiatieven ontstaan om toch meer familievriendelijke zorg te bieden, bv binnen de afzonderingskamers. Wij pleiten ervoor om deze initiatieven te onderlijnen en in te zetten op meer betrokkenheid tijdens opname, zodat de familie een volwaardige partner wordt in de zorg. Ook het systematisch wijzen op de mogelijkheid om een vertrouwenspersoon te benoemen , kan hierbij helpen.

In de snelle beweging van de vermaatschappelijking van de zorg, spelen naasten (familie, vrienden, buren) alsmaar een grotere rol. Zij vormen de sociale realiteit van de betrokken patiënt.

Volgende taken blijven de kern van een sterk familiebeleid:

- Mogelijkheid tot aanstelling van een vertrouwenspersoon of (in)formele wettelijke vertegenwoordiger.
- Verstrekken van informatie aan de familie: diagnose, behandelplan, toeleiding tot begeleiding (informeren uiteraard mits toestemming van de patiënt)
- 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?

Voeding

Voeding blijft een aandachtspunt. Inzetten op voeding impliceert inzetten op de levenskwaliteit en het welbevinden van de patiënt. Er zijn weinig klachten over de kwaliteit van voeding op zich. Meldingen gaan eerder over hoeveelheden, variatie en het gebrek aan eigen keuze. Ziekenhuizen worden geconfronteerd met allerhande voorschriften en regels wat betreft bereiden en bewaren van voeding. Ook hierin patiënten informeren en betrekken blijft een een uitdaging. Ook de communicatie tussen een afdeling en de keuken moet duidelijk zijn, zowel qua doorgeven van diëten als doorgeven van aantal aanwezige patiënten.

Communicatie

Vanuit de meldingen blijkt dat patiënten niet altijd een duidelijk zicht hebben op hoe hun opname zal verlopen. Het betrekken van patiënten in hun persoonlijk traject verhoogt het vertrouwen, geeft minder angst en zorgt voor een betere patiëntveiligheid. Het is een streven om patiënten te zien als partner in hun eigen zorg. 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. Hun feedback en open staan voor hun expertise resulteert in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, empowerment, een positieve samenwerking, kortweg een zeer goede therapeutische relatie. Wij pleiten voor een continue, transparante communicatie, met veel overleg in plaats van het doorgeven van verwachtingen en regels .

IV. Werking van de externe ombudsvrouw binnen het ziekenhuis

De ombudsfunctie in de GGZ biedt de patiënt een laagdrempelig en toegankelijk aanspreekpunt. De patiënt kan hier in alle vertrouwen terecht met zijn ongenoegen , vragen en opmerkingen. De onvrede bespreekbaar maken, is één van de belangrijkste doelstellingen van de ombudsfunctie.
De ombudsfunctie is preventief bedoeld. Escalatie van klachten wordt vermeden door het tijdig detecteren en onderkennen van problemen. Onder een klacht verstaan we elke uiting van ongenoegen of vraag naar informatie of verduidelijking door de patiënt.
De voorziening kan van haar kant aan de hand van opmerkingen en informatie sommige klachten in de toekomst vermijden.
Het is de bedoeling de relatie tussen hulpverlener en patiënt te optimaliseren en hen te stimuleren begrip op te brengen voor mekaars standpunt.

Op elke afdeling is er een affiche van de interne en de externe ombudsvrouw, en liggen er hun persoonlijke folders en de informatiebrochures over patiëntenrechten van de overheid. Op eenvoudige vraag kunnen patiënten en personeel deze brochures en folders bij hen aanvragen.
Er hangt voor zowel de externe als de interne ombudspersoon een brievenbus aan de spreekkamer vooraan in het ziekenhuis, op elke kant van Sint-Agnes en in de gang van de ouderenpsychiatrie. Er zijn ook brievenbussen op de Kade en op de afdeling Beaufort. Het wekelijkse bezoek op deze afdelingen om de brievenbussen na te kijken, geeft de patiënten de gelegenheid de ombudspersoon aan te spreken over hun probleem. Dit blijkt zeer laagdrempelig te zijn. Bijna wekelijks worden zo (informatie)vragen gesteld, zonder dat er zelfs maar sprake is van een klacht.
De ombudsvrouw heeft een wekelijks spreekuur op maandag van 12u30 tot 13u30. De uren zijn zo gekozen omdat patiënten dan vrij zijn. Zo kunnen zij naar de ombudsdienst komen en toch deelnemen aan therapieën. Voor het spreekuur hoeven de patiënten geen afspraak te maken. Verder kunnen zij de ombudsvrouw ook

telefonisch of per mail bereiken.

Algemeen kan gesteld worden dat de ombudspersoon luistert, informeert, overlegt, bemiddelt en/of doorverwijst, registreert en signaleert.

De ombudsvrouw hanteert het subsisiariteitsbeginsel. Het probleem wordt aangepakt daar waar het zich stelt. Een leidinggevende wordt dus niet automatisch op de hoogte gebracht van klachten. Dit gebeurt alleen bij herhaling van klachten of als rechtstreekse communicatie niet mogelijk is, of als de feiten zo zwaarwichtig zijn, dat ze niet in aanmerking komen voor bemiddeling. In campus Kortenberg moeten klachten niet schriftelijk gemeld worden, veel meldingen worden gedaan op het moment dat de ombuds op de afdeling is. Dit is vooral voor patiënten die minder mondig zijn een veilige manier om vragen te stellen.

V. Registratie

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 05/01/2018, de laatste op 04/12/2018. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 54, het totaal aantal in 2018 afgesloten aanmeldingen 54.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	50	59	48	54
aanmelders	47	54	45	47

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	48		54	
aanmelders	45		47	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	38	82,60	39	72,22
binnen de week	7	15,21	13	24,07
binnen de twee weken	1	2,17	2	3,70
binnen de 4 weken	-	-	-	-
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	46	100	54	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	2	4,16	-	-
1 contact	40	83,33	44	81,48

2 contacten	3	6,25	8	14,81
3 contacten	1	2,08	-	-
meer dan 3 contacten	2	4,16	2	3,70
totaal	48	100	54	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		5	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	48		54	

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
2	7	14,89	14	25,92
1	40	85,10	40	74,07
totaal	47	100	54	100

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
2	3	6,66	6	12,50
1	42	93,33	42	87,50
totaal	45	100	48	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	39	81,25	41	75,92
groep patiënten	1	2,08	4	7,40

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

andere	8	16,66	9	16,66
totaal	48	100	54	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	11	28,20	28	68,29
vrouw	28	71,79	13	31,70
onbekend	-	-	-	-
totaal	39	100	41	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	-	-
3 personen	1	100,00	2	50,00
4 personen	-	-	2	50,00
meer dan 4 personen	-	-	-	-
totaal	1	100	4	100
grootste groep	3		4	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	8	100,00	9	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	9	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	2	25,00	1	11,11
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	6	75,00	8	88,88
totaal	8	100	9	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	4	50,00	3	33,33
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	1	12,50	1	11,11
terugkoppeling was niet mogelijk	3	37,50	4	44,44
terugkoppeling was niet nodig	-	-	1	11,11
totaal	8	100	9	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	38	79,16	49	90,74
neen	10	20,83	5	9,25
totaal	48	100	54	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	5	50,00	2	40,00
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	1	20,00
vorige jaren binnen deze voorziening	5	50,00	1	20,00
vorige jaren in andere voorziening	-	-	1	20,00

totaal	10	100	5	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	21	43,75	26	48,14
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	20	41,66	15	27,77
telefonisch *(of GSM, SMS)*	7	14,58	13	24,07
totaal	48	100	54	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	4	8,33	6	11,11
vraag tot interventie	23	47,91	34	62,96
vraag tot signalering	18	37,50	13	24,07
vraag naar een luisterend oor	3	6,25	1	1,85
totaal	48	100	54	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	2	8,69	2	5,88
vraag om een ander soort akkoord	21	91,30	32	94,11
totaal	23	100	34	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	3	6,25	15	27,77
neen	43	89,58	39	72,22

werd niet bevraagd	2	4,16	-	-
totaal	48	100	54	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	2	66,66	14	93,33
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	1	33,33	1	6,66
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	3	100	15	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	1	2,56
durfde niet	1	2,32	1	2,56
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	42	97,67	37	94,87
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	43	100	39	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	37	77,08	48	88,88
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	11	22,91	6	11,11
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	48	100	54	100

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	46	95,83	53	98,14
algemene vraag los van patiëntenrecht	2	4,16	1	1,85
totaal	48	100	54	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familiaal	1	50,00	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	1	50,00	1	100,00
patiëntenrechten	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geen	2	4,16	7	12,96
psychiater	19	39,58	13	24,07
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	3	5,55
apotheker	-	-	-	-
verpleging	8	16,66	3	5,55
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	2	4,16	2	3,70
psycholoog	1	2,08	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	6	12,50	2	3,70
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	8	16,66	11	20,37
administratieve dienst	1	2,08	1	1,85
technische dienst	-	-	3	5,55
voedingsdienst	-	-	7	12,96
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	2	3,70
bewindvoerder	1	2,08	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	48	100	54	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	37	80,43	45	84,90
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	2,17	-	-
3. informatie	1	2,17	1	1,88
4. geïnformeerde toestemming	4	8,69	4	7,54
5. inzage patiëntendossier	2	4,34	1	1,88
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	2,17	2	3,77
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	46	100	53	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	8	21,62	5	11,11
1.2. goede behandeling/begeleiding	18	48,64	17	37,77
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	1	2,22
1.4. goede hotelservice	3	8,10	17	37,77
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	5,40	2	4,44
1.7. beschermende maatregelen	6	16,21	3	6,66

totaal	37	100	45	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	37,50	-	-
correcte omgangsvormen	5	62,50	5	100,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	5	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	3	17,64
medicatie	1	5,55	2	11,76
individuele therapie	3	16,66	2	11,76
groepstherapie	1	5,55	1	5,88
voldoende beschikbaarheid	3	16,66	1	5,88
betrokkenheid familie	4	22,22	4	23,52
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	5	27,77	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	1	5,55	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	1	5,88
andere	-	-	3	17,64
totaal	18	100	17	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	5	100,00	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	-	-

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	-	-	-	-
groepsleven	-	-	1	100,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	-	-	7	41,17
infrastructuur/accommodatie	1	33,33	7	41,17
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	2	11,76
veiligheid goederen	2	66,66	1	5,88
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	17	100

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017	2018

categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	1	50,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	1	50,00
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	1	50,00	-	-
verzekeringen	1	50,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	2	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	3	50,00	1	33,33
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	3	50,00	2	66,66
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	3	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	1	100,00	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	1	100	1	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	3	75,00	2	50,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	1	25,00	2	50,00
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		4	100	4	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	2	100,00	1	100,00
totaal	2	100	1	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%

medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	2	100,00	-	-
	afschrift	-	-	1	100,00
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		2	100	1	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	50,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	1	50,00
territoriale privacy	1	100,00	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen *(54)*.

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	1	2,08	1	1,85
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	5	10,41	5	9,25
signaleren	15	31,25	19	35,18
coachen	13	27,08	13	24,07
bemiddelen	14	29,16	16	29,62
totaal	48	100	54	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	3	21,42	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	11	78,57	15	100,00

totaal	14	100	15	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	24	50,00	15	27,77
binnen de week	12	25,00	24	44,44
binnen de twee weken	5	10,41	11	20,37
binnen de vier weken	4	8,33	2	3,70
later dan vier weken	3	6,25	2	3,70
totaal	48	100	54	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	22		13	

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 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1	2,08	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	5	10,41	3	5,55
ontevredenheid patiënt	1	2,08	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	41	85,41	51	94,44
totaal	48	100	54	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1	2,08	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	16	33,33	8	14,81
ontevredenheid patiënt	1	2,08	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	30	62,50	46	85,18
totaal	48	100	54	100

UPC KU Leuven – Campus Kortenberg

Werkjaar 2018

Bemiddelingsboek - 2316

JAARVERSLAG INTERNE OMBUDSFUNCTIE

UPC KU Leuven - Campus Kortenberg
Periode van 1 januari 2018 tot 31 december2018

Nadine Pauwels
Interne
ombudspersoon

Bemiddelingsboek - 2317

INHOUD

I. INLEIDING

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

III. AANMELDINGEN WERKJAAR 2018

IV. BEVINDINGEN EN AANBEVELINGEN

BIJLAGEN

Bijlage 1. Tabellen aanmeldingen 2018

Bijlage 2. Praktische informatie interne ombudsfunctie

Hoofdstuk I. Inleiding

Sinds september2004 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 aanmeldingen ontvangen in het werkjaar 2018. 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 2018
- 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.

De laatste jaren blijken patiënten minder lang in het ziekenhuis te verblijven en is er heel wat verloop bij het personeel. Dit zou zijn weerslag kunnen hebben op de graad van bekendheid en daardoor toegankelijkheid van de ombudsdienst. In werkjaar 2019 plannen de ombudsen van campus Kortenberg om zichzelf hernieuwd voor te stellen aan de teams werkzaam op de campus, alsook één of meerdere informatiemomenten in te richten voor alle patiënten die van de zorg op campus Kortenberg gebruik maken.

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 medisch directeur, wat ik ervaar als ondersteunend en constructief.

Hoofdstuk III. Aanmeldingen werkjaar 2018

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 om informatie, of wil men met de ombuds overleggen hoe een probleem aan te kaarten bij de hulpverlening.

In 2018 waren er 154 aanmeldingen (2017: 162).
Er waren 5 groepsmeldingen; in 37 dossiers waren familieleden de aanmelder die de ombuds contacteerden.

47 aanmeldingen(30,71%) gebeurden via rechtstreeks contact (bezoek tijdens het spreekuur, ontmoeting op de afdeling of op afspraak), 86 aanmeldingen (56,20%) werden schriftelijk bezorgd en in 20(13,07%) dossiers was het oorspronkelijk contact via telefoon.

In 46 dossiers (37,65%) werd de ombuds gevraagd te interveniëren. Op te merken is de blijvende behoefte aan een luisterend oor (n=52;33,98%). In 12 dossiers (7,84%) werd de ombuds gecontacteerd om informatie te bekomen en in 43 aanmeldingen (28,10%) 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 1 melding (0,65%) kon geen specifieke discipline worden aangeduid. Bij de overige meldingen waren volgende disciplines betrokken:
Psychiater (n=61 ; 39,86%) , verpleging (n=42 ; 27,45%) , een psycholoog (n=4; 2,61 %) , het multidisciplinair team (n=13 ; 8,49%) ,de directie (n=2 ; 1,30%), de administratieve dienst (n=7;4,57%) , de technische dienst (n=8 , 5,22%) , de voedingsdienst (n=5 ; 3,26%) ,de poetsdienst (n=4 ; 2,61%) , een arts (n=2 ; 1,30%) , de sociale dienst (n=3 ; 1,96%) , de therapeut (n=1 ; 0,65%).

In de registratie zoals wij die hanteren werden 145 van de 153 meldingen geregistreerd onder een specifiek patiëntenrecht, waarvan er 126 betrekking hadden op een kwaliteitsvolle dienstverlening, 6 meldingen handelden over het recht op informatie en 3 gingen over geïnformeerde toestemming, 3 meldingen gingen over het recht op inzage patiëntendossier, 6 meldingen hadden betrekking op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en 1 melding handelde over het recht op klachtenbemiddeling.

Er werden 8 algemene vragen los van patiëntenrechten geregistreerd.

Het patiëntenrecht “kwaliteitsvolle dienstverlening” (126) kunnen we verder specifiëren in volgende categorieën: respectvolle bejegening (29), goede behandeling/begeleiding (66), goede hotelservice (16), beschermende maatregelen (5), kwaliteitsvol verblijf / wonen (6), en juiste factuur/correct geldbeheer (4).

Van de afgesloten dossiers (153) waren er 53 waarin ‘bemiddelen’ de hoofdinterventie was, in 50 casussen werd er vooral geluisterd, in 40 dossiers wou de patiënt vooral iets signaleren, in 2 dossiers werd de patiënt intern doorverwezen en in 8 dossiers werd er vooral informatie gegeven.

Van de 153 dossiers werden er 39 afgesloten op de dag van aanmelding, 57 casussen werden afgesloten binnen de week, 24 binnen de twee weken, 22 binnen de vier weken. Voor 11 dossiers duurde het langer dan vier weken om ze te kunnen afsluiten.
De langste looptijd van een dossier was 22 weken.

Hoofdstuk IV. BEVINDINGEN EN AANBEVELINGEN

De hier gestelde bevindingen en aanbevelingen zijn gebaseerd op de 153 aanmeldingen van 2018.
We willen uitdrukkelijk vermelden dat het bij het interpreteren van gegevens belangrijk is zich te realiseren dat het hier enkel gaat over de aanmeldingen 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.

De meeste klachten bereiken de ombuds vooral schriftelijk, name via mail. Sommige melders willen alleen via mail de klacht bespreken en/of afhandelen. Dit is soms geen probleem, maar een persoonlijk contact (telefonisch of liever nog face to face) blijft mijns inziens de beste weg om klachten en/of hun aanpak te bespreken en hierin te bemiddelen.

De ombuds wordt vaak gecontacteerd met het verzoek te interveniëren.
De nood om zaken te signaleren die niet goed lopen is merkelijk gestegen. De functie van een gesprek met de ombuds als een neutraal en veilig iemand bij wie men vrijuit kan spreken, zonder dat dit nefaste gevolgen heeft voor hem/haar als persoon, blijft belangrijk.
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 debatcultuur 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.

Er wordt ongetwijfeld zeer veel geïnvesteerd in het geven van informatie aan de patiënten. Toch hebben ze vaak het gevoel te weinig tot geen informatie of antwoorden op hun vragen te krijgen. Dit geeft de patiënt vaak het gevoel "veel te moeten ondergaan" en niet ernstig te worden genomen.
Een vaag antwoord op een gestelde vraag werkt eerder conflict dan wel duidelijkheid in de hand. Hoe moeilijk soms ook, men kan beter proberen uitleg te geven en duidelijk te communiceren waarom de verwachtingen van de patiënt niet altijd kunnen worden beantwoord. De manier waarop iets gezegd en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht.
In concreto is er bij patiënten en hun familie nood aan informatie over kosten (behandeling, vervoer), nood aan feedback van teamvergadering en de wens eerst informatie te krijgen over medicatie en wijzigingen daarin vooraleer ze worden aangeboden.
Wanneer men als hulpverlener een antwoord schuldig moet blijven, en men oordeelt te moeten doorverwijzen naar een andere hulpverlener of dienst zou het helpend kunnen zijn om mee zorg te dragen voor die doorverwijzing (vb. door dat contact concreet te regelen) zodat de patiënt niet met het gevoel zit van het kastje naar de muur gestuurd te worden.
Duidelijkheid binnen een team over de verschillende communicatiekanalen en taken kan erg ondersteunend zijn naar de werking; anderzijds zou het geen kunstmatig keurslijf mogen lijken in het contact met de patiënt.
Voldoende oog hebben voor het betrekken van collega's doorverwijzers en tijd maken voor goede communicatie met ambulante hulpverleners, zorg dragen voor goede samenwerking met somatische diensten kunnen ook heel wat misnoegdheid en miscommunicatie voorkomen.

Ook de bejegening van de familie is belangrijk. Ze hebben ook dit jaar opvallend met velen de weg naar de ombuds gevonden, wat op zich een goede zaak is. Duidelijkheid voor familieleden over hoe er gewerkt wordt met families en wie zij kunnen contacteren zou veel frustraties bij familie kunnen wegnemen.
Familieleden zijn meer en meer vragende partij om betrokken te worden, niet alleen in de behandeling, maar ook in het starten en afronden ervan. Het blijft een spanningsveld om evenwicht te 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. Beroepsgeheim staat nooit in de weg om te luisteren naar familie.

We constateren dat het moeilijk blijft voor de ombuds om feedback te krijgen van de patiënten met betrekking tot hun graad van tevredenheid over het bemiddelingsproces en –resultaat. Ook als de patiënt vanuit coachende gesprekken met de ombuds beslist om zijn klacht zelf verder op te nemen met de betrokken behandelaar krijgt de ombuds zelden informatie over hoe het proces verder verlopen is. Ook wanneer behandelaars in de pendelgesprekken aangeven om de klacht verder zelf op te nemen met de melder krijgt de ombuds vaak geen of te weinig feedback over het verder verloop.

Jaarlijks geeft de ombuds op basis van de bevindingen enkele aanbevelingen. Wat er verder met die aanbevelingen al dan niet gebeurde bleef vaak ongeweten.
Sinds het werkjaar 2018 is er een zeer positieve evolutie gekomen in het laten landen van de bevindingen en aanbevelingen van de ombuds, met transparantie over de geplande actieplannen die voortvloeien uit de geboden informatie.
Laat me dit even toelichten.
Sinds een aantal jaren neemt de ombuds deel aan de vergaderingen van de stuurgroep ‘equity/diversiteit’, waarin de toegankelijkheid van zorg en zijn organisatie voor patiënten en personeel de focus is.
Sinds januari 2018 hebben 6 formele kanalen met betrekking tot feedback van zorggebruikers en personeel(waaronder de ombuds) een vast agendapunt gekregen binnen deze stuurgroep. De doelstelling is om de belangrijke topics vanuit deze kanalen te bespreken en voorstellen tot verbetering te formuleren via de ziekenhuiseigen kanalen. De input gebeurt dus bottom-up. Kleinere verbeterpunten kunnen worden opgenomen door de respectievelijke verantwoordelijken binnen UPC KU Leuven en deze personen kunnen desgewenst ad hoc uitgenodigd worden op een meeting van de stuurgroep. Andere voorstellen kunnen onder de vorm van een beleidsnota worden ingediend op het directiecomité. De stuurgroep komt 6 keer per jaar samen en rapporteert aan de medisch directeur en aan de secretaris van UPC KU Leuven.
De zes informatiekanalen zijn de volgende: de ombudsdienst, de tevredenheidsbevragingen, de ROPI-bevragingen, ‘uw mening telt’, het E-forum en de patiëntenraad.
Op basis van de informatie die tot op heden werd verzameld via deze diverse informatiekanalen, zijn de verbeterdomeinen te herleiden tot een vijftal categorieën:

1. Kwaliteit van zorg
2. Toegankelijkheid van zorg
3. Patiënten- en familieparticipatie
4. Ervaringsdeskundigheid
5. Infrastructuur en comfort.

De verbeterdomeinen die werden geselecteerd en waaraan actieplannen gekoppeld werden zijn:

- Therapieaanbod (domein 1)
- Communicatie (domein 1)
- Fysieke toegankelijkheid (domein 2)
- Financiële toegankelijkheid (domein 2)
- Participatie op het niveau individueel behandelplan (domein 3)
- Participatie op beleidsniveau (domein 3)
- Inzetten van ervaringsdeskundigheid (domein 4)
- Cafetaria en andere ontmoetingsruimten (domein 5).

Dit ganse werkkader staat nog in zijn beginschoenen maar is zeer veelbelovend.

Bijlage 1. Tabellen van de registratie werkjaar 2018.

AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 02/01/2018, de laatste op 18/12/2018.

Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 154, het totaal aantal in 2018 afgesloten aanmeldingen 153.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2015	2016	2017	2018
aanmeldingen	142	112	162	154

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2018 met deze van 2017.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	162		154	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	40	57,14	51	66,23
binnen de week	24	34,28	14	18,18
binnen de twee weken	4	5,71	9	11,68
binnen de 4 weken	-	-	-	-
later dan vier weken	2	2,85	3	3,89
totaal	70	100	77	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	92	56,79	76	49,67
1 contact	60	37,03	58	37,90
2 contacten	8	4,93	17	11,11
3 contacten	2	1,23	2	1,30
meer dan 3 contacten	-	-	-	-
totaal	162	100	153	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		3	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		1	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	162		153	

Bij de verwijzing naar een andere ombudspersoon betreft het 1 keer een externe ombudspersoon GGZ, collega binnen dezelfde campus.

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

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	116	71,60	106	69,28
groep patiënten	4	2,46	5	3,26
andere	42	25,92	42	27,45
totaal	162	100	153	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	44	37,93	57	53,77
vrouw	66	56,89	48	45,28
onbekend	6	5,17	1	0,94
totaal	116	100	106	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	2	40,00
3 personen	-	-	-	-
4 personen	4	100,00	-	-
meer dan 4 personen	-	-	3	60,00
totaal	4	100	5	100
grootste groep	4		6	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	42	100,00	37	88,09
kennis	-	-	2	4,76
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	3	7,14
totaal	42	100	42	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	2	4,76	11	26,19
ten persoonlijke titel	40	95,23	31	73,80
totaal	42	100	42	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	19	45,23	24	57,14
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	15	35,71	14	33,33
terugkoppeling was niet nodig	8	19,04	4	9,52
totaal	42	100	42	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	114	70,37	120	78,43
neen	48	29,62	33	21,56
totaal	162	100	153	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	40	83,33	32	96,96
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	8	16,66	1	3,03
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	48	100	33	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	36	22,22	47	30,71
schriftelijk (brief, fax, e-mail)	94	58,02	86	56,20
telefonisch (of GSM, SMS)	32	19,75	20	13,07
totaal	162	100	153	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	10	6,17	12	7,84
vraag tot interventie	61	37,65	46	30,06
vraag tot signalering	17	10,49	43	28,10
vraag naar een luisterend oor	74	45,67	52	33,98
totaal	162	100	153	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	8	13,11	4	8,69
vraag om een ander soort akkoord	53	86,88	42	91,30
totaal	61	100	46	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	5	3,08	8	5,22
neen	22	13,58	19	12,41
werd niet bevraagd	135	83,33	126	82,35
totaal	162	100	153	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	4	80,00	8	100,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	1	20,00	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	5	100	8	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	-	-	-	-
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	-	-	-	-
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	22	100,00	19	100,00
totaal	22	100	19	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	2	1,30
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	77	47,53	84	54,90
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	79	48,76	66	43,13
niet van toepassing	3	1,85	1	0,65
andere	3	1,85	-	-
totaal	162	100	153	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. Sinds werkjaar 2017 rapporteert elke ombudspersoon aan de Vlaamse Ombudsman. Voor deze rapportering zijn er geen vorm- of inhoudelijke vereisten. We opteren daarom voor eenzelfde sjabloon als voorheen gehanteerd om vergelijking met vroegere rapportage te faciliteren.

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 worden 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	26	16,04	32	20,91
aanmeldingen die weerhouden worden	136	83,95	121	79,08
totaal	162	100	153	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	124	91,17	104	85,95
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	2	1,47	5	4,13
4. geïnformeerde toestemming	-	-	3	2,47
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	1	0,73	1	0,82
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	6	4,41	2	1,65
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	3	2,20	6	4,95
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	136	100	121	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

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)

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	156	96,29	145	94,77
algemene vraag los van patiëntenrecht	6	3,70	8	5,22
totaal	162	100	153	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	2	33,33	4	50,00
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	2	25,00
levensverhaal	-	-	-	-
patiëntenrechten	2	33,33	-	-
andere	2	33,33	2	25,00
totaal	6	100	8	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	3	1,85	1	0,65
psychiater	70	43,20	61	39,86
huisarts	2	1,23	1	0,65
andere arts	-	-	1	0,65
apotheker	-	-	-	-
verpleging	46	28,39	42	27,45
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	2	1,23	3	1,96
psycholoog	15	9,25	4	2,61
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	1	0,61	1	0,65
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	8	4,93	13	8,49
administratieve dienst	3	1,85	7	4,57
technische dienst	2	1,23	8	5,22
voedingsdienst	2	1,23	5	3,26
poetsdienst	-	-	4	2,61
directie	4	2,46	2	1,30
bewindvoerder	2	1,23	-	-
ombudspersoon	1	0,61	-	-
andere	1	0,61	-	-
totaal	162	100	153	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	143	91,66	126	86,89
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	2	1,28	6	4,13
4. geïnformeerde toestemming	-	-	3	2,06
5. inzage patiëntendossier	7	4,48	3	2,06
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	3	1,92	6	4,13
7. klachtenbemiddeling	1	0,64	1	0,68
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	156	100	145	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	58	40,55	29	23,01
1.2. goede behandeling/begeleiding	49	34,26	66	52,38
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	7	4,89	6	4,76
1.4. goede hotelservice	14	9,79	16	12,69
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	6	4,19	4	3,17
1.7. beschermende maatregelen	9	6,29	5	3,96
totaal	143	100	126	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	14	24,13	4	13,79
correcte omgangsvormen	44	75,86	22	75,86
grensoverschrijdend gedrag	-	-	1	3,44
andere	-	-	2	6,89
totaal	58	100	29	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	3	6,12	3	4,54
somatische verzorging	4	8,16	7	10,60
medicatie	9	18,36	10	15,15
individuele therapie	3	6,12	-	-
groepstherapie	-	-	2	3,03
voldoende beschikbaarheid	17	34,69	16	24,24
betrokkenheid familie	7	14,28	12	18,18
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	4	6,06
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	4,08	6	9,09
overplaatsing naar andere afdeling	1	2,04	3	4,54
overplaatsing naar een andere voorziening	2	4,08	-	-
andere	1	2,04	3	4,54
totaal	49	100	66	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	25,00
geweigerd	-	-	3	75,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	4	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	1	50,00	2	33,33
geweigerd	-	-	2	33,33
andere	1	50,00	2	33,33
totaal	2	100	6	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	1	33,33
geweigerd	-	-	1	33,33
andere	-	-	1	33,33
totaal	1	100	3	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	1	50,00	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	6	85,71	2	33,33
groepsleven	-	-	4	66,66
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	1	14,28	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	7	100	6	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	1	7,14	5	31,25
infrastructuur/accommodatie	8	57,14	7	43,75
hygiëne	1	7,14	3	18,75
veiligheid persoon	1	7,14	-	-
veiligheid goederen	3	21,42	1	6,25
andere	-	-	-	-
totaal	14	100	16	100

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	3	50,00	4	100,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	16,66	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	2	33,33	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	4	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	1	11,11	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	5	55,55	2	40,00
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	3	33,33	3	60,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	5	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	50,00	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	4	66,66
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	50,00	1	16,66
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	1	16,66
totaal	2	100	6	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	1	33,33
	toestemming	-	-	-	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	2	66,66
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		-	-	3	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	1	14,28	1	33,33
inzage/afschrift dossier	6	85,71	2	66,66
totaal	7	100	3	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	6	100,00	2	100,00
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		6	100	2	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	3	100,00	4	66,66
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	2	33,33
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	6	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	1	100,00	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen (153).

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. 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	73	45,06	50	32,67
doorverwijzen intern	7	4,32	2	1,30
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	8	4,93	8	5,22
signaleren	19	11,72	40	26,14
coachen	-	-	-	-
bemiddelen	55	33,95	53	34,64
totaal	162	100	153	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	55	100,00	53	100,00
totaal	55	100	53	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	40	24,69	39	25,49
binnen de week	77	47,53	57	37,25
binnen de twee weken	28	17,28	24	15,68
binnen de vier weken	9	5,55	22	14,37
later dan vier weken	8	4,93	11	7,18
totaal	162	100	153	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	6		22	

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	53	32,71	58	37,90
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	8	5,22
ontevredenheid patiënt	2	1,23	1	0,65
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	0,61	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	106	65,43	86	56,20
totaal	162	100	153	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	56	34,56	66	43,13
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	0,65
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	0,61	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	105	64,81	86	56,20
totaal	162	100	153	100

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 medisch directeur.
Een geïntegreerd jaarverslag van beide campi psychiatrie (Gasthuisberg en Kortenberg) en van de verschillende ombudsen betrokken in deze campi is voor het eerst gerealiseerd in 2018. Dit verslag werd ter toelichting en bespreking voorgelegd aan het directiecomité en de raad van bestuur.

vzw Vlabo

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant vzw

Groeneweg 151/8
3001 HEVERLEE
Tel. 016 27 03 10

vlabo@ombudsfunctieggz.be
www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

2018

P.Z. St. Alexius Grimbergen

Erkenningsnr 944

Kris Bruyninckx
Externe ombudspersoon
Vlabo, januari 2019

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Inhoud

I. Inleiding 3

II. Aanmeldingen 4

III. Bevindingen 5

IV. Werking van de externe ombudsvrouw binnen het ziekenhuis 7

V. Registratie 8

I. Inleiding

Dit is het vijftiende jaarverslag van de '*externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg'.*

Een beknopt overzicht van de aanmeldingen vindt u in hoofdstuk 2.

In hoofdstuk 3 kan u de bevindingen van de ombudsvrouw terugvinden.

In hoofdstuk 4 leest u hoe de werking van de ombudsvrouw in het ziekenhuis is uitgebouwd.

Tot slot vindt u de registratie uit Go Between

II. Aanmeldingen

In 2018 kwamen 51 meldingen terecht bij de ombudsdienst. Op één klacht na, kwamen deze van de patiënt zelf. Drie maal ging het om een groep patiënten. De meeste meldingen (44 %) bereikten de ombudsdienst via direct contact. Dit is op het moment dat de ombudsvrouw op de afdeling is of tijdens het wekelijks spreekuur. 38 % van de klachten werden schriftelijk aangemeld. Dit gebeurt zowel via mail als via de brievenbussen op de afdeling. Bij een schriftelijke aanmelding wordt de patiënt gecontacteerd om een afspraak te maken. Eén op vijf meldingen komt via telefoon. Ook dan wordt een afspraak gemaakt voor een persoonlijk onderhoud.

Oorspronkelijk vraagt meer dan de helft van aanmelders om een bemiddeling. Na bespreking van hun klacht behoudt ongeveer de helft deze vraag. De andere helft vraagt om hun klacht nog enkel te signaleren of heeft voldoende informatie gekregen om zelf verder te kunnen.

Voor patiënten naar de ombudsdienst komen heeft ongeveer één op vier al geprobeerd om zelf hun ongenoegen kenbaar te maken bij de betrokken hulpverlener. De andere patiënten worden steeds geadviseerd om eerst hun klacht te brengen bij iemand van de afdeling. Als dit niet lukt om welke reden dan ook, neemt de ombudsdienst het verder op.

Op het moment van de klacht is 14 % van de aanmelders (nog) niet in opname. Dit is toch een stijging van 10 % t.o.v. vorig jaar. Het gaat om mensen die hun behandeling hebben moeten stop zetten of van wie de aanvraag voor opname of therapie niet goedgekeurd werd.

De klachten vallen grotendeels onder het patiëntenrecht 'kwaliteitsvolle dienstverlening'. De drie onderverdelingen die hierbij het meest naar voor komen zijn hotelservice, goede behandeling en respectvolle bejegening. Bij hotelservice gaat het voornamelijk om infrastructuur, veiligheid van goederen en voeding. Bij goede behandeling vallen vooral somatische verzorging, individuele therapie en voldoende beschikbaarheid op. Onder respectvolle bejegening valt luisterbereidheid en correcte omgangsvormen. Er waren twee klachten over afschrift dossier, waarbij de termijn overschreden werd en twee klachten over beperkende maatregelen.

III. Bevindingen

Wanneer gekeken wordt naar de inhoud van de klachten , vallen deze meestal te herleiden tot gebrekkige communicatie en geen of weinig informatie.

Patiënten melden dat zij zeer laat verwittigd worden wanneer er een therapie weg valt. Ook wanneer de afwezigheid van een therapeut door bijvoorbeeld ziekte, al enkele dagen gekend is door personeel, worden patiënten pas op het moment van de therapie op de hoogte gebracht. Vervanging bestaat dan veelal uit eens gaan wandelen of zichzelf bezig te houden. Afwezigheden vallen niet te vermijden, maar hierover tijdig in communicatie gaan met de patiënten kan al een deel wrevel wegnemen. Patiëntenparticipatie kan veel vormen aannemen. Patiënten kunnen op een creatieve manier mee proberen invulling te geven aan de vrijgekomen therapietijd. Zij kijken met een andere bril naar hun eigen zorgtraject en kunnen vaak goed inschatten waar behoeften en noden liggen. Hun feedback en open staan voor hun expertise resulteert in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, empowerment en een positieve samenwerking.

Op een aantal afdelingen wordt gewerkt met een evaluatieformulier dat bij ontslag wordt meegegeven. In dit formulier wordt aan de hand van een aantal vragen gepeild naar de tevredenheid over de opname/begeleiding en wordt ruimte gegeven om zelf adviezen te geven. Er wordt ook gevraagd of er contact mag opgenomen worden naar aanleiding van de gegeven antwoorden. Een aantal patiënten geven aan dat zij, hoewel ze expliciet aangegeven hadden dat zij mochten gecontacteerd worden, nooit meer iets gehoord hadden over dit evaluatieformulier. Nochtans kan dit een heel directe manier zijn om de werking van een afdeling kritisch te bekijken. Wanneer er geen feedback meer komt vanuit de afdeling, geeft dit aan patiënten toch het gevoel dat het formulier 'pro forma' wordt meegegeven en daarna gewoon geklasseerd wordt.

Voeding blijft een aandachtspunt. Inzetten op voeding impliceert inzetten op de levenskwaliteit en het welbevinden van de patiënt. Er zijn weinig klachten over de kwaliteit van voeding op zich. Meldingen gaan eerder over hoeveelheden, variatie en het gebrek aan eigen keuze. Ziekenhuizen worden geconfronteerd met allerhande voorschriften en regels wat betreft bereiden en bewaren van voeding. Ook hierin patiënten informeren en betrekken blijft een een uitdaging.

De geestelijke gezondheidszorg is voortdurend in beweging. Er is heel hard ingezet op het beperken en vermenselijken van afzondering en beperkende maatregelen. Dit resulteert in het feit dat, hoewel het hier om erg ingrijpende handelingen gaat, er in

2018 amper twee meldingen waren hierover. Ook over de infrastructuur van de afzonderingskamers wordt nagedacht en dit resulteert in allerlei initiatieven om deze te vernieuwen of te veranderen. Deze denkoefening zou ook kunnen herhaald worden in verband met de infrastructuur van de afdelingen. De indeling en architectuur van de afdelingen staat haaks op het idee van participatie en herstel. De verpleegposten blijven het toevluchtsoord van de begeleiders van waaruit zij zicht hebben op 'de afdeling'. Sommige afdelingen zetten hard in op het aanwezig zijn bij de patiënten, dit zorgt ervoor dat het wij-zij gevoel erg afgezwakt wordt. Het lijkt zinvol om de stereotype afdelingsstructuur met de verpleegpost als werkplek te herevalueren en bijvoorbeeld de positieve neveneffecten van samen eten en tafelen op vlak van sociale interactie mee op te nemen in de behandelingsdoelstellingen. Out-of-the-box-denkoefeningen kunnen resulteren in het creëren van flexibele werkplekken met de mogelijkheid om de administratieve opdrachten te vervullen waarbij de patiëntengegevens toch voldoende beschermd blijven en het beroepsgeheim gegarandeerd blijft.

IV. Werking van de ombudsdienst

De externe ombudsfunctie tracht een laagdrempelig, toegankelijk en onafhankelijk extern aanspreekpunt te bieden voor klachten, bezorgdheden, vragen van de zorggebruiker en steeds en alleen in samenspraak met deze naar oplossingen te zoeken door de dialoog aan te gaan met de betrokkenen in de voorziening.

Elke vraag, elke uiting van ongenoegen of onvrede die door de patiënt geformuleerd wordt met betrekking tot contacten, het verblijf en de behandeling in de voorziening, is ontvankelijk voor de externe ombudsfunctie GGZ.

De ombudsvrouw is wekelijks aanwezig in het ziekenhuis op dinsdag. Zij heeft een gesprekslokaal kort aan de ingang van het ziekenhuis. Op de middag, van 12u30 tot 13u30, is er spreekuur. Dit uur is zo gekozen dat patiënten kunnen langs komen zonder therapie te moeten missen.

Op elke afdeling en aan het gesprekslokaal hangt een brievenbus waarin patiënten hun klacht/opmerking kunnen deponeren. Er wordt dan contact met hen opgenomen op de manier dat zij aangegeven hebben.

Verder is de ombudsvrouw telefonisch en per mail bereikbaar. De contactgegevens hangen op elke afdeling uit.

Wanneer een patiënt zijn ongenoegen meldt, wordt gevraagd of dit al besproken is met de betrokken hulpverlener. Dit blijft immers de meest directe manier om een probleem te bespreken. Wanneer dit te moeilijk is of wanneer de patiënt geen gehoor vindt, wordt besproken welke stappen kunnen genomen worden. Er wordt steeds eerst contact opgenomen met de betrokken hulpverlener, elke stap wordt besproken met de patiënt.

Op verschillende afdelingen worden regelmatig informatiesessies over patiëntenrechten gehouden. Dit gebeurt op vraag van de afdeling, gemiddeld ongeveer vier maal per jaar.

V. Registratie

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 09/01/2018, de laatste op 27/11/2018
Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 51, het totaal aantal in 2018 afgesloten aanmeldingen 48.
Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	45	41	53	51
aanmelders	42	39	45	46

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	53		51	
aanmelders	45		46	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	40	76,92	35	71,42
binnen de week	9	17,30	12	24,48
binnen de twee weken	2	3,84	1	2,04
binnen de 4 weken	1	1,92	-	-
later dan vier weken	-	-	1	2,04
totaal	52	100	49	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	1	1,88	-	-
1 contact	48	90,56	41	82,00
2 contacten	3	5,66	6	12,00
3 contacten	-	-	2	4,00
meer dan 3 contacten	1	1,88	1	2,00
totaal	53	100	50	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		9	

verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0	1
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	53	48

De 51 aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 46 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	47	88,67	46	92,00
groep patiënten	3	5,66	3	6,00
andere	3	5,66	1	2,00
totaal	53	100	50	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	21	44,68	20	44,44
vrouw	26	55,31	25	55,55
onbekend	-	-	-	-
totaal	47	100	45	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	-	-
3 personen	3	100,00	1	33,33
4 personen	-	-	1	33,33
meer dan 4 personen	-	-	1	33,33
totaal	3	100	3	100
grootste groep	3		6	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	3	100,00	1	100,00
kennis	-	-	-	-

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

personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	1	100

totaal	3	100	1	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
ja	43	81,13	38	80,85
neen	10	18,86	9	19,14
totaal	53	100	47	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	7	70,00	5	55,55
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	3	30,00	4	44,44
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	10	100	9	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
direct contact	18	33,96	22	44,00
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	31	58,49	19	38,00
telefonisch *(of GSM, SMS)*	4	7,54	9	18,00
totaal	53	100	50	100

Initieel verzoek betreft

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	3	5,66	4	8,00

vraag tot interventie	23	43,39	28	56,00
vraag tot signalering	23	43,39	12	24,00
vraag naar een luisterend oor	4	7,54	6	12,00
totaal	53	100	50	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	-	-	-	-
vraag om een ander soort akkoord	23	100,00	28	100,00
totaal	23	100	28	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
ja	11	20,75	14	28,00
neen	37	69,81	36	72,00
werd niet bevraagd	5	9,43	-	-
totaal	53	100	50	100

Welke stappen?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
informeel	9	81,81	13	92,85
formele interne klachtenprocedure	-	-	1	7,14
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	2	18,18	-	-
totaal	11	100	14	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	1	2,77
durfde niet	1	2,70	-	-
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	36	97,29	35	97,22

principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	37	100	36	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	50	94,33	43	86,00
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	2	3,77	7	14,00
niet van toepassing	1	1,88	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	53	100	50	100

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	52	98,11	46	92,00
algemene vraag los van patiëntenrecht	1	1,88	4	8,00
totaal	53	100	50	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	1	100,00	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	2	50,00
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	-	-	2	50,00

patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	4	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geen	5	9,43	7	14,00
psychiater	12	22,64	5	10,00
huisarts	-	-	-	-
andere arts	4	7,54	3	6,00
apotheker	-	-	-	-
verpleging	6	11,32	8	16,00
persoonlijke begeleider	-	-	1	2,00
sociale dienst	-	-	4	8,00
psycholoog	-	-	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	-	-	3	6,00
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	19	35,84	8	16,00
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	1	1,88	2	4,00
voedingsdienst	5	9,43	7	14,00
poetsdienst	-	-	-	-
directie	1	1,88	-	-
bewindvoerder	-	-	1	2,00
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	1	2,00
totaal	53	100	50	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.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	44	84,61	38	82,60
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	2	3,84	1	2,17
4. geïnformeerde toestemming	2	3,84	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	2	4,34
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	7,69	5	10,86
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	52	100	46	100

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	4	9,09	9	23,68
1.2. goede behandeling/begeleiding	18	40,90	11	28,94
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	3	6,81	2	5,26
1.4. goede hotelservice	9	20,45	14	36,84
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	2,27	-	-
1.7. beschermende maatregelen	9	20,45	2	5,26
totaal	44	100	38	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	25,00	3	33,33
correcte omgangsvormen	3	75,00	6	66,66
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	9	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	3	16,66	3	27,27
medicatie	4	22,22	-	-
individuele therapie	2	11,11	3	27,27
groepstherapie	-	-	1	9,09
voldoende beschikbaarheid	3	16,66	3	27,27
betrokkenheid familie	1	5,55	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	4	22,22	1	9,09
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	1	5,55	-	-
totaal	18	100	11	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	33,33	1	50,00
groepsleven	2	66,66	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	5	55,55	7	50,00
infrastructuur/accommodatie	2	22,22	3	21,42
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	2	22,22	4	28,57
andere	-	-	-	-

totaal	9	100	14	100

1.5 Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	1	11,11	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	4	44,44	-	-
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	1	50,00
gedwongen opname	3	33,33	1	50,00
internering	-	-	-	-
andere	1	11,11	-	-
totaal	9	100	2	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	50,00	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	1	50,00	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	2	100	1	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	2	100,00	-	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		2	100	-	-

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	2	100,00
totaal	-	-	2	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	2	100,00
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		-	-	2	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	3	75,00	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	3	60,00
mondelinge indiscretie	-	-	1	20,00
andere	1	25,00	1	20,00
totaal	4	100	5	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-

informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen *(48)*.

Hoofdinterventie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	-	-	3	6,25
doorverwijzen intern	-	-	1	2,08
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	5	9,43	3	6,25
signaleren	25	47,16	19	39,58
coachen	12	22,64	10	20,83
bemiddelen	11	20,75	12	25,00
totaal	53	100	48	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	5	45,45	1	8,33
ombudspersoon zonder patiënt	6	54,54	11	91,66
totaal	11	100	12	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	24	45,28	18	37,50
binnen de week	19	35,84	20	41,66
binnen de twee weken	6	11,32	6	12,50
binnen de vier weken	3	5,66	2	4,16
later dan vier weken	1	1,88	2	4,16
totaal	53	100	48	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	5		16	

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

Evaluatie resultaat

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	2	4,16
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	4	7,54	-	-
ontevredenheid patiënt	1	1,88	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	48	90,56	46	95,83
totaal	53	100	48	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	10	18,86	6	12,50
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-

door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	43	81,13	42	87,50
totaal	53	100	48	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	1	100,00
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

vzw Vlabo

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant

Groeneweg 151/8
3001 HEVERLEE
Tel. 016 27 03 10
fax 016 27 03 19
vlabo@ombudsfunctieggz.be
www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

2018

Zorggroep Alexianen Tienen

Erkenningsnr 947

Kris Bruyninckx
externe ombudspersoon

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Inhoud

I. Inleiding 3

II. Aanmeldingen 4

III. Werking van de externe ombudsvrouw binnen het ziekenhuis 5

IV. Bevindingen 6

V. Registratie 7

I. Inleiding

Dit is het vijftiende jaarverslag van de '*externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg'.* Dit psychiatrisch ziekenhuis was betrokken in het pilootproject 'bemiddeling' vanaf 1 januari 2002. Vanaf 1 november 2003 werd het project vervangen door de 'ombudsfunctie' zoals voorzien in de Wet Patiëntenrechten van 22 augustus 2002. De tijdens dit project ontwikkelde praktijk werd zonder onderbreking voortgezet.

Een beknopt overzicht van de aanmeldingen vindt u in hoofdstuk 2.

In hoofdstuk 3 leest u over de werking van de externe ombudsvrouw in het ziekenhuis.

Bevindingen van de externe ombudsdienst kan u lezen in hoofdstuk 4.

Tot slot vindt u de cijfers van de registratie in Go-Between.

II. Aanmeldingen

In 2018 waren er 45 aanmeldingen.

Zes meldingen kwamen bij de ombudsdienst terecht via betrokkenen uit de onmiddellijke omgeving van de patiënt, veelal een familielid. De helft van die klachten werd ook onderschreven door de patiënt zelf. De andere klachten gingen meer over het specifieke familieperspectief.

Hoewel de meerderheid van de patiënten vraagt om iets met zijn klacht te doen, bemiddelen of signaleren, kwamen er toch enkele mensen die louter hun verhaal wilden doen en daar niet direct een ander kanaal voor vonden.

Opvallend is dat 41% van de melders aangaf dat zij zelf al stappen ondernomen hadden om iets aan hun ongenoegen te doen, maar hierbij weinig gehoor kregen. Eveneens opvallend is dat vier op de tien klachten pas gebracht worden op het moment dat de patiënt al ontslagen is. Tegenover vorig jaar is dit een stijging van 30%.

De discipline die het meest naar voor komt bij de klachten (meer dan 50%) zijn de psychiater en het multidisciplinair team. De psychiater wordt hier vooral gezien als verantwoordelijke van de afdeling en eindverantwoordelijke van een beslissing. Het multidisciplinair team wordt vooral vermeld bij bejegening en beschikbaarheid.

Zoals elk jaar scoort vooral het patiëntenrecht 'kwaliteitsvolle dienstverlening' hoog (82%). Daarnaast zijn er ook een aantal klachten over inzage/afschrift dossier (10%).

Bij kwaliteitsvolle dienstverlening gaat 23 % over respectvolle bejegening, 47% over goede behandeling en 15 % over hotelservice. Bij respectvolle bejegening komt vooral het item 'correcte omgangsvormen' naar voor. Bij goede behandeling gaat het voornamelijk over beschikbaarheid, somatische verzorging en verplichte beëindiging van de opname. Hotelservice gaat over voeding en veiligheid goederen.

III. Werking van de externe ombudsvrouw binnen het ziekenhuis

De externe ombudsfunctie tracht een laagdrempelig, toegankelijk en onafhankelijk extern aanspreekpunt te bieden voor klachten, bezorgdheden, vragen van de zorggebruiker en steeds en alleen in samenspraak met deze naar oplossingen te zoeken door de dialoog aan te gaan met de betrokkenen in de voorziening.

Elke vraag, elke uiting van ongenoegen of onvrede die door de patiënt geformuleerd wordt met betrekking tot contacten, het verblijf en de behandeling in de voorziening, is ontvankelijk voor de externe ombudsfunctie GGZ.

De ombudsvrouw is wekelijks aanwezig binnen het ziekenhuis. Zij heeft een spreeklokaal kort aan de ingang van het ziekenhuis. Daar is er spreekuur op vrijdagmiddag van 12u30 tot 13u30. Dit uur is zo gekozen dat patiënten op het spreekuur kunnen komen zonder therapie te missen.

Op elke afdeling hangt een brievenbus waar patiënten hun vraag of klacht in kunnen deponeren. Er wordt dan met hen contact opgenomen op de manier dat zij vragen. Daarnaast is de ombudsvrouw telefonisch bereikbaar en via mail. De contactgegevens zijn beschikbaar op elke afdeling.

Wanneer een patiënt zijn ongenoegen meldt, wordt gevraagd of dit al besproken is met de betrokken hulpverlener. Dit blijft immers de meest directe manier om een probleem te bespreken. Wanneer dit te moeilijk is of wanneer de patiënt geen gehoor vindt, wordt besproken welke stappen kunnen genomen worden. Er wordt steeds eerst contact opgenomen met de betrokken hulpverlener, elke stap wordt besproken met de patiënt.

IV. Bevindingen

Wanneer we kijken naar de inhoud van de klachten, blijkt dat deze vaak terug te brengen zijn tot gebrekkige communicatie.

Een groot deel van de melders geeft aan dat zij reeds een poging ondernamen om hun hun ongenoegen te bespreken of een probleem op te lossen. Bij deze poging ervoeren zij onvoldoende begrip voor hun klacht of was deze onvoldoende bespreekbaar. Ik hoor bij patiënten dat regelmatig verwezen wordt naar 'de regels' of 'afspraken', zonder dat er ingegaan wordt op het fundament van de klacht. Groepsafspraken of afdelingsregels blijken niet altijd even transparant en duidelijk te zijn.

17 mensen kwamen naar de ombudsdienst na opname. Voor enkelen was dit omdat de reden van (verplicht) ontslag niet duidelijk was of omdat zij vonden dat er geen adequate doorverwijzing was gebeurd. Anderen waren bang dat het uiten van hun ongenoegen voor onvrede zou zorgen tussen hen en hun begeleider of team.

Voeding blijft een aandachtspunt. Inzetten op voeding impliceert inzetten op de levenskwaliteit en het welbevinden van de patiënt. Er zijn weinig klachten over de kwaliteit van voeding op zich. Meldingen gaan eerder over hoeveelheden, variatie en het gebrek aan eigen keuze. Ziekenhuizen worden geconfronteerd met allerhande voorschriften en regels wat betreft bereiden en bewaren van voeding. Ook hierin patiënten informeren en betrekken blijft een een uitdaging.

De geestelijke gezondheidszorg is voortdurend in beweging. Er is heel hard ingezet op het beperken en vermenselijken van afzondering en beperkende maatregelen. Dit resulteert in het feit dat, hoewel het hier om erg ingrijpende handelingen gaat, er in 2018 amper twee meldingen waren hierover. Ook over de infrastructuur van de afzonderingskamers wordt nagedacht en dit resulteert in allerlei initiatieven om deze te vernieuwen of te veranderen. Deze denkoefening zou ook kunnen herhaald worden in verband met de infrastructuur van de afdelingen. De indeling en architectuur van de afdelingen staat haaks op het idee van participatie en herstel. De verpleegposten blijven het toevluchtsoord van de begeleiders van waaruit zij zicht hebben op 'de afdeling'. Sommige afdelingen zetten hard in op het aanwezig zijn bij de patiënten, dit zorgt ervoor dat het wij-zij gevoel erg afgezwakt wordt. Het lijkt zinvol om de stereotype afdelingsstructuur met de verpleegpost als werkplek te herevalueren. Out-of-the-box-denkoefeningen kunnen resulteren in het creëren van flexibele werkplekken met de mogelijkheid om de administratieve opdrachten te vervullen waarbij de patiëntengegevens toch voldoende beschermd blijven en het beroepsgeheim gegarandeerd blijft.

V. Registratie

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 12/01/2018, de laatste op 07/12/2018.
Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 45, het totaal aantal in 2018 afgesloten aanmeldingen 41.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	33	34	38	45
aanmelders	33	32	36	43

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2018 met deze van 2017.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	38		45	
aanmelders	36		43	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	31	83,78	25	58,13
binnen de week	6	16,21	13	30,23
binnen de twee weken	-	-	2	4,65
binnen de vier weken	-	-	1	2,32
later dan vier weken	-	-	2	4,65
totaal	37	100	43	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	-	-	-	-
1 contact	35	94,59	39	90,69

2 contacten	1	2,70	2	4,65
3 contacten	-	-	2	4,65
meer dan 3 contacten	1	2,70	-	-
totaal	37	100	43	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		3	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	1		2	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	37		41	

De 45 aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 43 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
3	1	2,32	3	6,66
1	42	97,67	42	93,33
totaal	43	100	45	100

De 38 aanmeldingen *(2017)* komen van in totaal 36 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
2	2	5,55	4	10,52
1	34	94,44	34	89,47
totaal	36	100	38	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	31	83,78	35	81,39
groep patiënten	2	5,40	2	4,65
andere	4	10,81	6	13,95
totaal	37	100	43	100

Geslacht indien individueel

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	21	67,74	15	44,11
vrouw	10	32,25	19	55,88
onbekend	-	-	-	-
totaal	31	100	34	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	1	50,00	1	50,00
3 personen	-	-	1	50,00
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	1	50,00	-	-
totaal	2	100	2	100
grootste groep	6		3	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	4	100,00	5	83,33
kennis	-	-	1	16,66
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	6	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	25,00	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	3	75,00	6	100,00
totaal	4	100	6	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%

patiënt onderschrijft de aanmelding	3	75,00	3	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	1	16,66
terugkoppeling was niet mogelijk	1	25,00	-	-
terugkoppeling was niet nodig	-	-	2	33,33
totaal	4	100	6	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
ja	31	83,78	39	92,85
neen	6	16,21	3	7,14
totaal	37	100	42	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	4	66,66	1	33,33
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	1	16,66	2	66,66
vorige jaren in andere voorziening	1	16,66	-	-
totaal	6	100	3	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
direct contact	13	35,13	9	20,93
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	19	51,35	20	46,51
telefonisch *(of GSM, SMS)*	5	13,51	14	32,55
totaal	37	100	43	100

Initieel verzoek betreft

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%

vraag naar informatie	1	2,70	1	2,32
vraag tot interventie	17	45,94	26	60,46
vraag tot signalering	18	48,64	11	25,58
vraag naar een luisterend oor	1	2,70	5	11,62
totaal	37	100	43	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	1	5,88	3	11,53
vraag om een ander soort akkoord	16	94,11	23	88,46
totaal	17	100	26	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
ja	5	13,51	18	41,86
neen	30	81,08	21	48,83
werd niet bevraagd	2	5,40	4	9,30
totaal	37	100	43	100

Welke stappen?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
informeel	5	100,00	15	83,33
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	3	16,66
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	5	100	18	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	-	-	-	-
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe	30	100,00	21	100,00

ombudspersoon				
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	30	100	21	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	3	8,10	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	30	81,08	26	60,46
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	4	10,81	17	39,53
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	37	100	43	100

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	37	100,00	41	95,34
algemene vraag los van patiëntenrecht	-	-	2	4,65
totaal	37	100	43	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017	**2018**

categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	1	50,00
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	-	-	-	-
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	1	50,00
totaal	-	-	2	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geen	1	2,70	2	4,65
psychiater	6	16,21	12	27,90
huisarts	-	-	-	-
andere arts	4	10,81	3	6,97
apotheker	-	-	-	-
verpleging	7	18,91	4	9,30
persoonlijke begeleider	2	5,40	1	2,32
sociale dienst	2	5,40	1	2,32
psycholoog	-	-	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	1	2,70	2	4,65
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	9	24,32	12	27,90
administratieve dienst	1	2,70	1	2,32
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	4	10,81	4	9,30
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	1	2,32
totaal	37	100	43	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	36	97,29	34	82,92
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	1	2,70	1	2,43
5. inzage patiëntendossier	-	-	4	9,75
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	2	4,87
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	37	100	41	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	10	27,77	8	23,52
1.2. goede behandeling/begeleiding	10	27,77	16	47,05
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	3	8,33	1	2,94
1.4. goede hotelservice	7	19,44	5	14,70
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	3	8,33	2	5,88
1.7. beschermende maatregelen	3	8,33	2	5,88
totaal	36	100	34	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%

luisterbereidheid	1	10,00	1	12,50
correcte omgangsvormen	8	80,00	7	87,50
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	1	10,00	-	-
totaal	10	100	8	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	4	25,00
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	1	6,25
voldoende beschikbaarheid	3	30,00	5	31,25
betrokkenheid familie	-	-	1	6,25
start opname/behandeling/begeleiding	3	30,00	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	4	40,00	4	25,00
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	1	6,25
totaal	10	100	16	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	3	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	4	100,00	4	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	4	100	4	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
regels	3	100,00	1	100,00
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	1	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
voeding	5	71,42	3	60,00
infrastructuur/accommodatie	1	14,28	-	-
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	1	14,28	2	40,00
andere	-	-	-	-

totaal	7	100	5	100

1.5. Betalende diensten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
factuur	1	33,33	2	100,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	1	33,33	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	2	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
straf	2	66,66	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	1	50,00
afzondering	-	-	1	50,00
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	1	33,33	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	1	100,00	1	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		1	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	1	25,00
inzage/afschrift dossier	-	-	3	75,00
totaal	-	-	4	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	1	33,33
	afschrift	-	-	2	66,66
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		-	-	3	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	1	50,00
mondelinge indiscretie	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	-	-	1	2,43
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	3	8,10	1	2,43
signaleren	17	45,94	20	48,78
coachen	7	18,91	6	14,63
bemiddelen	10	27,02	13	31,70
totaal	37	100	41	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	3	30,00	1	7,69
ombudspersoon zonder patiënt	7	70,00	12	92,30
totaal	10	100	13	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	21	56,75	13	31,70
binnen de week	9	24,32	15	36,58
binnen de twee weken	5	13,51	7	17,07
binnen de vier weken	1	2,70	4	9,75
later dan vier weken	1	2,70	2	4,87
totaal	37	100	41	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	7		27	

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	2	4,87
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	2,70	2	4,87
ontevredenheid patiënt	2	5,40	1	2,43
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	34	91,89	36	87,80
totaal	37	100	41	100

Evaluatie proces

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	2	4,87
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	11	29,72	3	7,31
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-

door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	26	70,27	36	87,80
totaal	37	100	41	100

AANMELDINGEN INTERNE OMBUDSDIENST ALEXIANEN ZORGGROEP TIENEN 2018

Dit is een overzicht van de meldingen van de Psychiatrische Kliniek Alexianen, Hestia, en het WZC Sint Alexius.

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 26/01/2018, de laatste op 27/12/2018. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt **12**, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen 12**.

Op jaarbasis zijn het weinig meldingen. Maar dit is voor onze kliniek het gemiddelde van de laatste jaren.

De meldingen komen van verschillende afdelingen waarbij geen enkele afdeling er echt uitspringt. Er zijn 3 afdelingen waar geen melding geweest is.

De aanmeldingen zelf zijn heel divers van aard.

Hieronder een overzicht:

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	**2017**	**2018**
aanmeldingen	8	12
Aanmelders	6	9

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		2018	
Categorie	n	%	n	%
Aanmeldingen	8		12	
aanmelders	6		9	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	5	62,50	7	59,00
binnen de week	3	37,50	5	41,00
binnen de 2 weken	-	-	-	-
binnen de 4 weken	-	-	-	-
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	8	100	12	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	-	-	-	-
1 contact	8	100	10	83,33
2 contacten	-	-	2	16,66
3 contacten	-	-	-	-
meer dan 3 contacten	-	-	-	-
totaal	8	100	12	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	1		1	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	8		12	

De aanmelding zijn van volgende afdelingen:

	2018
Centrum Mechelsestraat	3
Prisma 1	2
Prisma 2	2
risma 3	2
Team Verslavingszorg	2
WZC St Alexius	1
Team Jeugd	
Team Ouderzorg	-
Team Eetherstel	-
	-

De **12** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 9 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
	n	%	n	%
2	3	33,33	6	50,00
1	6	66,66	6	50,00
totaal	9	100	12	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	8	100,00	8	66,66
groep patiënten	-	-	-	-
andere	-	-	4	33,33
totaal	8	100	12	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	3	37,50	6	66,66
vrouw	5	62,50	3	33,33
onbekend	-	-	-	-
totaal	8	100	9	100

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	-	-	4	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-		

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-		
ten persoonlijke titel	-	-	4	100,00
totaal	-	-	4	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	-	-	2	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	1	25,00
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	1	25,00
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	-	-	4	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	6	75,00	9	75,00
neen	2	25,00	3	25,00
totaal	8	100	12	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	2	100,00	3	100,00
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	-	-	-	-
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	2	100	3	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	1	12,50	5	41,66
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	-	-	-	-
telefonisch *(of GSM, SMS)*	7	87,50	7	58,33
totaal	8	100	12	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	-	-	-	-
vraag tot interventie	7	87,50	9	75,00
vraag tot signalering	1	12,50	2	16,66
vraag naar een luisterend oor	-	-	1	8,33
totaal	8	100	12	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	1	14,28	2	22,22
vraag om een ander soort akkoord	6	85,71	7	77,77
totaal	7	100	9	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	6	75,00	8	66,66
neen	1	12,50	4	33,33
werd niet bevraagd	1	12,50	-	-
totaal	8	100	12	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	4	66,66	7	87,50
formele interne klachtenprocedure	1	16,66	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	1	16,66	1	12,50
extern	-	-	-	-
totaal	6	100	8	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	1	100,00	-	-
durfde niet	-	-	-	-
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	-	-	-	-
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	4	100,00
totaal	1	100	4	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	7	87,50	9	75,00
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	1	12,50	3	25,00
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	12	100

C. Inhoud van de aanmelding

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	2	66,66	3	50,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	1	33,33	1	16,66
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	1	16,66
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	1	16,66
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	3	100	6	100

.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	5	62,50	10	83,33
algemene vraag los van patiëntenrecht	3	37,50	2	16,66
totaal	8	100	12	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	1	33,33	1	50,00
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	-	-	-	-
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	2	66,66	1	50,00
totaal	3	100	2	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	-	-	-	-
psychiater	2	25,00	5	41,66
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	-	-	-	-
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	-	-	1	8,33
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	1	12,50	2	16,66
administratieve dienst	-	-	1	8,33
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	4	50,00	2	16,66
poetsdienst	-	-	-	-
directie	1	12,50	-	-
bewindvoerder	-	-	1	8,33
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	12	100

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	4	80,00	7	70,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	1	20,00	1	10,00
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	1	10,00
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	1	10,00
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	5	100	10	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	1	25,00	1	14,28
1.2. goede behandeling/begeleiding	1	25,00	3	42,85
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	-	-
1.4. goede hotelservice	1	25,00	2	28,57
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	1	14,28
1.7. beschermende maatregelen	1	25,00	-	-
totaal	4	100	7	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	1	100,00
correcte omgangsvormen	1	100,00	-	-
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	2	66,66
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	33,33
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	3	100

1.3. Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	1	100,00	2	100,00
infrastructuur/accommodatie	-	-	-	-
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	1	100,00
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	100,00	-	-
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	1	100,00
andere	inzage	-	-	-	-

afschrift	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(12)*.

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. 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	1	12,50	-	-
doorverwijzen intern	1	12,50	2	16,66
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	-	-	-	-
signaleren	4	50,00	8	66,66
coachen	-	-	2	16,66
bemiddelen	2	25,00	-	-
totaal	8	100	12	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	-	-	-	-
binnen de week	5	62,50	8	66,66
binnen de twee weken	2	25,00	3	25,00
binnen de vier weken	-	-	1	8,33
later dan vier weken	1	12,50	-	-
totaal	8	100	12	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	5		3	

Evaluatie resultaat

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	3	37,50	2	16,66
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	2	25,00	4	33,33
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	2	16,66
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	2	25,00	3	25,00
ontevredenheid patiënt	-	-	1	8,33
geen feedback	1	12,50	-	-
totaal	8	100	12	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	3	37,50	2	16,66
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	12,50	4	33,33
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	12,50	3	25,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	2	25,00	3	25,00
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	1	12,50	-	-
totaal	8	100	12	100

Jos Smets
Interne ombudspersoon psychiatrische kliniek Alexianen Tienen

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

SPIL vzw

Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg vzw

Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt
Tel: 011 23 72 99
Website: www.ombudsfunctieggz.be

Jaarverslag 2018

MC St.-Jozef Munsterbilzen
Erkenningsnummer 952

Externe Ombudsfunctie
Ingrid Meuwis

Inhoud

Inleiding	5
Aanbevelingen	7
Aanmeldingen	9

Bemiddelingsboek - 2418

Inleiding

Dit is het Jaarverslag 2018 van de Externe Ombudsfunctie.
Graag geven wij u een totaalbeeld voor uw voorziening met alle aanmeldingen, ook degenen die niet onder de Wet op Patiëntenrechten vallen (zoals meldingen rond voeding en bewindvoering) en dit met inbegrip van het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de externe ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag eveneens een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen die onder de strikte toepassing van de Wet op de Patiëntenrechten (22 augustus 2002) vallen.

De afbouw van bedden naar de mobiele equipes heeft een invloed op de cijfers van dit jaarverslag. Vanuit NOOLIM in het kader van art. 107 bereiken ons ook aanmeldingen, aanmeldingen die we bijhouden doch nergens kunnen registreren.

Op basis van het ter beschikking zijnde cijfermateriaal en onze interventies en aanwezigheid op de werkvloer hebben we zoals in de wet op de Patiëntenrechten voorzien, aanbevelingen geformuleerd vanuit onze opdracht als externe ombudspersoon.

Bemiddelingsboek - 2420

Aanbevelingen

Het takenpakket van een interne en externe ombudpersoon in de gezondheidszorg werd zorgvuldig vastgelegd in wetgeving en KB's. Voor een ombudspersoon in de gezondheidszorg is het naast het beschikken over tal van communicatieve vaardigheden ook belangrijk kennis van relevante wetgeving te verwerven en onderhouden.

Als externe ombudspersoon ervaar ik al ettelijke jaren dat patiënten veelal nood hebben aan een luisterend oor. Zij beschouwen de externe ombudspersoon daarnaast ook als een bron van informatie over hun rechten en plichten als patiënt. Ook het netwerk van de patiënten doet steeds meer een beroep op deze informatieve opdracht.
Het bemiddelende luik van onze opdracht vraagt van de patiënt een actievere rol dan hij aanvankelijk had verwacht. Bemiddeling is regelmatig een efficiënt instrument gebleken in het streven naar een goede of herstelde communicatie tussen de patiënt en zijn beroepsbeoefenaars.

De praktijk leert me dat het coachen van de patiënt, om in communicatie te gaan met de met hun klacht betrokken hulpververleners, een doeltreffende weg is naar een positieve uitkomst voor beide partijen. Patiënten, die samen met de ombudspersoon hun aanmelding verhelderd hebben, afgetoetst zien aan de realiteit van de wet op de patiëntenrechten en geoefend hebben om het gesprek met de beroepsbeoefenaar aan te gaan, geven achteraf te kennen dat zij hierover tevreden zijn omdat zijzelf voor een oplossing van hun de klacht hebben kunnen zorgen. Het coaching traject vraagt veel tijd en inspanning van de patiënt en de externe ombudspersoon.
De fysieke aanwezigheid en bereikbaarheid van de externe ombudspersoon in de voorziening werkt. Het afgelopen jaar werden ook de brievenbussen van de externe ombudsdienst op alle afdelingen voorzien van een affiche met een woordje toelichting. De herkenbaarheid en nabijheid van de externe ombudspersoon is hierdoor opnieuw vergroot. Tijdens het nakijken van deze brievenbussen vinden er op alle afdelingen regelmatig informele momenten plaats tussen de patiënten en of hun hulpverleners en de externe ombudspersoon. De herkenbaarheid van de vaste externe ombudspersoon van de voorziening is volgens de patiënten een voordeel (affiches met foto en een foto op de toegangsbadge). Deze informele momenten lenen er zich toe om in het kader van preventie van klachten in te spelen op vragen en opmerkingen met betrekking tot de aangeboden zorg en behandeling en de wet op patiëntenrechten.

Herstel in de geestelijke gezondheidszorg veronderstelt dat de persoon zijn eigen leven opnieuw vorm geeft en er de gelegenheid geboden wordt om de opgedane ervaringen te verwerken en te integreren. Een herstelproces kan een tijdelijke fase zijn in iemands leven, voor anderen is het mogelijks levenslang.

Art. 7 en 8 van de wet op de patiëntenrechten (22augustus 2002) bieden de patiënt de gelegenheid om de regie voor de zorg en behandeling die hij nodig heeft in eigen handen te nemen en zich te beroepen op de professionaliteit van de zorgverstrekkers van de voorziening. Art. 7 legt vast dat de patiënt tegenover de beroepsbeoefenaar het recht heeft op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan. Art. 8 geeft de patiënt 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.

Het is belangrijk om iemand de gelegenheid te bieden de belangrijke beslissingen in zijn leven zelf te laten nemen. Beslissingen op maat worden genomen als iemand over voldoende informatie kan beschikken. Indien informatie achterwege blijft dan lijkt het soms of de verkeerde beslissing wordt genomen en kan de hulpverlener zich mogelijks verschuilen achter de idee dat de patiënt "onvermogen" is om beslissingen te nemen.

De afgelopen jaren werd er op verschillende manieren geïnvesteerd om de patiënt binnen het MC St.-Jozef deelgenoot te maken van zijn zorg- en behandelplan. Het belang voor het empoweren van de patiënt en onrechtstreeks zijn zorgverstrekkers zorgde er onder andere voor dat er herhaaldelijk informatiesessies over de rechten van de patiënten door de externe ombudspersoon op afdelingsniveau en patiëntniveau, in groep en op individuele basis, aangeboden worden.
Mijn inziens dragen deze informatieve momenten, waarin patiënten kennis maken met hun rechten en plichten, ertoe bij dat zij beter weten waar ze aan toe zijn en welke belangrijke positie ze innemen op weg naar hun herstel.
De geregelde informatiesessies voor de hulpverleners op afdelingsniveau dragen bij tot het praktisch aftoetsen van de toepassing van deze wetgeving.

Daarnaast is het nu eerder gebruikelijk dan uitzonderlijk dat de patiënt zijn aanwezigheid gevraagd en verwacht wordt bij zijn individuele behandelplan bespreking. Het blijft echter belangrijk voor de beroepsbeoefenaars van de voorziening om oog te hebben voor de kwetsbaarheid van de patiënt om hierin mee te gaan. Soms is het noodzakelijk om deze aanwezigheid te laten voorafgaan van meerdere voorbereidende gesprekken met de diverse leden van het multidisciplinair team om alzo de patiënt de gelegenheid te bieden zich enerzijds goed te informeren en anderzijds om zijn hulpvraag te verfijnen. Dit resulteert uiteindelijk naar een respectvolle houding voor de autonomie van de patiënt.

Bij de opname in het MC St.-Jozef wordt de patiënt standaard bevraagd wie zijn of haar vertrouwenspersoon in het kader van de wet op de patiëntenrechten is. Het aanduiden van één of meerdere vertrouwenspersonen uit hun eigen netwerk is voor sommige patiënten geen evidentie en soms niet mogelijk. Het vertrouwen dat mensen schenken aan anderen is een dynamisch gebeuren. Binnen het MC St.-Jozef is het een aandachtspunt dat de betrokken hulpverlener dit op regelmatige basis in vraag stelt en of een wijziging voor de patiënt gewenst of noodzakelijk is.

In een goede relatie weet je wat je aan elkaar hebt. Ook in een relatie tussen zorgverleners en patiënt is dit belangrijk.

Bemiddelingsboek - 2423

Aanmeldingen

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 18/01/2018, de laatste op 20/12/2018.
Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 124, het totaal aantal in 2018 afgesloten aanmeldingen 119.
Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2015	2016	2017	2018
aanmeldingen	175	128	112	124
aanmelders	90	75	69	75

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2018 met deze van 2017.

Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	112		124	
aanmelders	69		75	
tijd tussen aanmelding en eerste contact				
op dezelfde datum	78	72,89	92	76,66
binnen de week	24	22,42	23	19,16
binnen de twee weken	2	1,86	2	1,66
binnen de 4 weken	1	0,93	-	-
later dan vier weken	2	1,86	3	2,50
totaal	107	100	120	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
1 contact	71	66,35	74	61,66
2 contacten	15	14,01	31	25,83
3 contacten	10	9,34	4	3,33
meer dan 3 contacten	11	10,28	11	9,16

totaal	107	100	120	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	6		9	
verwezen naar andere ombudspersoon	5		4	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	107		119	

Bij de verwijzing naar een andere ombudspersoon betreft het1 keer een externe ombudspersoon GGZ van een ander overlegplatform, 2 keer een ombudspersoon van een algemeen ziekenhuis, en 1 keer een andere ombudsdienst. Verwijzingen naar een andere ombudspersoon worden voor de verdere gegevens niet meegeteld.

De 124 aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 75 aanmelders.

De 112 aanmeldingen *(2017)* komen van in totaal 69 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	85	79,43	85	70,83
groep patiënten	10	9,34	26	21,66
andere	12	11,21	9	7,50
totaal	107	100	120	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	40	47,05	38	44,70
vrouw	45	52,94	47	55,29
totaal	85	100	85	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
meer dan 4 personen	10	100,00	26	100,00
totaal	10	100	26	100
grootste groep	20		17	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	12	100,00	9	100,00
personeelslid	-	-	-	-
totaal	12	100	9	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	7	58,33	4	44,44
als vertrouwenspersoon	-	-	2	22,22
ten persoonlijke titel	5	41,66	3	33,33
totaal	12	100	9	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	7	58,33	-	-
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	1	8,33	2	22,22
terugkoppeling was niet mogelijk	1	8,33	4	44,44
terugkoppeling was niet nodig	3	25,00	3	33,33
totaal	12	100	9	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	76	71,02	98	81,66
neen	31	28,97	22	18,33
totaal	107	100	120	100

Bemiddelingsboek - 2426

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	9	29,03	14	63,63
dit jaar binnen een andere voorziening	2	6,45	5	22,72
vorige jaren binnen deze voorziening	20	64,51	3	13,63
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	31	100	22	100

Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	45	42,05	66	55,00
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	26	24,29	23	19,16
telefonisch *(of GSM, SMS)*	36	33,64	31	25,83
totaal	107	100	120	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	19	17,75	22	18,33
vraag tot interventie	52	48,59	50	41,66
vraag tot signalering	8	7,47	12	10,00
vraag naar een luisterend oor	28	26,16	36	30,00
totaal	107	100	120	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	5	9,61	2	4,00
vraag om een ander soort akkoord	47	90,38	48	96,00
totaal	52	100	50	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	53	49,53	63	52,50
neen	53	49,53	57	47,50
werd niet bevraagd	1	0,93	-	-
totaal	107	100	120	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	51	96,22	62	98,41
formele interne klachtenprocedure	1	1,88	-	-
interne ombudsfunctie	1	1,88	-	-
extern	-	-	1	1,58
totaal	53	100	63	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	1	1,88	8	14,03
durfde niet	13	24,52	17	29,82
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	39	73,58	32	56,14
totaal	53	100	57	100

Bemiddelingsboek - 2428

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	2	1,86	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	89	83,17	112	93,33
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	15	14,01	8	6,66
niet van toepassing	1	0,93	-	-
totaal	107	100	120	100

Inhoud van de aanmelding

Aanmeldingen op basis van de Rechten van de Patiënt

Hieronder vindt u een overzicht van de minimale registratiegegevens volgens de strikte interpretatie van de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002.
Daarnaast geven wij u ook een overzicht van de ruimere registratie van alle aanmeldingen die ons het afgelopen jaar hebben bereikt. Er zijn bijgevolg verschillen tussen de beide registraties.

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	21	19,62	29	24,16
aanmeldingen die weerhouden worden	86	80,37	91	75,83
totaal	107	100	120	100

Overzicht weerhouden volgens de strikte toepassing van de Rechten van de patiënt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	49	56,97	49	53,84
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	3,48	1	1,09
3. informatie	2	2,32	8	8,79
4. geïnformeerde toestemming	23	26,74	20	21,97
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	1	1,16	3	3,29

Bemiddelingsboek - 2429

6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	6,97	10	10,98
7. pijnbestrijding	2	2,32	-	-
totaal	86	100	91	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

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.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	104	97,19	116	96,66
algemene vraag los van patiëntenrecht	3	2,80	4	3,33
totaal	107	100	120	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
financieel	1	33,33	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
levensverhaal	1	33,33	4	100,00
patiëntenrechten	1	33,33	-	-
totaal	3	100	4	100

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

Betrokken discipline

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	-	-	2	1,66
psychiater	26	24,29	34	28,33
huisarts	2	1,86	-	-
verpleging	23	21,49	21	17,50
persoonlijke begeleider	8	7,47	3	2,50
sociale dienst	1	0,93	2	1,66
psycholoog	1	0,93	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	-	-	11	9,16
multidisciplinair team	34	31,77	29	24,16
technische dienst	2	1,86	1	0,83
voedingsdienst	4	3,73	12	10,00
poetsdienst	1	0,93	1	0,83
directie	3	2,80	2	1,66
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	2	1,86	2	1,66
totaal	107	100	120	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	63	60,57	70	60,34
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	2,88	1	0,86
3. informatie	2	1,92	8	6,89
4. geïnformeerde toestemming	23	22,11	21	18,10
5. inzage patiëntendossier	1	0,96	3	2,58
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	7	6,73	11	9,48
7. klachtenbemiddeling	2	1,92	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,96	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	2	1,72
10. pijnbestrijding	2	1,92	-	-
totaal	104	100	116	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	14	22,22	13	18,57
1.2. goede behandeling/begeleiding	22	34,92	23	32,85
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	1,58	3	4,28
1.4. goede hotelservice	12	19,04	19	27,14
1.5. betalende diensten	1	1,58	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	5	7,93	4	5,71
1.7. beschermende maatregelen	8	12,69	8	11,42
totaal	63	100	70	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	21,42	6	46,15
correcte omgangsvormen	8	57,14	5	38,46
grensoverschrijdend gedrag	3	21,42	2	15,38
totaal	14	100	13	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	4	18,18	1	4,34
voldoende beschikbaarheid	7	31,81	12	52,17
betrokkenheid familie	1	4,54	2	8,69
start opname/behandeling/begeleiding	2	9,09	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	9,09	1	4,34
overplaatsing naar andere afdeling	3	13,63	1	4,34
overplaatsing naar een andere voorziening	3	13,63	6	26,08
totaal	22	100	23	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	1	50,00	-	-
geweigerd	1	50,00	-	-
totaal	2	100	-	-

Bemiddelingsboek - 2433

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,0
geweigerd	2	100,0	-	-
totaal	2	100	1	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	2	66,66	1	100,0
geweigerd	1	33,33	-	-
totaal	3	100	1	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	1	33,33	1	16,66
geweigerd	1	33,33	5	83,33
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	6	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	100,0	1	33,33
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	1	33,33
weekend- en verlofregeling	-	-	1	33,33
totaal	1	100	3	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	6	50,00	11	57,89
infrastructuur/accommodatie	2	16,66	1	5,26
hygiëne	-	-	2	10,52
veiligheid persoon	1	8,33	4	21,05
veiligheid goederen	3	25,00	1	5,26
totaal	12	100	19	100

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
wasserij	1	100,0	-	-
totaal	1	100	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	1	20,00	2	50,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	3	60,00	-	-
bewindvoering	-	-	2	50,00
verzekeringen	1	20,00	-	-
totaal	5	100	4	100

Bemiddelingsboek - 2435

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	1	12,50	1	12,50
beperkte bewegingsvrijheid	1	12,50	2	25,00
afzondering	2	25,00	2	25,00
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	4	50,00	3	37,50
totaal	8	100	8	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	1	33,33	1	100,0
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	2	66,66	-	-
totaal	3	100	1	100

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	2	100,0	5	62,50
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	3	37,50
alternatieven	-	-	-	-
totaal	2	100	8	100

Bemiddelingsboek - 2436

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	1	4,76
	toestemming	2	8,69	1	4,76
behandeling/begeleiding	informatie	4	17,39	7	33,33
	toestemming	17	73,91	12	57,14
totaal		23	100	21	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,0	3	100,0
totaal	1	100	3	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	1	100,00	3	100,00
totaal		1	100	3	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	6	85,71	5	45,45
persoonlijke overtuiging	1	14,28	-	-
briefgeheim	-	-	1	9,09
territoriale privacy	-	-	5	45,45
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
totaal	7	100	11	100

Bemiddelingsboek - 2437

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	2	100,00	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	1	100,0	-	-
totaal	1	100	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	2	100,0
totaal	-	-	2	100

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	2	100,0	-	-
totaal	2	100	-	-

Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen *(119)*.

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. 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 of 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	15	14,01	14	11,76
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	13	12,14	12	10,08
signaleren	3	2,80	4	3,36
coachen	6	5,60	12	10,08
bemiddelen	70	65,42	77	64,70
totaal	107	100	119	100

Bemiddelingsboek - 2439

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	24	34,28	19	24,67
ombudspersoon zonder patiënt	46	65,71	58	75,32
totaal	70	100	77	100

Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	48	44,85	63	52,94
binnen de week	18	16,82	25	21,00
binnen de twee weken	13	12,14	15	12,60
binnen de vier weken	10	9,34	6	5,04
later dan vier weken	18	16,82	10	8,40
totaal	107	100	119	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	9		8	

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".

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

Evaluatie resultaat

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	75	70,09	94	78,99
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	8	7,47	11	9,24
ontevredenheid patiënt	8	7,47	2	1,68
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	2	1,68
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	16	14,95	10	8,40
totaal	107	100	119	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	88	82,24	107	89,91
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	3	2,80	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	2	1,68
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	16	14,95	10	8,40
totaal	107	100	119	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

Bemiddelingsboek - 2442

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Sint-Jan, Eeklo

periode van 1 januari tot 31 december 2018

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 956

psychiatrisch verzorgingstehuis

erkenningsnummer PVT 007

Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
PopovGGZ vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2443

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
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
anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be
www.ombudsfunctieggz.be

INHOUD

1. INLEIDING **3**

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE **4**

3. AANMELDINGEN **7**

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN **26**

5. BESLUITEN **28**

6. PRAKTISCHE INFORMATIE **29**

1. INLEIDING

Dit jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg bevat, zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PC Sint Jan en PVT Sint Jan.

Het verslag vergelijkt de aanmeldingen van 2018 met die van 2017. Er worden, zoals door de overheid gevraagd, enkele aandachtspunten en eventueel bijhorende aanbevelingen geformuleerd die nuttig kunnen zijn voor het verder ontwikkelen van de ombudspraktijk.

In het Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg worden de gegevens van alle Vlaamse voorzieningen met externe ombudsfunctie per voorzieningensoort en per overlegplatform gegroepeerd. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In uitvoering van het Decreet van 1 juni 2001 houdende toekenning van een klachtrecht ten aanzien van de bestuursinstellingen wordt dit jaarverslag voor 10 februari bezorgd aan de diensten van de Vlaamse Ombudsman.

Op 19 maart 2019 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

Bemiddelingsboek - 2445

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

erkenningsnummer PZ			956								
A	**a-dag**	**a-nacht**	**T**	**t-dag**	**t-nacht**	**Tg**	**Sp**	**K**	**k-dag**	**k-nacht**	**totaal**
33	11		95	35	3		24				201

Aan dit psychiatrisch ziekenhuis is een psychiatrisch verzorgingstehuis verbonden, gelegen op dezelfde campus van het ziekenhuis. Het PVT wordt mee opgenomen in dit jaarverslag.

erkenningsnummer PVT	007	
PVT permanent	**PVT uitdovend**	**totaal**
40	1	41

Het ziekenhuis is ook partner in het samenwerkingsverband beschut wonen De Wende. Voor BW De Wende waren er geen aanmeldingen in 2018.

B. Gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

Ziekenhuis

	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aantal gerealiseerde verpleegdagen	59.394	59.541	60.136	59.831	57.468	56.834
aantal opnames	663	677	750	755	779	710
aantal opgenomen patiënten op 1/1	222	244	220	270	236	214
aantal opgenomen patiënten op 31/12	230	220	220	250	214	216

PVT

	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aantal gerealiseerde verpleegdagen	-	15.009	15.107	14.863	14.868	14.803
aantal opnames	-	35	32	40	41	48
aantal bewoners op 1/1	-	41	41	40	39	41
aantal bewoners op 31/12	-	41	41	41	41	42

C. Externe ombudsfunctie

Sinds oktober 2015 neemt Anne-Leen Denolf de ombudsfunctie binnen het PC Sint-Jan op. Anne-Leen is sinds die datum actief als ombudspersoon in twee andere voorzieningen in Oost-Vlaanderen. Sinds maart 2018 komen daar ook 4 voorzieningen in West-Vlaanderen bij. Anne-Leen is daarmee voltijds aan de slag als ombudspersoon binnen het Vlaams Overlegplatform GGZ.

Zij neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (IPSOF). Ze is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

Anne-Leen is elke dinsdag in het ziekenhuis aanwezig van 9u tot 12u, met een spreekuur van 9u tot 10u.

	Naam: Anne-Leen Denolf **E-mail:** anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0491 / 393 918 **Bereikbaar:** op maandag en dinsdag tijdens kantooruren, op woensdag tot 12u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Sint-Jan, PZ en PVT Sint-Hiëronymus, PVT Campus 't Hooghuis, PZ en PVT Sint-Lucia, BW Waasland, BW Pro Mente, BW De Wende, RCGG Deinze-Eeklo-Gent, CGG Waas en Dender Netwerk, ADS MT Noord en ADS MT Midden

Bij afwezigheid zal Anne-Leen vervangen worden door één van haar collega's bij het overlegplatform (zie p. 6).

Bemiddelingsboek - 2447

Ombudspersonen tewerkgesteld bij PopovGGZ:

	Naam: Chantal Van Moerkerke, coördinator O.Vl. **E-mail:** chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0476 / 306 444 **Bereikbaar:** op maandag, dinsdag en donderdag van 9u tot 17u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Dr. Guislain, PVT Campus De Lorkenstraat, PZ Dr. Guislain Campus Sint-Alfons, PC Gent-Sleidinge Campus Gent, PVT Hortus, PC Sleidinge Campus PC Sleidinge, PZ Dr. Guislain K-dienst Fioretti Campus De Deyne, BW Zagan, BW Domos, BW Ipso, BW Centrum Onderweg, DAC De Moester ,CGG Eclips, Riziv De Sleutel (CIC, TGM, TGG, dagcentrum en sociale werkplaats), MT Gent-Eeklo
	Naam: Nicole Claeys **E-mail:** nicole.claeys@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0495 / 295 612 **Bereikbaar:** van dinsdag tot vrijdag tijdens de kantooruren **Vaste voorzieningen:** PC Karus campus Gent, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Warande, PZ en PVT Sint-Jan-Baptist, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Krekelmuyter, PC Sint-Jan-Baptist Campus De Oostkade, BW De Vlier, MT Gent-Eeklo
	Naam: Carine Eeckhout **E-mail:** carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0490 / 444 155 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen:** PC en PVT Ariadne Lede, PVT Leilinde, Karus campus Melle, PVT De Wadi, PC Sint-Franciscus – De Pelgrim, BW De Nieuwe Horizon, BW Vlaamse Ardennen, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, CGG 3 stromen, De Kiem, Netwerk ADS MT Zuid
	Naam: Sofie Wybo **E-mail:** Sofie.wybo@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0493 / 89 85 90 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen: /**
	Naam: Niki Vervaeke **E-mail:** niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0800 / 32 0 36 **Bereikbaar:** Vrijdag van 9.00 uur tot 11.30 uur **Vaste voorzieningen: /**

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 08/01/2018, de laatste op 28/12/2018. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 94, het totaal aantal in 2017 afgesloten aanmeldingen 84. Een aantal aanmeldingen werden pas in januari afgesloten of staan op heden nog altijd open. Er zijn opvallend minder aanmeldingen dan de voorgaande jaren. Ook het aantal aanmelders (70) is sterk terug gelopen.

In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op de mogelijke oorzaken van de sterke terugval in aanmelders en aanmeldingen.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2014 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	103	168	146	127	94
aanmelders	53	80	82	88	70

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2018 met deze van 2017.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	127		94	
aanmelders	88		70	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	88	74,57	67	94,36
binnen de week	28	23,72	4	5,63
binnen de 2 weken	1	0,84	-	-
binnen de 4 weken	1	0,84	-	-
later dan vier weken	-	-	-	-
totaal	118	100	71	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	9	7,08	23	24,46
1 contact	111	87,40	62	65,95

2 contacten	5	3,93	6	6,38
3 contacten	1	0,78	2	2,12
meer dan 3 contacten	1	0,78	1	1,06
totaal	127	100	94	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		4	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	130		84	

De 94 aanmeldingen komen van in totaal 70 aanmelders. De aanmelder moest nooit langer dan 1 week wachten op een gesprek met de ombudspersoon. Er waren wel meer aanmeldingen waarbij geen persoonlijk gesprek plaatsvond maar wel een intensief mailverkeer of meerdere telefonische contacten.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
8	1	1,42	8	8,51
3	2	2,85	6	6,38
2	13	18,57	26	27,65
1	54	77,14	54	57,44
totaal	70	100	94	100

In 2018 had meer dan de helft van de aanmelders over 1 aanmelding contact met de ombudsdienst. 16 aanmelders hadden meerdere klachten, waarbij 1 aanmelder er bovenuit schiet met 8 aanmeldingen.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	108	85,03	73	77,65
groep patiënten	11	8,66	17	18,08
andere	8	6,29	4	4,25
totaal	127	100	94	100

Het grootste deel van de aanmeldingen blijft afkomstig van individuen. Er is zijn iets meer mannen dan vrouwen bij de aanmelders (verhouding 6/4).

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

Het aantal aanmeldingen door groepen is gestegen. Groepsaanmeldingen betreffen meestal de hotelfunctie en vertalen de wrevel die leeft onder patiënten omtrent voeding en infrastructuur.

Bij aanmeldingen van familieleden (2, 7 in 2017) of via personeelsleden (2, 1 in 2017) zien we een daling. Aanmeldingen die niet rechtstreeks van de patiënt komen worden door de ombudsdienst steeds afgetoetst met de patiënt zelf, indien mogelijk.

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	81	63,77	62	65,95
neen	46	36,22	32	34,04
totaal	127	100	94	100

Gezien de ombudspersoon sinds november 2015 in het ziekenhuis komt, zijn bepaalde aanmelders terugkerende gezichten over de jaren heen. Ook de aanmelders met meer dan 1 aanmelding worden niet als nieuw geregistreerd.
Het aantal nieuwe aanmelders, die dus voor de eerste keer tot bij de ombudspersoon komen, blijft procentueel wel gelijk.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	65	51,18	48	51,06
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	37	29,13	29	30,85
telefonisch *(of GSM, SMS)*	25	19,68	17	18,08
totaal	127	100	94	100

Het aantal aanmeldingen via direct contact ligt op de helft, wat toont dat de ombudsdienst laagdrempelig kan werken. Patiënten vinden ook schriftelijk en telefonisch de weg naar de ombudsdienst.

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	9	7,08	5	5,31
vraag tot interventie	105	82,67	74	78,72
vraag tot signalering	6	4,72	8	8,51

vraag naar een luisterend oor	7	5,51	7	7,44
totaal	127	100	94	100

Een patiënt kan met verschillende verwachtingen beroep doen op een ombudspersoon. De vraag tot interventie blijft de belangrijkste verwachting van de aanmelder ten aanzien van de ombudspersoon (*78,72%*). Men komt dus naar de ombudsdienst omdat men verwacht dat die een verschil kan maken.
De vraag om een financieel akkoord, komt nauwelijks aan bod bij de ombudsdienst (slechts 4 aanmeldingen).

Bij een derde van de aanmeldingen richt de patiënt zich tot de externe ombudspersoon na zelf al (informele) stappen te hebben ondernomen. Dit betekent dat de patiënt in die gevallen vaststelde dat er geen (bevredigende) oplossing kwam voor het gemelde probleem en daarom hoopte dit alsnog te kunnen bekomen via de ombudspersoon.

Er waren 8 aanmelders die aangaven geen eerdere stappen te durven zetten. Meestal richten de aanmelders zich onmiddellijk en rechtstreeks tot de ombudspersoon uit principe, omdat de aanmelder zelf dit recht wou benutten.

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	1	0,78	3	3,19
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	122	96,06	89	94,68
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	4	3,14	1	1,06
niet van toepassing	-	-	1	1,06
andere	-	-	-	-
totaal	127	100	94	100

In 2018 zien we dat een enkeling waarbij een opname stopgezet wordt, de weg naar de ombudsdienst vindt, toch situeert het overgrote deel van de aanmeldingen zich tijdens de opname van de patiënt. 3 patiënten kwamen langs bij de ombudsdienst met vragen of bedenkingen over hun intake of na een weigering van opname.

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2018, dus ruimer dan de strikte interpretatie van de Wet Patiëntenrechten. Deze aanmeldingen behandelen ook voeding of infrastructuur en gaan dus verder dan de strikte zorgrelatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar.

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)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	121	95,27	87	92,55
algemene vraag los van patiëntenrecht	6	4,72	7	7,44
totaal	127	100	94	100

7 aanmeldingen hebben geen betrekking op een patiëntenrecht. Het betreft 2 juridische vragen en 5 keer een levensverhaal. Bij een levensverhaal heeft de ombudspersoon uitgebreide contacten met een patiënt zonder dat daar een aanmelding uit voortvloeit. Deze patiënten verwachten geen interventie van de ombudspersoon, enkel een luisterend oor.

Betrokken discipline

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geen	9	7,08	7	7,44
psychiater	15	11,81	7	7,44
huisarts	-	-	1	1,06
andere arts	-	-	1	1,06
apotheker	-	-	2	2,12
verpleging	22	17,32	11	11,70
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	1	0,78	-	-
psycholoog	2	1,57	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	2	1,57	5	5,31
diëtist	-	-	-	-

Bemiddelingsboek - 2453

multidisciplinair team	29	22,83	19	20,21
administratieve dienst	2	1,57	3	3,19
technische dienst	12	9,44	14	14,89
voedingsdienst	15	11,81	15	15,95
poetsdienst	2	1,57	1	1,06
directie	10	7,87	7	7,44
bewindvoerder	3	2,36	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	3	2,36	1	1,06
totaal	127	100	94	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.

