



BEMIDDELINGSBOEK 2019

Ombudsfunctie in Ziekenhuizen en Geestelijke Gezondheidszorg

3 maart 2020

Vlaamse
Ombudsdienst

Ombudsdiensten ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg

Overigens, is er ook meer nood aan ondersteuning bij al wat de Vlaamse Ombudsdienst nu al drie jaar op een rij leest doorheen 35.000 meldingen bij ombudspersonen in de ziekenhuizen en geestelijke gezondheid.

Maar eerst benadrukt de Vlaamse Ombudsdienst wel dat deze collega's allemaal samen de kern uitstralen van wat verzoenen via ombudswerk is. Met 7204 resultaten samen staan ze aan de top van de Vlaamse verzoeningslijst, met sprekende resultaten. Niet louter rond patiëntenrechten maar zij zorgen ook voor erelonen die aangepast worden of wegvallen. Ze lossen lawaaihinder in de ziekenhuisomgeving op en zorgen er mee voor dat ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheid worden ingezet.

Wel herhalen zij heel wat aandachtspunten uit 2018: respect voor elkaar rond het ziekenhuisbed is soms ver te zoeken, het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst en onaangename financiële verrassingen.

Klachten over facturen zijn opnieuw prominent aanwezig, met onverwachte ereloonsupplementen als boosdoener. Ziekenhuizen die er zich vanaf maken door een opnameverklaring met kleine lettertjes te laten aftekenen kunnen daarbij beter een voorbeeld nemen aan collega's die actief werken aan het voorkomen van dit soort klachten.

Te denken valt dan aan een expliciete vermelding van mogelijke kosten bij het maken van afspraken, aan een herinnerings-sms daarover voor opname of aan de mogelijkheid tot voorafgaandelijke kostenramingen bvb. voor labo-onderzoeken. Indien mogelijk is er binnen één discipline steeds minstens één geconventioneerde arts.

De hoge facturen bij (interhospitaal-) ziekenvervoer zijn zo mogelijk nog moeilijker te verteren dan onverwacht hoge ziekenhuisfacturen. In quasi alle rapporten komt dit thema naar voor. Terugbetalingsregelingen zijn verschillend per mutualiteit (en soms zelfs intern binnen dezelfde mutualiteit). Zo wordt het voor medewerkers heel moeilijk om hierover juiste informatie te geven.

In 2019 wordt expliciet aandacht gevraagd voor meer sensibilisering van de patiënt over het elektronisch patiëntendossier. Ombudsdiensten rapporteren dat ze hier meer en meer vragen over krijgen: wie heeft toegang tot mijn dossier en waarom – kan ik elementen uit mijn dossier laten schrappen? Andersom melden ombudsdiensten ook dat beroepsbeoefenaars zich verschuilen achter de wet op de privacy.

De externe ombudsdiensten geestelijke gezondheidszorg rapporteren een totaal van 2.651 meldingen voor het werkjaar 2019. Samengeteld met de meldingen bij interne ombudsdiensten komt dit op 3.201 meldingen. Uit alle meldingen distilleerden zij een tiental aanbevelingen en uitdagingen (Vlaams Bemiddelingsboek ziekenhuisombudsdiensten vanaf p. 36).

De vraag naar een sterker mandaat voor de ombudspersonen blijft een stevig aandachtspunt. Er is sprake van hoge werkdruk; onrustwekkend wordt het wanneer ombudspersonen signaleren nog steeds geen onvoorwaardelijke toegang te hebben tot bepaalde afdelingen/instellingen.

**EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

VLAANDEREN • 2019

**JAARVERSLAG
EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

VLAANDEREN

registratieperiode van 1 januari t.e.m. 31 december 2019

Tom Engelen

**Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Provincie Vlaams-Brabant**

**in samenwerking met de
externe ombudspersonen GGZ
Vlaanderen en Brussel
Februari 2020**

INHOUD

INLEIDING	6
1. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ	8
2. STRUCTUREEL OVERLEG	10
3. TRANSITIE OVERLEGPLATFORMS	11
4. AANMELDINGEN: CIJFERS VLAANDEREN	14
5. KORTE TOELICHTING CIJFERS VLAANDEREN	33
6. AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN 2019	34
7. PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN OPGENOMEN VLAAMS JV	40

INLEIDING

Dit verslag is het zestiende jaarlijkse overzicht van alle aanmeldingen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg die in de loop van 2019 werden gericht aan de externe ombudspersonen van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg.

In dit rapport vergelijken we de aanmeldingen van 2019 met die van 2018, bundelen we de aanmeldingen per provincie en krijgen we aldus 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.

*Voor tal van samenwerkingsverbanden beschut wonen, psychiatrische verzorgings-
tehuizen, centra geestelijke gezondheidszorg en voorzieningen met RIZIV-conventie
blijft het aantal aanmeldingen dermate gering dat een afzonderlijk jaarverslag niet
zinvol is.*

De voorgeschiedenis van de ombudsfunctie is ondertussen 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 alleen de vergelijking gemaakt tussen 2019 en 2018. Wie de evolutie op langere termijn in detail wil volgen, kan 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 ondertussen gelegd. Voor de andere types voorzieningen blijft het zoeken naar een gepaste benadering, waarbij rekening moet worden gehouden met budgettaire mogelijkheden en andere factoren (zoals bvb. afstanden, aantal voorzieningen, aantal campussen...). Vanaf 2013 werd de ombudsfunctie ook aangeboden aan de mobiele teams in het kader van de projecten art. 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 relevante regelgeving vindt men op www.ombudsfunctieggz.be onder "Wet- en regelgeving". De inhoudelijke visie en basisprincipes van het ombudswerk in de GGZ vindt men onder "Wat en hoe?" (*visietekst, gedragscode, overeenkomst, huishoudelijk reglement, traject aanmelding en andere praktische tools*).

Tussen de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg en de psychiatrische ziekenhuizen werd bij de opstart van de externe ombudsfunctie een overeenkomst afgesloten. Het geactualiseerd huishoudelijk reglement werd in 2017 overgemaakt aan de voorzieningen.

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 meldingen, het voorwerp van de meldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersonen 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 effectief een klacht en is een patiënt ontevreden over de zorgverlening, of voelt deze zich geschonden in zijn of haar patiëntenrechten.

Het verwerken van de meldingen gebeurt door middel 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. Zo proberen we de soms zeer uiteenlopende vragen die ons bereiken duidelijk in kaart te brengen. Dit systeem geeft een overzicht van alle meldingen in de verschillende voorzieningen waar de ombudspersoon werkzaam is.

Na uitgebreide feedback vanuit de ombudsfunctie worden de eerste verkennende stappen gezet voor de ontwikkeling van een opvolger voor het verouderde Go-Between systeem, dat zich nog moeilijk laat aanpassen aan de werkmethoden en technische noden van vandaag. De voornaamste vereisten voor dit nieuwe systeem zijn verhoogde gebruiksvriendelijkheid, platformafhankelijkheid (o.a. naar mobiele apparaten toe) en uitgebreide mogelijkheden op vlak van (zelf)beheer.

1. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ

Bij het tot stand komen van de Wet Patiëntenrechten op 22 augustus 2002 werd de basis gelegd van de ombudswerking GGZ. De praktijk van de externe ombudsfunctie in de GGZ is doorheen de jaren een betekenisvol kanaal en een krachtig medium gebleken in de verbinding tussen zorgvrager en zorgaanbieder, niet in het minst dankzij de deskundigheid, kennis en ervaring van elk van de onafhankelijke ombudspersonen GGZ op het terrein.

De onafhankelijke en gespecialiseerde ombudsfunctie binnen de GGZ versterkt zowel de kwetsbare cliënt in diens ontwikkeling t.a.v. de relatie met de hulpverlener, alsook de kwaliteit van de zorgaanbieder — wat op zijn beurt een positief effect heeft op de algemene patiëntentevredenheid.

De verslaggeving van de externe ombudsfunctie Vlaanderen van de voorbije vijftien jaar toont aan dat diens onafhankelijke karakter en onpartijdigheid voor de patiënt essentiële voorwaarden zijn om beroep te kunnen doen op deze dienst, gezien de kwetsbare positie van de doelgroep. Voor heel wat patiënten binnen de GGZ is het belangrijk dat zij informatie kunnen vragen en hun ongenoegen kunnen uiten bij een gekende ombudspersoon, die laagdrempelig werkt en onafhankelijk is van de betrokken zorgverlener/voorziening waarop zij beroep doen, maar er wel bemiddelingsruimte heeft.

Lokale verankering van de externe ombudswerking binnen de voorzieningen GGZ is dus essentieel voor een vertrouwelijke en professionele samenwerking, en verbetering van de zorgkwaliteit. Door structureel overleg met de betrokken voorzieningen op te nemen, verbetert men op relatief korte termijn de kwaliteit van de zorg. Binnen deze optiek worden klachten gezien als waardevolle feedback, en een uitnodiging tot dialoog en verbetering.

Vandaag staat het consensusmodel centraal in de werking van de externe ombudsfunctie GGZ. Vanuit de neutrale en onafhankelijke positie van de externe ombudspersoon wordt steeds vertrokken vanuit een meerzijdige partijdigheid, met focus op het herstel van een duurzame dialoog tussen patiënt en hulpverlener. Door te bemiddelen op hetzelfde niveau als waar de klacht zich bevindt wordt verdere escalatie voorkomen en de gelijkwaardige samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterkt.

Het is m.a.w. de opdracht van de ombudspersoon om bij een aanmelding te streven naar een aanvaardbare oplossing voor alle 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. Soms is dit een subjectief gegeven en volstaat de nodige toelichting door een ombudspersoon. In andere gevallen is de ontevredenheid gegrond, en is er mogelijk ook sprake van een schending van de patiëntenrechten.

De ombudspersoon zal in eerste instantie een analyse maken door te luisteren naar de aanmelder, deze te informeren (o.a. over relevante processen, richtlijnen en eventueel wetgeving) en aldus helpen de situatie in het juiste perspectief te plaatsen, om uiteindelijk een gepaste en correcte oplossing te kunnen vinden. De aanmelder kan 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, door middel van ongehinderd contact met alle betrokken personen en/of diensten. Gedurende het verloop van de procedure verzorgt de ombudspersoon de opvolging, terugkoppeling en informatie aan de aanmelder.

Indien er via bemiddeling geen oplossing bereikt kan worden zal de ombudspersoon de aanmelder informeren over andere mogelijkheden voor de afhandeling van diens aanmelding, en indien mogelijk voor een doorverwijzing zorgen.

Naar de overheid toe is het voornaamste doel van de ombudsfunctie om de rechtspositie van de gebruiker in de gezondheidszorg te handhaven en te versterken.

De externe ombudsfunctie tracht een laagdrempelig, toegankelijk en onafhankelijk extern aanspreekpunt te bieden waar de zorggebruiker met alle klachten, vragen en bedenkingen terecht kan, en waar men steeds in samenspraak met de zorggebruiker naar oplossingen zoekt door de dialoog aan te gaan met andere 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 bemiddeling. De bemiddeling omvat het aanhoren van de aanmelder, alsook het informeren en begeleiden van de patiënt in de dialoog met de betrokken hulpverlener. Deze methode is gericht op activering, verduidelijking en verheldering, en tenslotte herstel van de zorgrelatie en -communicatie.

De ombudsfunctie baseert zich op de voorgeschreven basisprincipes: onafhankelijk en laagdrempelig, vertrouwelijk en neutraal, gebonden aan beroepsgeheim, respectvol, empathisch en gelijkwaardig.

2. STREVEN NAAR STRUCTUREEL OVERLEG

In samenspraak met de externe ombudsen GGZ is geopteerd voor een systematische, structurele aanpak verankerd in de interne kwaliteitsmethodiek, waarbij op korte termijn een antwoord kan geboden worden op bemerkingen, vragen en klachten vanwege patiënten (in opname of ambulant). De taken en verantwoordelijkheden van de interne betrokken actoren zijn hierin specifiek vastgelegd, zodat het "zorg op maat" principe gericht en op afdelingsniveau geïmplementeerd wordt.

In voorbije jaren werden op basis van aanmeldingen en verkregen feedback (allen anoniem) verschillende structurele maatregelen getroffen ter verbetering van de zorgkwaliteit.

Zo wordt er enkele keren per jaar een overleg gehouden met verschillende actoren binnen een voorziening (afhankelijk van hun beschikbaarheid).

Alle vragen, gevoeligheden, klachten en bedenkingen worden systematisch gebundeld en besproken. De hieruit voortvloeiende adviezen, voorstellen en antwoorden worden vervolgens omgezet in concrete maatregelen, gaande van kleine en veelal preventieve interventies op korte termijn, tot uitgebreide processen van een jaar of langer die mogelijk ondersteuning van de overheid of wetgever vereisen.

Aangeduide verantwoordelijken volgen de ontwikkelingen op en monitoren het proces. Hierbij wordt afgetoetst met de externe ombudspersoon of bepaalde aanmeldingen zich herhalen of niet. De externe ombudspersonen GGZ blijven deze aanpak stimuleren op lokaal niveau.

Zo kan er kort op de bal worden gespeeld op vlak van interne en externe informatie-uitwisseling (bvb. Op vlak van "good practices"), onderlinge communicatie, en het oplossen van procesmatige problemen wanneer deze de kop opsteken.

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:

- Fusie van de provinciale platformen in een vzw op Vlaams niveau, met coördinatie gericht op het uniformiseren, harmoniseren en professionaliseren van de ombudswerking, en op het creëren van een uniform aanbod (qua beschikbaarheid, bereikbaarheid enz.) voor aanmelders.
- Project Innoverende praktijk ombudswerking 2019-2020: verkennen en 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.

Fusie provinciale overlegplatformen tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (OGGPA vzw, SPIL vzw, PopovGGZ vzw, Logistiek Vlabo vzw en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw), met terugwerkende kracht gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert.

Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband).

Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

Project Innoverende praktijk ombudswerking

Eind 2018 werd door de Vlaamse overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid) een project "Innoverende praktijk ombudswerking" goedgekeurd.

Dit project wil op termijn de strategische doelstelling van het Vlaamse Overlegplatform Geestelijke Gezondheid inzake externe ombudsfunctie realiseren: Het organiseren voor elke gebruiker van de GGZ van een goed toegankelijke externe, onafhankelijke ombudsfunctie.

Het project zal lopen over 2 jaar (2019-2020). Vanuit de projectopdracht werden volgende doelen geformuleerd:

1. Actief verzamelen van input van zowel de zorggebruikers als de zorgverleners.
Oriënteringsfase: input vergaren d.m.v. de organisatie van interviews en focusgroepen.
2. Uitbouwen van een innovatieve ombudspraktijk.
Deze actie houdt het opmaken en uittesten van een juridisch onderbouwde visietekst en richtlijnen voor de externe ombudsfunctie in over het omgaan met aanmeldingen/klachten bij minderjarigen.
3. Verbetering van communicatietools en bekendmaking externe ombudsfunctie.
De werking van de externe ombudsfunctie GGZ wordt aangepast en toegankelijk gemaakt voor minderjarigen.
4. Sensibilisering en bekendmaking van de externe ombudsfunctie.
De externe ombudsfunctie zal structureel uitgebreid toegelicht worden tijdens teamvergaderingen. Vanuit onze werking bieden wij een professioneel en praktijkgericht vormingsaanbod.
5. Structureel informatiemomenten organiseren voor de doelgroep.
Op regelmatige basis kennismakingsmomenten inplannen, zowel in de residentiële settings als de ambulante en mobiele.

Verskillende ervaren ombudspersonen zijn ingezet om in 3 regio's het project gestalte te geven

- 1 x 0,4 VTE met specifieke opdracht om in één pilootregio externe ombudsfunctie voor **volwassenen in ambulante en mobiele settings** waar te nemen en een innovatief project te realiseren
- 1 x 0,2 VTE stafmedewerker
- 2 x 0,2 VTE met specifieke opdracht om in twee pilootregio's de externe ombudsfunctie in settings voor **kinderen en jongeren** waar te nemen en een innovatief project te realiseren.

Realisaties tot dusver:

- Explorerende gesprekken met belangrijke stakeholders:
 - Aan de hand van onderzoeksvragen werden gesprekken gevoerd met relevante stakeholders vanuit verschillende perspectieven, zoals onder meer familieplatform, jongerenwelzijn, Awel, ...

- Er werd een avond georganiseerd met ervaringsdeskundige jongeren i.s.m. Cachet en Esperto.
- Deelname aan het tweedaagse congres kinderpsychiatrie in Leuven.
- Verschillende overlegmomenten met (vertegenwoordigers van) organisaties met het oog op verdere samenwerking. In 2020 zal worden verdergewerkt vanuit de afspraken gemaakt in de voorbije maanden (bvb. week van de GG in het Overkophuis). Zo zijn er explorerende gesprekken geweest met o.a. Centra voor geestelijke gezondheidszorg en Mobiele teams over de huidige invulling van de externe ombudsfunctie GGZ in de ambulante en mobiele setting. Daarnaast is er op 15 februari een overleg met ervaringsdeskundigen via cliëntenbureau Het Pakt. Er werd ook een overzicht gemaakt van de informatie over de ombudsfunctie en patiëntenrechten zoals gevonden op websites binnen de ambulante en mobiele setting.
- Er is actief in de literatuur gezocht naar *good practices* in het eigen land en over de grenzen heen die mogelijks toepasbaar kunnen zijn in relevante settings. Op basis van bestaande literatuur aan wetgeving en wetenschappelijke artikels werd een analyse gemaakt om tot een overzicht van onderzoeksvragen en dilemma's te komen. Hieruit werd ook duidelijk wie verder bevraagd moet worden en/of deelnemen aan de focusgroepen.
- Organisatie van focusgroepen:
 - Voor de setting kinderen & jongeren worden 2 focusgroepen georganiseerd (28 januari 2020 en 3 maart 2020) waarbij een vertegenwoordiging vanuit vele perspectieven aanwezig zal zijn. Deze perspectieven zijn: jongeren, ambulante zorg, residentiële zorg, ombudsfunctie, familie, jongerenwelzijn, pedagogisch, medisch en juridisch. In het najaar ging al een eerste maal een stuurgroep door. De volgende stuurgroep is gepland in maart.
 - Voor de setting volwassenen in ambulante en mobiele zorg worden 2 focusgroepen georganiseerd in de periode april/ mei 2020 waarbij een vertegenwoordiging vanuit verschillende perspectieven aanwezig zal zijn zoals juridisch perspectief, ethisch perspectief, medisch perspectief, perspectief vanuit Centra geestelijke gezondheidszorg en Mobiele teams.
- Visievorming:
Op basis van bovenstaande acties zal een visie ontwikkeld worden die een basis is voor de verdere uitwerking van de innovatieve praktijk.

4. AANMELDINGEN 2019

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 01/01/2019, de laatste op 31/12/2019.

Uiteraard waren een aantal van deze aanmeldingen nog niet afgesloten op 31/12/2019. De hieronder vermelde cijfers zijn een momentopname (d.d. 28/01/2020); latere aanvullingen zijn nog steeds mogelijk.

Het **totaal aantal aanmeldingen** voor 2019 bedraagt 2651, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 2643.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	2571	2789	2445	2651
aanmelders	1740	1902	1721	1836

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

4A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	2445		2651	
aanmelders	1721		1836	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	1689	74,93	1740	75,42
<i>binnen de week</i>	470	20,85	461	19,98
<i>binnen de twee weken</i>	47	2,08	61	2,64
<i>binnen de vier weken</i>	25	1,10	28	1,12
<i>later dan vier weken</i>	23	1,02	17	0,73
totaal	2254	100	2307	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	319	12,39	321	12,19
<i>1 contact</i>	1559	60,56	1471	55,86
<i>2 contacten</i>	479	18,60	542	20,58
<i>3 contacten</i>	128	4,97	174	6,60
<i>meer dan 3 contacten</i>	89	3,45	125	4,74
totaal	2574	100	2633	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	15		12	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	14		18	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	2495		2643	

Bij de verwijzing naar een andere ombudspersoon betreft het 3 keer een interne ombudspersoon GGZ, 2 keer een externe ombudspersoon GGZ van een ander overlegplatform, 6 keer een ombudspersoon van een algemeen ziekenhuis, 4 keer de federale ombudspersoon en 3 keer een andere ombudsdienst.

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

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	2082	80,88	2133	81,01
groep patiënten	197	7,65	188	7,14
andere	295	11,46	312	11,84
totaal	2574	100	2633	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	1102	53,00	1199	56,23
vrouw	968	46,56	930	43,62
onbekend	9	0,43	3	0,14
totaal	2079	100	2132	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	33	16,75	46	24,46
3 personen	22	11,16	9	4,78
4 personen	23	11,67	25	13,29
meer dan 4 personen	119	60,40	108	57,44
totaal	197	100	188	100
grootste groep	21		22	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familielid/partner	258	87,75	255	81,73
kennis	2	0,68	8	2,56
personeelslid	23	7,82	26	8,33
andere	11	3,74	23	7,37
totaal	294	100	312	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	36	12,28	35	11,29
als vertrouwenspersoon	73	24,91	63	20,32
ten persoonlijke titel	184	62,79	212	68,38
totaal	293	100	310	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	126	42,71	132	42,30
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	50	16,94	52	16,66
terugkoppeling was niet mogelijk	84	28,47	94	30,12
terugkoppeling was niet nodig	35	11,86	34	10,89
totaal	295	100	312	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	1777	69,09	1793	68,14
neen	795	30,90	838	31,85
totaal	2572	100	2631	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	540	67,92	604	72,07
dit jaar binnen een andere voorziening	24	3,01	21	2,50
vorige jaren binnen deze voorziening	200	25,15	182	21,71
vorige jaren in andere voorziening	31	3,89	31	3,69
totaal	795	100	838	100

4B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	937	36,40	983	37,33
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	587	22,80	610	23,16
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	1050	40,79	1040	39,48
totaal	2574	100	2633	100

Initieel verzoek betreft:

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	322	12,50	370	14,05
vraag tot interventie	1539	59,79	1495	56,77
vraag tot signalering	362	14,06	445	16,90
vraag naar een luisterend oor	351	13,63	323	12,26
totaal	2574	100	2633	100

Vraag tot interventie betreft:

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	112	7,29	104	6,95
vraag om een ander soort akkoord	1424	92,70	1391	93,04
totaal	1536	100	1495	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	1009	39,26	1214	46,14
neen	951	37,00	889	33,78
werd niet bevraagd	610	23,73	528	20,06
totaal	2570	100	2631	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	962	95,43	1147	94,48
formele interne klachtenprocedure	13	1,28	11	0,90
interne ombudsfunctie	16	1,58	17	1,40
extern	17	1,68	39	3,21
totaal	1008	100	1214	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	107	11,25	96	10,82
durfde niet	161	16,92	162	18,26
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	683	71,81	629	70,91
totaal	951	100	887	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	46	1,78	64	2,43
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	2161	83,95	2153	81,80
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	313	12,16	353	13,41
niet van toepassing	40	1,55	54	2,05
andere	14	0,54	8	0,30
totaal	2574	100	2632	100

4C. 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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	2391	92,89	2403	91,26
algemene vraag los van patiëntenrecht	183	7,10	230	8,73
totaal	2574	100	2633	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	8	4,37	8	3,47
juridisch	31	16,93	29	12,60
financieel	18	9,83	29	12,60
tewerkstelling	3	1,63	4	1,73
huisvesting	6	3,27	14	6,08
levensverhaal	84	45,90	84	36,52
patiëntenrechten	9	4,91	10	4,34
andere	24	13,11	52	22,60
totaal	183	100	230	100

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

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	185	7,18	227	8,62
psychiater	483	18,76	532	20,20
huisarts	28	1,08	13	0,49
andere arts	20	0,77	16	0,60
apotheker	3	0,11	5	0,18
verpleging	376	14,60	387	14,69
persoonlijke begeleider	80	3,10	83	3,15
sociale dienst	85	3,30	90	3,41
psycholoog	65	2,52	41	1,55
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	55	1,98	56	2,12
diëtist	2	0,07	2	0,07
multidisciplinair team	696	27,03	680	25,82
administratieve dienst	41	1,59	32	1,21
technische dienst	72	2,79	89	3,38
voedingsdienst	159	6,17	109	1,13
poetsdienst	14	0,54	22	0,83
directie	83	3,22	106	4,02
bewindvoerder	39	1,51	44	1,67
ombudspersoon	38	1,47	24	0,91
andere	67	2,60	75	2,84
totaal	2574	100	2633	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	1897	79,37	1913	79,60
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	43	1,79	50	2,08
3. informatie	84	3,51	86	3,57
4. geïnformeerde toestemming	163	6,82	154	6,40
5. inzage patiëntendossier	89	3,72	83	3,45
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	75	3,43	83	3,45
7. klachtenbemiddeling	19	0,79	11	0,45
8. wettelijke vertegenwoordiger	2	0,08	1	0,04
9. vertrouwenspersoon	12	0,50	10	0,41
10. pijnbestrijding	6	0,25	12	0,49
totaal	2390	100	2403	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	241	12,70	256	13,38
1.2. goede behandeling/begeleiding	688	36,26	686	35,85
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	158	8,32	182	9,51
1.4. goede hotelservice	433	22,82	432	22,58
1.5. betalende diensten	21	1,10	31	1,62
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	123	6,48	113	5,90
1.7. beschermende maatregelen	233	12,28	213	11,13
totaal	1897	100	1913	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	56	23,23	63	24,60
correcte omgangsvormen	146	60,58	153	59,76
grensoverschrijdend gedrag	28	11,61	15	5,85
andere	11	4,56	25	9,76
totaal	241	100	256	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	6	0,87	13	1,89
somatische verzorging	83	12,06	62	9,03
medicatie	28	4,06	41	5,97
individuele therapie	88	12,79	83	12,09
groepstherapie	23	3,34	41	5,97
voldoende beschikbaarheid	123	17,87	122	17,78
betrokkenheid familie	71	10,31	41	5,97
start opname/behandeling/begeleiding	46	6,68	52	7,58
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	109	15,84	127	18,51
overplaatsing naar andere afdeling	30	4,36	29	4,22
overplaatsing naar een andere voorziening	37	5,37	43	6,26
andere	44	6,39	32	4,66
totaal	688	100	686	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	1	2,17	3	5,76
geweigerd	15	32,60	32	61,53
andere	30	65,21	17	32,69
totaal	46	100	52	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	71	65,13	92	73,01
geweigerd	8	7,33	11	8,73
andere	30	27,52	23	18,25
totaal	109	100	126	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	10	33,33	11	37,93
geweigerd	8	26,66	7	24,13
andere	12	40,00	11	37,93
totaal	30	100	29	100

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	10	27,02	16	37,20
geweigerd	20	54,05	11	25,58
andere	7	18,91	16	37,20
totaal	37	100	43	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	62	39,24	85	56,70
groepsleven	51	32,27	64	35,16
ontspanning/vrije tijd	13	8,22	6	3,29
weekend- en verlofregeling	24	15,18	23	12,63
andere	8	5,06	4	2,19
totaal	158	100	182	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	168	38,79	123	28,47
infrastructuur/accommodatie	148	34,18	178	41,20
hygiëne	18	4,15	28	6,48
veiligheid persoon	27	6,23	38	8,79
veiligheid goederen	67	15,47	55	12,73
andere	5	1,15	10	2,31
totaal	433	100	432	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	3	14,28	3	9,67
winkel	1	4,76	-	-
wasserij	7	33,33	11	35,48
publifoon	-	-	2	6,45
andere	10	47,61	15	48,38
totaal	21	100	31	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	41	33,33	28	24,77
opbouw inkomen	3	2,43	4	3,53
zakgeld	17	13,82	8	7,07
bestedingsautonomie	10	8,13	18	15,92
bewindvoering	34	27,64	41	36,28
verzekeringen	13	10,56	4	3,53
andere	5	4,06	10	8,84
totaal	123	100	113	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	28	12,01	8	3,75
beperkte bewegingsvrijheid	51	21,88	55	25,82
afzondering	38	16,30	30	14,08
fixatie	11	4,72	11	5,16
gedwongen opname	89	38,19	88	41,31
internering	5	2,14	6	2,81
andere	11	4,72	15	7,04
totaal	233	100	213	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	24	55,81	29	58,00
psycholoog	1	2,32	4	8,00
persoonlijk begeleider	13	30,23	7	14,00
andere	5	11,82	10	20,00
totaal	43	100	50	100

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	20	23,80	27	31,39
duur	3	3,57	1	1,16
kosten	3	3,57	8	9,30
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	7	8,33	7	8,13
alternatieven	7	8,33	3	3,48
andere	44	52,38	40	46,51
totaal	84	100	86	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019		
	n	%	n	%	
medicatie	informatie	6	3,68	10	6,49
	toestemming	60	36,80	60	38,96
behandeling/begeleiding	informatie	14	8,58	18	11,68
	toestemming	77	47,23	62	40,25
andere	informatie	1	0,61	-	-
	toestemming	5	3,06	4	2,59
totaal		163	100	154	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	9	10,11	10	12,04
inzage/afschrift dossier	80	89,88	73	87,95
totaal	89	100	83	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medisch luik	inzage	1 1,26	-	-
	afschrift	10 12,65	4	5,47
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-
	afschrift	3 3,79	3	4,10
volledig dossier	inzage	11 13,92	10	20,54
	afschrift	44 55,69	48	65,75
andere	inzage	1 1,26	-	-
	afschrift	9 11,39	3	4,10
totaal		79 100	73 100	

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	29	38,66	31	37,34
persoonlijke overtuiging	2	2,66	2	2,40
briefgeheim	6	8,00	1	1,20
territoriale privacy	24	32,00	24	28,91
mondelijke indiscretie	7	9,33	15	18,07
andere	7	9,33	10	12,04
totaal	75	100	83	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	2	10,52	-	-
bemoeilijkt	4	21,05	4	36,36
gesanctioneerd	1	5,26	-	-
informatie	10	52,63	4	36,36
andere	2	10,52	3	27,27
totaal	19	100	18	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	1	50,00	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	50,00	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	1	10,00
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	9	75,00	9	90,00
andere	3	25,00	-	-
totaal	12	100	10	100

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	2	33,33	5	41,66
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	3	50,00	4	33,33
andere	1	16,66	3	25,00
totaal	6	100	12	100

4D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (2643).

De **interventie** van de ombudspersoon is bij heel wat meldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het ombudswerk, en soms verlangt de patiënt niet meer dan dat. 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 rechtstreekse betrokkene(n), soms aan de directie van de voorziening.

De categorieën in volgende tabel dienen dan ook volgens dit stramien te worden geïnterpreteerd. We registreren slechts de belangrijkste interventie, niet de "aanloop" ernaartoe.

Hoofdiventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	261	10,46	179	10,56
doorverwijzen intern	32	1,28	73	2,76
doorverwijzen extern	42	1,68	32	1,21
informeren	311	12,46	308	11,66
signaleren	533	21,37	736	27,87
coachen	253	10,14	268	10,15
bemiddelen	1062	42,58	944	35,75
totaal	2494	100	2640	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	195	18,36	204	21,63
ombudspersoon zonder patiënt	867	81,63	739	78,36
totaal	1062	100	943	100

4E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	1047	42,04	851	32,22
<i>binnen de week</i>	753	30,24	802	30,36
<i>binnen de twee weken</i>	273	10,96	328	12,41
<i>binnen de vier weken</i>	171	6,86	303	11,47
<i>later dan vier weken</i>	246	9,87	357	13,51
totaal	2490	100	2641	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	47		55	

Het is soms moeilijk af te lijnen wanneer een aanmelding definitief is afgehandeld, zeker in gevallen waar er geen feedback is. Het afsluiten gebeurt soms na het wekelijks bezoek aan het ziekenhuis, soms bij het registreren. En soms ontvangt de ombudspersoon achteraf nog bijkomende informatie. De cijfers in de vorige tabel geven dan ook slechts een indicatie van hoeveel **tijd** de afhandeling van aanmeldingen doorgaans beslaat.

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 over 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".

Een betrouwbaar, praktisch instrument om deze tevredenheid rechtstreeks bij de betrokkene te kunnen bevragen is momenteel niet voorhanden. Voor een regelmatige en nuttige evaluatie van de ombudsfunctie —door zowel personeel en ziekenhuis als door de zorggebruiker zelf— blijft de ontwikkeling hiervan echter wenselijk.

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	967	38,80	1060	40,16
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	429	17,21	526	19,93
ontevredenheid patiënt	211	8,46	223	8,45
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	37	1,48	61	2,31
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	97	3,89	47	1,78
ontevredenheid patiënt	24	0,96	21	0,79
geen feedback	727	29,17	701	26,56
totaal	2492	100	2375	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1294	51,92	1490	56,46
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	346	13,88	307	11,63
ontevredenheid patiënt	34	1,36	25	0,94
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	70	2,80	82	3,10
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	85	3,41	51	1,93
ontevredenheid patiënt	5	0,20	2	0,07
geen feedback	658	26,40	682	25,84
totaal	2492	100	2639	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	2	2,98	1	1,03
orde geneesheren	-	-	3	3,09
advocaat	26	27,08	22	22,68
inspectie	-	-	5	5,15
vrederechter	3	3,12	7	7,21
andere rechtbank	2	2,08	2	2,06
ziekenfonds	10	10,41	5	5,15
andere	53	55,20	52	53,60
totaal	96	100	97	100

5. KORTE TOELICHTING CIJFERS VLAANDEREN 2019

- 2651 aanmeldingen in 2019 komen van 1836 aanmelders.
- We stellen een lichte stijging van het aantal aanmeldingen vast t.o.v 2018 (van 2588 naar 2651, dus +2,43%).
- **95,4%** van de aanmeldingen kregen een 1^e gehoor **binnen de week**. 75% van de aanmeldingen kan binnen 2 weken na het eerste contact worden afgesloten.
- Bij meer dan drie kwart van de aanmeldingen was er **minstens 1 persoonlijk** contact (**87,78%**).
- Het aantal aanmeldingen waarbij er **geen face to face** contact was, is quasi gelijk gebleven (van 12,39% in 2018 naar 12,19% in 2019).
- Van de aanmeldingen die niet door de patiënt zelf werden geïnitieerd, kwam **81,73%** van familieleden, een lichte daling t.o.v. 2018 (87,75%)
- Het aantal aanmelders dat expliciet om een **interventie** vraagt is licht gedaald (van 59,79% in 2018 naar **56,77%** in 2019).
- **33,78%** van de aanmelders heeft **geen eerdere stappen** ondernomen, noch formeel, noch informeel. Dit is een lichte daling in vergelijking met 2018 (37%)
- **70,91%** van het totaal aantal aanmelders geeft aan bewust te kiezen voor een onafhankelijke benadering van hun vraag of klacht. (In 2018: 71,81%)
- **81,80%** van de aanmelders doet beroep op de onafhankelijke ombudsfunctie **tijdens hun behandeling/opname**. (In 2018: 83,95%)
- **Kwaliteitsvolle dienstverlening** (79%), **Informed Consent**, vraag naar **Informatie** en inzage & afschrift **EPD** blijven samen de belangrijkste categorieën. (Onder het luik kwaliteitsvolle dienstverlening vallen o.a. goede behandeling, hotelservice en beschermende maatregelen.)
- **Bemiddelen** blijft de belangrijkste vorm van interventie (35,75%), naast het **signaleren** (27,87%), **informer** (11,66%), **coachen** en **luisteren**.
- Ongeveer 2 op 5 aanmelders geven aan bewust te kiezen voor een onafhankelijke benadering van hun vraag of klacht.

6. AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN 2019

1. Modaliteiten, werkingsmiddelen en mankracht

De huidige werkdruk (meer specifiek: het aantal voorzieningen waar een ombudspersoon verantwoordelijk voor is) vormt nog te vaak een hinderpaal bij:

- het voldoende tijd kunnen nemen voor het opvolgen van meldingen (o.a. voorbereiden van bemiddelings-gesprekken en het betrekken van de context)
- het preventief kunnen werken en informeren rond patiëntenrechten
- tijdsintensieve acties, bv. deelname aan denkrondes over patiëntenrechten, het agenderen van problematieken op verschillende niveaus (bv. op beleids- en mesoniveau)

Deze situatie laat daarenboven weinig ruimte voor o.a. projectmatig werken, bijscholing, deelname aan werkgroepen (bvb rond ethiek), ...

2. Organisatorische knelpunten

- Behoeft aan een vast aanspreek- en coördinatiepunt voor de ombudswerking m.b.t. opvolging van intervisie, supervisie, vormingen, wetgeving en algemene informatie over de evolutie van het werkveld. Deze functie wordt nu al deels gerealiseerd maar er is nood aan een verdere uitbouw (bijkomende investeringen nodig).
- Behoeft aan een geactualiseerd registratiesysteem voor het registreren van meldingen.
- Een gebrek aan back-up en opvolging bij uitval of ziekte van een ombudspersoon, wat nefaste gevolgen kan hebben op het vlak van continuïteit.
- De ggz-ombudsfunctie van het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid wordt gefinancierd via 2 kanalen:
 - een rechtstreeks financiering vanuit de Vlaamse overheid aan het OPGG;
 - een bijdrage vanuit de psychiatrische ziekenhuizen die een aparte subsidie ontvangen van de federale overheid voor de organisatie van de ombudsfunctie in het ziekenhuis.

Sommige voorzieningen en regio's dragen substantieel bij aan de werking van de externe ombudsfunctie vanuit deze financiering; andere voorzieningen of regio's dragen vandaag nog niet bij. Een gelijke bijdrage over ziekenhuizen en regio's heen dringt zich dan ook op.

- De ziekenhuizen hebben de keuze om een interne ombudspersoon aan te stellen. Deze mogelijkheid leidt tot ongelijkheid tussen voorzieningen. Waar

een interne ombudspersoon aanwezig is, is de verhouding tussen de interne en externe ombudspersoon niet altijd duidelijk en is het een continu zoeken naar afstemming tussen beiden.

3. Toenemende werkdruk in instellingen bemoeilijkt zorgcontinuïteit

De intensifiëring van de zorg vertaalt zich de laatste jaren ook in een toenemende werkdruk. De opnameduur wordt korter, herstel wordt steeds sneller verwacht, er worden steeds meer administratieve eisen gesteld aan het personeel, en dit vertaalt zich in de klachten van patiënten...

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren.

Daarnaast is er ook een stijging van het aantal verplichte ontslagen. Continuïteit en intensifiëring hebben geleid tot een kortere opnameduur. Soms hebben patiënten (en/of familieleden) andere verwachtingen of ideeën over opname, behandeling en therapie. Er is nood aan duidelijke en heldere communicatie zodat zowel patiënt/familie als hulpverlener weten wat ze van elkaar wel en niet mogen verwachten.

Een doorverwijzing van een patiënt naar een psychiatrische voorziening, bv bij een spoedprocedure voor een gedwongen opname, betekent niet noodzakelijk dat er ook een psychiatrische kwetsbaarheid aanwezig is. Afdelingen die deze patiënten opnemen, kunnen na multidisciplinair overleg beslissen om de gedwongen opname vervroegd te stoppen.

Patiënten ervaren echter weleens dat een ontslag versneld wordt omwille van andere dan continuïteitsredenen. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag.

Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie o.w.v. verschillende redenen: agressie, drinken, geen vooruitgang...

Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net hetgene waarvoor ze opgenomen zijn. Ombudspersonen stellen regelmatig vast dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt — hetzij definitief, hetzij als tijdelijke maatregel (vaak met een breuk in de zorgcontinuïteit en alle daaraan verbonden praktische complicaties als gevolg).

Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem, en voelt al snel aan als een "gemakkelijkheidsoplossing". Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijke maatregel moeten zijn, waar men in principe slechts tot kan overgaan nadat een multidisciplinair team in overleg heeft vastgesteld dat de opname en opnamekosten verbonden aan de gestelde hulpvraag naar de

samenleving toe niet kunnen worden verantwoord, én na in gesprek te zijn gegaan met de patiënt en diens omgeving.

Anderzijds zien we ook dat patiënten die onder bewindvoering Persoon staan net in opname moeten blijven, ook al ziet men 'herstel'. Hier ontstaat een spanningsveld tussen het medische luik en de juridische positie van de bewindvoerder die finaal de knoop voor de patiënt doorhakt, soms tegen medisch advies in.

4. Toegankelijkheid / zichtbaarheid

De afgelopen jaren werd sterk ingezet op aanwezigheid van personeel op de afdeling, waarbij gevraagd werd zo weinig mogelijk zich af zonderen in het personeelslokaal.

In 2019 lijkt deze tendens opnieuw gekeerd te zijn: er is terug een stijging van meldingen dat personeel amper of niet in de leefruimte van de patiënten is. Nochtans is dit de manier van observatie en opbouwen van contact met patiënten, die zelf ook aangeven hier veel belang aan te hechten.

Aanbeveling: inzetten op tijd en aanwezigheid (=aanspreekbaarheid) van personeel, bijvoorbeeld door te investeren in werkplaatsen in een leefruimte, kan frustraties en agressie voorkomen. Personeelsleden merken zo sneller op wanneer een patiënt het moeilijk heeft en kunnen escalatie van een situatie voorkomen.

Sommige ombudsen signaleren zelf nog regelmatig beperkingen qua modaliteiten en toegankelijkheid in de voorzieningen, bijvoorbeeld geluidsoverlast en/of gebrek aan privacy in de ter beschikking gestelde permanentieruimtes, of beperkingen op IT-vlak (bvb geen toegang tot e-mail of externe netwerken, geen telefonische ontvangst in gesprekslokaal, ...)

Ook de toegankelijkheid van bvb. gedwongen opnameafdelingen, afzonderingskamers, ... voor de ombudsen wordt door sommige instellingen nog steeds beperkt, wat de dienstverlening belemmert.

5. Betrekken van de omgeving in de zorg

Door intensifiëring van de zorg is de omgeving een belangrijkere rol in de behandeling (zowel in de zorgvoorziening als in de eigen woonst) gaan spelen. Omgeving is niet alleen de familie en vriendenkring, maar ook de buurt, het verenigingsleven van de woonplaats van de patiënt en de ondersteunende thuisdiensten. Een voorziening heeft dankzij haar multidisciplinaire teams alle expertise in huis om te patiënt te motiveren maximaal gebruik te maken van diens omgeving.

Van voor of bij opname zouden familieleden en eventueel de bredere omgeving gehoord en betrokken moeten worden (uiteraard alleen met toestemming van de

patiënt). Hoewel de verwachtingen van familieleden niet noodzakelijk dezelfde zijn als die van de patiënt, en deze dualiteit extra inspanningen vraagt van hulpverleners, kunnen ze ook een belangrijke partner en bron van informatie voor de hulpverleners zijn, en (mits de nodige professionele ondersteuning) ook een belangrijke factor in een succesvolle nieuwe start en herstel.

Als externe ombudspersonen weten we uit ervaring dat het niet evident is om patiënten die een negatieve ervaring hebben met hun familie en vriendenkring hiervoor over de streep te trekken. Ook dit familiale netwerk heeft soms, na jarenlange zorg en aanwezigheid, het besluit genomen om afstand te nemen van de patiënt. De betrokken hulpverlener heeft hiervoor begrip en zet voorzichtige stappen om samen met de patiënt te komen tot een nieuwe omgeving waarin een garantie op continuïteit van zorg kan aangeboden worden.

De voorzieningen missen hiervoor echter de nodige mankracht om dit op maat van hun patiënten en familiale omgeving te realiseren. De focus van een behandeling ligt momenteel op het behandelen van de patiënt, hoewel het netwerk van de patiënt hierbij ook een belangrijke partner is, of kan zijn.

In de praktijk betekent dit dat de familie enkele malen wordt uitgenodigd voor een familiegesprek. Mits toestemming van de patiënt en met de nodige professionalisering en beschikbare hulpverleners kan de familie of de betrokken vriendenkring een deel uit maken van de behandeling en aanwezig zijn tijdens de therapie sessies op hun maat.

Externe ombudspersonen ontmoeten zelfs na 17 jaren wet patiëntenrechten nog steeds patiënten, betrokkenen en hulpverleners die onvoldoende vertrouwd zijn met deze wetgeving.

De aanwezigheid van ombudspersonen in de zorgvoorzieningen ter voorkoming van klachten, dient een evidentie te zijn. Infosessies om de theorie en de praktijk van de wet patiëntenrechten te duiden bewijzen in dezen hun nut. Ook de omgeving betrekken bij het werk van externe ombudspersonen kan bijdragen tot het voorkomen van klachten.

6. Vertrouwenspersonen

Vele (zoniet de meeste) patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd, hebben geen vangnet, familie of sociaal netwerk. Ze zijn kwetsbaar en kennen hun rechten niet, laat staan de mogelijkheid tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon. In situaties waar sprake is van dwang en beperkte autonomie van de patiënt is er een duidelijke nood aan een vertrouwenspersoon die morele ondersteuning biedt, dialoog stimuleert en aldus helpt bij het optimaal informeren van de patiënt. Patiënten én hulpverleners ervaren de aanwezigheid van de aanwezigheid van één of meerdere vertrouwenspersonen tijdens een bespreking als een meerwaarde en ondersteuning.

Hulpverleners in het algemeen en ombudspersonen in het bijzonder hebben de plicht (zie o.a. de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke op 20 februari 2017) om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken, bijvoorbeeld door middel van documentatie of infosessies.

Idealiter worden er procedures ontworpen en geïmplementeerd waardoor een vertrouwenspersoon wordt opgenomen in het standaard zorgmodel.

7. Informeren van de patiënt

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. Wat voor hulpverleners vanzelfsprekend is, is dat niet noodzakelijk ook voor de hulpvrager.

Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten creëert onzekerheid en stress. Daarom blijft bijvoorbeeld het gebruik van de brochure "Gedwongen Opname" aangewezen als efficiënte en doeltreffende manier om de patiënt duidelijk te informeren.

8. Inzage en afschrift elektronisch patiëntendossier (EPD)

Tegenwoordig is digitalisering van gezondheidsgegevens gemeengoed. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) biedt voordelen voor zowel de beroepsbeoefenaars als de patiënten. Medicatie, observaties, ontwikkelingen en het persoonlijk verhaal van de zorgvrager worden gebundeld en beveiligd opgeslagen in een gecentraliseerd multidisciplinair dossier.

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 tussen de behandelende arts en de patiënt en/of vertrouwenspersoon via dit medium aan. Deze manier van werken stimuleert de gelijkwaardige samenwerking tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

Patiënten kunnen sinds enkele jaren het EPD digitaal raadplegen (bvb. Collectief Zorgplatform – cozo.be). Afhankelijk van het vermogen en/of toestand van de patiënt biedt dit bij het doornemen van het dossier een duidelijke meerwaarde. Deze digitalisering vraagt echter ook een nauwe(re) betrokkenheid van de zorgvrager; niet elke patiënt is (om uiteenlopende redenen) in staat het EPD digitaal te raadplegen.

Een duidelijk gedragen visie omtrent digitale zorg vanuit de zorgvoorzieningen blijft dus een uitdaging: een nieuwe manier van werken met nieuwe technologieën vereist ook op meerdere vlakken een cultuurverandering, bijvoorbeeld betreffende de

omgang en beveiliging van vertrouwelijke gegevens (o.m. in het licht van de in 2018 aangepaste Europese GDPR-regelgeving).

9. Feedback vanuit de zorgvoorziening

Bij elke klacht/melding/opmerking, wordt de betrokken hulpverlener of afdeling gecontacteerd, mits akkoord van de patiënt. Soms wordt er bemiddeld, soms signaleerd.

Ombudsen gaan vaak in gesprek met een hulpverlener over hoe deze klacht tot stand is gekomen, wat er aan gedaan kan worden, hoe een team ermee kan omgaan. Zelden of nooit wordt er echter feedback gegeven over wat er effectief gedaan is met deze input. De ombudspersonen moeten dit zelf gaan navragen, en dit is vaak een tijdsintensief en frustrerend proces...

Binnen deze optiek zijn afspraken met de patiënt vaak ook moeilijk bindend te maken naar de behandelende instelling/geneeskundige toe.

Daarnaast evolueren de zorgvoorzieningen ook: Eigen visie en beleid, keuzes in zorgaanbod, verbouwingen, wijzigingen in therapieaanbod etc... het zou een evidentie moeten zijn om de ombudspersoon automatisch te informeren zodat eventuele meldingen hieromtrent gecounterd kunnen worden.

10. Nood aan meer/intensievere omkadering & modaliteiten

Door het sluiten van bepaalde afdelingen vallen sommige patiënten uit de boot. Het gaat dan bvb. om patiënten die een PVT nodig hebben maar met intensievere en meer medische zorg dan momenteel een PVT momenteel kan bieden.

In een PVT is momenteel geen psycholoog verplicht op post. Patiënten ervaren dit vaak als een groot tekort. Dit zou in de omkadering moeten worden voorzien.

We merken op verschillende afdelingen en verschillende ziekenhuizen dat er nog te kort is aan therapie en zinvolle dagbesteding. Patiënten hebben te veel "lege" uren.

Er is blijvende aandacht nodig voor het voorkomen en goed opvolgen van afzonderingsmaatregelen

Er is onduidelijkheid over het stemrecht bij forensische patiënten. Er zouden wat dit betreft verschillen zijn in de doelgroep. Bij de laatste verkiezingen zijn bepaalde stembrieven weer ingetrokken.

Toegang tot het internet alsook vrij gsm gebruik als algemene regel zou een evidentie moeten zijn.

7. 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
Brussel, Psychotherapeutisch Centrum Sint Alexius -997
Diest, Psychiatrische Kliniek Sint Annendael – 942
Duffel, Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel – 970
Eeklo, Psychiatrisch Centrum Sint-Jan – 956
Elsene, Psycho-sociaal Centrum Sint-Alexius – 997
Geel, Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel – 939
Genk, Kinderpsychiatrisch Centrum Genk – 989
Gent, Fusieziekenhuis Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain – 900
Gent, Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge, - 992
Gent, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus (Karus) - 930
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 (Karus) - 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, Alexianen Zorggroep Tienen (campussen Tienen en Leuven) – 947
Zoersel, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis – 937
Zottegem, Psychiatrisch Centrum Sint-Franciscus - De Pelgrim — 911

Werden voor het jaarverslag 2019 **niet** opgenomen:

Zelzate, Psychiatrisch Centrum Sint-Jan Baptist - 978

Problematieken vanuit VVOVAZ ten aanzien van de Vlaamse ombudsman - jaarverslaggeving 2019

Een aantal aanbevelingen kennen vanuit de werking van de ombudsdiensten in 2019 hun herhaling.

- Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg

In het Jaarverslag 2018 van de Vlaamse Ombudsdienst werd hieromtrent reeds een duidelijk signaal gegeven via de aanbeveling 11 – Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed (pag. 19-20)

Er werd gevraagd voor meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen.

- Respect keerde ook terug in de aanbeveling aan de overheid om **een sensibiliserings-campagne rond de rol van spoeddiensten uit te werken.**

Ook deze aanbeveling willen wij vanuit onze jaarwerking 2019 opnieuw in de kijker plaatsen.

Wij formuleerden deze vorig jaar als volgt: "Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen"

- Ook **het ziekenvervoer en in het bijzonder het interhospitaal ziekenvervoer komt in 2019 opnieuw aan bod. De casuïstiek van hoge facturen voor de patiënt en vaak een erg beperkte tussenkomst vanuit de verzekeringsinstelling kende nog een groter aandeel in onze werking dit jaar.**

Via de omzendbrief van Wouter Beke - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 4 december 2019 aan de ziekenhuizen werd alvast aangekondigd dat er in 2020 bijkomende maatregelen komen ten aanzien van ziekenwagendiensten die de transparantie inzake kostprijs meer gaan borgen voor de patiënt.

In verband met het ziekenvervoer ervaren we tevens de noodzaak om een aantal kwaliteitsparameters ten aanzien van de ziekenwagendiensten te borgen. Vb. wordt het transport uitgevoerd met een voertuig dat beantwoordt aan de gestelde criteria - beantwoordt de verpleegkundige begeleiding aan de noodzakelijke kwalificaties van deze beroepsbeoefenaar....

Dit jaar voegen wij de nood aan meer financiële transparantie en de nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier toe.

- Nood aan meer financiële transparantie

Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg.

Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren.

In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen.

In een volwaardige zorgverstreker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstreker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijk kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een riziv- tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden

Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete de toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstreker (vb. het bedrag – een percentage van toeslag).

- **Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)**

De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO-mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

Rapportages

**Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019**

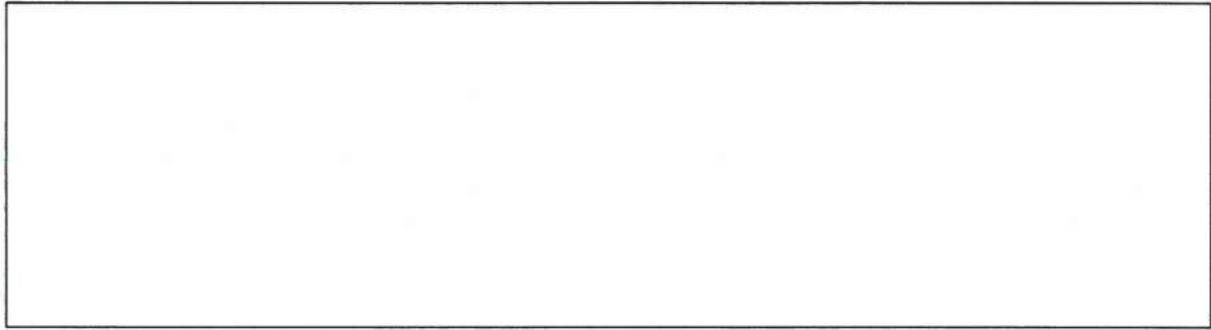
(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	ZNA
Adres	Leopoldstraat 26 2000 Antwerpen
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	009
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	1900
Aantal campussen	ZNA omvat in en rond Antwerpen 3 algemene, 6 gespecialiseerde ziekenhuizen, 2 medische centra en een woonzorgcentrum
Naam ombudsperso(o)n(en)	Janssens Myriam Cools Aryane Van Trimpont Ilde Wouters Joris
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Janssens Myriam: 01/10/2010 Cools Aryane: 01/03/2018 Van Trimpont Ilde: 01/07/2011 Wouters Joris: 01/03/2016
Bestaffing	3,6Fte

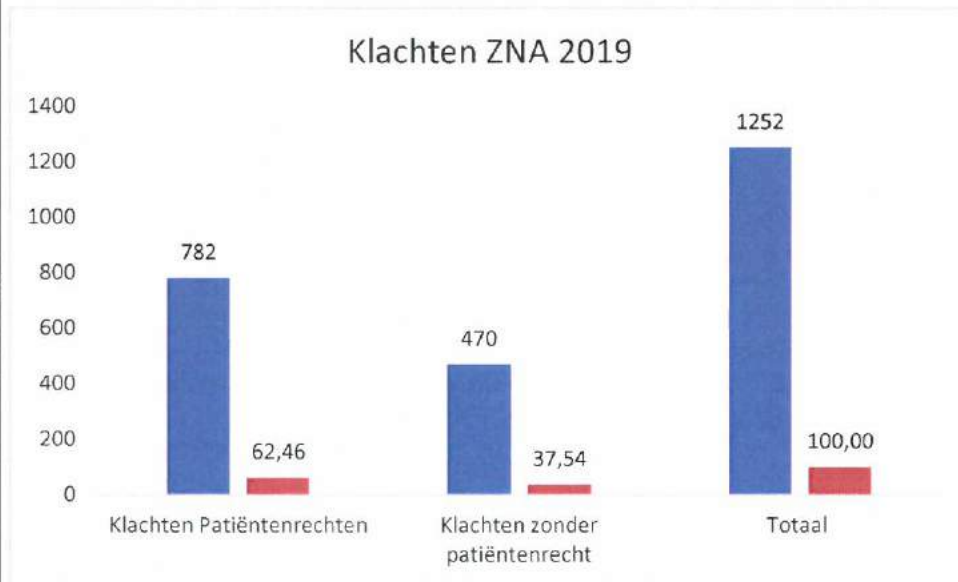
Lokalisatie dienst	ZNA Stuivenberg ZNA Middelheim ZNA Jan Palfijn
Registratiesysteem	I Prova
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Website ZNA geactualiseerd: december 2019 www.zna.be
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<p>Regionale Vergaderingen VVOVAZ Provinciaal overleg Antwerpen 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19 februari 2019 Revarte • 21 mei 2019 AZ Sint Maarten Mechelen • 26 september 2019 GZA Sint Augustinus Wilrijk • 5 december 2019 H. Hart Lier <p>Algemene Vergadering VVOVAZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 maart 2019 + juridische topics vanuit “de patiënt als consument” gevolgen binnen het ziekenhuis en –zorgwereld. <p>VVOVAZ bestuur met provinciale coördinatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19 februari 2019: Laag variabele Zorg • 21 mei 2019: Zorgvolmacht • 26 september 2019: Sociale Media • 5 december 2019: Aanbevelingen Vlaamse Ombudsdienst, seminarie Klachtenmanagement, FMO <p>Vergaderingen ZNA Ombudsdienst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21 februari 2019/ Huishoudelijk Reglement en Procedure Ombudsdienst herbekijken • 18 april 2019: Niet dringend liggend ziekenvervoer • 20 juni 2019: toelichting Oazis • 22 augustus 2019: Toelichting opnameverklaring • 4 oktober 2019: i Prova en Monitor: beleidsinfo naar cijfergegevens ombudsdienst ZNA

<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<p>Klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 08/07/2003</p>
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Rechtstreeks bij de ombudsdienst (hetzij ter plaatse, schriftelijk of telefonisch) De ombudsdienst analyseert de klacht, peilt naar de verwachtingen van de klager. De eigenaars van de klacht gaan in overleg met de ombudsdienst en /of in een bemiddeling met de klager.</p>
Behandeling van klachten en onvrede	
<p>Hoe gaat de organisatie om met klachten?</p>	
<p>Alle klachten worden via 1 kanaal verwerkt (= ombudsdienst)</p>	
<p>Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)</p>	
<p>Moeilijkheden worden per site gecommuniceerd aan de lokale directie. Per site is er een jaarrapport dat voorgebracht wordt op de lokale directiecomités Het algemeen ZNA rapport wordt voorgebracht bij het Managementcomité en de Raad van Bestuur en op de kwaliteitsstuurgroep ZNA Hieruit worden de moeilijkheden en aanbevelingen voor ZNA gedistilleerd en toegewezen aan verantwoordelijken ter opvolging.(RACI)</p>	



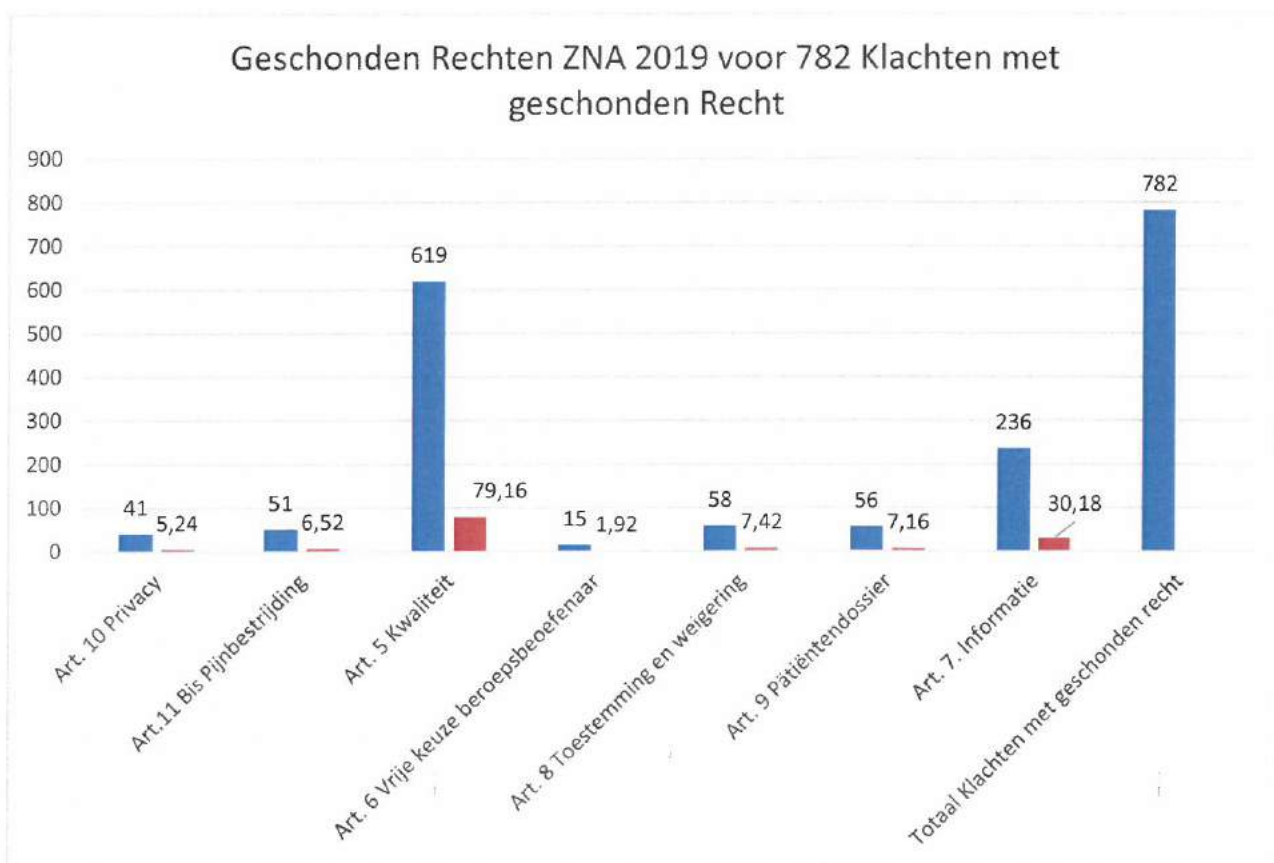
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Klachten ZNA 2019	Klachten	%
Klachten Patiënten rechten	782	62,46
Klachten zonder patiënten recht	470	37,54
Totaal	1252	100,00



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

Geschonden patiënten rechten ZNA 2019	n	%
Art. 10 Privacy	41	5,24
Art.11 Bis Pijnbestrijding	51	6,52
Art. 5 Kwaliteit	619	79,16
Art. 6 Vrije keuze beroepsbeoefenaar	15	1,92
Art. 8 Toestemming en weigering	58	7,42
Art. 9 Patiëntendossiers	56	7,16
Art. 7. Informatie	236	30,18
Totaal Klachten met geschonden recht	782	



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		
n= 470		
Tabellen/grafieken; klachtenratio:		
Klachtenratio voor 1253 klachten		
ZNA Middelheim	0,2	
ZNA Stuivenberg	0,17	
ZNA Sint Erasmus	0,11	
ZNA Jan Palfijn	0,14	
ZNA Joostens	0,48	
ZNA Koningin Paola Kinderziekenhuis	0,08	
ZNA UKJA	0,48	
ZNA Sint Elisabeth	0,22	
ZNA MC Kaai 142	0,03	
ZNA MC Regatta		
ZNA Hoge Beuken	0,14	
Ratio ZNA 2019	0,16	
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:		

Alle klachten n = 1252**Meest voorkomende aspecten**

Meest voorkomende problemen bij klachten met recht: n = 782: 1 klacht kan gaan over meerdere disciplines en items (n=621 medische klachten)

Dit geldt ook voor de verpleegkundige klachten: 1 klacht kan gaan over meerdere verpleegkundige afdelingen (n=462) en kan gaan over verschillende items.

Meest voorkomende problemen bij klachten zonder recht: n = 470

Medische klachten	n (621)	%
Infoverstreking		
Infoverstreking algemeen	275	44%
Infoverstreking kostprijs	60	10%
Kwaliteit		
Behandeling verzorging technisch	256	41%
Communicatiestijl	150	24%
Aandacht en opvang	148	24%

Verpleegkundige klachten

Verpleegkundige klachten	n (462)	%
Infoverstrekking		
Infoverstrekking algemeen	135	29%
Kwaliteit		
Behandeling verzorging technisch	144	31%
Communicatiestijl	174	38%
Aandacht en opvang	178	38%

Meest voorkomende klachten ZONDER recht

- Infrastructuur**
 - Defecten
 - Comfort eenpersoonskamers
- Organisatorisch**
 - Wachttijden extern vervoer
 - Extern vervoer (callcenter)
 - Bewaargeving van goederen
 - Bezoekregeling
 - Afsprakenplanning: NC: informatie
- Voeding**
 - Meer aandacht voor diëten

Doorlooptijd

Doorlooptijd	n	%
≤ 1 dag	74	5,91
2-10 dagen	759	60,57
11-20 dagen	171	13,65
21-30 dagen	85	6,78
31-60 dagen	135	10,77
61-90 dagen	23	1,84
≥ 90 dagen	6	0,48
	1253	100,00

Verwachtingen van de klager

Verwachtingen van de klager	n	%
Bemiddeling	56	4,5
Correctie factuur	192	15,3
Excuus	134	10,7
Financieel akkoord	45	3,6
Informatief	237	18,9
Luisterend oor/ opvang	30	2,4
Oplossing die onmiddellijke actie vereist	182	14,5
Pendelen	116	9,3
Schadeclaim	73	5,8
Signaal	188	15
	1253	100

Verzoeningsresultaten

Verzoeningsresultaten:	n	%
Ja	1078	86,03
Neen	175	13,97
	1253	100,00

Aanbevelingen voor de Overheid

- Graag sensibilisering vanuit de Overheid betreffende
 - Extern vervoer (Mutas): prijzen voor liggend en zittend vervoer en dringend en niet dringend vervoer
 - Oneigenlijk gebruik van spoedgevallendiensten en dito facturatie
 - Wachttijden spoedgevallen (link met oneigenlijk gebruik)
 - Personeelstekorten binnen verpleegkundig departement
 - Meer sensibilisering rond vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, wilsbeschikkingen, zorgvolmacht en bewind voering, erelonen bij kamerkeuze
 - Meer informatie rond GDPR: telefonisch doorgeven van informatie over patiënten
 - Meer verwijzing vanuit huisartsen naar specialisten (i.p.v. spoedgevallen)
 - Onafhankelijkheid van de Ombudsdienst (volledige financiering)
 - Patiënten rechten: rechten rond info betreffende derden: onduidelijk begrip/ werking multidisciplinaire teams- briefing. ("ik betaal, dus daar moet iets tegen over staan...")
 - Wachtdiensten tandartsen : die zijn er niet binnen de ziekenhuiscontext
 - Klachten vanuit de zorgverlening: onafhankelijke persoon met bevoegdheden die opgelegd zijn NIET door het ziekenhuis maar door de Overheid en met de bevoegdheid tot het vormen van een oordeel.
 - Verwachtingspatronen: inspanningsverbintenis is geen resultaatsverbintenis (bredere info geven)
 - Online raadplegen van medisch dossier: nog niet duidelijk rond toegangen/ elektronisch dossier volgt niet de regelgeving patiënten rechten)



JAARVERSLAG 2019

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	<i>Spoedafdeling</i>	8
2.2.6.2	Medische aspecten	9
2.2.6.3	Administratief-financiële aspecten	12
2.2.6.4	Technisch-facilitaire aspecten	13
2.2.6.5	Organisatorische aspecten	13
2.2.6.6	Paramedische en sociaal-verpleegkundige aspecten	13
3.	VERZEKERING- EN RECHTBANKDOSSIERS	14
4.	WERKING OMBUDSDIENST	15

1. INLEIDING

In dit jaarverslag wordt een kort overzicht van de klachtenbehandeling/- bemiddeling door de ombudsdienst in 2019 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. Dit is een trend die we vaker bemerken. Vooral artsen, hoofdverpleegkundigen en onthaalbedienden laten ons pro-actief weten wanneer er zich een geschil heeft voorgedaan. Meer en meer bemerken we tevens ook dat artsen en hulpverleners ons naar advies vragen om klachten te kunnen beperken.

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 naar de toekomst toe. 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 we bemerken dat mensen verbaal communicatiever worden.

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 contact op te nemen met de ombudsdienst. We bemerken dat dit merendeels jammer genoeg niet gebeurt. Zelf nemen we geen contact op met deze personen.

In 2019 gingen de meeste negatieve recensies over de spoedafdeling. Hiervan hebben wij op ombudsdienst 1 officiële klacht ontvangen en behandeld. Dit was in 2018 ook al de meest voorkomende negatieve feedback op facebook. Uiteraard is dit de afdeling met de grootste turn over en wordt iedereen graag zo snel mogelijk geholpen op momenten van angst en twijfel.

2. KLACHTENREGISTRATIE

2.1 AANTAL DOSSIERS

	2012	2015	2016	2017	2018	2019
aantal nieuwe dossiers	361	456	305	460	472	518
aantal afgehandelde dossiers			305	456	458	492

26 dossiers zijn nog niet afgesloten waarvan 8 verzekeringsdossiers en 6 FMO dossiers. De 12 andere open dossiers zijn in afwerking.

In 2019 hebben we 10 nieuwe verzekeringsdossiers waarvan er reeds 2 afgesloten zijn.

Voor het FMO zijn er 7 dossiers opgevraagd waarvan 1 gesloten.

De werkdruk ligt hoog gezien de toename van het aantal klachten rond facturatie problemen.

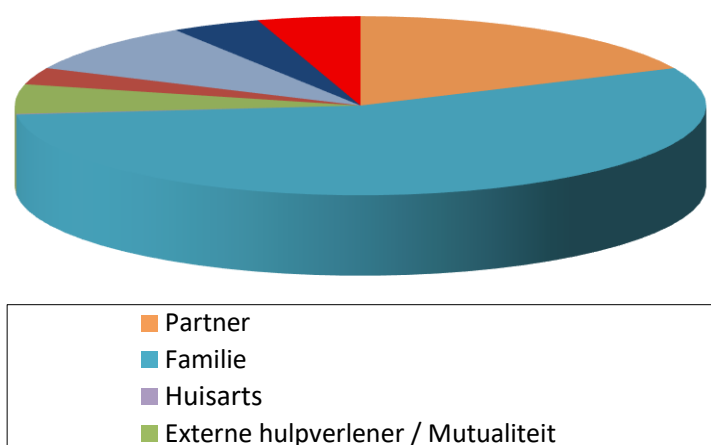
2.2 KLACHTENBEELD

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,...

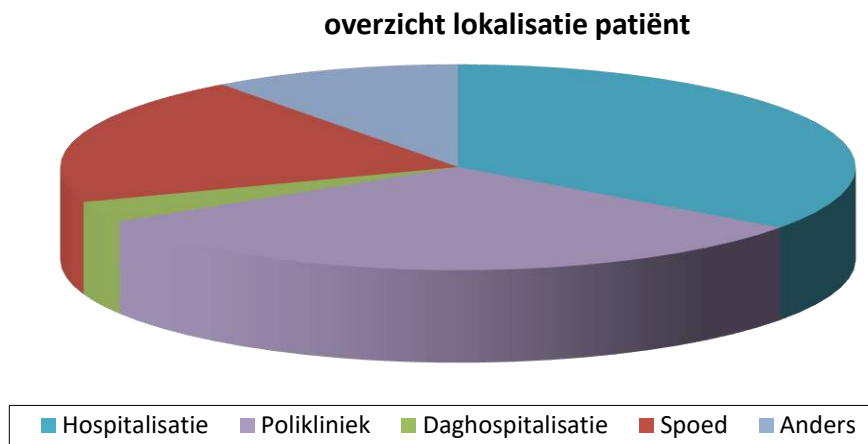
Een aantal klachten wordt ook rechtstreeks doorgegeven via interne medewerkers/artsen en een aantal via externe hulpverleners bv. mutualiteit, vanuit rusthuizen/RVT, ...

overzicht aantallen aanbrenger



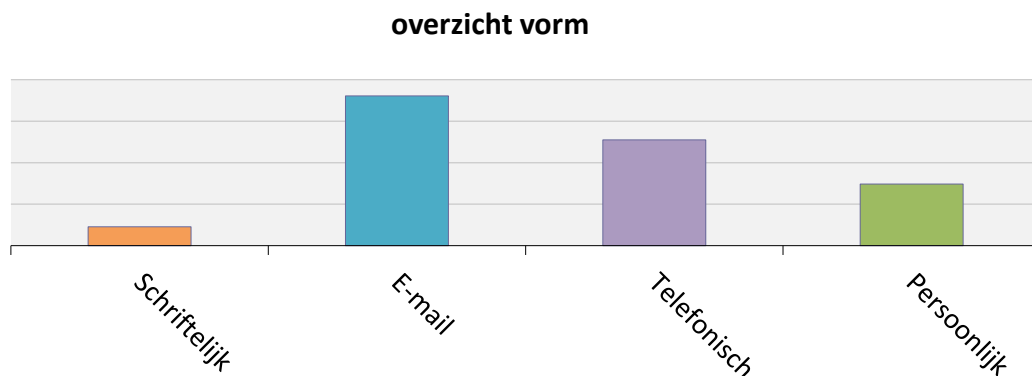
2.2.2 Lokalisatie van de patiënt

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



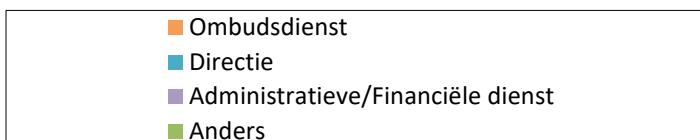
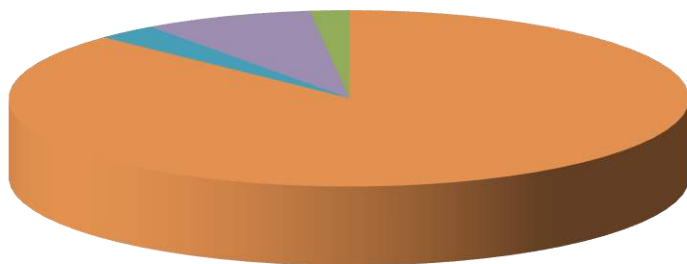
We bemerken een toename van de klachten gemeld vanuit de polikliniek. Vooral tijdens de consultatie bij de artsen ontstaan er misverstanden. Miscommunicatie tussen patiënt en arts liggen vaak aan de basis van deze klachten, maar vaak ook betwistingen betreffende de factuur. Deze opmars in klachten kan te maken hebben met de uitbreiding van de consultaties in ons ziekenhuis. Meer en meer wordt er beroep gedaan op ambulante navolging. Ondanks de uitbreiding van de artsen, hebben ze nog steeds een drukke agenda waardoor onze artsen minder tijd hebben voor de patiënten.

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 gebeurt. E-mail blijft de grootste communicatievorm om een klacht duidelijk te maken.

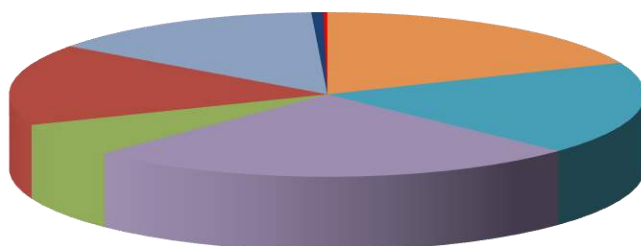
overzicht gericht aan



Meer en meer klachten worden rechtstreeks aan de ombudsdienst gemeld. De mensen willen hun verhaal doen bij een neutraal iemand die niet bij de feiten betrokken was.

2.2.4 Verwachting / aard verzoek

overzicht verwachtingen



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.

In het ziekenhuis liggen folders verspreid waardoor de ombudsdienst binnen ons ziekenhuis meer bekendmaking heeft gekregen.

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 waarbij we de aandacht vestigen op onze neutrale rol en ons beroepsgeheim. Mensen hebben meestal geen probleem met de manier van werken en de stappen

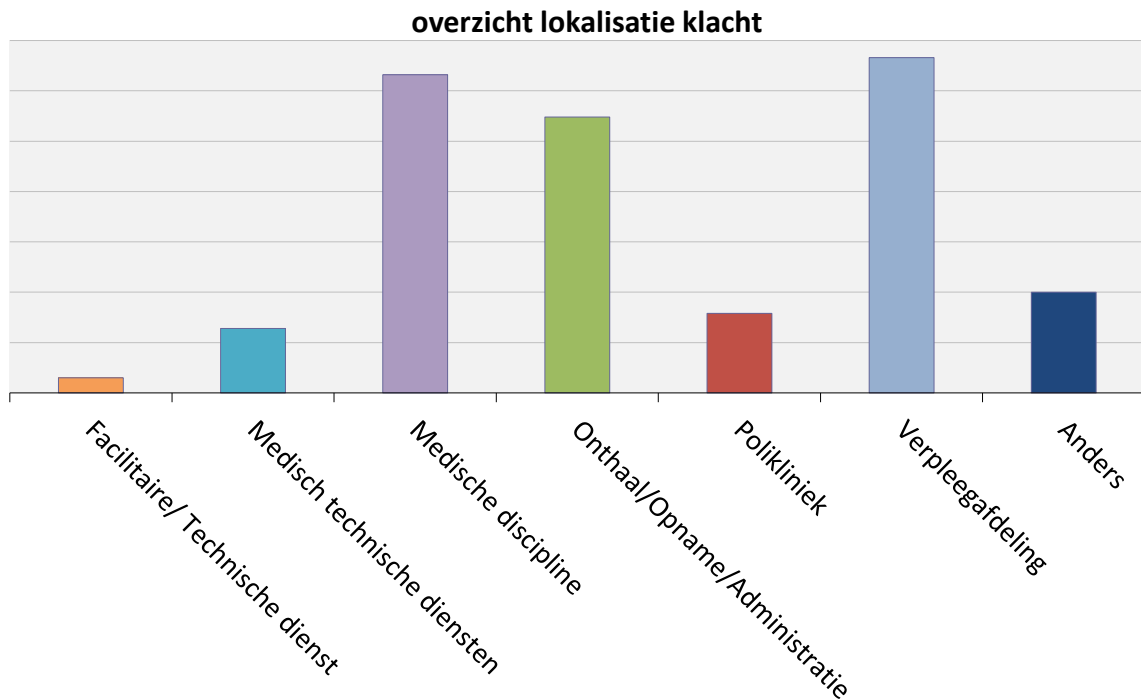
die ondernomen worden. Na afhandeling laten ze regelmatig blijken dat ze appreciëren dat hun klacht ernstig werd genomen.

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.

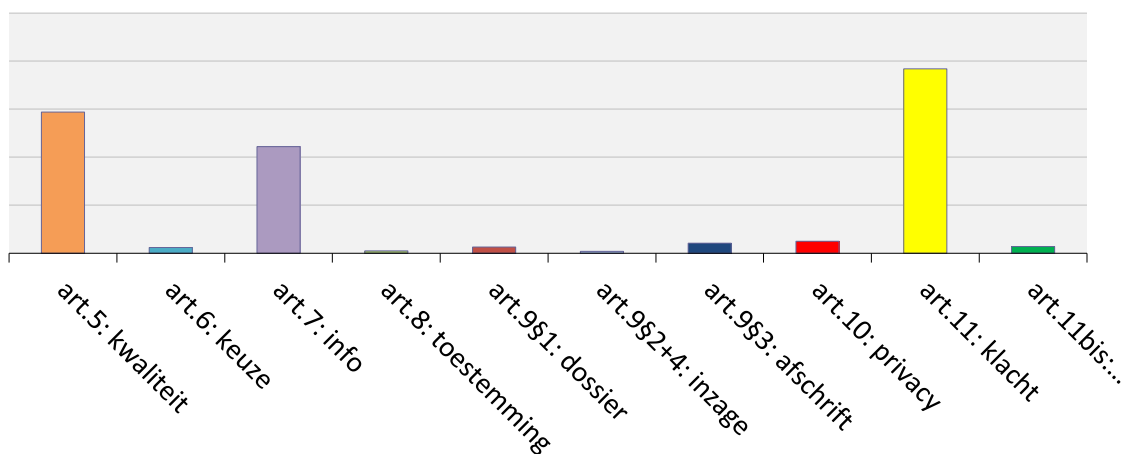
2.2.5 Lokalisatie van de klachten



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 en zich niet begrepen voelen, worden ze makkelijker kwaad wat het gesprek moeilijker maakt. Vaak is het onze taak eerst deze mensen op gerust te stellen en vooral te luisteren naar hun bekommernissen.

overzicht voorwerp klacht



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. (recht op informatie)

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)

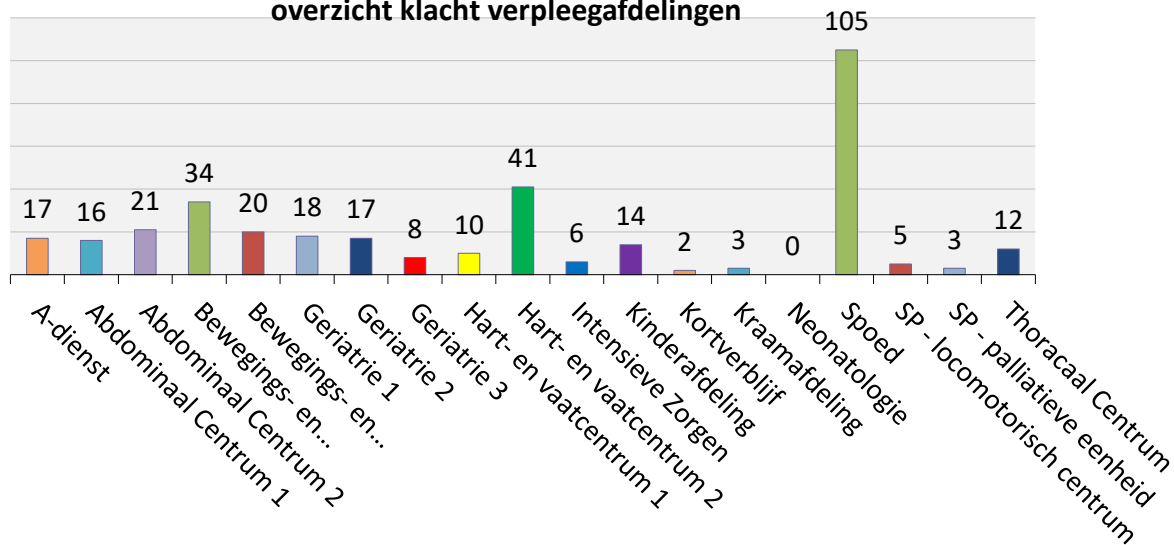
We geven mensen de informatie dat ze op heden hun medische verslagen telkens kunnen inkijken en opvragen via mynexuzhealth.

Sinds dit jaar werken we ook met een folder waarin de procedure stapsgewijs wordt uitgelegd. Uiteraard blijven wij de vraag tot het opvragen van een dossier beantwoorden.

2.2.6 Aandachtspunten per departement

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

overzicht klacht verpleegafdelingen



2.2.6.1 Spoedafdeling

Omwillen 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 ID 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!

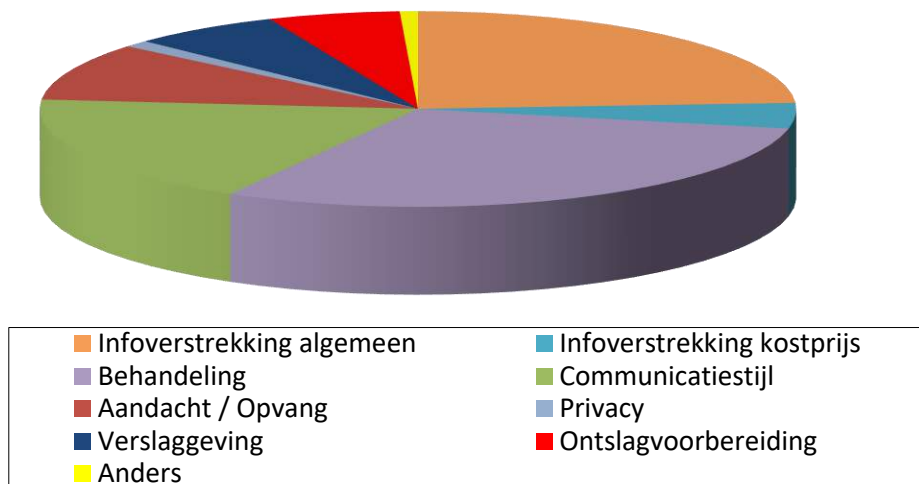
Hieronder vindt u enkele aandachtspunten met betrekking tot de spoedafdeling:

- 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. Via de beeldschermen in de wachtzaal van onze spoeddienst wordt aan de hand van een filmpje de triage en het verloop van de spoedopname verduidelijkt. Dit uit zich in minder klachten ten opzichte van de voorbije jaren. 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. Communicatie blijft hierbij een opmerkelijk aandachtspunt.
- 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.
- 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, reageren soms op een ongepaste manier naar patiënten toe.
- Meer en sneller comfort bieden aan oudere ptn, geen uren op een stoel of harde brancard laten.
- Soms horen we dat familie van patiënten van een andere origine mee in de box mogen en zichzelf 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 dienstoverschrijdend bekeken te worden.

2.2.6.2 Medische aspecten

inhoud 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.

Meer en meer melden artsen pro actief zaken waarvan ze denken dat er een klacht van zou kunnen komen naar de toekomst toe. Dit gaat vaak over een meningsverschil tussen arts en patiënt.

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 ptn 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 vaak 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. Ten opzichte van de voorbije jaren werden er meer gezamenlijke gesprekken gevoerd. Iets wat patiënten appreciëren en wat ook meer duidelijk heeft naar hun toe.

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 alsmear belangrijker.
Mensen hebben heden veel kanalen om zich medisch te informeren. Vaak gaan ze zelf al op

zoek naar informatie (Google)

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 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.
- Beoordelings 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'.
- Binnen het ziekenhuis loopt de campagne over bejegening van patiënten. Wij verwachten dat de arts en andere medewerkers zich voorstellen aan de patiënt en familie evenals zeggen wat hij/zij komen doen. Vanuit het beleid van het ziekenhuis wordt verwacht dat iedereen met het nodige respect wordt benaderd. We sensibiliseren onze medewerkers op geregelde wijze via mails, affiches, flyers en briefwisseling en controleren het via verschillende wegen.