Bij de meeste disciplines blijft het aantal aanmeldingen procentueel rond hetzelfde schommelen. Er waren in 2018 wel wat meer klachten over inhoud van aangeboden therapieën of aanwezigheid/beschikbaarheid van therapeuten. Ook de apotheek is voor het eerst terug te vinden.

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	108	89,25	82	94,25
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	1,65	1	1,14
3. informatie	6	4,95	3	3,44
4. geïnformeerde toestemming	1	0,82	1	1,14
5. inzage patiëntendossier	1	0,82	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,82	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	0,82	-	-
10. pijnbestrijding	1	0,82	-	-

totaal	121	100	87	100

Opnieuw is kwaliteitsvolle dienstverlening het vaakst gehoorde onderwerp bij de ombudsdienst *(94,25%)*.

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	2	1,85	3	3,65
1.2. goede behandeling/begeleiding	31	28,70	24	29,26
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	10	9,25	5	6,09
1.4. goede hotelservice	53	49,07	43	52,43
1.5. betalende diensten	1	0,92	1	1,21
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	6	5,55	4	4,87
1.7. beschermende maatregelen	5	4,62	2	2,43
totaal	108	100	82	100

Het meest in het oog springend, is het blijvend hoge aantal aanmeldingen over de goede hotelservice in PC Sint-Jan. De helft (*52,43%)* van de aanmeldingen over kwaliteitsvolle dienstverlening gaan hierover*.* Niettegenstaande een daling van het aantal klachten kan dit toch een aandachtspunt zijn.

Op de tweede plaats, idem als in 2016 en 2017, komen de aanmeldingen over de behandeling/begeleiding *(29,26%).*

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	50,00	-	-
correcte omgangsvormen	1	50,00	3	100,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	3	100

Bij respectvolle bejegening, betreft het 3 aanmeldingen over wat de patiënt verwacht als correcte omgangsvormen.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	3	9,67	3	12,50
medicatie	1	3,22	1	4,16
individuele therapie	2	6,45	4	16,66
groepstherapie	3	9,67	2	8,33
voldoende beschikbaarheid	6	19,35	5	20,83
betrokkenheid familie	3	9,67	2	8,33
start opname/behandeling/begeleiding	3	9,67	1	4,16
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	5	16,12	2	8,33
overplaatsing naar andere afdeling	2	6,45	3	12,50
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	1	4,16
andere	3	9,67	-	-
totaal	31	100	24	100

Voldoende beschikbaarheid van personeel blijft een vraag van de patiënten die ook in 2017 al naar voor kwam. Daarnaast geven patiënten aan dat de onderlinge communicatie tussen zorgbeoefenaars soms te wensen overlaat, wat een negatief gevolg heeft voor de continuïteit van patiënten hun individueel zorgtraject.

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	2	66,66	-	-
andere	1	33,33	1	100,00
totaal	3	100	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	3	60,00	2	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	2	40,00	-	-
totaal	5	100	2	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	33,33
geweigerd	1	50,00	-	-
andere	1	50,00	2	66,66
totaal	2	100	3	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	6	60,00	2	40,00
groepsleven	3	30,00	1	20,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	1	20,00
andere	1	10,00	1	20,00
totaal	10	100	5	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	21	39,62	18	41,86
infrastructuur/accommodatie	27	50,94	20	46,51
hygiëne	2	3,77	1	2,32
veiligheid persoon	-	-	2	4,65
veiligheid goederen	2	3,77	2	4,65
andere	1	1,88	-	-
totaal	53	100	43	100

De hoofdbrok aan aanmeldingen blijven die over de infrastructuur en de voeding. Bij infrastructuur betreft het dan vooral zaken rond verwarming, technische defecten en de duurtijd waarna aan herstellingen gestart wordt. Bij voeding betreft het aanmeldingen rond diëten, de kwaliteit ervan, de hoeveelheid, de vraag naar meer groenten, afwisseling in toespijs,…

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

Zowel in 2017 als in 2018 was er 1 klacht over de duurtijd om een afspraak te kunnen krijgen bij de kapster.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	2	33,33	2	50,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	2	50,00
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	3	50,00	-	-
verzekeringen	1	16,66	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	4	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	1	20,00	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	20,00	2	100,00
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	-	-

internering	-	-	-	-
andere	3	60,00	-	-
totaal	5	100	2	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	2	100,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	2	100	1	100

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	16,66	-	-
duur	1	16,66	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	16,66	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	3	50,00	3	100,00
totaal	6	100	3	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	1	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	1	100,00	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		1	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

Geen vragen of klachten rond dossier of naar inzage of afschrift van dossier. In 2017 was er wel een aanmelding rond inzage dossier.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Geen aanmeldingen in 2018, 2017 en 2016

7. Recht op klachtenbemiddeling

Geen aanmeldingen in 2018, 2017, 2 in 2016.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Geen vragen of klachten over in 2018. In 2017 was er 1 aanmelding waarin de patiënt informatie vroeg.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Geen vragen of klachten over in 2018. In 2017 was er 1 aanmelding waarin de patiënt informatie vroeg.

10. Recht op pijnbestrijding

In 2018 waren er geen aanmeldingen betreffende dit patiëntenrecht.

Bemiddelingsboek - 2460

D. Interventie

De interventie van de ombudspersoon is bij heel wat aanmeldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het ombudswerk. 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.

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

Hoofdinterventie

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	6	4,72	7	8,33
doorverwijzen intern	-	-	2	2,38
doorverwijzen extern	5	3,93	4	4,76
informeren	9	7,08	5	5,95
signaleren	21	16,53	23	27,38
coachen	10	7,87	1	1,19
bemiddelen	76	59,84	42	50,00
totaal	127	100	84	100

Alle hoofdinterventies kwamen in 2018 aan bod. In de gevallen dat de ombudspersoon een signaalfunctie opnam, was dit meestal ten aanzien van een hoofdverpleegkundige. In de casussen waar er sprake was van een bemiddeling is de verhouding hetzelfde gebleven tussen al dan niet betrokkenheid van de patiënt.

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	72	56,69	56	66,66
binnen de week	51	40,15	22	26,19
binnen de twee weken	2	1,57	2	2,38

binnen de vier weken	2	1,57	3	3,57
later dan vier weken	-	-	1	1,19
totaal	127	100	84	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	4		9	

Het leeuwendeel van de aanmeldingen werd de dag zelf afgehandeld. Het gaat dan om aanmeldingen waarbij de ombudspersoon kan luisteren, informeren of doorverwijzen. De meeste aanmeldingen waarbij sprake is van een pendel-bemiddeling kunnen ook diezelfde dag vaak nog afgehandeld worden. Bij de aanmeldingen waarbij een gesprek moet ingepland worden, kan het afsluiten van de aanmelding iets op zich laten wachten. In enkele uitzonderlijke gevallen, waarbij er lang op een afspraak voor een gesprek of op bijkomende informatie moest gewacht worden, duurde de afhandeling van een klacht enkele weken.

Evaluatie resultaat

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	24	18,89	27	32,14
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	46	36,22	19	22,61
ontevredenheid patiënt	32	25,19	14	16,66
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	25	19,68	24	28,57
totaal	127	100	84	100

Evaluatie proces

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	24	18,89	39	46,42
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	70	55,11	20	23,80
ontevredenheid patiënt	15	11,81	2	2,38
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	18	14,17	23	27,38

totaal	127	100	84	100

Voor zover we expliciet feedback kregen van de patiënt bleek men eigenlijk wel tevreden met het resultaat en het werk van de ombudspersoon.

In 2017 bleef bij een vierde van de aanmeldingen de patiënt ontevreden met het resultaat. In 2018 ligt dit cijfer lager, maar er zijn ook minder aanmeldingen. Mogelijks heeft een deel van deze onvrede meegespeeld in een lager aantal nieuwe aanmeldingen bij de ombudspersoon.

Tot slot heeft de ombudspersoon 6 aanmelders voorgesteld om verdere stappen te nemen bij andere diensten. Dit omdat de interventie van de ombudspersoon geen oplossing bracht of omdat die diensten meer geschikt waren. Het kan hierbij gaan om externe doorverwijzingen naar advocaat, inspectie, ziekenfonds, tewerkstellingsinstellingen, maar ook intern zoals naar bijvoorbeeld de facturatiedienst.

Bemiddelingsboek - 2463

E. Andere aanmeldingen

Aanmeldingen uit beschut wonen De Wende

In 2018 waren er geen aanmeldingen voor Beschut Wonen.

Aanmeldingen uit het PVT

Er kwamen in 2018 ook 8 aanmeldingen binnen uit het PVT, afkomstig van 7 aanmelders.
Het betrof 6 individuele patiënten en 1 groepsmelding.
Eén aanmelder verlangde van de ombudspersoon een luisterend oor voor zijn/haar levensverhaal. De 5 andere aanmeldingen bevatten allemaal aanmeldingen over de kwaliteitsvolle dienstverlening van het PVT.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	-	-	-	-
1.2. goede behandeling/begeleiding	-	-	3	37,50
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	-	-
1.4. goede hotelservice	2	66,66	5	62,50
1.5. betalende diensten	1	33,33	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	-	-
totaal	3	100	8	100

Bij het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening betreft het 1 aanmelding rond somatische verzorging, 1 rond individueel zorgtraject en 1 over een (dreigende) overplaatsing naar een andere voorziening. 3 aanmeldingen rond voeding en 1 aanmelding betreffende de infrastructuur en 1 aanmelding omtrent veiligheid van goederen.

Bemiddelingsboek - 2464

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Waar mogelijk formuleren we ook enkele "voorzichtige" aanbevelingen *(cursief),* eventueel stof voor discussie. Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid, om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren.

In het Vlaams jaarverslag, dat raadpleegbaar zal zijn op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. Op datum van dit jaarverslag zijn deze aandachtpunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2018 meer dan 2500 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

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

- Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van de onafhankelijkheid, de neutraliteit of het beroepsgeheim van de ombudspersoon.

- De ombudspersoon kan ongehinderd en vrij met zowel medewerkers als patiënten in contact treden. De ombudspersoon ervaart een open en constructieve houding bij zowat alle medewerkers evenals de bereidheid om bij te dragen aan een positieve afronding van een aanmelding.

    - *Op heden staat op alle afdelingen van het ziekenhuis en op de PVT een postbus van de ombudsdienst.*

- Sinds dit jaar ontvangt de ombudspersoon de personeelsnieuwsbrief om ook op de hoogte te zijn van belangrijke beslissingen of toekomstige veranderingen in het centrum.

- De ombudspersoon kan algemeen genomen in PC Sint-Jan vrij laagdrempelig werken. Ook de artsen en directieleden zijn toegankelijk en steeds bereid tot overleg.

- De ombudspersoon ervaart een professionele erkenning door medewerkers van het centrum. Medewerkers doen meer en meer een beroep op de expertise van de ombudsdienst betreffende patiëntenrechten, zonder dat hier een aanmelding betrokken is.

- *De ombudspersoon is steeds bereid om mee te helpen denken in inhoudelijke vragen rond patiëntenrechten.*

- De ombudspersoon kan zowel patiënten en personeel informeren over de ombudswerking en de patiëntenrechten. Dit gebeurde in 2018 op alle afdelingen van het PC alsook in het PVT. Ook een aantal dokter-stagairs kregen een uitleg patiëntenrechten.

  - *In 2019 wil de ombudspersoon zich blijvend engageren om op afdelingen zowel medewerkers als patiënten verder te informeren rond de ombudswerking en de patiëntenrechten.*

- Ook voor de ombudspersoon geldt dat er mondelinge reclame bestaat, zowel in positieve als in negatieve zin. Een structurele onoplosbaarheid van een aantal klachten kan tot gevolg hebben dat patiënten minder geneigd zijn de stap naar de ombudspersoon te zetten omdat dit toch geen verschil zal maken. Zeker in de veelgeplaagde hotelservice is dit een verzuchting die wel eens gehoord wordt.

- Niettegenstaande een fysieke aanwezigheid op de afdeling en een woordje uitleg over de patiëntenrechten zijn er toch minder aanmeldingen tot bij de ombudspersoon gekomen. Toch zien we dat meer dan de helft van de aanmeldingen direct (via een eerste gesprek op de afdeling of in het ombudslokaal) tot bij de ombudspersoon komen.

  - *In 2019 wil de ombudspersoon een blijvende aanwezigheid op de afdelingen garanderen, niet alleen via toelichtingsmomenten, maar ook door informele bezoekjes.*

- In de loop van 2018 werd een uitgebreide bevraging uitgevoerd om te peilen naar de tevredenheid over de ombudsfunctie bij alle mogelijke betrokkenen, namelijk patiënten, diensten, artsen en directie. De eerste, algemene resultaten van dit onderzoek werden toegelicht op de raad van bestuur van PopovGGZ in januari 2019.

  - *Een individueel verslag met de verwerkte resultaten zal in de loop van 2019 ter bespreking voorgelegd worden. Hieruit kunnen eventuele bijsturingen volgen.*

B. 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

Dit jaarverslag is uitgezonderd een lager aantal aanmeldingen een bijna exacte kopie van de voorgaande jaren.

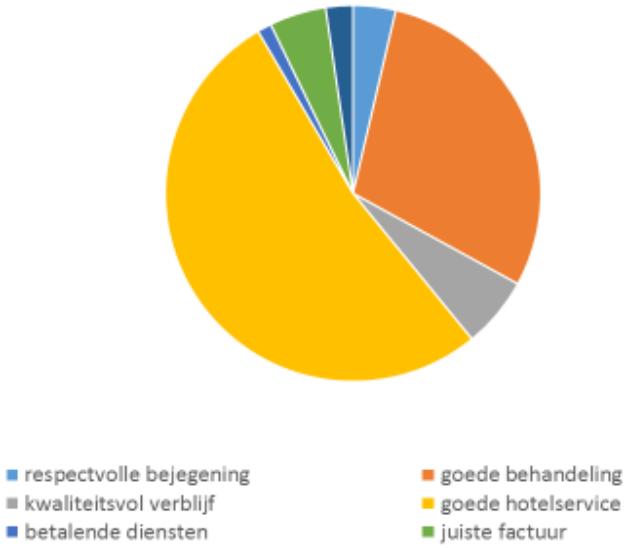
Dit kan erop duiden dat een aantal klachten structureel onoplosbaar zijn of blijvend zullen terugkomen.

Toch zien wij een aantal onderwerpen (vooral de hotelfunctie) binnen het recht op

kwaliteitsvolle dienstverstrekking waar nog verbeterpunten te halen zijn. Niet alleen kan dit zorgen voor een veel lager aandeel klachten binnen de hotelfunctie en het verleggen van focus naar meer zorggerelateerde klachten. Ook het welbevinden van patiënten en hun vertrouwen in de voorziening kunnen hiermee sterk progressie maken.

B.1. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking *(art. 5)*

94,25 % van de aanmeldingen die tot bij de ombudsdienst komen hebben betrekking op de kwaliteitsvolle dienstverstrekking. Dit is geen uitzonderlijk hoog cijfer. In andere psychiatrische voorzieningen is de kwaliteitsvolle dienstverstrekking ook goed voor 9 op 10 klachten. Wat opvallend is in de cijfers voor PC Sint Jan is het hoge aandeel van de hotelservice hierin.



- aanmeldingen betreffende de hotelfunctie

52 % van de aanmeldingen binnen kwaliteitsvolle zorg betreffen technische aanmeldingen, aanmeldingen rond voeding en aanmeldingen rond hygiëne.

De ombudspersoon hoort dezelfde verzuchtingen steeds opnieuw terugkeren. Deze klachten creëren na verloop van tijd de beeldvorming dat er toch niets aan zal veranderen en dat ook naar de ombudsdienst stappen geen verandering zal teweeg brengen. Belangrijker is dat dit soort klachten (waar geen oplossingen voor lijken te komen), of het niet zichtbaar zijn van duidelijke opvolging van deze klachten, zorgen voor een algemeen gevoel bij patiënten van niet volwaardig en met respect behandeld te worden.

Bij technische aanmeldingen is de verwarming een hot topic: leefruimtes en sanitaire ruimtes die te koud aanvoelen en verwarmingstoestellen die defect zijn. Deze klachten worden steeds opgenomen met verantwoordelijken. Er gebeurden ook temperatuur

Bemiddelingsboek - 2467

metingen die deze klachten niet kunnen objectiveren. Daarnaast zijn er opmerkingen over douches en baden die herstellingen nodig hebben en het te lang aanslepen van gevraagde herstellingen. Aanmeldingen over wifi die in 2017 niet meer aan bod kwamen, komen in 2018 terug, meer specifiek de vraag naar wifi ook beschikbaar maken op de slaapkamers. Ook geluidsoverlast van toegangsdeuren of in leefruimtes komt wel eens aan bod.

Het aantal aanmeldingen over de voeding is numeriek nog verder gedaald in verhouding tot voorgaande jaren. Het installeren van ovens op de afdelingen zelf heeft deze daling in 2017 ingezet. Toch blijven aanmeldingen rond kwaliteit van de voeding komen (bv. te weinig afwisseling), maar ook over de organisatie (avondmaal zeer vroeg, te weinig eten voorzien versus er wordt veel weggegooid). Ook veel gehoord rond voeding zijn problemen met de diëten. Deze klachten zijn vaak ook gelieerd met uitgangspermissie van patiënten.

- *Het verdient aanbeveling om tijdens volgend overleg tussen ombudspersoon en het ziekenhuis bijzondere aandacht te besteden aan de opvolging van klachten rond de hotelfunctie.*
- *Het continue evalueren van tevredenheid rond voeding kan de link tussen patiënt en keuken korter maken. Patiënten en zeker ook bewoners van het PVT, inspraak op het gebied van maaltijden geven, kan een hogere tevredenheid bewerkstelligen. Eventueel kan de voedingscommissie hierin een rol spelen.*
- *Het ondersteunen van het keukenpersoneel door een diëtist bij het uitbalanceren van dieetvoedingen kan een meerwaarde betekenen voor de kwaliteit van (dieet)maaltijden.*

- aanmeldingen betreffende goede behandeling

Voldoende beschikbaarheid van personeel blijft een vraag van de patiënten die ook in 2017 al naar voor kwam. Daarnaast geven patiënten aan dat de onderlinge communicatie tussen zorgbeoefenaars soms te wensen overlaat, waarbij patiënten het gevoel krijgen niet voldoende opgevolgd te worden.

Enkele aanmeldingen betroffen het aanbieden van therapie. Therapieën vallen soms weg, aanbod atelier is niet voor elke patiënt even uitdagend of er is te weinig inhoudelijke voorbereiding op ontslag.

Net zoals in 2017 vonden ook enkele familieleden hun weg naar de ombudspersoon. Familieleden wensen vooral goed geïnformeerd en voorbereid te zijn. Ze zijn met andere woorden graag betrokken waar mogelijk.

Bemiddelingsboek - 2468

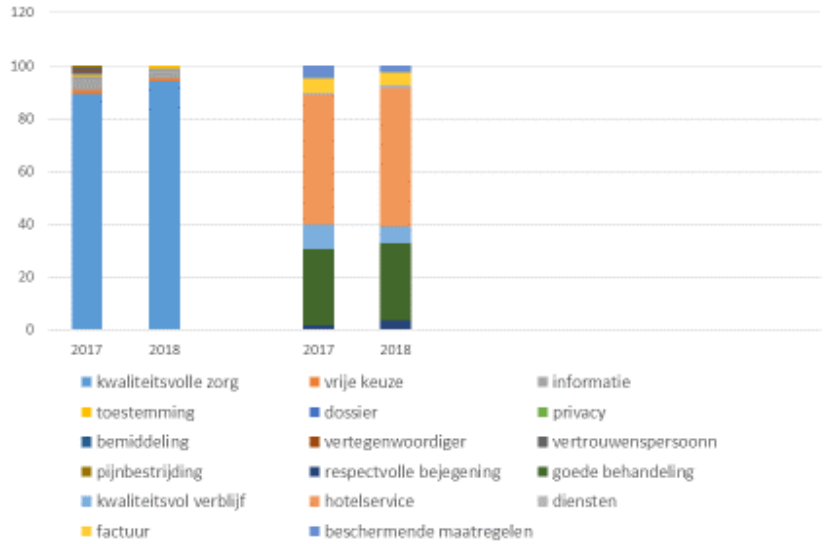
5. BESLUITEN

De Ombudsdienst kan in PC Sint-Jan zeer laagdrempelig werken. Het feit dat meer dan de helft van de aanmeldingen via direct persoonlijk contact (in het ombudslokaal of op de afdeling) komt, is hier een bewijs van.

Het aantal aanmeldingen in het ziekenhuis is gedaald. Niettegenstaande de daling van het aantal aanmeldingen, is het wel opvallend dat de onderlinge verhouding tussen soort van aanmelding over de jaren heen gelijk blijft. De topics waar patiënten mee tot de ombudspersoon komen, blijven diezelfde.

Voor het PVT zijn er 8 aanmeldingen (4 aanmeldingen in 2017). We zien dat bij de PVT-bewoners dezelfde zaken leven en dat zij vooral rond voeding naar de ombudspersoon komen.

Dit jaarverslag is een quasi perfecte kopie van het jaarverslag van 2017, maar met minder aanmeldingen. Onderstaand de vergelijking tussen jaarverslag 2017 en 2018 waarbij duidelijk is dat zij gespiegeld zijn. Kolom 1 en 2 zijn al de aanmeldingen verzamelt per patiëntenrecht. Kolom 3 en 4 zijn een opsplitsing van het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening.



Een andere aanpak van de klachten rond de hotelfunctie kan hier mogelijks in de toekomst een verschil in maken.

Bemiddelingsboek - 2469

6. PRAKTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING

Naam	**Psychiatrisch Centrum Sint-Jan**
Adres	Oostveldstraat 1, 9900 Eeklo
voornaam, naam en functie **vertegenwoordiger** voorziening in **comité** overlegplatform	Marc Vanhauwenhuyse, Algemeen Directeur

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam	**Anne-Leen Denolf**

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

e-mail	anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be	
Brievenbus	O1, O2, O3, O4, R, N, ouderenpsychiatrie, dagkliniek	
Permanentie	plaatsen	dagen en uren
	aanwezig in ziekenhuis	dinsdag van 9 tot 12 uur
	zituur in ombudslokaal	dinsdag van 9 tot 10 uur
Telefoon	nummers	dagen en uren
	GSM 0491/39.39.18	Maandag, dinsdag en woensdagvoormiddag *(tijdens kantooruren)*

Bemiddelingsboek - 2470

AFSPRAKEN ROND BEKENDMAKING

- affiches op alle afdelingen
- folders verspreid bij alle patiënten en beschikbaar op afdeling voor nieuwe patiënten

SPECIFIEKE AFSPRAKEN

- bij afwezigheid
  - eventueel contact met Nicole Claeys 0495/295.612, eventueel via kantoor PopovGGZ 09/216 65 50
  - indien de patiënt akkoord is wordt bemiddeling uitgesteld tot de ombudspersoon terug is
  - is de patiënt het daar niet mee eens, dan zoekt de vervangende ombudspersoon een oplossing, conform de afgesproken werkwijze *(visietekst, gedragscode, huishoudelijk reglement)*

Karus

Campus Melle

van 1 januari tot 31 december 2018

Jaarverslag externe ombudsfunctie Karus, campus Melle
Periode van 1/1/2018 tot 31/12/2018

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

psychiatrisch ziekenhuis

psychiatrisch verzorgingstehuis

Psychiatrisch Centrum Karus, campus Melle

periode van 1 januari tot 31 december 2018

Carine Eeckhout
Ombudspersoon
PopovGGZ vzw
Februari 2019

Bemiddelingsboek - 2474

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
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
Carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be
www.ombudsfunctieggz.be

INHOUD

1. INLEIDING **5**

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE **7**

3. AANMELDINGEN **9**

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN **24**

5. BESLUITEN **27**

6. PRAKTISCHE INFORMATIE **28**

7. BIJLAGE: OMBUDSPERSONEN TEWERKGESTELD BIJ POPOVGGZ **30**

Bemiddelingsboek - 2476

Bemiddelingsboek - 2477

1. INLEIDING

Dit is het vijftiende jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg. Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.

Tot 2006 werd het jaarverslag, volgens het model uitgewerkt door het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie *(IPSOF)*, door de ombudspersoon aan de directie van de voorziening bezorgd, met de vraag het zelf over te maken aan de Federale Commissie "Rechten van de patiënt".

Vanaf 2007 tot en met 2014 voorzag de Federale Commissie een eigen model, zowel voor een aantal minimale registratiegegevens als voor een aantal bemerkingen op de ombudspraktijk. Deze gegevens werden in die periode rechtstreeks door de ombudspersoon via internet overgemaakt aan de Federale Commissie. Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid aan de gemeenschappen. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid. Vanaf 2018 vraag de Vlaamse Ombudsman de integrale jaarverslagen van de voorzieningen op en bundelt de aanmeldingen van alle ombudspersonen in het Jaarverslag en bemiddelingsboek 2018 dat te raadplegen zal zijn via de website van de Vlaamse ombudsdienst (www.vlaamseombudsdienst.be).

Om de continuïteit te verzekeren, vindt u onder **C. Inhoud van de aanmelding** een overzicht van de minimale registratiegegevens volgens de strikte interpretatie van de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002 *(zoals voorheen overgemaakt aan de Federale Commissie).*

Tussen het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg en het ziekenhuis werd een overeenkomst gesloten. Ook werd een huishoudelijk reglement uitgewerkt, ondertekend en aan de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" overgemaakt. Hierin wordt ook verwezen naar de visietekst en de gedragscode die richtinggevend zijn voor de praktijk. Deze teksten vindt u bij "documentatie & informatie" op www.ombudsfunctieggz.be.

In het **tweede hoofdstuk** sommen we enkele kenmerken van het psychiatrisch ziekenhuis op en staan we stil bij de manier waarop aan de externe ombudsfunctie vorm werd gegeven.

Het **derde hoofdstuk** biedt een overzicht van de aanmeldingen. We kiezen bewust voor de term "aanmeldingen". Soms gaat het over een gewone vraag om informatie, soms wil men gewoon eens zijn verhaal doen, soms gaat het over een klacht over een hulpverlener of over het ziekenhuis, maar dikwijls ook over derden. Via een gemeenschappelijke registratie voor alle externe ombudspersonen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg proberen we een zicht te krijgen op de rijke verscheidenheid van vragen en antwoorden.

De gegevens worden rechtstreeks ingebracht in een centrale databank, Go-between, ontwikkeld door KP-soft uit Mechelen *(www.kpsoft.be)*, zodat elke ombudspersoon zowel de evolutie van elke aanmelding op de voet kan volgen als via statistieken een zicht kan krijgen op de aanmeldingen in alle voorzieningen waar hij of zij werkzaam is. Indien nodig wordt het systeem jaarlijks bijgewerkt om het zo nauw mogelijk te laten aansluiten op de regelgeving. Bij elke aanmelding wordt aangegeven op welk patiëntenrecht deze betrekking heeft.

Deze gegevens worden verwerkt in een Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg, waar de gegevens per voorzieningensoort en per overlegplatform worden gegroepeerd. Ook dit uitgebreide Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In het **vierde hoofdstuk** worden, zoals door de overheid gevraagd, enkele aandachtspunten en eventueel bijhorende aanbevelingen geformuleerd.

We ronden af met een aantal besluiten, in **hoofdstuk vijf**, en met de praktische informatie, in **hoofdstuk zes**, die nodig is om de ombudspraktijk in het ziekenhuis te kunnen situeren.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

Bemiddelingsboek - 2479

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

erkenningsnummer PZ			959								
A	**a-dag**	**a-nacht**	**T**	**t-dag**	**t-nacht**	**Tg**	**Sp**	**K**	**k-dag**	**k-nacht**	**totaal**
80	20	0	78	40	1	0	20	24	6	8	277

erkenningsnummer PVT	017	
PVT permanent	**PVT uitdovend**	**totaal**
56	2	58

Het Psychiatrisch Centrum Caritas in Melle biedt behandeling en zorg aan kinderen en adolescenten, volwassenen en ouderen. Het psychiatrisch ziekenhuis beschikt over een K-dienst *(De Kaap)* op een aparte campus dicht bij het ziekenhuis. Sinds 1 januari 2009 heeft het ziekenhuis ook een forensische afdeling voor jongeren: de Branding.

Aan het psychiatrisch ziekenhuis is tevens een psychiatrisch verzorgingstehuis *(PVT)* verbonden met in 2018 nog 58 erkende plaatsen op de campus van PVT De Wadi in Merelbeke. Het ziekenhuis is ook nog partner in het samenwerkingsverband beschut wonen De Nieuwe Horizon.

Op het einde van hoofdstuk 3 geven we een bondig overzicht van de aanmeldingen uit de K-diensten, PVT en beschut wonen.

Voor de volledigheid vermelden we nog het arbeidscentrum De Keiberg in Merelbeke en op dezelfde site het activiteitencentrum De Klik.

En KArus is tenslotte natuurlijk ook betrokken bij het netwerk artikel 107 "Het Pakt" in de regio Gent-Eeklo-Vlaamse Ardennen. In het kader van de vermaatschappelijking van de zorg werden 25 van de in de tabel vermelde T-beddden en 5 van de vermelde t(d)-plaatsen gedeactiveerd in het verdeel van de mobiele teams.

Voor verdere informatie over het ziekenhuis verwijzen we u naar de website www.karus.be.

B. Gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

PZ:	2017	2018
aantal gerealiseerde verpleegdagen	74.967	71.438
aantal opnames	941	900
aantal opgenomen patiënten op 1/1	250	284
aantal opgenomen patiënten op 31/12	284	260
gedwongen opnames	134	141

De weergegeven cijfers betreffen de gegevens van de reguliere ziekenhuisdiensten *(exclusief postkuur, For-K en outreach)* en kunnen wegens een wijziging in registratie licht afwijken van de cijfers uit vorige jaarverslagen.

Zowel uit het aantal bedden en campussen als uit het aantal gerealiseerde verpleegdagen en opnames, blijkt dat het over een groot en vrij gediversifieerd psychiatrisch centrum gaat. Een groot deel van de patiënten verblijft relatief lang in het ziekenhuis.

In het ziekenhuis worden ook jaarlijks een aanzienlijk aantal patiënten gedwongen opgenomen *(141 in 2018)*.

C. Externe ombudsfunctie

De ombudspersoon wordt tewerkgesteld door het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg waartoe het psychiatrisch ziekenhuis behoort. Ze bekleedt geen enkele andere functie in de voorziening.

Sinds september 2015 is Carine Eeckhout aangesteld als ombudspersoon in PC Karus. Carine is master in de criminologische wetenschappen en startte als projectmedewerker bij het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg, waar ze verantwoordelijk was voor het uitwerken en opvolgen van de projecten "Zo ouder, zo kind?" *(ondersteunen van hulpverleners in contact met gebruikende ouders)* en "Over de horde" *(onderzoek van drempels naar vrijwilligerswerk en vrijetijdsbesteding voor mensen met een psychische kwetsbaarheid)*. Sinds september 2015 is ze voor 0,60 VTE tewerkgesteld als ombudspersoon; daarnaast is ze voor 0,40 VTE tewerkgesteld als medewerker van team Crosslink van RADAR, het netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren Oost-Vlaanderen. Behalve in PC Karus is ze ook actief als ombudspersoon in drie andere zorgvoorzieningen, de initiatieven Beschut Wonen Vlaamse Ardennen en De Nieuwe Horizon en twee centra voor geestelijke gezondheidszorg. Sinds haar aanstelling als ombudspersoon volgde zij de door VVOVAZ aangeboden basisopleiding bemiddeling en volgde de nodige bijscholingen betreffende de wet patiëntenrechten, de gedwongen opname, de bewindvoering en inleiding tot psychopathologie. Ze neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie *(IPSOF)* en is lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

Carine is telkens op woensdagvoormiddag van 9 – 12u in het ziekenhuis en elke eerste woensdag van de maand van 14 – 15u in De Wadi. Ze pleegt regelmatig overleg met Jan Steel, directeur patiëntenzorg en contactpersoon voor de externe ombudspersoon.

3. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 02/01/2018, de **laatste** op 19/12/2018. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 92, het totaal aantal afgesloten aanmeldingen 91. De 92 aanmeldingen zijn afkomstig van 51 **aanmelders**.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	135	141	119	92
aanmelders	76	79	55	51

De dalende trend die ingezet was in 2017, wordt dit jaar bevestigd met opnieuw een lager aantal aanmeldingen.

Verder beperken we ons tot het vergelijken van de gegevens van **2018** met **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders en aanmeldingstijd

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	119		92	
aanmelders	55		51	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	57	62,63	55	63,21
binnen de week	29	31,86	22	25,28
binnen de twee weken	3	3,29	9	10,34
binnen de vier weken	1	1,09	1	1,14
later dan 4 weken	1	1,09	-	-
totaal	91	100	87	100

Contacten en verwijzingen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	27	22,88	4	4,39
1 contact	61	51,69	40	43,95
2 contacten	23	19,49	38	41,75
3 contacten	4	3,38	6	6,59
meer dan 3 contacten	3	2,54	3	3,29
totaal	118	100	91	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	6		15	
Doorverwezen naar andere ombudspersoon	1		1	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	118		91	

In de overgrote meerderheid van de aanmeldingen was er persoonlijk contact tussen de ombudspersoon en de aanmelder *(95,61 %).* Meestal volstonden één *(43,95 %)* of twee *(41,75 %)* contacten, uitzonderlijk waren er drie of meer nodig om de aanmelding af te sluiten.

Eén maal verwees de ombudspersoon een patiënt door naar de ombudsdienst van een ander psychiatrisch ziekenhuis.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
6	2	3,92	12	13,04
4	4	7,84	16	17,39
3	2	3,92	6	6,52
2	15	29,41	30	32,60
1	28	54,90	28	30,43
totaal	51	100	92	100

In **2017** kwamen de **119** aanmeldingen van in totaal 55 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
6	3	5,45	18	15,12
5	2	3,63	10	8,40
4	2	3,63	8	6,72
3	10	18,18	30	25,21
2	15	27,27	30	25,21
1	23	41,81	23	19,32
totaal	55	100	119	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	101	85,59	85	93,40
groep patiënten	-	-	2	2,19
andere	17	14,40	4	4,39
totaal	118	100	91	100

Aanmeldingen die niet gebeurden door patiënt zelf, werden steeds gedaan door familieleden of partners, die ofwel als wettelijke vertegenwoordiger optrad *(1)*, als vertrouwenspersoon *(1)* of ten persoonlijke titel *(2).* De ombudspersoon trachtte steeds na te gaan of de patiënt de aanmelding onderschreef. Bij één aanmelding bleek dat het geval, bij twee aanmeldingen ging patiënt echter niet akkoord met de melding. Bij één melding was terugkoppeling naar de patiënt niet mogelijk.

Geslacht indien individueel

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
man	59	58,41	35	41,17
vrouw	42	41,58	50	58,82
onbekend	-	-	-	-
totaal	101	100	85	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	56	47,45	45	49,45
neen	62	52,54	46	50,54
totaal	118	100	91	100

Bij de helft van de aanmeldingen is de aanmelder reeds gekend door de ombudspersoon *(50,54%)*. Het betreft aanmeldingen van mensen die in 2018 meer dan één aanmelding formuleerden *(38)*, van mensen die de ombudspersoon reeds kende van vroeger *(8)*.

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	47	75,80	38	82,60
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	2	4,34
vorige jaren binnen deze voorziening	15	24,19	6	13,04
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	62	100	46	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	33	27,96	37	40,65
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	18	15,25	26	28,57
telefonisch *(of GSM, SMS)*	67	56,77	28	30,76
totaal	118	100	91	100

Meer dan 70% van de meldingen gebeuren via persoonlijk of telefonisch contact met de ombudspersoon.

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	5	4,23	6	6,59
vraag tot interventie	54	45,76	48	52,74
vraag tot signalering	19	16,10	21	23,07
vraag naar een luisterend oor	40	33,89	16	17,58
totaal	118	100	91	100

Slecht éénmaal had de patiënt initieel een vraag naar een financieel akkoord.

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	45	38,13	18	19,78
neen	28	23,72	43	47,25
werd niet bevraagd	45	38,13	30	32,96
totaal	118	100	91	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	4	14,28	10	23,25
durfde niet	7	25,00	7	16,27
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	17	60,71	26	60,46
totaal	28	100	43	100

Voor zover bevraagd, werden bij de meeste aanmeldingen geen eerdere stappen ondernomen *(43).*

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	2	2,19
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	112	94,91	81	89,01
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	6	5,08	8	8,79
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	118	100	91	100

Bijna 90% van de aanmeldingen gebeurt door patiënten tijdens hun opname of behandeling. Uitzonderlijk betreft het een aanmelding van iemand die ontslagen is of niet langer begeleid wordt.

C. Inhoud van de aanmelding

Strikte interpretatie Wet betreffende de rechten van de patiënt

Zoals beschreven in de inleiding, voorzag de **Federale Commissie Rechten van de patiënt** vanaf 2007 in een eigen model voor rapportage betreffende de ombudsfunctie, zowel voor een aantal minimale registratiegegevens als voor een aantal inhoudelijke bemerkingen op de ombudspraktijk.
Tot en met 2014 werden deze gegevens rechtstreeks door de ombudspersoon via internet overgemaakt aan de Federale Commissie.
Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid naar de gemeenschappen. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid.

In het verleden werden voor de Federale Commissie Rechten van de patiënt enkel deze aanmeldingen weerhouden die rechtstreeks betrekking hebben op erkende beroepsbeoefenaars en een strikte interpretatie van 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 werden niet meegeteld.

Om de continuïteit van het jaarverslag aan de voorziening te verzekeren, bieden we in onderstaande paragrafen een overzicht van de aanmeldingen die onder deze strikte interpretatie vallen. Verder in dit verslag houden we – zoals de voorgaande jaren – een ruimere interpretatie aan en rapporteren we de aanmeldingen in het vertrouwde model, gebaseerd op de eigen registratie in Go-between.

Er kunnen aanzienlijke verschillen zijn tussen beide registraties.

Registratie Federale Commissie Rechten van de patiënt

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	40	33,89	31	34,06
aanmeldingen die weerhouden worden	78	66,10	60	65,93
totaal	118	100	91	100

Bemiddelingsboek - 2487

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	64	82,05	45	75,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	1,28	5	8,33
3. informatie	-	-	1	1,66
4. geïnformeerde toestemming	7	8,97	4	6,66
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	1	1,28	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	1	1,28	4	6,66
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	5,12	1	1,66
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	78	100	60	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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 informatie-vragen.

***Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ** (IPSOF)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	107	90,67	81	89,01
algemene vraag los van patiëntenrecht	11	9,32	10	10,98
totaal	118	100	91	100

Hieronder worden de soorten **algemene vragen** weergegeven. Per aanmelding wordt slechts één categorie geregistreerd. Verstrekt de ombudspersoon informatie over meer-dere categorieën, dan wordt de vraag van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aan-meldingen.

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	2	20,00
financieel	1	9,09	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	2	18,18	-	-
levensverhaal	7	63,63	7	70,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	1	9,09	1	10,00
totaal	11	100	10	100

Betrokken discipline

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	20	16,94	17	18,68
psychiater	22	18,64	22	24,17
huisarts	-	-	1	1,09
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	13	11,01	14	15,38
persoonlijke begeleider	1	0,84	-	-
sociale dienst	5	4,23	3	3,29
psycholoog	-	-	1	1,09
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	2	1,69	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	46	38,98	26	28,57
administratieve dienst	2	1,69	-	-
technische dienst	2	1,69	-	-
voedingsdienst	1	0,84	1	1,09
poetsdienst	-	-	1	1,09
directie	1	0,84	3	3,29
bewindvoerder	2	1,69	1	1,09
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	1	0,84	1	1,09
totaal	118	100	91	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. De aanmeldingen het vaakst betrokken bij een aanmelding klassiek het multidisciplinair team *(26)*, de psychiater *(22)* en de verpleging *(14)*, niet toevallig die disciplines die het nauwst betrokken zijn op de directe patiëntenzorg.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	90	84,11	63	77,77
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	0,93	6	7,40
3. informatie	-	-	1	1,23
4. geïnformeerde toestemming	7	6,54	4	4,93
5. inzage/afschrift patiëntendossier	2	1,86	5	6,17
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	3,73	1	1,23
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	1,23
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	3	2,80	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	107	100	81	100

Voor het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening** worden in de volgende tabellen meer gedetailleerde aantallen gegeven. In elke categorie binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening kan de aanmelding vervolgens nog verder gepreciseerd worden in verschillende subcategorieën.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	8	8,88	2	3,17
1.2. goede behandeling/begeleiding	37	41,11	18	28,57
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	7	7,77	10	15,87
1.4. goede hotelservice	8	8,88	8	12,69
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	7	7,77	3	4,76
1.7. beschermende maatregelen	23	25,55	22	34,92
totaal	90	100	63	100

1.1. Respectvolle bejegening

Twee aanmeldingen over correcte omgangsvormen.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	2,70	-	-
somatische verzorging	6	16,21	3	16,66
medicatie	5	13,51	-	-
individuele therapie	1	2,70	3	16,66
groepstherapie	1	2,70	1	5,55
voldoende beschikbaarheid	8	21,62	5	27,77
betrokkenheid familie	6	16,21	1	5,55
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	5,55
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	5,40	1	5,55
overplaatsing naar andere afdeling	1	2,70	1	5,55
overplaatsing naar een andere voorziening	1	2,70	1	5,55
andere	5	13,51	1	5,55
totaal	37	100	18	100

Start opname/behandeling/begeleiding

Eén aanmelding over de wachtlijst.

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

Eén aanmelding over het verplicht beëindigen van de behandeling.

Overplaatsing naar andere afdeling

Eén aanmelding over een verplichte overplaatsing naar een andere afdeling.

Overplaatsing naar andere voorziening

Eén aanmelding over het weigeren van een overplaatsing naar een ander voorziening.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	2	28,57	1	10,00
groepsleven	4	57,14	9	90,00
ontspanning/vrije tijd	1	14,28	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere *(internetfaciliteiten)*	-	-	-	-
totaal	7	100	10	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	1	12,50	2	25,00
infrastructuur/accommodatie	5	62,50	3	37,50
hygiëne	-	-	2	25,00
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	2	25,00	1	12,50
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	8	100

1.5. Betalende diensten

Geen aanmeldingen.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

Drie aanmeldingen, waarvan één over de factuur, één over zakgeld en één over bewindvoering.

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	2	8,69	1	4,54
beperkte bewegingsvrijheid	7	30,43	5	22,72
afzondering	3	13,04	5	22,72
fixatie	2	8,69	-	-
gedwongen opname	7	30,43	10	45,45
internering	-	-	-	-
andere	2	8,69	1	4,54
totaal	23	100	22	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	5	83,33
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	1	16,66
totaal	1	100	6	100

3. Recht op informatie

Eén aanmelding over het recht op informatie over de gestelde diagnose.

4. Recht op geïnformeerde toestemming

Vier aanmeldingen, telkens over het recht op het geven van geïnformeerde toestemming voor medicatie.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

Vijf aanmeldingen over het patiëntendossier, waarvan vier over het verkrijgen van een afschrift en één over inzage in het dossier.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Eén aanmelding over het respecteren van de privacy van de kamer.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Eén aanmelding, over het verkrijgen van informatie over de ombudsdienst bij het ziekenhuis.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Geen aanmeldingen.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Geen aanmeldingen.

10. Recht op pijnbestrijding

Geen aanmeldingen.

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(91 in 2018)*.

De **interventie** van de ombudspersoon is bij heel wat aanmeldingen verschillend en

Bemiddelingsboek - 2493

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	25	21,18	15	16,48
doorverwijzen intern	-	-	2	2,19
doorverwijzen extern	-	-	1	1,09
informeren	6	5,08	9	9,89
signaleren	23	19,49	18	19,78
coachen	22	18,64	19	20,87
bemiddelen	42	35,59	27	29,67
totaal	118	100	91	100

Het bemiddelen gebeurde telkens door de ombudspersoon alleen, zonder dat de patiënt erbij betrokken was.

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	46	38,98	32	35,16
binnen de week	36	30,50	21	23,07
binnen de twee weken	14	11,86	16	17,58
binnen de vier weken	4	3,38	9	9,89
later dan vier weken	18	15,25	13	14,28
totaal	118	100	91	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	24		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 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 instrument te ontwikkelen voor een regelmatige evaluatie van de ombudsfunctie door zowel personeel en ziekenhuis als door de patiënten zelf.

In de loop van 2018 werd een uitgebreide bevraging uitgevoerd om te peilen naar de tevredenheid over de ombudsfunctie bij alle mogelijke betrokkenen, namelijk patiënten, diensten, artsen en directie. De eerste, algemene resultaten van dit onderzoek werden toegelicht op de raad van bestuur van PopovGGZ in januari 2019. Een individueel verslag zal in de loop van 2019 aan elke voorziening ter bespreking voorgelegd worden.

Evaluatie resultaat

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	16	13,55	5	5,49
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	12	10,16	12	13,18
ontevredenheid patiënt	9	7,62	11	12,08
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	6	5,08	1	1,09
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	25	21,18	32	35,16
ontevredenheid patiënt	10	8,47	4	4,39
geen feedback	40	33,89	26	28,57
totaal	118	100	91	100

Bemiddelingsboek - 2495

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	18	15,25	11	12,08
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	18	15,25	14	15,38
ontevredenheid patiënt	1	0,84	3	3,29
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	9	7,62	2	2,19
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	32	27,11	33	36,26
ontevredenheid patiënt	1	0,84	2	2,19
geen feedback	39	33,05	26	28,57
totaal	118	100	91	100

F. K-diensten

Sinds 2012 wordt de externe ombudsfunctie ook aangeboden aan de kinderen en jongeren van de K-diensten. In 2018 ontving de ombudsperoon drie aanmeldingen uit De Kaap, meer bepaald over de somatische zorgen, de individuele therapie en het beëindigen van de opname. Op vraag van de aanmelder heeft de ombudspersoon deze aanmeldingen enkele beluisterd, zonder actieve stappen te ondernemen.

G. PVT en BW

In PVT De Wadi waren er 7 aanmeldingen afkomstig van 6 verschillende aanmelders. Vier van de aanmeldingen waren algemene vragen los van patiëntenrechten. De overige aanmeldingen gingen over het recht op kwalitietsvolle dienstverlening, meer bepaald over het veilig bewaren van goederen, somatische verzorging en individuele opvolging.

Vanuit beschut wonen De Nieuwe Horizon tenslotte was er geen enkele aanmelding.

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Waar mogelijk formuleren we ook enkele "voorzichtige" aanbevelingen *(cursief),* eventueel stof voor discussie. Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid, om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren.
De aandachtspunten die betrekking hebben op de ombudsfunctie op zich, worden doorheen de verdere ombudspraktijk opgevolgd en komen ook regelmatig aan bod tijdens de intervisie met de Vlaamse collega's.

In het Vlaams jaarverslag, raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be, wordt diepen ingegaan op aandachtspunten die de concrete situatie in één voorziening overstijgen.

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

- De externe ombudspersoon staat volledig buiten het organogram van het ziekenhuis. Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van de onafhankelijkheid, de neutraliteit of het beroepsgeheim van de ombudspersoon. De functie van de ombudspersoon wordt goed aanvaard door personeel en directie en de samenwerking is constructief.

- Via het intranet beschikt de ombudspersoon over alle nuttige informatie over het ziekenhuis. Ze ontvangt ook het informatieblad voor het personeel, interessant om voeling te houden met actuele ontwikkelingen.

- Infrastructureel waren er voor de ombudswerking geen problemen. Even deelde de ombudspersoon haar lokaal met het labo. Gezien de permanentie en gesprekken hierdoor regelmatig werden gestoord, was dit niet langer haalbaar. Meteen werd een nieuwe oplossing gezocht en kreeg de ombudspersoon een lokaal in het gebouw 'fitness en kinesitherapie', gelegen op een centrale plaats op de campus. We wensen de directe te bedanken voor deze vlotte regeling en voor het prima alternatief.
- De ombudspersoon heeft de mogelijkheid om zich vrij te verplaatsen op de campus en maakt daarvan gebruik om wekelijks de afdelingen te bezoeken. Wil een patiënt de ombudspersoon spreken tijdens deze ronde, is er steeds een hoekje of lokaaltje beschikbaar waar een gesprek onder vier ogen mogelijk is.
- De patiëntenrechten en de contactgegevens van de ombudspersoon worden vermeld op de website en in de onthaalbrochure van de voorziening.

B. 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

B.1. het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking *(art. 5)*

- Het al dan niet voldoende beschikbaar zijn van artsen, therapeuten of individuele begeleider vormt een aanleiding tot het aanspreken van de ombudspersoon.
  - ✓ *Het kan zijn dat de verwachtingen van patiënten over hoe vaak ze een arts of psycholoog kunnen zien niet altijd zijn afgestemd op het haalbare. In welke mate kan het ziekenhuis van bij het begin van opname indicaties geven over welke frequentie men mag verwachten als het gaat over persoonlijke gesprekken met een arts of psycholoog?*
    Mogelijks kan het eveneens een meerwaarde zijn om patiënten te informeren over de implicaties van het feit dat ze opgevolgd worden door een multidisciplinair team dat elkaar aanvult en informeert.
  - ✓ *Het therapieprogramma is voor patiënten een ankerpunt, een tool om hun week in te plannen. Vaak worden zij ook geacht op die momenten aanwezig te zijn. Het strekt dan ook tot aanbeveling om het wegvallen van therapieën, een beperkt aanbod in de schoolvakanties of last minute wijzigingen aan het schema te vermijden door proactief op zoek te gaan naar oplossingen.*
- Een opname in een psychiatrische instelling is vaak een laatste toevlucht op een moment in het leven waar het even erg moeilijk gaat. In groep samenleven met andere patiënten die het ook niet gemakkelijk hebben, leidt regelmatig tot irritaties of discussies.
  - ✓ *We zien vanuit de ombudsdienst dat er grote inspanningen worden geleverd door de behandelende teams om dit zo goed mogelijk op te vangen. Toch blijft het een aandachtspunt om in groep oog te houden voor het welzijn van de individuele patiënt.*
- Soms worden patiënten geconfronteerd met één of meerdere beschermende maatregelen, die al dan niet aangevoeld worden als straf.
  - ✓ *Het ziekenhuis doet inspanningen om steeds zorg op maat te bieden die rekening houdt met de nodige veiligheidsrisico's. Soms houdt dat een tijdelijke beperking in over het verlaten van het ziekenhuis. Dit kan voor mensen bijzonder ingrijpend zijn. We wensen dan ook het belang te onderstrepen van continue evaluatie over de zin van de maatregel én het duidelijk communiceren binnen het team en naar de patiënt toe over de beweegreden en de duur van de maatregel.*
  - ✓ *De meest ingrijpende beschermende maatregel is een afzondering in de isolatiekamer. We weten dat dit voor patiënten een traumatische ervaring kan zijn. Een nabespreking kort na de afzondering kan een bijzondere meerwaarde vormen zowel voor betrokken patiënt als hulpverleners. Het in een veilige omgeving vrijuit kunnen spreken over de ervaringen in de isolatiekamer ondersteunt patiënten in het verwerken van de ervaringen; het kan ook een middel zijn om de gebeurtenissen voor, tijdens en na de toepassing van de maatregel te analyseren en toe te lichten. Voor hulpverleners is het een kans om bijkomende kadering te geven aan patiënt, de therapeutische relatie te verbeteren en zelf lessen te trekken uit het gebeurde.*

Vanuit de ombudsdienst zien we een eerste aanzet en de nodige intenties om met dit soort nabesprekingen aan de slag te gaan. In geval van een aanmelding bij de ombudsdienst gaat men er ook onverrichterzake mee aan de slag. We willen deze positieve tendens graag in de schijnwerpers zetten en adviseren een structurele uitrol van dergelijke praktijk.

B.2. Andere patiëntenrechten (art. 6 – 11)

- De patiëntenrechtenwet voorziet dat de patiënt vrij zijn beroepsbeoefenaar kan kiezen. Dit geldt niet alleen voor de behandelend arts, maar ook voor de psycholoog, persoonlijke begeleider of verpleegkundige.

  ✓ *Binnen de organisatie van het ziekenhuis en/of de afdeling is een volledige vrije keuze vaak organisatorisch niet haalbaar. De wet heeft daar ook begrip voor. Toch kan het ziekenhuis hieraan trachten tegemoet te komen, door in de mate van het mogelijke een beperkte keuze aan te bieden.*

- De patiënt dient voorafgaand en tijdig geïnformeerd te worden over de aard van de behandeling, het doel ervan, frequentie of duur, mogelijke nevenwerkingen, over de mogelijke gevolgen indien behandeling geweigerd en dergelijke meer. De patiënt moet deze informatie kunnen begrijpen en een weloverwogen keuze kunnen maken.

  ✓ *Er is wordt steeds ruimte gecreëerd voor patiënten om hierover in dialoog te gaan. Dit blijft uiteraard een uitdaging in een gedwongen situatie waarbij medicatie dient te worden opgestart en de weerstand soms groot is.*

- Voor elke patiënt wordt een dossier bijgehouden, waarin identiteitsgegevens en medische informatie van de patiënt wordt opgeslagen. Patiënten kunnen inzage of afschrift vragen van dit dossier. Naar aanleiding van enkele aanmeldingen op zowel campus Gent als campus Melle, gaven de bevoegde ombudspersonen enkele aanbevelingen met betrekking tot de laagdrempeligheid voor het opvragen van het dossier, het opnemen van de wettelijke bepalingen en de bekendmaking ervan bij het personeel mee aan directie. Sindsdien werd de procedure op beide campussen bijgewerkt.

Bemiddelingsboek - 2499

5. BESLUIT

Er waren in 2019 92 aanmeldingen bij de externe ombudsfunctie in Karus campus Melle afkomstig van 51 aanmelders. Er was tevens drie aanmeldingen uit K-diensten De Kaap en 7 aanmeldingen vanuit PVT De Wadi.

De aanmeldingen bij de externe ombudspersoon hadden in 2018 net als voorgaande jaren vooral betrekking op de kwaliteitsvolle dienstverlening. Patiënten in opname zijn voor vele praktische, dagelijkse dingen op het ziekenhuis aangewezen en onvermijdelijk zijn er zaken waar ruimte is voor verbetering. We denken dan vooral aan het aanbod en beschikbaarheid van therapie, het leven in groep en beschermende maatregelen. Andere patiëntenrechten als de vrije keuze van beroepsbeoefenaar en de inzage of afschrift van het dossier verdienen continue aandacht. Voor aanbevelingen en algemene bedenkingen verwijzen we naar hoofdstuk 4 van dit jaarverslag

Afsluitend wensen we alle betrokkenen te bedanken voor hun aandacht en voor het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd. We hopen dat ze mede de aanzet kunnen vormen voor een betere zorg voor patiënten in Karus campus Melle in het bijzonder en in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen.

6. PRAKTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING	
naam :	**Psychiatrisch Centrum Caritas**
adres :	Caritasstraat 76, 9090 Melle
voornaam, naam en functie **vertegenwoordiger** voorziening in **comité** overlegplatform	voor het psychiatrisch ziekenhuis en het psychiatrisch verzorgingstehuis: **Herman Roose, Algemeen Directeur**
voornaam, naam en functie **contactpersoon** in de voorziening	voor PZ **Herman Roose, Algemeen Directeur** voor PVT **Nick Marlein, Zorgmanager**

OMBUDSPERSOON	
voornaam en naam	**Carine Eeckhout**

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON		
postadres	Carine Eeckhout OmbudsfunctieGGZ, PopovGGZ, Drongenplein 26, 9031 Gent *(Drongen)*	
e-mail	carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be	
brievenbus	Receptie, Sint-Elizabeth II, De Meander, De Vlonder, Jericho, De Kaap, De Branding, Jovo	
permanentie	plaatsen	dagen en uren
	PZ Caritas, Melle PVT De Wadi, Merelbeke	woensdag van 9u tot 12u15 elke 1ste woensdag van de maand van 14 tot 15 uur
telefoon	nummer	dagen en uren
	0490 / 444 155	elke werkdag tijdens de kantooruren

AFSPRAKEN ROND BEKENDMAKING

- kennismaking met personeel
- affiche in secretariaat
- schriftelijke informatie aan de patiënten

SPECIFIEKE AFSPRAKEN

- PopovGGZ zorgt bij langdurige afwezigheid voor een geschikte vervanging van de ombudspersoon door een collega-ombudspersoon. PopovGGZ communiceert dit tijdig aan de voorziening (via de directie en de contactpersoon). De voorziening zorgt voor bekendmaking t.a.v. de medewerkers en de patiënten (per afdeling en algemeen via aangepaste affiches).
- Indien de patiënt/bewoner akkoord is, wordt de bemiddeling uitgesteld tot de ombudspersoon terug is.
- Is de patiënt/bewoner het daar niet mee eens, dan zoekt de vervangende ombudspersoon een oplossing, conform de afgesproken werkwijze (visietekst, gedragscode, huishoudelijk reglement).
- Wanneer de ombudspersoon betrokken is bij een aanmelding, verwijst hij/zij door naar een collega-ombudspersoon.

Bijlage: Ombudspersonen tewerkgesteld bij PopovGGZ:

	Naam: Chantal Van Moerkerke, coördinator O.Vl. **E-mail:** chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0476 / 306 444 **Bereikbaar:** op maandag, dinsdag en donderdag van 9u tot 17u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Dr. Guislain, PVT Campus De Lorkenstraat, PZ Dr. Guislain Campus Sint-Alfons, PC Gent-Sleidinge Campus Gent, PVT Hortus, PC Sleidinge Campus PC Sleidinge, PZ Dr. Guislain K-dienst Fioretti Campus De Deyne, BW Zagan, BW Domos, BW Ipso, BW Centrum Onderweg, DAC De Moester ,CGG Eclips, Riziv De Sleutel (CIC, TGM, TGG, dagcentrum en sociale werkplaats), MT Gent-Eeklo
	Naam: Nicole Claeys **E-mail:** nicole.claeys@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0495 / 295 612 **Bereikbaar:** van dinsdag tot vrijdag tijdens de kantooruren **Vaste voorzieningen:** PC Karus campus Gent, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Warande, PZ en PVT Sint-Jan-Baptist, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Krekelmuyter, PC Sint-Jan-Baptist Campus De Oostkade, BW De Vlier, MT Gent-Eeklo
	Naam: Anne-Leen Denolf **E-mail:** anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0491 / 393 918 **Bereikbaar:** op maandag en dinsdag tijdens kantooruren, op woensdag tot 12u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Sint-Jan, PZ en PVT Sint-Hiëronymus, PVT Campus 't Hooghuis, PZ en PVT Sint-Lucia, BW Waasland, BW Pro Mente, BW De Wende, RCGG Deinze-Eeklo-Gent, CGG Waas en Dender Netwerk, ADS MT Noord en ADS MT Midden
	Naam: Carine Eeckhout **E-mail:** carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0490 / 444 155 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen:** PC en PVT Ariadne Lede, PVT Leilinde, Karus campus Melle, PVT De Wadi, PC Sint-Franciscus – De Pelgrim, BW De Nieuwe Horizon, BW Vlaamse Ardennen, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, CGG 3 stromen, De Kiem, Netwerk ADS MT Zuid

	Naam: Sofie Wybo **E-mail:** Sofie.wybo@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0493 / 89 85 90 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen: /**
	Naam: Niki Vervaeke **E-mail:** niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0800 / 32 0 36 **Bereikbaar:** Vrijdag van 9.00 uur tot 11.30 uur **Vaste voorzieningen: /**

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia

Sint-Niklaas

periode van 1 januari tot 31 december 2018

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 960

psychiatrisch verzorgingstehuis

erkenningsnummer PVT 030

Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
PopovGGZ vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2505

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
PopovGGZ vzw
Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen vzw

Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Drongen
tel: 09 / 216 65 50 & fax: 09/ 216 65 59
anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be
www.ombudsfunctieggz.be

INHOUD

1. INLEIDING **3**

2. PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE **4**

3. AANMELDINGEN **7**

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN **22**

5. BESLUITEN **25**

6. PRAKTISCHE INFORMATIE **27**

1. INLEIDING

Dit jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg bevat, zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PC Sint Lucia en PVT Casa Neri.

Het verslag vergelijkt de aanmeldingen van 2018 met die van 2017. Er worden, zoals door de overheid gevraagd, enkele aandachtspunten en eventueel bijhorende aanbevelingen geformuleerd die nuttig kunnen zijn voor het verder ontwikkelen van de ombudspraktijk.

In het Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg worden de gegevens van alle Vlaamse voorzieningen met externe ombudsfunctie per voorzieningensoort en per overlegplatform gegroepeerd. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In uitvoering van het Decreet van 1 juni 2001 houdende toekenning van een klachtrecht ten aanzien van de bestuursinstellingen wordt dit jaarverslag voor 10 februari bezorgd aan de diensten van de Vlaamse Ombudsman.
Op 19 maart 2019 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.
We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

Bemiddelingsboek - 2507

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM SINT-LUCIA EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

erkenningsnummer PZ			960								
A	**a-dag**	**a-nacht**	**T**	**t-dag**	**t-nacht**	**Tg**	**Sp**	**K**	**k-dag**	**k-nacht**	**totaal**
60	30	0	98	60	5	0	35	0	0	0	288

erkenningsnummer PVT	030	
PVT permanent	**PVT uitdovend**	**totaal**
63	0	63

Het APZ Sint-Lucia is een psychiatrisch ziekenhuis gevestigd in de Ankerstraat te Sint-Niklaas.

Aan dit psychiatrisch ziekenhuis is een psychiatrisch verzorgingstehuis verbonden, PVT Casa Neri. Het PVT wordt mee opgenomen in dit jaarverslag.

Het ziekenhuis maakt ook deel uit van het samenwerkingsverband Beschut Wonen Waasland. Er waren in 2018 geen aanmeldingen rond Beschut Wonen.

B. Aantal gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
gerealiseerde verpleegdagen	83.013	79.634	83.496	85.985	83.314	80.158	75.681	72.017
opnames	925	705	985	1.023	1.117	1.270	1214	1189
opgenomen patiënten op 1/1	268	280	277	288	312	292	284	259
opgenomen patiënten op 1/12	293	275	294	313	301	285	268	269
gedwongen opnames	51	58	67	58	62	58	75	65

C. Externe ombudsfunctie

Sinds oktober 2015 neemt Anne-Leen Denolf de ombudsfunctie binnen het PC Sint-Lucia op. Anne-Leen is sinds die datum actief als ombudspersoon in twee andere voorzieningen in Oost-Vlaanderen. Sinds maart 2018 komen daar ook 4 voorzieningen in West-Vlaanderen bij. Anne-Leen is daarmee voltijds aan de slag als ombudspersoon binnen het Vlaams Overlegplatform GGZ.

Zij neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (IPSOF). Ze is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

Anne-Leen is elke maandag in het ziekenhuis aanwezig van 13u tot 16u, met een spreekuur van 13u tot 14u.

	Naam: Anne-Leen Denolf **E-mail:** anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0491 / 393 918 **Bereikbaar:** op maandag en dinsdag tijdens kantooruren, op woensdag tot 12u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Sint-Jan, PZ en PVT Sint-Hiëronymus, PVT Campus 't Hooghuis, PZ en PVT Sint-Lucia, BW Waasland, BW Pro Mente, BW De Wende, RCGG Deinze-Eeklo-Gent, CGG Waas en Dender Netwerk, ADS MT Noord en ADS MT Midden

Bij afwezigheid zal Anne-Leen vervangen worden door één van haar collega's bij het overlegplatform (zie p. 6).

Ombudspersonen tewerkgesteld bij PopovGGZ:

	Naam: Chantal Van Moerkerke, coördinator O.Vl. **E-mail:** chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0476 / 306 444 **Bereikbaar:** op maandag, dinsdag en donderdag van 9u tot 17u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Dr. Guislain, PVT Campus De Lorkenstraat, PZ Dr. Guislain Campus Sint-Alfons, PC Gent-Sleidinge Campus Gent, PVT Hortus, PC Sleidinge Campus PC Sleidinge, PZ Dr. Guislain K-dienst Fioretti Campus De Deyne, BW Zagan, BW Domos, BW Ipso, BW Centrum Onderweg, DAC De Moester ,CGG Eclips, Riziv De Sleutel (CIC, TGM, TGG, dagcentrum en sociale werkplaats), MT Gent-Eeklo
	Naam: Nicole Claeys **E-mail:** nicole.claeys@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0495 / 295 612 **Bereikbaar:** van dinsdag tot vrijdag tijdens de kantooruren **Vaste voorzieningen:** PC Karus campus Gent, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Warande, PZ en PVT Sint-Jan-Baptist, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Krekelmuyter, PC Sint-Jan-Baptist Campus De Oostkade, BW De Vlier, MT Gent-Eeklo
	Naam: Carine Eeckhout **E-mail:** carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0490 / 444 155 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen:** PC en PVT Ariadne Lede, PVT Leilinde, Karus campus Melle, PVT De Wadi, PC Sint-Franciscus – De Pelgrim, BW De Nieuwe Horizon, BW Vlaamse Ardennen, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, CGG 3 stromen, De Kiem, Netwerk ADS MT Zuid
	Naam: Sofie Wybo **E-mail:** Sofie.wybo@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0493 / 89 85 90 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen: /**
	Naam: Niki Vervaeke **E-mail:** niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0800 / 32 0 36 **Bereikbaar:** Vrijdag van 9.00 uur tot 11.30 uur **Vaste voorzieningen: /**

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 02/01/2018, de laatste op 28/12/2018.

Het totaal aantal aanmeldingen in 2018 bedraagt 99. Dit zijn er 19 meer dan in 2017. De 99 aanmeldingen in 2017 waren afkomstig van 53 aanmelders. Het aantal aanmelders is gedaald in vergelijking met de voorgaande jaren.

Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2018. Het totaal aantal in 2018 afgesloten aanmeldingen 95.

Het totaal aantal aanmeldingen blijft nog steeds relatief beperkt ten opzichte van het totaal aantal gerealiseerde opnames in 2018.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	118	92	80	99
aanmelders	60	57	68	53

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2018 met deze van 2017.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	80		99	
aanmelders	68		53	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	56	81,15	63	77,77
binnen de week	11	15,94	18	22,22
binnen de 2 weken	-	-	-	-
binnen de 4 weken	2	2,89	-	-
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	69	100	81	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	10	12,65	18	18,18

1 contact	60	75,94	74	74,74
2 contacten	8	10,12	3	3,03
3 contacten	1	1,26	3	3,03
meer dan 3 contacten	-	-	1	1,01
totaal	79	100	99	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		4	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	1		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	76		95	

Bij het grootste deel van de aanmeldingen was het eerste face to face contact op de dag van de aanmelding zelf *(77,77 %)*. De aanmelder moest nooit langer dan 1 week wachten op een gesprek met de ombudspersoon.

Bij *18,18 %* van de aanmeldingen was er geen enkel persoonlijk contact. Bij deze aanmeldingen is er wel vaak sprake van een intensief mailverkeer of meerdere telefonische contacten.

Bij de grote meerderheid van de aanmeldingen volstond 1 contact met de aanmelder *(74,74 %)*. Onder 1 contact wordt ook begrepen meerdere contacten op dezelfde dag. Zo gebeurt het regelmatig dat een aanmelding in een gesprek wordt toegelicht en de ombudspersoon, na overleg met het personeelslid, diezelfde dag nog feedback geeft aan de patiënt, mondeling of telefonisch.

In 2018 had de ombudspersoon in totaal 99 patiëntencontacten met betrekking tot de aanmeldingen (versus 76 contacten in 2016).

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
6	1	1,88	6	6,06
5	2	3,77	10	10,10
4	4	7,54	16	16,16
3	5	9,43	15	15,15
2	11	20,75	22	22,22
1	30	56,60	30	30,30
totaal	53	100	99	100

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

In 2018 waren er 7 aanmelders die elk 4 of meer aanmeldingen hadden. Meer dan voorgaande jaren zien we een terugkeer van de zogeheten *repeaters,* aanmelders die voor verschillende thema's de ombudsdienst aanspreken.
Nog steeds had de meerderheid van de aanmelders maar 1 aanmelding, maar hun aandeel in aantal aanmeldingen bedraagt maar 1/3e.

De meeste aanmeldingen worden nog steeds geformuleerd worden door individuele patiënten. Het aantal aanmeldingen van groepen patiënten of via derden (familieleden of anderen) is samen goed voor 33% van de aanmelders (in 2018 nog 20%). Aanmeldingen die niet rechtstreeks van de patiënt komen worden door de ombudsdienst steeds afgetoetst met de patiënt zelf, indien mogelijk.

Onder de aanmelders is er een evenwicht tussen vrouwen dan mannen.

De aanmelders zijn in de meeste gevallen (*64,64*%) nog niet eerder gezien door de ombudspersoon. Dit cijfer ligt wel lager dan het jaar daarvoor (*82,27*%). Het grote aandeel van repeaters is hier de verklaring voor.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	38	48,10	38	38,38
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	24	30,37	19	19,19
telefonisch *(of GSM, SMS)*	17	21,51	42	42,42
totaal	79	100	99	100

In 2018 zien we een opvallende verschuiving in vorm van aanmelden. Waar in het verleden direct contact op de afdeling of in het ombudslokaal de start was van een aanmeldingstraject is dat in 2018 een eerste telefonisch contact.

Minder direct contact is geen signaal dat de ombudsdienst niet langer laagdrempelig op de afdelingen aanwezig was. Aan laagdrempeligheid en aanspreekbaarheid is de laatste jaren heel wat geïnvesteerd wat ook geleid heeft tot meer directe contacten. *(48,10 % in 2017, 58,69 % in 2016, 52,54 % in 2015 - in 2013 was dit slechts 18,86 %)*.

Meer telefonische aanmeldingen zijn vooral te verklaren door meer aanmeldingen uit de forensische afdeling waar voor patiënten de telefonische contactname de makkelijkste en veiligste manier is om de ombudspersoon te bereiken.

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	11	13,92	12	12,12
vraag tot interventie	53	67,08	72	72,72
vraag tot signalering	10	12,65	7	7,07
vraag naar een luisterend oor	5	6,32	8	8,08
totaal	79	100	99	100

Bij de meerderheid (*72.72*%) ligt een vraag tot interventie nog steeds aan de grondslag van hun aanmelding. Patiënten komen dus naar de ombudsdienst om een bemiddeling te vragen over een probleem of thema, waarbij men geen gehoor kreeg of geen succes had via de afdeling, de dokter,…
Een aanzienlijk aandeel van aanmelders had ook nog geen informele pogingen ondernomen. Meestal is dit omdat men er principieel voor kiest om beroep te doen op de externe ombudspersoon.
De interventie die men wenst is slechts in 1 geval een vraag tot financieel akkoord geweest. In al de andere aanmeldingen wou men dus iets bekomen in één van de thema's rond kwaliteitsvolle dienstverlening.

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	2	2,53	2	2,02
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	73	92,40	83	83,83
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	4	5,06	13	13,13
niet van toepassing	-	-	1	1,01
andere	-	-	-	-
totaal	79	100	99	100

Patiënten formuleren meestal een aanmelding wanneer ze nog in opname of behandeling zijn *(83,83%)*.

Bij een stijgend aantal aanmeldingen nam de patiënt na zijn ontslag nog contact op met de ombudspersoon, omdat zij niet akkoord gingen met de reden van ontslag of de manier waarop de begeleiding werd beëindigd. In 2017 en 2016 was dit soort van aanmeldingen minder prominent aanwezig.

Bij 2 aanmeldingen betrof het aanmelders die ontevreden waren over het verloop van hun opnameaanvraag. 1 aanmelding betrof een aanmelding van een personeelslid waar status patiënten niet direct aanwijsbaar waren.

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2018, dus ruimer dan de strikte interpretatie van de Wet Patiëntenrechten. Deze aanmeldingen behandelen ook voeding of infrastructuur en gaan dus verder dan de strikte zorgrelatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar.

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)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	73	92,40	93	93,93
algemene vraag los van patiëntenrecht	6	7,59	6	6,06
totaal	79	100	99	100

Er waren 6 aanmeldingen die geen direct patiëntenrecht betroffen. Dit waren algemene vragen die juridisch of financieel van aard waren of betrekking hadden op vragen over toekomstige huisvesting.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot de patiëntenrechten

Betrokken discipline

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	8	10,12	4	4,04
psychiater	10	12,65	7	7,07
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	7	8,86	20	20,20
persoonlijke begeleider	-	-	1	1,01
sociale dienst	1	1,26	1	1,01
psycholoog	-	-	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	6	7,59	5	5,05
diëtist	-	-	1	1,01
multidisciplinair team	21	26,58	31	31,31

administratieve dienst	2	2,53	2	2,02
technische dienst	3	3,79	6	6,06
voedingsdienst	10	12,65	8	8,08
poetsdienst	-	-	-	-
directie	3	3,79	8	8,08
bewindvoerder	1	1,26	-	-
ombudspersoon	-	-	4	4,04
andere	7	8,86	1	1,01
totaal	79	100	99	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.

In 2018 waren er minder aanmeldingen waarbij de behandelend psychiater betrokken was. Daartegenover staat dat de aanmeldingen die multidisciplinair team betreffen verder gestegen zijn (*van 16,30 % in 2016 naar 26,58 % in 2017 naar 31.31 % in 2018).* Dit laatste kan te maken hebben met de wijze van registreren van de ombudspersoon, maar ook met het feit dat beslissingen die patiënten treffen in team genomen worden. Ook de aanmeldingen die betrekking hebben op de verpleging zijn gestegen. Samen met aanmeldingen betreffende persoonlijk begeleider en de therapeuten betreffen 65% van de aanmeldingen de disciplines die het dichtst bij de patiënt staan. De zorgrelatie staat dus centraal in de bemiddelingsopdracht van de ombudspersoon.

De aanmeldingen over de ondersteunende diensten (administratie, technisch, voedingsdienst) zijn in totaal procentueel gelijk gebleven met wat onderlinge verschuivingen.

Vorig jaarverslag probeerde al voorzichtig te concluderen dat dit de bodemgrens is van dit soort van klachten. In 2018 zien we dit bevestigd. De komende jaren zullen dit verder uitwijzen.

Er was een stijging in aanmeldingen waar de directie in bevoegd is. Onder deze laatste categorie vallen aanmeldingen die betrekking hebben op beleidszaken, gevraagde investeringen in infrastructuur of accommodatie of de aanmeldingen die te maken hebben met een beslissing van de directie. In 2018 waren er aanmeldingen rond een beslissing van directie die niet op begrip kon rekenen, een aantal verzekeringsdossiers vallen hieronder en een aantal vragen naar extra infrastructuur (bezoekerszaal KFP).

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	64	87,67	81	87,09
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	4,10	1	1,07
3. informatie	2	2,73	4	4,30
4. geïnformeerde toestemming	1	1,36	2	2,15
5. inzage patiëntendossier	1	1,36	3	3,22
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	1,36	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	2	2,15
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	1,36	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	73	100	93	100

Zoals overal en steeds het geval is, hebben de meeste aanmeldingen betrekking op het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening *(87,09 %)*. Andere patiëntenrechten komen minimaal aan bod, maar wel met een duidelijke tendens naar vragen en klachten rond informatie ontvangen en correct geïnformeerd worden.

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening wordt in de volgende tabellen opgesplitst in verschillende categorieën. Elke categorie wordt op zijn beurt verder gepreciseerd in verschillende subcategorieën.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	4	6,25	6	7,40
1.2. goede behandeling/begeleiding	23	35,93	30	37,03
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	7	10,93	9	11,11
1.4. goede hotelservice	20	31,25	29	35,80
1.5. betalende diensten	2	3,12	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	4	6,25	2	2,46
1.7. beschermende maatregelen	4	6,25	5	6,17
totaal	64	100	81	100

De verhouding in de categorieën is vergelijkbaar vorige jaren. Er zijn geen uitschieters met meer of minder aanmeldingen. De klachten rond de SCOR (cafetaria) (bij betalende diensten) zijn in 2018 helemaal weggevallen.

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	25,00	1	16,66
correcte omgangsvormen	3	75,00	3	50,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	2	33,33
totaal	4	100	6	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	2	8,69	1	3,33
medicatie	1	4,34	-	-
individuele therapie	4	17,39	12	40,00
groepstherapie	4	17,39	3	10,00
voldoende beschikbaarheid	1	4,34	5	16,66
betrokkenheid familie	1	4,34	3	10,00
start opname/behandeling/begeleiding	2	8,69	2	6,66
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	4	17,39	1	3,33
overplaatsing naar andere afdeling	2	8,69	1	3,33
overplaatsing naar een andere voorziening	1	4,34	-	-
andere	1	4,34	2	6,66
totaal	23	100	30	100

De goede behandeling is de subcategorie die het hoogst scoort in het aantal aanmeldingen. We zien ook dat bijna elk thema aan bod komt.

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	2	100,00	-	-
andere	-	-	2	100,00
totaal	2	100	2	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	2	50,00	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	2	50,00	-	-
totaal	4	100	1	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	2	100,00	1	100,00
totaal	2	100	1	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	2	28,57	3	33,33
groepsleven	4	57,14	3	33,33
ontspanning/vrije tijd	1	14,28	2	22,22
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	1	11,11
totaal	7	100	9	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	10	50,00	8	27,58

infrastructuur/accommodatie	9	45,00	15	51,72
hygiëne	1	5,00	1	3,44
veiligheid persoon	-	-	2	6,89
veiligheid goederen	-	-	3	10,34
andere	-	-	-	-
totaal	20	100	29	100

De subcategorie goede hotelservice staat op de tweede plaats in het aantal aanmeldingen. In 2018 zijn er, verschillend met de jaren daarvoor, wel klachten geweest omtrent diefstallen op de afdelingen en in het therapiegebouw. 2 aanmelders gaven ook aan geen voldoende gewaarborgde veiligheid te ervaren.

1.5. Betalende diensten

Geen aanmeldingen rond in 2018

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
factuur	3	75,00	-	-
opbouw inkomen	1	25,00	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	2	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	1	20,00
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	4	100,00	4	80,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	5	100

In 2018 kreeg de ombudspersoon 4 keer de vraag naar een verduidelijking van het statuut gedwongen opname, wat nog steeds relatief laag is, gezien het aantal gedwongen opnames. Andere beschermende maatregelen kwamen quasi niet aan bod bij de ombudsdienst.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	3	100,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	1	100

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	1	25,00
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	50,00	1	25,00
alternatieven	-	-	-	-
andere	1	50,00	2	50,00
totaal	2	100	4	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	1	100,00	1	50,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	1	50,00
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		1	100	2	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,00	3	100,00
totaal	1	100	3	100

In 2018 waren er opvallend meer patiënten die op één of andere manier vragen, opmerkingen of klachten hadden over de wijze waarop gecommuniceerd wordt. Zowel rond het recht op informatie, recht op geïnformeerde toestemming en recht op inzage of afschrift van het dossier waren er aanmeldingen.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Geen aanmeldingen over in 2018.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Twee aanmelders hadden vragen rond hun recht op klachtbemiddeling.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Sinds enkele jaren geen aanmeldingen.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Geen aanmeldingen over in 2018.

10. Recht op pijnbestrijding

Sinds enkele jaren geen aanmeldingen.

D. Interventie

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	6	7,89	2	2,10
doorverwijzen intern	-	-	1	1,05
doorverwijzen extern	3	3,94	4	4,21
informeren	15	19,73	9	9,47
signaleren	14	18,42	33	34,73
coachen	3	3,94	6	6,31
bemiddelen	35	46,05	40	42,10
totaal	76	100	95	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	1	2,85	5	12,50
ombudspersoon zonder patiënt	34	97,14	35	87,50
totaal	35	100	40	100

Er werd door de ombudsdienst het meest bemiddeld en gesignaleerd. In 2018 was er bij de bemiddelingen een grotere rechtstreekse betrokkenheid van patiënten. In het merendeel van de bemiddelingen is het de ombudspersoon die optrad als pendel-bemiddelaar, wat ook resulteert in een snelle afhandeling van de aanmelding (er hoeven geen afspraken met 3 partijen gemaakt te worden, een telefonisch contact volstaat soms), maar zorgt voor minder betrokkenheid en zelfredzaamheid van de patiënt.

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	51	67,10	60	63,15
binnen de week	19	25,00	29	30,52
binnen de twee weken	2	2,63	3	3,15
binnen de vier weken	3	3,94	1	1,05
later dan vier weken	1	1,31	2	2,10
totaal	76	100	95	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	4		9	

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.

Een groot van de aanmeldingen *(63,15 %)* kunnen op dezelfde dag van de registratie worden opgevolgd en afgerond. Het gaat dan om de aanmeldingen waarbij de ombudspersoon kan luisteren, informeren of doorverwijzen en de meeste aanmeldingen waarbij sprake is van een pendel-bemiddeling kunnen ook diezelfde dag vaak nog afgehandeld worden. Enkele uitzonderlijke aanmeldingen nemen wat meer in beslag omdat informatie moet verzameld worden of noodzakelijke beslissingen wat tijd vergen.

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.

Voor zover we expliciet feedback kregen van de patiënt bleek men minder tevreden met het resultaat dan met het proces van de bemiddeling. De tevredenheid is wel gestegen. Dit kan te maken hebben met een grotere betrokkenheid van de patiënt in de bemiddeling.

Evaluatie resultaat

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	15	19,73	22	23,15
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	31	40,78	34	35,78
ontevredenheid patiënt	18	23,68	9	9,47

geen feedback	12	15,78	30	31,57
totaal	76	100	95	100

Evaluatie proces

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	15	19,73	28	29,47
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	43	56,57	51	53,68
ontevredenheid patiënt	9	11,84	3	3,15
geen feedback	9	11,84	13	13,68
totaal	76	100	95	100

F. PVT en Beschut Wonen

Er was in 2018 slechts 1 aanmelding vanuit PVT Casa Neri. Dit is minder dan in 2017 (4) en in 2016 (6). Anderzijds was er in 2015 geen enkele aanmelding.
Het betrof een aanmelding rond kwaliteitsvolle dienstverlening.

In 2018 waren er geen aanmeldingen vanuit BW Waasland.

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Waar mogelijk formuleren we ook enkele "voorzichtige" aanbevelingen *(cursief),* eventueel stof voor discussie. Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid, om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren.

In het Vlaams jaarverslag, dat raadpleegbaar zal zijn op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. Op datum van dit jaarverslag zijn deze aandachtpunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2018 meer dan 2500 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Overzicht van de moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt, de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen en de vastgestelde positieve ontwikkelingen

- Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van onafhankelijkheid, neutraliteit of beroepsgeheim van de ombudspersoon. De ombudspersoon ervaart een open en constructieve houding bij nagenoeg alle medewerkers van het ziekenhuis. De ombudspersoon kan ook ongehinderd en vrij met zowel directie, medewerkers als patiënten in contact treden.

  - ✓ *Op heden staat op alle afdelingen van het ziekenhuis en op de PVT een postbus van de ombudsdienst.*
  - ✓ *In 2018 is de ombudspersoon op een aantal afdelingen langsgeweest om een woordje uitleg te geven rond patiëntenrechten en werking van de ombudsdienst. Ook de dagkliniek in Beveren en de PVT kregen bezoek.*

- De externe ombudspersoon heeft een eigen lokaal voor de wekelijkse permanentie. Op elke afdeling hangt een brievenbus met de contactgegevens van de ombudspersoon. Ook op de website wordt de ombudspersoon duidelijk vermeld, samen met de patiëntenrechten.
  - ✓ *Het gesprekslokaal van de ombudsdienst is een zeer drukbevolkt en meerzijdig gebruikt lokaal. Zeker nu ook tablets voor therapieën bewaard worden in het lokaal kan het er bij momenten een komen en gaan zijn. Mogelijks is een vergaderlokaal gelegen aan de receptie een rustiger alternatief om spreekmomenten met patiënten te organiseren.*

- Er werden onder de medewerkers geen noemenswaardige zaken opgemerkt met betrekking tot vragen over patiëntenrechten. Hier blijvend aandacht aan besteden maakt deel uit van de basishouding van elke zorgverlener.

- Er werden in 2018 meer aanmeldingen door de ombudspersoon behandeld en die leidden ook tot meer bemiddelingen met betrokkenheid van de patiënt. Een positieve

evolutie is dat patiënten gemotiveerd kunnen worden om zelf hun stem te laten horen. Patiënten zijn ook tevredener over het resultaat van de bemiddeling wanneer zij meer betrokken zijn. De hoofdbrok aan bemiddelingen zijn echter nog steeds pendelbemiddelingen. Niet voor elke casus is het noodzakelijk om met 3 of meer aan tafel te gaan zitten. Een pendelbemiddeling, waarbij de ombudspersoon als tussenpersoon optreedt, is ook tijdsefficiënter.

- In 2018 was er een verschuiving te merken in de manier waarop aanmeldingen tot bij de ombudspersoon kwamen. Veel meer dan eerdere jaren gebeurde dit hoofdzakelijk telefonisch.
  - ✓ *Een verklaring hiervoor is dat vooral patiënten uit de forensische afdeling de ombudsdienst op deze manier hebben gecontacteerd. In voorgaande jaren waren de aanmeldingen uit de forensische afdeling minimaal. In 2018 maken zij, door de grotere groep patiënten, de (gevolgen van de) verhuis en de ervaringen van patiënten een substantieel deel uit van de aanmelders*.
  - ✓ *Voor de groep van forensische patiënten is een telefonische (eerder anonieme) en vertrouwelijke contactname met de ombudspersoon een veilige manier om grieven te uiten.*
  - ✓ *Deze groep is eerder terughoudend (of bang?) om in dialoog te gaan met zorgverleners omtrent hun ervaringen. Mogelijks kunnen inspanningen gebeuren om patiënten te stimuleren en vertrouwen te bieden om naar een open dialoog te gaan.*

B. Aanbevelingen 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, evenals positieve ontwikkelingen

B.1. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

- Over de verschillende onderwerpen van kwaliteitsvolle dienstverlening heen (bejegening, kwaliteitsvol wonen, begeleiding, hotelfunctie) hoort de ombudspersoon de verzuchting van patiënten om met respect, gelijkwaardigheid en zonder oordeel behandeld te worden.
  - ✓ *De aanwezigheid van een forensische afdeling in het ziekenhuis geeft meer dan vroeger aanleiding tot aanmeldingen. Niet alleen is de groep forensische patiënten groter, door de verhuis ligt deze groep ook meer in het zicht, patiënten zijn ook zichtbaar op ziekenhuisdomein bij bewegingen op en af naar therapiegebouw, wat andere patiënten, veel meer dan vroeger, opvalt en hindert. Dit uit zich in aanmeldingen van geluidshinder door deze groep, vertrek uit ziekenhuis omwille van hun aanwezigheid en klachten rond algemeen welzijn. Omgekeerd ervaren forensische patiënten dit signaal ook en resulteert dit voor hen in aanmeldingen omtrent beslissingen van team en/of directie rond activiteiten op ziekenhuisdomein of uitgang.*
  - ✓ *Het voorzien van een bezoekerszaal binnen de forensische afdeling kan mogelijks wat meer comfort bieden aan forensische patiënten en hun bezoekers.*
  - ✓ *Mogelijks zullen de toekomstig geplande verhuisbewegingen minder aanleiding geven tot klachten van andere patiënten.*

- De ombudspersoon kreeg een aantal keer de vraag naar een verduidelijking van het statuut gedwongen opname. Patiënten geven hierbij aan geen (schriftelijke) informatie ontvangen te hebben van hun behandelende arts of team.
    - ✓ *Het verdient aanbeveling om de brochure gedwongen opname te verdelen bij de opname van een persoon onder G.O. statuut en zelfs om deze brochure samen met de patiënt door te nemen.*

- Het aantal aanmeldingen over de ondersteunende diensten (voeding, technische problemen en poetsdienst) die bij de ombudspersoon terechtkomen, blijven in aantallen ongeveer stabiel.
    - ✓ *Aanmeldingen omtrent de maaltijden worden doorgegeven aan de diëtist.*
    - ✓ *Technische aanmeldingen worden doorgegeven aan de technische dienst en steeds correct opgevolgd.*

- 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.

- ✓ *Mogelijks kan meer in samenspraak met de patiënt en diens netwerk bekeken worden welke mogelijkheden in aanmerking komen om de zorg op een andere manier te kunnen verderzetten met andere zorgpartners.*

B.2. Het recht op informatie (recht op inzage en afschrift dossier, recht op geïnformeerde toestemming en recht op informatie)

- Informeren van patiënten en hun omgeving

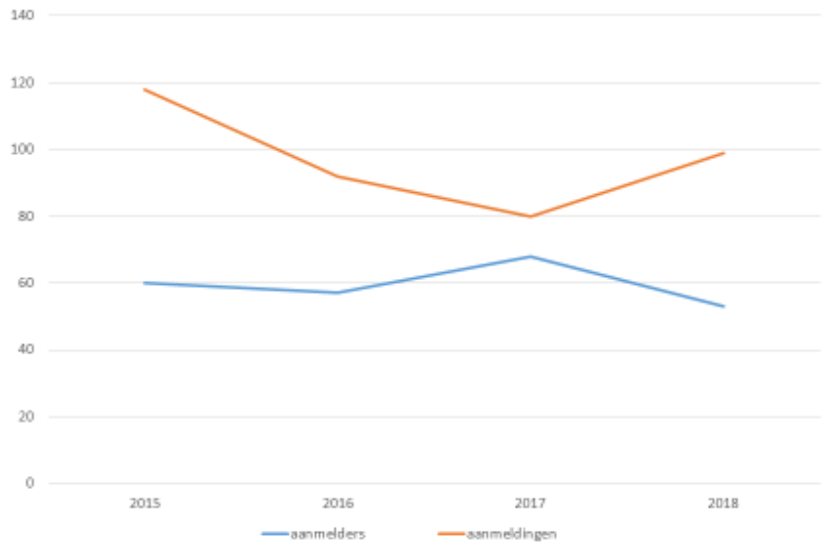
In 2018 zag de ombudspersoon dat heel wat aanmeldingen onder de noemer informatie vallen. Zowel aanmeldingen rond inzien en afschrift van dossier krijgen, aanmeldingen rond niet, te weinig of foute informatie ontvangen over (nevenwerkingen van) medicatie, aanmeldingen rond geïnformeerde toestemming, maar ook klachten over de te beperkte doorstroom van informatie binnen het team wat negatieve gevolgen heeft voor patiënten.

- ✓ *Mogelijks is het nuttig om op afdelingen aandacht te vragen voor het systematisch informeren van patiënten en hun naasten over het reilen en zeilen van de afdeling, en dit niet alleen in een intake waar informatie niet altijd volledig doordringt, maar ook het geregeld herhalen van informatie die zijn weerslag heeft op de patiënt verdient aanbeveling. Ook het correct informeren rond afspraken binnen of buiten de ziekenhuis zowel naar andere medewerkers als naar de patiënt is noodzakelijk.*
- ✓ *Het inzien en afschrift krijgen van een patiëntendossier moet laagdrempelig kunnen georganiseerd worden. De onduidelijkheid hierrond op de afdeling en het gevoel van kastje naar de muur gestuurd te worden bemoeilijk dit.*

5. BESLUITEN

De Ombudsdienst kan in PC Sint-Lucia zeer laagdrempelig werken. Hoewel minder aanmeldingen via direct persoonlijk contact (in het ombudslokaal of op de afdeling) komen en meer telefonisch, ervaart de ombudspersoon geen moeilijkheden met patiëntencontacten op de afdelingen

Het aantal aanmeldingen in het ziekenhuis is gestegen. Het totaal aantal aanmeldingen in 2018 bedraagt 99 van 53 aanmelders. Dit is een verschil met 2016 en 2017 waarbij evenveel of meer patiënten hun weg naar de ombudsdienst vinden, maar ze minder klachten per persoon hadden. In 2018 zien we de terugkeer van een aantal 'repeaters'. Patiënten die bij een eerste contact met de ombudspersoon meerdere klachten hebben of patiënten die na een eerste contact met de ombudspersoon in de loop van het kalenderjaar nog eens terug komen over andere onderwerpen.



Patiënten verwachten dat de ombudspersoon een verschil kan maken in een probleem, een situatie waarmee de patiënt geconfronteerd wordt en waarbij hij of zij geen gehoor kreeg binnen de afdeling, bij de arts of het team. Meer en meer zijn patiënten zelf betrokken in het actief bemiddelen van hun vragen. Dit leidt ook tot een hogere tevredenheid van het bemiddelingsresultaat.

Er was in 2018 slechts 1 aanmelding vanuit PVT Casa Neri. Los van deze aanmelding heeft de ombudspersoon regelmatig informele contacten binnen het PVT die niet als dusdanig geregistreerd worden.

Er waren in 2018 geen aanmeldingen vanuit BW Waasland.

Afsluitend wensen we alle betrokkenen te bedanken voor hun aandacht voor en het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd.

We hopen deze aangename en constructieve samenwerking ook in de toekomst op eenzelfde wijze verder te kunnen zetten.

Bemiddelingsboek - 2530

6. PRAKTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING

naam	Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia
adres	Ankerstraat 91, 9100 Sint-Niklaas
voornaam, naam, functie **vertegen-woordiger** voorziening in **comité** overlegplatform	Peter Marissen, algemeen directeur
voornaam, naam, functie **contact-persoon** in de voorziening	Marijke Blommaert, stafmedewerker kwaliteit en studie

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam	**Anne-Leen Denolf**

BEREIKBAARHEID

postadres	Anne-Leen Denolf Ombudsfunctie GGZ, PopovGGZ vzw, Drongenplein 26, 9031 Gent *(Drongen)*	
e-mail	anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be	
permanentie	plaats	dagen en tijdstip
	bureelpermanentie **Paviljoen i**	maandag tussen 13u en 14u
	bezoek aan de afdelingen	maandag tussen 14u en 16u
telefoon	0491 / 39 39 18	← voicemail bij afwezigheid

Bemiddelingsboek - 2531

AFSPRAKEN ROND BEKENDMAKING

- Op iedere afdeling is er een specifieke brievenbus voor de ombudspersoon en een affiche.
- Er zijn ook folders voor de patiënten beschikbaar.
- De brochure "Een uitnodiging tot dialoog" *(2007)* Fod Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu is ruim verspreid.

SPECIFIEKE AFSPRAKEN

- PopovGGZ zorgt bij langdurige afwezigheid voor een geschikte vervanging van de ombudspersoon door een collega-ombudspersoon. PopovGGZ communiceert dit tijdig aan de voorziening (via de directie en de contactpersoon). De voorziening zorgt voor bekendmaking t.a.v. de medewerkers en de patiënten (per afdeling en algemeen via aangepaste affiches).
- Indien de patiënt/bewoner akkoord is, wordt de bemiddeling uitgesteld tot de ombudspersoon terug is.
- Is de patiënt/bewoner het daar niet mee eens, dan zoekt de vervangende ombudspersoon een oplossing, conform de afgesproken werkwijze (visietekst, gedragscode, huishoudelijk reglement).

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Heilig Hart

Ieper

periode van 1 januari tot 31 december 2018

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 961

psychiatrisch verzorgingstehuis

erkenningsnummer PVT 033

Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
OP-WVL vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2533

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

www.ombudsfunctieggz.be

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw

Hoefijzerlaan 40

8000 Brugge

www.op-wvl.be

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon GGZ

0491/ 39 39 18

anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be

INHOUD

1. INLEIDING

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

3. AANMELDINGEN

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

5. BESLUIT

Bemiddelingsboek - 2535

1. INLEIDING

Dit jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg bevat, zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PC Heilige Familie en PVT Het Tempelhof.

Het verslag vergelijkt de aanmeldingen van 2018 met die van 2017. Er worden, zoals door de overheid gevraagd, enkele aandachtspunten en eventueel bijhorende aanbevelingen geformuleerd die nuttig kunnen zijn voor het verder ontwikkelen van de ombudspraktijk.

In het Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg worden de gegevens van alle Vlaamse voorzieningen met externe ombudsfunctie per voorzieningensoort en per overlegplatform gegroepeerd. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In uitvoering van het Decreet van 1 juni 2001 houdende toekenning van een klachtrecht ten aanzien van de bestuursinstellingen wordt dit jaarverslag voor 10 februari bezorgd aan de diensten van de Vlaamse Ombudsman.

Op 19 maart 2019 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

Bemiddelingsboek - 2536

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

Erkenningsnummer PZ				961							
A	*a-dag*	*a-nacht*	*T*	*Tg*	*t-dag*	*t- nacht*	*SP*	*K*	*k-dag*	*k-nacht*	*totaal*
90	30	0	127	40	50	10	0	0	0	0	**347**

Naar aanleiding van artikel 107 werden 28 bedden buiten gebruik genomen: 20 in T en 8 in t-nacht waardoor het totaal van de in gebruik zijnde bedden en plaatsen momenteel 347 – 28 = 319 is.

PVT (erkenningsnummer 033)

PVT permanent	PVT uitdovend	totaal
60	0	60

Aan dit psychiatrisch ziekenhuis is een psychiatrisch verzorgingstehuis verbonden. Het PVT wordt mee opgenomen in dit jaarverslag.

Op het einde van hoofdstuk 3 staan we kort stil bij de aanmeldingen vanuit het PVT en de diensten beschut wonen.

B. Aantal gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

	2018 Ziekenhuis	2018 PVT
Gerealiseerde verpleegdagen	**94.397**	**22.485 (*)**
Aantal opnames	**1.021**	**2**
Aantal opgenomen patiënten op 01/01/2018	**371**	**62**
Aantal opgenomen patiënten op 31/12/2018	**342**	**62**
Aantal gedwongen opnames	**79(°)**	**0**

‘(*) PVT: dit zijn de gefactureerde dagen (aanwezigheidsdagen + factureerbare verlofdagen).
‘(°) Dwangopnames: 79 nieuwe dwangopnames en nog 28 lopende van vorige jaren.

C. Externe ombudsfunctie

Sinds maart 2017 neemt Anne-Leen Denolf de ombudsfunctie binnen het PC Heilig Hart op. Anne-Leen is sinds die datum ook actief als ombudspersoon in drie andere voorzieningen in West-Vlaanderen. In Oost-Vlaanderen neemt zij de ombudsfunctie op binnen 3 voorzieningen. Anne-Leen is daarmee voltijds aan de slag als ombudspersoon binnen het Vlaams Overlegplatform GGZ.

Zij neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (IPSOF). Ze is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

Anne-Leen is elke vrijdag in de even weken in het ziekenhuis aanwezig van 9u30 tot 12u30.

Naam: Anne-Leen Denolf
E-mail: anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be
GSM: 0491 / 393 918
Bereikbaar: tijdens kantooruren

Bij afwezigheid zal Anne-Leen vervangen worden door één van haar collega's bij het overlegplatform.

Binnen het ziekenhuis is ook een interne ombudspersoon aan het werk. De interne ombudspersoon in het ziekenhuis is Annelies De Cat. Zij is telefonisch (057 23 91 14) of via e-mail (Annelies.Decat@pzheilighart.be) bereikbaar.

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 06/01/2018, de laatste op 16/10/2018. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 10.

Dit zijn opvallend minder aanmeldingen dan de 2 voorgaande jaren, maar het aantal is nog steeds hoger dan in 2015.

Ook het aantal aanmelders is gedaald in vergelijking met 2 voorgaande jaren.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	8	32	19	10
aanmelders	7	17	12	7

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2018 met deze van 2017.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

De 10 aanmeldingen komen van in totaal 7 aanmelders. De meerderheid van de aanmeldingen wordt de dag zelf opgenomen door de ombudspersoon, ofwel door een afspraak te maken voor een persoonlijk gesprek ofwel door onmiddellijk aan de slag te gaan met de aanmelder.

Bij alle aanmeldingen is er een persoonlijk contact tussen de ombudspersoon en de aanmelder. Op een telefonische of schriftelijke contactname van de patiënt volgt dus steeds een vervolggesprek met de ombudsdienst.

5 aanmelders kwamen naar de ombudspersoon met 1 vraag, klacht of probleem. Twee aanmelders kwamen in de loop van het jaar nog eens terug tot bij de ombudspersoon met een nieuwe aanmelding. 1 aanmelder had 3 aanmeldingen.

1 aanmelding betrof een groepsklacht.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
direct contact	4	21,05	9	90,00
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	8	42,10	1	10,00

telefonisch *(of GSM, SMS)*	7	36,84	-	-
totaal	19	100	10	100

De meerderheid van de aanmeldingen gebeurde door een persoonlijk contact met de ombudspersoon op de afdeling of in het ombudslokaal. Een uitzondering via een briefje in de postbus van de ombudspersoon.

Initieel verzoek betreft

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	2	10,52	3	30,00
vraag tot interventie	12	63,15	5	50,00
vraag tot signalering	2	10,52	-	-
vraag naar een luisterend oor	3	15,78	2	20,00
totaal	19	100	10	100

Bij de helft van de aanmeldingen ligt een vraag tot interventie nog steeds aan de grondslag. Patiënten komen dus naar de ombudsdienst om een bemiddeling te vragen over een probleem of thema, waarbij men geen gehoor kreeg of geen succes had via de afdeling, de dokter,… en dit in één van de thema's rond kwaliteitsvolle dienstverlening.

In tweede instantie zocht men informatie.

Bij 2 aanmeldingen had men ook al de stap gezet naar de interne ombudspersoon.

Alle aanmelders waren opgenomen toen ze contact namen met de externe ombudspersoon. In 2017 kwamen 3 op 10 van de aanmeldingen die de ombudspersoon bereikten van patiënten die na hun ontslag nog contact opnamen. Dit is een groep die in huidig jaarverslag helemaal niet terug te vinden is en kan mogelijks te maken hebben met de verandering van ombudspersoon.

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

In dit jaarverslag vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2018, dus ruimer dan de strikte interpretatie van de Wet Patiëntenrechten. Deze aanmeldingen behandelen ook voeding of infrastructuur en gaan dus verder dan de strikte zorgrelatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot de patiëntenrechten

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	14	82,35	6	60,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	10,00
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	1	5,88	1	10,00
5. inzage patiëntendossier	2	11,76	1	10,00
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	10,00
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	17	100	10	100

Zoals overal en steeds het geval is, hebben de meeste aanmeldingen betrekking op het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening. Andere patiëntenrechten komen minimaal aan bod en betreffen steeds informatieve vragen en geen bemiddelingen.

Voor het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening worden in de volgende tabellen meer gedetailleerde aantallen gegeven. In elke categorie binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening kan de aanmelding nog verder gepreciseerd worden.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	4	28,57	1	16,66
1.2. goede behandeling/begeleiding	3	21,42	2	33,33
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	7,14	-	-
1.4. goede hotelservice	1	7,14	2	33,33
1.5. betalende diensten	-	-	-	-

1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	3	21,42	-	-
1.7. beschermende maatregelen	2	14,28	1	16,66
totaal	14	100	6	100

Onder respectvolle bejegening gaat het over luisterbereidheid van de medewerkers. Bij goede behandeling en begeleiding over medicatie (wijzigt soms zonder woordje uitleg bij, er is geen echte toestemming mogelijk bij inname medicatie) en over de verbinding die je met verpleging al dan niet kan maken. Er wordt geen probleem van bejegening gesignaleerd, maar wel het ervaren van een kloof met sommige medewerkers door leeftijd, (levens)ervaring, levensvisie.

Bij goede hotelservice ging het over de verwarming die niet goed werkte, te laag staat in sanitaire ruimtes of in bepaalde leefruimtes, s'nachts in de slaapkamer te koud aanvoelt. Deze klachten werden op de afdeling besproken met patiënten en begeleiding en waar meer comfort nodig werden deze zaken doorgegeven.

Bij categorie beschermende maatregelen werd beroep gedaan op de ombudsdienst om verhaal te kunnen doen over een beschermende maatregel waar men aan onderhevig was en om informatie te vragen over de procedure gedwongen opname. Door de onduidelijkheid over de duur van opname en de opgelegde vrijheidsbeperking ervaren patiënten hun verblijf als willekeur of straf.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

De ombudspersoon informeerde 1 aanmelder over de (beperkte) vrije keuze van arts. In 2017 was deze categorie nog goed voor 3 aanmeldingen.

3. Recht op geïnformeerde toestemming

Bij 2 aanmeldingen komt recht op geïnformeerde toestemming aan bod. Patiënten ervaren geen vrije toestemming bij de inname van medicatie, maar veeleer dat zij gedwongen worden om medicatie in te nemen of dat maatregelen zullen volgen.

4. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

Een aanmelder had vragen rond het recht om een kopij van hun dossier te krijgen. Deze werd doorverwezen naar de interne ombudspersoon.

5. Recht op klachtenbemiddeling

Er werd 1 informerende vraag over klachtenbemiddeling gesteld in 2018.

D. Interventie

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	4	21,05	-	-
doorverwijzen intern	3	15,78	1	10,00
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	2	10,52	5	50,00
signaleren	3	15,78	1	10,00
coachen	1	5,26	1	10,00
bemiddelen	6	31,57	2	20,00
totaal	19	100	10	100

De hoofdtaak van de externe ombudspersoon bestond vooral uit informeren. In mindere mate werd er bemiddeld in die zin dat er contact opgenomen werd met de betrokken hulpverlener.

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

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 2-wekelijks bezoek aan het ziekenhuis, soms bij het registreren.

In 70 % van de aanmeldingen kon deze op de dag zelf afgehandeld worden. In 1 geval

duurde dit 4 weken omdat er meerdere gesprekken noodzakelijk waren met de desbetreffende patiënt.

De meeste patiënten waren geheel of gedeeltelijk tevreden met de interventie van de ombudspersoon.

F. PVT en Beschut Wonen

Er was in 2018 ook 1 aanmelding vanuit het PVT Het Tempelhof. Eén bewoner werd meerdere malen gezien door de ombudspersoon. Er werd ook contact opgenomen met de arts en de begeleiding.

Er waren in 2018 geen aanmeldingen uit Beschut Wonen.

Bemiddelingsboek - 2544

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Waar mogelijk formuleren we ook enkele "voorzichtige" aanbevelingen *(cursief),* eventueel stof voor discussie. Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid, om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren.

In het Vlaams jaarverslag, dat raadpleegbaar zal zijn op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. Op datum van dit jaarverslag zijn deze aandachtpunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2018 meer dan 2500 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Overzicht van de moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt, de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen en de vastgestelde positieve ontwikkelingen

- Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van onafhankelijkheid, neutraliteit, onpartijdigheid of beroepsgeheim van de ombudspersoon. De ombudspersoon ervaart een open en constructieve houding bij nagenoeg alle medewerkers van het ziekenhuis en het PVT.
- Niettegenstaande een fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis en een woordje uitleg over de patiëntenrechten op een aantal afdelingen in samenwerking met de interne ombudspersoon zijn er toch minder aanmeldingen dan voorgaande jaren tot bij de externe ombudspersoon gekomen. Deels heeft het aantal aanmeldingen te maken met een meer geconcentreerde registratie van de ombudspersoon. Deels is er nog marge om te werken aan de bekendheid of zichtbaarheid van de ombudspersoon op de afdelingen. Daarnaast is natuurlijk de aanwezigheid van de interne ombudspersoon een eerste buffer die de meeste aanmeldingen zal opvangen.
  - ✓ *Op heden zijn er 2 postbussen van de ombudsdienst en hangt op alle afdelingen een poster met de (contact)gegevens.*
  - ✓ *In 2018 is de externe ombudspersoon, in samenwerking met de interne ombudspersoon op een aantal afdelingen langsgeweest om een woordje uitleg te geven rond patiëntenrechten en werking van de ombudsdienst. In 2019 zal deze rondgang verdergezet worden.*
  - ✓ *In 2019 wil de ombudspersoon een blijvende aanwezigheid op de afdelingen garanderen, o.a. via deze toelichtingsmomenten.*
  - ✓ *In 2019 zal de ombudspersoon ook toelichtingen voorzien voor medewerkers en dit op vraag van afdelingen en steeds in samenwerking met de interne ombudspersoon.*

B. Aanbevelingen 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, evenals positieve ontwikkelingen

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking

- In het jaarverslag van werkjaar 2017 staat een aanbeveling tot meer communicatie over medicatie. Dit jaar zien we daar opnieuw een aanmelding rond. Hoewel in aantal de aanmeldingen beperkt zijn, zien we dit onderwerp toch terugkomen.
    - *Het verdient aanbeveling om vanuit het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt aandacht te hebben voor het correct informeren over de behandeling met medicatie. Een goed geïnformeerde patiënt kan geïnformeerd toestemmen in het nemen van medicatie en zo meewerken aan zijn/haar herstel*

5. BESLUIT

De Ombudsdienst kan in PC Heilige Familie goed samenwerken met de interne ombudspersoon. Het aantal aanmeldingen is bijzonder laag gebleven. Nochtans ervaart de ombudspersoon geen moeilijkheden met patiëntencontacten op de afdelingen. Er wordt ook continue gewerkt aan het bekend maken van patiëntenrechten en de ombudspersonen en hun werking door toelichtingsmomenten op diverse afdelingen. Dit moet in de toekomst zeker behouden blijven.

Het dalende aantal aanmeldingen kan ook deels te maken hebben met een meer geconcentreerde wijze van registreren van de ombudspersoon. De toekomst zal uitwijzen of aanmeldingen binnen dezelfde grootteorde zullen blijven.

Het aantal aanmeldingen vanuit het PVT bleef beperkt. Het is een aandachtspunt om de ombudswerking voldoende bekend en laagdrempelig in de PVT te communiceren.

Afsluitend wensen we alle betrokkenen, en in het bijzonder de interne ombudspersoon, te bedanken voor de samenwerking en hun aandacht voor en het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd.

We hopen de aangename en constructieve samenwerking ook in de toekomst op eenzelfde wijze verder te kunnen zetten.

Bemiddelingsboek - 2546

Jaarverslag interne ombudsfunctie 2018
PZ Heilig Hart Ieper

1 Aanmeldingen

Er waren in 2018 45 aanmeldingen, wat een stijging is in vergelijking met de vorige jaren (zie onderstaande tabel).

	2018	2017	2016	2015
Aantal aanmeldingen	45	29	28	32

2 Aanmelders

- De 45 aanmeldingen kwamen van 36 verschillende aanmelders; iedere aanmelder had 1 of 2 aanmeldingen.
- 18 aanmelders namen telefonisch contact, 7 namen rechtstreeks contact aan de bureau van de interne ombudspersoon, 5 namen contact via mail, 4 door middel van een briefje in de klachtenbus, 1 brief werd in de algemene brievenbus gestoken en één keer werd door de verpleegkundige gevraagd om een afspraak.
- 24 aanmelders betroffen patiënten, 10 aanmelders waren familie van een opgenomen patiënt, 1 aanmelder was een patiënt die reeds met ontslag was en 1 aanmelder betrof een externe persoon.

3 Inhoud van de aanmeldingen

6 van de 45 aanmeldingen hadden geen betrekking op een patiëntenrecht.

- Vijf van deze aanmelders waren familie van een opgenomen patiënt
- Deze aanmeldingen hadden geen betrekking op de behandeling.

3.1 Kwaliteitsvolle dienstverlening

33 van de 45 aanmeldingen hadden betrekking op het patiëntenrecht ‘kwaliteitsvolle dienstverlening’.

- 16 van deze aanmeldingen hadden betrekking op de subcategorie ‘goede behandeling/begeleiding’.
- 7 van deze aanmeldingen hadden betrekking op de subcategorie ‘correct geldbeheer’
- 7 van deze aanmeldingen hadden betrekking op de subcategorie ‘goede hotelservice’
- 3 van deze aanmeldingen hadden betrekking op de subcategorie ‘respectvolle bejegening’

3.2 Geïnformeerde toestemming

- 2 aanmeldingen hadden betrekking op het patiëntenrecht ‘geïnformeerde toestemming’.

3.3 Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

2 aanmeldingen hadden betrekking op het patiëntenrecht ’recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier’

4 Interventie

- Bij 28 van de 44 aanmeldingen werd bemiddeld door de ombudspersoon. Dit betekent dat er contact werd genomen met de betrokken medewerker(s) om de aanmelding te bespreken. Meestal was de aanmelder hierbij niet rechtstreeks betrokken maar werd de aanmelder nadien gecontacteerd om het resultaat van de bemiddeling te bespreken.
- Bij 10 aanmeldingen werd gesignaleerd. Dit betekent dat de opmerking of de bezorgdheid van de aanmelder werd doorgegeven aan de betrokkene(n).
- Bij 4 aanmeldingen werd informatie gegeven aan de aanmelder.
- Bij 2 aanmeldingen werd geluisterd, maar werd, in overleg met de aanmelder, geen actie door de ombudspersoon ondernomen.

Bemiddelingsboek - 2547

5 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de aanmeldingen in 2018 kunnen onderstaande aanbevelingen geformuleerd worden:

- Voldoende aandacht voor somatische klachten.
- Aandacht voor voldoende therapie-aanbod tijdens de vakantieperiodes.
- Aandacht van de verpleegkundigen tijdens het medicatiegebeuren: controle van de medicatie die toegediend wordt.
- Zorgvuldig omgaan met geld van patiënten die in bewaring wordt genomen.
- Het recht op een afdruk van het patiëntendossier respecteren.

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Onze-Lieve-Vrouw van Vrede

PCM

Menen

periode van 1 januari tot 31 december 2018

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 962

Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
OP-WVL vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2549

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

www.ombudsfunctieggz.be

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw

Hoefijzerlaan 40

8000 Brugge

www.op-wvl.be

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon GGZ

0491/ 39 39 18

anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be

INHOUD

1. INLEIDING

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

3. AANMELDINGEN

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

5. BESLUIT

Bemiddelingsboek - 2551

1. INLEIDING

Dit jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg bevat, zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PCM Menen.

Het verslag vergelijkt de aanmeldingen van 2018 met die van 2017. Er worden, zoals door de overheid gevraagd, enkele aandachtspunten en eventueel bijhorende aanbevelingen geformuleerd die nuttig kunnen zijn voor het verder ontwikkelen van de ombudspraktijk.

In het Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg worden de gegevens van alle Vlaamse voorzieningen met externe ombudsfunctie per voorzieningensoort en per overlegplatform gegroepeerd. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In uitvoering van het Decreet van 1 juni 2001 houdende toekenning van een klachtrecht ten aanzien van de bestuursinstellingen wordt dit jaarverslag voor 10 februari bezorgd aan de diensten van de Vlaamse Ombudsman.

Op 19 maart 2019 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

Bemiddelingsboek - 2552

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

A	*a-dag*	*a-nacht*	*T*	*Tg*	*t-dag*	*t- nacht*	*SP*	*K*	*k-dag*	*k-nacht*	*totaal*
30	4	1	120		75	3					**223**

B. Gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten in 2018

	2018
Gerealiseerde verpleegdagen	53868
Aantal opnames	1134
Aantal gedwongen opnames	127
Aantal opgenomen patiënten op 01/01/2018	191
Aantal opgenomen patiënten op 31/12/2018	188

Bemiddelingsboek - 2553

C. Externe ombudsfunctie

Sinds maart 2017 neemt Anne-Leen Denolf de ombudsfunctie binnen het PCM op. Anne-Leen is sinds die datum ook actief als ombudspersoon in drie andere voorzieningen in West-Vlaanderen. In Oost-Vlaanderen neemt zij de ombudsfunctie op binnen 3 voorzieningen. Anne-Leen is daarmee voltijds aan de slag als ombudspersoon binnen het Vlaams Overlegplatform GGZ.

Zij neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (IPSOF). Ze is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

Binnen het PCM is er geen afgesproken permanentie. Anne-Leen gaat op afspraak en na telefonische of schriftelijke contactname langs bij de patiënt.

Bij afwezigheid van Anne-Leen zal zij vervangen worden door één van haar collega's bij het overlegplatform.

Binnen het ziekenhuis is ook een interne ombudspersoon aan het werk. De interne ombudspersoon in het ziekenhuis is Heiderike Seynaeve. Zij is telefonisch (056 24 15 83) of via e-mail (H.Seynaeve@pcmenen.be) bereikbaar.

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be 0491 / 393 918	Heiderike Seynaeve, interne ombudspersoon H.Seynaeve@pcmenen.be 056 24 15 83

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 08/01/2018, de laatste op 17/12/2018. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 23.

Dit zijn opvallend minder aanmeldingen dan de 2 voorgaande jaren, maar het aantal is nog steeds hoger dan in 2015.

Ook het aantal aanmelders is gedaald in vergelijking met 2 voorgaande jaren.

De aanmeldingen in januari en februari 2018 werden geregistreerd en behandeld door de voorgaande ombudspersoon Yves Lagae.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	9	26	47	23
aanmelders	3	15	20	12

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2018 met deze van 2017.

A. Aanmeldingen en aanmelders

De 23 aanmeldingen komen van in totaal 12 aanmelders. De meerderheid van de aanmeldingen wordt de dag zelf opgenomen door de ombudspersoon, ofwel door een afspraak te maken voor een persoonlijk gesprek ofwel door onmiddellijk aan de slag te gaan met de aanmelder. 6 aanmeldingen werden binnen de week opgenomen, bij 3 aanmeldingen tijdens de verlofperiode duurde het maximaal 2 weken om een eerste contact te hebben na aanmelding van de klacht.
Bij de meeste aanmeldingen is er een persoonlijk contact tussen de ombudspersoon en de aanmelder. Op een telefonische of schriftelijke contactname van de patiënt volgt dus vaak een vervolggesprek met de ombudsdienst. Bij 4 aanmeldingen was er uitsluitend telefonisch contact.

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	47		23	
aanmelders	20		12	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	-	-	10	52,63

binnen de week	26	86,66	6	31,57
binnen de twee weken	4	13,33	3	15,78
binnen de 4 weken	-	-	-	-
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	30	100	19	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	17	36,17	4	17,39
1 contact	30	63,82	18	78,26
2 contacten	-	-	1	4,34
3 contacten	-	-	-	-
meer dan 3 contacten	-	-	-	-
totaal	47	100	23	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	1		2	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	47		23	

7 aanmelders kwamen naar de ombudspersoon met 1 vraag, klacht of probleem. 5 aanmelders kwamen in de loop van het jaar nog eens terug tot bij de ombudspersoon met een nieuwe aanmelding. 1 aanmelder had zelfs 5 aanmeldingen.

3 aanmeldingen waren een groepsklacht.

1 aanmelder in 2018 was een familielid, dit in verhouding tot 2017 waar 10 aanmelders familieleden of partners waren. De sterke daling in het aantal aanmeldingen door familieleden, verklaart ook meteen de daling in het aantal aanmeldingen in 2018.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
direct contact	-	-	9	39,13
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	5	10,63	-	-
telefonisch *(of GSM, SMS)*	42	89,36	14	60,86
totaal	47	100	23	100

De meerderheid van de aanmeldingen gebeurde door na een telefonisch contact met de

ombudspersoon. Anders dan voorgaande jaren zijn er ook aanmeldingen na een direct contact op de afdeling. Een (groep van) patiënt(en) die de ombudspersoon aanspreekt die op de afdeling komt naar aanleiding van een afspraak met een andere patiënt.

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	3	6,38	1	4,34
vraag tot interventie	24	51,06	12	52,17
vraag tot signalering	-	-	6	26,08
vraag naar een luisterend oor	20	42,55	4	17,39
totaal	47	100	23	100

Bij de helft van de aanmeldingen ligt een vraag tot interventie nog steeds aan de grondslag. Patiënten komen dus naar de ombudsdienst om een bemiddeling te vragen over een probleem of thema, waarbij men geen gehoor kreeg of geen succes had via de afdeling, de dokter,… en dit in één van de thema's rond kwaliteitsvolle dienstverlening.

In tweede instantie wou men dat bepaalde problemen gesignaleerd werden.

Een aantal aanmelders (*39.13%)* hadden eerder al informele stappen gezet, de vraag gesteld op de afdeling of de interne ombudspersoon aangesproken. Anderen (*34,78%)* wensten principieel beroep te doen op de externe ombudsdienst.

Bij 21 aanmeldingen was de patiënt in opname toen ze contact namen met de externe ombudspersoon. Bij 2 aanmeldingen gebeurde dit nadat de opname beëindigd was.

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

In dit jaarverslag vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2018, dus ruimer dan de strikte interpretatie van de Wet Patiëntenrechten. Deze aanmeldingen behandelen ook voeding of infrastructuur en gaan dus verder dan de strikte zorgrelatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot de patiëntenrechten

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	34	87,17	20	95,23
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	10,25	-	-
3. informatie	-	-	1	4,76
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	2,56	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	39	100	21	100

Zoals overal en steeds het geval is, hebben de meeste aanmeldingen betrekking op het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening. Andere patiëntenrechten komen quasi niet aan bod en betreffen alleen informatieve vragen en geen bemiddelingen. De vragen/klachten/opmerkingen rond vrije keuze van beroepsbeoefenaar zijn helemaal wegevallen in 2018.

Voor het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening worden in de volgende tabellen meer gedetailleerde aantallen gegeven. In elke categorie binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening kan de aanmelding nog verder gepreciseerd worden.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	2	5,88	-	-
1.2. goede behandeling/begeleiding	17	50,00	8	40,00
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	2,94	3	15,00
1.4. goede hotelservice	4	11,76	5	25,00
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	3	8,82	-	-
1.7. beschermende maatregelen	7	20,58	4	20,00
totaal	34	100	20	100

Respectvolle bejegening is als thema volledig weggevallen, alsook klachten over de factuur.

1.1. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	2	25,00
medicatie	9	52,94	1	12,50
individuele therapie	-	-	1	12,50
groepstherapie	-	-	1	12,50
voldoende beschikbaarheid	1	5,88	2	25,00
betrokkenheid familie	4	23,52	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	11,76	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	1	5,88	1	12,50
andere	-	-	-	-
totaal	17	100	8	100

Bij goede behandeling en begeleiding waren er 2 aanmeldingen over somatische verzorging (vraag om dokter te mogen zien werd door de verpleging niet of te laat opgepikt, er moest te lang gewacht worden op een afspraak), over medicatie (wijzigt soms zonder woordje uitleg bij, er is geen echte toestemming mogelijk bij inname medicatie) en over therapie (vooral op einde van 2018 zijn er door afwezigheden van aantal therapeuten wat lege momenten geweest waar niet echt alternatief voor was). Daarnaast zijn er 2 aanmeldingen rond beschikbaarheid waarbij patiënten een kloof ervaren met sommige medewerkers of vinden dat er veel te weinig mogelijkheden zijn tot gesprek en contact tussen verpleging en patiënt.

1.2. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	100,00	2	66,66
groepsleven	-	-	1	33,33
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	3	100

Vooral de afspraken rond uitgangspermissie gaven aanleiding tot klachten. Patiënten ervaren hierin een willekeur en absurditeit, bijvoorbeeld naar afspraken rond uur van terugkomst of de gevolgen van eerlijkheid (‘eerlijkheid wordt gestraft’).

Bemiddelingsboek - 2559

1.3. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	-	-	3	60,00
infrastructuur/accommodatie	1	25,00	-	-
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	3	75,00	2	40,00
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	5	100

Patiënten geven aan dat zij de maaltijden als te weinig ervaren, vooral de hoeveelheid vlees wordt als te pover ervaren. Voor de ombudspersoon is dit geen nieuwe klacht. Heel wat patiënten binnen psychiatrische ziekenhuizen zijn grote vleeseters. Dit wil niet noodzakelijk zeggen dat de hoeveelheid te weinig is, alleen dat de verwachtingen anders liggen.

1.4. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	2	28,57	-	-
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	1	25,00
gedwongen opname	4	57,14	3	75,00
internering	-	-	-	-
andere	1	14,28	-	-
totaal	7	100	4	100

Bij categorie beschermende maatregelen werd beroep gedaan op de ombudsdienst om verhaal te kunnen doen over een beschermende maatregel waar men aan onderhevig was en om informatie te vragen over de procedure gedwongen opname. Door de onduidelijkheid over de duur van opname en de opgelegde vrijheidsbeperking ervaren patiënten hun verblijf als willekeur of straf.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

In 2018 waren hier geen aanmeldingen over, in 2017 nog 4 aanmeldingen betreffende vrije keuze van psychiater.

3. Recht op informatie

In 2018 1 aanmelding over recht op informatie, meer specifiek betreffende de diagnose. In 2017 geen aanmeldingen van.

4. Recht op geïnformeerde toestemming, Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier, Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer, Recht op klachtenbemiddeling, Recht op een wettelijke vertegenwoordiger, Recht op een vertrouwenspersoon, Recht op pijnbestrijding

Geen aanmeldingen over ontvangen.

D. Interventie

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	24	51,06	5	21,73
doorverwijzen intern	1	2,12	-	-
doorverwijzen extern	4	8,51	1	4,34
informeren	-	-	2	8,69
signaleren	-	-	10	43,47
coachen	5	10,63	2	8,69
bemiddelen	13	27,65	3	13,04
totaal	47	100	23	100

De hoofdtaak van de externe ombudspersoon bestond vooral uit signaleren. In mindere mate werd er geluisterd (meer dan de helft minder dan voorgaand jaar) en bemiddeld in die zin dat er contact opgenomen werd met de betrokken hulpverlener.

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

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 een bezoek aan het ziekenhuis, soms bij het registreren.

In *56,52* % van de aanmeldingen kon deze op de dag zelf afgehandeld worden. In 1 geval duurde dit langer dan 4 weken omdat er meerdere gesprekken noodzakelijk waren met de desbetreffende patiënt.

De meeste patiënten waren geheel of gedeeltelijk tevreden met de interventie van de ombudspersoon.

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

In het Vlaams jaarverslag, dat raadpleegbaar zal zijn op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. Op datum van dit jaarverslag zijn deze aandachtpunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2018 meer dan 2500 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Overzicht van de moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt, de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen en de vastgestelde positieve ontwikkelingen

- Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van onafhankelijkheid, neutraliteit, onpartijdigheid of beroepsgeheim van de ombudspersoon. De ombudspersoon ervaart een open en constructieve houding bij nagenoeg alle medewerkers van het ziekenhuis en een vlotte samenwerking met de interne ombudspersoon.
- De ombudspersoon heeft geen permanentie in het ziekenhuis, de informatie betreffende patiëntenrechten of bereikbaarheid van zowel interne als externe ombudspersoon is terug te vinden op de website via de FAQ.

    - *Gezien er veel minder aanmeldingen door familieleden waren, kan het mogelijks een goed idee zijn om ervoor te zorgen om zowel de interne als externe ombudsdienst meer in the picture te zetten op de website of via posters, beeldmateriaal op de afdelingen*

- In de zomer van 2017 kwam er een audit van de zorginspectie. Deze audit beveelt aan om systematisch informatiesessies aan de patiënten op de zorgdivisies (zeker op de gesloten afdelingen) te organiseren over de patiëntenrechten en de ombudsfunctie.

    - *De externe ombudspersoon is bereid in samenwerking met de interne ombudspersoon deze toelichtingen te voorzien voor patiënten, mogelijks kan dit drempelverlagend werken.*

- In 2018 zijn er minder aanmeldingen dan voorgaande jaren tot bij de externe ombudspersoon gekomen. Deels heeft het aantal aanmeldingen te maken met een meer geconcentreerde registratie van de ombudspersoon. Deels is er nog marge om te werken aan de bekendheid of zichtbaarheid van de ombudspersoon op de afdelingen. Daarnaast is natuurlijk de aanwezigheid van de interne ombudspersoon een eerste buffer die de meeste aanmeldingen zal opvangen.

B. Aanbevelingen 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, evenals positieve ontwikkelingen

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking

- Hotelservice – voeding

Veel gehoorde klacht binnen diverse ziekenhuizen is dat er te weinig eten, en dan vooral vlees wordt voorzien, terwijl anderzijds veel voeding ook niet opgegeten wordt. De vraag naar meer vlees moet niet noodzakelijk positief beantwoord worden. Het ziekenhuis heeft ook een opvoedkundige rol in het voorschotelen en informeren rond de samenstelling van een gezonde maaltijd.

- *Mogelijks kan er nog gewerkt worden aan het informeren rond gezonde maaltijden en het afstemmen van verwachtingen.*

- Beschikbaarheid

Het komt voor dat de verwachtingen van patiënten niet altijd stroken met de reële mogelijkheden. Een persoonlijk onderhoud is voor de zorgverlener niet altijd noodzakelijk ter opvolging van de toestand van de patiënt die het gevoel heeft "vergeten te worden". Anderzijds ervaren patiënten het tijdsgebrek van zorgverleners als een flauw excuus.

- *Mogelijks zijn er inspanningen mogelijk die enerzijds de verwachtingen van de patiënt realistischer bijstellen en anderzijds de afstand tussen verpleging en patiënt verkleinen door meer aanwezigheid van verpleging op de afdeling en minder in het verpleeglokaal.*

- beschermende maatregelen

In het jaarverslag van werkjaar 2017 staat een aanbeveling tot meer communicatie over de redenen van gedwongen opname, noodzaak van voorgeschreven medicatie, reden van beperkte bewegingsvrijheid. In 2018 zien we dat patiënten opnieuw beroep doen op de ombudsdienst om hun verhaal over de vrijheidsbeperking die zij ervaren te doen aan een externe.

- betrokkenheid van familie

In het jaarverslag van werkjaar 2017 staat een aanbeveling tot meer betrekken, waar mogelijk, van familie bij het behandeltraject van de patiënt. In 2018 zijn er geen aanmeldingen rond dit onderwerp geweest. Het wegvallen van dit onderwerp is vooral te wijten aan het volledig wegvallen van aanmeldingen door familieleden. Mogelijks kan een betere communicatie (zie hoger) hier verandering in brengen.

Bemiddelingsboek - 2564

5. BESLUIT

De Ombudsdienst kan in PCM Menen goed samenwerken met de interne ombudspersoon. Het aantal aanmeldingen is bijzonder laag gebleven. Nochtans ervaart de ombudspersoon geen moeilijkheden met patiëntencontacten op de afdelingen, daarvan bewijs enkele directe aanmeldingen. Er zijn nog mogelijkheden om de patiëntenrechten en de ombudspersonen en hun werking beter bekend te maken, eventueel via de website, eventueel door toelichtingsmomenten op diverse afdelingen.

Het dalende aantal aanmeldingen kan ook deels te maken hebben met een meer geconcentreerde wijze van registreren van de ombudspersoon. De toekomst zal uitwijzen of aanmeldingen binnen dezelfde grootteorde zullen blijven.

Afsluitend wensen we alle betrokkenen, en in het bijzonder de interne ombudspersoon, te bedanken voor de samenwerking en hun aandacht voor en het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd.

We hopen de aangename en constructieve samenwerking ook in de toekomst op eenzelfde wijze verder te kunnen zetten.

Bemiddelingsboek - 2565

PCM

Psychiatrisch Centrum Menen

JAARVERSLAG INTERNE OMBUDSDIENST 2018

PERIODE 01/01/2018 -31/12/2018

PSYCHIATRISCH CENTRUM MENEN

Bemiddelingsboek - 2566

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING 2

ALGEMENE INFORMATIE 3

DEEL 1 4

OVERZICHT AANMELDINGEN 4

1. Aantal aanmeldingen 4
2. Overzicht aanmeldingen 4

DEEL 2 8

VERWACHTINGEN VAN DE AANMELDER 8

DEEL 3 8

SITUERING VAN DE AANMELDINGEN 8

1. Relatie 8
2. Zorgdivisie 9
3. Vorm 9
4. Betrokkenen 10

DEEL 4 10

RESULTAAT 10

1. Doorlooptijd 10
2. Tevredenheid 11

DEEL 5 11

IDEEËNBUS 11

DEEL 6 12

ACTIVITEIETEN OMBUDSDIENST 12

DEEL 7 12

BESLUIT EN AANBEVELINGEN 12

DEEL 8 14

POWERPOINT 14

Bemiddelingsboek - 2567

INLEIDING

De wet betreffende de 'Rechten van de Patiënt' (2002) vormt de grondslag voor elk ziekenhuis om een ombudsdienst te hebben en op die manier de patiënt in zijn rechten te herkennen.

Daarnaast brengen klachten en vragen van patiënten het ziekenhuis informatie over hoe de patiënt en zijn context onze diensten ervaren. Het brengt ons kansen om onze organisatie te verbeteren en zo de kwaliteit van zorg te verhogen.

In dit verslag vindt u de weerslag van de klachtenbehandeling/- bemiddeling door de ombudsdienst, samen met geformuleerde aanbevelingen om in de toekomst deze klachten te voorkomen.

N.B. Het verslag gebruikt de term aanmeldingen in plaats van klachten. Dit omdat de patiënten ook met vragen of verhalen, die geen betrekking hebben tot de Patiëntenrechten, terecht kunnen bij de ombudspersoon.

Bemiddelingsboek - 2568

ALGEMENE INFORMATIE

Organisatie

Psychiatrisch Centrum Menen

Bruggestraat 75
8930 Menen

Tel.: 056 52 14 51
Fax: 056 51 81 89
E-mail: pcm@pcmenen.be

Website: www.PC-Menen.be

Ombudsdienst

Ombudspersoon: **Heiderike Seynaeve**

Tel.: 056/24 15 83

E-mail: h.seynaeve@pcmenen.be

Ombudspersoon sinds 1 maart 2017. Werkzaam binnen PCM als kwaliteitscoördinator.

N.B. Bij afwezigheid behandelt de externe ombudspersoon de aanmeldingen. Bij hoogdringendheid kan de aanmelder zich ook richten tot Tina Goosen en of Klaas Neyrinck.

Bemiddelingsboek - 2569

DEEL 1

OVERZICHT AANMELDINGEN

1. Aantal aanmeldingen

In 2018 behandelde de ombudsdienst **45 aanmeldingen** met 20 unieke aanmelders waarvan:

- **32** aanmeldingen (71%) in verband met de wet 'rechten van de patiënt';
- **13** aanmeldingen (29%) niet rechtstreek in verband te brengen met de 'rechten van de patiënt'.

De algemene aanmeldingsratio bedraagt **40 aanmeldingen per 1.000 patiënten**.

**(totaal aantal aanmeldingen/ totaal aantal opgenomen patiënten - 45 aanmeldingen/1134 opnames)*

Het aandeel aanmeldingen is dit jaar **gelijk gebleven**. Hieruit kan geconcludeerd worden dat patiënten en/of zijn context even goed de weg tot de ombudsdienst vinden.

	2015	2016	2017	2018
Aanmeldingen	27	18	41	45

2. Overzicht aanmeldingen

*2.1. Aanmeldingen **met** betrekking tot de rechten van de patiënt*

Deze aanmeldingen benaderen 'de beroepsbeoefenaars van de gezondheidszorg'.

Er is een tendens doorheen de jaren op te merken. Het grootste aantal aanmeldingen binnenin deze groep blijkt steeds de 'kwaliteitsvolle dienstverlening' te zijn.

	2015	2016	2017	2018
Klachtenbemiddeling	0	0	0	0
Beschermen persoonlijke levenssfeer	3	0	1	2
Zorgvuldig bijhouden patiëntdossier/inzage	0	0	1	0
Geïnformeerde toestemming	1	1	1	0
Informatie gezondheidstoestand	3	0	0	4
Vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	2	1	0
Kwaliteitsvolle dienstverlening	17	15	24	25
Pijnbehandeling	0	0	1	0
Totaalsom	**25**	**18**	**29**	**31**

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening wordt in volgende tabellen opgesplitst in subcategorieën.

Bemiddelingsboek - 2570

2.1.1 Kwaliteitsvolle dienstverlening

Onder de kwaliteitsvolle dienstverlening behoren zeven categorieën, namelijk: respectvolle bejegening; goede behandeling; kwaliteitsvol verblijf; goede hotelservice; betalende diensten; juiste factuur en beschermende maatregelen.

Er werden aanmeldingen gedaan omtrent de respectvolle bejegening (6), de goede behandeling (3), het kwaliteitsvol verblijf (4), de goede hotelservice (6), de betalende diensten (1) en de beschermende maatregelen (6).

*Deze subcategorieën worden hieronder in detail besproken.

	2015	2016	2017	2018
Respectvolle bejegening	3	2	4	6
Goede behandeling	2	6	5	3
Kwaliteitsvol verblijf	6	2	4	4
Goede Hotelservice	0	0	6	6
Betalende diensten	1	0	0	1
Juiste factuur/ correct geldbeheer	2	2	0	0
Beschermende maatregelen	3	3	5	6
Totaalsom	**17**	**15**	**24**	**26**

Respectvolle bejegening

De aanmeldingen met betrekking de respectvolle bejegening hebben het over de communicatie, zowel verbaal als non-verbaal. De patiënten ervaren dat het personeel te weinig tijd neemt om te luisteren en hulp te bieden. Eén patiënt uit zijn ongenoegen over het feit dat er geen ruimte is om vragen te stellen omtrent het medicatieschema en/of de afspraken omtrent de weekend-afspraken. Vier van deze zes aanmeldingen zijn gericht naar de behandelende arts van de patiënt.

	2017	2018
Correcte omgangsvormen	3	3
Grensoverschrijdend gedrag	0	0
Luisterbereidheid	1	3
Andere	0	0
Totaalsom	**4**	**6**

Goede behandeling

De aanmeldingen met betrekking de goede behandeling hebben het allemaal over de therapieschema's van de patiënt. Eén patiënt meldt dat er geen rekening gehouden wordt met haar fysieke beperkingen ook al nam haar huisarts initiatief om de medewerkers hierover in te lichten.

Bemiddelingsboek - 2571

Een andere patiënt is ontevreden over het meermaals vergeten van individuele ingeplande therapiemomenten door het personeel. Als laatste gaf een patiënt aan dat er een te laag aanbod van therapiesessies gegeven kan worden wegens ziekte van personeel op een behandelafdeling.

	2017	2018
Externe transfer	0	0
Interne transfer	1	0
Einde opname/ behandeling	3	0
Start opname/ behandeling	0	0
Betrokkenheid familie	0	0
Beschikbaarheid	0	0
Therapie	0	3
Medicatie	1	0
Somatische verzorging	0	0
Diagnose	0	0
Andere	0	0
Totaalsom	**5**	**3**

Kwaliteitsvol verblijf

De aanmeldingen met betrekking het kwaliteitsvol verblijf hebben het vooral over gemaakte afspraken waar patiënt en context zich moeilijk kan in vinden. Waar vorige jaar de patiënt de beleving had dat deze afspraken als straf werden gebruikt, gaat het dit jaar omtrent de afspraken van de bezoekuren. Voor familieleden die werken zijn de bezoekuren niet flexibel, de patiënt kan soms slechts een halfuur bezoek ontvangen. Een andere patiënt meldt dat de bezoekuren vervelend zijn doordat ze tijdens het avondmaal vallen. Zo is er amper tijd om boodschappen te doen of eens naar huis te gaan.

	2017	2018
Weekend- en verlofregeling	2	0
Ontspanning/ vrije tijd	0	0
Groepsleven	0	0
Regels	2	3
Andere	0	0
Totaalsom	**4**	**3**

Goede hotelservice

De aanmeldingen met betrekking goede hotelservice zijn divers. In 2018 kwam één patiënt bij de interne ombudsdienst omtrent een verloren voorwerp. Een andere patiënt was ontevreden dat zijn goederen uit zijn kamer/ kast beheerd worden door het personeel. Daarnaast meldt er een patiënt dat de tuin gevaarlijk kan zijn tot het uitglijden en valincidenten, ook de lakens van de bedden zouden regelmatiger ververst dienen te worden. Tot slot waren er twee aanmelding over de maaltijden. Zo vindt één patiënt dat er niet genoeg brood voorzien wordt op de afdelingen en er onvoldoende keuze is tot beleg. Een andere patiënt vindt het eten niet goed gekruid.

Bemiddelingsboek - 2572

	2017	2018
Veiligheid goederen	5	2
Veiligheid persoon	0	0
Hygiëne	0	1
Infrastructuur/ accommodatie	0	1
Voeding	1	2
Andere	0	0
Totaalsom	**6**	**6**

Beschermende maatregelen

De aanmeldingen met betrekking beschermende maatregelen hebben het vooral over onbegrip van de behandeling. Patiënt en zijn context begrijpen meestal reden tot het GO-statuut niet. De aanmelding over fixatie gaat over de 'te lange' wachttijd tot respons van een beloproep.

	2017	2018
Internering	0	0
Gedwongen opname	3	6
Fixatie	2	1
Afzondering	0	0
Beperkte bewegingsvrijheid	0	0
Straf	0	0
Andere	0	0
Totaalsom	**5**	**7**

*2.2. Aanmeldingen **zonder** betrekking tot de rechten van de patiënt*

Onder dit luik werd dertien keer de interne ombudspersoon geraadpleegd.

De patiënt en zijn context stelden vragen over hoe het dossier kan opgevraagd worden, hoe je kan veranderen van beroepsbeoefenaar of ziekenhuis en welke gevolgen dit met zich meebrengt.

Twee patiënten ervaarden moeilijkheden tot slapen door een snurkende kamergenoot of de nachtronde van de verpleegkundige. Daarnaast waren er drie patiënten ontevreden over het feit dat zij gedwongen het ziekenhuis hadden moeten verlaten. Verder kon de aanmelder nood hebben aan een luisterend oor, waar er ruimte is om even te ventileren en zijn levensverhaal te brengen.

	2017	2018
Familiaal	0	0
Juridisch	0	0
Financieel	2	0
Tewerkstelling	0	0
Huisvesting	0	0
Levensverhaal	4	2
Patiëntenrechten	3	3
Andere	3	8
Totaalsom	**12**	**13**

Bemiddelingsboek - 2573

DEEL 2

VERWACHTINGEN VAN DE AANMELDER

Bij de meeste patiënten en context is 'het geven van signaal' de belangrijkste verwachting. Hier is een grote stijging merkbaar. Het luisteren, informeren maar ook bemiddelen zijn verzoeken dat de ombudsdienst krijgt.

Naast de hoofdvraag worden, met toestemming van de patiënt en/ of context, opmerkingen aan de betrokkene(n) doorgegeven en beantwoord. Het antwoord dat overgemaakt wordt aan de aanmelder is het antwoord van de betrokkene(n). De ombudspersoon neemt zelf geen standpunt in maar blijf steeds neutraal.

	2015	2016	2017	2018
Luisteren	2	2	13	6
Informeren	5	4	10	6
Bemiddelen	4	1	4	6
Doorverwijzen intern	3	1	4	0
Doorverwijzen extern			2	0
Signaleren	13	9	8	22
Coachen	0	1	0	1
Financieel akkoord (correctie factuur of schadeclaim)	/	/	0	1
Totaalsom	**27**	**18**	**41**	**45**

DEEL 3

SITUERING VAN DE AANMELDINGEN

1. Relatie

Het zijn en blijven vooral patiënten zelf die een klacht uiten of een vraag stellen. Maar ook familie kan zijn ongenoegen melden bij de ombudsdienst. Hierbij gaat het enerzijds over de behandeling, verzorging, omgang van en met de patiënt, anderzijds over hun eigen bejegening en gevoel van betrokkenheid tot de zorg.

N.B. De ombudspersoon vraagt altijd toestemming aan de patiënt zelf vooraleer een klacht te behandelen.

Bemiddelingsboek - 2574

	2015	2016	2017		2018	
			Totaal	Uniek	Totaal	Uniek
Patiënt	24	14	32	18	38	14
Familie	2	3	5	5	7	6
Andere	1	1	4	2	0	0
Totaalsom	**27**	**18**	**41**	**25**	**45**	**20**

2. Zorgdivisie

Het grootste aantal aanmeldingen kreeg de ombudsdienst van patiënten en context die opgenomen, ontslagen of in nabehandeling zijn bij de Cura en Kade. In vergelijking met vorig jaar, waar de patiënten of hun context geen ontevredenheden melden naar de ombudsdienst, heeft de Waag dit jaar acht aanmeldingen.

N.B. Wanneer een patiënt meer dan eens zijn ongenoegen meldt is hij geen unieke patiënt. De aanmeldingen zijn niet verbonden aan een afdeling. Met andere woorden, als de patiënt op afdeling X en Y een aanmelding doet dan is hij in het totaalbeeld geen unieke patiënt.

	2017		2018	
	Totaal	Uniek	Totaal	Uniek
Cura	10	4	11	2
Waag	0	0	8	4
Kade	13	10	15	8
Vliet	2	2	2	1
Horizon	4	3	6	2
Wierde	3	2	1	1
Pendel	4	1	2	2
NVT	5	3	0	0
Totaalsom	**41**	**25**	**45**	**20**

3. Vorm

In 2018 is direct contact het belangrijkste medium voor het behandelen van aanmeldingen. De brievenbus aan de receptie werd éénmaal gebruikt.

	2017		2018	
	Totaal	Uniek	Totaal	Uniek
Direct contact	23	13	32	9
Telefonisch	10	7	5	3
Mail	5	2	5	5
Brief	3	3	3	3
Patiëntenintranet	0	0	0	0
Totaalsom	**41**	**25**	**45**	**20**

Bemiddelingsboek - 2575

4. Betrokkenen

Het behandelend team is het meest betrokken bij een aanmelding, gevolgd door de behandelde arts, en de verpleegkundigen.

	2015	2016	2017	2018
Geen	/	/	11	7
Medepatiënt	/	/	3	2
Psychiater	3	2	9	13
Verpleging	5	2	5	5
Behandeld team	14	9	7	14
IB	/	/	0	0
Kiné	/	/	0	1
PMT	0	0	0	0
Ergotherapeut	0	0	0	0
Sociale dienst	0	1	1	1
Psycholoog	0	0	0	0
Administratie	2	2	1	0
Technische dienst	/	/	0	0
Keuken	/	/	1	2
Poetsdienst	/	/	1	0
Logistiek medewerker	0	0	0	0
Pastoraal medewerker	0	0	0	0
Directie	/	/	0	0
Andere	3	2	1	1
Totaalsom	**25**	**18**	**41**	**45**

DEEL 4

RESULTAAT

1. Doorlooptijd

De doorlooptijd is afhankelijk van verschillende zaken en niet altijd duidelijk af te lijnen. De meerderheid van de aanmeldingen kan op dezelfde dag afgehandeld worden.

	2017	2018
Zelfde dag	25	24
Binnen de week	12	15
Binnen twee weken	4	5
Binnen vier weken	0	1
Later dan vier weken	0	0
Totaalsom	**41**	**45**

Bemiddelingsboek - 2576

2. Tevredenheid

De tevredenheid is niet altijd te bepalen en kan een subjectief gegeven zijn. Vandaar dat de ombudsdienst, voor 2018, enkel de casussen weergeeft waar zij effectief feedback heeft over gekregen.

Patiënten en context zijn tevreden over de stappen dat de ombudspersoon ondernam als er effectief een actie ondernomen kan worden (bv. het veranderen van beroepsbeoefenaar), er een gericht antwoord kan komen op een vraag, zij zich gehoord voelen en/of de ombudspersoon samen met de aanmelder exploreert naar oplossingen (bv. de ombudspersoon gaat mee op consultatie naar de arts).

De ontevredenheid is voornamelijk te linken aan de GO-procedure en/of de beslissing tot een gedwongen ontslag.

	2017	**2018**
Tevreden	21	9
Gedeeltelijk tevreden	13	0
Ontevreden	6	7
Totaalsom	**41**	**16**

DEEL 5

IDEEËNBUS

De klassieke ideeënbus die zich vroeger op iedere afdeling bevond werd sinds juni 2017 herboren op het patiëntenintranet, het PCM beschikt nu van een elektronische ideeënbus.
De patiënt wordt via deze weg aangemoedigd inbreng te geven over hoe het verblijf, binnenin het PCM, aangenamer gemaakt kan worden voor patiënten alsook familieleden en naasten.

Volgende voorstellen kwamen in 2018 binnen:

- Basis computerlessen aanbieden zodat iedereen ook op deze manier zijn netwerk kan versterken.
- Voedingsverspilling tegengaan door restjes in porties te koop aanbieden om ecologische voetafdruk te verkleinen.

Bemiddelingsboek - 2577

DEEL 6

ACTIVITEIETEN OMBUDSDIENST

Intern

- Procedures aangepast volgens de GDPR- normen.

Extern

- Nieuwe externe ombudspersoon sinds maart 2018 : Anne-Leen Denolf.
- Overleg West-Vlaamse ombudspersonen (PZ): 23/11/2018: Pittem.
- Aangesloten bij de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ).

DEEL 7

BESLUIT EN AANBEVELINGEN

Besluit

De ombudspersoon vertrekt altijd vanuit de beleving van de patiënt, ook al heeft de patiënt op een bepaald moment van opname geen ziekte-inzicht.

Het aandeel aanmeldingen is dit jaar gelijk gebleven. Hieruit kan geconcludeerd worden dat patiënten en/of zijn context even goed de weg tot de ombudsdienst vinden. Er is geen tendens waar te nemen, de reden tot aanmeldingen is heel divers.

Inhoudelijk blijft het aantal aanmeldingen met betrekking 'kwaliteitsvolle dienstverlening' de grootste groep. Er zijn geen opvallende stijgingen van aanmeldingen over bepaalde thema's.

De algemene aanmeldingsratio bedraagt 40 aanmeldingen per 1.000 patiënten (contacten). Hoewel het aantal aanmeldingen een relatief gegeven is, kan het belang van de meldingen niet onderschat worden.
Onderzoek toont aan dat het aantal klachten dat geuit wordt bij de ombudsdienst slechts een fractie is van het werkelijke aantal klachten die leven bij de patiënten. Daarnaast bevat elke aanmelding waardevolle informatie over hoe ons ziekenhuis het doet, hoe er gecommuniceerd wordt met de patiënt of in welke mate de zorg voldoende is afgestemd op de patiënt. Hiermee aan de slag gaan, op alle niveaus en met alle betrokkenen, maakt van het PCM een warme organisatie.

Bemiddelingsboek - 2578

Aanbevelingen

Communicatie

- Communiceer tijdig en betrek zoveel mogelijk de patiënt en context bij wijzigingen behandelplan, transfer en ontslag.
- Neem de tijd en betrek zoveel mogelijk patiënt en context bij het maken van afspraken. Verduidelijk waarom bepaalde afspraken gemaakt worden en hoe deze in zijn werk gaan *(bv. VBM, GO, afdelingsregels…)*.

Responsabilisering eigen materiaal

- Licht de patiënt en context toe tot de risico's van het meebrengen van waardevolle spullen tijdens opname. Motiveer patiënt om materiaal steeds op te bergen in zijn persoonlijke kast met sleutel.

Intern beleid

- Herbijken van de ziekenhuis- en afdelingsregels (Cfr. bezoekuren).
- Sensibiliseren procedure 'kamer en bagagecontrole' zodat deze correct wordt toegepast. (Cfr. aanmelding gedwongen ontslag. Na onderzoek bleek dat er geen bagagecontrole werd uitgevoerd terwijl de patiënt ernstige persoonlijke bedreigingen had geuit bij een voorgaande opname.).
- Kennis van medewerken verhogen omtrent de rechten- en de daar bijhorende plichten van de patiënt. Naast de tweejaarlijkse IKZ opleiding een E-learning module ontwikkelen omtrent de rechten van de patiënt.
- Bij een gedwongen ontslag steeds de zorgcontinuïteit garanderen:
    - Indien mogelijk vervolgzorg installeren;
        - Betrekken van de sociale dienst, exploreren van mogelijkheden in de thuiszorg.
    - Meegeven van de ontslagbrief;
    - Meegeven van de 24-uur medicatie en indien geen tegenindicatie meegeven van de medicatievoorschriften;
    - De boodschap brengen dat ontslag geen gesloten deur is, bij moeilijkheden kan er altijd contact worden opgenomen.

Voor verdere toelichting van het jaarverslag kunt u steeds contact opnemen met de ombudspersoon.

Bemiddelingsboek - 2579

DEEL 8

POWERPOINT

Bemiddelingsboek - 2580

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Onze-Lieve-Vrouw

Brugge

periode van 1 januari tot 31 december 2018

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 963

Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
OP-WVL vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2581

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

www.ombudsfunctieggz.be

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw

Hoefijzerlaan 40

8000 Brugge

www.op-wvl.be

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon GGZ

0491/ 39 39 18

anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be

1. INLEIDING

Dit jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg bevat, zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PC Onze-Lieve-Vrouw in Brugge.

In het Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg worden de gegevens van alle Vlaamse voorzieningen met externe ombudsfunctie per voorzieningensoort en per overlegplatform gegroepeerd. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In uitvoering van het Decreet van 1 juni 2001 houdende toekenning van een klachtrecht ten aanzien van de bestuursinstellingen wordt dit jaarverslag voor 10 februari bezorgd aan de diensten van de Vlaamse Ombudsman.

Op 19 maart 2019 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en in het bijzonder de interne ombudspersoon, voor de samenwerking en hun aandacht voor en het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd.

We hopen de aangename en constructieve samenwerking ook in de toekomst op eenzelfde wijze verder te kunnen zetten.

Bemiddelingsboek - 2583

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

De externe ombudspersoon Inge Decorte neemt de externe ombudsfunctie binnen het PC OLV Brugge op. Inge is sinds maart 2017 in ziekteverlof. In de loop van het jaar is zij tijdelijk vervangen geweest door haar collega's van het overlegplatform Anne-Leen Denolf, Julie Vandepitte en Nicole Claeys.

Inge heeft binnen het OLV een wekelijkse permanentie. Waar mogelijk hebben haar collega's getracht dit zoveel mogelijk over te nemen. Vanzelfsprekend zijn de ombudspersonen steeds na telefonische of schriftelijke contactname langsgeweest bij de patiënt voor een persoonlijk gesprek waarbij zij gebruik konden maken van het ombudslokaal.

Anne-Leen Denolf heeft als externe ombudspersoon ook een vorming patiëntenrechten en werking ombudsdienst verzorgd voor de nieuwe medewerkers.

Binnen het ziekenhuis is ook een interne ombudspersoon aan het werk. De interne ombudspersoon in het ziekenhuis is Marc Simoens. Hij is telefonisch (050 30 18 14) of via e-mail (Marc.Simoens@pzonzelievevrouw.be) bereikbaar of rechtstreeks te bezoeken in zijn kantoor.

3. AANMELDINGEN

In 2018 werden slechts 32 aanmeldingen van 25 aanmelders geregistreerd. Dit aantal ligt lager dan de voorgaande jaren. Dit is deels te verklaren door de voortdurende wissels in ombudspersonen, deels door het ontbreken van de aanmeldingen die Inge Decorte voor haar ziekteverlof behandelde.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	69	62	62	32
aanmelders	40	38	45	25

Bemiddelingsboek - 2584

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	62		32	
aanmelders	45		25	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	8	22,22	7	46,66
binnen de week	18	50,00	7	46,66
binnen de 2 weken	7	19,44	-	-
binnen de vier weken	3	8,33	1	6,66
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	36	100	15	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	24	40,00	17	53,12
1 contact	28	46,66	12	37,50
2 contacten	5	8,33	3	9,37
3 contacten	3	5,00	-	-
meer dan 3 contacten	-	-	-	-
totaal	60	100	32	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		2	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	2		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	55		32	

Er waren 21 aanmelders die slechts 1 vraag of klacht hadden. 4 aanmelders hadden meerdere vragen of klachten of namen in de loop van het jaar nogmaals contact op met één van de ombudspersonen. Aanmelders waren in de meeste gevallen patiënten die in opname waren, waarbij een evenwicht is tussen mannen en vrouwen. 3 aanmelders waren familieleden (in 2017 waren dat er nog 18, of 1/3 van alle aanmelders).

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

B. Vorm van aanmelden

De meeste contactnames gebeurden telefonisch waarbij aanmelders vooral een tussenkomst van de ombudspersoon verwachtten of een vraag naar informatie hadden.

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	14	23,33	13	40,62
vraag tot interventie	33	55,00	14	43,75
vraag tot signalering	2	3,33	3	9,37
vraag naar een luisterend oor	11	18,33	2	6,25
totaal	60	100	32	100

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

In dit jaarverslag vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2018, dus ruimer dan de strikte interpretatie van de Wet Patiëntenrechten. Deze aanmeldingen behandelen ook voeding of infrastructuur en gaan dus verder dan de strikte zorgrelatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot de patiëntenrechten

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	43	76,78	24	80,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	2	6,66
3. informatie	2	3,57	-	-
4. geïnformeerde toestemming	6	10,71	1	3,33
5. inzage patiëntendossier	3	5,35	1	3,33
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	1	3,33
7. klachtenbemiddeling	1	1,78	-	-

8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	1	3,33
10. pijnbestrijding	1	1,78	-	-
totaal	56	100	30	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	1	2,32	1	4,16
1.2. goede behandeling/begeleiding	27	62,79	14	58,33
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	2,32	2	8,33
1.4. goede hotelservice	5	11,62	3	12,50
1.5. betalende diensten	-	-	1	4,16
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	3	6,97	-	-
1.7. beschermende maatregelen	6	13,95	3	12,50
totaal	43	100	24	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	-	-	1	100,00
grensoverschrijdend gedrag	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	5	18,51	1	7,14
medicatie	1	3,70	2	14,28
individuele therapie	2	7,40	6	42,85
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	7	25,92	-	-
betrokkenheid familie	5	18,51	1	7,14

start opname/behandeling/begeleiding	1	3,70	1	7,14
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	3	11,11	3	21,42
overplaatsing naar andere afdeling	2	7,40	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	1	3,70	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	27	100	14	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	100,00	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	1	100	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	2	66,66	1	33,33
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	33,33	2	66,66
totaal	3	100	3	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
regels	-	-	2	100,00
groepsleven	1	100,00	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
voeding	1	20,00	-	-

infrastructuur/accommodatie	2	40,00	2	66,66
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	2	40,00	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	3	100

1.5. Betalende diensten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Onder de categorie andere valt een aanmelding over de kostprijs van het ambulancevervoer.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

Geen aanmeldingen rond (3 in 2017).

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	16,66	1	33,33
afzondering	2	33,33	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	3	50,00	2	66,66
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	3	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%

psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

3. Recht op informatie

Geen aanmeldingen rond (2 in 2017).

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	4	66,66	1	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	1	16,66	-	-
	toestemming	1	16,66	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		6	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	3	100,00	1	100,00
totaal	3	100	1	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

Geen aanmeldingen over (1 in 2017).

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Al enkele jaren geen aanmeldingen over.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

10. Recht op pijnbestrijding

Geen aanmeldingen over (1 in 2017).

D. Interventie

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. 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	7	12,72	5	15,62
doorverwijzen intern	1	1,81	-	-
doorverwijzen extern	-	-	1	3,12
informeren	16	29,09	11	34,37

signaleren	1	1,81	1	3,12
coachen	9	16,36	2	6,25
bemiddelen	21	38,18	12	37,50
totaal	55	100	32	100

Er werd door de ombudsdienst het meest bemiddeld en geïnformeerd. In 2018 was er bij de bemiddelingen een lagere rechtstreekse betrokkenheid van patiënten dan voorgaande jaren, deels te verklaren door de bestaffing van de ombudsfunctie. In het merendeel van de bemiddelingen is het nog steeds zo dat de ombudspersoon optreedt als pendel-bemiddelaar, wat ook resulteert in een snelle afhandeling van de aanmelding (er hoeven geen afspraken met 3 partijen gemaakt te worden, een telefonisch contact volstaat soms), maar zorgt voor minder betrokkenheid en zelfredzaamheid, en uiteindelijk ook een lagere tevredenheid van de patiënt. Naar de toekomst toe zou er terug meer moeten ingezet worden op een wekelijkse aanwezigheid van één vaste ombudspersoon die de tijd heeft om de patiënt intenser te coachen om zelf deel te nemen aan de bemiddeling.

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	4	19,04	2	16,66
ombudspersoon zonder patiënt	17	80,95	10	83,33
totaal	21	100	12	100

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

In het Vlaams jaarverslag, dat raadpleegbaar zal zijn op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. Op datum van dit jaarverslag zijn deze aandachtpunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2018 meer dan 2500 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

Bemiddelingsboek - 2592

A. Overzicht van de moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt, de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen en de vastgestelde positieve ontwikkelingen

- Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van onafhankelijkheid, neutraliteit, onpartijdigheid of beroepsgeheim van de ombudsfunctie. De ombudspersonen ervaren een open en constructieve houding bij nagenoeg alle medewerkers van het ziekenhuis.
- In 2018 zijn er minder aanmeldingen tot bij de externe ombudspersoon gekomen. Deels is dit te verklaren door de continue vervangingen waardoor de ombudspersoon niet langer laagdrempelig aanspreekbaar is. Daarnaast is natuurlijk de aanwezigheid van de interne ombudspersoon een eerste buffer die de meeste aanmeldingen zal opvangen.
- De (externe) ombudspersoon heeft (waar mogelijk) wekelijkse permanentie in het ziekenhuis, de informatie betreffende patiëntenrechten of bereikbaarheid van zowel interne als externe ombudspersoon is terug te vinden op de website van het ziekenhuis.

    - *Gezien het lagere bereik van familieleden, kan het mogelijks een goed idee zijn om ervoor te zorgen om zowel de interne als externe ombudsdienst meer in the picture te zetten bij deze doelgroep.*

B. Aanbevelingen 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, evenals positieve ontwikkelingen

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking

- Er waren enkele aanmeldingen met betrekking tot individuele therapie. Patiënten geven aan dat hun verwachtingen van hun individueel behandeltraject niet steeds overeenstemmen met de realiteit. Deze aanmeldingen komen ook naar boven bij het wegvallen van bepaalde therapieën. Ook onder deze categorie vallen klachten van patiënten die aangeven dat afspraken binnen of buiten het ziekenhuis niet steeds intern correct gecommuniceerd worden.

- Er waren enkele aanmeldingen over regels. Het nut van bepaalde afdelingsregels wordt door patiënten in vraag gesteld, ervaren als weinig helpend of zelfs storend.
    - *Het is aan te bevelen om afdelingsregels regelmatig kritisch te bekijken door patiënten actief te betrekken en inspraak te geven in afdelingsregels en het samen evalueren van de afdelingsregels.*

- Vrije keuze beroepsbeoefenaar
  De vraag leeft bij patiënten of en wanneer zij het recht hebben een andere arts, psycholoog, persoonlijk begeleider te vragen en welke gevolgen dit mogelijks kan hebben. In 2018 werd er 2 maal bemiddeld door de ombudspersoon over een vraag tot wijzigen van persoonlijke begeleider.

JAARVERSLAG 2018

EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
PZ DUFFEL

Van 1 januari tot
31 december 2018

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

OGGPA
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Provincie Antwerpen vzw

OGGPA
Haagbeuklei 12,
2610 Wilrijk
Tel: 03/609.33.45
lou.hamdaoui@oggpa.be
www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

PZ DUFFEL

(Erkenningsnummer 970)

periode van 1 januari 2018 tot 31 december 2018

Lou Hamdaoui
Ombudspersoon
OGGPA vzw
Februari 2019

INHOUD

1. INLEIDING 5

2. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ 7

3. BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN 8

4. AANMELDINGEN 9

5. STRUCTUREEL OVERLEG 28

6. AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN 2019 29

7. AANMELDINGEN PVT SCHORSHAEGEN 35

8. BESLUIT 36

9. Bijlage 1: Brochure "Gedwongen opname" 37

10. Bijlage 2: Cijfers Vlaanderen 2018 38

11. Bijlage 3: Cijfers per provincie 2018 56

Bemiddelingsboek - 2597

1. INLEIDING

Vorig jaar werd het Vlaamse jaarverslag van de externe ombudsfunctie GGZ voor het eerst verstuurd naar de Vlaamse ombudsman. Vanaf dit jaar moeten ook de individuele jaarverslagen van de psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen, via de externe ombudsdienst, aan de Vlaamse ombudsman worden bezorgd voor 10 februari 2019. Deze datum werd decretaal vastgelegd in het Vlaamse klachtendecreet. Elk psychiatrisch ziekenhuis werd hiervan per brief op de hoogte gesteld door het Agentschap Zorg & Gezondheid.

De regelgeving over de individuele jaarverslagen wordt binnenkort geagendeerd op de Vlaamse Regering voor aanpassing, zodat ook daar vermeld staat dat de individuele jaarverslagen van de psychiatrische ziekenhuizen bezorgd moeten worden op 10 februari van het daaropvolgend kalenderjaar.

De uitbreiding van de ombudsfunctie in de provincie Antwerpen in 2016, heeft geleid tot het uitwerken van een nieuw actieplan tem 2018. Naast de verdeling van het actiegebied, werd er intensief ingezet op onder andere de verbetering van de zichtbaarheid en bereikbaarheid van de externe ombudsman door optimalisatie van permanentieregeling en aanwezigheid in de lokale organisaties, structureel overleg met de voorzieningen, alsook de informatieverstrekking en sensibilisering WPR (Wet Patiëntenrechten) en de praktijk van de ombudswerking. Wij trachten binnen onze opdracht de dialoog met onze samenwerkingspartners te versterken en uit te breiden ten einde een relevante bijdrage te kunnen leveren ter verbetering van de kwaliteit van de zorg binnen de voorziening, wat de zorgvrager uiteindelijk ten goede komt.

Tussen het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen (OGGPA vzw) en Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel werd bij de opstart van de externe ombudsfunctie een overeenkomst afgesloten. Het geactualiseerd huishoudelijk reglement werd vorig jaar overgemaakt aan de voorziening.

De visietekst en de gedragscode zijn richtinggevend voor de dagelijkse praktijk van de verschillende externe ombudspersonen in Vlaanderen. Deze teksten kan u terugvinden op de website www.ombudsfunctieggz.be.

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudsman tijdens het voorbije jaar.

De term "aanmeldingen" werd bewust gekozen, daar het immers niet altijd over klachten gaat. Soms betreft het een vraag naar informatie, verduidelijking of wil een patiënt gewoon zijn/haar verhaal kwijt. Andere keren betreft het inderdaad een klacht en is een patiënt ontevreden over de zorgverlening of werd deze geschonden in diens patiëntenrechten.

Het verwerken van de aanmeldingen gebeurt aan de hand van een gemeenschappelijk registratiesysteem voor alle Vlaamse externe ombudspersonen GGZ. Dit systeem, "Go-Between" genoemd, is een centrale databank waar alle gegevens rechtstreeks kunnen worden verwerkt. Op die manier proberen we de soms zeer uiteenlopende vragen die ons bereiken, duidelijk in kaart te brengen. Dit systeem geeft een overzicht van alle aanmeldingen in de verschillende voorzieningen waar de ombudsman werkzaam is.

De ombudswerking:

Het is de opdracht van de ombudspersoon om bij een aanmelding te streven naar een aanvaardbare oplossing voor de betrokken partijen. Een aanmelding of een uiting van ongenoegen komt vaak voort uit het verschil tussen de verwachtingen van de patiënt en wat deze uiteindelijk toekomt. Vaak is dit een subjectief gegeven en wordt dit tijdens het eerste

gesprek reeds uitgepraat mits de nodige toelichting van de ombudspersoon. In andere gevallen is de ontevredenheid gegrond en gaat dit rechtstreeks gepaard met het schenden van de patiëntenrechten.

De ombudspersoon zal in eerste instantie een analyse maken door te luisteren naar de aanmelder, de situatie in het juiste perspectief brengen door deze te informeren omtrent het welbepaalde thema, de daaraan gekoppelde processen, richtlijnen en eventueel wetgeving, met als doel mogelijkheden te bieden om tot een gepaste oplossing te komen. De aanmelder zal zelf aangeven welke stappen of acties dienen ondernomen te worden, al dan niet via een bemiddelingsgesprek met de betrokken beroepsbeoefenaar.

De ombudspersoon zal die informatie inwinnen die hij/zij nodig acht in het kader van de bemiddeling. Hiervoor kan deze ongehinderd in contact treden met alle bij de klacht betrokken personen en/of diensten. Tijdens het verloop van de procedure verzorgt de ombudspersoon de opvolging, terugkoppeling en informatie aan de aanmelder.

In het geval dat er via bemiddeling geen oplossing bereikt kan worden, informeert de ombudspersoon de aanmelder over andere mogelijkheden voor de afhandeling van zijn aanmelding en zorgt deze voor een doorverwijzing.

Elke vrijdagvoormiddag tussen 9h en 12h30 is er een permanentie voorzien in het ziekenhuis. In beide PVT's (Duffel en Heist op den Berg) wordt er per kwartaal een permanentiemoment georganiseerd.

Bij afwezigheid wordt het secretariaat per mail verwittigd en wordt intern gecommuniceerd. Patiënten kunnen dan terecht bij mijn collega, Peter De Clercq. Zijn coördinaten zijn zowel digitaal als op de afdelingen (posters en brochures) beschikbaar.

2. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ

Meer dan vijftien 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.

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 patiënten-tevredenheid.

De verslaggeving van de externe ombudsfunctie Vlaanderen van de laatste vijftien jaar 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.

Het is een basisrecht van iedere patiënt dat hij/zij, waar dan ook, een aanmelding kan formuleren bij een externe ombudspersoon. Deze laatste werkt laagdrempelig en krijgt bij de hulpverleners bemiddelingsruimte.

Een lokale verankering van de externe ombudswerking binnen de voorzieningen GGZ is nodig en biedt de mogelijkheid om een vertrouwelijke en professionele samenwerking aan te gaan ten einde de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Door structureel overleg met de betrokken voorzieningen op te nemen, bekomt men op relatief korte termijn een positief resultaat in de verbetering van de kwaliteit van de zorg. 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.

Vandaag staat het consensusmodel centraal in de werking van de externe ombudsfuctie 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 dichter bij elkaar. Doordat de bemiddeling zich op het niveau bevindt waar de klacht zich situeert, kan escalatie vermeden worden.

Het aandeel van deze gespecialiseerde aanpak betekent een reële winst in de gelijkwaardige samenwerking in de relatie patiënt-zorgverlener.

3. BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN 2018

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	264	315	590	525
aanmelders	263	309	514	457

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	560	95,07	486	92,57
algemene vraag los van patiëntenrecht	29	4,92	39	7,42
totaal	589	100	525	100

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	421	75,17	371	76,49
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	17	3,03	4	0,82
3. informatie	59	10,53	40	8,24
4. geïnformeerde toestemming	20	3,57	18	3,71
5. inzage patiëntendossier	13	2,32	36	7,42
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	19	3,39	6	1,23
7. klachtenbemiddeling	1	0,17	3	0,61
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	1	0,20
9. vertrouwenspersoon	8	1,42	6	1,23
10. pijnbestrijding	2	0,35	-	-
totaal	560	100	485	100

4. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 04/01/2018, de laatste op 26/12/2018.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 154, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 152.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	66	61	**126**	**154**
aanmelders	66	59	**102**	**117**

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	126		154	
aanmelders	102		117	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	108	86,40	117	76,47
binnen de week	15	12,00	36	23,52
binnen de 2 weken	1	0,80	-	-
binnen de 4 weken	1	0,80	-	-
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	125	100	153	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	-	-	1	0,64
1 contact	61	48,80	133	86,36

2 contacten	45	36,00	19	12,33
3 contacten	8	6,40	-	-
meer dan 3 contacten	11	8,80	1	0,64
totaal	125	100	154	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	6		4	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	1		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	124		152	

De **154** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 117 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
4	2	1,70	8	5,19
3	6	5,12	18	11,68
2	19	16,23	38	24,67
1	90	76,92	90	58,44
totaal	117	100	154	100

De **126** aanmeldingen *(2017)* komen van in totaal 102 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
4	2	1,96	8	6,34
3	3	2,94	9	7,14
2	12	11,76	24	19,04
1	85	83,33	85	67,46
totaal	102	100	126	100

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

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	104	83,20	128	83,11
groep patiënten	3	2,40	3	1,94
andere	18	14,40	**23**	**14,93**
totaal	125	100	154	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	47	45,19	51	39,84
vrouw	57	54,80	77	60,15
onbekend	-	-	-	-
totaal	104	100	128	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	-	-
3 personen	-	-	-	-
4 personen	1	33,33	-	-
meer dan 4 personen	2	66,66	3	100,00
totaal	3	100	3	100
grootste groep	30		20	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	18	100,00	**23**	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	18	100	23	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	4	22,22	1	4,34
als vertrouwenspersoon	9	50,00	5	21,73
ten persoonlijke titel	5	27,77	17	73,91
totaal	18	100	23	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	10	55,55	18	78,26
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	6	33,33	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	1	5,55	5	21,73
terugkoppeling was niet nodig	1	5,55	-	-
totaal	18	100	23	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	107	85,60	134	87,01
neen	18	14,40	20	12,98
totaal	125	100	154	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	16	88,88	15	75,00
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	2	10,00
vorige jaren binnen deze voorziening	2	11,11	3	15,00
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	18	100	20	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	5	4,00	-	-
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	21	16,80	10	6,49
telefonisch *(of GSM, SMS)*	99	79,20	**144**	**93,50**
totaal	125	100	154	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	19	15,20	**42**	**27,27**
vraag tot interventie	102	81,59	**102**	**66,23**
vraag tot signalering	2	1,60	5	3,24
vraag naar een luisterend oor	2	1,60	5	3,24
totaal	125	100	154	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	6	5,88	8	7,84
vraag om een ander soort akkoord	96	94,11	94	92,15
totaal	102	100	102	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	61	48,80	**80**	**51,94**
neen	64	51,20	74	48,05
werd niet bevraagd	-	-	-	-
totaal	125	100	154	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	61	100,00	78	97,50
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	1	1,25
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	1	1,25
totaal	61	100	80	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	2	3,12	12	16,21
durfde niet	6	9,37	20	27,02
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	56	87,50	42	56,75
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	64	100	74	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	8	5,19
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	86	68,79	107	69,48
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	29	23,20	31	20,12
niet van toepassing	3	2,40	4	2,59
andere	7	5,60	4	2,59
totaal	125	100	154	100

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	121	96,80	**152**	**98,70**
algemene vraag los van patiëntenrecht	4	3,20	2	1,29
totaal	125	100	154	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	1	50,00
financieel	1	25,00	-	-
tewerkstelling	2	50,00	1	50,00
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	1	25,00	-	-
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	2	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geen	-	-	-	-
psychiater	26	20,80	**55**	**35,71**
huisarts	-	-	-	-
andere arts	1	0,80	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	1	0,80	5	3,24
persoonlijke begeleider	2	1,60	**19**	**12,33**
sociale dienst	5	4,00	**14**	**9,09**
psycholoog	3	2,40	6	3,89
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	-	-	5	3,24
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	77	61,60	**27**	**17,53**
administratieve dienst	2	1,60	8	5,19
technische dienst	-	-	2	1,29
voedingsdienst	-	-	2	1,29
poetsdienst	-	-	-	-
directie	2	1,60	2	1,29
bewindvoerder	-	-	1	0,64
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	6	4,80	8	5,19
totaal	125	100	154	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1**. kwaliteitsvolle dienstverlening**	95	78,51	**128**	**84,21**
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	15	12,39	6	3,94
4. geïnformeerde toestemming	6	4,95	4	2,63
5. **inzage patiëntendossier**	2	1,65	**9**	**5,92**
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	3	2,47	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	1	0,65
9. vertrouwenspersoon	-	-	4	2,63
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	121	100	152	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. **respectvolle bejegening**	13	13,68	**17**	**13,28**
1.2. **goede behandeling/begeleiding**	38	40,00	**74**	**57,81**
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	18	18,94	8	6,25
1.4. goede hotelservice	8	8,42	8	6,25
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. **juiste factuur/correct geldbeheer**	3	3,15	**12**	**9,37**
1.7. beschermende maatregelen	15	15,78	9	7,03
totaal	95	100	128	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	2	15,38	5	29,41
correcte omgangsvormen	7	53,84	7	41,17
grensoverschrijdend gedrag	3	23,07	4	23,52

andere	1	7,69	1	5,88
totaal	13	100	17	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	5	13,15	6	8,10
medicatie	-	-	3	4,05
individuele therapie	-	-	**8**	**10,81**
groepstherapie	3	7,89	2	2,70
voldoende beschikbaarheid	3	7,89	7	9,45
betrokkenheid familie	2	5,26	5	6,75
start opname/behandeling/begeleiding	2	5,26	**16**	**21,62**
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	15	39,47	**21**	**28,37**
overplaatsing naar andere afdeling	4	10,52	1	1,35
overplaatsing naar een andere voorziening	2	5,26	-	-
andere	2	5,26	5	6,75
totaal	38	100	74	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	6,25
andere	2	100,00	15	93,75
totaal	2	100	16	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	3	20,00	7	33,33
geweigerd	-	-	2	9,52
andere	12	80,00	12	57,14
totaal	15	100	21	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	3	75,00	-	-
andere	1	25,00	-	-
totaal	4	100	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	5,55	-	-
groepsleven	1	5,55	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	**15**	**83,33**	**7**	**87,50**
andere	1	5,55	1	12,50
totaal	18	100	8	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	3	37,50	2	25,00
infrastructuur/accommodatie	2	25,00	3	37,50
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	3	37,50	2	25,00
andere	-	-	1	12,50
totaal	8	100	8	100

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-

publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
factuur	2	66,66	7	58,33
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	1	8,33
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	2	16,66
verzekeringen	1	33,33	2	16,66
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	12	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	3	20,00	2	22,22
afzondering	-	-	-	-
fixatie	1	6,66	-	-
gedwongen opname	9	60,00	7	77,77
internering	-	-	-	-
andere	2	13,33	-	-
totaal	15	100	9	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	6,66	-	-
duur	2	13,33	-	-
kosten	-	-	1	16,66
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	1	16,66
alternatieven	8	53,33	2	33,33
andere	4	26,66	2	33,33
totaal	15	100	6	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		**2018**	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	2	50,00
	toestemming	5	83,33	2	50,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	1	16,66	-	-
totaal		6	100	4	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	2	22,22
inzage/afschrift dossier	2	100,00	7	77,77
totaal	2	100	9	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	1	14,28
	afschrift	2	100,00	6	85,71
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		2	100	7	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	33,33	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	2	66,66	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	-	-

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	3	75,00
andere	-	-	1	25,00
totaal	-	-	4	100

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(152)*.

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	2	1,61	5	3,28
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	20	16,12	43	28,28
signaleren	1	0,80	10	6,57
coachen	3	2,41	2	1,31
bemiddelen	98	79,03	92	60,52
totaal	124	100	152	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	17	17,34	7	7,60
ombudspersoon zonder patiënt	81	82,65	85	92,39
totaal	98	100	92	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	23	18,54	50	32,89
binnen de week	76	61,29	97	63,81
binnen de twee weken	15	12,09	3	1,97
binnen de vier weken	9	7,25	1	0,65
later dan vier weken	1	0,80	1	0,65
totaal	124	100	152	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	11		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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	54	43,54	99	65,13
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	32	25,80	36	23,68
ontevredenheid patiënt	32	25,80	16	10,52
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	4	3,22	1	0,65
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	2	1,61	-	-
totaal	124	100	152	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	94	75,80	120	78,94
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	23	18,54	29	19,07
ontevredenheid patiënt	1	0,80	1	0,65
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	4	3,22	2	1,31
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	2	1,61	-	-
totaal	124	100	152	100

Samenvatting aanmeldingen 2018:

- De 154 aanmeldingen (2018) komen van in totaal 117 aanmelders.
- Bijna alle aanmelders kregen een eerste gesprek **binnen de week** (**99%).**
- Bij alle aanmeldingen heeft er **minstens 1 persoonlijk** contact plaatsgevonden.
- Het aantal aanmeldingen waarbij er **geen face to face** contact was, is 1.
- In 2018 waren er **3 groepsklachten**.
- 23 aanmelders zijn **partners of familieleden**.
- 13% van de aanmelders is **reeds gekend**.
- Het aantal aanmelders dat spontaan gebruik maakt van de **permanentie** is nihil. De meeste aanmelders (**94%**) melden zich **telefonisch** en maken een **afspraak** in het ziekenhuis.
- **66%** van de aanmelders vraagt expliciet om een **interventie**, **27%** vraagt **informatie**.
- **48%** van de aanmelders heeft geen eerdere stappen ondernomen, noch formeel, noch informeel.
- **52%** van de aanmelders geeft aan betrokken partijen reeds informeel te hebben benaderd.
- **Kwaliteitsvolle dienstverlening (84%)** is de belangrijkste categorie. Begeleiding en behandeling, respectvolle bejegening, beschermende maatregelen vallen onder deze categorieën alsook het aanbieden van alternatieven tijdens of na de behandeling.
- **Bemiddelen** blijft de voornaamste interventie van de ombudspersoon.
- Er waren in 2018 **7 driegesprekken**, dat zijn er 10 minder dan vorig jaar.
- Doorgaans worden aanmeldingen binnen een termijn van **2 weken** afgesloten (**98%**).

5. STRUCTUREEL OVERLEG

Zoals aangegeven in hoofdstuk 4, stellen we sinds 2017 een aanzienlijke stijging vast van de aanmeldingen in vergelijking met de voorbije jaren. Vorig jaar lag dat in dezelfde lijn. Dat is goed nieuws! Het betekent enerzijds dat de betrokken voorziening zich openstelt voor vragen, gevoeligheden, kritiek en frustraties geuit door de patiënten en dat er intern sterk is ingezet op de bereikbaarheid van de externe ombudspersoon. Deze positieve attitude levert een mooie bijdrage aan de kwaliteitsverbetering van de zorg. De input van de externe ombudspersoon geeft een extra dimensie aan de lokale verbeteringsacties ten einde de zorgkwaliteit te optimaliseren.

Sinds januari 2017 werd in samenspraak met Dirk Armée, de algemeen directeur, geopteerd voor een systematische aanpak waarbij op korte termijn een antwoord kan geboden worden op bemerkingen, vragen en klachten vanwege patiënten (in opname of ambulant). De gekozen aanpak heeft een structureel karakter en wordt verankerd in de interne kwaliteitsmethodiek. De taken en verantwoordelijkheden van de interne betrokken actoren, werden hierin specifiek vastgelegd. Via deze weg kan het principe van "zorg op maat" gericht geïmplementeerd worden op afdelingsniveau.

Zoals vorig jaar werden, naar aanleiding van de aanmeldingen, verschillende acties ondernomen en maatregelen getroffen ter verbetering van de kwaliteit van de zorg met positief resultaat. Om meer zicht te krijgen op groeimogelijkheden werd aldus beroep gedaan op de externe ombudspersoon door per kwartaal overleg te plegen vertrekkende vanuit de aard van de aanmeldingen, weliswaar anoniem.

Drie à vier keer per jaar heeft het overleg plaats met verschillende actoren binnen de voorziening, afhankelijk van de beschikbaarheid van de algemeen directeur, de kwaliteitscoördinator, de directeur patiëntenzorg en de projectverantwoordelijke familiebeleid. Deze manier van werken zorgt ervoor dat binnen een relatief korte termijn antwoord kan geboden worden aan werkpunten. Alle beroepsbeoefenaars worden tijdig op de hoogte gesteld van mogelijke acties die dienen genomen te worden. *Good-practices* van afdelingen, afdelingshoofden en andere beroepsbeoefenaars binnen en buiten de voorziening worden gedeeld en uitgewisseld. De input van de aard van de aanmeldingen in combinatie met de adviezen van de externe ombudspersoon worden vertaald naar passende verbeteringsacties.

Per kwartaal worden alle vragen, gevoeligheden, klachten en bedenkingen gebundeld en uitgebreid besproken. De adviezen, voorstellen en antwoorden leiden tot allerhande acties of maatregelen die variëren van kleine interventies, die doorgaans een kleine inspanning vragen en op relatief korte termijn kunnen worden doorgevoerd, tot uitgebreide plannen die minstens een jaar duren en mogelijks ondersteuning van de overheid of wetgever vereisen. De aangeduide verantwoordelijken volgen de ontwikkelingen op en monitoren het proces. Hierbij wordt afgetoetst met de externe ombudspersoon of bepaalde aanmeldingen zich herhalen of niet.

6. AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN 2019

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden. Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Omdat het voorbarig zou zijn conclusies te formuleren uit het beperkte aantal aanmeldingen in de PVT Schorshaegen, beperken we ons tot besluiten uit het psychiatrisch ziekenhuis. Waar mogelijk formuleren we ook enkele aanbevelingen. Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren. De aandachtspunten die betrekking hebben op de ombudsfunctie op zich, worden doorheen de verdere ombudspraktijk opgevolgd en komen ook regelmatig aan bod tijdens de intervisie met de Vlaamse collega's.

Audit

Eind mei 2018 heeft het ziekenhuis een inspectiebezoek gehad waarbij de werking van de externe ombudsfunctie ook onder de loep werd genomen. Als externe word ik goed ontvangen in de voorziening. Alle afdelingen zijn vertrouwd met de externe ombudsfunctie en er wordt actief beroep gedaan op deze dienst. De vlotte en laagdrempelige toegang wordt aangemoedigd en is verankerd alsook de samenwerking met de diensten op verschillende niveaus. Een centraal lokaal wordt ter beschikking gesteld met toegang tot het intranet van de voorziening. De coördinaten van de externe ombudspersonen zijn zowel digitaal beschikbaar als in brochures en posters op alle afdelingen en diensten. De inspecteurs bevelen aan om een fysieke verwijzing te plaatsen naar het ombudslokaal in het administratief gebouw.

Officieel is er een permanentiemoment voorzien op vrijdagvoormiddag van 9h tem 12h30. Sinds 2017 is die tijdspanne te kort geworden door de hoge vraag en ben ik doorgaans drie volle dagen per week aanwezig in het ziekenhuis.

Ervaringsdeskundigheid

In 2017 leefden er vragen rond de al dan niet aanwezigheid van ervaringsdeskundigen, hun werkgroepen, het doel van die werkgroepen… Er was heel wat onduidelijkheid rond hun opdracht zowel bij hulpverleners als bij patiënten. De uitdaging bestond erin duidelijkheid te scheppen in de taken van enerzijds de vrijwillige ervaringsdeskundigen en anderzijds die in loondienst vanuit o.a de netwerken. Om hierin helderheid te brengen werd er geopteerd voor de aanwerving van een 0,5 VTE ervaringsdeskundige in het ziekenhuis.

Nathalie Cornille, de nieuwe ervaringsdeskundige in loondienst, heeft de taak op zich genomen om haar opdracht beleidsmatig te verduidelijken, concreet vorm te geven en uit te schrijven. Ook informeert zij actief alle patiënten in het ziekenhuis (bij voorkeur bij dagopeningen), over haar opdracht en wat ze eventueel kan betekenen in het behandeltraject van de patiënten. Zij staat voor hoop, zingeving en leren omgaan met de eigen fragiliteit.

Deze positieve ontwikkeling kunnen we alleen maar toejuichen.

Weekend en vrije tijd

Patiënten hebben het vaak moeilijk met de weekend- en verlofregeling tijdens hun behandeltraject. De voorziening moet voldoende verpleegdagen kunnen registeren om subsidies te vrijwaren. In de praktijk stellen we binnen de residentiële zorg vaak een afweging vast tussen enerzijds de bedbezetting en anderzijds de weekend- en verlofregeling van de patiënten. In tijden van vermaatschappelijking van de zorg is het een uitdaging om creatieve oplossingen te zoeken die zowel bij de noden van het ziekenhuis als bij de noden van de patiënt aansluiten. Patiënten willen tenslotte voldoende contact met hun thuissituatie bewaren. De huidige regelgeving rond financiering van psychiatrische ziekenhuizen staat haaks op de visie van de vermaatschappelijking van de zorg. De regelgeving mag de reïntegratie van de patiënt niet belemmeren.

Een dringend overleg met de overheid over de regelgeving voor de financiering van psychiatrische ziekenhuizen is aangewezen.

Somatische zorg

Een belangrijke randvoorwaarde is een degelijke somatische zorgomkadering. Omwille van de co-morbiditeit van somatische problematieken bij personen met een psychiatrische kwetsbaarheid is het belangrijk dat de somatische zorg optimaal gefaciliteerd wordt en geïntegreerd in de totaalzorg.

Dagelijks zetten hulpverleners zich hard in om patiënten te stimuleren in hun herstel. Patiënten worden psychologisch begeleid, krijgen psycho-educatie, worden ondersteund in het ordenen van hun leven, krijgen een vaste structuur, bewegen dagelijks, houden er een relatief gezonde levensstijl op na.. Ondanks al deze positieve inspanningen gebeurt het wel vaker dat patiënten wel eens nood hebben aan somatische zorgen. Hetzij acuut, hetzij omwille van chronische pijnen of andere. Patiënten gaven meermaals aan niet serieus te worden genomen en afgewimpeld te worden of ze moesten zich buitenhuis richten tot een specialist, daar beslist de psychiater over. Als het om een irritatie gaat in de keel, kan je dat nog verhelpen op grootmoederswijze, maar ernstige symptomen zoals aanhoudende diarree, gelaatsverlamming, ademnood e.a daar moeten duidelijke richtlijnen voor worden uitgewerkt. Patiënten durven hun bezorgdheden rond somatische zorgen niet te bespreken met de arts omdat ze angst hebben niet gehoord te worden.

Via aanmeldingen stuiten we op fenomenen waarbij ofwel de somatische klachten worden geminimaliseerd of ze worden gerelateerd aan de psychische kwetsbaarheid van de patiënt. Patiënten die effectief (dringende) specifieke somatische zorgen nodig hebben en dat kunnen aantonen, klagen dat ze niet serieus worden genomen, niet gehoord worden en dat zelfs op hun vraag hun medisch dossier van de huisarts niet wordt geraadpleegd door de betrokken arts.

Voeding

Zowat één op vijf aanmeldingen over kwaliteitsvolle dienstverlening binnen de geestelijke gezondheidzorg in Vlaanderen, betreft de hotelfunctie van de voorzieningen. Voeding is daarbinnen een van de belangrijkste thema's. We merken dat de vraag naar een voedingsaanbod op maat zich steeds vaker stelt: vegetarische en veganistische alternatieven, glutenvrije of andere diëten, halal, etc… Diversificatie in het aanbod en meer op maat van de individuele noden, zijn nieuwe uitdagingen geworden voor de psychiatrische ziekenhuizen.

Gezonde en lekkere voeding draagt bij aan het welbevinden van de patiënt alsook de kwaliteit van het verblijf. De mate waarin tegemoetgekomen wordt aan deze basale zorgbehoefte heeft een impact op de algemene tevredenheid. Een goed food managementsysteem is echter complex. Het is een balanceren tussen een toename van allergieën en wensen, een groot aanbod, met voldoende verfijning en aandacht voor voedselverspilling.

Het voorbije jaar zijn er vanuit verschillende afdelingen vragen gekomen naar diversificatie van het aanbod alsook het dagelijks budget van de broodmaaltijden. Enkele afdelingen hebben gekozen om, in het kader van empowerment, de regie bij de patiënten te laten en hen een dagelijks budget per persoon aan te bieden om te voorzien in hun broodmaaltijden. Afhankelijk van de samenstelling van de behandelgroep (personen met allergieën, veganisten en andere voorkeuren), is er al dan niet voldoende budget om een divers en uitgebreid assortiment te voorzien.

De dieetproducten in de winkel op het domein zijn veel goedkoper dan in de Delhaize, waar doorgaans de boodschappen worden gedaan. Patiënten pleiten daarom voor een keuzevrijheid per behandelgroep en niet afhankelijk te zijn van de keuze van de afdeling zelf. Het blijft tenslotte budgetvriendelijker winkelen op het domein.

Ontslagvoorbereiding en nazorg

Net zoals vorig jaar stellen we vast dat het beëindigen van de opname of de behandeling, door de patiënt en diens familie vaak als moeilijk, voorbarig en 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?

Hierbij zoomen we 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 onvoldoende ruimte werd gecreëerd voor feedback en dialoog. In die situaties is het belangrijk om alternatieven aan te bieden en door te verwijzen 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.

Continuïteit van de (na)zorg voor de patiënt is eveneens een aandachtspunt, wanneer een patiënt op ontslag gaat. Bij het (al dan niet eenzijdig) stopzetten van residentiële zorg, stellen we in de praktijk nl. vast dat de patiënt zich nog te vaak aan zijn lot overgelaten voelt. Een soms te gefragmenteerde structurering van de zorgtrajecten, leidt tot het gebrek aan continuïteit van de zorg na een ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. Nog betere afstemming van de residentiële zorg op de nazorg en omgekeerd en het beter inschakelen van de eerste lijn en de gespecialiseerde zorg is wenselijk.

Continuïteit van de (groeps)therapieën

Meermaals kaartten patiënten aan dat er tijdens de schoolvakanties, lange weekends en ziekte van begeleiders bijna geen aanbod is van therapieën. Al te vaak vallen vooropgestelde programma's in duigen door afwezigheden en kan er op dat moment geen alternatief geboden worden. Patiënten voelen zich niet gehoord in hun noden en in de steek gelaten wanneer zoiets zich voordoet. Ze hebben vaak niet de vaardigheden om zelfstandig die tijd te benutten. Ook daar missen ze sturing.

Hetzelfde fenomeen deed zich voor in een andere voorziening enkele jaren geleden. Dat hebben ze opgevangen door voldoende stagiairs en laatstejaars studenten in te zetten voor de therapeutische groepssessies tijdens de schoolvakanties en feestdagen. Vandaag zijn daar bijna geen klachten meer omtrent het wegvallen van therapieën.