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 ptn. 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.

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.

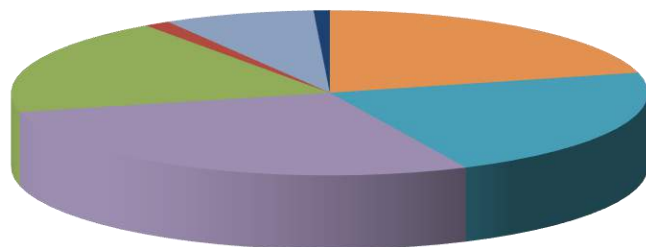
Indien de vraag zich op een afdeling stelt, moet het daar opgenomen worden. Het PST kan dan ingeschakeld worden ter ondersteuning.

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

overzicht inhoud verpleegkundige aspecten



Vriendelijkheid, empathie, informatie, respect, communicatiestijl, gevoel van oprecht aandacht krijgen,... zijn allemaal elementen die voor de patiënten heel belangrijk om zich goed te voelen en op hun gemak te voelen op de afdeling.

Veel verpleegkundigen komen daaraan tegemoet maar velen 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 zou zijn 'wij weten dat niet maar 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 benutten 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 mbt 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.
- We bemerken dat er meer klachten zijn met betrekking tot de medicatieverdeling bij het ontslag van de patiënten. Verkeerde medicatie meegeven bij het ontslag, thuismedicatie dat verloren geraakt is tijdens de opname, verkeerde notitie van medicatie. Deze klachten bespreken we uitvoerig met de betrokken diensten om onnauwkeurigheden als deze naar de toekomst toe te vermijden.

2.2.6.4 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 ipv 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:

- De rode bel bij slechte betalende patiënten. 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'. We proberen onze medewerkers te sensibiliseren om hierover geen mening te uiten.
- 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 en besproken met onze financiële dienst.

2.2.6.5 Technisch-facilitaire aspecten

Het aantal klachten omtrent deze aspecten is beperkt.

Parking

- Te weinig plaatsen voor mindervaliden en te weinig controle op misbruik van deze plaatsen. Sinds 2019 is er een veiligheidsmedewerker in dienst gesteld om het verloop van de parking te bewaken. Ten opzichte van vorig jaar bemerken we veel minder klachten betreffende de parking. De veiligheidsmedewerker kan ook vragen beantwoorden en samen zoeken naar een oplossing bij problemen op de parking.
- Tevens worden er plannen gemaakt om de parking en onthaal te renoveren.

2.2.6.6 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 van medicatievoorschrift.

2.2.6.7 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.

Dit jaar is Melissa gestart met de opleiding 'erkend bemiddelaar' via de organisatie mediv.

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

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Maria Middelaes vzw
Adres	Buitenring Sint-Denijs 30, 9000 Gent
Gewest	Vlaams gewest
Erkenningsnummer	017
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	542
Aantal campussen	2
Naam ombudsperso(o)n(en)	Dominique De Mol Annette Neiryck
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01.09.2012 01.01.2018
Bestaffing	1,0 FTE 0,4 FTE

Lokalisatie dienst	Campus Maria Middelaars, Gebouw West, 2 ^{de} verdieping
Registratiesysteem	Klachtenbehandeling VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Procedure ZH-0210 - actualisatiedatum 08.02.2018 Beschikbaar in beide campussen, via het infopunt, de ombudsdienst, de website van het ziekenhuis en op eenvoudig verzoek.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basisopleiding (Mediv) Bemiddeling : 2013 ▪ Vorming (VOVVAZ) De bemiddelaar blijft overeind : 2014 ▪ Terugkomdag bemiddelaars (VOVVAZ) ▪ Intervisor (VVOVAZ)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal branding (Escala) ▪ Beroepsgeheim en wetgeving (intern AZMM) ▪ Kwaliteitsbeleid: Van second victim tot Mangomoment (Vives, Brugge) ▪ Van klacht naar opportuniteit (Syntra Midden-Vlaanderen) ▪ Pluriculturele zorg, ook onze zorg (NVKVV, St. Niklaas) ▪ De plaats van de patiënt in het strategisch management van de gezondheidsinstellingen (Conferentie SPX) ▪ Patiëntenparticipatie (Dag van het afdelingshoofd, E17-netwerk, Ronse)
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klachtenbemiddeling in een ruimer kader dan de Wet Patiëntenrechten ▪ Aanspreekpunt voor vragen om info en verzoeken om tussenkomst in praktische aangelegenheden vanwege patiënten en bezoekers - doorverwijzing ▪ Begeleiding afschrift en inzage patiëntendossier ▪ Informatie, 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 aanbrengrer met de in de melding genoemde personen en/of hun directe leidinggevende opgenomen. In de mate van het mogelijke worden deze op het niveau van de eerste lijn behandeld, en een gesprek tussen melder en betrokkene(n) gestimuleerd/gefaciliteerd.
--	--

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

De organisatie benadert klachten als leeropportunityten. Zij wenst vanuit het credo “gezondheidszorg met een ziel”, het waardenkader dat zij voorstaat en de strategische doelstellingen die zij nastreeft, voeling te houden met de noden en wensen van haar patiënten en hun omgeving. Zij wil hen een klankbord bieden voor het delen van zowel positieve als negatieve ervaringen, dit met het oog op

- het betrekken van patiënten en naasten bij het borgen 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

Anderzijds willen we binnen het ziekenhuis klachten ook vóór zijn en via een proactieve benadering van vragen, ongenoegens en conflicten vermijden dat het tot een klacht komt. Een meldsysteem dat ook plaats biedt aan het signaleren van potentiële klachten heeft hierbij het afgelopen jaar zijn nut bewezen: we zien een stijging van 28 meldingen in 2018 naar 78 in het afgelopen jaar. Dit laat ons toe snel te handelen en in overleg met de betrokken zorgverleners afspraken te maken rond de omgang met moeilijke situaties. Het eigenaarschap en initiatief blijft bij de betrokken dienst, verantwoordelijke en medewerker(s), terwijl de ombudsdienst het proces mee opvolgt en een coachende rol opneemt.

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, ondersteunende 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 proactief) bij de ombudsdienst worden aangebracht, worden geregistreerd. Afhankelijk van de ernst van een klacht of de verwachtingen van de melder wordt een klacht naar een hoger niveau van de organisatie geëscaleerd.

Bijkomende informatie/opmerkingen

Op kwartaalbasis wordt aan de directie een overzicht van de ontvangen klachten voorgelegd, samen met inzichten en aanbevelingen die daaruit voortvloeien. Zowel individuele als geconsolideerde klachten bieden, al dan niet met informatie verworven uit andere feedback-kanalen (tevredenheidspeilingen, incidenten,...) inspiratie voor sensibiliserings- en verbeterinitiatieven op team-, dienst- en/of organisatieniveau. De beslissingen hierrond komen tot stand via verschillende vaste overlegorganen, stuur- en werkgroepen.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienstOpmerkingen:

- ✓ 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	395
Aantal infodossiers	31
Aantal pro actieve dossiers	78
Aantal opvragingen patiëntendossier	22
Aantal 'andere'	87

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.

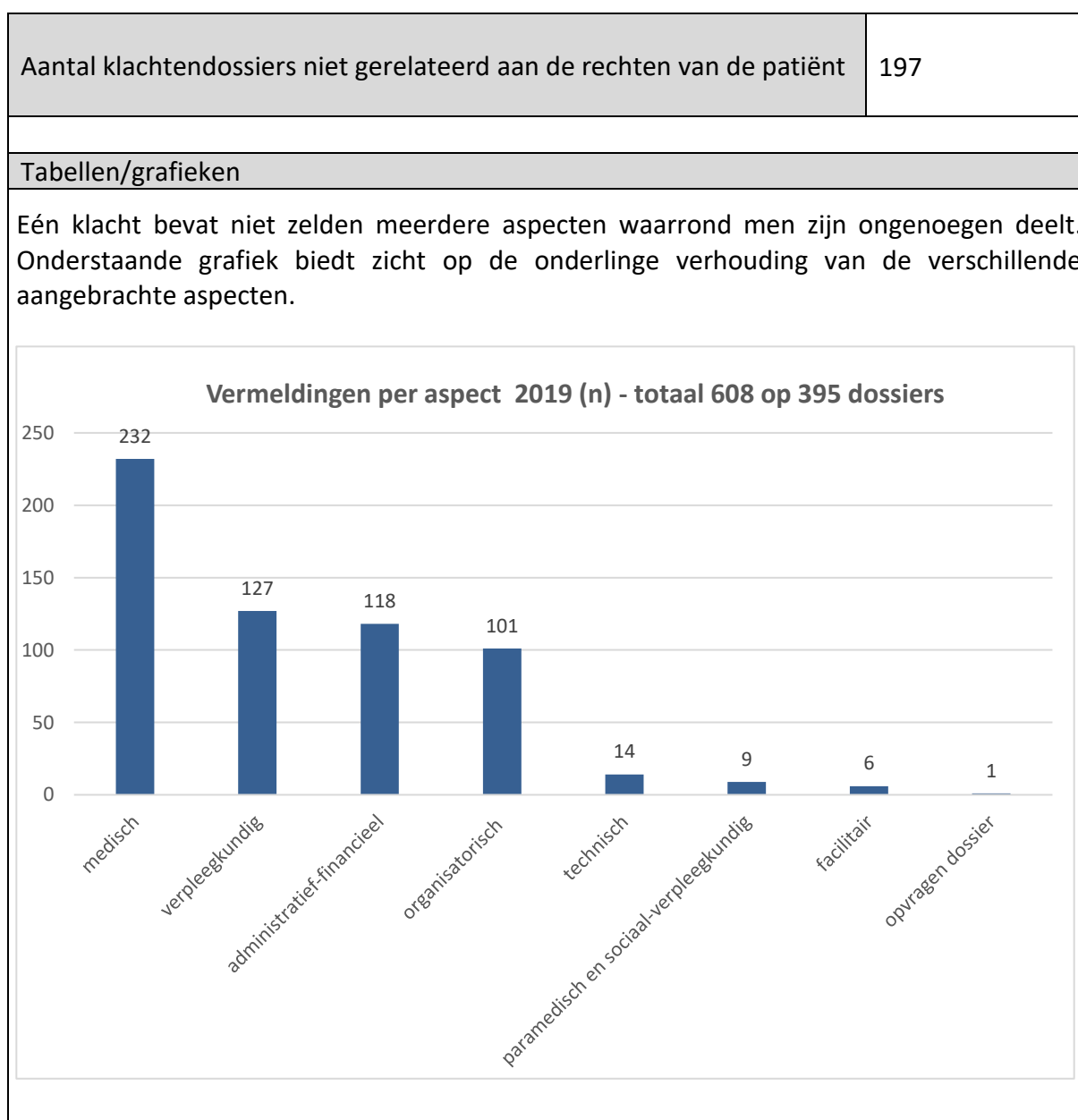
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	127
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	52
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	0
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1
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)	3

Rechten van de patiënt:

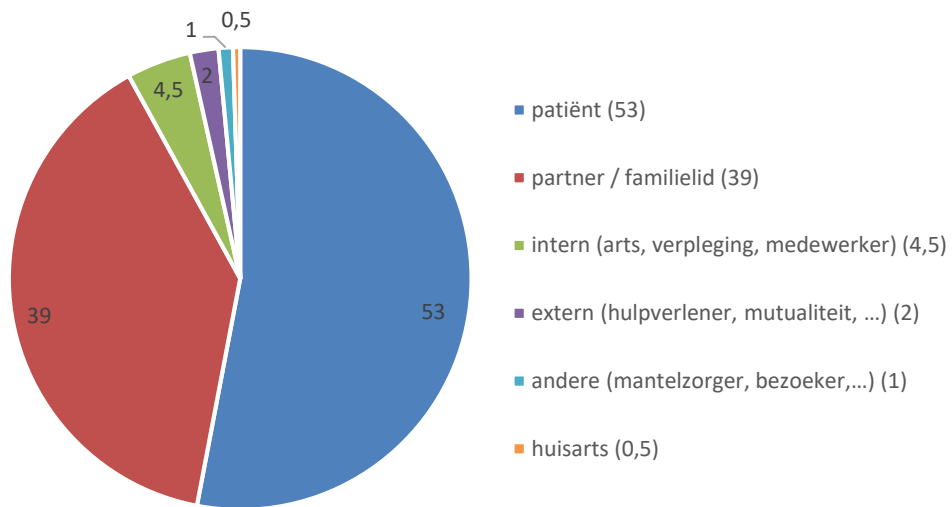
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling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

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

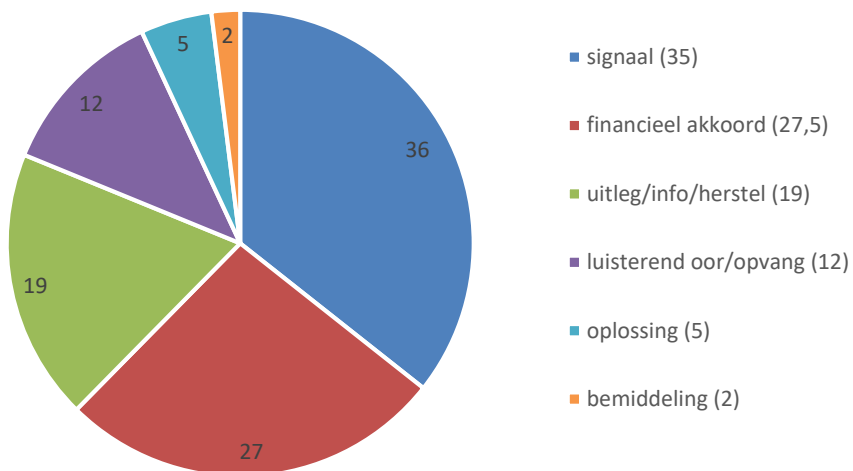
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de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



Aanbrenger - relatie tot de patiënt (%) - 2019



Verwachtingen van de aanbrenger (%) - 2019



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 en verbeterinitiatieven, 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.

De rol van de ombudsdienst bij het totstandkomen van verzoeningsresultaten situeert zich vnl. op het vlak van :

- het stimuleren en ondersteunen van gesprekken met en tussen betrokken partijen; het ondersteunen van zelfredzaamheid en initiatief; het bewaken en bevorderen van een wederzijds respectvolle omgang tussen zorgverleners en patiënten.
- tussenkomsten bij onduidelijkheden, betwistingen of verzoeken tot herziening/rechtzetting van facturen;
- adviesverlening bij contactnames met vragen naar informatie, verzoeken tot tussenkomst, mogelijkheden m.b.t. klachtenbehandeling en doorverwijzing;
- het bewaken van en inspelen op reacties via sociale media;
- het constructief benaderen van meldingen als opportuniteit en leerkans.

De in voorgaande jaren reeds gestarte initiatieven worden vervolgd en verder uitgebouwd, met een sterke, toenemende focus op **patiëntenbeleving**

- ✓ cf. sinds 2017 : Verder bevorderen en faciliteren van '**klachten'**behandeling op **eerstelijnsniveau**, vanuit het gegeven dat ongenoegens voor zover mogelijk bij voorkeur aan de bron worden gedetecteerd en aangepakt, en zo te voorkomen dat deze uitmonden in een klacht. 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.

Sinds 2018 : Stimuleren van een **proactieve benadering van klachten**, met uitgesproken positieve respons.

- ⇒ 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 met waar nodig of wenselijk : bemiddeling.
 - ⇒ klachtenpreventie via het verhogen van de zichtbaarheid en toegankelijkheid van hoofdverpleegkundigen en medewerkers
- ✓ Opvolging en evaluatie van **diverse, niet klachtgerelateerde contactnames** via de ombudsdienst, met als doel inzicht te verwerven in de aard en reden van deze aanmeldingen en het identificeren van gebruikersnoden en verbeteropportunities.

Ziekenvervoer – pleidooi voor een beperking van de financiële last voor de patiënt

Verschillende vormen van zowel dringend als niet-dringend (ook interhospitaal) 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.

Nood aan informatie, sensibilisering en vorming rond het gebruik van het elektronisch patiëntendossier en de uitwisseling van informatie tussen zorgverstrekkers en zorginstellingen

- ⇒ COZO en andere platformen weinig algemeen bekend bij patiënt en omgeving
- ⇒ nauwe samenwerking met DPO i.f.v. het bewaken van het beroepsgeheim en de privacy van de patiënt : toenemende vragen betreffende de toegang tot het medisch dossier vanwege de patiënt.

Nood aan het bevorderen van financiële transparantie betreffende de kost van gezondheidszorg

- ⇒ via het proactief en op verzoek aanbieden van transparante informatie en kostenindicaties, met inbegrip van vervoersgerelateerde aspecten;
- ⇒ sensibilisering van de patiënt m.b.t. de eigen verantwoordelijkheid naar bv. inzicht in de eigen verzekeringspolis;
- ⇒ 'leesbaarheid' van de factuur.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019
info@vlaamseombudsdienst.be

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Sint- Maarten
Adres	Liersesteenweg 435 - Mechelen
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	026
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	<p>Aantal bedden</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Erkende bedden: 643 ➤ Operationele bedden: 617 <p>Plaatsen op daghospitalisatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Heelkunde: 64 ➤ Oncologie: 25 ➤ Geriatrie: 6 ➤ Pediatrie: 10 <p>Patiëntencijfers 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Opnames in verblijf: 21 224 ➤ Inschrijvingen in dagziekenhuis: 25 036 ➤ Ligdagen: 173 475 ➤ Raadplegingen: 205 681 ➤ Bevallingen: 1 378 ➤ Contacten via spoed: 32 092

Aantal campussen	1 locatie
Naam ombudsperso(o)n(en)	Caroline Canters
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1/06/2004
Bestaffing	80% ombudsdienst: Verdeeld over 1 persoon Verdeeld over 4 dagen per week. 80% ondersteuning ombudsdienst: 40% + 40% Verdeeld over 2 personen Verdeeld over 4 dagen per week
Lokalisatie dienst	1 ^e verdieping. Route 116
Registratiesysteem	Infoland
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Website /QDMS Intranet 11/10/18
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> • Postgraduaat bemiddeling, erkenning in stand houden per 2 jaar waarvoor 18 uur opleiding per jaar. • Intervisiegroep bemiddelaars in eigen tijd. • Congres dag "Bemiddeling en Deep Democracy" • Masterclass meesterlijke mislukkingen, ging <u>niet</u> over het bespreken van nog betere, vindingrijke interventies. Deze Masterclass ging <u>wel</u> over het leren van impasses, de kunst van het fouten maken en de moed om spectaculair de mist in te gaan.

<p>Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Juridische modeldocumenten voor de zorgsector Sylvie Tack Uitgeverij Vanden Broele, 141 p. Doorgenomen, Zeer interessant in kader van ondersteuning arts/patiënt i.v. bemiddeling, onderbouwen dossier. • Inspiratiemoment kostprijsinformatie georganiseerd door het Vlaams PP. • Inspiratie dag 'Van morele stress naar morele veerkracht'
<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klachten m.b.t. WPR. • Niet patiëntenrechten gerelateerde klachten, Varia dossiers, worden door 2 ombudsmedewerkers behandeld. • Opvolging relevante verzekeringsdossiers na afsluiting klachtdossier. • Preventieve opdracht door het formuleren van aanbevelingen. • Opvolging en registratie afschriften dossier n.a.v. klachtendossiers. • 94 "rondetafelgesprekken" met de verschillende betrokkenen. • Allerhande vragen, informatie en adviesvragen van medewerkers. • Informatievragen van patiënten beantwoorden. • Relevante opmerkingen: verbetermogelijkheden op overzicht werkpunten plaatsen waardoor continue bijstellingen mogelijk zijn. • Maandelijks klachtencommissie: <ul style="list-style-type: none"> ✓ waardoor breder draagvlak mogelijk ✓ waar a.d.h.v. klachten sneller bijstellingen kunnen gebeuren.
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Zie klachtenprocedure (bijlage) Zie flowchart (bijlage)</p>

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.
- Maandelijks klachtencommissie waarbij aanwezig algemeen directeur, financieel directeur, medisch directeur, verpleegkundig directeur en ombudspersoon.
- Onmiddellijke bijsturingen mogelijk n.a.v. klachtencommissie.
- Aanbevelingen ombudsdienst werden in 2019 niet beoordeeld.
- Jaarverslag 2019 werd niet gepresenteerd.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

1. Vanuit een meerzijdige partijdigheid.
2. Ik ontvang de klachten, contacteer de betrokken beroepsbeoefenaar, organiseer inzage samen met betrokken beroepsbeoefenaar.
3. Ik organiseer gesprekken waarbij de betrokken beroepsbeoefenaar(s) aanwezig zijn, de patiënt en/of de familie, eventueel de huisarts.
4. Indien de indiener niet tevreden is met de afhandeling wordt hij doorverwezen. Ik kijk met betrokkenen welke doorverwijzing aangewezen is en bezorg de informatie die indiener nodig heeft.
5. Ik werk steeds transparant voor alle betrokkenen.
6. Ik onderzoek elke klacht die binnenkomt.
7. De door mij opgestelde klachtenprocedure wordt gevolgd.
8. Ik vraag waar nodig, advies aan bedrijfsjurist.

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

Moeilijkheden:

- De lange doorlooptijd :
 - ✓ beroepsbeoefenaars die laattijdig reageren.
 - ✓ De hoeveelheid dossiers.
 - ✓ De stijgende lijn.
 - ✓ Behandeling op volgorde van binnenkomst, tenzij acute vraag.
- Een deel van de ondersteuning gaat naar de aanvragen afschriften medisch dossier. Dit neemt zeer veel tijd in beslag. Strikt genomen vallen enkel de geformuleerde klachten over laattijdig of niet afleveren afschrift onder de bevoegdheid en verantwoordelijkheid van de ombudsdienst.
- Werkplanning, werkbelasting, vaak moeilijk vooraf in te schatten. Bij voorkeur ontvangst van melder na afspraak maar ook open permanentie voor nieuwe melders.

Resultaten:

- Sinds 1/11/18 uitbreiding: +45% secretariële ondersteuning +5% ombudsdienst. Een belangrijke verbetering in onze werking.
- De varia dossiers worden door de ombudsmedewerkers behandeld. De wijze van aanpak, verdeling WPR en varia dossiers is een belangrijke verbetering m.b.t. efficiëntie en een vooruitgang in onze werking.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienstOpmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten.

Aantal klachtendossiers	571
Aantal infodossiers	56 Opmerkingen m.b.t. de parking werden vanaf 20/6/2019 als melding infodossiers geregistreerd.
Aantal pro actieve dossiers	75
Aantal opvragingen patiëntendossier	28 Enkel problemen bij recht op inzage/afschrift en opmerkingen over de volledigheid van het dossier moeten door de ombudsdienst worden behandeld en geregistreerd. Vraag naar afschrift in het algemeen valt niet onder werkinhoud van de ombudsdienst
Aantal 'andere'	8

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 werklust van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, Proactieve meldingen opvangen, 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)*	176
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	6
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	125
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	3
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	2
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	3
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	3
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	8
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	9
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	21
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	7
Vermeende discriminatie	8

Rechten van de patiënt:

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

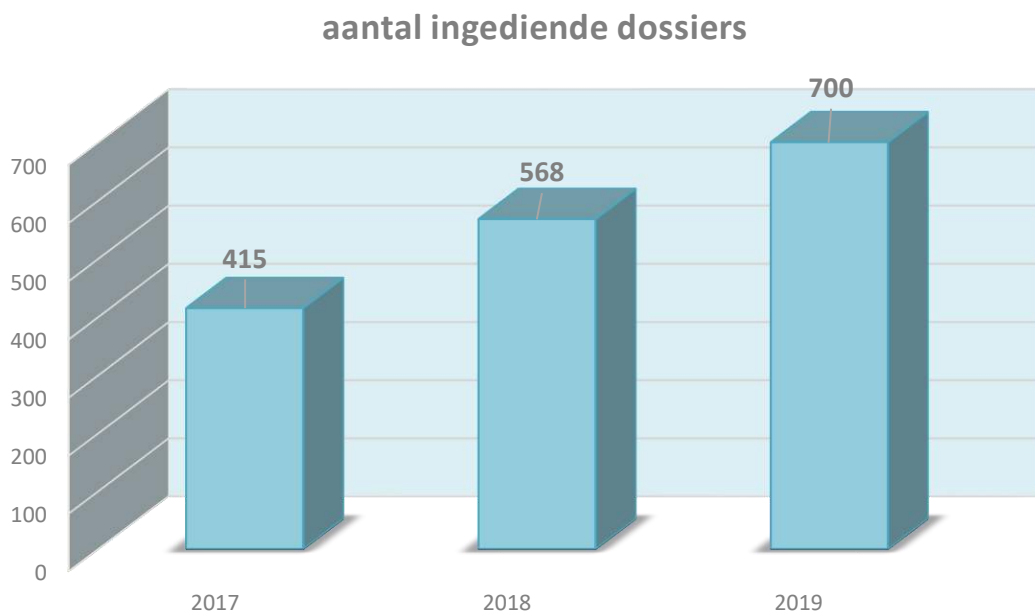
***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

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

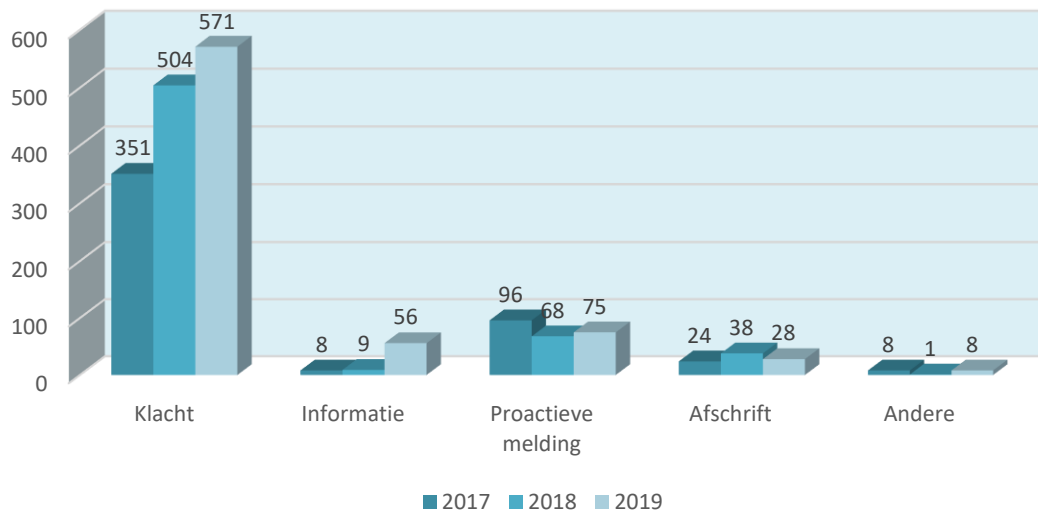
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt

296
dossiers

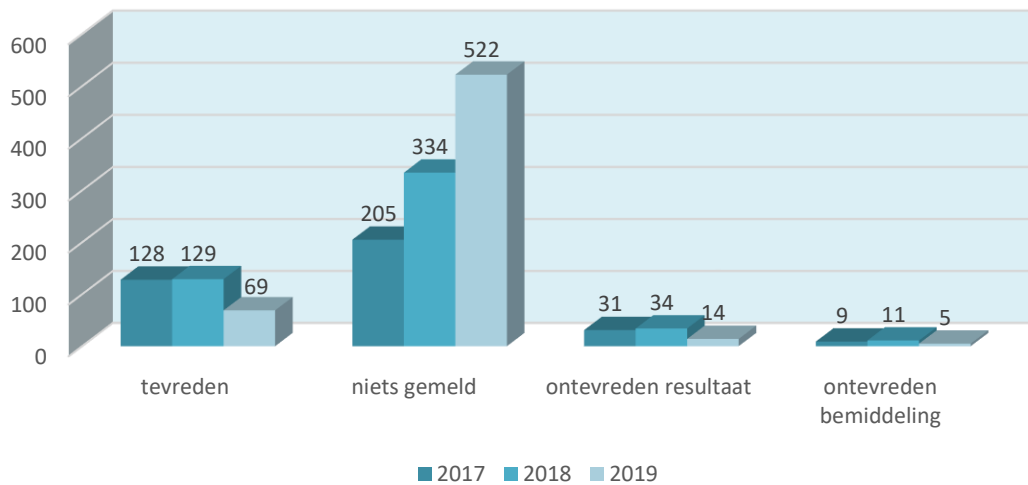
Tabellen/grafieken; klachtenratio:



vragen aan de ombudsdienst



resultaat dat bereikt werd



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 bestaan hierover 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.
3. **Een belangrijke nood aan informatie, een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)**
Deze ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Veelvuldige vragen worden gesteld over privacy, wijze van uitwisselen van gegevens tussen zorgverstrekkers onderling en de zorgvoorzieningen, de verschillende platformen (COZO- Mynexuz, Vitalink, ...). De koppeling is voor veel patiënten onduidelijk.

4. Nood aan meer financiële transparantie

4.1. Niet geconventioneerde artsen/ereloonsupplementen/kamersupplementen:

Op supplementen wordt veel gereageerd door patiënten. Affichering is voor patiënten onvoldoende, uithangbord aan receptie,... Wat indien je tijdens een consultatie, spoedconsult wordt doorverwezen naar radiologie, zijn er geconventioneerde artsen beschikbaar op radiologie, orthopedie? Wordt de patiënt op voorhand geïnformeerd? Patiënten vragen expliciete informatie bij inschrijvingen, expliciete informatie op voorhand, mogelijkheden tot alternatieven?

4.2. Informed consent:

Een belangrijk terugkerend feit is dat een (duur) onderzoek of een bepaald implantaat niet of slechts gedeeltelijk in aanmerking komt voor terugbetaling door het RIZIV. Hier blijkt het erg belangrijk om de financiële gevolgen voor de patiënt op voorhand te bespreken en bij voorkeur een "informed consent" te laten ondertekenen. Het voordeel van dergelijk IC is dat de arts samen met de patiënt stilstaat bij de vermelding van de kosten. Dit document kan eventueel bij latere discussies ingeroepen worden.

4.3. Informatieverstrekking

4.3.1. Voor patiënten met betalingsmoeilijkheden:

Informatie op schermen in wachtzalen weergeven: "Betalingsmoeilijkheden? Een afbetalingsplan nodig?". Dit voorkomt dat deze, op zich al kwetsbare patiënten de betaling uitstellen met bijkomende kosten tot gevolg. Dit zorgt ook dat deze patiënten onmiddellijk bij de juiste dienst terecht komen.

4.3.2. Voor elke patiënt:

- Aan elke patiënt standaard de vraag stellen: "Wilt u weten wat deze opname gaat kosten?" De patiënt moet dit niet zelf vragen.
- Elke patiënt wordt voor een geplande opname 10 minuten geïnformeerd, de dag op voorhand. Op de dag zelf enkel inschrijving.

- Bevestigingsbrief na het maken van een afspraak, datum afspraak, kosten consultatie en wijze van betaling opnemen.
- Extra Kosten voor opmaak afbetalingsplan in vraag durven stellen.

5. Opleidingsnoden en suggesties :

5.1. Wet patiëntenrechten

De wet patiëntenrechten bevat belangrijke gegevens voor elke beroepsbeoefenaar. De eerder gelanceerde initiatieven om artsen, medewerkers beter in te lichten zou op regelmatige basis herhaald moeten worden. Ik ontvang zeer regelmatig vragen vanuit medisch/verpleegkundig departement over de Wet in al zijn facetten. Een E-learning voor dit thema zou een uitkomst kunnen bieden.

5.2. Lunchseminarie: een broodje Recht/Ethiek...

Tijdens de middagpauze, gedurende 1 uur, allerhande onderwerpen kort maar krachtig aan bod laten komen: juridisch, ethisch, medisch, verpleegkundig,... een broodje voorzien voor de werknemer in combinatie met bijscholing.

6. 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 krijgt de ombudsdienst 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. Nood aan meer respectvolle omgang binnen de gezondheidszorg

In het Jaarverslag 2018 van de Vlaamse Ombudsdienst werd al een duidelijk signaal gegeven via aanbeveling 11 – Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed.

Er werd gevraagd naar meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen.

7. Een sensibiliseringscampagne vanuit de overheid over de rol van een spoeddienst zou 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 is een huisartsenpost.

8. Meer patiëntgerichte werktijd in het belang van zorgverstrekkers en patiënten.

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

Een groot percentage 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 worden 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 lijkt dan ook vanzelfsprekend dat patiënten/familie om meer informatie vragen. Enkel op die basis is het mogelijk om bepaalde beslissingen weloverwogen te kunnen maken.

Zorgverstrekkers van hun kant vallen over 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, moeten 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 hen 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.

Morele stress is een actueel thema dat de afgelopen jaren regelmatig terug kwam op studiedagen in en buiten Emmaus. "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 opdracht niet lijkt te kunnen uitvoeren zoals hij dat eigenlijk voor ogen heeft". Vanuit Zorgnet - Icuuro heeft de Commissie voor Ethiek een ethisch advies uitgewerkt over dit onderwerp. Ik ondervind dagdagelijks, ook in 2019, binnen mijn werk en de aard van de geformuleerde klachten het belang hiervan.

9. 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. Zij verwijzen voor dergelijk vervoer naar de dienst 100

De dienst 100 weigert meestal dergelijk transport, zij zien dit niet als dringend aangezien de patiënt zich reeds binnen de ziekenhuismuren bevindt of naar een ander ziekenhuis over gebracht wordt. Achterliggende regelgeving gebiedt hen de patiënt naar het dichtstbijzijnde behandelcentrum voor de betrokken pathologie te brengen. Dit vormt vaak niet het centrum dat tegemoet komt aan de keuze van de patiënt. Anderzijds kan de dienst 100 de interventiezone niet verlaten door gebrek aan middelen.

De patiënt zal daardoor terugvallen op een ambulancedienst waarmee zijn ziekenfonds geen financiële afspraken heeft. De patiënt ontvangt een dure rekening 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 o.a bij ontslag uit het ziekenhuis, transport naar het ziekenhuis of interhospitalaal 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.

De casuïstiek van hoge facturen voor de patiënt en vaak een erg beperkte tussenkomst vanuit de verzekeringsinstelling kende nog een groter aandeel in de werking dit jaar.

Via de omzendbrief van Wouter Beke - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 4 december 2019 aan de ziekenhuizen werd aangekondigd dat er in 2020 bijkomende maatregelen komen voor ziekenwagendiensten met betrekking tot transparantie over de kostprijs voor de patiënt.

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.
- In 2019 geen voorstelling jaarverslag.
- Maandelijkse klachtencommissie waar bijstellingen worden gedaan op korte termijn.
- Aanbevelingen ombudsdienst werden in 2019 niet besproken, niet beoordeeld.
- In het kader van NIAZ 2020 wordt er ingezoomd op het jaarverslag 2019 en worden er vermoedelijk een aantal aanbevelingen uit het jaarverslag gelicht.

Huishoudelijk Reglement Klachten

Werkafspraken



Contactpersoon
Geldig vanaf
Referentie
Versie

Caroline Canters
20/09/2019
AZSTM-002347
1.0

Inhoud

1	Toepassingsgebied	2
2	Termen en definities	2
2.1	Klacht	2
2.1.1	Informe klacht	2
2.1.2	Formele klacht	2
2.2	Ombudsfunctionaris	3
2.3	Klachtenbemiddeling	3
2.4	Ziekenhuismedewerkers en medewerkers buiten de ziekenhuiscontext	3
3	Werkwijze	3
3.1	Wettelijke bepalingen	3
3.2	Bereikbaarheid ombudsfunctionaris	3
3.3	Bekendmaking ombudsdienst	4
3.4	Opdrachten van de ombudsdienst	4
3.5	Aard van klachten	5
3.6	Procedure klachtenbemiddeling	5
3.6.1	Een klacht indienen	5
3.6.1.1	Wie kan een klacht indienen?	5
3.6.1.2	Op welke wijze kan men een klacht indienen?	6
3.6.2	Klachtenbehandeling volgens de aard van de klacht	6
3.6.2.1	Afhandelen van een informele klacht	6
3.6.2.2	Afhandelen van een formele klacht	6
3.6.3	Klachtenbehandeling van formele klachten volgens verwachting van de patiënt	7
3.6.3.1	Klachten als signaalfunctie	7
3.6.3.2	Klachten met vraag naar een antwoord, een oplossing of een bemiddeling	7
3.7	Klachtenregistratie	7
3.8	Klachtenrapportering	8
3.9	Privacy van de patiënt	8
3.9.1	Klachtencommissie rapportering directie	8
3.9.2	Rapportering aan betrokken ziekenhuismedewerker	8
3.9.3	Jaarverslag	8
4	Verantwoordelijkheden en bevoegdheden	9
4.1	Ombudsfunctionaris	9
4.2	Directie	9
4.3	Alle medewerkers	10
5	Referenties	10
6	Documentatie/Bijlages	10

1 Toepassingsgebied

Dit huishoudelijk reglement beschrijft de specifieke modaliteiten van de organisatie en de werking van de ombudsfunctie.

Wie moet deze werkafpraak toepassen?

Afdeling(en):

Campus(sen): ME

Functie(s):

Op welke patiënten- of medewerkersgroep moet ze toegepast worden?

Deze richtlijn heeft betrekking op alle klachten geformuleerd door patiënten, familieleden, vertrouwenspersonen en verwijzende artsen. Ze is van toepassing op alle ziekenhuismedewerkers die in het klachtenproces betrokken zijn.

De procedure geldt voor alle diensten, medewerkers, artsen werkzaam in het AZ Sint Maarten

2 Termen en definities

2.1 Klacht

Een klacht is een uiting van ongenoegen of ontevredenheid betreffende het zorgproces van de patiënt in het ziekenhuis. Een klacht dient betrekking te hebben op:

- De product- of dienstverlening
- De resultaten van deze product- of dienstverlening
- De wijze van uitvoeren van de product- of dienstverlening
- De toepassing van een bestaande regelgeving

Men maakt het onderscheid tussen informele en formele klachten:

2.1.1 Informele klacht

Een informele klacht is elke mondelinge klacht waarbij geen schade bij de patiënt wordt vastgesteld (of kan worden verwacht) en die de dienst of het eigen werkdomein van de ziekenhuismedewerker niet overstijgt. Deze klacht wordt geuit op het werkdomein via de betrokken beroepsbeoefenaar. Indien een patiënt het niet haalbaar acht om zijn ontevredenheid over een bepaalde behandeling te bespreken met de betrokkenen zelf, kan deze informele melding eveneens met de ombudsdienst besproken worden. Voor overleg, advies kan er eventueel een brug geslagen worden tussen de indiener en de beroepsbeoefenaar.

2.1.2 Formele klacht

- Elke mondelinge klacht waarbij schade vastgesteld wordt of kan worden verwacht.
- Elke schriftelijke klacht, ongeacht aan wie ze is gericht in het ziekenhuis.
- Elke mondelinge klacht die de eigen discipline of dienst overstijgt.
- Elke klacht die geuit wordt bij de ombudsfunctionaris.

2.2 Ombudsfunctionaris

De ombudsfunctionaris is het centraal aanspreekpunt voor patiënten die hun ongenoegen en/of klachten over het zorgproces in het ziekenhuis willen uiten. Hij/zij is degene die in de klacht bemiddelt en waarbij de patiënt de nodige informatie kan krijgen betreffende de klachtenprocedure, de opvolging en de afhandeling van de klacht.

2.3 Klachtenbemiddeling

Klachtenbemiddeling gaat over het beluisteren en inventariseren van klachten, het informeren van patiënten en indien nodig bemiddelen tussen patiënt en hulpverlener om tot een oplossing te komen. Via bemiddeling wordt er gewerkt aan het herstel van de relatie tussen de indiener van de klacht en de "aangeklaagde" hulpverlener in het ziekenhuis.

2.4 Ziekenhuismedewerkers en medewerkers buiten de ziekenhuiscontext

- Ziekenhuismedewerkers: Dit zijn alle personeelsleden en artsen werkzaam in het A.Z. Sint-Maarten.
- Buiten de ziekenhuiscontext: Personen die behoren tot andere organisaties die in opdracht van de organisatie, onder de vorm van een contract, diensten voor de organisatie verrichten of bepaalde werkzaamheden uitvoeren.

3 Werkwijze

3.1 Wettelijke bepalingen

Dit huishoudelijk reglement werd opgesteld in overeenstemming met de bepalingen van artikel 10 van het KB van 8 juli 2003 en regelt de klachtenbehandeling in het A.Z. Sint-Maarten.

Volgens de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 heeft de patiënt het recht een klacht neer te leggen bij de ombudsfunctie. Deze fungeert als centraal aanspreekpunt in het ziekenhuis.

3.2 Bereikbaarheid ombudsfunctionaris

Caroline Canters werd aangesteld als ombudsfunctionaris voor het AZ St. Maarten. De ombudsfunctionaris is persoonlijk, telefonisch en schriftelijk bereikbaar.

Patiënten kunnen zich via het onthaal aanmelden.

De bewegwijzering naar het bureau van de ombudsdienst wordt duidelijk aangegeven.

- Tel: 015/89.20.16
- Email: ombudsdienst.azsintmaarten@emmaus.be
- Fax: 015/89 40 10
- De ombudsdienst bevindt zich op route 116

De ombudsfunctionaris is bereikbaar, bij voorkeur na afspraak, binnen de openingsuren. Buiten de openingsuren enkel mogelijk na afspraak. Uitzonderingen zijn mogelijk tijdens schoolvakanties, verlof en brugdagen.

- Maandag van 10.00 tot 18.00 (telefonisch)

Permanentie:

- Dinsdag van 9.30 tot 16.00
- Donderdag van 9.30 tot 16.00
- Vrijdag van 9.30 tot 16.00

Tijdens een verlofperiode of afwezigheid permanentie ombudsdienst staat de telefoon doorverbonden naar een antwoordapparaat. Indien men duidelijk een naam en telefoonnummer inspreekt, wordt er bij terugkomst door de ombudsfunctionaris, contact opgenomen met de betrokkene. De voicemail vermeldt ook een telefoonnummer dat tijdens afwezigheid ombudsdienst bereikbaar is, gedurende de kantooruren.

Via het algemeen secretariaat kan men een afspraak vastleggen.

Voor dringende klachten, tijdens afwezigheid ombudsfunctionaris, kan men een beroep doen op het algemeen secretariaat. Zij kijken wie er op dat moment beschikbaar is, indien een dringende eerste opvang noodzakelijk blijkt. De klacht wordt, bij terugkomst ombudsfunctionaris, overgemaakt voor registratie, onderzoek, verdere opvolging en terugkoppeling van de klacht.

3.3 Bekendmaking ombudsdienst

Het huishoudelijk reglement ligt in het ziekenhuis ter inzage van de patiënten, de medewerkers van het ziekenhuis en iedere belangstellende:

- aan het onthaal van het ziekenhuis
- QDMS voor ziekenhuismedewerkers.
- via de website van het ziekenhuis.

Voor patiënten en ieder andere belanghebbende is er aan het onthaal van het ziekenhuis een informatiefolder "Klachtenbemiddeling" beschikbaar. Deze folder kan tevens door zorgverstrekkers besteld worden via de geëigende weg.

Op de website van het AZ Sint-Maarten wordt de ombudsdienst voorgesteld.

De infobrochure <https://azsintmaarten.be/sites/default/files/2019-08/Onthaalbrochure%20meerdaagse%20opname.pdf> welke overhandigd wordt bij een meerdaagse opname, bevat eveneens een informatiefolder klachtenbemiddeling.

3.4 Opdrachten van de ombudsdienst

- Het **in ontvangst nemen** van klachten (mondeling/schriftelijk) met de uitdrukkelijke bedoeling de relatie tussen de indiener van de klacht en de aangeklaagde beroepsoefenaar te herstellen.
- Het **registreren en onderzoeken** van klachten van patiënten, hun vertegenwoordiger of belangenbehartiger, met betrekking tot de handelingen, de werking van het ziekenhuis of de personen werkzaam in en voor het ziekenhuis. De ombudsfunctionaris probeert zo snel mogelijk een minnelijke oplossing te bereiken, in overleg met de betrokken medische dienst, verpleegafdeling, facilitaire of administratieve dienst van het ziekenhuis. Dit alles kan gebeuren in samenwerking met de algemeen directeur, medisch, financieel of verpleegkundig directeur afhankelijk van de aard van de klacht.
- **Terugkoppeling** van informatie **betreffende tekortkomingen** aan de ziekenhuisorganisatie en aan de betrokkenen met betrekking tot mogelijke punten ter verbetering
- Het **informer en adviseren** over verdere proceduremogelijkheden wanneer interne bemiddeling geen oplossing is of geboden heeft.
- **Beheren van documenten** en gegevens voortvloeiende uit klachten en de werking van de ombudsdienst.
- Het systematisch verzamelen van gegevens met als doel **aanbevelingen** te kunnen formuleren. Dit ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot nieuwe klachten.

- De opdracht van de ombudsfunctionaris is een **inspanningsverbintenis**, geen resultaatsverbintenis ten aanzien van de partijen. De ombudsfunctionaris kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.
- De ombudsfunctionaris mag **geen betrokken partij** zijn bij de feiten en de perso(o)n(en) waarop de klacht betrekking heeft. Zij is verplicht het **beroepsgeheim** te respecteren en een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht te nemen.

3.5 Aard van klachten

De ombudsfunctionaris is bevoegd voor alle klachten die betrekking hebben op het zorgproces. Klachten die betrekking hebben op personen die werken voor de organisatie, maar ook op personen die behoren tot andere organisaties die in opdracht van de organisatie, onder de vorm van een contract, diensten voor de organisatie verrichten of bepaalde werkzaamheden uitvoeren.

Deze klachten kunnen onder meer betrekking hebben op:

- Medisch-technische aspecten.
- Verpleegkundige aspecten.
- Hotelfunctie van de instelling (keuken, linnen, onderhoud,...).
- Aspecten van interacties met beroepsoefenaars (arts, kinesist, verpleegkundige, administratie, enz.).
- Financiële aspecten.
- Administratieve aspecten.
- Organisatorische aspecten.
- Alle klachten in verband met de naleving van de wet op de patiëntenrechten (22/08/2002).
- Schadeclaim/verzekeringsaangifte:
- Klachten die een schadeclaim inhouden worden onderzocht en besproken met de betrokken beroepsbeoefenaar. Indien men overgaat tot aangifte via de aansprakelijkheidsverzekering, wordt de uitkomst teruggekoppeld aan de indiener van de klacht en het dossier afgehandeld. Dit gebeurt in samenwerking met het administratief departement - dat instaat voor de behandeling van verzekeringsdossiers - en de hoofdgeneesheer of verpleegkundig directeur afhankelijk van de aard van de klacht.

De ombudsfunctionaris blijft als aanspreekpunt steeds op de hoogte van de laatste ontwikkelingen.

Uitzonderingen:

1. Factuurbetwisting.

Klachten die louter factuur technisch zijn worden afgehandeld in samenwerking met de dienst facturatie.

3.6 Procedure klachtenbemiddeling

Deze procedure beschrijft het procesverloop van melding tot afhandeling van informele en formele klachten.

Bijlage: [stroomdiagram](#)

3.6.1 Een klacht indienen.

3.6.1.1 *Wie kan een klacht indienen?*

Patiënten, familieleden, vertrouwenspersonen, verwijzende artsen kunnen klachten formuleren. Ook ziekenhuismedewerkers kunnen op een proactieve manier problemen

melden wanneer zij een klacht verwachten m.b.t. een door hen behandelde patiënt. Klachten door en over collega's geformuleerd zijn onontvankelijk.

3.6.1.2 *Op welke wijze kan men een klacht indienen?*

Schriftelijk:

- Een brief richten aan het A.Z. St. Maarten, t.a.v. Ombudsdienst, Liersesteenweg 435, 2800 Mechelen.
- Via folder ombudsdienst.
- Melding via het patiëntenevaluatieformulier, enkel op voorwaarde dat contactgegevens vermeld worden.
- Via e-mail: ombudsdienst.azsintmaarten@emmaus.be

Mondeling:

- Spontaan tijdens de openingsuren.
- Telefonisch
- Bij voorkeur na afspraak

3.6.2 Klachtenbehandeling volgens de aard van de klacht

3.6.2.1 *Afhandelen van een informele klacht*

- De informele klachten worden best zo snel en efficiënt mogelijk door de rechtstreeks betrokkenen opgelost. Dit gebeurt in overleg met de patiënt of de indiener van de klacht.
- Wanneer men er niet in slaagt om tot een oplossing te komen kan men beroep doen op de ombudsfunctionaris. De klacht wordt dan een formele klacht.
- Patiënten die rechtstreeks contact opnemen met de ombudsfunctionaris worden gestimuleerd om de klacht met de betrokken zorgverstrekkers te bespreken, indien dit haalbaar is voor hen.

3.6.2.2 *Afhandelen van een formele klacht*

- Bij ontvangst van een klacht worden gegevens geregistreerd. De ombudsfunctionaris registreert op een uniforme wijze door middel van een gestandaardiseerd klachten-registratiesysteem. Per aangebrachte klacht wordt een dossier opgemaakt.
- Aan de indiener van de klacht wordt binnen 10 werkdagen een bericht van ontvangst verstuurd met de melding dat het dossier wordt onderzocht. Daarin staat de referte vermeld van zijn/haar dossier en wordt een maximale doorlooptijd vermeld van 3 maanden.
- Voor mondelinge klachten wordt een schriftelijk verslag gevraagd. Aan de indiener van de klacht wordt gevraagd om zijn mondelinge klacht schriftelijk te bevestigen.
- Voordat de noodzakelijke betrokkenen gecontacteerd worden, dient de indiener van de klacht hiervoor uitdrukkelijk toestemming te geven. Dit gebeurt uit respect voor de privacy van de patiënt.
- Er wordt geprobeerd zo snel mogelijk een definitief antwoord aan de indiener van de klacht te bezorgen. De maximale doorlooptijd per klacht bedraagt 3 maanden.
- De verdere afhandeling van de formele klacht wordt vooral bepaald door de verwachting van de patiënt nl.: gaat het om een klacht als signaalfunctie, een klacht met vraag naar een antwoord, oplossing of een bemiddeling.

3.6.3 Klachtenbehandeling van formele klachten volgens verwachting van de patiënt

3.6.3.1 Klachten als signaalfunctie

Klachten zijn vaak bedoeld als signaal met het oog op een verbetering naar de toekomst.

- Van de formele klacht wordt een kopie doorgegeven aan de betrokken ziekenhuismedewerker, eventueel via de verantwoordelijke met een vraag naar het standpunt van de rechtstreeks betrokkene.
- Er wordt verwacht dat de betrokken ziekenhuismedewerker op basis van de klacht nagaat wat er eventueel fout is gelopen en welke initiatieven er genomen kunnen worden om dergelijke problemen in de toekomst te voorkomen.

3.6.3.2 Klachten met vraag naar een antwoord, een oplossing of een bemiddeling

- Wanneer de indiener van de klacht een probleem of een negatieve ervaring meldt en een antwoord, oplossing of bemiddeling wenst, wordt een kopie doorgegeven aan de betrokken ziekenhuismedewerker, eventueel via de verantwoordelijke met een vraag naar het standpunt van de rechtstreeks betrokkene.
- De betrokken beroepsbeoefenaar zal, eventueel samen met de verantwoordelijke, het probleem onderzoeken en toelichten.
- Wanneer er bij bepaalde klachten een duidelijke behoefte bestaat aan informatie of wanneer communicatieproblemen aan de oorsprong van de klacht liggen, wordt er geprobeerd een gesprek tot stand te brengen tussen de betrokken partijen, in aanwezigheid van de ombudsfunctionaris.
- De indiener van de klacht wordt schriftelijk of mondeling op de hoogte gebracht van het antwoord en/of de oplossing.
- Indien de vragende partij geen genoegen neemt met het antwoord of de bemiddeling worden alternatieven aangereikt, verdere opvolging is dan geboden. Indien men tevreden is wordt de procedure afgesloten.

3.7 Klachtenregistratie

De ombudsfunctionaris maakt gebruik van een gestandaardiseerd klachtenregistratiesysteem zodat er op een uniforme wijze geregistreerd kan worden. Per aangebrachte klacht wordt een dossier opgemaakt.

Bij elke klacht worden de volgende gegevens geregistreerd:

- De datum van ontvangst van de klacht.
- Identiteitsgegevens van de patiënt en/of de indiener van de klacht.
- Lokalisatie van de patiënt.
- De wijze waarop de klacht gemeld wordt.
- Persoon of dienst aan wie de klacht is gericht.
- Verwachtingen van de indiener van de klacht.
- Lokalisatie van de klacht in het ziekenhuis.
- Inhoudelijke analyse van de klacht.
- Classificatie van de klacht.
- Gegrondheid van de klacht.
- Eenzijdig afbreken van de klacht.
- Ondernomen acties.
- Duur van de klachtafhandeling.
- Het resultaat van de klachtafhandeling.

Met uitzondering van de classificatie en de gegrondheid van de klacht, worden alle gegevens geregistreerd vanuit het perspectief van de patiënt, de familie of de belanghebbende die de klacht uit.

De verzameling van persoonsgegevens in het kader van het onderzoek van de klacht worden slechts bewaard gedurende de tijd nodig voor de behandeling ervan en het opstellen van het jaarverslag. De ombudsfunctionaris vernietigt, na het indienen van het jaarverslag aan de Vlaamse ombudsman, alle door haar aangelegde en afgehandelde klachtendossiers.

3.8 Klachtenrapportering

Wanneer men zich in een ziekenhuis beperkt tot het oplossen van individuele patiëntenklachten, bestaat het risico dat bestaande problemen louter symptomatisch worden toegedekt. Om dit te vermijden is het van belang dat men niet alleen afspraken maakt over de individuele klachtenopvolging, maar ook over de terugkoppeling en rapportering binnen de ziekenhuisorganisatie als geheel. De ombudsfunctionaris zal de geanonimiseerde klachtendossiers bespreken met een afvaardiging uit het directiecomité, instaan voor verdere rapportering aan alle ziekenhuismedewerkers en een jaarverslag opstellen.

3.9 Privacy van de patiënt

De indiener van de klacht dient bij aanvang van de klacht d.m.v. een standaard formulier de uitdrukkelijke toestemming te geven aan de ombudsfunctionaris vooraleer deze de noodzakelijke betrokkenen kan informeren. Dit is een voorwaarde (Wet op de Privacy) om gezondheidsgegevens te mogen verwerken.

3.9.1 Klachtencommissie rapportering directie

De ombudsfunctionaris heeft op maandelijkse basis, overleg met een afvaardiging uit het directiecomité. De algemeen directeur, medisch directeur, administratief - financieel directeur en de verpleegkundig directeur zijn hierbij aanwezig. De klachten worden volledig geanonimiseerd. Op deze wijze kunnen er direct aanbevelingen gebeuren. De, voor de ombudsfunctionaris relevante klachten, worden toegelicht en het verloop van de afhandeling van de dossiers wordt besproken. Dit geldt eveneens voor het niet systematische geplande overleg met de hoofdgeneesheer. De vertegenwoordiging van de verschillende departementen creëert een breder draagvlak en garandeert onpartijdigheid in de beoordeling van de klachten.

3.9.2 Rapportering aan betrokken ziekenhuismedewerker

Bij elke klacht wordt een kopie van de klacht en een kopie van een eventueel schriftelijk antwoord aan de betrokken ziekenhuismedewerker overhandigd. De medewerker wordt betrokken bij het hele proces.

3.9.3 Jaarverslag

Jaarlijks wordt er een jaarverslag (°KB 8 juli 2003) opgemaakt met een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat van de klachtenbehandeling. De gegeven aanbevelingen en genomen initiatieven worden eveneens beschreven. Het verslag is volledig geanonimiseerd.

Koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen

[Art. 9 [Vlaamse Gemeenschap]

§ 1

De ombudspersoon stelt jaarlijks een verslag op over zijn werkzaamheden. Het verslag bevat ook aanbevelingen die de ombudspersoon nuttig acht en vermeldt de eventuele moeilijkheden die hij bij de uitoefening van zijn opdracht ondervindt.

De identiteit van klagers en van andere natuurlijke personen die betrokken zijn bij de afhandeling van de klacht, mag niet in het verslag worden vermeld.

§ 2

Het jaarverslag, vermeld in paragraaf 1, wordt uiterlijk 10 februari van het daaropvolgende kalenderjaar bezorgd aan:

1°

de beheerder, de hoofdgeneesheer, de directie en de medische raad van het ziekenhuis;

2°

de Vlaamse ombudsman, vermeld in artikel 2 van het decreet van 7 juli 1998 houdende instelling van de Vlaamse ombudsdienst.

Het jaarverslag moet kunnen worden geraadpleegd door de Zorginspectie, vermeld in artikel 3, § 2, derde lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 31 maart 2006 betreffende het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, betreffende de inwerkingtreding van regelgeving tot oprichting van agentschappen in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en betreffende de wijziging van regelgeving met betrekking tot dat beleidsdomein. **Wetshistoriek** Vervangen bij art. 2 B.VI.Reg. 25 januari 2019 (*BS* 7 maart 2019).

4 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

4.1 Ombudsfunctionaris

Volgens art. 11 van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 heeft de ombudsdienst de volgende opdracht:

- Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen.
- Het bemiddelen bij klachten met het oog op het bereiken van een oplossing.
- Bij gebrek aan het bereiken van een oplossing verstrekt men inlichtingen aan de patiënt aangaande de mogelijkheden, alternatieven voor de afhandeling van zijn klacht.
- Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie.
- Het formuleren van aanbevelingen, ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot nieuwe klachten.

De ombudsfunctionaris is geen verantwoording schuldig over het bemiddelingsproces, maar heeft wel een informatieplicht ten aanzien van de directie en het bestuur van het ziekenhuis.

4.2 Directie

Volgens art. 3 en 4 van het KB van 8 juli 2003 betreffende de ombudsfunctie in de ziekenhuizen draagt het ziekenhuis er zorg voor dat:

- Er voldoende informatie wordt verstrekt waardoor er een vlotte bereikbaarheid van de ombudsfunctie gegarandeerd kan worden.
- Er informatie wordt verstrekt betreffende de werking van " Rechten van de patiënt " zoals bedoeld in artikel 16 van de patiëntenrechtenwet.
- De ombudsfunctionaris de mogelijkheid heeft om ongehinderd in contact te treden met alle bij een klacht betrokken personen.
- De ombudsfunctionaris binnen een redelijke termijn over kan gaan tot de afhandeling van de klachtenbemiddeling.
- De ombudsfunctionaris over de nodige administratieve en technische middelen beschikt om haar taken te kunnen uitvoeren o.a. secretariële ondersteuning, communicatiemiddelen en verplaatsing-, documentatie- en archiveringsmiddelen.

- Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van haar opdracht de ombudsfunctionaris niet gesanctioneerd kan worden wegens daden die zij in het kader van de correcte uitoefening van haar opdracht stelt.

4.3 Alle medewerkers

- Een klacht biedt kansen om de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren, om misverstanden en problemen die ontstaan door communicatieproblemen op te helderen.
- Alle medewerkers dienen open te staan voor opmerkingen en suggesties van patiënten. Men moet proberen om op een begripvolle en constructieve manier met deze opmerkingen om te gaan.
- De informele klachten worden best zo snel en efficiënt mogelijk door de rechtstreeks betrokkenen opgelost. Dit gebeurt in overleg met de indiener van de klacht.
- Wanneer men er niet in slaagt om tot een oplossing te komen kan men beroep doen op de ombudsfunctionaris. De klacht wordt dan een formele klacht.
- Patiënten die rechtstreeks contact opnemen met de ombudsfunctionaris worden gestimuleerd om, in de mate van het mogelijke, hun klacht met de betrokken zorgverstrekkers te bespreken. Indien dit onmogelijk is voor de indiener van de klacht, kan de ombudsfunctionaris een spreekwoordelijke brug slaan en doorverwijzen of de klacht zelf onderzoeken en bemiddelen.

5 Referenties

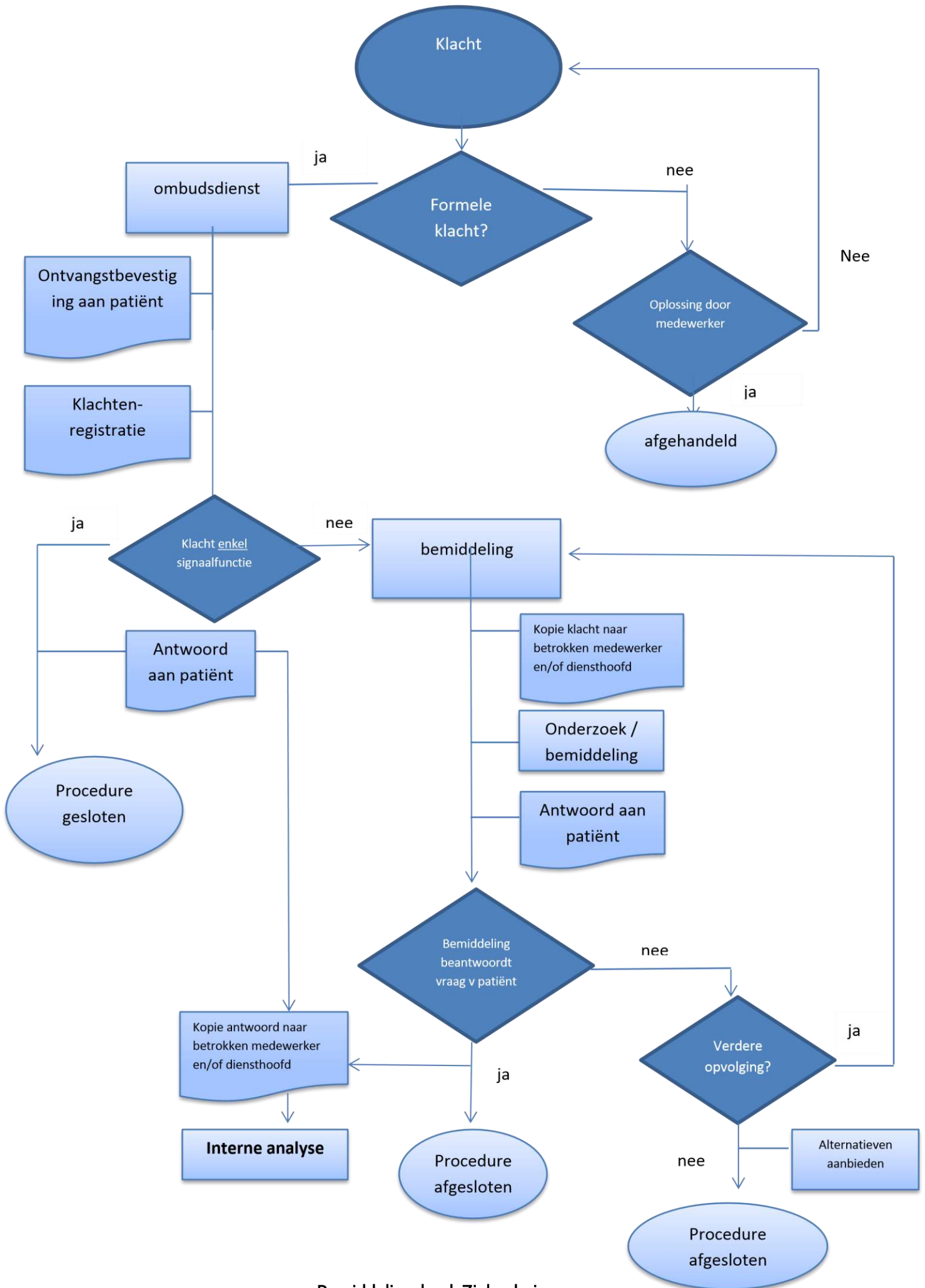
KB 8 juli 2003: houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen. Bron: Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Publicatie: 26/08/2003.

22 augustus 2002: Wet betreffende de rechten van de patiënt. Bron: Sociale zaken, Volksgezondheid en leefmilieu. Publicatie: 26/09/2002.

Wetshistoriek Koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen. [Art. 9 [Vlaamse Gemeenschap] Vervangen bij art. 2 B.VI.Reg. 25 januari 2019 (BS 7 maart 2019).

6 Documentatie/Bijlages

- "De lastige patiënt?" François Van Hoorebeke. Garant-uitgevers n.v. 1998. 116 pp.
- "De rechten van de patiënt". Universitaire pers, Leuven, 2001. 184 pp.
- "Klachtenbehandeling. Een klacht is een geschenk!" Kring-vorming in samenwerking met Viafoon bvba. 1999.16 pp.
- "Over mijn lijf. Bijsluiters bij de wet over de rechten van de patiënt". Marc De Hert, Geerdt Magiels, Erik Thijs. Uitgeverij Houtekiet 2003. 135 pp.
- "Belgisch staatsblad" de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002.
- "Het elektronisch medisch dossier". An Vijverman Uitgeverij Intersensia
- "Beroepsgeheim" Frederic Blockx. Uitgeverij Intersensia
- "Handboek gezondheidsrecht. Volume 1 en 2." T. Van Sweevelt en F. Dewallens, Uitgeverij Intersensia
- "Je rechten als patiënt CM, soc.mut." Uitgeverij Epo. 258 pp.



Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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	2 Ziekenhuis aan de Ringlaan 15 te Eeklo en polikliniek met revalidatiecentrum aan de Gentse steenweg 132 te Sijsele
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 FTE
Lokalisatie dienst	Ringlaan 15 9990 Eeklo
Registratiesysteem	Patiënt Safety Company – programma van Adheco
Huishoudelijk reglement; <i>(waar te raadplegen)</i>	Ja, bij de ombudsdienst, op de website, aan onthaal
Vormingen i. k .v. bemiddeling	Annemie Piron: Basisopleiding bemiddeling Bemiddeling in sociale zaken Beide opleidingen gevolgd bij MEDIV Katrijn: Basisbemiddeling bemiddeling MEDIV
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Carrouselmomenten in AZ Alma n.a.v. accreditatie. Uitleg VIR bv. overdracht patiënteninformatie
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst</i>	Naast de klachten over de patiëntenrechten behandelt de ombudsdienst ook klachten op administratief- financieel en organisatorisch vlak. Ook klachten over technische en facilitaire aspecten worden door de ombudsdienst opgenomen.

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Indien een klacht wordt geuit bij een medewerker/ een afdeling wordt geprobeerd om ter plaatse een oplossing te zoeken. Rechtstreekse communicatie wordt voorop gesteld.</p> <p>Indien niet tot een oplossing kan gekomen worden wordt doorverwezen naar de ombudsdienst.</p> <p>Klachten rechtstreeks gericht aan de ombudsdienst worden door de ombudsdienst behandeld.</p> <p>Klachten rechtstreeks gericht aan de dienst facturatie , directie, directiesecretariaat worden eveneens doorgestuurd en behandeld door de ombudsdienst.</p> <p>Ook hier wordt rechtstreekse communicatie voorop gesteld en wordt getracht om deze communicatielijn mogelijk te maken of te herstellen.</p>
---	--

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<p>Klachten zijn voor de organisatie een signaal over hoe de patiënt en/of familie de opname/ behandeling ervaren heeft.</p> <p>Klachten worden ernstig genomen en er wordt nagegaan waar het mogelijks mislopen is, en welke verbeteracties kunnen ondernomen worden zodat de klacht in de toekomst kan vermeden worden.</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>De klacht wordt geregistreerd en er wordt een ontvangstmelding gestuurd.</p> <p>De ombudsdienst gaat bij melding van een klacht steeds na of er mogelijks al een melding is gebeurd bij medewerker/zorgverlener. De ombudspersoon probeert in eerste instantie om de rechtstreekse communicatie tussen patiënt/zorgverlener te bevorderen.</p> <p>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.</p> <p>Er wordt geen standpunt ingenomen door de ombudspersoon. Zij behoudt haar neutrale en onafhankelijke positie.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
<p>Indien niet tot een oplossing kan gekomen worden wordt doorverwezen naar externe instanties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dienst ledenverdediging mutualiteit - Fonds voor Medische Ongevallen - Orde van Artsen - Vlaams patiëntenplatform - ... 	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. ✓ 	
Aantal klachtendossiers	363
Aantal infodossiers	31
Aantal pro actieve dossiers	36
Aantal opvragingen patiëntendossier via ombudsdienst	8

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)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	14
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	20
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)	1

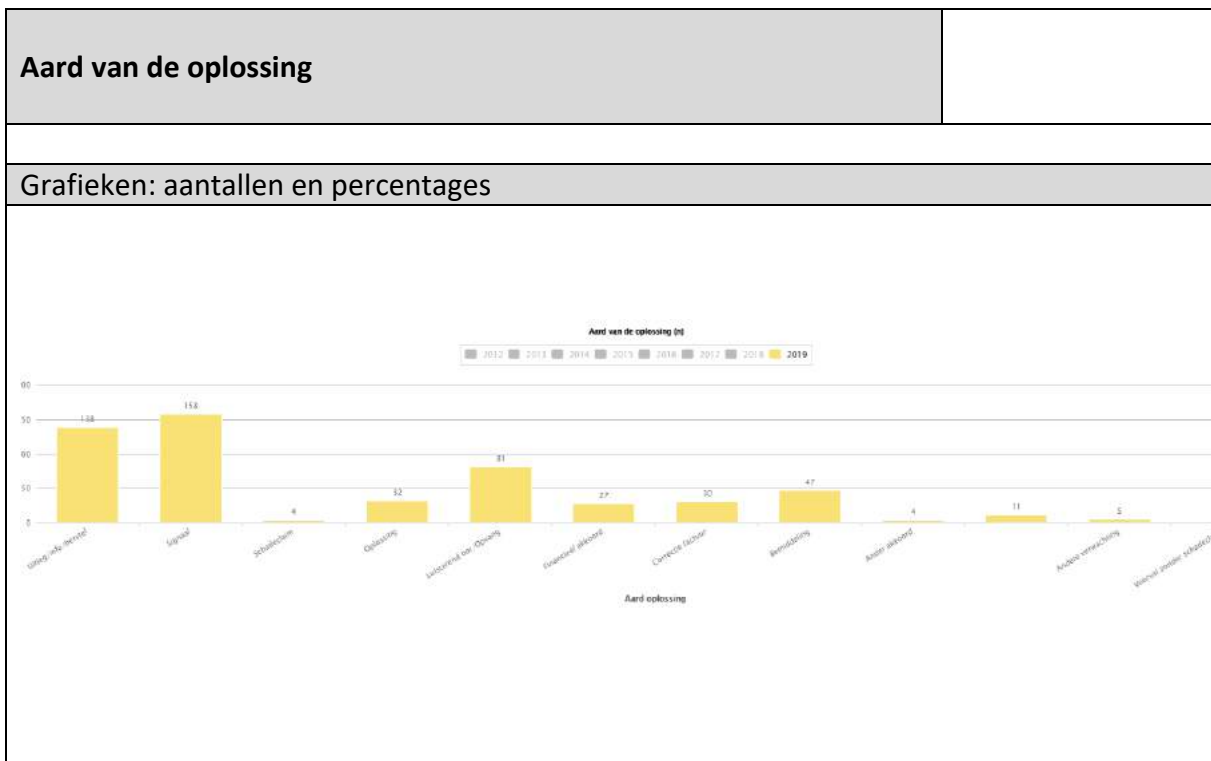
Rechten van de patiënt:

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

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

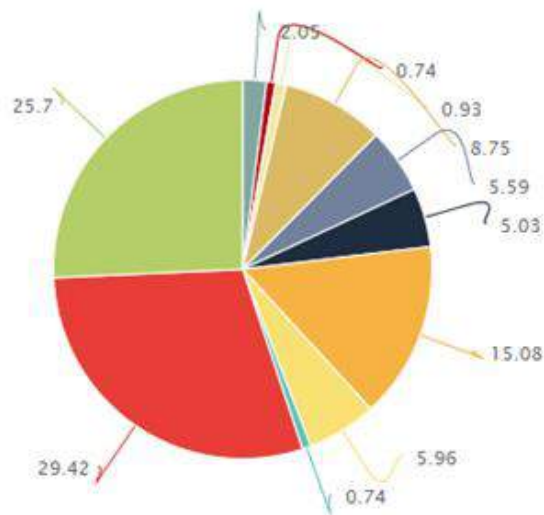
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	181
--	-----



- Ander akkoord Andere verwachting Bemiddeling Correctie factuur Financieel akkoord Luisterend oor/Opvang

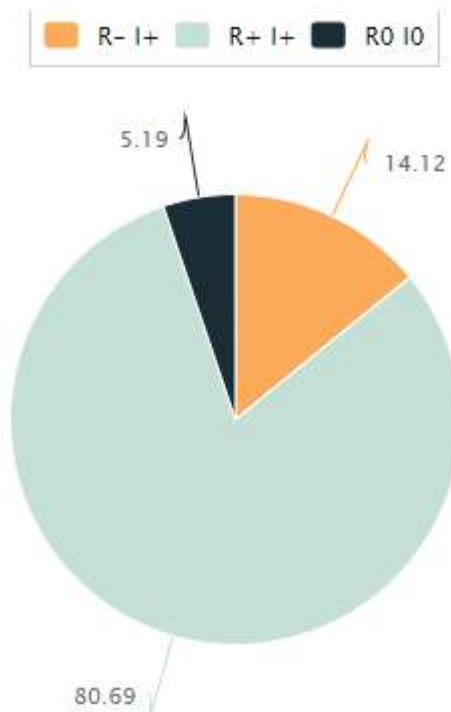
Oplissing Schadeclaim Signaal Uitleg/info/herstel



We zien dat in 8,75 % van de klachten wordt bemiddeld, dit zowel door partijen rond tafel te brengen als door pendelbemiddeling. Dit gebeurde bij 47 klachten.
 Bij 25,7% van de klachten (138) wordt uitleg, informatie gegeven en wordt getracht op deze manier tot een herstel van relatie te komen.

Resultaat van de ombudspersoon

Grafiek: percentages



We zien dat in 80,69% van de klachten de melder tevreden is over het resultaat en de interventie door de ombudsdienst. In 14,12% van de meldingen is de melder wel tevreden over de interventie maar niet over het resultaat. In 5,19% van de klachten is het niet geweten of men tevreden is over het resultaat of de interventie (bv. melder reageert niet meer op mail of telefoon).

Noot: deze beoordeling gebeurt door de ombudspersoon zelf.



De Dennen vzw
woonzorg- en
revalidatiecentrum

Jaarverslag ombudsdienst - 2019

1. Instellingsgebonden informatie

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

Algemeen ziekenhuis - SP psychogeriatric

1.2. Erkenningsnummer van de instelling

046

1.3. Naam van de instelling

De Dennen vzw, woonzorg- en revalidatiecentrum

1.4. Gewest waarin de instelling zich bevindt

Vlaanderen

1.5. Beschikt de instelling over een eigen ombudsdienst?

De instelling beschikt over een eigen ombudsfunctie

1.6. Coördinaten van de ombudsfunctie

*Adriaenssen Chris
Nooitrust 18, 2390 Malle
Tel 03/380 15 36
ombudsdienst@dedennenvzw.be
Werkzaam als ombudspersoon vanaf 01/01/2013*

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

Een klacht wordt in de eerste plaats opgevangen op de plaats waar deze is ontstaan. Wanneer de klacht niet door de medewerkers kan opgelost worden, kan de ombudspersoon gecontacteerd worden. Bij melding aan de ombudsdienst wordt bekeken of het probleem reeds met betrokkene(n) of verantwoordelijke werd besproken. Zo niet, wordt de melder hiertoe aangespoord. Indien dit niet mogelijk is, neemt de ombudsdienst contact op met de betrokkene(n). De ombudsdienst streeft ernaar om klachten binnen een redelijke termijn af te handelen.

2. Overzicht van de klachten

2.1. Welk registratiesysteem gebruikt u?

- Het registratiesysteem VVOVAZ
- Het registratiesysteem Go-between (KPsoft)
- Een ander registratiesysteem
- Geen registratiesysteem

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

OPGELET! Met vraag 2.2. bedoelen we niet de dossiers waarin louter informatie verleend wordt. Het gaat om de dossiers waarin er echt sprake is van een klacht of uiting van ongenoegen omtrent de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

1 dossier

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

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

OPGELET! Tot vraag 3.1. behoren de klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen beroepsbeoefenaar en patiënt (klachten over gedrag en communicatie en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar). Tot vraag 3.1 behoren niet de klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening van de instelling zélf (hygiënische omstandigheden, de kwaliteit van de aangeboden voeding, enz).

1 dossier

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

0 dossiers

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

1 dossier

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

0 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 dossiers

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)

0 dossiers

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°)

0 dossiers

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

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

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

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

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

5.3. De eerbiediging van uw beroepsgeheim

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 6.3. Het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand (art. 7)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.4. Het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (art. 8)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.5. Het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier (art. 9 § 1)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.6. Het recht op inzage van het patiëntendossier alleen (art. 9 § 2)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.7. Het recht op afschrift van het patiëntendossier (art. 9 § 3)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.8. Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.9. Het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg (art. 11bis)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.10. Het systeem van de vertegenwoordiging van de patiënt (art. 12–15)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

Jaarverslag 2019 t.a.v. Vlaamse
Ombudsman:

**Ombudsdienst AZ Sint-Jan Brugge-
Oostende AV**

Jaarverslag van de lokale ombudsdienst 'AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV'
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(ten laatste 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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 (SJ), Ruddershove 10, 8000 Brugge Campus SFX, Spaanse Loskaai 1, 8000 Brugge Campus Henri Serruys (HS), Kairostraat 84, 8400 Oostende
Naam ombudsperso(o)n(en)	Ruth Schepmans – 05-07-2010 Mieke Willemyns – 01-05-2012 (pensioen 31/05/2019) Mieke Vandewalle – 01-12-2012 Kimberley Carton – 01-06-2019 Valérie Bogaert (vervanging) – 14-10-2019
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	
Bestaffing	Ombudsdienst: 3.05 FTE <ul style="list-style-type: none"> - 2,55 FTE ombudspersonen - 0,5 FTE secretariaatsfunctie (Sabine Wyffels) De effectieve bestaffing was gedurende kalenderjaar 2019 erg variabel door pensioen en lange afwezigheden van verschillende ombudspersonen.
Lokalisatie dienst	De burelen van de ombudsdienst bevinden zich <ul style="list-style-type: none"> - Campus SJ/SFX: in de campus Sint-Jan aan de ingang van het ziekenhuis links in de hoek, route 020 - Campus HS: aan de ingang eerste bureel links (tegenover de liften)
Beschikbaarheid	- In de campus SJ/SFX is de ombudsdienst elke werkdag te bereiken tijdens de kantooruren. Bij afwezigheid van de ombudspersonen is er permanentie door het secretariaat.

	<ul style="list-style-type: none"> - In de campus HS is de ombudspersoon aanwezig op maandag, dinsdagvoormiddag en donderdag. In geval van (langere) afwezigheid van de ombudspersoon kan er beroep worden gedaan op de ombudspersoon in de campus SJ/SFX en kan desgewenst een afspraak in de campus HS gemaakt worden. - Bij afwezigheid en buiten de kantooruren is, zoals door de wet voorzien, een antwoordapparaat ingeschakeld met verwijzing naar de openingsuren of bereikbaarheid. Verder is de ombudsdienst ook bereikbaar via telefoon, e-mail en per brief.
Bekendheid	<ul style="list-style-type: none"> - De gegevens over de inhoud en bereikbaarheid van de ombudsfunctie zijn te vinden op de website van het ziekenhuis en in de onthaalbrochure. Deze info staat tevens vermeld in de infobrochure over de patiëntenrechten die aan elke opgenomen patiënt wordt afgegeven en beschikbaar is op elke polikliniek. Ook op de patiëntenfactuur is er een verwijzing naar de ombudsdienst. - 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.
Registratiesysteem	VVOVAZ (Vlaamse beroepsVereniging Van Ombudsfuncties Van Alle Zorgvoorzieningen)
Huishoudelijk reglement	<p>Het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst werd geactualiseerd in 2013, op 18-09-2013 goedgekeurd door de Raad van Bestuur en op 28-10-2013 overgemaakt aan de Federale Commissie 'Rechten van de patiënt.</p> <p>Het huishoudelijk reglement ligt ter inzage van de patiënten, medewerkers en iedere belangstellende</p> <ul style="list-style-type: none"> - aan het onthaal van elke campus - in de burelen van de ombudsdienst <p>Dit huishoudelijk reglement is tevens raadpleegbaar op de website van het ziekenhuis www.azsintjan.be en intern via intranet.</p>

<p>Opleiding van de ombudspersonen</p>	<p><u>Mevr. Mieke Willemyns:</u> Lic. In de ziekenhuiswetenschappen Attest basisopleiding 'Bemiddeling' MEDIV</p> <p><u>Ruth Schepmans:</u> Master in de psychologie Attest basisopleiding 'Bemiddeling' MEDIV Postgraduaat gezondheidsrecht en -ethiek AHLEC (UAntwerpen)</p> <p><u>Mieke Vandewalle:</u> Master in de geschiedenis Attest basisopleiding 'Bemiddeling' MEDIV</p> <p><u>Kimberley Carton:</u> Master in de rechten Attest basisopleiding 'Bemiddeling' VIVES Attest specialisatie "Bemiddelaar in familiale zaken" VIVES</p> <p><u>Valérie Bogaert:</u> Master in de psychologie</p>
<p>Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De patiënt als consument – VVOVAZ - Privacy en gegevensbescherming – een zaak voor en van iedereen – Interne opleiding
<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De ombudsdienst in het ziekenhuis vindt zijn bestaan in de wet "Rechten van de patiënt" van 22 augustus 2002. Het klachtrecht is één van de wettelijke rechten van de patiënt: "De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie." Het KB van 8 juli 2003 beschrijft de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen. - De opdracht van de ombudsdienst in het ziekenhuis is echter ruimer opgevat dan de strikt wettelijke opdracht. De ombudsdienst fungeert als aanspreekpunt voor alle klachten m.b.t. de zorgverlening en de ruime omkadering van deze zorg. De ombudsdienst zal dus ook klachten behandelen over medewerkers die geen beroepsbeoefenaar volgens de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (BS, 18 juni 2015) zijn, klachten zonder een individuele relatie tussen een

	<p>patiënt en beroepsbeoefenaar of klachten van organisatorische en administratief-financiële aard.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De ombudsdienst zal wel alle klachten behandelen volgens de invalshoek van 'bemiddeling' en houdt zich hierbij aan de wettelijke voorwaarden van een neutrale, onpartijdige houding met respect voor het beroepsgeheim.
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>De klachten worden behandeld conform het huishoudelijk reglement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ontvangstmelding, opening dossier en registratie. - Eens een ombudsdossier geopend, blijft de ombudspersoon eigenaar van het dossier en coördineert deze het verdere verloop. - Bespreking verwachting van de melder en mogelijke manier van opvolging/behandeling. - Klacht wordt besproken met de betrokken zorgverlener(s), medewerker(s) of dienst(en). - Een bemiddelingsgesprek of intern overleg tussen betrokkenen kan voorgesteld worden. - Enkel indien aangewezen om tot een passende opvolging te komen en met akkoord van de patiënt wordt de betrokken verantwoordelijke of directielid gecontacteerd. - Facturatieproblemen worden voorgelegd in een wekelijks overleg met vertegenwoordigers uit de facturatedienst, opnamedienst en apotheek. - De ombudspersoon formuleert de melder over het resultaat van de bemiddeling. - Indien geen aanvaardbare oplossing bereikt wordt geeft de ombudspersoon informatie over alternatieve mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht.
<p>Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?</p>	<p>Elke ombudspersoon werkt op onafhankelijke wijze en poogt via bemiddeling de onenigheid op te lossen met de medewerking van de patiënt en de beroepsbeoefenaar.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Anonieme klachten worden geregistreerd maar komen niet in aanmerking voor individuele bemiddeling.</p>

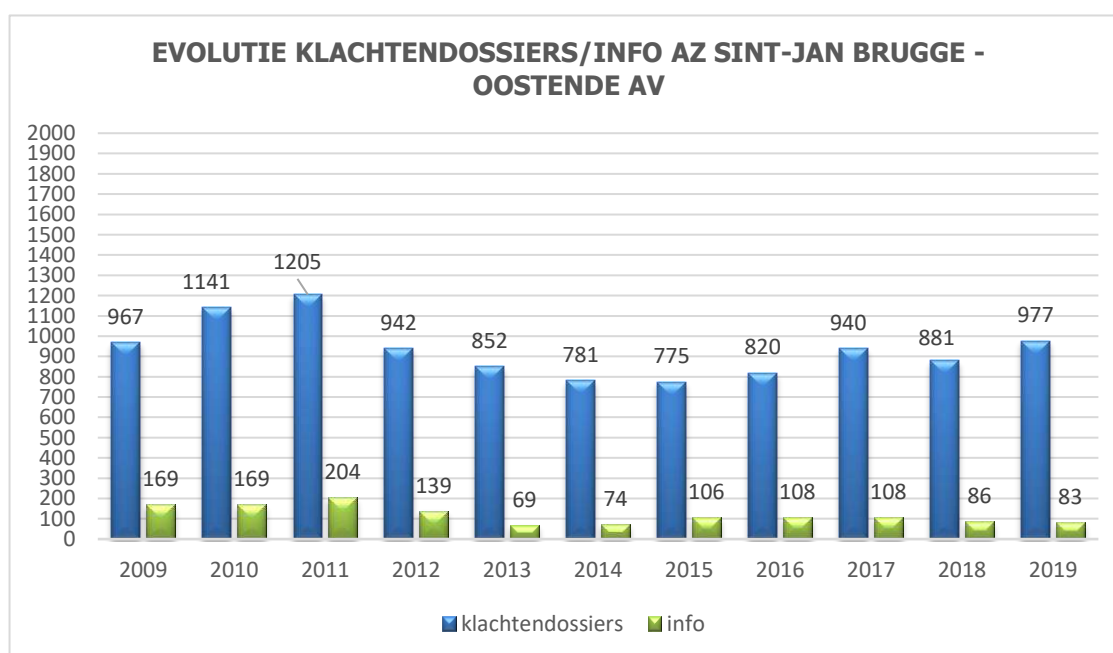
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

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

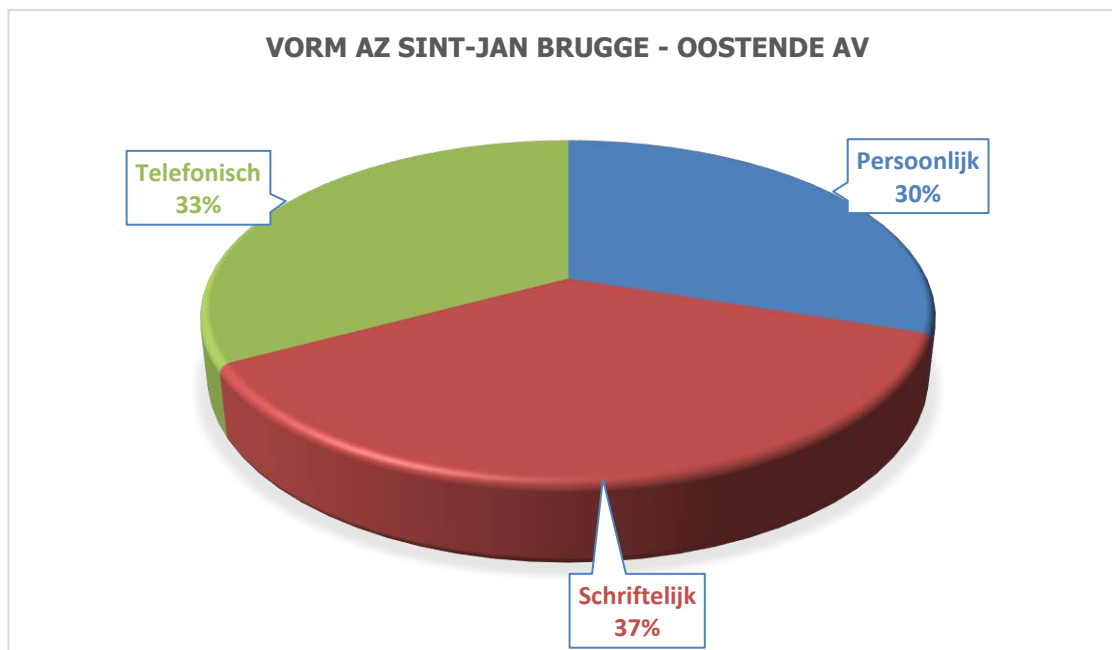
Aantal klachtendossiers	977 nieuwe klachtendossiers werden opgestart. 94 dossiers van 2018 werden verder behandeld.
Aantal infodossiers	83 infodossiers. Dit waren voornamelijk vragen over inzage/afschrift van het patiëntendossier en vragen over de ziekenhuisfactuur.
Aantal pro actieve dossiers	23 preventieve meldingen waarvan zes evolueerde naar een klachtendossier.

1. Evolutie van het aantal klachtendossiers en infodossiers bij de ombudsdienst AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV



Er is in 2019 een belangrijke stijging van het aantal klachtendossiers (+96).

2. Vorm van het contact waarin de melder zijn vraag/klacht aanbracht bij de ombudsdienst van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV



- 30% van de meldingen gebeurt in een persoonlijk contact met de ombudspersoon wat wijst op de laagdrempeligheid en beschikbaarheid van de ombudsfunctie.
- Het grootste deel van de eerste contacten met de ombudsdienst zijn schriftelijk (via mail). De ombudsdienst gaat in dit geval meestal zelf toch het persoonlijk/telefonisch gesprek aan met de melder om de verwachting helder te krijgen en afspraken te maken rond de behandeling van de klacht.

Klachtendossiers 2019 AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV

Volgende tabel toont de verhouding tussen het aantal klachtendossiers waarbij patiënten menen dat één of meerdere van hun rechten i.k.v. de wet patiëntenrechten (2002) niet gerespecteerd werd(en) (WRP) t.o.v. de klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt (geen WRP).

Klachtendossiers 2019	Totaal	
	n	%
WRP	487	49,8
Geen WRP	490	50,2
Totaal	977	100,0

De voorbije jaren waren er steeds meer niet WRP gerelateerde klachten in verhouding tot WRP klachten. Dit jaar is er echter een verschuiving naar elk de helft.

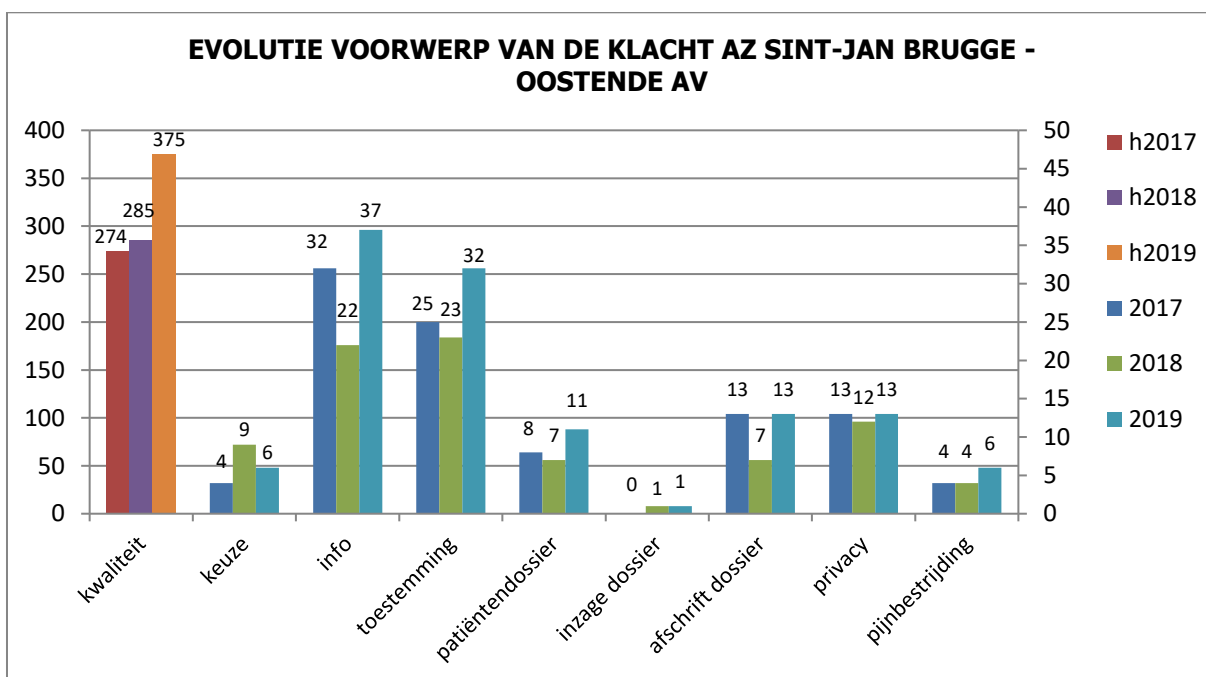
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78): 495 (in 487 klachtendossiers)

Opmerkingen:

✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5) <i>Klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).</i>	375
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	6
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	37
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8) <i>Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. dit omvat:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.</i> - <i>Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar</i> 	32

<i>zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.</i> - <i>Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.</i>	
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)	13
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	13
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	6



* Er werd voor "kwaliteit" een andere schaal gebruikt om de leesbaarheid van de grafiek te verhogen. Links de waarden voor "kwaliteit", rechts de waarden voor de andere rechten.

- De verdeling van de klachten volgens de verschillende patiëntenrechten is gelijkaardig aan de voorbije jaren.
- Het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5) maakt het grootste onderdeel uit van de klachten binnen de materie patiëntenrechten (76%). Deze klachten gaan

niet enkel over de technische behandeling of zorgverlening maar ook over de manier waarop dit gebeurt zoals de bejegening en communicatie van de beroepsbeoefenaar en het respect voor de menselijke waardigheid en autonomie van de patiënt.

- 2019 kent wél een groter aandeel klachten over art. 7. “Recht op informatieverstrekking over de gezondheidstoestand” .

Klachtenbeeld

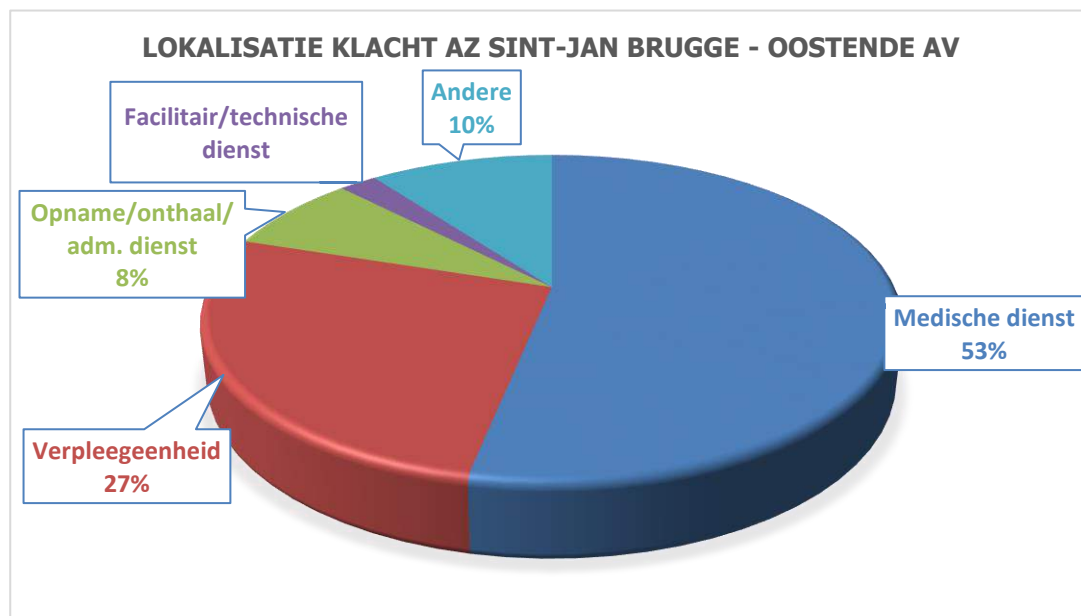
We vermelden een aantal groepen/soorten klachten. Gedetailleerde uitwerking niet haalbaar binnen het tijdsbestek.

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.

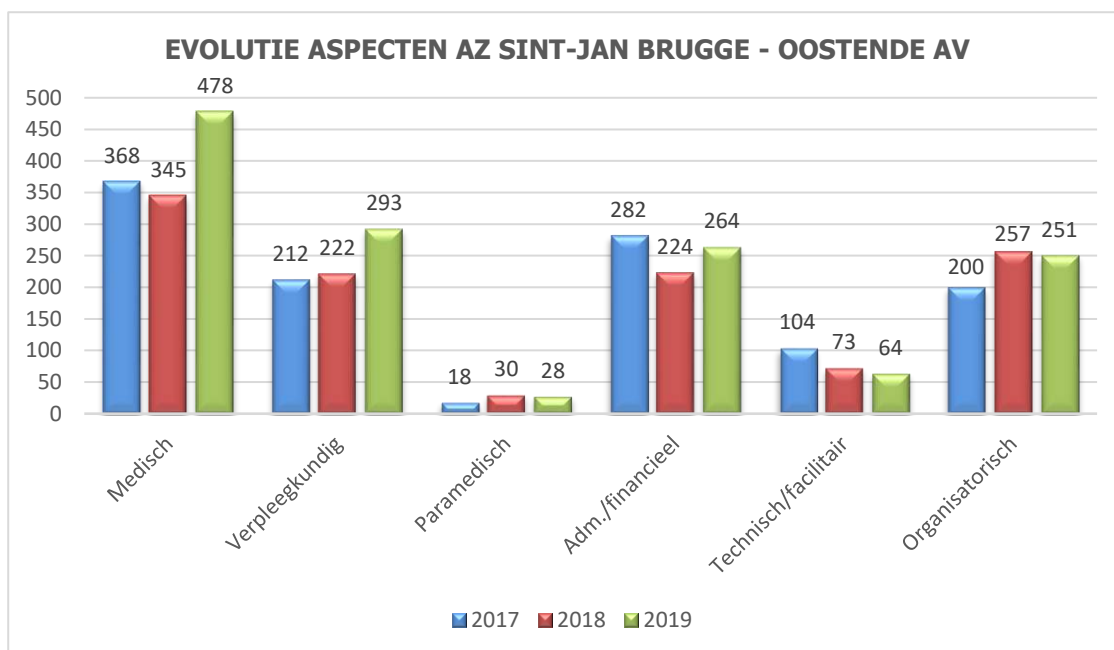
1.1 Over welke dienst gaat de klacht

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



- Meer dan de helft van de klachten vindt plaats op een medische specialiteit of een polikliniek (in zijn totaliteit).
- Een vierde van de klachten gaat over de verpleegafdeling (alle aspecten).

1.2 Verdeling aangebrachte klachten per aspect



1.3 Medische aspecten: 478 meldingen

- Er is een belangrijke stijging in het aantal meldingen over medische aspecten (+ 133).
- Meer klachten over de **verslaggeving** van artsen: niet of moeizaam verkrijgen van medische attesten/verslagen, niet akkoord met inhoud verslag, ...
- In verhouding meer klachten over gebrek aan **informatieverstrekking**.
- Zoals steeds gaat het grootste aandeel van de medische klachten over de **behandeling** zelf (48%).

1.4 Verpleegkundige aspecten: 293 meldingen

- 30% van de klachten van verpleegkundige aard gaat over de **verzorging**.
- T.o.v. vorig jaar procentueel meer klachten over gebrek aan **informatieverstrekking**.
- Bijna de helft van de klachten over de verpleegkundigen gaan over **bejegening** (aandacht/opvang en communicatiestijl).

1.5 Administratief-financiële: aspecten 264 meldingen

- 16% van deze meldingen gaat over onvriendelijke **communicatie**. Dit is een stijging t.o.v. 2018 en gaat voornamelijk over de secretariaten van medische diensten.
- Ook hier is er een stijging van het aantal klachten over een gebrek aan **informatieverstrekking**.
- Zoals steeds gaat het grootste aandeel van deze klachten over problemen en betwistingen van de **facturatie** (60%). Procentueel weegt dit aandeel wel minder dan vorig jaar.

1.6 Organisatorische aspecten: 251

- 🗨 Er is bijna een verdubbeling van het aantal klachten over de **wachttijden**. Meer dan de helft van deze klachten vindt plaats op de **spoedgevallendienst**: wachten op behandeling, wachten op de spoedarts, wachten op de arts-specialist, wachten op resultaten, wachten op een kamer, ...
- 🗨 Er is opnieuw een belangrijke stijging van het aantal meldingen (28) over het **extern transport (ziekenvervoer)**. De klachten gaan 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.
 - ✓ Aanvraag niet volgens ziekenfonds patiënt of contract met een bepaald ziekenhuis.
 - ✓ Liggend transport met begeleiding tussen ziekenhuizen in het kader van specialistische zorg. Patiënt wordt geconfronteerd met een dure factuur zonder tussenkomst van zijn ziekenfonds.
- 🗨 Grootste aandeel is **verloren voorwerpen** 24%
- 🗨 **Afsprakenregeling** 18%
 - ✓ Patiëntenstop op bepaalde diensten
 - ✓ Eenzijdig wijzigen afspraken, patiënt soms niet geïnformeerd
 - ✓ Patiënt wenst snellere afspraak
 - ✓ Misverstanden bij boekingen
- 🗨 **Opnameregeling** 14%
 - ✓ Lange wachttijden bij geplande opname omdat nog geen bed vrij is door de hoge bezetting
 - ✓ Niet krijgen van de gevraagde (eenpersoons)kamer

1.7 Technisch/facilitaire aspecten: 64

- 🗨 Beperkt aantal meldingen over technisch/facilitaire aspecten.
- 🗨 Grootste aantal klachten gaat over de **parking** (17): gebrek aan parkeerplaatsen (voor mindervaliden)

1.8 Paramedische aspecten: 28

- 🗨 Weinig klachten over paramedische zorg

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.**

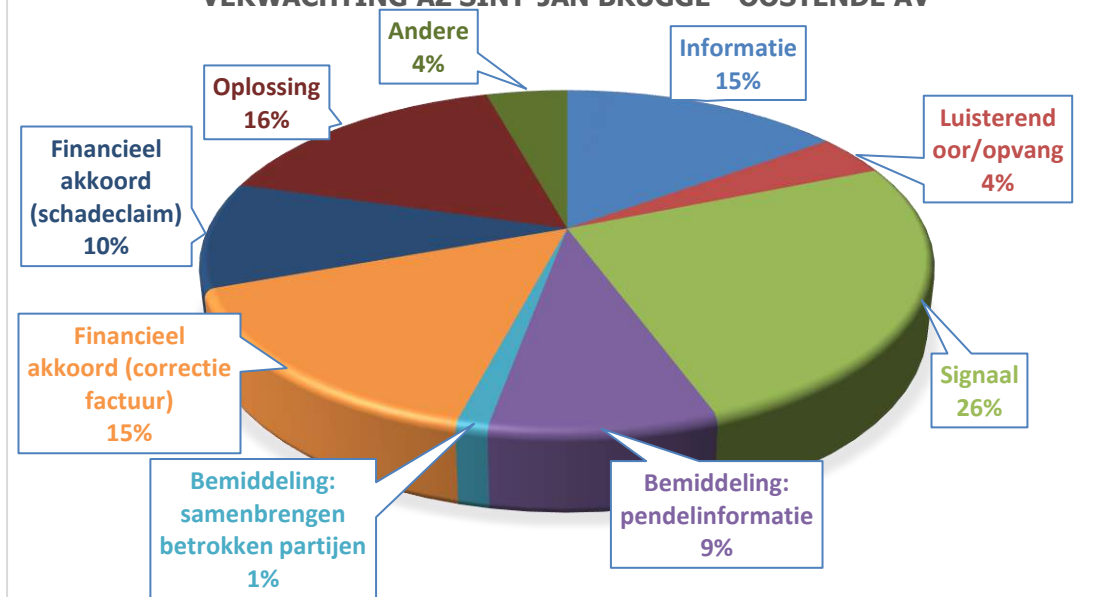
Anonieme klachten worden niet behandeld.

Onderstaand overzicht toont de verwachtingen die de patiënt of familie stelde bij de aanmelding bij de ombudsdienst. Deze cijfergegevens zeggen niets over de effectieve uitkomst van het dossier.

1. Verwachting van de klager/aanbrenger

Verwachting klager/aanbrenger	n	%
Informatie ⁽¹⁾	155	14,9
Luisterend oor/opvang ⁽²⁾	41	3,9
Signaal ⁽³⁾	267	25,6
Bemiddeling: pendelinformatie ⁽⁴⁾	89	8,5
Bemiddeling: samenbrengen betrokken partijen ⁽⁴⁾	12	1,2
Financieel akkoord: correctie factuur ⁽⁵⁾	159	15,2
Financieel akkoord: schadeclaim ⁽⁶⁾	106	10,2
Oplossing ⁽⁷⁾	169	16,2
Andere ⁽⁸⁾	45	4,3
Totaal	1043	100,0

VERWACHTING AZ SINT-JAN BRUGGE - OOSTENDE AV



- In **10%** van de klachtendossiers is er een **expliciete vraag voor bemiddeling**. Dit is dubbel zoveel als vorig jaar en wordt gezien als een positieve evolutie daar dit de kernzaak is van de ombudsdiensten rechten van de patiënt.
- 25%** verwacht één of andere vorm van **financiële regeling**.
 - ✓ **Correctie factuur (15%)** o.w.v. niet geïnformeerd (over kostprijs), ongenoegen over (resultaat) behandeling, foutieve of onterechte facturatie, foute zorg, ...
 - ✓ **Schadeclaim (10%)** o.w.v. vermeende fout door ziekenhuis of zorgverlener. Het verschil tussen fout en complicatie wordt vaak moeilijk begrepen. Patiënten gebruiken het argument dat ze er zelf niet kunnen aan doen of er geen fout in hebben.
 - Voornamelijk 'organisatorisch': verloren voorwerpen, schade persoonlijk gerief, val, ...
 - Een vierde o.w.v. schade door medische zorg
- 26%** 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.
- 15%** verwacht informatie waarbij enige **erkenning** dat er inderdaad iets fout liep en **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. 2018**
 - ✓ Meer vraag tot bemiddeling
 - ✓ Iets meer informatie
 - ✓ Iets minder financieel akkoord en oplossing

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 2020.

Wijze van de klachtenbehandeling 2019	n	%
Signaal geven	75	7,9
Correctie factuur	65	6,9
Andere financiële regeling	15	1,6
Schadeclaim verzekering	52	5,5
Info geven	289	30,5
Bemiddelingsgesprek	15	1,6
Pendelbemiddeling	124	13,1
Oplossing	62	6,5
Samenbrengen partijen	48	5,1
Luisteren/registratie	136	14,3
Andere	67	7,1
Totaal	948	100,0

2.1. Schadeclaims

- ☞ Waar de klager 106 keer bij aanmelding de verwachting stelde een schadevergoeding te ontvangen, gebeurde er in **52 dossiers** een effectieve aangifte bij de **BA verzekering** van de arts/het ziekenhuis. Dit gaat over medische (11), verpleegkundige/paramedische (11) en organisatorische (30) klachten.
- ☞ **15** keer werd de aansprakelijkheid door de verzekering **aanvaard**. Nog niet alle schadedossiers zijn op dit moment beoordeeld door de verzekering.
- ☞ 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

- ☞ **15** bemiddelings**gesprekken** gevoerd samen met patiënt/familie en betrokken zorgverlener.
- ☞ **124** keer d.m.v. **pendelbemiddeling** de klacht behandeld.

2.3. Samenbrengen partijen

- ☞ **48** keer werd de patiënt/familie door de ombudspersoon **gecoacht** om hun klacht **rechtstreeks** met de betrokken arts/zorgverlener of verantwoordelijke te bespreken. Soms werd dit ondersteund doordat de ombudspersoon de **betrokken partijen met elkaar in contact** bracht.

2.4. Correctie ziekenhuisfactuur

- 65 facturen werden gecorrigeerd. Dit is ongeveer 40% van de klachten waar de patiënt een verwachting stelde tot correctie van de ziekenhuisfactuur.
- 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.

2.5. Andere financiële regeling

- 15 keer werd een financiële regeling getroffen als antwoord op een ervaren probleem met financiële gevolgen voor de melder
 - ✓ 12 keer in het kader van **facturatie extern ziekenvervoer**.

2.6. Informatie/toelichting gegeven

- 289 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.**

2.7. Signaal

- 75 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.

2.8. Oplossing voor een individueel probleem

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

2.9. Luisteren/registratie

- 136 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 aanbrenge niet meer reageert op een verzoek van de ombudsdienst voor bijkomende informatie of een voorstel hoe de klacht te behandelen.
- Onontvankelijke en anonieme klachten.

3. Resultaat van de bemiddeling

De Vlaamse Ombudsdienst communiceert uitdrukkelijk naar 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.

- ☞ Wat is de **definitie van "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.

- ☞ Het begrip verzoening dient **verder gedefinieerd** te worden zodoende een realistische of transparante weergave hiervan te kunnen geven.
- ☞ Sinds 2019 voegden we het registratie-item '**verzoening**' toe. De betrokken ombudspersoon maakte hiervoor een persoonlijke inschatting. **411 (42%)** keer werd geregistreerd dat er sprake was van een **verzoening**. **449 (46%)** keer werd aangeduid dat er **geen verzoening** was. In de andere dossiers (12%) werd er niets geregistreerd omdat de ombudspersoon de inschatting (nog) niet kon maken.
- ☞ Uit onze registratie 'wijze van de klachtenbehandeling' weerhouden wij volgend **beeld** inzake '**verzoeningsresultaten**'.
 - ✓ **Bemiddeling** in de ruime zin: 139
Het kan echter voorkomen dat een bemiddeling(sgesprek) toch geen verzoenend effect of karakter heeft.
 - ✓ **Schadedossiers**: 15 keer werd de aansprakelijkheid aanvaard door de verzekering
 - ✓ **Correctie** van de ziekenhuisfactuur: 65
Meestal tot tevredenheid van de patiënt ...
 - ✓ Andere **financiële regeling**: 15
Meestal verzoening.
 - ✓ **Oplossing** voor een individueel probleem: 62
Meestal verzoening.
 - ✓ **Info** geven: 289
We kunnen dikwijls tot begrip komen en het dossier verzoenend afsluiten, maar vaak ook niet.
Post factum is aantal verzoeningen niet te benoemen
 - ✓ **Samenbrengen partijen**: 48 keer kwam er door toedoen van de ombudspersoon een rechtstreekse dialoog tot stand tussen de patiënt/familie en de arts/zorgverlener of verantwoordelijke, waardoor verdere tussenkomst door de ombudspersoon niet langer vereist was.

✓ **Signaal: 75**

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 ...

🗨 **Het aantal "verzoeningen" blijft voor de ombudspersonen moeilijk 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)

🗨 **68%** van de dossiers werden **binnen de maand** afgehandeld.

🗨 **81%** van de dossiers werden **binnen de drie maanden** afgehandeld.

🗨 Eind 2019 zijn er nog **126 openstaande dossiers**.

- ✓ Het laatste trimester is er met een lagere bestaffing gewerkt door afwezigheden van ombudspersonen. Dit verklaart het aantal lopende dossiers.

Aanbevelingen

- ☞ Het **ziekenvervoer en in het bijzonder het interhospitalaal ziekenvervoer** komt in 2019 opnieuw aan bod. De casuïstiek van hoge facturen voor de patiënt en vaak een erg beperkte tussenkomst vanuit de verzekeringsinstelling kende nog een groter aandeel in onze werking dit jaar.

Via de omzendbrief van Wouter Beke - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 4 december 2019 aan de ziekenhuizen werd alvast aangekondigd dat er in 2020 bijkomende maatregelen komen ten aanzien van ziekenwagendiensten die de transparantie inzake kostprijs meer gaan borgen voor de patiënt.

Louter informeren van de patiënten over de kostprijs van het ziekenvervoer zal echter het ongenoegen over de hoge kostprijs en soms het onvermogen om die kosten te dragen niet wegnemen.

- ✓ 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 én terugbetaling voor liggend vervoer met verpleegkundige/medische begeleiding.
 - ✓ Uitklaren regelgeving aanrekenen “verloren ritten” aan patiënten wanneer een vervoer o.v. overmacht (bijv. medische toestand van de patiënt) wordt uitgesteld.
- ☞ **Nood aan meer financiële transparantie** van de zorgverlening
Er is nood aan een groter engagement van de zorgvoorziening én zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg.

Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren.

In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen.

In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijk kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een riziv- tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden

- ☞ 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. Er dienen patiëntvriendelijke maatregelen genomen worden wanneer blijkt dat er onvoldoende bedden beschikbaar zijn.
- ☞ Er zijn maatregelen nodig om de **wachttijden** voor (de doorstroom van) de patiënten op de **spoedgevallendienst** te verbeteren. Daarnaast dient men de patiënten een beter inzicht te geven in wat er achter de schermen voor de patiënt gebeurt en op wie/wat men aan het wachten is.

- ☞ Er is nood aan meer **communicatie** met de patiënt. Patiënten signaleren een gebrek aan **informatieverstrekking** en betrokkenheid bij hun zorgproces.
Ga in gesprek met de patiënt. Zeg wat je doet of wat er zal gebeuren. Check of men de informatie begrepen heeft. Laat ook de patiënt aan het woord en neem deze informatie au serieux. Maak **tijd** voor interpersoonlijke communicatie.
- ☞ Aandacht voor **correcte en tijdige verslaggeving**.
Het tijdig invullen van attesten en valideren van verslagen is een aandachtspunt. Bovendien wordt dit door de patiënt meer opgevolgd sinds de toegankelijkheid van het medisch dossier. De patiënt ontdekt “verkeerde” informatie of elementen waarmee men niet akkoord is.
- ☞ **Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)**
De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz ...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan
- ☞ **Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg**
In het Jaarverslag 2018 van de Vlaamse Ombudsdienst werd hieromtrent reeds een duidelijk signaal gegeven via de aanbeveling – Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed. Er werd gevraagd voor meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen.

Jaarverslag 2019
Beleidsplan Ombudsdienst 2020

Jan Yperman Ziekenhuis VZW
Briekestraat 12
8900 Ieper
Erkenningsnummer: 057

Instellingsgebonden informatie:

Ombudspersonen:

Dennis Jacques (sinds 1/11/2003)
057/357041

Annelies Dumoulin (sinds 16/07/2009)
057/356642

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 2018	6
3.1. Algemeen	6
4. Communicatie en opleidingen	17
4.1. Presentaties over jaarverslag en rechten van de patiënt.	17
4.2. Deelname aan overlegvergaderingen	17
4.3. Gevolgde opleidingen	17
5. Doelstellingen:.....	18
5.1. Realisatie doelstellingen 2019.....	18
5.1.1. Doelstelling 2018	18
5.1.2. Doelstelling 1 (2019)	18
5.1.3. Doelstelling 2 (2019)	19
5.1.4. Doelstelling 3 (2019)	19
5.1.5. Doelstelling 4 (2019)	19
5.2. Doelstellingen 2020.....	20
5.2.1. Doelstelling 1 (jaartheme patiëntenbeleving)	20
5.2.2. Doelstelling 2 (met betrekking tot samenwerkende diensten)	20
5.2.3. Doelstelling 3 (dienstspecifiek).....	21

Gebruikers zijn ervoor verantwoordelijk om de meest recente versie van dit document te consulteren.

Dit document werd opgesteld om online te bekijken. Afgedrukte versies –ondanks toegestaan- vervangen de online versies nooit.

p.2 van 21



1. Voorstelling van de dienst

1.1. organogram

De ombudsdienst valt onder de verantwoordelijkheid van de algemeen directeur, dhr. Frederik Chanterie. De dienst bestaat uit 2 ombudspersonen: Dennis Jacques en Annelies Dumoulin. Deze worden bijgestaan door Flore Colpaert (1/5). Tijdelijk konden we rekenen op de administratieve ondersteuning van Wouter Spenninck (1.5/5). In tegenstelling tot de voorbije jaren konden we in 2019 geen beroep doen op een student.

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.

1.2. Activiteiten

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.

Naast de wettelijke opdrachten van de ombudsdienst behoren enkele bijkomende taken tot het werkgebied van de ombudspersoon:

- parkeerbadges voor patiënten (dialyse, revalidatie)
- parkeerbadges voor ziekenvervoerders
- afschriften medische dossiers (cfr. wet op de patiëntenrechten, FMO, gerechtelijke dossiers)

De ombudspersonen overleggen waar nodig over de lopende dossiers en ondersteunen elkaar dagelijks in advies bij het behandelen van de klachtendossiers. Individuele dossiers worden besproken met de respectievelijke hoofdverpleegkundigen, verpleegkundige diensthoofden, directie of andere betrokkenen.

Dossiers waarbij de inbreng van de klachtencommissie wordt vereist worden op de agenda geplaatst en maandelijks besproken. We onderscheiden hierbij vier categorieën:

- 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 één maal per maand samen en bestaat uit de hoofdgeneesheer (Dr Allaert tot oktober 2019, daarna Dr. Montag), de ombudsdienst (Dennis Jacques en Annelies Dumoulin), de kwaliteitscoördinator (Dirk Vanrenterghem) , 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 indien bepaalde dossiers een bijkomende expertise wenselijk is.

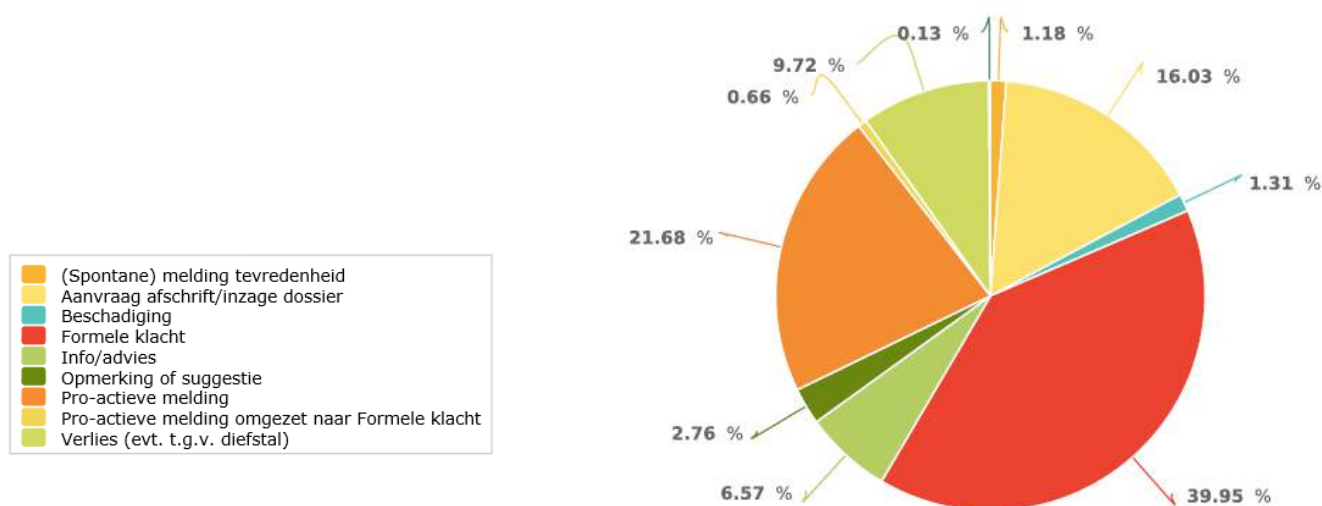
In januari 2019 werd dhr. Eddy Delporte aangesteld als verpleegkundig en paramedisch directeur. Tot de aanstelling van Dirk Vanrenterghem sloot hij aan bij de klachtencommissie. Op heden werden zijn taken volledig overgenomen door de nieuwe kwaliteitscoördinator. Er werd dan ook geopteerd om de toegangsrechten van dhr. Delporte tot de ombudsdossier te schrappen.

De ombudsdienst heeft verschillende dossier types, 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. Sinds de komst van de juridisch adviseur en DPO merken we dat vragen verdeeld worden onder de 3 diensten. Er is wel sprake van een goede onderlinge samenwerking betreffende overleg, advies en uitwerken procedures en opleidingen.

Hieronder kunt u de verdeling van de dossiers zien voor de jaren 2012-2019:

Verdeling dossiers (2012-2019)



2. Personeel

2.1. Overzicht verantwoordelijkheden

De ombudsdienst bestaat uit 2 ombudspersonen: Dennis Jacques (0.3 FTE) en Annelies Dumoulin (0.5 FTE). Flore Colpaert ondersteunt de dienst op vrijdag (0.2 FTE).

Gezien onze taken gecombineerd worden met andere functies binnen het ziekenhuis, geeft deze verdeling een vertekend beeld. Met de komst van Flore zou het werk in principe verdeeld worden onder 1 FTE, terwijl de verdeling in werkelijkheid ongewijzigd blijft. Hetgeen Dennis niet kan opnemen door zijn functie als diensthoofd patiëntenbegeleiding wordt gecompenseerd door Flore.

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 momenteel voor de ombudsdienst in theorie 1620 werkuren. Met

748 klachtendossiers in 2019 komt dit neer op 2 uur en 10 minuten per dossier. In de praktijk houden we het op 1296 (80% van 1620) werkuren, wat neerkomt op 1 uur en 43 minuten per dossier.

Het aantal klachten is gestegen en het lijkt er op dat er meer uren beschikbaar zijn om de het werk in te vullen, namelijk van 1 uur 52 minuten per dossier naar 2 uren en 10 minuten per dossier. In de praktijk hebben we echter minder tijd per dossier, namelijk 1 uur en 43 minuten.

We onthouden voor 2019 dat we per dossier gemiddeld 1 uur en 56 minuten kunnen spenderen. Uiteraard is het moeilijk om in termen van gemiddelden te spreken. Het ene dossier is het andere niet en is met andere woorden meer of minder tijdrovend.

In het kader van de continuïteit van de dienstverlening werd aanvankelijk geopteerd om de uren van Flore te spreiden over 2 halve dagen (maandagvoormiddag en vrijdagmiddag). Sinds september 2019 werd alsnog de voorkeur gegeven om Flore gedurende één volledige dag per week vrij te stellen voor de ombudsdienst.

Wij maken hierbij de kanttekening dat de inschakeling van 0.2 FTE onvoldoende is om een antwoord te bieden op het stijgend aantal klachten. De turnover is te groot om op vrijdag in te pikken waar de vorige vrijdag werd afgeklokt. Dit maakt dat er vaak te veel kostbare tijd verloren gaat aan het lezen van dossiers om vervolgens tot actie te komen. Onze vraag voor 2020 is dan ook een uitbreiding van het aantal uren. Indien het gaat om een gecombineerde functie is het wenselijk duidelijke afspraken te maken over verlofregelingen.

Onze opmerking van vorig jaar blijft dan ook op heden tellen. Het effectief inzetten van 0.2 FTE en uitbreiden met 0.3 FTE opdat een halftijds administratief medewerker kan aangetrokken 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 2019, zoals onderstaand schema aantoont. In het najaar kon even geen beroep gedaan worden op Flore wegens verlof en hieraan gekoppelde ziekte.

Measure	2017	2018	2019
Ombudsdienst	0,04	0,01	0,01
Eredienst	0,00	0,02	0,02
GST	0,11	0,07	0,04
PST	0,02	0,09	0,03
Psychologen	0,10	0,11	0,13
Sociale dienst	0,23	0,28	0,12
Totaal	0,49	0,57	0,34

Measure	2019/01	2019/02	2019/03	2019/04	2019/05	2019/06	2019/07	2019/08	2019/09	2019/10	2019/11	2019/12
Ombudsdienst			0,03								0,06	
Eredienst	0	0,05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,24
GST	0	0	0,03	0,08	0,07	0	0,06	0	0,04	0,14	0	0,01
PST	0	0	0,04	0	0,18	0	0	0	0	0,09	0	0
Psychologen	0,27	0,19	0,05	0,32	0,04	0,05	0,23	0	0,03	0,17	0	0,13
Sociale dienst	0	0	0,27	0	0,07	0,05	0,17	0,10	0,25	0	0,41	0,14
Totaal	0,27	0,24	0,42	0,40	0,37	0,10	0,46	0,10	0,33	0,40	0,48	0,52

Gebruikers zijn ervoor verantwoordelijk om de meest recente versie van dit document te consulteren.

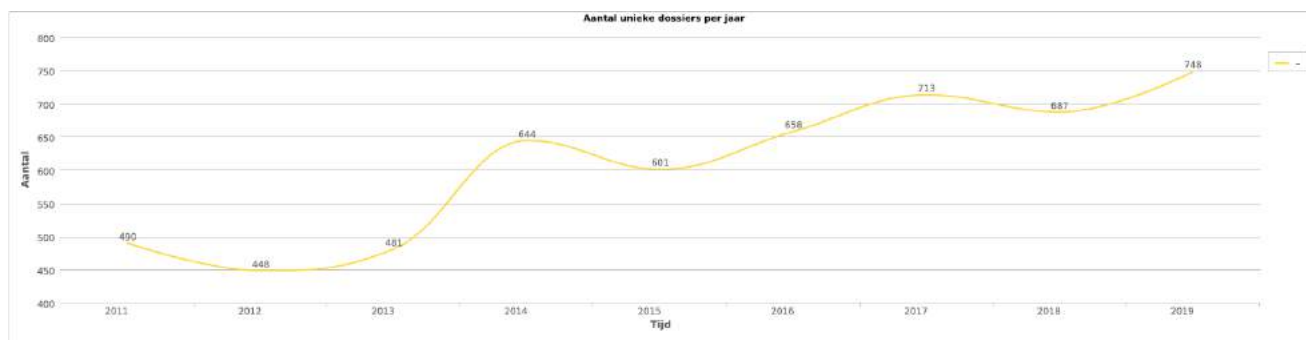
Dit document werd opgesteld om online te bekijken. Afdrukte versies –ondanks toegestaan– vervangen de online versies nooit.

p.5 van 21

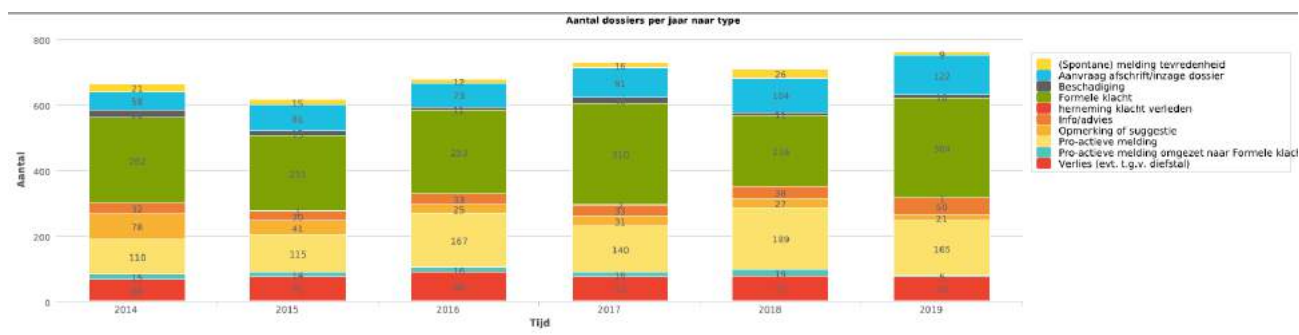
3. Activiteitgegevens 2018

3.1. Algemeen

Onderstaande grafiek toont aan dat het aantal dossiers sinds 2011 fors is toegenomen. In 2019 bereikten we een piek van 748 dossiers. Dit overstijgt het vorige record van 2017, toen klokten we af op 713 dossiers.



Wanneer we terugkijken naar de voorbije 5 jaar zien we vooral een stijging in het aantal afschriften, formele klachten, infodossiers en proactieve meldingen. Met enige opluchting kunnen we stellen dat het aantal verliesdossiers doorheen de jaren stabiel blijft. Ten opzichte van het aantal klachten vormt dit met andere woorden een verbetering.



Cijfergegevens rond klachten (en omgezette pro-actieve meldingen)

	2017	%	2018	%	2019	%
Totaal	713		687		748	
Formele klachten	310	43	216	31	304	41
Proactieve meldingen	140	20	189	28	165	22
Afschriften	91	13	104	20	122	16
Info/advies	33	5	38	6	50	7
Verlies/diefstal	74	10	77	11	74	10

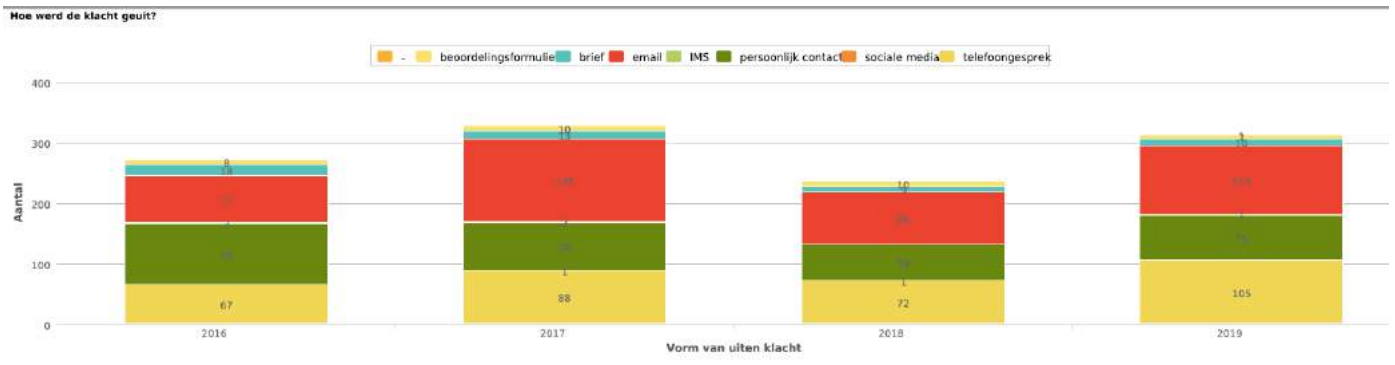
→ + 10%

Gebruikers zijn ervoor verantwoordelijk om de meest recente versie van dit document te consulteren.

Dit document werd opgesteld om online te bekijken. Afgedrukte versies –ondanks toegestaan– vervangen de online versies nooit.

p.6 van 21

→ - 4% MAAR +16 dossiers



Ook voor 2019 kunnen we stellen dat de klager een voorkeur heeft voor mailverkeer of telefonisch contact. Het minst aantal klachten wordt persoonlijk gemeld, alhoewel er een duidelijke stijging is in absolute cijfers voor het aantal persoonlijke contacten in vergelijking met 2018.

De klager wordt mondiger, maar doet dit op een minder persoonlijke manier. Het digitale tijdperk zal dit fenomeen vermoedelijk kunnen verklaren. Mensen voelen zich ook sterker wanneer een gesprek niet face tot face verloopt. Hun taal is dan ook harder en minder genuanceerd dan bij een persoonlijk gesprek. Als ombudspersoon is de voldoening echter groter na een persoonlijk gesprek.

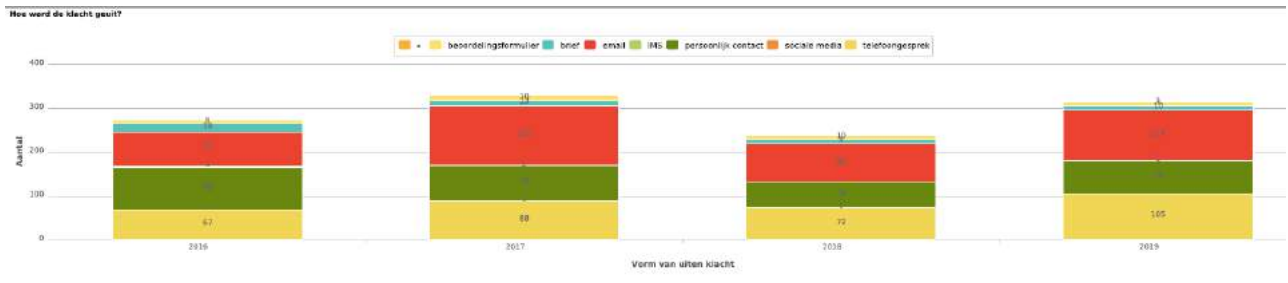
Anderzijds heeft het digitale tijdperk als voordeel dat de communicatie vlotter verloopt, wat dan weer de doorlooptijd van de dossier ten goede komt. Uiteraard rekening houdend met de nieuwe GDPR-regeling betreffende het uitwisselen van persoonlijke gegevens.

Op heden is het echter nog niet mogelijk om rechtstreeks vanuit het systeem (VMS / TPSC) te mailen en berichten te ontvangen, wat maakt dat deze vorm administratief een grote impact heeft. Alle correspondentie dient handmatig aan het dossier te worden toegevoegd. Bij grote drukte laat dit soms op zich wachten, wat maakt dat de transparantie voor de collega's minder groot wordt of het dossier met andere woorden soms niet up to date is. In 2019 deden we voor het eerst een geslaagde poging om medische gegevens gecodeerd te verzenden per mail.

De verscheidenheid binnen de wijze waarop de klager de ombudsdienst contacteert stelt dat de klager via verschillende kanalen de weg naar onze dienst vindt.

De informatie over onze dienstverlening hopen we in 2020 nog meer te optimaliseren door de komst van een nieuwe en nog meer toegankelijke website.

De panelen betreffende patiëntenrechten, ter hoogte van de centrale liften, kregen een update. Aanvankelijk werd enkel het mailadres van Dennis Jacques weergegeven. Op heden werd dit gewijzigd naar ombudsdienst@yperman.net. Dit maakt dat de klager zijn bericht naar alle medewerkers stuurt en deze nog sneller kan worden geholpen. Het vermijdt tevens dat een klacht te lang in een persoonlijke mailbox blijft hangen bij afwezigheid. De mailbox wordt gedeeld, wijzigingen zijn ook voor de andere zichtbaar wat dubbel werk onmogelijk maakt. De gezamenlijke mailbox fungeert eveneens als to-do-lijst door het slepen van bepaalde berichten naar dit account.



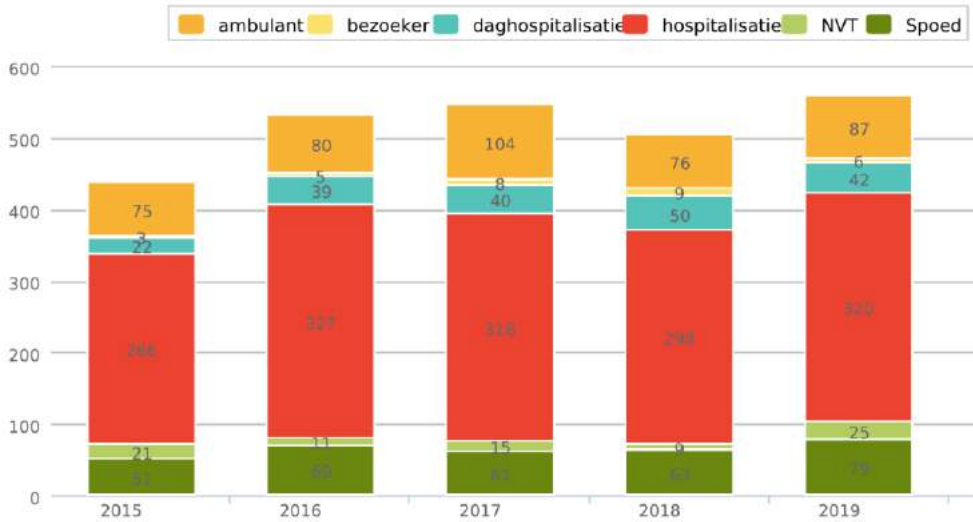
Onderstaande tabel geeft weer dat er in 70.79% van de dossiers rechtstreeks contact opgenomen wordt met onze dienst. Daarnaast is er een vlotte doorstroming via de administratief financiële diensten, enerzijds de facturatedienst (15.56%), anderzijds het onthaal (7.62%). Slechts een gering aantal klagers wordt via de medische staf naar de ombudsdienst doorverwezen (1.27%). Wie onze dienst niet onmiddellijk vindt, richt zich vaak tot het directiesecretariaat of de dienst communicatie. Gelukkig gebeurt dit slechts in beperkte mate (1.27%) en worden deze mensen uiteindelijk via dit kanaal ook naar onze dienst doorverwezen.

Formele Klacht bij de ombudsdienst via...



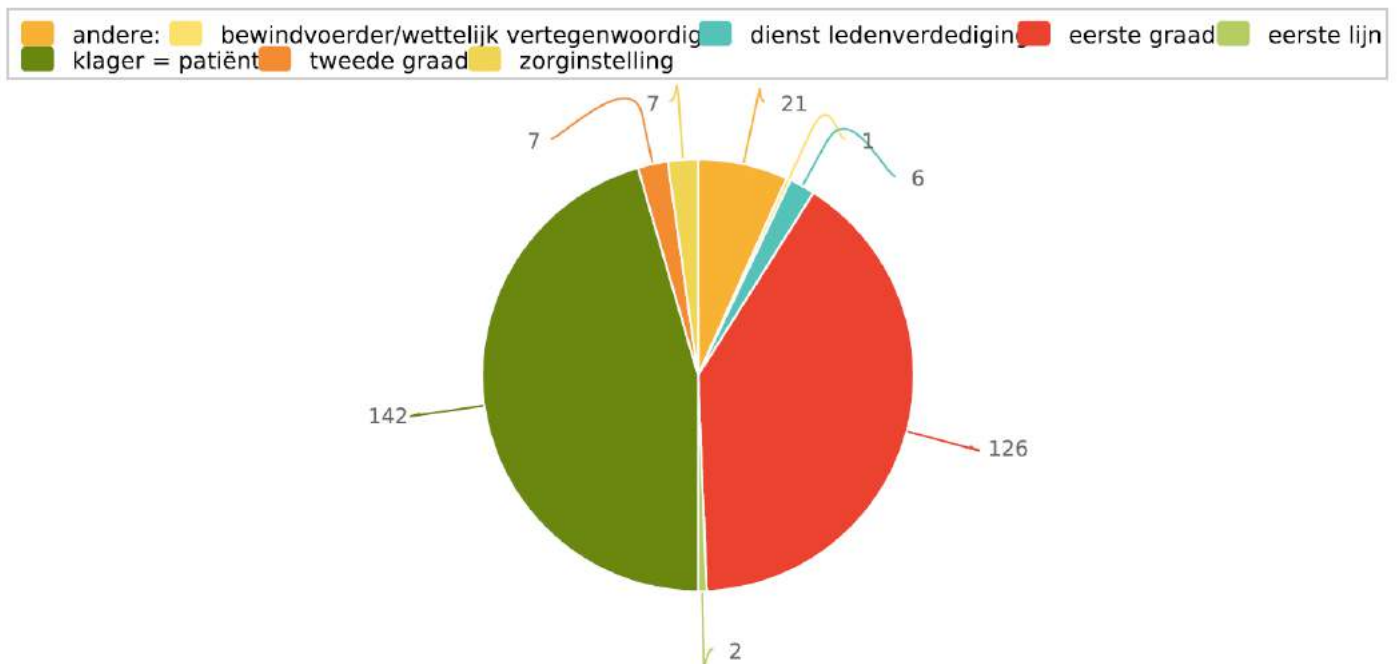
Net als de voorbije jaren gaan de meeste klachten over gehospitaliseerde patiënten (320), in tweede instantie over een ambulante consultatie (87) en in derde instantie over de spoedafdeling (79).

Hoedanigheid Patiënt



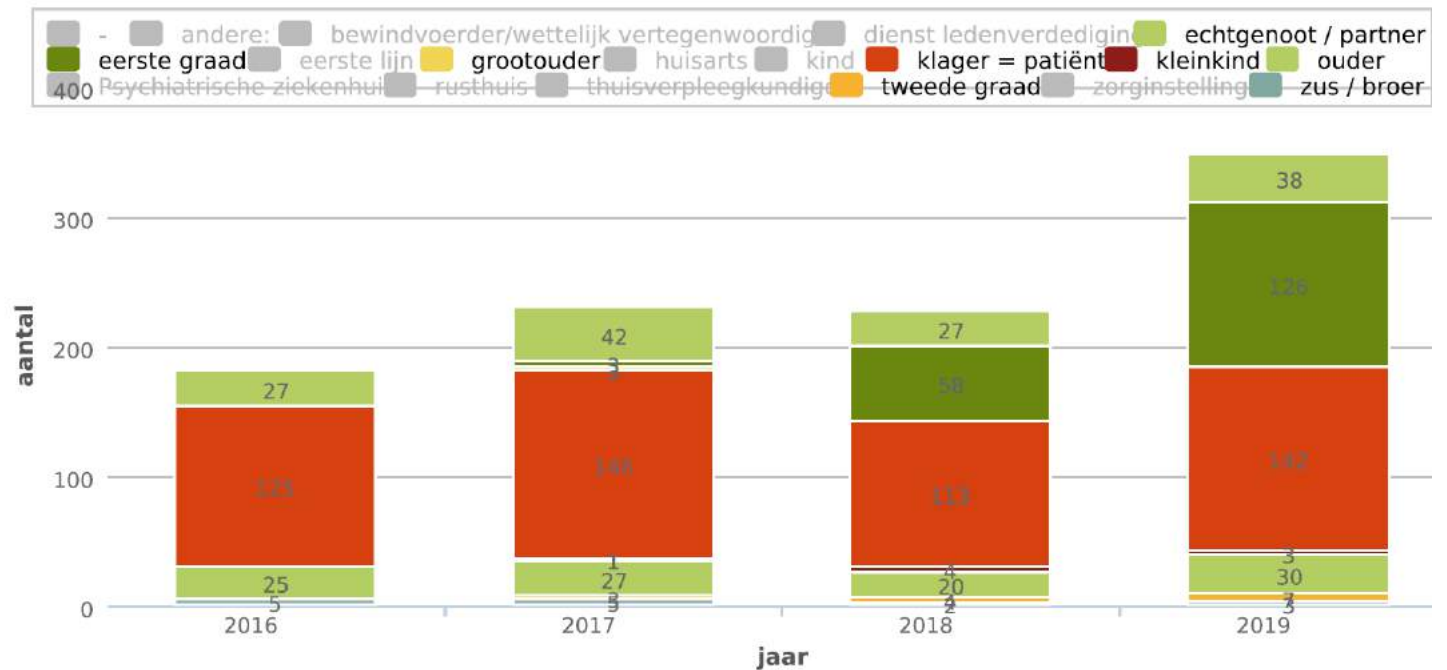
Op de vraag wie vooral een klacht indient, kunnen we antwoorden dat dit in het merendeel van de dossiers de patiënt zelf is (142) of vanuit een familieband in de eerste graad, waarmee wordt bedoeld partner, ouder of kind van (126). Zorginstellingen dienen in mindere mate klacht in. Slechts in 7 gevallen.

relatie klager/patiënt (2019)



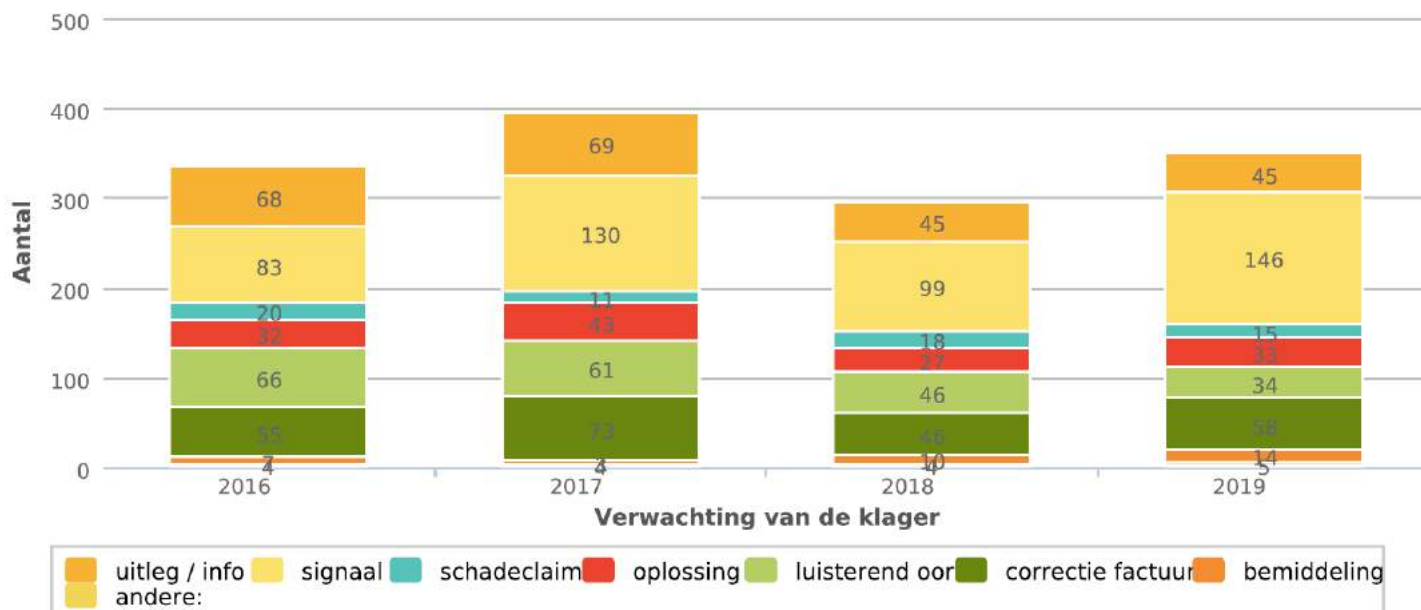
Wanneer we dit over de jaren heen bekijken, zien we eenzelfde terugkerende tendens. Opvallend voor dit jaar is dat er een groter aantal dossiers werden verwerkt. Bovendien merken we een grote toename in dossiers waarbij de klacht werd geuit door de eerste graad.

relatie van de klager tot de patiënt



Als ombudspersoon is het moeilijk de verwachting van een klager in één ‘vakje’ onder te brengen. Vaak is het een combinatie van meerdere zaken. Zo wil de klager zijn verhaal kwijt, waarbij een luisterend oor veel kan bieden. Anderzijds is er onderliggend wel een vraag naar een oplossing aanwezig, ook al wordt deze niet concreet benoemd. Wanneer dit wel gebeurt, gaat het vaak over een correctie van de factuur of een schadeclaim.

Onderstaande grafiek probeert weer te geven wat de verwachting van de klager inhoudt voor 2019 en de voorgaande jaren. We kunnen stellen dat dit overwegend gelijklopend is, behalve de grote toename in de categorie ‘signaal’. In mindere mate nemen klagers genoeg met enkel een luisterend oor.

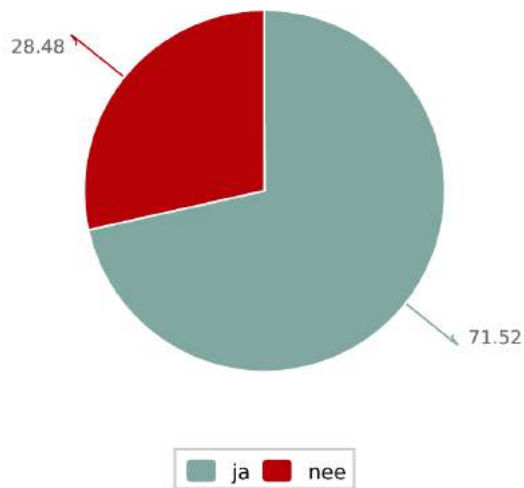


3.2. Cijfergegevens ivm “wet patiëntenrechten”.

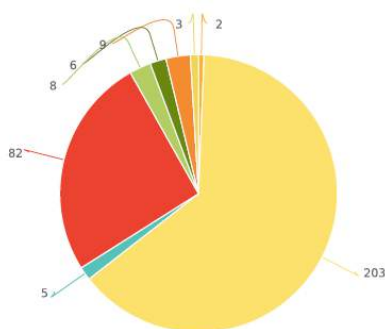
Klachten/proactieve meldingen naar patiëntenrechten



- 60% van de klachten en proactieve meldingen hebben een klachtitem gerelateerd aan een recht van de wet patiëntenrechten. In 2018 waren dit er 57%.
- Voor de formele klachten alleen ligt dit nog een stuk hoger, 72% tegenover 68% in 2018.

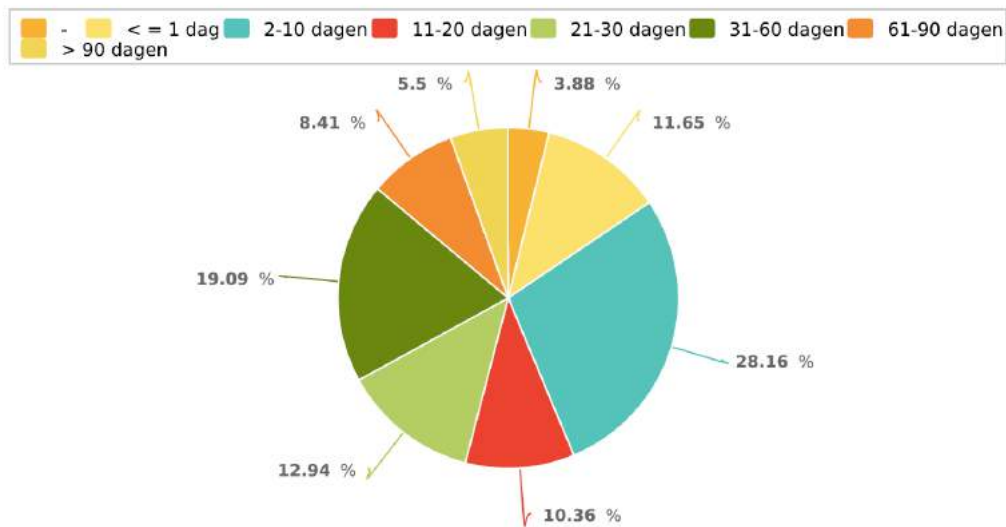


- De meeste klachten gaan over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (art 5). Concreet in 203 dossiers of 64% van de formele klachten.
- In 82 dossier (26%) ging het om het recht op informatie (art 7).
- De derde plaats gaat naar het recht op geïnformeerde toestemming (art 10).



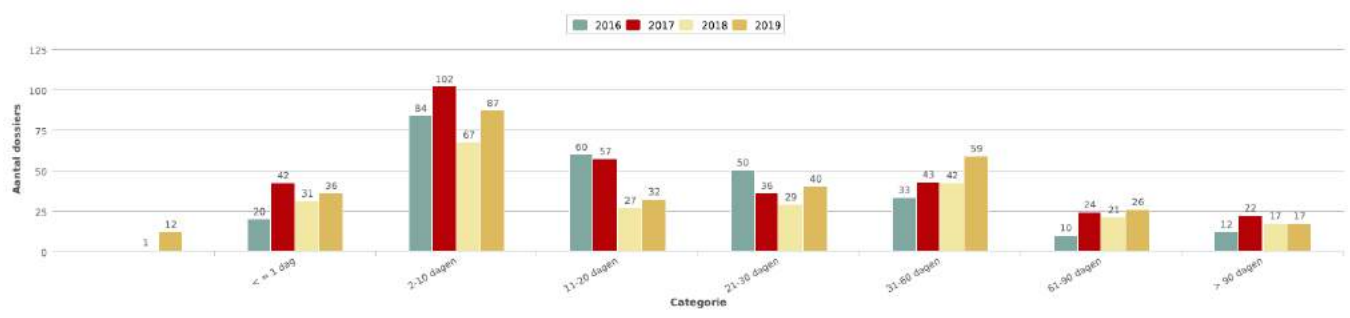
Patiëntenrechten (2019)

3.3. Doorlooptijd en resultaat van de dossiers

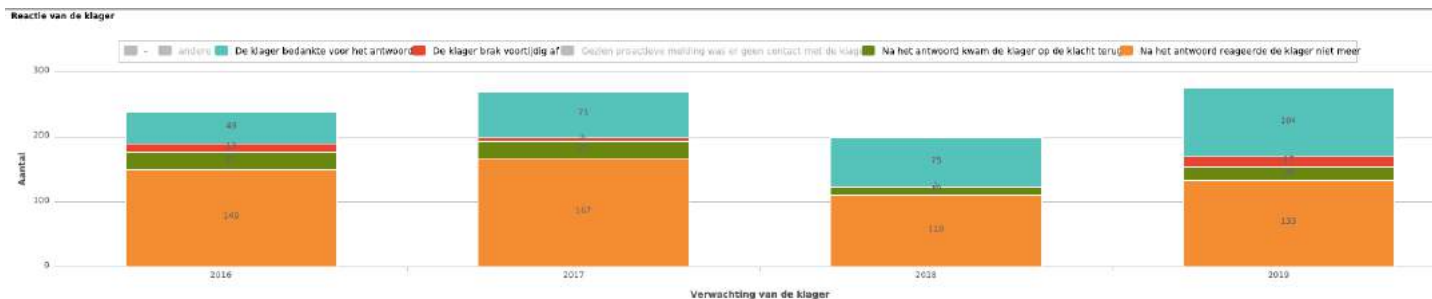


- De ombudsdienst streeft er naar om minimaal 70% van de klachtendossiers binnen de 30 dagen af te ronden. In 2019 slaagden we hier slechts in voor 63% van dossiers. De toename van de het aantal dossiers en werkdruk gelinkt aan andere functies kunnen dit verklaren. We streven in 2020 dan ook naar uitbreiding opdat een betere flow mogelijk kan worden gemaakt.

Doorlooptijd klachtendossiers



- Op zich zijn de cijfers niet alarmerend en vergelijkbaar met vorige jaren. Het overgrote deel kan binnen de 10 dagen worden afgerond. De meeste dossiers zeker binnen de 60 dagen.
- 12 dossiers van 2019 werden op heden (eind januari 2020) nog niet afgesloten. Veelal wachten we in deze dossier op het standpunt van de verzekering.
- 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.



- In 133 dossiers volgde geen reactie meer van de klager na het verzenden van een antwoord. 104 klagers bedankten voor het antwoord en in 20 gevallen werd het dossier heropend omdat de klager ontevreden was met het antwoord / voorstel.

3.4. 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. Sinds 2018 worden deze verbeteracties opgenomen in onze registratie. Op heden is het echter nog niet mogelijk om vanuit het systeem een flow te creëren betreffende de opvolging hiervan.

Om het verkrijgen van feedback te bewerkstelligen en mee te denken rond mogelijke verbeteracties, met het oog op het bieden van een antwoord aan de klager, werd in het najaar van 2019 geopteerd om aan te sluiten bij het overleg van de dienst kwaliteit. De klachtencommissie leek vaak niet de plaats om bepaalde zaken te bespreken, waardoor de ombudspersoon om de 2 maanden aansluit bij het Q&S (Quality & Safety) overleg. Repetitieve klachten en klachten die betrekking hebben op de kwaliteit worden er anoniem en/of gebundeld besproken. Tijdens de volgende samenkomst wordt een stand van zaken besproken. Dit maakt dat we als ombudspersoon korter op de bal kunnen spelen, een gegronde antwoord kunnen bezorgen aan de klager en meedenken op beleidsniveau om gelijkaardig klachten naar de toekomst toe te vermijden en zo de kwaliteit van de zorg te helpen verbeteren.

2019 was het eerste jaar waarbij we voor het ganse jaar verbeteracties hebben kunnen koppelen aan de dossiers. Dat maakt dat heel wat info kon gegenereerd worden uit de registratie. We kunnen verschillende categorieën onderscheiden, waarbij we een aantal concrete voorstellen kunnen vermelden. Heel wat voorstellen kregen in de loop van 2019 reeds een gevolg.

- Attitude verpleegkundigen:
In heel wat klachten met betrekking tot het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening wordt gesproken over de attitude van de verpleegkundigen. Coaching is noodzakelijk om hier aan tegemoet te komen om een mentaliteitsverandering mogelijk te maken vanuit de medewerkers zelf. Werken aan dit thema past perfect binnen de jaardoelstelling van het ziekenhuis, namelijk patiëntenbeleving.
 - o *Oplossingsgericht denken, verantwoordelijkheid niet doorschuiven naar een ander maar zelf informeren wanneer je het antwoord niet kent.*
 - o *Geweldloze communicatie bevorderen op de werkvloer*
 - o *Aandacht voor welzijn van de patiënt bij transfers*
 - o *Aandacht voor hulp bij toilet na ingreep*
 - o *Aandacht besteden aan de communicatie met comateuze patiënten en familie*
 - o *Rekening houden met medepatiënten bij storende kamergenoten*

- **Privacy:**
Samen met de DPO werken we verder rond privacy binnen het ziekenhuis. Op 22-10-2020 staat een opleiding gepland, in samenwerking met onze juridische dienst. Prof. Tom Balthazar komt ons meer duiding geven rond GDPR en privacy binnen de zorg.
 - o *Aandacht voor privacy bij het vermelden van medische (delicate) info*
 - o *Procedure op punt zetten rond het opvragen van loggegevens*
 - o *Herzien procedure lijsten parochiepriesters*
 - o *Een zo weinig mogelijk publiek toegankelijk pad verkiezen bij de transfer van patiënten naar andere diensten*
 - o *Campagne rond foto's nemen en verspreiden van medewerkers*

- **Vertegenwoordiging van de patiënt:**
Heel wat vragen ontstaan in het kader van vertegenwoordiging van de patiënt, bewindvoering, zorgvolmacht, kinderen van gescheiden ouders. Om hieraan tegemoet te komen werd een vorming opgezet rond dit thema. Op maandag 17-02-2020 komt Mr. Lemmens hierover spreken voor onze medewerkers en artsen. Ook deze lezing kwam tot stand in samenwerking met onze juridische dienst.

- **Klachten dienst geriatrie:**
De cijfers omtrent de tevredenheid op de dienst geriatrie dalen, we merken eenzelfde tendens binnen de klachten. In samenwerking met de dienst kwaliteit wordt nagedacht hoe de situatie kan worden aangepakt.
 - o *Herwerken brochure geriatrie*
 - o *Duidelijke afspraken -en bezoekerregeling op geriatrie*
 - o *Communicatie en attitude: coaching op de werkvloer*
 - o *Mangoproject om het project constructief aan te pakken*

- **Geïnformeerde toestemming:**
Net als vorig jaar handelen heel wat klachten over het gebrek aan informatie. We blijven hameren op een betere informatieverstrekking rond kostprijs van de behandeling, een correcte doorverwijzing voor de opmaak van een raming, informatie met betrekking tot de consequenties bij kamerkeuze, financiële gevolgen van een opname voor patiënten met de Franse nationaliteit, etc. In het kader van palliatieve zorg of het oog hebben voor werden een aantal opmerkingen gemaakt. Het hoort een basisattitude te zijn om aandacht te besteden aan patiënt en familie tijdens de laatste levensfase, alsook te erkennen en te benoemen dat deze laatste fase werd ingegaan. Op 3-09-2020 vindt intern een vorming plaats rond therapeutische hardnekkigheid. Sylvie Tack werd hiervoor aangesproken.

- **Maaltijden**
Het merendeel van de patiënt is tevreden betreffende de maaltijden in het ziekenhuis. Wanneer er dan toch een klacht volgt, handelt deze vaak over dieetvoeding. Hieromtrent werden een aantal aanbevelingen gedaan.
 - o *Aangepaste voeding op voorhand aanvragen en patiënt hierop attent maken.*
 - o *Reservemaaltijd op spoed.*
 - o *Koelkast op de kamer in tweepersoonskamer bij langdurige opnames.*
 - o *Alertheid bij maaltijdregistratie voor het aanduiden van de porties.*

- **Diefstalpreventie:**
 - o *Bewaarneming kledij door verpleegkundigen op c-lounge*

- **Vervoer:**

Sinds 1-01-2019 is er een nieuwe regelgeving van kracht rond ziekenvervoer. Het correct volgen van de procedure is een must, anders draait de patiënt hier financieel voor op. Binnen het ziekenhuis blijft het dan ook belangrijk om dit te benadrukken. Recent houden we meer gedetailleerd bij hoeveel het ziekenhuis en/of de verzekering betaalt voor ritten die niet conform de afspraken lopen.

- *Informatie en opleiding rond dit thema. Binnenkort wordt dit één van de thema's op het symposium spoed.*
- *Aanspreekpunt vanuit het middenkader rond dit thema, eventueel uit te breiden naar een vervoerplanner die de kneepjes van het vak goed kent en dus fouten tot een minimum kan herleiden.*

- **Algemene werking ziekenhuis**

Binnen het departement nursing kunnen we vanuit de klachten volgende aanbevelingen maken.

- *Beleid rond giften van patiënten*
- *Sonderen van vrouwelijke patiënten, hetzelfde geldt bij minderjarigen. Alleen of beter met 2? Altijd een vrouwelijke verpleegkundigen aanwezig bij vrouwelijke patiënten?*
- *Bij bloedname maximum aantal pogingen opleggen?*
- *Anamnese altijd volledig en correct invullen: tandprothese, bril, hoorapparaat aanwezig?*
- *TED-kousen of voethoezen. Aftekenen voor ontvangst in kader van eigendomsoverdracht.*
- *Standaard gesprek na onverwacht overlijden.*

Binnen het medisch departement noteren we volgende aanbevelingen.

- *Procedure sociale opname verduidelijken gezien de financiële consequenties voor de patiënt.*
- *Fast-track-procedure op spoed voor palliatieve, geriatrische patiënten met verwijfsbrief van de huisarts.*
- *Implicaties voor de patiënt bij het ontbreken van een consensus binnen een medische discipline. Rol van de hoofdarts in dit parcours? Uitwerken van een procedure?*
- *Procedure spoed orthopedie.*
- *Valideren van brieven voor huisarts.*
- *Procedure hechting na vaginale bevalling.*
- *Procedure bij repetitieve klachten over een arts. HR-beleid via hoofdarts?*
- *Doorverwijzing naar in-huis-bandagist, wat met vrije keuze. Kan de patiënt beter geïnformeerd worden?*
- *Vangnet bij communicatie rond MRSA+.*
- *Beleid rond retrograad factureren van aanvullende supplementen versus kostprijs ziekenhuis en klantvriendelijkheid*

Overige (bedrijfskundig, administratie en financieel departement.

- *Aanbrengen van bordjes "uitsluitend voor rolwagengebruikers" bij de parkeerplaatsen voor rolwagengebruikers op de huisartsenparking*
- *Waterautomaat in consultatie orthopedie*
- *WIFI: info uithangen op kamer? via infokanalen*
- *Website*
- *Communicatie rond wachttijden*

- **Medicatie:**

- *Wat met verdelen van medicatie wanneer patiënt afwezig is op kamer, niet conform JCI maar een praktische noodzaak voor de dienstregeling.*
- *Wachttijden op DDZH in functie van ziekenhuisapothek.*
- *Thuismedicatie meebrengen: risico op verlies met financiële compensatie tot gevolg, worden niet toegediend en zelfs opnieuw besteld in de ziekenhuisapothek wat soms duurder is voor de patiënt. Informeren van de patiënt? Herzien procedure?*

4. Communicatie en opleidingen

4.1. Presentaties over jaarverslag en rechten van de patiënt.

1. Maandelijks uitleg aan nieuwe werknemers op de introductiedag 1M (telkens eerste maandag van de maand)
2. Voorstelling van het jaarverslag aan de medische diensthoofden (13-09-2019)
3. Voorstelling werking ombudsdienst aan studenten hogeschool Vives (28-03-2018)
4. Opleiding zorgkundigen binnen het ziekenhuisnetwerk
 - o 12-02-2019
 - o 14-05-2019
 - o 10-09-2019
 - o 19-11-2019

4.2. Deelname aan overlegvergaderingen

1. Provinciaal overleg VVOVAZ
 - o 25-03-2019 AZ West Veurne
 - o 17-06-2019 AZ Groeninge Kortrijk
 - o 16-09-2019 AZ St Lucas Brugge
2. Overleg Q&S (Quality & Safety)
 - o 10-09-2019
 - o 12-11-2019
3. Stuurgroep kwaliteit en veiligheid
4. Stuurgroep gegevensbescherming en informatieveiligheid

4.3. Gevolgde opleidingen

22-10-2019	'Terugkomdag ervaren bemiddelaars' Organisator: VVOVAZ GZA ziekenhuizen Antwerpen
------------	---

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 2019




5.1.1. Doelstelling 2018

Omschrijving doelstelling (SMART)
Uitbouw en gebruik van de module “verbeteracties” in TPSC met dienst kwaliteit + Verder functionaliteiten van VMS integreren voor een vlottere werking.
Verloop uitwerking (kort)
Voorkeur ging uit naar overleg, wat resulteerde in het aansluiten van de ombudsdienst bij het Q&S overleg.
Eindresultaat

<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.1.2. Doelstelling 1 (2019)

Omschrijving doelstelling (SMART)
Integreren en verankeren van een administratief medewerker binnen de dienst.
Eindresultaat
Nood aan continuïteit en een zekere flow in de werking. Een contract van 20% of 8u/week is op vandaag nog steeds onvoldoende. In 2019 kon onze wens naar het inschakelen van een halftijdse functie niet gerealiseerd worden. Inmiddels kregen we goedkeuring voor het open stellen van een vacature in 2020.

<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>




5.1.3. Doelstelling 2 (2019)

Omschrijving doelstelling (SMART)
Laten goedkeuren van het huishoudelijk reglement door Medische Raad en Raad van Bestuur.
In 2019 werd verder gewerkt aan de herziening van het huishoudelijk reglement. Gezien het vertrek van Dr Allaert werd dit on hold gezet om opnieuw te bespreken met de huidige hoofdarts, Dr Montag. Deze doelstelling wordt verder gezet in 2020.
Eindresultaat
  
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.1.4. Doelstelling 3 (2019)

Omschrijving doelstelling (SMART)
Meewerken aan de kwaliteitsindicatoren van de dienst patiëntenbegeleiding
Rond privacy werd door Annelies een presentatie gegeven aan de dienst patiëntenbegeleiding. Q:\Ombudsdienst\presentaties\varia\privacy in PB.pptx
Eindresultaat
  
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.1.5. Doelstelling 4 (2019)

Omschrijving doelstelling (SMART)
Aanpassen van alle procedures PFR en de PPT voor de opleiding 1M aan nieuwe EPD.
De voorstelling werd aangepast ..\presentaties\1M\05. rechten van de patiënt 1M.pptx
Eindresultaat
  
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.2. Doelstellingen 2020

5.2.1. Doelstelling 1 (jaartheme patiëntenbeleving)

	Omschrijving	Verantwoordelijk	Deadline
PLAN Doelstelling (SMART)	We wensen, in overleg met Dr Montag, gerichte cijfers weer te geven in het Directiecomité, Raad van Bestuur, Medische diensthoofden betreffende de klachten met het oog op het aankakten van pijnpunten aangegeven door de patiënten om deze vervolgens constructief in te zetten in het kader van patiëntenbeleving.	Annelies	Eind 2020
DO (voer het plan uit)	Overleg met Dr Montag omtrent de accenten bij het voorstellen van het jaarverslag. Vervolgens actief een uitnodiging bewerkstelligen voor het directiecomité, Raad van Bestuur, medische diensthoofden, eventueel per medische discipline.	Annelies	Februari /maart 2020
CHECK (evalueer, controleer)	Opvolging na de voorstelling, actiepunten filteren	Annelies	Eind 2020
ACT (pas aan waar nodig)	Bijsturen via jaarverslag 2020, beleidsplan 2021	Annelies	Februari 2021

5.2.2. Doelstelling 2 (met betrekking tot samenwerkende diensten)

	Omschrijving	Verantwoordelijk	Deadline
PLAN Doelstelling (SMART)	We hernemen de doelstelling om dit jaar het huishoudelijk reglement op punt te stellen en te laten goedkeuren door de Raad van Bestuur. We koppelen hieraan ook een doorlichting over de samenstelling van de klachtencommissie.	Annelies	Eind 2020
DO (voer het plan uit)	Te bespreken in klachtencommissie	Annelies	
CHECK (evalueer, controleer)	<ul style="list-style-type: none"> - Voorleggen aan Raad van Bestuur - Goedkeuring Medische Raad - Beschikbaar stellen op website 	Annelies	
ACT (pas aan waar nodig)	Herevalueren na publicatie	Annelies	

Gebruikers zijn ervoor verantwoordelijk om de meest recente versie van dit document te consulteren.

Dit document werd opgesteld om online te bekijken. Afdrukte versies –ondanks toegestaan– vervangen de online versies nooit.

p.20 van 21



5.2.3. Doelstelling 3 (dienstspecifiek)

	Omschrijving	Verantwoordelijk	Deadline
PLAN Doelstelling (SMART)	Uitwerken van een procedure voor het afleveren van parkeerbadges.	Annelies / Wouter	Mei 2020
DO (voer het plan uit)	Richtlijnen opstellen rond welke patiënten 'recht' hebben op een parkeerbadge en welke weg men dient te volgen. Duidelijkheid bieden voor de verschillende betrokken partijen om nadien discussies te vermijden. Richtlijnen duur van de afgifte, automatisch blokkeren van de badge + opmaak informatiefolder voor de patiënt.		
CHECK (evalueer, controleer)	Is dit sluitend?		
ACT (pas aan waar nodig)	Indien nodig bijsturen van de procedure in overleg met Eddy Delporte		



Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

Registratieperiode	01/01/2019 tot 31/12/2019
--------------------	---------------------------

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: <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Campus SE, gelijkvloers, inkomhal, route A 15 - Campus SJ, gelijkvloers, D 13
Registratiesysteem	VVOVAZ, infoland
Huishoudelijk reglement	Het volledige huishoudelijk reglement van de ombudsdienst kan worden ingekeken aan het onthaal op beide campussen of is op verzoek te verkrijgen op de ombudsdienst. Men kan het ook downloaden op de website van AZ Turnhout. Dateert van 1/9/2009.
Vormingen ikv bemiddeling	2010: basisopleiding bemiddeling MEDIV/VVOVAZ
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> - 22 oktober 2019: Terugkomdag bemiddeling VVOVAZ - 28 november 2019: FMO voor ombudsdiensten - 28 november: Symposium MEC ZNK: Ethische vraagstukken in de praktijk

Werkingsterrein van de ombudsdienst	<ul style="list-style-type: none"> - 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: Informatie (intern en extern) en bijscholing geven over patiëntenrechten: aan medewerkers, nieuwe werknemers, nieuwe artsen van AZT. - Verzekeringen. - Coördinatie verloren/gevonden voorwerpen.
-------------------------------------	--

Behandeling van klachten en onvrede

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 om de drie maanden terugkoppeling aan directie met betrekking tot mogelijke verbeterpunten. Bij voorstelling van het jaarverslag worden de aanbevelingen nog eens opgelijst. Nadien krijgt ombudsvrouw feedback over de acties die er ondernomen zijn naar aanleiding van de geformuleerde aanbevelingen.