Een mogelijkheid zou kunnen zijn om afdeling-overschrijdend een aanbod te kunnen voorzien dat voor elke doelgroep nuttig kan zijn: meditatie, mindful bewegen, danstherapie, zang… Of een "vliegend team" van therapeuten samenstellen, dat overal inzetbaar is. Er zijn tal van mogelijkheden om goede alternatieven te voorzien bij het wegvallen van de vooropgestelde therapieën.

Ondersteuning "relatiegericht werken"

Hulpverleners zijn doorgaans getraind om aanbodgericht te werken. Vandaag wordt van hen verwacht dat ze patiënten weten te empoweren en in staat te stellen de regie in eigen handen te nemen zodat ze verantwoordelijk worden voor hun verdere levensloop. Men verwacht positieve resultaten te boeken op korte termijn. Alleen zijn de hulpverleners niet altijd geëquipeerd of voldoende ondersteund om dit proces te bewerkstelligen. "Tijd" staat ook niet in de aanbieding.

In het vorige jaarverslag kwam de therapeutische bekwaamheid van de hulpverleners reeds aan bod. Professionals geven zelf vaak aan dat ze onvoldoende ondersteuning en/of tools krijgen binnen de voorziening, te weinig of geen permanente vormingen volgen om zelf meer te kunnen professionaliseren.

Aandachtspunt vorig jaar: Therapeutisch handelen

Hoewel het functioneren van medewerkers niet tot de opdracht van de ombudsfunctie hoort, worden we er wel indirect mee geconfronteerd als het gaat over de kwaliteit van het behandeltraject. Het voorbije jaar kwam het verschil in therapeutisch handelen tussen medewerkers vaak aan bod via aanmeldingen.

Onafhankelijk van de gehanteerde methodiek, bleken er grote verschillen tussen hulpverleners op eenzelfde afdeling. De basisgrondhouding (niet oordelend, gelijkwaardig, congruent en respectvol), betrokkenheid en de kunst van het aansluiten bij de patiënten zijn vereist om een therapeutische relatie met de patiënt aan te gaan. Algemeen wordt gesteld dat de kwaliteit van de relatie het effect bepaalt van de geboden therapie. De nabijheid, het niet-oordelende karakter en werken vanuit het perspectief van de cliënt, dragen er toe bij als hulpverlener om zich flexibeler te kunnen opstellen ten aanzien van de veranderende situatie van de cliënt. De hulpverleners mogen niet veronderstellen dat de therapeutische relatie goed zit, louter vanuit hun overtuiging/perspectief.

Een sterke therapeutische relatie is gestoeld op wederzijdse acceptatie. Van daaruit kan men pas samen doelen vooropstellen en er succesvol naartoe werken en bereiken. De patiënt moet de betrokkenheid, warmte en bekwaamheid voelen, ervaren om tot partnerschap over te gaan in de therapeutische relatie. Zo kan men komen tot het beoogde eindresultaat.

- ⇨ Er is extra nood aan ruimte voor intervisie, supervisie, opleiding en reflectie voor het multidisciplinair team op maat van de doelgroep van de afdelingen in de voorzieningen.

- ⇨ Op het terrein zijn voldoende ervaren professionals aanwezig die hun medewerkers/collega's kunnen coachen. Het is reeds bewezen dat **peer-coaching** optimale resultaten oplevert. Via deze weg worden enerzijds hulpverleners erkend in hun taak en anderen ondersteund en begeleid.

Familiebeleid

De geestelijke gezondheidszorg omvat meerdere relaties dan die tussen de patiënt en de hulpverlener. In de snelle beweging van de vermaatschappelijking van de zorg, spelen naasten (familie, vrienden, buren) alsmaar een grotere rol. Zij vormen de sociale realiteit van de betrokken patiënt. De familie kan een belangrijke rol spelen in het behandeltraject en ondersteuning van de patiënt. Anderzijds kunnen zij ook de wortel van het kwaad betekenen voor de patiënt. Om duidelijkheid te scheppen in de al dan niet meerwaarde van het betrekken van de naasten, is het belangrijk om een duidelijk en concreet familiebeleid te implementeren in het ziekenhuis, waarin de zelfbeschikking en integriteit van de betrokken patiënt centraal staat.

Familieverenigingen en andere organisaties zoals het familieplatform pleiten al lang voor een familievriendelijk beleid en een familiereflex. Zij bieden ondersteuning aan in de organisaties om het lokaal familiebeleid een concrete vorm te geven bijvoorbeeld www.familieplatform.be.

Ook op het terrein zijn voldoende professionals aanwezig die medewerkers kunnen coachen om te leren omgaan/ in dialoog gaan met familieleden.

Sinds vorig jaar werd Annie Nuyts aangesteld om familiebeleid gestalte te geven in het psychiatrisch ziekenhuis. Er werd een beleidstekst uitgeschreven waarna ze op het terrein op onderzoek ging naar de noden, vragen, tekortkomingen op de afdelingen. Vele hulpverleners blijken niet op de hoogte van de functie/opdracht van Annie en doen daardoor geen beroep op haar expertise.

Sinds kort heb ik mijn kantoor deeltijds aangeboden aan Annie Nuyts, zodat zij vanuit een centraal punt kan opereren. Daar er binnenkort een fysieke "verwijzing" komt naar het kantoor van de externe ombudsfunctie, zou het nuttig kunnen zijn om Annie Nuyts te vernoemen als "Familiebegeleider". Ik promoot haar expertise bij de hulpverleners en patiënten waar ik kan. Het zou me zelf ontlasten, daar ik tot op heden nog vele familiegesprekken voer.

Net zoals de pastoraal medewerkers en de ervaringsdeskundige hun ronde doen bij de dagopeningen op de afdelingen om zichzelf voor te stellen en hun opdracht te verduidelijken, zou het een goede praktijk zijn om Annie Nuyts te laten aansluiten en mee te vermelden op de afdelingsbrochures, -folders en posters. Kwestie van de implementatie van het familiebeleid een extra duwtje in de rug te geven.

In het kader van professionalisering van de hulpverleners zou Annie Nuyts met enkele collega's/experts workshops kunnen geven rond "Hoe omgaan met familie van een patiënt", "Familieondersteuning"…. Ook hier zou peer-coaching een succesformule kunnen betekenen.

Volgende taken blijven de kern van een sterk familiebeleid:

- Mogelijkheid tot aanstelling van een **vertrouwenspersoon** of (in)formele wettelijke vertegenwoordiger.

- Verstrekken van **informatie** aan de familie: diagnose, behandelplan, **toeleiding** tot begeleiding (informeren uiteraard mits toestemming van de patiënt)

- **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 e.a.

7. **AANMELDINGEN PVT SCHORSHAEGEN**

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	2	9	15	20
aanmelders	2	9	11	11

- De eerste aanmelding werd geregistreerd op 11/01/2018 en de laatste op 21/12/2018.

- Het ging om 1 telefonische en 14 directe contacten en 5 schriftelijke. Het initieel verzoek bij de aanmelders betrof de expliciete vraag naar informatie betreffende bewindvoering (afschrift jaaroverzicht en mogelijkheden tot verhoging van het zakgeld) en het bieden van een luisterend oor.

- De bewoners zijn algemeen zeer tevreden over hun verblijf en vonden het een meerwaarde om een onafhankelijk luisterend oor te hebben.

- In 2018 hebben er 7 permanenties plaatsgevonden (3 te campus Duffel en 4 te campus Heist op den Berg).

8. BESLUIT

In het psychiatrisch ziekenhuis telden we 154 aanmeldingen. Dit bewijst dat de externe ombudsfunctie verankerd is in de dagelijkse werking van het psychiatrisch ziekenhuis en dat de laagdrempeligheid, openheid en transparantie de succesfactoren zijn.

Het structureel overleg op directieniveau levert een grote bijdrage aan een gerichte en efficiënte kwaliteitsverbetering.

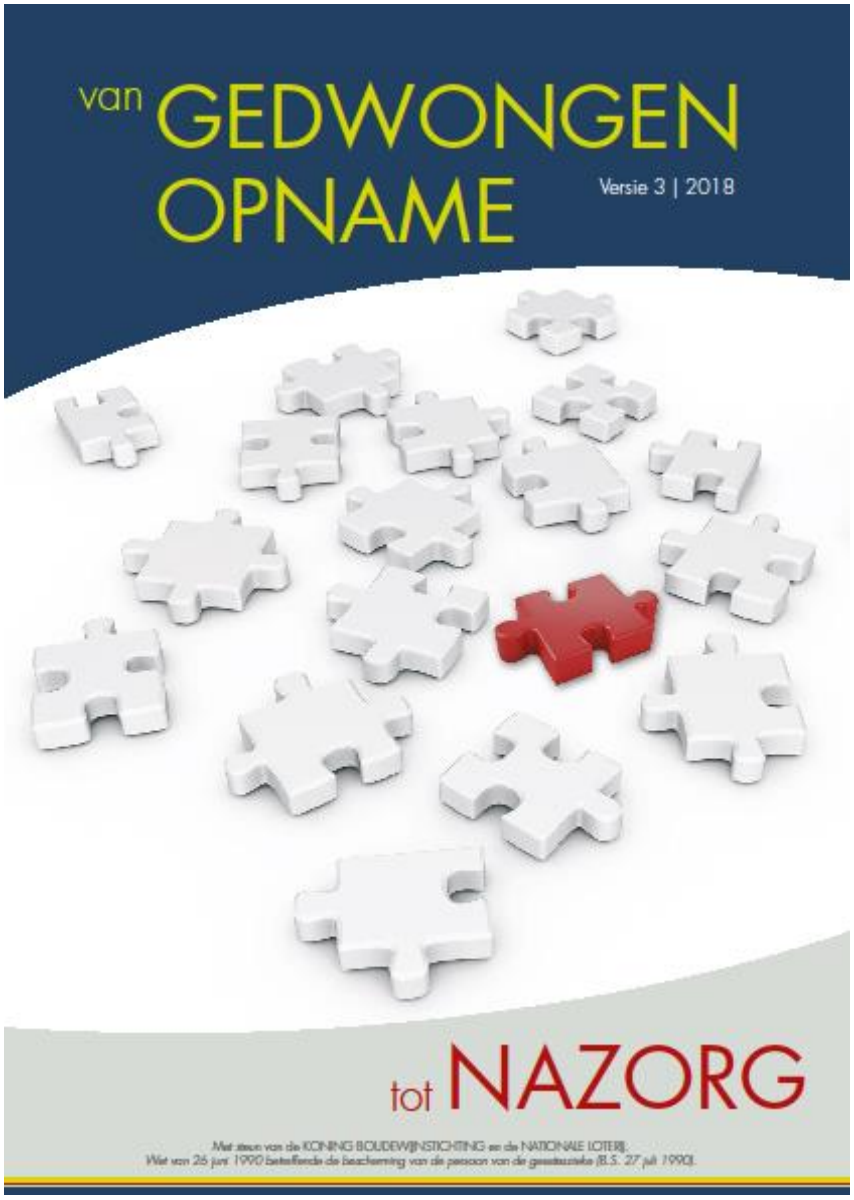
Alle aanmeldingen van 2018 werden met de nodige zorgvuldigheid behandeld. De betrokken hulpverleners hebben zich telkens bereidwillig opgesteld tegenover de patiënt en de ombudspersoon om in dialoog te gaan en hebben zich geëngageerd om het nodige te ondernemen ten einde een positief resultaat te bekomen en zo de therapeutische relatie te verbeteren.

Bemiddelingsboek - 2629

Bijlage 1:

Sinds 2018 is de neiuwe brochure "Gedwongen opname" beschikbaar. Kan besteld worden via de externe ombudspersoon. (De brochure kost 1€)

http://www.ombudsfunctieggz.be/?action=onderdeel&onderdeel=516&titel=Gedwongen+opname%2C+afzondering+en+dwangbehandeling



Bijlage 2

CIJFERS VLAANDEREN 2018

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 01/01/2018, de laatste op 28/12/2018. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 2445, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 2378.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	2531	2571	2789	2445
aanmelders	1682	1740	1902	1721

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	2789		2445	
aanmelders	1902		1721	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	1771	72,82	1603	75,22
binnen de week	553	22,73	441	20,69
binnen de twee weken	52	2,13	44	2,06
binnen de vier weken	35	1,43	24	1,12
later dan vier weken	21	0,86	19	0,89
totaal	2432	100	2131	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				

geen enkel contact	326	11,79	297	12,21
1 contact	1714	62,01	1450	59,64
2 contacten	490	17,72	469	19,29
3 contacten	142	5,13	127	5,22
meer dan 3 contacten	92	3,32	88	3,61
totaal	2764	100	2431	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	55		15	
verwezen naar andere ombudspersoon[2]	25		14	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	2706		2378	

Bij de verwijzing naar een andere ombudspersoon betreft het 0 keer een interne ombudspersoon GGZ, 5 keer een externe ombudspersoon GGZ van een ander overlegplatform, 7 keer een ombudspersoon van een algemeen ziekenhuis, 1 keer de federale ombudspersoon en 1 keer een andere ombudsdienst.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	2323	84,04	1959	80,58
groep patiënten	135	4,88	187	7,69
andere	306	11,07	285	11,72
totaal	2764	100	2431	100

Geslacht indien individueel

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
man	1285	55,34	1026	52,50
vrouw	1032	44,44	920	47,08
onbekend	5	0,21	8	0,40
totaal	2322	100	1954	100

Aantal leden groep

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%

[2] verwijzingen naar andere ombudspersonen worden voor de verdere gegevens niet meegeteld

2 personen	19	14,07	30	16,04
3 personen	10	7,40	21	11,22
4 personen	15	11,11	23	12,29
meer dan 4 personen	91	67,40	113	60,42
totaal	135	100	187	100
grootste groep	30		21	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	276	90,19	251	88,38
kennis	2	0,65	2	0,70
personeelslid	8	2,61	20	7,04
andere	20	6,53	11	3,87
totaal	306	100	284	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	31	10,19	36	12,72
als vertrouwenspersoon	79	25,98	70	24,73
ten persoonlijke titel	194	63,81	177	62,54
totaal	304	100	283	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	137	44,77	122	42,80
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	39	12,74	49	17,19
terugkoppeling was niet mogelijk	81	26,47	81	28,42
terugkoppeling was niet nodig	49	16,01	33	11,57
totaal	306	100	285	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%

ja	1797	65,01	1695	69,89
neen	967	34,98	730	30,10
totaal	2764	100	2425	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	619	64,01	477	65,34
dit jaar binnen een andere voorziening	16	1,65	23	3,15
vorige jaren binnen deze voorziening	290	29,98	200	27,39
vorige jaren in andere voorziening	42	4,34	30	4,10
totaal	967	100	730	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
direct contact	1037	37,51	861	35,41
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	681	24,63	549	22,58
telefonisch *(of GSM, SMS)*	1046	37,84	1021	41,99
totaal	2764	100	2431	100

Initieel verzoek betreft

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	342	12,37	312	12,83
vraag tot interventie	1621	58,64	1472	60,55
vraag tot signalering	343	12,40	330	13,57
vraag naar een luisterend oor	458	16,57	317	13,03
totaal	2764	100	2431	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	97	5,98	109	7,42
vraag om een ander soort akkoord	1523	94,01	1360	92,57
totaal	1620	100	1469	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	1123	40,65	1001	41,24
neen	1247	45,14	949	39,10
werd niet bevraagd	392	14,19	477	19,65
totaal	2762	100	2427	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	1074	95,63	954	95,40
formele interne klachtenprocedure	17	1,51	13	1,30
interne ombudsfunctie	7	0,62	16	1,60
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	25	2,22	17	1,70
totaal	1123	100	1000	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	83	6,65	107	11,27
durfde niet	211	16,92	160	16,85
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	953	76,42	682	71,86
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	1247	100	949	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	46	1,66	46	1,89
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	2339	84,62	2028	83,42
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	311	11,25	305	12,54
niet van toepassing	38	1,37	38	1,56
andere	30	1,08	14	0,57
totaal	2764	100	2431	100

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	2572	93,05	2260	92,96
algemene vraag los van patiëntenrecht	192	6,94	171	7,03
totaal	2764	100	2431	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familiaal	11	5,72	7	4,09
juridisch	18	9,37	30	17,54
financieel	14	7,29	17	9,94
tewerkstelling	2	1,04	3	1,75
huisvesting	14	7,29	5	2,92
levensverhaal	101	52,60	79	46,19
patiëntenrechten	10	5,20	8	4,67
andere	22	11,45	22	12,86
totaal	192	100	171	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	215	7,77	148	6,08
psychiater	554	20,04	473	19,45
huisarts	20	0,72	23	0,94
andere arts	22	0,79	20	0,82
apotheker	3	0,10	3	0,12
verpleging	351	12,69	367	15,09
persoonlijke begeleider	64	2,31	78	3,20
sociale dienst	70	2,53	82	3,37
psycholoog	51	1,84	35	1,43
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	55	1,98	61	2,50
diëtist	-	-	2	0,08
multidisciplinair team	856	30,96	647	26,61
administratieve dienst	37	1,33	40	1,64
technische dienst	52	1,88	68	2,79
voedingsdienst	143	5,17	149	6,12

poetsdienst	13	0,47	13	0,53
directie	81	2,93	82	3,37
bewindvoerder	56	2,02	36	1,48
ombudspersoon	20	0,72	38	1,56
andere	101	3,65	66	2,71
totaal	2764	100	2431	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	2011	78,18	1781	78,84
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	66	2,56	42	1,85
3. informatie	111	4,31	83	3,67
4. geïnformeerde toestemming	196	7,62	158	6,99
5. inzage patiëntendossier	56	2,17	86	3,80
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	81	3,14	73	3,23
7. klachtenbemiddeling	18	0,69	18	0,79
8. wettelijke vertegenwoordiger	2	0,07	1	0,04
9. vertrouwenspersoon	18	0,69	12	0,53
10. pijnbestrijding	13	0,50	5	0,22
totaal	2572	100	2259	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	296	14,71	232	13,02
1.2. goede behandeling/begeleiding	708	35,20	648	36,38
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	192	9,54	147	8,25
1.4. goede hotelservice	391	19,44	408	22,90
1.5. betalende diensten	20	0,99	19	1,06
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	155	7,70	117	6,56
1.7. beschermende maatregelen	249	12,38	210	11,79
totaal	2011	100	1781	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	70	23,64	55	23,70
correcte omgangsvormen	184	62,16	138	59,48
grensoverschrijdend gedrag	32	10,81	28	12,06
andere	10	3,37	11	4,74
totaal	296	100	232	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	5	0,70	5	0,77
somatische verzorging	80	11,29	75	11,57
medicatie	49	6,92	28	4,32
individuele therapie	36	5,08	76	11,72
groepstherapie	37	5,22	21	3,24
voldoende beschikbaarheid	133	18,78	119	18,36
betrokkenheid familie	58	8,19	70	10,80
start opname/behandeling/begeleiding	42	5,93	46	7,09
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	116	16,38	104	16,04
overplaatsing naar andere afdeling	42	5,93	29	4,47
overplaatsing naar een andere voorziening	59	8,33	32	4,93

andere	51	7,20	43	6,63
totaal	708	100	648	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	2	4,76	1	2,17
geweigerd	18	42,85	15	32,60
andere	22	52,38	30	65,21
totaal	42	100	46	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	74	63,79	69	66,34
geweigerd	18	15,51	7	6,73
andere	24	20,68	28	26,92
totaal	116	100	104	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	14	33,33	10	34,48
geweigerd	13	30,95	7	24,13
andere	15	35,71	12	41,37
totaal	42	100	29	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	25	42,37	10	31,25
geweigerd	15	25,42	15	46,87
andere	19	32,20	7	21,87
totaal	59	100	32	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	75	39,06	56	38,09
groepsleven	57	29,68	48	32,65
ontspanning/vrije tijd	14	7,29	12	8,16
weekend- en verlofregeling	34	17,70	23	15,64
andere	12	6,25	8	5,44
totaal	192	100	147	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	161	41,17	158	38,72
infrastructuur/accommodatie	130	33,24	140	34,31
hygiëne	14	3,58	17	4,16
veiligheid persoon	29	7,41	26	6,37
veiligheid goederen	55	14,06	62	15,19
andere	2	0,51	5	1,22
totaal	391	100	408	100

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	3	15,00	2	10,52
winkel	-	-	1	5,26
wasserij	14	70,00	6	31,57
publifoon	-	-	-	-
andere	3	15,00	10	52,63
totaal	20	100	19	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	45	29,03	40	34,18

opbouw inkomen	6	3,87	3	2,56
zakgeld	19	12,25	16	13,67
bestedingsautonomie	17	10,96	10	8,54
bewindvoering	45	29,03	31	26,49
verzekeringen	18	11,61	12	10,25
andere	5	3,22	5	4,27
totaal	155	100	117	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
straf	25	10,04	22	10,47
beperkte bewegingsvrijheid	58	23,29	49	23,33
afzondering	32	12,85	33	15,71
fixatie	10	4,01	10	4,76
gedwongen opname	106	42,57	84	40,00
internering	5	2,00	1	0,47
andere	13	5,22	11	5,23
totaal	249	100	210	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
psychiater	42	63,63	24	57,14
psycholoog	9	13,63	1	2,38
persoonlijk begeleider	7	10,60	12	28,57
andere	8	12,12	5	11,90
totaal	66	100	42	100

3. Recht op informatie

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
diagnose	18	16,21	20	24,09
duur	15	13,51	3	3,61
kosten	8	7,20	3	3,61

tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	4	3,60	7	8,43
alternatieven	16	14,41	7	8,43
andere	50	45,04	43	51,80
totaal	111	100	83	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	5	2,55	6	3,79
	toestemming	88	44,89	55	34,81
behandeling/begeleiding	informatie	11	5,61	14	8,86
	toestemming	88	44,89	77	48,73
andere	informatie	1	0,51	1	0,63
	toestemming	3	1,53	5	3,16
totaal		196	100	158	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	2	3,57	9	10,46
inzage/afschrift dossier	54	96,42	77	89,53
totaal	56	100	86	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	4	7,40	1	1,31
	afschrift	8	14,81	10	13,15
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	1	1,85	3	3,94

volledig dossier	inzage	4	7,40	10	13,15
	afschrift	33	61,11	42	55,26
andere	inzage	2	3,70	1	1,31
	afschrift	2	3,70	9	11,84
totaal		54	100	76	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	35	43,20	27	36,98
persoonlijke overtuiging	3	3,70	2	2,73
briefgeheim	4	4,93	6	8,21
territoriale privacy	17	20,98	24	32,87
mondelinge indiscretie	6	7,40	7	9,58
andere	16	19,75	7	9,58
totaal	81	100	73	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	2	11,11	2	11,11
bemoeilijkt	8	44,44	3	16,66
gesanctioneerd	2	11,11	1	5,55
informatie	6	33,33	10	55,55
andere	-	-	2	11,11
totaal	18	100	18	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	50,00	1	100,00
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	1	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	7	38,88	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	8	44,44	9	75,00
andere	3	16,66	3	25,00
totaal	18	100	12	100

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	2	15,38	2	40,00
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	10	76,92	2	40,00
andere	1	7,69	1	20,00
totaal	13	100	5	100

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(2378)*.

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. 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	326	12,05	236	9,92
doorverwijzen intern	44	1,62	31	1,30
doorverwijzen extern	38	1,40	39	1,64
informeren	315	11,64	296	12,45
signaleren	509	18,82	505	21,24
coachen	302	11,16	238	10,01
bemiddelen	1170	43,26	1032	43,41
totaal	2704	100	2377	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	218	18,63	202	19,59
ombudspersoon zonder patiënt	952	81,36	829	80,40
totaal	1170	100	1031	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	1098	40,68	962	40,50
binnen de week	850	31,49	731	30,77
binnen de twee weken	281	10,41	260	10,94
binnen de vier weken	199	7,37	169	7,11
later dan vier weken	271	10,04	253	10,65
totaal	2699	100	2375	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	46		47	

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1057	39,07	968	40,75
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	458	16,93	429	18,06
ontevredenheid patiënt	306	11,31	214	9,01
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	57	2,10	37	1,55
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	71	2,62	98	4,12
ontevredenheid patiënt	33	1,21	24	1,01
geen feedback	723	26,72	605	25,47
totaal	2705	100	2375	100

Evaluatie proces

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1521	56,25	1298	54,65
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	365	13,49	347	14,61
ontevredenheid patiënt	54	1,99	35	1,47

door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	80	2,95	70	2,94
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	79	2,92	86	3,62
ontevredenheid patiënt	7	0,25	5	0,21
geen feedback	598	22,11	534	22,48
totaal	2704	100	2375	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	2	2,98	2	2,17
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	7	10,44	25	27,17
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	5	7,46	3	3,26
andere rechtbank	6	8,95	2	2,17
ziekenfonds	3	4,47	9	9,78
andere	44	65,67	51	55,43
totaal	67	100	92	100

BELANGRIJKSTE CIJFERS PER PROVINCIE 2018

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2018

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	**525**	567	901	280	172	2445
aanmelders	**426**	299	325	261	77	1388

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2017

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	**590**	582	1046	256	320	2794
aanmelders	**468**	306	255	233	182	1444

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
individuele patiënt	423	80,57	437	78,17	725	80,73	229	82,67	145	84,30	1959
groep patiënten	7	1,33	71	12,70	88	9,79	20	7,22	1	0,58	187
andere	95	18,09	51	9,12	85	9,46	28	10,10	26	15,11	285
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

**Voorbeelden in de categorie 'andere': medepatiënt, vertrouwenspersoon, medewerker mutualiteit verzekeringsmakelaar, advocaat, extern hulpverlener, vertrouwenspersoon van familie.*

Aantal leden groep - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2 personen	2	28,57	4	5,63	15	17,04	9	45,00	0	-	30
3 personen	0	-	0	-	16	18,18	5	25,00	0	-	21

4 personen	0	-	0	-	20	22,72	3	15,00	0	-	23
meer dan 4 personen	5	71,42	67	94,36	37	42,04	3	15,00	1	100,00	113
totaal	**7**	100	71	100	88	100	20	100	1	100	187
kol %	3,74		37,97		47,06		10,70		0,53		100
grootste groep							-			21	

Initiële aanmelder indien andere - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
familielid/partner	82	86,31	49	98,00	69	81,17	27	96,42	24	92,30	251
kennis	1	1,05	0	-	0	-	1	3,57	0	-	2
personeelslid	5	5,26	1	2,00	13	15,29	0	-	1	3,84	20
andere	7	7,36	0	-	3	3,52	0	-	1	3,84	11
totaal	95	100	50	100	85	100	28	100	26	100	284
kol %	33,45		17,61		29,93		9,86		9,15		100

Is de aanmelder nieuw voor u? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ja	428	81,67	392	70,12	550	61,24	220	80,88	105	61,04	1695
neen	96	18,32	167	29,87	348	38,75	52	19,11	67	38,95	730
totaal	524	100	559	100	898	100	272	100	172	100	2425
kol %	21,61		23,05		37,03		11,22		7,09		100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
dit jaar binnen deze voorziening	29	30,20	91	54,49	276	79,31	21	40,38	60	89,55	477
dit jaar binnen een andere voorziening	2	2,08	9	5,38	9	2,58	3	5,76	0	-	23
vorige jaren binnen deze voorziening	52	54,16	59	35,32	61	17,52	21	40,38	7	10,44	200
vorige jaren in andere	13	13,54	8	4,79	2	0,57	7	13,46	0	-	30

voorziening											
totaal	96	100	167	100	348	100	52	100	67	100	730
kol %	13,15		22,88		47,67		7,12		9,18		100

Vorm van aanmelden - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
direct contact	**59**	**11,2**	239	42,75	421	46,88	106	38,26	**36**	**21**	861
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	85	16,19	107	19,14	221	24,61	118	42,59	18	10,46	549
telefonisch *(of GSM, SMS)*	381	72,57	213	38,10	256	28,50	53	19,13	118	68,60	1021
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Initieel verzoek betreft - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
vraag naar informatie	102	19,42	72	12,88	84	9,35	22	7,94	32	18,60	312
vraag tot interventie	360	68,57	321	57,42	554	61,69	131	47,29	106	61,62	1472
vraag tot signalering	21	4,00	37	6,61	158	17,59	99	35,74	15	8,72	330
vraag naar een luisterend oor	42	8,00	129	23,07	102	11,35	25	9,02	19	11,04	317
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Vraag tot interventie betreft - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
vraag om een financieel akkoord	42	11,69	26	8,12	29	5,23	7	5,38	5	4,71	109
vraag om een ander soort akkoord	317	88,30	294	91,87	525	94,76	123	94,61	101	95,28	1360
totaal	359	100	320	100	554	100	130	100	106	100	1469
kol %	24,44		21,78		37,71		8,85		7,22		100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ja	244	46,65	338	60,57	312	34,78	55	19,85	52	30,23	1001
neen	259	49,52	171	30,64	347	38,68	104	37,54	68	39,53	949
werd niet bevraagd	20	3,82	49	8,78	238	26,53	118	42,59	52	30,23	477
totaal	523	100	558	100	897	100	277	100	172	100	2427
kol %	21,55		22,99		36,96		11,41		7,09		100

Welke stappen? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
informeel	228	93,82	329	97,33	308	98,71	49	89,09	40	76,92	954
formele interne klachtenprocedure	6	2,46	3	0,88	0	-	2	3,63	2	3,84	13
interne ombudsfunctie	3	1,23	3	0,88	1	0,32	4	7,27	5	9,61	16
externe ombudsfunctie	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
extern	6	2,46	3	0,88	3	0,96	0	-	5	9,61	17
totaal	243	100	338	100	312	100	55	100	52	100	1000
kol %	24,30		33,80		31,20		5,50		5,20		100

Fase waarin patiënt zich bevindt - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	20	3,80	7	1,25	12	1,33	6	2,16	1	0,58	46
opgenomen/**in behandeling** /in begeleiding	352	67,04	493	88,19	806	89,75	226	81,58	151	87,79	2028
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	107	20,38	59	10,55	76	8,46	44	15,88	19	11,04	305
niet van toepassing	32	6,09	0	-	4	0,44	1	0,36	1	0,58	38
andere	14	2,66	0	-	0	-	0	-	0	-	14
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op - 2018

	Antwerpen		**Limburg**		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	371	76,49	370	68,51	693	84,20	221	85,99	126	81,81	1781
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	0,82	10	1,85	22	2,67	1	0,38	5	3,24	42
3. informatie	40	8,24	16	2,96	17	2,06	4	1,55	6	3,89	83
4. geïnformeerde toestemming	18	3,71	**97**	17,96	29	3,52	8	3,11	6	3,89	158
5. inzage patiëntendossier	36	7,42	5	0,92	30	3,64	9	3,50	6	3,89	86
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	1,23	**37**	6,85	16	1,94	13	5,05	1	0,64	73
7. klachtenbemiddeling	3	0,61	2	0,37	11	1,33	0	-	2	1,29	18
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,20	0	-	0	-	0	-	0	-	1
9. vertrouwenspersoon	6	1,23	2	0,37	3	0,36	0	-	1	0,64	12
10. pijnbestrijding	0	-	1	0,18	2	0,24	1	0,38	1	0,64	5
totaal	485	100	540	100	823	100	257	100	154	100	2259
kol %	21,47		23,90		36,43		11,38		6,82		100

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1.1. respectvolle bejegening	49	13,20	57	15,40	59	8,51	58	26,24	9	7,14	232
1.2. goede behandeling/begeleiding	170	45,82	121	32,70	237	34,19	62	28,05	58	46,03	648
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	26	7,00	24	6,48	78	11,25	13	5,88	6	4,76	147
1.4. goede hotelservice	46	12,39	74	20,00	204	29,43	64	28,95	20	15,87	408
1.5. betalende diensten	2	0,53	6	1,62	4	0,57	3	1,35	4	3,17	19
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	49	13,20	27	7,29	29	4,18	7	3,16	5	3,96	117
1.7. beschermende maatregelen	29	7,81	61	16,48	82	11,83	14	6,33	24	19,04	210
totaal	371	100	370	100	693	100	221	100	126	100	1781
kol %	20,83		20,77		38,91		12,41		7,07		100

1.1. Respectvolle bejegening - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
luisterbereidheid	11	22,44	15	26,31	10	16,94	18	31,03	1	11,11	55
correcte omgangsvormen	19	38,77	33	57,89	43	72,88	36	62,06	7	77,77	138
grensoverschrijdend gedrag	**18**	**36,7**	9	15,78	0	-	1	1,72	0	-	28
andere	1	2,04	0	-	6	10,16	3	5,17	1	11,11	11
totaal	49	100	57	100	59	100	58	100	9	100	232
kol %	21,12		24,57		25,43		25,00		3,88		100

1.2. Goede behandeling/begeleiding - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
diagnose	1	0,58	2	1,65	2	0,84	0	-	0	-	5
somatische verzorging	14	8,23	16	13,22	28	11,81	10	16,12	7	12,06	75
medicatie	6	3,52	1	0,82	12	5,06	4	6,45	5	8,62	28
individuele therapie	14	8,23	2	1,65	35	14,76	8	12,90	17	29,31	76
groepstherapie	3	1,76	1	0,82	14	5,90	3	4,83	0	-	21
voldoende beschikbaarheid	17	10,00	34	28,09	51	21,51	12	19,35	5	8,62	119
betrokkenheid familie	19	11,17	17	14,04	20	8,43	5	8,06	9	15,51	70
start opname/behandeling/begeleiding	26	15,29	5	4,13	7	2,95	6	9,67	2	3,44	46
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	53	31,17	16	13,22	24	10,12	6	9,67	5	8,62	104
overplaatsing naar andere afdeling	2	1,17	6	4,95	19	8,01	0	-	2	3,44	29
overplaatsing naar een andere voorziening	3	1,76	20	16,52	5	2,10	1	1,61	3	5,17	32
andere	12	7,05	1	0,82	20	8,43	7	11,29	3	5,17	43
totaal	170	100	121	100	237	100	62	100	58	100	648
kol %	26,23		18,67		36,57		9,57		8,95		100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n

regels	5	19,23	19	79,16	22	28,20	6	46,15	4	66,66	56
groepsleven	6	23,07	1	4,16	35	44,87	4	30,76	2	33,33	48
ontspanning/vrije tijd	3	11,53	2	8,33	5	6,41	2	15,38	0	-	12
weekend- en verlofregeling	9	34,61	2	8,33	11	14,10	1	7,69	0	-	23
andere	3	11,53	0	-	5	6,41	0	-	0	-	8
totaal	26	100	24	100	78	100	13	100	6	100	147
kol %	17,69		16,33		53,06		8,84		4,08		100

1.4. Goede hotelservice - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
voeding	11	23,91	38	51,35	74	36,27	30	46,87	5	25,00	158
infrastructuur	11	23,91	18	24,32	84	41,17	21	32,81	6	30,00	140
hygiëne	4	8,69	4	5,40	7	3,43	0	-	2	10,00	17
veiligheid persoon	6	13,04	6	8,10	11	5,39	2	3,12	1	5,00	26
veiligheid goederen	12	26,08	8	10,81	26	12,74	11	17,18	5	25,00	62
andere	2	4,34	0	-	2	0,98	0	-	1	5,00	5
totaal	46	100	74	100	204	100	64	100	20	100	408
kol %	11,27		18,14		50,00		15,69		4,90		100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
factuur	23	46,93	3	11,11	10	34,48	4	57,14	0	-	40
opbouw inkomen	0	-	2	7,40	1	3,44	0	-	0	-	3
zakgeld	2	4,08	5	18,51	6	20,68	2	28,57	1	20,00	16
bestedingsautonomie	2	4,08	6	22,22	0	-	0	-	2	40,00	10
bewindvoering	15	30,61	9	33,33	6	20,68	0	-	1	20,00	31
verzekeringen	4	8,16	2	7,40	5	17,24	0	-	1	20,00	12
andere	3	6,12	0	-	1	3,44	1	14,28	0	-	5
totaal	49	100	27	100	29	100	7	100	5	100	117
kol %	41,88		23,08		24,79		5,98		4,27		100

1.7. Beschermende maatregelen - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
straf	0	-	9	14,75	10	12,19	0	-	3	12,50	22
beperkte bewegingsvrijheid	6	20,68	19	31,14	18	21,95	2	14,28	4	16,66	49
afzondering	1	3,44	11	18,03	17	20,73	2	14,28	2	8,33	33
fixatie	1	3,44	1	1,63	2	2,43	4	28,57	2	8,33	10
gedwongen opname	**16**	**55,2**	21	34,42	29	35,36	6	42,85	12	50,00	84
internering	0	-	0	-	1	1,21	0	-	0	-	1
andere	5	17,24	0	-	5	6,09	0	-	1	4,16	11
totaal	29	100	61	100	82	100	14	100	24	100	210
kol %	13,81		29,05		39,05		6,67		11,43		100

****andere**= bijv. beperking bestedingsautonomie, bewindvoering, gedwongen medicatie, langdurige kamerverpleging.*

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
psychiater	1	25,00	8	80,00	13	59,09	0	-	2	40,00	24
psycholoog	1	25,00	0	-	0	-	0	-	0	-	1
persoonlijk begeleider	1	25,00	1	10,00	6	27,27	1	100	3	60,00	12
andere	1	25,00	1	10,00	3	13,63	0	-	0	-	5
totaal	**4**	100	10	100	22	100	1	100	5	100	42
kol %	9,52		23,81		52,38		2,38		11,90		100

3. Recht op informatie - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
diagnose	3	7,50	10	62,50	4	23,52	1	25,00	2	33,33	20
duur	0	-	0	-	3	17,64	0	-	0	-	3
kosten	2	5,00	1	6,25	0	-	0	-	0	-	3
tegenaanwijzingen/risico's/neve nwerkingen	2	5,00	3	18,75	1	5,88	0	-	1	16,66	7
alternatieven	6	15,00	1	6,25	0	-	0	-	0	-	7
andere	**27**	67,50	1	6,25	9	52,94	3	75,00	3	50,00	43

totaal	40	100	16	100	17	100	4	100	6	100	83
kol %	48,19		19,28		20,48		4,82		7,23		100

*Voorbeelden van **recht op informatie**, subitem ***andere :***

bewindvoering jaarverslag, factuur info toezichts-honoraria, gedwongen opname, intakeverslag, mogelijkheid vrijwilligerswerk, ontslagperspectief en concrete afspraken, ontslagverslag ikv pensioenregeling, ontslagverslag ikv verzekering, perspectief, procedure gedwongen opname, info over opnamecriteria, procedure arbeidsgeneesheer, procedure inzage en afschrift dossier, bewindvoering procedure.

4. Recht op geïnformeerde toestemming - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
medicatie informatie	2	11,11	3	3,09	1	3,44	0	-	0	-	6
toestemming	**11**	61,11	12	12,37	22	75,86	6	75,00	4	66,66	55
behandeling/begeleiding informatie	0	-	13	13,40	1	3,44	0	-	0	-	14
toestemming	2	11,11	69	71,13	4	13,79	2	25,00	0	-	77
andere informatie	0	-	0	-	1	3,44	0	-	0	-	1
toestemming	3	16,66	0	-	0	-	0	-	2	33,33	5
totaal	18	100	97	100	29	100	8	100	6	100	158
kol %	11,39		61,39		18,35		5,06		3,80		100

Voorbeelden van 'andere' in categorie geïnformeerde toestemming: communicatie met familie, communicatie met derden, info aan derden, info van derden, procedure ECT.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	3	8,33	0	-	4	13,33	2	22,22	0	-	9
inzage/afschrift dossier	**33**	91,66	5	100	26	86,66	7	77,77	6	100	77
totaal	36	100	5	100	30	100	9	100	6	100	86
kol %	41,86		5,81		34,88		10,47		6,98		100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
beroepsgeheim	1	16,66	13	35,13	7	43,75	5	38,46	1	100	27
persoonlijke overtuiging	0	-	2	5,40	0	-	0	-	0	-	2
briefgeheim	1	16,66	1	2,70	3	18,75	1	7,69	0	-	6
territoriale privacy	0	-	17	45,94	3	18,75	4	30,76	0	-	24
mondelinge indiscretie	0	-	4	10,81	1	6,25	2	15,38	0	-	7
andere	4	66,66	0	-	2	12,50	1	7,69	0	-	7
totaal	**6**	100	37	100	16	100	13	100	1	100	73
kol %	8,22		50,68		21,92		17,81		1,37		100

*Voorbeelden in de categorie **bescherming privacy**: subitem **'andere'***

foutieve info in dossier, info aan derden, info familie zonder toestemming patiënt, verplichte groepstherapie, kamercontrole zonder patiënt, mondelinge indiscretie medepatiënten, grensoverschrijdend gedrag medepatiënt (pesten, belagen), onaangekondigd bezoek externe instantie, overlast religieuze beweging op domein.

Hoofdinterventie - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
luisteren	33	6,38	77	13,75	92	10,38	11	4,41	23	13,93	236
doorverwijzen intern	10	1,93	3	0,53	12	1,35	1	0,40	5	3,03	31
doorverwijzen extern	10	1,93	0	-	17	1,91	0	-	12	7,27	39
informeren	77	14,89	51	9,10	125	14,10	11	4,41	32	19,39	296
signaleren	50	9,67	39	6,96	272	30,69	115	46,18	29	17,57	505
coachen	45	8,70	46	8,21	84	9,48	53	21,28	10	6,06	238
bemiddelen	292	56,47	344	61,42	284	32,05	58	23,29	54	32,72	1032
totaal	517	100	560	100	886	100	249	100	165	100	2377
kol %	21,75		23,56		37,27		10,48		6,94		100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
patiënt samen met ombudspersoon	55	18,83	90	26,16	37	13,02	7	12,28	13	24,07	202
ombudspersoon zonder patiënt	237	81,16	254	73,83	247	86,97	50	87,71	41	75,92	829
totaal	292	100	344	100	284	100	57	100	54	100	1031
kol %	28,32		33,37		27,55		5,53		5,24		100

Tijd tussen aanmelding en afhandeling - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
op dezelfde datum als de aanmelding	153	29,59	259	46,33	428	48,30	52	20,96	70	42,42	962
binnen de week	233	45,06	155	27,72	233	26,29	64	25,80	46	27,87	731
binnen de twee weken	66	12,76	57	10,19	86	9,70	30	12,09	21	12,72	260
binnen de vier weken	25	4,83	45	8,05	70	7,90	20	8,06	9	5,45	169
later dan vier weken	**40**	7,73	43	7,69	69	7,78	82	33,06	19	11,51	253
totaal	517	100	559	100	886	100	248	100	165	100	2375
kol %	21,77		23,54		37,31		10,44		6,95		100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd							-		47		

Vzw Vlabo
Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg
Vlaams-Brabant vzw
Groeneweg 151/8
3001 Heverlee
Tel 016 27 03 10
vlabo@ombudsfunctieggz.be
www.ombudsfunciteggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

UPC St-Kamillus 975
Krijkelberg 1
3360 Bierbeek
2018

LIEVE DESMET
EXTERNE OMBUDSPERSOON
OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Bemiddelingsboek - 2662

INHOUD

1. INLEIDING

2. AANMELDINGEN (kwantitatief)

3. BESLUITEN EN AANBEVELINGEN (kwalitatief)

4. PRACTISCHE GEGEVENS

1. INLEIDING

Net zoals vorig jaar rapporteren de externe ombudspersonen ten aanzien van de Vlaamse overheid meer bepaald de Vlaamse ombudsdienst. De overheid voorziet geen eigen formats. De Vlaamse ombudspersoon zal in zijn jaarverslag vnl. kwalitatieve aanbevelingen noteren. Omdat er nog geen nieuwe richtlijnen kwamen inzake de verslaggeving en om de continuïteit te verzekeren hebben de externe ombudspersonen het verslag voor hun ziekenhuizen verder opgemaakt zoals de vorige jaren met inbegrip van de kwantitatieve gegevens.

Het aantal klachten in dit ziekenhuis lag in 2017 in dezelfde lijn als de vorige jaren. (57)

De meeste klachten zijn afgehandeld op het niveau waarop ze zich aandienden.

Voor die klachten waar er mijn inziens structurele oorzaken aan de basis liggen formuleer ik achteraan dit document signalen en suggesties.

Ook dit jaar betreft het grootste gedeelte van de klachten 'het recht op kwalitatieve dienstverlening' (82%) waarvan het om 50% van deze klachten gaat over respectvolle bejegening/goede behandeling begeleiding.

De goede hotelservice betreft 20% van deze klachten.

Net zoals de vorige jaren wil ik erop wijzen dat een groot deel van het werk niet wordt geregistreerd zoals het beluisteren van problemen tussen patiënten onderling, luisteren naar problemen van personeel, positieve signalen van patiënten in de wandelgangen, het opbouwen van een netwerk, problemen uitrafelen en uitzoeken, verzamelen van informatie in functie van mijn aanmeldingen en daarbuiten, deelnemen aan vergaderingen op vraag, het volgen van studiedagen, intervisie en supervisie…

De tussenkomst van de ombudspersoon bij een aanmelding is verschillend en vaak ook meervoudig. Achter één aanmelding schuilen soms diverse problemen of schending van verschillende patiëntenrechten. Het probleem waar het meeste aandacht aan gegeven werd, wordt geregistreerd.
Wat de interventie betreft volstaat het soms om te informeren, of om door te verwijzen 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 coaching. Ik werk met de mensen heel empowerend. Vaak adviseer ik de patiënt om zelf nog eens het probleem dat zich stelt aan te kaarten en er eventueel bij te vermelden dat hij/zij hieromtrent een

gesprek gehad heeft met mij. Op die manier is de externe inkijk en opvolging ook duidelijk gemaakt en komt de betrokkene vaak al een heel eind verder. Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al dan 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 via dit rapport of de bespreking ervan.

Ik dank alvast directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

2. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 08/01/2018, de laatste op 17/12/2018.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 57, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 46. Dit ligt in de lijn van de vorige jaren;

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	54	61	57	57
aanmelders	52	60	55	57

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	57		57	
aanmelders	55		57	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	34	59,64	37	64,91
binnen de week	17	29,82	13	22,80
binnen de 2 weken	1	1,75	-	-
binnen de vier weken	2	3,50	4	7,01
later dan vier weken	3	5,26	3	5,26
totaal	57	100	57	100
aantal face to face contacten per aanmelding				

aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	-	-	-	-
1 contact	29	50,87	24	42,10
2 contacten	14	24,56	16	28,07
3 contacten	8	14,03	10	17,54
meer dan 3 contacten	6	10,52	7	12,28
totaal	57	100	57	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	8		10	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	57		46	

De **57** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 57 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
1	57	100,00	57	100,00
totaal	57	100	57	100

De **57** aanmeldingen *(2017)* komen van in totaal 55 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
2	2	3,63	4	7,01
1	53	96,36	53	92,98
totaal	55	100	57	100

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

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	51	89,47	47	82,45
groep patiënten	2	3,50	4	7,01
andere	4	7,01	6	10,52
totaal	57	100	57	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	34	66,66	36	76,59
vrouw	17	33,33	11	23,40
onbekend	-	-	-	-
totaal	51	100	47	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	3	75,00
3 personen	1	50,00	-	-
4 personen	1	50,00	-	-
meer dan 4 personen	-	-	1	25,00
totaal	2	100	4	100
grootste groep	4		8	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	4	100,00	6	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	6	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	4	66,66
als vertrouwenspersoon	3	75,00	1	16,66
ten persoonlijke titel	1	25,00	1	16,66
totaal	4	100	6	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	2	50,00	3	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	2	50,00	2	33,33
terugkoppeling was niet nodig	-	-	1	16,66
totaal	4	100	6	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	39	68,42	40	70,17
neen	18	31,57	17	29,82
totaal	57	100	57	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	9	50,00	7	41,17
dit jaar binnen een andere voorziening	1	5,55	1	5,88
vorige jaren binnen deze voorziening	7	38,88	4	23,52
vorige jaren in andere voorziening	1	5,55	5	29,41
totaal	18	100	17	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	23	40,35	22	38,59
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	27	47,36	30	52,63
telefonisch *(of GSM, SMS)*	7	12,28	5	8,77
totaal	57	100	57	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	2	3,50	8	14,03
vraag tot interventie	24	42,10	12	21,05
vraag tot signalering	27	47,36	33	57,89
vraag naar een luisterend oor	4	7,01	4	7,01
totaal	57	100	57	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	3	12,50	1	8,33
vraag om een ander soort akkoord	21	87,50	11	91,66
totaal	24	100	12	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	6	10,52	2	3,50
neen	-	-	-	-
werd niet bevraagd	51	89,47	55	96,49
totaal	57	100	57	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	6	100,00	2	100,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	6	100	2	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	-	-	-	-
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	-	-	-	-
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	54	94,73	52	91,22
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	3	5,26	5	8,77
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	57	100	57	100

Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	55	96,49	50	87,71
algemene vraag los van patiëntenrecht	2	3,50	7	12,28
totaal	57	100	57	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	1	50,00	-	-
juridisch	-	-	1	14,28
financieel	-	-	1	14,28
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	1	50,00	2	28,57
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	3	42,85
totaal	2	100	7	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	1	1,75	5	8,77
psychiater	13	22,80	11	19,29
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	2	3,50
apotheker	-	-	-	-
verpleging	18	31,57	29	50,87
persoonlijke begeleider	3	5,26	-	-
sociale dienst	2	3,50	2	3,50
psycholoog	-	-	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	9	15,78	2	3,50
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	1	1,75	4	7,01
voedingsdienst	4	7,01	1	1,75
poetsdienst	1	1,75	-	-
directie	4	7,01	1	1,75
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	1	1,75	-	-
totaal	57	100	57	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	40	72,72	42	84,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	1,81	-	-
3. informatie	5	9,09	2	4,00
4. geïnformeerde toestemming	8	14,54	3	6,00
5. inzage patiëntendossier	1	1,81	1	2,00
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	1	2,00
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	1	2,00
totaal	55	100	50	100

De meeste klachten betreffen het patiëntenrecht (recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening** wordt in de volgende tabellen opgesplitst in subcategorieën. Elke subcategorie wordt verder gepreciseerd.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	11	27,50	16	38,09
1.2. goede behandeling/begeleiding	10	25,00	8	19,04
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	6	15,00	4	9,52
1.4. goede hotelservice	9	22,50	8	19,04
1.5. betalende diensten	-	-	1	2,38
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	5,00	1	2,38
1.7. beschermende maatregelen	2	5,00	4	9,52
totaal	40	100	42	100

De belangrijkste categorie is ook dit jaar weer 'respectvolle bejegening'

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	8	72,72	7	43,75
correcte omgangsvormen	1	9,09	7	43,75
grensoverschrijdend gedrag	2	18,18	-	-
andere	-	-	2	12,50
totaal	11	100	16	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	-	-	1	12,50
individuele therapie	-	-	1	12,50
groepstherapie	1	10,00	-	-
voldoende beschikbaarheid	6	60,00	2	25,00
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	12,50
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	10,00	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	2	20,00	3	37,50
totaal	10	100	8	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	16,66	3	75,00
groepsleven	2	33,33	1	25,00
ontspanning/vrije tijd	1	16,66	-	-
weekend- en verlofregeling	2	33,33	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	4	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	5	55,55	1	12,50
infrastructuur/accommodatie	3	33,33	4	50,00
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	1	11,11	3	37,50
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	8	100

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	1	50,00	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	50,00	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	2	100	1	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	1	50,00	1	25,00
fixatie	-	-	1	25,00
gedwongen opname	1	50,00	2	50,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	4	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	50,00
duur	2	40,00	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	3	60,00	1	50,00
totaal	5	100	2	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	5	62,50	3	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	1	12,50	-	-
	toestemming	2	25,00	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		8	100	3	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	1	100,00
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	1	100,00	-	-
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		1	100	1	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(46)*.

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. 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	2	3,50	2	4,34
doorverwijzen intern	1	1,75	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	2	3,50	1	2,17
signaleren	24	42,10	27	58,69
coachen	20	35,08	11	23,91
bemiddelen	8	14,03	5	10,86
totaal	57	100	46	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	1	12,50	2	40,00
ombudspersoon zonder patiënt	7	87,50	3	60,00
totaal	8	100	5	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	3	5,26	1	2,17
binnen de week	1	1,75	4	8,69
binnen de twee weken	1	1,75	2	4,34
binnen de vier weken	3	5,26	5	10,86
later dan vier weken	49	85,96	34	73,91
totaal	57	100	46	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	22		24	

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	5	8,77	3	6,52
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	12	21,05	12	26,08
ontevredenheid patiënt	3	5,26	3	6,52
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	3	5,26	1	2,17
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	2	3,50	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	32	56,14	27	58,69
totaal	57	100	46	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	25	43,85	18	39,13
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	3	5,26	11	23,91
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	4	7,01	1	2,17
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	1,75	1	2,17
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	24	42,10	15	32,60
totaal	57	100	46	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. BESLUITEN EN AANBEVELINGEN

Het aantal aanmeldingen is dit jaar vergelijkbaar met de vorige jaren. Ook dit jaar betreft het hoofdzakelijk klachten/meldingen die verband houden met het patiëntenrecht 'kwaliteitsvolle dienstverlening' (meer dan 80%). We hebben het dan vooral over respectvolle bejegening en kwaliteitsvolle dienstverlening.

Ik verwijs dan ook naar de aanbevelingen van vorig jaar waarin ik uitgebreid de focus legde op het belang van kwaliteitsvolle communicatie die vertrekt vanuit het empowermentparadigma. Ik had het achtereenvolgens over luisterbereidheid, patiëntparticipatie, (de participatieladder).

Verder wees ik op het belang van 'verplichte vorming' voor alle welzijns en gezondheidswerkers in het ziekenhuis en op het **belang van supervisies** over het hulpverlenen op een afdeling en over het team functioneren.

Zo is het nieuwe team van afdeling Golf niet echt opgeleid voor de nieuwe doelgroep en is er grote vraag naar supervisie. (spanningen in het team leiden tot klachten bij patiënten)

Ook **de samenwerking en het betrekken van familie** kwam uitgebreid aan bod.
Deze aanbevelingen blijven als de belangrijkste ook dit jaar gelden.

Ook de **aanbevelingen inzake dwang** in al zijn vormen blijven gelden.
Heel specifiek wil ik n.a.v. een klacht speciale aandacht vragen voor de opvolging van een patiënt in afzondering op een andere afdeling. Omdat de betrokken patiënt dan letterlijk verder verblijft dan zijn begeleiders kan de alertheid dalen en zijn er heel goede afspraken nodig.
We willen ook pleiten voor een uitbreiding in het gebruik maken van 'prikkelarme kamers'.
Wat de **accommodatie** betreft willen we ook blijven wijzen op het belang van nieuwe infrastructuur voor OPM en GO. De accommodatie van deze diensten voldoet mijn inziens niet meer aan de kwaliteitsverwachtingen van deze tijd, één kamer per bewoner zou de norm moeten zijn.
Dit jaar kreeg ik ook de vraag naar betere ruimte om kinderen te zien en aparte ruimte voor sexueel contact. (Go)

Op ziekenhuisniveau merken we dat naar aanleiding van bepaalde beleidskeuzes, zoals het sluiten van een afdeling of het stopzetten van een bepaald aanbod voor specifieke doelgroepen ten gevolge van de bedbevriezing in het kader van de netwerken art. 107,

er vaak een lacune ontstaat in de zorg. Patiënten komen op plaatsen terecht waar ze niet thuishoren of dreigen niet de nodige zorg te krijgen.

Continuïteit van de (na)zorg voor de patiënt is eveneens een aandachtspunt

Dit jaar wensen we ook aandacht te vragen voor **de groep patiënten met een NAH** (niet aangeboren hersenletsel). Voor deze groep is er opvangcapaciteit te kort. Met als gevolg dat mensen met nood aan begeleiding niet kunnen worden opgevangen of worden doorverwezen naar diensten die niet de nodige hulp kunnen bieden en waar ze niet thuis horen. (vb jongere mensen naar Woon en zorgcentra.) Dit omdat de nodige budgetten vanuit het VAPH op zich laten wachten, omdat de toegang tot het VAPH moeilijk loopt en het opstarten van de juiste procedure specifieke kennis vereist die niet altijd en overal aanwezig is.

Dit probleem is aangekaart vanuit de ziekenhuizen aan het kabinet van minister Van Deurzen. In de nota worden vijf (d)evoluties beschreven.

Deze (d)evoluties brengen schrijnende klachten met zich mee.

We merken in de praktijk ook dat niet elke afdeling of ziekenhuis de expertise heeft om VAPH dossiers op de voet te volgen. Dit is arbeidsintensief werk en vraagt ervaring. Deze expertise is er niet altijd of in gelijke mate aanwezig bij de sociale diensten.

Via een klacht op een afdeling merkten we de nood aan **het intercultureel omgaan met bepaalde thema's.** vb Palliatieve zorg bij moslims. MOPA is een organisatie die wat deze thematiek betreft via vrijwilligers in ziekenhuizen bruggen slaat.

Voor de klachten rond veiligheid goederen verwijzen we naar het vorig verslag.

Wat de **voeding** betreft vinden we de aandacht hiervoor van de patiëntenraad en de voedingsraad een goede zaak. Verder krijgen we omwille van vb het groeiend aantal allergieën maar ook vanuit de veranderingen in voedingsgewoonten en -behoefte in onze samenleving ook meer vraag naar veganistische voeding, naast de vragen naar vegetarische voeding en halal voeding. Deze vragen kunnen beantwoord worden via een differentiatie in aanbod . Dit antwoord is in de praktijk moeilijk te rijmen met de schaalvergroting van keukens, die verder en verder afstaan van de plek van consumptie en vraag. Een schaalvergroting die eerder een verlaging van kwaliteit of tevredenheid bij de patiënten met zich heeft meegebracht.
We stellen een evaluatie voor op dit terrein en een bundeling van goede praktijken.

Ten slotte kregen we dit jaar ook een aantal klachten over de afspraken met de polykliniek die niet altijd vlot verlopen en de vraag of bij overgang van afdeling er kan gekeken worden of eenzelfde psychiater de begeleiding kan blijven opnemen

4. PRACTISCHE GEGEVENS

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam :	**Lieve Desmet**

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres :	Vlabo Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Groeneweg 151/8 3001-Heverlee	
e-mail :	Lieve.desmet@ombudsfunctieggz.be	
brievenbus :	Lokaal Polikliniek / OPM/GO/VIA/FRC/FPA / FPB / Resto /GOLF/CR1/CR2	
aanwezigheid:	Plaatsen	Dagen en uren
	Gesprekslokaal polikliniek	Iedere maandag van 12 tot 15u00 Permanentie 14u-15u
telefoon	0497/47 70 67	

Stand van zaken met betrekking tot de

EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

psychiatrisch ziekenhuis

psychiatrisch verzorgingstehuis

Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist

Zelzate

periode van 1 januari tot 31 december 2018

Vincent Vandenbussche
Coördinator
PopovGGZ vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2690

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

PopovGGZ vzw

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen vzw

Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Gent *(Drongen)*
tell: 09 / 216 65 50 ◆ fax: 09 / 216 65 59
e-mail: popovggz@ombudsfunctieggz.be
website: www.ombudsfunctieggz.be
rekening: 445-3550331-01

1. INLEIDING

Voorliggende nota is **geen omvattend jaarverslag 2018** van de externe ombudsfunctie in PZ en PVT Sint-Jan-Baptist in Zelzate. Door afwezigheid van ombudsvrouw Nicole Claeys in december 2018 en januari 2019 werd de registratie niet op tijd voltooid om tijdig een volledig jaarverslag te kunnen bezorgen aan de Vlaamse Ombudsman. Op vraag van de Vlaamse Ombudsman en in afstemming met PC Sint-Jan-Baptist wordt in afwachting van een volledig jaarverslag 2018 deze bondige nota neergelegd met een stand van zaken over de werking van de externe ombudsfunctie in PC Sint-Jan-Baptist.

PC Sint-Jan-Baptist Zelzate (erkenningsnummer 978) is een categoriaal ziekenhuis dat zich expliciet focust op drie doelgroepen:

- forensische psychiatrie;
- verslavingszorg;
- ouderenzorg.

Voor een zicht op de kenmerken en het aanbod van het psychiatrisch centrum verwijzen we naar de website www.pcsintjanbaptist.be.

Bemiddelingsboek - 2692

2. STAND VAN ZAKEN

In opvolging van de media-aandacht in april 2018, onder meer omtrent de (toegankelijkheid van de) ombudsfunctie in het ziekenhuis in het algemeen en meer specifiek op de afdeling Levanta (high risk afdeling voor geïnterneerde vrouwen die in juni 2016 is opgericht), werd op vraag van de Vlaamse Ombudsman op **3 mei 2018** een **overleg** georganiseerd **aangaande de externe ombudsfunctie in PC Sint-Jan-Baptist**.

Volgende personen/diensten namen deel: de Vlaamse Ombudsman, de directie van het ziekenhuis en de coördinator van PopovGGZ vzw (het overlegplatform dat de externe ombudsfunctie in PC Sint-Jan-Baptist realiseert).

Onder meer volgende zaken kwamen aan bod:

- Er werd door vertegenwoordigers van het ziekenhuis gewezen op de specificiteit van de doelgroep in een forensische setting en de overwegingen inzake veiligheid die dit met zich meebrengt.

- Er werd gewezen op het ontbreken van een duidelijke rechtspositie internering vs. patiëntenrechten.

- Vanuit PopovGGZ vzw werd gewezen op een aantal basisprincipes om een kwaliteitsvolle ombudsfunctie te kunnen realiseren (cf. referentiekader "patiëntenrechten en ombudsfunctie" van de Vlaamse Zorginspectie): laagdrempelig en direct aanspreekbaar zijn van de ombudsfunctie, vertrouwelijkheid, anonimiteit. Deze dienen ook in een forensische setting gegarandeerd te worden.

- Standpunt van PC Sint-Jan-Baptist dat we inzake deze basisprincipes de dialoog moeten blijven voeren om dit in een forensische context op een kwalitatieve manier in de praktijk te brengen. Men spreekt de algemene bereidheid uit om de rechtstreekse aanspreekbaarheid van de ombudsfunctie te realiseren.

- De Vlaamse Ombudsman geeft aan dat hij verwacht dat er rond de rechtstreekse aanspreekbaarheid, vertrouwelijkheid en anonimiteit van de ombudsfunctie verdere stappen worden gezet.

In de periode volgend op dit overleg was de vaste ombudspersoon afwezig. Van half april tot eind augustus werd zij vervangen door collega-ombudspersoon Anne-Leen Denolf. Door deze afwezigheid werd de **presentatie van het jaarverslag 2017** – dat doorgaans de gelegenheid biedt om een aantal structurele afspraken over de ombudspraktijk in het ziekenhuis te maken – uitgesteld. Uiteindelijk kon deze presentatie – in aanwezigheid van de Vlaamse Ombudsman, de directie van het ziekenhuis, de ombudspersoon én de coördinator en een afvaardiging van het dagelijks bestuur van PopovGGZ vzw – doorgaan op **2 oktober 2018**.

Voor de volledigheid: over de **werking van de ombudsfunctie in het ziekenhuis in het algemeen en meer specifiek op Levanta** werd in het **jaarverslag 2017** van de externe ombudsfunctie onder meer het volgende opgenomen:

- *We ervaren ook in 2017 bij de meeste contacten met medewerkers een open en constructieve houding, zowel in het PVT als in het ziekenhuis. De ombudspersoon kan vlot en vrij snel in contact komen met zowel patiënten, bewoners als medewerkers en directie.*
  Hierdoor werd het ook in 2017 voor de ombudsdienst mogelijk om in Sint-Jan-Baptist doorgaans laagdrempelig de wettelijke opdrachten te vervullen.

- *Een uitzondering op de gangbare manier van werken in het ziekenhuis, was de in juni 2016 opgestarte high risk forensische afdeling voor vrouwen, Levanta.*
  Bij de opstart van de afdeling werd door de directie afgewogen of het opportuun was om de ombudsfunctie op eenzelfde manier te organiseren, als gebruikelijk is in de voorziening. Er werd uiteindelijk door de hoofdarts gevraagd om de afdeling de nodige opstarttijd te geven vóór de ombudspersoon een bezoek aan de afdeling zou brengen.
  Tot en met 2017 konden patiënten van Levanta wel via de begeleiding een gesprek met de ombudspersoon aanvragen.

  Deze contacten met de patiënten van Levanta vinden plaats in de bezoekzaal met visueel cameratoezicht op een moment dat in overleg met de afdeling wordt vastgelegd.
  Bij aanmeldingen van familie en naasten van de patiënten, zorgde deze manier van werken ervoor dat er moeilijk informeel bij de patiënt kon worden afgetoetst of deze de aanmelding onderschreef of niet.
  Voor wat de opvolging van de aanmeldingen op deze afdeling betreft, stelden we in 2017 terughoudendheid bij de medewerkers vast om informatie met de ombudspersoon te delen.
  We stelden ook vast dat voor de patiënten op deze afdeling de drempel naar de ombudsdienst hoog was.

  → *In 2017 kreeg de ombudspersoon toestemming om zich voor te stellen aan het team. Dit gebeurde in oktober op een teamvergadering, waarbij de ombudswerking werd toegelicht en de terughoudendheid in communicatie met de ombudspersoon werd besproken. Vervolgens werd dit thema ook met de medisch directeur en tijdens het halfjaarlijks overleg met de algemeen directeur en de kwaliteitscoördinator opgenomen.*

  We kregen de bevestiging van de hoofdarts dat de dialoog tussen het team en de ombudspersoon en met de patiënten verder kan worden opgebouwd.
  Op 20 februari 2018 kon de ombudsdienst zich ook aan de patiënten op Levanta voorstellen op het patiëntenforum.
  We hopen de volgende jaren de ombudswerking op Levanta verder te kunnen uitbouwen en het vertrouwen verder te kunnen opbouwen.

Naar aanleiding van de bezorgdheden rond de ombudspraktijk in PC Sint-Jan-Baptist in het algemeen en meer specifiek op de afdeling Levanta, werd door de externe ombudspersoon bij de presentatie van het jaarverslag 2017 volgend **verbetertraject** voorgesteld.

Voorstel fase 1

- *Opstarten van een gezamenlijk traject gedurende een vooraf bepaalde periode (bvb. 1 jaar) met als doel het in kaart brengen van **knelpunten bij de ombudspraktijk in een forensische setting en aanbevelingen om hier op een kwalitatieve manier mee om te gaan**, met aandacht voor de specifieke noden van een forensische setting en met respect voor de patiëntenrechten.*

- *Dit traject wordt gerealiseerd door middel van **anonieme casusbespreking** waarbij zowel vanuit het perspectief van het ziekenhuis als vanuit de ombudspersoon knelpunten kunnen worden aangehaald. Bedoeling om de insteek vanuit patiëntenrechten en de insteek vanuit het beleid van het ziekenhuis samen te brengen. Deze knelpunten worden opgelijst en er wordt gekeken of er gedeelde standpunten (ombudspersoon en ziekenhuis) over hoe in dergelijke situaties idealiter wordt gehandeld, gevonden kunnen worden. **Opgelijste knelpunten en gedeelde of uiteenlopende standpunten worden gebundeld en genotuleerd**.*

- ***Wie** neemt idealiter deel aan dit traject: vaste groep met enkele ziekenhuismedewerkers met mandaat (directie, kwaliteitscoördinator, hoofdarts, stafmedewerker, …), de ombudspersoon en een vertegenwoordiging van het overlegplatform, de Vlaamse Ombudsman en indien mogelijk een patiëntvertegenwoordiger.*

Voorstel fase 2

- *De conclusies van bovenstaand traject worden gedeeld met een **ziekenhuisoverstijgende werkgroep in functie van aanbevelingen**. Hierbij dienen verschillende invalshoeken aan bod te komen: medische, forensische, academische, ethische, wettelijke, Zorginspectie, …*

- *De aanbevelingen van deze werkgroep worden gepresenteerd op **ziekenhuisniveau** in functie van een gedeeld kader voor een betere ombudspraktijk en op **niveau van het maatschappelijk debat** aangaande patiëntenrechten binnen een forensische setting.*

Wat betreft het voorstel tot verbetertraject van de externe ombudsfunctie nam PC Sint-Jan-Baptist het standpunt in om **op een pragmatische wijze mee te willen werken aan het interne verandertraject (fase 1)**, maar het geen opdracht voor het ziekenhuis te vinden om aan het ruimer kader (fase 2: maatschappelijk debat, wetgeving, …) richting te geven.

De Vlaamse Ombudsman heeft op dit overleg benadrukt dat de ombudspersoon een belangrijke signaalfunctie heeft en dat het daarbij niet aan hem of haar is om in detail aanbevelingen te becijferen. Het is aan het ziekenhuis om een cultuur te ontwikkelen

om aanbevelingen van de ombudsvrouw ter harte te nemen. Het past niet om als ziekenhuis al te defensief te reageren op aanbevelingen van de ombudspersoon.

Op **29 november 2018** vond binnen PC Sint-Jan-Baptist een **eerste casus-bespreking** plaats i.k.v. het afgesproken verbetertraject. Naar aanleiding van deze casus bleek enerzijds duidelijk de verwachting vanuit het ziekenhuis dat een ombuds-persoon in een forensische setting rekening houdt met de specifieke juridische situatie van een patiënt (feiten, vonnis, voorwaarden, …) teneinde deze gericht en gepast te kunnen informeren over patiëntenrechten en andere rechten. Vanuit het perspectief van de ombudspersoon blijkt anderzijds dat dergelijke informatie vaak niet gedeeld wordt met de ombudspersoon onder het mom van beroepsgeheim, waardoor het "vertalen" van algemene rechten naar de specifieke situatie van de patiënt niet mogelijk is.

Conclusie is dat medewerkers van het ziekenhuis en de ombudspersoon een **open dialoog** moeten kunnen voeren. Hiertoe dient het ziekenhuis / de directie te bekijken welke stappen kunnen gezet worden om alle medewerkers te stimuleren tot een open houding t.o.v. vragen van de ombudspersoon (bvb. door middel van een algemene schriftelijke communicatie t.a.v. alle medewerkers).

Een volgende casusbespreking werd gepland in januari 2019.

In 2018 en voorgaande jaren werd **ook los van de concrete situatie in PC Sint-Jan-Baptist** door de ombudspersonen van PopovGGZ en de Vlaamse collega's binnen IPSOF (Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie) aandacht besteed aan de toepassing van patiëntenrechten en de ombudsfunctie in forensische settings. Tussen de behandel-context van geïnterneerde personen en de wet op de patiëntenrechten zitten in de praktijk namelijk discrepanties die leiden tot verschillende interpretaties of toepassingen van deze wet. Specifiek voor geïnterneerde personen heeft de Vlaamse Zorginspectie in haar verslagen van forensische centra reeds meermaals aangehaald dat er nood is aan een beter wetgevend kader voor forensische psychiatrie o.a. voor wat betreft de interne rechtspositie van de patiënten. Daarbij aansluitend is het o.i. nuttig om na te gaan hoe de patiëntenrechtenwet zich verhoudt t.o.v. de wet op de internering.

Vanuit PopovGGZ is er eind 2017 een brief verstuurd naar de Orde der Artsen met de vraag naar advies in deze kwestie. Het was onze betrachting om met een richtinggevend advies van de Orde meer duidelijkheid te krijgen omtrent het wettelijk kader en de toepassing ervan voor deze patiëntenpopulatie en hen meer rechtszekerheid te garanderen op vlak van patiëntenrechten. Daarnaast is het onze betrachting dat beroepsbeoefenaars meer houvast kunnen vinden in een uniforme interpretatie en uitoefening van de patiëntenrechten voor patiënten met een statuut van geïnterneerde. Ondertussen werd in antwoord op dit schrijven een advies gepubliceerd: **Advies van de Orde der artsen van 17 november 2018 betreffende de vrije keuze van beroepsbeoefenaar en instemming met de behandeling door geïnterneerde personen met een geestesstoornis**.

Bemiddelingsboek - 2696

In het jaarverslag 2017 van de ombudspersoon werd reeds gewag gemaakt van de noodzaak aan een initiatief van de overheid ter zake. Ondertussen werd in de schoot van het Agentschap Zorg en Gezondheid overleg opgestart om een nieuw **referentie-kader voor forensische geestelijke gezondheidszorg** uit te tekenen. In kader van dit proces werd een **juridische werkgroep patiëntenrechten** opgericht dit zich specifiek over de toepassing van patiëntenrechten voor mensen met een interneringsstatuut dient te buigen. In deze werkgroep wenst men eveneens vanuit casuïstiek van de ombudspersonen te vertrekken om via analyse van knelpunten tot aanbevelingen te komen. Op onze vraag sluit een vertegenwoordiger namens de Vlaamse ombudspersonen GGZ aan bij deze werkgroep.

Algemeen kunnen we stellen dat de media-aandacht en de verschillende overlegmomenten in 2018 de **noodzakelijke aandacht voor de moeilijke praktijk van de ombudsfunctie en toepassing van de patiëntenrechten in de forensische settings** van PC Sint-Jan-Baptist (en andere voorzieningen?) opgeleverd heeft. We merken in deze een belangrijke ondersteunende en superviserende rol van de Vlaamse Ombudsman en hopen dat we het beleid van het ziekenhuis met betrekking tot geïnterneerde patiënten doorheen het toegelichte traject (intern en extern) op termijn beter zullen kunnen verzoenen met de principes van de patiëntenrechten.

In de loop van 2018 werden reeds **een aantal concrete maatregele**n genomen, die alvast een stap in de goede richting zijn (bvb. het plaatsen van brievenbussen voor de ombudspersoon op alle gesloten afdelingen, inclusief Levanta). Deze maatregelen worden – samen met een overzicht van alle aanmeldingen en de aanbevelingen van de externe ombudspersoon – opgenomen in het volledige jaarverslag 2018 van de externe ombudspersoon in PC Sint-Jan-Baptist.

Bemiddelingsboek - 2697

3. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE IN SINT-JAN-BAPTIST

Sinds 1 oktober 2013 is Nicole Claeys aangesteld als ombudspersoon in dit psychiatrisch ziekenhuis. De ombudspersoon wordt tewerkgesteld door het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg waartoe het psychiatrisch ziekenhuis behoort. Zij bekleedt geen enkele andere functie in de voorziening.

Behalve in PC Sint-Jan-Baptist was zij in 2018 ook actief als ombudspersoon in KARUS Campus Gent en (i.k.v. een vervangingscontract) in verschillende voorzieningen van het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg West-Vlaanderen. Daarnaast werkte zij in een groepspraktijk als coach, gezinscounselor en familiaal bemiddelaar.

Nicole Claeys is master in de communicatiewetenschappen en heeft voorafgaand aan haar tewerkstelling in de geestelijke gezondheidszorg vanaf 2013, zo'n tien jaar ervaring opgedaan als ombudspersoon en communicatieverantwoordelijke in twee algemene ziekenhuizen. Zij studeerde af als familiaal bemiddelaar en gezinscounselor.

Zij neemt deel aan de intervisies en vormingen die op regelmatige basis worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (IPSOF). Zij is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

Sinds 2004 volgde zij bijkomende opleidingen omtrent patiëntenwetgeving, gesprekstechnieken, e-Health, bemiddeling in de gezondheidszorg, hoe omgaan met klachten, crisiscommunicatie, onderhandelen en omgaan met macht, geven van feedback, privacywetgeving, contextuele thema's als mishandeling, misbruik of verwaarlozing in gezinnen, bewindvoering, interneringswetgeving, oplossingsgericht coachen, intervisie, …

De ombudspersoon is elke donderdag aanwezig in het ziekenhuis van 9.30 tot 13.30 uur. Van 12.30 tot 13.30 uur heeft zij spreekuur in het ombudslokaal.
Elke eerste donderdag van de maand brengt zij een bezoek aan PVT De Villa. Elke tweede donderdag van de maand brengt zij een bezoek aan PVT Krekelmuyter. Elke laatste donderdag van de maand brengt zij een bezoek aan het dagcentrum Oostkade 25 in de binnenstad. Voor aanmeldingen vanuit Campus Warande werkt zij op afspraak, maar op geregelde basis brengt zij de campus een bezoek.

Indien nodig pleegt zij overleg met Rinaldo Vereecken, kwaliteitscoördinator, die voor de externe ombudspersoon ook fungeert als contactpersoon. Minstens tweemaal per jaar is er overleg tussen de directeur patiëntenzorg, de kwaliteitscoördinator en de externe ombudspersoon, in functie van de opvolging van de belangrijkste signalen.

In de loop van 2018 is de ombudsvrouw tweemaal voor langere duur afwezig geweest. Van half april tot eind augustus werd zij vervangen door collega-ombudspersoon Anne-Leen Denolf. Vanaf 17 december tot het einde van het jaar was zij afwezig zonder directe vervanging; telefonische vervanging werd geregeld in de Kerstvakantie en een reële vervanging vanaf half januari 2019.

4. PRAKTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING

naam	**Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist**
adres	Suikerkaai 81, 9060 Zelzate Campus Oostkade 25, 9060 Zelzate Campus De Warande, Zwaluwlaan 62a, 9185 Wachtebeke Campus Krekelmuyter, Omer De Bruyckerstraat 1, 9060 Zelzate
voornaam, naam en functie **vertegen-woordiger** voor-ziening in **comité** overlegplatform	Dr. Jan De Varé, Hoofdgeneesheer, voor PZ Eddy Impens, Directeur, voor PVT
voornaam, naam en functie **contact-persoon** in de voorziening	Rinaldo Vereecken, kwaliteitscoördinator

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam	**Nicole Claeys**

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres	Ombudsfunctie PopovGGZ, Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Drongen
e-mail	nicole.claeys@ombudsfunctieggz.be
brievenbus	bij het ombudskantoor en receptie Lumen

Bemiddelingsboek - 2699

permanentie	plaatsen	dagen en uren
Campus Suikerkaai	aanwezig in ziekenhuis	donderdag van 9.30 tot 13.30 uur
	zituur in ombudslokaal	donderdag 12.30 tot 13.30 uur
Campus Krekelmuyter		elke 2° donderdag van de maand, van 9.30 tot 10.30 uur
De Villa		elke 1° donderdag van de maand, van 11.00 tot 12 uur
Campus Oostkade		elke laatste donderdag van de maand, van 13.00 tot 13.30 uur
Campus De Warande en Het Anker		na afspraak en bezoek op regelmatige basis
telefoon	nummers	dagen en uren
	GSM 0495 / 29 56 12	van dinsdag t.e.m. donderdag *(en via secretariaat PopovGGZ)*

AFSPRAKEN ROND BEKENDMAKING

- folders verspreid bij alle patiënten en beschikbaar op afdeling voor nieuwe patiënten
- affiches op alle campussen, afdelingen, bij het onthaal en in het restaurant
- bekend gemaakt op intranet
- verspreiding op afdelingsniveau brochures federale overheid "Een uitnodiging tot dialoog. Wet Rechten van de patiënt"

SPECIFIEKE AFSPRAKEN

- PopovGGZ zorgt bij langdurige afwezigheid voor een geschikte vervanging van de ombudspersoon door een collega-ombudspersoon. PopovGGZ communiceert dit tijdig aan de voorziening (via de directie en de contactpersoon). De voorziening zorgt voor bekendmaking t.a.v. de medewerkers en de patiënten (per afdeling en algemeen via aangepaste affiches).

- Indien de patiënt/bewoner akkoord is, wordt de bemiddeling uitgesteld tot de ombudspersoon terug is.

- Is de patiënt/bewoner het daar niet mee eens, dan zoekt de vervangende ombudspersoon een oplossing, conform de afgesproken werkwijze (visietekst, gedragscode, huishoudelijk reglement).

Ombudspersonen tewerkgesteld bij PopovGGZ:

	Naam: Chantal Van Moerkerke, coördinator O.Vl. **E-mail:** chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0476 / 306 444 **Bereikbaar:** op maandag, dinsdag en donderdag van 9u tot 17u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Dr. Guislain, PVT Campus De Lorkenstraat, PZ Dr. Guislain Campus Sint-Alfons, PC Gent-Sleidinge Campus Gent, PVT Hortus, PC Sleidinge Campus PC Sleidinge, PZ Dr. Guislain K-dienst Fioretti Campus De Deyne, BW Zagan, BW Domos, BW Ipso, BW Centrum Onderweg, DAC De Moester ,CGG Eclips, Riziv De Sleutel (CIC, TGM, TGG, dagcentrum en sociale werkplaats), MT Gent-Eeklo
	Naam: Nicole Claeys **E-mail:** nicole.claeys@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0495 / 295 612 **Bereikbaar:** van dinsdag tot vrijdag tijdens de kantooruren **Vaste voorzieningen:** PC Karus campus Gent, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Warande, PZ en PVT Sint-Jan-Baptist, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Krekelmuyter, PC Sint-Jan-Baptist Campus De Oostkade, BW De Vlier, MT Gent-Eeklo
	Naam: Anne-Leen Denolf **E-mail:** anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0491 / 393 918 **Bereikbaar:** op maandag en dinsdag tijdens kantooruren, op woensdag tot 12u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Sint-Jan, PZ en PVT Sint-Hiëronymus, PVT Campus 't Hooghuis, PZ en PVT Sint-Lucia, BW Waasland, BW Pro Mente, BW De Wende, RCGG Deinze-Eeklo-Gent, CGG Waas en Dender Netwerk, ADS MT Noord en ADS MT Midden
	Naam: Carine Eeckhout **E-mail:** carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0490 / 444 155 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen:** PC en PVT Ariadne Lede, PVT Leilinde, Karus campus Melle, PVT De Wadi, PC Sint-Franciscus – De Pelgrim, BW De Nieuwe Horizon, BW Vlaamse Ardennen, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, CGG 3 stromen, De Kiem, Netwerk ADS MT Zuid

	Naam: Sofie Wybo **E-mail:** Sofie.wybo@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0493 / 89 85 90 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen: /**
	Naam: Niki Vervaeke **E-mail:** niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0800 / 32 0 36 **Bereikbaar:** Vrijdag van 9.00 uur tot 11.30 uur **Vaste voorzieningen: /**

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus

Beernem

periode van 1 januari tot 31 december 2018

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 982

psychiatrisch verzorgingstehuis

Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
OP-WVL vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2703

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

www.ombudsfunctieggz.be

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw

Hoefijzerlaan 40

8000 Brugge

www.op-wvl.be

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon GGZ

0491/ 39 39 18

anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be

INHOUD

1. INLEIDING

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

3. AANMELDINGEN

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

5. BESLUIT

Bemiddelingsboek - 2705

1. INLEIDING

Dit jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg bevat, zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PC Sint-Amandus en PVT .

Het verslag vergelijkt de aanmeldingen van 2018 met die van 2017. Er worden, zoals door de overheid gevraagd, enkele aandachtspunten en eventueel bijhorende aanbevelingen geformuleerd die nuttig kunnen zijn voor het verder ontwikkelen van de ombudspraktijk.

In het Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg worden de gegevens van alle Vlaamse voorzieningen met externe ombudsfunctie per voorzieningensoort en per overlegplatform gegroepeerd. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In uitvoering van het Decreet van 1 juni 2001 houdende toekenning van een klachtrecht ten aanzien van de bestuursinstellingen wordt dit jaarverslag voor 10 februari bezorgd aan de diensten van de Vlaamse Ombudsman.

Op 19 maart 2019 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

Bemiddelingsboek - 2706

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

erkenningsnummer PZ				982							
A	**a-dag**	**a-nacht**	**T**	**t-dag**	**t-nacht**	**Tg**	**Sp**	**IB**	**K**	**k-dag**	**k-nacht**	**totaal**
110	20	1	233	24	1	-	54	16	-	-	-	**459**

erkenningsnummer PVT		
PVT permanent	**PVT uitdovend**	**totaal**

Aan dit psychiatrisch ziekenhuis is een psychiatrisch verzorgingstehuis verbonden, gelegen op dezelfde campus van het ziekenhuis. Het PVT wordt mee opgenomen in dit jaarverslag.

Op het einde van hoofdstuk 3 staan we kort stil bij de aanmeldingen vanuit het PVT en de diensten beschut wonen.

B. Aantal gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

Deze cijfers werden nog niet ontvangen en zullen verder aangevuld worden na ontvangst.

	2018
gerealiseerde verpleegdagen	
opnames	
opgenomen patiënten op 1/1	
opgenomen patiënten op 31/12	
gedwongen opnames	

C. Externe ombudsfunctie

Sinds maart 2017 neemt Anne-Leen Denolf de ombudsfunctie binnen het PC Sint-Amandus op. Anne-Leen is sinds die datum ook actief als ombudspersoon in drie andere voorzieningen in West-Vlaanderen. In Oost-Vlaanderen neemt zij de ombudsfunctie op binnen 3 voorzieningen. Anne-Leen is daarmee voltijds aan de slag als ombudspersoon binnen het Vlaams Overlegplatform GGZ.

Zij neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (IPSOF). Ze is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

Anne-Leen is elke donderdag in het ziekenhuis aanwezig van 9u tot 12u.

	Naam: Anne-Leen Denolf **E-mail:** anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0491 / 393 918 **Bereikbaar:** tijdens kantooruren

Bij afwezigheid zal Anne-Leen vervangen worden door één van haar collega's bij het overlegplatform.

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 02/01/2018, de laatste op 28/12/2018. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 89.
Dit zijn opvallend minder aanmeldingen dan de 2 voorgaande jaren, maar het aantal is nog steeds hoger dan in 2015.
Ook het aantal aanmelders is gedaald in vergelijking met 2 voorgaande jaren.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	47	136	136	89
aanmelders	26	58	60	49

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2018 met deze van 2017.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	136		89	
aanmelders	60		49	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	23	20,90	44	57,14
binnen de week	80	72,72	33	42,85
binnen de 2 weken	-	-	-	-
binnen de 4 weken	4	3,63	-	-
later dan 4 weken	3	2,72	-	-
totaal	110	100	77	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	26	19,11	12	13,48
1 contact	95	69,85	60	67,41
2 contacten	8	5,88	10	11,23
3 contacten	7	5,14	4	4,49

meer dan 3 contacten	-	-	3	3,37
totaal	136	100	89	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		6	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	136		85	

De 89 aanmeldingen komen van in totaal 49 aanmelders. De meerderheid van de aanmeldingen *(57,14%)* wordt de dag zelf opgenomen. Bij 33 aanmeldingen had de ombudspersoon binnen diezelfde week een afspraak met de aanmelder om de klacht te bespreken. Bij de meeste aanmeldingen is er een persoonlijk contact tussen de ombudspersoon en de aanmelder. Bij 12 aanmeldingen is er na telefonische of schriftelijke contactname van de patiënt geen vervolggesprek met de ombudsdienst noodzakelijk of mogelijk geweest. Bij een meerderheid van de aanmeldingen volstond 1 contact. Meerdere contacten met de ombudspersoon op diezelfde dag worden ook als 1 contact aanzien.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
9	1	2,04	9	10,11
7	1	2,04	7	7,86
5	2	4,08	10	11,23
3	4	8,16	12	13,48
2	10	20,40	20	22,47
1	31	63,26	31	34,83
totaal	49	100	89	100

De 89 aanmeldingen komen van in totaal 49 aanmelders. In 2018 namen heel wat aanmelders over meer dan 1 thema contact met de ombudspersoon, de zogeheten *'repeaters'*. Ofwel formuleerden zij op hetzelfde moment verschillende klachten, ofwel kwamen zij later in het jaar nog eens terug bij de ombudspersoon voor een andere interventie. Vier aanmelders schieten erbovenuit met het formuleren van 5 of meer geregistreerde aanmeldingen. Zij zijn samen goed voor bijna 30% van de klachten. In 2017 was dit vergelijkbaar. 7 aanmelders hadden toen ook 5 of meer klachten.
Hoewel deze 'repeaters' voor een groot deel van de aanmeldingen verantwoordelijk zijn, brengen zij toch inhoudelijk relevante info, vragen of klachten aan en vertalen zij vaak aanmeldingen waar ook heel wat andere patiënten mee geconfronteerd worden.

Meer dan 8 op 10 van de aanmelders zijn individuele patiënten, daarbij is er een groter aandeel (*79.72%)* afkomstig van mannen. Dit was in 2017 ook het geval *(85.93%).*
Er waren geen aanmeldingen van groepen, 15 aanmeldingen kwamen via familie of personeelsleden *(16,85%).* Aanmeldingen van derden worden door de ombudsdienst, indien mogelijk, steeds afgetoetst met de patiënt zelf.

De meerderheid van de aanmelders was nieuw voor de ombudspersoon. Toch werden 4 op 10 aanmelders eerder al gezien door de ombudspersoon. Dit hoog aantal bekende aanmelders is te wijten aan het aantal repeaters. Gezien de ombudspersoon nieuw is in de voorziening sinds maart 2018 is het logisch dat heel wat patiënten nog nooit gezien werden door de ombudspersoon. Er mag dus verwacht worden dat het aandeel nieuwe patiënten met het terug aanmelden van een aantal repeaters in de komende jaren lager zal liggen dan 4 op 10. In 2017 bedroeg het aantal nieuwe aanmelders slechts 25%. Dit is zeer laag.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
direct contact	17	12,50	19	21,34
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	44	32,35	11	12,35
telefonisch *(of GSM, SMS)*	75	55,14	59	66,29
totaal	136	100	89	100

De meerderheid van de aanmeldingen gebeurde via telefonisch contact, gevolgd door een persoonlijk contact met de ombudspersoon op de afdeling of in het ombudslokaal.

Een derde van de aanmeldingen gebeurt via direct contact (rechtstreeks aanspreken ombudspersoon in ombudslokaal, op ziekenhuisdomein) en via schriftelijke aanmeldingen (mailverkeer of via briefje in postbus ombudspersoon). De manier waarop patiënten de ombudspersoon benaderen is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Initieel verzoek betreft

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	10	7,35	8	8,98
vraag tot interventie	74	54,41	60	67,41
vraag tot signalering	16	11,76	9	10,11
vraag naar een luisterend oor	36	26,47	12	13,48
totaal	136	100	89	100

Bij de meerderheid (*67,41 %)* ligt een vraag tot interventie nog steeds aan de grondslag van hun aanmelding. Patiënten komen dus naar de ombudsdienst om een bemiddeling te vragen over een probleem of thema, waarbij men geen gehoor kreeg of geen succes had via de afdeling, de dokter,… De interventie die men wenst, was in 3 gevallen een vraag tot financieel akkoord (versus 4 in 2017). In al de andere aanmeldingen wou men dus iets bekomen in één van de thema's rond kwaliteitsvolle dienstverlening.

In tweede instantie zocht men een luisterend oor om zijn of haar verhaal te kunnen doen. In veel mindere mate deed men beroep op de signaalfunctie van de ombudsdienst of had men een vraag naar informatie.

Een aanzienlijk aandeel van aanmelders had ook nog geen informele pogingen ondernomen (*47,19%).* Meestal is dit omdat men er principieel voor kiest om beroep te doen op de externe ombudspersoon.

De meerderheid van de aanmelders was opgenomen toen ze contact namen met de externe ombudspersoon. 8 aanmelders hadden het ziekenhuis al verlaten, waren met (gedwongen) ontslag, time-out of andere. Binnen deze groep is veel wrevel en onduidelijkheid, zij vinden ook hun weg naar de ombudsdienst. Er was 1 aanmelder die vragen/bedenkingen had bij het opnametraject.

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2018, dus ruimer dan de strikte interpretatie van de Wet Patiëntenrechten. Deze aanmeldingen behandelen ook voeding of infrastructuur en gaan dus verder dan de strikte zorgrelatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar.

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)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	114	83,82	78	87,64
algemene vraag los van patiëntenrecht	22	16,17	11	12,35
totaal	136	100	89	100

Er waren 11 aanmeldingen die geen direct patiëntenrecht betroffen. Dit waren algemene vragen die juridisch of financieel van aard waren of betrekking hadden op vragen over toekomstige huisvesting of tewerkstelling of simpelweg het kwijt kunnen van het levensverhaal.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot de patiëntenrechten

Betrokken discipline

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	55	40,44	20	22,47
psychiater	19	13,97	8	8,98
huisarts	2	1,47	5	5,61
andere arts	-	-	1	1,12
apotheker	-	-	-	-
verpleging	13	9,55	15	16,85
persoonlijke begeleider	-	-	1	1,12

sociale dienst	3	2,20	1	1,12
psycholoog	-	-	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	-	-	2	2,24
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	16	11,76	22	24,71
administratieve dienst	4	2,94	2	2,24
technische dienst	-	-	2	2,24
voedingsdienst	15	11,02	3	3,37
poetsdienst	-	-	1	1,12
directie	-	-	1	1,12
bewindvoerder	4	2,94	1	1,12
ombudspersoon	-	-	1	1,12
andere	5	3,67	3	3,37
totaal	136	100	89	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.

In 2018 waren er minder aanmeldingen waarbij de behandelend psychiater betrokken was. De aanmeldingen rond verpleging en multidisciplinair team zijn wel gestegen. Mogelijks kan dit te maken hebben met de wijze van registreren van de ombudspersoon. Veel beslissingen die effect hebben op de patiënt worden in team genomen en onder multidisciplinair team gescoord.

Samen met aanmeldingen betreffende persoonlijk begeleider, huisarts en de therapeuten betreffen *60,63* % van de aanmeldingen de disciplines die het dichtst bij de patiënt staan. De zorgrelatie staat dus centraal in de bemiddelingsopdracht van de ombudspersoon.

Over de ondersteunende diensten zijn patiënten redelijk tevreden. Er was maar 1 aanmelding over de sociale dienst en 2 met betrekking tot de administratieve dienst.

Het ziekenhuis scoort opnieuw zeer goed op de logistieke diensten. Poetsdienst en technische dienst hebben beperkt aantal aanmeldingen. Het aantal aanmeldingen over de keuken is spectaculair gedaald. De klachten over de maaltijden betreffen de kwantiteit van de aangeboden maaltijd en niet de kwaliteit.

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	110	96,49	67	85,89
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	2,63	1	1,28
3. informatie	-	-	4	5,12
4. geïnformeerde toestemming	1	0,87	2	2,56
5. inzage patiëntendossier	-	-	2	2,56
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	1,28
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	1	1,28
totaal	114	100	78	100

Zoals overal en steeds het geval is, hebben de meeste aanmeldingen betrekking op het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening *(85,89 %)*. Andere patiëntenrechten komen minimaal aan bod, maar wel met een duidelijke tendens naar vragen en klachten rond correct omgaan met informatie: informatie op een vlotte manier ontvangen, voldoende geïnformeerd worden of vlot kunnen inzien van dossier.

De vraag naar vrije keuze beroepsbeoefenaar is bijna helemaal weggevallen. Dit verklaart ook deels waarom minder aanmeldingen in de discipline psychiater scoren.

Ook het recht op pijnbestrijding en recht op klachtenbemiddeling kwam aan bod.

Voor het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening worden in de volgende tabellen meer gedetailleerde aantallen gegeven. In elke categorie binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening kan de aanmelding nog verder gepreciseerd worden.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	13	11,81	6	8,95
1.2. goede behandeling/begeleiding	31	28,18	24	35,82
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	11	10,00	2	2,98
1.4. goede hotelservice	27	24,54	11	16,41
1.5. betalende diensten	2	1,81	2	2,98
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	16	14,54	4	5,97
1.7. beschermende maatregelen	10	9,09	18	26,86
totaal	110	100	67	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	7,69	-	-
correcte omgangsvormen	10	76,92	5	83,33
grensoverschrijdend gedrag	2	15,38	-	-
andere	-	-	1	16,66
totaal	13	100	6	100

Het aantal klachten over respectvolle bejegening zijn numeriek gehalveerd. Waar in het vorig jaarverslag de ombudspersoon nog met een beschuldigende vinger wees richting 1 afdeling, is dit in 2018 niet of veel minder tot bij de ombudspersoon gekomen.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	3,22	-	-
somatische verzorging	8	25,80	6	25,00
medicatie	8	25,80	1	4,16
individuele therapie	-	-	6	25,00
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	8	25,80	4	16,66
betrokkenheid familie	-	-	5	20,83
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	4,16
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	6,45	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	1	3,22	1	4,16
overplaatsing naar een andere voorziening	3	9,67	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	31	100	24	100

Binnen de 'goede behandeling/begeleiding' zijn de aanmeldingen omtrent medicatie quasi volledig weggevallen. Ook dit verklaart deels waarom de discipline psychiater minder scoorde. Aanmeldingen rond beschikbaarheid van medewerkers zijn ook gedaald.

Daartegenover staat dat er, anders dan voorgaande jaren, wel aanmeldingen zijn rond individuele therapie. Patiënten wenden zich tot de ombudspersoon om klachten, verzuchtingen te ventileren of met bemiddelingsvragen omtrent hun individueel behandeltraject. Ook een duidelijk verschil met voorgaand jaar is de vraag naar meer familiebetrokkenheid.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	8	72,72	1	50,00
groepsleven	1	9,09	1	50,00
ontspanning/vrije tijd	2	18,18	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	11	100	2	100

Waar in 2017 afdelingsregels wegens te veel, te onduidelijk, of onhaalbaar werden aangeklaagd bij de ombudspersoon, is dit in 2018 slechts 1 maal aan bod gekomen.

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	15	55,55	4	36,36
infrastructuur/accommodatie	10	37,03	1	9,09
hygiëne	1	3,70	2	18,18
veiligheid persoon	-	-	1	9,09
veiligheid goederen	1	3,70	3	27,27
andere	-	-	-	-
totaal	27	100	11	100

In de subcategorie goede hotelservice is duidelijk te zien dat de voeding en de accommodatie veel minder aanmeldingen genereerden.

Opvallend en in tegenstelling tot het gedaald aantal klachten rond beschikbaarheid, zijn er in 2018 wel klachten omtrent fysieke en verbale agressie, diefstallen of schade aan goederen. Anders dan in 2017 kan in de aanmeldingscijfers een verhoogd onveiligheidsgevoel bij patiënten opgemerkt worden.

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	2	100,00	2	100,00
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	2	100	2	100

Opnieuw zijn er 2 klachten rond verloren kledij bij de wasserij. Deze klachten worden steeds van dichtbij opgevolgd door de betrokken medewerkers en hebben al geleid tot financiële tegemoetkoming.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
factuur	11	68,75	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	1	25,00
bestedingsautonomie	3	18,75	2	50,00
bewindvoering	2	12,50	1	25,00
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	16	100	4	100

In 2018 ontving de ombudspersoon geen enkele klacht rond facturatie, dit in tegenstelling tot voorgaande ja(a)r(en).

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	2	11,11
beperkte bewegingsvrijheid	4	40,00	3	16,66
afzondering	-	-	2	11,11
fixatie	1	10,00	2	11,11
gedwongen opname	5	50,00	8	44,44
internering	-	-	-	-
andere	-	-	1	5,55
totaal	10	100	18	100

In 2018 werd beroep gedaan op de ombudsdienst om zijn/haar verhaal te kunnen doen over een beschermende maatregel waar men aan onderhevig was/is of om informatie te vragen over de procedure gedwongen opname. Onder deze categorie werden ook aanmeldingen gescoord van patiënten die in onduidelijkheid zijn over de duur van hun verblijf op een gesloten circuit en hun verblijf daar ervaren als willekeur of straf.

Patiënten hebben het ook lastig met de afhankelijkheid van verpleging voor het invullen van simpele basisbehoeftes zoals eten en drinken, persoonlijke hygiëne of schone kledij.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	3	100,00	1	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	1	100

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	25,00
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	1	25,00
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	2	50,00
totaal	-	-	4	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	1	100,00	-	-
	toestemming	-	-	1	50,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	1	50,00
totaal		1	100	2	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	2	100,00

totaal	-	-	2	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Geen aanmeldingen rond ontvangen in 2018.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Er werd 1 informerende vraag over klachtenbemiddeling gesteld in 2018.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Al enkele jaren geen aanmeldingen.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Al enkele jaren geen aanmeldingen.

10. Recht op pijnbestrijding

Eén aanmelding over in 2018 (geen in 2017)

D. Interventie

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	41	30,14	13	15,29
doorverwijzen intern	13	9,55	3	3,52

doorverwijzen extern	4	2,94	6	7,05
informeren	8	5,88	10	11,76
signaleren	33	24,26	22	25,88
coachen	9	6,61	4	4,70
bemiddelen	28	20,58	27	31,76
totaal	136	100	85	100

Er werd door de ombudsdienst het meest bemiddeld en gesignaleerd. In 2018 was er bij de bemiddelingen een grotere rechtstreekse betrokkenheid van patiënten dan voorgaande jaren. Bij 3 op 10 van de bemiddelingen was de patiënt betrokken. In het merendeel van de bemiddelingen is het nog steeds zo dat de ombudspersoon optreedt als pendel-bemiddelaar, wat ook resulteert in een snelle afhandeling van de aanmelding (er hoeven geen afspraken met 3 partijen gemaakt te worden, een telefonisch contact volstaat soms), maar zorgt voor minder betrokkenheid en zelfredzaamheid, en uiteindelijk ook een lagere tevredenheid van de patiënt.

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	8	29,62
ombudspersoon zonder patiënt	28	100,00	19	70,37
totaal	28	100	27	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	28	20,58	30	35,29
binnen de week	76	55,88	29	34,11
binnen de twee weken	7	5,14	9	10,58
binnen de vier weken	11	8,08	5	5,88
later dan vier weken	14	10,29	12	14,11
totaal	136	100	85	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	10		22	

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.

35,29% van de aanmeldingen kunnen op dezelfde dag van de registratie worden opgevolgd en afgerond. Het gaat dan om de aanmeldingen waarbij de ombudspersoon kan luisteren, informeren of doorverwijzen en de meeste aanmeldingen waarbij sprake is van een pendel-bemiddeling kunnen ook diezelfde dag vaak nog afgehandeld worden.

34,11 % kan binnen de week afgehandeld worden.

Andere aanmeldingen nemen wat meer tijd in beslag omdat informatie moet verzameld worden of noodzakelijke beslissingen wat tijd vergen of omdat er verschillende gesprekken met de aanmelder aan vooraf gaan.

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.

Voor zover we expliciet feedback kregen van de patiënt bleek men minder tevreden met het resultaat dan met het proces van de bemiddeling. Niettegenstaande een veel hogere betrokkenheid van de patiënt in het behaalde resultaat is er procentueel wel een lagere gehele tevredenheid. Dit kan te maken hebben met de wijze van registratie van de ombudspersoon. Anderzijds is er een procentueel veel hogere gedeeltelijke tevredenheid, waaruit zou kunnen geconcludeerd worden dat het bemiddelingsresultaat een compromis is waarbij de patiënt niet het hoogst haalbaar gewenste resultaat behaalde, maar wel een tot ieders tevredenheid compromis.

Evaluatie resultaat

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	57	41,91	28	32,94
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	5	3,67	23	27,05
ontevredenheid patiënt	6	4,41	10	11,76
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	11	8,08	2	2,35
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	0,73	-	-
ontevredenheid patiënt	1	0,73	-	-
geen feedback	55	40,44	22	25,88
totaal	136	100	85	100

Voorgestelde verdere stappen

Tot slot geven we nog mee dat de ombudspersoon bij 9 aanmeldingen de aanmelders ook verder doorverwees. Het gaat om doorverwijzingen naar Agentschap Zorg & Gezondheid,

een advocaat, een ziekenfonds, de politie of de verzekeringsmaatschappij. Na deze doorverwijzingen krijgt de ombudspersoon niet altijd feedback over het resultaat.

F. PVT en Beschut Wonen

Er waren in 2018 ook 6 aanmeldingen vanuit de PVT, van 3 aanmelders. In 2017 waren dat er 10 van 7 aanmelders. De bewoners van het PVT nemen telefonisch of via de postbus van de ombudspersoon contact op met de ombudspersoon.

De aanmelders zijn 2 bewoners en 1 familielid.

Deze aanmeldingen betroffen de kwaliteitsvolle dienstverlening (goede behandeling, goede hotelservice, betalende diensten), een vraag rond geïnformeerde toestemming medicatie en een algemene vraag. De ombudspersoon heeft desbetreffende bewoners doorverwezen naar de juiste persoon, andere klachten werden gesignaleerd.

De aanwezigheid en het informeren van bewoners rond ombudswerking en patiëntenrechten kan in het PVT nog structureler aangepakt worden en is een werkpunt voor de ombudspersoon voor 2019.

Er waren in 2018 geen aanmeldingen uit Beschut Wonen.

Bemiddelingsboek - 2723

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Waar mogelijk formuleren we ook enkele "voorzichtige" aanbevelingen *(cursief),* eventueel stof voor discussie. Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid, om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren.

In het Vlaams jaarverslag, dat raadpleegbaar zal zijn op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. Op datum van dit jaarverslag zijn deze aandachtpunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2018 meer dan 2500 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Overzicht van de moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt, de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen en de vastgestelde positieve ontwikkelingen

- Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van onafhankelijkheid, neutraliteit, onpartijdigheid of beroepsgeheim van de ombudspersoon. De ombudspersoon ervaart een open en constructieve houding bij nagenoeg alle medewerkers van het ziekenhuis en het PVT.
- Niettegenstaande een fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis en een woordje uitleg over de patiëntenrechten op een aantal afdelingen zijn er toch minder aanmeldingen tot bij de ombudspersoon gekomen. Deels heeft het aantal aanmeldingen te maken met een meer geconcentreerde registratie van de ombudspersoon. Deels is er nog marge om te werken aan de bekendheid of zichtbaarheid van de ombudspersoon op de afdelingen.
  - ✓ *Op heden zijn er 2 postbussen van de ombudsdienst en hangt op alle afdelingen een poster met de (contact)gegevens.*
  - ✓ *In 2018 is de ombudspersoon op een aantal afdelingen langsgeweest om een woordje uitleg te geven rond patiëntenrechten en werking van de ombudsdienst. In 2019 zal deze rondgang verdergezet worden.*
  - ✓ *In 2019 wil de ombudspersoon een blijvende aanwezigheid op de afdelingen garanderen, o.a. via toelichtingsmomenten.*
- Het hoge aantal repeaters is opvallend. Voorgaande jaren lag het aantal bekende patiënten nog hoger. Patiënten die eenmaal de weg vonden naar de ombudspersoon keren dus terug. Op zich is dit een positief resultaat. Valkuil hierbij is dat klachten en signalen altijd uit diezelfde pool patiënten komen en niet steeds representatief is voor een meerderheid van patiënten. Opnieuw, er is nog marge om de ombudsdienst bekender te maken en het is een uitdaging om ook nieuwe patiënten aan te spreken.

- Er werden onder medewerkers geen noemenswaardige zaken opgemerkt met betrekking tot vragen over patiëntenrechten. Hier blijvend aandacht aan besteden maakt deel uit van de basishouding van elke zorgverlener.
  - ✓ *De ombudspersoon gaf in 2018 een toelichting voor nieuwe medewerkers omtrent patiëntenrechten en werking van de ombudsdienst. Voor 2019 is dit opnieuw gepland.*
  - ✓ *De ombudspersoon werd door medewerkers gecontacteerd met vragen betreffende patiëntenrechten. Vanuit de ombudspersoon is er blijvende bereidheid om in gesprek te gaan over onderwerpen betreffende patiëtenrechten.*
  - ✓ *De ombudspersoon werd betrokken in de tijdelijke 'projectgroep rechten van de patiënt'. De doelstelling van deze projectgroep is de werking van het ziekenhuis m.b.t. rechten van de patiënt te evalueren en waar nodig acties te ondernemen om dit beleid aan te passen of bij te sturen.*

- Er werden in 2018 in aantal minder aanmeldingen door de ombudspersoon behandeld, maar deze aanmeldingen leidden tot meer bemiddelingen met betrokkenheid van de patiënt zelf. Een positieve evolutie is dat patiënten gemotiveerd kunnen worden om zelf hun stem te laten horen. Patiënten zijn ook tevredener over het resultaat van de bemiddeling wanneer zij meer betrokken zijn. De hoofdbrok aan bemiddelingen zijn echter nog steeds pendelbemiddelingen. Niet voor elke casus is het noodzakelijk om met 3 of meer aan tafel te gaan zitten. Een pendelbemiddeling, waarbij de ombudspersoon als tussenpersoon optreedt, is ook tijdsefficiënter.

B. Aanbevelingen 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, evenals positieve ontwikkelingen

B.1. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking

- Meer dan voorgaande jaren wenden patiënten zich tot de ombudspersoon om klachten, verzuchtingen te ventileren of met bemiddelingsvragen omtrent hun individueel behandeltraject. Patiënten die tot bij de ombudspersoon komen, wensen dus een verschil te maken in hun persoonlijke benadering. Deze vragen werken altijd zoveel mogelijk bemiddeld met betrokkenheid van de patiënt.

- Ook een duidelijk verschil met voorgaand jaar is de vraag naar meer familiebetrokkenheid. Families gaven aan zich afgesneden te voelen van het traject van een naaste, geen informatie te ontvangen over het welbevinden of over de ondernomen stappen in de behandeling. 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 het beroepsgeheim. Daarnaast hoorde de ombudspersoon de verzuchting te weinig gehoord te worden. Zeker in procedures gedwongen opname of bij toestaan van uitgangspersmissie en voor voldongen feiten te staan bij verhuis van afdeling of voorziening.

- *Het is aangewezen blijvend aandacht te besteden aan de noden van familieleden in verschillende fases van het zorgtraject: verstrekken van (algemene) informatie, herhalen van informatie, betrekken van de familie mits toestemming, inspraak in bepaalde beslissingen geven, ondersteunen/coachen van de familie, doorverwijzen en betrekken in de ontslagvoorbereiding.*

- Jammer genoeg is er meer onveiligheidsgevoel van patiënten aan bod gekomen. In 2018 zijn er anders dan in voorgaande jaren wel klachten omtrent fysieke en verbale agressie, diefstallen of schade aan goederen.
    - *Welke inspanningen kunnen er, bovenop reeds genomen of in uitvoering zijnde beslissingen, nog gebeuren om de veiligheid van goederen van patiënten en het veiligheidsgevoel van patiënten voldoende te waarborgen?*

- Goede hotelservice

Het ziekenhuis staat zeer sterk met zijn logistieke diensten. Technische mankementen, infrastructuur of schoonmaak geven zelden tot nooit aanleiding tot klachten. In 2018 zijn er een beperkt aantal aanmeldingen geweest rond de voeding. Er is een grote tevredenheid betreffende de kwaliteit van de aangeboden maaltijden, maar minder over de aangeboden hoeveelheid. Aanmeldingen werden met de keuken teruggekoppeld en door de diëtist verder opgevolgd.

B.2. Het recht op informatie (recht op inzage en afschrift dossier, recht op geïnformeerde toestemming en recht op informatie)

- Informeren van patiënten en hun omgeving

In 2018 zag de ombudspersoon dat heel wat aanmeldingen onder de noemer informatie vallen. Zowel aanmeldingen rond inzien en afschrift van dossier krijgen, aanmeldingen rond niet, te weinig of foute informatie ontvangen, aanmeldingen rond geïnformeerde toestemming, maar ook klachten over de te beperkte doorstroom van informatie binnen het team wat negatieve gevolgen heeft voor patiënten.

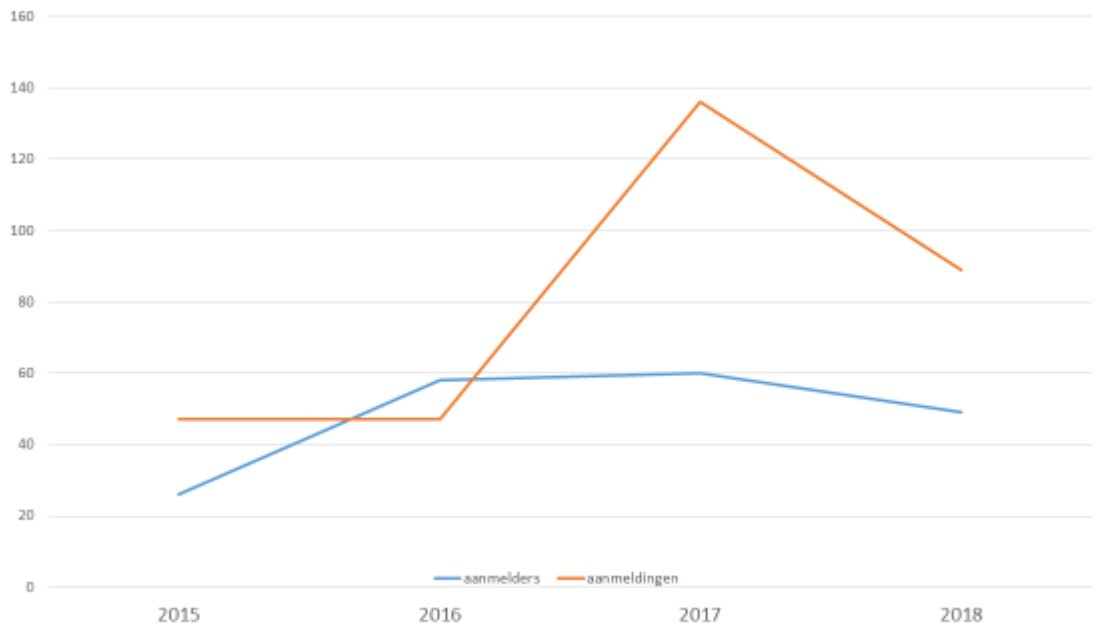
- *Het systematisch, herhalend en correct informeren van patiënten en hun naasten en het correct afwegen over welke informatie gegeven wordt moet een voortdurend aandachtspunt zijn.*

5. BESLUIT

De Ombudsdienst kan in PC Amandus zeer laagdrempelig werken. De ombudspersoon ervaart geen moeilijkheden met patiëntencontacten op de afdelingen. Voor de toekomst zal een aandachtspunt zijn om ook voldoende nieuwe patiënten te kunnen aanspreken en het aantal repeaters aanvaardbaar te houden.

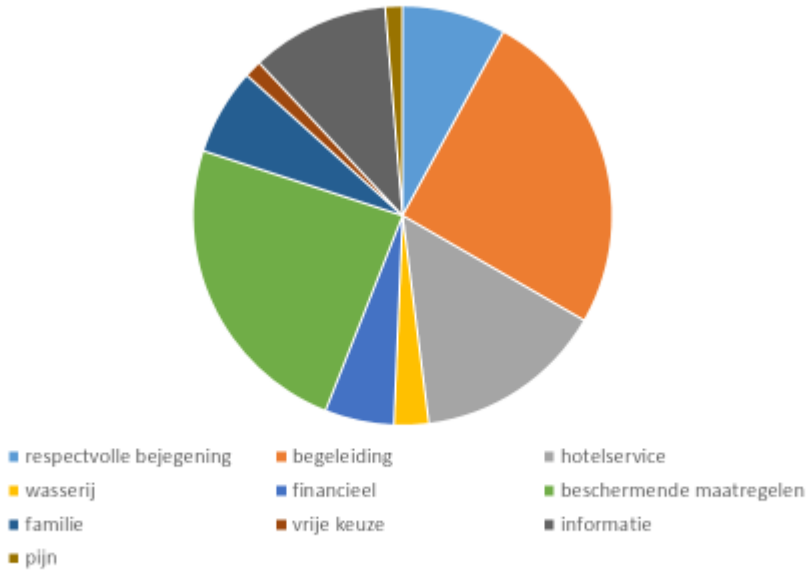
Het dalende aantal aanmeldingen kan te maken hebben met de wijze van registreren van de ombudspersoon. De toekomst zal uitwijzen of aanmeldingen binnen dezelfde grootteorde zullen blijven.

We zagen in 2018 een daling van het aantal aanmeldingen en aanmelders na een stijging in 2016 en 2017. Maar het aantal aanmelders en aanmeldingen ligt nog steeds hoger dan in 2015.



Hoewel er minder aanmelders waren, was er toch een grotere patiëntbetrokkenheid in de bemiddeling van de aanmeldingen. Over het algemeen waren patiënten tevreden over het resultaat en de aanpak van de bemiddeling.

Patiënten kwamen hoofdzakelijk naar de ombudsdienst voor kwaliteitsvolle dienstverlening. Vooral het gewaarworden van een onveiligheidsgevoel, de vraag naar meer familiebetrokkenheid en het correct omgaan me informatie waren in 2018 onderwerpen die nieuw aan bod kwamen.



Het aantal aanmeldingen vanuit het PVT bleef beperkt. Het is een aandachtspunt om de ombudswerking voldoende bekend en laagdrempelig in de PVT te communiceren.

Afsluitend wensen we alle betrokkenen te bedanken voor hun aandacht voor en het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd.

We hopen de aangename en constructieve samenwerking ook in de toekomst op eenzelfde wijze verder te kunnen zetten.

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Therapeutisch Centrum Rustenburg

Brugge

periode van 1 januari tot 31 december 2018

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 987

Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
OP-WVL vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2729

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

www.ombudsfunctieggz.be

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw

Hoefijzerlaan 40

8000 Brugge

www.op-wvl.be

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon GGZ

0491/ 39 39 18

anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be

1. INLEIDING

Dit jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg bevat, zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PTC Rustenburg in Brugge.

In het Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg worden de gegevens van alle Vlaamse voorzieningen met externe ombudsfunctie per voorzieningensoort en per overlegplatform gegroepeerd. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In uitvoering van het Decreet van 1 juni 2001 houdende toekenning van een klachtrecht ten aanzien van de bestuursinstellingen wordt dit jaarverslag voor 10 februari bezorgd aan de diensten van de Vlaamse Ombudsman.

Op 19 maart 2019 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie en medewerkers voor de samenwerking en hun aandacht voor en het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd.

We hopen de aangename en constructieve samenwerking ook in de toekomst op eenzelfde wijze verder te kunnen zetten.

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

De externe ombudspersoon Inge Decorte neemt de externe ombudsfunctie binnen het PTC Rustenburg Brugge op. Inge is sinds maart 2017 in ziekteverlof. In de loop van het jaar is zij tijdelijk vervangen geweest door haar collega's van het overlegplatform Anne-Leen Denolf, Julie Vandepitte en Nicole Claeys.

Inge heeft binnen het PTC Rustenburg geen wekelijkse permanentie, maar komt langs op afspraak na telefonische of schriftelijke contactname door patiënten of familie. Waar mogelijk hebben haar collega's getracht dit zoveel mogelijk over te nemen.

3. AANMELDINGEN

In 2018 werden slechts 6 aanmeldingen van 5 aanmelders geregistreerd. Dit aantal is wel vergelijkbaar met de voorgaande jaren (zie onder).

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	11	3	7	6
aanmelders	6	3	7	5

Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	7		6	
aanmelders	7		5	
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				

Bemiddelingsboek - 2732

geen enkel contact	7	100	1	16,66
1 contact	-	-	5	83,33
totaal	7	100	6	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	0		1	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	7		6	

De aanmelders zijn allemaal patiënten deels in opname, deels waarvan de behandeling beëindigd was. 1 aanmelder kwam in de loop van het jaar terug naar de ombudspersoon met een nieuwe aanmelding.

De meeste contactnames gebeurden telefonisch waarbij aanmelders vooral een tussenkomst van de ombudspersoon verwachtten of een vraag naar informatie hadden.

Positief is dat, anders dan voorgaand jaar, een telefonische of schriftelijke aanmelding bij de ombudspersoon gevolgd werd door een persoonlijk gesprek. Bij 5 aanmeldingen was er een éénmalig face-to-face patiëntencontact.

Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

In dit jaarverslag vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2018, dus ruimer dan de strikte interpretatie van de Wet Patiëntenrechten. Deze aanmeldingen behandelen ook voeding of infrastructuur en gaan dus verder dan de strikte zorgrelatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot de patiëntenrechten

In volgende tabel 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	5	83,33	4	66,66
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	-	-	1	16,66

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

vertrouwelijk

4. geïnformeerde toestemming	-	-	1	16,66
5. inzage patiëntendossier	1	16,66	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	6	100	6	100

Zoals steeds en overal het geval is, gaan de meeste aanmeldingen over kwaliteitsvolle dienstverlening. Toch zien we ook 1 aanmelding over het recht op informatie en 1 aanmelding over geïnformeerde toestemming.

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening wordt in de volgende tabel opgesplitst in subcategorieën.

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	-	-	1	25,00
1.2. goede behandeling/begeleiding	4	80,00	2	50,00
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	-	-
1.4. goede hotelservice	-	-	-	-
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	20,00	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	1	25,00
totaal	5	100	4	100

Bij respectvolle bejegening betreft het 1 klacht over correcte omgangsvormen.

Bij goede behandeling gaat het 2 maal over de beëindiging van de opname die verplicht gebeurd.

Bij beschermende maatregelen wordt een maatregel als straf ervaren door de patiënt.

De ombudspersoon heeft bij 3 aanmeldingen bemiddeld in die zin dat er contact opgenomen werd met een betrokken hulpverlener. Daarnaast werd er geïnformeerd en gesignaleerd.

In de meeste gevallen waren de aanmelders tevreden met de tussenkomst van de ombudspersoon.

Bemiddelingsboek - 2734

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden. Vanzelfsprekend is door het lage aantal aanmeldingen en door het continue wisselen van de verantwoordelijke ombudspersoon het niet zo evident om tendensen of problemen op te merken.

In het Vlaams jaarverslag, dat raadpleegbaar zal zijn op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. Op datum van dit jaarverslag zijn deze aandachtpunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2018 meer dan 2500 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

Aanbevelingen 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, evenals positieve ontwikkelingen

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking

- Er waren enkele aanmeldingen met betrekking tot het gedwongen moeten stopzetten van een opname of behandeling in het PTC. We stellen vast dat het beëindigen van de zorgrelatie voor de patiënt en zijn/haar familie 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 niet steeds 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.
    - *Vanuit onze praktijk moedigen we hier uitdrukkelijk de dialoog aan 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.*

- In 2018 werd beroep gedaan op de ombudsdienst om zijn/haar verhaal te kunnen doen over een beschermende maatregel waar men aan onderhevig was/is. Patiënten ervaren een beschermende maatregel als onrechtvaardig, willekeurig, onterecht of zelf als straf.
    - *We adviseren om rond beschermende maatregelen te blijven in dialoog gaan met de patiënt over de reden en de noodzakelijkheid, in te zetten op patiëntparticipatie en het advies van de Hoge Gezondheidsraad van juni 2016 m.b.t. dwanginterventies op te volgen.*

vertrouwelijk

Afsluitend wensen we alle betrokkenen te bedanken voor de samenwerking en hun aandacht voor en het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd.

We hopen de aangename en constructieve samenwerking ook in de toekomst op eenzelfde wijze verder te kunnen zetten.

Psychiatrisch Centrum
Ariadne
Lede
van 1 januari tot 31 december 2018

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

psychiatrisch ziekenhuis

psychiatrisch verzorgingstehuis Nieuwemeers

psychiatrisch verzorgingstehuis Leilinde

Psychiatrisch Centrum Ariadne

Lede

periode van 1 januari tot 31 december 2018

Carine Eeckhout
Ombudspersoon
PopovGGZ vzw
Februari 2019

Bemiddelingsboek - 2739

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
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: carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be
www.ombudsfunctieggz.be

INHOUD

1. INLEIDING 5

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE 7

3. AANMELDINGEN 9

3.1. PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS LEDE 9

3.2. PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS, CAMPUS LEDE 24

3.3. PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS, CAMPUS DENDERMONDE 26

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN 28

5. BESLUITEN 31

6. PRAKTISCHE INFORMATIE 32

7. BIJLAGE: OMBUDSPERSONEN TEWERKGESTELD BIJ POPOVGGZ VZW 34

Bemiddelingsboek - 2741

1. INLEIDING

Dit is het vijftiende jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg.

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.

Tot 2006 werd het jaarverslag, volgens het model uitgewerkt door het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie *(IPSOF)*, door de ombudspersoon aan de directie van de voorziening bezorgd, met de vraag het zelf over te maken aan de Federale Commissie "Rechten van de patiënt".

Vanaf 2007 tot en met 2014 voorzag de Federale Commissie een eigen model, zowel voor een aantal minimale registratiegegevens als voor een aantal bemerkingen op de ombudspraktijk. Deze gegevens werden in die periode rechtstreeks door de ombudspersoon via internet overgemaakt aan de Federale Commissie. Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid aan de gemeenschappen. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie “Rechten van de patiënt” moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid. Vanaf 2018 vraag de Vlaamse Ombudsman de integrale jaarverslagen van de voorzieningen op en bundelt de aanmeldingen van alle ombudspersonen in het Jaarverslag en bemiddelingsboek 2018 dat te raadplegen zal zijn via de website van de Vlaamse ombudsdienst (www.vlaamseombudsdienst.be).

Om de continuïteit te verzekeren, vindt u onder **C. Inhoud van de aanmelding** een overzicht van de minimale registratiegegevens volgens de strikte interpretatie van de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002 *(zoals voorheen overgemaakt aan de Federale Commissie)*.

Tussen het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg en het ziekenhuis werd een overeenkomst gesloten. Ook werd een huishoudelijk reglement uitgewerkt, ondertekend en aan de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" overgemaakt. Hierin wordt ook verwezen naar de visietekst en de gedragscode die richtinggevend zijn voor de praktijk.

Deze teksten vindt u bij "documentatie & informatie" op www.ombudsfunctieggz.be.

In het **tweede hoofdstuk** sommen we enkele kenmerken van het psychiatrisch ziekenhuis op en staan we stil bij de manier waarop aan de externe ombudsfunctie vorm werd gegeven.

Het **derde hoofdstuk** biedt een overzicht van de aanmeldingen. We kiezen bewust voor de term "aanmeldingen". Soms gaat het over een gewone vraag om informatie, soms wil men gewoon eens zijn verhaal doen, soms gaat het over een klacht over een hulpverlener of over het ziekenhuis, maar dikwijls ook over derden. Via een gemeenschappelijke registratie voor alle externe ombudspersonen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg proberen we een zicht te krijgen op de rijke verscheidenheid van vragen en antwoorden.

De gegevens worden rechtstreeks ingebracht in een centrale databank, Go-between, ontwikkeld door KP-soft uit Mechelen *(www.kpsoft.be)*, zodat elke ombudspersoon zowel de evolutie van elke aanmelding op de voet kan volgen als via statistieken een zicht kan krijgen op de aanmeldingen in alle voorzieningen waar hij of zij werkzaam is.

Indien nodig wordt het systeem jaarlijks bijgewerkt om het zo nauw mogelijk te laten aansluiten op de regelgeving. Bij elke aanmelding wordt aangegeven op welk patiëntenrecht deze betrekking heeft.

Deze gegevens worden verwerkt in een Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg, waar de gegevens per voorzieningensoort en per overlegplatform worden gegroepeerd.

Ook dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In het **vierde hoofdstuk** worden, zoals door de overheid gevraagd, enkele aandachtspunten en eventueel bijhorende aanbevelingen geformuleerd die nuttig kunnen zijn voor het verder ontwikkelen van de ombudspraktijk.

We ronden af met een aantal besluiten, in **hoofdstuk vijf**, en met de praktische informatie, in **hoofdstuk zes**, die nodig is om de ombudspraktijk in het ziekenhuis te kunnen situeren.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

Bemiddelingsboek - 2744

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen in het PZ

Erkenningsnummer PZ 988										
A	**a-dag**	**a-nacht**	**T**	**t-dag**	**t-nacht**	**Tg**	**Sp**	**K**	**k-dag**	**k-nacht**	**totaal**
60	4	1	69	28	1	0	22	0	0	0	185

Het psychiatrisch centrum bestaat uit twee entiteiten: het psychiatrisch ziekenhuis *(PZ)* en het psychiatrisch verzorgingstehuis *(PVT).* Beide situeren zich in verschillende afzonderlijke complexen binnen dezelfde campus. Eind november 2012 werd in Dendermonde het PVT Leilinde geopend met ruimte voor 42 bewoners.

In het kader van het project artikel 107 werden in 2017 20 T-bedden bevroren. De vrijgekomen middelen wordt met het oog op vermaatschappelijking van de zorg ingezet voor de mobiele teams acute zorg en langdurige zorg.

Het psychiatrisch centrum is ook partner in het samenwerkingsverband Beschut Wonen Reymeers, eveneens in Lede gelokaliseerd, maar ook met plaatsen in Aalst.
Voor een zicht op de specifieke kenmerken en het aanbod van het ziekenhuis en het psychiatrisch verzorgingstehuis verwijzen we naar de website van het psychiatrisch centrum: www.pcariadne.be

B. Gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten PZ

	2015	**2016**	**2017**	**2018**
aantal gerealiseerde verpleegdagen	59.649	59.349	52.565	51.083
aantal opnames	912	925	819	864
aantal opgenomen patiënten op 1/1	206	215	242	185
aantal opgenomen patiënten op 31/12	197	224	194	184
gedwongen opnames	137	145	138	129

Wegen de vervroegde deadline voor het indienen van het jaarverslag, zijn de hierboven vernoemde cijfers niet definitief. Kleine wijzigingen kunnen zich nog voordoen.

C. Erkende bedden, bezetting en ligdagen PVT

erkenningsnummer PVT	**PVT - 015**		
PVT permanent	**PVT uitdovend**	**PVT forensisch**	**totaal**
102	0	0	102

D. Externe ombudsfunctie

De ombudspersonen worden tewerkgesteld door het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg waartoe het psychiatrisch ziekenhuis behoort. Ze bekleden geen enkele andere functie in de voorziening.

Carine Eeckhout is master in de criminologische wetenschappen en startte als projectmedewerker bij het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg, waar ze verantwoordelijk was voor het uitwerken en opvolgen van de projecten "Zo ouder, zo kind?" *(ondersteunen van hulpverleners in contact met gebruikende ouders)* en "Over de horde" *(onderzoek van drempels naar vrijwilligerswerk en vrijetijdsbesteding voor mensen met een psychische kwetsbaarheid)*. Sinds september 2015 is ze voor 0,60 VTE tewerkgesteld als ombudspersoon; daarnaast is ze voor 0,40 VTE tewerkgesteld als medewerker van team Crosslink van RADAR, het netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren Oost-Vlaanderen.

Behalve in PC Lede is ze ook actief als ombudspersoon in twee andere psychiatrische ziekenhuizen*,* de initiatieven Beschut Wonen Vlaamse Ardennen en De Nieuwe Horizon, twee centra voor geestelijke gezondheidszorg *(CGG Zuid-Oost-Vlaanderen en CGG Waas en Dender)* en het Mobielteam Zuid van het netwerk Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas*.*
Sinds haar aanstelling als ombudspersoon volgde ze de door VVOVAZ aangeboden basisopleiding bemiddeling en volgde zij de nodige bijscholingen betreffende de wet patiëntenrechten, de gedwongen opname, de bewindvoering en inleiding tot psychopathologie.
De ombudspersoon neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie *(IPSOF)*. Ze is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

Carine pleegt regelmatig overleg met Sara Adriaensens, intern ombudspersoon en An Staels, directeur patiëntenzorg. Ze is elke maandag van 9u tot 12u30 aanwezig in het ziekenhuis voor permanentie en op maandag, dinsdag, woensdag en donderdag tussen 9u en 12u telefonisch bereikbaar.

3. AANMELDINGEN

3.1 Psychiatrisch ziekenhuis, Lede

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 02/01/2018, de laatste op 17/12/2018.
Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 81, 7 meer dan in 2017. Het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** bedraagt 80.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens **externe ombudsfunctie** van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	77	77	74	81
aanmelders	63	46	37	44

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	74		81	
aanmelders	37		44	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	39	73,58	49	71,01
binnen de week	7	13,20	12	17,39
binnen de 2 weken	4	7,54	5	7,24
binnen de 4 weken	2	3,77	2	2,89
later dan 4 weken	1	1,88	1	1,44
totaal	53	100	69	100

Bemiddelingsboek - 2747

Aanmeldingen, contacten en verwijzingen

	2017		2018	
aantal face to face contacten per aanmelding	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	21	28,37	12	14,81
1 contact	41	55,40	55	67,90
2 contacten	8	10,81	7	8,64
3 contacten	4	5,40	4	4,93
meer dan 3 contacten	-	-	3	3,70
totaal	74	100	81	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		4	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	75		80	

In de overgrote meerderheid van de aanmeldingen was er persoonlijk contact tussen de ombudspersoon en de aanmelder *(85,19 %).* Meestal volstonden één *(67,90 %)* of twee *(8,64 %)* contacten, uitzonderlijk waren er 3 *(4,93 %)* of meer nodig om de aanmelding af te sluiten.

Klassiek zien we een grote groep aanmelders die één *(38,27%)* of twee *(12,34 %)* aanmeldingen doen. Daarnaast zien we twee aanmelders die drie aanmeldingen deden, drie aanmelders die er vier deden, één aanmelder met zes meldingen en één aanmelder met zowaar acht meldingen achter zijn naam.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
8	2	4,54	16	19,75
6	1	2,27	6	7,40
4	3	6,81	12	14,81
3	2	4,54	6	7,40
2	5	11,36	10	12,34
1	31	70,45	31	38,27
totaal	44	100	81	100

Bemiddelingsboek - 2748

In 2017 kwamen **74** komen van in totaal 37 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
7	1	2,70	7	9,45
6	1	2,70	6	8,10
5	2	5,40	10	13,51
4	2	5,40	8	10,81
3	2	5,40	6	8,10
2	8	21,62	16	21,62
1	21	56,75	21	28,37
totaal	37	100	74	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	66	89,18	64	79,01
groep patiënten	7	9,45	10	12,34
andere	1	1,35	7	8,64
totaal	74	100	81	100

De overgrote meerderheid van aanmelders waren patiënten zelf, individueel of in groep. 7 aanmelders waren echter naastbetrokkenen van de patiënt, waarvan er 4 als vertrouwenspersoon optraden en 3 ten persoonlijke titel een aanmelding deden. De ombudspersoon ging telkens na of de patiënt de aanmelding onderschreef: 5 keer bleek dat het geval, 2x was de patiënt het niet eens met de aanmelding.

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	19	28,78	18	28,12
vrouw	47	71,21	46	71,87
onbekend	-	-	-	-
totaal	66	100	64	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	1	14,28	2	20,00
3 personen	1	14,28	2	20,00
4 personen	4	57,14	2	20,00
meer dan 4 personen	1	14,28	4	40,00
totaal	7	100	10	100
grootste groep	8		8	

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	35	47,29	41	50,61
neen	39	52,70	40	49,38
totaal	74	100	81	100

Ongeveer de helft van de aanmelders waren al gekend bij de ombudspersoon, steeds door eerdere aanmeldingen binnen het ziekenhuis.

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	33	84,61	36	90,00
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	5	12,82	4	10,00
vorige jaren in andere voorziening	1	2,56	-	-
totaal	39	100	40	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	24	32,43	34	41,97
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	20	27,02	14	17,28
telefonisch *(of GSM, SMS)*	30	40,54	33	40,74
totaal	74	100	81	100

Meer dan 80% van de meldingen gebeuren via persoonlijk of telefonisch contact met de ombudspersoon.

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	4	5,40	2	2,46
vraag tot interventie	30	40,54	49	60,49
vraag tot signalering	32	43,24	21	25,92
vraag naar een luisterend oor	8	10,81	9	11,11
totaal	74	100	81	100

Meer dan vorige jaren vragen aanmelders initieel naar een interventie van de ombudspersoon (*60% in 2018 ten opzichte van 40% in 2017).* Daarna volgen vragen tot signalering *(25%),* vragen naar een luisterend oor *(11,11%)* en tot slot vragen naar informatie *(2,46%).*

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	1	3,33	4	8,16
vraag om een ander soort akkoord	29	96,66	45	91,83
totaal	30	100	49	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	24	32,43	29	35,80
neen	24	32,43	28	34,56
werd niet bevraagd	26	35,13	24	29,62
totaal	74	100	81	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	22	91,66	29	100,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	2	8,32	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	24	100	29	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	5	17,85
durfde niet	-	-	4	14,28
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	24	100,00	19	67,85
totaal	24	100	28	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	1,23
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	67	90,54	75	92,59
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	7	9,45	5	6,17
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	74	100	81	100

C. Inhoud van de aanmelding

Strikte interpretatie Wet betreffende de rechten van de patiënt

Zoals beschreven in de inleiding, voorzag de **Federale Commissie Rechten van de patiënt** vanaf 2007 in een eigen model voor rapportage betreffende de ombudsfunctie, zowel voor een aantal minimale registratiegegevens als voor een aantal inhoudelijke bemerkingen op de ombudspraktijk.
Tot en met 2014 werden deze gegevens rechtstreeks door de ombudspersoon via internet overgemaakt aan de Federale Commissie.
Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms

Bemiddelingsboek - 2752

GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid naar de gemeenschappen. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid.

In het verleden werden voor de Federale Commissie Rechten van de patiënt enkel deze aanmeldingen weerhouden die rechtstreeks betrekking hebben op erkende beroepsbeoefenaars en een strikte interpretatie van 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 werden niet meegeteld.

Om de continuïteit van het jaarverslag aan de voorziening te verzekeren, bieden we in onderstaande paragrafen een overzicht van de aanmeldingen die onder deze strikte interpretatie vallen. Verder in dit verslag houden we – zoals de voorgaande jaren – een ruimere interpretatie aan en rapporteren we de aanmeldingen in het vertrouwde model, gebaseerd op de eigen registratie in Go-between.

Er kunnen aanzienlijke verschillen zijn tussen beide registraties.

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	28	37,83	34	41,97
aanmeldingen die weerhouden worden	46	62,16	47	58,02
totaal	74	100	81	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen bij strikte interpretatie WPR

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	36	78,26	38	80,85
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	6,52	1	2,12
3. informatie	-	-	1	2,12
4. geïnformeerde toestemming	2	4,34	4	8,51
5. inzage / afschrift patiëntendossier	1	2,17	3	6,38
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	8,69	-	-
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	46	100	47	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	72	97,29	78	96,29
algemene vraag los van patiëntenrecht	2	2,70	3	3,70
totaal	74	100	81	100

De algemene vragen los van patiëntenrechten betroffen tweemaal een levensverhaal en éénmaal een financiële kwestie.

Betrokken discipline

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	8	10,81	7	8,64
psychiater	10	13,51	14	17,28
huisarts	1	1,35	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	19	25,67	10	12,34
persoonlijke begeleider	1	1,35	-	-
sociale dienst	1	1,35	-	-
psycholoog	-	-	1	1,23
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	1	1,35	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	15	20,27	24	29,62
administratieve dienst	1	1,35	1	1,23
technische dienst	1	1,35	1	1,23
voedingsdienst	9	12,16	10	12,34
poetsdienst	2	2,70	-	-
directie	4	5,40	11	13,58
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	1	1,23
andere	1	1,35	1	1,23
totaal	74	100	81	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. De disciplines het vaakst betrokken bij een aanmelding zijn klassiek het multidisciplinair team *(29,62 %),* de psychiater *(17,28 %)* en de verpleging *(12,34 %),* niet toevallig die disciplines die het nauwst betrokken zijn op de directe patiëntenzorg. Daarnaast ook 11 aanmeldingen voor directie en 10 voor de keuken. Verder komen de

andere disciplines amper voor in aanmeldingen.

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	61	84,72	66	84,61
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	4,16	1	1,28
3. informatie	-	-	1	1,28
4. geïnformeerde toestemming	2	2,77	4	5,12
5. inzage patiëntendossier	2	2,77	5	6,41
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	5,55	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	1,28
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	72	100	78	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	9	15,00	3	4,54
1.2. goede behandeling/begeleiding	20	33,33	24	36,36
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	7	11,66	6	9,09
1.4. goede hotelservice	20	33,33	24	36,36
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	1,66	1	1,51
1.7. beschermende maatregelen	3	5,00	8	12,12
totaal	60	100	66	100

1.1. Respectvolle bejegening

De drie aanmeldingen hadden betrekking tot correcte omgangsvormen.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	3	15,00	-	-
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	3	12,50
groepstherapie	1	5,00	-	-
voldoende beschikbaarheid	5	25,00	13	54,16
betrokkenheid familie	-	-	2	8,33
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	4,16
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	5,00	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	2	10,00	1	4,16
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	8	40,00	4	16,66
totaal	20	100	24	100

Het aantal aanmeldingen over de voldoende beschikbaarheid van therapie, verpleegkundigen, psychiater, … springt in het oog dit jaar.

Onder de categorie 'andere' vallen twee aanmeldingen over het verkrijgen van een attest van de behandelend geneesheer, één aanmelding over patiëntparticipatie en één over het verloop van een kamercontrole.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	5	71,42	1	16,66
groepsleven	2	28,57	4	66,66
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	1	16,66
totaal	7	100	6	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	9	45,00	10	41,66
infrastructuur/accommodatie	5	25,00	7	29,16
hygiëne	2	10,00	-	-
veiligheid persoon	1	5,00	1	4,16
veiligheid goederen	3	15,00	6	25,00
andere	-	-	-	-
totaal	20	100	24	100

Aanmeldingen over de voeding gingen niet per se over de kwaliteit, maar eerder over de keuze van het menu, de proportionering en het opvolgen en ter beschikking stellen van bepaalde diëten.

1.5. Betalende diensten

Geen aanmeldingen.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

Eén aanmelding met betrekking tot verzekeringen.

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	2	25,00
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	1	12,50
afzondering	-	-	2	25,00
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	3	100,00	3	37,50
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	8	100

Meer dan vorige jaren zijn er aanmeldingen over beschermende maatregelen.
Aanmeldingen over de gedwongen opname zijn veelal informatievragen, maar kunnen ook een uiting zijn van ongenoegen over de gedwongen opname an sich.
Bij de aanmeldingen over straf gaat het over genomen maatregelen die door de aanmelders als straf aangevoeld worden, zoals de verlenging van opnameduur of beperkingen in het ontvangen van bezoek.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

Eén aanmelding over de keuze van psychiater.

Bemiddelingsboek - 2757

3. Recht op informatie

Eén aanmelding over het recht op informatie betreffende de diagnose.

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	1	25,00
	toestemming	-	-	2	50,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	2	100,00	1	25,00
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		2	100	4	100

Vier aanmeldingen over het recht op geïnformeerde toestemming, waarvan twee over het geven van toestemming voor medicatie, één over het geven van toestemming voor behandeling en één over het krijgen van informatie over de medicatie.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	3	60,00
inzage/afschrift dossier	2	100,00	2	40,00
totaal	2	100	5	100

Aanmeldingen over zorgvuldig bijhouden en bewaren van het dossier gingen in hoofdzaak over bezorgdheden in verband met het doorgeven van het dossier binnen de trajectwerking.

Daarnaast ook twee informatieve vragen over de procedure voor inzage of afschrift van het patiëntendossier.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Geen aanmeldingen.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Eén aanmelding, het betrof een vraag naar informatie.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Geen aanmeldingen.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Geen aanmeldingen.

10. Recht op pijnbestrijding

Geen aanmeldingen.

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(80)*.

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. 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

	2017		**2018**	
Categorie	n	%	n	%
Luisteren	11	14,66	9	11,25
doorverwijzen intern	1	1,33	1	1,25
doorverwijzen extern	-	-	-	-
Informeren	5	6,66	4	5,00
Signaleren	31	41,33	31	38,75
Coachen	4	5,33	6	7,50
Bemiddelen	23	30,66	29	36,25
totaal	75	100	80	100

Met uitzondering van extern doorverwijzen kwamen alle hoofdinterventies in 2017 aan bod. Ten opzichte van 2017 werd er iets meer bemiddeld *(36,25 %)* en iets minder gesignaleerd *(38,75%).*

Het bemiddelen zelf gebeurde slechts 1 keer in een driegesprek *(patiënt-hulpverlener-ombudspersoon).*

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

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.

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	27	36,00	31	38,75
binnen de week	18	24,00	22	27,50
binnen de twee weken	8	10,66	12	15,00
binnen de vier weken	16	21,33	7	8,75
later dan vier weken	6	8,00	8	10,00
totaal	75	100	80	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	26		25	

66% van de aanmeldingen werd binnen de week afgehandeld, 90 % binnen de maand. Voor 8 aanmeldingen *(10 %)* duurde het langer dan vier weken voor die werd afgerond. Voor één aanmelding waren 25 weken nodig.

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.

In de loop van 2018 werd een uitgebreide bevraging uitgevoerd om te peilen naar de tevredenheid over de ombudsfunctie bij alle mogelijke betrokkenen, namelijk patiënten, diensten, artsen en directie. De eerste, algemene resultaten van dit onderzoek werden toegelicht op de raad van bestuur van PopovGGZ in januari 2019. Een individueel verslag zal in de loop van 2019 aan elke voorziening ter bespreking voorgelegd worden.

Evaluatie resultaat

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	10	13,33	9	11,25
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	7	9,33	12	15,00
ontevredenheid patiënt	3	4,00	10	12,50
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	8	10,66	2	2,50
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	8	10,66	11	13,75
ontevredenheid patiënt	7	9,33	4	5,00
geen feedback	32	42,66	32	40,00
totaal	75	100	80	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	14	18,66	17	21,25
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	7	9,33	14	17,50
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	8	10,66	4	5,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	14	18,66	11	13,75
ontevredenheid patiënt	-	-	2	2,50
geen feedback	32	42,66	32	40,00
totaal	75	100	80	100

Meestal kregen we geen feedback, hoofdzakelijk wanneer het om vragen tot signalering ging. Voor zover we wel feedback kregen, was men iets vaker tevreden over het proces van de bemiddeling *(38,75 %)* dan over het resultaat *(26,25 %).*

Tot slot geven we normaliter de eventueel door de ombudspersoon voorgestelde **verdere stappen** weer, indien de bemiddeling geen oplossing bracht. Voor 2018 werden echter geen verdere stappen voorgesteld.

3.2 Psychiatrisch Verzorgingstehuis, campus Lede

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 15/01/2018, de laatste op 02/07/2018.
Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 4, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 4.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2015	2016	2017	2018
aanmeldingen	8	5	2	4
aanmelders	8	5	2	3

1. Aanmeldingen, aanmelders en vorm van aanmelden.

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

De vier aanmeldingen komen van drie aanmelders. Drie aanmeldingen gebeurden via een rechtstreeks contact tussen de aanmelder en de ombudspersoon, één aanmelding gebeurde schriftelijk.

2. Inhoud van de aanmelding

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

Tot 2014 voorzag de Federale Commissie Rechten van de patiënt een eigen model voor rapportage. Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid naar de gemeenschappen. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid.

Om de continuïteit van het jaarverslag aan de voorziening te verzekeren, bieden we in onderstaande paragrafen een overzicht van de aanmeldingen die onder deze strikte interpretatie vallen.

Minimale registratiegegevens bij strike interpretatie WPR

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	1	50,00	1	25,00
aanmeldingen die weerhouden worden	1	50,00	3	75,00
totaal	2	100	4	100

Van de aanmeldingen in het psychiatrisch verzorgingstehuis werden in 2018 drie aanmeldingen weerhouden bij de strikte interpretatie.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	1	100,00	4	100,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	1	100	4	100

Alle aanmeldingen hadden betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, meer bepaald over voldoende beschikbaarheid *(2),* correcte omgangsvormen *(1)* en de bewindvoering *(1)*.

Over de andere rechten werd geen aanmelding genoteerd.

4. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(4).*

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 *(2 aanmeldingen)*. Soms is een kleine stap extra nodig, in de vorm van doorverwijzen *(1 aanmelding),* signaleren, coachen *(1 aanmelding)* of bemiddelen *(geen aanmeldingen).*

E. Afsluiting & resultaat

Alle aanmeldingen werden in 2018 afgesloten.

3.3 PVT Campus Leilinde, Dendermonde

Deze campus werd geopend in november 2012 en biedt plaats aan 42 bewoners met een gestabiliseerde psychiatrische problematiek.

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 12/03/2018, de laatste op 26/03/2018.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 4.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	7	6	6	4
aanmelders	6	5	5	4

A. Aanmeldingen, aanmelders en vorm van aanmelden

De 4 aanmeldingen komen van 4 aanmelders. Steeds was er direct contact tussen aanmelder en ombudspersoon. Alle aanmeldingen gebeurden individueel en via direct contact met de ombudspersoon bij het bezoek aan de PVT.

Alle aanmeldingen gebeurden tijdens de fase van opname of behandeling van de bewoner.

B. Inhoud van de aanmelding

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

Tot 2014 voorzag de Federale Commissie Rechten van de patiënt een eigen model voor rapportage. Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid naar de gemeenschappen. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid.

Om de continuïteit van het jaarverslag aan de voorziening te verzekeren, bieden we in onderstaande paragrafen een overzicht van de aanmeldingen die onder deze strikte interpretatie vallen.

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	4	66,66	1	25,00
aanmeldingen die weerhouden worden	2	33,33	3	75,00
totaal	6	100	4	100

De weerhouden aanmeldingen hebben betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening *(2)* en het recht op informatie *(1).*

Bemiddelingsboek - 2764

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

De aanmeldingen hadden grotendeels betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening *(3 aanmeldingen)*. Wanneer we daar dieper op inzoomen, zien we één aanmelding over de somatische zorg, één over individuele therapie en één over het leven in groep. Daarnaast was er ook één aanmelding over het recht op informatie, meer bepaald over de gestelde diagnose.

Over alle andere rechten werd geen enkele aanmelding genoteerd.

D. Interventie

In antwoord op de aanmeldingen heeft de ombudspersoon de bewoner gecoacht *(2)*, bemiddeld *(1)* of gewoon geluisterd naar de grieven van de bewoner *(1).*

E. Afsluiting

Elke aanmelding werd de dag zelf nog afgesloten.

Bemiddelingsboek - 2765

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Omdat het voorbarig zou zijn conclusies te formuleren uit het beperkte aantal aanmeldingen in de PVT's Nieuwemeers en Leilinde, beperken we ons tot besluiten uit het psychiatrisch ziekenhuis. Waar mogelijk formuleren we ook enkele "voorzichtige" aanbevelingen, eventueel stof voor discussie. Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren.
De aandachtspunten die betrekking hebben op de ombudsfunctie op zich worden doorheen de verdere ombudspraktijk opgevolgd en komen ook regelmatig aan bod tijdens de intervisie met de Vlaamse collega's.

In het Vlaams jaarverslag, raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op aandachtspunten die de concrete situatie in één voorziening overstijgen.

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

- De externe ombudspersonen staan volledig buiten het organogram van het ziekenhuis. Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van de onafhankelijkheid, de neutraliteit of het beroepsgeheim van de ombudspersoon. De rol van ombudspersoon wordt goed aanvaard door personeel en directie en de samenwerking is constructief. De bemiddelingen zijn tot op zekere hoogte succesvol en leiden vaak tot een, al dan niet financieel, compromis.

- Infrastructureel waren er voor de ombudswerking geen problemen. De ombudspersoon beschikt tijdens haar aanwezigheid over een eigen spreeklokaal. Dit lokaal ligt centraal in het hoofdgebouw en is voor patiënten/bewoners gemakkelijk bereikbaar.
- De ombudspersoon heeft de mogelijkheid om zich vrij te verplaatsen op de campus en maakt daarvan gebruik om wekelijks de afdelingen te bezoeken. Wil een patiënt de ombudspersoon spreken tijdens deze ronde, is er steeds een hoekje of lokaaltje beschikbaar waar een gesprek onder vier ogen mogelijk is.

- Naar aanleiding van 15 jaar patiëntenrechten en op vraag van de Raad van Bestuur van PopovGGZ vzw, werd in 2018 een evaluatie van de externe ombudswerking voorzien. Zowel directie, artsen, ziekenhuis- en PVT-afdelingen als patiënten kregen de kans om hun mening en ervaringen over de ombudsfunctie anoniem terug te koppelen. De eerste, algemene resultaten van dit onderzoek werden toegelicht op de raad van bestuur van PopovGGZ in januari 2019. Een individueel verslag zal in de loop van 2019 aan elke voorziening ter bespreking voorgelegd worden.

B. 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

B.1. het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking *(art. 5)*

- Het al dan niet voldoende beschikbaar zijn van artsen, psychologen en therapeuten vormt regelmatig de aanleiding tot het aanspreken van de ombudspersoon.
  - ✓ *Het kan zijn dat de verwachtingen van patiënten over hoe vaak ze een arts of psycholoog kunnen zien niet altijd zijn afgestemd op het haalbare. In welke mate kan het ziekenhuis van bij het begin van opname indicaties geven over welke frequentie men mag verwachten als het gaat over persoonlijke gesprekken met een arts of psycholoog?*
    Mogelijks kan het eveneens een meerwaarde zijn om patiënten te informeren over de implicaties van het feit dat ze opgevolgd worden door een multidisciplinair team dat elkaar aanvult en informeert.
  - ✓ *Het therapieprogramma is voor patiënten een ankerpunt, een tool om hun week in te plannen. Vaak worden zij ook geacht op die momenten aanwezig te zijn. Het strekt dan ook tot aanbeveling om het wegvallen van therapieën, een beperkt aanbod in de schoolvakanties of last minute wijzigingen aan het schema te vermijden door proactief op zoek te gaan naar oplossingen.*
- Familieleden zijn voor veel patiënten een belangrijk en constant gegeven in hun leven. Zij staan immers vaak in voor op de opvang en ondersteuning van de patiënt voor, tijdens en na de opname. Toch merken ze tijdens de behandeling voorbehoud bij de hulpverleners om hen als partner in de zorg te beschouwen. Dan worden tijdsgebrek en beroepsgeheim ingeroepen om niet in te gaan op de vraag van een familielid naar meer betrokkenheid.
  - ✓ *Op verschillende plaatsen zien we initiatieven waarbij familie vaker en intensiever betrokken wordt tijdens de begeleiding van de patiënt. Waardevolle informatie over het dagelijks leven in zijn natuurlijke context wordt zo vlotter gedeeld met de behandelaars. Behandeling kan daar op afgestemd worden, waardoor er sprake is van echte zorg op maat. We pleiten ervoor deze initiatieven te onderlijnen en in te zetten op meer betrokkenheid tijdens de opname, zodat familie een volwaardige partner wordt in de zorg.*
  - ✓ *We hebben gemerkt dat er op moment van een aanmelding bij de ombudsdienst steeds bereidheid is om voor de individuele casussen bijkomende inspanningen te leveren naar familie toe. Is er ruimte om, in het kader van een uitgewerkt familiebeleid, deze hoopvolle evoluties verder uit te rollen in de gehele voorziening?*

- De **voeding** is net als vorig jaar een belangrijk aandachtspunt binnen de kwaliteitsvolle dienstverlening.
  - ✓ *De aanmeldingen met betrekking tot het eten gaven aanleiding tot bijkomende contacten en afstemming tussen afdeling, facilitair management en de keuken. Enkele bestaande afspraken werden in herinnering gebracht of aangepast waar nodig. Sindsdien zijn ook de aanmeldingen over het eten teruggevallen.*
  - ✓ *Niet de voeding zelf, maar ook de complexiteit van de logistiek omtrent het bestellen en verdelen van het eten blijft een aandachtspunt. Het is dan ook aangewezen om op*

regelmatige basis vinger aan de pols te houden bij zowel afdelingen als keuken, om eventuele moeilijkheden snel te detecteren.

- Meer dan vorig jaar kreeg de ombudspersoon te maken met aanmeldingen over diefstal van geld en persoonlijke spullen. Het ziekenhuis deed nochtans in het verleden al belangrijke investeringen op het vlak van veiligheid van goederen, door afsluitbare kasten en kluisjes te voorzien.
  - ✓ *De infrastructuur is voor handen. Inzetten op sensibilisering en preventie naar patiënten en personeel over verhoogde aandacht voor persoonlijke spullen, zou de responsabilisering van iedereen ten goede kunnen komen.*
- Het ziekenhuis is in volle transitie naar een trajectwerking, waarin niet langer in afdelingen gedacht wordt, maar in behandeltrajecten. Ook dit jaar willen we graag de positieve signalen die we ontvingen over patiëntenparticipatie – en empowerment in deze context onder de aandacht brengen.

B.2 Andere patiëntenrechten *(art. 6 -11)*

- Tot slot zoomen we nog even in op de aanmeldingen met betrekking tot het **patiëntendossier.** Het dossier vormt een rode draad tijdens de behandeling. Het is dan ook van belang dat dit steeds up tot date is en gedragen door alle leden van het behandelend team, in het bijzonder bij overdracht naar een andere afdeling.
- Slechts 7 aanmeldingen konden we noteren over de andere patiëntenrechten - waarvan deels vragen naar informatie - , onvoldoende om gefundeerde aanbevelingen te formuleren.

Bemiddelingsboek - 2768

5. BESLUITEN

Er waren in 2018 81 aanmeldingen bij de externe ombudsfunctie in PC Ariadne, afkomstig van 44 aanmelders. Er waren tevens 4 aanmeldingen vanuit PVT Nieuwemeers en 4 aanmeldingen vanuit PVT Leilinde.

De ombudspersoon heeft de ruimte om haar werk als bemiddelaar te doen. Ze krijgt daarbij zowel logistiek de nodige ondersteuning *(lokaal is ter beschikking, er is toegang tot intranet, …)* als medewerking van het personeel om samen naar constructieve oplossingen te zoeken. We wensen directie en personeel daar dan ook van harte voor te bedanken.

De aanmeldingen bij de externe ombudspersoon hadden in 2018 net als voorgaande jaren vooral betrekking op de kwaliteitsvolle dienstverlening. Patiënten in opname zijn voor vele praktische, dagelijkse dingen op het ziekenhuis aangewezen en onvermijdelijk zijn er zaken waar ruimte is voor verbetering. We denken dan vooral aan het aanbod en beschikbaarheid van therapie, de voeding en veiligheid van persoonlijke spullen. Andere patiëntenrechten kwamen slechts beperkt aan bod, met uitzondering van een aantal aanmeldingen over het patiëntendossier. Voor aanbevelingen en algemene bedenkingen verwijzen we naar hoofdstuk 4 van dit jaarverslag.

Afsluitend wensen we alle betrokkenen te bedanken voor hun aandacht en voor het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd. We hopen dat ze mede de aanzet kunnen vormen voor een betere zorg voor patiënten in PC Ariadne in het bijzonder en binnen de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen.

Bemiddelingsboek - 2769

6. PRAKTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING

naam :	**PC Ariadne**	
adres :	Reymeersstraat 13a, 9340 Lede	
voornaam, naam en functie **vertegenwoordiger** voorziening in **comité** overlegplatform	voor het psychiatrisch ziekenhuis: **Marc Vandergraesen, Algemeen Directeur** voor het psychiatrisch verzorgingstehuis: **Inge Vandendriessche, Administratief Directeur**	
voornaam, naam en functie **contactpersoon** in de voorziening	voor PZ en PVT Nieuwemeers voor PVT Leilinde	**An Staels, Directeur Patiëntenzorg** **Magda Borms, hoofdverpleegkundige**

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam :	**Carine Eeckhout**

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres :	**Carine Eeckhout** **OmbudsfunctieGGZ, PopovGGZ, Drongenplein 26, 9031 Gent *(Drongen)***	
e-mail :	**carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be**	
brievenbus :	receptie, esp. 0, esp. 1, egidius living 1 en 2, providentia, Emmaus, PVT Nieuwemeers	
permanentie :	**plaatsen**	**dagen en uren**
	PC Ariadne, Lede PVT Nieuwemeers, Lede	maandag van 9u tot 12u30 1e maandag van de maand van 10u tot 11u

	PVT Leilinde, Dendermonde	1e dinsdag van de maand van 9u30 – 10u30

telefoon	nummers	dagen en uren
	0490/444 155	Maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9u tot 12u.

AFSPRAKEN ROND BEKENDMAKING

- kennismaking met personeel
- affiches
- schriftelijke informatie aan de patiënten

SPECIFIEKE AFSPRAKEN

- PopovGGZ zorgt bij langdurige afwezigheid voor een geschikte vervanging van de ombudspersoon door een collega-ombudspersoon. PopovGGZ communiceert dit tijdig aan de voorziening (via de directie en de contactpersoon). De voorziening zorgt voor bekendmaking t.a.v. de medewerkers en de patiënten (per afdeling en algemeen via aangepaste affiches).

- Indien de patiënt/bewoner akkoord is, wordt de bemiddeling uitgesteld tot de ombudspersoon terug is.

- Is de patiënt/bewoner het daar niet mee eens, dan zoekt de vervangende ombudspersoon een oplossing, conform de afgesproken werkwijze (visietekst, gedragscode, huishoudelijk reglement).

- Wanneer de ombudspersoon betrokken is bij een aanmelding, verwijst hij/zij door naar een collega-ombudspersoon.

Ombudspersonen tewerkgesteld bij PopovGGZ:

	Naam: Chantal Van Moerkerke, coördinator O.Vl. **E-mail:** chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0476 / 306 444 **Bereikbaar:** op maandag, dinsdag en donderdag van 9u tot 17u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Dr. Guislain, PVT Campus De Lorkenstraat, PZ Dr. Guislain Campus Sint-Alfons, PC Gent-Sleidinge Campus Gent, PVT Hortus, PC Sleidinge Campus PC Sleidinge, PZ Dr. Guislain K-dienst Fioretti Campus De Deyne, BW Zagan, BW Domos, BW Ipso, BW Centrum Onderweg, DAC De Moester ,CGG Eclips, Riziv De Sleutel (CIC, TGM, TGG, dagcentrum en sociale werkplaats), MT Gent-Eeklo
	Naam: Nicole Claeys **E-mail:** nicole.claeys@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0495 / 295 612 **Bereikbaar:** van dinsdag tot vrijdag tijdens de kantooruren **Vaste voorzieningen:** PC Karus campus Gent, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Warande, PZ en PVT Sint-Jan-Baptist, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Krekelmuyter, PC Sint-Jan-Baptist Campus De Oostkade, BW De Vlier, MT Gent-Eeklo
	Naam: Anne-Leen Denolf **E-mail:** anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0491 / 393 918 **Bereikbaar:** op maandag en dinsdag tijdens kantooruren, op woensdag tot 12u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Sint-Jan, PZ en PVT Sint-Hiëronymus, PVT Campus 't Hooghuis, PZ en PVT Sint-Lucia, BW Waasland, BW Pro Mente, BW De Wende, RCGG Deinze-Eeklo-Gent, CGG Waas en Dender Netwerk, ADS MT Noord en ADS MT Midden
	Naam: Carine Eeckhout **E-mail:** carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0490 / 444 155 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen:** PC en PVT Ariadne Lede, PVT Leilinde, Karus campus Melle, PVT De Wadi, PC Sint-Franciscus – De Pelgrim, BW De Nieuwe Horizon, BW Vlaamse Ardennen, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, CGG 3 stromen, De Kiem, Netwerk ADS MT Zuid

	Naam: Sofie Wybo **E-mail:** Sofie.wybo@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0493 / 89 85 90 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen: /**
	Naam: Niki Vervaeke **E-mail:** niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0800 / 32 0 36 **Bereikbaar:** Vrijdag van 9.00 uur tot 11.30 uur **Vaste voorzieningen: /**

Bemiddelingsboek - 2773

3. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 08/10/2018, de laatste op 10/12/2018. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2018.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 6, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 6.

Dit is ... meer/minder dan in 2017 *(aantal)*.

Dit is ... meer/minder dan in 2016 *(aantal)*.

Eventuele verklaring (geen vergelijkbare jaren, aanmeldingen kunnen ook afnemen na enkele jaren goedlopende praktijk, structurele oplossingen, ...)

Eventuele andere inleidende bemerkingen

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	39	40	50	6
aanmelders	30	28	30	6

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	50		6	
aanmelders	30 ...te controleren...		6 ...te controleren...	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				

op dezelfde datum	48	96,00	2	100
binnen de week	1	2,00	-	-
binnen de 2 weken	-	-	-	-
binnen de 4 weken	-	-	-	-
later dan 4 weken	1	2,00	-	-
totaal	50	100	2	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	-	-	4	66,66
1 contact	6	12,00	2	33,33
2 contacten	41	82,00	-	-
3 contacten	2	4,00	-	-
meer dan 3 contacten	1	2,00	-	-
totaal	50	100	6	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		1	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	46		6	

Bij de verwijzing naar een andere ombudspersoon betreft het 0 keer een interne ombudspersoon GGZ, 0 keer een externe ombudspersoon GGZ van een ander overlegplatform, 0 keer een ombudspersoon van een algemeen ziekenhuis, 0 keer de federale ombudspersoon en 0 keer een andere ombudsdienst.

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

De **6** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 6 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
1	6	100,00	6	100,00
totaal	6	100	6	100

De **50** aanmeldingen *(2017)* komen van in totaal 30 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

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

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
6	1	3,33	6	12,00
3	4	13,33	12	24,00
2	7	23,33	14	28,00
1	18	60,00	18	36,00
totaal	30	100	50	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	39	78,00	3	50,00
groep patiënten	2	4,00	-	-
andere	9	18,00	3	50,00
totaal	50	100	6	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	9	23,07	3	100,00
vrouw	29	74,35	-	-
onbekend	1	2,56	-	-
totaal	39	100	3	100

Aantal leden groep

Geen records voor dit veld.

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	9	100,00	3	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	9	100	3	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	2	100,00
ten persoonlijke titel	9	100,00	-	-
totaal	9	100	2	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	11,11	1	100,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	6	66,66	-	-
terugkoppeling was niet nodig	2	22,22	-	-
totaal	9	100	1	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	23	46,00	6	100,00
neen	27	54,00	-	-
totaal	50	100	6	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	17	65,38	-	-
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	9	34,61	-	-
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-

totaal	26	100	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	38	76,00	2	33,33
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	6	12,00	3	50,00
telefonisch *(of GSM, SMS)*	6	12,00	1	16,66
totaal	50	100	6	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	4	8,00	3	50,00
vraag tot interventie	37	74,00	2	33,33
vraag tot signalering	8	16,00	-	-
vraag naar een luisterend oor	1	2,00	1	16,66
totaal	50	100	6	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	4	10,81	-	-
vraag om een ander soort akkoord	33	89,18	2	100,00
totaal	37	100	2	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%

ja	8	16,00	-	-
neen	29	58,00	6	100,00
werd niet bevraagd	13	26,00	-	-
totaal	50	100	6	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	7	87,50	-	-
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	1	12,50	-	-
totaal	8	100	-	-

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	3	10,34	-	-
durfde niet	-	-	-	-
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	-	-	-	-
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	26	89,65	6	100,00
totaal	29	100	6	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	3	50,00
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	42	84,00	1	16,66
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	8	16,00	2	33,33
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	50	100	6	100

C. Inhoud van de aanmelding

Aanmeldingen weerhouden voor Federale Commissie Rechten van de patiënt

Vanaf 2007 voorziet 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 moeten door de ombudspersoon rechtstreeks overgemaakt worden aan de Federale Commissie. U vindt een kopie in hoofdstuk 7.

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 worden 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 omudpersoon bereiken.

Registratie Federale Commissie Rechten van de patiënt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	20	40,00	5	83,33
aanmeldingen die weerhouden worden	30	60,00	1	16,66
totaal	50	100	6	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	24	80,00	-	-
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	3,33	-	-
3. informatie	3	10,00	-	-
4. geïnformeerde toestemming	1	3,33	1	100,00

5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	3,33	-	-
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	30	100	1	100

Toelichtingen bij de verschillen met volgende tabellen.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	48	96,00	2	33,33
algemene vraag los van patiëntenrecht	2	4,00	4	66,66
totaal	50	100	6	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	1	50,00	1	50,00
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-

levensverhaal	-	-	-	-
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	1	50,00	1	50,00
totaal	2	100	2	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geen	5	10,00	1	16,66
psychiater	12	24,00	2	33,33
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	16	32,00	1	16,66
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	1	16,66
psycholoog	-	-	-	-
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	1	2,00	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	6	12,00	1	16,66
administratieve dienst	1	2,00	-	-
technische dienst	1	2,00	-	-
voedingsdienst	5	10,00	-	-
poetsdienst	2	4,00	-	-
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	1	2,00	-	-
totaal	50	100	6	100

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	41	85,41	-	-
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	2,08	-	-
3. informatie	4	8,33	-	-
4. geïnformeerde toestemming	1	2,08	1	50,00
5. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	2,08	1	50,00
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	48	100	2	100

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	9	21,95	-	-
1.2. goede behandeling/begeleiding	12	29,26	-	-
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	4,87	-	-
1.4. goede hotelservice	13	31,70	-	-
1.5. betalende diensten	1	2,43	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	4	9,75	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	-	-
totaal	41	100	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	8	88,88	-	-
grensoverschrijdend gedrag	1	11,11	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	8,33	-	-
somatische verzorging	3	25,00	-	-
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	1	8,33	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	4	33,33	-	-
betrokkenheid familie	1	8,33	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	16,66	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	12	100	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	2	100,00	-	-
totaal	2	100	-	-

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%

regels	1	50,00	-	-
groepsleven	1	50,00	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	5	38,46	-	-
infrastructuur/accommodatie	4	30,76	-	-
hygiëne	1	7,69	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	3	23,07	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	13	100	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	1	100,00	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	1	25,00	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	1	25,00	-	-
andere	2	50,00	-	-
totaal	4	100	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	4	100,00	-	-
totaal	4	100	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	1	100,00	-	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	1	100,00
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		1	100	1	100

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%

zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		-	-	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	1	100,00	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	1	100	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(6)*.

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. 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%

luisteren	2	4,34	1	16,66
doorverwijzen intern	1	2,17	2	33,33
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	3	6,52	-	-
signaleren	39	84,78	-	-
coachen	1	2,17	-	-
bemiddelen	-	-	3	50,00
totaal	46	100	6	100

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	-	-	2	100,00
totaal	-	-	2	100

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	16	34,78	1	16,66
binnen de week	27	58,69	1	16,66
binnen de twee weken	1	2,17	1	16,66
binnen de vier weken	1	2,17	1	16,66
later dan vier weken	1	2,17	2	33,33
totaal	46	100	6	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	5		10	

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.

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	16,66
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	2,17	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	5	83,33
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	45	97,82	-	-
totaal	46	100	6	100

Evaluatie proces

	2017	**2018**

categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	33,33
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	2,17	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	2,17	2	66,66
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	44	95,65	-	-
totaal	46	100	3	100

Toelichtingen bij de cijfers

Tekst

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Toelichtingen bij de cijfers/Tekst/Verzoeningsresultaat:

In oktober 2018 werd ik, Sara Adriaensens aangesteld als interne ombudspersoon. De cliënten en afdelingen werden hiervan op de hoogte gebracht. Ik noteerde 6 aanmeldingen. 1 aanmelding ging over geïnformeerde toestemming en 1 rond de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De andere 4 aanmeldingen waren algemene vragen die los stonden van de patiëntenrechten.

Wanneer er zich een probleem stelde met een bepaalde discipline/afdeling, werd er steeds in overleg met de desbetreffende afdeling het probleem/situatie besproken. Door het wijzigen van afspraken op afdelingsniveau en door een luisterend oor te zijn voor de cliënt werden er ook zaken opgelost. Daarnaast zijn er ook contacten en overlegmomenten met artsen geweest. Er werd in een bepaalde situatie een overplaatsing geregeld voor de cliënt (wat zijn uitdrukkelijke vraag was) pas na een gesprek met de ombudspersoon werd deze vraag van de cliënt serieus genomen.

Het merendeel van de cliënten werd geholpen en verkregen het beoogde resultaat.

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

SPIL vzw

Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg vzw

Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt

Website: www.ombudsfunctieggz.be

Jaarverslag 2018

KPC Genk
Erkenningsnummer 989

Externe Ombudsfunctie
Marlies Thonnon

Inleiding

Dit is het jaarverslag 2018 van de Externe Ombudsfunctie.
Graag geven wij u een totaalbeeld voor de voorziening met alle aanmeldingen, ook degenen die niet onder de Vlaamse bevoegdheid vallen (zoals bijvoorbeeld meldingen rond voeding).

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag eveneens een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen die onder de strikte toepassing van de Wet op de Patiëntenrechten vallen.

Aanmeldingen

Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de Overlegplatforms GGZ en de Externe Ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid aan de gewesten. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid. De communicatie aangaande de aanmeldingen bij de externe ombudsdienst met betrekking tot de Wet op de patiëntenrechten is voortaan gericht aan de Vlaamse ombudsman.

Hieronder vindt u een overzicht van de registratiegegevens volgens de strikte interpretatie van de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	0	0	0	1
aanmelders	0	0	0	1

Registratie strikte toepassing Wet op de Patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	-	-	-	-
aanmeldingen die weerhouden worden	-	-	1	100,00
totaal	0	-	1	100

Bemiddelingsboek - 2797

Overzicht aanmeldingen per patiëntenrecht

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	-	-	1	100,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Toelichting

Het beperkt aantal aanmeldingen laat niet toe om deze uitgebreid te bespreken.
De aanmelding betrof een klacht van een ouder met betrekking tot de patiëntenrechten. Aangezien de klacht betrekking had op een wilsbekwame jongere werd deze ook bevraagd. Deze onderschreef de aanmelding. Op vraag van de aanmelder werd een pendelbemiddeling georganiseerd. De externe ombudsdienst sprak met de betrokken partijen en de interne ombudsdienst. Ter bescherming van de privacy is het niet mogelijk de inhoud of het resultaat verder te bespreken.

Samenwerking met de interne ombudsfunctie KPC

KPC heeft een procedure van samenwerking tussen hun eigen interne ombudsfunctie en de externe ombudsdienst. De externe ombudsdienst werd tot eind 2016 voorzien door Ingrid Meuwis. Sinds 2017 is Marlies Thonnon de contactpersoon als externe ombudsdienst.
De interne ombudsdienst is hoog toegankelijk en onderhoudt een nauwe afstemming met de externe ombudsdienst. Deze onderlinge uitwisseling draagt bij aan een optimale opvolging van patiëntenrechten.
Ook rond bekendmaking wordt er nauw samengewerkt. Op de affiches staan zowel de interne als de externe ombudsdienst met foto en informatie rond bereikbaarheid. Dit geldt ook voor de bestaande folder op maat van kinderen en jongeren.

Bemiddelingsboek - 2798

KINDER
PSYCHIATRISCH
CENTRUM GENK

Jaarverslag 2018 Interne Ombudsfunctie

Datum: 18/01/19
Auteur: Ann Reynders

1. Context

In juni 2014 heeft KPC de interne ombudsfunctie in het leven geroepen die de liaison maakt tussen KPC als voorziening en de externe ombudspersoon GGZ (Marlies Thonnon). Voor de plaats van deze functie verwijzen we naar de procedure zoals ook gepubliceerd op de website.

2. Meldingen 2018

In 2018 werden er twee meldingen geregistreerd bij de interne ombudsfunctie.

a) Aanmelding 14/08/2018

Aanmelding	1
Aanmelder	1
Hoedanigheid	Familielid van een patiënt (geen vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger)
Vorm van aanmelden	Schriftelijk; per mail
Ontvanger aanmelding	Directie KPC
Initieel verzoek	Opmerking over zichtbaarheid patiëntengegevens KPC bij ZOL-medewerkers na de opstart van het EPD
Eerdere stappen ondernomen?	Neen
Fase waarin patiënt zich bevindt	Ontslag
Aanmelding betreffende patiëntenrecht?	Bescherming van de persoonlijke levenssfeer
Betrokken discipline(s)	Algemeen directeur en DPO
Interventie	- Gesprek met aanmelder en algemeen directeur en DPO - AD: klacht naar interne ombudsdienst KPC voor opvolging

	- DPO: melding bij ICT ZOL en leverancier EPD om zichtbaarheid gegevens tussen de diensten af te schermen
Afsluiting	13/09/18: afsluitende mail aan melder met info: - bijkomende filters werden gezet op het niveau van de toegang tot de patiëntendossiers - een sensibiliseringsactie naar het personeel i.v.m. het gebruik van patiëntendossiers - een verbetering van de rechtentoekenning in Hix
Evaluatie proces/resultaat	- Door aanmelder: tevreden dat er is gewerkt rond privacy, maar merkt op dat er nog 'fouten' weggewerkt dienen te worden. - Door HV: melding maakte mogelijk om dit onderwerp prioritair te behandelen bij overleg leverancier EPD.

b) Aanmelding 20/09/2018

Aanmeldingen	1: zowel bij interne ombudsfunctie KPC als externe ombudspersoon GGZ
Aanmelder	2: klacht werd later (op vraag van ombudspersoon GGZ) onderschreven door betrokken patiënt zelf
Hoedanigheid	Familielid/wettelijke vertegenwoordiger + patiënt
Vorm van aanmelden	Schriftelijk; per mail
Ontvanger aanmelding	Interne ombudsfunctie KPC en externe ombudspersoon GGZ
Initieel verzoek	Bemiddeling om ontevredenheid op te lossen
Eerdere stappen ondernomen?	Ja; gesprek met betrokken HV tijdens opname
Fase waarin patiënt zich bevindt	Ontslag
Aanmelding betreffende patiëntenrecht?	Kwaliteitsvolle dienstverstrekking
Betrokken discipline	Kinderpsychiater/kinderpsycholoog
Interventie	- Afspraak vastgelegd voor gesprek met beide ombudsfuncties en betrokken HV; melders wensten hierbij niet aanwezig te zijn. - Tijdens dat gesprek werd de klacht overlopen en antwoorden geformuleerd. - Klacht had ook betrekking op een dienst van extern ziekenhuis en werd dan ook besproken met

	desbetreffende ombudsdienst. - Telefonische feedback aan de melder na gesprek HV: melder niet tevreden met geformuleerde antwoorden/ ondernomen acties.
Afsluiting	26/10/18: ombudspersoon GGZ heeft telefonisch contact opgenomen met melder om feedback te vragen en melding af te sluiten: melder heeft de situatie aanvaard en toestemming gegeven om melding af te sluiten. Gesteld dat melder en/of patiënt steeds met toekomstige vragen/opmerkingen opnieuw bij ombudsdienst terecht kunnen.
Evaluatie proces/resultaat	Door aanmelder: in eerste instantie niet tevreden, later wel kunnen afronden. Door HV: proces van bemiddeling is correct verlopen

Bespreking en adviezen ombudsfunctie

Het is een sterkte van KPC dat patiënten en familie met ongenoegens/frustraties direct bij de beroepsbeoefenaars terecht kunnen. Leefgroepbegeleiding, psychologen, maatschappelijk werkers en kinderpsychiaters zijn op KPC rechtstreeks aanspreekbaar waardoor opmerkingen of klachten snel worden besproken, of zelfs worden voorkomen.

Gezien de grootte-orde van het aantal klachten blijft de procedure goed werkbaar.

Op vlak van GDPR worden momenteel aanpassingen in arbeidsreglement doorgevoerd, waarin duidelijk de rechten en plichten van en naar medewerkers worden beschreven. In de samenwerking met de beheerder van het elektronisch patiëntendossier werd afgesproken dat in de loop van februari 2019 de toegangsrechten worden verfijnd: er komen nieuwe inloggroepen waardoor oneigenlijk gebruik snel opgemerkt en opgevolgd kan worden.

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

SPIL vzw

Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg vzw

Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt

Website: www.ombudsfunctieggz.be

Jaarverslag 2018

Asster
campus stad – campus Melveren

Erkenningsnummer 991

Ombudsfunctie
Marlies Thonnon

Bemiddelingsboek - 2803

Inhoud

Inleiding 5

Aanbevelingen 7

Aanmeldingen 9

Bemiddelingsboek - 2804

Inleiding

Dit is het jaarverslag 2018 van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg.

Op basis van het ter beschikking zijnde cijfermateriaal en onze interventies en aanwezigheid op de werkvloer hebben we, net als elk jaar en zoals in de wet op de Patiëntenrechten voorzien, aanbevelingen geformuleerd vanuit onze opdracht als ombudspersoon.

Bemiddelingsboek - 2807

AANBEVELINGEN

De toenemende complexiteit van de geestelijke gezondheid oefent druk uit op kwaliteit van de zorg. Om voortdurende kwaliteitsverbetering en professionalisering te realiseren worden er op vele terreinen vele acties ondernomen. De ombudsdienst kan een bijdrage leveren in het verbeteren van die kwaliteit. Naast het bemiddelen tussen directe hulpverlener en patiënt kan de ombudsdienst van dienst zijn in het voorkomen van klachten, informeren en coachen.

Als ombudsdienst is het bemoedigend om vast te stellen dat sommige aanbevelingen landen in verschillende werkgroepen en beleidsoverleggen. Het is immers logisch dat repetitieve klachten overeenstemmen met de bedenkingen die geformuleerd worden vanuit bevragingen en rechtstreeks op de afdeling benoemde klachten. Ook vanuit de richting van de ombudsdienst is het belangrijk om kennis te hebben van de cultuur en de toekomstvisie van een voorziening. De aanbevelingen sluiten dan ook aan op de planetree-filosofie van mensgerichte zorg.

Mensgerichte zorg speelt zich af in een veilige en aangename omgeving. Naast de deskundigheid van de medewerkers zijn er een aantal randvoorwaarden die bijdragen aan de kwaliteit van een verblijf in de voorziening. Deze randvoorwaarden situeren zich op verschillende niveaus.

Zo zijn er de knelpunten in infrastructuur. Deze zijn vaak door iedereen bekend maar oplossingen zijn niet op korte termijn realiseerbaar en niet eens afhankelijk van goodwill. Gemeenschappelijke frustraties leiden de aandacht af van de zorg. Er worden verschillende kanalen gezocht om oplossingen te realiseren. Duidelijke communicatie over het eigenaarschap en de termijnen waarbinnen infrastructurele problemen al dan niet oplosbaar zijn, kunnen hier rust geven.

Ook gezonde en lekkere voeding draagt bij aan de kwaliteit van het verblijf. De mate waarin tegemoetgekomen wordt aan deze basale zorgbehoefte heeft een impact op de algemene tevredenheid. Een goed food managementsysteem is echter complex. Het is een balanceren tussen een toename van allergieën en wensen, een groot aanbod, met voldoende verfijning en aandacht voor voedselverspilling. Dit vraagt afstemming en overleg.

Een derde belangrijke randvoorwaarde is een degelijke somatische zorgomkadering. Omwille van de co-morbiditeit van somatische problematieken bij personen met een psychiatrische kwetsbaarheid is het belangrijk dat de somatische zorg optimaal gefaciliteerd wordt en geïntegreerd in de totaalzorg.

Mensgerichte zorg is gericht op de medewerker, de patiënt en diens naaste. Familie en betrokkenen ervaren machteloosheid, willen graag helpen en geholpen worden. Voor de hulpverlener is het niet altijd evident om met respect voor het beroepsgeheim voldoende aandacht te hebben voor degenen die in relatie staan tot de patiënt. De nood van de familie ligt echter niet altijd in het bekomen van informatie over de patiënt maar in het gehoord worden van diens zorgen. Wanneer hulpverleners hun beperkingen hierin ervaren, is het zinvol dat ze kunnen doorverwijzen naar de vele bestaande organisaties en initiatieven.

De herstelgerichte visie heeft aandacht voor zelfregie en autonomie van de patiënt. Het is vanzelfsprekend dat de hulpverlener het perspectief van de patiënt als uitgangspunt van goede zorg voor ogen houdt. Deze ingesteldheid komt niet alleen tegemoet aan het recht op geïnformeerde toestemming maar ook aan het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Zelfs bij wilsonbekwaamheid van een patiënt wordt de hulpverlener niet ontslagen van zijn opdracht om de

patiënt maximaal te laten participeren aan beslissingen die impact hebben en sturing geven aan hun eigen leven. Ook bij wilsonbekwaamheid kan de familie of de omgeving een belangrijke hefboom zijn tot shared decision making omdat ze de leefwereld en de wensen van de patiënt goed kennen.

Als ombudsdienst ervaar ik dat hulpverleners soms vragen hebben over de betekenis van termen als vertrouwenspersoon, wettelijk vertegenwoordiger en geïnformeerde toestemming. Bij de komende informatiesessies zal hier extra aandacht aan geschonken worden.

Het principe van de shared decision making zet de patiënt in zijn kracht. Hierdoor kan hij mee aan het stuur zitten van zijn behandelkeuzes en heeft hij een sterker gevoel van betrokkenheid en autonomie. Sommige afdelingsregels staan hier echter haaks tegenover het autonoom denken en handelen. De opgelegde regels kunnen de impliciete boodschap inhouden dat anderen weten wat goed voor is voor de patiënt. Hiervan afwijken zal gevolgen hebben. Regels moeten regelen wat nodig is. Ze moeten gaan over verblijven in de voorziening of de afdeling en niet over de behandeling. Afdelingsregels horen ook te evolueren in tijd. Het lijkt me zinvol dat afdelingen een kritische blik werpen op hun afdelingsregels en de visie hieromtrent. Op enkele afdelingen werd hier al een goede aanzet voor gedaan.

AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 04/01/2018, de laatste op 17/12/2018.
Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 192, het totaal aantal in 2018 afgesloten aanmeldingen 193.
Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	253	209	218	192
aanmelders	137	132	124	129

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2018 met deze van 2017.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	218		192	
aanmelders	124		129	
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	181	83,79	169	88,02
binnen de week	25	11,57	23	11,97
binnen de 2 weken	4	1,85	-	-
binnen de 4 weken	4	1,85	-	-
later dan 4 weken	2	0,92	-	-
totaal	216	100	192	100
aantal aanmeldingen met				
1 contact	146	67,59	107	55,72
2 contacten	52	24,07	58	30,20
3 contacten	5	2,31	20	10,41
meer dan 3 contacten	13	6,01	7	3,64
totaal	216	100	192	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		4	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	2		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	215		193	

De **192** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 129 aanmelders.

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

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
4	5	3,87	20	10,41
3	13	10,07	39	20,31
2	22	17,05	44	22,91
1	89	68,99	89	46,35
totaal	129	100	192	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	172	79,62	137	71,35
groep patiënten	20	9,25	26	13,54
andere	24	11,11	29	15,10
totaal	216	100	192	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	110	63,95	83	60,58
vrouw	62	36,04	54	39,41
totaal	172	100	137	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	4	15,38
meer dan 4 personen	20	100,00	22	84,61
totaal	20	100	26	100
grootste groep	22		19	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	23	95,83	28	96,55
personeelslid	1	4,16	1	3,44
totaal	24	100	29	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	2	8,33	6	20,68
als vertrouwenspersoon	2	8,33	4	13,79
ten persoonlijke titel	20	83,33	19	65,51
totaal	24	100	29	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	6	25,00	7	24,13
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	2	8,33	5	17,24
terugkoppeling was niet mogelijk	12	50,00	16	55,17
terugkoppeling was niet nodig	4	16,66	1	3,44
totaal	24	100	29	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	173	80,09	162	84,37
neen	43	19,90	30	15,62
totaal	216	100	192	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	24	55,81	13	43,33
dit jaar binnen een andere voorziening	2	4,65	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	17	39,53	16	53,33
vorige jaren in andere voorziening	-	-	1	3,33
totaal	43	100	30	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	99	45,83	61	31,77
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	69	31,94	70	36,45
telefonisch *(of GSM, SMS)*	48	22,22	61	31,77
totaal	216	100	192	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	16	7,40	17	8,85
vraag tot interventie	138	63,88	140	72,91
vraag tot signalering	20	9,25	14	7,29
vraag naar een luisterend oor	42	19,44	21	10,93
totaal	216	100	192	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	3	2,17	4	2,85
vraag om een ander soort akkoord	135	97,82	136	97,14
totaal	138	100	140	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	126	58,33	122	63,54
neen	47	21,75	31	16,14
werd niet bevraagd	43	19,90	39	20,31
totaal	216	100	192	100

Bemiddelingsboek - 2814

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	121	96,03	117	95,90
formele interne klachtenprocedure	-	-	3	2,45
extern	5	3,96	2	1,63
totaal	126	100	122	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	3	6,38	1	3,22
durfde niet	11	23,40	6	19,35
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	33	70,21	24	77,41
totaal	47	100	31	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	0,52
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	196	90,74	168	87,50
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	20	9,25	23	11,97
niet van toepassing	-	-	-	-
totaal	216	100	192	100

C. Inhoud van de aanmelding

Strikte interpretatie Wet betreffende de rechten van de patiënt

Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid naar de gewesten. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid. In het verleden werden voor de Federale Commissie Rechten van de patiënt enkel deze aanmeldingen weerhouden die rechtstreeks betrekking hebben op erkende beroepsbeoefenaars en een strikte interpretatie van 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 werden niet meegeteld. Om de continuïteit van het jaarverslag aan de voorziening te verzekeren, bieden we in onderstaande paragrafen een overzicht van de aanmeldingen die onder deze strikte interpretatie vallen. Verder in dit verslag houden we – zoals de voorgaande jaren – een ruimere interpretatie aan en rapporteren we de aanmeldingen in het vertrouwde model, gebaseerd op de eigen registratie in Go-between.

Registratie Federale Commissie Rechten van de patiënt

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	39	18,05	52	27,08
aanmeldingen die weerhouden worden	177	81,94	140	72,91
totaal	216	100	192	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	120	67,79	105	75,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	7	3,95	3	2,14
3. informatie	5	2,82	-	-
4. geïnformeerde toestemming	32	18,07	24	17,14
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	2	1,12	1	0,71
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	10	5,64	7	5,00
7. pijnbestrijding	1	0,56	-	-
totaal	177	100	140	100

Bemiddelingsboek - 2816

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	215	99,53	187	97,39
algemene vraag los van patiëntenrecht	1	0,46	5	2,60
totaal	216	100	192	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	1	20,00
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	1	100,00	2	40,00
patiëntenrechten	-	-	2	40,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	5	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	3	1,38	5	2,60
psychiater	25	11,57	13	6,77
huisarts	2	0,92	6	3,12
andere arts	2	0,92	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	19	8,79	25	13,02
persoonlijke begeleider	1	0,46	1	0,52
sociale dienst	3	1,38	3	1,56
psycholoog	1	0,46	1	0,52
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	2	0,92	1	0,52
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	138	63,88	106	55,20
administratieve dienst	-	-	2	1,04
technische dienst	-	-	2	1,04
voedingsdienst	10	4,62	18	9,37
poetsdienst	-	-	1	0,52
directie	2	0,92	5	2,60
bewindvoerder	4	1,85	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	4	1,85	3	1,56
totaal	216	100	192	100

Bemiddelingsboek - 2818

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	153	71,16	147	78,60
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	7	3,25	3	1,60
3. informatie	6	2,79	2	1,06
4. geïnformeerde toestemming	32	14,88	25	13,36
5. inzage patiëntendossier	2	0,93	1	0,53
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	11	5,11	9	4,81
7. klachtenbemiddeling	2	0,93	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	0,46	-	-
10. pijnbestrijding	1	0,46	-	-
totaal	215	100	187	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	12	7,84	20	13,60
1.2. goede behandeling/begeleiding	53	34,64	46	31,29
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	14	9,15	16	10,88
1.4. goede hotelservice	28	18,30	39	26,53
1.5. betalende diensten	2	1,30	1	0,68
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	7	4,57	2	1,36
1.7. beschermende maatregelen	37	24,18	23	15,64
totaal	153	100	147	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	6	50,00	4	20,00
correcte omgangsvormen	5	41,66	15	75,00
grensoverschrijdend gedrag	1	8,33	1	5,00
andere	-	-	-	-
totaal	12	100	20	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	2	4,34
somatische verzorging	5	9,43	11	23,91
medicatie	1	1,88	-	-
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	3	5,66	1	2,17
voldoende beschikbaarheid	21	39,62	14	30,43
betrokkenheid familie	7	13,20	8	17,39
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	9	16,98	7	15,21
overplaatsing naar andere afdeling	1	1,88	1	2,17
overplaatsing naar een andere voorziening	5	9,43	1	2,17
andere	1	1,88	1	2,17
totaal	53	100	46	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	6	66,66	6	85,71
geweigerd	3	33,33	-	-
andere	-	-	1	14,28
totaal	9	100	7	100

Bemiddelingsboek - 2820

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	4	80,00	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	20,00	-	-
totaal	5	100	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	12	85,71	14	87,50
groepsleven	2	14,28	1	6,25
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	1	6,25
andere	-	-	-	-
totaal	14	100	16	100

Bemiddelingsboek - 2821

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	10	35,71	21	53,84
infrastructuur/accommodatie	9	32,14	13	33,33
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	7	25,00	-	-
veiligheid goederen	2	7,14	5	12,82
andere	-	-	-	-
totaal	28	100	39	100

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	2	100,00	1	100,00
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	1	14,28	1	50,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	14,28	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	4	57,14	1	50,00
verzekeringen	1	14,28	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	7	100	2	100

Bemiddelingsboek - 2822

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	10	27,02	5	21,73
beperkte bewegingsvrijheid	2	5,40	1	4,34
afzondering	10	27,02	6	26,08
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	15	40,54	11	47,82
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	37	100	23	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	3	42,85	2	66,66
psycholoog	1	14,28	-	-
persoonlijk begeleider	1	14,28	1	33,33
andere	2	28,57	-	-
totaal	7	100	3	100

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	16,66	1	50,00
duur	-	-	-	-
kosten	1	16,66	1	50,00
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	16,66	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	3	50,00	-	-
totaal	6	100	2	100

Bemiddelingsboek - 2823

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	10	31,25	6	24,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	3	12,00
	toestemming	22	68,75	16	64,00
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		32	100	25	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	2	100,00	1	100,00
totaal	2	100	1	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	2	100,00	1	100,00
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		2	100	1	100

Bemiddelingsboek - 2824

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	5	45,45	2	22,22
persoonlijke overtuiging	1	9,09	1	11,11
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	4	36,36	6	66,66
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	1	9,09	-	-
totaal	11	100	9	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	1	50,00	-	-
gesanctioneerd	1	50,00	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Bemiddelingsboek - 2826

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen *(193)*.