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

- Patiënten worden aangemoedigd om een probleem rustig aan te kaarten bij de betrokken ziekenhuismedewerker.
- Werkt dit niet of kan dit niet om één of andere reden, dan worden patiënten door alle ziekenhuismedewerkers vlot doorverwezen naar de ombudsdienst.
- Klachten gericht aan directie, of die op het algemeen e-mailadres toekomen worden naar de ombudsdienst doorgestuurd. Patiënten worden hiervan verwittigd.
- Overleg op kwartaal basis met directie (overlopen aanbevelingen) en dienst kwaliteit (nagaan of er dezelfde tekorten gedetecteerd werden).
- Uitnodiging tot voorstelling jaarverslag met aanbevelingen op managementteam, directiecomité, medische diensthooftvergadering, Raad van Bestuur.
- Feedback van directie aan ombudsvrouw over acties ondernomen naar aanleiding van de aanbevelingen.
- Ruimte binnen het ziekenhuis om vrij en onafhankelijk te bewegen.
- Voldoende middelen en correcte infrastructuur.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

De aanpak van de klacht gebeurt altijd in overleg en met een mandaat van de patiënt. We bemiddelen en moedigen patiënten aan om de klacht zelf te gaan bespreken met de arts of ziekenhuismedewerker. Lukt hun dit niet op eigen houtje, dan brengen we de partijen zelf samen. Minder ernstige klachten worden opgelost door te 'pendelen' als ombudsvrouw tussen patiënt en arts/ziekenhuismedewerker. Dikwijls kan de ombudsvrouw met de juiste informatie over werking ziekenhuis, dienst, procedures, of over wat er zich heeft voorgedaan, de relatie of de communicatie al herstellen.

Acties ombudsvrouw 2019		Aantal meldingen
Informatie		162
Luisterend oor / Opvang		7
Signaal		13
Bemiddeling		347
Pendeldiplomatie	290	
Samenbrengen van partijen		
Patiënt motiveren zelf in gesprek te gaan	45	
Bemiddelingsgesprek met ombuds erbij	12	
Oplossing		56
Financieel akkoord		76
Correctie factuur	50	
Schadeclaim	8	
Andere		5

Verzoeningsresultaten

Alle bovenvermelde acties die vanuit de ombudsvrouw vertrekken zijn in feite pogingen tot verzoening. In 40% van de klachtendossiers werd er naar mijn aanvoelen zeker een betekenisvolle stap gezet door een patiënt, arts, medewerker of ziekenhuis die zonder tussenkomst van de ombudsvrouw niet zou gezet zijn. Dit geeft toch wel aan dat onze tussenkomst een toegevoegde waarde kan zijn. Van een aantal dossiers weten we echter niet of er een verzoeningsresultaat heeft plaats gevonden. Soms is deze afweging echter totaal niet van toepassing, vanaf 2020 zal dit in de registratie worden opgenomen.

	Aantal	%
Ja	269	40
Nee/nvt/onduidelijk	397	60

Meldingen 2019 aan ombudsdienst	
Aantal klachtendossiers	666
Aantal infodossiers	277
Aantal pro actieve dossiers	28
Aantal begeleidingen afschrift patiëntendossier	289
Aantal andere	40
Totaal	1 300

Aantal klachten in 2019 over de RECHTEN VAN DE PATIËNT	
Dossiers gerelateerd aan de patiëntenrechtenwet (één dossier kan over meerdere patiëntenrechten gaan)	346
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)	284
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	61
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)	20
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	9
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	7
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	12
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	12
Recht op vertegenwoordiging (Art. 12 – 15)	2
Totaal	412
Aantal dossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	320

Waarover gaan de klachten	
Medische aspecten	276
Verpleegkundige aspecten	132
Paramedische/sociale aspecten	11
Administratieve aspecten	175
Facilitaire/technische aspecten	62
Organisatorische aspecten	102
Andere	2
Totaal	760

De meest voorkomende klachten binnen bovenvermelde aspecten gaan over:

- Medisch: behandeling, infoverstrekking
- Verpleegkundig: communicatiestijl, aandacht/opvang
- Administratie: facturen
- Facilitair/technisch: comfort, parking
- Organisatorisch: wachttijden, afsprakenregeling, extern transport

Aanbevelingen

Aanbevelingen die in 2019 geformuleerd werden aan AZ Turnhout

In de loop van 2019 zijn er naar aanleiding van herhaalde klachten reeds een 25-tal aanbevelingen geformuleerd naar de betrokken zorgverleners of diensten. Samengevat:

Ontbreken van informatie: Dit is vaak een trigger voor het formuleren van een klacht. Ziekenhuisbreed moeten alle medewerkers aandacht hebben voor informatie te geven over alle aspecten van een opname of een behandeling. Op de eerste plaats aan patiënt zelf maar ook met oog voor de rol van de familie. Informatie ontbreekt soms:

- Medisch: bv over verdere planning en nut van onderzoeken, bespreken uitslagen, mogelijke complicaties, kostprijs van onderzoeken.
- Verpleegkundig: bv fixatie, open en eerlijke communicatie na een val, kostprijs extern vervoer als dit ten laste van patiënt is.
- Administratief: bv iets uitwerken voor anderstaligen rond begrippen erelonen en supplementen, bij eenzijdig wijzigen van afspraken goed opvolgen of patiënt op de hoogte is.

Maken van afspraken: Maatregelen zouden uitgewerkt moeten worden zodat telefonische oproepen binnen een aanvaardbare tijdsperiode kunnen beantwoord worden of een digitale uitrol van de afspraken planning voor alle diensten.

Respectvol omgaan met oudere mensen: Ze zijn niet allemaal assertief genoeg om voor zichzelf op te komen. Extra aandacht voor verwarde, dementerende patiënten: ze kunnen niet zo goed communiceren over pijn (plaats, pijngraad).

Respecteren van de privacy van patiënten: Denk hierbij aan de loketten, bij gesprekken over medische zaken, in verslaggeving, aan de telefoon.

Als een patiënt zijn ongenoegen uit, een tip voor alle medewerkers: niet in meegaan en bevestigen, maar patiënt gerust stellen, correct informeren en naar oplossing zoeken.

Problematieken vanuit VVOVAZ ten aanzien van de Vlaamse ombudsman – jaarverslaggeving 2019

Een aantal aanbevelingen kennen vanuit de werking van de ombudsdiensten in 2019 hun herhaling.

Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg: In het Jaarverslag 2018 van de Vlaamse Ombudsdienst werd hieromtrent reeds een duidelijk signaal gegeven via de aanbeveling 11 – Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed (pag. 19-20). Er werd gevraagd voor meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen.

Respect keerde ook terug in de aanbeveling aan de overheid om **een sensibiliseringscampagne rond de rol van spoeddiensten uit te werken**. Ook deze aanbeveling willen wij vanuit onze jaarwerking 2019 opnieuw in de kijker plaatsen. Wij formuleerden deze

vorig jaar als volgt: “Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen”.

Ook **het ziekenvervoer en in het bijzonder het interhospital ziekenvervoer** komt in 2019 opnieuw aan bod. De casuïstiek van hoge facturen voor de patiënt en vaak een erg beperkte tussenkomst vanuit de verzekeringsinstelling kende nog een groter aandeel in onze werking dit jaar. Via de omzendbrief van Wouter Beke - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 4 december 2019 aan de ziekenhuizen werd alvast aangekondigd dat er in 2020 bijkomende maatregelen komen ten aanzien van ziekenwagendiensten die de transparantie inzake kostprijs meer gaan borgen voor de patiënt.

In verband met het ziekenvervoer ervaren we tevens de noodzaak om een aantal kwaliteitsparameters ten aanzien van de ziekenwagendiensten te borgen. Vb. wordt het transport uitgevoerd met een voertuig dat beantwoordt aan de gestelde criteria - beantwoordt de verpleegkundige begeleiding aan de noodzakelijke kwalificaties van deze beroepsbeoefenaar.

Dit jaar voegen wij de nood aan meer financiële transparantie en de nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier toe.

Nood aan meer financiële transparantie: Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg. Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren. In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijke kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen. In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijk kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een Riziv- tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden ...

Nood aan een informatiecampagne voor de burger inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD): De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO-Mynexuz, vitalink, enz) en de koppeling ervan blijkt voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

Mariette Konings
ombudsvrouw AZ Turnhout

Turnhout, februari 2020

**Algemeen jaarverslag 2019 ombudsdienst van de Sp-diensten
Provinciaal Zorgcentrum Lemberge**

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

Kalenderjaar 2019

Instellingsgebonden informatie

A. Type instelling

Algemeen ziekenhuis met erkenningsnummer 095

B. Naam van de instelling:

Provinciaal Zorgcentrum Lemberge. Sinds 01/01/2020 werd dit overgenomen en geïntegreerd in Zorgband Leie en Schelde. De Sp-dienst heet nu Revalidatieziekenhuis 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. Door de integratie in Zorgband Leie en Schelde valt nog af te wachten of zij verder die functie zal vervullen.

E. Lokalisatie ombudsdienst:

Salisburylaan 100
9820 Merelbeke
09/272 20 08
ombudsdienst@provinciaalzorgcentrumleberge.be
Dit e- mailadres zal dan ook wijzigen.

Haar bureau is gelegen op de 1^{ste} verdieping van de Sp-dienst. Daar hangt ook een brievenbus met logo (herkenbaarheid ombudsdienst) waar eventueel suggestieformulieren en/of klachten-/ meldingsformulieren kunnen in gedeponereerd 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 + eigen aangemaakt excelbestand

G. Huishoudelijk reglement:

Te raadplegen bij de ombudsdienst. Herwerkt oktober 2016.

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
- Inspiratie- en leerdag voor management assistants
- 2- daagse: "360° ombudsdienst" in Antwerpen georganiseerd door VVOVAZ op 11/10 en 12/10/2018.
- Communicatie met dementerenden
- Beroepsgeheim voor maatschappelijk assistenten en zorgverleners
- 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 facturatedienst, 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 Vlaamse ombudsman, 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. Al bemerk ik een toename in de tussenkomsten. De patiënt en /of familie worden mondiger en durven vlugger de stap te zetten naar de ombudsdienst al of niet via doorverwijzing. Het gaat dan daarom niet altijd voor het indienen van een klacht dan wel om een melding te doen, om informatie of een afschrift van het medisch dossier te vragen.

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 mij doorgespeeld om dit nader te bekijken. De draagwijdte daarvan kan ik niet inschatten aangezien niet alle klachten die bij de directie of anderen terecht komen aan mij worden gemeld.

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 2 weken) opgelost.

Overzicht van de klachten

Dit zijn alle tussenkomsten van de ombudsvrouw tijdens het kalenderjaar 2019 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 2019	
Tussenkomsten ombudsdienst	12
Klachten	4
Meldingen	5
Afschrift medisch dossier	1
Vraag naar informatie	1
Suggesties	1

Relatie tot de patiënt	
Patiënt zelf	4
Partner/ familie	8

Vorm van indienen	
Brief	2
E- mail	5
Persoonlijk	5
Telefonisch	2

Gericht aan	
Ombudsdienst	12
Andere bestemming (sociale dienst/hoofdverpleegkundige /suggestieformulier)	12

Verwachtingen	
Informatie inwinnen	7
Luisterend oor/ opvang	6
Signaal	4
Financieel akkoord (schadeclaim)	2
Andere verwachtingen	3

Lokalisatie van de klacht/ melding/ andere		
Medische dienst	3	
Verpleegafdeling	10	
Sociale dienst (opname)	1	
Parking	1	
Andere	3	

Voorwerp		
Kwaliteit	8	
Info	2	
Afschrift medisch dossier	1	
klacht	4	
Varia	2	

Beroepsbeoefenaar		
Arts	3	
Verplegend en verzorgend personeel	5	
Paramedici	1	
Andere	3	

Inhoud		
Medische aspecten:	4	
➤ Inforestrekking	3	
➤ Communicatiestijl	3	
➤ Aandacht, opvang, privacy	2	
Verpleegkundige aspecten:	6	
➤ Inforestrekking	4	
➤ Verzorging	2	
➤ Andere	1	
➤ Communicatiestijl	3	
➤ Aandacht, opvang, privacy	5	
Administratief- financiële aspecten	1	
➤ Inforestrekking		
Facilitaire aspecten	1	
➤ Andere		
Technische aspecten	3	
➤ Comfort	1	
➤ Defecten	1	
➤ Lawaaihinder	1	
Organisatorische aspecten	4	
➤ Opnameregeling	1	
➤ Afsprakenregeling	1	
➤ Verloren voorwerpen	2	
Andere aspecten	3	

Samenvattende bevindingen

Klachten en meldingen

- Men wenst liever een melding te maken van iets dat is voorgevallen dan dat men hiervan een officiële klacht indient.

Relatie tot de patiënt

- Zowel patiënt als familie dienen een klacht/ melding/suggestie in.
- Op onze afdelingen zijn voornamelijk geriatrische patiënten gehospitaliseerd en is het meermaals de familie die een klacht indient. Veel hangt af van de mentale toestand en leeftijd van de patiënt.

Vorm van indienen en gericht aan

- Alle communicatiemiddelen worden gebruikt.
- Voor de eerste maal kregen we een suggestie aangereikt via het suggestieformulier dat men bij opname krijgt bij de andere opnamedocumenten (er zijn te weinig parkeerplaatsen voor mindervalide bezoekers in de buurt van het ziekenhuis). De suggestiebox hangt op de Sp-afdeling en is vlot toegankelijk voor patiënten en bezoekers. De suggestie werd doorgegeven aan de directie.
- De sociale dienst en de hoofdverpleegkundige van de dienst vormen meestal het eerste aanspreekpunt voor de patiënt of familie. Meestal worden zij dan door hen naar mij doorgestuurd .

Voorwerp van de klachten en meldingen

- Het patiëntenrecht: “ Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening” (art. 5) komt hierbij het meest aan bod.
Medisch, verpleegkundig aspecten: communicatiestijl: slechte communicatie rond externe onderzoeken/ rond overlijden familielid, intakegesprek verloop te vlug, gebrek aan aandacht en opvang (lange wachttijden beloproepen, geen tijd voor een gesprek, geen orde rond vuil wasgoed; te vroeg in bed gestopt worden); verzorging niet ok en onvriendelijke benadering
- Organisatorisch aspect: vraag naar info omtrent wachtlijst en procedure opnameregeling; verloren voorwerpen; storende medepatiënten.
- Technische aspecten: het comfort en defecten in de kamer zijn soms ook een bron van ergernis.
De 4- persoonskamers worden en werden gerenoveerd.
- Facilitaire aspecten: wegnemen van drankjes of andere die nog kunnen opgedronken worden of opgegeten terwijl men naar de kiné is.

Situering van de klachten

De klachten en meldingen komen voor op de beide Sp-afdelingen.

Verwachtingen

De verwachtingen zijn van uiteenlopende aard:

- Men wenst duidelijk geïnformeerd te worden omtrent de medische en/ of verpleegkundige zorgen, opnamemogelijkheden en wachtlijsten. (al of niet via een afschrift van het patiëntendossier)
- Men wenst aan iemand zijn verhaal te doen wat vaak al een grote stap in de goede richting is.
- Men is bezorgd om toekomstige patiënten en wil voorkomen dat incidenten zich herhalen.
- Soms wenst men een schadevergoeding. Het is dan ook de directie die beslist in hoeverre hierop kan worden ingegaan.
- Storende medepatiënten kunnen ook een bron van ergernis zijn maar men moet er rekening mee houden dat het organisatorisch niet altijd mogelijk is om dit probleem te verhelpen.
- Men verwacht dat een suggestie die men heeft aangereikt de directie ertoe kan brengen om hieraan tegemoet te komen. Alle suggesties worden aan de directie overgemaakt maar zij beslist uiteindelijk.

Tevredenheidsmeldingen

- Tijdens het verdelen van enquêtes kom ik van de patiënten regelmatig te weten wat ze goed vinden en minder goed.
- Tevens ligt er op beide afdelingen een boek waarin de bedankingskaarten en bedankingen van de patiënten en familie staan.

Suggesties naar de toekomst toe

- Een goede communicatie is en blijft zeer belangrijk. Vormingsmomenten rond communicatie zijn een meerwaarde waar men als zorgverlener moet voor openstaan. Het is ook belangrijk dat tijdens teamvergaderingen problemen hierrond regelmatig aan bod komen. Tijdens de opleiding tot verzorgend en verplegend personeel moet hieraan ook voldoende aandacht besteed worden. Alles valt of staat met een goede en begrijpelijke communicatie!
- Professioneel blijven tijdens de verzorging ook al lijkt dit gezien het gedrag van de patiënt soms moeilijk. Casussen kunnen besproken worden tijdens dergelijke vormingsmomenten.
- Meer nabije parkeerplaatsen voorzien voor mindervaliden.

Vlaamse patiëntenpeiling

Ook dit jaar werden de enquêtes, opgesteld door het Vlaams Patiëntenplatform, door mij uitgedeeld aan de ontslagen patiënten. Dit ermee rekening houdende dat dit mogelijk moet zijn voor de patiënt om dit zelfstandig of met de hulp van familie in te vullen. De mentale toestand van de patiënt liet vaak niet toe om een enquête af te nemen. De lijst met vragen was zeer complex en gedifferentieerd zodat niet steeds op alle vragen een antwoord werd gegeven. Om representatief te zijn, werden er te weinig enquêtes ingevuld. Vandaar dat ik de resultaten hiervan niet verder zal bespreken.

De meeste patiënten die een enquête konden invullen gingen hier graag op in. Op deze manier vernam ik ook in gesprek hoe tevreden de patiënten waren geweest over hun verblijf op de Sp-dienst. Ik vernam volgende zaken, zij zijn een weergave van de beleving van de patiënt uit, in het midden gelaten of dit correct is:

- ✓ Beloproepen worden soms pas na 15 minuten beantwoord.
- ✓ Het eten is vaak anders dan op het menu.
- ✓ Slechte busverbinding om het zorgcentrum te bereiken.
- ✓ Sommige verpleegkundigen zijn vriendelijk en zacht, anderen brutaal en negerend.
- ✓ Er is geen samenwerking tussen de medewerkers op dienst, wel tussen ergo en kiné.

Graag wil ik iedereen bedanken die meegewerkt heeft bij de bemiddeling van de klachten!

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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, gelijkvloers nabij onthaal
Registratiesysteem	Infoland
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum 03/06/2019, onder andere te raadplegen via de website: www.hhzhlier.be
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisattest bemiddeling Opleiding 'Ervaren bemiddelaars'
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Omgaan met agressie, opleidingen georganiseerd door VVOVAZ, opleiding 'Ervaren Bemiddelaars',...
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De ombudsdienst van het 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. De ombudsdienst vervult eveneens een informatieve functie en signaalfunctie welke gekoppeld wordt aan het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. De ombudsdienst vervult verder een educatieve functie waarbij (nieuwe) werknemers en (nieuwe) artsen binnen het ziekenhuis ingelicht worden over de werking van de ombudsdienst en de wet patiëntenrechten. Verder wordt er vanuit de ombudsdienst begeleiding voorzien voor afschriften en inzage in patiëntendossiers.

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Klachten welke rechtstreeks aan de ombudsdienst gericht zijn, worden door de ombudsdienst opgevolgd.</p> <p>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 door betrokkenen samen te brengen om zo via een bemiddelingsgesprek te komen tot een oplossing. Indien dit bemiddelingsgesprek niet mogelijk of wenselijk is, zal aan de hand van pendelbemiddeling getracht worden om een oplossing te bieden.</p> <p>De ombudsdienst geeft de voorkeur om de klachten zoveel als mogelijk aan de hand van bemiddeling of pendelbemiddeling te behandelen en zet volop in op het bereiken van verzoeningsresultaten.</p>
---	--

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<p>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.</p> <p>Indien dit echter niet mogelijk is of indien de patiënt dit niet wenst wordt er doorverwezen naar de ombudsdienst.</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>De ombudsdienst stimuleert om in eerste instantie te overleggen met de zorgverlener, om zo tot een oplossing te komen.</p> <p>Zo dit onmogelijk is zal de ombudspersoon bemiddelend optreden tussen de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar om zo tot een oplossing te komen. De ombudsdienst zet volop in op het bereiken van verzoeningsresultaten.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
<p>De ombudsdienst streeft er naar om binnen de 14 werkdagen de klacht in behandeling te nemen. De ombudsdienst tracht aan de hand van een persoonlijke en empathische aanpak in eenvoudige en duidelijke taal haar antwoorden te formuleren.</p>	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	371
Aantal infodossiers	48
Aantal pro actieve dossiers	14
Aantal opvragingen patiëntendossier	150

Aantal 'andere'	17
-----------------	----

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

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

Totaal: 147

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	116
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	50
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)	8
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)	16

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	288
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
/	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
/	

Aanbevelingen

1) 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.

2) Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)

De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

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. 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 aan 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.

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 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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	1012
Aantal campussen	3 (Sint-Augustinus Wilrijk; Sint-Vincentius Antwerpen; Sint-Jozef Mortsels)
Naam ombudspersoon(en)	Ellen Vandezande Alexandra Vanvooren Isabelle Dewinkeler Dirk Jordaens
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Ellen Vandezande: 01/04/2011 – is sinds loop van 2019 voor langere tijd afwezig Alexandra Vanvooren: 01/01/2018 Isabelle Dewinkeler : 01/10/2019 Dirk Jordaens : 01/12/2019

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 <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	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: <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - Postgraduaat bemiddeling in familiale, burgerlijke en handelszaken (CBR) Isabelle: <ul style="list-style-type: none"> - Postgraduaat bemiddeling in familiale zaken (UCLL) - Bemiddeling sociale zaken (Mediv) Dirk : <ul style="list-style-type: none"> - Basisopleiding bemiddeling (Mediv) - Bemiddeling sociale zaken (Mediv) - Bemiddeling burgerlijke en handelszaken (Mediv)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Ellen: gezien langdurige afwezigheid : nihil Alexandra : - inspiratiesessie kostprijninformatie - indirect bemiddelen - VVOVAZ Isabelle en Dirk : te kort in dienst

<p>Werkingssterren van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<p>De ombudsdienst - in GZA 'dienst bemiddeling externe klanten' - behandelt alle klachten gericht aan de dienst en dit ruimer dan opgesomd in het KB 8/7/2003, dus ook organisatorische, facilitaire, technische en administratieve klachten. De ombudsdienst begeleidt eveneens aanvragen tot afschrift en faciliteert bij verzekeringsdossiers.</p>
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>De bemiddelaar handelt de klachten af volgens de klachtenprocedure, vermeld in het huishoudelijk reglement. Hij bevordert en stimuleert de melder om rechtstreeks de betrokken zorgverleners aan te spreken. De zorgverleners worden aangespoord om zelf de klacht af te handelen (daar waar ze ontstaat) en verwijzen indien nodig door, of op eigen initiatief, of op vraag van de melder. De dienst bemiddeling externe klanten handelt de klachten - o.a. ook organisatorische en administratieve klachten en dus een ruimere categorie dan de <i>geschonden rechten in het kader van de wet patiëntenrechten - af</i>.</p> <p>De patiënt kan te allen tijde rechtstreeks de bemiddelaar aanspreken. Intussen werd de klachtenprocedure in 2014 uitgebreid tot 4 klachtenlijnen nl.: de nulde lijn (alle secretariaten en onthaalbalies), de eerste lijn (verpleegafdelingen en consultaties), de tweede lijn (de dienst bemiddeling) en de derde lijn (de juridische dienst)</p>

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
De organisatie neemt klachten ernstig en ziet deze als een kans tot het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Daarom is klachtenbehandeling niet enkel een taak van de dienst bemiddeling, maar werken we sinds 2014 met 4 klachtenlijnen (zie supra). Bedoeling is dat iedereen in de organisatie in staat is in eerste instantie klachten te beluisteren en te kanaliseren. De dienst bemiddeling zelf is laagdrempelig en goed gekend en ingebed in de organisatie.	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
Alle klachten worden beluisterd. Er wordt belang gehecht aan het persoonlijk contact. De bemiddelaars trachten hierbij steeds de bemiddelingsfilosofie te volgen en de dialoog tussen de patiënt en de zorgverstreker op nieuw op gang te brengen en indien mogelijk te herstellen.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
<p>Moeilijkheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbehandeling / bemiddeling is zeer tijdsintensief en staat in schril contrast met het aantal FTE voorzien door de overheid <p>Resultaten: Dossiers waarin de betrokken partijen effectief met mekaar rond te tafel gaan zitten (bemiddeling), leiden in de meeste gevallen tot verzoening.</p>	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	691
Aantal infodossiers	44
Aantal pro actieve dossiers	17
Aantal opvragingen patiëntendossier	34 (rechtstreeks bij de dienst bemiddeling, meer bepaald pure vragen naar afschrift, niet gerelateerd aan een klacht)
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.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	195
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	58
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	8
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)	7
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.*

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
2015	562	58	41	20	681
2016	601	57	34	22	714
2017	762	79	41	26	908
2018	701	16	19	16	753
2019	691	44	17	34	786 (+11 div)

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

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

	2015	2016	2017	2018	2019
Medische aspecten	286	316	373	374	307
Verpleegkundige aspecten	142	136	179	144	134
Paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten	12	15	19	11	39
Administratief-financiële aspecten	132	125	186	164	195
Technische/facilitair aspecten	30	41	52	23	42
Organisatorische aspecten	75	82	129	108	116

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

	2015	2016	2017	2018	2019
5.1. Uitleg/info	41	94	107	86	113
5.2. Luisterend oor	24	56	73	94	224
5.3. Signaal	246	251	349	293	312
5.4. Bemiddeling	238	201	192	74	176
5.5. Correctie factuur	121	109	132	165	154
5.6. Schadeclaim	38	47	60	28	43
5.7. Ander akkoord/ oplossing	156	162	248	200	171

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 2016 werd door de directie de VIB campagne opgestart (patiënten moeten zich **V**erwacht, **G**e**I**nformeerd en **B**eluisterd voelen). De praktische zaken dienen verder opgenomen te worden.
- ✓ In 2018 werd een tweede luik uit deze VIB-campagne als project opgestart, zijnde “**G**e**I**nformeerd”. Dit is afgerond. De betrokken departementen moeten hiernu meer verder aan de slag.

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.

Aanbevelingen naar de (Federale) Overheid

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

- **Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg**
In het Jaarverslag 2018 van de Vlaamse Ombudsdienst werd hieromtrent reeds een duidelijk signaal gegeven via de aanbeveling 11 – Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed (pag. 19-20)
Er werd gevraagd voor meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen.
- Respect keerde ook terug in de aanbeveling aan de overheid om een **sensibiliserings-campagne rond de rol van spoeddiensten uit te werken**.
Ook deze aanbeveling willen wij vanuit onze jaarwerking 2019 opnieuw in de kijker plaatsen.

Wij formuleerden deze vorig jaar als volgt: "Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen"

- Ook het **ziekenvervoer en in het bijzonder het interhospitalaal ziekenvervoer** komt in 2019 opnieuw aan bod. De casuïstiek van hoge facturen voor de patiënt en vaak een erg beperkte tussenkomst vanuit de verzekeringsinstelling kende nog een groter aandeel in onze werking dit jaar. Via de omzendbrief van Wouter Beke - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 4 december 2019 aan de ziekenhuizen werd alvast aangekondigd dat er in 2020 bijkomende maatregelen komen ten aanzien van ziekenwagendiensten die de transparantie inzake kostprijs meer gaan borgen voor de patiënt.

In verband met het ziekenvervoer ervaren we tevens de noodzaak om een aantal kwaliteitsparameters ten aanzien van de ziekenwagendiensten te borgen. Vb. wordt het transport uitgevoerd met een voertuig dat beantwoordt aan de gestelde criteria - beantwoordt de verpleegkundige begeleiding aan de noodzakelijke kwalificaties van deze beroepsbeoefenaar....

- **Nood aan meer financiële transparantie**
Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg.

Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren.

In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen.

In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijk kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een riziv- tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden

Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete de toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstrekker (vb. het bedrag – een percentage van toeslag).

1. **Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)**

De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	01.01.2019 - 31.12.2019
--------------------	-------------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	H. Hartziekenhuis Mol
Adres	Gasthuisstraat 1 – 2400 Mol
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	102
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	183 erkende bedden – 221 verantwoorde bedden
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Ellen Laurijssen
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01.04.2016
Bestaffing	0,5 FTE

Lokalisatie dienst	Gelijkvloers, in gang richting consultatieruimtes
Registratiesysteem	Infoland
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Laatst geactualiseerd op 26.05.2016 Te raadplegen op Intranet en op de algemene website van het ziekenhuis
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Opleiding Bemiddelaar Mediv/VVOVAZ (2017-2018)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Regionale vergaderingen van de Vlaamse Vereniging Ombudspersonen Van Alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ)
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	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) Informereren 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	271
Aantal infodossiers	15
Aantal pro actieve dossiers	90, waarvan 61 incidentenmeldingen waarbij de medewerker of arts van mening is dat de ombudsdienst op de hoogte moet gesteld worden
Aantal opvragingen patiëntendossier	31
Aantal 'andere'	4

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

Opmerkingen:

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

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	125
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	40
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)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	5
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)	1

Rechten van de patiënt:

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

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

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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	131			
Tabellen/grafieken; klachtenratio:				
Tabel: Overzicht van de verwachtingen van de patiënt/familie versus de resultaten voor 2019				
	Verwachting		Resultaat	
Informatie	9	3%	23	8%
Luisterend oor / Opvang	5	2%	9	3%
Signaal	41	15%	25	9%
Bemiddeling				
Pendeldiplomatie	47	17%	109	40%
Samenbrengen van partijen	8	3%	13	5%
Oplossing	75	27%	27	10%
Financieel akkoord				
Correctie van de factuur / Geste	65	23%	35	13%
Schadeclaim	29	10%	13	5%
Geen verzoening mogelijk, doorverwijzing			17	6%
Totaal	279	100%	271	100%
<p>In bovenstaande tabel worden de verwachtingen van de patiënt/familie versus de resultaten weergegeven. De patiënt kan verschillende verwachtingen uiten rond 1 klacht, hoewel er wel gevraagd wordt naar welke verwachting het belangrijkste is of waarmee we de patiënt/familie het allerbeste kunnen helpen. Daarom worden er 279 verwachtingen weergegeven voor de 271 klachten van 2019.</p> <p>De patiënt of de familie vraagt in 27% (75/279) van de klachten naar een oplossing. In 10% van de klachten kan er inderdaad een concrete oplossing geboden worden maar vaak ligt die oplossing in het opstarten van een gesprek tussen de patiënt en de zorgverstrekker, wat dan resulteert in het pendelen of het samenbrengen van de partijen.</p>				

In 15% (41/279) 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 zorgverstreker maar resulteert dit in pendeldiplomatie, waarbij de ombudsvrouw over en weer informatie en feedback geeft aan zowel de patiënt als de zorgverstreker.

De vraag naar een financiële tegemoetkoming maakt ongeveer 33% ((65+29)/279) 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 zorgverstreker 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 zorgverstreker 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 resultaat ligt dan niet zozeer in het financiële maar in het bespreekbaar maken van de onderliggende noden van de patiënt of zijn naaste.

Na het informeren van de patiënt, pendeldiplomatie, het samenbrengen van de partijen... is er soms toch geen verzoening mogelijk. Dan wordt er informatie gegeven aan de patiënt of de familie naar andere mogelijke alternatieven 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.

Omdat een verzoeningsresultaat wordt gedefinieerd als een betekenisvolle stap die de arts, de medewerker, het ziekenhuis... heeft gezet, die er zonder de tussenkomst van de ombudsdienst niet zou gezet geweest zijn, wordt het bieden van een luisterend oor (3%) of het geven van informatie (8%) vanuit de ombudsdienst aan de patiënt of familie, niet weerhouden als verzoeningsresultaten.

Dit wilt zeggen dat de algemene verzoeningsresultaten zich ongeveer situeren op 88%.

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
- ✓ Aandacht voor het informeren van patiënten rond het verschil in tussenkomst van een hospitalisatieverzekering wanneer de patiënt ambulantly verzorgd werd of gehospitaliseerd werd

Medisch-verpleegkundig:

- ✓ Begeleiding en training van bepaalde artsen en medewerkers in patiëntgericht communiceren
- ✓ Verder afstemmen van communicatie tussen verschillende zorgverleners en diensten

Verpleegkundig:

- ✓ Extra aandacht voor persoonlijk materiaal van patiënten

Facilitair-technisch:

- ✓ Het egaliseren en wegwerken van oneffenheden van de parking

Op niveau van de overheid:

- ✓ Respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg
 - Sensibiliseringscampagne rond respectvolle behandeling van patiënten of hun naasten naar zorgverstrekkers toe
 - Meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining en (zorg-) opleidingen
- ✓ Verder informeren van de bevolking rond de acute situaties waarbij men gebruik kan/mag maken van de dienst spoedgevallen
- ✓ Bepaling van prijzen, kwaliteitsvereisten, éénduidige voorwaarden en communicatie voor terugbetaling van niet-dringend ziekenvervoer
- ✓ Verder engagement van zowel zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers als van patiënten om te informeren over de financiële consequenties
- ✓ Informatiecampagne voor de patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier en de verschillende platformen (COZO, mynexuz, vitalink...), samen met de koppeling ervan.

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

Tijdens de vergaderingen van het ombudsc comité wordt er besproken welk gevolg er aan de aanbevelingen wordt gegeven en wat de stand van zaken hieromtrent is.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	A.Z Rivierenland
Adres	Campus Bornem: Kasteelstraat 23 Campus Willebroek: Tisseltsesteenweg 27 Campus Rumst: 's Herenbaan 172
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	710.104.33
Type (AZ, UZ, PZ,...)	A.Z.
Aantal bedden	416
Aantal campussen	3
Naam ombudsperso(o)n(en)	Nicole Caremans (Campus Rumst) Louis Van Nieuland (Campus Bornem-Willebroek)
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Nicole Caremans 01/11/2003 Louis Van Nieuland 01/10/2011
Bestaffing	Elke ombudsfunctionaris werkt 24u/week

Lokalisatie dienst	Campus Rumst :4 ^e verdieping – op een afdeling interne geneeskunde Campus Bornem: Route 143
Registratiesysteem	Campus Rumst : Infoland (in werking tot oktober) Campus Bornem-Willebroek : Pat. Safety Company
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Ja – december 2018 – website https://www.azrivierenland.be/sites/default/files/2019-07/Huishoudelijk%20reglement%20ombudsdienst%20AZR_0.pdf
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisbemiddeling MEDIV Gezondheidsrecht postgrauaat AHLEC – UA 2015
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Symposium beroepsvereniging (VVOVAZ)
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	- Klachtenbemiddeling vanuit patiëntenrechtenwet - Afschrift dossier - Verzekeringsdossiers - Projecten rond patiëntenparticipatie

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse klacht door ombudsdienst - Contactname en overleg met interne betrokkene of directe leidinggevende indien naam niet bekend - Feedback naar de patiënt - Soms bijkomend gesprek patiënt – zorgverlener – ombudsdienst - Pat. neemt genoegen met geformuleerde antwoord/indien niet → wordt verwezen naar andere mogelijkheden
--	--

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<p>Maandelijks worden structurele klachten/herhalingsklachten doorgenomen met klachtencommissie, inhoudelijk, niet nominatief.</p> <p>Punten ter verbetering worden opgenomen door eigenaar aan te duiden, opvolging en bijsturing gebeurt verder door departementeel directielid.</p> <p>Niet elke herhalingsklacht wordt opgelost, maar er volgen weldegelijk verbeteracties uit klachten.</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>Accent op herhalingsklachten en welk effect dit heeft op de organisatie → oplossingen/verbeteracties!</p> <p>Top 5 aangeven aan de organisatie van de actuele belangrijke problematiek → lerende organisatie</p> <p>Streven naar een win-winsituatie.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
<p>Meest voorkomende resultaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesprek organiseren tussen zorgverlener en pat. voor een meer uitgebreide toelichting van de situatie, om vragen te beantwoorden → vaak voldoende voor de patiënt. - Excuses aanbieden in naam van de zorgverlener/ziekenhuis + info over de verbeterinitiatieven. - Tegemoetkoming op financieel vlak: wegvallen van deel of van de totale factuur - Indienen verzekeringsdossier omwille van schade - Pat. verwijzen naar andere mogelijkheden → Orde van Artsen, juridische dienst mutualiteit <p>Meest voorkomende moeilijkheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewaken van de eigen neutraliteit - Samenwerking (geen feedback verkrijgen van interne zorgverleners) - Te weinig jobtime voor de actuele jobload! - Fusie tot A.Z. Rivierenland. 2e ombudspersoon, herevalueren en synchroniseren van de procedures en werkwijze. 	

Sinds 1 januari 2019 is er een fusie tot stand gekomen met de Sint Jozefkliniek Bornem-Willebroek en De Heilige Familie te Rumst. Het fusieziekenhuis kreeg als naam AZ Rivierenland.

Contactgegevens ombudspersoon : Louis Van Nieuland

Campus Bornem & Willebroek 03.890.17.92

ombudsdienst.bornem@azr.be

Contactgegevens ombudspersoon: Nicole Caremans

Campus Rumst 03.8809209

Ombudsdienst.rumst@azr.be

Wegens de recente fusie werken beide ombudsdiensten nog niet met eenzelfde software registratiesysteem. Vandaar dat dit rapport opgesplitst wordt in enerzijds de resultaten van campus Bornem&Willebroek en anderzijds deze van campus Rumst.

Als registratiesysteem voor de meldingen van campus Bornem&Willebroek 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 2017 tem eind 2019.

Infoland wordt als registratiesoftware benut in Campus Rumst. Wij hebben als doelstelling om in 2020 een eenzelfde software hiervoor te gaan gebruiken nml Pat. Safety Company.

A. Registratie gegevens Campus Bornem-Willebroek

A1. Aantal dossiers volgens type:

	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Info/advies	7	6	4	8	2	9
Inzage/afschrift	7	4	10	22	37	26
Klacht	206	205	188	184	137	131
Pro-actieve melding	10	13	1	7	5	2
Signaal	14	29	25	19	17	12

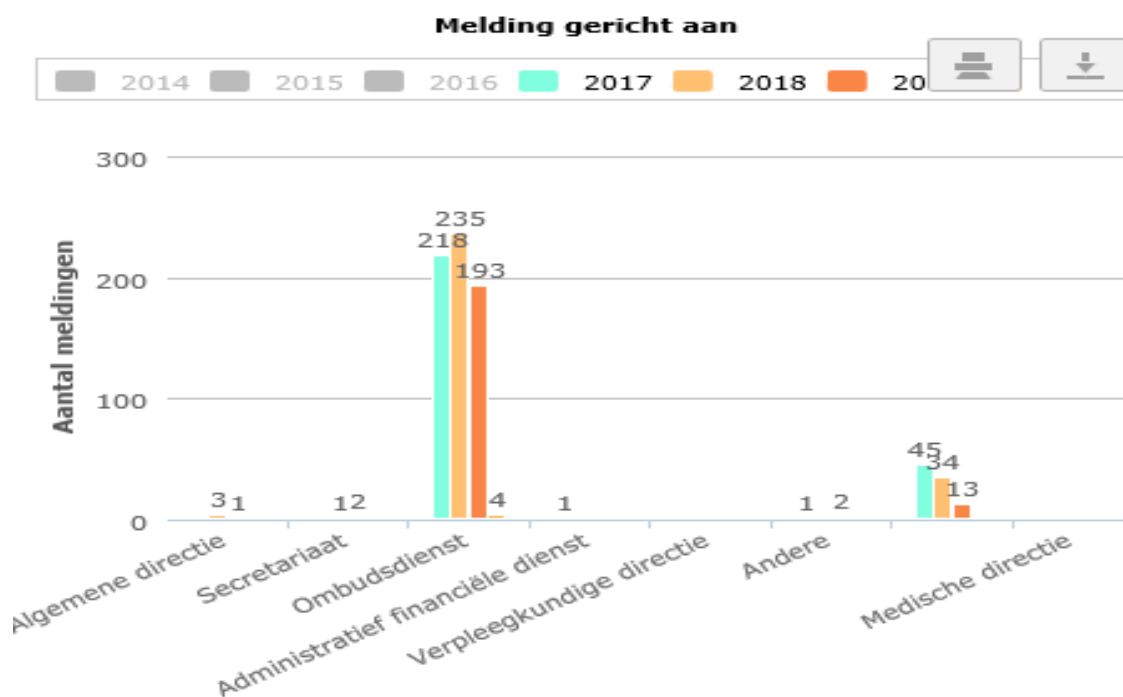
Commentaar:

De laatste drie jaren zien we voor Campus Bornem en Willebroek gemiddeld een 200 klachten gemeld. Medewerkers blijven pro-actieve meldingen geven. Dit wijst op een vertrouwen en goede samenwerking met de OD en het besef dat een klacht geen aanleiding hoeft te zijn tot een sanctie maar tot een verbetering, correctie binnen de organisatie. Melders geven ook signalen omdat men wel algemeen tevreden is over de zorg maar men toch iets wenst op te merken.

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. Vandaar dat de som van de registratie vaak niet overeenkomt met het aantal meldingen op jaarbasis.

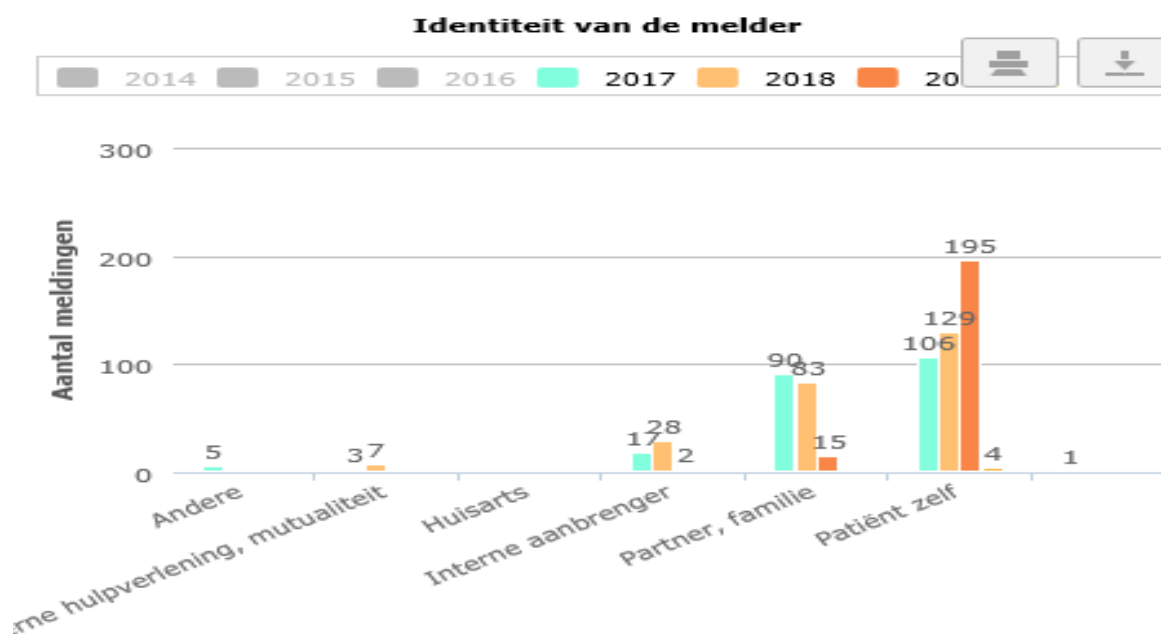
A2. Aan wie wordt de melding gericht?



Commentaar:

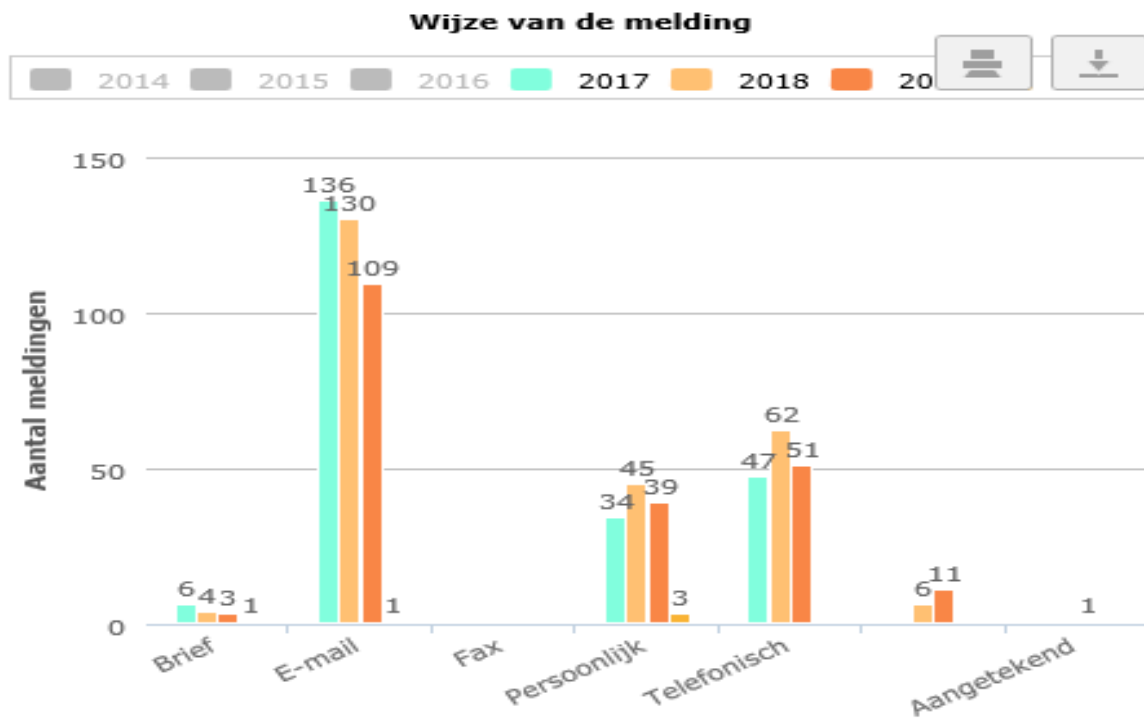
De meeste meldingen komen rechtstreeks bij de OD. Dit mede dankzij de mogelijkheid om via de website van het ziekenhuis online een melding te doen. Dit krijgt meer en meer bekendheid. De overige meldingen komen via medewerkers zoals de grafiek aangeeft.

A3. Wie doet een melding?



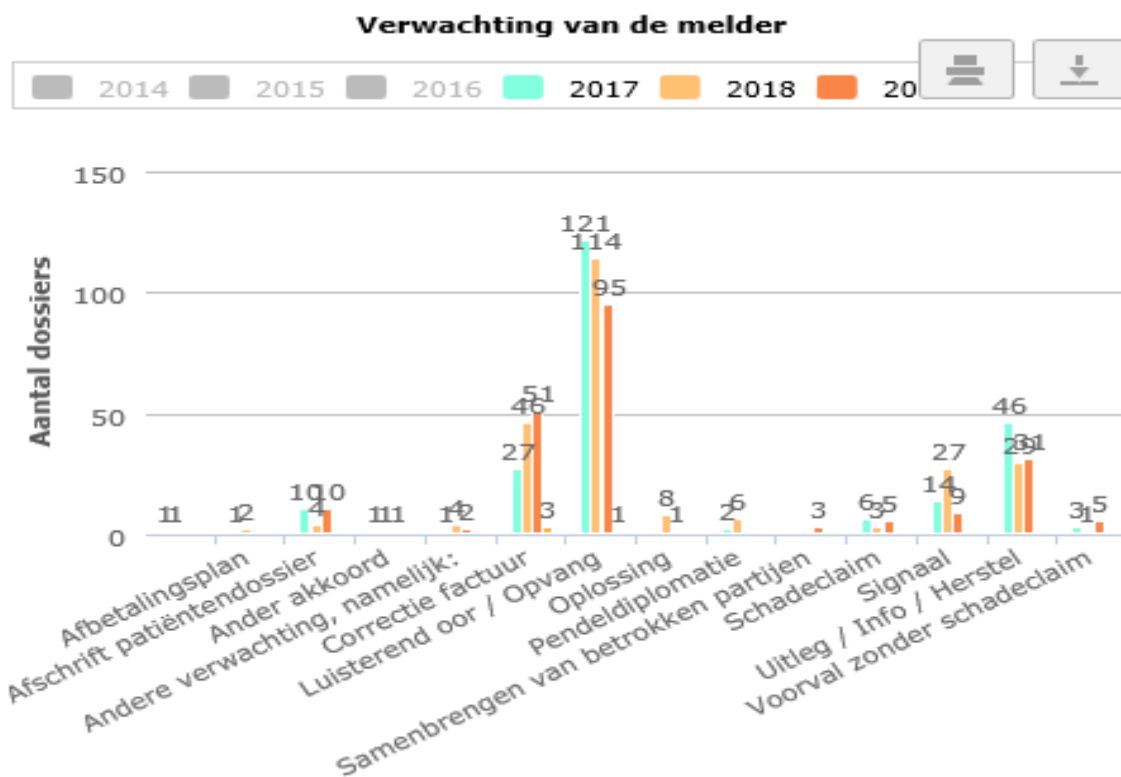
Commentaar: meestal familie, partner of de patiënt zelf. Maar ook medewerkers van het ziekenhuis kaarten de problematiek aan als de pat. zelf niet mondig of assertief genoeg is.

A4. Wijze van melding?



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

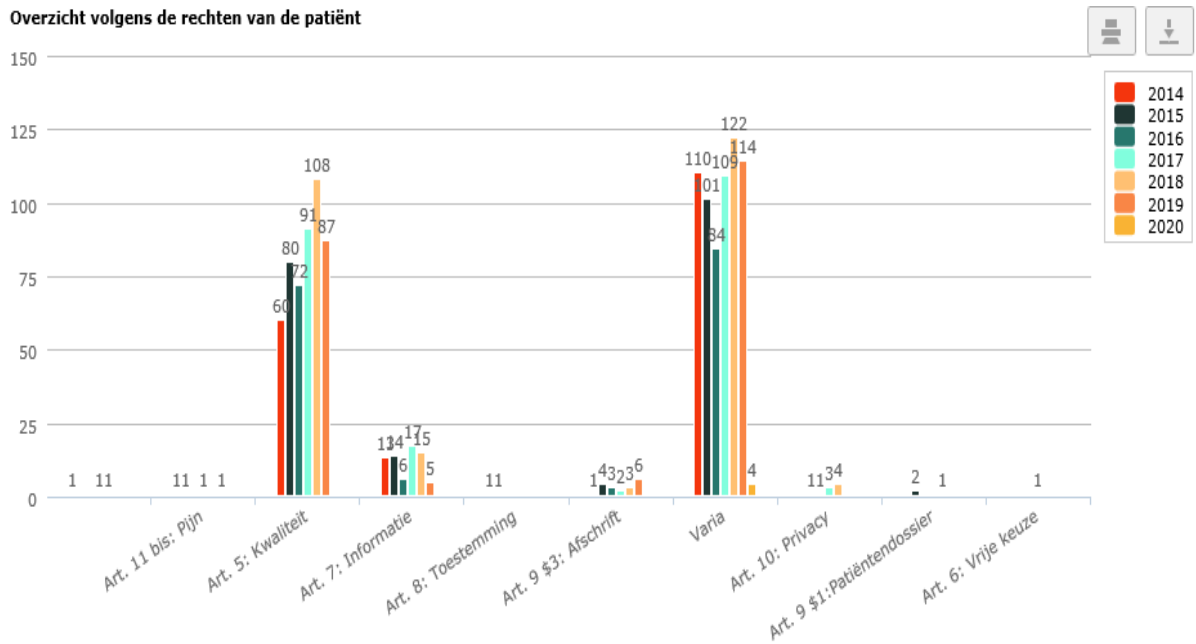
A5. Wat verwacht de melder?



Commentaar:

We zien vooral een opvang-functie als OD, een luisterend oor. Mensen moeten hun verhaal kwijt. We zien gestadig een stijging rond klacht ivm de factuur. De stijging van melding rond de problematiek factuur is vaak te wijten aan de verhoging van het ereloonsupplement. Deze trend was al zichtbaar in 2018.

A6.Overzicht rechten van de patiënt.

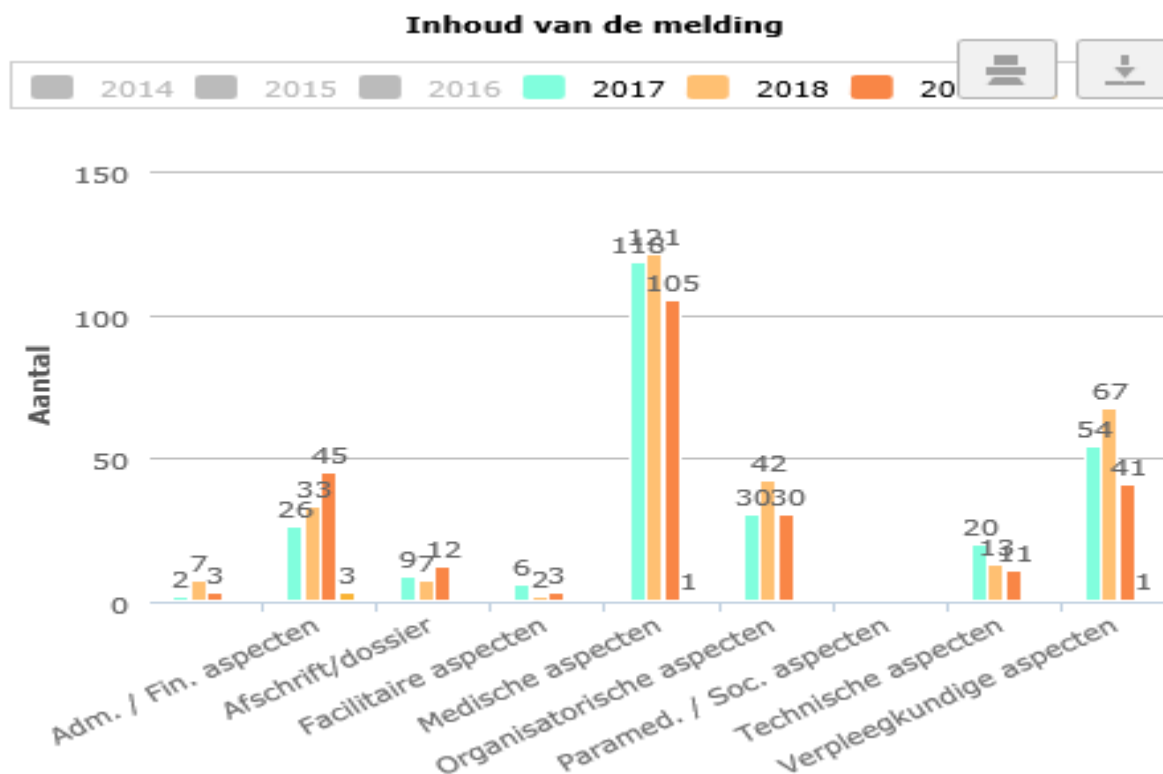


Commentaar: De trend handhaaft zich: een OD houdt zich meer dan 50 % bezig met meldingen die geen betrekking hebben op de wet van de pat. rechten (varia).

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.

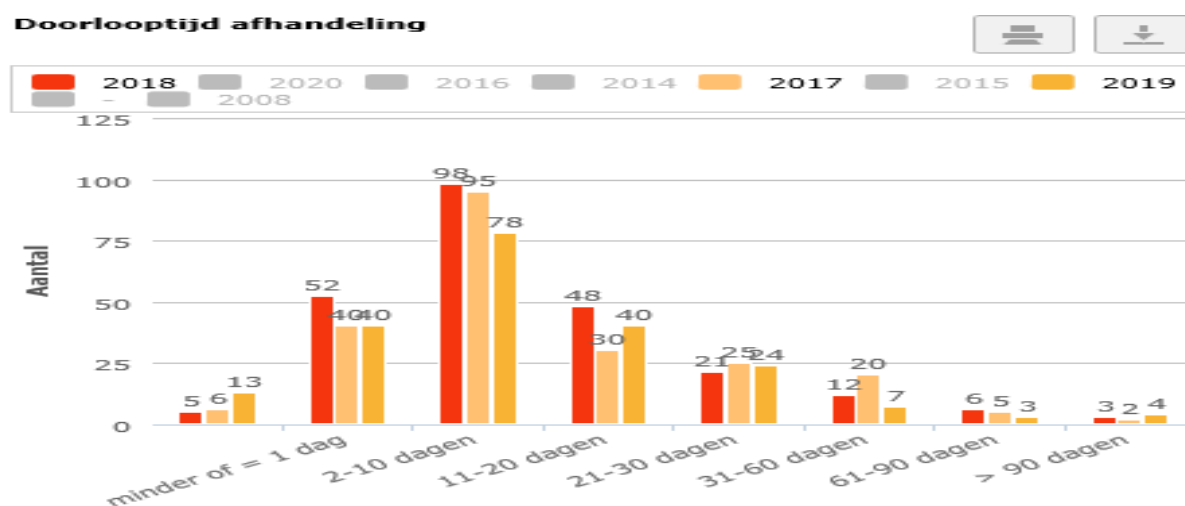
Via de website van het ziekenhuis, de onthaalbrochures en de folders die verspreid zijn over wachtzalen en diensten, worden patiënten geïnformeerd over de Wet op de pat. rechten. Daarenboven krijgt de nieuwe medewerker ook onderricht over dit onderwerp.

A7. Inhoud van melding.



Commentaar: het is normaal dat medische- en verpleegkundige aspecten hoog scoren. Dit is de corebusiness van het ziekenhuis. Algemeen zien we wel een lichte daling van klachten in deze departementen. Dit heeft ook te maken met het NIAZ verhaal, het behalen van het kwaliteitslabel.

A8. Doorlooptijd OD-dossiers.



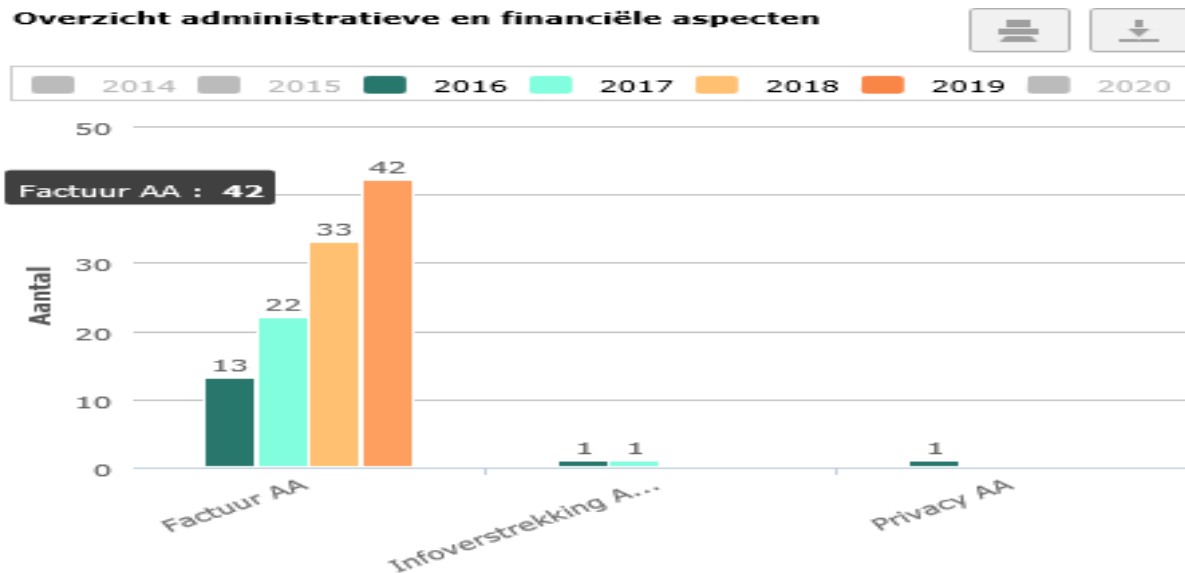
Commentaar: de meeste dossiers worden gemiddeld rond 10 dagen afgehandeld. Maar ik bemerk dat de laatste drie jaren er wel een stijging is in de tijdzone 11-20 en 21-30 dagen. Gelukkig is dit maar een klein percentage t.o.v. het geheel. Een melding wordt voorgelegd aan alle betrokken partijen. Elke dag 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 antwoorden te verkrijgen. Gezien de nieuwbouw, het Niaz traject, de fusie weet ik dat er heel wat gevraagd wordt van 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 + ev. uitprint email schriftelijk in intern postvak.
- Bij geen antwoord > inschakeling middenkader-directie.

A10. Overzicht administratieve en financiële aspecten



Het aantal meldingen i.v.m. facturatie blijft jaar na jaar toenemen. Dit heeft vaak te maken met het stijgen van de erelonen en de daarmee gepaard gaande hoge facturen. Mensen blijken de info die ze krijgen rond de financ. gevolgen van een één kamerkeuze niet goed te verstaan en tekenen zonder verder nadenken voor een 1 pk. Patiënten vinden facturen soms buiten proportie in verhouding met de verblijfsduur in het ziekenhuis. Er is wel een zekere goodwill bij de artsen waarbij er rekening gehouden wordt met de psycho-sociale status van de patiënt en men een verminderd percentage toepast bij een keuze van een 1 pk of men de erelonen zelfs laat afboeken.

De ombudsdienst kijkt elke klacht grondig na want een patiënt draagt ook de verantwoordelijkheid om zich te bevragen en de nodige info die men geeft door te nemen alvorens de kamerkeuze te bepalen.

Regelmatig zijn er klachten over de hoge facturen die ambulancediensten vragen voor vervoer van en naar het ziekenhuis. De ombudsdienst bemiddelt zelfs hier om bijv. een afbetalingsplan af te spreken zodat de pat. aan de factuur kan voldoen.

B. Registratiegegevens Campus Rumst

De gegevens van de software waar Campus Rumst mee werkt zijn op het moment van de opmaak van het jaarverslag niet volledig meer beschikbaar. AZ Rivierland nam het besluit om de software van Patiënt Safety Company voor alle campus te benutten waardoor er geen ondersteuning meer voorzien werd vanwege Infoland. Daar de gegevens van 2019 niet volledig voorhanden zijn, hebben we een reële inschatting van data gemaakt aan de hand van de beperkte gegevens van 2019 en de gegevens van 2017 en 2018. Hierbij rekening houdende met de trend die zich voordoet in de klachtenregistratie.

B.1. Aantal dossiers volgens type.

	#klachten	WPR	%	NT WPR	%	INFO	Pro-actief	Afschrift
2017	212	134	63	78	37	13	2	128
2018	262	171	65	91	35	15	5	121
2019	275	178	65	97	35	12	5	116

WPR: Wet op pat. rechten / NT WPR: klacht niet wpr/

proactief: pro-actieve melding door medewerker/ INFO: vraag naar info-advies

Afschrift: opvraging afschrift dossier

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.

B2. Procentuele verdeling aard van de klacht ivm de WPR. (Wet op patiëntenrechten)

% verdeling van aard klachten

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	78%
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1.16%
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7) + informatie betreffende de prijs	11%
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	5,8%
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0%
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1.16%
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0%
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0.58%
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	1.16%

Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1.16%

B3. Procentuele verdeling aantal klachten per domein, registratiejaar 2019, campus Rumst.

Paramedisch	1.9%
Organisatorisch	16,6 %
Facilit./ tech. Dienst	4,4 %
Administratie	11,42 %
Verpleegkunde	25,98 %
Medisch	39,7 %

B4. Doorlooptijden ombudsdossiers Campus Rumst

	2016	2017	2018	2019
# klachten	191	212	262	275
< 1 dag	4%	4%	4%	3%
2-10 dagen	46%	39%	35%	31%
11-20 dagen	35%	37%	41%	44%
21-30 dagen	12%	13%	14%	15%
31-60 dagen	2%	5%	5%	5%
61-90 dagen	1%	1%	1%	1%
> 90 dagen	0%	1%	0%	1%

Adviezen AZ Rivierenland

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.
 - > AZ Rivierenland biedt info aan via de website. Hierin wordt een kostenraming bekend gemaakt per courante ingreep. Daarenboven moet de onthaalbediende steeds de nodige info verschaffen i.v.m. de financ. gevolgen van een kamerkeuze.

Een pre-opname office zou kunnen bestaan uit een team dat de nodige info geeft gerelateerd aan de reden van een opname en dit team zou ook de nodige info kunnen verschaffen i.v.m. de financ. consequenties van de kamerkeuze. De pat. zou in een dialoog, waar tijd voor voorzien is, de nodige vragen kunnen stellen zodat men kan verifiëren of de patiënt wel alles goed begrijpt. Dit werkt klachten preventief en zal de inschrijvingstijd aan de onthaalbalie bij opname drastisch doen dalen (= vlottere inschrijving).

- 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 werklust, stress, vragen opvang en ondersteuning voor de medewerkers. Een tevreden medewerker geeft een goede zorg voor de patiënt. Het ziekenhuis zorgt voor opleidingen rond communicatie en stressbeheer.
- Er zijn regelmatig klachten i.v.m. secundaire ritten via privé ambulancediensten. De facturen zijn vrij hoog. Ombudsdiensten vragen meer regelgeving en transparantie rond de aanrekening van deze kosten.
- Aandacht voor de workload op de afdelingen en eisen die men stelt aan ziekenhuizen. Het behalen van kwaliteitslabels heeft veel procedures op punt gesteld, alleen is de hoge verwachting die men stelt naar de medewerker toe niet altijd realistisch. Leidinggevenden en verpleegkundigen gaan gebukt onder “ethische stress”. Vele medewerkers hebben een schuldgevoel omdat zij niet altijd de tijd hebben om de zorg naar behoren uit te voeren. De ombudsdienst ervaart dit vooral doordat gevraagde adviezen en antwoorden op zich laten wachten waardoor de doorlooptijd van het ombudsdossier verhoogt.

Verslag: Louis Van Nieuland

Ombudsdienst – bemiddeling AZ Rivierenland.

03.890.17.92

Ombudsdienst.bornem@azr.be

Jaarverslag 2019 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
- Via email

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.

99

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

Aantal klachten m.b.t. het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening? (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)).

84

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.

14

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 opleidings sessies 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 2019 behandelde de ombudsdienst **327 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.

2. Klachten

a) Aantal klachten

We noteerden in totaal **177 klachten** op de ombudsdienst waarvan:

- 99 klachten in verband met de wet 'rechten van de patiënt'
- 147 klachten niet rechtstreeks in verband te brengen met de 'rechten van de patiënt'
- 14 dossiers werden bij IC Verzekeringen geopend
- 1 dossieraanvragen door het FMO (Fonds voor de Medische Ongevallen)

Aantal klachten met betrekking tot de rechten van de patiënt

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

- **84 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).
- **14 klachten** gaan over het recht op informatie (art. 8§2).
Al deze klachten gaan over het extern gemedicaliseerd ziekenvervoer.

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

We noteerden in totaal **139 klachten**

Deze klachten hebben voornamelijk te maken met ongenoegen en ontevredenheid rond:
Administratieve en financiële aspecten: betwisting facturen m.b.t. ereloon-supplementen 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

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

We noteerden in totaal **147 vragen**

- Vooral informatievragen m.b.t. afschrift patiëntendossier
- Andere informatievragen werden gesteld. Dit zijn zeer diverse vragen over alle mogelijke aspecten van het 'leven' in het ziekenhuis.

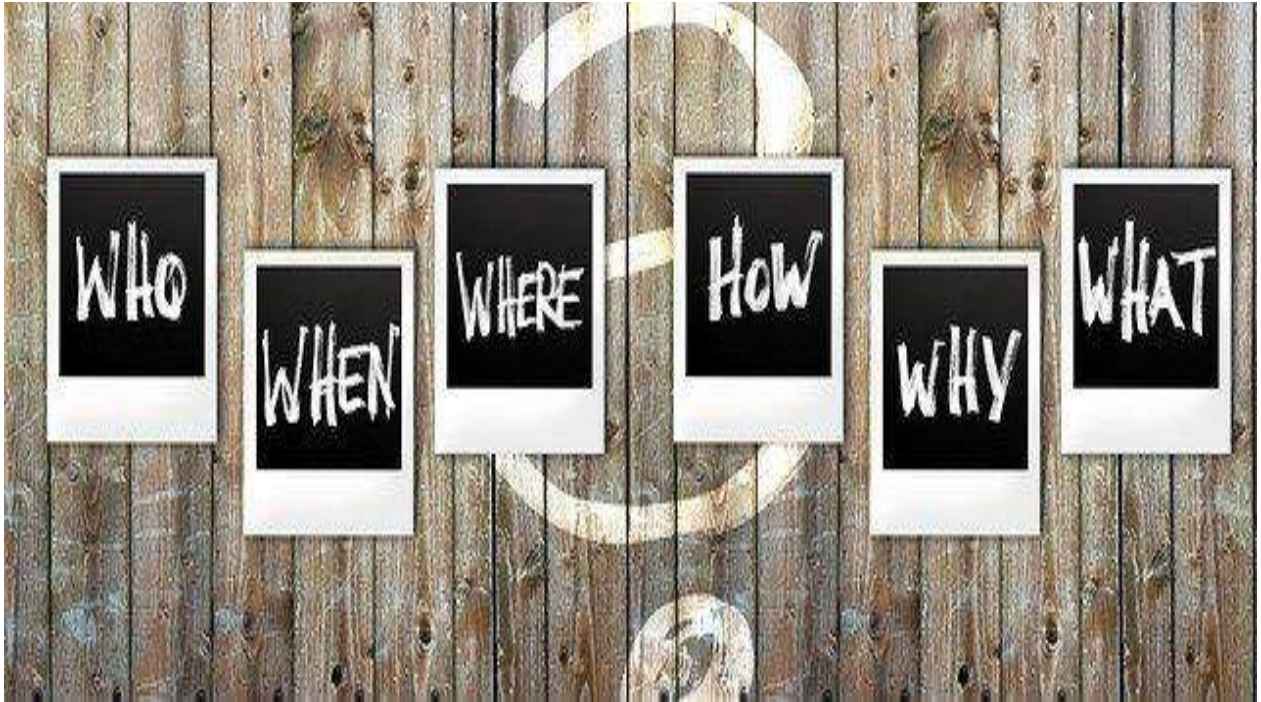
Enkele voorbeelden: vragen over de bezoekersparking, vragen over attesten voor verzekeringen, vraag naar PACS-code, vraag over protocol na een radiologisch onderzoek, vraag over internettoegang, vragen over wijziging behandelende specialist, vragen over een transfert van of naar een ander ziekenhuis, ...

Aanbevelingen die in de loop van het jaar 2019 werden geformuleerd

- Nood aan duidelijke en transparante informatie aan patiënten omtrent de tarieven van radiologische onderzoeken voor de niet-geconventioneerde radiologen.
- Het dringend, gemedicaliseerd ziekenvervoer blijft een probleem. De patiënten dienen geïnformeerd te worden omtrent de kosten verbonden aan dergelijk vervoer.
- Het strikt naleven van het beroepsgeheim door het ziekenhuispersoneel.
- Medische secretariaatsmedewerkers de mogelijkheid geven om patiënten met buitenlandse telefoonnummers te kunnen contacteren indien een reeds gemaakte afspraak geannuleerd wordt omwille van onvoorziene omstandigheden.

Aanbevelingen aan de overheid

- Nood aan maatregelen inzake het dringend, gemedicaliseerd ziekenvervoer tussen ziekenhuizen.
De problematiek van het dringend, gemedicaliseerd ziekenvervoer komt ook dit jaar terug. 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.



Jaarverslag ombudsdienst Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven

2019

Ann Willemans

1. Algemene informatie over het ziekenhuis en de ombudsdienst

Het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven (erkeningsnummer 108) is gelegen aan de Naamsestraat 105 en heeft 287 erkende bedden, meer dan 800 medewerkers en 120 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. Vragen, klachten en bedankingen ontvangen

2.1. Toegankelijkheid van de ombudsdienst

De ombudsdienst is goed toegankelijk voor patiënten, zorgverleners en externe personen of instanties.

- Binnen alle diensten van het ziekenhuis is de brochure “in een goede relatie weet je wat je aan elkaar hebt - wet rechten van de patiënt” van de federale overheid aanwezig en raadpleegbaar.
- Er is een afspraak met de zorgverleners dat een doorverwijzing naar de ombudsdienst laagdrempelig verloopt.
- Via de onthaalbrochure worden patiënten geïnformeerd over de aanwezigheid van de ombudsdienst en de wijze van contacteren.
- De verschillende patiëntenrechten, het huishoudelijk reglement en de wijze van werken van de ombudsdienst zijn voor patiënten en zorgverleners raadpleegbaar via de website en het intranet van het ziekenhuis. De website voorziet eveneens in een pagina waarbij een melding kan worden gestuurd naar de ombudsdienst.
- De zorgverleners volgen bij indiensttreding een opleiding rond de rechten van patiënten en omgaan met patiënten met kritische vragen.
- Externe verwijzers zoals woonzorgcentra, ziekenfondsen, huisartsen... verwijzen naar de ombudsdienst bij vragen van hun patiënten over de dienstverlening van dit ziekenhuis.
- Op vraag van zorgverleners overlegt de ombudsdienst met hen over de aanpak van een ontsprende relatie en indien nodig wordt de ombuds betrokken in het contact met patiënten om een klacht te vermijden.

Patiënten kunnen hun ongenoegen uiten per brief, per mail, via een telefoongesprek of kunnen een gesprek vragen in het kantoor van de ombuds of in de kamer bij opname. In elk van de situaties krijgen de 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 zorgverleners weten van 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. Alle mogelijke vaardigheden en gesprekstechnieken worden gebruikt om het gesprek tussen de partijen te ontwarren, te begeleiden en te verduidelijken in functie van een vergelijk en 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 zorgverleners zodat dezen verdere vaardigheden ontwikkelen om zelf aan de slag te gaan bij mogelijke ontevredenheid. In dit kader is het overleg rond aanpak van situaties en coaching van zorgverleners opgenomen in de taak van de ombudspersoon.

De ombuds werkt voor patiënten en zorgverleners maar op mesoniveau werkt de ombuds mee aan de ontwikkeling van de organisatie. Communicatievaardigheden, inzichten in conflictmanagement, gesprekstechnieken overbrengen en trainen ondersteunen de organisatie in de verdere uitbouw van een open en respectvol communicatieklimaat van alle partijen voor mekaar.

3. Behandelen van adviesvragen en klachten

3.1. Registratie en rapportering door de ombuds

Er wordt jaarlijks een rapport opgesteld over de werking van de ombudsdienst. Dit rapport wordt overgemaakt aan de Vlaamse Ombudsman. Intern volgt er een bespreking binnen de directievergadering, de medische raad en de raad van bestuur.

Er is een toelichting binnen de ondernemingsraad en dienstenvergaderingen indien er hieromtrent een vraag is.

Bij alle besprekingen worden rode lijnen van het jaarrapport 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.

3.2. Cijfermateriaal over de werking van de ombudsdienst in 2019

3.2.1. *Algemeen*

In 2019 werden er 359 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 207 klachtendossiers geopend (in 2018, 197).
- Er werden 100 adviesvragen gesteld en overlegd gepleegd over aanpak van patiëntensituaties (in 2018, 106) 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 45 vragen gesteld aangaande de rechten van patiënten en /of familieleden inzake inzage en afschrift van patiëntengegevens. Deze vragen leidden steeds tot het effectief indien van een vraag tot afschrift.
- Er werden 7 bedankingen genoteerd bij de ombudsdienst die eveneens een opvolging hebben gekregen naar verschillende betrokken partijen.

3.2.2. Klachten in het kader van de wet patiëntenrechten

3.2.2.1. Recht op kwalitatieve dienstverlening

In 87 dossiers wordt het gedrag van de zorgverlener aangeklaagd, in 70 dossiers wordt zijn technische kundigheid in vraag gesteld.

- Artsen worden in 51 dossiers beoordeeld op hun communicatiestijl en in 56 dossiers wordt hun behandeling technisch bekritiseerd.
- Verpleegkundigen worden in 29 klachtendossiers negatief beoordeeld omwille van hun communicatiestijl. In 22 dossiers wordt hun deskundigheid in vraag gesteld.
- In 38 dossiers worden andere medewerker (administratieve medewerkers, onthaalmedewerkers, secretariaatsmedewerkers, mensen van financiële diensten...) beoordeeld op hun kwaliteit van dienstverlening.

3.2.2.2. Recht op vrije artskeuze wordt in 11 situatie aangegeven.

Het betreft voornamelijk het doorverwezen worden door de behandelende arts naar een collega uit medische technische diensten. Hierin heeft de patiënt nagenoeg geen inspraak omwille van de organisatie van de medisch technische diensten.

3.2.2.3. Recht op informatie over de gezondheidstoestand en recht op geïnformeerde toestemming

In 77 van de klachtendossiers wordt het gebrek aan informatie aangeklaagd (40%).

- In 41 dossiers ontbreekt informatie over de gezondheidstoestand en de aanpak en behandeling. Patiënten en/of hun familie geven aan onvoldoende op de hoogte te zijn of betrokken te zijn in het mogelijke behandelplan.
- In 31 dossiers wordt de afwezigheid van financiële informatie aangegeven. Voor patiënten blijft volgende aspecten een moeilijkheid:
 - o de informatie over het conventiestatuut van artsen en gevolgen van het statuut voor hun factuur.
 - o patiënten geven aan dat zij niet voldoende geïnformeerd zijn over financiële consequenties van een behandeling of opname.
 - o De financiële gevolgen van een verblijf in een dagziekenhuis, met of zonder bed, vraagt om meer transparantie
 - o De facturatieprocedure an sich kan eveneens verheldering gebruiken

- In 38 dossiers wordt aangeklaagd dat er geen toestemming was voor de ingestelde behandeling
- In 3 dossiers werd het recht op weigeren van zorg na geïnformeerd te zijn opgenomen

3.2.2.4. Rechten inzake patiëntendossier

In 45 situaties werd het recht aangaande het patiëntendossier gebruikt. Naast algemene informatie over recht op inzage in en afschrift van het patiëntendossier zijn er meer en meer specifieke vragen hieromtrent op te tekenen.

- Vragen in verband met wie toegang kan nemen tot het dossier, zeker in tijde van netwerken tussen instellingen, komt meer aan bod.
- Door het feit dat patiënten vrij gemakkelijk toegang kunnen nemen tot hun eigen dossier stijgt de vraag naar de wijze van noteren in een dossier en de gevolgen hiervan voor het verdere leven van patiënten eveneens.
- Daarnaast stijgt het informeren van nabestaanden over inzagerecht na overlijden (11 dossiers in vergelijking met 3 in 2018).

3.2.2.5. Recht op bescherming van persoonlijke levenssfeer werd 19 keer opgetekend in vergelijking met 5 maal in 2018.

Recht op privacy is in 2002 gespecificeerd in de wet op patiëntenrechten maar was daarvoor reeds geaccentueerd binnen andere wetteksten. De meer recente Algemene Verordening Gegevensbescherming of de Europese GDPR- verplichtingen brengt de vraag naar beschermen van privacy meer naar de voorgrond. Patiënten zijn beter op de hoogte aangaande de vereisten hieromtrent en bevragen het ziekenhuis en zorgverlener op het beschermen van de delicate medische gegevens.

Patiënten bevragen volgende elementen:

- Hoe wordt in het ziekenhuis mijn privacy gegarandeerd?
- Welke personen hebben toegang genomen tot mijn dossier en waarom?
- Kan ik elementen uit mijn dossier laten schappen of toevoegen?

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

3.2.3. Andere klachten binnen de organisatie

Ombudspersonen worden naast de klachten in het kader van de wet op de patiëntenrechten eveneens geconfronteerd met klachten die betrekking hebben op bepaalde servicediensten binnen een ziekenhuisorganisatie.

Zo kunnen 10 klachten inzake onderhoud van de instelling genoteerd, werd er in 12 dossiers verwezen naar de telefonische bereikbaarheid van het ziekenhuis en werd het trage oplossen van technische defecten binnen patiëntenkamers in 4 gevallen genoteerd. Vervoer van patiënten tussen zorginstellingen werd in 6 dossier bevestigd naar kosten en afspraken. Het rookbeleid op de ziekenhuissite wordt door 3 patiënten op de korrel genomen.

4. Resultaten van de tussenkomst van de ombuds

4.2. Wat verwachten de aanbengers?

- In 152 dossiers wordt er een bemiddeling tussen partijen verwacht.
- 51 mensen verwachten een financieel akkoord of een tussenkomst in de aangeboden factuur om verschillende redenen. 14 personen wilden een schadeclaim indienen maar na overleg werden 9 dossiers aangeboden aan de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid.
- 58 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.
- 112 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 uiten van bedenkingen en richten zich hiervoor dan tot de ombudsdienst.

4.3. Resultaat van de tussenkomsten van de ombuds bij adviesvragen en klachten

Bemiddelingen zijn gericht op verzoeningen, herwinnen van respect voor mekaar en samen zoeken naar een vergelijk. Hiervoor worden pendelbemiddeling of bemiddelingsgesprekken, conflicthanterings- en gesprekstechnieken gebruikt.

- In 33 dossiers is er effectief een financieel akkoord. Dit gaat om een correctie van een factuur of een akkoord inzake aangerekende ereloon-supplementen, een afbetalingsplan... Zelden tot nooit wordt er een rekening kwijtgescholden.
- In 137 dossiers is er herstel van vertrouwen en van de communicatie en hebben partijen terug respect voor mekaar en mekaars zienswijze. Zij kunnen hun vertrouwensband terug verder opnemen en zelfs verstevigen omwille van eerlijkheid in hun communicatie.
- In 110 dossiers is de situatie gedeblokkeerd door het geven van advies en het coachen van de aanpak van een situatie.
- In 9 situaties is betrokkenheid van de ombuds bij het patiëntencontact of tussenkomst in de dienstverlening gevraagd.

Van de 152 bemiddelingen hebben er 137 geleid tot een verzoening waarin beide partijen zich kunnen vinden. Er werden 9 dossiers overgemaakt aan de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid en 1 dossier werden extern verwezen voor verder advies.

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.

5. Aanbevelingen

Vanuit de beroepsvereniging VVOVAZ worden, na consult van de aangesloten leden, een aantal gemeenschappelijke aanbevelingen gedaan aan de Vlaamse Ombudsman. Indien deze kunnen weerhouden worden en gestaafd worden door cijfermateriaal van een individuele zorgvoorziening worden deze eveneens opgenomen in het individuele jaarrapport.

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

In het Jaarverslag 2018 van de Vlaamse Ombudsdienst werd hieromtrent reeds een duidelijk signaal gegeven via de aanbeveling 11 – Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed (pag. 19-20) Er werd gevraagd voor meer aandacht voor een doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen.

Rekening houdend met de dossiers van 2019 en het bevragen van het gedrag van zorgverleners kan deze aanbeveling enkel herhaald worden.

5.2. Nood aan een sensibiliserings-campagne rond de rol van spoeddiensten

Ook deze aanbeveling willen wij vanuit onze jaarwerking 2019 opnieuw en in het algemeen in de kijker plaatsen.

Binnen het eigen ziekenhuis is het een aanbeveling om de protocollen inzake de zorg en behandeling van kinderen binnen een spoedsetting opnieuw te evalueren.

5.3. Nood aan meer financiële transparantie

Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg. Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren.

In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen.

In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijk kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een Riziv- tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden

Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverlener (vb. het bedrag – een percentage van toeslag).

5.4. Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)

De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- Mynexuz, Vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

De bezorgdheid van de patiënt inzake beveiligen van zijn persoonlijke en delicate medische gegevens binnen een huidige setting van zorgnetwerken is daarnaast effectief aanwezig.

Ann Willemans
Bemiddelaar
4 februari 2020

HOEVEEL VRAGEN EN MELDINGEN?

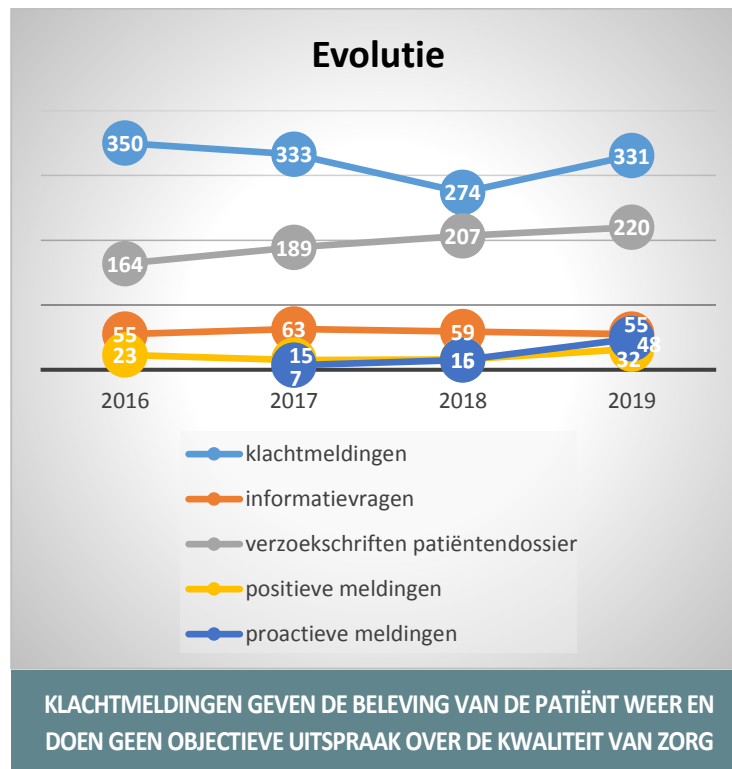
- 331 klachtmeldingen
- 55 informatievragen
- 48 proactieve meldingen (*)
- 32 positieve meldingen
- 220 verzoekschriften patiëntendossier

DOOR WIE?

- 58 % aangebracht door patiënt zelf
- 29 % door partner of familie
- 8 % door medewerkers
- 3 % 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?

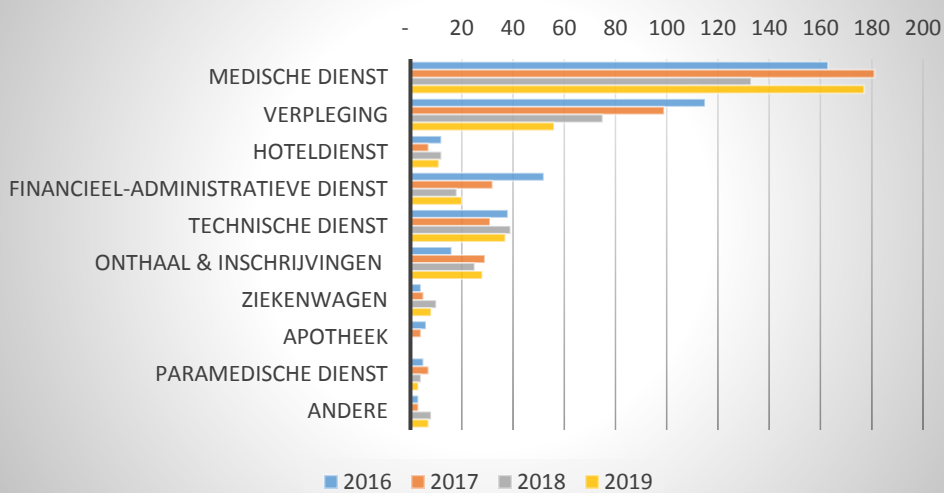
- 42 % over een hospitalisatie
- 21 % over de dienst Spoedgevallen
- 19 % over een raadpleging
- 7 % over een medisch-technische dienst (onderzoeken)
- 6 % over de financieel-administratieve dienst
- 5 % over andere diensten

EVOLUTIES? (zie grafiek)

- Aantal klachtmeldingen opnieuw op niveau 2017
- Stijgende trend verzoekschriften patiëntendossier
- Aantal informatievragen constant voorbij 4 jaren
- Verdubbeling van het aantal positieve meldingen
- Grote stijging van proactieve meldingen (*)

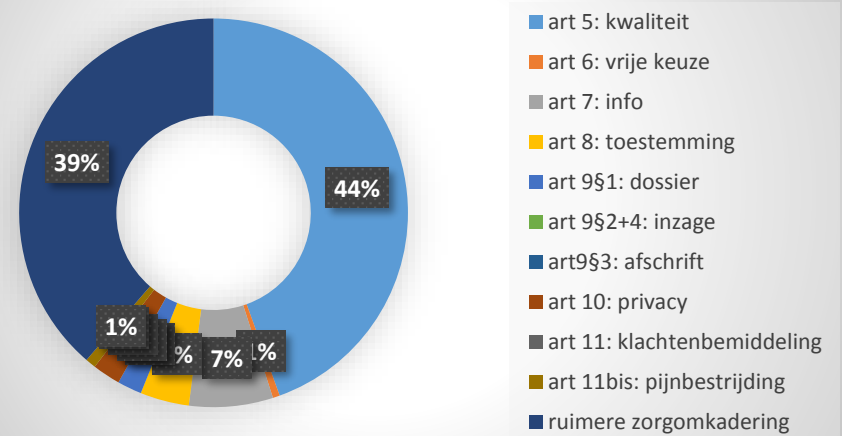
(*) Dit zijn meldingen die de zorgverleners zelf doen bij de ombudsdienst wanneer patiënten of hun familie klachten of ontevredenheid hebben geuit tijdens hun verblijf of bezoek.

Aantal klachtmeldingen per departement



EÉN MELDING KAN KLACHTEN OVER MEERDERE DEPARTEMENTEN BEVATTEN

Klachten over patiëntenrechten of ruimer?



61 % VAN DE KLACHTEN IS GELINKT AAN PATIËNTENRECHTEN
39 % GAAT OVER DE RUIMERE ZORGOMKADERING

KLACHTMELDINGEN MEDISCH DEPARTEMENT

- 177 klachtmeldingen in totaal. Het aantal klachtmeldingen over het medisch departement is na een daling opnieuw gestegen tot op het niveau van 2017 (133 in 2018, 181 in 2017). Er zijn vooral meer klachten over de behandeling en de ontvangen informatie.
- 102 klachten over de **behandeling**, bv. onvoldoende afstemming tussen artsen onderling, een andere diagnose bij *second opinion*, ontevredenheid over het verloop of resultaat van de behandeling
- 31 klachten over een onvriendelijke of onrespectvolle **communicatiestijl**
- 28 klachten over **te weinig informatie** over diagnose of behandeling
- 18 klachten over onverwacht hoge **factuur**
- 14 klachten over onvoldoende **aandacht en opvang**
- 9 klachten over onvoldoende zorgzame **ontslagvoorbereiding**

KLACHTMELDINGEN VERPLEGING

- 55 klachtmeldingen in totaal. Het aantal meldingen over het verpleegkundig departement **daalt verder** (75 in 2018, 99 in 2017). De daling betreft vooral klachten over de verzorging en de communicatiestijl.
- 21 klachten over de **verzorging**. Patiënten of hun familie geven dan vooral aan dat de ontvangen zorg voor hen onvoldoende is.
- 12 klachten over verlies van persoonlijke bezittingen
- 11 klachten over onvoldoende **aandacht en opvang**
- 6 klachten over een onvriendelijke of onrespectvolle **communicatiestijl**
- 6 klachten over **te weinig informatie**
- 5 klachten over onvoldoende zorgzame **ontslagvoorbereiding**

KLACHTMELDINGEN ONTHAAL & INSCHRIJVINGEN

- 28 klachtmeldingen in totaal. Het aantal meldingen blijft de laatste jaren **stabiel** (25 in 2018, 29 in 2017).
- 8 klachten over **telefonische registratie** van afspraken
- 8 klachten over de gehanteerde **communicatiestijl**
- 3 klachten over **privacy**
- 3 klachten over **verlies** van identiteitskaart

KLACHTMELDINGEN FINANCIEEL-ADMINISTRATIEVE DIENST

- 20 klachtmeldingen in totaal. Het goede niveau van vorig jaar blijft behouden (18 in 2018, 32 in 2017).
- 11 klachten over de **herinnerings- en deurwaarderskosten**
- 5 klachten over de **inhoud** van de factuur

KLACHTMELDINGEN OVERIGE DIENSTEN

- Klachten over de **technische dienst** (37 meldingen) gaan hoofdzakelijk over het comfort op de kamer en in de wachtzaal (12), technische defecten (9), de kostprijs van de parking (6) en toegankelijkheid (6).
- Een beperkt aantal meldingen gaat over de **hoteldienst** (8 rond voeding en 2 rond schoonmaak), de **paramedische diensten** (3) en de **externe ziekenwagendienst** (8, vooral rond het ontbreken van contact met MUTAS en lange wachttijden).

PATIËNTENCOMPLIMENTEN

Patiënten en familieleden uiten ook hun dankbaarheid. Naast de professionaliteit en goede uitleg, appreciëren zij vooral de vriendelijke, hartelijke en menselijke aanpak. Ze voelen zich gerustgesteld en gesteund door medewerkers die zich beschikbaar en betrokken opstellen.

De 'wonderwall' ontstond in 2019: een feedbackbord waar positieve reacties van patiënten en familieleden getoond worden en kleur geven aan de werking. Kort Verblijf en Geriatrie 1 zijn proefafdelingen.

WAT VERWACHTEN WE VAN DE OMBUDSDIENST?

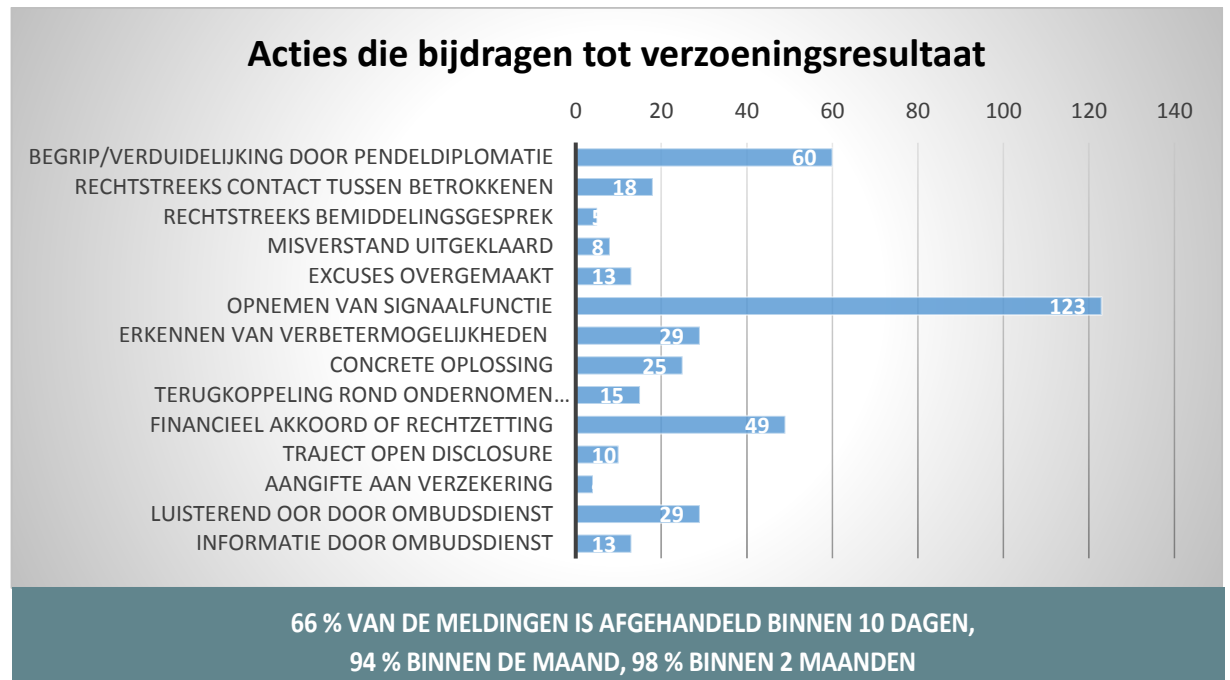
Bij vragen en meldingen aan de ombudsdienst, verwachten mensen vooral dat de ombudsmedewerker:

- dit bespreekt met de betrokken medewerker(s) (43 %),
- het probleem signaleert opdat het in de toekomst vermeden kan worden (kwaliteitsverbetering, 34 %),
- informatie biedt (18 %),
- een aanpassing vraagt van de factuur (12 %),
- een rechtstreekse bemiddeling organiseert (2 %),
- aangifte noteert van een verlies (5 %) of voorval met schade (5 %),
- een luisterend oor biedt zonder andere acties (6 %).

VERZOENINGSRESULTATEN

Een verzoeningsresultaat is een betekenisvolle stap door de organisatie of zorgverlener die zonder tussenkomst van de ombudsdienst niet zou gezet zijn. Er is sprake van:

- een (gedeeltelijk) verzoeningsresultaat bij 299 meldingen (77 %),
- geen verzoeningsresultaat bij 45 meldingen (12 %),
- een onduidelijke inschatting bij 44 meldingen (11 %).



Meldingen krijgen doorheen het jaar een plaats in de **kwaliteitswerking**, onder andere via thematische bespreking op de klachtencommissie. Zo dragen klachtmeldingen ook bij tot **structurele verbeteracties**. In 2019 was dit bijvoorbeeld het geval op het vlak van parkeerbeleid voor minder mobiele personen, sensibilisering rond vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger, zorgcontinuïteit bij huisartsen, afstemming rond verblijf op materniteit bij gynaecologische ingreep, aandacht voor communicatie op Spoedgevallen, locatie slaaplabo, medicatie en patiëntveiligheid, preoperatieve checklist.

BEVRAGING ROND KLACHTENBELEID EN WERKING OMBUDSDIENST

Feedback van 41 patiënten/familieleden

- Patiënten willen meer openheid bij zorgverleners om klachten rechtstreeks te kunnen aankaarten.
- Volgens patiënten is de ombudsdienst goed bereikbaar, maar mag er meer ingezet worden op een hogere zichtbaarheid.
- Patiënten zijn overwegend positief over het contact met de ombudsdienst.
- 66% is ook matig tot heel tevreden over het opgeleverde resultaat. Voor 34% is het resultaat onvoldoende. Sommige patiënten ervaren hierbij de nood aan klachtenbehandeling in plaats van klachtenbemiddeling.

Feedback van 45 zorgverleners

- Zorgverleners schatten de eigen openheid naar ontevreden patiënten/familie als gematigd tot groot in.
- De ombudsdienst is overwegend goed bereikbaar, met de halftijdse tewerkstelling als kanttekening.
- Zorgverleners ervaren de ombudsmedewerker als goed aanspreekbaar en constructief in de samenwerking.
- Neutraliteit en voldoende terugkoppeling zijn blijvende aandachtspunten voor de ombudswerking.

4 RODE DRADEN – TIPS & TRICKS

Bij verschillende informatie door verschillende professionals

- Wees alert voor signalen die patiënten hierrond geven. Benoem de signalen ook. Ga het gesprek aan om het probleem helder te krijgen. Informeer goed over je eigen aanpak.
- Stem rechtstreeks af met betrokken interne/externe collega's.

Bij vraagtekens omtrent de professionaliteit

- Luister naar het verhaal en de beleving van de patiënt/familie. Benoem eventueel de emotionele beladenheid.
- Communiceer op een rustige manier. Informeer over je eigen aanpak. Verwijs eventueel door naar de ombudsdienst.

Bij verontwaardiging over een 'ongepaste houding' van een collega

- Maak tijd voor een luisterend oor. Bespreek of je dit kan signaleren aan de betrokken collega, of verwijs eventueel door naar de ombudsdienst.
- Een proactief contact, eventuele excuses, door de betrokken collega met de patiënt/familie kan heel herstellend werken.

Bij ontevredenheid over organisatorische aspecten

- Bied excuses aan voor de situatie. Vraag meer informatie om zicht te krijgen op wat er is misgelopen.
- Doe inspanning om een concrete oplossing of tegemoetkoming te zoeken. Blijf rustig. Signaleer in functie van verbetermogelijkheden.

WERKING OMBUDSDIENST 2019 EN ACTIES 2020

- Vormingsmomenten door ombudsmedewerker: eet(hiek)pauze 'Hoezo, recht van klagen?', infomomenten op afdelingsniveau
- Externe vorming: provinciale intervisie, algemene vergadering en vorming VVOVAZ, infomoment Fonds Medische Ongevallen
- Interne vorming: e-learning infectiepreventie/handhygiëne - open disclosure - burn-out, eet(hiek)pauze, symposium patiëntenparticipatie
- Klachtenratio: 138 klachten per 100.000 patiëntencontacten (0,14%)
- Rol van procesbegeleider bij situaties open disclosure
- Acties voor 2020: verdere inbedding en verfijning open disclosure, uitrol 'wonderwall' naar geïnteresseerde afdelingen, consolideren van ondersteuningsaanbod op afdelingsniveau

BLIKVANGERS JAARVERSLAG 2019

- Klachtmeldingen opnieuw op niveau van 2017
- Blijvende daling klachtmeldingen verpleegkundig departement
- Stijging van proactieve en positieve meldingen
- (Gedeeltelijk) verzoeningsresultaat bij 77 %
- Klachtmeldingen droegen bij tot structurele verbeteracties

BEREIKBAARHEID & CONTACT OMBUDSDIENST

- Ombudsmedewerker: Vanessa Vannijvel
- ombudsdienst@rztienen.be, (t) 016 80 35 65
- Kantoor nabij het onthaal van Campus Mariëndal
- Vaste openingsuren: elke werkdag van 9 tot 12.30 uur
- www.rztienen.be/nl/klachten

OVER RZ HEILIG HART TIENEN

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

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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(n)en	Engelen An
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/02/2018
Bestaffing	0.1 FTE

Lokalisatie dienst	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprekken kunnen sinds 15/11/2019, gevoerd worden in een persoonlijk bureel van de ombudsdienst. Dit bureel is gelegen op het gelijkvloers. Er is bewegwijzering voorzien en een wachtzaal. • Spreekuren staan vermeld op de website en in de informatiebrochure. • Bijkomend kan er buiten deze uren, steeds een gesprek aangevraagd worden bij de ombudsdienst
Registratiesysteem	<p>Er is geen elektronisch registratiedossier. De registratie gebeurt manueel.</p> <p>Vanaf 01/01/2020 wordt er een opstart gemaakt van een registratiesysteem is Infoland.</p>
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	<p>Het huishoudelijk reglement bevindt zich intern op documenten beheersysteem. Actualisatiedatum: 02-10-2018.</p>
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<p>Basisopleiding bemiddeling (MEDIV) is gevolgd en afgerond. Januari 2019 – november 2019</p>
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<p>VVOVAZ: update wetgeving via de beroepsvereniging. 4x/jaar samenkomst met de ombudsdiensten op provinciaal niveau voor afstemming van de wetgeving en werking.</p>

<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst</p> <p><i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • ...
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 doorgestuurd. 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 heb ik heden een eigen lokaal om mensen te kunnen ontvangen. 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;...)

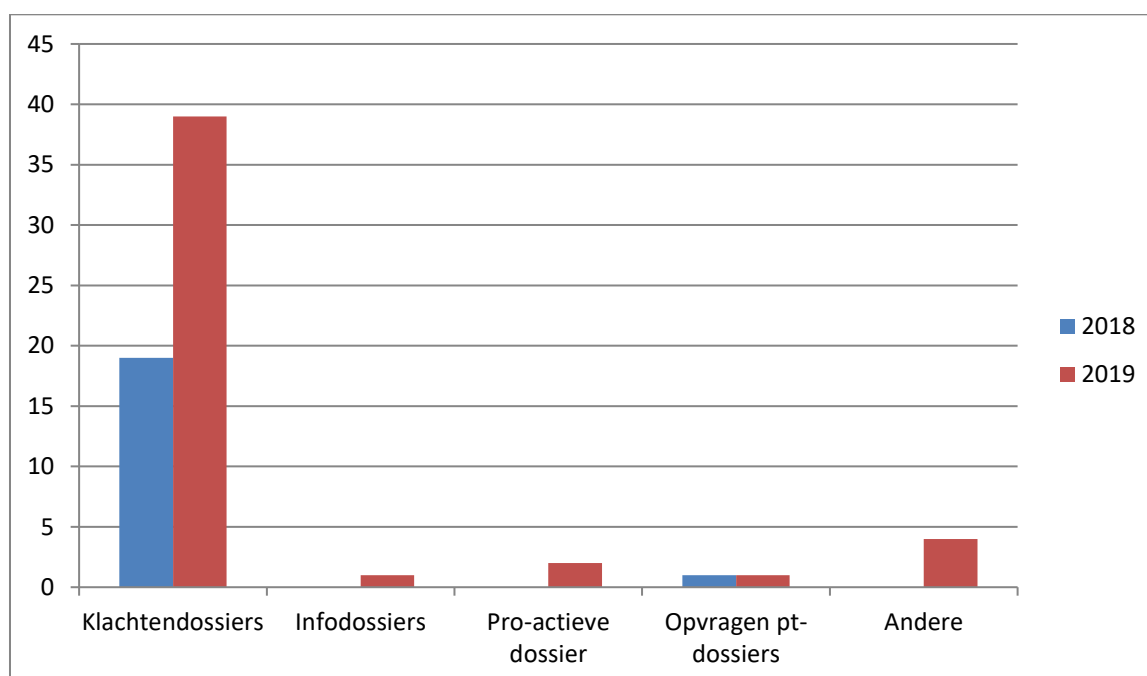
Aangezien ik nog een bijkomende functie heb binnen de organisatie als sociaal assistente, is het soms moeilijk om mijn neutraliteit als ombudspersoon te behouden. Hierin werden reeds oplossingen aangeboden door de organisatie door een samenwerking uit te bouwen met het Mariaziekenhuis Noord-Limburg te 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	39
Aantal infodossiers	1
Aantal pro actieve dossiers	2
Aantal opvragingen patiëntendossier	1
Aantal 'andere'	4

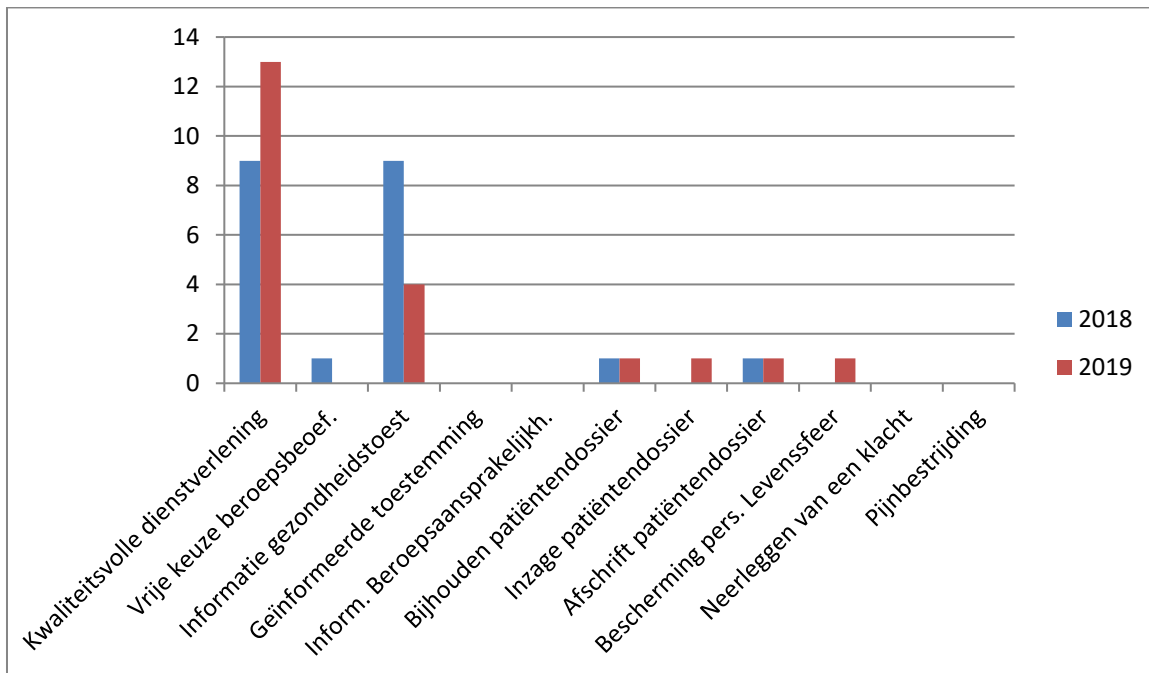


Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

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

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	13
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	4
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)	1
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)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0



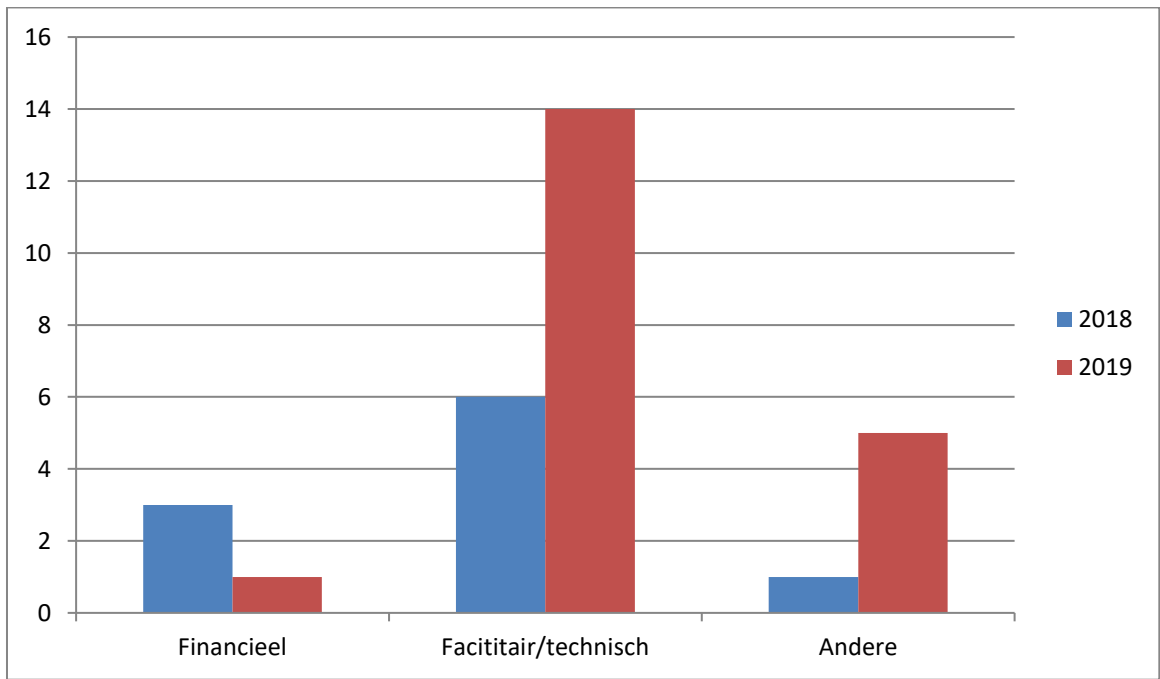
Rechten van de patiënt:

**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	19
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Aantal klachten : 20 Financieel: 1 Facilitair - Technisch: 14 Andere: 5	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
De meest voorkomende aspecten in meldingen: <ul style="list-style-type: none"> • De communicatie tussen de patiënten en de zorgverleners. • Bejegening van de patiënt en/of familie. • Verstrekken van informatie over gewijzigde therapieën, veranderingen in het behandelplan • Afstemmen van het ontbijtgebeuren van de patiënt op het therapieschema • Verslaggeving en verwijfsbrieven naar huisarts of andere artsen/ziekenhuizen • Slecht werkend internet De meest voorkomende verwachtingen van de melder zijn: <ul style="list-style-type: none"> • Bevorderen van de communicatie tussen de melder en de beroepsbeoefenaar • Patiënt mee betrekken in de regie van zijn dossier/behandeling/beslissingen omtrent therapie, ... • Komen tot kwaliteitsverbetering . • Kennisgeving van de klachten ter voorkoming in de toekomst • Luisterend oor. 	



Aanbevelingen

- ✓ Bijscholing organiseren voor alle beroepsbeoefenaars ter verbetering van de communicatie en informatie-uitwisseling 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 patiëntenparticipatie. Patiëntenparticipatie zorgt voor inspraak en eigen regie van de patiënt in zijn behandelplan. In een goede dialoog weet je wat je aan elkaar hebt.
- ✓ Een toegankelijk internet is een meerwaarde in het behoud van de sociale contacten van de patiënten. De patiënten die opgenomen zijn binnen het kader van revalidatie, verblijven vaak voor langere periode in het centrum. Het kan een positieve invloed hebben op het heling- en revalidatieproces van de patiënten.
- ✓ 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. Deze actiepunten worden ter kennisgeving overgemaakt aan de ombudsdienst.

OMBUDSDIENST JAARVERSLAG 2019



Uw ziekenhuis.

INHOUD

INHOUD	2
VOORAF	3
1 VOORSTELLING	4
2 WERKING	5
3 GEGEVENS WERKJAAR 2019	6
3.1 Algemene gegevens	6
3.2 Klachten tav rechten van de patient.....	6
3.3 Doorlooptijd	7
3.4 Verwachtingen	8
3.5 Verzoeningsresultaat	8
4 AANBEVELINGEN	10
CONTACT	11

VOORAF

Sinds 2016 valt het toezicht op de ombudsdienst onder de Vlaamse Overheid, voorheen was dit Federaal. Vanaf het werkjaar 2017 verwacht de Vlaams ombudsman het jaarverslag van de ombudsdienst en dit voor 10 februari van het volgend werkjaar.

De inhoud van dit jaarverslag is gebaseerd op een sjabloon opgemaakt door VVOVAZ (Vlaamse beroepsVereniging Ombudspersonen Van Alle Zorgvoorzieningen).

De inhoud van dit jaarverslag slaat op de registratieperiode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019.

1 VOORSTELLING

AZ Delta is een algemeen ziekenhuis dat 1389 bedden telt en bestaat uit 5 campussen. Drie campussen bevinden zich in Roeselare, de andere twee campussen bevinden zich in Torhout en Menen.

De ombudsdienst bestaat uit 1,8FTE ombudspersonen: mevrouw Decroix Aquita, werkzaam op de ombudsdienst sinds 18 december 2017 en mevrouw Vermeersch Els, werkzaam op de ombudsdienst sinds 1 januari 2008. Aangevuld met 0,75FTE administratieve ondersteuning.

Beide ombudspersonen hebben de basisopleiding bemiddeling gevolgd gegeven door Mediv. Mevrouw Decroix heeft de basisopleiding bemiddeling gevolgd in 2019, mevrouw Vermeersch in 2015-2016.

Andere vormingen die gevolgd werden door de ombudspersonen in 2019 waren: Algemene vergadering VVOVAZ, Wegwijs in het bos der wilsverklaringen, Terugkomdag voor ervaren VVOVAZ bemiddelaars, Opleiding tot intervisor door Mediv, Werking en samenwerking FMO en ombudsdiensten.

Verder nemen de ombudspersonen deel aan het provinciaal overleg van VVOVAZ binnen West-Vlaanderen.

De ombudsdienst heeft zitdagen op vier van de vijf campussen. Campus Westlaan Roeselare en campus Wilgenstraat Roeselare worden bediend op campus Wilgenstraat nabij het onthaal. Op campus Brugsesteenweg Roeselare en campus Rembert Torhout bevindt de locatie van de ombudsdienst zich eveneens in de nabijheid van het onthaal. Op campus Menen is de ombudsdienst te vinden op het tweede verdiep. De ombudsdienst is iedere werkdag tijdens de kantooruren telefonisch bereikbaar. Op afspraak kan een persoonlijk gesprek plaatsvinden op de campus naar keuze.

De ombudsdienst van AZ Delta registreert de ontvangen meldingen binnen Infoland VVOVAZ, aangevuld met een taxonomie gebaseerd op Healthcare Complaints Analysis Tool (HCAT).

Het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst van AZ Delta werd laatst geactualiseerd op 28 maart 2018. Dit huishoudelijk reglement is raadpleegbaar aan de onthalen van AZ Delta en via de website: <https://www.azdelta.be/nl/patient/uw-rechten-als-patient/de-wet-op-de-patientenrechten/recht-op-klachtenbemiddelingde>.

2 WERKING

De ombudsdienst van AZ Delta ontvangt alle klachten die betrekking hebben op de dienstverlening binnen AZ Delta. Verder begeleidt de ombudsdienst van AZ Delta de aanvragen tot afschrift en/of inzage dossier en de schadeclaims ingediend door patiënten.

De ombudsdienst probeert de melder zoveel mogelijk in rechtstreeks contact te brengen met de dienst of de persoon waarover het ongenoegen handelt. Hierdoor wordt de directe communicatie gestimuleerd. Soms wenst de melder ondersteuning te ontvangen vanuit de ombudsdienst voor deze communicatie, hiervoor wordt per melding nagegaan hoe deze ondersteuning geboden kan worden.

De concrete werking van de ombudsdienst is uitgeschreven in het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst van AZ Delta.

Verder staat de ombudsdienst in voor het vergroten van de kennis van de rechten van de patiënt zowel bij medewerkers als bij patiënten. In april 2019 werd een middagsymposium georganiseerd vanuit de ombudsdienst voor de medewerkers met als titel "Waar zijn we mee bezig? Grenzen van het zinvol medisch handelen." De patiënten die aanwezig waren op 18 april 2019, Europese dag Rechten van de patiënt, ontvingen een attentie met een verwijzing naar de rechten van de patiënt.

Tussentijds wordt de directie van AZ Delta op de hoogte gesteld van trends die door de ombudsdienst waarneembaar zijn uit de ontvangen meldingen. Dit wordt kenbaar gemaakt aan de directie op de periodieke overlegmomenten en via de semesteriele rapportage vanuit de ombudsdienst.

De directie en het bestuur van AZ Delta zien klachten als een wel gekomen feedback die men ontvangt van hun cliënten. Vanuit deze feedback probeert men de kwaliteit en klachtgerichtheid binnen het ziekenhuis nog te vergroten en te verbeteren.

3 GEGEVENS WERKJAAR 2019

3.1 ALGEMENE GEGEVENS

Rekenig te houden bij het lezen van deze gegevens:

- 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.

Opdeling van dossiers per type:

	2018	2019
Aantal klachtendossier	863	839
Aantal informatiedossiers	36	92
Aantal pro actieve dossier	175	156
Aantal opvragingen patiëntendossier	363	373
Aantal andere	148	147
Totaal aantal dossiers	1585	1607

3.2 KLACHTEN TAV RECHTEN VAN DE PATIENT

- De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicator op het niveau van 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.

	2018	2019
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)*	449	385
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (art. 6)	11	13
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (art. 7)	84	54
Recht op geïnformeerde toestemming (art. 8)**	55	63
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (art. 8/1)	0	1
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (art. 9§1)	14	17
Recht op inzage van het patiëntendossier (art. 9§2)	0	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (art. 9§3)	0	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)	13	22
Recht op het neerleggen van een klacht (art. 11)	0	2
Recht op pijnbestrijding (art. 11bis)	15	13
Andere klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	229	262

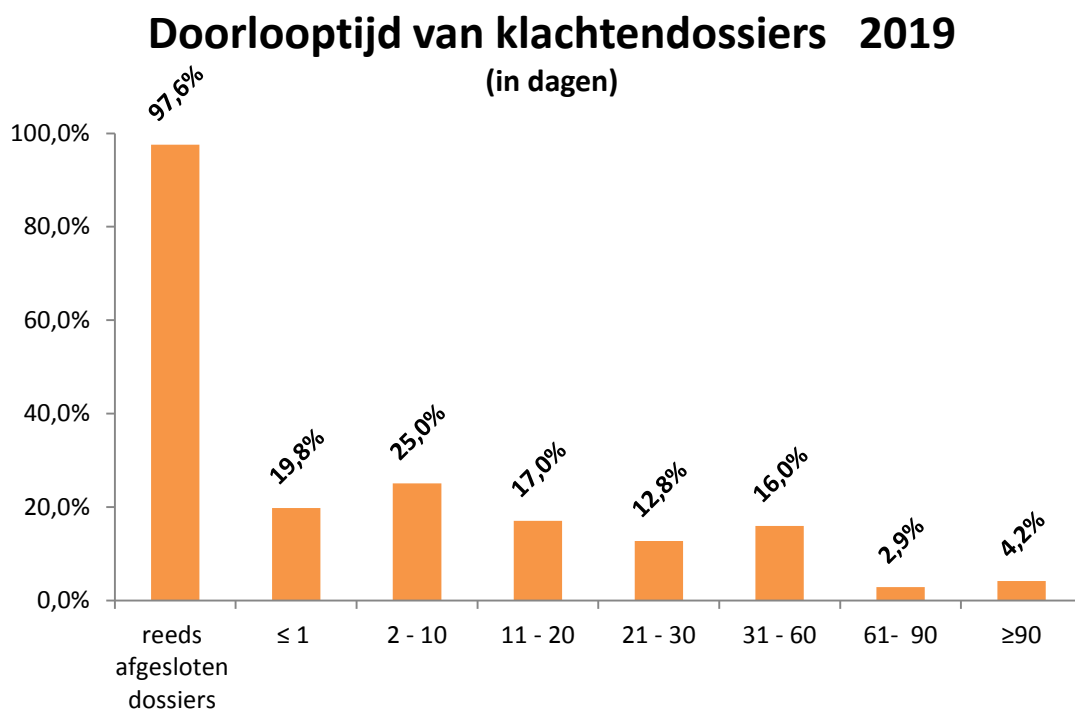
*Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het

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.

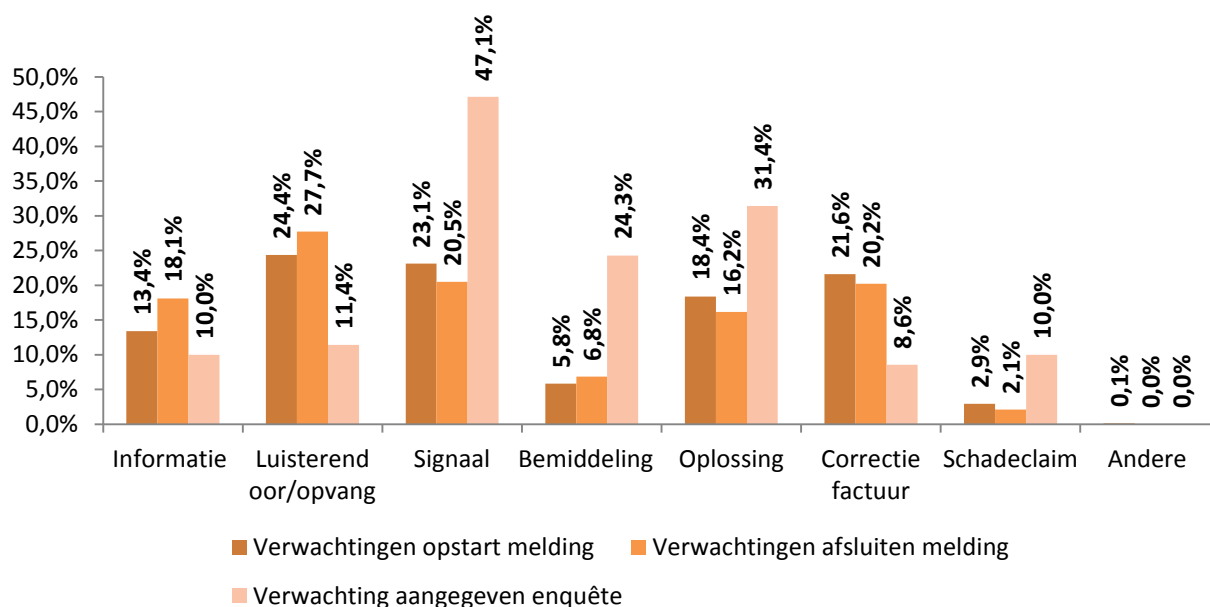
3.3 DOORLOOPTIJD



74,6% van de ontvangen klachtendossiers werden binnen de periode van 1 maand (=30 kalenderdagen) afgesloten, binnen een periode van 2 maanden (=60 kalenderdagen) werden er 90,6% afgesloten. Deze cijfers zijn gebaseerd op de beschikbare gegevens op 16 januari 2020.

3.4 VERWACHTINGEN

Verwachting bij melding



Op bovenstaande grafiek merken we dat de verwachting die door de ombudspersoon geregistreerd wordt bij aanvang en bij afsluiten van een dossier fluctueren. Na een tussenkomst door de ombudsdienst zien we het aandeel stijgen bij informatie, luisteren oor/opvang, bemiddeling en een daling bij signaal, oplossing, correctie factuur en schadeclaim.

Bekijken we de verwachting die aangegeven wordt door de melder zelf in een enquête die vrijblijvend kan worden ingevuld na afsluiten van een melding, zien we een ander patroon. Het geven van een signaal, het verwachten van bemiddeling en een oplossing en het ontvangen van een schadeclaim wordt meer aangegeven dan dat de ombudsdienst dit had gedestilleerd uit de contacten met de melder.

Het duidelijk krijgen van de verwachting van de melder blijft een uitdaging.

3.5 VERZOENINGSRESULTAAT

Op vraag van de Vlaamse ombudsman wordt er sinds 2019 bij het afsluiten van een melding geregistreerd als er een verzoeningsresultaat bereikt werd.

Een verzoeningsresultaat wordt beschouwd als een handeling, een betekenisvolle stap die een betrokken partij stelt na tussenkomst van de ombudsdienst. Een handeling die de betrokkene niet gesteld zou hebben, mocht de ombudsdienst niet betrokken zijn in de melding. Dit duidt de toegevoegde waarde van de ombudsdienst.

Een verzoeningsresultaat wil niet altijd zeggen dat de melder tevreden is met het bekomen resultaat op het einde van een dossier. Wel dat er handeling, betekenisvolle stap gesteld werd die anders niet gesteld zou

worden. Een voorbeeld kan zijn dat de melder toch instemt met het betalen van een factuur aan het ziekenhuis, terwijl deze in eerste instantie aangaf niet te zullen betalen. Dit kan zijn na het ontvangen van bijkomende, verduidelijkende informatie. Hierbij stelt de melder een handeling die hij niet zou gedaan hebben zonder de tussenkomst van de ombudsdienst.

Binnen de reeds afgehandelde dossiers van de ombudsdienst van AZ Delta werd er in 342 (47,63%) dossiers een verzoeningsresultaat geregistreerd. Bij deze 342 dossiers zijn we op de hoogte dat er een verzoeningsresultaat is geweest. In de andere dossiers kunnen er verzoeningsresultaten zijn waar we als ombudsdienst niet van op de hoogte zijn gesteld.

4 AANBEVELINGEN

Onderstaande aanbevelingen kunnen gericht zijn aan AZ Delta en/of naar de overheid toe.

- Verder inzetten op patiëntenbeleving, op een respectvolle, menselijke manier omgaan met patiënten.
- Patiënten actief beluisteren, zodat de patiënt zich gehoord voelt.
- Patiënten informeren over het verloop van het zorgproces, zodat de patiënt op de hoogte is wat deze kan verwachten. Hierbij hoort eveneens informatie over de kost voor een patiënt, via de website van AZ Delta kan men al geruime tijd prijsindicaties nagaan, een betere kenbaarheid bij de patiënten van AZ Delta hierover kan nuttig zijn.
- Belang van communicatie binnen grensoverschrijdende (inter-, multidisciplinair en extern) zorgopvolging van de patiënt.
- Betaalbare ambulante zorg aanbieden, bepaalde medische disciplines zijn volledig gedeconventioneerd waardoor de kost voor de patiënt kan oplopen.
- 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.

CONTACT

Ombudsdienst

AZ Delta
Rode-Kruisstraat 20
8800 Roeselare

t 051 23 62 46
e ombudsdienst@azdelta.be

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



Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	St. Jozefskliniek Izegem
Adres	Ommegangstraat nr. 7, 8870 Izegem
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	124
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal erkende bedden	271
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Herman Ann
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1/11/2003

Bestaffing	1 ombudsvrouw
Lokalisatie dienst	Binnen het ziekenhuis
Registratiesysteem	Registratieprogramma opgemaakt door VVOVAZ. VVOVAZ is de Vlaamse Beroepsvereniging Ombudspersonen van alle Zorgvoorzieningen. Jaarlijks neemt het ziekenhuis deel aan de benchmark die door VVOVAZ georganiseerd wordt.
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	November 2017 Het huishoudelijk reglement kunnen de artsen en de medewerkers inkijken via het intranet.(Idoc) Het ligt ter inzage op de inschrijvingsdienst en de ombudsdienst voor patiënten, naasten en bezoekers. Men kan het ook nalezen op onze website www.sjki.be Eind 2020 komt JCI terug in het kader van onze accreditatie. Het is de bedoeling om het huishoudelijk reglement opnieuw na te lezen en zo nodig aan te passen.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Vanaf 4 februari 2020 start de ombudsvrouw met de basis cursus bemiddeling georganiseerd door VOVVAZ ism MEDIV.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	De ombudsvrouw is lid van VOVVAZ en volgt de algemene vergaderingen. Op deze bijeenkomsten wordt eveneens vorming aangeboden. Daarnaast is zij lid van de provinciale werkgroep van VOVVAZ. Deze werkgroep biedt vorming en intervisie aan en wisselt informatie uit.
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift)</i>	Werkterrein: Opdrachten uitgevoerd door de ombudsdienst binnen sjki 1 het voorkomen van klachten door de communicatie tussen patiënt en zorgverlener te bevorderen. 2.Het bemiddelen bij klachten tussen de verschillende betrokken partijen met het oog op het bereiken van een oplossing en streven naar herstellen van de vertrouwensrelatie. 3.Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking van de zorgverlening en de aanverwante diensten

*patiëntendossier);
preventieve opdracht;...*

binnen de organisatie in het algemeen en binnen de ombudsdienst in het bijzonder.

4. Bij gebrek aan het bereiken van een oplossing inlichtingen geven aan de klager over zijn alternatieve mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht.

5. Ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten, worden aanbevelingen/verbeteracties geformuleerd binnen de eigen organisatie en naar de overheid. Deze aanbevelingen in de eigen organisatie worden minstens voorgesteld aan de raad van bestuur, de directie en de medische raad.

Daarnaast neemt zij ook volgende taken op:

- biedt begeleiding aan in het kader van het recht op inzage en afschrift van het patiëntdossier
- opvolgen verlies/schade van persoonlijk materiaal van de patiënt
- opvolgen van verzekeringsdossiers na melding
- het 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. Binnen sjki beschikken we ook over een e-learning module 'patiëntenrechten'.

Het is als ziekenhuis belangrijk om ervaringen/suggesties van patiënten te vernemen. Hierbij maakt sjki gebruik van de tevredenheid enquête en recent organiseerden we ook het initiatief 'What matter to you? Waarbij we op een klein kaartje volgende vraag stellen: 'Welke suggestie heb je om een consultatie, spoedopname, verblijf in een ziekenhuis te verbeteren.

Zo neemt de ombudsdienst ook deel aan het patiëntenforum. Sinds een tweetal jaar beschikt het ziekenhuis hierover. Hierin geven we info over de kwaliteit van zorg in sjki en beluistert de ombudsdienst samen met de directie nursing de ervaringen van patiënten, hun

	<p>familie en de vrijwilligers. Dit betekent voor de directie en de ombudsdienst een concrete meerwaarde om zo positieve en negatieve ervaringen rechtstreeks te kunnen bespreken en rechtstreekse voeling te houden met de aangeboden ondersteunende zorg. Met uiteindelijk doel de zorg te optimaliseren en te werken aan een continu verbeterproces.</p>
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Het traject van de klacht 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.</p> <p>Beluisteren van de klacht De ombudsdienst beluistert de klacht bij voorkeur via een persoonlijk contact.</p> <p>Behandeling van de klacht Na de intake van de klacht gaat de ombudsdienst na :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>De ombudsdienst contacteert binnen de 5 werkdagen na de ontvangst en de registratie van de klacht, de beklagde/de betrokkene. De ombudsdienst : beschrijft de klacht zoals die door de beklager werd geformuleerd (evt via de schriftelijke formulering), luistert naar het verhaal/reactie van de beklagde en stelt verduidelijkende vragen. Bij de behandeling/beslissing van de klacht gelden wettelijke bepalingen (zoals de wet op de patiëntenrechten, de privacywetgeving, beroepsgeheim, ...) interne reglementen en procedures binnen SJKI.</p> <p>Bemiddelen In het bemiddelingsproces poogt de ombudsdienst een voor alle partijen aanvaardbare oplossing of resultaat te bereiken. Daarbij kan het advies gevraagd worden aan bepaalde diensten en/of personen. De ombudsdienst formuleert een voorstel van oplossing in overleg met de beklagde en klager. Indien geen aanvaardbare</p>

	oplossing kan bereikt worden tussen de klager en beklaagde, informeert de ombudsdienst de klager inzake de verdere mogelijkheden/alternatieven voor de afhandeling van zijn klacht.
--	---

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<p>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 patiënten rechten bekend via affiches/brochures 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.</p> <p>Op het directiecomité wordt het jaarverslag toegelicht en ook daar kunnen op regelmatige tijdstippen verbeteracties voorgesteld worden.</p> <p>Daarnaast worden de cijfers en de ervaringen ook 1x/jaar besproken op de raad van bestuur en de medische raad. Het ziekenhuis neemt deel aan de benchmark georganiseerd door VOVVAZ en kan op die manier de cijfers vergelijken met de andere deelnemende ziekenhuizen.</p> <p>De ombudsvrouw is lid van VOVVAZ en neemt deel aan de algemene vergadering en de provinciale werkgroepen.</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>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.</p> <p>De ombudsfunctie staat zeer dicht bij de patiënten en kan vanuit deze positie goed meewerken aan het zoeken naar de knelpunten in de ziekenhuisorganisatie.</p> <p>Door lid te zijn van diverse werkgroepen krijgt de ombudsdienst de kans de wet op de patiëntrechten te waarborgen binnen de organisatie.</p>	
Moeilijkheden	
<p>Vorig jaar formuleerde VOVVAZ een aantal aanbevelingen. Ook dit jaar hebben zij dit gedaan. Ik noteer deze eveneens in mijn jaarverslag omdat zij in de ombudsdienst van sjki ook heel goed herkenbaar zijn.</p> <p>Een aantal worden dan ook vorig jaar reeds opgenomen in het verslag.</p> <p>- Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg</p> <p>In het Jaarverslag 2018 van de Vlaamse Ombudsdienst werd hieromtrent reeds een duidelijk signaal gegeven via de aanbeveling 11 – Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed (pag. 19-20)</p>	

Er werd gevraagd voor meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen.

- Respect keerde ook terug in de aanbeveling aan de overheid om een **sensibiliserings-campagne rond de rol van spoeddiensten uit te werken**.

Ook deze aanbeveling willen wij vanuit onze jaarwerking 2019 opnieuw in de kijker plaatsen.

Wij formuleerden deze vorig jaar als volgt: "Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen"

- Ook **het ziekenvervoer** en in het bijzonder het interziekenhuis ziekenvervoer komt in 2019 opnieuw aan bod. De casuïstiek van hoge facturen voor de patiënt en vaak een erg beperkte tussenkomst vanuit de verzekeringsinstelling kende nog een groter aandeel in onze werking dit jaar.

Via de omzendbrief van Wouter Beke - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 4 december 2019 aan de ziekenhuizen werd alvast aangekondigd dat er in 2020 bijkomende maatregelen komen ten aanzien van ziekenwagendiensten die de transparantie inzake kostprijs meer gaan borgen voor de patiënt.

In verband met het ziekenvervoer ervaren we tevens de noodzaak om een aantal kwaliteitsparameters ten aanzien van de ziekenwagendiensten te borgen. Vb. wordt het transport uitgevoerd met een voertuig dat beantwoordt aan de gestelde criteria - beantwoordt de verpleegkundige begeleiding aan de noodzakelijke kwalificaties van deze beroepsbeoefenaar....

Dit jaar voegen wij de nood aan meer financiële transparantie en de nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier toe.

- **Nood aan meer financiële transparantie**

Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg.

Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren.

In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen.

In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijk kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een riziv- tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden

Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete de toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstrekker (vb. het bedrag – een percentage van toeslag).

- **Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)**

De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

Specifieke noden vanuit ons ziekenhuis

- nood aan **een duidelijk overzicht** waar patiënten die klachten hebben over hun huisarts, het woonzorgcentrum, de thuiszorgdiensten, paramedici ... andere zorgverleners terecht komen. Meestal is dit onduidelijk, een gerichte website met alternatieven (waar kan de klager terecht als de bemiddeling volgens hem ontoereikend is) en verwijzingsmogelijkheden zou heel handig zijn voor de ombudsdiensten van de ziekenhuizen.

- Nood aan vorming omtrent communicatie:

- het is belangrijk dat hulpverleners hun **antwoorden formuleren in een duidelijke en heldere taal naar de klager**. Dit vraagt een grote inzet. Vaak vervalt men in de brieven of gesprekken in hun vakjargon die voor de klager niet/ niet goed begrijpbaar is. Opleiding en ondersteuning is hierbij cruciaal.
- Hoe wissel ik als hulpverlener efficiënt informatie uit bv bij een transfert van de één naar de andere dienst – patiënten missen het aspect continuïteit van zorg

- **nood aan extra ondersteuning voor de ombudsdienst: het opvolgen van de verbeteracties** is door de veelheid aan taken binnen de ombudsdienst niet altijd haalbaar. Een aanvullende secretariaatsfunctie binnen de ombudsdienst zou zeker een meerwaarde zijn ifv het bijhouden van de dossiers, het kopiëren van dossiers, het maken van verslagen, het klasseren van documenten en dossiers ... en nog diverse andere administratieve taken. Zo zou de ombudsdienst zich meer kunnen verdiepen in de wetgeving, de bemiddelende gesprekken beter voorbereiden, de opvolging van de dossiers en de verbeteracties, meer tijd hebben om zich op de concrete werkvloer te begeven ...

- **nood aan herziening van de financiering van de tolkkosten:**

sinds eind 2019 **nemen de tolkkosten sterk toe** binnen het ziekenhuis.

We willen de patiënten zo goed als mogelijk in hun eigen taal/cultuur benaderen.

Voorheen was deze dienstverlening gratis, nu is de startprijs 45 euro, daarbij komen in bepaalde situaties nog vervoerkosten en zien we nu facturen per tolkbeurt van 100 euro. Hierbij blijft het onduidelijk of deze kosten ten laste zijn van het ziekenhuis (wat wij nu doen) of wij hier gerechtigd zijn om deze kosten door te rekenen aan de patiënt wat ook geen evidentie 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.

Aantal klachtendossiers	124 klachten die betrekking hebben op de rechten van de patiënt
Aantal infodossiers	71
Aantal pro actieve dossiers	17
Aantal opvragingen patiëntendossier	45

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

Opmerkingen:

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

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	91
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	11

Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	0
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	16
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

Rechten van de patiënt:

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

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

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

<p>Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt</p>	<p>34 klachten die niet rechtstreeks te maken hebben met de rechten van de patiënt (hoofdzakelijk vragen omtrent de facturatie, verloren voorwerpen en parking, voeding...)</p>
<p>Welke klachten werden er in 2019 gemeld?</p>	
<p>De klachten worden meestal door de patiënt zelf gemeld, gevolgd door de familie. De aanmeldingen gebeurden in 2019 hoofdzakelijk persoonlijk aan de ombudsdienst. Mensen komen rechtstreeks aankloppen bij de ombudsdienst. De meeste klachten worden dan ook rechtstreeks gericht aan de ombudsdienst, beperkt aan de directie. De meeste mensen wensen een signaal te geven. Daarnaast verwacht men een oplossing voor hun klacht. Meer en meer mensen wensen rond de tafel te zitten met de betrokken partijen. De meeste klachten hebben 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 en ontslagvoorbereiding. Op de spoeddienst zien we vaak meldingen over de wachttijden en de verwachtingen die niet stroken met de bedoeling van de spoeddienst. 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)</p>	
<p>Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)</p>	
<p>- 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. Momenteel vinden mensen nog niet de toegang tot cozo en andere digitale kanalen. We hopen dat de patiënt in de toekomst 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. Een blijvend probleem is hierbij als de persoon overleden is dat alles via de beroepsbeoefenaar moet gaan. Voor familieleden een moeilijk en lastig proces.</p> <p>- Tijdens het beluisteren van de meldingen omtrent het zorgtraject vernemen we heel dikwijls de melding van de familie dat er nood aan meer volk aan het bed. Verpleegkundigen hebben geen tijd meer om te luisteren naar de bekommernissen van de patiënten en hun familie en krijgen onvoldoende tijd om informatie met hen uit te wisselen.</p>	

Dit strookt niet met de bedoeling van de wet op de patiëntenrechten. Daarin staat vermeld dat de patiënt alle info moet krijgen om een duidelijke zorgkeuze te kunnen maken en precies deze tijd ontbreekt bij de verschillende disciplines.

- 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

Vorig jaar formuleerde VOVVAZ een aantal aanbevelingen. Ook dit jaar hebben zij dit gedaan. Ik noteer deze eveneens in mijn jaarverslag omdat zij in de ombudsdienst van sji ook heel goed herkenbaar zijn.

Een aantal worden hernomen in dit verslag nml.

- **Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg**

In het Jaarverslag 2018 van de Vlaamse Ombudsdienst werd hieromtrent reeds een duidelijk signaal gegeven via de aanbeveling 11 – Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed (pag. 19-20)

Er werd gevraagd voor meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen.

- Respect keerde ook terug in de aanbeveling aan de overheid om een **sensibiliserings-campagne rond de rol van spoeddiensten uit te werken.**

Ook deze aanbeveling willen wij vanuit onze jaarwerking 2019 opnieuw in de kijker plaatsen.

Wij formuleerden deze vorig jaar als volgt: “Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen”

- Ook **het ziekenvervoer** en in het bijzonder het interziekenhuis ziekenvervoer komt in 2019 opnieuw aan bod. De casuïstiek van hoge facturen voor de patiënt en vaak een erg beperkte tussenkomst vanuit de verzekeringsinstelling kende nog een groter aandeel in onze werking dit jaar.

Via de omzendbrief van Wouter Beke - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 4 december 2019 aan de ziekenhuizen werd alvast aangekondigd dat er in 2020 bijkomende maatregelen komen ten aanzien van ziekenwagendiensten die de transparantie inzake kostprijs meer gaan borgen voor de patiënt.

In verband met het ziekenvervoer ervaren we tevens de noodzaak om een aantal kwaliteitsparameters ten aanzien van de ziekenwagendiensten te borgen. Vb. wordt het transport uitgevoerd met een voertuig dat beantwoordt aan de gestelde criteria - beantwoordt de verpleegkundige begeleiding aan de noodzakelijke kwalificaties van deze beroepsbeoefenaar....

Dit jaar voegen wij de nood aan meer financiële transparantie en de nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier toe.

- **Nood aan meer financiële transparantie**

Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg.

Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren.

In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen.

In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijk kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een riziv- tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden

Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete de toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstrekker (vb. het bedrag – een percentage van toeslag).

- **Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)**

De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

Specifieke noden vanuit ons ziekenhuis

- nood aan **een duidelijk overzicht** waar patiënten die klachten hebben over hun huisarts, het woonzorgcentrum, de thuiszorgdiensten, paramedici ... andere zorgverleners terecht komen. Meestal is dit onduidelijk, een gerichte website met alternatieven (waar kan de klager terecht als de bemiddeling volgens hem ontoereikend is) en verwijzingsmogelijkheden zou heel handig zijn voor de ombudsdiensten van de ziekenhuizen.

- Nood aan vorming omtrent communicatie: het is belangrijk dat hulpverleners hun **antwoorden formuleren in een duidelijke en heldere taal naar de klager**. Dit vraagt een grote inzet. Vaak vervalt men in de brieven of gesprekken in hun vakjargon die voor de klager niet/ niet goed begrijpbaar is. Opleiding en ondersteuning is hierbij cruciaal.

- **nood aan extra ondersteuning voor de ombudsdienst: het opvolgen van de verbeteracties** is door de veelheid aan taken binnen de ombudsdienst niet altijd haalbaar. Een aanvullende secretariaatsfunctie binnen de ombudsdienst zou zeker een meerwaarde zijn ifv het bijhouden van de dossiers, het kopiëren van dossiers, het maken van verslagen, het klasseren van documenten en dossiers ... en nog diverse andere administratieve taken. Zo zou de ombudsdienst zich meer kunnen verdiepen in de wetgeving, de bemiddelende gesprekken beter voorbereiden, de opvolging van de dossiers en de verbeteracties, meer tijd hebben om zich op de concrete werkvloer te begeven ...

- nood aan herziening van de financiering van de tolkkosten:

sinds eind 2019 **nemen de tolkkosten sterk toe** binnen het ziekenhuis.

We willen de patiënten zo goed als mogelijk in hun eigen taal/cultuur benaderen.

Voorheen was deze dienstverlening gratis, nu is de startprijs 45 euro, daarbij komen in bepaalde situaties nog vervoerkosten en zien we nu facturen per tolkbeurt van 100 euro. Hierbij blijft het onduidelijk of deze kosten ten laste zijn van het ziekenhuis (wat wij nu doen) of wij hier gerechtigd zijn om deze kosten door te rekenen aan de patiënt wat ook geen evidentie is.

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

Wat de verzoeningsresultaten betreft was de ombudsdienst dit jaar nog niet in de mogelijkheid hieromtrent een éénduidige registratie op te zetten en kunnen we geen concrete cijfers aanbieden.

We noteren wel reeds geruime tijd de verwachtingen van de klager bij het eerste contact.

De meeste mensen willen een duidelijk signaal geven aan de organisatie, medewerkers, artsen

We zien een toename van het aantal bemiddelende gesprekken. We brengen alle betrokkenen rond de tafel en hopen op dit moment tot een open communicatie te komen waarbij iedereen evenwaardig kan beluisterd worden en waarbij iedereen zijn eigen verhaal kan brengen.



OLVZ JAARVERSLAG 2019

Ombudsdienst

Medewerkers:

Sofie Bovijn

Julie Denys

Moorselbaan 164 - 9300 Aalst

053/72.41.28

ombudsdienst@olvz-aalst.be

Inhoudstafel

Inhoudstafel.....	2
Instellingsgebonden informatie.....	3
Ombudsdienst, vlot vindbaar en bereikbaar voor de burger.....	3
Situering ombudsdienst binnen de ziekenhuisorganisatie.....	4
Huishoudelijk reglement, werking van de bemiddelingsdienst.....	4
De ombudsdienst streeft naar professionalisering.	5
Werking – werkterrein & moeilijkheden.	5
Klachten ontvangen.....	5
Wat beweegt patiënten om hun verhaal te vertellen?.....	6
Wat zijn onze bevindingen in de praktijk?	7
Klachten behandelen.	7
Wat nu?	8
De dagelijkse werking van de ombudsdienst leert ons dat het werkterrein en takenpakket:	9
Overzicht van soorten geformuleerde klachten:	9
Frequent krijgen wij de vraag tot afschrift van, of inzage in medisch patiëntendossier.	10
Wanneer we gaan peilen naar <i>moeilijkheden</i> :.....	11
Lessen trekken.....	13
Cijfers.....	14
Aanbevelingen.	21
Bedankt.....	26
Bijlage: Huishoudelijk reglement.	27

Instellingsgebonden informatie.

Het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis (Moorselbaan 164, 9300 Aalst) Vlaams Gewest, met erkenningsnummer 126, is een algemeen en JCI geaccrediteerd ziekenhuis met 959 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 Denys (50%) werkzaam sinds augustus 2018.

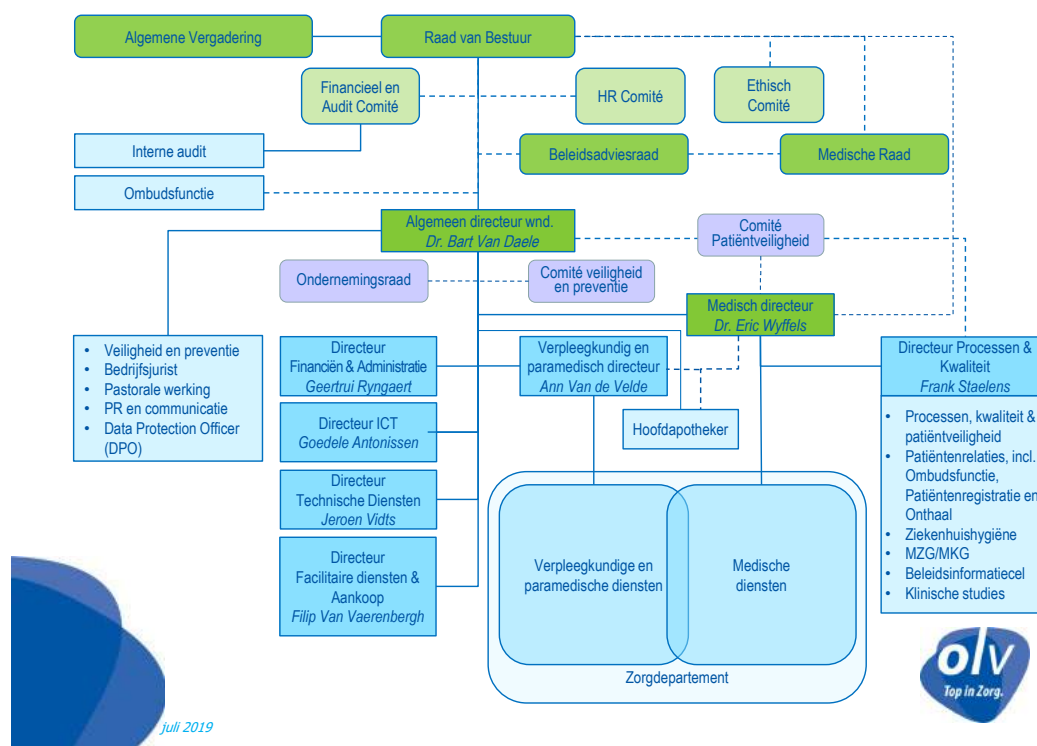
Ombudsdienst, vlot vindbaar en bereikbaar voor de burger.

Recentelijk werd de ombudsdienst verhuisd, gevestigd in de onmiddellijke nabijheid van de centrale onthaalzone (in **blok X**, op verdieping -1). Via het onthaal, naar het centrale liftenblok naar -1, "Ombudsdienst" staat verder gesignaliseerd met verschillende bordjes.

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.



Situering ombudsdienst binnen de ziekenhuisorganisatie.



Begin februari '20 werd er een nieuwe hoofdarts - medisch directeur aangesteld, Dr. Wim Jorissen.

Ombudsdienst voldoet aan de voorwaarden¹:

“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, werking van de bemiddelingsdienst.

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 januari 2019 en te consulteren in bijlage van het jaarverslag.

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

De ombudsdienst streeft naar professionalisering.

Vormingen in kader van bemiddeling:

Basisopleiding bemiddeling	<i>MEDIV</i> , vlaams erkend opleidingsinstituut voor bemiddeling
Specialisatie bemiddeling in Sociale Zaken	<i>MEDIV</i> , vlaams erkend opleidingsinstituut voor bemiddeling
Geweldloze Communicatie	<i>Huis voor Verbinding</i>

De ombudspersonen zijn *lid van de VVOVAZ beroepsvereniging*, de centrale missie van de vereniging is een optimale ondersteuning van hun leden en van hun professionele taken.

Zij zetten zich tevens in om de basisopleiding bemiddeling in samenwerking met *MEDIV*, jaarlijks te organiseren voor ombudspersonen.

Vanuit VVOVAZ worden provinciale vergaderingen en intervisiemomenten georganiseerd, die de nodige ondersteuning bieden in het uitvoeren van de ombudsfunctie.

Werking – werkterrein & moeilijkheden.

Artikel 11 uit de patiëntenrechtenwet beschrijft dat de patiënt het recht heeft om: *“een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten, toegekend door deze wet, neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie”* (Belgisch Staatsblad, 2002).

Met als doel de rechtspositie van patiënten te waarborgen en tot een betere kwaliteit van de zorg te leiden.

Klachten ontvangen.

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 aanmoedigen, klachten of suggesties kunnen gedeponereerd worden. De contactgegevens zijn via de algemene website van het ziekenhuis onder de rubriek “Ombudsdienst-Patiëntenrechten” terug te vinden.

Wie bij ons langskomt, krijgt altijd ons visitekaartje mee naar huis met al onze contactgegevens erop.

Ook via het **patiëntenservicepunt** van het ziekenhuis, wat bedoeld is om de patiënten zo goed mogelijk te informeren over o.a kostprijs opname, hospitalisatieverzekering, MyNexuzHealth...worden er ons geregeld melders doorgestuurd die een klacht wensen te formuleren.

Elk contact wordt geregistreerd, (behalve anonieme) en vanuit het *perspectief van de patiënt/melder* benaderd.

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. Of ze streven naar antwoorden op hun vragen, een oplossing of een kwaliteitsverbetering voor andere patiënten (=reddende engel)...

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.

Wat beweegt patiënten om hun verhaal te vertellen?

In de literatuur worden drie soorten relatietypes beschreven die richtinggevend kunnen zijn in het oplossingericht bemiddelen:

1. De *bezoekerstypische relatie* – de melder wil zijn frustratie of ongenoegen uiten, verwacht dat het beleid de nodige maatregelen doorvoert of sancties neemt bij de betrokken zorgverleners. Verder ziet hij geen nut in een gesprek en wil zelf niets ondernemen.

2. De *klaagtypische relatie* - de melder vindt het belangrijk om zijn/haar verhaal te brengen, wil vooral benadrukken hoe erg het allemaal wel is wat hem of haar overkomen is. Deze melder wordt overspoeld door emoties en ziet zelf weinig mogelijkheden om het aan te pakken.
3. De *klanttypische relatie* - de melder ziet wat er is misgelopen en vindt het belangrijk om zijn of haar verhaal te brengen zodat er iets mee kan gebeuren. Hij of zij wil iets ondernemen en vraagt hierbij ondersteuning. Hier kunnen zowel de melder, de zorgverlener als de organisatie iets uit leren. ('*Drie relatietypen van het oplossingsgericht werken*' uitgave van Centrum oplossingsgericht werken', Borne 2018).

Wat zijn onze bevindingen in de praktijk?

We merken frequenter dat de *bezoektypische melders* vaker hun ongenoegen laten merken op een vrij verbaal dreigende, soms agressieve manier. De verwachting dat wij als ombudspersoon sanctionerend en sturend gaan optreden, leeft bij dit type het meeste.

De *klaagtypische melders* hun verhaal is er één dat emotioneel zwaar beladen is en vraagt in de eerste plaats om veel erkenning. De aandacht in de klachtenafhandeling gaat voornamelijk naar de klager, dan naar de klacht (emotie vs. ratio). Wanneer we peilen naar hun verwachtingen, dan kunnen ze ons hier niet altijd concreet op antwoorden. Soms leeft er ook een zekere angst voor represailles na het uiten van een klacht, indien ze nog verdere zorg dienen te genieten.

De *klanttypische melders* kennen meestal het "huis" goed, zijn ermee vertrouwd. Hun intentie is vooral om op een constructieve manier weer te geven wat er schort. Zij willen de dienstverlening mee optimaliseren en geven aan dat ze geen "klagers" zijn maar het niet konden nalaten om te melden.

Klachten behandelen.

Bij het ontvangen van een klacht gaan wij zo snel mogelijk, een *ontvangstbevestiging* aan de melder formuleren rekening houdend met: de ontvankelijkheid, korte toelichting van de neutrale werking ombudsdienst en een peiling naar het verwachtingspatroon van de melder. 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 (= mensgerichte focus), erkenning geven voor het emotionele. Dat deze met respect en empathie wordt behandeld en er aan een herstel van het vertrouwen kan gewerkt worden.

Soms is het zo dat melders zich rechtstreeks tot de ombudsdienst wenden, terwijl het “probleem” zich binnen de *nulde of eerste lijn* kan oplossen. Het is dan ook wenselijk dat de klachten aan de *oorsprong van hun ontstaan* behandeld worden.

We merken dat klachten soms gemeld worden bij ombudsdienst, zonder dat hiervan eerst melding werd gemaakt op de betrokken afdeling of bij de betrokken medewerker. Hierin bijsturen kan al vaak probleemoplossend werken.

In sommige gevallen werkt het ook omgekeerd en worden er vanuit de afdelingen pro-actieve meldingen gemaakt aan ombudsdienst.

In de andere gevallen is *pendeldiplomatie binnen de tweede lijn* noodzakelijk. In dit 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 onttrokken en geanalyseerd worden voor rapportering in het jaarverslag en het opstellen van de aanbevelingen.

Wat nu?

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, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Federale Ombudsdienst “Rechten van de patiënt”.

Uit klachtenverwerking kunnen we dan later *aanbevelingen* extraheren, die voor een zekere awareness in 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.

Vanuit de Vlaamse Ombudsdienst werden *12 kwaliteitskenmerken ter aanbevelingen voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling* geformuleerd. Deze aandachtspunten trachten wij te hanteren om tot optimale resultaten te komen vanaf het ontvangen, bij het behandelen tot de rapportage van de klacht. In het verslag zijn tevens een aantal kenmerken verder uitgewerkt.

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

Veel **uitgebreider** is, dan louter het “bewaken” van de patiëntenrechten en bemiddeling of verzoening tussen verschillende partijen. De praktijk leert ons dat de ombudsdienst fungeert als centraal aanspreekpunt, waar klachten over allerhande zaken geformuleerd worden.

Het begrip klacht is geen éénduidig begrip, er kan een onderscheid gemaakt worden tussen juridisch relevante klachten en diegene die dat niet zijn. Een klacht kan eerder omschreven worden als *“elke uiting van ontevredenheid, gerechtvaardigd of niet, door een patiënt, de omgeving van een patiënt of een bezoeker na een voorval binnen het ziekenhuis”* (Carl, 1997-98).

Overzicht van soorten geformuleerde klachten:

- omtrent de **medische behandeling of technische aspecten** uit de zorg(verlening).
- omtrent **relationele aspecten**, zoals bijvoorbeeld de manier hoe een zorgverlener met de patiënt omgaat.
- met betrekking tot **bevoegdheden van deelgebieden van de ziekenhuiswerking** zoals bijvoorbeeld: maaltijden, accommodatie, 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, bijvoorbeeld een afbetalingsplan.
- met betrekking tot **verloren, waardevolle voorwerpen** in het ziekenhuis.

Frequent krijgen wij de vraag tot afschrift van, of inzage in medisch patiëntendossier.

Het *aanvraagformulier* tot “afschrift van, of inzage in medisch patiëntendossier” wordt via de website van het ziekenhuis aangeboden. Terug te vinden onder de rubriek: “ik ben patiënt” → mijn dossier.

Vanuit ombudsdienst worden vervolgens de nodige stappen gezet, zodat de aanvrager de opgevraagde info zo snel mogelijk ontvangt.

De ervaring leert ons dat dit binnen een aanvaardbare en wettelijke termijn gebeurt. Dit mede dankzij de goede en vlotte samenwerking met de secretariaten van het ziekenhuis.

Daarnaast kan de patiënt online zijn patiëntendossier via *MyNexuzHealth* raadplegen.

Let wel, verslagen *gedateerd voor november 2017*, kunnen nog *niet weergegeven worden*. Tevens kunnen verslagen 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...

Sinds 01/10/2019 worden de resultaten van het klinisch labo ter inzage aangeboden, 24u nadat alle resultaten van dezelfde aanvraag/staalafname volledig en geconfirmeerd zijn.

Verdere uitbreiding werd vanaf 01/01/2020 voorzien voor:

- gevalideerde eindverslagen van het contacttype “operatie” en “andere”.
- gevalideerde eindverslagen van de afdelingen: apotheek, palliatieve zorg, psychiatrie en kinderpsychiatrie, sociaal werk (inclusief psychologie), menselijke erfelijkheid.
- gevalideerde eindverslagen van kinderen -15 jaar voor ouders, voor gevalideerde eindverslagen vanaf 01/01/2020. Vanaf 15 jaar krijgt het kind toegang tot alle verslagen die gevalideerd werden na die verjaardag.
- Beelden en documenten, tenzij in geval van therapeutische exoptie, gegevens derden of expertise.

Indien wij vragen krijgen in verband met “toestemming/therapeutische relatie/uitsluiting”, dan verwijzen wij naar het platform: *Mijn Gezondheid (e-Health)*, voor meer informatie.

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.

Wanneer we gaan peilen naar *moeilijkheden*:



Wanneer het *verwachtingspatroon* dat de melder heeft niet strookt met de werkelijkheid kan dit voor verwarring of teleurstelling zorgen. De term ombudspersoon doet vaak denken aan een ombudsdienst zoals bij de overheid, die zich uitspreekt over de gegrondheid en ook verbetermaatregelen kan opleggen, wat niet het mandaat is van een ombudspersoon in de gezondheidszorg (Van Bouwel, 2019).

Melders denken soms, dat de ombudspersoon sancties tegenover medewerkers of aan diensten kan opleggen, wat uiteraard niet het geval is. Anderen denken dat de ombudspersoon ten alle tijden de pasklare oplossing voor hun “probleem” kan aanbieden. Essentieel is dat we “oplossing” als een ruim begrip beschouwen, het kan gaan om partijen terug on “speaking terms” krijgen, antwoord(en) op een vraag, ventileren, verhaal kwijt kunnen aan de andere partij, zorgrelatie beëindigen, verontschuldigen, commercieel gebaar...

Deze oplossing dient er echter te komen in samenwerking met en tussen alle betrokkenen en deze blijven steeds richtinggevend en bepalend in de aanpak en verloop. De ombudspersoon fungeert als facilitator, bemiddelaar en coach die zich moet bewust zijn over het feit dat elk verhaal zijn achtergrond, waarde en betekenis heeft.

“Heerlijk Helder”. Mede om die reden is het erg belangrijk om vanaf het eerste contact al duidelijk te formuleren wat een ombudspersoon doet en wat ook niet. Zodat er helderheid en duidelijkheid heerst met betrekking tot de verwachtingen en de verdere afhandeling van de klacht.

Wij proberen zoveel mogelijk te duiden dat de ombudspersoon:

- een onafhankelijke en neutrale derde is;
- een gesprekskader gaat opzetten en methodieken gaat toepassen om de communicatie te bevorderen;
- gaat helpen om te luisteren naar elkaar, ondersteuning gaat bieden zodat er gezegd kan worden, wat er gezegd moet worden;
- zorg zal dragen voor ieders belang(en) en bezorgdheden en begeleiding gaat bieden om tot een duurzame oplossing(en) te komen.

Wat doen we niet:

- geen inhoudelijke standpunten innemen, niet gaat beoordelen wie al of geen gelijk heeft. Geen beloftes maken die we niet kunnen nakomen.

“Diens brood men eet, diens woord men spreekt” Een ombudspersoon die tewerkgesteld wordt door het ziekenhuis, kan die wel onafhankelijk zijn? Maar het is net die vertrouwde met het ziekenhuis, zijn cultuur en beroepsbeoefenaars die noodzakelijk is, om bepaalde deuren te openen die voor een buitenstaander gesloten zullen blijven.

Hierin is de grondhouding van de ombudspersoon ook van cruciaal belang, je moet je meezijdig partijdig gaan opstellen tegenover de betrokkenen. Hiermee bedoel ik dat je inspanningen gaat ondernemen om alle betrokken te horen en hun belangen of verwachtingen gaat onderkennen en respecteren. Zodat er aandacht is voor elk zijn perspectief binnen het verhaal. Op deze manier gaat het niet over, “wie heeft er gelijk” maar gaat het over het “commitment” om er samen uit te geraken.

We merken dat de onafhankelijkheid/neuraliteit voornamelijk in twijfel getrokken wordt indien het besluit of de feedback die de melder krijgt, niet datgene is wat hij wenst.

“Internet en sociale media” heeft ook een grote impact en het is laagdrempelig om ervaringen vanuit de melder zijn perspectief te “delen”. Dit kan de privacy schenden, bemiddeling bemoeilijken en soms als dreigement worden aangewend, bijvoorbeeld: “*ik ga hiermee naar de pers.*” Je kan dan de vraag stellen, in welke mate het probleem opgelost is als het morgen in krant staat? Vaak is het dan ook uit onmacht om of hun klacht kracht bij te zetten dat men naar dergelijke uitspraken grijpt.

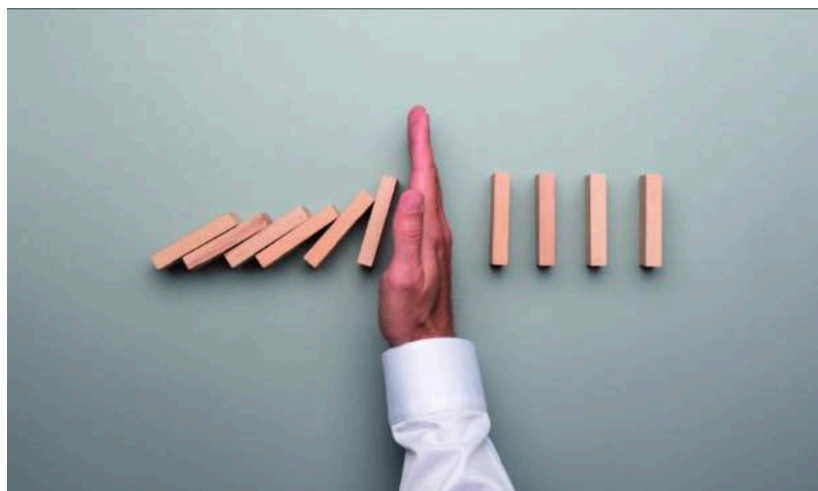
Bij het plaatsen van berichten op bijvoorbeeld de Facebookpagina van het ziekenhuis, gaat de verantwoordelijke voor PR en communicatie, verwijzen naar de ombudsdienst van het ziekenhuis.

“Wat te verwachten van de patiënt” Aan de zorgverleners worden soms irrealistische en zeer hoge eisen gesteld, mekaars mogelijkheden, rechten en plichten moeten gerespecteerd worden en ter sprake worden gebracht.

Klachten aanhoren van patiënten of andere melders is een *intensieve job*. De variëteit en aantal dossiers maakt het werk boeiend maar tevens ook stressvol.

In die zin zien wij bemanning van een ombudsdienst met meerdere personen als een pluspunt en vermindering van de werklust.

Lessen trekken.



“Waar loopt het minder goed en hoe kan dit beter?” Dat is een vraag die de zorgverlener of instelling zich steeds moet blijven stellen als onderdeel van kwaliteitsbewaking en verbetering in de zorg.

Zoals blijkt uit de cijfers dienen de meeste melders klacht in om een “signaal” te geven, zodat dergelijke incidenten zich in de toekomst niet zouden herhalen. Ook een toelichting of verduidelijking van de andere betrokken partij is van essentieel belang.

Onze ervaring leert ons dat wanneer medewerkers transparant zijn over de genomen acties of “wat men met de melding doet” dit als positief wordt ervaren door de melder.

Wij blijven ons vanuit ombudsdienst, dan ook steeds inzetten om de antwoorden te krijgen die voor de melder broodnodig en gewenst zijn.

In de praktijk merken wij op dat de meeste medewerkers ons vlot van feedback voorzien, slechts een kleine minderheid geeft geen verder gevolg aan de overgemaakte klacht. In dergelijke situaties zijn wij genoodzaakt om de melder te verwijzen naar een andere externe dienst, een gemiste kans binnen de klachtenbemiddeling.

Een *vast overlegmoment*, éénmaandelijks is dat met de juridische en financiële dienst van het ziekenhuis. We merken dat dit bijdraagt tot een efficiënte afhandeling van onderwerp gerelateerde dossiers.

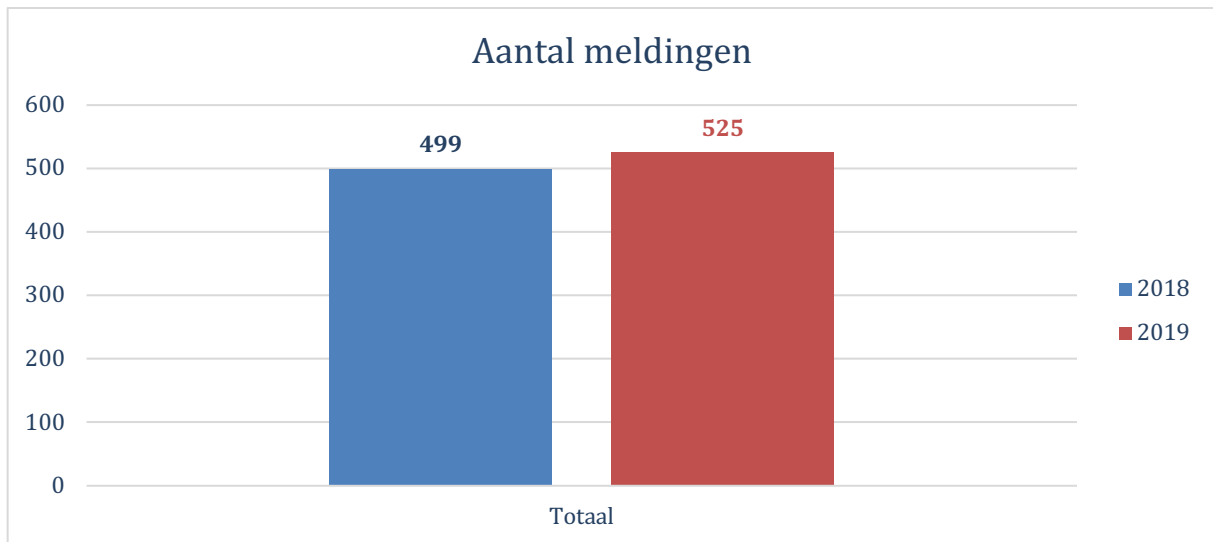
Andere vaste overlegmomenten zijn er niet, wanneer het noodzakelijk is om de directie of een dienstverantwoordelijke te raadplegen, dan organiseren we dit uiteraard ter bemiddeling en afronding van een klacht. Zo kunnen verbetermaatregelen besproken worden op het directiecomité, zorgcomité of werkvergadering voor leidinggevend en afdelingen.

Update, een magazine dat in het ziekenhuis verspreid wordt met informatie voor de patiënt, is een handige tool om bepaalde topics vanuit ombudsdienst te

communiceren en belichten. Zoals bijvoorbeeld, werking van de ombudsdienst, rechten van de patiënt, verschil vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger...

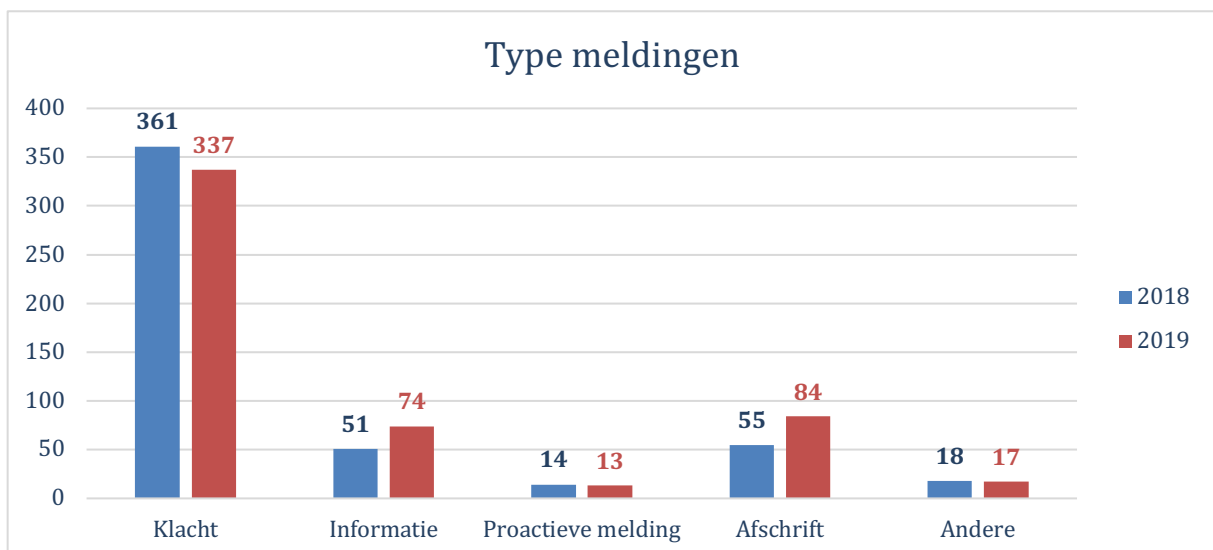
Cijfers.