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	45	20,93	27	13,98
doorverwijzen intern	-	-	2	1,03
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	19	8,83	14	7,25
signaleren	33	15,34	27	13,98
coachen	22	10,23	23	11,91
bemiddelen	96	44,65	100	51,81
totaal	215	100	193	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	13	13,54	14	14,00
ombudspersoon zonder patiënt	83	86,45	86	86,00
totaal	96	100	100	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	115	53,48	79	40,93
binnen de week	62	28,83	72	37,30
binnen de twee weken	8	3,72	10	5,18
binnen de vier weken	15	6,97	14	7,25
later dan vier weken	15	6,97	18	9,32
totaal	215	100	193	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	39		44	

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".

Evaluatie resultaat

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	129	60,00	104	53,88
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	32	14,88	32	16,58
ontevredenheid patiënt	6	2,79	7	3,62
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	2	1,03

Bemiddelingsboek - 2828

geen feedback	48	22,32	48	24,87
totaal	215	100	193	100

Evaluatie proces

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	163	75,81	133	68,91
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	2	0,93	8	4,14
ontevredenheid patiënt	1	0,46	2	1,03
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	49	22,79	50	25,90
totaal	215	100	193	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	5	100,00	-	-
ziekenfonds	-	-	3	75,00
andere	-	-	1	25,00
totaal	5	100	4	100

Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge

van 1 januari tot 31 december 2018

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

psychiatrisch ziekenhuis

Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge

periode van 1 januari 2018 tot 31 december 2018

Sofie Wybo
Chantal Van Moerkerke
Ombudspersoon
PopovGGZ vzw
februari 2019

Bemiddelingsboek - 2832

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

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

chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be

www.ombudsfunctieggz.be

INHOUD

1. INLEIDING 5

2. PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE 7

3. AANMELDINGEN 9

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN 31

5. BESLUITEN 36

6. PRAKTISCHE INFORMATIE 37

7. BIJLAGE: OMBUDSPERSONEN TEWERKGESTELD BIJ POPOVGGZ VZW 39

Bemiddelingsboek - 2834

1. INLEIDING

Dit is het 5de jaarverslag van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg in PC Gent-Sleidinge sinds de fusie van PC Sleidinge en Sint-Jan de Deo op 1 januari 2012. Voor het voormalige PC Sleidinge werden in het verleden reeds acht jaarverslagen gemaakt. PC Sint-Jan de Deo hield er een interne ombudsdienst op na.

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.

Tot 2006 werd het jaarverslag, volgens het model uitgewerkt door het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie *(IPSOF),* door de ombudspersoon aan de directie van de voorziening bezorgd, met de vraag het zelf over te maken aan de Federale Commissie "Rechten van de patiënt".

Vanaf 2007 tot en met 2014 voorzag de Federale Commissie een eigen model, zowel voor een aantal minimale registratiegegevens als voor een aantal bemerkingen op de ombudspraktijk. Deze gegevens werden in die periode rechtstreeks door de ombudspersoon via internet overgemaakt aan de Federale Commissie. Door de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid betreffende de overlegplatforms GGZ en de externe ombudsfunctie GGZ overgedragen van de federale overheid aan de gewesten. Dit betekent dat de ombudspersonen zich met de minimale registratiegegevens niet meer tot de Federale Commissie “Rechten van de patiënt” moeten richten, maar tot de Vlaamse overheid.

Vanaf 2017 dienen alle individuele Vlaamse jaarverslagen integraal te worden ingediend bij de Vlaamse Ombudsman.

Om de continuïteit te verzekeren, vindt u onder **C. Inhoud van de aanmelding** een overzicht van de minimale registratiegegevens volgens de strikte interpretatie van de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002.

Tussen het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg en het psychiatrisch centrum werd een overeenkomst gesloten. Ook werd een huishoudelijk reglement uitgewerkt en ondertekend.
Hierin wordt ook verwezen naar de visietekst en de gedragscode die richtinggevend zijn voor de praktijk.

Deze teksten vindt u bij "documentatie & informatie" op www.ombudsfunctieggz.be.

Bemiddelingsboek - 2836

In het **tweede hoofdstuk** sommen we enkele kenmerken van het psychiatrisch ziekenhuis op en staan we stil bij de manier waarop aan de externe ombudsfunctie vorm werd gegeven.

Het **derde hoofdstuk** biedt een overzicht van de aanmeldingen. We kiezen bewust voor de term "aanmeldingen". Soms gaat het over een gewone vraag om informatie, soms wil men gewoon eens zijn verhaal doen, soms gaat het over een klacht over een hulpverlener of over het ziekenhuis, maar dikwijls ook over derden. Via een gemeenschappelijke registratie voor alle externe ombudspersonen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg proberen we een zicht te krijgen op de rijke verscheidenheid van vragen en antwoorden.

De gegevens worden rechtstreeks ingebracht in een centrale databank, Go-between, ontwikkeld door KP-soft uit Mechelen *(www.kpsoft.be)*, zodat elke ombudspersoon zowel de evolutie van elke aanmelding op de voet kan volgen als via statistieken een zicht kan krijgen op de aanmeldingen in alle voorzieningen waar hij of zij werkzaam is. Indien nodig wordt het systeem jaarlijks bijgewerkt om het zo nauw mogelijk te laten aansluiten op de regelgeving. Bij elke aanmelding wordt aangegeven op welk patiëntenrecht deze betrekking heeft.

Deze gegevens worden bovendien jaarlijks verwerkt in een Vlaams jaarverslag externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg, waar de gegevens per voorzieningensoort en per overlegplatform worden gegroepeerd. Ook dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be.

In het **vierde hoofdstuk** worden, zoals door de overheid gevraagd, enkele aandachtspunten en eventueel bijhorende aanbevelingen geformuleerd die nuttig kunnen zijn voor het verder ontwikkelen van de ombudspraktijk.

We ronden af met een aantal besluiten, in **hoofdstuk vijf**, en met de praktische informatie, in **hoofdstuk zes**, die nodig is om de ombudspraktijk in het ziekenhuis te kunnen situeren.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie, medewerkers en patiënten voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

Bemiddelingsboek - 2837

2. PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

erkenningsnummer PZ			992								
A	**a-dag**	**a-nacht**	**T**	**t-dag**	**t-nacht**	**Tg**	**Sp**	**K**	**k-dag**	**k-nacht**	**totaal**
120	5	10	110	30	10	35	0	0	0	0	320

Vanaf 1 januari 2012 zijn PC Sleidinge en PC Sint-Jan de Deo gefusioneerd tot één psychiatrisch centrum: PC Gent-Sleidinge. Sinds 2012 heten beide entiteiten respectievelijk Campus Sleidinge en Campus Gent.

Tijdens voorjaar 2018 werd een nieuwbouw toegevoegd aan Mater Dei. Hierdoor kreeg een aantal afdelingen een nieuwe bestemming: de Afdeling voor mensen met Dubbele Diagnose Problematieken is in Campus Sleidinge verhuisd van site St. Jozef naar site Mater Dei. De Afdeling voor Crisisopvang bij Toxicomanie is in campus Sleidinge, site St. Jozef verhuisd naar de plaats waar voorheen de Afdeling voor mensen met Dubbele Diagnose Problematieken was.

In de loop van het jaar breidde de afdeling voor mensen met Dubbele Diagnose Problematieken uit met 10 bedden. Het betreft een verhuis van 10 T-bedden, afkomstig van Rehab, met een upgrade naar patiënten met een interneringsstatuut.

Eind 2018 breidde het aanbod van het ziekenhuis uit met een afdeling voor jongeren tussen 12 en 18 jaar, namelijk YUGEN. De afdeling biedt een semi-residentieel aanbod, die bestaat uit twee afzonderlijke werkingen, enerzijds een aanbod voor dagopname (deze bevindt zich in het Zusterhuis) en anderzijds een aanbod nachtopname (deze afdeling bevindt zich op site St Jozef).

Aan dit ziekenhuis is een psychiatrisch verzorgingstehuis met 31 bedden verbonden: PVT Hortus te Gent. Het ziekenhuis is eveneens partner in de samenwerkingsverbanden beschut wonen Domos met 98 plaatsen. We geven een bondig overzicht van de aanmeldingen vanuit het PVT en het IBW op het einde van hoofdstuk 3.

Voor een volledig zicht op de kenmerken, het aanbod en de samenwerkingsverbanden van het ziekenhuis verwijzen we naar www.pcgs.be.

B. Gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
aantal gerealiseerde verpleegdagen	102.282	97.099	97.055	96.057	94.411	95.421	95.465
aantal opnames	1.844	1.581	1.327	1.407	1.662	1.624	1.716
aantal opgenomen patiënten op 1/1	237	328	319	339	354	346	348
aantal opgenomen patiënten op 31/12	328	319	339	354	346	348	335
aantal gedwongen opnames	151	138	116	113	123	140	139

Het aantal opgenomen patiënten ligt hoger dan het aantal bedden aangezien er meer dagpatiënten zijn dan dagplaatsen.

De turnover is in vergelijking met de meeste andere psychiatrische ziekenhuizen vrij groot. De opmerkelijke toename van het aantal verpleegdagen en opnames sinds 2012 heeft uiteraard te maken met de fusie.

C. Externe ombudsfunctie

Chantal Van Moerkerke is reeds sinds de start van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg aan de slag als ombudspersoon, eerst in het vroegere PC Sleidinge, na de fusie in 2012 in beide campussen van PC Gent-Sleidinge. Zij is master in de psychologische en pedagogische wetenschappen en werkte begin jaren '90 al als patiëntenvertrouwenspersoon in het gelijknamige project van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid. Zij neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie *(IPSOF).* Zij is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie Van Alle Zorgvoorzieningen. In 2008-2009 volgde zij een postacademische opleiding bemiddeling aan de universiteiten van Gent en Antwerpen. In 2017 nam ze deel aan de vervolmakingscursus 'bemiddelen in hoog-conflictsituaties' aan de UG.

De externe ombudspersoon wordt tewerkgesteld door het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg waartoe het psychiatrisch ziekenhuis behoort *(PopovGGZ vzw)*. Zij bekleedt geen enkele andere functie in de voorziening. Behalve in dit ziekenhuis is zij ook actief als ombudspersoon in een aantal andere voorzieningen GGZ in Oost-Vlaanderen en coördineert zij de externe ombudsfunctie binnen PopovGGZ. Zij werkt in totaal 30,40 uren per week of 0,80 VTE. Ze is in principe elke maandag aanwezig op campus Gent van 9u30 tot 11u30 en elke donderdag op campus Sleidinge van 11u45 tot 14u15.

Tussen 14 mei en 31 december 2018 was Chantal afwezig. Zij werd gedurende die periode vervangen door Sofie Wybo, bachelor en master in het sociaal werk. Zij was elke donderdag aanwezig op beide campussen.

De input van beide ombudspersonen zit verwerkt in voorliggend jaarverslag.

We danken het ziekenhuis in het algemeen en kwaliteitscoördinator Anneleen Schollaert in het bijzonder voor de constructieve medewerking binnen PCGS.

3. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 12/01/2018, de laatste op 22/12/2018.
Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 103, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 103.
Dit is evenveel als in 2017 *(103)*.
Dit is 20 meer dan in 2016 *(83)*.

Het grootste aantal aanmeldingen *(94)* ontvingen we van campus Sleidinge. In campus Gent ontvingen we negen aanmeldingen.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	85	83	103	103
aanmelders	60	54	55	66

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	103		103	
aanmelders	55		66	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	91	88,34	67	75,28
binnen de week	8	7,76	16	17,97
binnen de twee weken	1	0,97	3	3,37
binnen de vier weken	3	2,91	3	3,37
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	103	100	89	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	-	-	14	13,59
1 contact	37	35,92	61	59,22
2 contacten	49	47,57	26	25,24
3 contacten	14	13,59	2	1,94
meer dan 3 contacten	3	2,91	-	-
totaal	103	100	103	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	7		3	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	103		103	

De **103** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 66 aanmelders.

Bij 67 aanmeldingen was het eerste face to face contact op de dag van de aanmelding zelf. Bij deze aanmeldingen werd de ombudspersoon rechtstreeks aangesproken door de patiënt tijdens het spreekuur of ergens op de campus; bij nog eens 16 aanmeldingen was het eerste contact binnen de week. In uitzonderlijke situaties liet het eerste contact langer op zich wachten.

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

Bemiddelingsboek - 2841

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
4	3	4,54	12	11,65
3	7	10,60	21	20,38
2	14	21,21	28	27,18
1	42	63,63	42	40,77
totaal	66	100	103	100

In 2017 kwamen de 103 aanmeldingen van in totaal 55 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
7	1	1,81	7	6,79
5	4	7,27	20	19,41
4	2	3,63	8	7,76
3	4	7,27	12	11,65
2	12	21,81	24	23,30
1	32	58,18	32	31,06
totaal	55	100	103	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	84	81,55	83	80,58
groep patiënten	8	7,76	12	11,65
andere	11	10,67	8	7,76
totaal	103	100	103	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	45	53,57	53	63,85
vrouw	35	41,66	29	34,93
onbekend	4	4,76	1	1,20
totaal	84	100	83	100

Er werden 83 aanmeldingen geformuleerd door individuele patiënten, 12 door een groep die uit minstens 3 patiënten bestond. Ruim 63% van de aanmeldingen wordt door mannelijke patiënten geformuleerd.

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	-	-
3 personen	-	-	5	41,66
4 personen	-	-	1	8,33
meer dan 4 personen	8	100,00	6	50,00
totaal	8	100	12	100
grootste groep	26		7	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	10	90,90	7	87,50
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	1	9,09	1	12,50
totaal	11	100	8	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	11	100,00	8	100,00
totaal	11	100	8	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	9	81,81	3	37,50
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	2	25,00
terugkoppeling was niet mogelijk	2	18,18	-	-
terugkoppeling was niet nodig	-	-	3	37,50
totaal	11	100	8	100

Er waren 7 aanmeldingen van partner of familie en één andere (huisarts). Allemaal kwamen ze ten persoonlijke titel. Bij 3 van deze 8 aanmeldingen was onderschrijving van de aanmelding onmogelijk aangezien de aanmelder de naam van de patiënt niet gaf; of – in geval van familie – de patiënt geen contact met familie, of met de ombudspersoon wenste.

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	47	45,63	66	64,07
neen	56	54,36	37	35,92
totaal	103	100	103	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	45	80,35	33	89,18
dit jaar binnen een andere voorziening	1	1,78	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	9	16,07	4	10,81
vorige jaren in andere voorziening	1	1,78	-	-
totaal	56	100	37	100

Bij 66 aanmeldingen is de aanmelder nog niet gekend door de ombudspersoon. Dat dit aantal hoger ligt dan in 2017 (toen waren 47 aanmeldingen nieuw voor de ombudspersoon) heeft te maken met het feit dat de ombudsfunctie voor een deel van het jaar opgenomen werd door de vervangende (en nieuwe) ombudsvrouw. Bij de overige 37 aanmeldingen betreft het mensen die in 2017 meer dan één aanmelding formuleerden (33), of mensen die de ombudspersoon reeds kende van vroeger (4).

Bemiddelingsboek - 2844

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	41	39,80	45	43,68
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	38	36,89	31	30,09
telefonisch *(of GSM, SMS)*	24	23,30	27	26,21
totaal	103	100	103	100

Bij ruim 43% van de aanmeldingen kwam de patiënt de ombudspersoon onaangemeld opzoeken in haar bureel of werd ze direct aangesproken op de afdeling. Dit ligt in de lijn van 2017 en wijst op de zichtbaarheid en laagdrempeligheid van de ombudsfunctie. Daarnaast gebeurden 31 aanmeldingen per brief of e-mail en 27 telefonisch.

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	4	3,88	4	3,88
vraag tot interventie	96	93,20	79	76,69
vraag tot signalering	-	-	16	15,53
vraag naar een luisterend oor	3	2,91	4	3,88
totaal	103	100	103	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	-	-	6	7,59
vraag om een ander soort akkoord	96	100,00	73	92,40
totaal	96	100	79	100

Bij 79 aanmeldingen vroeg de patiënt om een interventie van de ombudspersoon. Dit zijn meestal vragen waarmee men iets wil veranderen aan het probleem waar men mee geconfronteerd wordt. In tegenstelling tot 2017 ontvingen we 6 vragen naar een financieel akkoord. Het ging om vragen omtrent (een onderdeel van) de factuur of vergoeding voor materiaal dat stukgemaakt zou geworden zijn tijdens een opname. Daarnaast waren er 16 vragen naar signalering, waarbij de aanmelder aangeeft iets te willen melden maar zonder concrete tussenkomst te vragen; en we registreerden 4 vragen naar een luisterend oor.

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	66	64,07	64	62,13
neen	32	31,06	28	27,18
werd niet bevraagd	5	4,85	11	10,67
totaal	103	100	103	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	66	100,00	64	100,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	66	100	64	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	2	6,25	2	7,14
durfde niet	13	40,62	6	21,42
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	17	53,12	20	71,42
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	32	100	28	100

Wanneer dit bevraagd werd, bleek dat bij de meerderheid (64) van de aanmeldingen, de patiënt toch wel informele eerdere stappen ondernomen had vooraleer contact op te nemen met de ombudspersoon. Van degenen die dit niet deden (28) waren er 20 die principieel kozen voor de onafhankelijke externe ombudspersoon. 6 patiënten durfden geen eerdere stappen te ondernemen.

Bemiddelingsboek - 2846

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	3	2,91	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	95	92,23	95	92,23
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	5	4,85	8	7,76
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	103	100	103	100

Patiënten formuleren meestal een aanmelding wanneer ze nog in opname / behandeling zijn (95). Bij 8 aanmeldingen nam de patiënt na zijn ontslag nog contact op met de ombudspersoon. Het ging dan om vragen betreffende de factuur, een huisarts die niet verwittigd werd van een ontslag van een patiënt, iemand die niet akkoord was met een verplicht ontslag, en een telefonisch contact met een hulpverlener van het ziekenhuis wanneer de opname beëindigd was.

C. Inhoud van de aanmelding

Aanmeldingen weerhouden voor Federale Commissie Rechten van de patiënt

Vanaf 2007 voorziet 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.

Sinds 2017 dient het integrale jaarverslag aan de Vlaamse Ombudsman bezorgd te worden.

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 werden niet meegeteld. De eigen registratie in Go-between geeft een overzicht van alle aanmeldingen die de ombudspersoon bereiken.

Bemiddelingsboek - 2847

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	39	37,86	44	42,72
aanmeldingen die weerhouden worden	64	62,13	59	57,28
totaal	103	100	103	100

Overzicht van de weerhouden registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	43	67,18	49	84,48
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	6,25	2	3,44
3. informatie	2	3,12	1	1,72
4. geïnformeerde toestemming	7	10,93	2	3,44
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	1	1,72
5. c) afschrift patiëntendossier	4	6,25	2	3,44
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	6,25	1	1,72
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	64	100	58	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	97	94,17	91	88,35
algemene vraag los van patiëntenrecht	6	5,82	12	11,65
totaal	103	100	103	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	1	8,33
juridisch	-	-	2	16,67
financieel	-	-	5	41,67
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	3	50,00	2	16,67
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	3	50,00	2	16,67
totaal	6	100	12	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	11	10,67	12	11,65
psychiater	22	21,35	13	12,62
huisarts	-	-	3	2,91
andere arts	-	-	1	0,97
apotheker	-	-	-	-
verpleging	19	18,44	14	13,59
persoonlijke begeleider	-	-	1	0,97
sociale dienst	2	1,94	4	3,88
psycholoog	6	5,82	1	0,97
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	2	1,94	2	1,94
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	22	21,35	31	30,09
administratieve dienst	-	-	2	1,94
technische dienst	5	4,85	7	6,79
voedingsdienst	8	7,76	6	5,82
poetsdienst	1	0,97	-	-
directie	2	1,94	1	0,97
bewindvoerder	2	1,94	3	2,91
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	1	0,97	2	1,94
totaal	103	100	103	100

Aanmeldingen met betrekking tot multidisciplinair team (31), de verpleging (14) en de psychiater (13) scoren het hoogst, wat niet verwonderlijk is door de nauwe betrokkenheid bij de directe patiëntenzorg en met de werking van de afdeling op zich. Bij 12 aanmeldingen kon er niet direct een betrokken discipline aangeduid worden.

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	74	76,28	81	89,01
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	4,12	2	2,20
3. informatie	2	2,06	1	1,10
4. geïnformeerde toestemming	7	7,21	2	2,20
5. inzage patiëntendossier	4	4,12	3	3,30
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	4,12	1	1,10
7. klachtenbemiddeling	1	1,03	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	1,03	1	1,10
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	97	100	91	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	15	20,27	5	6,17
1.2. goede behandeling/begeleiding	21	28,37	31	38,27
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	3	4,05	12	14,81
1.4. goede hotelservice	25	33,78	22	27,16
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	4	5,40	4	4,94
1.7. beschermende maatregelen	6	8,10	7	8,64
totaal	74	100	81	100

Van de verschillende in de regelgeving aangestipte patiëntenrechten bleek het traditiegetrouw voornamelijk over kwaliteitsvolle dienstverlening te gaan (81), met opnieuw de nadruk op een goede behandeling/begeleiding (31) en een goede hotelservice (22).

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	11	73,33	5	100,00
grensoverschrijdend gedrag	2	13,33	-	-
andere	2	13,33	-	-
totaal	15	100	5	100

In 2018 ontvingen we minder aanmeldingen rond respectvolle bejegening dan in 2017.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	1	4,76	3	9,68
medicatie	2	9,52	5	16,13
individuele therapie	3	14,28	3	10,00
groepstherapie	1	4,76	1	3,33
voldoende beschikbaarheid	4	19,04	5	16,67
betrokkenheid familie	1	4,76	2	3,33
start opname/behandeling/begeleiding	1	4,76	1	3,33
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	6	20,00
overplaatsing naar andere afdeling	3	14,28	2	6,66
overplaatsing naar een andere voorziening	3	14,28	1	3,33
andere	2	9,52	2	6,66
totaal	21	100	31	100

Bij de goede behandeling/begeleiding springen de beëindiging (van de opname, behandeling en/of begeleiding), de beschikbaarheid van hulpverleners en de medicatie in het oog.

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	6	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	6	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	1	33,33	-	-
geweigerd	-	-	1	50,00
andere	2	66,66	1	50,00
totaal	3	100	2	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00
andere	3	100,00	-	-
totaal	3	100	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	33,33	6	50,00
groepsleven	2	66,66	1	8,33
ontspanning/vrije tijd	-	-	2	16,66
weekend- en verlofregeling	-	-	3	25,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	12	100

In 2018 ontvingen we meer aanmeldingen kwaliteitsvol verblijf/wonen, met een piek rond regels. (computer-en gsmgebruik).

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	9	36,00	7	31,81
infrastructuur/accommodatie	10	40,00	12	54,54
hygiëne	1	4,00	-	-
veiligheid persoon	1	4,00	1	4,54
veiligheid goederen	4	16,00	2	9,09
andere	-	-	-	-
totaal	25	100	22	100

We ontvingen 12 aanmeldingen over infrastructuur en accommodatie. Het betreft voornamelijk vragen naar WIFI en warmte op de kamers van een aantal afdelingen.

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

In 2017 en 2018 kwam geen enkele aanmelding m.b.t. de betalende diensten.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	1	25,00	3	75,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	25,00	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	1	25,00	1	25,00
verzekeringen	-	-	-	-
andere	1	25,00	-	-
totaal	4	100	4	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	1	16,66	1	14,28
beperkte bewegingsvrijheid	1	16,66	-	-
afzondering	1	16,66	2	28,57
fixatie	1	16,66	1	14,28
gedwongen opname	2	33,33	1	14,28
internering	-	-	-	-
andere	-	-	2	28,57
totaal	6	100	7	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	2	50,00	1	50,00
psycholoog	2	50,00	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	2	100

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	50,00	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	1	50,00	1	100,00
totaal	2	100	1	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	6	85,71	2	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	1	14,28	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		7	100	2	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	4	100,00	3	100,00
totaal	4	100	3	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	2	66,66
volledig dossier	inzage	-	-	1	33,33
	afschrift	4	100,00	-	-
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		4	100	3	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	2	50,00	1	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	2	50,00	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	1	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	1	100,00	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

In 2017 en 2018 geen enkele aanmelding.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	100,00	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	1	100	1	100

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

In 2017 en 2018 geen enkele aanmelding

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(103)*.

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. 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	6	5,82	12	11,65
doorverwijzen intern	3	2,91	1	0,97
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	8	7,76	28	27,18
signaleren	41	39,80	37	35,92
coachen	6	5,82	6	5,82
bemiddelen	39	37,86	19	18,44
totaal	103	100	103	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	5	12,82	4	21,05
ombudspersoon zonder patiënt	34	87,17	15	78,94
totaal	39	100	19	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	56	54,36	43	41,74
binnen de week	23	22,33	37	35,92
binnen de twee weken	10	9,70	9	8,73
binnen de vier weken	6	5,82	11	10,67
later dan vier weken	8	7,76	3	2,91
totaal	103	100	103	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	7		7	

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.

We merken dat bijna 42% van de aanmeldingen op de dag zelf afgesloten kan worden en binnen 36% binnen de week.

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	34	33,00	22	21,35
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	23	22,33	8	7,76
ontevredenheid patiënt	27	26,21	10	9,70
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	6	5,82	16	15,53
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	0,97	19	18,44
ontevredenheid patiënt	3	2,91	6	5,82
geen feedback	9	8,73	22	21,35
totaal	103	100	103	100

Evaluatie proces

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	64	62,13	30	29,12
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	18	17,47	8	7,76
ontevredenheid patiënt	1	0,97	2	1,94
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	10	9,70	29	28,15
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	0,97	11	10,67
ontevredenheid patiënt	1	0,97	1	0,97
geen feedback	8	7,76	22	21,35
totaal	103	100	103	100

We merken hier ietwat andere cijfers dan vorig jaar: het aantal aanmeldingen zonder feedback ligt hoger, en ook de tevredenheid mbt resultaat en proces is anders. Bovenstaand criterium is moeilijk om te registreren omdat er een mate van subjectiviteit mee gepaard gaat.

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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

In 2016 en 2017 bleek het niet noodzakelijk te zijn om verdere stappen voor te stellen.

F. PVT en Beschut Wonen

Er waren in 2018 zes aanmeldingen door 5 individuele patiënten vanuit PVT Hortus te Gent, waarvan 4 aanmeldingen weerhouden worden bij de strikte toepassing van de wet op de patiëntenrechten. Vier aanmeldingen hadden betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening: het ging bij twee meldingen rond respectvolle bejegening, bij één aanmelding over de beschikbaarheid van hulpverleners en bij één aanmelding over het groepsleven. Een vijfde aanmelding betrof het recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar en de laatste aanmelding betrof een patiënt die de vraag stelde naar informatie.

Er was in 2018 één aanmelding vanuit BW Domos. Het betrof een aanmelding in verband met het recht op kwaliteitsvol verblijf, meer specifiek rond het groepsleven.

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de aanmeldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

Hieronder groeperen we een aantal aandachtspunten. Waar mogelijk formuleren we ook enkele "voorzichtige" aanbevelingen *(cursief),* eventueel stof voor discussie.
Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het ziekenhuis, eventueel de overheid, om de haalbaarheid ervan te toetsen en ze eventueel te concretiseren.

De aandachtspunten die betrekking hebben op de ombudsfunctie op zich, worden doorheen de verdere ombudspraktijk opgevolgd en komen ook regelmatig aan bod tijdens de intervisie met de Vlaamse collega's.

We hebben de rubrieken overgenomen zoals vermeld in het model van jaarverslag dat voorheen vanuit de Federale Commissie Rechten van de patiënt, vanaf 2007, werd opgelegd.

We beperken ons tot de aanbevelingen die ons per rubriek prioritair lijken.

In het Vlaams jaarverslag, raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen.

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

- Er vallen geen bijzondere moeilijkheden te signaleren inzake behoud van de onafhankelijkheid, de neutraliteit of het beroepsgeheim van de ombudspersoon in PC Gent-Sleidinge.

- Ook infrastructureel stelden er zich voor de ombudswerking in 2018 geen problemen. De ombudspersoon beschikt over een lokaal, voorzien van een computer met internetaansluiting. Dit blijft belangrijk voor patiënten die in alle vertrouwen een langdurig gesprek onder vier ogen wensen, zonder dat dit geweten is door de hulpverleners.
- De ombudspersoon heeft de mogelijkheid om zich vrij te verplaatsen op de campus en maakt daarvan gebruik om wekelijks de afdelingen te bezoeken. Wil een patiënt de ombudspersoon spreken tijdens deze ronde, is er steeds een hoekje of lokaaltje beschikbaar waar een gesprek onder vier ogen mogelijk is.
- In functie van het recht op klachtenbemiddeling, waarderen we het plaatsen van een extra bus op Campus Gent (*meer bepaald in de kliniek)*. Na een aantal maanden evalueren we graag de locatie van deze bus.
- De externe ombudspersoon wordt vermeld op de website en in de onthaalbrochure, met inbegrip van contactgegevens en meer informatie over de wet betreffende de rechten van de patiënt. In principe ontvangen alle patiënten tevens de folder van de ombudspersoon bij opname.

- Naar aanleiding van 15 jaar patiëntenrechten en op vraag van de Raad van Bestuur van PopovGGZ vzw, werd in 2018 een evaluatie van de externe ombudswerking voorzien. Zowel directie, artsen, ziekenhuis- en PVT-afdelingen als patiënten kregen de kans om hun mening en ervaringen over de ombudsfunctie anoniem terug te koppelen. De eerste, algemene resultaten van dit onderzoek werden toegelicht op de raad van bestuur van PopovGGZ in januari 2019. Een individueel verslag zal in de loop van 2019 aan elke voorziening ter bespreking voorgelegd worden.

Bemiddelingsboek - 2863

B. 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.

B.1. het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking *(art.5)*

De meeste aanmeldingen *(81)* hebben op dit patiëntenrecht betrekking; niet verwonderlijk aangezien het ook heel wat terreinen bestrijkt.

Er waren 31 aanmeldingen over de **"goede behandeling en begeleiding",** gespreid over verschillende items.

- We noteren 5 aanmeldingen over voldoende **beschikbaarheid** van zorgverleners.
  - ✓ *Het kan zijn dat de verwachtingen van patiënten over hoe vaak ze een arts of psycholoog kunnen zien niet altijd zijn afgestemd op het haalbare. In welke mate kan een ziekenhuis van bij het begin van opname indicaties geven over welke frequentie men mag verwachten als het gaat over persoonlijke gesprekken met een arts, psycholoog of persoonlijke begeleider?*
  - ✓ *Mogelijks kan het eveneens een meerwaarde zijn om patiënten te informeren over de implicaties van het feit dat ze opgevolgd worden door een multidisciplinair team dat elkaar aanvult en informeert. Een persoonlijk onderhoud is voor de zorgverlener misschien niet altijd noodzakelijk om de toestand op te volgen, voor de patiënt kan dit wel een meerwaarde zijn en vermijden dat hij het gevoel krijgt 'vergeten te worden'.*

  Bij één aanmelding omtrent onvoldoende beschikbaarheid, bevestigde de hulpverlener in kwestie dat het aantal uren individuele therapie afgenomen was door een verhoging van het aantal patiënten op de afdeling.
  - ✓ *In welke mate is het haalbaar om het aantal therapie-uren evenredig met de uitbreiding van de afdeling op te trekken zodat individuele therapie waar nodig gegarandeerd blijft?*

- We werden 6 keer gecontacteerd rond **beëindiging van de opname/behandeling/begeleiding**. In elk van de aanmeldingen ging het om een verplichte maatregel, die opgelegd werd door de afdeling.
  Bij contactname met de betreffende afdelingen begrepen we dat dit het resultaat van een proces was, en dat deze beslissingen niet lichtzinnig genomen werden. Anderzijds merkten we onduidelijke communicatie omtrent de ondersteuning die patiënten vanuit het ziekenhuis kunnen verwachten aangaande een eventuele transfer, hetzij naar een andere voorziening, hetzij naar een andere afdeling. Ook de interne afstemming in het ziekenhuis over een eventueel vervolgtraject werd pas laattijdig afgerond, waardoor de patiënt lange tijd in het ongewisse bleef omtrent het vervolg van de opname op desbetreffende afdeling(en).
  - ✓ *Op welke wijze kan de communicatie naar de patiënt optimaal verlopen? Is het een meerwaarde om dit aspect beleidsmatig te bekijken? Welke kwaliteitscriteria dienen nageleefd te worden bij een gedwongen ontslag?*

- De ombudspersoon ontving een aantal aanmeldingen omtrent **betrokkenheid familie**. Het ging telkens om familieleden die contact opnamen om aan te kaarten zich onvoldoende betrokken te voelen bij de behandeling, al dan niet met toestemming van de patiënt zelf.

  ✓ *Het betrekken van de familie is zoeken naar een balans tussen privacy van de patiënt en zorg voor de familie. Hoe dan ook is elke beroepsbeoefenaar in de mogelijkheid om de familieleden een duidelijk kader te bieden, te informeren omtrent geestelijke gezondheidszorg en de werking op een bepaalde afdeling alsook toelichting te geven rond het ziektebeeld, het proces en de verwachtingen van een opname zonder in te gaan op de persoonlijke situatie van de patiënt.*
  In welke mate is het aangewezen hier een beleid rond uit te werken of, indien het bestaat, dit beleid onder de loep te nemen en onder de aandacht te brengen van de medewerkers?

- Vorig jaar gaven we nog een aanbeveling rond **respectvolle bejegening.** Graag zetten we in de verf dat we hier een daling van het aantal aanmeldingen over ontvingen. We herhalen graag dat respectvolle bejegening een absolute must blijft binnen een kwaliteitsvolle dienstverlening.
- We ontvingen 22 aanmeldingen rond de **goede hotelservice**. De meeste aanmeldingen betreffen infrastructuur en accommodatie. Een deel hiervan betreft opnieuw vragen naar **internettoegang** voor patiënten. De ombudspersoon werd in de loop van het jaar geïnformeerd dat het ziekenhuis in 2019 een extern bedrijf verwacht aan te spreken om de mogelijkheden, kostprijs, van draadloos internet te onderzoeken. Ook qua visie dient men intern nog een aantal knopen door te hakken.

  ✓ *Meerdere ziekenhuizen kiezen voor een kosteloze internetvoorziening voor patiënten en bewoners. We geloven dat het kosteloos of goedkoop ter beschikking stellen van deze faciliteiten een wezenlijk onderdeel is van een goede hotelservice.*

- **Voeding** is een thema dat nu en dan naar boven komt. We vernamen dat het ziekenhuis een gewijzigd voedingsbeleid hanteert (*eenzelfde wijze voor beide campussen)*, en dat deze verandering niet door elke patiënt gewaardeerd wordt. We merken veel openheid aangaande suggesties voor de voeding. Patiënten kunnen dit noteren in een register, verkrijgbaar op elke afdeling.

  ✓ *Blijvende reflectie over dit item is aangewezen.*

- Een ander item dat een aantal keer terugkwam, was de **warmte op de kamers**. Aangezien dit een vrij nieuw fenoneem is, vermoeden we dat de ingebruikname van een aantal nieuwe afdelingen hier een rol in speelt. Vanuit de directie werd onmiddellijk de toestemming gegeven om per afdeling een aantal maatregelen te treffen; we vermoeden dan ook dat deze aanmeldingen zullen afnemen tijdens volgende warme zomermaanden.

  ✓ *We benadrukken het belang van blijvende aandacht voor kleine gebreken bij de ingebruikname van nieuwe afdelingen.*

B.2. Het recht op geïnformeerde toestemming

- Een aantal aanmeldingen rond geïnformeerde toestemming gaat over het niet akkoord gaan met de voorgestelde en uiteindelijk toch steeds toegediende medicatie. Een aantal patiënten heeft het moeilijk met deze **gedwongen medicatie**. Het blijft een heikel punt in de psychiatrie. De bemiddelingsruimte van de ombudspersoon is hier vaak beperkt, maar toch blijft het een belangrijke uitdaging voor de GGZ om rond dwang en medicatie te blijven zoeken naar een optimale praktijk.

  ✓ ***Informeren*** *van patiënten over de diagnose, de opnameduur, de medicatie, is een belangrijk aandachtspunt. Het blijft zaak om duidelijk en begrijpelijk te communiceren rond medicatie/behandeling en te zoeken naar* ***alternatieven*** *wanneer de patiënt niet akkoord gaat. Hierdoor kunnen klachten voorkomen worden. Ook de beleving en het begrip van de patiënt kunnen hierdoor positief beïnvloed worden.*

B.3. Andere patiëntenrechten

- Er kwamen 2 aanmeldingen binnen over het recht met betrekking op vrije keuze beroepsbeoefenaar. Over de rechten met betrekking tot patiëntendossier werden 3 aanmeldingen genoteerd. Het aantal aanmeldingen over sommige andere patiëntenrechten ligt nog lager: 1 over het recht op informatie, 1 over de vertrouwenspersoon en tenslotte 1 over het recht op een vertrouwenspersoon. Er kwam geen enkele aanmelding binnen over het recht op een wettelijke vertegenwoordiger noch over het recht op pijnbestrijding of klachtenbemiddeling.

  Gezien het beperkt aantal aanmeldingen over deze patiëntenrechten, kunnen we hieromtrent geen gefundeerde aanbevelingen kunnen formuleren.

  ✓ *De laatste campagne van de federale overheid over de patiëntenrechten werd in het najaar van 2015 bekend gemaakt. Het betreft een achttal filmpjes over de patiëntenrechten (www.patientrights.be en doorklikken naar 'campagne') Uiterst jammer hierbij is dat bij geen enkele van deze filmpjes wordt verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg. We willen de Vlaamse overheid vragen dergelijke filmpjes te maken rond geestelijke gezondheidszorg.*

  ✓ *Regelmatig infosessies voor patiënten en personeel (eventueel door de ombudspersoon) rond de ombudswerking en de patiëntenrechten organiseren.*

5. BESLUITEN

In 2018 ontving de externe ombudspersoon 103 aanmeldingen in PC Gent-Sleidinge, afkomstig van 66 aanmelders. Klassiek komen er meer aanmeldingen vanuit campus Sleidinge *(94)* dan vanuit campus Gent *(9).*

De ombudspersoon heeft de ruimte om haar werk te doen; ze krijgt daarbij zowel logistiek de nodige ondersteuning *(lokaal is ter beschikking, er is toegang tot internet,…)* als medewerking van het personeel om samen naar constructieve oplossingen te zoeken. We wensen directie en personeel daar dan ook van harte voor te bedanken.

De meeste aanmeldingen gaan - zoals elk jaar - over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening *(81)*, verspreid over verschillende categorieën met de nadruk op goede behandeling en/of begeleiding *(31)* en goede hotelservice *(22) .* In hoofdstuk vier geven we een aantal aanbevelingen waarvan we vermoeden dat deze de kwaliteit van de zorg ten goede zouden komen. We onthouden hier vooral het beleid rond beëindiging van opname/ behandeling/ begeleiding; de betrokkenheid van de familie en de grote vraag van patiënten naar optimalisering van de internettoegang. Andere patiëntenrechten kwamen slechts in beperkte mate aan bod bij aanmeldingen.

Afsluitend wensen we alle betrokkenen te bedanken voor hun aandacht en voor het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd. We hopen dat ze mede de aanzet kunnen vormen voor een betere zorg voor patiënten van PC Gent-Sleidinge en de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen.

Bemiddelingsboek - 2867

6. PRAKTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING

naam	Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge
adres	Fratersplein 9, 9000 Gent
voornaam, naam en functie **vertegenwoordiger** voorziening in **comité** overlegplatform	Roel De Cuyper, Algemeen Directeur
voornaam, naam en functie **contactpersoon** in de voorziening	Rik Rigolle, directeur patiëntenzorg Anneleen Schollaert, kwaliteitscoördinator

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam	Chantal Van Moerkerke

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres	Ombudsfunctie PopovGGZ, Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Drongen	
e-mail	chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be	
brievenbus	Campus Gent : receptie, ingang kliniek Campus Sleidinge : Sint-Jozef: gang cafetaria, OA, OB, C-TOX Mater Dei: receptie, jongerenafdeling, ouderenafdeling PVT: gang	
permanentie	plaatsen	dagen en uren
	aanwezig in ziekenhuis	Campus Gent : ma , 9.30 - 11.30 Campus Sleidinge : do , 11.45 -14.15
	zituur in ombudslokaal	Campus Gent : ma , 9.30 - 10.00 Campus Sleidinge : do , 13.00 -14.00

Bemiddelingsboek - 2868

telefoon	nummers	dagen en uren
	GSM 0476 / 30 64 44	maandag, dinsdag en donderdag *(9u tot 17u)*

AFSPRAKEN ROND BEKENDMAKING

- affiches bij inkom ziekenhuis en op alle afdelingen
- folders verspreid bij alle patiënten en beschikbaar op afdeling voor nieuwe patiënten en aan het onthaal

SPECIFIEKE AFSPRAKEN

- bij afwezigheid
  - PopovGGZ zorgt bij langdurige afwezigheid voor een geschikte vervanging van de ombudspersoon door een collega-ombudspersoon. PopovGGZ communiceert dit tijdig aan de voorziening (via de directie en de contactpersoon). De voorziening zorgt voor bekendmaking t.a.v. de medewerkers en de patiënten (per afdeling en algemeen via aangepaste affiches).
  - indien de patiënt akkoord is wordt bemiddeling uitgesteld tot de ombudspersoon terug is
  - is de patiënt het daar niet mee eens, dan zoekt de vervangende ombudspersoon een oplossing, conform de afgesproken werkwijze *(visietekst, gedragscode, huishoudelijk reglement)*

Ombudspersonen tewerkgesteld bij PopovGGZ:

	Naam: Chantal Van Moerkerke, coördinator O.Vl. **E-mail:** chantal.van.moerkerke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0476 / 306 444 **Bereikbaar:** op maandag, dinsdag en donderdag van 9u tot 17u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Dr. Guislain, PVT Campus De Lorkenstraat, PZ Dr. Guislain Campus Sint-Alfons, PC Gent-Sleidinge Campus Gent, PVT Hortus, PC Sleidinge Campus PC Sleidinge, PZ Dr. Guislain K-dienst Fioretti Campus De Deyne, BW Zagan, BW Domos, BW Ipso, BW Centrum Onderweg, DAC De Moester ,CGG Eclips, Riziv De Sleutel (CIC, TGM, TGG, dagcentrum en sociale werkplaats), MT Gent-Eeklo
	Naam: Nicole Claeys **E-mail:** nicole.claeys@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0495 / 295 612 **Bereikbaar:** van dinsdag tot vrijdag tijdens de kantooruren **Vaste voorzieningen:** PC Karus campus Gent, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Warande, PZ en PVT Sint-Jan-Baptist, PVT Sint-Jan-Baptist Campus De Krekelmuyter, PC Sint-Jan-Baptist Campus De Oostkade, BW De Vlier, MT Gent-Eeklo
	Naam: Anne-Leen Denolf **E-mail:** anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0491 / 393 918 **Bereikbaar:** op maandag en dinsdag tijdens kantooruren, op woensdag tot 12u **Vaste voorzieningen:** PZ en PVT Sint-Jan, PZ en PVT Sint-Hiëronymus, PVT Campus 't Hooghuis, PZ en PVT Sint-Lucia, BW Waasland, BW Pro Mente, BW De Wende, RCGG Deinze-Eeklo-Gent, CGG Waas en Dender Netwerk, ADS MT Noord en ADS MT Midden
	Naam: Carine Eeckhout **E-mail:** carine.eeckhout@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0490 / 444 155 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen:** PC en PVT Ariadne Lede, PVT Leilinde, Karus campus Melle, PVT De Wadi, PC Sint-Franciscus – De Pelgrim, BW De Nieuwe Horizon, BW Vlaamse Ardennen, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, CGG 3 stromen, De Kiem, Netwerk ADS MT Zuid

	Naam: Sofie Wybo **E-mail:** Sofie.wybo@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0493 / 89 85 90 **Bereikbaar:** maandag, dinsdag, woensdag en vrijdag van 9 – 12u. **Vaste voorzieningen: /**
	Naam: Niki Vervaeke **E-mail:** niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be **GSM:** 0800 / 32 0 36 **Bereikbaar:** Vrijdag van 9.00 uur tot 11.30 uur **Vaste voorzieningen: /**

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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

1. Instellingsgebonden informatie

1.1. Op welk type van instelling heeft het jaarverslag betrekking?

Psychiatrisch ziekenhuis

1.2. Erkenningsnummer van de instelling:

997

1.3. Naam van de instelling:

Psychiatrisch Centrum Sint-Alexius

1.4. Duid het juiste antwoord aan:

De instelling waarop het jaarverslag betrekking heeft, doet een beroep op een ombudsfunctie bij het overlegplatform geestelijke gezondheid gebied Brussel-Hoofdstad

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

- Naam / voornaam: Vervaeke /Niki
- Professioneel adres: Verenigingsstraat 15/5, 1000 Brussel
- Telefoonnummer: 080032036
- Eventueel een tweede telefoonnummer: /
- E-mail : n.v@mediatio.be
- Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon: 17/08/2015

1.6. Welke doorlopende opleiding hebt u gevolgd tijdens het afgelopen jaar?

a. Basisopleiding : /
b. Certificaties mbt bijkomende opleidingen:
c. Doorlopende opleiding tijdens het afgelopen jaar:
- Opleiding Beroepsgeheim in de zorg 26/03/2018 (Escala)
- Studiedag: Familiewerking 29/03/2018 (PF West Vlaanderen)
- Basisopleiding Voice Dialogue (Eigen initiatief)
- Tweedaagse GGZ-congres Achtste Vlaams Geestelijk Gezondheidscongres "Creatief in de geest, innovatief in de zorg", 18 en 19/09/2018 (U Antwerpen)
- Beroepsgeheim: onze zorg , 11E symposium van de Commissie voor Ethiek: vorming en intervisie 19/10/2018 (PXL Hasselt)

Bemiddelingsboek - 2872

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

- Wij & zij voorbij: Stigma doorbreken bij mensen met een psychische kwetsbaarheid 16/11/2018 (PSC Sint-Alexius)
- Evaluatie van de wet op internering 08/11/2018 (Fod Volksgezondheid)
- Infosessie GDPR Zorgnet ICURO 03/12/2018 (Karus campus Gent)
- La médiation: La médiation intra et extra-hospitalière, un tremplin pour une solution négociée13/12/2018 (Prémisse)

:

d. Erkend bemiddelaar: Nee

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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

2. Overzicht van de klachten

2.1. 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)**:

10

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.

2.2. Ontvangt u klachten mbt andere inhoud dan deze gerelateerd aan de rechten van de patiënt?

Ja

2.3. Indien ja, hoeveel dossiers mbt inhoud niet gekoppeld aan de rechten van de patiënt, werden geopend tijdens het afgelopen jaar?

13

2.4. Het aantal Brusselse patiënten en het aantal niet-Brusselse patiënten welke gebruik maakten van de bemiddelingsdienst tijdens het afgelopen jaar (voor zover u over deze informatie beschikt): (Elke aanmelding wordt individueel geteld)

16/6

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)**

8

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.).

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

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**):

1

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.

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

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

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. De gemiddelde duur van een klachtendossier, waarvan de inhoud gelinkt aan de rechten vermeld in de wet met betrekking tot de rechten van de patiënten, en welke geopend werden tijdens het afgelopen jaar. **(art.11 § 1)** :

< 3 weken

4.2. Het aantal geopende dossiers tijdens het afgelopen jaar, voor dewelke een oplossing anders dan bemiddeling voorgesteld is:

23

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)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

/

- Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)

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

/

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)

Non, je ne rencontre pas de difficultés

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

/

- Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)

/

5.3. De eerbiediging van uw beroepsgeheim

Non, je ne rencontre pas de difficultés

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

/

- Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)

/

/

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

Non, je ne rencontre pas de difficultés

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

  /

- Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)

Het zou een meerwaarde zijn om de ombudspersoon ook automatisch toegang te geven tot het intranet van de voorziening. De wijzigingen die intern gecommuniceerd worden, aankondigingen rond beleid, opleidingen, vergaderingen etc kunnen zo ook meegenomen worden door de ombudspersoon. Daardoor wordt vermeden dat de informatie de ombudspersoon slechts in gefragmenteerde vorm ter ore komt en kan men beter volgen welke concrete stappen er genomen worden binnen de verschillende afdelingen. Het zorgt er ook voor dat sommige vragen van patiënten beter gekaderd of beantwoord kunnen worden.

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.

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

6.1. Het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking (**art. 5**)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

Indien er vragen of opmerkingen van patiënten komen kunnen die vlot aangekaart worden met de betrokken dienst of zorgverstrekker.

- Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)
  - Ten aanzien van uw instelling:

Het kan een idee zijn om op regelmatige basis de initiatieven die vorig jaar werden genomen (initiatief over leren poetsen, initiatief over gezonde voeding) te herhalen en eventueel uit te breiden met vb persoonlijke hygiëne.

  - Ten aanzien van de overheden of andere personen:

Cliquez ici pour entrer du texte.

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

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

Cliquez ici pour entrer du texte.

- Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)
  - Ten aanzien van uw instelling:

Cliquez ici pour entrer du texte.

  - Ten aanzien van de overheden of andere personen:

Cliquez ici pour entrer du texte.

Bemiddelingsboek - 2879

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

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

Cliquez ici pour entrer du texte.

- Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)
  - Ten aanzien van uw instelling:

    Naast het multidisciplinair overleg rond een patiënt kan het voor de patiënt ook interessant zijn om bij het patiëntenoverleg zelf betrokken te worden.

  - Ten aanzien van de overheden of andere personen:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

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

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

Cliquez ici pour entrer du texte.

- Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)
  - Ten aanzien van uw instelling:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

  - Ten aanzien van de overheden of andere personen:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

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

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

  De patiënt blijft eigenaar van zijn/haar dossier, ook al wordt dit bijgehouden door de zorgvoorziening. Met de invoering van de GDPR wetgeving is het noodzakelijk om patiënten te wijzen op de mogelijkheden die ze zelf bezitten naar gegevensdeling toe.

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

  - Ten aanzien van uw instelling:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

  - Ten aanzien van de overheden of andere personen:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

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

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

  Cliquez ici pour entrer du texte.

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

  - Ten aanzien van uw instelling:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

  - Ten aanzien van de overheden of andere personen:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

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

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

  De online mogelijkheden om het eigen patiëntendossier in te kijken zorgen ervoor dat er een nieuwe, open cultuur rond gegevensingave en –deling moet ontstaan.

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

  - Ten aanzien van uw instelling:

    Het kan interessant zijn om de wijze waarop een patiëntendossier wordt in- en aangevuld te gaan bekijken teneinde, bij afschrift, de informatie duidelijk te kunnen toelichten of voor zich te laten spreken, binnen het tijdsbestek van het dossier.

  - Ten aanzien van de overheden of andere personen:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

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

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

  Cliquez ici pour entrer du texte.

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

  - Ten aanzien van uw instelling:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

  - Ten aanzien van de overheden of andere personen:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

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

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

  Cliquez ici pour entrer du texte.

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

  - Ten aanzien van uw instelling:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

  - Ten aanzien van de overheden of andere personen:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

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

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

  Cliquez ici pour entrer du texte.

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

  - Ten aanzien van uw instelling:

    Het consequent vragen naar een vertrouwenspersoon bij elke patiënt kan ervoor zorgen dat er meer betrokkenheid van derden (al dan niet familie) gerealiseerd kan worden.

  - Ten aanzien van de overheden of andere personen:

    Cliquez ici pour entrer du texte.

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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

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 het type beroepsbeoefenaars, al dan niet geviseerd in de Wet Patiëntenrechten, die in de klachten het meest vermeld worden. Omtrent dit onderwerp kan u derhalve eveneens informatie toevoegen.

OP het ogenblik dat ik nieuwe patiënten ontmoet stel ik mezelf steeds voor als ombudsvrouw en licht ik de functie zelf toe, met daarbij de uitleg over de patiëntenrechten. Het initiatief werd ook genomen om opnieuw de patiëntenrechten en werking van de ombudspersoon toe te lichten in 2017.

Zowel bij de personeelsleden als op de familieavond werd de nodige aandacht aan de patiëntenrechten besteed.

De persoonsgegevens in dit verslag en in de bijgevoegde documenten worden verwerkt op basis van artikel 9 van het koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen en in overeenstemming met Verordening EU 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en het vrije verkeer van die gegevens.

Iedere betrokken persoon beschikt over de rechten die hem zijn toegekend en zoals bedoeld in de artikelen 13 tot 22 van Verordening EU 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en het vrije verkeer van die gegevens, het recht van kennisgeving en verbetering.

Het zou een meerwaarde zijn om de ombudspersoon ook automatisch toegang te geven tot het intranet van de voorziening. De wijzigingen die intern gecommuniceerd worden, aankondigingen rond beleid, opleidingen, vergaderingen etc kunnen zo ook meegenomen worden door de ombudspersoon. Daardoor wordt vermeden dat de informatie de ombudspersoon slechts in gefragmenteerde vorm ter ore komt en kan men beter volgen welke concrete stappen er genomen worden binnen de verschillende afdelingen. Het zorgt er ook voor dat sommige vragen van patiënten beter gekaderd of beantwoord kunnen worden.

In 2017 werden, naar aanleiding van een aanmelding, door de toenmalige verantwoordelijke Facility, enkele informatie- en opleidingssessies georganiseerd rond

gezonde voeding, poetsen en opruimen voor patiënten. Deze initiatieven vielen in de smaak en zouden op regelmatige basis terug ingang kunnen vinden.

Daarnaast zou een duidelijk geafficheerde jaarkalender met voorziene jaaractiviteiten vanuit de dienst vrije tijd een meerwaarde kunnen zijn. Ook het betrekken van patiënten bij het tijdig opbouwen en afbreken van vb decoratie, feestmomenten, etc kan voor patiënten ook een activiteit zijn. Bepaalde activiteiten, die zeer gesmaakt worden, last minute afgelasten zorgt ook voor wat wrevel bij sommige patiënten. Vb tweedehands markt, kerstmarkt, …

JAARVERSLAG 2018

EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
PZ ZNA Stuivenberg

Van 1 januari tot
31 december 2018

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

OGGPA

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen vzw

OGGPA
Haagbeuklei 12,
2610 Wilrijk
0485/548.143
peter.declercq@oggpa.be
www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

PZ ZNA Stuivenberg (erkenningsnr.998)

periode van 1 januari 2018 tot 31 december 2018

Peter De Clercq
Ombudspersoon
OGGPA
februari 2019

INHOUD

1. BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN VOORZIENING

3. OVERZICHT AANMELDINGEN CASUSINFO

BIJLAGEN

1. AANMELDINGEN PZ ZNA 2018 (REGISTRATIEGEGEVENS)

2. BELANGRIJKSTE CIJFERS 2018 PROVINCIE ANTWERPEN – VLAANDEREN

3. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN VOORZIENING 2012-2018

4. EXTERNE OMBUDSWERKING IN TRANSITIE GGZ

5. ACTIEPLAN OMBUDSWERKING

6. PROJECT INNOVERENDE PRAKTIJK OMBUDSWERKING

1. BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

Aantal

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	49	55	53	66	**63**
aanmelders	49	55	53	66	**62**

Vorm

68% (n=43) van de aanmeldingen werd **zonder ftf contact afgehandeld**. Dit is hoger dan het langjarig provinciaal gemiddelde.

Het aantal aanmeldingen met **direct ftf contact (permanentie) is beperkt** (n=8) en gedaald t.a.v. 2017 (n=13).

Weinig klachten via familie en/of partner (n=5)

21% (n=13) van de aanmeldingen nam **minstens 1 maand afhandelingstijd**. (~bereikbaarheid van medewerkers én aanmelders).

In 2018 waren er 7 driegesprekken. Dit is lager dan het langjarig provinciaal gemiddelde.

Inhoud

7 aanmeldingen rond **afschrift dossier.**

Er waren 9 aanmeldingen betreffende **factuur-(betwisting).**

In de categorie '**Hotelservice**' (Voeding, Hygiëne, Veiligheid en infrastructuur) was er een lichte stijging (2017, n=8 2018, n=12).

Goede behandeling haalde een betere score (n=23 in 2017 naar n=13 in 2018).

Weinig klachten over behandeling, meer klachten over **de omstandigheden rond de zorg, ondersteunende processen.**

- De 63 aanmeldingen (2018) komen van in totaal 62 aanmelders. Het **aantal aanmelders** ligt in de **lijn van de voorbije jaren**.

- Alle aanmelders kregen een **eerste contact (telefonisch ,schriftelijk of ftf) binnen de week**.

- Bij (n=20, 30%) van de aanmeldingen was er **minstens 1 persoonlijk** contact

- Het aantal aanmeldingen waarbij er ***geen* face to face** contact was is sterk gestegen vergeleken met vorig jaar (n=27 in 2017, n=43 in 2018).

- In 2018 was er 1 **groepsklacht**, (infrastructuur).

- (N=8) van de aanmeldingen werden geformuleerd door **partners of familieleden of 'andere'** (bijv. verwijzers). Dat is een duidelijke daling ten aanzien van 2017 (n= 16).

- Het aantal aanmeldingen waarbij de patiënt de klacht **niet onderschrijft** of er **geen terugkoppeling mogelijk** was is gedaald (n=8 in 2016, n=16 in 2017 en n=8 in 2018)

- Het aantal **reeds gekende aanmelders** is gedaald (n=8 in 2016, n=16 in 2017 en n=11 in 2018).

- Het aantal aanmelders dat spontaan gebruik maakt van de **permanentie** is gedaald. (n=10 in 2016, n=13 in 2017 en n=8 in 2018).

- **80% (n=51)** van de aanmelders vraagt expliciet om een **interventie.**

- **46%** van de aanmelders heeft **eerdere stappen** ondernomen**, formeel of informeel.**

- **87%** van de aanmelders geeft aan bewust te kiezen voor een **onafhankelijke benadering** van hun vraag of klacht.

- **Kwaliteitsvolle dienstverlening (70%), informatie (10%) en dossier (11%)** zijn de belangrijkste categorieën.

- In de categorie kwaliteitsvolle dienstverlening zijn **goede behandeling** (n=13) en **hotelservice** (n=12) de belangrijkste categorieën.

- In de categorie **goede behandeling** waren er 6 aanmeldingen gerelateerd aan **geweigerde opname, verplichte beëindiging behandeling of overplaatsing**. Dit is een daling t.a.v. 2017.

- In de categorie **beschermende maatregelen** zien we een **daling** (n=6 in 2016 naar n=2 in 2017).

- **Bemiddelen (met of zonder de patiënt)** blijft de voornaamste interventie van de ombudspersoon. (n=31, 50 %)

- Er waren in 2018 7 **driegesprekken,** dat zijn er 2 minder dan in 2017.

- Bij 13 aanmeldingen nam de **afhandelingstijd minstens 4 weken** in beslag.

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN PZ ZNA 2018

1. Ombudswerking

De timing (07/02/19) voor het aanleveren van de individuele jaarverslagen (niveau voorziening) werd voor het eerst mondeling gecommuniceerd door de Vlaamse ombudsman op 17/12/18 en op 17/01/19 via een rondschrijven van de dienst Zorg& Gezondheid schriftelijk bevestigd.

De registratie als basismateriaal voor dit jaarverslag werd op Vlaams niveau afgesloten per 15/01/19.

Gezien deze krappe timing beperken we voor dit jaarverslag de topics waarbij we aanbevelingen, aandachtspunten formuleren. In bijlage geven we een overzicht van de aanbevelingen en aandachtspunten van de voorbije jaren (2012-2017).

1. Ombudswerking

Structurele dialoog

→Uitwisseling van beschikbare informatie/documentatie tussen ombudswerking en voorziening.

→Tussentijds overleg met beleidsmedewerkers.

→Occasionele deelname aan en opvolging van overleg/werkgroepen rond patiëntenrechten gerelateerde onderwerpen (bijv. beschermende maatregelen, patiëntenparticipatie, familiebeleid)

→Beschikbaarheid informatie patiëntenrechten en ombudswerking voor personeel/nieuwe medewerkers én gebruikers (patiënt, familie, verwijzer).

De bovenstaande aanbevelingen/doelstellingen zijn in ontwikkeling en nog voor verbetering vatbaar.

Via de bespreking van het jaarverslag met directie kregen we een beter zicht op de feedback op de aanbevelingen en welke aanbevelingen door de voorziening werden opgepikt 'op één of andere wijze' (werkgroep, vorming, herwerking procedure enz.). Een aantal van deze aanbevelingen zullen we verder in dit verslag opnieuw benoemen.

Er werd een **inventaris** gemaakt van **nuttige info, o.a. de jaarverslagen**, betreffende patiëntenrechten en ombudswerking.

Het blijft voorlopig nog wachten op (een selectie van deze informatie) via het intranet.

Externe ombudswerking in de transitie GGZ

In 2018 kreeg de ontwikkeling van een **nieuwe organisatiestructuur** (transitie naar 1 Vlaams Overlegplatform) voor de Overlegplatforms GG verder vorm:

→Vzw op Vlaams niveau met coördinatie gericht op het uniformiseren, harmoniseren, professionaliseren van de ombudswerking in de praktijk, en met het streven naar een uniform aanbod (qua beschikbaarheid, bereikbaarheid enz.) voor aanmelders als belangrijke doelstelling.

→Project Innoverende praktijk ombudswerking 2019-2020: uitproberen, opstarten van concrete werking in een uitgebreider werkingsgebied (Mobiele teams, netwerken en kinderpsychiatrie).

In het Vlaams Decreet GG werd de ombudswerking 'tot nader order', minstens tot 2020, bevestigd als 1 van de basisopdrachten van het Vlaams Overlegplatform.

Eind 2018 werd door de Vlaamse overheid (agentschap Zorg en Welzijn) een project "Innoverende praktijk ombudswerking" opgestart.

Dit project zal lopen over 2 jaar (2019-2020) en heeft volgende doelstellingen:

1. Ontwikkeling en realisatie van een innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor **volwassen patiënten in mobiele en ambulante setting.**

2. Ontwikkeling en realisatie van een innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor **kinderen en jongeren in residentiële, mobiele en ambulante setting.**

3. **Sensibilisering** van professionals in de voorgenoemde setting binnen de GGZ inzake patiëntenrechten en de praktijk van de externe ombudsfunctie.

Dit project wil op termijn de strategische doelstelling van het Vlaamse Overlegplatform Geestelijke Gezondheid inzake externe ombudsfunctie realiseren.
"Organiseren voor elke gebruiker van de GGZ van een goed toegankelijke externe, onafhankelijke ombudsfunctie"

Concreet: 3 ombudspersonen zullen tijdelijk vervangen worden om in 3 regio's het project gestalte te geven. De ombudspersonen uit de Provincie Antwerpen zijn niet rechtstreeks in het project betrokken.

> 1 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in twee pilootregio's externe ombudsfunctie voor **volwassenen in ambulante en mobiele settings** waar te nemen en innovatief project te realiseren.

> 2 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in één pilootregio de externe ombudsfunctie in settings voor **kinderen en jongeren** waar te nemen en innovatief project te realiseren.

Voor meer gedetailleerde informatie verwijzen we naar:
-Actieplan Externe ombudswerking (Provincie Antwerpen)
-Vlaams Decreet GG
-Vlaams Decreet Innoverende praktijk ombudswerking
-Projectfiche Innoverende praktijk ombudswerking

We hopen in deze nieuwe organisatiestructuur de nodige ondersteuning te vinden bij de verdere uitbouw/professionalisering van de ombudswerking.

2. Informatieverstrekking

Patiëntenrechten - externe ombudswerking (zie jaarverslag 2017)

De informatie rond de externe ombudswerking is niet op alle afdelingen even zichtbaar aanwezig voor patiënten. Quid PAAZ Erasmus?

→Voorziening volgt beschikbaarheid van affiches en folders mee op en signaleert aan ombudspersoon indien aanvulling, aanpassing of vervanging nodig is.

Op campus Erasmus werd de klachtenbus, met bijhorende informatie (affiche en folders), eind 2018 voorzien ter hoogte van de ingang van de consultatieruimte van het traject acute zorg .

Gegevensdeling met derden

Opvolging aanbeveling jaarverslag 2017:

"De informatie aan patiënten via internet aangaande GDPR (Global Data Protection Regulation) is zeer overzichtelijk én informatief. Een verwijzing naar deze informatie in de algemene info/opnamebrochure zou de doorstroming van deze informatie nog verder kunnen ondersteunen."

Info aan patiënten (algemene opnamebrochure): Info werd toegevoegd! Het recht op toevoeging wordt benoemd, het recht op correctie niet. De omschrijving van de toegangsrechten voor artsen-pathologen in het samenwerkingsverband met GZA is voor verduidelijking vatbaar.

Formulier bescherming gegevens (toegangsrechten): waar terug te vinden voor patiënten ?

3. Belangrijkste klachtsoorten

<u>Campus Erasmus</u>

Opname- en ontslagbeleid

In 2018 waren er 17 aanmeldingen gerelateerd aan geweigerde opname, verplichte beëindiging behandeling of overplaatsing.

In 2018 waren er enkele aanmeldingen (zowel van betrokken patiënten als hun betrokken omgeving en vervolgbehandelaars) die specifiek waren t.a.v. de omstandigheden waarin het plots ontslag werd uitgevoerd. Tijdstip, hoe de kamer ontruimen, afdeling verlaten, verwittigen van partner/familie/netwerk en vervoer en overnachting regelen.

Een verplicht ontslag, weigering opname valt patiënt en zijn omgeving (familie, netwerk) soms erg zwaar.

Patiënten ervaren een gedwongen ontslag vaak (bijna altijd) als een strafmaatregel of sanctie en een weigering opname als een afwijzing. Het gaat vaak om een combinatie van factoren die deze beslissing kunnen motiveren (onvoldoende motivatie, therapietrouw, ziekte-inzicht, niet behandelbaar in psychiatrische hulpverlening, geen gepast hulpverleningsaanbod, agressie, delinquentie enz.).

Niet het hanteren van criteria op zich, (die een noodgedwongen ontslag of weigering opname kunnen verantwoorden), maar het te weinig of onduidelijk communiceren hierover kan bij patiënten en hun omgeving (hulpverleners en andere) onbegrip, frustratie oproepen.

Zo is het voor de gemiddelde leek niet altijd verstaanbaar wat bijv. bedoeld wordt met 'geen psychiatrisch beeld' , een 'niet psychiatrisch behandelbare problematiek', een 'verwijzing naar ambulant hulpaanbod/netwerk' of 'onduidelijke crisis'.

Het levert vaak de vraag op: "Wat nu gedaan ?"

Het recht op een kwaliteitsvolle hulpverlening blijft ook bij doorverwijzing erg belangrijk. Het soms te abrupt beëindigen van de hulpverleningsrelatie kan dit volbrengen van het hulpverleningsproces bemoeilijken.

Familiebeleid (beide campussen!)

Er is binnen de voorziening **geen sterke focus op, weinig cultuur** rond het uitwerken van een familiebeleid, gericht op het actiever informeren over of het betrekken bij de behandeling van de patiënt.

In feedback van meerdere medewerkers/beroepsbeoefenaars rond dit onderwerp komt het **profiel van het doelpubliek** vaak naar voor als één van de redenen waarom hier minder aandacht voor is. Patiënten leven vaak geïsoleerd in een verbrokkeld (familie)netwerk met weinig steunbronnen en/of stabiele vertrouwensfiguren.

→De familie informeren rond stopzetting van behandeling GO (aangepaste wetgeving!)

→Het netwerk van de patiënt tijdig betrekken bij de ontslagvoorbereiding kan crisissituaties voorkomen ?

→Bij een weigering tot opname heeft (het netwerk van) de patiënt nood aan toelichting bij de beslissing en nood aan duidelijk doorverwijzingsadvies en ondersteuning bij het organiseren van de vervolghulp.

→Bij een (crisis)(opname) heeft ook het netwerk nood aan informatie en ondersteuning.

→Bij een plots ontslag heeft (het netwerk van) de patiënt nood aan toelichting bij de beslissing en nood aan ondersteuning bij het organiseren van de vervolghulp.

→Toelichten beslissing weigering opname!

→Betrokkenheid van familie als toeleider naar (crisis)hulp!

→Plotse beslissing tot ontslag kan patiënten, met weinig hulpbronnen en middelen, in een crisissituatie brengen met vele praktische problemen.

→ De concrete omstandigheden waarin het ontslag verloopt….

-Factuurbetwistingen (n=7)

Weigering opname, consult zonder ftf met psychiater, verplicht ontslag, wachttijd op (gecontesteerde inhoud van) verslaggeving en bejegening liggen het vaakst aan de basis van factuurbetwistingen.
Na toelichting en/of bemiddeling worden quasi alle facturen (zij het vaak nog met een blijvend ongenoegen) betaald.

Mutualiteiten stellen zich vragen bij het aanrekenen van een consult 'psychiater' onder de noemer **'psychiatrisch consult' zonder effectief contact van de patiënt met psychiater.**

Toelichting vanuit de voorziening op deze probleemstelling:
Hoge opnamedruk, multidisciplinaire werking i.f.v. inschatting van crisis en hoogdringendheid, tijdstip van consultatie en beperkingen in de beschikbaarheid van psychiaters worden als toelichting/motivering meegegeven voor het feit dat niet elke aanmelder een persoonlijk contact heeft met een psychiater. Wanneer een patiënt uitdrukkelijk verzoekt om een psychiater te consulteren zal in de mate van het mogelijke bekeken worden of dit kan geboden worden. Patiënten die hierom vragen krijgen informatie over de meest geschikte tijdstippen om aan deze wens/vraag te kunnen voldoen.

Aanbeveling ombudspersoon:

Pro-actiever de mogelijkheden en beperkingen van (spoed-)consult kenbaar te maken aan doorverwijzers en gebruikers. (inclusief indicatie t.a.v. wachttijden).
De beschikbare informatie online rond het acuut traject is erg algemeen omschreven en te weinig informatief.

→ Toelichting werking spoedconsult (medicatiebeleid en multidisciplinaire aanpak) en regelgeving RIZIV (kostprijs consult)

→ Opvangen wachttijd (comfort door info ?)

→ Aanmelding op eigen initiatief of op doorverwijzing van (huis)arts: impact op instroomkans is voor patiënt en doorverwijzers moeilijk in te schatten.

Campus Stuivenberg

-Goede behandeling

In deze categorie zien we een duidelijke daling van 23 (2017) naar 13 aanmeldingen in 2018. Er zijn **weinig klachten** over behandeling op zich, meer klachten over de **omstandigheden rond de zorg, ondersteunende processen.**

-Privacy

Het domein waar de privacy van patiënten het meest actueel is, is de praktische uitvoering/toepassing in kader van de behandeling én informatievestrekking aan patiënten in het kader van de aangepaste **wetgeving GDPR**.

In de ombudspraktijk merken we dat patiënten soms zeer concrete vragen formuleren rond privacy, toegang van derden tot informatie/dossier enz. Ook t.a.v. **patiënten** zal het nodig zijn om hen te **informeren** en mee te nemen in het belang van deze ontwikkelingen. Goede informatieverstrekking zal nuttig/nodig zijn om het vertrouwen van patiënten in de zorg te behouden.

Filmbeelden op IPZO: wat als patient meldt dit liever niet te willen?

Privacy tijdens verzorgingsmomenten in afzondering: tijdelijk uitschakelen camera, beter afschermen van monitor, deur niet wagenwijd open laten staan ?

-Leefregels

Rookbeleid: Strenge(re) leefregels na brandincident zorgen voor frustratie en ontwijkingsgedrag bij sommige patiënten en een (te) sterke focus bij sommige medewerkers.

*"Tussen 22.00 en 7.00 wordt op elke open afdeling de gelegenheid geboden om op 1 terras te roken. Regels aangaande nachtrust voor de desbetreffende afdeling blijven uiteraard van kracht."

*Procedure Roobeleid voorziening

-Veiligheid

Diefstallen

Veiligheid persoon en goederen stond in 2018 minder op de voorgrond.
Toch blijven **diefstallen op sommige afdelingen** een verder op te volgen issue. Patiënten zijn niet altijd op de hoogte van de mogelijkheden/afspraken (bijv. kabelslot voor pc en lockers op de afdeling) om hun persoonlijke goederen te beveiligen. Het te kleine formaat van de kluizen en frequente defecten blijven genoemd als ontoereikend en storend. De wachttijd voor herstelling van **defecte kluizen** blijft lang.

Hygiëne en properheid

Afgelopen jaar zagen we verhoogde aandacht voor het opruimen van de peukenstroom met zichtbare verbetering.

T.a.v. **zuiverheid lokalen, gangen en liften** was er minder significante verbetering merkbaar.

-Infrastructuur

Afgelopen zomer waren er opnieuw ongenoegens (individuele en groepsklachten) rond de **temperatuur en ventilatie op de patiëntenkamers.** Via de patiëntenvergaderingen werd de werking van verwarming- en luchtkoelingssysteem (met mogelijkheden en (technische) beperkingen en de afspraken toegelicht.

3. OVERZICHT AANMELDINGEN PZ ZNA 2018 CASUSINFO

Met dit overzicht willen we de lezer een **beeld geven van de diversiteit van de soorten klachten/aanmeldingen** en waar mogelijk de **gewenste/ondernomen actie(s) en het eventuele resultaat**. We respecteren hierbij maximaal de vertrouwelijkheid van de betrokkenen en vermelden geen persoonskenmerken en al te gedetailleerde informatie rond de context.

"Deze anonieme beschrijvingen zijn immers niet gebaseerd op fictie en handelen wel degelijk over bestaande personen". We hopen dat u zich hier niet in herkent maar wel door aangesproken voelt.

Aanmelder ontevreden over **bejegening** tijdens bezoek aan patiënt (moeder)
Scherpe opmerking verpleegkundige rond opvoeding kinderen na onvrijwillig betreden van verpleegpost door peuter.
Aanmelder is bekend met ZH als werknemer en wil enkel anoniem melden uit vrees voor tegenreactie

Patiënt niet tevreden over
info i.v.m. leefregels (weinig toelichting)
therapieaanbod
opvolging somatische problemen
Info&coaching

Zus van patiënt vraagt **in bewaring nemen van ID en huissleutels van patiënt** wegens mogelijk misbruik door familie en info rond **bewegingsvrijheid**
Signalering aan psychiater en verpleging
Geen verdere stappen gewenst

Patiënt niet akkoord met **factuur consult psychiater zonder ftf met psychiater**
Signalering aan psychiater
Toelichting `psychiatrisch consult`
Patiënt niet akkoord met toelichting, betaald met tegenzin factuur

Patiënt boos omwille van **weigering opname**
Toelichting context door afdelingshoofd en psychiater
Patiënt tevreden met toelichting

Patiënt niet tevreden over **factuur consult psychiater**
20` gesprek met 2 onderbrekingen, zonder aanpassing medicatie
Patiënt voelt zich niet geholpen, respectvol beluisterd

Patiënt niet tevreden met **negatief advies voor dringende opname**
Na overleg met LZ toch opname aangeboden
Na korte tijd gaat patiënt met ontslag na conflict met medepatiënt

Patiënt wil **afschrift dossier** en is niet tevreden met de ter beschikking gestelde informatie
Patiënt vraagt informatie op over ambulant consult als jongvolwassene, deze informatie is niet beschikbaar

Patiënt niet tevreden over **opvolging tijdens weekend somatische klachten** en weigering medicatie
"geen info in dossier, geen medicatie"
medicatiefiche wordt aangevuld met nodige info

Patiënt betwist, na consultatie mutualiteit, **factuur** met dubbele aanrekening van **forfait psychiater `eerste opnamedag`** in procedure GO (ater PAAZ AZ en ater PZ)
Toelichting interventies beide artsen
Feedback aan patiënt en mutualiteit

Patiënt in **bewindvoering met beperkt leefgeld** vraagt aanpassing rond verwerking van facturatietermijnen
Overleg met facturatiedienst, aanpassing is niet mogelijk
feedback aan patiënt

Patiënt niet tevreden over **(opvolging van) netheid en hygiëne op afdeling**
Nood aan coördinatie van taken (intern/extern)
Is dagelijkse zorg, doen wat we kunnen, patiënt is te gefocust op `probleem`

Patiënt niet tevreden over **beperking bewegingsvrijheid** wil met ontslag als vrije patiënt
Overleg met psychiater
Toelichting bij context en gezondheidstoestand
Feedback aan patiënt en vertrouwenspersoon

Patiënt wil klacht indienen n.a.v. **grensoverschrijdend gedrag verpleegkundige** bij directie en vraagt advies
Patiënt wil erkenning en compensaties

Patiënt niet tevreden over **bejegening, diagnose, medicatie en opvolging somatische problemen, ontslagvoorbereiding en verslaggeving**
Vraag naar **afschrift dossier en recht op correctie en toevoeging**

Patiënt stelt zich vragen rond **privacy/toestemming delen info met derden**
Wie kan er mijn dossier lezen
Info&advies

Patiënt vraagt bemiddeling bij **afschrift dossier**
Info rond aanvraagprocedure en uitblijven van reactie op vraag

Patiënt meldt probleem met **hygiëne op kamer** (besmeurde gordijn)
Signalering aan housekeeping (gordijn vervangen en gereinigd

Moeder van patiënt is niet tevreden over **weigering opname**
Toelichting context door psychiater (agressie verpleegkundige en medepatiënt)
Doorverwijzing ander PZ

Patiënt signaleert problemen rond **toegankelijkheid van toiletten voor rolstoelgebruikers**, deursas in verkeerde richting
Signaleren aan technische dienst

Kleindochter van overleden patiënt wil informatie over **info-overdracht tussen AZ en PZ** (eindverslag, laboresultaten/bloedwaarden) en **opvolging van somatische problemen**

Patiënt niet tevreden over **advies, diagnose zonder ftf consult met psychiater**
vraag naar **afschrift dossier**

Patiënt niet tevreden over **voeding (dieet en vegetarisch)**
Consult bij diëtiste brengt enkel duidelijkheid over **beperkingen in het aanbod**

Patiënt vraagt **afschrift dossier** (resultaten onderzoeken) en **info over procedure aanvraag**

Patiënt ontevreden over **time-out, doorverwijzing en weigering deelname aan sportactiviteit**
Overleg met psychiater en afdelingshoofd
Toelichting context en ontslagbeslissing
Feedback aan patiënt (tevreden met toelichting)

Anonieme melding van **incident met medepatiënt** (somatisch probleem na eten van niet aangepaste (dieet-)voeding ?)
Geen detailinfo bekend, melder en betrokken patiënt onbereikbaar

Patiënt beweert dat er gesjoemeld werd met haar **zakgeld** en er gestolen werd
Nazicht van overzicht en toelichting uitgaven door afdelingshoofd
Beweringen patiënt kunnen weerlegd worden

Patiënt en vertrouwenspersoon vragen **info &advies rond consequenties van behandelcontract** (afspraken deelname therapie) vrije keuze van therapiepakket
Overleg OP met PB en afdelingshoofd
Patiënt nam vrijwillig ontslag geen terugkoppeling mogelijk

Patiënt vraagt **stand van zaken in aangifte dossier verlies vals gebit**
Doorverwijzing naar interne ombudsdienst en verantwoordelijke cel verzekeringen

Patiënt niet tevreden over **opvang bij start behandeling** en (geen) vrije keuze **therapieprogramma**
Wat zijn de keuzes
Kan er geschakeld worden
Nut van herhaling therapie
Toelichting programma`s door afdelingshoofd
Feedback aan patiënt

Groepsklacht rond **temperatuur en ventilatie op afdeling en op kamers**
Overleg met sectorverantwoordelijke
Toelichting van technische mogelijkheden en beperkingen
Feedback aan patiënten via patiëntenvergadering

Vraag personeelslid naar **info rond IFIC** (opties)
doorverwijzing naar personeelsdienst

Patiënt vraagt **schadevergoeding voor beschadiging PC en verlies/diefstal juwelen**
Info&advies rond **procedure aangifte**
Doorverwijzing naar cel verzekeringen

Patiënt meldt probleem met **kluis** op kamer (reset nodig, laat lang op zich wachten)

Patiënt vertelt over **grensoverschrijdend gedrag en bejegeningsproblemen**
verpleegkundige Aanmelding bij directie
Patiënt niet bereikbaar voor feedback

Patiënt voelt zich slecht bejegent na **consult acuut traject**
Stelt zich vragen bij **attitude, diagnose en advies** van psychologe
Bemiddeling OP psychologe
Geen driegesprek gewenst
Toelichting per mail
Patiënt betwist de context en inhoud van toelichting
Doorverwijzing naar directie

Patiënt vraagt **afschrift dossier** en wil bemiddeling rond toelichting diagnose
Patiënt wordt in zijn bijzijn besproken op teamvergadering en wenst geen verdere stappen

Patiënt niet tevreden over **aanbod (dieet)voeding** en opvolging wil financiële compensatie voor aankopen eigen voeding
Overleg OP afdelingshoofd
Feedback aan patiënt

Patiënt niet tevreden over consult weigert **factuur voor `consult psychiater` zonder ftf met psychiater**
Toelichting beleid `psychiatrisch consult`
Feedback aan psychiater
Factuur wordt geannuleerd

Patiënt niet akkoord met **inhoud verslag** vraagt advies rond **recht op correctie en toelichting**
Feedback aan psychiater
Vragen rond concrete, praktische toepassing van recht op toevoeging

Patiënt vraagt **informatie rond aangifte verzekering** (gebroken gebit)
Informatie en doorverwijzing naar interne dienst

Patiënt stelt zich vragen rond **privacy/beroepsgeheim/communicatie met partner**
info aan partner: **toestemming**, vraag naar **afschrift dossier** om hier zicht op te krijgen
vraag naar info i.v.m. **factuur**
geen info beschikbaar rond ombudswerking en PR (onthaalbrochure)

Patiënt niet tevreden over **bejegening** en **verloop van verplicht ontslag**

Patiënt niet tevreden over **afspraken gebruik GSM** en **defecte kluis** (herstelling sleept aan)

Patiënt klaagt over **diefstallen op afdeling**
Signalering aan verpleging

Patiënt is er van overtuigd dat verpleging stiekem **medicatie** toedient
Signalering aan verpleging
Toelichting aan patiënt bij medicatie (afspraken en voorschriften)

Patiënt wil afspraak met psychiater wijzigen via onthaal en voelt zich erg **onheus bejegent door onthaalmedewerker**

Patiënt niet akkoord met **factuur ambulance** na overbrenging ander PZ in procedure GO (niet bevestigd)
Info&advies

Patiënt ontevreden over **advies na ambulant consult**
weigert factuur: geen psychiater gesproken
flyers hulpaanbod privé-organisatie als mager resultaat ?

Patiënt vraagt om **facturen ambulante consultaties** niet naar bewindvoerder door te sturen (recht op **privacy ?**)
Info en interne doorverwijzing naar facturatiedienst

Patiënt stelt zich vragen rond **privacy** bij ontvangen van **geopende post**

Moeder van bijna meerderjarige patiënt niet tevreden met **bejegening, luisterbereidheid en info/communicatie (weigering) sociale dienst**
Na bemiddeling uitgepraat met verontschuldigingen (wederzijds)

Patiënt in vrijwillige opname niet tevreden met **beperkte bewegingsvrijheid**
wil `buiten` (weekend, ontslag)
Toelichting context en gezondheidstoestand door psychiater
Feedback aan patiënt en familie

Patiënt wacht reeds maanden op **verslag voor verzekering** en vraagt om dit zo spoedig mogelijk te bezorgen factuur wel reeds ontvangen en probleem met betaling psychiater werkt niet meer in PZ

Patiënt niet tevreden over **verloop van afzondering &fixatie in gesloten afdeling** (procedure GO)
Toelichting context door verpleging
Gesprek patiënt OP en verpleging

Patiënt boos omwille van **verslag en verklaringen psychiater in procedure GO** (onjuist, vals?)
geen verdere stappen gewenst

Patiënt ontevreden over **beschikbaarheid en luisterbereidheid verpleging**
weinig personeel, weinig therapie of activiteit, `geen tijd`, kregelig bij opmerkingen of feedback
'als je met ontslag wil neem dan contact met ombudsdienst'

Patiënt niet tevreden over **verzorging, bejegening en persoonlijke aandacht** tijdens opname spoed AZ
Luisterend oor en doorverwijzing naar interne ombudsdienst AZ

Patiënt vraagt info&advies bij **afschrift dossier**

Patiënt niet tevreden over **reactie/ondersteuning verpleging bij diefstal** van portefeuille op afdeling
Info &advies en signalering aan verpleging

Patiënt stelt zich vragen bij **samenstelling factuur**
Toelichting door ombudspersoon

BIJLAGE 1
AANMELDINGEN PZ ZNA 2018 (REGISTRATIEGEGEVENS)

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 03/01/2018, de laatste op 28/12/2018. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2018.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 63, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 62.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	55	53	66	**63**
aanmelders	55	53	66	**62**

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	66		63	
aanmelders	66		62	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	14	35,89	7	35,00
binnen de week	23	58,97	13	65,00
binnen de 2 weken	2	5,12	-	-
binnen de 4 weken	-	-	-	-
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	39	100	20	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	27	40,90	43	**68,25**
1 contact	18	27,27	14	22,22

2 contacten	15	22,72	3	4,76
3 contacten	3	4,54	3	4,76
meer dan 3 contacten	3	4,54	-	-
totaal	66	100	63	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	12		3	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	60		62	

De **63** aanmeldingen *(2018)* komen van in totaal 62 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2018			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
2	1	1,61	2	3,17
1	61	98,38	61	96,82
totaal	62	100	63	100

De **66** aanmeldingen *(2017)* komen van in totaal 66 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

	2017			
aanmeldingen per aanmelder	**aanmelders**		**aanmeldingen**	
categorie	n	%	n	%
1	66	100,00	66	100,00
totaal	66	100	66	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	49	74,24	54	85,71
groep patiënten	1	1,51	1	1,58
andere	16	24,24	**8**	12,69
totaal	66	100	63	100

Geslacht indien individueel

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
man	22	44,89	23	42,59
vrouw	27	55,10	31	57,40
onbekend	-	-	-	-
totaal	49	100	54	100

Aantal leden groep

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	-	-
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100
grootste groep	6		16	

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	11	68,75	**5**	**62,50**
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	1	12,50
andere	5	31,25	2	25,00
totaal	16	100	8	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	1	12,50
als vertrouwenspersoon	5	31,25	2	25,00
ten persoonlijke titel	11	68,75	5	62,50
totaal	16	100	8	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	2	12,50	2	25,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	5	31,25	**3**	37,50
terugkoppeling was niet mogelijk	5	31,25	1	12,50
terugkoppeling was niet nodig	4	25,00	2	25,00
totaal	16	100	8	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	50	75,75	52	82,53
neen	16	24,24	**11**	**17,46**
totaal	66	100	63	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	1	6,25	-	-
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	8	50,00	10	90,90
vorige jaren in andere voorziening	7	43,75	1	9,09
totaal	16	100	11	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	13	19,69	**8**	**12,69**
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	24	36,36	27	42,85
telefonisch *(of GSM, SMS)*	29	43,93	28	44,44
totaal	66	100	63	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	9	13,63	4	6,34
vraag tot interventie	46	69,69	**51**	**80,95**
vraag tot signalering	9	13,63	6	9,52
vraag naar een luisterend oor	2	3,03	2	3,17
totaal	66	100	63	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	10	21,73	**12**	**23,52**
vraag om een ander soort akkoord	36	78,26	39	76,47
totaal	46	100	51	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	27	40,90	**29**	**46,03**
neen	36	54,54	31	49,20
werd niet bevraagd	3	4,54	3	4,76
totaal	66	100	63	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	24	88,88	**22**	**75,86**
formele interne klachtenprocedure	1	3,70	4	13,79
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	2	7,40	3	10,34
totaal	27	100	29	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	5	13,88	4	12,90
durfde niet	4	11,11	-	-
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	27	75,00	**27**	**87,09**
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	36	100	31	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	7	10,60	4	6,34
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	33	50,00	34	53,96
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	13	19,69	13	20,63
niet van toepassing	9	13,63	8	12,69
andere	4	6,06	4	6,34
totaal	66	100	63	100

C. Inhoud van de aanmelding

Aanmeldingen weerhouden voor Federale Commissie Rechten van de patiënt

Vanaf 2007 voorziet 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 moeten door de ombudspersoon rechtstreeks overgemaakt worden aan de Federale Commissie. U vindt een kopie in hoofdstuk 7.

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 worden 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	26	39,39	25	39,68
aanmeldingen die weerhouden worden	40	60,60	38	60,31
totaal	66	100	63	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	28	70,00	23	60,52
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	7,50	-	-
3. informatie	4	10,00	6	15,78
4. geïnformeerde toestemming	2	5,00	1	2,63
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	**-**	**-**	**3**	**7,89**
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	**4**	**10,52**
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	2	5,00	1	2,63
7. pijnbestrijding	1	2,50	-	-
totaal	40	100	38	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	63	95,45	62	98,41
algemene vraag los van patiëntenrecht	3	4,54	1	1,58
totaal	66	100	63	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	1	100,00
huisvesting	2	66,66	-	-
levensverhaal	-	-	-	-
patiëntenrechten	1	33,33	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	1	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geen	1	1,51	-	-
psychiater	16	24,24	19	30,15
huisarts	-	-	-	-
andere arts	4	6,06	1	1,58
apotheker	-	-	-	-
verpleging	11	16,66	14	22,22
persoonlijke begeleider	1	1,51	1	1,58
sociale dienst	3	4,54	2	3,17
psycholoog	3	4,54	1	1,58
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	1	1,51	-	-
diëtist	-	-	1	1,58
multidisciplinair team	10	15,15	11	17,46
administratieve dienst	1	1,51	6	9,52
technische dienst	-	-	1	1,58

voedingsdienst	3	4,54	2	3,17
poetsdienst	2	3,03	3	4,76
directie	2	3,03	1	1,58
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	3	4,54	-	-
andere	5	7,57	-	-
totaal	66	100	63	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	46	73,01	43	70,49
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	4,76	-	-
3. informatie	6	9,52	6	9,83
4. geïnformeerde toestemming	3	4,76	1	1,63
5. inzage patiëntendossier	-	-	7	11,47
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	3	4,76	3	4,91
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	1,63
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	1,58	-	-
10. pijnbestrijding	1	1,58	-	-
totaal	63	100	61	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	7	15,21	6	13,95
1.2. goede behandeling/begeleiding	**23**	**50,00**	**13**	**30,23**
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	4,34	-	-
1.4. goede hotelservice	**8**	**17,39**	**12**	**27,90**

1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	**4**	**8,69**	**9**	**20,93**
1.7. beschermende maatregelen	2	4,34	3	6,97
totaal	46	100	43	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	7	100,00	3	50,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	3	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	7	100	6	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	7,69
somatische verzorging	2	8,69	2	15,38
medicatie	4	17,39	-	-
individuele therapie	-	-	2	15,38
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	1	4,34	-	-
betrokkenheid familie	2	8,69	1	7,69
start opname/behandeling/begeleiding	4	17,39	4	30,76
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	8	34,78	2	15,38
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	1	4,34	-	-
andere	1	4,34	1	7,69
totaal	23	100	13	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	2	50,00	4	100,00

andere	2	50,00	-	-
totaal	4	100	4	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	**8**	**100,00**	**2**	**100,00**
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	2	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	1	50,00	-	-
groepsleven	1	50,00	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

1.4. Goede hotelservice

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
voeding	3	37,50	**3**	25,00
infrastructuur/accommodatie	-	-	**3**	25,00
hygiëne	-	-	**2**	16,66
veiligheid persoon	2	25,00	-	-
veiligheid goederen	3	37,50	4	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	**12**	**100**

1.5. Betalende diensten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
factuur	3	75,00	**7**	**77,77**
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	1	11,11
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	1	11,11
andere	1	25,00	-	-
totaal	4	100	9	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	2	66,66
afzondering	-	-	-	-
fixatie	1	50,00	1	33,33
gedwongen opname	1	50,00	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	3	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	2	66,66	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	-	-

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	1	16,66	2	33,33
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	5	83,33	4	66,66
totaal	6	100	6	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-

	toestemming	2	66,66	-	-
behandeling/begeleiding	informatie	1	33,33	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	1	100,00
totaal		3	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	**7**	**100,00**
totaal	-	-	7	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	3	42,85
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	1	14,28
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	3	42,85
totaal		-	-	7	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	33,33	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-

briefgeheim	-	-	1	33,33
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	2	66,66	2	66,66
totaal	3	100	3	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	1	100,00
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	1	100,00	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(62)*.