1. Totaal aantal meldingen.



In *totaal* ontving de ombudsdienst in 2019, **525** meldingen. Onze ervaring leert dat steeds meer melders vlot de weg naar ombudsdienst vinden en vertrouwen in de werking ervan hebben.

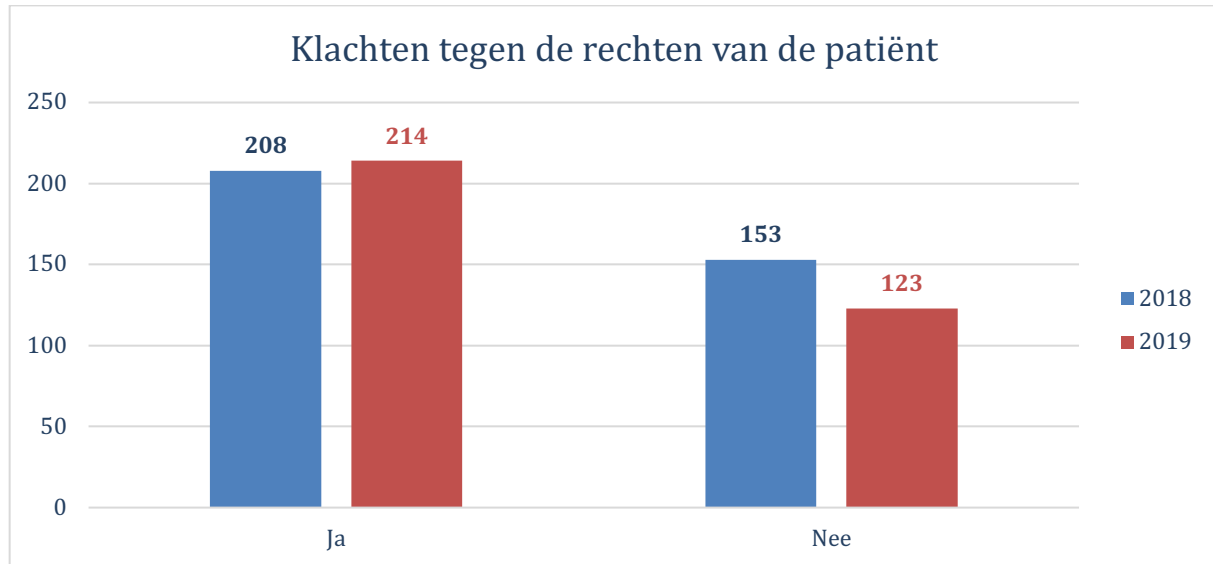
2. Totaal aantal meldingen specifiek per categorie.



Wanneer we meer specifiek kijken naar het *type van de melding*, want elke melding is geen klacht. Dan kunnen we vaststellen dat de “klachten” afgenomen zijn en de vraag om “informatie” toegenomen is. Voorbeelden hiervan zijn, vragen in verband met factuur,

afsprakenregeling, medisch dossier...Meer en meer mensen vragen een afschrift van hun medisch dossier op. Mede dankzij de goede samenwerking met de secreteriaten van het ziekenhuis hierin, ontvangt de patiënt het dossier binnen een redelijke en wettelijke termijn.

3. Klachten tegen de patiëntenrechten.



De klachtenaspecten met betrekking tot “klachten tegen de rechten van de patiënt”

Zowel bij de arts, als bij de verpleegkundige komt vooral het recht op kwaliteit en recht op informatie aan bod. De andere patiëntenrechten komen minder aan bod.

Voorwerp	Artikel	Cijfer (*)
Arts	Art. 5: kwaliteit	128
	Art. 7: info	47
Verpleegkundige	Art. 5: kwaliteit	67
	Art. 7: info	26

(*) in 1 klacht kunnen verschillende beroepsbeoefenaars betrokken zijn.

Medische aspecten handelen onder andere over:

De *behandeling* die de patiënt geniet; de patiënt “ondergaat” niet zomaar meer een behandeling. De patiënt wil zich bewust zijn van de behandeling en het verdere verloop ervan. Meer zaken worden in vraag gesteld en er is meer nood aan inspraak en betrokkenheid.

Aandacht en opvang; indien men niet tevreden is over de communicatie van de arts, te weinig empathisch communiceren, een arts die onvriendelijk is, het gevoel niet “aux sérieux” te worden genomen.

Infoverstreking; het gebrek aan financiële informatie over ereloonsupplementen. De nood aan toegankelijke en heldere informatie op regelmatige basis, is iets wat leeft bij de patiënt en zijn naasten. Patiënten krijgen vaak een andere arts aan bed (toeren op

de afdeling), het communiceren van éénduidige informatie is belangrijk, zeker voor de vertrouwensrelatie.

Verpleegkundige aspecten handelen onder andere over:

Aandacht en opvang; de persoonlijke aandacht die een patiënt krijgt van de verpleegkundige, te weinig aandacht voor de patiënt en diens omgeving tijdens de voorbereiding, uitvoering en nazorg van het zorgproces. Vaak merken de patiënten de verhoogde werklust en druk op bij de verpleegkundigen, veroorzaakt door het nijpende tekort ervan op een afdeling.

Dit kan zich dan uiten in de *communicatiestijl* die soms als onvriendelijk en kort wordt ervaren.

Ook qua *informatieverstrekking*, sijpelt de informatie niet altijd even goed door en worden de vragen die de patiënt heeft beantwoord met: "ik weet het niet, ik ben daar niet van op de hoogte, ik moet het navragen..." wat soms tot de nodige frustraties kan leiden bij de patiënt en naasten.

Administratieve aspecten handelen onder andere over:

Factuur; de interpretatie ervan is voor sommige patiënten niet evident en roept vragen op. De gebruikte nomenclatuurnummers worden niet altijd goed begrepen. De bejegening indien de patiënt zich in eerste instantie met vragen, tot de dienst facturatie richt kan soms beter. Patiënten geven aan zich van "*het kastje naar de muur te worden gestuurd.*"

Het ontevreden zijn over de verkregen dienstverlening uit zich soms in.. "*ik betaal de factuur niet, wil geen factuur ontvangen.*"

"*Eens een dubieuze betaler, altijd een dubieuze betaler?*" Patiënten die in het verleden moeilijkheden hadden om hun facturen te betalen maar diens financiële situatie verbeterd is, vragen om het icoon te laten verwijderen.

Organisatorische aspecten handelen onder andere over:

Het *verlies van persoonlijke en waardevolle voorwerpen*, op de afdeling. Vaak ook tussen transfers van de ene naar de andere afdeling.

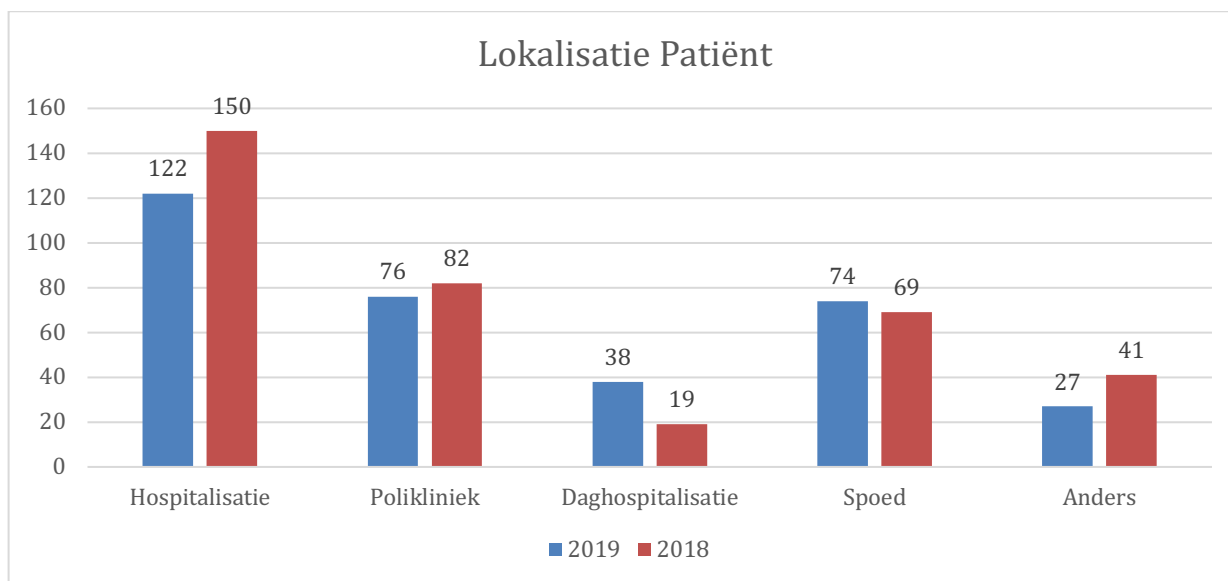
Wachttijden; op consultaties, voor het maken van een afspraak, voor transfer van spoed → afdeling, op de afdeling vooraleer men op ontslag kan vertrekken.

Aspecten van de *opnameregeling*, bijvoorbeeld kamerkeuze.

Facilitaire/technische aspecten handelen onder andere over:

Kamercomfort, bijvoorbeeld dienst pediatrie. In beperkte mate over de *parking* van het ziekenhuis; mindervalidestaanplaatsen, betaalautomaten.

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



Tijdens de hospitalisatie ontstaan de meeste klachten, deze worden voornamelijk pas gemeld na ontslag. In de andere gevallen is het dikwijls een naaste van de gehospitaliseerde patiënt die contact opneemt met de ombudsdienst. We merken een licht stijging bij de polikliniek, die omvat meldingen die ontstaan tijdens een consultatie of het vastleggen van een afspraak. Onder anders verstaan we meldingen met betrekking tot onthaal, administratieve diensten, parking...

De *spoedafdeling* van het ziekenhuis is voor veel patiënten de toegangspoort van het ziekenhuis. Het is een complexe dienst, aangezien er een grote patiënt turnover is. De werkdruk is hoog en er is een grote doorstroom naar de verschillende afdelingen.

Patiënten krijgen vanaf opname veel indrukken te verwerken en komen in contact met verschillende hulp- en zorgverleners, bijvoorbeeld: de onthaalmedewerker, verpleegkundige, assistent, arts... Voor de patiënt is het belangrijk dat de medewerkers zich identificeren en communiceren over wat er te gebeuren staat, zoals bijvoorbeeld: geplande onderzoeken, wachttijden, resultaten...

Enkele belangrijke aandachtspunten:

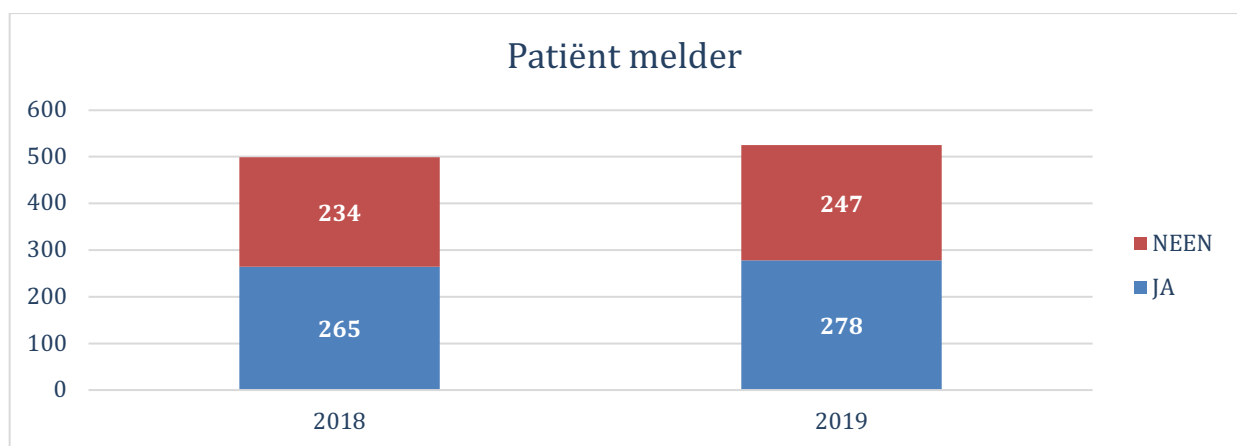
- Sensibilisering over de rol van een spoeddienst;
- Informatie omtrent de triage, wachttijden, verloop van opname;
- In het geval van geen hoogdringendheid, bijkomend achteraf aangevraagd consult goed kaderen;
- Communiceren met de patiënt en zijn naaste op een empathische en respectvolle manier. Een ongepaste houding van arts of verpleegkundige wordt regelmatig aangekaart;
- Comfort voor de patiënt op de afdeling.

Om een beter beeld te krijgen over de werking en tevredenheid op de spoedafdeling, werd er vorig jaar een *tevredenheidsenquête* op poten gezet.

Deze enquête bevaart verschillende thema's die de patiënten aanbelangen zijnde: *Wachttijden, zichzelf voorstellen, vriendelijkheid, behulpzaamheid, deskundigheid en zorginhoud.*

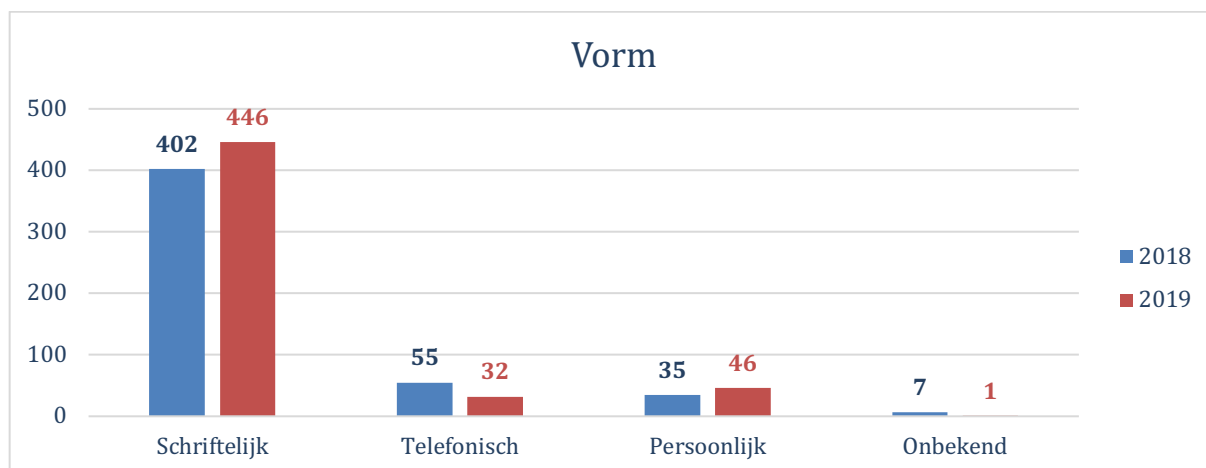
Deze worden verder later in detail bevaagd om een beter overzicht te verkrijgen. Er is tevens ruimte voorzien om "suggesties of opmerkingen ter verbetering van de spoedgevallendienst" aan te geven of om een nummer achter te laten, waar men door de hoofdverpleegkundige op kan gecontacteerd worden.

5. Relatie aanbrenger of wie brengt de klacht aan?



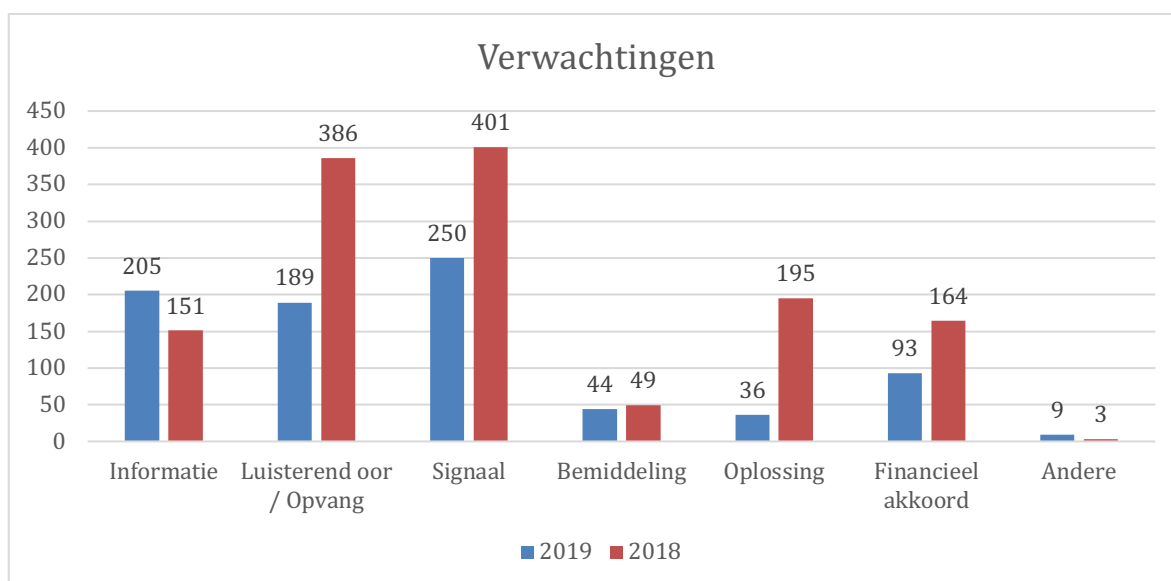
Zoals eerder aangegeven hoeft de patiënt niet zelf de melder te zijn van de klacht, maar in het merendeel van de gevallen is dit wel zo. Tegenover vorig jaar is er zelfs een lichte stijging op te merken. In de andere gevallen is het meestal een naast familielid die aan de alarmbel trek.

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



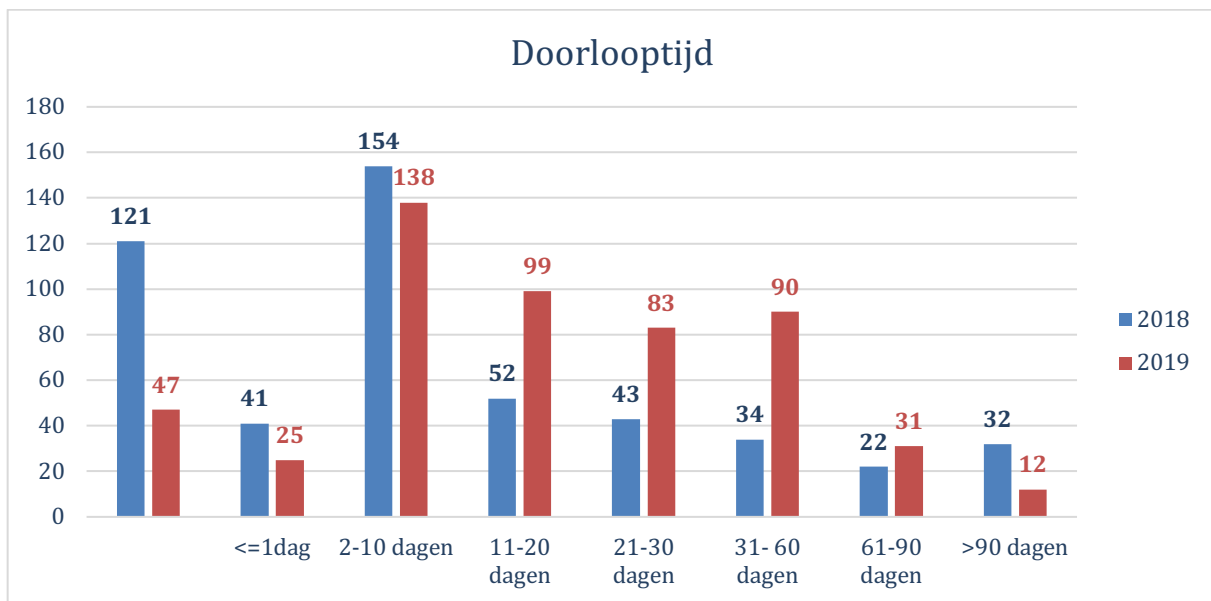
In de meeste gevallen neemt de melder schriftelijk contact op, hoofdzakelijke via mail of via het elektronisch standaardformulier op de website. Aangezien de meeste mensen over een PC beschikken en op die manier snel hun verhaal kunnen formuleren is dit een veelgekozen kanaal. Er is een stijging waar te nemen bij het aantal melders die persoonlijk langskomen op de ombudsdienst met hun vraag of klacht.

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



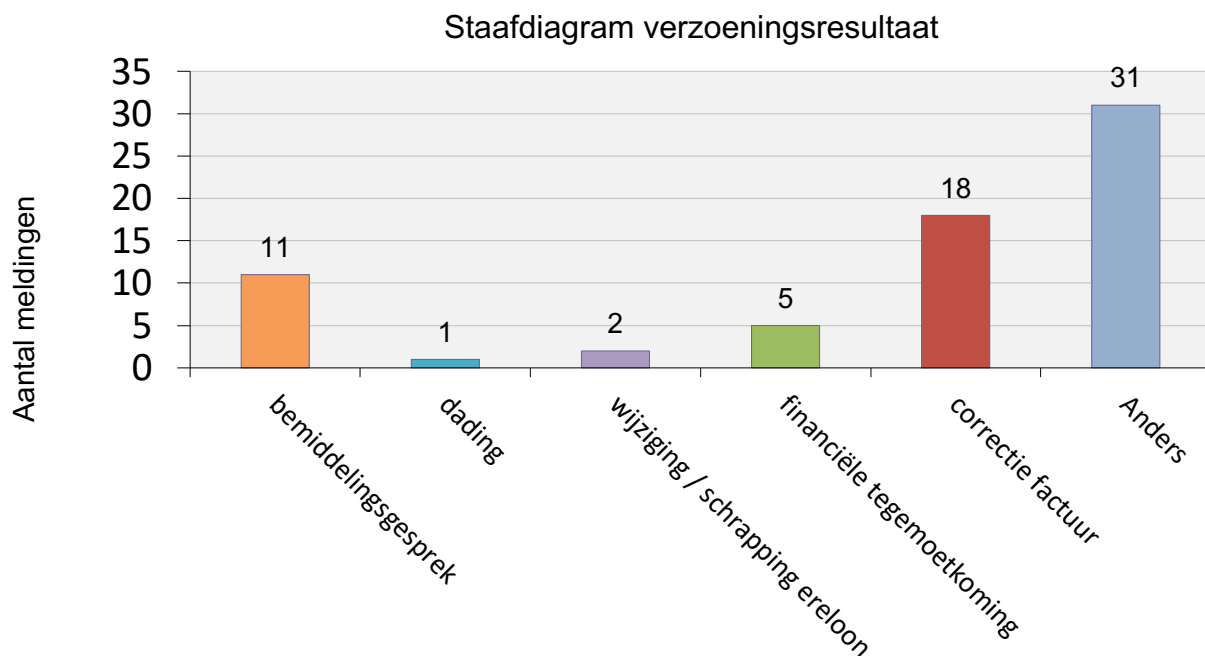
Belangrijk hier ter interpretatie van de cijfers is dat er meerdere verwachtingen per klacht van toepassing kunnen zijn. Melders hebben in de eerste instantie nood om hun verhaal te doen, ze willen een luisterend oor en dit bij iemand die niet bij de feiten betrokken was. Ze willen een signaal geven dat iets niet verlopen is zoals gewenst. Het in dialoog treden en erkenning geven loont. Schadeclaims worden vaak geest soms uit onmacht of soms om hun klacht kracht bij te zetten.

8. Doorlooptijd of hoeveel tijd tussen registratie en afhandeling?



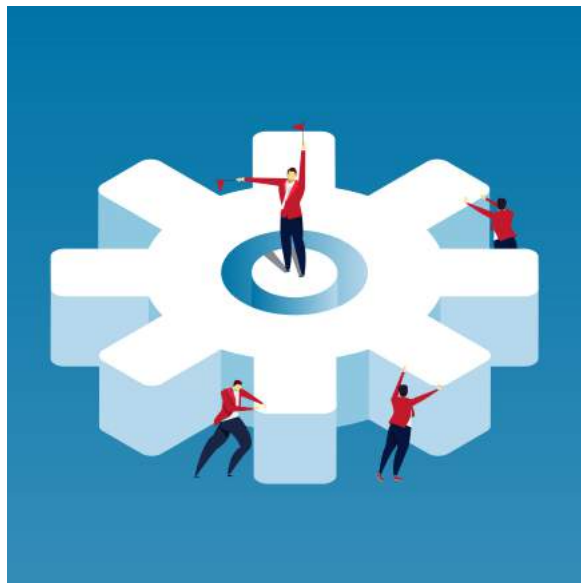
De doorlooptijd van een dossier is afhankelijk van verschillende factoren: de complexiteit van het dossier, aantal betrokken partijen, verkrijgen van feedback, aansprakelijkheid, al of niet te bespreken op het maandelijks financieel/juridisch overleg.

9. Verzoeningsresultaat.



Onder een verzoeningsresultaat verstaan we: “de stap die de instelling of zorgverlener gezet heeft, die zonder tussenkomst van een ombudspersoon, niet zou plaatsgevonden hebben.” Een vergelijking met vorig jaar kunnen we niet maken, aangezien deze parameter pas sinds januari 2019 werd ingevoerd.

Aanbevelingen.



✓ **Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed.**

In de wet van de *rechten van de patiënt* staat omschreven dat de patiënt recht heeft op een kwalitatieve dienstverlening en dat deze diensten moeten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid.

Men dient uiteraard de nodige focus voor deze respectvolle bejegening naar de patiënten toe te behouden. In het jaarverlag van de Vlaamse Ombudsdienst werd er meer aandacht gevraagd voor een doorgedreven communicatietraining in de zorg. Hoe iets geuit en gekaderd wordt is cruciaal en verdient de nodige aandacht.

Echter krijgen wij regelmatig het signaal van medewerkers dat patiënten/familie niet altijd op een respectvolle manier met hen omgaan. Een zorgverlener dient over een zekere vorm van conflicthantering te beschikken, maar dit is niet altijd evident.

De rechten dienen gerespecteerd te worden, maar tevens zijn er ook bepaalde *verwachtingen* naar de patiënten en hun familie toe in het ziekenhuis:

° *De patiënt dient zich te identificeren;*

Indien gevraagd dient de patiënt, zich te identificeren aan de hand van zijn/haar identiteitskaart.

° *De patiënt dient zijn medewerking te verlenen;*

Indien de patiënt voldoende werd geïnformeerd en toestemt met een behandeling, dient hij/zij correcte informatie te verlenen omtrent zijn/haar gezondheidstoestand. Afspraken dienen nagekomen te worden, het secretariaat van de desbetreffende specialiteit dient tijdig gecontacteerd te worden indien verhinderd.

° *Factuur betalen;*

Na het gebruik maken van medische diensten van het ziekenhuis, dient men ook de aangerekende kosten hiervoor te verheffen.

° *Beschikbare materialen met zorg behandelen;*

Gebouwen en materialen van het ziekenhuis dienen met het nodige respect en zorg behandeld te worden. Vervuiling of beschadiging ervan is uit den boze. Afval dient gedeponeed te worden in de vuilnisbak. Kamers, ziekenhuisgangen, wachtzalen en toiletten dienen netjes achtergelaten te worden.

° *Huisregels respecteren;*

Bezoekuren, rust en privacy van de medepatiënten dienen gerespecteerd te worden. Roken in het ziekenhuis is verboden, dit is enkel toegestaan in de rokerszone buiten het ziekenhuis.

° *Zorgverleners respecteren;*

Wederzijds respect is van essentieel belang en vormt de basis voor een goede zorgrelatie. Voor denigrerende opmerkingen, (verbaal) agressief gedrag of andere vormen van bedreiging is in het ziekenhuis geen plaats.

° *Medewerkers niet fotograferen, filmen (privacy).*

Als men een medewerker van het ziekenhuis wil fotograferen, moet de patiënt of de bezoeker altijd toestemming vragen aan de betrokken medewerker. Deze toestemming is enkel geldig indien de beelden voor privégebruik bedoeld zijn, exclusief sociale media. Het fotograferen van andere patiënten is verboden.

Maatregelen bij niet nakomen van de plichten

Indien de patiënt zijn plichten niet nakomt kan dit een reden zijn om de behandeling stop te zetten. Bij agressie of geweld wordt de veiligheid of politie ingeschakeld. Indien de factuur niet betaald wordt kunnen er verwijlinteressen aangerekend worden en in een latere fase worden er gerechtelijke stappen ondernomen ter inning.

Bij problemen en klachten kan de patiënt zich tot de ombudsdienst wenden.

✓ **Verlies van waardevolle voorwerpen.**

In principe is een wilsbekwame patiënt verantwoordelijk voor zijn persoonlijke bezittingen, toch is er meer waakzaamheid vanuit de medewerkers geboden.

Indien er zich verlies van bijvoorbeeld een hoorapparaat, tandprothese, bril, kledij voordoet lopen de kosten vaak hoog op en verwacht de patiënt en/of diens familie hiervoor een tegemoetkoming.

Probleem is dat de verzekeraar pas vergoeding uitbetaald, indien er sprake is van wilsombekwaamheid bij de patiënt of dat er kan aangetoond worden dat een medewerker niet zorgvuldig met de zaken van de patiënt is omgesprongen.

Het creëren van verwachten zoals de verzekering betaalt en de ombudsdienst lost het voor u op, zijn niet correct.

Er is nood aan een heldere, duidelijke en transparante procedure die men vanaf melding op plaats van verlies dient te volgen tot aan het informeren van de melder.

Vanaf opname, bij anamnese zou er zorgvuldig moeten geïnformeerd en genoteerd worden in het dossier of de patiënt bijvoorbeeld een bril, tandprothese..heeft. Iconen/magneten boven of aan bed bevestigen, zodat medewerkers aandacht hebben voor de aanwezigheid van waardevolle zaken.

Op spoed is het aangewezen om op het anamneseformulier te kunnen aankruisen of de patiënt een hoorapparaat, bril, tandprothese bij opname heeft.

Dit omdat indien er zich verlies zou voordoen, de verzekeraar een begin van bewijs vraagt, meerbepaald de aanwezigheid van deze stukken bij opname.

Vanuit het patiëntenservicepunt kan nog eens extra de nadruk gelegd worden op waardevolle spullen voor men in geplande opname gaat.

✓ **Financiële transparantie.**

Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg. Anderzijds heeft de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren.

In een volwaardige zorgverstrekker/patiëntenrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking, bijvoorbeeld de persoonlijke kostprijs van labo onderzoeken niet gedekt door een riziv tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden.

Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstrekker.

Wanneer secretariaten gebruik maken van een sms bericht dat ter bevestiging naar de patiënt verstuurd wordt, zou men een boodschap kunnen voorzien:
“U hebt een afspraak op...in OLV Campus Aalst op...bij dokter...Gelieve 20 min. Vooraf aanwezig te zijn, de arts is niet-geconventioneerde...”

✓ **Informatie voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier.**

De ontwikkeling ervan is voor de patiënt/burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorziening.

Omtrent de verschillende platformen (COZO; MyNexuzHealth, Vitalink...) en de koppeling ervan blijkt ze voor de patiënten nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

Tevens moeten de zorgverleners en zich meer van bewust worden, dat de patiënt meeleeft, aandacht voor correcte en professionele verslaggeving is van belang.

✓ **Patient Empowerment**

Patiënten en zorgverleners zijn van elkaar afhankelijk als het over resources gaat, hiermee bedoel ik dat de patiënt afhankelijk is van de kennis en kunde van de arts. De arts is afhankelijk van de informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt.

We merken dat de patiënten steeds mondiger worden en het gevoel van afhankelijkheid kan gecompenseerd worden door hem zoveel mogelijk een gevoel van controle laten behouden of teruggeven. Net daarom is *communicatie*, informatie en transparantie van essentieel belang.

Empathisch met elkaar blijven praten, is goed voor de vertrouwensrelatie en de machtsbalans tussen hen.

Grote voordelen van *patiënt empowerment* zijn:

- positief voor de patiënt/zorgverlener bejegening,
- zorgverlener krijgt inzicht in het niveau van betrokkenheid die de patiënt wenst, patiënt blijft de regie in handen houden,
- sterkere therapietrouwheid,
- patiënt is medeverantwoordelijk: indien hij louter moet ondergaan, zoekt hij uiteraard meteen een schuldige als er iets niet loopt zoals het zou moeten.

(*E.Eeckman, Balanceren tussen macht en onmacht, politeia, 2019*)

✓ **Bedden capaciteit/accommodatie.**

Zoals vorig jaar blijkt dat de bedden capaciteit voor de dienst dagkliniek oncologie nog steeds ontoereikend is, de vraag naar een bed is groter dan het aanbod.

De accommodatie van de dienst kindergeneeskunde is verouderd, in sommige gevallen uit zich dit in de vraag om de accommodatiekosten te laten schrappen op de factuur door gebrek aan het nodige comfort.

Patiënten bestemd voor dagkliniek die her en der verspreid worden op andere afdelingen, is niet ideaal. Het gevaar voor miscommunicatie kan ontstaan, dit geeft ook logistieke problemen, bijvoorbeeld maaltijden, apotheek...meer centraliseren per specialiteit en expertise is een must.

✓ **Opname/ontslag.**

Aandacht voor het medicatieschema van de patiënt, zowel bij opname als ontslag uit het ziekenhuis. Patiënten moeten soms lang wachten op hun ontslagbrief vooraleer ze de afdeling kunnen verlaten.

✓ **NKO.**

Het secretariaat NKO is moeilijk telefonisch bereikbaar om een afspraken te maken. Het afsprakensysteem is tijdrovend in gebruik en een tweede lijn zou een must zijn. Afspraken die per MyNexuzHealth geboekt worden, kunnen via hetzelfde kanaal niet geannuleerd worden.

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.

ooo000ooo

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:

- Moorseibaan 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, bezoeker, huisarts...);
- **Beklaagde**: persoon of dienst op wie de klacht betrekking heeft;
- **Klachtmelder**: diegene die de klacht meldt (patiënt, vertrouwenspersoon, huisarts, familie, medewerker...);

Dit document is 24u geldig vanaf datum en uur vermeld in kopstekst.

Pagina 1 van 6

- 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 dienstverlening
 - 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 resultaatverbintenis 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 beklagde.

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-laet-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 beklagde 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 / zorgzamenager / leidinggevende te verspreiden buiten het ziekenhuis.

Einde document

[Einde document]

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(uiterlijk op 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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

Lokalisatie dienst	3 ^{de} verdieping – vleugel administratie
Registratiesysteem	Klachten behandeling VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Procedurenota 193 Huishoudelijk reglement ombudsdienst – actualisatiedatum 24.05.2017 – te raadplegen via intranet en internet (toelichting op website over de werking van de ombudsdienst met contactgegevens en link naar het huishoudelijk reglement)
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> - 3de Ronde Tafel Ethiek ‘Hoe de stem van de patiënt faciliteren’ (Zorgnet-Icuro – 25 april 2019 – Brussel) - Symposium ‘De plaats van de patiënt in het strategisch management van de gezondheidsinstellingen’ (SPX – 15 oktober 2019 – Brussel) - Dag van het Afdelingshoofd ‘Patiëntparticipatie en – empowerment’ (E17 Ziekenhuisnetwerk – 29 november 2019 – AZ Glorieux Ronse)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> - Permanente vorming ‘Inleiding tot de medische ethiek betreffende onderzoek op mensen, inclusief good clinical practice (GCP)’ (UZ Gent – 4 daagse – maart/april 2019) - Studiedag ‘Privacybescherming en wetenschappelijk onderzoek’ (Zorgnet-Icuro – 23 april 2019 – Brussel) - Ethische avond ‘Gekkenwerk’ (Toelichting door Linus Vanlaere – 23 mei 2019 – AZ Sint-Vincentius Deinze) - Toelichting ‘Wet(sontwerp) kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg’ (Vereniging Vlaamse Ziekenhuisjuristen – 20 juni 2019 – AZ Zeno Knokke) - Interuniversitair symposium gezondheidsrecht ‘De kwaliteitswet’ (UGent – 23 november – UZ Gent) - Symposium ‘Vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentrum en uitwering in ziekenhuis’ (Werkgroep Functionele Binding – 18 juni 2019 – AZ Sint-Vincentius Deinze)
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbemiddeling ruimer dan wet patiëntenrechten - Begeleiding afschrift/inzage patiëntendossier - Opleiding startende medewerkers (patiëntenrechten, beroepsgeheim) - Beantwoorden informatievragen van patiënten en medewerkers

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)
- 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
- Algemene klachten mbt tot een dienst of afdeling worden na feedback vanuit de ombudsdienst besproken op een teamvergadering.
- Het jaarverslag van de ombudsdienst wordt meegedeeld aan het directiecomité en besproken op de raad van bestuur.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

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

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

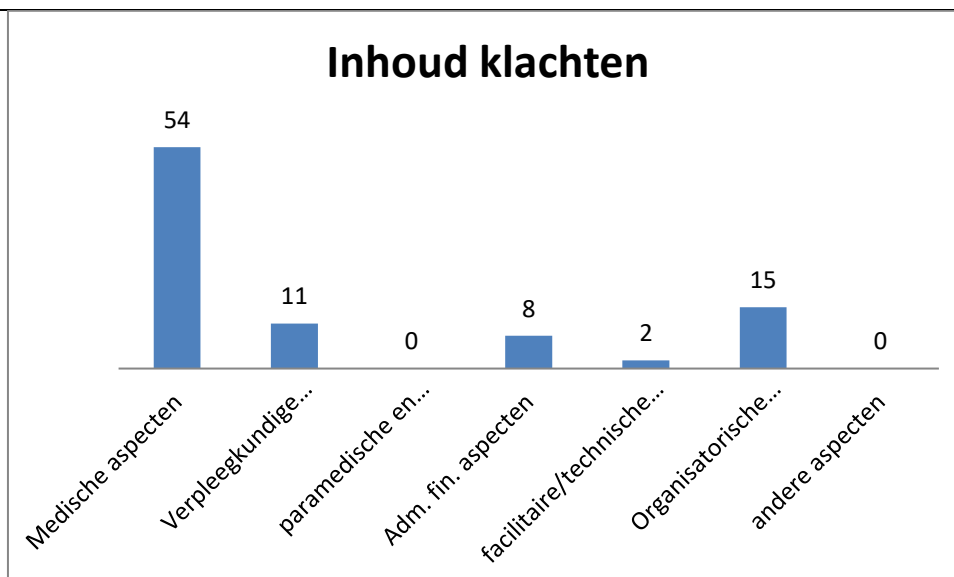
Opmerkingen:

- ✓ 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	65
Aantal infodossiers	21 (11 vragen tot afschrift, 3 vragen ivm facturatie, 1 vraag tot tussenkomst voor materiële schade, 2 vragen mbt gezondheidsinformatie en 4 algemene informatievragen)
Aantal pro actieve dossiers	Worden niet geregistreerd
Aantal vragen tot inzage/afschrift patiëntendossier	14 (3 in het kader van klachtendossier, 11 alleenstaande vragen tot inzage/inschrift die als infodossier worden geregistreerd)
Klachtenratio (=aantal klachten / aantal opgenomen patiënten (inclusief forfaits chirurgisch dagziekenhuis) + het aantal dagklinische patiënten (exclusief forfaits dagziekenhuis) + het aantal ambulanten)	0,05 %

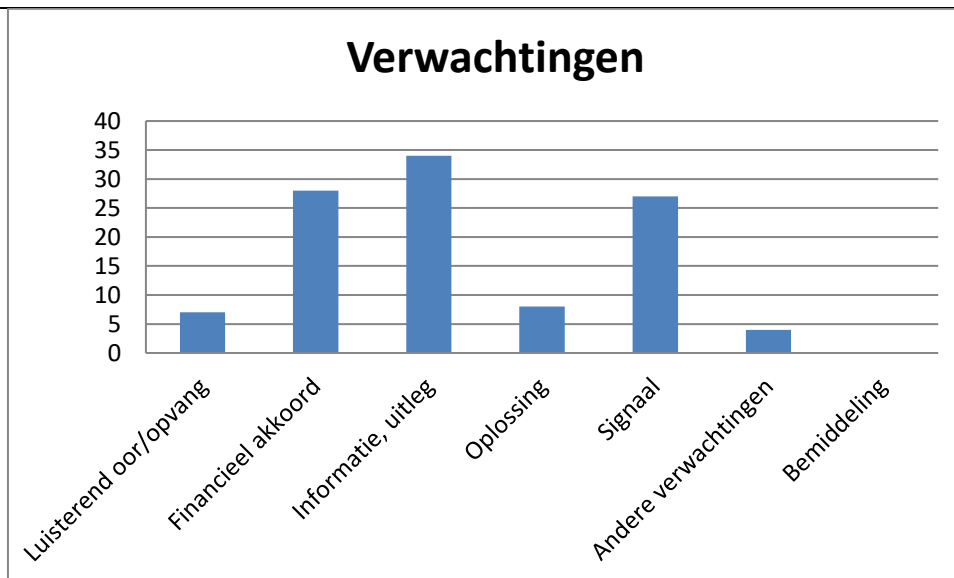
Aantal klachten m.b.t. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. ✓ Eenzelfde klachtendossier kan betrekking hebben op meerdere patiëntenrechten. ✓ De cijfers zijn een weergave 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)	27
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)	2

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)	3
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	/
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	/
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	/
Totaal aantal klachten gerelateerd aan de rechten van de patiënt	36
Aantal klachten niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	34
Inhoud van de klachten en verwachtingen	
<p>De klachten gaan in hoofdorde over medische aspecten, organisatorische aspecten en verpleegkundige aspecten. In mindere mate worden klachten geformuleerd over administratief-financiële aspecten en facilitaire aspecten. Er zijn geen klachten over paramedische aspecten of 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 65 klachtendossiers het volgende resultaat:</p>	



Medische aspecten	
behandeling	26
aandacht en opvang	14
inforestrekking	4
communicatiestijl	4
kostprijs	3
privacy	0
verslaggeving	3
ontslagvoorbereiding	0

In een klachtendossier kan een patiënt verschillende verwachtingen uiten. Het cijfer in de volgende grafiek stemt dus overeen met het aantal keer dat de desbetreffende verwachting door een klager werd geuit in de 65 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. Dit kan leiden tot begrip/andere perceptie bij de patiënt of de melder van de klacht.
- Erkenning van het probleem door de interne klachtontvanger met het voornemen om hiervoor aandacht te hebben in de toekomst
- 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	25
2-10 dagen	26
11-20 dagen	17
21-30 dagen	8
31-60 dagen	5
61-90 dagen	2
> 90 dagen	3

82 van de 86 dossiers die in 2019 werden geopend, werden in hetzelfde jaar afgesloten. 4 dossiers waren per 31 december 2019 nog lopende.

Aanbevelingen

- ✓ Sensibiliseringscampagne spoeddienst (herhaling aanbeveling jaarverslag 2018): 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.
- ✓ Extern patiëntenvervoer (herhaling aanbeveling jaarverslag2018): Net als in 2018 werd hierover in 2019 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.
- ✓ Informatie kostprijs ambulante zorgverstrekking: Er is nood aan een groter engagement om polipatiënten te informeren omtrent de kosten verbonden aan onderzoeken en behandelingen die worden verricht tijdens een consultatie. Voor gehospitaliseerde patiënten bestaan reeds in het ziekenhuis de nodige initiatieven om hen te informeren over de kostprijs van de opname/ingreep. Voor patiënten die enkel op consultatie komen is er dikwijls nog onduidelijkheid over de conventiestatus en de persoonlijke bijdrage aan de zorgverstrekking.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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	422 erkende bedden
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Evi Devos
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/08/2009
Bestaffing	1 ombudspersoon: 60 % (FE)

<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<p>Mijn opdracht als ombudsvrouw in het ziekenhuis is ruimer dan louter het mandaat beschreven in KB van 2003.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hotelfunctie/accommodatie (bv. comfort kamer, maaltijden,...) - financiële zaken (bv. erelonen, prestaties,...) - administratieve zaken (bv. persoonsgegevens, facturatie,...) - organisatorische zaken (bv. afspraken, wachttijden,...)”
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klachtintake: ontvangen, beluisteren, klachtendossier openen 2. Behandelen klacht 3. Bemiddelen 4. Terugkoppelen 5. Afsluiten en klasseren <p>Uitgebreide toelichting in ‘Klachtenprocedure’ als bijlage</p>

Behandeling van klachten en onvrede
<p>Hoe gaat de organisatie om met klachten?</p>
<p>-De ombudsdienst is in principe een 2de lijnsfunctie. Een klacht wordt best behandeld op de plaats waar die is ontstaan. Waar dit niet mogelijk of wenselijk is, kan men steeds terecht bij de ombudsdienst voor een klacht of opmerking. Ook worden financiële klachten in eerste instantie door de facturatedienst behartigd.</p> <p>-driemaandelijks overzicht door de ombudsvrouw op het directiecomité</p> <p>-de ombudsvrouw stelt elk jaar een uitgebreid jaarverslag op voor intern gebruik. Het intern jaarverslag wordt ten laatste op 30 april van het daarop volgende kalenderjaar overgemaakt aan de voorzitter van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, alle leden van de directie, de voorzitter van de medische raad, de leden van het management-team en de dienst KPMZ. Dit jaarverslag wordt dan ook besproken op een Raad van Bestuur in de loop van de eerste helft van het volgend kalenderjaar.</p>

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	283
Aantal infodossiers	72
Aantal pro actieve dossiers	/
Aantal opvragingen patiëntendossier	29
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 werklust en tijd besteed per dossier ook gestegen is.
- ✓ Er wordt binnen het jaarverslag vooral ingezoomd op het aantal klachten met betrekking tot de patiëntenrechten. Dit geeft echter niet de volledige activiteit en werklust 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)*	143
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	6
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	14
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)	5
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	/
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	/

Rechten van de patiënt:

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

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

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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt

109

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

	TOTAAL
Medische aspecten	106
Verpleegkundige aspecten	62
Paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten	3
Administratief-financiële aspecten	48
Facilitaire aspecten	5
Technische aspecten	15
Organisatorische aspecten	30
Andere	14
TOTAAL	283

Klachtratio 2019 :

Klachtratio (aantal klachten per 10.000 patiëntencontacten)	2015	2016	2017	2018	2019
Algemene	12	11	13	9	9
Klassieke hospitalisatie	102	110	115	90	92
Daghospitalisatie	8	9	13	4	5
Poliklinisch	5	4	6	3	3
Spoed	18	16	16	21	16

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

Verwachtingen van de klager:

	2015	2016	2017	2018	2019
Signaal	164	157	213	159	145
Uitleg/info/excuses	130	125	173	180	148
Luisterend oor/opvang	41	7	23	46	28
Schadeclaim	26	31	28	25	26
Correctie factuur	36	60	57	43	36
Oplossing	48	40	57	48	62
Voorval zonder schadeclaim	0	1	/	/	/
andere	1	2	4	4	5

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	2019
≤ 1 dag	61 %	33 %	40%	45%	48%
2-10 dagen	21 %	36 %	35%	34%	31%
11-20 dagen	13 %	16 %	10%	11%	6%
21-30 dagen	3,50 %	7 %	5%	4%	5,9%
31-60 dagen	0,50 %	7 %	8%	5%	5%
61-90 dagen	0,20 %	/	0,2%	1.3%	1,9%
≥ 90 dagen	0,80 %	0,60 %	1,8%	0,3%	2,2%

Verzoeningsresultaten:

dit is het eerste jaar waarbij een verzoeningsresultaat ook werd geregistreerd en hier ook gerapporteerd, dit op vraag van de Vlaamse Ombudsman. VVOVAZ is nog wat zoekende naar een gezamenlijke definitie of invulling van deze term zodat alle ombudspersonen dit op een eenduidige wijze zouden registreren. Voorlopig hanteer ik deze definitie: *“een of beide partijen hebben een stap gezet die ze zonder de bemiddeling/tussenkoms van de ombudsdienst niet zouden hebben gezet”*

	2019
Verzoening	131
Geen verzoening	152
Aantal klachten	283

Aanbevelingen

Onderstaande aanbevelingen zijn eigen geformuleerde aanbevelingen en aanbevelingen aangereikt vanuit VVOVAZ die ik hierbij ten volle, onderschrijf

Aanbevelingen die reeds in jaarverslag 2018 werden opgenomen maar actueel blijven :

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. (zie hieronder meer uitgewerkt bij nieuwe aanbevelingen)

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

[Nieuwe aanbevelingen jaarverslag 2019:](#)

Nood aan meer financiële transparantie

Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg.

Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren.

In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen.

In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijk kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een riziv- tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden

Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete de toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstrekker (vb. het bedrag – een percentage van toeslag).

Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)

De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

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 2019 – UZ Brussel

Ombudspersoon/bemiddelaar: Tine De Coster

Ik heb als structuur voor dit verslag de richtlijnen van november 2019 van de Vlaamse Ombudsman genomen. Deze aanbevelingen bundelen 12 kwaliteitskenmerken voor een sterk en bemiddelingsgericht klachtenmanagement, dat optimaal oplossingen biedt en daar ook lessen uit trekt om de dienstverlening structureel te verbeteren.

Voor de inhoud baseer ik me echter op de wet van 2002 die de rechten van de patiënt bepaalt. Een patiënt die van mening is dat zijn rechten niet genoeg werden gerespecteerd, heeft een klachtrecht bij de ombudsdienst van het ziekenhuis. De Franstalige term (UZ Brussel krijgt heel wat Frans- en anderstalige patiënten over de vloer) geeft hier beter aan wat de taak is van een ombudsdienst (service de médiation) De patiënt kan een bemiddeling vragen met betrekking tot zijn naar zijn mening geschonden rechten.

De eerste taak van de ombudsdienst is zeer duidelijk de communicatie bevorderen tussen patiënt en zorgverlener. Ik informeer zowel de patiënt als de beroepsbeoefenaar over de welomschreven rechten en over het recht, voorzien in de wet, om klacht in te dienen bij de Ombudsdienst.

Aandachtspunten:

Klachten ontvangen

1. De ombudsdienst is vlot vindbaar en bereikbaar. UZ Brussel kreeg in 2017 een kwaliteitslabel (JCI). Ook hier wordt de nadruk gelegd op de bereikbaarheid en het vermelden wanneer en hoe de ombudsdienst kan gecontacteerd worden: opnameformulier, website, alle kamers, infoborden, ...
2. De ombudsdienst is zeker gekend binnen het UZ Brussel. Regelmatig informeer ik nieuwe medewerkers over de taken van de bemiddelaar in het kader van de rechten van de patiënt. Het is immers ook voor de zorgverleners van belang te weten wat zij van een bemiddelaar mogen verwachten.
3. Ik stel vast dat patiënten en vaak hun familieleden met zeer uiteenlopende klachten komen aankloppen terwijl de wet op de rechten van de patiënt deze rechten zeer goed definieert. Het aantal klachten dat over de rechten zelf gaat, ligt beduidend lager dan klachten die niet in het juridisch kader passen. Ter info: in 2019 kon ik 233 klachten situeren binnen het toepassingsgebied van wet “de rechten van de patiënt” tegenover de 386 die buiten deze wet vielen.

Als ombudsvrouw 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.

Klachten behandelen

4. De wet bepaalt zeer nauwkeurig hoe er met klachten die binnen het toepassingsgebied vallen, moet worden omgegaan. Bemiddeling is het sleutelwoord, als de patiënt zijn communicatiestoornis niet rechtstreeks met de zorgverlener wenst uit te praten wat steeds de eerste vraag is als een patiënt mij contacteert. 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 teneinde een oplossing te vinden die voor iedereen aanvaardbaar is.

5. De bemiddelaar contacteert de betrokken “partijen” en probeert met hun medewerking tot een oplossing te komen. Aangezien de ombudspersoon verplicht is het beroepsgeheim te respecteren, mag hij aan derden geen gegevens medelen, die de patiënt of de beroepsbeoefenaar hem toevertrouwd hebben.

6. Omdat bemiddeling over communicatie tussen patiënt en zorgverlener gaat, is het noodzakelijk om te toetsen of deze elkaar begrijpen zodat zij samen naar een oplossing kunnen zoeken. Elke bemiddeling is vertrouwelijk en vrijwillig. Gezien de relatie tussen een patiënt en een zorgverlener doorgaans gekenmerkt wordt door een heel specifieke vertrouwensband leent rechtstreekse bemiddeling zich uitstekend tot het (proberen) herstellen van deze band. Bemiddeling vraagt de actieve medewerking van zowel patiënt als beroepsbeoefenaar, idealiter in elkaars fysieke aanwezigheid en bijgevolg mondeling. Het zijn steeds de betrokkenen die zelf de oplossing vinden.

7. Elke “partij” kan op elk moment beslissen om de bemiddeling stop te zetten en een andere weg kiezen. De wet patiënten rechten bepaalt dat de bemiddelaar de patiënt informeert over andere mogelijkheden indien hij of zij geen oplossing vindt. Bij gebrek aan oplossing sluit ik het dossier.

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.

Lessen trekken

8. De wet van 2002 bepaalt dat de ombudspersoon aanbevelingen doet indien deze ziet dat bepaalde klachten terugkomen. Deze gebeuren intern aan de persoon/dienst zelf zodat zij onmiddellijk tot actie kunnen overgaan indien gewenst/noodzakelijk.

9. Het jaarverslag wordt naar de Vlaamse Ombudsman gestuurd voor 10 februari. De directie van UZ Brussel krijgt een kopie hiervan.

10. Het klachtrecht is een individueel recht van de patiënt. Bemiddeling gebeurt enkel tussen de betrokkenen en met hun medewerking.

Klachten hebben overwegend te maken met onvolkomen communicatie.

- Enerzijds stel ik vast dat de meeste klachten gaan over artikel 5, het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Een patiënt die van mening is dat hij geen goede zorgen kreeg, kan via bemiddeling de informatie krijgen die hem/haar een beter zicht geeft waarom bepaalde zorgen werden toegediend. Een patiënt die het gevoel heeft dat de zorgverlener een medische fout beging, krijgt via de bemiddeling vaak informatie die duidelijk maakt dat het in realiteit om een complicatie ging. Een nodeloze juridische procedure kan zo worden vermeden.

- Anderzijds gaan klachten ook rechtstreeks over een gebrek aan informatie (artikel 7). Ook hier biedt de bemiddeling meestal de oplossing en kan de communicatiestoornis weggewerkt worden zodat de band tussen zorgverlener en patiënt verbetert en verdiept.

Als besluit kan ik stellen dat het aantal klachten van patiënten zou kunnen verminderen als de communicatie tussen patiënten en zorgverleners efficiënter zou zijn. De wet zegt dat de patiënt recht heeft op informatie en dat de communicatie begrijpelijk en in de taal van de patiënt moet gebeuren. Bemiddeling is een instrument dat toelaat om deze communicatie bij te sturen en te verbeteren.

11. Een bespreking van de individuele dossiers met de directie gebeurt niet gezien het vertrouwelijk karakter van de bemiddeling. Enkel als er zich een probleem voordoet waarbij verschillende diensten betrokken zijn en waarbij zich een intern conflict voordoet, contacteer ik de directie hierover. Mijn persoonlijke aanbeveling is om het woord "ombudsdienst" te vervangen door "bemiddelaar".

12. Als erkend bemiddelaar volg ik de nodige bijscholingen teneinde mijn erkenning door de Federale Bemiddelingscommissie te behouden. Verder heb ik een eigen huishoudelijk reglement en respecteer ik de ethische regels vastgelegd in de gedragscode van de bemiddelaar, opgesteld door de Federale Bemiddelingscommissie. Dit komt mijn onafhankelijkheid binnen UZ Brussel ten goede.

AZ OUDENAARDE
VZW



JAARVERSLAG

OMBUDSDIENST AZ OUDENAARDE

- 01.01.2019 - 31.12.2019 -

Nelleke De Quick

1. Instellingsgebonden informatie

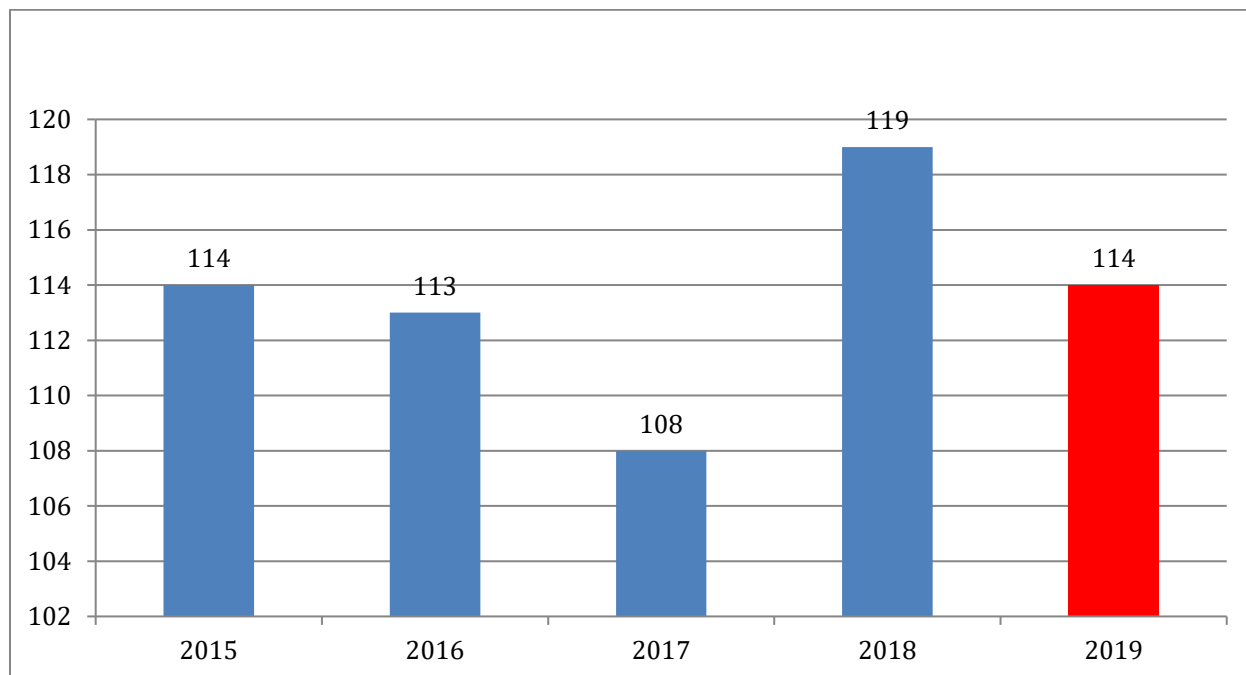
Naam van de zorginstelling	AZ Oudenaarde
Adres	Minderbroedersstraat 3 9700 Oudenaarde
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	170
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	235
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Nelleke De Quick
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/10/2015
Registratiesysteem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

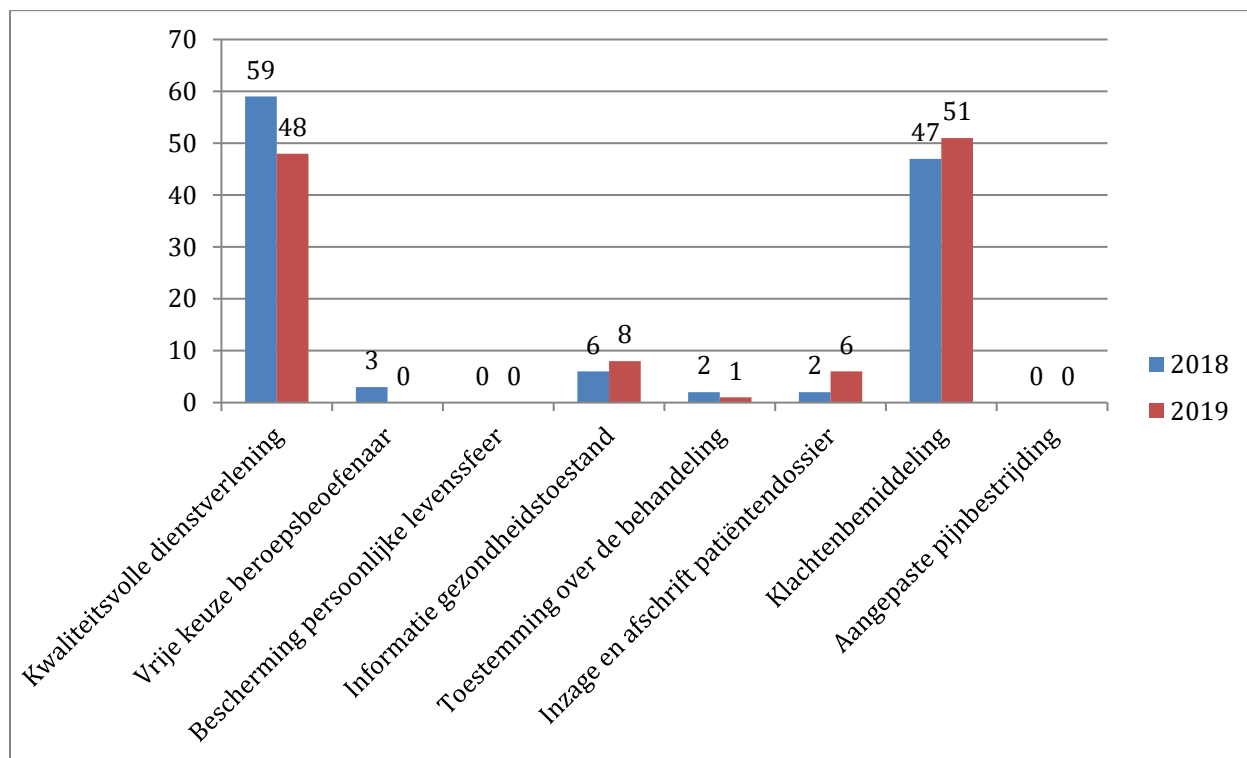


Er is sinds 2019 een lichte daling in het aantal klachten ten opzichte van 2018.

De ombudsdienst verneemt vaker dat klagers eerst met de betrokken hulpverlener of arts een gesprek voeren omtrent hun vragen of klachten en pas nadien de ombudsdienst contacteren wanneer er geen oplossing werd bereikt of zij niet voldoende antwoorden of informatie hebben gekregen.

Volgens de ombudsdienst is de daling in het aantal klachten te wijten aan de sensibilisatie naar patiënten (en familie van patiënten) toe om eerst zelf een gesprek aan te knopen met de betrokken hulpverlener of arts om misverstanden op te helderen of te corrigeren. Dit is veelal de snelste, eenvoudigste en meest constructieve oplossing.

3.2. Aantal klachten per patiëntenrecht in 2018 en 2019



3.2.1. Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening

Er werden in 2019 minder klachten omtrent het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening geuit ten opzichte van het jaar 2018.

Deze klachten gaan voornamelijk over de ontevredenheid op vlak van communicatie en bejegening tussen patiënt en arts/zorgverlener, behandeling, enz. tijdens de opname of op consultatie.

3.2.2. Recht op een vrije keuze van de beroepsbeoefenaar

In 2019 werden geen klachten geuit omtrent de ontevredenheid over een arts en de vraag om zich door een andere arts te laten opvolgen.

3.2.3. Recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Net zoals in 2018 werden in 2019 hieromtrent geen meldingen gemaakt.

3.2.4. Recht op informatie over de gezondheidstoestand

In 2019 is een heel lichte stijging merkbaar in het aantal klachten omtrent het recht op informatie over de gezondheidstoestand ten opzichte van het jaar 2018.

Patiënten of familie van patiënten zijn binnen dit luik van mening dat zij van de arts of zorgverleners onvoldoende informatie krijgen om een beeld te kunnen vormen over de gezondheidstoestand van de patiënt om zo te weten wat de toekomst zal brengen.

Daarnaast zijn deze patiënten of familieleden binnen dit luik van mening dat soms een verkeerde diagnose wordt gesteld of een medische fout wordt gemaakt. In deze gevallen wordt de arts gevraagd de klacht over te maken aan de Beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor gevolg.

3.2.5. Recht op toestemming over de behandeling

1 patiënt was in 2019 van mening dat zij onvoldoende werd geïnformeerd over de behandeling en de bijhorende kosten. Deze patiënt was niet op de hoogte dat de behandeling, in het dagziekenhuis, niet zou worden vergoed door de hospitalisatieverzekering. Indien de patiënt dit op voorhand had geweten zou deze de behandeling waarschijnlijk niet hebben laten uitvoeren.

3.2.6. Recht op inzage of afschrift van een patiëntendossier

Er werden in 2019 meer aanvragen verwerkt voor het ontvangen van een afschrift van een patiëntendossier. Sinds begin 2019 kan het 1^e afschrift uit het patiëntendossier kosteloos worden bekomen. Vermoedelijk is dit één van de redenen voor patiënten om de stap te zetten een aanvraag in te dienen. Daarnaast worden patiënten vaak door verschillende ziekenhuisdiensten rechtstreeks, en niet via de ombudsdienst, 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, het betwisten van de ziekenhuisfactuur of enkele aandachtspunten die patiënten oplijsten na hun verblijf.

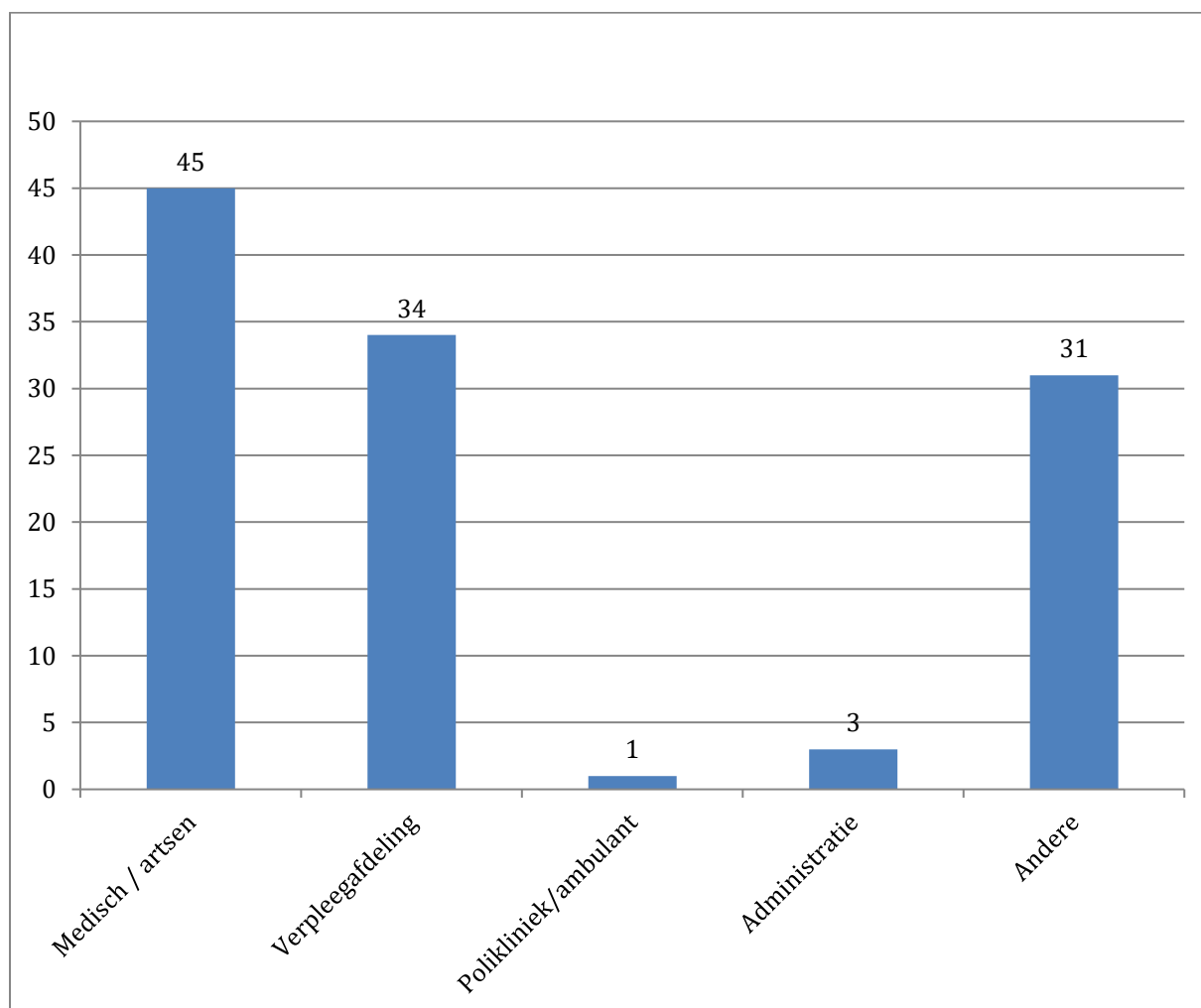
Aan elke melding werd gevolg gegeven in de vorm van :

- 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 2019

3.3. Inhoud van de klachten 2019

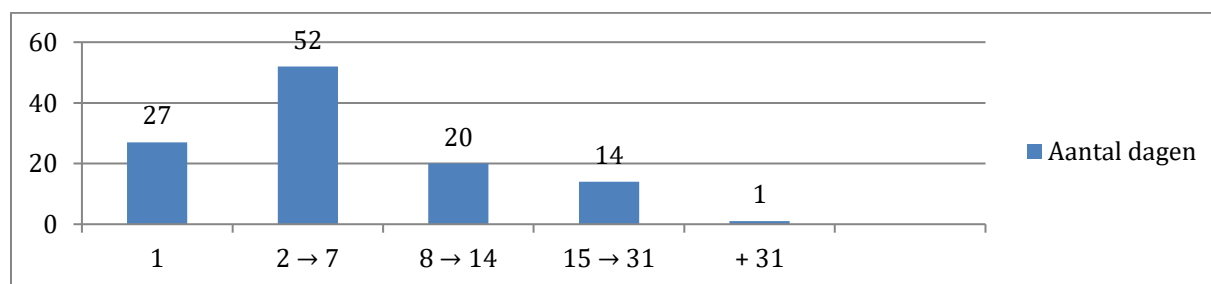


De meesten klachten in 2019 werden geuit na het contact met een arts, gevolgd door het contact met zorgverleners op een verpleegafdeling.

Patiënten of familieleden uiten hun ongenoegen over een arts of zorgverlener vaak onmiddellijk na het incident waardoor dit niet verder kan escaleren.

Vaak heeft de patiënt of familielid zelf al een poging ondernomen om het ongenoegen kenbaar te maken bij de arts of zorgverlener, maar voelt zich vaak niet genoeg gehoord. De ombudsdienst is in dit geval de laatste schakel om het vertrouwen te herstellen of misverstanden op te helderen.

3.4. Doorlooptijd van de klachten 2019



Het grootste deel van de klachten wordt afgehandeld tussen de 1 en 7 dagen.

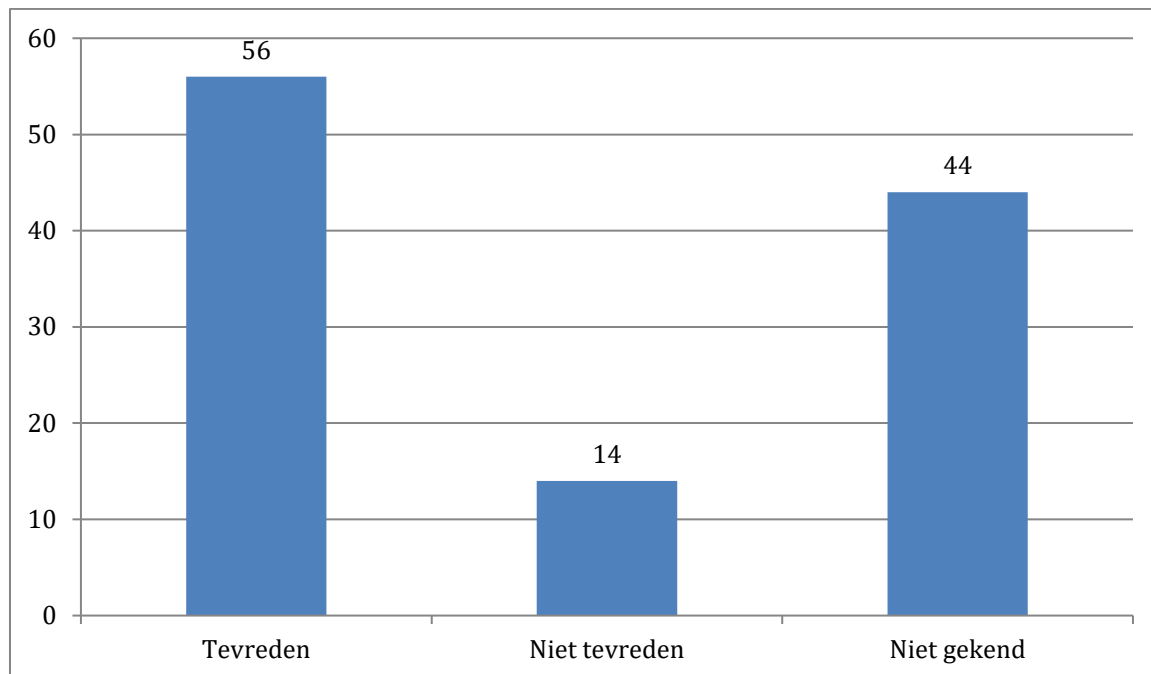
Patiënten of familie van patiënten die de klacht uiten verwachten dat er zo snel mogelijk gevolg gegeven wordt aan de klacht.

Hiervoor dient de ombudsdienst op de medewerking en het begrip van de arts of zorgverlener te rekenen om een klacht of melding snel te kunnen afhandelen.

Klachten die een langere doorlooptijd kennen zijn vaak klachtendossiers waar patiënten of familie van patiënten blijvend vragen over hebben en feedback of informatie uit de organisatie blijven betwisten. Deze worden in sommige gevallen 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 aan bij de ombudsdienst om hun ongenoegen te uiten. Tot slot blijven soms klachten langer onafgewerkt omwille van verlofperiodes.

Hiervan wordt de klager steeds op de hoogte gebracht om nog extra ongenoegen te vermijden.

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 contacten of feedback 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 2019 telkenmale aan bod kwam, was het gebrek aan een empathische bejegening van zorgverleners en artsen 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 reeds 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 uitgebreid werd besproken en in 2020 zal worden georganiseerd, zullen enkele geanonimiseerde casussen aan bod komen die de ombudsdienst gedurende de voorbije jaren 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 hieraan de nodige aandacht kan schenken en op die manier wordt vermeden dat een bepaalde ongewenste situatie zich in de toekomst zou herhalen.

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 ongenueanceerde manier en hebben zij hoge verwachtingen die niet altijd kunnen ingelost worden. Deze verwachting bemoeilijkt de klachtenbehandeling.

Wanneer patiënten of familie wordt gevraagd wat hun verwachtingen zijn met het indienen van de klacht, blijkt dit vooral het geven van een signaal te zijn.

Daarnaast wensen 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 geschraapt 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. Soms versterkt dit het ongenoegen, in andere gevallen leggen patiënten zich neer bij het standpunt en appreciëren zij de ondernomen stappen.

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 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 zodat 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 - ASZ Aalst - activiteiten 2019

Dit jaarverslag geeft een overzicht van de klachten die in de loop van het jaar 2019 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 2018 werden er 3.364 klachtendossiers ingediend, in 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.

In 2019 werden er **3.611** 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: 196 klachten mbt. de wet rechten van de patiënt en 3.415 dossiers mbt. de administratieve werking of de organisatie van de instelling: meer bepaald 3.350 dossiers mbt. de facturatie en 65 klachten mbt. de organisatie.

Hieronder bekijken we opgesplitst 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, in totaal 3.305 worden buiten beschouwing gelaten. De meeste klachten die betrekking hebben op de facturatie worden door de mutualiteit en op schriftelijke wijze ingediend. De laatste jaren worden deze klachten meestal per e-mail ingediend waarbij de mutualiteit in één e-mail een aantal aanrekeningen betwist.

Indeling van de klachten per campus

Vooreerst zijn we gaan kijken hoeveel klachten er per campus worden ingediend:

CA	252
CG	41
CW	13

We zien dat de meeste klachten betrekking hebben op campus Aalst.

Het aantal klachten kan als volgt worden opgesplitst:

CA: 165 klachten mbt. de rechten van de patiënt en 87 klachten mbt. de organisatie

CG: 23 klachten mbt de rechten van de patiënt en 18 klachten mbt. de organisatie.

CW: 8 klachten mbt. de 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 zelf verkiest heeft als doel om de drempel om zich tot de ombudsdienst te wenden zo laag mogelijk te houden.

	schriftelijk	telefonisch	mondeling
CA	142	69	41
CG	27	13	1
CW	9	4	0

We zien dat de meeste klachten schriftelijk worden ingediend. Daarenboven is het zo dat de laatste jaren de klachten per e-mail worden ingediend .

Tijdstip van 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 ontslag uit het ziekenhuis of pas na het ontvangen van de factuur.

	tijdens verblijf	na ontslag	na factuur
CA	51	190	11
CG	5	34	2
CW	2	11	0

We zien dat de meeste klachten op de drie campï worden ingediend na het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. Een aantal mensen hebben nog steeds schrik om een klacht in te dienen tijdens hun verblijf, uit vrees voor een reactie van de persoon tegen wie de klacht is gericht. Het gebeurt dat de klacht al wordt ingediend tijdens de opname, maar expliciet gevraagd wordt om de klacht te onderzoeken en de betrokken persoon aan te spreken op het moment dat de patiënt het ziekenhuis verlaten heeft. Dit is spijtig want het gaat vaak om een misverstand of en 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 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	129	16	107
CG	25	1	15
CW	7	3	3

De indiener van de klacht

We zijn ook gaan kijken wie e klacht heeft ingediend: de patiënt zelf, familie, mutualiteit, rustoord enz..

	patiënt	familie	mutualiteit	rustoord	thuisvpk
CA	131	111	5	4	1
CG	18	21	2	0	0
CW	10	3	0	0	0

We zien dat de meeste klachten door de patiënt zelf of een familielid worden ingediend. In uitzonderlijke gevallen wordt de klacht door een medewerker van het rustoord, thuisverpleegkundige of 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.

1. Klachten op basis van de “wet betreffende de rechten van de patiënt”

Er werden in totaal over de drie campi 196 klachtendossiers ingediend mbt de “wet rechten van de patiënt”. Uitgesplitst per campus geeft dit het volgende resultaat:

CA	165
CG	23
CW	8

A) Klachten mbt. het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

Deze klachten hebben betrekking op de verzorging/bejegening door de zorgverleners.

Totaal: 168 klachten

CA	141
CG	20
CW	7

B) Klachten mbt het recht op de vrije keuze van beroepsbeoefenaar

Totaal: 0

C) Klachten mbt het recht op informatie

Totaal: 25 klachten

CA	23
CG	1
CW	1

D) Klachten mbt het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Totaal: 2 klachtendossiers

CA	1
CG	1
CW	0

E) Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

Totaal: 1 klachtendossier

CA	0
CG	1
CW	0

II. Klachten over de administratieve werking of de organisatie van de instelling.

Gezien er in totaal 3.611 klachtendossiers werden ingediend en er hiervan 196 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 3.415 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 campus betrekking op de facturatie nl. in totaal gaat dit om **3.305** klachtendossiers.

Daarnaast zijn er nog klachten die betrekking hebben op de maaltijden, wachttijden, bejegening enz. Dit gaat in totaal om 110 klachten.

	CA	CG	CW
sluiting cafetaria	7	0	0
kwaliteit broodjes automaat	1	0	0
parking	3	0	1
roken aan ingang	2	0	0
toegankelijkheid mindervaliden	1	0	0
consult op voorhand betalen	1	0	0
verkeerde naam huisarts	1	0	0
geen klevers via kiosk	2	0	0
verkeerde patiëntenklever	1	0	0
verkeerd adres	1	0	0
ziekenvervoer	4	6	0
bekomen attest	3	2	0
toegang elektronisch dossier	1	0	0
gewenste kamer niet vrij	4	0	0
accommodatie kamer	4	0	1
hinder medepatiënt	1	0	0

maaltijden	2	1	1
lawaaihinder 's nachts	1	0	0
hygiëne kamer	3	0	0
bejegening onthaal	6	2	1
bejegening secretariaat	8	1	1
doorsturen BZ	1	0	0
tel bereikbaarheid secretariaat	2	1	0
wachttijd spoed	3	0	0
wachttijd consultatie	2	0	0
wachttijd inschrijvingen	3	0	0
wachttijd ontslagdocumenten	1	0	0
onderzoek RX niet doorgegaan	5	0	0
beelden RX niet beschikbaar	1	0	0
ingreep niet kunnen doorgaan	1	0	0
familie niet op spoed	3	1	0
fam niet verwittigd opname spoed	0	1	0
fam niet verwittigd transfert IZ	0	1	0
signalisatie spoed	0	1	0
transfert zonder info fam	1	0	0
ontslaguur	1	0	0
geen afspraak kunnen krijgen	1	0	0
hygiëne consuktaties	2	0	0
verloren voorwerpen	1	0	0

bloedstaal verloren	0	1	0
thuismedicatie moeten gaan halen	0	1	0
kwaliteit naalden	1	0	0

Afschriften patiëntendossiers

Daarnaast werden er in 2019 door de ombudsdienst 108 aanvragen ontvangen voor het bekomen van een afschrift van een patiëntendossier. Dit betreft geen echte klachten, maar de ombudsdienst speelt hierbij een coördinerende rol van het verzamelen van de gevraagde gegevens tot het bezorgen ervan aan de patiënt.

Er werden in 2019 ook 6 aanvragen ontvangen voor het inkijken van een dossier van een overleden patiënt; Ook deze procedure “onrechtstreeks inzagerecht door een door de verzoeker aangestelde beroepsbeoefenaar” wordt door de ombudsdienst mede begeleid.

Aanbevelingen

Het merendeel van de klachten is het gevolg van geen -of een gebrekkige communicatie. Heel wat klachten zijn te voorkomen of eenvoudig op te lossen door een duidelijke communicatie en dit ivm. alle aspecten van de zorg. Dus niet alleen mbt. de behandeling en de eventuele alternatieven, maar zeker ook over de kostprijs. Dit laatste blijkt uit het aantal facturatieklachten. Er dient dus een duidelijke communicatie te gebeuren waarbij ook de manier van communiceren belangrijk is. Men mag niet vergeten dat een onderzoek en zeker een opname in een ziekenhuis voor de patiënt en zijn familie heel wat stress met zich meebrengt.

Men dient te communiceren en de patiënt te bejegenen op de manier zoals men zelf zou willen behandeld worden. Het zou niet slecht zijn om zich eens te verplaatsen in de patiënt.

Verder dient er zeker gecommuniceerd te worden op het moment dat er zich een complicatie voordoet. Een open communicatie is hier zeker belangrijk. Vaak zien we dat in dergelijke gevallen de communicatie vermindert of zelfs wegvalt wat door de patiënt en/of familie wordt geïnterpreteerd als dat er een medische fout is gebeurd. Het gebeurt dat de ene zorgverstrekker met als doel zichzelf uit de wind te zetten, dingen zegt waardoor een andere zorgverstrekker in een slecht daglicht wordt geplaatst. Dit alles maakt het voor de patiënt des te verwarrender.

Een open, eerlijke en duidelijke communicatie is steeds cruciaal.

Een ander belangrijk punt is dat wanneer de ombudsdienst na het ontvangen van een klacht de betrokken persoon contacteert met vraag naar zijn of haar standpunt /verduidelijking er gevolg wordt gegeven aan deze vraag. Nu dienen er vaak meerdere herinneringen te worden gestuurd vooraleer een antwoord wordt ontvangen. Men mag niet vergeten dat hoe langer het duurt vooraleer de klager een antwoord ontvangt dit zijn ongenoegen alleen maar versterkt. Naast het probleem van het niet tijdig antwoorden op een vraag tot verduidelijking is het vaak ook zo dat er aan de ombudsdienst een antwoord wordt gegeven waarmee niets kan worden aangevangen. Vaak wordt in dit antwoord het ongenoegen over de patiënt en /of familie geuit en worden deze “als zeer

moeilijk” bestempeld. Men moet een klacht aanzien als een middel om de kwaliteit te verbeteren en niet dadelijk in het verweer gaan.

Een ander belangrijk punt is de problematiek rond het ziekenvervoer. Een aantal klachten die de ombudsdienst mocht ontvangen hebben betrekking op de soms zeer hoge facturen voor het ziekenvervoer wanneer een patiënt getransfereerd wordt naar een ander ziekenhuis. Deze vervoeren vallen ten laste van de patiënt. Enkel vervoeren tussen de drie campi vallen ten laste van het ziekenhuis. In de mate van het mogelijke zou men de patiënt moeten informeren dat dergelijke vervoeren ten zijnen laste zijn. Wanneer het gaat om een niet -dringend vervoer dient men dit vervoer altijd aan te vragen via Mutas, zodat de patiënt kan genieten van een tussenkomst van zijn mutualiteit.

Ann Hoviele

Ombudspersoon

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

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

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Jan Portaels (AZJP)
Adres	Gendarmeriestraat 65, 1800 Vilvoorde
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	204
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	406
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Sofie Peumans
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1 januari 2008
Bestaffing	80%

Lokalisatie dienst	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.
Registratiesysteem	Infoland VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Infoland, te controleren voor 24/6/2022
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Geen in 2019
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Geen in 2019
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<p>De rol van de ombudsdienst in het AZIP is ruimer dan omschreven in het mandaat KB8/7/2003.</p> <p>De interne klachtenprocedure verduidelijkt welke klachten door de ombudsdienst behandeld worden, dit wordt niet beperkt tot klachten met betrekking tot de rechten van de patiënt.</p> <p><i>Klacht:</i> <i>Iedere uiting van ongenoegen of ontevredenheid met een behandeling of bejegening die door de betrokkene (klager) als onjuist wordt ervaren of iedere uiting van ongenoegen of ontevredenheid betreffende het zorgproces van patiënten in het ziekenhuis.</i> <i>Dit vanaf het moment van het maken van een afspraak of het verkrijgen van informatie, tot het moment van ontslag uit onze instelling en alles wat hierop betrekking heeft (aanrekening van het bezoek, facturatie).</i></p> <p>Er wordt een onderscheid gemaakt tussen informele en formele klachten. De formele klachten worden door de ombudsdienst behandeld.</p> <p><i>Iedere mondelinge klacht die de eigen dienst of het eigen werkdomein van de ziekenhuismedewerker of ziekenhuisarts niet overstijgt..</i></p>

Naast het behandelen van individuele klachten heeft de ombudsvrouw intern nog taken:

- In het kader van klachtenpreventie geeft de ombudsvrouw vorming: onthaalmoment met nieuwe medewerkers (alle disciplines die met patiënten in aanraking komen), vorming over rechten van de patiënt, privacy en vormingen op vraag (o.a. in 2017 vorming gegeven in het AZJP aan vertegenwoordigers van rust- en verzorgingstehuizen over vertegenwoordiging en over hoe belangrijk dit is in het kader van de rechten van de patiënt).
- Deelname aan de werkgroep kwaliteit en patiëntveiligheid: op frequente basis komt deze werkgroep samen om de incidenten met betrekking tot patiëntveiligheid te bespreken alsook andere aspecten rond kwaliteitsvolle dienstverlening. Belangrijk: de ombudspersoon zit hier vanuit haar rol. Er worden geen gegevens of informatie met betrekking tot individuele klachten uitgewisseld tenzij op vraag van de klager zelf. De ombudsvrouw is hier aanwezig om structureel (en dus anoniem) zaken aan te kaarten, op de hoogte te zijn van bepaalde acties rond kwaliteit en om input te geven vanuit de kennis van de ombudsdienst alsook de wetgeving.
- De ombudsdienst zelf informeert patiënten over de stand van zaken met betrekking tot een verzekeringsdossier dat lopende is bij het AZJP, indien de oorspronkelijke klacht via de ombudsdienst is gepasseerd. De ombudsdienst zelf houdt zich verder niet bezig met de verzekeringsdossiers om zo haar neutrale en afhankelijke houding te kunnen bewaken.
- Afschriften van patiëntendossiers worden administratief (de uitvoering van het zoeken en bezorgen van afschriften) niet uitgevoerd door de ombudsvrouw. Deze uitvoerende administratieve taak heeft niets met het ombudswerk te maken. Dit dient uitgevoerd te worden door administratief personeel dat de uitdrukkelijke goedkeuring heeft tot toegang tot patiëntengegevens.

Omwille van de evaluatie en aanpassingen van de procedure ter verkrijging van een patiëntendossier door de hoofdarts (met input van de ombudsvrouw), werd beslist dat de ombudsvrouw tijdelijk de correctheid van bepaalde aanvragen dubbel checkt (preventief-klachten voorkomend). In 2018 wordt echter voorzien dat het diensthoofd van het medisch archief volledig deze taken op zich neemt. De ombudsdienst kan zich dan beperken tot haar 'core business' (informereren over en behandelen van klachten m.b.t. inzage en afschrift).

- De ombudsvrouw heeft op regelmatige basis overleg met directieleden. Met de zorgdirecteur en met de hoofdarts is dit op frequente basis. Bij de andere directieleden is dit op vraag van de ombudsdienst, wanneer de ombudsvrouw dit noodzakelijk acht.

De ombudsvrouw kaart tijdens deze overlegmomenten structurele aspecten aan (preventief of curatief). In uitzonderlijke situaties (nood breekt wet), wanneer een individuele zorgverstreker herhaaldelijk naar voren komt in klachtendossiers en dit met duidelijke nadelen voor de patiënten, zal wel gesproken worden over de individuele zorgverstreker met leidinggevende en/of betrokken

	<p>directeur. Er wordt getracht om dit weloverwogen en zo transparant mogelijk te doen.</p> <p>Het frequente overleg met hoofdarts en zorgdirecteur is noodzakelijk omdat de meeste structurele aspecten hun departement betreffen. De ombudsvrouw wacht niet op het jaarverslag om dergelijke aspecten aan te kaarten, maar probeert kort op de bal te spelen.</p> <p><i>Voorbeeld: op korte termijn komen plots gelijkaardige klachten van een welbepaalde zorgafdeling op de ombudsdienst binnen, die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg. Bij het behandelen van de klachten blijken organisatorische aspecten een rol te spelen die zowel betrekking hebben op het medisch departement als het zorgdepartement. De betrokkenen in de hiërarchie die hier invloed op kunnen uitoefenen worden hierover geïnformeerd om zo verdere klachten in de toekomst te vermijden.</i></p>
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Vooraleer u de Ombudsdienst contacteert, is het aangewezen dat u het probleem eerst bespreekt of probeert te bespreken met de betrokken persoon of dienst.</p> <p>Indien dit geen resultaat oplevert stelt de Ombudsdienst een dossier samen en vraagt de betrokken dienst of persoon om uitleg en brengt u hiervan op de hoogte.</p> <p>Bij het onderzoek van uw klacht gelden alle wettelijk bepaalde regels zoals privacy, beroepsgeheim, patiëntenrechten, ... en de interne reglementen en procedures van het ziekenhuis.</p>

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten die door de ombudsdienst worden aangeleverd?

Wanneer onder 'de organisatie' het beleid (en dus het management) wordt verstaan, dan kan algemeen gesteld worden dat men signalen van structurele aard door de ombudsdienst zal oppikken en vertalen naar de praktijk.

AZJP is een regionaal ziekenhuis wat betekent dat de ombudsdienst gemakkelijk toegang heeft tot het hiërarchisch hoogste niveau (dit ligt anders bij grote universitaire ziekenhuizen). Het is logisch dat de ombudsvrouw vooral te maken krijgt met het zorgdepartement en de medische directie. Daarnaast spelen het financiële departement en natuurlijk de algemene directie een belangrijke rol. De departementen IT en technische en logistieke directie worden eerder sporadisch rechtstreeks geconsulteerd door de ombudsdienst. Natuurlijk worden de betrokken diensthoofden binnen de respectievelijke departementen op voorhand gevraagd om hun advies en inschatting te geven als experts binnen hun vak.

Eenzijds worden structurele zaken aangekaart in rechtstreeks overleg met de betrokken directeur en zijn/haar diensthoofden of managers. Anderzijds wordt dit mee gekanaliseerd binnen de dienst kwaliteit en patiëntveiligheid. Dit gebeurt op diverse momenten doorheen het jaar, op het moment dat de ombudsdienst inschat dat dit nodig is of wanneer de ombudsdienst geconsulteerd wordt met betrekking tot een structureel probleem dat zich stelt.

De wijze waarop er wordt omgegaan met de structurele signalen van de ombudsdienst varieert van directie tot directie en van onderwerp tot onderwerp. Dit heeft te maken met de graad van ernst, met beleidsprioriteiten en met de tijd en voorwaarden die nodig zijn om een probleem dat zich stelt op te lossen. De ombudsvrouw blijft de aangehaalde structurele aspecten en wat daar mee gebeurt (de verbeteracties) opvolgen.

Voorbeeld van werkwijze: de vaststelling wordt gedaan dat zowel op de Facturatiedienst als op de Ombudsdienst opvallend veel klachten binnen komen met betrekking tot een supplement dat aangerekend wordt. De aanrekening van het supplement blijkt conform de wetgeving te zijn, maar de klagers geven aan hiervan op voorhand niet voldoende geïnformeerd te zijn.

Volgende diensthoofden worden door de ombudsdienst geconsulteerd: diensthoofd facturatie, diensthoofd van het medisch specialisme, diensthoofd secretariaat van het medisch specialisme en de medische directeur. Er vindt ook een overleg plaats tussen de medische directeur, diensthoofd medische discipline en de ombudsvrouw. De ombudsvrouw gaat verder op ontdekking op welke momenten de patiënt al dan niet geïnformeerd wordt over dit supplement. Uit dit onderzoek blijkt dat de patiënt informatie krijgt op de website en in de wachtkamer. Volgens 'de letter' van de wet is dit voldoende, echter de praktijk toont aan dat dit niet werkt. Er wordt beslist dat het secretariaat van deze dienst bij iedere persoonlijke en telefonische boeking duidelijk vermeldt dat er een supplement wordt aangerekend en dat men, indien men hierover uitgebreidere informatie wenst, doorgeschakeld kan worden naar de Facturatiedienst.

Gevolg= klachten met betrekking tot dit thema nemen af.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

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

--

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst : totaal aantal meldingen : 344	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	253
Aantal infodossiers	83
Aantal pro actieve dossiers	27
Aantal opvragingen patiëntendossier	7 + 499 via archief
Aantal 'andere'	3

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)*	66
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	21
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	3
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)	1
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	159
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Klachtenratio : 0.097%	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
<u>Doorlooptijd klachtendossiers van het moment van registratie op de ombudsdienst tot dag van afhandeling(2019)</u>	

	2019
<= 1dag	86
2-10 dagen	65
11-20 dagen	22
21-30 dagen	33
31- 60 dagen	23
61-90 dagen	8
>90	4
	14 dossiers nog niet afgesloten op het moment van opmaak jaarverslag

Het betreft hier de doorlooptijd van alle klachtendossiers geopend en gesloten in 2019 (dus exclusief informatie en proactieve dossiers).

Verwachtingen van de klager bij het melden van een klacht bij de ombudsdienst in 2019 (per dossier kunnen meerdere verwachtingen aangegeven worden)

Verwachting van de klager bij aanmelding	2019
Signaal	86
Oplossing	61
Informatie	26
Luisterend oor	56
bemiddeling	42
Financieel akkoord	93
schadeclaim	10
Correctie factuur	44

Aanbevelingen

✓

✓

✓

✓

✓

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

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Sint-Elisabeth ziekenhuis 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 hoofgebouw op de eerste verdieping
Registratiesysteem	iProva (Infoland)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum 24 november 2016, raadpleegbaar op intranet en de website van het ziekenhuis
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> - Basisopleiding “bemiddelaar” van VVOVAZ in 2017 door Anouk Moors en in samenwerking met MEDIV - Tweedaagse van VVOVAZ 16-17 november 2016 “<i>hou je vast bemiddelaar</i>”
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> - Beroepsgeheim – E17 netwerk – 22 januari 2019 - Waarden en ethiek – Triverius – 26 februari 2019 - Vernieuwingen in de tegemoetkomingen en sociale voorzieningen – E17 netwerk – 4 juni 2019 - Partnergeweld – Soroptimist – 20 november 2019 - Agressie – SEZZ – 27 november 2019 - Fonds medische ongevallen – RIZIV – 28 november 2019
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen. - Het bemiddelen bij klachten met het oog op het bereiken van een oplossing - Het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht en/of informeren over eventuele alternatieve mogelijkheden - Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie - Het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten - Het registreren van klachten en het opmaken van een jaarverslag.

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Klachten kunnen op verschillende manieren de ombudspersoon bereiken :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Op de website is een invulformulier ter beschikking t.a.v. de ombudsdienst - Rechtstreeks via mail - Schriftelijke klachten (brieven) gericht aan de ombudspersoon - Telefonische klachten aan de ombudsdienst - Mondelinge klachten van patiënten opgenomen op een afdeling of klachten welke aan de receptie worden geuit, worden naar de ombudsdienst doorgestuurd voor eventueel persoonlijk contact. - De patiënt kan ook zijn ontevredenheid uiten d.m.v. de tevredenheidsmeting. Bij de enquêteformulieren die voldoende gespecificeerd zijn (naar patiëntnaam en beroepsbeoefenaar) kan het initiatief genomen dit verder als klacht te behandelen indien de patiënt hierom vraagt. - 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 <p>Het verdere traject staat beschreven op pagina 4.</p>
---	---

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

De klachten worden geregistreerd in het meldsysteem door de ombudsdienst en per kwartaal besproken op de stuurgroep 'klachten'. Hieraan nemen deel: de algemeen directeur, de verpleegkundig directeur, de hoofdarts, de juridische dienst, de kwaliteitscoördinator en de ombudspersoon. Deze stuurgroep maakt een analyse van ontvangen klachten en formuleert verbetervoorstellen of preventieve maatregelen ter herhaling van klachten en tekortkomingen.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

- Bij het uiten van een klacht wordt de klager geïnformeerd over patiëntenrechten, de procedure en/of mogelijkheden van afhandeling van de klacht.
- De betrokken beroepsbeoefenaar of verantwoordelijke directeur krijgt namens ombudsdienst (via mail of telefonisch) de mededeling dat een klacht werd ingediend.
 - Indien de klager zijn klacht uit tegenover een arts wordt de arts daarvan op de hoogte gesteld, alsook de hoofdarts.
 - Indien de klager zijn klacht uit tegenover de een verpleegkundige, paramedicus,... wordt de hoofdverpleegkundige van de betrokken afdeling, de zorgmanager en de verpleegkundig directeur daarvan op de hoogte gesteld.
 - Bij klachten aangaande de dienstverlening van medewerkers of voorzieningen en diensten m.b.t. het administratief, facilitair of een ander departement wordt de directe leidinggevende en departementsdirecteur op de hoogte gesteld.
 - Schadegevallen waarbij tussenkomst van bv. de verzekering wordt gevraagd, worden behandeld zoals omschreven in de procedure 'schadedossiers'
- De ombudspersoon verzamelt informatie en onderzoekt de feiten die door de klager worden aangeklaagd.
- De ombudspersoon poogt een voor alle partijen haalbare oplossing te bereiken en houdt beide partijen op de hoogte (schriftelijk of mondeling) over het resultaat van de bemiddeling.

De ombudspersoon kan ter afhandeling van de klacht beide partijen stimuleren tot rechtstreekse communicatie met mekaar. De ombudspersoon kan beide partijen samenbrengen voor een gesprek en, op vraag van één van de partijen, als bemiddelaar 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	348
Aantal klachtendossiers	167
Aantal infodossiers	93
Aantal pro actieve dossiers	2
Aantal opvragingen patiëntendossier	85
Aantal 'andere'	5

Aantal klachten niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	149
Aantal klachten t.a.v. de rechten van de patiënt	18

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)	6
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	1
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	/
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	0
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	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:*

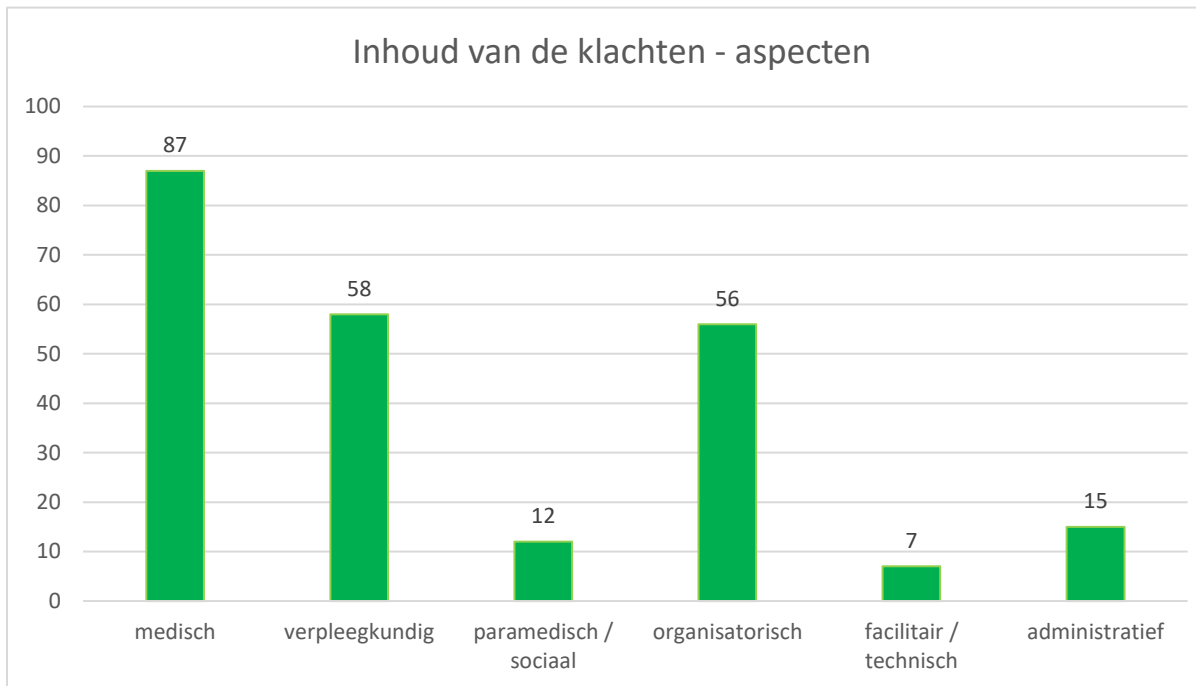
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de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

Actie i.k.v. de Dag van de Patiëntenrechten – 18 april 2019	
Campagne i.v.m. zowel de rechten als de plichten van de patiënt	
<h2>GOEDE AFSPRAKEN</h2> <p>Tijdens uw verblijf komt u in contact met verschillende zorgverleners. Samen doen ze dag en nacht hun best om een deskundige behandeling en een goede verzorging te geven. Goede afspraken zorgen voor vertrouwen en openheid tussen de zorgverlener en u als patiënt.</p> 	
RECHTEN PATIËNT	PLICHTEN PATIËNT
<p> KWALITEITSVOLLE ZORG De zorgverlener biedt u kwaliteitsvolle zorg.</p> <p> DUIDELIJKE EN VOLLEDIGE INFO De zorgverlener geeft u duidelijke en volledige informatie.</p> <p> PRIVACY De zorgverlener respecteert uw privacy.</p> <p> PATIËNTENDOSSIER U heeft via de ombudsdienst toegang tot uw patiëntendossier.</p> <p> KEUZE ZORGVERLENER Als patiënt kiest u vrij uw zorgverlener.</p> <p> TOESTEMMING BEHANDELING U geeft toestemming voor een behandeling.</p> <p> OMBUDSDIENST U kunt terecht bij de ombudsdienst voor opmerkingen, vragen, suggesties of klachten. Meer informatie: www.sezz.be, www.patiëntenrechten.be of ombudsdienst@sezz.be.</p>	<p> CORRECT IDENTIFICEREN Gelieve uw identiteitskaart altijd mee te brengen naar raadpleging of opname.</p> <p> AAN ZORG HANGT EEN PRIJSCAART U bent verantwoordelijk voor de betaling van de kosten.</p> <p> MEDEWERKING VERLENEN Wees eerlijk over uw gezondheidstoestand.</p> <p> HUISREGLEMENT Gelieve de bezoeken te respecteren. Er geldt een algemeen rookverbod in het ziekenhuis.</p> <p> RESPECT Fatsoen en wederzijds respect staan centraal in dit ziekenhuis.</p> <p> ZORG DRAGEN VOOR HET MATERIEEL</p> <p> FILMEN EN FOTOGRAFEREN Het filmen en fotograferen van andere patiënten is niet toegestaan. Ziekenhuismedewerkers mogen enkel gefotografeerd of in beeld gebracht worden met toestemming van de medewerker.</p>

Aantal klachten

167

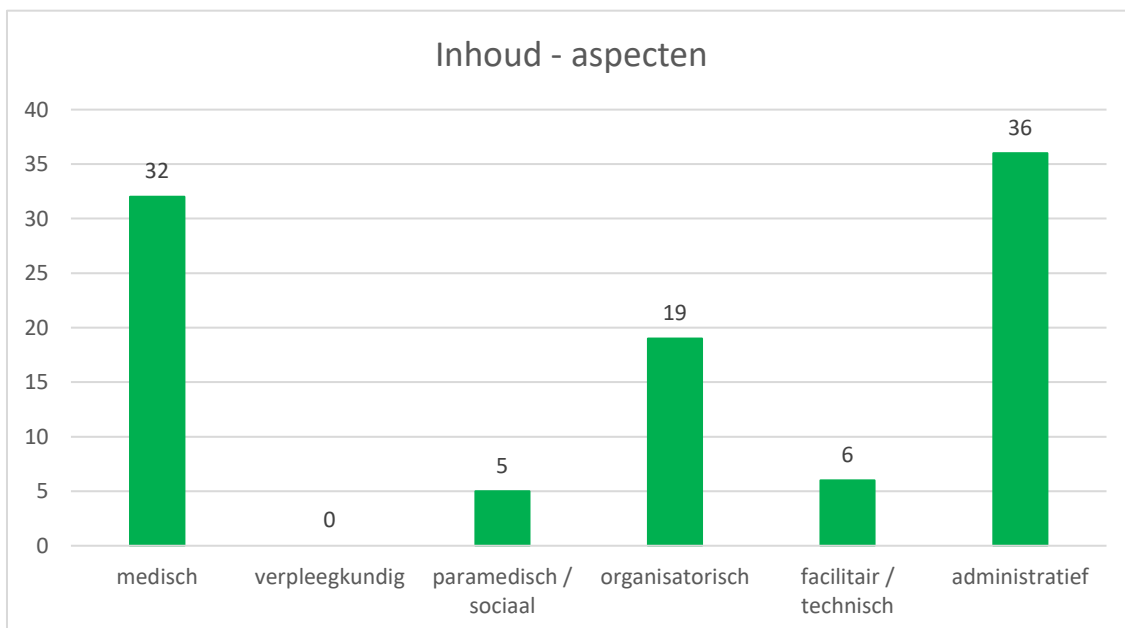
Inhoud van de klachten



Aantal meldingen gerelateerd aan opvragen van informatie

93

Inhoud van de gevraagde informatie



Algemene bevindingen

- ✓ Aanvraag tot inzage/afschrift patiëntendossier:
Ondanks dat patiënten gewezen worden op de mogelijkheid om zelf hun patiëntendossier digitaal te raadplegen en desgewenst te printen, wordt nog regelmatig een papieren versie van het patiëntendossier opgevraagd, vaak via het contactformulier 'ombudsdienst' op de website van het ziekenhuis. Wanneer door de ombudspersoon gevraagd wordt om het formulier 'Aanvraag tot inzage/afschrift patiëntendossier' in te vullen en een kopie van de ID-kaart te bezorgen, wordt niet meer gereageerd.

- ✓ Ziekenvervoer:
Vooral bij inter ziekenhuis vervoer kan de factuur hoog oplopen, terwijl de mutualiteit en de verzekering niet tussenkomen in de kosten. De mutualiteiten geven bovendien niet altijd de juiste informatie door aan hun cliënten. Ziekenhuismedewerkers zijn vaak niet op de hoogte van de hoge kostprijs van het ziekenvervoer en kunnen niet de juiste informatie doorgeven aan de patiënten.

- ✓ Wachttijden op spoed:
De spoedopname wordt veelal gebruikt als een vervangend consult bij de huisarts. Als gevolg hiervan worden lange wachttijden gemeld aan de ombudspersoon.

Jaarverslag van de ombudsdienst van Revalidatieziekenhuis RevArte
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Vóór 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	------------------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Revalidatieziekenhuis RevArte
Adres	Drie Eikenstraat 659 – 2650 Edegem
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	236
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Categoriaal ziekenhuis
Aantal bedden	194 (142 Sp-bedden en 52 G-bedden) + 6 plaatsen in geriatisch dagziekenhuis
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Van den Putte Lutgarde
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	19/05/2014
Bestaffing	1 ombudspersoon

Lokalisatie dienst	Gelijkvloers, gang-administratie (B-vleugel)
Registratiesysteem	Eigen systeem (Excel)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	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	<p>-VVOVAZ: Algemene vergadering op 15/03/2019 te Brussel <i>Met o.a. bespreking van de provinciale werking, jaarplanning. Bij het vormingsgedeelte was er de interessante voordracht "De patiënt als consument" door Dhr. D. Fornaciari (jurist bij AZ Delta).</i></p> <p>-VVOVAZ - Terugkomdag Bemiddeling op 22/10/2019 te GZA St. Vincentius, Antwerpen. <i>Mevr. A. Moors (MEDIV) nam ons mee in een leertraject inzake het "omgaan met uitdagende situaties in bemiddeling". Een handige fiche werd als tool aangereikt.</i></p> <p>-Netwerk klachtenmanagement: Seminarie op 5/11/2019 "Op weg naar een klachtenmanagement 2.0", Brussel, georganiseerd door de Vlaamse Overheid/Vlaamse Ombudsdienst. <i>Dhr. Chris Nestor (Vlaamse Ombudsdienst) stelde een nieuwe versie van de servicemeter voor kwaliteitsvolle klachtenbehandeling voor. Verder kwamen er inspirerende praktijkvoorbeelden aan bod (bijv. een sterk klachtenrapport met echte kernanalyse; het inzetten van vakkennis en empathie om bemiddelingsresultaten te behalen). Finale toelichting werd gegeven door de Vlaamse ombudsman, dhr. Weekers.</i></p>
Bijkomende vormingen, lezingen... in betrokken kalenderjaar	<p>-4 x provinciaal overleg VVOVAZ prov. Antwerpen:</p> <p>°di. 19/02/2019 in Revalidatieziekenhuis RevArte te Edegem</p> <p>°di. 21/05/2019 in AZ St. Maarten te Mechelen</p> <p>°do. 26/09/2019 in AZ GZA St. Augustinus te Wilrijk</p> <p>°do. 5/12/2019 in AZ H. Hart te Lier</p>
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling, louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer? Ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiënten dossier); preventieve opdracht..)</i>	<p>-Behandeling van melding/klachten i.v.m. de wet op de patiëntenrechten dd. 22/08/2002</p> <p>alsook:</p> <p>-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.</p>

	<p>kamercomfort, parking, lawaai-hinder), en organisatorische aspecten (bijv. afsprakenregeling, ontslagregeling, opnameregeling, wachttijden...);</p> <p>-begeleiding inzage/afschrift patiëntendossier.</p>
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>-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/ .</p>

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

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

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

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

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

-De ombudspersoon volgt het **traject**, zoals omschreven in het Huishoudelijk Reglement van de ombudsdienst dd. 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 2019.

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 onpartijdigheid 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: 143 dossiers; waarvan 80 gerelateerd aan de wet op de patiëntenrechten.
Aantal infodossiers	11
Aantal verzoeningsdossiers	15
Aantal pro actieve dossiers	6
Aantal opvragingen patiëntendossier	Zie verder.
Aantal 'andere'	Van de 143 dossiers waren er 53 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)*	24
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)**	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)	13
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	40
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

Rechten van de patiënt:

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

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

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

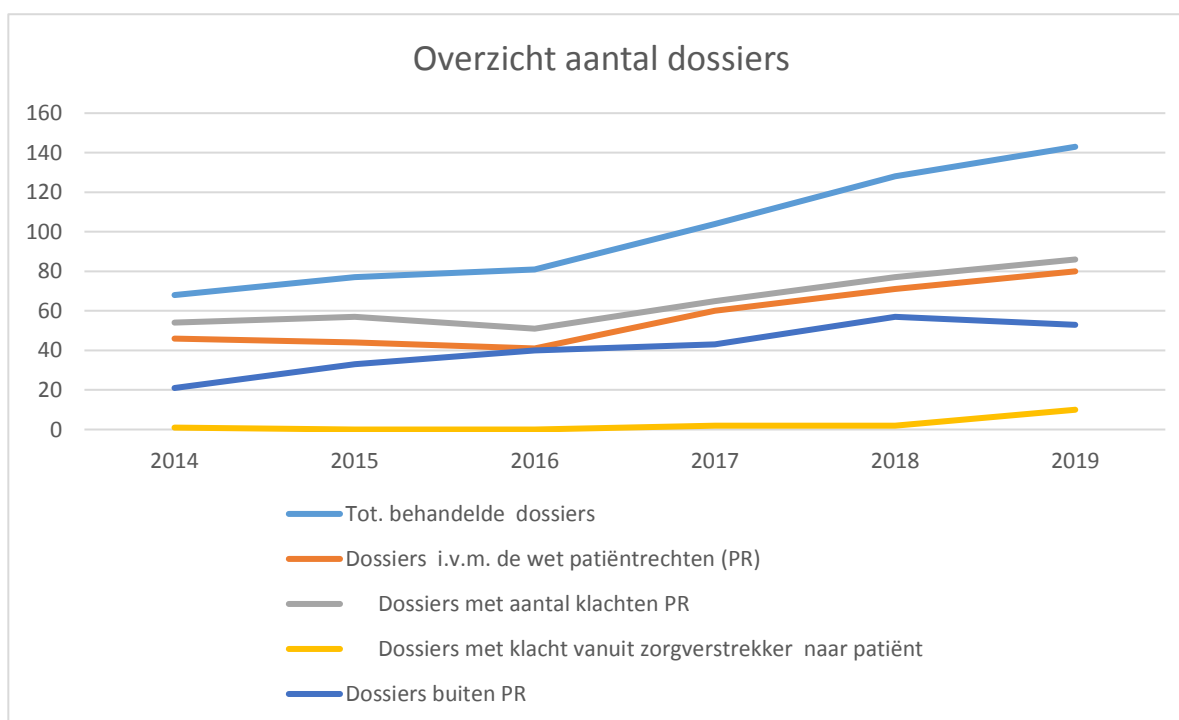
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt

53

Tabellen/grafieken....:

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

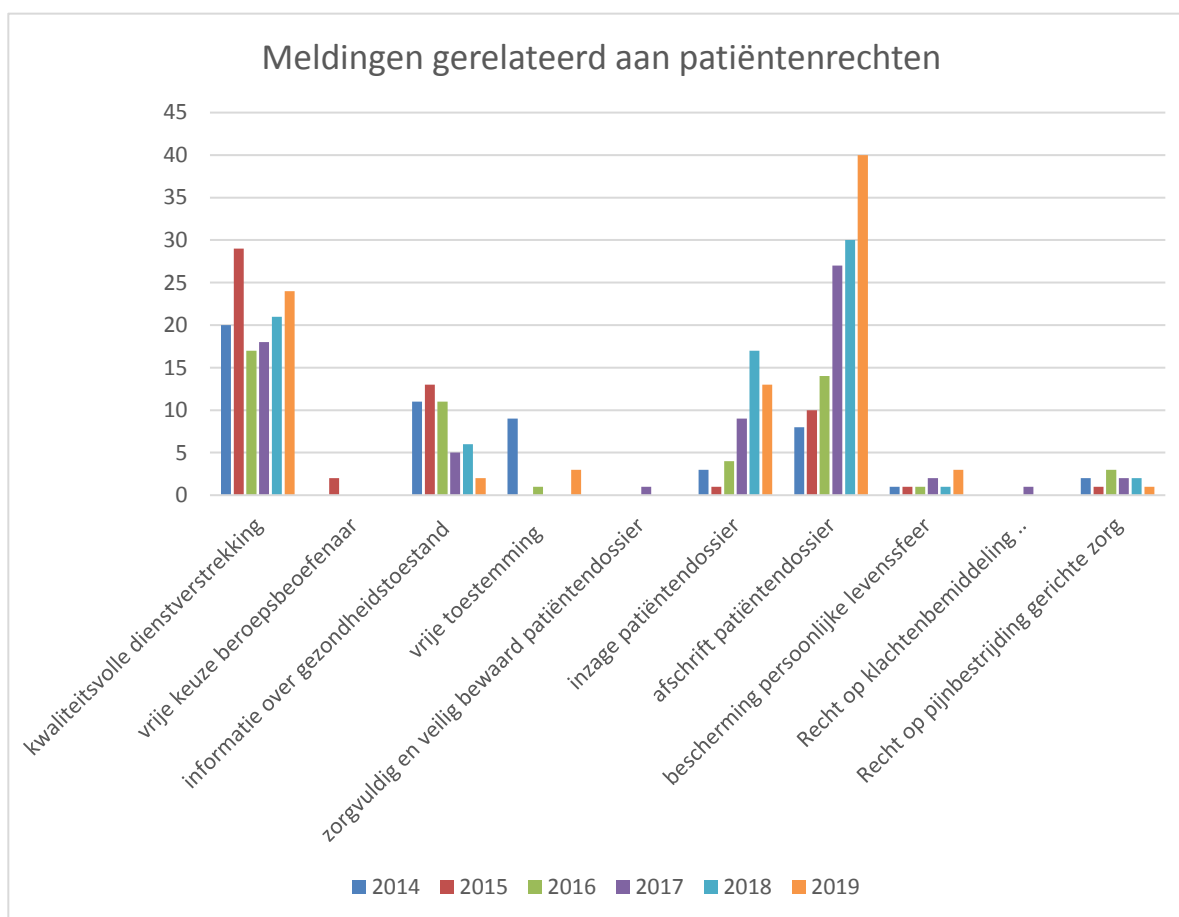
	2019
Behandelde dossiers	143
Dossiers i.v.m. de wet patiëntrechten (PR)	80
met aantal klachten PR	86
Dossiers met klacht vanuit zorgverstrekker naar patiënt	10
Dossiers buiten PR	53



Overzicht aantal meldingen/klachten gerelateerd aan de patiëntenrechten:

	2019
kwaleitsvolle dienstverstreking	24
vrije keuze beroepsbeoefenaar	0
informatie over gezondheidstoestand	2
vrije toestemming	3
zorgvuldig en veilig bewaard patiëntendossier	0
inzage patiëntendossier	13
afschrift patiëntendossier	40
bescherming persoonlijke levenssfeer	3
Recht op klachtenbemiddeling ..	0
Recht op pijnbestrijding gerichte zorg	1
TOTAAL:	86

Grafiek evolutie:



Bijkomende informatie/opmerkingen:

AANBRENGER

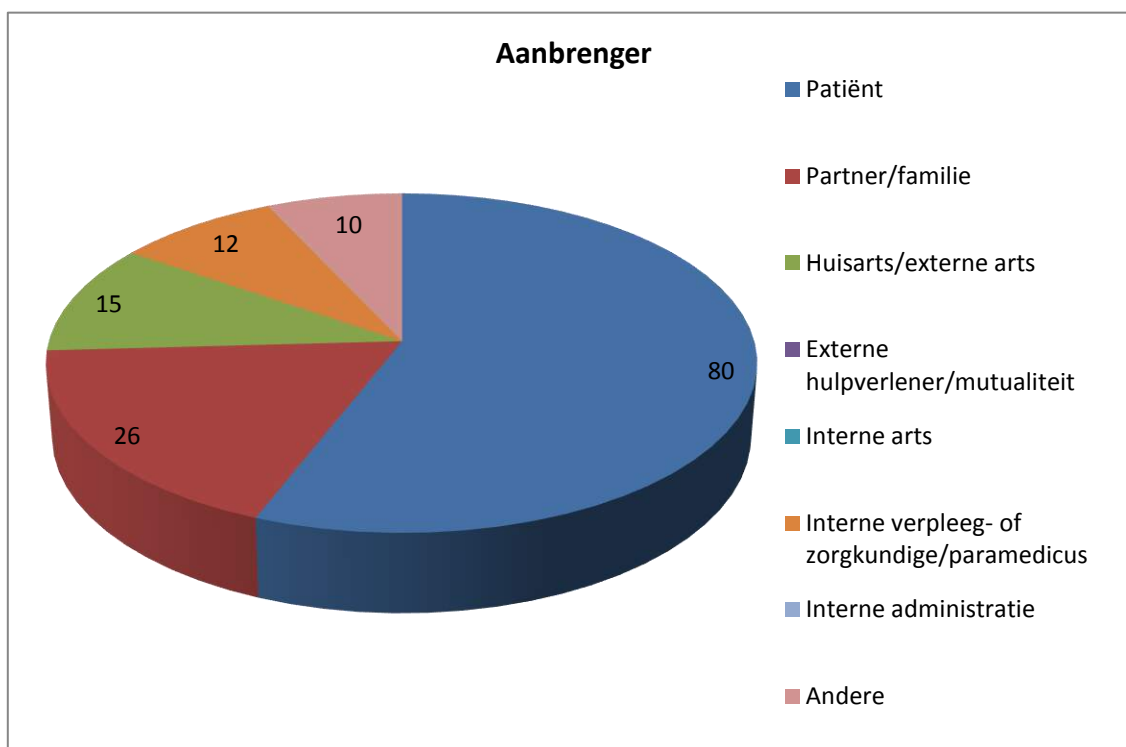
2019

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...).

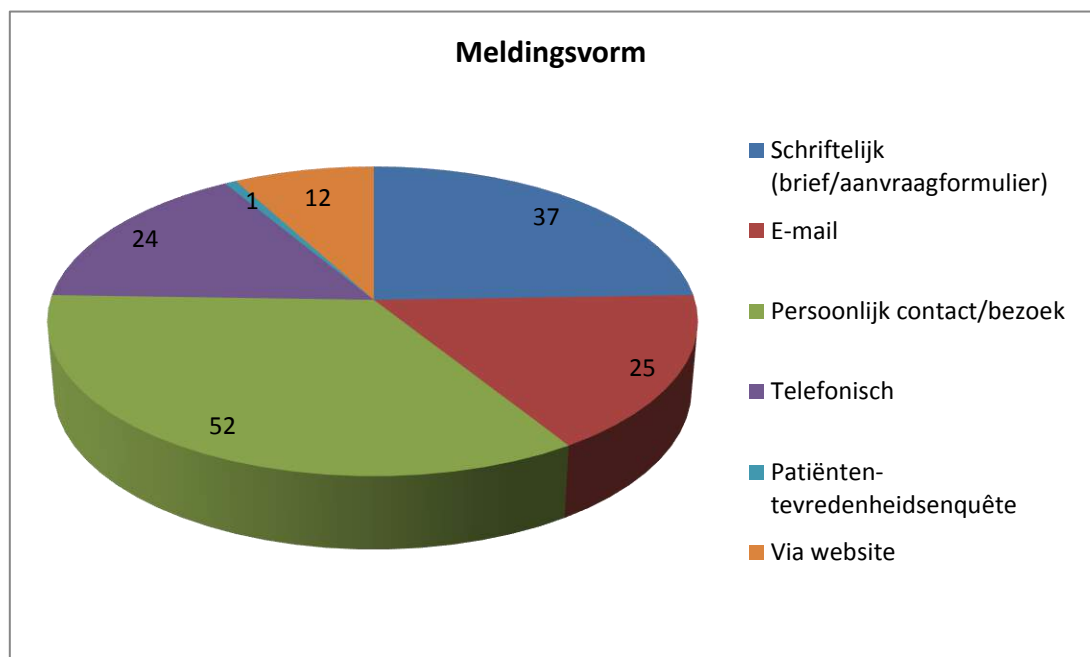
Patiënt	80
Partner/familie	26
Huisarts/externe arts	15
Externe hulpverlener/mutualiteit	0
Interne arts	0
Interne verpleegkundige/paramedicus	12
Interne administratie	0
Andere	10



WIJZE VAN AANBRENGING/MELDINGSVORM	2019
---	-------------

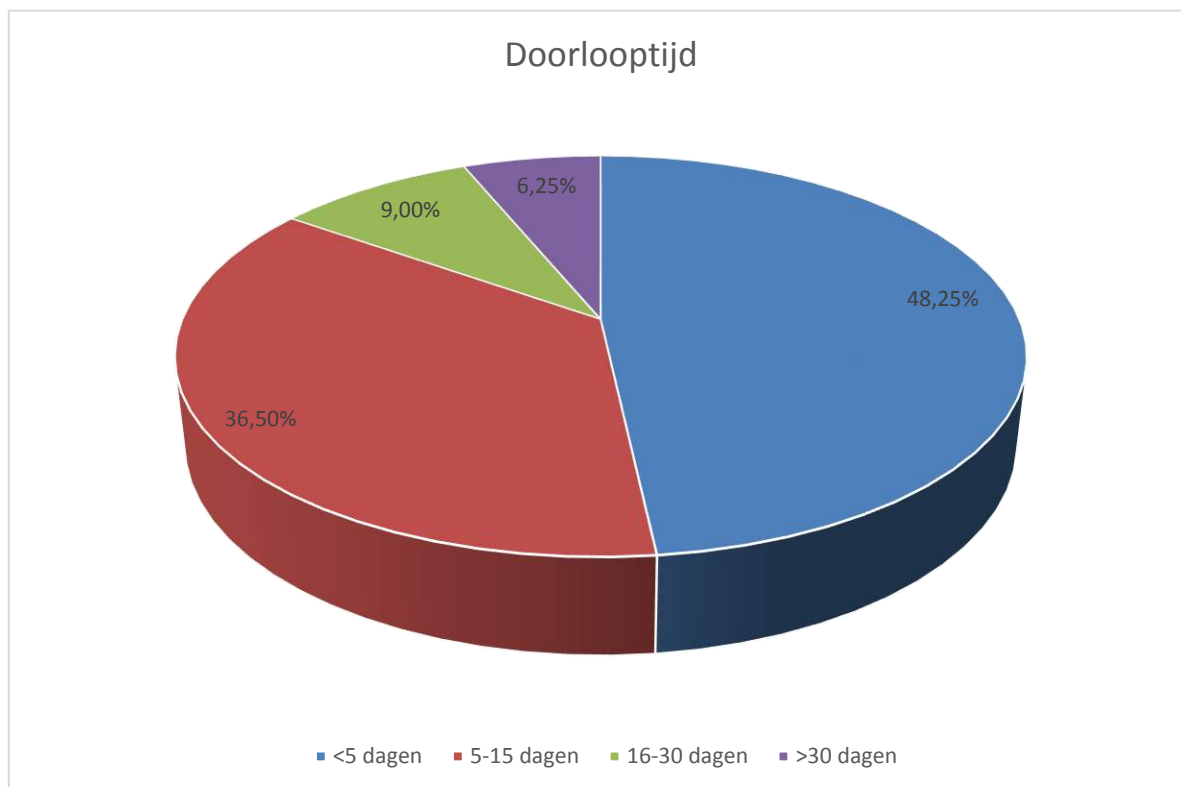
Schriftelijk (brief/aanvraagformulier..)	37
E-mail	25
Persoonlijk contact/bezoek	52
Telefonisch	24
Patiënten-tevredenheidsenquête	1
Via website	12

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



Bemerking: hier zijn overlappingen mogelijk (een dossier kan tegelijk bij de ombudspersoon op verschillende manieren gemeld worden).

DOORLOOPTIJD	2019
<5 dagen	48,25 %
5-15 dagen	36,50 %
16-30 dagen	9 %
>30 dagen	6,25 %



Bemerking: 3 dossiers liepen nog door tot aanvang 2020.

Aanbevelingen

In totaal is er een duidelijke stijging wat het aantal meldingen betreft: 128 in 2018 naar **143 in 2019**.

Het aantal te behandelen dossiers 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 21 in 2018 naar **24 in 2019** gegaan.

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

Het voornaamste aspect hier is de **communicatie**. Communicatie is de sleutel tot alles. Klare, heldere, eerlijke/correcte, empathische en begrip- & respectvolle communicatie op het juiste moment door de juiste persoon kan vele problemen voorkomen. Elke medewerker die in contact komt met de patiënt dient zich hiervan te vergewissen.

Patiënten verwachten dan ook dat de zorgverlener op zulke wijze met hen communiceert, ze verwachten betrokkenheid en het engagement dat er aan hen tijd wordt besteed. Het is daarom aan te bevelen dat medewerkers hun communicatievaardigheden blijvend moeten kunnen aanscherpen via vorming en coaching. Hierbij zijn trainingen met focus op volgende vragen belangrijk: Hoe luister ik actief naar een patiënt, hoe breng ik mijn boodschap duidelijk over en zorg ik dat de patiënt mijn vraag goed heeft begrepen. Hoe ga ik om met diverse emoties, verschillen (geaardheid, cultuur, ...), behoeften en agressie. Hoe leer ik open en gewelddoos spreken.

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. De kwaliteitscoördinator maakt hiervan kwartaalanalyses.

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 een kans die de organisatie moet grijpen om te groeien en steeds beter te doen.

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.

Aanbevelingen en 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 zou moeten worden nagestreefd/ontwikkeld.

Vanuit meldingen/klachten/signalen die tijdens het jaar 2019 bij de ombudsdienst binnenkwamen worden volgende punten geadviseerd/gewenst:

°blijvende jaarlijkse training van de **COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN** van zorgmedewerkers: zie hoger (pagina 12);

°opmaak van een **mapje “DIVERSE KOSTEN VERBLIJF PATIËNT”** (met duidelijk overzicht), dat ter beschikking wordt gehouden/gelegd aan het onthaal. Naar dit mapje kan worden verwezen op de website (onder de rubriek FINANCIËLE INFORMATIE) alsook in de onthaalbrochure. Dit mapje dient bij tariefwijzigingen best up-to-date te worden gehouden door de verantwoordelijke dienst;

°opmaak van een **beleid/procedure voor patiënten die de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig (*) zijn**; gezien dit communicatieprobleem kan leiden tot verdere problemen in de zorgverlening en zorgrelatie. D.w.z. opstellen van een beleid/procedure **“Alternatieve ondersteunende communicatie bij moeilijke mondelinge communicatie”**. (*)*Met uitbreiding naar personen die moeilijk kunnen communiceren door andere beperkingen, zoals bijv. doven en slechthorenden / blinden en slechtzienden,...* Hierbij verwijst de ombudsdienst tevens naar het studierapport van UNIA dd. 27/06/2019;

°opmaak/herziening van de **“procedure DEFECTE ROLSTOEL”**. Daar bij RevArte in 2019 een nieuw aanbestedingsdossier voor het rolstoelwagenpark werd gelanceerd wordt deze herziening ingepland van zodra de nieuwe rolstoelen in gebruik worden genomen en de nodige afspraken met de betrokken leverancier terzake worden gemaakt;

°herziening **OPNAMEBELEID** i.k.v. casus: verduidelijkende toevoeging in de beleidstekst inzake patiënten met oncologische problematiek. Deze herziening werd ondertussen uitgevoerd.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

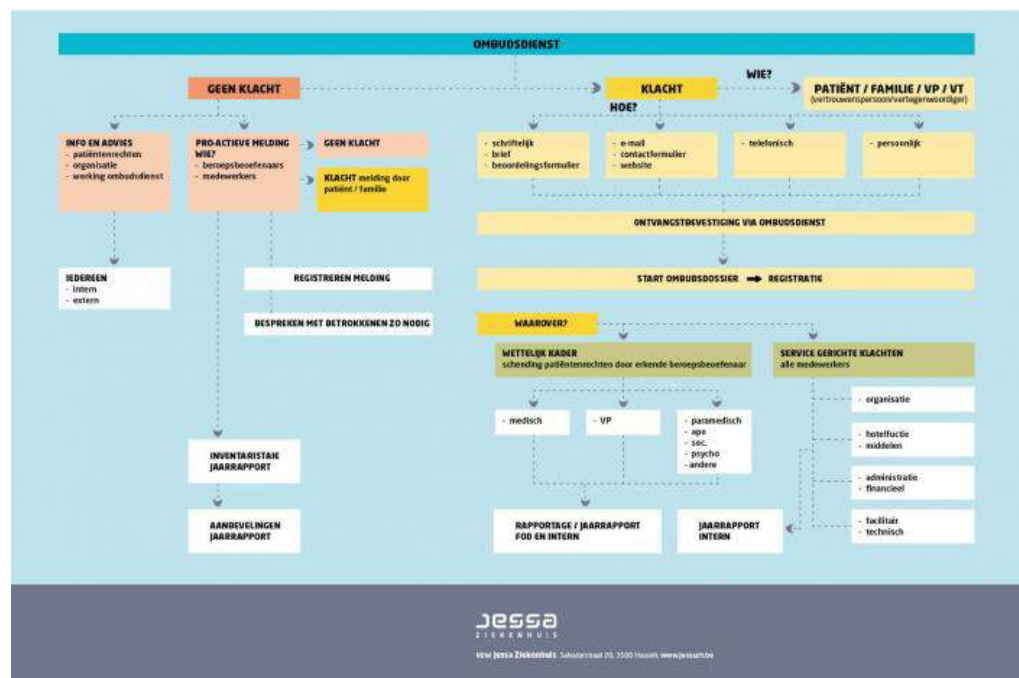
Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	VZW JESSA ZIEKENHUIS 
Adres	SALVATORSTRAAT 20 3500 HASSELT INFO@JESSAZH.BE WWW.JESSAZH.BE
Gewest	LIMBURG
Erkenningsnummer	ERKENNINGSNUMMER JESSA ZIEKENHUIS: 243 <ul style="list-style-type: none"> • VESTIGINGSNUMMER CAMPUS SALVATOR: 3570 • VESTIGINGSNUMMER CAMPUS ST.-URSULA: 3580 • VESTIGINGSNUMMER CAMPUS VIRGA JESSE: 3590
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	981 BEDDEN 245 DAGPLAATSEN
Aantal campussen	3 (+ 1 logistieke campus Ekkelgarden)
Naam ombudsperso(o)n(en)	Raymonda Jermei Frank Iven

Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	<p>Raymonda Jermei sinds 1 feb 2011</p>  <p>Frank Iven sinds 14 sept 2014</p>
Bestaffing	2 FTE
Lokalisatie dienst	<p>Vast bureel campus VJ inkomhal- gelijkvloers</p> <p>Vast bureel campus SA eerste verdiep paarse pijl</p> <p>Pendelbureel campus SU op afspraak en zitdag</p>
Registratiesysteem	<p>Adheco - Klachten app - Patient Safety Company</p> 
<p>Huishoudelijk reglement</p> <p><i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i></p>	<p>http://www.jessazh.be/patienten/ombudsdienst/huishoudelijk-reglement</p>
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<p>Raymonda Jermei: gecertificeerd Coach-Trainer (individueel /organisatie), Bemiddeling (MEDIV)</p> <p>Frank Iven: Juridisch expert in de verpleegkunde, Bemiddeling (MEDIV)</p>
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> • VVOVAZ - Verschillende bijscholingen en update wetgeving via de beroepsvereniging • Intervisie: regionale ombudspersonen Limburg (4x/jaar) • Regionale werkgroep Limburg VVOVAZ- (4X/jaar) • Vorming FMO- Dr Mia Konings • 1 dag Opleiding Mediv -bemiddeling voor gevorderden • Hoe als leidinggevende of als projectleider je team of de betrokkenen in de organisatie mee krijgen in de verschillende projecten? • Interactieve inspiratiesessie door prof. Ron Meyer <p>Interactieve inspiratiesessie door Wout Van Impe (Mercuri Uval) rond de “rol van leidinggevende in het ontwikkelen en doen groeien van medewerkers”. In welke mate zijn we bezig met het creëren van toekomstige leidinggevendenden? Hoe doe ik mijn medewerkers groeien? Hoe haal ik uit mijn medewerkers wat er in zit? Wat met medewerkers die minder goed presteren?</p>

Werkingssterrein van de ombudsdienst (klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...

- 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 proactieve 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?

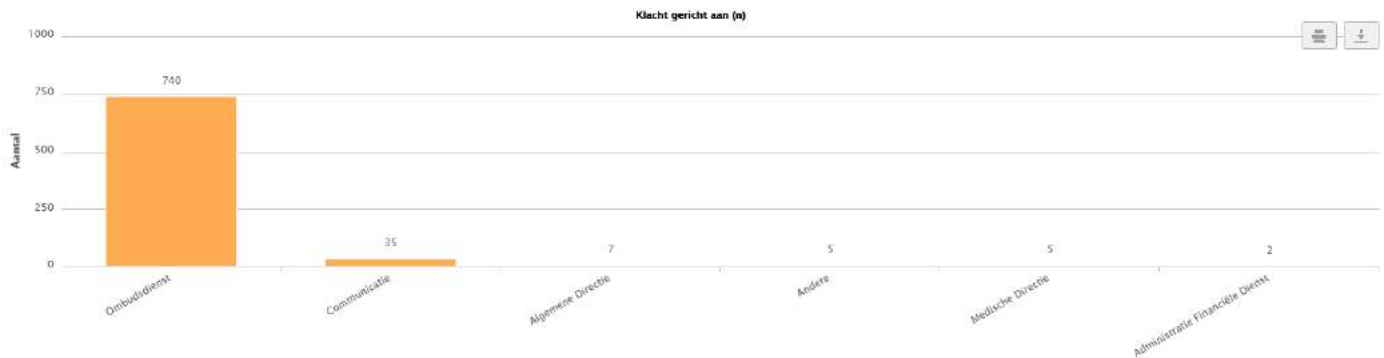
<http://www.jessazh.be/patienten/ombudsdienst/werking-ombudsdienst>

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 2019:



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 2019** licht toenemen.
- Factuurbetwistingen blijven voorkomen 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... → *zou best ook nationaal bekeken worden hoe de verschillende mutualiteiten hiermee omgaan.*
- De pat klaagt over een **dure** hulpverlening en hoge ereloon**supplementen**
- **Niet-dringend zittend inter-hospitaal** vervoer nog steeds niet geregulariseerd → best nationaal aanpakken. Het gaat hier altijd om hulpbehoevende personen waar de nodige zorg/begeleiding /aanpak op zijn plaats is. We zien dat hun mutualiteit voor deze ritten vaak een taxi stuurt zonder enige kennis/opleiding om deze mensen te begeleiden of te helpen. Hier krijgen we klachten over de gebrekkige/mensonwaardige hulpverlening voor een hulpbehoevende persoon.

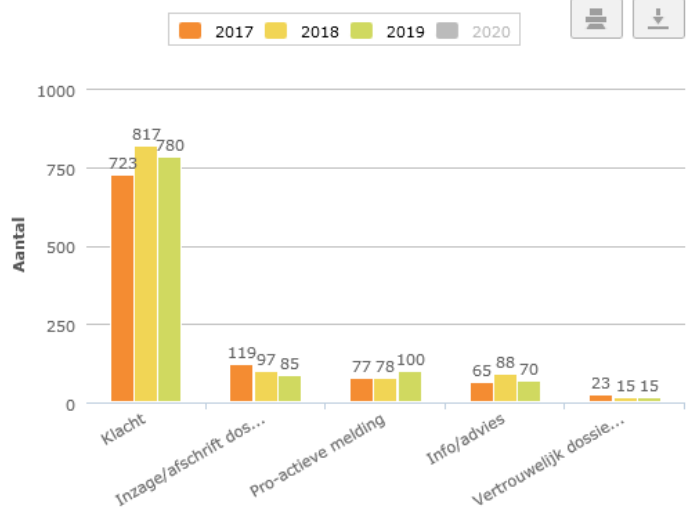
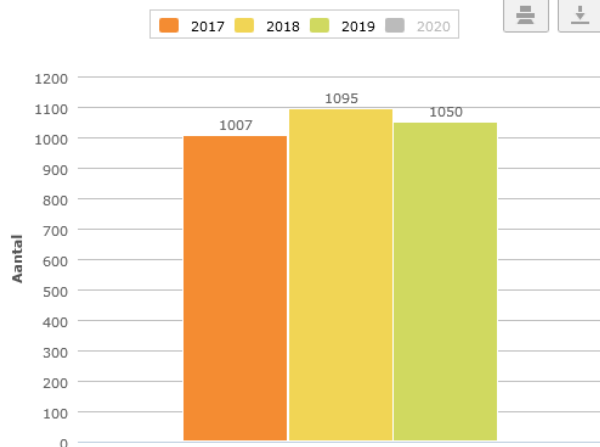
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

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 dossiers volgens type contactname per jaar *

Totaal aantal dossiers per jaar *



2019

Aantal klachtendossiers

780

Aantal infodossiers

70

Aantal proactieve dossiers

100

Aantal opvraging patiëntendossier

85 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 opvraging zonder een klacht gaan via een ander circuit en worden behandeld door het secretariaat patiëntenrechten

Aantal 'andere'

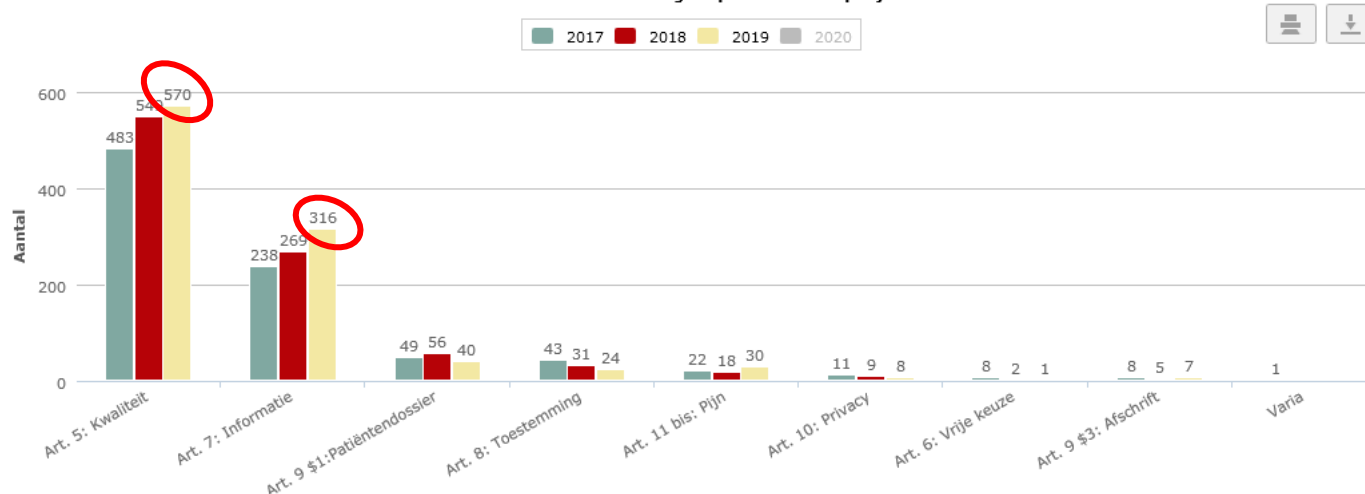
15 Vertrouwelijke dossiers voor de ombuds (niet anoniem maar wij mogen van de melder/pat hierover niet communiceren – wel registreren-coachen-doorverwijzen
De actiepunten /aanbevelingen nemen we uiteraard wel mee in onze rapportages (de melding wordt niet als klacht geregistreerd waardoor de cijfers 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.

Aantal klachten BB's volgens patiëntenrecht per jaar



Recht op een kwaleitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	570	
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1	
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	316	
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)	40	
Recht op inzage/ afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	7	
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	8	

Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	30 

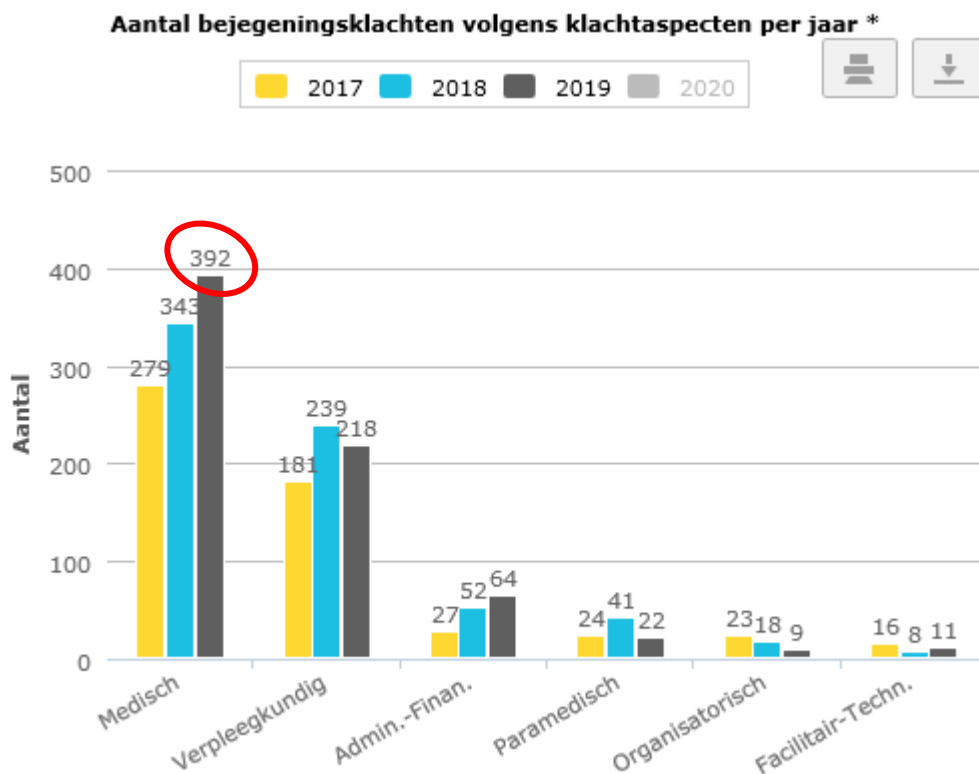
Rechten van de patiënt:

**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:*

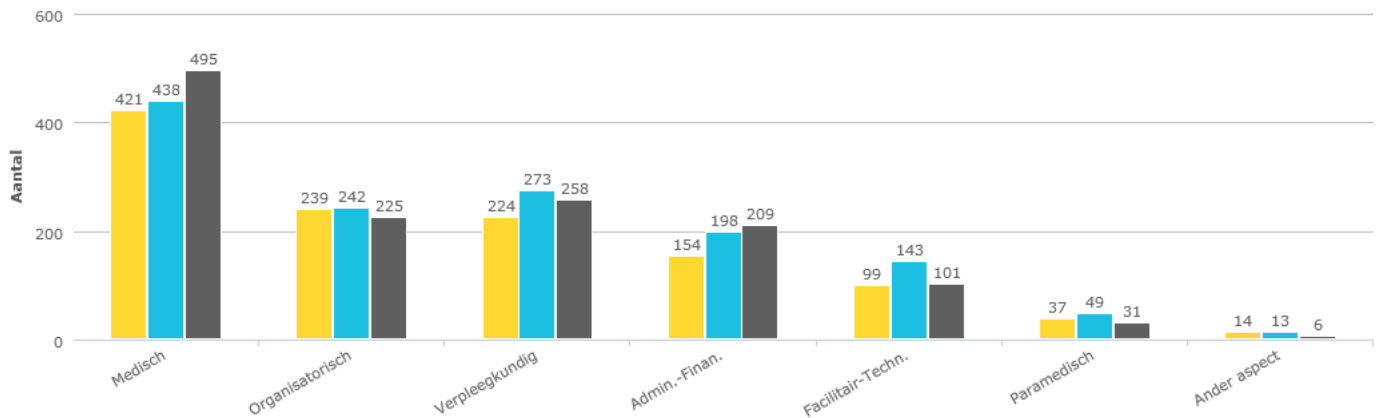
- Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.
- Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet 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 stijgen! Ondanks een daling in het totale aantal ombudsdossiers in 2019 tov 2018.
- In 2019 is het recht op pijnbestrijding +/- verdubbeld
- Stijging van **bejegeningklachten** van de BB (medisch in 2019): **“communicatiestijl/aandacht en opvang”**



Klachtenaspecten voor 2017-2019 per doelgroep/jaar

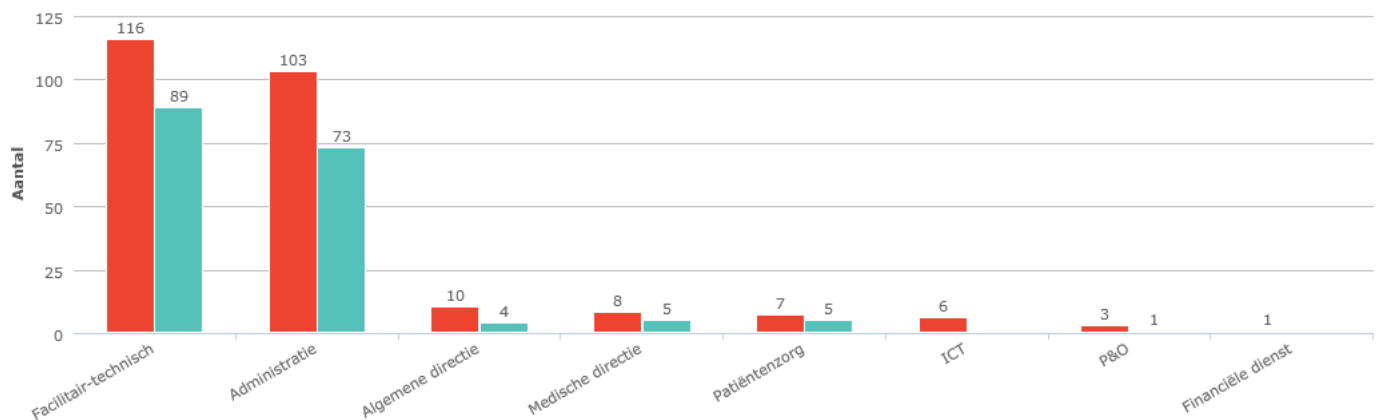
Aantal klachtenaspecten per jaar



Aantal **klachtendossiers** niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt (omvat meerdere klachtenaspecten)

2017: 161 kl
2018: 254 kl
2019: 176 kl --
Daling in 2019

Aantal klachten volgens ondersteunende dienst per jaar



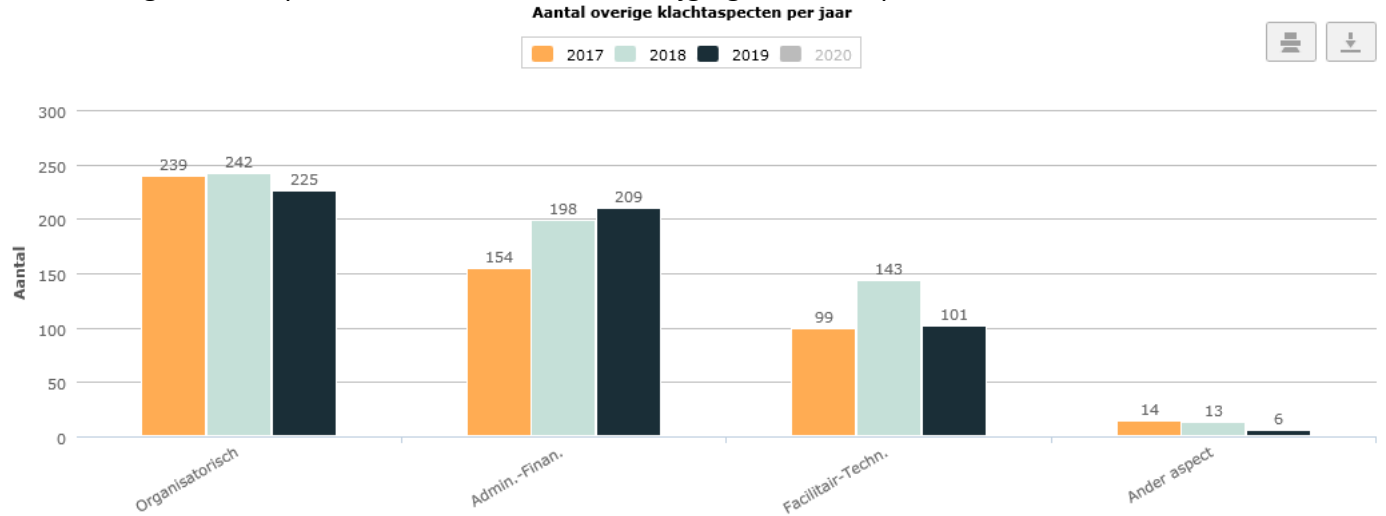
Noot: = Klachtendossier een servicegerichte klacht → 1 **dossier** kan meerdere klachtenaspecten omvatten.

Uitdieping aantal klachtespecten naast de Wet patiëntenrechten:

506 Servicegerichte aspecten in 2017

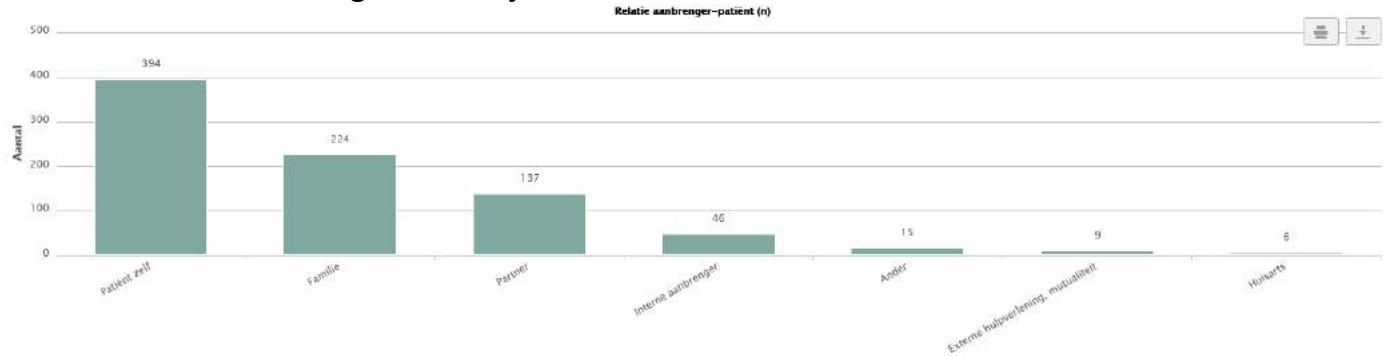
595 Servicegerichte aspecten in 2018

541 Servicegerichte aspecten in 2019 enkel kleine stijging in adm. aspecten



Hoe komen wij in klachtendossiers tot verzoeningsresultaten in het Jessa ZH?

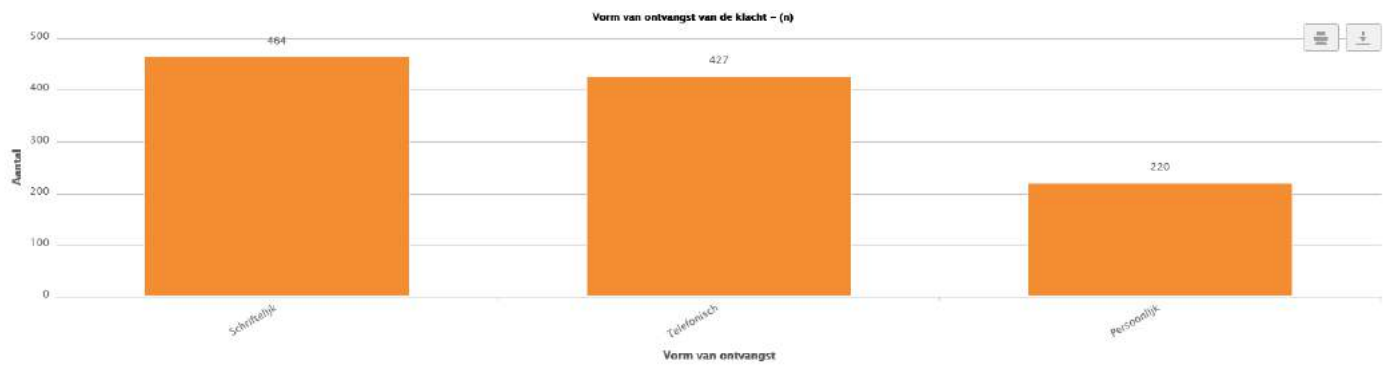
Wie doet de klachtmelding in 2019 bij de ombudsdienst:



We hebben ongeveer evenveel klachten vd familie/partner vd patiënt, als van de patiënt zelf waar we mee aan de slag gaan. (pat =50,5% - partner/fam = 46,2%)

In deze grafiek zichtbaar interne melder: hier werd eerst door een interne melder een **proactieve** melding (n=100 in 2019) gemaakt en **46 maal (= 46%)** 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 2019:



Schriftelijk:

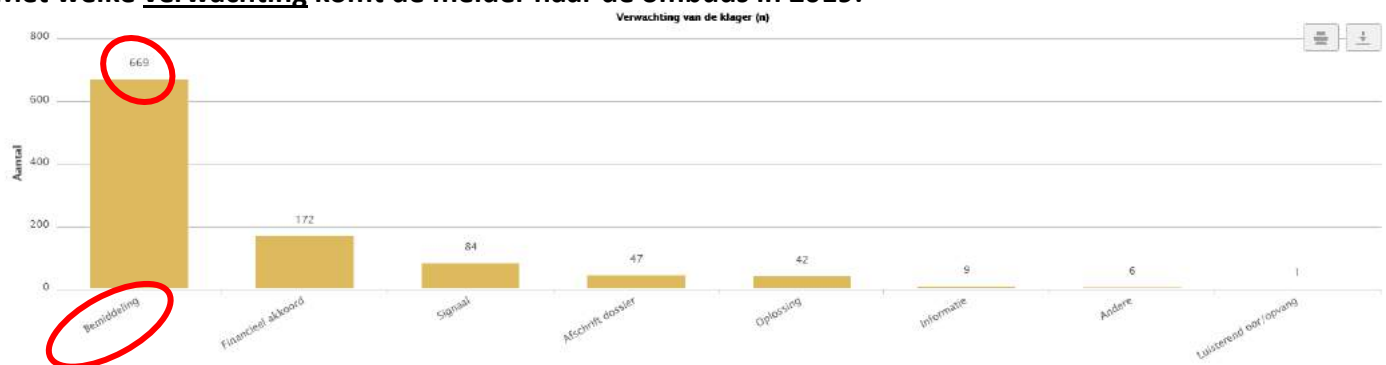
- Mail
- Contactformulier - website
- Beoordelingsformulier
- Brief

Telefonisch + voicemail mogelijkheid

Persoonlijk: zonder of met afspraak

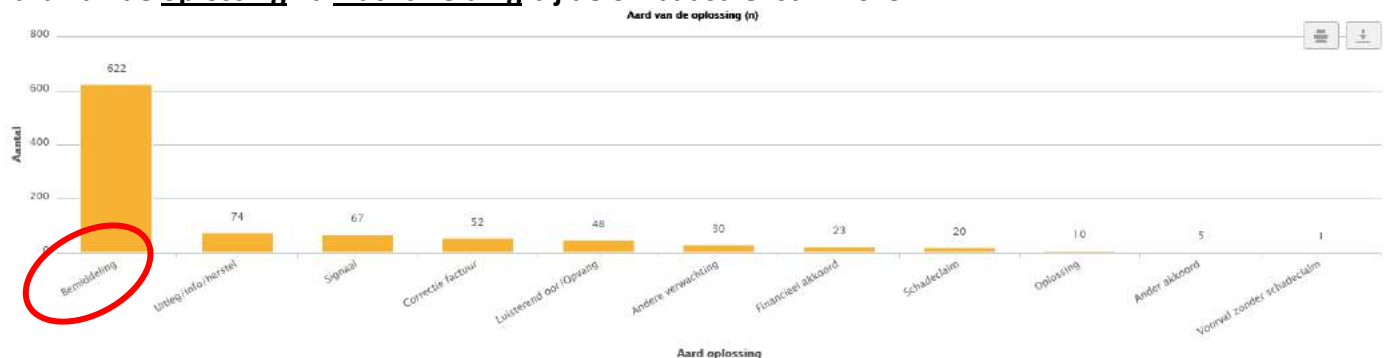
Ongeacht de vorm van ontvangst gaan wij altijd persoonlijk in dialoog met de patiënt/melder.

Met welke verwachting komt de melder naar de ombuds in 2019:



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 oplossing na klachtmelding bij de ombudsdienst in 2019:



Op **780 klachtendossiers** hebben we **622** maal een vorm van bemiddeling toegepast = **79,7%**.
Correctie factuur: van 46 in 2018 → 52 in 2019 (lichte stijging)

Uitleg /info: van 136 in 2018 → 64 in 2019 (gehalveerd)

Signaal: van 87 in 2018 → 67 in 2019

Bemiddeling neemt jaar na jaar toe ongeacht aantal klachten: van 606 in 2018 → 622 in 2019.

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 2019 is er 1 gekend gerechtelijk dossier 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 2019:

Categorie doorlooptijd	Aantal	
< = 1 dag	196	= 25,1%
2-10 dagen	343	= 44 %
11-20 dagen	121	= 15,5 %
21-30 dagen	49	= 6,3 %
31-60 dagen	49	= 6,3%
61-90 dagen	7	= 0,9 %
> 90 dagen	5	= 0,6 %

84,6% van alle klachten wordt afgehandeld binnen de 20 dagen.

774 klachtendossiers afgesloten en verwerkt (in het jaar 2019 opgestart) en waarvan nog 6 lopende klachtendossiers in 2020 (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/of samenbrengen.



Aanbevelingen

- Aanbevelingen ter verbetering van de communicatie/informatie tussen beroepsbeoefenaar -patiënt ! → zowel algemeen, de **complicaties** 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/financiële tegemoetkoming, ... 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.

- **Wenselijk: uniforme benadering vanuit de mutualiteiten**
- Blijven **sensibiliseren** vanuit de overheid i.k.v. de patiëntenrechten
- Volledige regeling rond **niet-dringend en in het bijzonder het interhospitaal ziekenvervoer** nationaal uitwerken: oplossing voor de dure factuur voor de patiënt – nationaal uniformiseren. Het ziekenvervoer dient in een veilig/professioneel kader uitgevoerd te worden. Bv geen taxirit.
- **Centrale inning artsen** doorvoeren in ambulante setting in alle zorginstellingen
- **Nood aan meer financiële transparantie**
Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg. Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren.
In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen.
In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de **persoonlijk kostprijs** van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een RIZIV-tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden
Naast het aangeven van de **conventiestatus** is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete de toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstrekker (vb. het bedrag – een percentage van toeslag).
- **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.
- **Verslaggeving naar huisartsen optimaliseren**
Huisartsen klagen dat ze vaak of geen verslaggeving van de specialist ontvangen waardoor de opvolging van hun patiënt in het gedrang komt.
- **Betere fysieke bereikbaarheid van behandelende specialist voor patiënt/familie**
Patiënten klagen dat ze vaak te maken krijgen met een arts specialist in opleiding en hun behandelende specialist te weinig zien.
- **Elektronisch patiëntendossier:**
geen gevoel van veiligheid – therapeutische relatie (permanent uitsluiten van zorgverstrekker gaat niet). Onwetendheid burgers over bestaan en toepassing elektronisch patiëntendossier: nood aan een **informatiecampagne**. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

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

Raymonda Jermei

Ombudsvrouw Jessa Ziekenhuis

T:+32 11 33 54 90: campus Virga Jesse, Salvator, St. Ursula

raymonda.jermei@jessazh.be

<http://www.jessazh.be>



JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2019


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

Christophe Demeestere

Ombudsman AZ Lokeren en lid Ethisch Comité AZ Lokeren

INLEIDING

Wetgevend kader

Het Jaarverslag van de Ombudsdienst van het AZ Lokeren kadert binnen de interne en externe informatieverstrekking. Dit verslag omvat het jaarrapport en een interne toelichting betreffende het algemeen klachtenbeeld en de aanbevelingen naar het beleid toe.

Bij de opstelling van het Jaarrapport werden volgende informatiebronnen gehanteerd:

- Het interne registratiesysteem van het AZ Lokeren, dat gebruikt wordt voor het registreren en het opvolgen van klachten. In het kader hiervan dient melding gemaakt te worden van het feit dat het systeem met één dossier werkt per klachtmelder. Deze werkwijze is essentieel voor het opvolgen van de individuele klacht. Er dient echter rekening gehouden te worden met het gegeven dat één enkele klachtmelder meerdere klachten kan uiten.
- De individuele klachtenbehandelingsdossiers.

Werking van de Ombudsdienst

- Binnen het klachtenmanagement wordt de aanpak van klachten door de eerste lijn voorop gesteld. Het is immers belangrijk dat de reflex om aandacht te hebben voor vragen, bezorgdheden, klachten en reacties van patiënten integraal deel uitmaakt van de globale ziekenhuiscultuur. De verantwoordelijkheid om klachten te behandelen wordt zoveel mogelijk bij de zorgverlener zelf gelegd, zodat een directe en informele klachtenbehandeling kan gebeuren op de plaats waar de klacht zich voordoet. Indien hier echter geen bevredigend resultaat bekomen wordt, kan er doorverwezen worden naar de ombudsdienst, als tweede lijn.
- Op het vlak van toegankelijkheid streeft de ombudsdienst naar een laagdrempelig karakter. Patiënten hebben trouwens niet altijd de behoefte om formele procedures te starten of alles op papier te zetten.
- De ombudsdienst is beschikbaar elke woensdag tussen 13 u 30 en 16 u 30 in AZ Lokeren en is de volledige werkweek te bereiken telefonisch 0471/696898 en per mail ombudsdienst@azlokeren.be.
- De transparantie van de ombudsdienst vindt zijn weerslag in het huishoudelijk reglement waarin de bevoegdheden van de ombudsdienst geëxpliciteerd worden. De opbouwende dialoog met de eerste lijn wordt hier hoog in het vaandel gedragen.

Mensen en middelen

De ombudsfunctie in AZ Lokeren wordt waargenomen door 0,1 FTE ombudsman.

Om de registratie van de klachten op een uniforme wijze te kunnen garanderen werd gebruik gemaakt van het I-task registratiepakket.

Profilering van de dienst/ Publieke relaties

Externe contacten : Het systematisch bijwonen van de provinciale VVOVAZ – vergaderingen en deelname aan de provinciale Intervisie 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**

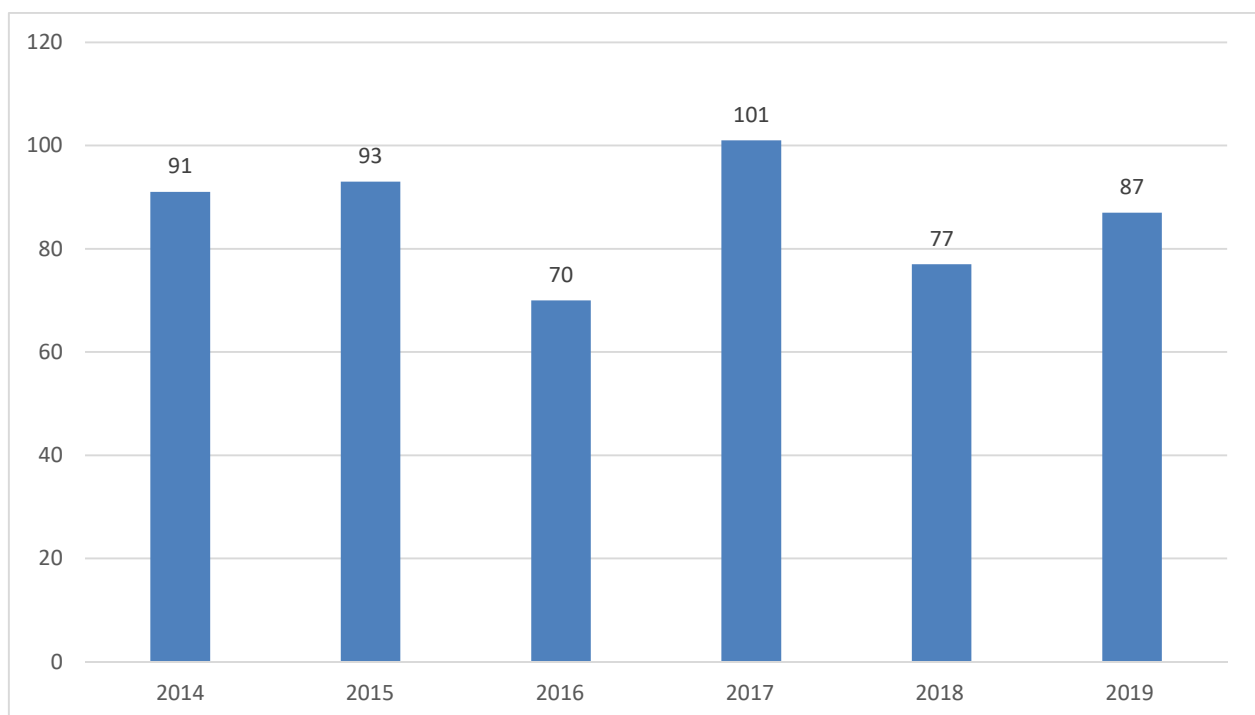
De dienstverlening bijsturen op basis van klachten zorgt voor een gedragsverandering waarbij verantwoordelijkheid wordt opgenomen in het kader van de preventie.

TOELICHTING BETREFFENDE HET ALGEMEEN KLACHTENBEELD

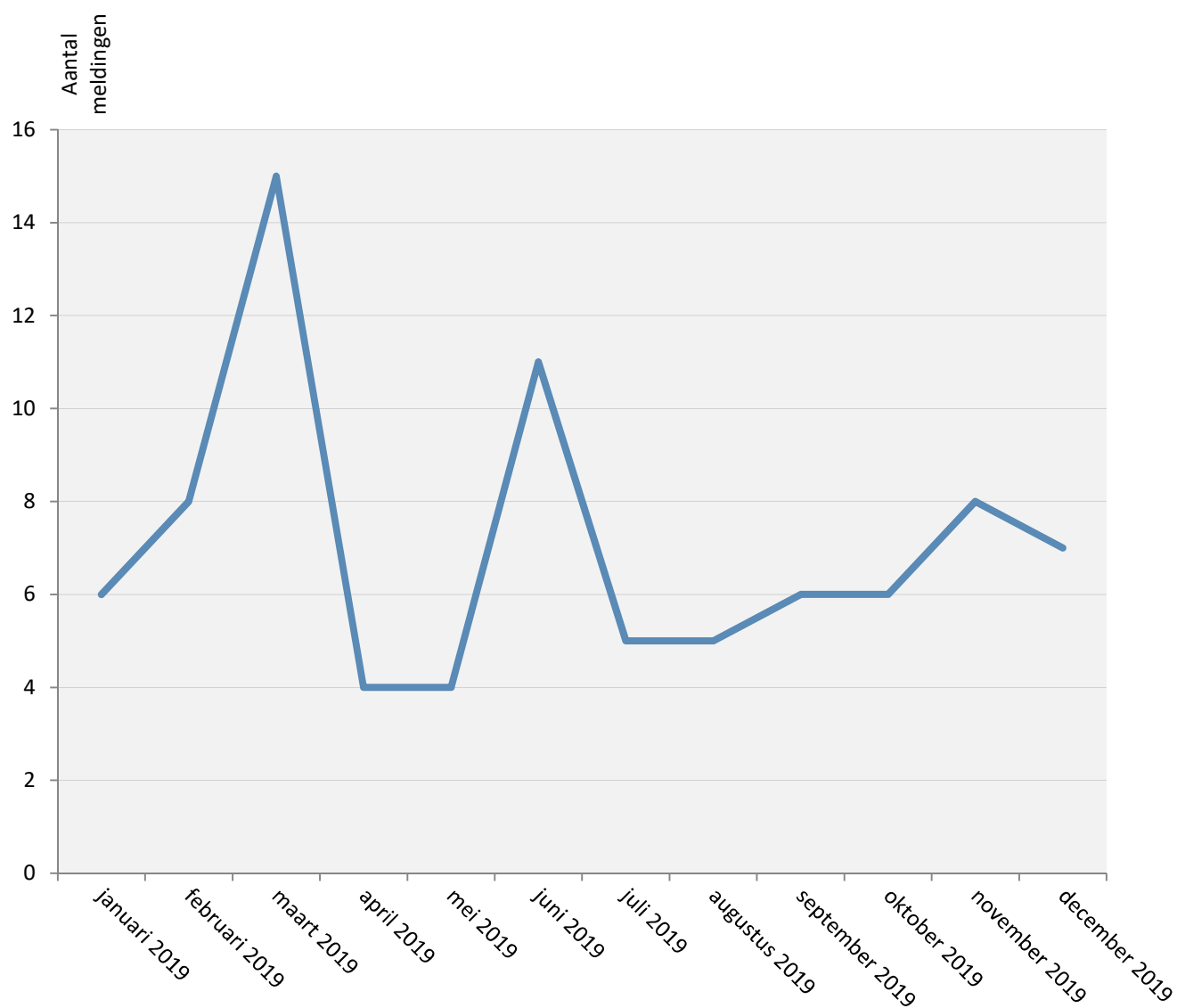
1.1. Inleiding

De Ombudsdienst van het AZ Lokeren heeft in het totaal 87 meldingen geregistreerd waarbij een dossier overeenstemt met 1 fysiek persoon en niet noodzakelijkerwijze met één enkele klacht. Een dossier kan bijgevolg meerdere klachten omvatten. 87 meldingen werden als ontvankelijk beschouwd en bijgevolg effectief weerhouden.