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. 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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
luisteren	1	1,66	2	3,22
doorverwijzen intern	3	5,00	4	6,45
doorverwijzen extern	6	10,00	1	1,61
informeren	4	6,66	4	6,45
signaleren	11	18,33	**16**	**25,80**
coachen	11	18,33	4	6,45
bemiddelen	24	40,00	**31**	**50,00**
totaal	60	100	62	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	9	37,50	**7**	**22,58**
ombudspersoon zonder patiënt	15	62,50	24	77,41
totaal	24	100	31	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	10	16,66	9	14,51
binnen de week	22	36,66	20	32,25
binnen de twee weken	13	21,66	15	24,19
binnen de vier weken	10	16,66	5	8,06
later dan vier weken	5	8,33	**13**	20,96
totaal	60	100	62	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	28		28	

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	32	53,33	32	51,61
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	13	21,66	10	16,12
ontevredenheid patiënt	5	8,33	8	12,90
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	10	16,66	12	19,35
totaal	60	100	62	100

Evaluatie proces

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	42	70,00	45	72,58
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	4	6,66	1	1,61
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	1,61
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	14	23,33	15	24,19
totaal	60	100	62	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
Federale Ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	1	12,50
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	2	16,66	2	25,00
andere	10	83,33	5	62,50
totaal	12	100	8	100

BIJLAGE 2
BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN-VLAANDEREN 2018

Aanmeldingen, aanmelders Provincie Antwerpen periode 2013-2017

categorie	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
aanmeldingen	303	260	264	315	**590**
aanmelders	288	260	263	309	**468**

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2016

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	315	542	1124	272	317	2570
aanmelders	305	287	325	253	167	1337

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2017

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	590	582	1046	256	320	2794
aanmelders	468	306	255	233	182	1444

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2018

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	**525**	567	901	280	172	2445
aanmelders	**426**	299	325	261	77	1388

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
individuele patiënt	423	80,57	437	78,17	725	80,73	229	82,67	145	84,30	1959
groep patiënten	7	1,33	71	12,70	88	9,79	20	7,22	1	0,58	187
andere	95	18,09	51	9,12	85	9,46	28	10,10	26	15,11	285
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

**Voorbeelden in de categorie 'andere': medepatiënt, vertrouwenspersoon, medewerker mutualiteit verzekeringsmakelaar, advocaat, extern hulpverlener, vertrouwenspersoon van familie.*

Aantal leden groep - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2 personen	2	28,57	4	5,63	15	17,04	9	45,00	0	-	30
3 personen	0	-	0	-	16	18,18	5	25,00	0	-	21
4 personen	0	-	0	-	20	22,72	3	15,00	0	-	23
meer dan 4 personen	5	71,42	67	94,36	37	42,04	3	15,00	1	100	113
totaal	**7**	100	71	100	88	100	20	100	1	100	187
kol %	3,74		37,97		47,06		10,70		0,53		100
grootste groep			21								

Initiële aanmelder indien andere - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
familielid/partner	82	86,31	49	98,00	69	81,17	27	96,42	24	92,30	251
kennis	1	1,05	0	-	0	-	1	3,57	0	-	2
personeelslid	5	5,26	1	2,00	13	15,29	0	-	1	3,84	20
andere	7	7,36	0	-	3	3,52	0	-	1	3,84	11
totaal	95	100	50	100	85	100	28	100	26	100	284
kol %	33,45		17,61		29,93		9,86		9,15		100

Is de aanmelder nieuw voor u? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ja	428	81,67	392	70,12	550	61,24	220	80,88	105	61,04	1695
neen	96	18,32	167	29,87	348	38,75	52	19,11	67	38,95	730
totaal	524	100	559	100	898	100	272	100	172	100	2425
kol %	21,61		23,05		37,03		11,22		7,09		100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
dit jaar binnen deze voorziening	29	30,20	91	54,49	276	79,31	21	40,38	60	89,55	477
dit jaar binnen een andere voorziening	2	2,08	9	5,38	9	2,58	3	5,76	0	-	23
vorige jaren binnen deze voorziening	52	54,16	59	35,32	61	17,52	21	40,38	7	10,44	200
vorige jaren in andere voorziening	13	13,54	8	4,79	2	0,57	7	13,46	0	-	30
totaal	96	100	167	100	348	100	52	100	67	100	730
kol %	13,15		22,88		47,67		7,12		9,18		100

VORM

Vorm van aanmelden - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
direct contact	**59**	**11,2**	239	42,75	421	46,88	106	38,26	**36**	**21**	861
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	85	16,19	107	19,14	221	24,61	118	42,59	18	10,46	549
telefonisch *(of GSM, SMS)*	381	72,57	213	38,10	256	28,50	53	19,13	118	68,60	1021
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Initieel verzoek betreft - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
vraag naar informatie	102	19,42	72	12,88	84	9,35	22	7,94	32	18,60	312
vraag tot interventie	360	68,57	321	57,42	554	61,69	131	47,29	106	61,62	1472
vraag tot signalering	21	4,00	37	6,61	158	17,59	99	35,74	15	8,72	330
vraag naar een luisterend oor	42	8,00	129	23,07	102	11,35	25	9,02	19	11,04	317
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Vraag tot interventie betreft - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
vraag om een financieel akkoord	42	11,69	26	8,12	29	5,23	7	5,38	5	4,71	109
vraag om een ander soort akkoord	317	88,30	294	91,87	525	94,76	123	94,61	101	95,28	1360
totaal	359	100	320	100	554	100	130	100	106	100	1469
kol %	24,44		21,78		37,71		8,85		7,22		100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ja	244	46,65	338	60,57	312	34,78	55	19,85	52	30,23	1001
neen	259	49,52	171	30,64	347	38,68	104	37,54	68	39,53	949
werd niet bevraagd	20	3,82	49	8,78	238	26,53	118	42,59	52	30,23	477
totaal	523	100	558	100	897	100	277	100	172	100	2427
kol %	21,55		22,99		36,96		11,41		7,09		100

Welke stappen? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
informeel	228	93,82	329	97,33	308	98,71	49	89,09	40	76,92	954
formele interne klachtenprocedure	6	2,46	3	0,88	0	-	2	3,63	2	3,84	13
interne ombudsfunctie	3	1,23	3	0,88	1	0,32	4	7,27	5	9,61	16
externe ombudsfunctie	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
extern	6	2,46	3	0,88	3	0,96	0	-	5	9,61	17
totaal	243	100	338	100	312	100	55	100	52	100	1000
kol %	24,30		33,80		31,20		5,50		5,20		100

Fase waarin patiënt zich bevindt - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	20	3,80	7	1,25	12	1,33	6	2,16	1	0,58	46
opgenomen/**in behandeling** /in begeleiding	352	67,04	493	88,19	806	89,75	226	81,58	151	87,79	2028
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	107	20,38	59	10,55	76	8,46	44	15,88	19	11,04	305
niet van toepassing	32	6,09	0	-	4	0,44	1	0,36	1	0,58	38
andere	14	2,66	0	-	0	-	0	-	0	-	14
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

INHOUD

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op - 2018

	Antwerpen		**Limburg**		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	371	76,49	370	68,51	693	84,20	221	85,99	126	81,81	1781
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	0,82	10	1,85	22	2,67	1	0,38	5	3,24	42
3. informatie	40	8,24	16	2,96	17	2,06	4	1,55	6	3,89	83
4. geïnformeerde toestemming	18	3,71	**97**	17,96	29	3,52	8	3,11	6	3,89	158
5. inzage patiëntendossier	36	7,42	5	0,92	30	3,64	9	3,50	6	3,89	86
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	1,23	**37**	6,85	16	1,94	13	5,05	1	0,64	73
7. klachtenbemiddeling	3	0,61	2	0,37	11	1,33	0	-	2	1,29	18
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,20	0	-	0	-	0	-	0	-	1
9. vertrouwenspersoon	6	1,23	2	0,37	3	0,36	0	-	1	0,64	12
10. pijnbestrijding	0	-	1	0,18	2	0,24	1	0,38	1	0,64	5
totaal	485	100	540	100	823	100	257	100	154	100	2259
kol %	21,47		23,90		36,43		11,38		6,82		100

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1.1. respectvolle bejegening	49	13,20	57	15,40	59	8,51	58	26,24	9	7,14	232
1.2. goede behandeling/begeleiding	170	45,82	121	32,70	237	34,19	62	28,05	58	46,03	648
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	26	7,00	24	6,48	78	11,25	13	5,88	6	4,76	147
1.4. goede hotelservice	46	12,39	74	20,00	204	29,43	64	28,95	20	15,87	408
1.5. betalende diensten	2	0,53	6	1,62	4	0,57	3	1,35	4	3,17	19
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	49	13,20	27	7,29	29	4,18	7	3,16	5	3,96	117
1.7. beschermende maatregelen	29	7,81	61	16,48	82	11,83	14	6,33	24	19,04	210
totaal	371	100	370	100	693	100	221	100	126	100	1781
kol %	20,83		20,77		38,91		12,41		7,07		100

1.1. Respectvolle bejegening - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
luisterbereidheid	11	22,44	15	26,31	10	16,94	18	31,03	1	11,11	55
correcte omgangsvormen	19	38,77	33	57,89	43	72,88	36	62,06	7	77,77	138
grensoverschrijdend gedrag	**18**	**36,7**	9	15,78	0	-	1	1,72	0	-	28
andere	1	2,04	0	-	6	10,16	3	5,17	1	11,11	11
totaal	49	100	57	100	59	100	58	100	9	100	232
kol %	21,12		24,57		25,43		25,00		3,88		100

1.2. Goede behandeling/begeleiding - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
diagnose	1	0,58	2	1,65	2	0,84	0	-	0	-	5
somatische verzorging	14	8,23	16	13,22	28	11,81	10	16,12	7	12,06	75
medicatie	6	3,52	1	0,82	12	5,06	4	6,45	5	8,62	28
individuele therapie	14	8,23	2	1,65	35	14,76	8	12,90	17	29,31	76
groepstherapie	3	1,76	1	0,82	14	5,90	3	4,83	0	-	21
voldoende beschikbaarheid	17	10,00	34	28,09	51	21,51	12	19,35	5	8,62	119
betrokkenheid familie	19	11,17	17	14,04	20	8,43	5	8,06	9	15,51	70
start	26	15,29	5	4,13	7	2,95	6	9,67	2	3,44	46

opname/behandeling/begeleid											
beëindiging opname/behandeling/begeleid	53	31,17	16	13,22	24	10,12	6	9,67	5	8,62	104
overplaatsing naar andere afdeling	2	1,17	6	4,95	19	8,01	0	-	2	3,44	29
overplaatsing naar een andere voorziening	3	1,76	20	16,52	5	2,10	1	1,61	3	5,17	32
andere	12	7,05	1	0,82	20	8,43	7	11,29	3	5,17	43
totaal	170	100	121	100	237	100	62	100	58	100	648
kol %	26,23		18,67		36,57		9,57		8,95		100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
regels	5	19,23	19	79,16	22	28,20	6	46,15	4	66,66	56
groepsleven	6	23,07	1	4,16	35	44,87	4	30,76	2	33,33	48
ontspanning/vrije tijd	3	11,53	2	8,33	5	6,41	2	15,38	0	-	12
weekend- en verlofregeling	9	34,61	2	8,33	11	14,10	1	7,69	0	-	23
andere	3	11,53	0	-	5	6,41	0	-	0	-	8
totaal	26	100	24	100	78	100	13	100	6	100	147
kol %	17,69		16,33		53,06		8,84		4,08		100

1.4. Goede hotelservice - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
voeding	11	23,91	38	51,35	74	36,27	30	46,87	5	25,00	158
infrastructuur	11	23,91	18	24,32	84	41,17	21	32,81	6	30,00	140
hygiëne	4	8,69	4	5,40	7	3,43	0	-	2	10,00	17
veiligheid persoon	6	13,04	6	8,10	11	5,39	2	3,12	1	5,00	26
veiligheid goederen	12	26,08	8	10,81	26	12,74	11	17,18	5	25,00	62
andere	2	4,34	0	-	2	0,98	0	-	1	5,00	5
totaal	46	100	74	100	204	100	64	100	20	100	408
kol %	11,27		18,14		50,00		15,69		4,90		100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
factuur	23	46,93	3	11,11	10	34,48	4	57,14	0	-	40
opbouw inkomen	0	-	2	7,40	1	3,44	0	-	0	-	3
zakgeld	2	4,08	5	18,51	6	20,68	2	28,57	1	20,00	16
bestedingsautonomie	2	4,08	6	22,22	0	-	0	-	2	40,00	10
bewindvoering	15	30,61	9	33,33	6	20,68	0	-	1	20,00	31
verzekeringen	4	8,16	2	7,40	5	17,24	0	-	1	20,00	12
andere	3	6,12	0	-	1	3,44	1	14,28	0	-	5
totaal	49	100	27	100	29	100	7	100	5	100	117
kol %	41,88		23,08		24,79		5,98		4,27		100

1.7. Beschermende maatregelen - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
straf	0	-	9	14,75	10	12,19	0	-	3	12,50	22
beperkte bewegingsvrijheid	6	20,68	19	31,14	18	21,95	2	14,28	4	16,66	49
afzondering	1	3,44	11	18,03	17	20,73	2	14,28	2	8,33	33
fixatie	1	3,44	1	1,63	2	2,43	4	28,57	2	8,33	10
gedwongen opname	**16**	**55,2**	21	34,42	29	35,36	6	42,85	12	50,00	84
internering	0	-	0	-	1	1,21	0	-	0	-	1
andere	5	17,24	0	-	5	6,09	0	-	1	4,16	11
totaal	29	100	61	100	82	100	14	100	24	100	210
kol %	13,81		29,05		39,05		6,67		11,43		100

***andere**= bijv. beperking bestedingsautonomie, bewindvoering, gedwongen medicatie, langdurige kamerverpleging.*

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
psychiater	1	25,00	8	80,00	13	59,09	0	-	2	40,00	24
psycholoog	1	25,00	0	-	0	-	0	-	0	-	1

persoonlijk begeleider	1	25,00	1	10,00	6	27,27	1	100	3	60,00	12
andere	1	25,00	1	10,00	3	13,63	0	-	0	-	5
totaal	**4**	100	10	100	22	100	1	100	5	100	42
kol %	9,52		23,81		52,38		2,38		11,90		100

3. Recht op informatie - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
diagnose	3	7,50	10	62,50	4	23,52	1	25,00	2	33,33	20
duur	0	-	0	-	3	17,64	0	-	0	-	3
kosten	2	5,00	1	6,25	0	-	0	-	0	-	3
tegenaanwijzingen/risico's/neve nwerkingen	2	5,00	3	18,75	1	5,88	0	-	1	16,66	7
alternatieven	6	15,00	1	6,25	0	-	0	-	0	-	7
andere	**27**	67,50	1	6,25	9	52,94	3	75,00	3	50,00	43
totaal	40	100	16	100	17	100	4	100	6	100	83
kol %	48,19		19,28		20,48		4,82		7,23		100

*Voorbeelden van **recht op informatie**, subitem ***andere :***

bewindvoering jaarverslag, factuur info toezichtshonoraria, gedwongen opname, intakeverslag, mogelijkheid vrijwilligerswerk, ontslagperspectief en concrete afspraken, ontslagverslag ikv pensioenregeling, ontslagverslag ikv verzekering, perspectief, procedure gedwongen opname, info over opnamecriteria, procedure arbeidsgeneesheer, procedure inzage en afschrift dossier, bewindvoering procedure.

4. Recht op geïnformeerde toestemming - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
medicatie informatie	2	11,11	3	3,09	1	3,44	0	-	0	-	6
toestemming	**11**	61,11	12	12,37	22	75,86	6	75,00	4	66,66	55
behandeling/begeleiding informatie	0	-	13	13,40	1	3,44	0	-	0	-	14
toestemming	2	11,11	69	71,13	4	13,79	2	25,00	0	-	77
andere informatie	0	-	0	-	1	3,44	0	-	0	-	1
	3	16,66	0	-	0	-	0	-	2	33,33	5

toestemming											
totaal	18	100	97	100	29	100	8	100	6	100	158
kol %	11,39		61,39		18,35		5,06		3,80		100

Voorbeelden van 'andere' in categorie geïnformeerde toestemming: communicatie met familie, communicatie met derden, info aan derden, info van derden, procedure ECT.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	3	8,33	0	-	4	13,33	2	22,22	0	-	9
inzage/afschrift dossier	**33**	91,66	5	100	26	86,66	7	77,77	6	100	77
totaal	36	100	5	100	30	100	9	100	6	100	86
kol %	41,86		5,81		34,88		10,47		6,98		100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
beroepsgeheim	1	16,66	13	35,13	7	43,75	5	38,46	1	100	27
persoonlijke overtuiging	0	-	2	5,40	0	-	0	-	0	-	2
briefgeheim	1	16,66	1	2,70	3	18,75	1	7,69	0	-	6
territoriale privacy	0	-	17	45,94	3	18,75	4	30,76	0	-	24
mondelinge indiscretie	0	-	4	10,81	1	6,25	2	15,38	0	-	7
andere	4	66,66	0	-	2	12,50	1	7,69	0	-	7
totaal	**6**	100	37	100	16	100	13	100	1	100	73
kol %	8,22		50,68		21,92		17,81		1,37		100

*Voorbeelden in de categorie **bescherming privacy**: subitem **'andere'***

foutieve info in dossier, info aan derden, info familie zonder toestemming patiënt, verplichte groepstherapie, kamercontrole zonder patiënt, mondelinge indiscretie medepatiënten, grensoverschrijdend gedrag medepatiënt (pesten, belagen), onaangekondigd bezoek externe instantie, overlast religieuze beweging op domein.

INTERVENTIE

Hoofdinterventie - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
luisteren	33	6,38	77	13,75	92	10,38	11	4,41	23	13,93	236
doorverwijzen intern	10	1,93	3	0,53	12	1,35	1	0,40	5	3,03	31
doorverwijzen extern	10	1,93	0	-	17	1,91	0	-	12	7,27	39
informeren	77	14,89	51	9,10	125	14,10	11	4,41	32	19,39	296
signaleren	50	9,67	39	6,96	272	30,69	115	46,18	29	17,57	505
coachen	45	8,70	46	8,21	84	9,48	53	21,28	10	6,06	238
bemiddelen	292	56,47	344	61,42	284	32,05	58	23,29	54	32,72	1032
totaal	517	100	560	100	886	100	249	100	165	100	2377
kol %	21,75		23,56		37,27		10,48		6,94		100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
patiënt samen met ombudspersoon	55	18,83	90	26,16	37	13,02	7	12,28	13	24,07	202
ombudspersoon zonder patiënt	237	81,16	254	73,83	247	86,97	50	87,71	41	75,92	829
totaal	292	100	344	100	284	100	57	100	54	100	1031
kol %	28,32		33,37		27,55		5,53		5,24		100

AFSLUITING

Tijd tussen aanmelding en afhandeling - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
op dezelfde datum als de aanmelding	153	29,59	259	46,33	428	48,30	52	20,96	70	42,42	962
binnen de week	233	45,06	155	27,72	233	26,29	64	25,80	46	27,87	731
binnen de twee weken	66	12,76	57	10,19	86	9,70	30	12,09	21	12,72	260
binnen de vier weken	25	4,83	45	8,05	70	7,90	20	8,06	9	5,45	169
later dan vier weken	**40**	7,73	43	7,69	69	7,78	82	33,06	19	11,51	253
totaal	517	100	559	100	886	100	248	100	165	100	2375
kol %	21,77		23,54		37,31		10,44		6,95		100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	-		47

BIJLAGE 3
AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN PZ STUIVENBERG 2012

1. Recht op informatie

OMBUDSWERKING

→Patiënten vinden soms erg moeilijk de informatie die voor hen van belang kan zijn. Wanneer ze de weg vinden naar de ombudswerking kan de toeleiding naar deze informatie bespoedigt worden.

GEDWONGEN OPNAME

→Patiënt die voor het eerst in aanraking komt met een gedwongen opname heeft behoefte aan neutrale en concrete informatie.

→Patiënt in gedwongen opname heeft behoefte aan neutrale en objectieve informatie en ondersteuning.

→Patiënt in gedwongen opname heeft nood aan objectieve informatie en ondersteuning.

→Patiënt heeft nood aan informatie over rechten en plichten bij gedwongen opname en heeft hierover ook verwachtingen t.a.v. team (verpleging, arts, sociale dienst).

→Ook voor hulpverleners is de wetgeving gedwongen opname niet altijd vertrouwde materie.

→Ook beroepsbeoefenaars hebben behoefte aan toetsing, info & advies i.v.m. (de mogelijkheden en beperkingen) van de patiëntenrechten (in de praktijk).

→Ook personeel heeft nood aan concrete en objectieve informatie i.v.m. toepassen van patiëntenrechten in gedwongen opname.

BEWINDVOERING

→Patiënt onder bewindvoering ontbreekt het vaak aan elementaire informatie over financiële situatie en mogelijkheden, ondersteuning vanuit de voorziening is onontbeerlijk.

→Patiënt heeft nood aan concrete informatie rond rechten en plichten in bewindvoering, en recht op informatie over het beheer van de middelen.

→Patiënt (of vertrouwenspersoon) heeft recht op jaarlijks schriftelijk overzicht van de beheerswerkzaamheden van de bewindvoerder.

BEHANDELING

→Afschrift van medische testen en onderzoeken beschikbaar en bespreekbaar stellen.

→Inhoud verslaggeving vooraf bespreken/doorpraten met patiënt.

→(Bespreking van de) resultaten van testen en onderzoeken laat soms te lang op zich wachten.

Wat met (administratieve) opvolging van deze resultaten bij overplaatsing of doorverwijzing ? Patiënt heeft recht om tijdig geïnformeerd te worden over zijn gezondheidstoestand.

→Resultaten van drugtesten (recht op info) Waarheidsgetrouwe en objectieve informatie…??

→Informatie over mogelijke vervolghulp, alternatieven ook voor patiënten in gedwongen ontslag ?

→Familie heeft (als toeleider naar hulp) behoefte aan informatie en ondersteuning.

→Verspreiding van info over hulpaanbod via meerdere kanalen van mogelijke toeleiders is nodig.

FACTUUR

→Stilstaan bij financiële consequenties van opname voor partner. Toelichten van motivering kamerkeuze .

→Toelichting bij de inhoud en samenstelling van een factuur is voor vele patiënten nuttig.

→Info aan patiënten over de mogelijkheid om beroep te doen op de ongevallenverzekering (procedure en contactgegevens).

→Informatie over supplementen (kamer, toezicht, verzekering).

2. Communicatie – Bejegening (t.a.v. familieleden en/of derden)

→Samenwerking met externe diensten: proactief en in open communicatie met patiënt en zijn netwerk ?

→Overleg met derden (hulpverleners en/of familie) zonder toestemming van patiënt heeft vaak negatieve effecten op de vertrouwensrelatie met de patiënt zelf.

→(Proactief) overleg met voorgaande hulpverleners, mét toestemming van/op vraag van de patiënt kan de samenwerking en het vertrouwen tussen patiënt en het behandelend team positief beïnvloeden.

→Ook bij meningsverschillen, communicatie in conflictsfeer, blijft een correcte omgang met respectvol taalgebruik essentieel.

→Vrije keuze huisarts en stroeve communicatie tussen behandelteam en betrokken huisarts omwille van verschillende visie op behandeling …moeilijke oefening..

→Ouders blijven betrokken bij hun meerderjarige kinderen en vragen om gehoord te worden, luisterbereidheid bij de hulpverleners.

→Verschillende belangen en visies staan een open gesprek tussen de betrokkenen niet in de weg. (communicatie)

→Familie wenst minstens geïnformeerd te worden over grote wijzigingen in het behandeltraject.

→Bij een plots ontslag heeft het netwerk van de patiënt nood aan toelichting bij de beslissing en ondersteuning bij opvang van patiënt.

→Respectvolle bejegening~ informatie gezondheidstoestand en toekomstperspectief = een fragiel evenwicht.

→Ongenoegens patiënt bespreekbaar houden ook als er niet onmiddellijk verandering kan verwacht worden.

→Familie heeft behoefte aan duiding van diagnose en behandelplan.

→Toelichting geven bij het (be-)handelen, motiveren van genomen maatregelen hoort erbij ?

→Ook wanneer er verschillen in belangen zijn blijft communicatie met de verschillende betrokkenen zinvol/noodzakelijk.

→Familie wil geïnformeerd, betrokken worden bij grote wijzigingen in behandeltraject.

→Communicatie met familie: niet wachten op vraag van familie en crisismomenten.

→Communicatie met familie mét toestemming van de patiënt!

→Ouders van meerderjarige patiënten blijven betrokken op behandeling en hebben behoefte aan informatie en ondersteuning.

→Verwachtingen patiënt bespreekbaar houden ook als er niet onmiddellijk verandering kan/mag verwacht worden.

→Open communicatie t.a.v. patiënt over informatie-uitwisseling via en/of verwachtingen van familie.

→Grensoverschrijdend gedrag is erg nefast voor de beeldvorming rond professionele hulpverlening ggz.

3. Opname - Ontslag - Overplaatsing – Doorverwijzing

→Bij een weigering tot opname heeft (het netwerk van) de patiënt nood aan toelichting bij de beslissing en nood aan ondersteuning bij het organiseren van de vervolghulp.

→Bij een (crisis)opname heeft ook het netwerk nood aan informatie en ondersteuning.

→Bij een plots ontslag heeft (het netwerk van) de patiënt nood aan toelichting bij de beslissing en nood aan ondersteuning bij het organiseren van de vervolghulp.

→Toelichten beslissing weigering opname !

→Betrokkenheid van familie als toeleider naar (crisis)hulp!

→Plotse beslissing tot ontslag kan patiënten, met weinig hulpbronnen en middelen, in een crisissituatie brengen met vele praktische problemen.

→Waar begint/eindigt verantwoordelijkheid voorziening/familie bij zoeken naar overplaatsing

andere voorziening ?

→Waar mogelijk systematischer betrekken van familie bij de ontslag(-voorbereiding).

Zorgvuldige briefing collega's en vlotte toegang tot informatie patiënt helpt om foute inschattingen te verminderen.

→Patiënten in kader van internering hebben nood aan begeleiding en ondersteuning bij het doorlopen van opnameaanvragen en intakeprocedures.

→Bij een tijdelijke onderbreking of een plotse stopzetting van de behandeling aandacht voor continuïteit/communicatie met patiënt zelf en zijn naaste betrokkenen (o.a. administratieve en/of therapeutische aandachtspunten).

Casusvoorbeelden

patiënt wordt dringend overgebracht naar de spoedafdeling AZ, zijn familie wordt pas na 4 dagen verwittigd over zijn acute gezondheidstoestand.

patiënt wordt dringend overgebracht naar de spoedafdeling AZ en hoort nadien niks meer vanuit de behandelafdeling PZ tijdens de 2 daaropvolgende weken.

opname wordt na enkele uren reeds stopgezet, patiënt verlaat na 20u00 de afdeling en de familie wordt hiervan niet op de hoogte gebracht.

patiënt wordt overgebracht naar isolatiekamer op gesloten afdeling, partner neemt zelf contact op met beide afdelingen, het duurt verschillende dagen vooraleer de partner zicht krijgt op het waarom van deze beslissing, de concrete afspraken rond bezoekmogelijkheden en de gezondheidstoestand van de patiënt.

-Beschikbaarheid van artsen (wachtdienst en de eigen afdeling)

-Doorstroming van informatie van behandelende artsen (PZ en AZ) naar het multidisciplinair team PZ

-Overleg tussen psychiater van wacht en behandelend psychiater en feedback naar het multidisciplinair team PZ

-Checklist en/of werkafspraken: wie doet wat? (arts, afdelingshoofd, persoonlijke begeleider, sociale dienst)

4. Beschermende maatregelen

→Een minimale bestedingsautonomie (binnen bewindvoering) kan het gevoel van eigenwaarde van patiënt sterk positief beïnvloeden.

→Bestedingsautonomie van wekelijks zakgeld heeft grote invloed op welbevinden van patiënten.

→Beheer van eigen zakgeld is belangrijk voor eigenwaarde.

→Patiënt heeft recht op jaarlijks overzicht van de beheerswerkzaamheden van de

bewindvoerder.

→Combinatie bewindvoering en erfrecht is voor vele patiënten erg moeilijk, de nood aan juridisch advies wordt niet eenvoudig opgevangen via de eigen bewindvoerder.

→ Beschermende maatregelen zoals beperkte bewegingsvrijheid (bijv. niet op weekend mogen gaan) en fixatie worden zelden als beschermend ervaren.

Afzondering, gedwongen sedatie en fixatie zijn voor de patiënt vaak traumatiserende maatregelen.

Het is zeker wenselijk dat achteraf over de noodzaak van de genomen maatregel(en) met de patiënt wordt gesproken

→Gesprek met patiënt na maatregel (fixatie/afzondering) om beleving, verwerking en vertrouwensrelatie kans op herstel te geven.

→Patiënt in gedwongen opname heeft nood aan psychologische en juridische ondersteuning.

5. Leefregels

→Verschillen tussen afdelingen in interpretatie/toepassing van algemene regels rond weekend en verlofregeling zijn voor patiënten soms moeilijk te begrijpen.

6. Vertrouwenspersoon

→Document vertrouwenspersoon, document mandatering sociale dienst door patiënt: proactief regelen.

→Twijfels rond kwaliteit, intenties vertrouwenspersoon bespreken met patiënt!

7. Medicatie

→Evenwicht/scheidingslijn tussen gedwongen/aangeboden medicatie en door de patiënt zelf gevraagde medicatie is soms erg complex en moeilijk te doorbreken.

→Samengaan van somatische met psychiatrische problemen maakt een juiste diagnose en de verdere opvolging soms erg complex.

→Evenwicht tussen praten en pillen…toelichting pro en contra (neven)werking medicatie.

→Duidelijke afspraken rond het in bewaring nemen van medicatie bij opname.

8. Somatische verzorging

→Psychische en somatische problemen: het blijft een moeilijk gegeven om beiden op diagnostisch vlak met elkaar te verzoenen.

→Wat met recht op second opinion somatische zorg… bejegening en ontslagdreiging ?

→Verplichte consult bij psychiater vooraleer consult bij somatische arts:

wat bij acute, weinig gekende en risicovolle aandoeningen?

→Opvolging lichaamsbeweging, hygiëne en somatische verzorging (in het bijzonder bij (langdurige) afzondering!!

Afspraken met netwerk rond info gezondheidstoestand en bezoek.

9. Beschikbaarheid hulpverlening

→Beschikbaarheid psychiater bij somatische problemen: medicatie, diagnose ?

→Sfeer op afdeling is erg belangrijk om tot rust en herstel te komen.

→Crisisopname: Procedure, communicatie, beschikbaarheid ?

→Overname bij afwezigheid (vrijaf, verlof) vraagt tijd, zorgvuldigheid en vlotte beschikbaarheid van informatie.

10. Recht op afschrift dossier

→Ook na het beëindigen van een behandeling heeft de patiënt recht op afschrift van het dossier én correcte informatie over de regeling bij overdracht van dossier naar een arts van eigen keuze.

→Werkdruk of (therapeutische) bezwaren of vertragen de administratieve opvolging van vraag tot afschrift.

11. Privacy - persoonlijke levensruimte

→Evenwicht tussen veiligheid en privacy: altijd safety first ?

Hoe toezien op veiligheid zonder privacy voortdurend te schenden?

→Kamercontrole in bijzijn van patiënt.

→Waar mensen samenleven kan relatie, verbinding, emotie ontstaan.

Van ontrading of sanctionering naar bespreekbaar stellen…

→Via (voortdurende) dialoog proberen om middenweg te vinden tussen de inrichting van de persoonlijke (leef-)ruimte en hanteerbaarheid op afdeling. Verduidelijken van afspraken (vermelden in huishoudelijk reglement) ?

→Kamercontrole in aanwezigheid van patiënt

Privacy: lichaamscontrole en sekse controleur ? Beschikbaarheid personeel ?

→Persoonlijke kamer patiënt afsluiten tijdens verblijf in afzondering!

→Eénpersoonskamer is voor langdurig opgenomen patiënten essentieel om een minimum aan persoonlijke levensruimte te kunnen behouden.

→(Kans op) stigmatisering ligt soms in kleine hoekjes.

12. Ombudswerking-klachtrecht

→Ontrading patiënt om contact op te nemen met OP ?

→Toegang ombudspersoon en indien mogelijk de familie zelf tot personen in afzondering, kan stressverlagend werken en bereidheid tot samenwerking verbeteren.

→Bemiddelingsgesprek OP met patiënt en behandelaars kan helpen om wederzijds vertrouwen en bereidheid tot samenwerking te herstellen.

→Patiënten kunnen allerlei drempels ervaren om (geen) effectieve stappen te ondernemen en hun ongenoegen bespreekbaar te stellen.

→Contact patiënt in afzondering met OP kan samenwerking en vertrouwensrelatie t.a.v. behandelaars positief beïnvloeden.

→Het duidelijker benoemen van de verschillende belangen en posities kan ook voor de betrokkenen die geen verdere informatie kunnen bekomen, van belang zijn om communicatie-attitude en/of behandelstrategie beter te begrijpen.

13. Infrastructuur

→Patiënt mag een goed werkende, comfortabele infrastructuur verwachten, met accurate opvolging indien er zich problemen voordoen.

14. Veiligheid personen - veiligheid goederen

→Patiënten kunnen hard zijn voor elkaar en dit maakt het samenleven in groep soms erg zwaar.

→Duidelijkheid in regels betreffende agressie/conflicten tussen patiënten.

→Veilig bewaren en registreren van persoonlijke goederen!

→Administratie en inventaris bij bewaring, verkoop of ophalen van persoonlijke goederen.

→Zorgvuldige bewaring van persoonlijke goederen én zorgvuldige communicatie!

→Zorgvuldigheid bij het in bewaring nemen van persoonlijke goederen, noteren in inventaris en veilig bewaren.

15. Voeding

→Gezonde voeding is essentiële factor voor herstel en welbehagen patiënt.

16. Geïnformeerde toestemming

→Geïnformeerde toestemming : Doorpraten pro & contra met patiënt

Ziekte-inzicht kan belemmering zijn, inschakelen vertrouwenspersoon!

17. Recht op vrije keuze

→Heeft niet gedwongen opgenomen patiënt recht op vrije keuze behandelend arts in nazorg ?

18. Recht op Second opinion

→Er blijven grote drempels voor patiënten én beroepsbeoefenaars om dit recht in de praktijk te vragen of toe te passen.

→Procedure second opinion uitwerken én communiceren aan patiënten (en medewerkers).

→Uitwerken van een procedure met concrete richtlijnen kan deze drempels op termijn helpen wegwerken.

→Toetsing van deze richtlijnen aan de wetgeving patiëntenrechten!

AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN PZ STUIVENBERG 2013

1. Informatie

→Informatie over supplementen (kamer, toezicht, verzekering).

→Informatie over mogelijke vervolghulp, alternatieven ook voor patiënten in gedwongen ontslag?

→Ook na het beëindigen van een behandeling heeft de patiënt recht op afschrift van het dossier én correcte informatie over de regeling bij overdracht van dossier naar een arts van eigen keuze.

→Patiënten vinden soms erg moeilijk de informatie die voor hen van belang kan zijn. Wanneer ze de weg vinden naar de ombudswerking kan de toeleiding naar deze informatie bespoedigd worden.

2. Communicatie – Bejegening (t.a.v. familieleden en/of derden)

→Ouders van meerderjarige patiënten blijven betrokken op behandeling en hebben behoefte aan informatie en ondersteuning.

→Verwachtingen patiënt bespreekbaar houden ook als er niet onmiddellijk verandering kan/mag verwacht worden.

→Open communicatie t.a.v. patiënt over informatie-uitwisseling via en/of verwachtingen van familie.

→Familie heeft (als toeleider naar hulp) behoefte aan informatie en ondersteuning.

→Bij een (crisis)opname heeft ook het netwerk nood aan informatie en ondersteuning.

3. Veiligheid goederen

→Zorgvuldigheid bij het in bewaring nemen van persoonlijke goederen, noteren in inventaris en veilig bewaren.

4. Beschermende maatregelen

→Bestedingsautonomie van wekelijks zakgeld heeft grote invloed op welbevinden van patiënten.

→Patiënt heeft recht op jaarlijks overzicht van de beheerswerkzaamheden van de bewindvoerder.

5. Medicatie - somatische verzorging

→Samengaan van somatische met psychiatrische problemen maakt een juiste diagnose en de verdere opvolging soms erg complex.
→Evenwicht/scheidingslijn tussen gedwongen/aangeboden en door de patiënt zelf gevraagde medicatie is soms erg complex en moeilijk te doorbreken.

6. Beschikbaarheid hulpverlening

→Overname bij afwezigheid (vrijaf, verlof) vraagt tijd, zorgvuldigheid en vlotte beschikbaarheid van informatie.

→Beschikbaarheid psychiater bij somatische problemen: medicatie, diagnose ?

→Sfeer op afdeling is erg belangrijk om tot rust en herstel te komen. Hectische sfeer heeft effect op luisterbereidheid, bejegening en beschikbaarheid.

→Crisisopname: Procedure, communicatie, beschikbaarheid ?

7. Recht op second opinion

→Er blijven grote drempels voor patiënten én beroepsbeoefenaars om dit recht in de praktijk te vragen of toe te passen.

→Procedure second opinion uitwerken én communiceren aan patiënten (en medewerkers). (zie audit ombudswerking)

→Uitwerken van een procedure met concrete richtlijnen kan deze drempels op termijn helpen wegwerken.

→Toetsing van deze richtlijnen aan de wetgeving patiëntenrechten!

SAMENVATTING OVERLEG EPSI PZ ZNA EN OMBUDSWERKING 2013

- **1/5 de** van de aanmeldingen zijn EPSI gerelateerd
- Onduidelijkheden over **procedure-criteria-communicatie**
- Ongenoegen over **eerste opvang en bejegening**
- **Secundaire traumatisering (fixatie en/of afzondering)**
- **Verlies** van **goederen**
- **Schriftelijke informatie** voor patiënt-netwerk-verwijzers/toeleiders (vooraf)
- **Contactgegevens van verwijzers én vertrouwenspersoon** (checken!)
- **Beschikbaarheid** psychiater-psycholoog-…
- **Intaker** =WIE ?
- Verduidelijken van **flowchart**
  Met/zonder afspraak
  Prioriteit/geen prioriteit
  Terminologie : urgentieraadpleging/spoedconsult
  Verschil tussen consult/spoedconsult/intake ?
- **Terugkoppeling** naar aanmelder/**patiënt *in 2de contact*** ?
- **Terugkoppeling** naar professionele **verwijzers *indien bereikbaar***
  (Wie, hoe, wanneer ?)
  Op de plaats van de vraagtekens….**communicatie** over **alternatieven**, eventueel gedwongen opname ?
  Overleg EPSI en spoed AZ, PAAZ (occasioneel of structureel ?)

Overzicht van aanbevelingen

Informatie

→Verspreiding van info over hulpaanbod via meerdere kanalen van mogelijke toeleiders is nodig.

→Informatie over mogelijke vervolghulp, alternatieven ook voor patiënten in gedwongen ontslag ?

→Bij een weigering tot opname heeft (het netwerk van) de patiënt nood aan toelichting bij de beslissing en nood aan informatie en ondersteuning bij het organiseren van de opvang/vervolghulp.

Beschermende maatregelen

→Gesprek met patiënt na maatregel (fixatie/afzondering) om beleving, verwerking en vertrouwensrelatie kans op herstel te geven.

Communicatie – Bejegening (t.a.v. familieleden en/of derden)

→Familie heeft behoefte aan duiding van diagnose en behandelplan.

→Toelichting geven bij het (be-)handelen, motiveren van genomen maatregelen hoort erbij ?

→Betrokkenheid van familie als toeleider naar (crisis)hulp!

→Ook wanneer er verschillen in belangen zijn blijft communicatie met verschillende betrokkenen zinvol/noodzakelijk.

→Verschillende belangen en visies staan een open gesprek tussen de betrokkenen niet in de weg.

→Familie heeft (als toeleider naar hulp) behoefte aan informatie en ondersteuning.

→Bij een (crisis)opname heeft ook het netwerk nood aan informatie en ondersteuning.

Veiligheid goederen

→Zorgvuldigheid bij het in bewaring nemen van persoonlijke goederen, noteren in inventaris en veilig bewaren.

→ Opmaken van inventaris (samen met patiënt), zorgvuldige bewaring (afgesloten ruimte met toegangsbeperking) en het gebruik van kwaliteitsvol verpakkingsmateriaal (bijv. kartonnen doos i.p.v. plasticzak) wordt aanbevolen.

→Impact van afdelingsleven op perceptie patiënt rond behandeling.

→Patiënten verwachten een veilige behandelomgeving met toezicht en interventie indien nodig.

→Richtlijnen personeel, info aan patiënten én familie/vertrouwenspersoon bij diefstallen op afdeling.

→Patiënten informeren over afspraken en mogelijkheden rond beveiligen van persoonlijke goederen.

→Nood aan duidelijke richtlijnen rond maatregelen i.k.v. veiligheid patiënten in situaties van grensoverschrijdend gedrag door patiënten en/of medewerkers.

BELANGRIJKSTE AANDACHTSPUNTEN PZ ZNA 2014

-**Informatie verhuis EPSI:** Nood aan richtlijnen voor onthaalpersoneel , onduidelijkheid rond aanmelding (traject, fysieke plaats), nood aan informatie aan doorverwijzers

-Veiligheid personen en goederen: toegangscontrole, werking camera's

-Infrastructuur: rookruimte, fietsenstalling, etenskarren

-Bejegening: onthaal familie en nieuwe patiënten

-Formulier vertrouwenspersoon: beschikbaar maken via site

-Documenten en procedures patiëntenrechten:

In Q-boek raadpleegbaar maken voor medewerkers.
Via patiëntendossier beschikbaar maken voor patiënten en medewerkers.

-**Basisprincipes ombudswerking:**

Wat is verworven, wat ligt gevoelig, wat wordt afgewezen ? Toelichting en dialoog blijven nodig!
Vertrouwelijkheid (ook voor medewerkers!) en té hiërarchische benadering (toezicht leidinggevenden).

SAMENVATTING AANBEVELINGEN

1. Ombudswerking en klachtenopvang

→De keuze van de patiënt voor een driegesprek is een belangrijk signaal en kan wijzen op nood aan 'bijstand' (eerdere (mislukte) pogingen tot gesprek, drempelvrees, vrees voor tegenreactie …)

→Aan elke bemiddeling zijn meerdere (gemiste) kansen op rechtstreekse communicatie vooraf gegaan. Hoe langer deze communicatiestoringen blijven 'hangen', hoe groter de opgebouwde frustraties en de hiermee gepaard gaande 'strijdbaarheid' bij de klachtbrenger. M.a.w. hoe vroeger onvrede, ongenoegen (h)erkent wordt, hoe meer kans op positief effecten van klachtenopvang en/of klachtenbemiddeling.

→Hoe meer praktijk er bestaat op afdelingsniveau rond het bespreekbaar stellen van patiëntenrechten, hoe minder deze informatie moet 'binnengebracht worden' door de ombudspersoon. Anderzijds zal de behoefte om de aangebrachte informatie te toetsen bij een onafhankelijke bron bij sommige patiënten aanwezig blijven.

→Als personeel proactief en open communiceert over patiëntenrechten zal dit sterk positieve effecten hebben op de drempels om hierover te praten en in bepaalde gevallen de ombudspersoon hierover te spreken.

2. Verhogen van bruikbaarheid aanbevelingen ombudswerking

→Toelichting én dialoog verhoogt leesbaarheid en bruikbaarheid. Uitwisseling van informatie is een cruciale factor in het begrijpen van elkaars context.
Wie leest er en vanuit welk perspectief ? Feedback op eenzelfde aanbeveling kan erg verschillend zijn.

→We verwijzen naar de richtlijnen van de zorginspectie n.a.v. de aanpassing van het huishoudelijk reglement van de ombudswerking en de format (zorgspiegel) gehanteerd bij de audit. De concretisering van deze richtlijnen is een werk in uitvoering, waarbij toelichting en dialoog tussen ombudswerking en voorziening nodig blijft.

3. Beschermende maatregelen – gedwongen opname

→Hoe meer aandacht gegeven wordt op afdelingsniveau aan het informeren van patiënten rond hun rechten in een gedwongen statuut hoe minder aanmeldingen hierover bij de ombudspersoon.

In voorzieningen die gebruik maken van de brochure die hiervoor werd gemaakt vanuit IPSOF, merken we een daling van het aantal meldingen. Zelf proactief en in openheid praten over deze thematiek kan grote invloed hebben op de coöperatie van de patiënt en het opbouwen van vertrouwen.

Daarnaast bewust blijven dat wantrouwen en de nood aan onafhankelijke (niet door eigen cultuur beïnvloede) informatie de bovenhand kan nemen en de patiënt een vrije keuze moet kunnen maken.

4. Vermenselijking van de zorg

→Aandacht voor traumatiserende effecten van de zorg is hoog prioritair voor zorginspectie en leeft ook sterk binnen de samenleving, media als onderwerp.
→Ombudspersonen worden gevraagd om hier aandacht aan te geven, voor te vragen.
→In de ombudspraktijk wordt dit zichtbaar via aanmeldingen betreffende fixatie- en afzondering - machtscommunicatie - bejegening & luisterbereidheid …
→Ook patiënten worden aangemoedigd, gecoacht om respectvol met hun behandelaars om te gaan.

→Bij patiënten in (langdurige) afzondering wordt de ombudspersoon soms een belangrijk vertrouwenspersoon of aanspreekpunt. In sommige ziekenhuizen blijven er grote drempels om dit contact vlot mogelijk te maken, in andere ziekenhuizen wordt de ombudspersoon actief gecontacteerd door begeleidend personeel om de patiënt te komen opzoeken en een persoonlijk gesprek mogelijk te maken.

→We adviseren om een vlotte toegang van de ombudspersoon tot personen in afzondering mogelijk te maken. Ervaringen van de ombudspersonen in de praktijk leren dat dit bij patiënten stressverlagend kan werken en de bereidheid tot samenwerking met het behandelteam kan verbeteren.
(Overname uit jaarverslag ombudswerking Vlaanderen 2009)

5. Recht op informatie

→Duidelijke informatie geven over de te volgen procedure voor inzage en/of afschrift.

→In geval van therapeutische exceptie: schriftelijke en gedateerde motivering in het dossier.

→Bij een meningsverschil over de inhoud en/of formulering, de patiënt informeren over het recht op toevoeging en/of recht op second opinion.

→Overleg met derden (hulpverleners en/of familie) zonder toestemming van patiënt heeft vaak langdurige negatieve effecten op de vertrouwensrelatie met de patiënt zelf.

→Patiënt tijdig informeren over privacy (rechten en regels) in communicatie t.a.v. derden. Dit kan de vertrouwensrelatie positief beïnvloeden en de samenwerking met de patiënt verbeteren.

→Aandacht voor systematische, begrijpbare en indien gewenst detailinformatie over de werking en bijwerking medicatie aan de patiënt. Opletten voor vaagheid en veralgemeningen.

6. Geïnformeerde toestemming

→Advies van de Nationale Raad van 12 mei 2007 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 117, september 2007, p. 5)

"De medische deontologie en de wet betreffende de rechten van de patiënt stipuleren ondubbelzinnig dat de patiënt de uiteindelijke beslissing neemt hoelang hij de profylactische anti-psychotische onderhoudsbehandeling volgt.
De psychiater moet de patiënt zorgvuldig informeren en motiveren met het oog op een oordeelkundige beslissing. De patiënt heeft het recht om niet in te gaan op het behandelvoorstel van de psychiater."

→De toepassing van dwang binnen een goed ontwikkelde samenwerkingsrelatie heeft minder negatieve consequenties en is beter te legitimeren dan de toepassing van dwang binnen slechte samenwerkingsrelaties.

7. Communicatie met familie

→Een neutrale en open houding voorkomt negatieve overdrachtsgevoelens en draagt bij aan de kwaliteit van de relatie.

8. Vertrouwenspersoon

→Het inschakelen van een vertrouwenspersoon (bijv. bij een vraag naar inzage of afschrift) komt nog maar weinig voor in de praktijk. Vertrouwenspersonen en vervolgbehandelaars hebben veel schroom om een actieve rol op te nemen samen met de patiënt, om informatie te bekomen.

→Vermelden van de contactgegevens van de vertrouwenspersoon in het (elektronisch) patiëntendossier ?

→Spanningsveld tussen de appreciatie van de beroepsbeoefenaar ~ de kwaliteit van de gesprekspartner ~ de keuze van de patiënt ? Keuze van de patiënt respecteren en tegelijk bespreekbaar stellen.

BELANGRIJKSTE AANDACHTSPUNTEN PZ ZNA 2015

1. Communicatie van/aan derden - Dossier

→Uitwisseling info aan/van derden: aandacht voor toestemming, overleg met patiënt én toezicht op gebruik van toegangsrechten tot (e)-dossier.

2. Veiligheid persoon en goederen

→Patiënten verwachten een veilige behandelomgeving met toezicht en interventie indien nodig.

→Patiënten informeren over afspraken en mogelijkheden rond beveiligen van persoonlijke goederen

3. Toeleiding naar hulp – Opnamecriteria

→Nood aan richtlijnen bij (telefonische) aanmelding/screening en info over concrete bereikbaarheid van psychiater.

→Wat is crisis?

→Opnamecriteria (algemeen en tijdens weekend): expliciteren én communiceren!

→Kloof tussen verwachtingen van patiënt, familie, verwijzers en concrete mogelijkheden.

SAMENVATTING AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN PZ ZNA 2016

1. Ombudswerking

Dialoog ombudswerking-voorziening

→Meer uitwisseling van beschikbare informatie/documentatie tussen ombudswerking en voorziening.

→Beschikbaarheid informatie patiëntenrechten en ombudswerking voor personeel/nieuwe medewerkers: via intranet en/of mailing met basisinfo ?

→Tussentijds overleg met beleidsmedewerkers.

→Deelname aan overleg/werkgroepen.

Info aan patiënten

→Beschikbaarheid (en toelichting) info ombudswerking (ook op gesloten afdeling).

2. Voeding

→De voorbije jaren waren er meermaals aanmeldingen rond voeding. Vooral de temperatuur van de warme maaltijden werd als erg problematisch ervaren. Het lijkt aangewezen om de werking van de regeneratietoestellen grondig te reviseren en indien nodig nieuwe investeringen te overwegen.

3. Veiligheid

→Impact van afdelingsleven op perceptie patiënt rond behandeling: "ik word hier niet beter van".

→Patiënten verwachten veilige behandelomgeving met toezicht en indien nodig interventie.

→Verduidelijken van leefregels en toepassing maatregelen, om waar nodig bij te sturen, blijft een permanent aandachtspunt.

→Organiseren van feedbackmogelijkheden voor patiënten (individueel en in groep).

→Nood aan duidelijke richtlijnen rond maatregelen i.k.v. veiligheid patiënten in situaties van grensoverschrijdend gedrag door (patiënten, medewerkers, derden).

→Richtlijnen personeel, info aan patiënten én familie/vertrouwenspersoon bij diefstallen op afdeling. (melding politie, inbewaringneming, inventaris, kamercontrole, aangifte verzekering,…)

→Patiënten informeren over afspraken en mogelijkheden rond beveiligen van persoonlijke goederen.

→ Opmaken van inventaris (samen met patiënt), zorgvuldige bewaring (afgesloten ruimte met toegangsbeperking) en het gebruik van kwaliteitsvol verpakkingsmateriaal (bijv. kartonnen doos i.p.v. plasticzak) wordt aanbevolen.

4. Beschermende maatregelen

Bescherming persoon geesteszieke

→Patiënt en in voorkomend geval de vertrouwenspersoon, tijdig informeren over beslissing tot stopzetten of verlengen van maatregel.

→Keuze van vertrouwenspersoon door patiënt respecteren.

→Bespreekbaar stellen en/of duiden van belangenverschillen in open dialoog (kan duidelijkheid voor alle betrokkenen brengen).

→Patiënt in GO heeft nood aan informatie en luisterbereidheid.

→Patiënt heeft nood aan neutrale info bij maatregel GO.

Bewindvoering

→Toepassing van de wetgeving naar autonomie op maat van bekwaamheid en vaardigheden.

→Streven naar evenwicht tussen empowerment en ondersteuning.

→Patiënt heeft recht op jaarlijks verslag bewindvoering (detaillering, toelichting verslag).

5. Recht op informatie -EPD (Elektronisch Patiëntendossier)

→De informatieverstrekking over het recht op toestemming t.a.v. het delen van informatie met derden, mag niet verengd worden tot een éénmalige toestemming van de patiënt.

→Ook t.a.v. patiënten zal het nodig zijn om hen te informeren en mee te nemen in het belang van deze ontwikkelingen. Goede informatieverstrekking zal nuttig/nodig zijn om het vertrouwen van patiënten in de zorg te behouden.

→Vorming en informatiecampagne om de medewerkers vertrouwd te maken met do's en don'ts in het werken met vertrouwelijke patiëntinformatie.

→Uitwerken van visie en richtlijnen rond het werken met beroepsgeheim in de groeiende evolutie/realiteit van netwerking en structurele samenwerking met externe organisaties.

→Kan mailverkeer tussen patiënt en behandelaar en verwijzers of vervolghulp, beschouwd worden als onderdeel van dossier ?

6. Recht op geïnformeerde toestemming

→ Specifieke behandelingen zoals ECT verantwoorden een proactieve informatieverstrekking én het volgen van regels t.a.v. toestemming (aan patiënt of vertegenwoordiger en/of vertrouwenspersoon).

→Ook het informeren over de mogelijkheid tot het inwinnen van second opinion, voorafgaand aan het starten van de behandeling wordt als goede praktijk ervaren.

7. Recht op second opinion

→Informatie rond mogelijkheid tot second opinion beschikbaar maken voor patiënten.

→Euthanasie: welke informatie is beschikbaar voor patiënten?

8. Communicatie met familie - vertrouwenspersoon

→Duidelijkheid geven over communicatie met derden/familie
(noodzaak of wenselijkheid, met of zonder toestemming, met of zonder patiënt erbij)

→Communicatie met familie met toestemming, in overleg, samen met patiënt.

→Keuze van patiënt tot weigering toestemming communicatie met familie respecteren én bespreekbaar maken naar patiënt en familie.

→Kan vertrouwenspersoon zich beroepen op vertrouwelijkheid in communicatie met beroepsbeoefenaar ?

→Toelichting diagnostische verslaggeving, ook na ontslag.

→Betrekken bij en/of informeren over familie/vertrouwenspersoon bij behandeling.

→Keuze van vertrouwenspersoon door patiënt respecteren.

→Ook bij verschillende visie en belangen blijft communicatie/toelichting belangrijk.

→Familie heeft nood aan informatie en overleg rond behandelstrategie en afspraken rond bewegingsvrijheid.

→Familie heeft nood aan informatie om tot coöperatie te kunnen komen.

→Meningsverschil/belangenconflict als uitnodiging tot verhelderend gesprek ?

AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN PZ ZNA 2017

1. Ombudswerking

Structurele dialoog

Ik ervaar een open en constructieve houding van de directie en stafmedewerkers t.a.v. de ombudswerking. Er is ruimte voor dialoog, uitwisseling van ervaringen, toelichting van de aanbevelingen en bereidheid deze te evalueren en bij te sturen waar mogelijk.

We blijven streven naar een maximale bruikbaarheid van de aanbevelingen. Om de opvolging op langere termijn zo efficiënt mogelijk te maken zullen we verder werk maken van een overzicht/stand van zaken/inventaris van visie, procedures, richtlijnen (beschikbaar voor medewerkers) en informatie beschikbaar voor gebruikers (patiënt, verwijzer, familie).

Als extern ombudspersoon zullen we de komende jaren, vanuit een advies en consultpositie en in dialoog met directie, stafmedewerkers e.a., eveneens verder werk maken van de ontwikkeling en aftoetsing van procedures die gerelateerd zijn aan de Wet Patiëntenrechten en gerelateerde wetgeving.

Initiatieven om de zichtbaarheid, lees: vertrouwdheid van het personeel én de patiënten met ombudswerking, patiëntenrechten en bemiddeling te verbeteren blijven nodig/nuttig.

Het beschikbaar maken van basisinformatie rond ombudswerking (jaarverslagen e.a.) en patiëntenrechten via intranet (personeel) en internet (gebruikers) kan hieraan bijdragen.

→Uitwisseling van beschikbare informatie/documentatie tussen ombudswerking en voorziening.

→Beschikbaarheid informatie patiëntenrechten en ombudswerking voor personeel/nieuwe medewerkers én gebruikers (patiënt, familie, verwijzer).

→Tussentijds overleg met beleidsmedewerkers.

→Occasionele deelname aan en opvolging van overleg/werkgroepen rond patiëntenrechten gerelateerde onderwerpen (bijv. beschermende maatregelen, patiëntenparticipatie, familiebeleid)

Externe ombudswerking in de transitie GGZ

De sector GGZ maakt een belangrijke transitie door met impact op vele domeinen. De organisatie en de opdrachten van het overlegplatform, en de relatie tussen de externe ombudswerking en het overlegplatform zal in een ander bestuurlijk kader georganiseerd worden. In de loop van 2018-2019 zal concreter duidelijk worden hoe de externe ombudsfunctie in de toekomst zal georganiseerd worden.

Uiteraard hopen we dat de basisprincipes overeind zullen blijven en de concrete modaliteiten

(o.a. mandaat, opdrachten en ondersteuning op vlak van FTE en vorming) zullen leiden tot een versterking en verdere professionalisering.

→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, mét 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.

2. (Recht op) Informatieverstrekking

Informatiefolders

Wat is beschikbaar en wordt ook gebruikt?

→Inventariseren van het reeds bestaande aanbod aan folders en brochures, en nadenken over efficiënte verspreiding.

Basisinformatie ombudswerking (o.a. contactgegevens)

Voor patiënten

Deze informatie is niet op alle afdelingen even zichtbaar aanwezig voor patiënten. Quid PAAZ Erasmus?

De vermelding op het elektronisch infobord aan het onthaal is beschikbaar en een meerwaarde voor aandachtige bezoekers.

→Voorziening volgt beschikbaarheid van affiches en folders mee op en signaleert aan ombudspersoon indien aanvulling, aanpassing of vervanging nodig is.

Voor medewerkers

Op weg naar een JCI-accreditering doorloopt de voorziening een erg intensief kwaliteitszorgtraject. Heel wat processen werden onder de loep genomen, procedures werden uitgewerkt of geactualiseerd en geïnventariseerd.

Via online leermodules wordt basisinformatie rond patiëntenrechten, vrijheidsbeperkende maatregelen en suïcidepreventie e.a. beschikbaar gemaakt voor medewerkers. Medewerkers kunnen een uitgebreid aanbod aan documentatie rond patiëntenrechten (regelgeving, procedures, documenten en formulieren) via intranet raadplegen. Het ziekenhuis drukt de verwachting uit dat medewerkers zich deze basiskennis eigen maken.

Verslaggeving aan derden

Verslaggeving aan derden is zelden een louter objectieve, neutrale activiteit. Vaak zijn er ingrijpende consequenties voor de patiënt. Om te vermijden dat er onjuistheden of onzorgvuldigheden worden opgenomen is het een goede praktijk om waar mogelijk de patiënt en in voorkomend geval de vertrouwenspersoon hier actief, vooraf bij te betrekken.

→Het betrekken van de patiënt bij dit proces verhoogt de participatie, de kans op toevoeging of correctie én het vertrouwen in een correcte en vlotte afhandeling.

Delen van informatie met derden - Invoering van EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) - GDPR

Het verder ontwikkelen van het (Elektronisch) Patiëntendossier tot een gedeeld multidisciplinair instrument, met concrete informatiewaarde voor patiënt en de rechtstreeks betrokken beroepsbeoefenaars, blijft een belangrijke uitdaging.

→Welke informatie wordt beschikbaar voor patiënt ?

→Wie heeft toegang tot deze informatie (intern, extern) ?

Patiënten stellen soms zeer concrete vragen rond privacy, toegang van derden tot informatie/dossier enz. Goede informatieverstrekking zal nuttig/nodig zijn om het vertrouwen van patiënten in de zorg te behouden.

→De informatieverstrekking over het recht op toestemming t.a.v. het delen van informatie met derden, mag niet beperkt blijven tot enkel informatie rond toestemming."

(Uittreksel aanbevelingen jaarverslag 2016)

De informatie aan patiënten via internet aangaande GDPR (Global Data Protection Regulation) is zeer overzichtelijk én informatief. Een verwijzing naar deze informatie in de algemene info/opnamebrochure zou de doorstroming van deze informatie nog verder kunnen ondersteunen.

Informed Consent - Recht op second opinion

Het ziekenhuis beschikt over een ZNA-breed beleid rond informed consent mét standaardformulier. Er is nog geen uitgeschreven procedure.

De procedure voor second opinion is nog niet uitgewerkt en beschikbaar voor medewerkers via intranet. In de brochure 'Uw rechten als patiënt' door de voorziening zelf ontwikkeld, wordt het recht op second opinion niet expliciet beschreven. Er is mogelijk ook wat begripsverwarring met het recht op vrije keuze.

Deze informatie (mondeling én schriftelijk) ook laten doorstromen tot op het niveau 'informatie aan patiënten' is een volgende uitdaging.

De basisinformatie hierrond kan worden opgenomen in de volgende versie van de algemene onthaalbrochure voor patiënten of de brochure "uw rechten als patiënt" ?

Beschermende maatregelen

Informatie aan patiënt

De patiënt goed informeren over rechten plichten en het verloop van de procedure en doelstellingen van de opgelegde behandeling helpt om op termijn het vertrouwen te herstellen. Dat deze maatregel bij patiënten wantrouwen en mogelijk zelfs angst uitlokt is inderdaad vaak voelbaar. Door gesprek en informatie, in eerste instantie met de behandelend arts, kan vaak met goed resultaat gewerkt worden naar vertrouwen/coöperatie toe.

Informatie aan netwerk/familie/vertrouwenspersoon

De aanpassing van de wetgeving bescherming van de persoon van de geesteszieke van 22/03/2017 geeft meer positie aan de directe omgeving om betrokken te worden bij de beslissingen en de concrete opvolging van de genomen maatregel.

Het inbouwen van een hoorplicht voor de rechter en een informatieplicht voor de voorziening/geneesheer-diensthoofd/behandelend arts (?) t.a.v. van de directe omgeving kan de communicatie en wederzijdse betrokkenheid verbeteren.

In de feitelijke opsomming van wie tot de directe omgeving van de geesteszieke behoren wordt de vertrouwenspersoon niet als zodanig genoemd. Hier blijft de persoonlijke appreciatie van de rechter bepalend. We mogen hopen dat in de praktijk ook de vertrouwenspersoon én de patiënt zelf voldoende aan bod kunnen komen in deze intentioneel positieve poging tot meer overleg en communicatie. Het omzichtig omgaan met verschillende belangen, (ook) tussen de patiënt en de directe omgeving, zal in deze van groot belang blijven.

Voorzieningen die kiezen voor telefonische communicatie benoemen snelheid van actie, eenvoud van handeling, zekerheid van ontvangst, mogelijkheid om persoonlijk toe te lichten en traceerbaarheid van ondernomen actie als belangrijkste argumenten.

We hopen dat de intentie van de wetgever om meer rechtstreekse dialoog met het netwerk te bewerkstellingen niet beperkt blijft tot administratieve verplichting/afhandeling.

ZNA werkte tot nu geen uitgebreide procedure uit, maar zet waar mogelijk in op rechtstreekse communicatie met het netwerk, in overleg met de patiënt. Afdelingen volgen dit autonoom op, er is geen centraal gestuurde opvolging.

3. Ontslagvoorbereiding-Continuïteit van zorg

In 2017 waren er 13 aanmeldingen gerelateerd aan geweigerde opname, verplichte beëindiging behandeling of overplaatsing.

Een verplicht ontslag, weigering opname valt patiënt en zijn omgeving (familie, netwerk) soms zwaar.

Patiënten ervaren een gedwongen ontslag vaak (bijna altijd) als een strafmaatregel of sanctie en een weigering opname als een afwijzing. Het gaat vaak om een combinatie van factoren die deze beslissing kunnen motiveren (onvoldoende motivatie, therapietrouw, ziekte-inzicht, niet

behandelbaar in psychiatrische hulpverlening, geen gepast hulpverleningsaanbod, agressie, delinquentie enz.).

Niet het hanteren van criteria op zich, (die een noodgedwongen ontslag of weigering opname kunnen verantwoorden), maar het te weinig of onduidelijk communiceren hierover kan bij patiënten en hun omgeving (hulpverleners en andere) onbegrip, frustratie oproepen.

Zo is het voor de gemiddelde leek niet altijd verstaanbaar wat bijv. bedoeld wordt met 'geen psychiatrisch beeld' , een 'niet psychiatrisch behandelbare problematiek', een 'verwijzing naar ambulant hulpaanbod/netwerk' of 'onduidelijke crisis'.

Het levert vaak de vraag op: "Wat nu gedaan ?"

Het recht op een kwaliteitsvolle hulpverlening blijft ook bij doorverwijzing erg belangrijk. Het soms te abrupt beëindigen van de hulpverleningsrelatie kan dit volbrengen van het hulpverleningsproces bemoeilijken.

→De familie informeren rond stopzetting van behandeling (aangepaste wetgeving!)

→Het netwerk van de patiënt tijdig betrekken bij de ontslagvoorbereiding kan crisissituaties voorkomen ?

4. Wonen na ontslag

Er waren enkele aanmeldingen waarbij patiënten problemen signaleren om een betaalbare woning te vinden. Impact op ontslagvoorbereiding ?

→Patiënten geven aan moeilijkheden te hebben met het vinden van een (betaalbare) woning na ontslag. Om schakelzorg vlot(ter) te realiseren zal het nodig zijn om ondersteunende maatregelen en initiatieven te ontwikkelen, in dialoog met bevoegde overheden en belendende sectoren.

5. Beschermende maatregelen

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.

In vele voorzieningen is het denk- en zoekproces naar het maximaal vermijden van dwang en vrijheidsbeperking volop aan het groeien. Ook in PZ ZNA is de afgelopen jaren sterk ingezet op het terugdringen van dwangmaatregelen en vrijheidsbeperking. Dit is een evolutie die op veel

bijval kan rekenen. Het aantal meldingen in dit item is opvallend gedaald.

Vanuit de medische staf is er actieve betrokkenheid bij de schrijfoefening om tot een aanpassing van de wet Bescherming Geesteszieke te kunnen komen. Het streven naar humane en doelmatige toepassing van dwang staat hierbij voorop en vertaalt zich nu reeds in de gehanteerde visie en praktijk.

In de categorie beschermende maatregelen zien we een daling (n=6 in 2016 naar n=2 in 2017) van het aantal aanmeldingen.

Wanneer er klachten geformuleerd worden door patiënt of familie worden opvolging van somatische verzorging, bejegening, toezicht en privacy vaak als probleem benoemd.

De toegang van de ombudspersoon tot personen in afzondering verloopt zonder belemmeringen en met constructieve bereidheid tot overleg.

6. Veiligheid

Veiligheid persoon en goederen stond in 2017 iets minder op de voorgrond.
De genomen maatregelen hebben wellicht (minstens tijdelijk) een positief effect gehad. Toch blijven diefstallen op sommige afdelingen een verder op te volgen issue. Patiënten zijn niet altijd op de hoogte van de mogelijkheden/afspraken (bijv. kabelslot voor pc en lockers op de afdeling) om hun persoonlijke goederen te beveiligen. Het te kleine formaat van de kluizen en frequente defecten blijven genoemd als ontoereikend en storend. De wachttijd voor herstelling van defecte kluizen blijft lang.

7. Privacy

Medewerkers vernemen gewild of ongewild heel wat persoonsgebonden informatie over de patiënt. Het beschermen van die privacygevoelige gegevens hoort tot de basis beroepscode van elke medewerker. Het ziekenhuis werkte duidelijke guidelines uit voor personeel t.a.v. het spanningsveld tussen privacy en sociale media. (beschikbaar via intranet)

→Van beroepsbeoefenaars wordt verwacht dat ze ook binnen de eigen privésfeer discreet omgaan met patiënteninformatie.

-Patiënt stelt zich vragen bij de bescherming van privacy,
toegang tot medisch dossier in spoeddienst AZ ?
Via sociale media info over het lekken van persoonsgebonden informatie
Verwijzing naar interne ombudsdienst en signalering aan directie
Aanmelder ervaart drempels om verdere stappen te zetten (collega's zijn betrokken partij?)

8. Voeding

Afgelopen jaar waren er duidelijk minder aanmeldingen betreffende voeding.
De genomen maatregelen (o.a. investering etenskarren met duidelijke richtlijnen rond gebruik ervan) hebben een positief effect gehad.

Krappe budgetten blijven wel invloed hebben op aanbod en variatie. Ook t.a.v. vegetarische en dieetvoeding blijft er marge voor verbetering van kwaliteit en aanbod.

9. Bejegening

In 2017 waren er enkele klachten over bejegening (n=7).

-Zo was er een groepsklacht, ondersteund door personeel, betreffende bejegening door poetsvrouw (spanningsveld tussen respect voor werk, activering en affiniteit met doelgroep en problematieken).

-Patiënt stelt vragen bij reactie verpleging op gebruik van moedertaal met taalgenoot buiten de therapiesessies
"Wat is het probleem?"
Ervaart weinig begrip, wil enkel signaleren uit vrees voor verdere tegenreactie en bejegening

→Wijze waarop deze afspraak geduid en toegepast wordt heeft impact op de perceptie van deze leefregel bij patiënten (aanvaarding/afwijzing/discriminatie/racisme..)

-Patiënt niet tevreden met bejegening en confrontatie door verpleegkundige (aanstellen, koppig, tijd verspillen, ondankbaar)
Geen driegesprek mogelijk (geen bereidheid verpleegkundige)
Patiënt in ontslagfase

Klachten rond bejegening en respectvolle omgang zijn soms moeilijk bemiddelbaar. Het vraagt van medewerkers een open basishouding t.a.v. zelfreflectie. Feedback van patiënten lezen als een uiting van ondankbaarheid staat dit wel eens in de weg.
Het aanbieden van een vertrouwelijk gesprek (weg van hiërarchische opvolging van klachten) kan helpen om ruimte te creëren voor medewerkers om hun functioneren in een concrete situatie bespreekbaar te stellen.

Uiteraard worden patiënten ook geresponsabiliseerd om respectvol om te gaan met hun hulpverleners (en medepatiënten).

→Respectvolle bejegening is een basisattitude die weinig geld kost, en zichzelf in termen van imago, beeldvorming vanzelf "terug verdient".

10. Facturatie

Mutualiteiten stellen zich vragen bij het aanrekenen van een consult 'psychiater' onder de noemer 'psychiatrisch consult' zonder effectief contact van de patiënt met psychiater.

Toelichting vanuit de voorziening op deze probleemstelling:
Hoge opnamedruk, multidisciplinaire werking i.f.v. inschatting van crisis en hoogdringendheid, tijdstip van consultatie en beperkingen in de beschikbaarheid van psychiaters worden als toelichting/motivering meegegeven voor het feit dat niet elke aanmelder een persoonlijk contact heeft met een psychiater. Wanneer een patiënt uitdrukkelijk verzoekt om een psychiater te consulteren zal in de mate van het mogelijke bekeken worden of dit kan geboden worden. Patiënten die hierom vragen krijgen informatie over de meest geschikte tijdstippen om aan deze wens/vraag te kunnen voldoen.

Aanbeveling ombudspersoon:

Pro-actiever de mogelijkheden en beperkingen van (spoed-)consult kenbaar te maken aan doorverwijzers en gebruikers. (inclusief indicatie t.a.v. wachttijden).
De beschikbare informatie online rond het acuut traject is erg algemeen omschreven en te weinig informatief.

→ Toelichting werking spoedconsult (medicatiebeleid en multidisciplinaire aanpak) en regelgeving RIZIV (kostprijs consult)

→ Opvangen wachttijd (comfort door info ?)

→ Aanmelding op eigen initiatief of op doorverwijzing van (huis)arts: impact op instroomkans is voor patiënt en doorverwijzers moeilijk in te schatten.

11. Patiëntparticipatie

De voorziening levert inspanningen om te evolueren naar een cultuur van dialoog en gezamenlijke verantwoordelijkheid, in het streven naar effectieve zorg op maat. Alle afdelingen/zorgtrajecten worden aangemoedigd om patiëntenbesprekingen te organiseren samen met de patiënt en het multidisciplinair team.

Patiëntparticipatie wordt steeds meer begrepen als een waardevolle manier om zorg te kunnen afstemmen op de 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.

Door het structureel organiseren van participatie/dialoog krijgen patiënten input van elke beroepsbeoefenaar aangaande het persoonlijk traject, ontwikkelingen, uitdagingen, aandachtspunten, mogelijkheden en alternatieven om te kunnen werken naar het doel dat in samenspraak werd vooropgesteld.

De patiënt leert op die manier verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen ontwikkeling binnen het behandeltraject. Die ruimte voor dialoog werkt verstekend en verbindend. Op die manier streeft men naar een sterker partnerschap. Uiteraard is deze werkwijze niet haalbaar op elk moment, in elke situatie, denk aan de beginfase van een gedwongen opname.

12. Familie in context bemiddeling

Familie beschikt niet over een eigen klachtrecht. Toch is in de voorbije 15 jaar ombudswerking getracht om hen (vanuit de positie vertrouwenspersoon of uit eigen naam) een luisterend oor te bieden. Registratiecijfers leren ook dat familie een relevant aandeel heeft in het aantal klachten dat de voorziening bereikt (soms tot 30%).

Familie is vanuit een positie aan de zijlijn (gewild of ongewild), vaak erg kritisch en emotioneel geladen, minder loyaal t.a.v. zorgverstrekkers. Als ombudspersoon zetten we sterk in op luisteren en informeren. Doelstellingen als actief participeren aan de behandeling en werken aan herstel van relatie (tot patiënt en/of zorgverleners) zijn vaak niet eenvoudig te verwezenlijken.

Het louter luisteren geeft vaak dankbare feedback en brengt begrip, aanvaarding en medewerkingsbereidheid op gang.

Belangenverschillen tussen patiënt en zijn directe omgeving zijn vaak een realiteit, waar wij als ombudspersonen steeds pleiten om deze via gesprek bespreekbaar te stellen.

In de praktijk overleggen artsen vaak met patiënt om tot gesprek met de directe omgeving te kunnen komen en zo (terug) tot samenwerking/dialoog te kunnen komen.

De communicatie met familie loopt vaak goed. We ervaren een grote bereidheid bij medewerkers om hier permanente aandacht aan te besteden. Toch loopt het ook wel eens stroef en blijven er voelbare drempels om een rechtstreeks bemiddelingsgesprek met familie aan te gaan.

Bij erg moeizaam verlopende trajecten (veel beschermende maatregelen, afzondering, fugue, suïcide(-pogingen) en agressie) neemt het belang van volgehouden, regelmatig overleg met familie alleen maar toe.

13. Infrastructuur

De aandacht voor algemene netheid (orde, hygiëne) blijft een onderwerp dat bij patiënten én personeel voor reacties (van gelatenheid tot frustratie) blijft zorgen. Housekeeping en verpleging doen samen heel wat inspanningen om de infrastructuur/behandelomgeving zo aangenaam mogelijk te houden. Toch blijft het gevoel/de indruk dat het soms wat achter de feiten aanhollen blijft. Een mooie binnentuin ontsiert door een permanente peukenvloed, liften en muren besmeurd met vloeibare substanties van 'menselijke aard'..

Het blijven duiden van grenzen/afspraken omwille van ieders recht op nette, veilige, respectvolle zorg/behandelomgeving kan in zijn belang niet onderschat worden. Overal in onze samenleving worden we geconfronteerd met samenlevingsregels. Patiënten responsabiliseren om hier samen aandacht te blijven voor hebben, mag hier zijn plaats blijven krijgen.

→Goede afstemming (richtlijnen) van takenpakket verpleging, housekeeping en opdrachten uitgevoerd door externe firma's (liften, ramen, gordijnen e.a.) lijkt aangewezen.

→Opvolging defecten en beschadigingen. (bijv. zie punt 7. Kluis op kamer)

14. Vrije keuze

De keuze voor duo-begeleidingen in het mobiele team lijkt vooral gestuurd vanuit het argument veiligheid en gaat wat voorbij aan de vrije keuze van de patiënt. Patiënten hebben vaak tijd nodig om vertrouwen op te bouwen en hebben soms moeite om om te gaan met de verschillen in stijl, persoonlijkheid, geslacht, visie en standpunten tussen begeleiders.

→Heeft de patiënt inspraak bij de keuze van behandelmethodiek ? Wat met spanningsveld tussen individuele benadering en contextuele benadering ?

BIJLAGE 4 EXTERNE OMBUDSFUNCTIE IN TRANSITIE GGZ

- **"Van klacht naar kracht"**
    - Veertien jaar geleden werd de basis voor de externe ombudsfunctie GGZ gelegd naar aanleiding van de Wet Patiëntenrechten op 22 augustus 2002. De huidige werking toont de noodzaak aan om een specifieke ombudsfunctie voor de geestelijke gezondheidszorg verder te blijven versterken en te organiseren. 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. De toetsing van het referentiekader ombudsfunctie aan de referentiekaders voor voorzieningen in de GGZ *(die zijn ontstaan in samenspraak met de Vlaamse overheid)* kan een belangrijke bijdrage leveren aan kwaliteitsverbetering in zorg. Er wordt op dit moment gewerkt aan een algemeen Vlaams kader dat streeft naar een gecoördineerde, toegankelijke en kwaliteitsvolle dienstverlening voor alle GGZ-cliënten in Vlaanderen.

- **Principes van de externe ombudsfunctie GGZ**
    - Onafhankelijk karakter
    - Meerzijdige partijdigheid
    - Vertrouwelijkheid
    - Beschikbaarheid, bereikbaarheid, zichtbaarheid, laagdrempeligheid

- **Opdrachten/Streefdoelen**
    - Herstel van dialoog tussen patiënt en hulpverlener
    - Naleving van de wet patiëntenrechten
    - Gelijkwaardige samenwerking tussen cliënt en zorgverlener
    - Verbeteren van kwaliteit van zorg
    - Uitbreiding werkingsgebied: samenwerking met PAAZ, art.107, forensisch centrum, kinder- en jeugdpsychiatrie, … maar ook versterken van de ombudswerking in de GGZ-sectoren die we vandaag al bedienen, doch minder intensief als de psychiatrische ziekenhuizen.

- **Hefbomen**
    - Verankering van de lokale aanwezigheid binnen de voorzieningen is een belangrijke sterkte om de toegang voor cliënten 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.

- Het huidige IPSOF *(Inter Platform Steunpunt Ombudsfunctie)* coördineert de ontwikkeling en ondersteunt de professionalisering van deze functie in Vlaanderen. IPSOF is het formele aanspreekpunt voor de bevoegde overheden en de betrokken voorzieningen, voor de externe ombudsfunctie GGZ in Vlaanderen.

BIJLAGE 5 ACTIEPLAN OMBUDSWERKING Provincie Antwerpen 2017-2018-…

BELANGRIJKSTE ACTIES

*1. Verbeteren van **zichtbaarheid en bereikbaarheid** ombudswerking (PVT,BW,…)*
*2**. Uitbreiding werkingsgebied** (OPZ Geel, netwerken, forensisch centrum, kinder- en jeugdpsychiatrie)*
*3. Versterken **dialoog en uitwisseling met samenwerkingspartners/organisaties***
*4. Versterken van **interprovinciale afstemming** (IPSOF)*

1. ZICHTBAARHEID EN BEREIKBAARHEID

1.1. Optimaliseren van permanentieregelingen en aanwezigheid in de lokale organisaties
-Uitbreiding aanwezigheid van de ombudspersonen in de PZ naar een volledige werkdag
-Opstarten van permanentie in PVT en/of BW
-Wat is mogelijk/wenselijk ? Concrete praktische gevolgen ?
-Gesprekslokaal, ICT-faciliteiten

1.2. Informatieverstrekking en sensibilisering patiëntenrechten en ombudswerking (t.a.v. gebruikers/patiënten en medewerkers)
-Is een basisopdracht voor elke ombudspersoon.
-Belangrijkste doelstelling: drempelverlaging voor GGZ-gebruikers én personeel.
-Responsabilisering voorzieningen én tegelijk ruimte laten voor initiatief ombudspersonen.

2. WERKINGSGEBIED

2.1. Opstarten samenwerking met nieuwe werkvelden, samenwerkingspartners (OPZ Geel, netwerken, forensisch centrum, kinder- en jeugdpsychiatrie)

De uitbreiding FTE ombudspersonen geeft nieuwe mogelijkheden om de ombudswerking ook zichtbaarder te maken in het volledige werkingsgebied.

3. UITBOUWEN ADVIES EN CONSULT IN DIALOOG

3.1. Dialoog met Bestuur en voorzieningen

*Ombudspersonen ervaren de nood aan een **structurele basis voor uitwisseling en dialoog.***
*Dialoog met mogelijke winstpunten: **verhogen** van **bruikbaarheid aanbevelingen én bespreekbaar maken van gevoeligheden** rond praktijk ombudswerking.*

*Verkennen en op termijn in de praktijk brengen van mogelijkheden, zowel binnen het bestuur Platform als in de voorzieningen. Voorbeelden van **mogelijke tafels**: Begeleidingsgroep, denktank, werkgroep Patiëntenrechten, dagelijks bestuur platform, stuurgroep kwaliteit, directiecomité, medische staf, …*

*-Verhogen **bruikbaarheid van aanbevelingen** (Lokaal en Vlaams niveau)*

*-**Inventaris procedures** gerelateerd aan patiëntenrechten, in functie van advies- en consult bij planning en uitwerking van verbeteracties (Lokaal en Vlaams niveau)*

*-Voorbereiden, uitwerken van **thematische topics** (Lokaal en Vlaams niveau)*

*-Optimaliseren van **toegang tot relevante informatie** (via deelname aan, uitwisseling met overlegtafels (structureel en/of projectmatig)*

3.2. Huishoudelijk reglement als basiskader

-Actualiseren huishoudelijk reglement en samenwerkingsovereenkomst
*-Verhelderen van **basisprincipes en wettelijk kader**, in dialoog met samenwerkingspartners*

*Het huishoudelijk reglement geeft een belangrijk **basiskader aan ombudspersonen en voorzieningen.***
*De besprekingen met de voorzieningen van deze aanpassingen heeft de ombudspersonen zicht gegeven op de **gevoeligheden en drempels** die invloed kunnen hebben op de praktijk, én ook de blijvende nood aan toelichting en overleg met de voorzieningen duidelijk gemaakt. Ook in de concrete samenwerking met andere voorzieningen (bijv. Cgg, Therapeutische centra) ervaren ombudspersonen de **noodzaak aan verheldering** van externe ombudswerking.*

4. VERSTERKEN INTERPLATFORMSAMENWERKING

4.1. Mogelijke opdrachten/doelstellingen

-**Huishoudelijk reglement**: uitwerken vernieuwd basismodel, sjabloon op site ombudsen, overlegplatform
*-Uitwerken van **(functie)profiel coördinator** Interplatform Steunpunt*
*-**Functieprofiel** ombudspersoon (inventariseren van reeds bestaande voorbeelden, ggz specifieke vertaling…)*

-Inventariseren van ***structurele overlegmomenten** (tafels van dialoog)*
*-Inventariseren van **aandachtspunten en aanbevelingen** (thematisch)*
*-Inventariseren van **procedures** gerelateerd aan patiëntenrechten, in functie van advies- en consult bij planning en uitwerking van verbeteracties*

-**Thematische** uitwerking topics (symposia, Vlaams jaarverslag,..)
-Uitwerken **sjabloon** voor **presentatie jaarverslagen** (ppt)
-**Werkgroepen** (jaarverslag Vlaanderen, ombudswerking in werkveld specifieke doelgroepen: minderjarigen, forensische doelgroep, vrijheid beperkende maatregelen, ervaringsdeskundigheid, beroepsprofiel en deontologische code, …)

*-Optimaliseren **registratie** (Go between ggz)*
*-**Jaarverslag: relevante data** in overleg met overheid*
*-**Vorming en intervisie: nood aan GGZ specifieke opleiding en ondersteuning***
*-Inventariseren van **verwachtingen, noden ombudspersonen** (VTO e.a.)*
*-**Voorbereiden adviezen** aan (Vlaamse) overheid betreffende organisatie ombudswerking*
-***Methodiek voor evaluatie***: t.a.v. aanmelders en t.a.v. niveau Platform / voorzieningen/ overheid.

Externe ombudswerking in de transitie GGZ

In 2018 kreeg de ontwikkeling van een nieuwe organisatiestructuur (transitie naar 1 Vlaams Overlegplatform) voor de Overlegplatforms GG verder vorm:

→Vzw op Vlaams niveau met coördinatie gericht op het uniformiseren, harmoniseren, professionaliseren van de ombudswerking in de praktijk, en met het streven naar een uniform aanbod (qua beschikbaarheid, bereikbaarheid enz.) voor aanmelders als belangrijke doelstelling.

→Project Innoverende praktijk ombudswerking 2019-2020: uitproberen, opstarten van concrete werking in een uitgebreider werkingsgebied (Mobiele teams, netwerken en kinderpsychiatrie).

In het Vlaams Decreet GG werd de ombudswerking 'tot nader order', minstens tot 2020, bevestigd als 1 van de basisopdrachten van het Vlaams Overlegplatform.

Eind 2018 werd door de Vlaamse overheid (agentschap Zorg en Welzijn) een project "Innoverende praktijk ombudswerking" opgestart.

Dit project zal lopen over 2 jaar (2019-2020) en heeft volgende doelstellingen:

1. Ontwikkeling en realisatie van een innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor **volwassen patiënten in mobiele en ambulante setting.**

2. Ontwikkeling en realisatie van een innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor **kinderen en jongeren in residentiële, mobiele en ambulante setting.**

3. **Sensibilisering** van professionals in de voorgenoemde setting binnen de GGZ inzake patiëntenrechten en de praktijk van de externe ombudsfunctie.

Dit project wil op termijn de strategische doelstelling van het Vlaamse Overlegplatform Geestelijke Gezondheid inzake externe ombudsfunctie realiseren.
"Organiseren voor elke gebruiker van de GGZ van een goed toegankelijke externe, onafhankelijke ombudsfunctie"

Concreet: 3 ombudspersonen zullen tijdelijk vervangen worden om in 3 regio's het project gestalte te geven. De ombudspersonen uit de Provincie Antwerpen zijn niet rechtstreeks in het project betrokken.

> 1 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in twee pilootregio's externe ombudsfunctie voor **volwassenen in ambulante en mobiele settings** waar te nemen en innovatief project te realiseren.

> 2 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in één pilootregio de externe ombudsfunctie in settings voor **kinderen en jongeren** waar te nemen en innovatief project te realiseren.

Voor meer gedetailleerde informatie verwijzen we naar:
-Actieplan Externe ombudswerking (Provincie Antwerpen)
-Vlaams Decreet GG
-Vlaams Decreet Innoverende praktijk ombudswerking
-Projectfiche Innoverende praktijk ombudswerking

We hopen in deze nieuwe organisatiestructuur de nodige ondersteuning te vinden bij de verdere uitbouw/professionalisering van de ombudswerking.

BIJLAGE 6 Projectvoorstel: versterking externe ombudsfunctie GGZ

Context

- Staatshervorming: externe ombudsfunctie GGZ (overlegplatform) is Vlaamse bevoegdheid.
- Strategische doelstelling Vlaams Overlegplatform GG inzake externe ombudsfunctie:
  Het Vlaams Overlegplatform realiseert vanuit de wet op de patiëntenrechten een, voor elke gebruiker van de GGZ, goed toegankelijke externe ombudsfunctie die op onafhankelijke wijze vanuit een respectvolle grondhouding voor alle betrokken partijen georganiseerd wordt.
- Mogelijkheid om dit aanbod te versterken door uitbreiding van capaciteit externe ombudsfunctie en door ontwikkeling van innovatieve praktijken i.k.v. specifieke domeinen:
  - **Ambulante en mobiele settings**: vanuit vaststelling (o.a. in Vlaamse jaarverslagen externe ombudsfunctie) dat praktijk zich vooral situeert in residentiele settings (PZ, PVT, ...)
  - **Minderjarigen**: vanuit vaststelling dat een **aangepaste aanpak noodzakelijk** is, rekening houdend met rechten van de minderjarige en specifieke noodzaak
    om zich te verhouden tot de context van de minderjarige

Voorstel project

- **Doelstelling**: ontwikkeling en realisatie van innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor:

  Spoor 1: volwassen patiënten in mobiele en ambulante GGZ, met specifieke focus op **verhoogde bekendheid en bereikbaarheid** van de externe ombudsfunctie in deze settings.

  Spoor 2: kinderen en jongeren in residentiële, mobiele en ambulante GGZ, met specifieke focus op **(juridisch onderbouwde) visievorming** en innovatieve praktijk voor patiëntenrechten bij minderjarigen en hun context.

- **Opzet**:
  - Projectfinanciering voor het Vlaams Overlegplatform GG van €200.000 voor de periode 2019 en 2020
  - **Uitbreiding van bestaande ombudscapaciteit** in 2019 en 2020 met 3 x 0,5 VTE
  - Deze bijkomende VTE worden met specifieke opdracht ingezet in **drie pilootregio's** (respectievelijk netwerken voor kinderen & jongeren en netwerken voor volwassenen)

    > 2 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in twee pilootregio's externe ombudsfunctie voor volwassenen in ambulante en mobiele settings waar te nemen en innovatief project te realiseren.
    > 1 x 0,5 VTE met specifieke opdracht om in één pilootregio de externe ombudsfunctie in settings voor kinderen en jongeren waar te nemen en innovatief project te realiseren.

  - Opvolging aan aansturing door **projectstuurgroep met relevante stakeholders** (patiënten, zorgactoren, Agentschap Zorg en Gezondheid, Zorginspectie, juridische experts, kinderrechtswinkel, ...)

Plan van Aanpak

Spoor 1: Externe ombudsfunctie GGZ in ambulante en mobiele settings (volwassenen)

Doorheen de ganse projectperiode nemen de betrokken medewerkers de externe ombudsfunctie in de betreffende settings waar

Ondertussen wordt parallel een specifieke projectaanpak gerealiseerd:

> Input van de doelgroep/zorgverlening verzamelen

Bijeenkomst organiseren **met stakeholders** om **mogelijkheden, verwachtingen en noden in kaart te brengen**

uitwerken van de resultaten van deze bijeenkomst(en)

> Acties inzake innovatieve ombudspraktijk

Opmaak van guidelines (gedeelde werkingsprincipes) voor externe ombudsfunctie over het omgaan met klachten vanuit **ambulante en mobiele settings** (o.a. over op locatie gaan, opvolging, feedback,...)

> Acties inzake communicatie en bekendmaking

-Betere **ondersteuning op vlak van communicatie en informatie over ombudswerking** bij CGG's, dagcentra, MT

- verwijzen websites door naar de ombudspersoon/naar patiëntenrechten? => **uniforme teksten opmaken** en doorsturen
- opmaken van specifieke en sprekende **flyers met info** ombudspersoon die steeds bij intake worden aangeboden/meegegeven

-Betere **bekendmaking** van ombudswerking **bij teams** CGG's, dagcentra, MT,...

voorstelling van de ombudsdiensten(-personen) op teamvergaderingen

voorzien van **vormingsaanbod** voor teams m.b.t. patiëntenrechten, beroepsgeheim, bewindvoering

-Betere **bekendmaking** van ombudswerking **bij doelgroep**

interesse in specifieke informatie / kennismakingsmomenten?

Spoor 2: Externe ombudsfunctie voor kinderen en jongeren

Doorheen de ganse projectperiode neemt de betrokken medewerker de externe ombudsfunctie in de betreffende settings waar

Ondertussen wordt parallel een specifieke projectaanpak gerealiseerd:

> Input van de doelgroep/zorgverlening verzamelen

Bijeenkomst organiseren met **zowel patiënten als zorgverleners** om **mogelijkheden, verwachtingen en noden in kaart te brengen**

uitwerken van de resultaten van deze bijeenkomst(en)

> Acties inzake innovatieve ombudspraktijk

Opmaak van **juridisch onderbouwde visietekst en guidelines** (gedeelde werkingsprincipes) voor externe ombudsfunctie over het omgaan met **klachten bij minderjarigen** (o.a. eigen rechten van de minderjarige, betrekken van de context, ...)

> Acties inzake communicatie en bekendmaking

-Betere **communicatie en informatie** over ombudswerking voor deze **doelgroep**

- **website** over patiëntenrechten/ombudspersonen voor de doelgroep creëren
- **uniforme teksten, folders**, opmaken en ter beschikking stellen, met (QR) link naar de website
- **sprekend filmpje over patiëntenrechten** op maat van de doelgroep uitwerken en **communicatiecampagne** aan koppelen.

-Betere bekendmaking van ombudswerking bij **teams**

voorstelling van de ombudsdiensten/personen op **teamvergaderingen**

voorzien van **vormingsaanbod** voor teams m.b.t. patiëntenrechten, beroepsgeheim, bewindvoering,

-Betere bekendmaking van ombudswerking bij **doelgroep**

voorstelling van de ombudspersonen op **patiëntenvergaderingen**

voorzien van **vormingsaanbod** voor patiënten (filmpje en discussiegroepen) m.b.t. patiëntenrechten

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	Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen
Adres	Beatrijslaan 96
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	-
Type (AZ, UZ, PZ,…)	Forensisch Psychiatrisch Centrum
Aantal bedden	182 bedden
Aantal campussen	1 campus
Naam ombudsperso(o)n(en)	Hager Tewelde
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	15-10-2018
Bestaffing	20% van de arbeidstijd

Bemiddelingsboek - 2976

Lokalisatie dienst	Intern
Registratiesysteem	Intern
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	Zie werkingsterrein hieronder
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Vanuit opleiding Bachelor Verpleegkunde verschillende soorten gesprektechnieken.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	-
Werkingsterrein 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;…*	Klachtenbemiddeling vanuit Mandaat 08/07/2003 Huishoudelijk Reglement FPC Antwerpen Reglement Ombudsdienst FPC Antwerpen Procedure klachtenbehandeling
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Patiënten kunnen rechtstreeks contact opnemen met de ombudsdienst. In het FPC staan verscheidende brievenbussen waar patiënten een gespreksaanvraag danwel brief in kunnen deponeren. Tevens is de ombudsdienst door de stafleden op de afdeling per mail te bereiken. Ook zijn de contactgegevens op de website van het FPC en is de ombudspersoon voor advocaten en familie/netwerkleden te bereiken.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
Driemaandelijks is er een overleg tussen de ombudsdienst en de directie van FPC Antwerpen. Tevens is het ook mogelijk om tussendoor afspraken in te plannen tussen directie en ombudsdienst.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Alle patiënten die een klacht indienen krijgen binnen 2 weken een gesprek aangeboden met de ombudsdienst. In het gesprek worden afspraken gemaakt over wie er op de hoogte gebracht mag worden van deze klacht en hoe de opvolging verloopt. Vaak worden er vervolgafspraken ingepland of als het antwoord duidelijk is krijgt de patient een brief met een antwoord/reactie.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;…)
De ombudsdienst is tevens ook de kwaliteitcoördinator in FPC Antwerpen en combineert dus deze functie. Tevens is er een nauwe samenwerking met de juridische dienst van FPC Antwerpen die brieven van advocaten behandeld en klachten die bij de federale ombudsdienst terechtkomen behandeld.

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	59 klachtendossiers
Aantal infodossiers	0 infodossiers
Aantal pro actieve dossiers	0 pro-actieve dossiers
Aantal opvragingen patiëntendossier	Deze worden in FPC Antwerpen opgevolgd door de juridische dienst en niet door de ombudsdienst
Aantal ‘andere’	2 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)*	42 klachten
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 klachten
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1 klacht
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	4 klachten
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	

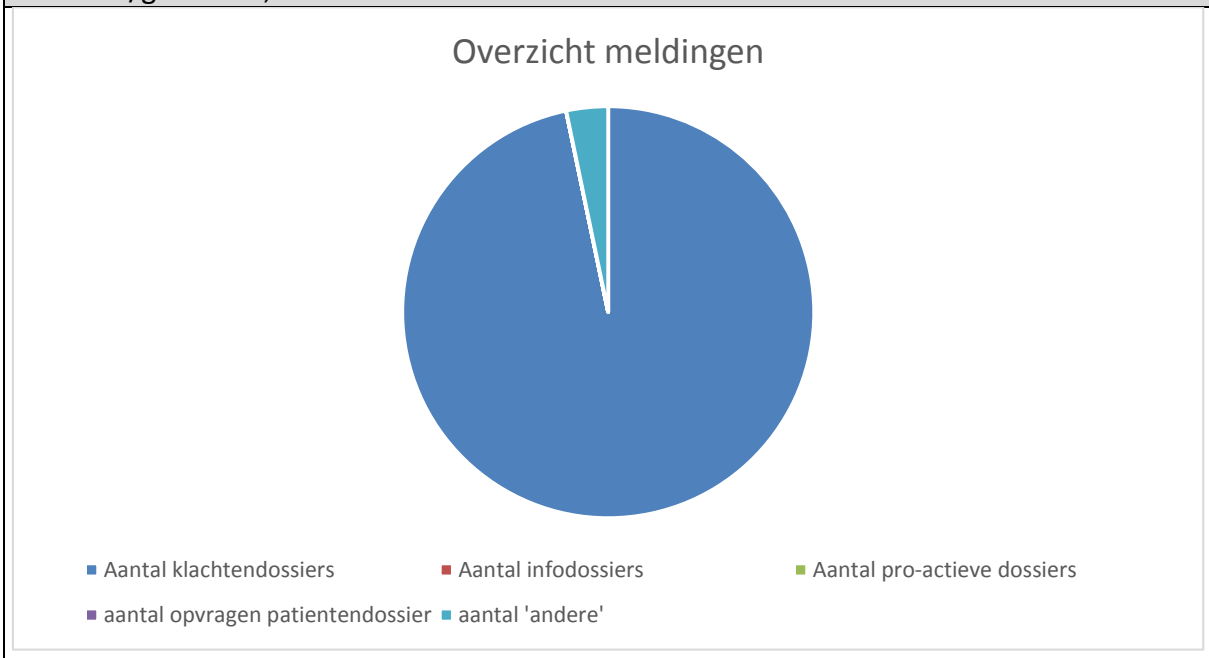
Rechten van de patiënt:

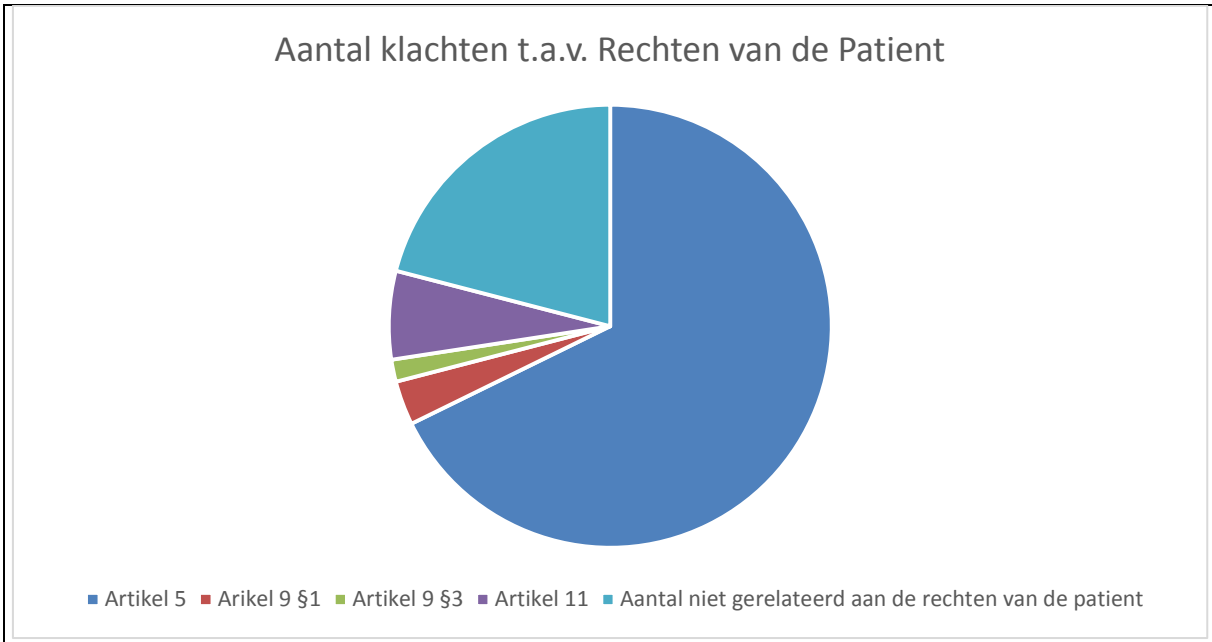
**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische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

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	13 klachtendossier
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	





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

De meeste klachten gaan over beslissingen door een beroepsbeoefenaar die niet juist gecommuniceerd of juist onderbouwd worden. Dit is zeer waarschijnlijk te wijten aan het feit dat FPC Antwerpen een relatief nieuw centrum is (geopend sinds augustus 2017) met veel nieuwe medewerkers. De verwachting is dan ook dat het aantal van dit soort klachten verminderd in 2019. De doorlooptijd tussen het indienen van een klacht en het eerste gesprek met de ombudsdienst is altijd maximaal 2 weken geweest. Tussen het eerste gesprek en het afronden van de klacht zit gemiddeld 1 maand tussen. 80% van alle klachten zijn binnen de 12 dagen afgerond. De langste periode tussen het eerste gesprek ombudsdienst en het afronden van de klacht is 3 maanden geweest.

Aanbevelingen
✓ Zoals beschreven in de bijkomende opmerkingen zijn er aanbevelingen geformuleerd die gaan over het juist informeren van de patient van een beslissing. ✓ Tot op heden zijn er geen andere aanbevelingen geformuleerd.
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 2018

(Voor 10.02.2019 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.5.2018 - 31.12.2018

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent
Adres	Hurstweg 9 9000 Gent
Gewest	Oost-Vlaanderen
Erkenningsnummer	/
Type (AZ, UZ, PZ,…)	FPC
Aantal bedden	264
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Van den brande Barbara
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1/5/2018
Bestaffing	20% van de arbeidstijd

Lokalisatie dienst	intern
Registratiesysteem	intern
Huishoudelijk reglement *(actualisatiedatum; waar te raadplegen)*	1/8/2017 Voor medewerkers: beschikbaar op intranet Voor patiënten: beschikbaar op elke afdeling binnen het centrum
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Niet van toepassing
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Niet van toepassing
Werkingsterrein 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;…*	Klachtenbemiddeling vanuit mandaat KB 8/7/2003
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Elke aanmelding wordt geregistreerd. Voor elke klacht wordt een ombudsdossier opgesteld. In dit dossier wordt informatie met betrekking tot de behandeling van de klacht bewaard. Dit dossier is enkel toegankelijk voor de ombudspersoon en de leden van de adviescommissie. De ombudspersoon hanteert onderstaande criteria om te bepalen of een klacht ontvankelijk is. • Het betreft een <u>individuele</u> klacht van een patiënt. Aspecten die voor de collectieve patiëntenpopulatie van belang zijn worden door de patiëntenraad behandeld.

	• Het betreft een klacht met betrekking tot de wet patiëntenrechten. Een klacht is niet ontvankelijk wanneer het aangelegenheden betreft die niet vallen onder de verantwoordelijkheid van FPC Gent, noch wanneer het aangelegenheden betreft waarover door gerechtelijke instanties uitspraak is gedaan of dient te worden gedaan. De ombudspersoon zal de patiënt informeren over behandeling door betrokken externe ombudsfuncties en/of gerechtelijke autoriteiten. Wanneer de klacht niet ontvankelijk wordt verklaard, zal de ombudspersoon dit motiveren naar de patiënt en deze indien mogelijk meteen doorverwijzen naar de bevoegde instantie. Bij het neerleggen van een klacht luistert de ombudspersoon naar de patiënt en probeert hij/zij een overzicht van de situatie te krijgen. Bij een ontvankelijke klacht gaat de ombudspersoon na welke personen en/of diensten betrokken moeten worden in het klachtendossier. Vervolgens zal de ombudspersoon de klacht voorleggen aan de betrokken medewerker of arts van FPC Gent. De ombudspersoon tracht de klacht op te lossen door onderhandeling en informatie-uitwisseling.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
Elke patiënt wordt bij of kort na de opname geïnformeerd over de klachtenprocedure. Een formele klacht kan worden ingediend bij de ombudsfunctie. Brieven gericht aan medewerkers of directieleden van FPC Gent zullen worden beantwoord door de geadresseerde of een door hem/haar aangestelde persoon. Indien in deze brieven eventuele klachten in verband met de zorgverlening (zoals gedefinieerd in de wet patiëntenrechten) worden geuit, zal de patiënt worden geadviseerd zich te wenden tot de ombudsfunctie. De oorspronkelijke brief zal niet worden doorgestuurd naar de ombudsfunctie. Klachten kunnen worden doorverwezen naar een externe adviescommissie. Deze adviescommissie zal niet per definitie elke individuele klacht behandelen. Een dergelijke handelswijze houdt immers het risico in dat de afhandeling van de klacht onnodig wordt verlengd. De samenstelling en werking van de adviescommissie wordt beschreven in een huishoudelijk regelement. De leden van de adviescommissie zijn niet verbonden aan FPC Gent om de nodige objectiviteit te waarborgen. In de adviescommissie zetelen o.a. een academicus, een jurist en een arts.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
De ombudspersoon is bevoegd om kennis te nemen van alle klachten die betrekking hebben op het zorgproces, zoals dat uitgeoefend wordt door de beroepsbeoefenaars in FPC Gent en Antwerpen. De ombudspersoon is echter niet bevoegd om op te treden of te bemiddelen bij klachten tussen zorgverleners onderling. De ombudspersoon is bevoegd voor het **bemiddelen** in klachten. Hij/zij fungeert als het centraal aanspreekpunt voor patiënten die hun ongenoegen en/of klachten over het zorgproces willen uiten. De ombudspersoon geeft de patiënt de nodige informatie omtrent de afhandeling van zijn/haar klacht. De ombudspersoon tracht via bemiddeling de zorgrelatie tussen de betrokken partijen te herstellen. Het resultaat van de bemiddeling is echter niet gewaarborgd. De ombudspersoon kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;…)
Resultaten van de afhandeling worden steeds met de indiener besproken of schriftelijk overhandigd. Naar aanleiding van deze terugkoppeling worden soms nieuwe klachten geformuleerd. Gezien de problematiek (oa psychose, waanbeelden) van de patiënten verblijvend in FPC Gent, kan niet elk probleem (positief) afgesloten worden.

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	23
Aantal infodossiers	12

Aantal pro actieve dossiers	0
Aantal opvragingen patiëntendossier	0
Aantal ‘andere’	7

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)*	14
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)**	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)	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

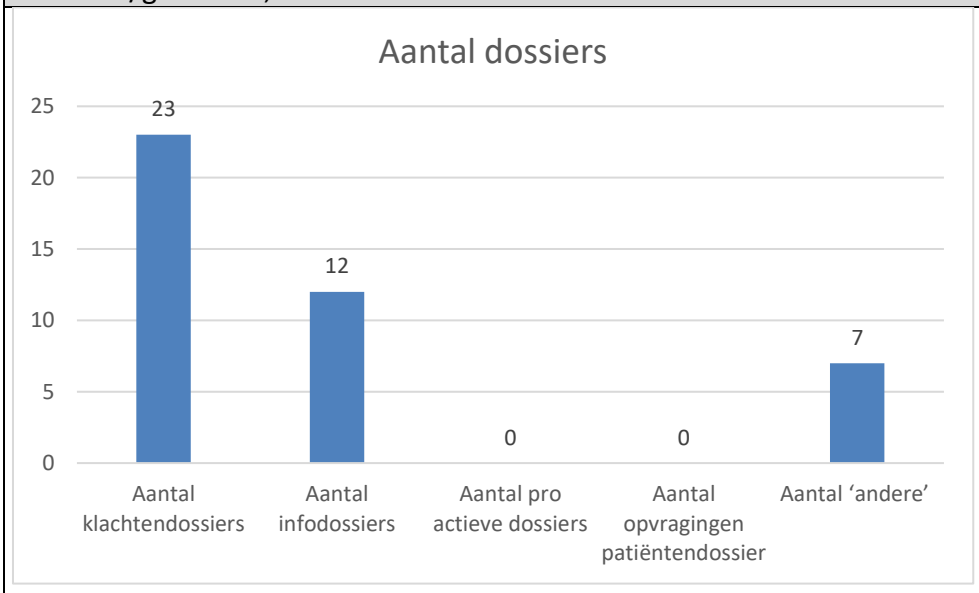
Rechten van de patiënt:

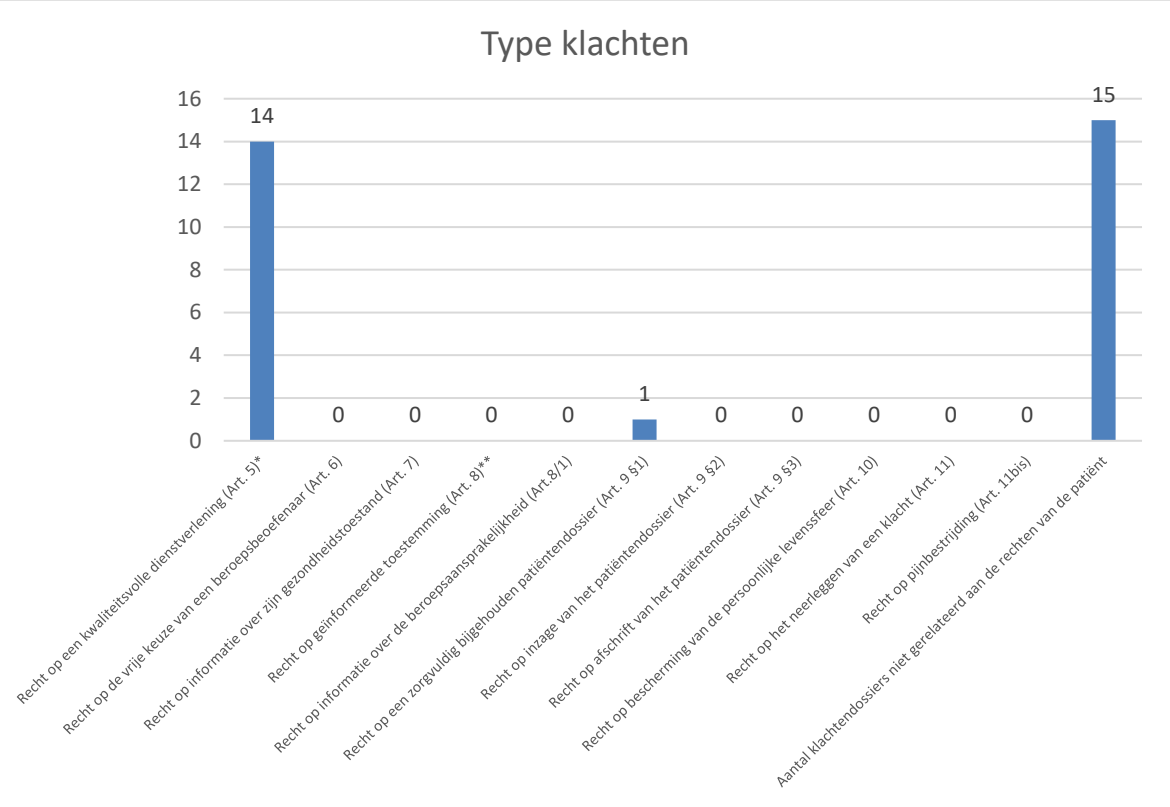
**<u>Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening</u> → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische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

***<u>Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</u> → 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	15
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	





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

Bij de ingediende klachtendossiers komt het aspect 'bejegening' t.a.v. de patiënt het meest voor. Verder is de indiener het niet steeds eens met het behandelplan.
De klager verwacht doorgaans een oplossing van de ombudspersoon, meer dan dat de patiënt zelf actief oplossingsgericht te werk gaat. Als gevolg hiervan wordt meer aan pendelbemiddeling gedaan. Heel af en toe komt het tot een echt bemiddelingsgesprek.
Tussen het indienen van het dossier en het effectieve eerste gesprek verloopt ongeveer 1 week. De tijd nodig voor terugkoppeling / afsluiting van het dossier neemt maximum 1,5 maand in beslag.

Aanbevelingen
✓ Het valt aan te bevelen dat er een correcte registratie gebeurt van de persoonlijke goederen van een patiënt. ✓ ✓ ✓ ✓
Bijkomende informatie/opmerkingen: (*vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?)*:
Gezien de nog korte periode van de opdracht, is er weinig tot geen nood geweest aan overleg. In casu de geformuleerde aanbeveling is overleg gaande. Ik ben er van overtuigd dat er op gepaste wijze gevolg zal gegeven worden aan bijkomende aanbevelingen.

EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

VLAANDEREN

2018

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

Bemiddelingsboek - 2993

JAARVERSLAG

EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

VLAANDEREN

registratieperiode van 1 januari tot 31 december 2018

Lou Hamdaoui

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen

in samenwerking met de externe ombudspersonen GGZ Vlaanderen en Brussel

Februari 2019

Bemiddelingsboek - 2994

Bemiddelingsboek - 2995

INHOUD

INLEIDING **6**

1. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ **8**

2. STREVEN NAARSTRUCTUREEL OVERLEG **10**

3. TRANSITIE OVERLEGPLATFORMS **11**

4. AANMELDINGEN **12**

5. SAMENVATTING CIJFERS VLAANDEREN **29**

6. BELANGRIJKSTE CIJFERS PER PROVINCIE 2018 **30**

7. AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN 2019 **41**

8. PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN OPGENOMEN VLAAMS JV **53**

Bemiddelingsboek - 2996

INLEIDING

Dit is het vijftiende jaarverslag over de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Het geeft een overzicht van alle aanmeldingen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg die in de loop van 2018 werden gericht aan de ombudspersonen van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg.

Het verslag vergelijkt de aanmeldingen van 2018 met die van 2017, bundelt de aanmeldingen 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 aanmeldingen vanuit hun eigen voorziening. Dit uitgebreid verslag wordt door de ombudspersoon met de verantwoordelijken van elke voorziening doorgenomen en toegelicht.

De ombudspersonen van de overlegplatforms zijn tevens actief in beschut woonvormen, psychiatrisch verzorgingstehuizen, centra geestelijke gezondheidszorg en voorzieningen met RIZIV-conventie. Voor sommige van deze voorzieningen zijn de aanmeldingen gering. Daarom is het omwille van de bescherming van de privacy niet altijd mogelijk om hun een gedetailleerd jaarverslag te bezorgen.

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 2018 en 2017. 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).*

Tussen het Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg Provincie en de psychiatrische ziekenhuizen werd bij de opstart van de externe ombudsfunctie een overeenkomst afgesloten. Het geactualiseerd huishoudelijk reglement werd vorig jaar nogmaals overgemaakt aan de voorzieningen.

Bemiddelingsboek - 2997

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag een gedetailleerd overzicht van het aantal aanmeldingen, het voorwerp van de aanmeldingen en het resultaat van het optreden van de ombudsman tijdens het voorbije jaar.

De term "aanmeldingen" werd bewust gekozen, daar het immers niet altijd over klachten gaat. Soms betreft het een vraag naar informatie, verduidelijking of wil een patiënt gewoon zijn/haar verhaal kwijt. Andere keren betreft het inderdaad een klacht en is een patiënt ontevreden over de zorgverlening of werd deze geschonden in diens patiëntenrechten.

Het verwerken van de aanmeldingen gebeurt aan de hand van een gemeenschappelijk registratiesysteem voor alle Vlaamse externe ombudspersonen GGZ. Dit systeem, "Go-Between" genoemd, is een centrale databank waar alle gegevens rechtstreeks kunnen worden verwerkt. Op die manier proberen we de soms zeer uiteenlopende vragen die ons bereiken, duidelijk in kaart te brengen. Dit systeem geeft een overzicht van alle aanmeldingen in de verschillende voorzieningen waar de ombudsman werkzaam is.

Het jaarverslag van het psychiatrisch centrum Sint Alexius te Brussel in niet verwerkt in de cijfers van Vlaanderen. Wèl werden de aanbevelingen mee opgenomen. Het individuele jaarverslag wordt gebundeld met alle andere verslagen van GGZ Vlaanderen.

Vorig jaar werd het Vlaamse jaarverslag van de externe ombudsfunctie GGZ voor het eerst overhandigd aan de Vlaamse ombudsman. Vanaf dit jaar moeten ook de individuele jaarverslagen van de psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen, via de externe ombudsdienst, aan de Vlaamse ombudsman worden bezorgd voor 10 februari 2019. Deze datum werd decretaal vastgelegd in het Vlaamse klachtendecreet. Elk psychiatrisch ziekenhuis werd hiervan per brief op de hoogte gesteld door het Agentschap Zorg & Gezondheid.

De regelgeving over de individuele jaarverslagen wordt binnenkort geagendeerd op de Vlaamse Regering voor aanpassing, zodat ook daar vermeld staat dat de individuele jaarverslagen van de psychiatrische ziekenhuizen bezorgd moeten worden op 10 februari van het daaropvolgend kalenderjaar.

Bemiddelingsboek - 2998

1. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ

Naar aanleiding van het tot stand komen van de Wet Patiëntenrechten op 22 augustus 2002, werd meer dan vijftien jaar geleden de basis van de ombudswerking GGZ gelegd. 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.
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 patiënten-tevredenheid.

De verslaggeving van de externe ombudsfunctie Vlaanderen van de laatste zestien jaar toont aan dat het onafhankelijke karakter en de onpartijdigheid voor de patiënt voorwaarden 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.
Het is een basisrecht van iedere patiënt dat deze, waar dan ook, een aanmelding kan formuleren bij een externe ombudspersoon. Deze laatste werkt laagdrempelig en krijgt bij de hulpverleners bemiddelingsruimte.

Een lokale verankering van de externe ombudswerking binnen de voorzieningen GGZ is nodig en biedt de mogelijkheid om een vertrouwelijke en professionele samenwerking aan te gaan ten einde de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Door structureel overleg met de betrokken voorzieningen op te nemen, bekomt men op relatief korte termijn een positief resultaat in de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het is dan ook onze overtuiging dat men de cultuur waarbinnen men een klacht valideert, als een positief gegeven beschouwt en de klacht ziet als een positieve uitnodiging tot dialoog en verbetering.

Vandaag staat het consensusmodel centraal in de werking van de externe ombudsfuctie 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 dichter bij elkaar. Doordat de bemiddeling zich op het niveau bevindt waar de klacht zich situeert, kan escalatie vermeden worden.
Het aandeel van deze gespecialiseerde aanpak betekent een reële winst in de gelijkwaardige samenwerking in de relatie patiënt-zorgverlener.

Het voornaamste doel voor de overheid van de ombudsfunctie is om de rechtspositie van de gebruiker in de gezondheidszorg te handhaven en te versterken.

Bemiddelingsboek - 2999

De externe ombudsfunctie tracht een laagdrempelig, toegankelijk en onafhankelijk extern aanspreekpunt te bieden voor klachten, bezorgdheden, vragen van de zorggebruiker en steeds en alleen in samenspraak met deze naar oplossingen te zoeken door de dialoog aan te gaan met de betrokkenen in de voorziening.

Elke vraag, elke uiting van ongenoegen of onvrede die door de patiënt geformuleerd wordt met betrekking tot contacten, het verblijf en de behandeling in de voorziening, is ontvankelijk voor de externe ombudsfunctie GGZ. Elke interventie door de onafhankelijke ombudsfunctie, is gericht op herstel van de zorgrelatie en kwaliteitsverbetering door middel van bemiddeling. De bemiddeling omvat het aanhoren van de aanmelder, informeren van de patiënt en deze te begeleiden in de dialoog met de betrokken hulpverlener. Deze methode is gericht op activering, herstel, verduidelijking en verheldering van de zorgrelatie en -communicatie.

De ombudsfunctie beantwoordt aan de voorgeschreven basisprincipes: Onafhankelijk en laagdrempelig, vertrouwelijk en neutraal, gebonden aan beroepsgeheim, respectvol, empathisch en gelijkwaardig.

Het is de opdracht van de ombudspersoon om bij een aanmelding te streven naar een aanvaardbare oplossing voor de betrokken partijen. Een aanmelding of een uiting van ongenoegen komt vaak voort uit het verschil tussen de verwachtingen van de patiënt en wat deze uiteindelijk toekomt. Vaak is dit een subjectief gegeven en wordt dit tijdens het eerste gesprek reeds uitgepraat mits de nodige toelichting van de ombudspersoon. In andere gevallen is de ontevredenheid gegrond en gaat dit rechtstreeks gepaard met het schenden van de patiëntenrechten.

De ombudspersoon zal in eerste instantie een analyse maken door te luisteren naar de aanmelder, de situatie in het juiste perspectief brengen door deze te informeren omtrent het welbepaalde thema, de daaraan gekoppelde processen, richtlijnen en eventueel wetgeving, met als doel mogelijkheden te bieden om tot een gepaste oplossing te komen. De aanmelder zal zelf aangeven welke stappen of acties dienen ondernomen te worden, al dan niet via een bemiddelingsgesprek met de betrokken beroepsbeoefenaar.

De ombudspersoon zal die informatie inwinnen die hij/zij nodig acht in het kader van de bemiddeling. Hiervoor kan deze ongehinderd in contact treden met alle bij de klacht betrokken personen en/of diensten. Tijdens het verloop van de procedure verzorgt de ombudspersoon de opvolging, terugkoppeling en informatie aan de aanmelder.

In het geval dat er via bemiddeling geen oplossing bereikt kan worden, informeert de ombudspersoon de aanmelder over andere mogelijkheden voor de afhandeling van zijn aanmelding en zorgt deze voor een doorverwijzing. Zo was er in 2018 veel media-aandacht rond PC Sint-Jan-Baptist. Graag vermelden we dat in afstemming met de Vlaamse Ombudsdienst, het ziekenhuis zelf en met de externe ombudspersoon GGZ die verbonden is aan het ziekenhuis, een verbetertraject lopende is.

2. STREVEN NAAR STRUCTUREEL OVERLEG

In samenspraak met de externe ombudsen GGZ werd er twee jaar geleden geopteerd voor een systematische aanpak waarbij op korte termijn een antwoord kan geboden worden op bemerkingen, vragen en klachten vanwege patiënten (in opname of ambulant). De gekozen aanpak heeft een structureel karakter en wordt verankerd in de interne kwaliteitsmethodiek. De taken en verantwoordelijkheden van de interne betrokken actoren, worden hierin specifiek vastgelegd. Via deze weg kan het principe van "zorg op maat" gericht geïmplementeerd worden op afdelingsniveau.

Zoals vorig jaar werden, naar aanleiding van de aanmeldingen, verschillende acties ondernomen en maatregelen getroffen ter verbetering van de kwaliteit van de zorg met positief resultaat. Om meer zicht te krijgen op groeimogelijkheden werd aldus beroep gedaan op de externe ombudspersoon door onder andere structureel overleg te plegen, vertrekkende vanuit de aard van de aanmeldingen, weliswaar anoniem.

Op afgesproken momenten heeft het overleg plaats met verschillende actoren binnen de voorziening, afhankelijk van de beschikbaarheid van de algemeen directeur, de kwaliteitscoördinator, de directeur patiëntenzorg of de projectverantwoordelijke.

Deze manier van werken zorgt ervoor dat binnen een relatief korte termijn antwoord kan geboden worden aan werkpunten. Alle beroepsbeoefenaars worden tijdig op de hoogte gesteld van mogelijke acties die dienen genomen te worden. *Good-practices* van afdelingen, afdelingshoofden en andere beroepsbeoefenaars binnen en buiten de voorziening worden gedeeld en uitgewisseld. De input van de aard van de aanmeldingen in combinatie met de adviezen van de externe ombudspersoon wordt vertaald naar passende verbeteringsacties.

Op systematische basis worden alle vragen, gevoeligheden, klachten en bedenkingen gebundeld en uitgebreid besproken. De adviezen, voorstellen en antwoorden leiden tot allerhande acties of maatregelen die variëren van kleine interventies, die doorgaans een kleine inspanning vragen en op relatief korte termijn kunnen worden doorgevoerd, tot uitgebreide plannen die minstens een jaar duren en mogelijks ondersteuning van de overheid of wetgever vereisen.

De aangeduide verantwoordelijken volgen de ontwikkelingen op en monitoren het proces. Hierbij wordt afgetoetst met de externe ombudspersoon of bepaalde aanmeldingen zich herhalen of niet.

Deze manier van werken is nog **niet** verankerd in elke GGZ-instelling in Vlaanderen. Wij blijven deze aanpak stimuleren en hopen op korte termijn zoveel mogelijk voorzieningen te overtuigen om via deze weg de kwaliteit maximaal te optimaliseren.

Bemiddelingsboek - 3001

3. TRANSITIE OVERLEGPLATFORMS

In 2018 kreeg de ontwikkeling van een nieuwe organisatiestructuur n.a.v de fusie van de Overlegplatforms GG in Vlaanderen verder vorm:

- Vzw op Vlaams niveau met coördinatie gericht op het uniformiseren, harmoniseren, professionaliseren van de ombudswerking in de praktijk, en met het streven naar een uniform aanbod (qua beschikbaarheid, bereikbaarheid enz.) voor aanmelders als belangrijke doelstelling.

- Project Innoverende praktijk ombudswerking 2019-2020: uitproberen, opstarten van concrete werking in een uitgebreider werkingsgebied (Mobiele teams, netwerken en kinder- & jeugdpsychiatrie).

In het Vlaams Decreet GG werd de ombudswerking 'tot nader order', minstens tot 2020, bevestigd als één van de basisopdrachten van het Vlaams Overlegplatform.

Eind 2018 werd door de Vlaamse overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid) een project "Innoverende praktijk ombudswerking" goedgekeurd.

Dit project zal lopen over 2 jaar (2019-2020) en heeft volgende doelstellingen:

- Ontwikkeling en realisatie van een innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor **volwassen patiënten in mobiele en ambulante setting.**

- Ontwikkeling en realisatie van een innovatieve ombudspraktijk binnen de GGZ voor **kinderen en jongeren in residentiële, mobiele en ambulante setting.**

- **Sensibilisering** van professionals in de voorgenoemde setting binnen de GGZ inzake patiëntenrechten en de praktijk van de externe ombudsfunctie.

Dit project wil op termijn de strategische doelstelling van het Vlaamse Overlegplatform Geestelijke Gezondheid inzake externe ombudsfunctie realiseren.
"Organiseren voor elke gebruiker van de GGZ van een goed toegankelijke externe, onafhankelijke ombudsfunctie"

Concreet: 3 ervaren ombudspersonen zullen ingezet worden om in 3 regio's het project gestalte te geven.

- 1 x 0,4 VTE met specifieke opdracht om in twee pilootregio's externe ombudsfunctie voor **volwassenen in ambulante en mobiele settings** waar te nemen en een innovatief project te realiseren

- 2 x 0,4 VTE met specifieke opdracht om in één pilootregio de externe ombudsfunctie in settings voor **kinderen en jongeren** waar te nemen en een innovatief project te realiseren.

Bemiddelingsboek - 3002

4. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 01/01/2018, de laatste op 28/12/2018. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 2445, het totaal aantal **in 2018 afgesloten aanmeldingen** 2378.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
aanmeldingen	2531	2571	2789	2445
aanmelders	1682	1740	1902	1721

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2018** met deze van **2017**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	2789		2445	
aanmelders	1902		1721	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	1771	72,82	1603	75,22
binnen de week	553	22,73	441	20,69
binnen de twee weken	52	2,13	44	2,06
binnen de vier weken	35	1,43	24	1,12
later dan vier weken	21	0,86	19	0,89
totaal	2432	100	2131	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	326	11,79	297	12,21
1 contact	1714	62,01	1450	59,64
2 contacten	490	17,72	469	19,29
3 contacten	142	5,13	127	5,22

Bemiddelingsboek - 3003

meer dan 3 contacten	92	3,32	88	3,61
totaal	2764	100	2431	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	55		15	
verwezen naar andere ombudspersoon[1]	25		14	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	2706		2378	

Bij de verwijzing naar een andere ombudspersoon betreft het 0 keer een interne ombudspersoon GGZ, 5 keer een externe ombudspersoon GGZ van een ander overlegplatform, 7 keer een ombudspersoon van een algemeen ziekenhuis, 1 keer de federale ombudspersoon en 1 keer een andere ombudsdienst.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	2323	84,04	1959	80,58
groep patiënten	135	4,88	187	7,69
andere	306	11,07	285	11,72
totaal	2764	100	2431	100

Geslacht indien individueel

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
man	1285	55,34	1026	52,50
vrouw	1032	44,44	920	47,08
onbekend	5	0,21	8	0,40
totaal	2322	100	1954	100

Aantal leden groep

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
2 personen	19	14,07	30	16,04
3 personen	10	7,40	21	11,22
4 personen	15	11,11	23	12,29
meer dan 4 personen	91	67,40	113	60,42
totaal	135	100	187	100
grootste groep	30		21	

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

Bemiddelingsboek - 3004

Initiële aanmelder indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
familielid/partner	276	90,19	251	88,38
kennis	2	0,65	2	0,70
personeelslid	8	2,61	20	7,04
andere	20	6,53	11	3,87
totaal	306	100	284	100

Hoedanigheid indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	31	10,19	36	12,72
als vertrouwenspersoon	79	25,98	70	24,73
ten persoonlijke titel	194	63,81	177	62,54
totaal	304	100	283	100

Terugkoppeling indien andere

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	137	44,77	122	42,80
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	39	12,74	49	17,19
terugkoppeling was niet mogelijk	81	26,47	81	28,42
terugkoppeling was niet nodig	49	16,01	33	11,57
totaal	306	100	285	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	1797	65,01	1695	69,89
neen	967	34,98	730	30,10
totaal	2764	100	2425	100

Bemiddelingsboek - 3005

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	619	64,01	477	65,34
dit jaar binnen een andere voorziening	16	1,65	23	3,15
vorige jaren binnen deze voorziening	290	29,98	200	27,39
vorige jaren in andere voorziening	42	4,34	30	4,10
totaal	967	100	730	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
direct contact	1037	37,51	861	35,41
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	681	24,63	549	22,58
telefonisch *(of GSM, SMS)*	1046	37,84	1021	41,99
totaal	2764	100	2431	100

Initieel verzoek betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	342	12,37	312	12,83
vraag tot interventie	1621	58,64	1472	60,55
vraag tot signalering	343	12,40	330	13,57
vraag naar een luisterend oor	458	16,57	317	13,03
totaal	2764	100	2431	100

Vraag tot interventie betreft

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	97	5,98	109	7,42
vraag om een ander soort akkoord	1523	94,01	1360	92,57
totaal	1620	100	1469	100

Bemiddelingsboek - 3006

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ja	1123	40,65	1001	41,24
neen	1247	45,14	949	39,10
werd niet bevraagd	392	14,19	477	19,65
totaal	2762	100	2427	100

Welke stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
informeel	1074	95,63	954	95,40
formele interne klachtenprocedure	17	1,51	13	1,30
interne ombudsfunctie	7	0,62	16	1,60
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	25	2,22	17	1,70
totaal	1123	100	1000	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	83	6,65	107	11,27
durfde niet	211	16,92	160	16,85
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	953	76,42	682	71,86
principieel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	1247	100	949	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	46	1,66	46	1,89
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	2339	84,62	2028	83,42
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	311	11,25	305	12,54
niet van toepassing	38	1,37	38	1,56
andere	30	1,08	14	0,57
totaal	2764	100	2431	100

Bemiddelingsboek - 3007

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ *(IPSOF)*

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)*

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	2572	93,05	2260	92,96
algemene vraag los van patiëntenrecht	192	6,94	171	7,03
totaal	2764	100	2431	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
familiaal	11	5,72	7	4,09
juridisch	18	9,37	30	17,54
financieel	14	7,29	17	9,94
tewerkstelling	2	1,04	3	1,75
huisvesting	14	7,29	5	2,92
levensverhaal	101	52,60	79	46,19
patiëntenrechten	10	5,20	8	4,67
andere	22	11,45	22	12,86
totaal	192	100	171	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.

Bemiddelingsboek - 3008

Betrokken discipline

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
geen	215	7,77	148	6,08
psychiater	554	20,04	473	19,45
huisarts	20	0,72	23	0,94
andere arts	22	0,79	20	0,82
apotheker	3	0,10	3	0,12
verpleging	351	12,69	367	15,09
persoonlijke begeleider	64	2,31	78	3,20
sociale dienst	70	2,53	82	3,37
psycholoog	51	1,84	35	1,43
therapeut *(ergo, kine, muziek, andere)*	55	1,98	61	2,50
diëtist	-	-	2	0,08
multidisciplinair team	856	30,96	647	26,61
administratieve dienst	37	1,33	40	1,64
technische dienst	52	1,88	68	2,79
voedingsdienst	143	5,17	149	6,12
poetsdienst	13	0,47	13	0,53
directie	81	2,93	82	3,37
bewindvoerder	56	2,02	36	1,48
ombudspersoon	20	0,72	38	1,56
andere	101	3,65	66	2,71
totaal	2764	100	2431	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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	2011	78,18	1781	78,84
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	66	2,56	42	1,85
3. informatie	111	4,31	83	3,67
4. geïnformeerde toestemming	196	7,62	158	6,99
5. inzage patiëntendossier	56	2,17	86	3,80

Bemiddelingsboek - 3009

6. bescherming persoonlijke levenssfeer	81	3,14	73	3,23
7. klachtenbemiddeling	18	0,69	18	0,79
8. wettelijke vertegenwoordiger	2	0,07	1	0,04
9. vertrouwenspersoon	18	0,69	12	0,53
10. pijnbestrijding	13	0,50	5	0,22
totaal	2572	100	2259	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	296	14,71	232	13,02
1.2. goede behandeling/begeleiding	708	35,20	648	36,38
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	192	9,54	147	8,25
1.4. goede hotelservice	391	19,44	408	22,90
1.5. betalende diensten	20	0,99	19	1,06
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	155	7,70	117	6,56
1.7. beschermende maatregelen	249	12,38	210	11,79
totaal	2011	100	1781	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	70	23,64	55	23,70
correcte omgangsvormen	184	62,16	138	59,48
grensoverschrijdend gedrag	32	10,81	28	12,06
andere	10	3,37	11	4,74
totaal	296	100	232	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
diagnose	5	0,70	5	0,77
somatische verzorging	80	11,29	75	11,57
medicatie	49	6,92	28	4,32

individuele therapie	36	5,08	76	11,72
groepstherapie	37	5,22	21	3,24
voldoende beschikbaarheid	133	18,78	119	18,36
betrokkenheid familie	58	8,19	70	10,80
start opname/behandeling/begeleiding	42	5,93	46	7,09
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	116	16,38	104	16,04
overplaatsing naar andere afdeling	42	5,93	29	4,47
overplaatsing naar een andere voorziening	59	8,33	32	4,93
andere	51	7,20	43	6,63
totaal	708	100	648	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	2	4,76	1	2,17
geweigerd	18	42,85	15	32,60
andere	22	52,38	30	65,21
totaal	42	100	46	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	74	63,79	69	66,34
geweigerd	18	15,51	7	6,73
andere	24	20,68	28	26,92
totaal	116	100	104	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
verplicht	14	33,33	10	34,48
geweigerd	13	30,95	7	24,13
andere	15	35,71	12	41,37
totaal	42	100	29	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
verplicht	25	42,37	10	31,25
geweigerd	15	25,42	15	46,87
andere	19	32,20	7	21,87
totaal	59	100	32	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
regels	75	39,06	56	38,09
groepsleven	57	29,68	48	32,65
ontspanning/vrije tijd	14	7,29	12	8,16
weekend- en verlofregeling	34	17,70	23	15,64
andere	12	6,25	8	5,44
totaal	192	100	147	100

1.4. Goede hotelservice

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
voeding	161	41,17	158	38,72
infrastructuur/accommodatie	130	33,24	140	34,31
hygiëne	14	3,58	17	4,16
veiligheid persoon	29	7,41	26	6,37
veiligheid goederen	55	14,06	62	15,19
andere	2	0,51	5	1,22
totaal	391	100	408	100

1.5. Betalende diensten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
cafetaria	3	15,00	2	10,52
winkel	-	-	1	5,26
wasserij	14	70,00	6	31,57
publifoon	-	-	-	-
andere	3	15,00	10	52,63

Bemiddelingsboek - 3012

totaal	20	100	19	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
factuur	45	29,03	40	34,18
opbouw inkomen	6	3,87	3	2,56
zakgeld	19	12,25	16	13,67
bestedingsautonomie	17	10,96	10	8,54
bewindvoering	45	29,03	31	26,49
verzekeringen	18	11,61	12	10,25
andere	5	3,22	5	4,27
totaal	155	100	117	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
straf	25	10,04	22	10,47
beperkte bewegingsvrijheid	58	23,29	49	23,33
afzondering	32	12,85	33	15,71
fixatie	10	4,01	10	4,76
gedwongen opname	106	42,57	84	40,00
internering	5	2,00	1	0,47
andere	13	5,22	11	5,23
totaal	249	100	210	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
psychiater	42	63,63	24	57,14
psycholoog	9	13,63	1	2,38
persoonlijk begeleider	7	10,60	12	28,57
andere	8	12,12	5	11,90
totaal	66	100	42	100

Bemiddelingsboek - 3013

3. Recht op informatie

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
diagnose	18	16,21	20	24,09
duur	15	13,51	3	3,61
kosten	8	7,20	3	3,61
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	4	3,60	7	8,43
alternatieven	16	14,41	7	8,43
andere	50	45,04	43	51,80
totaal	111	100	83	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	5	2,55	6	3,79
	toestemming	88	44,89	55	34,81
behandeling/begeleiding	informatie	11	5,61	14	8,86
	toestemming	88	44,89	77	48,73
andere	informatie	1	0,51	1	0,63
	toestemming	3	1,53	5	3,16
totaal		196	100	158	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	2	3,57	9	10,46
inzage/afschrift dossier	54	96,42	77	89,53
totaal	56	100	86	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2017		2018	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	4	7,40	1	1,31
	afschrift	8	14,81	10	13,15
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-

Bemiddelingsboek - 3014

	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	1	1,85	3	3,94
volledig dossier	inzage	4	7,40	10	13,15
	afschrift	33	61,11	42	55,26
andere	inzage	2	3,70	1	1,31
	afschrift	2	3,70	9	11,84
totaal		54	100	76	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	35	43,20	27	36,98
persoonlijke overtuiging	3	3,70	2	2,73
briefgeheim	4	4,93	6	8,21
territoriale privacy	17	20,98	24	32,87
mondelinge indiscretie	6	7,40	7	9,58
andere	16	19,75	7	9,58
totaal	81	100	73	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	2	11,11	2	11,11
bemoeilijkt	8	44,44	3	16,66
gesanctioneerd	2	11,11	1	5,55
informatie	6	33,33	10	55,55
andere	-	-	2	11,11
totaal	18	100	18	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	50,00	1	100,00
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	1	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	7	38,88	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	8	44,44	9	75,00
andere	3	16,66	3	25,00
totaal	18	100	12	100

10. Recht op pijnbestrijding

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	2	15,38	2	40,00
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	10	76,92	2	40,00
andere	1	7,69	1	20,00
totaal	13	100	5	100

Bemiddelingsboek - 3016

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** *(2378)*.

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. 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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
luisteren	326	12,05	236	9,92
doorverwijzen intern	44	1,62	31	1,30
doorverwijzen extern	38	1,40	39	1,64
informeren	315	11,64	296	12,45
signaleren	509	18,82	505	21,24
coachen	302	11,16	238	10,01
bemiddelen	1170	43,26	1032	43,41
totaal	2704	100	2377	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	218	18,63	202	19,59
ombudspersoon zonder patiënt	952	81,36	829	80,40
totaal	1170	100	1031	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	1098	40,68	962	40,50
binnen de week	850	31,49	731	30,77
binnen de twee weken	281	10,41	260	10,94
binnen de vier weken	199	7,37	169	7,11
later dan vier weken	271	10,04	253	10,65
totaal	2699	100	2375	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	46		47	

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

	2017		2018	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1057	39,07	968	40,75
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	458	16,93	429	18,06
ontevredenheid patiënt	306	11,31	214	9,01
door ombudspersoon				

gehele tevredenheid patiënt	57	2,10	37	1,55
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	71	2,62	98	4,12
ontevredenheid patiënt	33	1,21	24	1,01
geen feedback	723	26,72	605	25,47
totaal	2705	100	2375	100

Evaluatie proces

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1521	56,25	1298	54,65
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	365	13,49	347	14,61
ontevredenheid patiënt	54	1,99	35	1,47
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	80	2,95	70	2,94
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	79	2,92	86	3,62
ontevredenheid patiënt	7	0,25	5	0,21
geen feedback	598	22,11	534	22,48
totaal	2704	100	2375	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

	2017		**2018**	
categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	2	2,98	2	2,17
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	7	10,44	25	27,17
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	5	7,46	3	3,26
andere rechtbank	6	8,95	2	2,17
ziekenfonds	3	4,47	9	9,78
andere	44	65,67	51	55,43
totaal	67	100	92	100

5. SAMENVATTING CIJFERS VLAANDEREN 2018

- 2445 aanmeldingen in 2018 komen van 1721 aanmelders.

- We stellen een lichte daling vast t.a.v 2017 van het aantal aanmeldingen (12,33%).

- **95%** van de aanmeldingen kregen een 1e gehoor **binnen de week**.

- Bij meer dan drie kwart van de aanmeldingen was er **minstens 1 persoonlijk** contact **(88%)**.

- Het aantal aanmeldingen waarbij er **geen face to face** contact was, is gelijk gebleven (ongeveer 12%).

- **10%** van de aanmeldingen kwamen van familieleden.

- Het aantal aanmelders dat spontaan gebruik maakt van de **permanentie** is met 2,5% gedaald. Aanmelders melden zich vaker telefonisch of schriftelijk (brief of email) en maken een afspraak in het ziekenhuis.

- **Bijna 61%** van de aanmelders vraagt expliciet om een **interventie.**

- **41%** van de aanmelders heeft **geen eerdere stappen** ondernomen, noch formeel, noch informeel.

- **40%** van het totaal aantal aanmelders geeft aan bewust te kiezen voor een onafhankelijke benadering van hun vraag of klacht.

- **83%** van de aanmelders doet beroep op de onafhankelijke ombudsfunctie **tijdens hun behandeling/opname**.

- **Kwaliteitsvolle dienstverlening** (79%), ***Informed Consent***, vraag naar **Informatie** en inzage & afschrift **EPD** blijven samen de belangrijkste categoerieën. Een goede behandeling, hotelservice en beschermende maatregelen vallen onder het luik kwaliteitsvolle dienstverlening.

- **Bemiddelen** blijft de belangrijkste vorm van interventie (43%), naast het **signaleren** (21%), **informeren** (13%), **coachen** en **luisteren**.

- In 2018 hebben 202 **driegesprekken** plaatsgevonden.

- Aanmeldingen worden vaak binnen een termijn van 2 weken afgesloten.

BELANGRIJKSTE CIJFERS PER PROVINCIE 2018

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2018

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	**525**	567	901	280	172	2445
aanmelders	**426**	299	325	261	77	1388

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2017

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	**590**	582	1046	256	320	2794
aanmelders	**468**	306	255	233	182	1444

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
individuele patiënt	423	80,57	437	78,17	725	80,73	229	82,67	145	84,30	1959
groep patiënten	7	1,33	71	12,70	88	9,79	20	7,22	1	0,58	187
andere	95	18,09	51	9,12	85	9,46	28	10,10	26	15,11	285
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

**Voorbeelden in de categorie 'andere': medepatiënt, vertrouwenspersoon, medewerker mutualiteit verzekeringsmakelaar, advocaat, extern hulpverlener, vertrouwenspersoon van familie.*

Aantal leden groep - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2 personen	2	28,57	4	5,63	15	17,04	9	45,00	0	-	30
3 personen	0	-	0	-	16	18,18	5	25,00	0	-	21
4 personen	0	-	0	-	20	22,72	3	15,00	0	-	23
meer dan 4 personen	5	71,42	67	94,36	37	42,04	3	15,00	1	100,00	113
totaal	**7**	100	71	100	88	100	20	100	1	100	187
kol %	3,74		37,97		47,06		10,70		0,53		100
grootste groep						-				21	

Bemiddelingsboek - 3021

Initiële aanmelder indien andere - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
familielid/partner	82	86,31	49	98,00	69	81,17	27	96,42	24	92,30	251
kennis	1	1,05	0	-	0	-	1	3,57	0	-	2
personeelslid	5	5,26	1	2,00	13	15,29	0	-	1	3,84	20
andere	7	7,36	0	-	3	3,52	0	-	1	3,84	11
totaal	95	100	50	100	85	100	28	100	26	100	284
kol %	33,45		17,61		29,93		9,86		9,15		100

Is de aanmelder nieuw voor u? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ja	428	81,67	392	70,12	550	61,24	220	80,88	105	61,04	1695
neen	96	18,32	167	29,87	348	38,75	52	19,11	67	38,95	730
totaal	524	100	559	100	898	100	272	100	172	100	2425
kol %	21,61		23,05		37,03		11,22		7,09		100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
dit jaar binnen deze voorziening	29	30,20	91	54,49	276	79,31	21	40,38	60	89,55	477
dit jaar binnen een andere voorziening	2	2,08	9	5,38	9	2,58	3	5,76	0	-	23
vorige jaren binnen deze voorziening	52	54,16	59	35,32	61	17,52	21	40,38	7	10,44	200
vorige jaren in andere voorziening	13	13,54	8	4,79	2	0,57	7	13,46	0	-	30
totaal	96	100	167	100	348	100	52	100	67	100	730
kol %	13,15		22,88		47,67		7,12		9,18		100

Vorm van aanmelden - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
direct contact	**59**	**11,2**	239	42,75	421	46,88	106	38,26	**36**	**21**	861
schriftelijk *(brief, fax, e-mail)*	85	16,19	107	19,14	221	24,61	118	42,59	18	10,46	549
telefonisch *(of GSM, SMS)*	381	72,57	213	38,10	256	28,50	53	19,13	118	68,60	1021
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Initieel verzoek betreft - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
vraag naar informatie	102	19,42	72	12,88	84	9,35	22	7,94	32	18,60	312
vraag tot interventie	360	68,57	321	57,42	554	61,69	131	47,29	106	61,62	1472
vraag tot signalering	21	4,00	37	6,61	158	17,59	99	35,74	15	8,72	330
vraag naar een luisterend oor	42	8,00	129	23,07	102	11,35	25	9,02	19	11,04	317
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Vraag tot interventie betreft - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
vraag om een financieel akkoord	42	11,69	26	8,12	29	5,23	7	5,38	5	4,71	109
vraag om een ander soort akkoord	317	88,30	294	91,87	525	94,76	123	94,61	101	95,28	1360
totaal	359	100	320	100	554	100	130	100	106	100	1469
kol %	24,44		21,78		37,71		8,85		7,22		100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ja	244	46,65	338	60,57	312	34,78	55	19,85	52	30,23	1001
neen	259	49,52	171	30,64	347	38,68	104	37,54	68	39,53	949
werd niet bevraagd	20	3,82	49	8,78	238	26,53	118	42,59	52	30,23	477
totaal	523	100	558	100	897	100	277	100	172	100	2427
kol %	21,55		22,99		36,96		11,41		7,09		100

Welke stappen? - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
informeel	228	93,82	329	97,33	308	98,71	49	89,09	40	76,92	954
formele interne klachtenprocedure	6	2,46	3	0,88	0	-	2	3,63	2	3,84	13
interne ombudsfunctie	3	1,23	3	0,88	1	0,32	4	7,27	5	9,61	16
externe ombudsfunctie	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
extern	6	2,46	3	0,88	3	0,96	0	-	5	9,61	17
totaal	243	100	338	100	312	100	55	100	52	100	1000
kol %	24,30		33,80		31,20		5,50		5,20		100

Fase waarin patiënt zich bevindt - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	20	3,80	7	1,25	12	1,33	6	2,16	1	0,58	46
opgenomen/**in behandeling** /in begeleiding	352	67,04	493	88,19	806	89,75	226	81,58	151	87,79	2028
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	107	20,38	59	10,55	76	8,46	44	15,88	19	11,04	305
niet van toepassing	32	6,09	0	-	4	0,44	1	0,36	1	0,58	38
andere	14	2,66	0	-	0	-	0	-	0	-	14
totaal	525	100	559	100	898	100	277	100	172	100	2431
kol %	21,60		22,99		36,94		11,39		7,08		100

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op - 2018

	Antwerpen		**Limburg**		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	371	76,49	370	68,51	693	84,20	221	85,99	126	81,81	1781
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	0,82	10	1,85	22	2,67	1	0,38	5	3,24	42
3. informatie	40	8,24	16	2,96	17	2,06	4	1,55	6	3,89	83
4. geïnformeerde toestemming	18	3,71	**97**	17,96	29	3,52	8	3,11	6	3,89	158
5. inzage patiëntendossier	36	7,42	5	0,92	30	3,64	9	3,50	6	3,89	86
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	1,23	**37**	6,85	16	1,94	13	5,05	1	0,64	73
7. klachtenbemiddeling	3	0,61	2	0,37	11	1,33	0	-	2	1,29	18
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,20	0	-	0	-	0	-	0	-	1

9. vertrouwenspersoon	6	1,23	2	0,37	3	0,36	0	-	1	0,64	12
10. pijnbestrijding	0	-	1	0,18	2	0,24	1	0,38	1	0,64	5
totaal	485	100	540	100	823	100	257	100	154	100	2259
kol %	21,47		23,90		36,43		11,38		6,82		100

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1.1. respectvolle bejegening	49	13,20	57	15,40	59	8,51	58	26,24	9	7,14	232
1.2. goede behandeling/begeleiding	170	45,82	121	32,70	237	34,19	62	28,05	58	46,03	648
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	26	7,00	24	6,48	78	11,25	13	5,88	6	4,76	147
1.4. goede hotelservice	46	12,39	74	20,00	204	29,43	64	28,95	20	15,87	408
1.5. betalende diensten	2	0,53	6	1,62	4	0,57	3	1,35	4	3,17	19
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	49	13,20	27	7,29	29	4,18	7	3,16	5	3,96	117
1.7. beschermende maatregelen	29	7,81	61	16,48	82	11,83	14	6,33	24	19,04	210
totaal	371	100	370	100	693	100	221	100	126	100	1781
kol %	20,83		20,77		38,91		12,41		7,07		100

1.1. Respectvolle bejegening - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
luisterbereidheid	11	22,44	15	26,31	10	16,94	18	31,03	1	11,11	55
correcte omgangsvormen	19	38,77	33	57,89	43	72,88	36	62,06	7	77,77	138
grensoverschrijdend gedrag	**18**	**36,7**	9	15,78	0	-	1	1,72	0	-	28
andere	1	2,04	0	-	6	10,16	3	5,17	1	11,11	11
totaal	49	100	57	100	59	100	58	100	9	100	232
kol %	21,12		24,57		25,43		25,00		3,88		100

1.2. Goede behandeling/begeleiding - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
diagnose	1	0,58	2	1,65	2	0,84	0	-	0	-	5
somatische verzorging	14	8,23	16	13,22	28	11,81	10	16,12	7	12,06	75
medicatie	6	3,52	1	0,82	12	5,06	4	6,45	5	8,62	28
individuele therapie	14	8,23	2	1,65	35	14,76	8	12,90	17	29,31	76
groepstherapie	3	1,76	1	0,82	14	5,90	3	4,83	0	-	21
voldoende beschikbaarheid	17	10,00	34	28,09	51	21,51	12	19,35	5	8,62	119
betrokkenheid familie	19	11,17	17	14,04	20	8,43	5	8,06	9	15,51	70
start opname/behandeling/begeleiding	26	15,29	5	4,13	7	2,95	6	9,67	2	3,44	46
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	53	31,17	16	13,22	24	10,12	6	9,67	5	8,62	104
overplaatsing naar andere afdeling	2	1,17	6	4,95	19	8,01	0	-	2	3,44	29
overplaatsing naar een andere voorziening	3	1,76	20	16,52	5	2,10	1	1,61	3	5,17	32
andere	12	7,05	1	0,82	20	8,43	7	11,29	3	5,17	43
totaal	170	100	121	100	237	100	62	100	58	100	648
kol %	26,23		18,67		36,57		9,57		8,95		100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
regels	5	19,23	19	79,16	22	28,20	6	46,15	4	66,66	56
groepsleven	6	23,07	1	4,16	35	44,87	4	30,76	2	33,33	48
ontspanning/vrije tijd	3	11,53	2	8,33	5	6,41	2	15,38	0	-	12
weekend- en verlofregeling	9	34,61	2	8,33	11	14,10	1	7,69	0	-	23

Bemiddelingsboek - 3026

andere	3	11,53	0	-	5	6,41	0	-	0	-	8
totaal	26	100	24	100	78	100	13	100	6	100	147
kol %	17,69		16,33		53,06		8,84		4,08		100

1.4. Goede hotelservice - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
voeding	11	23,91	38	51,35	74	36,27	30	46,87	5	25,00	158
infrastructuur	11	23,91	18	24,32	84	41,17	21	32,81	6	30,00	140
hygiëne	4	8,69	4	5,40	7	3,43	0	-	2	10,00	17
veiligheid persoon	6	13,04	6	8,10	11	5,39	2	3,12	1	5,00	26
veiligheid goederen	12	26,08	8	10,81	26	12,74	11	17,18	5	25,00	62
andere	2	4,34	0	-	2	0,98	0	-	1	5,00	5
totaal	46	100	74	100	204	100	64	100	20	100	408
kol %	11,27		18,14		50,00		15,69		4,90		100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
factuur	23	46,93	3	11,11	10	34,48	4	57,14	0	-	40
opbouw inkomen	0	-	2	7,40	1	3,44	0	-	0	-	3
zakgeld	2	4,08	5	18,51	6	20,68	2	28,57	1	20,00	16
bestedingsautonomie	2	4,08	6	22,22	0	-	0	-	2	40,00	10
bewindvoering	15	30,61	9	33,33	6	20,68	0	-	1	20,00	31
verzekeringen	4	8,16	2	7,40	5	17,24	0	-	1	20,00	12
andere	3	6,12	0	-	1	3,44	1	14,28	0	-	5
totaal	49	100	27	100	29	100	7	100	5	100	117
kol %	41,88		23,08		24,79		5,98		4,27		100

1.7. Beschermende maatregelen - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
straf	0	-	9	14,75	10	12,19	0	-	3	12,50	22
beperkte bewegingsvrijheid	6	20,68	19	31,14	18	21,95	2	14,28	4	16,66	49
afzondering	1	3,44	11	18,03	17	20,73	2	14,28	2	8,33	33
fixatie	1	3,44	1	1,63	2	2,43	4	28,57	2	8,33	10
gedwongen opname	**16**	**55,2**	21	34,42	29	35,36	6	42,85	12	50,00	84
internering	0	-	0	-	1	1,21	0	-	0	-	1
andere	5	17,24	0	-	5	6,09	0	-	1	4,16	11

totaal	29	100	61	100	82	100	14	100	24	100	210
kol %	13,81		29,05		39,05		6,67		11,43		100

***andere**= bijv. beperking bestedingsautonomie, bewindvoering, gedwongen medicatie, langdurige kamerverpleging.*

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
psychiater	1	25,00	8	80,00	13	59,09	0	-	2	40,00	24
psycholoog	1	25,00	0	-	0	-	0	-	0	-	1
persoonlijk begeleider	1	25,00	1	10,00	6	27,27	1	100	3	60,00	12
andere	1	25,00	1	10,00	3	13,63	0	-	0	-	5
totaal	**4**	100	10	100	22	100	1	100	5	100	42
kol %	9,52		23,81		52,38		2,38		11,90		100

3. Recht op informatie - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
diagnose	3	7,50	10	62,50	4	23,52	1	25,00	2	33,33	20
duur	0	-	0	-	3	17,64	0	-	0	-	3
kosten	2	5,00	1	6,25	0	-	0	-	0	-	3
tegenaanwijzingen/risico's/neve nwerkingen	2	5,00	3	18,75	1	5,88	0	-	1	16,66	7
alternatieven	6	15,00	1	6,25	0	-	0	-	0	-	7
andere	**27**	67,50	1	6,25	9	52,94	3	75,00	3	50,00	43
totaal	40	100	16	100	17	100	4	100	6	100	83
kol %	48,19		19,28		20,48		4,82		7,23		100

*Voorbeelden van **recht op informatie**, subitem ***andere :***

bewindvoering jaarverslag, factuur info toezichts-honoraria, gedwongen opname, intakeverslag, mogelijkheid vrijwilligerswerk, ontslagperspectief en concrete afspraken, ontslagverslag ikv pensioenregeling, ontslagverslag ikv verzekering, perspectief, procedure gedwongen opname, info over opnamecriteria, procedure arbeidsgeneesheer, procedure inzage en afschrift dossier, bewindvoering procedure.

4. Recht op geïnformeerde toestemming - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
medicatie informatie	2	11,11	3	3,09	1	3,44	0	-	0	-	6
toestemming	**11**	61,11	12	12,37	22	75,86	6	75,00	4	66,66	55
behandeling/begeleiding informatie	0	-	13	13,40	1	3,44	0	-	0	-	14
toestemming	2	11,11	69	71,13	4	13,79	2	25,00	0	-	77
andere informatie	0	-	0	-	1	3,44	0	-	0	-	1
toestemming	3	16,66	0	-	0	-	0	-	2	33,33	5
totaal	18	100	97	100	29	100	8	100	6	100	158
kol %	11,39		61,39		18,35		5,06		3,80		100

Voorbeelden van 'andere' in categorie geïnformeerde toestemming: communicatie met familie, communicatie met derden, info aan derden, info van derden, procedure ECT.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	3	8,33	0	-	4	13,33	2	22,22	0	-	9
inzage/afschrift dossier	**33**	91,66	5	100	26	86,66	7	77,77	6	100	77
totaal	36	100	5	100	30	100	9	100	6	100	86
kol %	41,86		5,81		34,88		10,47		6,98		100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
beroepsgeheim	1	16,66	13	35,13	7	43,75	5	38,46	1	100	27
persoonlijke overtuiging	0	-	2	5,40	0	-	0	-	0	-	2
briefgeheim	1	16,66	1	2,70	3	18,75	1	7,69	0	-	6
territoriale privacy	0	-	17	45,94	3	18,75	4	30,76	0	-	24
mondelinge indiscretie	0	-	4	10,81	1	6,25	2	15,38	0	-	7
andere	4	66,66	0	-	2	12,50	1	7,69	0	-	7
totaal	**6**	100	37	100	16	100	13	100	1	100	73

kol %	8,22	50,68	21,92	17,81	1,37	100

*Voorbeelden in de categorie **bescherming privacy**: subitem **'andere'***

foutieve info in dossier, info aan derden, info familie zonder toestemming patiënt, verplichte groepstherapie, kamercontrole zonder patiënt, mondelinge indiscretie medepatiënten, grensoverschrijdend gedrag medepatiënt (pesten, belagen), onaangekondigd bezoek externe instantie, overlast religieuze beweging op domein.

Hoofdinterventie - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
luisteren	33	6,38	77	13,75	92	10,38	11	4,41	23	13,93	236
doorverwijzen intern	10	1,93	3	0,53	12	1,35	1	0,40	5	3,03	31
doorverwijzen extern	10	1,93	0	-	17	1,91	0	-	12	7,27	39
informeren	77	14,89	51	9,10	125	14,10	11	4,41	32	19,39	296
signaleren	50	9,67	39	6,96	272	30,69	115	46,18	29	17,57	505
coachen	45	8,70	46	8,21	84	9,48	53	21,28	10	6,06	238
bemiddelen	292	56,47	344	61,42	284	32,05	58	23,29	54	32,72	1032
totaal	517	100	560	100	886	100	249	100	165	100	2377
kol %	21,75		23,56		37,27		10,48		6,94		100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
patiënt samen met ombudspersoon	55	18,83	90	26,16	37	13,02	7	12,28	13	24,07	202
ombudspersoon zonder patiënt	237	81,16	254	73,83	247	86,97	50	87,71	41	75,92	829
totaal	292	100	344	100	284	100	57	100	54	100	1031
kol %	28,32		33,37		27,55		5,53		5,24		100

Tijd tussen aanmelding en afhandeling - 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal
categorie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
op dezelfde datum als de aanmelding	153	29,59	259	46,33	428	48,30	52	20,96	70	42,42	962
binnen de week	233	45,06	155	27,72	233	26,29	64	25,80	46	27,87	731
binnen de twee weken	66	12,76	57	10,19	86	9,70	30	12,09	21	12,72	260
binnen de vier weken	25	4,83	45	8,05	70	7,90	20	8,06	9	5,45	169
later dan vier weken	**40**	7,73	43	7,69	69	7,78	82	33,06	19	11,51	253
totaal	517	100	559	100	886	100	248	100	165	100	2375
kol %	21,77		23,54		37,31		10,44		6,95		100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd							-			47	

Bemiddelingsboek - 3031

6. AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN 2019

1. Kwaliteitsvolle dienstverlening

1.1 Therapeutische relaties

Hoewel het functioneren van medewerkers niet tot de opdracht van de ombudsfunctie hoort, worden we er wel indirect mee geconfronteerd als het gaat over de kwaliteit van het behandeltraject. Het voorbije jaar kwam het verschil in therapeutisch handelen tussen medewerkers vaak aan bod via aanmeldingen.

Onafhankelijk van de gehanteerde methodiek, bleken er grote verschillen tussen hulpverleners op eenzelfde afdeling. De basisgrondhouding (niet oordelend, gelijkwaardig, congruent en respectvol), betrokkenheid en de kunst van het aansluiten bij de patiënten zijn vereist om een therapeutische relatie met de patiënt aan te gaan. Algemeen wordt gesteld dat de kwaliteit van de relatie het effect bepaalt van de geboden therapie. De nabijheid, het niet-oordelende karakter en werken vanuit het perspectief van de cliënt, dragen er toe bij als hulpverlener om zich flexibeler te kunnen opstellen ten aanzien van de veranderende situatie van de cliënt. De hulpverleners mogen niet veronderstellen dat de therapeutische relatie goed zit, louter vanuit hun overtuiging/perspectief.

Een sterke therapeutische relatie is gestoeld op wederzijdse acceptatie. Van daaruit kan men pas samen doelen vooropstellen en er succesvol naartoe werken en bereiken. De patiënt moet de betrokkenheid, warmte en bekwaamheid voelen, ervaren om tot partnerschap over te gaan in de therapeutische relatie. Zo kan men komen tot het beoogde eindresultaat.

Als ombudspersonen vragen we al vele jaren aandacht voor ruimte tot intervisie, supervisie, opleiding en reflectie voor het multidisciplinair team op maat van de doelgroep van de afdelingen in de voorzieningen.

Op het terrein zijn voldoende ervaren professionals aanwezig die hun medewerkers/collega's kunnen coachen. Het is reeds bewezen dat **peer-coaching** optimale resultaten oplevert. Via deze weg worden enerzijds hulpverleners erkend in hun taak en anderen ondersteund en begeleid.

1.2 Re-branding van afdelingen in de psychiatrische ziekenhuizen

Zo zijn er bijvoorbeeld de knelpunten in infrastructuur. Deze zijn vaak door iedereen bekend maar oplossingen zijn niet op korte termijn realiseerbaar en niet eens afhankelijk van goodwill. Gemeenschappelijke frustraties leiden de aandacht af van de zorg. Er worden verschillende kanalen gezocht om oplossingen te realiseren. Duidelijke communicatie over het eigenaarschap en de termijnen waarbinnen infrastructurele problemen al dan niet oplosbaar zijn, kunnen hier rust geven.

Bemiddelingsboek - 3032

We refereren hier naar de afgesloten verpleegpost. Er wordt onder de collega's samen koffie en een koek genuttigd tijdens het vergaderen of simpelweg het pauzeren (al dan niet lunch) achter gesloten deur. Ook de rookpauzes hebben plaats onder de collega's. Patiënten ervaren dit negatief en ervaren een "wij-zij"-cultuur.

Het lijkt zinvol om de stereotype afdelingsstructuur met de 'glazen bokaal' als werkplek te her-evalueren en bijvoorbeeld de positieve neveneffecten van samen eten en tafelen op vlak van sociale interactie mee op te nemen in de behandelingsdoelstellen.

Out-of-the-box-denkoefeningen kunnen resulteren in het creëren van flexibele werkplekken met de mogelijkheid om de administratieve opdrachten te vervullen waarbij de patiëntengegevens toch voldoende beschermd blijven en het beroepsgeheim gegarandeerd blijft.

1.3 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. Hun feedback en open staan voor hun expertise resulteert in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, empowerment, een positieve samenwerking, kortweg een zeer goede therapeutische relatie.

Het dichten van de kloof tussen beroepsbeoefenaar en zorgvrager binnen de geestelijke gezondheidszorg, is vandaag een 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 in het ziekenhuis.

Om dit te bewerkstelligen, is een maximaal engagement nodig van elke hulpverlener. Binnen de psychiatrische ziekenhuizen wordt meer en meer beroep gedaan op vrijwillige ervaringsdeskundigen of in loondienst. Dit toont aan dat de voorzieningen het belang zien van de input van het patiëntperspectief en dat zij bereid zijn alle mogelijke middelen in te zetten ter optimalisatie van de zorgverlening.

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 voor hun eigen traject.

Die participatie kan allerlei vormen aannemen. Het betekent niet per definitie dat men altijd en overal vanaf dag één een partnerschap tussen zorgverlener en zorggebruiker mag verwachten. Alles hangt af 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 afdeling? 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 en zorgt voor een betere patiëntveiligheid. Alleen dient men rekening te houden met de individuele situatie van de patiënt.

1.4 Familiebeleid:

In 2018 stelden we algemeen vast dat in de GGZ-instellingen in Vlaanderen nog niet geëquipeerd zijn met een duidelijk en concreet familiebeleid.

Naasten van de patiënten werden wel eens afgesneden van het behandeltraject. Zowel bij intake, telefonisch of op de afdeling zelf. Vaak wordt tijdsgebrek of beroepsgeheim ingeroepen om niet in te gaan op de vraag van een familielid voor meer betrokkenheid. Hulpverleners weten zich niet altijd evengoed te verhouden t.a.v naasten.

Mensgerichte zorg is gericht op de medewerker, de patiënt en diens naaste. Familie en betrokkenen ervaren machteloosheid, willen graag helpen en geholpen worden. Voor de hulpverlener is het niet altijd evident om met respect voor het beroepsgeheim voldoende aandacht te hebben voor degenen die in relatie staan tot de patiënt. De nood van de familie ligt echter niet altijd in het bekomen van informatie over de patiënt maar in het gehoord worden van diens zorgen. Wanneer hulpverleners hun beperkingen hierin ervaren, is het zinvol dat ze kunnen doorverwijzen naar de vele bestaande organisaties en initiatieven.

Familie is voor veel patiënten een belangrijk en constant gegeven in hun leven. Zij zijn vaak de tussenschakel tussen verschillende opnames in en wordt van hen verwacht dat ze de opvang op zich te nemen tijdens het weekend. Op verschillende plaatsen zien we initiatieven ontstaan om toch meer familievriendelijke zorg te bieden. Zo zijn er zorgvoorzieningen waar er rooming-in bestaat op de afzonderingskamer of waar afzonderingskamers herbouwd worden tot ruimten waar een continue interactie mogelijk is. Wij pleiten ervoor om deze initiatieven te onderlijnen en in te zetten op meer betrokkenheid tijdens opname, zodat de familie een volwaardige partner wordt in de zorg. Ook het systematisch wijzen op de mogelijkheid om een vertrouwenspersoon te benoemen, kan hierbij helpen.

De geestelijke gezondheidszorg omvat meerdere relaties dan die tussen de patiënt en de hulpverlener. In de snelle beweging van de vermaatschappelijking van de zorg, spelen naasten (familie, vrienden, buren) alsmaar een grotere rol. Zij vormen de sociale realiteit van de betrokken patiënt. De familie kan een belangrijke rol spelen in het behandeltraject en ondersteuning van de patiënt. Anderzijds kunnen zij ook de wortel van het kwaad betekenen voor de patiënt. Om duidelijkheid te scheppen in de al dan niet meerwaarde van het betrekken van de naasten, is het belangrijk om een duidelijk en concreet familiebeleid te implementeren in de ggz-voorzieningen, waarin de zelfbeschikking en integriteit van de betrokken patiënt centraal staat.

Bemiddelingsboek - 3034

Familieverenigingen en andere organisaties zoals het familieplatform pleiten al lang voor een familievriendelijk beleid en een familiereflex. Zij bieden ondersteuning aan in de organisaties om het lokaal familiebeleid een concrete vorm te geven bijvoorbeeld www.familieplatform.be.

Ook op het terrein zijn voldoende professionals aanwezig die medewerkers kunnen coachen om te leren omgaan/ in dialoog gaan met familieleden. Het is reeds bewezen dat **peer-coaching** optimale resultaten oplevert. Via die weg worden enerzijds hulpverleners erkend in hun coachende taak en coachees ondersteund en begeleid.

Volgende taken blijven de kern van een sterk familiebeleid:

- Mogelijkheid tot aanstelling van een **vertrouwenspersoon** of (in)formele wettelijke vertegenwoordiger.

- Verstrekken van **informatie** aan de familie: diagnose, behandelplan, **toeleiding** tot begeleiding (informeren uiteraard mits toestemming van de patiënt)

- **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 e.a.

1.5 Ontslagvoorbereiding en nazorg

We stellen vast dat het beëindigen van de opname of de behandeling, door de patiënt en diens familie vaak als moeilijk, voorbarig en 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?

Hierbij zoomen we 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

Bemiddelingsboek - 3035

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 onvoldoende ruimte werd gecreëerd voor feedback en dialoog. In die situaties is het belangrijk om alternatieven aan te bieden en door te verwijzen 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 samen met de patiënt mogelijkheden te 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.

Op ziekenhuisniveau merken we dat naar aanleiding van bepaalde beleidskeuzes, zoals het sluiten van een afdeling of het stopzetten van een bepaald aanbod voor specifieke doelgroepen n.a.v. de "bed-bevriezing" in het kader van de mobiele netwerken art. 107, er vaak een lacune ontstaat in de zorg.
Sluiten van afdelingen of stopzetten van specialismen, zorgen voor onrust bij zowel medewerkers als patiënten. Een betere ondersteuning voor beiden in functie van toekomstperspectieven enerzijds en continuïteit van de zorg anderzijds kunnen klachten hierover helpen voorkomen.

Continuïteit van de (na)zorg voor de patiënt is eveneens een aandachtspunt, wanneer een patiënt op ontslag gaat. Bij het (al dan niet eenzijdig) stopzetten van residentiële zorg, stellen we in de praktijk nl. vast dat de patiënt zich nog te vaak aan zijn lot overgelaten voelt. Een soms te gefragmenteerde structurering van de zorgtrajecten, leidt tot het gebrek aan continuïteit van de zorg na een ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. Nog betere afstemming van de residentiële zorg op de nazorg en omgekeerd en het beter inschakelen van de eerste lijn en de gespecialiseerde zorg is wenselijk.

1.6 Weekend en vrije tijd

Patiënten hebben het vaak moeilijk met de weekend- en verlofregeling in psychiatrische ziekenhuizen. Voorzieningen moeten voldoende verpleegdagen kunnen registeren om hun subsidies te vrijwaren. In de praktijk stellen we binnen de residentiële zorg vaak een afweging vast tussen enerzijds de bedbezetting en anderzijds de weekend- en verlofregeling van de patiënten. In tijden van vermaatschappelijking van de zorg is het een uitdaging om creatieve oplossingen te zoeken die zowel bij de noden van het ziekenhuis als bij de noden van de patiënt aansluiten. Patiënten willen tenslotte voldoende contact met hun thuissituatie bewaren. De huidige regelgeving rond financiering van psychiatrische ziekenhuizen staat haaks op de visie van de vermaatschappelijking van de zorg. De regelgeving mag de reïntegratie van de patiënt niet belemmeren.

Wij pleiten voor een dringend overleg met de overheid over de regelgeving voor de financiering van psychiatrische ziekenhuizen.

Bemiddelingsboek - 3036

1.7 Somatische zorg

Een belangrijke randvoorwaarde is een degelijke somatische zorgomkadering. Omwille van de co-morbiditeit van somatische problematieken bij personen met een psychiatrische kwetsbaarheid is het belangrijk dat de somatische zorg optimaal gefaciliteerd wordt en geïntegreerd in de totaalzorg.

Dagelijks zetten hulpverleners zich hard in om patiënten te stimuleren in hun herstel. Patiënten worden psychologisch begeleid, krijgen psycho-educatie, worden ondersteund in het ordenen van hun leven, krijgen een vaste structuur, bewegen dagelijks, houden er een relatief gezonde levensstijl op na.. Ondanks al deze positieve inspanningen gebeurt het wel vaker dat patiënten wel eens nood hebben aan somatische zorgen. Hetzij acuut, hetzij omwille van chronische pijnen of andere. Patiënten gaven meermaals aan niet serieus te worden genomen en afgewimpeld te worden of ze moesten zich zelf buitenhuis richten tot een specialist en daar beslist de psychiater over. Als het om een irritatie gaat in de keel, kan je dat nog verhelpen op grootmoederswijze, maar ernstige symptomen zoals aanhoudende diarree, gelaatsverlamming, ademnood e.a daar moeten duidelijke richtlijnen voor worden uitgewerkt. Ook werden we geconfronteerd met patiënten die neveneffecten vertoonden van psychofarmaca (op korte of lange termijn). Patiënten durven dit vaak niet te bespreken met de arts omdat ze angst hebben om niet gehoord te worden.

Algemeen stellen we vast dat de somatische zorg binnen de ggz niet overal structureel is verankerd. De meeste voorzieningen werken al dan niet met een huisarts die zich beschikbaar stelt op bepaalde momenten of men rekent op de goodwill van lokale hulpverleners, artsen in opleiding of de psychiater van wacht. Kortom, het is niet duidelijk. Noch voor de patiënten, noch voor de medewerkers in de voorzieningen.

Via aanmeldingen stuiten we op fenomenen waarbij ofwel de somatische klachten worden geminimaliseerd of ze worden gerelateerd aan de psychische kwetsbaarheid van de patiënt. Patiënten die effectief (dringende) specifieke somatische zorgen nodig hebben en dat kunnen aantonen, klagen dat ze niet serieus worden genomen, niet gehoord worden en dat zelfs op hun vraag hun medisch dossier van de huisarts niet wordt geraadpleegd door de betrokken arts.

1.8 Voeding

Zowat één op vijf aanmeldingen over kwaliteitsvolle dienstverlening binnen de geestelijke gezondheidzorg in Vlaanderen, betreft de hotelfunctie van de voorzieningen. Voeding is daarbinnen een van de belangrijkste thema's. We merken dat de vraag naar een voedingsaanbod op maat zich steeds vaker stelt: vegetarische en veganistische alternatieven, glutenvrije of andere diëten, halal, etc… Diversificatie in het aanbod en meer op maat van de individuele noden, zijn nieuwe uitdagingen geworden voor de psychiatrische ziekenhuizen. Deze vragen kunnen beantwoord worden via een differentiatie in aanbod. Dit antwoord is in de praktijk moeilijk te rijmen met de schaalvergroting van keukens, die verder en verder afstaan van de plek van

Bemiddelingsboek - 3037

consumptie en vraag. Een schaalvergroting die eerder een verlaging van kwaliteit of tevredenheid bij de patiënten met zich heeft meegebracht.
We stellen een evaluatie voor op dit terrein en een bundeling van goede praktijken.

Gezonde en lekkere voeding draagt bij aan het welbevinden van de patiënt alsook de kwaliteit van het verblijf. De mate waarin tegemoetgekomen wordt aan deze basale zorgbehoefte heeft een impact op de algemene tevredenheid. Een goed food managementsysteem is echter complex. Het is een balanceren tussen een toename van allergieën en wensen, een groot aanbod, met voldoende verfijning en aandacht voor voedselverspilling. Dit vraagt afstemming en overleg.

1.9 Beschermende maatregelen

Bewindvoering

De vrij recente wet op de bewindvoering heeft impliciet een grotere autonomie voor de beschermde persoon voor ogen gehad. Vertegenwoordiging van mensen door een bewindvoerder zou eerder de uitzondering heten. In de praktijk stellen we echter vast dat er van bijstand heel zelden sprake is en dat de vrederechters vrij snel en vaak systematisch voor de vertegenwoordiging kiezen. Binnen de ouderenzorg wordt eveneens soms vrij snel overgegaan tot bewindvoering over de persoon op aangeven van de zorgverleners. De verlieservaring van mensen wat betreft hun zelfbeschikking over heel wat persoonsgebonden zaken, komt dan bovenop de moeilijke psychische situatie waarin zij zich bevonden bij opname. Meer oog voor de soms verregaande gevolgen van het verlies aan autonomie en de afhankelijkheid van de beslissingen van een bewindvoerder op het welbevinden van mensen en een grotere betrokkenheid van bewindvoerders kunnen helpend zijn. Ook een evaluatie van de wet van 1 september 2014 op haalbaarheid en de gevolgen in de praktijk, lijkt zinvol.

Gedwongen Opname van minderjarigen

We stellen vast dat voor de plaatsing van jongeren nog regelmatig beroep wordt gedaan op afdelingen voor volwassenen. De voornaamste reden hiervoor is het plaatsgebrek binnen de voorzieningen voor jongeren. Bijkomend stellen we vast dat de infrastructuur in de voorzieningen niet of te weinig afgestemd is op het opvangen van jongeren onder een gedwongen statuut.
Daarnaast krijgen we soms signalen die er op wijzen dat de procedure *gedwongen opname* werd opgestart om jongeren met een moeilijke problematiek of hun omgeving te gaan beschermen, zonder dat er op zich sprake is van een manifeste psychische problematiek. Het gebruik maken van de zorgverlening om jongeren met een storend gedrag voor de maatschappij op te vangen, kan een spanningsveld creëren en voor een extra belasting van de zorgverleners van crisis units zorgen.
Structureel overleg tussen de betrokken actoren in functie van een duidelijke visie op deze problematiek en het doorvoeren van acties lijken ons aan de orde om problemen

Bemiddelingsboek - 3038

te vermijden en/of te voorkomen, net als het zoeken naar mogelijkheden om meer en aangepaste capaciteit in het zorglandschap te creëren voor deze kwetsbare doelgroep.

Internering

Het statuut van de geïnterneerde en de patiëntenrechten leveren in de praktijk een zeker spanningsveld. Het recht op geïnformeerde toestemming bij de behandeling, de vrije keuze van zorgvoorziening of zorgverlener, het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, … zijn één voor één topics waarbij enige reflectie over de wetgevende kaders en verduidelijkingen voor zowel de geïnterneerde persoon als de zorgverleners aan de orde zijn. Over de verschillende zorgvoorzieningen met forensische patiënten heen, zien we bovendien een andere invulling van de controle-opdracht en de definiëring van de verantwoordelijkheid van de zorgverleners ten aanzien van de maatschappij. Een beter kader is een dringende behoefte voor zowel de patiënt als de beroepsbeoefenaar binnen de forensische zorgverlening. In die zin kijken we hoopvol uit naar de resultaten van het initiatief van het Agentschap Zorg en Gezondheid om dit kader vorm te geven. We zijn we er van overtuigd dat de ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg hierin een zinvolle bijdrage kan leveren.

Bemiddelingsboek - 3039

2. Recht op Informatie:

2.1 Informatie over de eigen toestand

Patiënten krijgen doorgaans de nodige informatie die voor hen van toepassing is, hetzij bij de intake, tijdens de opname en in nazorg. Door de complexiteit van de situatie, de persoonlijke kwetsbaarheid en stress van de patiënt, dringt de boodschap onvoldoende door of komt deze niet altijd over zoals bedoeld. Hulpverleners hebben wel eens het idee dat de zaken voor zich spreken. Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten zorgt ervoor dat patiënten onnodig piekeren over hun situatie, perspectief en mogelijkheden, net omdat ze in hun beleving onvoldoende of niet geïnformeerd zijn. Herhaling is in deze situaties aangewezen.

Bijvoorbeeld: Zo blijven wij het gebruik van de brochure "Gedwongen Opname" aanmoedigen, wat een handig en waardevol instrument is bij het informeren van de patiënt.

2.2 Promoten van vertrouwenspersoon

Een belangrijke vaststelling is dat de rol van de vertrouwenspersoon nog vaak wordt onderschat en daardoor onvoldoende benut of 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 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 de gedwongen opname. Soms is er wél 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 situaties waar sprake is van dwang en beperkingen van de autonomie van de patiënten, is de nood aan een vertrouwenspersoon die de patiënt kan ondersteunen bij de uitoefening van zijn rechten, duidelijk aanwezig. Het is belangrijk dat hulpverleners deze noden erkennen en beantwoorden.

Het aanstellen van de vertrouwenspersoon stimuleert transparantie in de dialoog met de patiënt. Op die manier kan de betrokken patiënt optimaal geïnformeerd worden over zijn/haar medische en therapeutische situatie.

Als ombudspersoon is het onze opdracht om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken aan de hand van onder andere infosessies of documentatie.

In dit verband verwijzen wij naar **wijziging van de wet van 26 juni 1990** betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke op 20 februari 2017. Deze wet impliceert het betrekken van de directe omgeving van een geesteszieke bij een verplichte opname in een psychiatrische instelling. De wetgever tracht hierdoor ook de communicatie met de context te verbeteren.

Bemiddelingsboek - 3040

3. Informed Consent:

Ook het **recht op geïnformeerde toestemming** kwam aan bod. We willen in dit verband verwijzen naar de evolutie in de rechtspraak hierover in de afgelopen jaren.

Een arrest van het Hof van Cassatie (25/06/2015) stelde dat wie een informatieplicht heeft, ook de bewijslast draagt dat hij deze informatieplicht heeft nageleefd. Met andere woorden, de bewijslast komt bij de beroepsbeoefenaar zelf te liggen (i.p.v. bij de patiënt).

De informatieplicht is vrij uitgebreid: de patiënt moet voorafgaand en tijdig geïnformeerd worden over de aard van de behandeling, het doel ervan, frequentie of duur, hoogdringendheid, mogelijke nevenwerkingen of risico's die verbonden zijn aan de behandeling, eventuele nazorg die zal nodig zijn en over de mogelijke gevolgen indien behandeling geweigerd wordt of mogelijke alternatieven voor de behandeling. De patiënt moet deze informatie kunnen begrijpen en een weloverwogen keuze kunnen maken. De keuze van de patiënt mag geen gevolgen hebben voor de kwaliteit van de verderzetting van de zorgverlening.

De impact van deze wijziging in rechtspraak valt nog af te wachten. Het is niet nodig dat er voor elke tussenkomst een *informed-consent* formulier wordt ondertekend. Bovendien kan de op papier aan de patiënt gegeven informatie nooit de mondelinge informatie en het gesprek met de patiënt (volledig) vervangen.

Wel is het belangrijk dat er in het patiëntendossier wordt genoteerd dat de informatie aan de patiënt is bezorgd. Het patiëntendossier wordt immers geacht de werkelijkheid weer te geven en dit heeft dus een grote bewijskracht.

Bemiddelingsboek - 3041

4. Inzage en afschrift Elektronisch Patiënten Dossier

Digitaal raadplegen EPD

Vandaag is digitalisering van gezondheidsgegevens gemeengoed. Het implementeren van het elektronisch patiëntendossier (EPD) heeft veel voordelen met zich meegebracht, zowel voor de beroepsbeoefenaars als voor de patiënten. Medicatie, observaties, ontwikkelingen en het persoonlijk verhaal van de zorgvrager worden gebundeld in een multidisciplinair dossier. Het centraliseren van deze gegevens biedt een meerwaarde voor de patiëntveiligheid. Denk aan dosering van medicatie, therapietrouwheid en diagnosestelling. Binnen de voorziening worden de gegevens vlot uitgewisseld wat de efficiëntie voor zowel de zorgverlener als de zorgvrager vergroot.

Daar zelfbeschikking binnen de zorg centraal staat en de patiënten mondiger worden, wordt er vaak beroep gedaan op het recht op inzage en afschrift van het EPD. Op afdelingsniveau moedigt men de dialoog aan tussen de behandelend arts en de patiënt en/of vertrouwenspersoon via dit medium. Afhankelijk van het vermogen en/of toestand van de patiënt betekent een toelichting en verduidelijking bij het doornemen van het dossier een meerwaarde. Deze manier van werken stimuleert de gelijkwaardige samenwerking tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

Vanaf vorig jaar werd de mogelijkheid geboden aan de patiënt om via een digitaal portaal het EPD te raadplegen. Dit biedt een nieuwe dimensie aan de zorg waarin toekomstgericht het verbeteren van de zorg centraal staat. De digitalisering vraagt een nauwe betrokkenheid van de zorgvrager. Het is tenslotte een uitgebreid proces waarbij ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg vertaald worden naar werkbare tools voor de zorggebruiker. Hoewel iedereen vertrouwd is met de term "digitalisering", mag men niet veronderstellen dat elke patiënt er enerzijds klaar voor is en anderzijds over de mogelijkheid beschikt om het EPD digitaal te raadplegen. Sterker nog, wanneer men bij uitbreiding een behandelplatform toevoegt aan het EPD, denk aan digitale dagboeken, psycho-educatie en behandelmodules, zullen heel wat inspanningen geleverd moeten worden om patiënten én beroepsbeoefenaars klaar te stomen om deze transitie te doorlopen. Een duidelijk gedragen visie omtrent digitale zorg vanuit de zorgvoorzieningen is een eerste uitdaging. Het impliceert een nieuwe manier van werken en brengt een cultuurverandering met zich mee.

De basis van deze oefening is gestoeld op vertrouwen. Het vertrouwen op de standvastigheid van dit digitale instrument waarin persoonlijke en vooral intieme en vertrouwelijke gegevens worden gecentraliseerd. De privacy van het individu moet worden veiliggesteld en gegarandeerd. Op dit ogenblik is er weinig informatie beschikbaar voor de zorggebruiker aangaande de beveiliging van de *clouds* die ter beschikking worden gesteld voor de zorgvoorzieningen.
We hopen in de toekomst op meer debat in Vlaanderen inzake de digitalisering van de gezondheidszorg.

Bemiddelingsboek - 3042

5. Patiënten met een niet aangeboren hersenletsel (NAH)

Dit jaar wensen we ook aandacht te vragen voor de groep patiënten met een NAH. Voor deze groep is er opvangcapaciteit te kort. Met als gevolg dat mensen met nood aan begeleiding niet kunnen worden opgevangen of worden doorverwezen naar diensten die niet de nodige hulp kunnen bieden en waar ze niet thuis horen. (vb jongere mensen naar Woon- en zorgcentra of door ernstige gedragsproblemen in permanente isolatie). Dit omdat de nodige budgetten vanuit het VAPH op zich laten wachten, omdat de toegang tot het VAPH moeilijk loopt en het opstarten van de juiste procedure specifieke kennis vereist die niet altijd en overal aanwezig is.
Dit probleem is aangekaart vanuit de ziekenhuizen aan het kabinet van minister Van Deurzen. In de nota worden vijf (d)evoluties beschreven. Deze (d)evoluties brengen schrijnende klachten met zich mee.
We merken in de praktijk ook dat niet elke afdeling of ziekenhuis de expertise heeft om VAPH dossiers op de voet te volgen. Dit is arbeidsintensief werk en vraagt ervaring. De ruime expertise is er niet altijd of in gelijke mate aanwezig bij de sociale diensten.

6. Samenwerking met Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Wij merken sinds enige tijd een grotere toename in het aantal klachten vanuit de centra geestelijke gezondheidszorg (CGG's), wat op zich een positieve evolutie is. Cliënten vinden meer en meer de weg naar de externe ombudsfunctie GGZ.

De wachtlijsten in de CGG's zijn gegroeid. Om deze groei in te perken, worden meer mensen geweigerd, op een wachtlijst gezet en wordt de doorlooptijd van een therapie ingekort. Redenen voor weigering worden aan betrokken cliënten amper of niet gecommuniceerd. Cliënten worden, na een soms heel lange wachttijd, van wachtlijsten gehaald en behoren plots niet meer tot de doelgroep van het CGG. Deze beslissing komt vaak arbitrair over en lijkt heel afhankelijk te zijn van de betrokken hulpverlener.

Wij pleiten voor meer duidelijkheid en transparantie in de opbouw van de wachtlijsten, de voorwaarden om op een CGG te kunnen beroep doen en vooral meer informatie bij het weigeren van cliënten. Om mensen op de wachtlijst enig houvast te geven raden wij ook aan regelmatig een stand van zaken te geven (de hoeveelste sta ik nu op de lijst, hoeveel bedraagt de wachttijd nog enz).

Ook de communicatie en samenwerking met de lokale CGG's naar aanleiding van klachten verloopt moeizaam en is medewerking tot bemiddeling vaak geen optie. Of er wordt zodanig veel weerstand geboden dat de cliënt zelf afhaakt of de communicatie vanuit de CGG's stopt plots.

Bemiddelingsboek - 3043

Psychiatrische ziekenhuizen opgenomen in het Vlaams Jaarverslag

Antwerpen, Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg – 998
Beernem, Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus – 982
Bierbeek, Universitair Psychiatrisch Centrum Sint- Kamillus – 975
Bilzen, Medisch Centrum Sint – Jozef -952
Boechout, Multiversum – 902
Boechout, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen – 936
Brugge, Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw – 963
Brugge, Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg – 987
Diest, Psychiatrische Kliniek Sint Annendael – 942
Duffel, Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel – 970
Eeklo, Psychiatrisch Centrum Sint-Jan – 956
Elsene, Psycho-sociaal Centrum Sint-Alexius – 997 (aanbevelingen vervat, gn cijfers)
Geel, Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel – 939
Genk, Kinderpsychiatrisch Centrum Genk – 989
Gent, Fusieziekenhuis Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain – 900
Gent, Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge, - 992
Grimbergen, Psychiatrische Kliniek Sint-Alexius – 944
Ieper, Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart – 961
Kortenberg, Universitair Centrum Sint-Jozef – 943
Kortrijk, Kliniek Heilige Familie – 528
Lanaken, Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem – 909
Lede, Psychiatrisch Centrum Ariadne – 988
Melle, Psychiatrisch Centrum Caritas - 959
Menen, Psychiatrisch Centrum Onze-Lieve-Vrouw van Vrede – 962
Mortsel, Multiversum – 902
Pittem, Kliniek Sint-Jozef, Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie – 901
Sint-Niklaas, Psychiatrisch Ziekenhuis en Revalidatiecentrum Sint-Hiëronymus – 918
Sint-Niklaas, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia – 960
Sint-Truiden, Psychiatrisch Ziekenhuis Asster – 991
Tienen, Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen – 947
Zoersel, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis – 937
Zottegem, Psychiatrisch Centrum Sint-Franciscus – De Pelgrim - 911

Werden voor het jaarverslag 2018 **niet** opgenomen:

Gent, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus - 930
Zelzate, Psychiatrisch Centrum Sint-Jan Baptist - 978

Bemiddelingsboek - 3044

Bemiddelingsboek - 3045

VVOVAZ
Vlaamse beroepsVereniging Ombudspersonen Van Alle Zorgvoorzieningen

Problematieken vanuit VVOVAZ ten aanzien van de Vlaamse ombudsman - jaarverslaggeving 2018

I. Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg

In de wet van de rechten van de patiënt staat omschreven dat de patiënt het recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening en dat deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid. Men dient uiteraard de nodige aandacht voor deze respectvolle bejegening naar de patiënten toe te behouden.

Tegelijk krijgen de ombudsdiensten ook regelmatig het signaal van zorgverleners of ziekenhuismedewerkers dat zij een tekort aan respect van de patiënt of diens familie ervaren.

Men krijgt verwijten over zich heen; men eist een bepaalde behandeling/opname/voorschrift/attest/… waarna men zich kwaad maakt of agressief uitlaat indien men het gevraagde niet bekomt.

Dat bovengenoemde elementen niet bijdragen tot een constructieve sfeer en zorgen voor een emotionele belasting bij alle partijen hoeft geen betoog. De manier waarop iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient daarom de nodige aandacht.

II. Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen

Patiënten hebben regelmatig verwachtingen van de spoeddienst die niet ingelost kunnen worden. Ze gaan er vanuit dat je er 'spoedig' voort geholpen wordt. Patiënten met langdurige of meerdere klachten willen zich via spoed laten opnemen om zo de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Patiënten denken via spoed sneller op een bepaalde dienst te geraken. Patiënten hopen op spoed een uitgebreid onderzoek en een diagnosestelling te krijgen. Patiënten hopen op een dringend tandartsconsult. Enzoverder…

Deze perceptie van de werking van een spoeddienst zorgt zowel bij patiënten als bij zorgverleners voor frustraties. De ombudsdiensten krijgen hierover ook regelmatig klachten. Hieruit blijkt dat veel patiënten denken dat het een eerstelijnsdienst is waar iedereen altijd terecht kan. Ze komen vaak met aandoeningen die eigenlijk in de eerste lijn door huisartsen kunnen behandeld worden. De klachten gaan over de wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultaties, of ontgoocheling omdat ze niet opgenomen worden.

Binnen de ziekenhuizen is er zeker een opdracht om patiënten correct te informeren. Doch op maatschappelijk niveau zou een campagne over een 'spoedgeval of niet?' duidelijkheid kunnen brengen en op die manier een aantal klachten en frustraties voorkomen

III. Maatregelen om meer patiëntgerichte werktijd vrij te maken in het belang van zorgvertrekkers en patiënten dringen zich op.

Er is nood aan meer informatie versus nood aan tijd om te communiceren

Een overgroot deel van de klachten en bedenkingen van patiënten maken melding van een tekort aan informatie. Dit is een bedenking die meer wordt geuit bij hospitalisatie dan in een setting van een raadpleging, waar de contacten persoonlijker en binnen een vast tijdsbestek kunnen verlopen.

Patiëntenrechten, accrediteringsvereisten, de evolutie naar mondige en actief participerende patiënten wordt langs verschillende zijden benadrukt. Iedereen is het er over eens dat patiënten recht hebben op empowerment om mee te bepalen wat zij wel en niet wensen in hun behandelings-en

verzorgingstraject. Het is evident dat zij om meer informatie vragen om deze beslissingen wel overwogen te kunnen maken.

Zorgverstrekker botsen van hun kant op het feit dat zij bij "veelvragende patiënten" onvoldoende tijd kunnen bieden om op een rustige manier in gesprek te gaan.

Artsen werken onder druk van raadplegingen, zaalrondes, spoedgevallen, administratieve verplichtingen, goed bijgehouden patiëntendossiers, vragen via telefoon en mail. Verpleegkundigen, steeds met minder hetzelfde werk doen lopen, tegen de frustratie aan dat zij onvoldoende aandacht kunnen vrijmaken voor deze belangrijke patiëntencontacten. Artsen, verpleegkundigen, paramedici zijn net deze mensen die kozen om mensen in nood bij te staan en zo goed mogelijk te begeleiden. De core van hun beroepskeuze en hun competentie komt onder druk en veroorzaakt spanning en stress.

Langs beide kanten van het verhaal zitten mensen die de situatie anders zouden willen zien en die vragen om meer tijd om samen gefundeerde keuzes te kunnen maken.

IV. Nood aan maatregelen inzake het ziekenvervoer

a. Dringend ziekenvervoer tussen ziekenhuizen valt tussen de regelingen van diverse instanties, zodoende wordt de patiënt geconfronteerd met vaak dure rekeningen De uitbreiding van de netwerking van de ziekenhuizen zal dit probleem nog verder doen toenemen

Het dringend ziekenvervoer vanuit het ziekenhuis blijft een groot probleem.
Mutas (een intermutualistisch project waarmee diverse ziekenfondsen samenwerken – voor 8.800.000 leden) – organiseert geen dringend vervoer o.a. met monitoring, zuurstof en/of onder begeleiding van een verpleegkundige of arts en verwijst voor dergelijk vervoer naar de dienst 100

De dienst 100 weigert meestal dergelijk transport, zij zien dit niet als dringend gezien de patiënt zich reeds binnen de ziekenhuismuren bevindt. Achterliggende regelgeving gebiedt hen ook de patiënt naar een dichtstbijzijnd behandelcentrum voor de betrokken pathologie te brengen dit vormt vaak niet het centrum dat tegemoet komt aan de keuze van de patiënt.
Tevens zijn de middelen ook hier beperkt waardoor de dienst 100 de interventiezone niet kan verlaten.

Met als gevolg dat patiënt zal terugvallen op een ambulancedienst waarvoor zijn ziekenfonds vaak geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt een dure rekening ontvangt waar het ziekenfonds en vaak ook de achterliggende hospitalisatieverzekeringen niet (of erg beperkt) in tussenkomen.

b. Niet-dringend ziekenvervoer waarbij de patiënt zuurstof, infuus, sondevoeding (+ andere verpleegkundige B1 handelingen) toegediend krijgt onder andere bij ontslag uit het ziekenhuis, transport naar het ziekenhuis of interhospitaal transport kan niet via Mutas worden geregeld.

Patiënt zal hierdoor terugvallen op ambulancediensten waarvoor zijn ziekenfonds geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt met duurdere rekeningen geconfronteerd wordt.