In vergelijking tot het jaar 2018 (77 meldingen) dient te worden vastgesteld dat het aantal meldingen dit jaar licht gestegen zijn (87 meldingen).



Grafiek 1.a.: absoluut aantal aanmeldingen ombudsdienst AZ Lokeren van 2014-2019



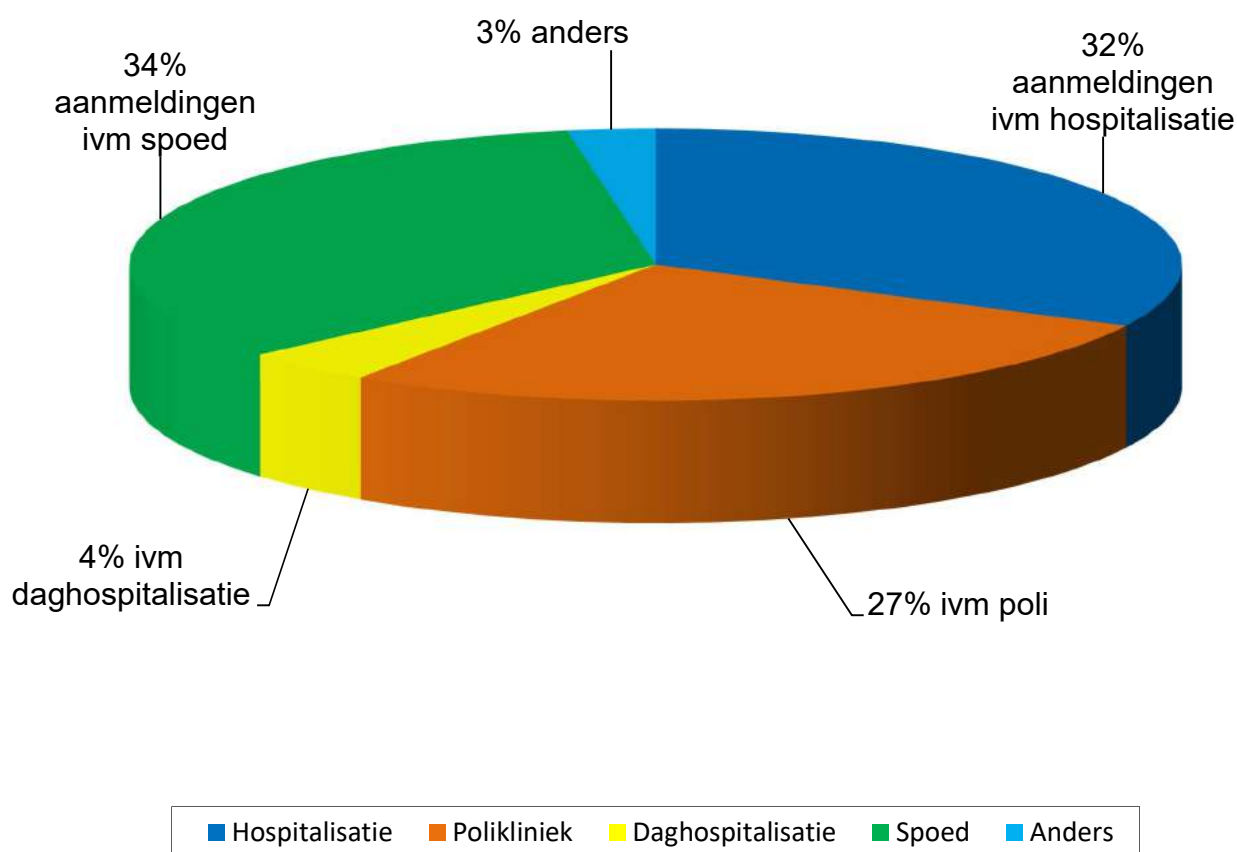
Grafiek 1.b.: absoluut aantal aanmeldingen per maand in 2019

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 (34%), gehospitaliseerde patiënten (32%), polikliniek (27%) en daghospitalisatie (4%).

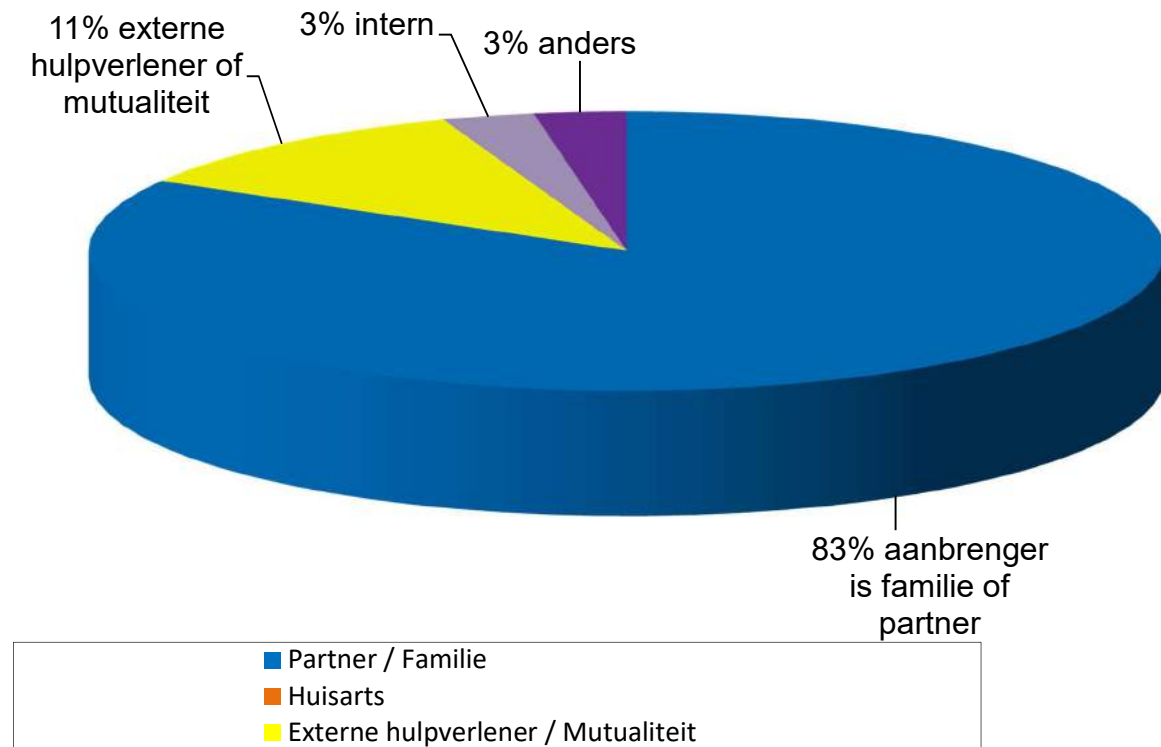
De onderlinge verhoudingen en verdelingen van de lokalisatie van de patiënt werden opgenomen in de Grafiek 1.c.



Grafiek 1.c.: procentuele en absolute verdeling van de lokalisatie van de patiënt op moment van ontstaan van de melding

Meestal gebeurt de aanmelding door patiënt zelf, indien dit niet het geval is dan is het in 83% van de gevallen de partner of een familielid en in 11% een externe hulpverlener of mutualiteit.

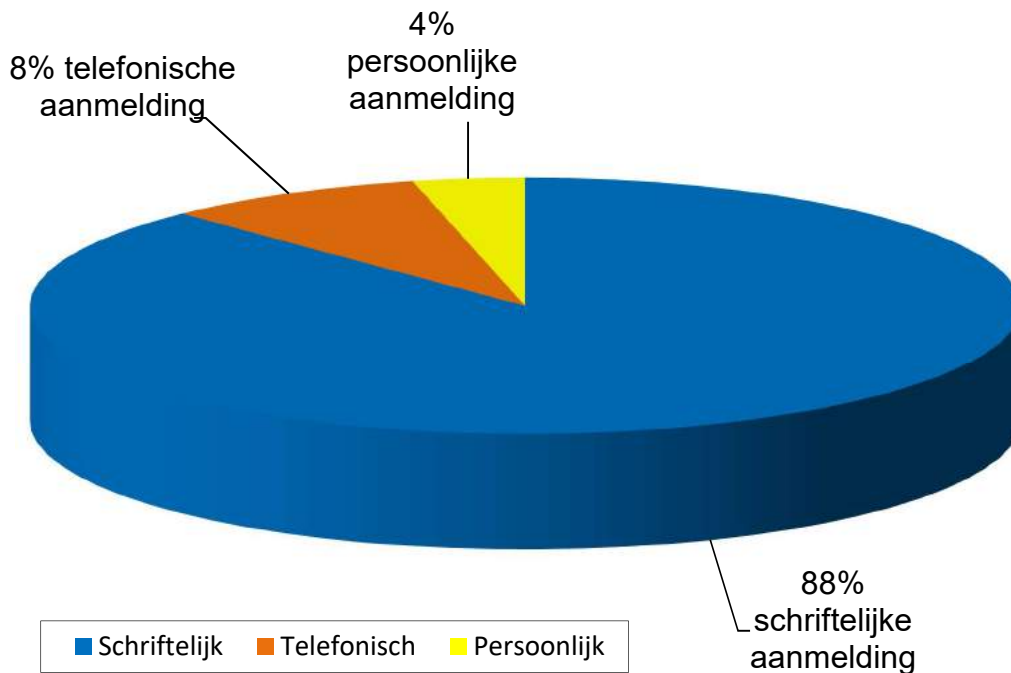
De onderlinge verhoudingen en de verdeling van de relaties aanbrengr - patiënt over het totale klachtenbeeld werden vervat in de Grafiek 2.



Grafiek 2. Procentuele verdeling van de relaties aanbrengr - patiënt

De wijze waarop de klachten de Ombudsdienst bereiken is vooral via e-mail of brief (88%) gevolgd door telefonische contactname (8%) en persoonlijke meldingen (4%).

De onderlinge verhoudingen en de verdelingen van de vorm van ontvangst van de meldingen werden vervat in de Grafiek 3.

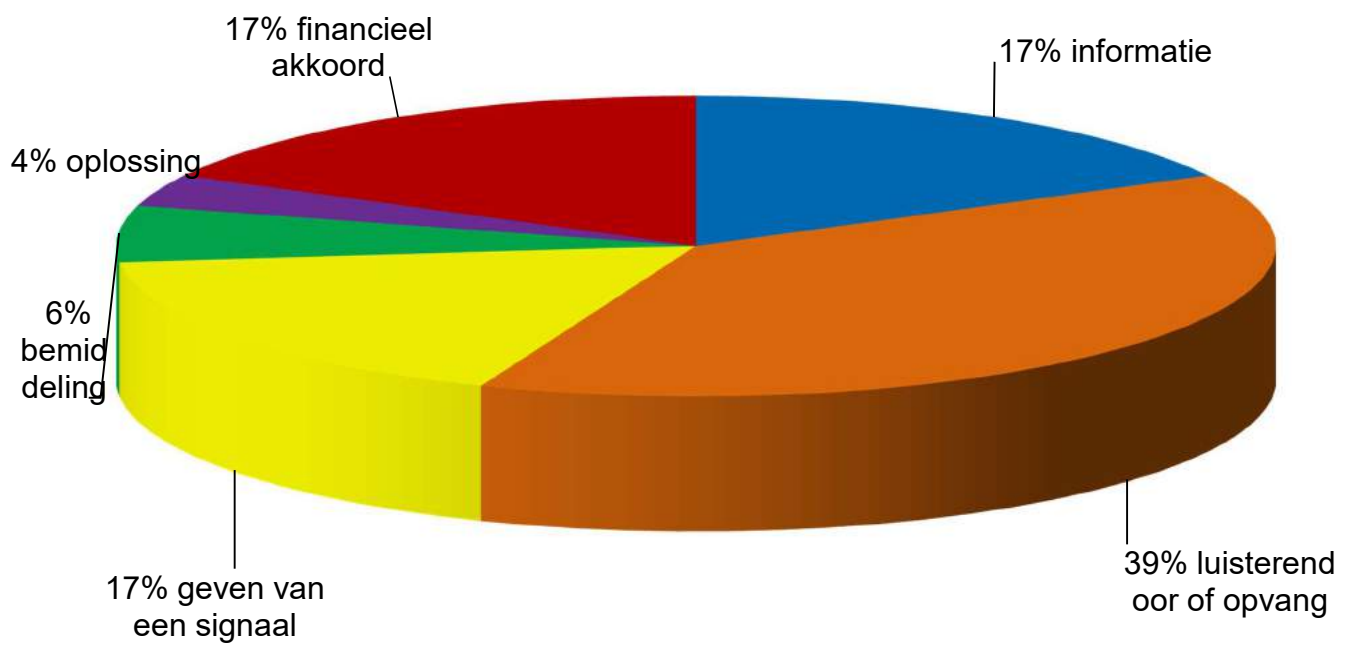


Grafiek 3: Verdeling van de vorm van de klacht (totaal van 87 klachtmeldingen)

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.

Eén van de verwachtingen van de patiënt is de mogelijkheid om te signaleren via de Ombudsdienst (17% van de meldingen). In 17% van de gevallen heeft de patiënt een verzoek tot financieel akkoord ingediend. 17% van de klachten betreft info en uitleg en 39% wil enkel een luisterend oor. 6% 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.

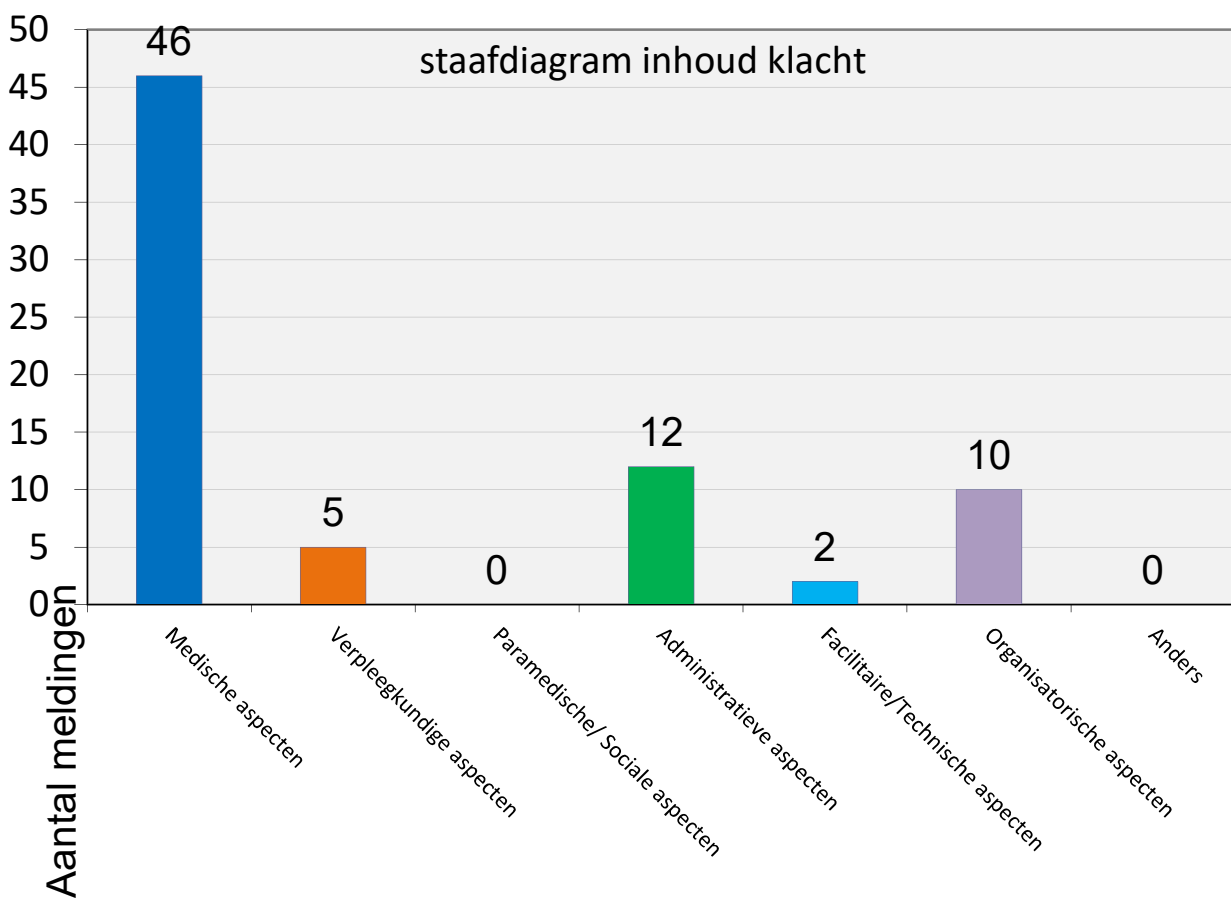


Grafiek 4.: procentuele verdeling verwachting van de melder

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 46 meldingen en 5 meldingen) administratieve (12) en organisatorische meldingen (10).

De absolute verhoudingen van de inhoud van de klacht worden weergegeven in grafiek 5.



Grafiek 5.: Absolute verdeling van de inhoud van de klacht

Deelaspecten medische klachten

Het belangrijkste deelaspect binnen de medische klachten betreft de diagnose en behandeling. Binnen het deelaspect "behandeling" is de patiënt niet of onvoldoende tevreden over de medische behandeling of de behandeling voldoet niet of onvoldoende aan de verwachtingen van de patiënt. Soms ook klachten over verkeerde diagnose.

Het tweede belangrijkste deelaspect betreft aandacht, opvang en privacy. De patiënt is hier niet of onvoldoende tevreden over de persoonlijke aandacht of empathie van de arts. De patiënt is niet of onvoldoende tevreden over de verbale en/of non verbale communicatie van de arts. Dit situeert zich vaak 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.

Deelaspecten van paramedische en sociaal verpleegkundige aard

Aandacht voor kostprijs, aanvraag en informatie over 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. Ook is het niet steeds duidelijk of patiënt 1PK kreeg om medische redenen of niet en of patiënt goed geïnformeerd zijn inzake ereloon-supplementen en kamerkosten.

Deelaspecten klachten facilitaire diensten

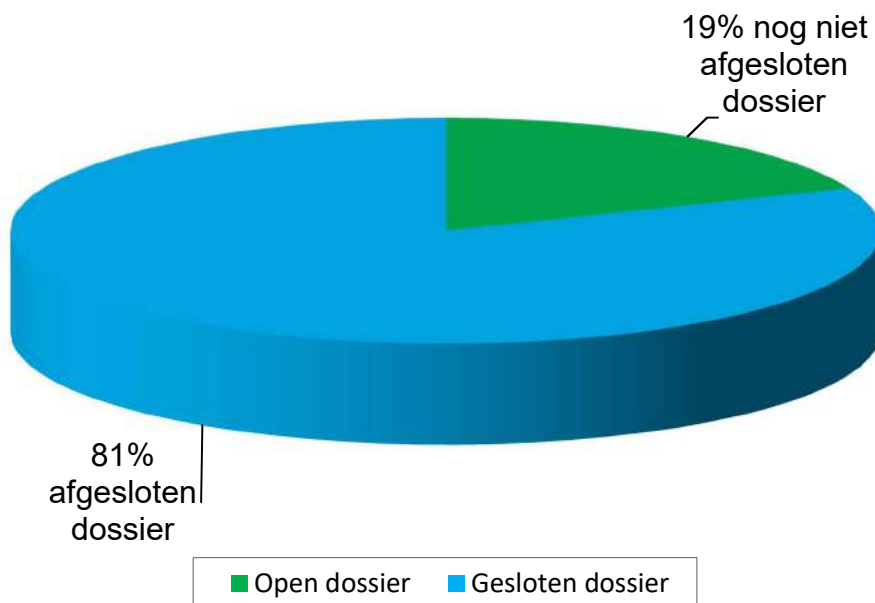
Eén klacht genoteerd inzake facilitaire diensten.

Deelaspecten Technische Klachten

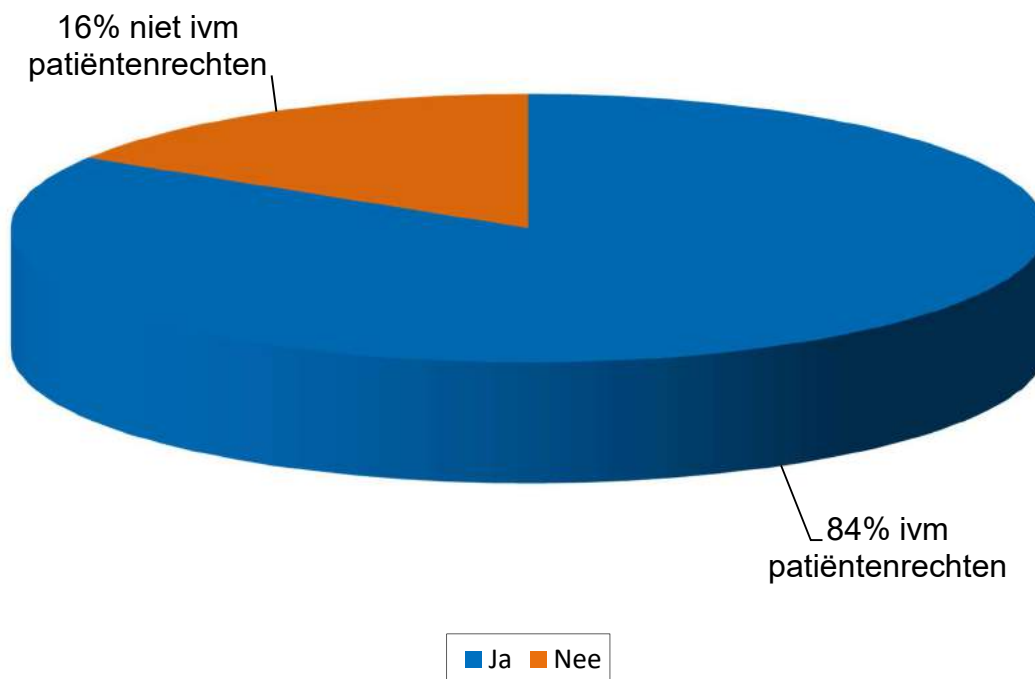
Eén klacht genoteerd inzake technische aspecten.

Deelaspecten organisatorische klachten

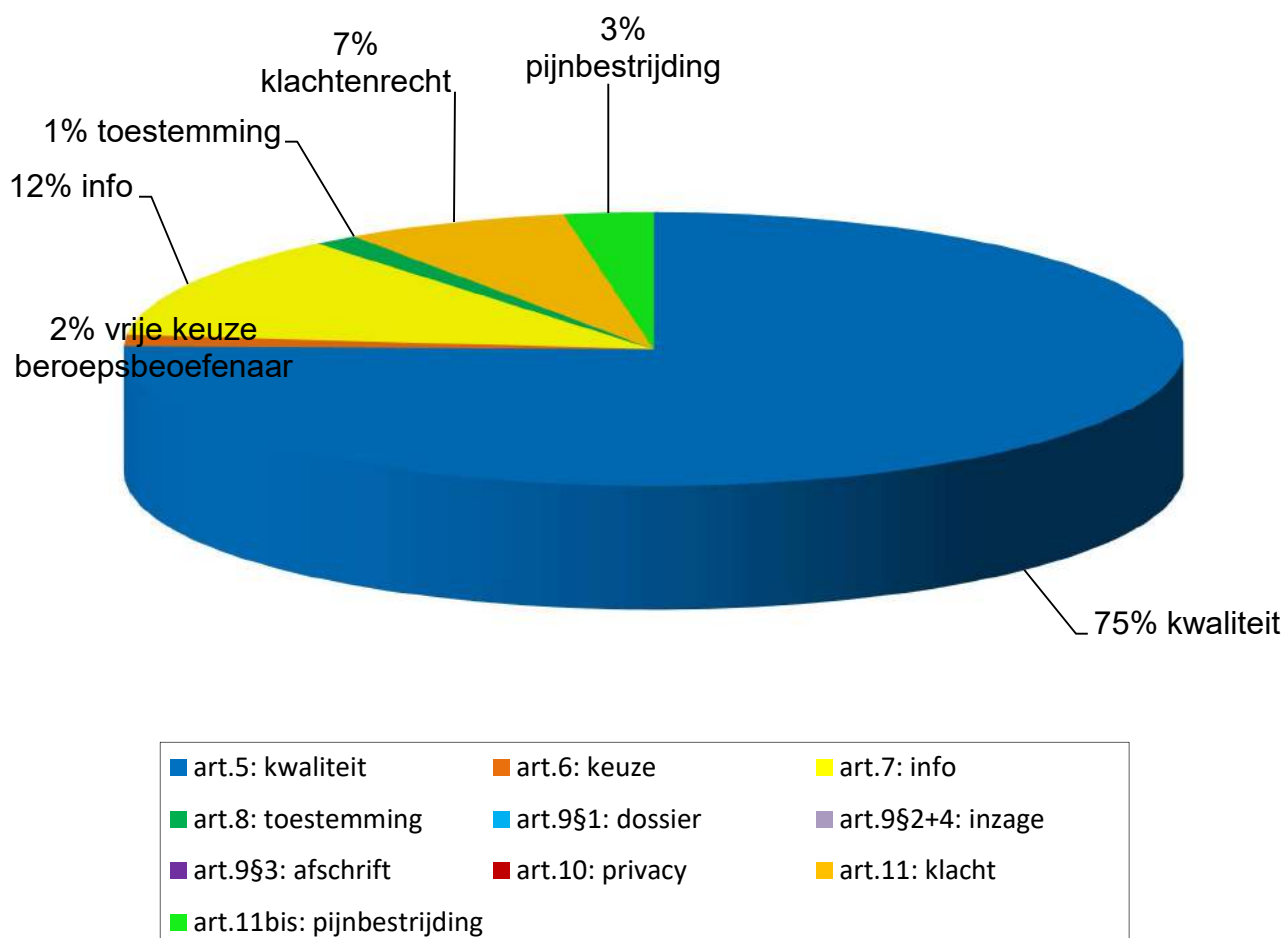
Klachten met betrekking tot extern transport, opnameregeling en afsprakenregeling.



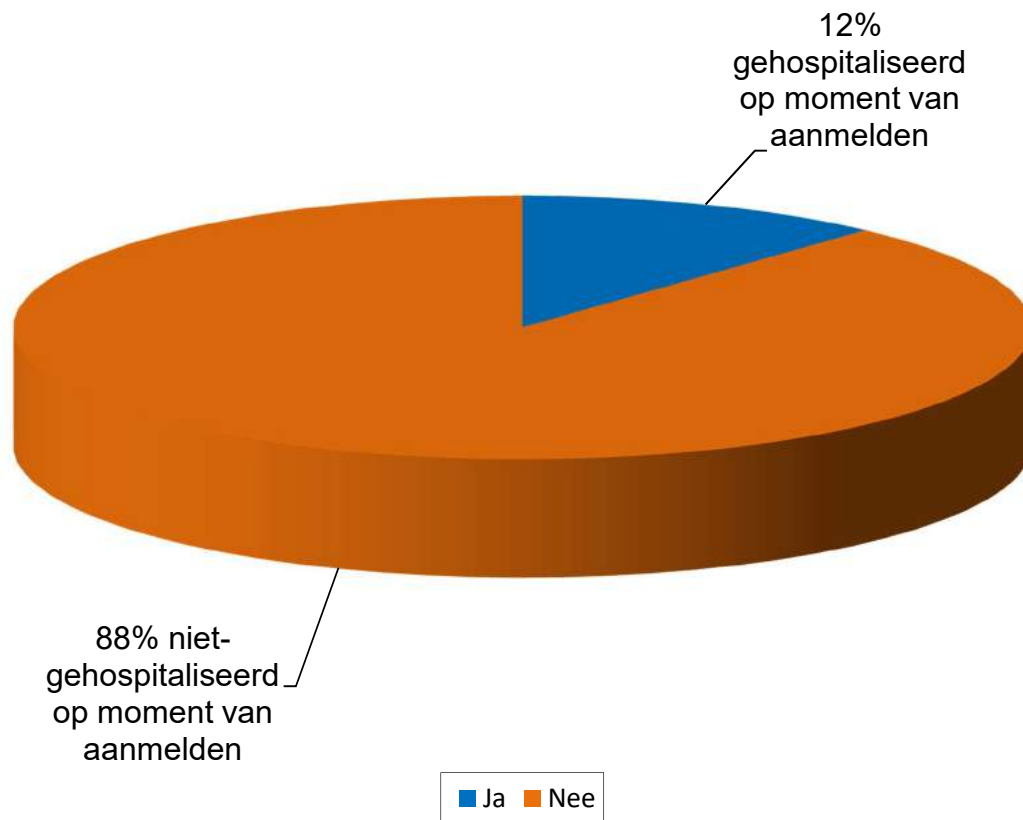
Grafiek 6.: Procentuele verdeling van de open versus gesloten dossiers



Grafiek 7: Procentuele verdeling van de patiëntenrechten dossiers versus niet-patiëntenrechten dossiers



Grafiek 8: Procentuele verdeling voorwerp patiëntenrechten



Grafiek 9: Procentuele verdeling gehospitaliseerd op moment van aanmelding

BEMERKINGEN, SUGGESTIES EN AANBEVELINGEN NAAR HET BELEID

Leren uit klachten

-Kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg staat in het AZ Lokeren voorop. Toch kan het gebeuren dat patiënten niet tevreden zijn. In 2019 registreerde de Ombudsdienst 87 meldingen, een stijging in vergelijking met 2018 (77 meldingen). 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.

Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg

Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed en belang van communicatietraining in de (zorg)opleidingen. 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. 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.

Nood aan meer financiële transparantie

Er is nood aan een (nog) groter engagement van het ziekenhuis en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg. Ook de patiënt heeft de opdracht om zich te informeren. In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen.

In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijk kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een Riziv- tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden. Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete de toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstrekker (vb. het bedrag – een percentage van toeslag).

Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)

De ontwikkeling is voor de patiënt / burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan. Patiënten kunnen via COZO hun eigen dossier inkijken maar ook nagaan wie inzage deed in hun EPD (log-in data). Indien de privacy werd geschonden wensen patiënten dat hier sancties tegenover staan.

Een (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.

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 meldingen rond wachttijden, verkeerde diagnostiek en bejegening. Verschillende melders 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. 34% van alle meldingen in AZ Lokeren 2019 waren afkomstig van de spoedafdeling, vooral betreffende de medische behandeling.

Ook het **ziekenvervoer en in het bijzonder het interhospitaal ziekenvervoer** komt in 2019 opnieuw aan bod. De casuïstiek van hoge facturen voor de patiënt en vaak een erg beperkte tussenkomst vanuit de verzekeringsinstelling kende nog een groter aandeel in de werking dit jaar. Via de omzendbrief van Wouter Beke - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 4 december 2019 aan de ziekenhuizen werd alvast aangekondigd dat er in 2020 bijkomende maatregelen komen ten aanzien van ziekenwagendiensten die de transparantie inzake kostprijs meer gaan borgen voor de patiënt.

In verband met het ziekenvervoer ervaren we tevens de noodzaak om een aantal kwaliteitsparameters ten aanzien van de ziekenwagendiensten te borgen. Vb. wordt het transport uitgevoerd met een voertuig dat beantwoordt aan de gestelde criteria - beantwoordt de verpleegkundige begeleiding aan de noodzakelijke kwalificaties van deze beroepsbeoefenaar.

Patiëntcontact met (hoofd)verpleegkundige faciliteren en optimaliseren kan preventief (communicatie)problemen oplossen. Voldoende informeren van patiënt en familie door (hoofd)verpleegkundigen.

Christophe Demeestere Ombudsman 01/02/2020.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
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	779 hospitalisatie 122 dagziekenhuis
Aantal campussen	2 campussen + 2 medische centra
Naam ombudsperso(n)en(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 <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum 01.06.'17 – Herzieningsdatum 01.06.'20 Te raadplegen aan het algemeen onthaal + via de website
Vormingen i.k.v. bemiddeling	✓ Terugkomdag voor ervaren VVOVAZ bemiddelaars.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<p>✓ Vormingsavond patiëntenparticipatie.</p> <p>Gegeven vormingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ LOK vergadering in UZ Gent aan artsen Longziekten over klachtenbemiddeling. ✓ Gastles over de wettelijke bepalingen en werking van de ombudsdienst en rechten van de patiënt aan studenten verpleegkunde Visitatie. ✓ Gastspreker beroepsethisch handelen aan HoGent.

<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst</p> <p><i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Klachtenbemiddeling (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. In 2019 hebben we bij elke vraag naar een kopie van het patiëntendossier de patiënt geïnformeerd dat hij zijn dossier zelf kan inkijken via CoZo. Mocht men daarop de nodige gegevens niet terugvinden, kon men zich in tweede tijd richten tot de arts of diens secretariaat of de ombudsdienst. ✓ Tussenpersoon voor vragen ikv van verzekeringsdossiers die werden opgestart via de ombudsdienst.
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>De ombudsdienst is een 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.</p> <p>De klager kan er ook voor kiezen om zich direct tot de ombudsdienst te richten met de vraag zijn bemerkingen op te volgen.</p> <p>Vanuit de ombudsdienst wordt altijd contact opgenomen met de betrokken partijen (of hun dienstverantwoordelijke). De bekomen feedback wordt teruggekoppeld naar de klager.</p> <p>Bij het gebrek aan het bereiken van een oplossing of een toereikend antwoord wordt de klager ingelicht over alternatieve mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht.</p> <p>Dit betreft dus hetzelfde traject als de voorbije jaren.</p>

	De klachtenprocedure staat uitgeschreven in het huishoudelijk reglement.
--	--

Behandeling van klachten en onvrede

Ontvangen van klachten

- ✓ De bereikbaarheid en informatie over de ombudsdienst is via verschillende kanalen te raadplegen → onder andere via de website en onthaalbrochure van het ziekenhuis. Bij het online invullen van de 'Vertel het ons kaartjes' wordt ook verwezen naar de ombudsdienst. Tevens kunnen de medewerkers en beroepsbeoefenaars de klagers ook informeren over de ombudsdienst. Indien men zich op de facebook pagina van het ziekenhuis negatief uitlaat over de werking van het ziekenhuis, wordt de klager geïnformeerd dat men hiervoor bij de ombudsdienst terecht kan.

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. Net zoals vorig jaar werden de cijfers hiervan 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.
- ✓ Deze bekomen feedback wordt altijd aan de klager teruggekoppeld. In de meeste gevallen wordt ervoor gekozen om dit persoonlijk of telefonisch terug te koppelen. Hier kies ik voor omdat je via mail of per brief niet altijd de juiste toon kan overbrengen en je geen vat hebt op hoe de lezer de boodschap interpreteert. Ook wanneer het geen evidente boodschappen zijn die je brengt, heb je op deze manier de mogelijkheid om alles meer te kaderen mocht daar nood aan zijn of bijkomende vragen of verwachtingen te detecteren.
Indien het om financiële beslissingen gaat waarbij een factuur verschuldigd blijft, hebben we eerder de neiging om de patiënt per mail of brief te informeren. Hierbij omschrijven we de argumentatie van de beslissing alsook waar de patiënt naar doorverwezen kan worden als mogelijk alternatief buiten de ombudsdienst.
- ✓ Indien aangewezen worden aanbevelingen geformuleerd.
- ✓ Met deze manier van werken bekomen we regelmatig wederzijds begrip. Het is waardevol dat beide partijen op de hoogte zijn van hoe de ander iets ervaren heeft en wat dit met hen doet.
Als beroepsbeoefenaar of medewerker heeft men niet altijd zicht op de impact dat iets heeft bij de klager. Tegelijk heeft men als klager ook vaak het idee dat een beroepsbeoefenaar niet wakker ligt van hetgeen voorgevallen is. Beide partijen samenbrengen kan daarom heel belangrijk zijn.

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

- ✓ Vanaf 2019 werden ook de verzoeningen genoteerd. We merkten dat het al dan niet invullen van een verzoening zeer subjectief is. Wat ik telkens als verzoening heb aangeduid, zijn de meldingen waarbij ik aanvoelde of teruggekoppeld kreeg dat men iets met deze informatie of stappen was en men mee verder kon. Dit staat los van het bekomen resultaat voor mij.

We registreerden enkel en alleen dat er een verzoening was waar we info over hadden. Zo zullen er ongetwijfeld nog mening dossiers zijn waar een verzoening mee bereikt werd maar waar we nooit enige respons op gekregen hebben. Daarom hadden we begin dit jaar besloten om onze registratie in Infoland hierin te verfijnen zodat we ook 'niet gekend' en 'niet van toepassing' kunnen aanduiden. Bij het trekken van het rapport voor dit jaarverslag stelden we vast dat door deze aanpassing het veld 'verzoening' in Infoland overschreven werd en we bijgevolg geen cijfergegevens kunnen weergeven.

Gezien we merken dat dit dermate een subjectief gegeven is, gaan we dit binnen onze werking opnemen om zo uniform mogelijk te zijn in onze registratie en hier zo goed als mogelijk op 1 lijn te zitten.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<p><u>Opmerkingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten. ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	572
Aantal infodossiers	95 → 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	31 → 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	126
Aantal 'andere'	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bij 48 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. ✓ 23 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 40 keer advies gevraagd door de beroepsbeoefenaars. ✓ 39 infovragen allerlei. <p>Deze vragen of meldingen worden afzonderlijk genoteerd en niet meegenomen in het registratiesysteem.</p>
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Opmerkingen:</u> <i>De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklust van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)</i> ✓ <i>Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.</i> 	
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	255

Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	7
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	22
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	18
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	5
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)	9
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	15

Rechten van de patiënt:

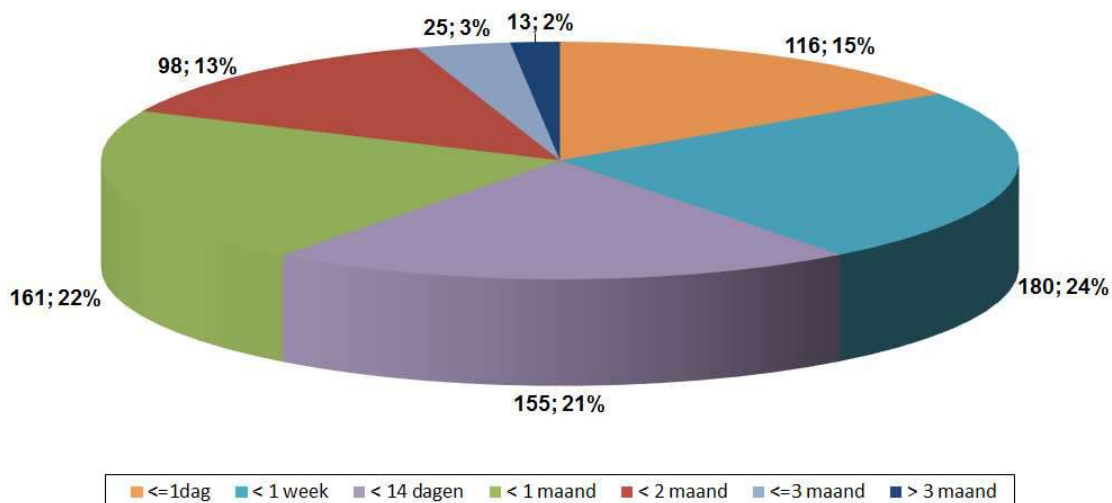
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling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

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

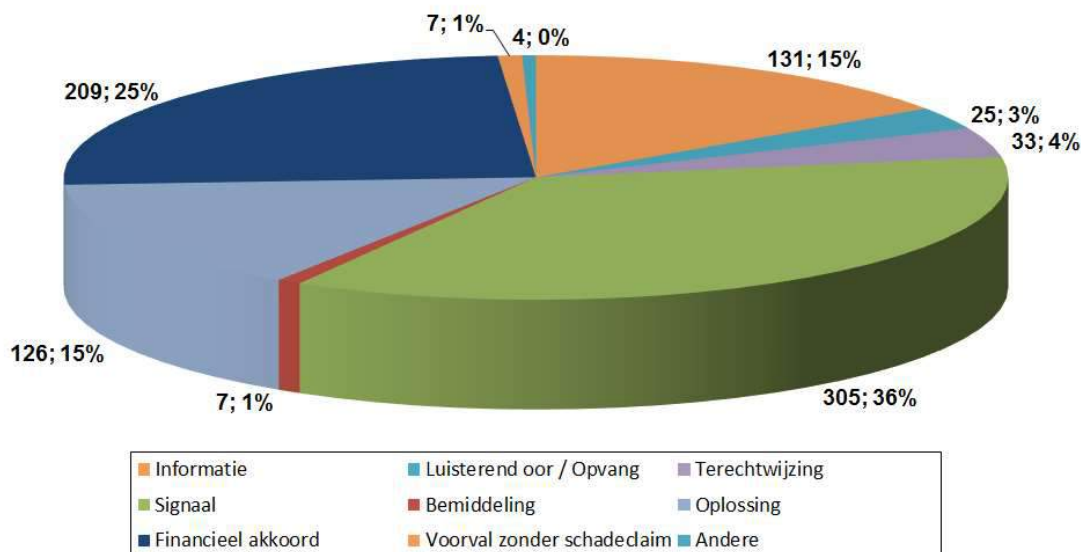
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de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

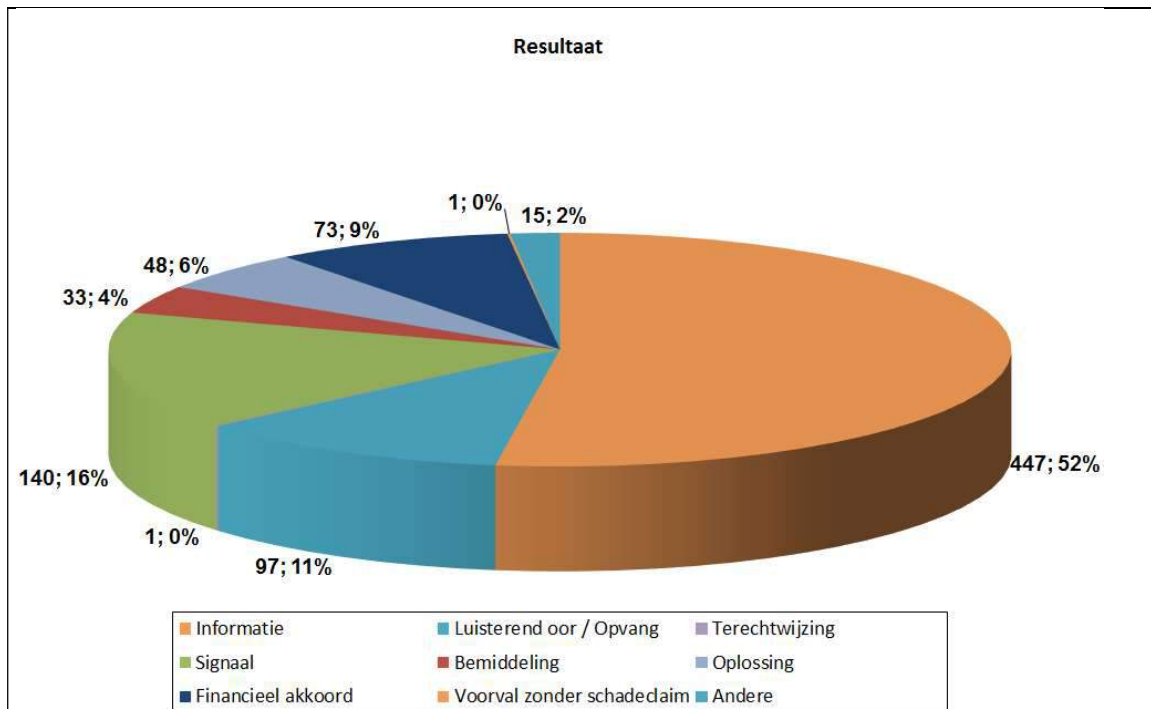
Aantal meldingen niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	
354	

Doorlooptijd



Verwachtingen





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

We merken dat de verhouding van patiëntenrechten-gerelateerde meldingen versus de klachten die daarbuiten vallen ongeveer 50/50 is.

Aanbevelingen

- ✓ Net zoals de voorbije jaren wordt met nieuwe artsen een kennismakingsgesprek ingepland. Tijdens deze gesprekken worden tevens ook aanbevelingen overlopen zodat men er zich als arts een beeld van kan vormen wat maakt dat patiënten de stap naar de ombudsdienst zetten.
- ✓ Ik herhaal dat veel ongenoegen wordt veroorzaakt door de manier waarop men communiceert en de informatie die niet (tijdig) doorsijpelt bij de patiënt of diens familie. Met het bekomen van informatie doel ik niet enkel op de informatie over de gezondheidstoestand maar tevens praktische informatie. Uiteraard hoeft het geen betoog dat je als patiënt goed moet weten wat er met uw gezondheid aan de hand is, welke behandelingen al dan niet mogelijk zijn en wat deze zal kosten. Daarnaast mogen we niet uit het oog verliezen dat het praktische/structurele aspect, dat voor de beroepsbeoefenaars en medewerkers een evidente gang van zaken is, ook de nodige onrust bij patiënten kan teweeg brengen.
- ✓ Dit jaar werden enkele voorbeelden of aanbevelingen gekoppeld aan vragen die uit de Vlaamse Patiëntenpeiling komen.
Het is voor beroepsbeoefenaars en medewerkers soms moeilijk om zich bij een algemene aanbeveling 'iets voor te stellen'.
Deze voorbeelden en aanbevelingen geven de mogelijkheid om concreet aan te tonen waar het voor de klager soms om gaat. Het zit hem vaak in kleine zaken dat een ongenoegen kan uitlokken. Daarnaast maken de voorbeelden ook duidelijk dat dit iets is wat ziekenhuisbreed aangepakt kan worden en dat men met kleine inspanningen veel kan bereiken.

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

- ✓ Net zoals het voorbije jaar informeren we de patiënt die naar een afschrift van zijn dossier vraagt naar het bestaan van CoZo. We merken dat deze patiënten niet van het bestaan van dit platform op de hoogte zijn.
- ✓ Aangezien de meeste aanbevelingen jaar na jaar zeer breed te kaders zijn en iedereen aanbelangen, is het moeilijk om een concrete weergave te brengen over de opvolging.
- ✓ Regelmatig krijgen we van dienstverantwoordelijken de respons dat ze onze melding op hun teamvergadering gaan opnemen en bespreken. Dit met de bedoeling de medewerkers te sensibiliseren, er een verbeteractie aan te koppelen of herhaling te vermijden.
- ✓ Net zoals bij het vorig jaarverslag wil ik enkele aanbevelingen die vanuit VVOVAZ werden geformuleerd onderschrijven:
 - Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg**
In het Jaarverslag 2018 van de Vlaamse Ombudsdienst werd hieromtrent reeds een duidelijk signaal gegeven via de aanbeveling 11 – Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed.
- ✓ Ook het **ziekenvervoer** komt in 2019 opnieuw aan bod.
Via de omzendbrief van Wouter Beke - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 4 december 2019 aan de ziekenhuizen werd alvast aangekondigd dat er in 2020 bijkomende maatregelen komen ten aanzien van ziekenwagendiensten die de transparantie inzake kostprijs meer gaan borgen voor de patiënt.
- ✓ **Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)**
De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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 <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement is te raadplegen in Docbase nr. 00086677, actualisatiedatum 08/11/2018
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> - Opleiding specialisatie bemiddeling in Burgerlijke- en Handelszaken in samenwerking met MEDIV (Mediation Instituut Vlaanderen) - Interne opleiding culturele bemiddeling
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	/
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Begeleiden gesprekken met traumapatiënten om hun bevindingen te horen.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<ul style="list-style-type: none"> - De klacht wordt in ontvangst genomen, klager krijgt hiervan een bevestiging indien dit schriftelijk gebeurt. - De klacht wordt geregistreerd. - De klacht wordt onderzocht, de ombudspersoon contacteert de betrokken partijen. - Er wordt gezocht via bemiddeling naar een voor alle partijen aanvaardbare oplossing of resultaat. - Het resultaat wordt in het klachtendossier geregistreerd.

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
Klachten worden doorgegeven aan de ombudsdienst zodat vanuit een neutraal standpunt deze klacht kan verwerkt worden.	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>Indien de klacht ontvankelijk wordt bevonden, onderzoekt de ombudspersoon de klacht. Indien zij het nodig acht, nodigt zij de klager uit voor een persoonlijk onderhoud om zijn verhaal te vertellen of toe te lichten.</p> <p>Indien de klager feiten signaleert louter met het oog op een verbetering naar de toekomst, wordt de klacht louter ter informatie overgemaakt aan de bevoegde verantwoordelijken.</p> <p>De ombudspersoon onderzoekt de feiten die door de klager worden aangeklaagd en gaat na welke personen en/of diensten betrokken moeten worden in het klachtendossier. In ernstige gevallen informeert de ombudspersoon onmiddellijk de juridische dienst, de gedelegeerd bestuurder en de hoofdarts en bij hun afwezigheid een directielid. Alle klachten waarbij de aansprakelijkheid van het ziekenhuis of een personeelslid in het gedrang kan komen, worden als ernstig beschouwd.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
Om te komen tot een oplossing of resultaat is het belangrijk dat alle betrokken partijen bereid zijn hieraan mee te werken, het is voor de ombudspersoon niet altijd evident om alle betrokkenen op korte termijn te kunnen betrekken. Deze opmerking was zeker ook van toepassing in 2019.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	873
Aantal infodossiers	183
Aantal pro actieve dossiers	38
Aantal opvragingen patiëntendossier	861
Aantal 'andere'	17

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

Opmerkingen:

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

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	90
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	3
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)	36
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)	6
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

Rechten van de patiënt:

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

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

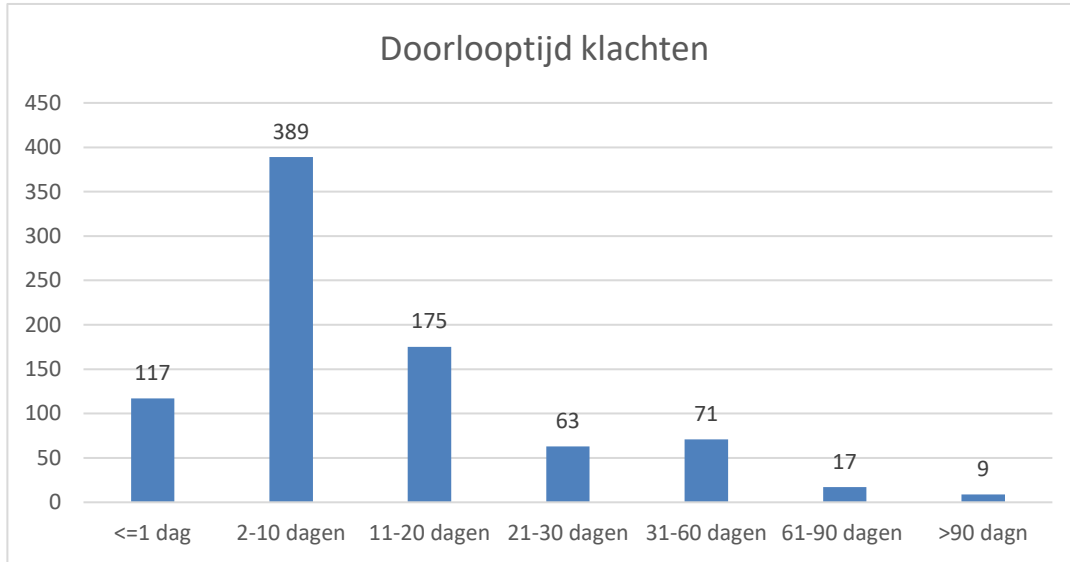
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	728																																																																																				
<p>Overzicht volgens patiëntenrecht (klacht)</p> <table border="1"> <caption>Data for 'Overzicht volgens patiëntenrecht (klacht)'</caption> <thead> <tr> <th>Art. / Categorie</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Art. 11: klachtrecht</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Art. 5: Kwaliteit</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>90</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Art. 8: Vrije keuze</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Art. 7: Informatie</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Art. 8: Toestemming</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Art. 9 §1: patiëntendossier</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>36</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Art. 9 §3+4: Inzage-recht</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Art. 9 §3: Abschrift</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Art. 10: Privacy</td> <td>6</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Art. 11 bis: Pijn</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Vana</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>728</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Art. / Categorie	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Art. 11: klachtrecht	1	0	0	0	1	0	Art. 5: Kwaliteit	0	0	0	0	90	0	Art. 8: Vrije keuze	3	0	0	0	3	0	Art. 7: Informatie	3	0	0	0	3	0	Art. 8: Toestemming	7	0	0	0	7	0	Art. 9 §1: patiëntendossier	0	0	0	0	36	0	Art. 9 §3+4: Inzage-recht	0	0	0	0	0	0	Art. 9 §3: Abschrift	0	0	0	0	0	0	Art. 10: Privacy	6	0	0	0	6	0	Art. 11 bis: Pijn	1	0	0	0	1	0	Vana	0	0	0	0	728	0
Art. / Categorie	2015	2016	2017	2018	2019	2020																																																																															
Art. 11: klachtrecht	1	0	0	0	1	0																																																																															
Art. 5: Kwaliteit	0	0	0	0	90	0																																																																															
Art. 8: Vrije keuze	3	0	0	0	3	0																																																																															
Art. 7: Informatie	3	0	0	0	3	0																																																																															
Art. 8: Toestemming	7	0	0	0	7	0																																																																															
Art. 9 §1: patiëntendossier	0	0	0	0	36	0																																																																															
Art. 9 §3+4: Inzage-recht	0	0	0	0	0	0																																																																															
Art. 9 §3: Abschrift	0	0	0	0	0	0																																																																															
Art. 10: Privacy	6	0	0	0	6	0																																																																															
Art. 11 bis: Pijn	1	0	0	0	1	0																																																																															
Vana	0	0	0	0	728	0																																																																															
Klachtenratio:																																																																																					
<p>Aantal contactnames: 622.437 (= verblijven met/zonder overnachting + amb. Activiteiten) Aantal klachten: 873 Klachtenratio: 0.140 %</p>																																																																																					

Bijkomende informatie/opmerkingen:

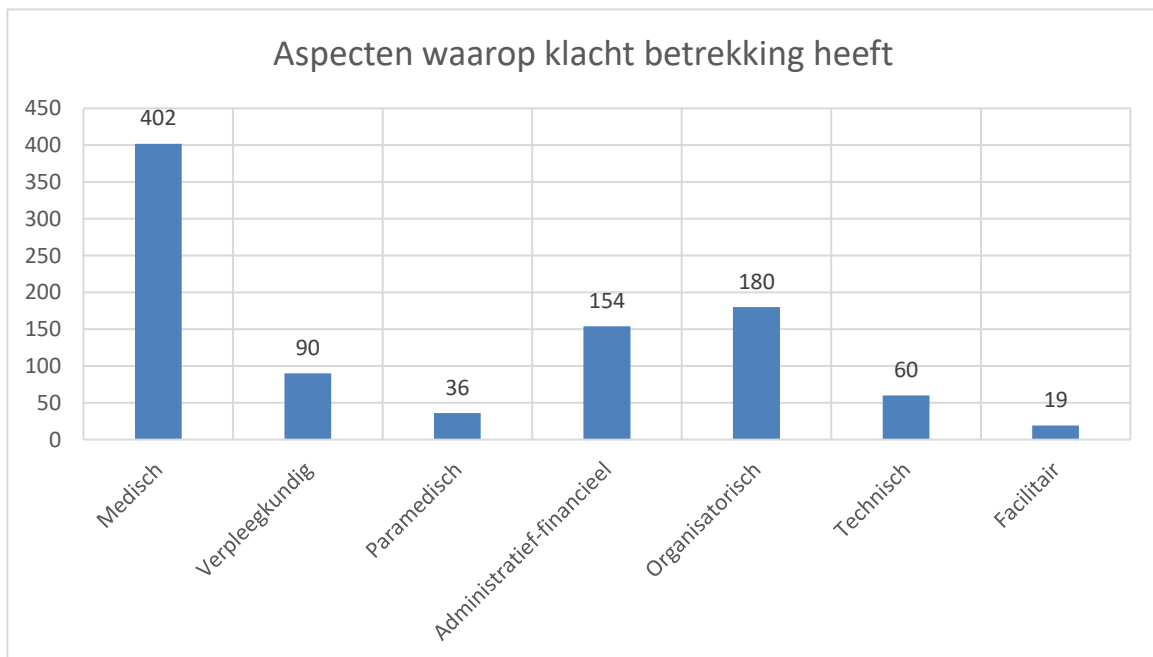
Doorlooptijd:

- 117 dossier: <= 1 dag
- 389 dossiers: 2-10 dagen
- 175 dossier: 11-20 dagen
- 63 dossiers: 21-30 dagen
- 71 dossiers: 31-60 dagen
- 17 dossiers: 61-90 dagen
- 9 dossiers: > 90 dagen



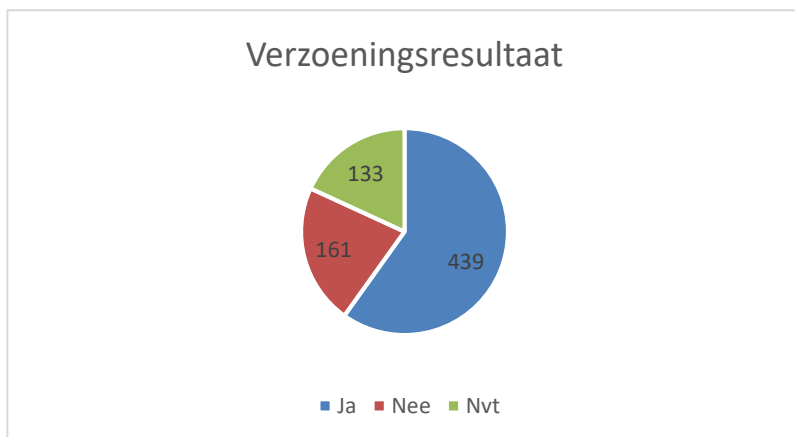
Meest voorkomende aspecten:

- Medische aspecten
- Organisatorische aspecten
- Administratief-financiële aspecten



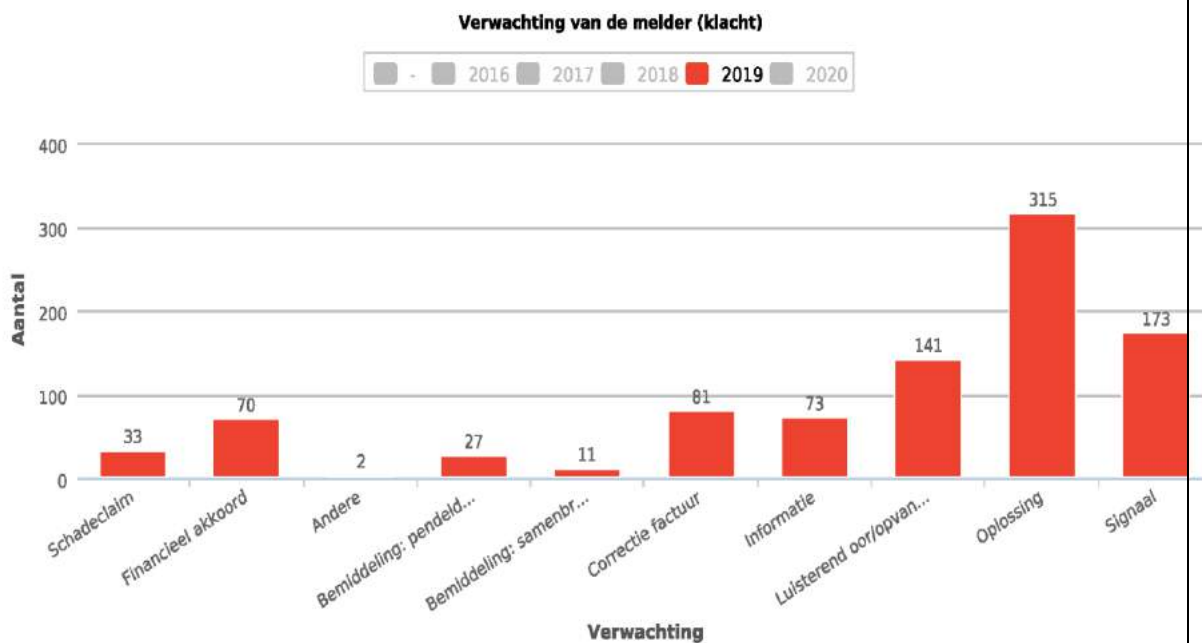
Verzoeningsresultaat bekomen:

- Ja: 439
- Nee: 161
- Niet van toepassing : 271

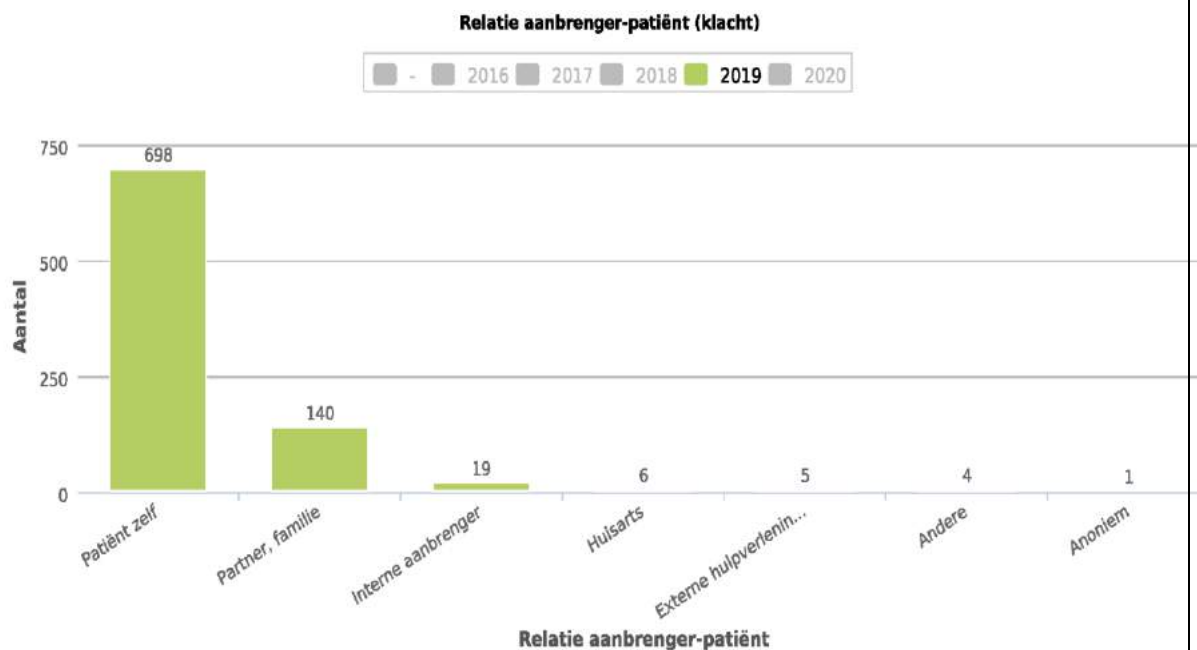


Verwachtingen van de klager top 3:

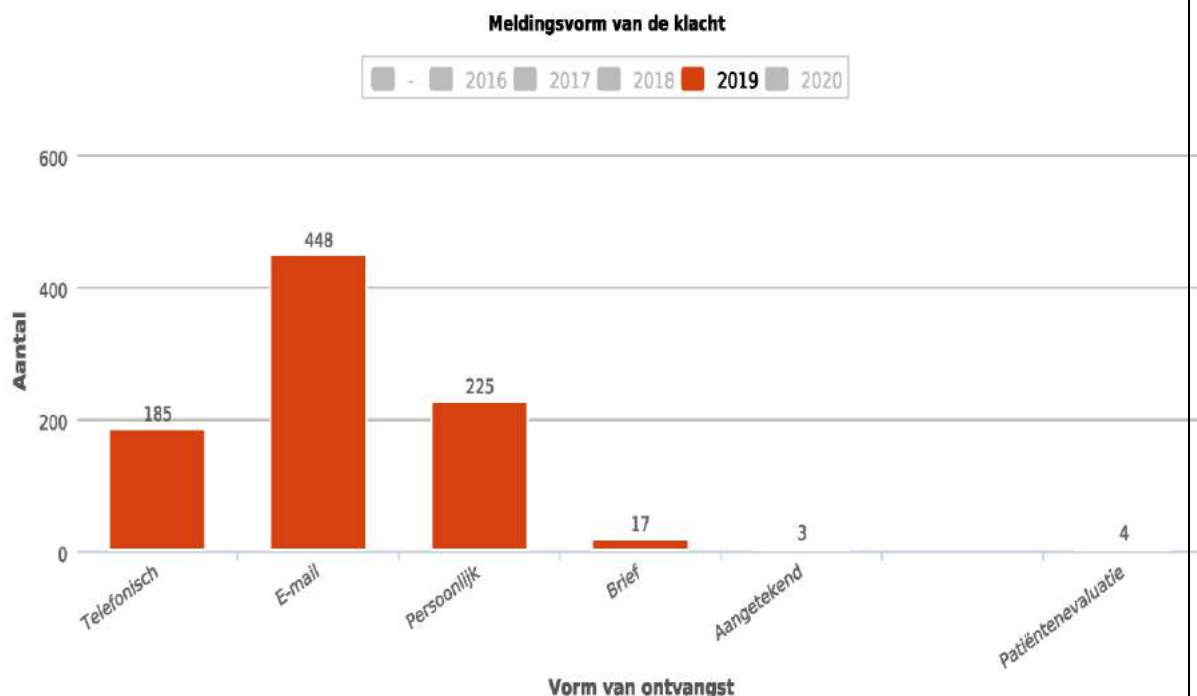
- Oplossing
- Signaal
- Luisterend oor/opvang



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

Een aantal aanbevelingen kennen vanuit de werking van de ombudsdiensten in 2019 hun herhaling:

- ✓ **Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg**
In het jaarverslag 2018 van de Vlaamse ombudsdienst werd hieromtrent reeds een duidelijk signaal gegevens via de aanbeveling 11 – Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed (pag. 19-20). Er werd gevraagd voor meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen.
- ✓ Respect keerde ook terug in de aanbevelingen aan de overheid om een **sensibiliserings-campagne over de rol van een spoeddienst uit te werken.**
Ook deze aanbeveling willen wij vanuit onze jaarwerking 2019 opnieuw in de kijker plaatsen. Wij formuleerden deze vorig jaar als volgt: “Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen”

Dit jaar voegen wij de nood aan meer financiële transparantie en de nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier toe.

- ✓ **Nood aan meer financiële transparantie**
Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg.
Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren. In het kader van een ingreep dient de mogelijk te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijke kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen.

In een volwaardige zorgverstrekker – patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijke kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een RIZIV-tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden.

Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstrekker (vb. het bedrag – een percentage van de toeslag).


✓ **Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)**

De ontwikkeling is voor de patiënt/burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platvormen (CoZo, Nexuz, vitalink, enz. ...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2020

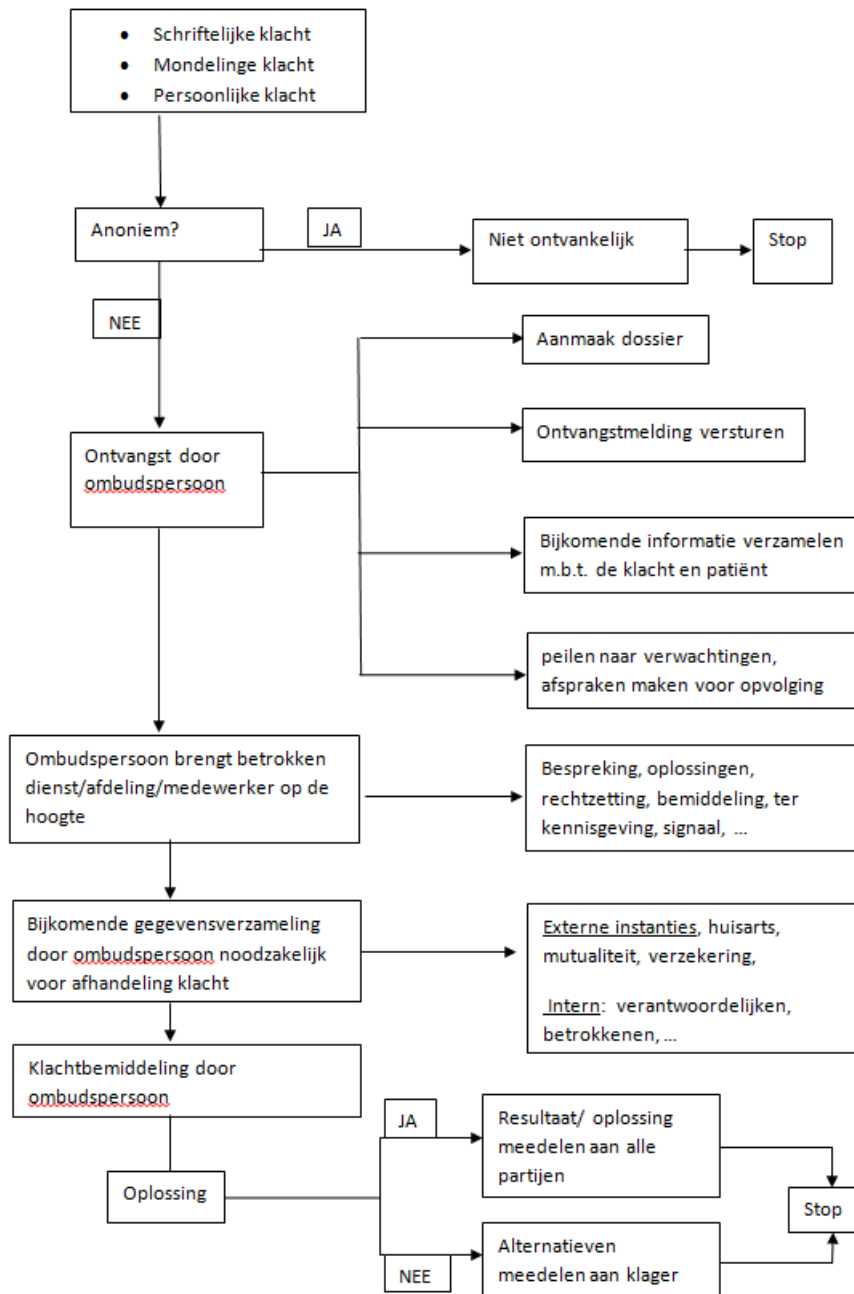
(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ St. - Elisabeth 
Adres	Nederrij 133 - 2200 HERENTALS
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	308
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	243
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(n)en	Linda Schueremans
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01-06-2008
Bestaffing	1 ombudspersoon 50% tewerkgesteld

Lokalisatie dienst	AZ St.- Elisabeth - Nederrij 133 - 2200 HERENTALS Inkomhal ziekenhuis – links achter het onthaal
Registratiesysteem	Klachtenregistratie: inhoud aangeleverd door VVOVAZ Software: Infoland
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement werd herzien in september 2017. Het huishoudelijk reglement ligt ter inzage in het kantoor van de ombudsdienst en aan het onthaal, is te raadplegen op het documentbeheersysteem van het ziekenhuis.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	-Basisopleiding bemiddeling – MEDIV -Bemiddelaar in sociale zaken – MEDIV -Bemiddelaar in burgerrechtelijke en handelszaken – MEDIV
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Opleiding tot intervisor – MEDIV (via VVOVAZ) - bijwonen provinciale vergaderingen VVOVAZ -Terugkomdag bemiddelaars VVOVAZ
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De ombudsdienst is bevoegd voor klachten die zich hebben voorgedaan t.a.v. medewerkers van het AZ Herentals: <ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbemiddeling en klachtenafhandeling in het kader van de wet op de patiëntenrechten - Informatieve opdracht in het kader van de wet op de patiëntenrechten - Klachtenbehandeling; ruimer dan de wet patiëntenrechten (in kader van ontevredenheid)

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



Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

- Het ziekenhuis leeft, binnen de wettelijke mogelijkheden, de bepalingen na van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen t.a. v. de patiënt.

- Het ziekenhuis waakt erover dat alle klachten die verband houden met de wet op de patiëntenrechten, kunnen neergelegd worden bij de ombudsdienst om er te worden behandeld.

-Het ziekenhuis draagt er zorg voor dat:

- Er voldoende informatie omtrent de bereikbaarheid van de ombudsfunctie te garanderen. (Laagdrempeligheid).
- De ombudspersoon de mogelijkheid heeft om ongehinderd in contact te treden met alle bij een klacht betrokken personen.
- De ombudspersoon binnen een redelijke termijn overgaat tot de afhandeling van de klachtbemiddeling.
- De ombudspersoon over de de ombudspersoon over de nodige administratieve en technische middelen beschikt om zijn taken te kunnen uitvoeren met name ondermeer een secretariaat, communicatiemiddelen en verplaatsings-, documentatie- en archiveringsmiddelen.

- Indien de klager de klacht aan een directielid communiceert, dan kan dit directielid de klager op de hoogte brengen van de mogelijkheid van onafhankelijke klachtenbemiddeling en/of delegeert de afhandeling van de klacht aan de ombudspersoon.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

- Bij elke klacht worden minstens volgende gegevens geregistreerd:

- De identiteit van de patiënt en eventueel van de vertrouwenspersoon
- Een uniek dossiernummer
- De datum van ontvangst van de klacht
- De aard en de inhoud van de klacht
- De verwachting van de klager
- De datum van de afhandeling van de klacht
- Het resultaat van de afhandeling van de klacht

- Op basis van de geregistreerde gegevens stelt de ombudspersoon jaarlijks een verslag op.

Dit jaarverslag bevat :

- 1° Een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.
- 2° Een overzicht van de moeilijkheden die de ombudspersoon ondervindt in de uitoefening van zijn opdracht en eventuele aanbevelingen om daaraan te verhelpen.
- 3° Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten.

Het verslag bevat niet : elementen aan de hand waarvan de natuurlijke personen betrokken bij de afhandeling van de klacht, zouden kunnen worden geïdentificeerd.

- De geregistreerde persoonsgegevens die door de ombudsdienst worden verzameld in het kader van het onderzoek van de klacht, mogen slechts bewaard worden gedurende de tijd nodig voor de behandeling ervan en zo lang als nodig voor het opstellen van het jaarverslag.

- Het jaarverslag wordt uiterlijk in de loop van de vierde maand van het daarop volgend kalenderjaar, overgemaakt aan :
 - 1° De beheerder, de hoofdgeneesheer, de directie en de medische raad van het ziekenhuis.
 - 2° De Federale Commissie 'Rechten van de patiënt' zoals beschreven in de WPR, art.16.
- Het jaarverslag is binnen het ziekenhuis beschikbaar en kan worden geraadpleegd door de bevoegde medisch directeur.

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

/

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

Opmerkingen:

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

Overzicht aantal dossiers AZ	2018	2019
Herentals		
Aantal klachten	294	294
Klachten –WPR**	220	209
Klachten- overig	74	85
Aantal informatievragen	68	96
Info-WPR**	56	82
Info- overig	12	16
Te behandelen dossiers	362	390
Anoniem	7	13
Proactief	6	13
Totaal aantal dossiers	375	411
Aantal patiëntencontacten	282 993	Nog niet definitief*
Klachtenratio	0,10%	Nog niet bepaald*

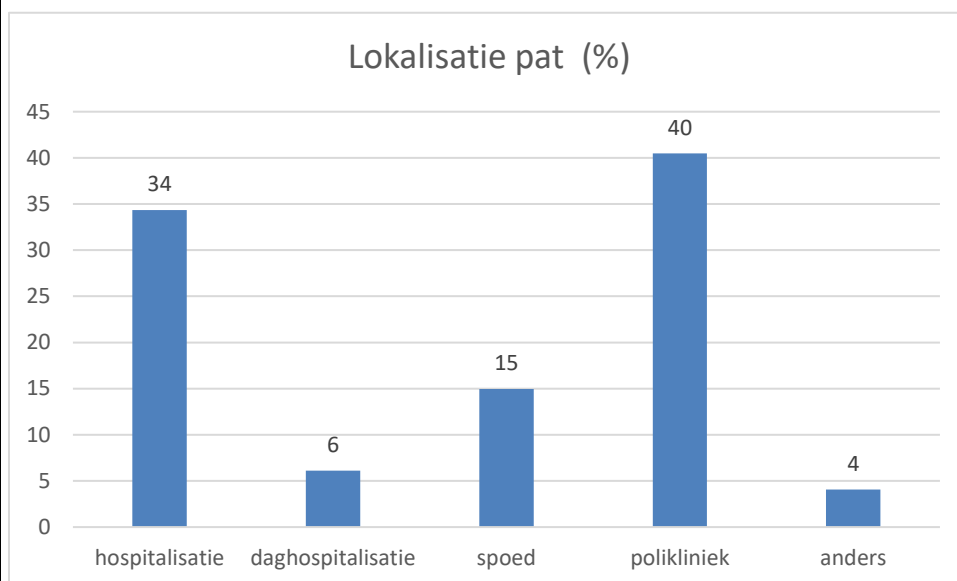
** WPR staat voor Wet op PatiëntenRechten

Een afschrift van het patiëntendossier werd 43 maal gevraagd. Het digitaal toegang kunnen hebben tot het patiëntendossier is, wordt door patiënten als een verbetering gepercipieerd. Er worden weinig problemen gemeld omtrent het digitaal gebruik. 22 verslagen of delen van patiëntendossiers werden nog op papier afgeleverd.

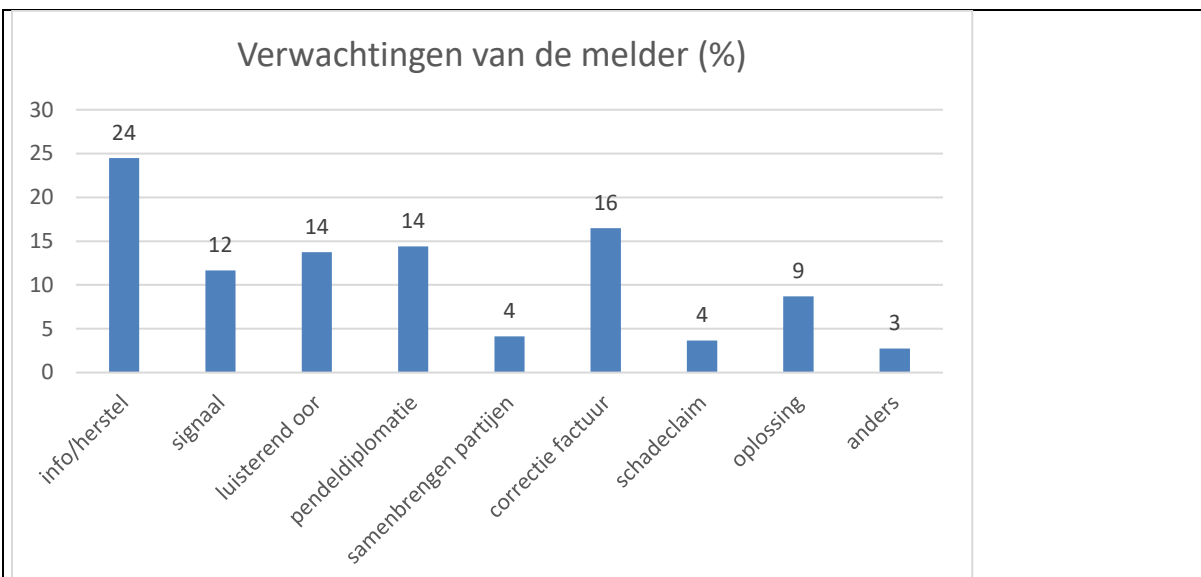
*het klachtenratio kan nog niet bepaald worden, omdat het aantal patiëntencontacten nog niet definitief gekend is. Vermits het aantal klachten status quo gebleven is en het aantal

patiëntencontacten vermoedelijk gestegen is, wordt een lager of hetzelfde klachtenratio dan vorig jaar verwacht.

Kenmerken van de melder en verwachtingen van de melder



In 54% van de meldingen meldt de patiënt zelf, in 39% van de meldingen is dat de partner of iemand van de familie. Dit is een hoog cijfer, ietwat vertekend door patiënten die eigenlijk niet van plan waren te melden, maar door de omgeving ertoe aangezet worden. De manier waarop de melder voor het eerst contact neemt om zijn /haar ontevredenheid te uiten, is schriftelijk (46%), telefonisch (39%) en persoonlijk (15%). 78% van de meldingen zijn rechtstreeks aan de ombudsdienst gericht. De ombudsdienst raakt meer bekend onder burgers. Deze cijfers tonen aan dat er een goede bereikbaarheid is van de ombudsdienst. 7% van de melder maakt gebruik van het meldformulier op de website van het ziekenhuis. Patiënten van de polikliniek (40%) zijn het meest vertegenwoordigd, gevolgd door de gehospitaliseerde patiënten (34%). De patiënten van spoed zijn voor 15% vertegenwoordigd. Dit cijfer ligt lager dan de voorgaande jaren.



De meeste melders verwachten informatie, uitleg, herstel (24%). Ook het corrigeren van de factuur wordt vaak verwacht (16%). Pendeldiplomatie (14%) wordt meer verwacht dan het samenbrengen van de partijen (4%). Als finaal resultaat worden meer partijen samengebracht, dan initieel verwacht werd. Melders worden nogal eens overstelpt met de vraag wat ze verwachten. Patiënten hebben niet altijd haalbare verwachtingen, bv. ontslag, op het matje roepen, ... De ombudspersoon licht dan de functie van de ombudsdienst toe om de verwachtingen bij te stellen.

Hoewel in 20% van de dossiers verzoenen niet van toepassing was, is er in 74% van de dossiers wel verzoend en in 26% van de dossiers niet.

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)*	141
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	20
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	37
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	1
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	12
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	10
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	4
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	2
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	8

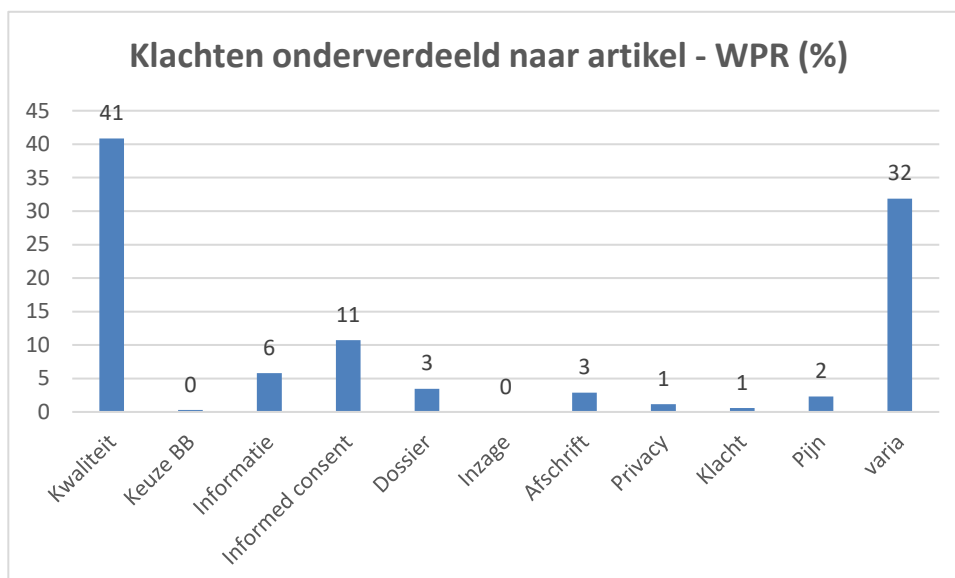
Rechten van de patiënt:

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

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

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

Waarover gaan de klachten betreffende de Wet op de Patiëntenrechten (WPR)?



Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

In deze rubriek worden klachten gemeld, waarbij patiënten ontevreden zijn over het resultaat van een behandeling, vinden dat er laattijdig of niet correct gehandeld werd. Verwachtingen van artsen en patiënten liggen al wel eens ver uiteen en zijn niet steeds duidelijk voor beide partijen. Vooral op de spoedafdeling valt dit op. Patiënten verwachten om met een finale diagnose huiswaarts te keren, terwijl artsen soms aangeven dat bij blijvende last patiënten zich kunnen aanbieden bij een arts. Ook staat 'spoed' vaak voor 'snelle behandeling' in hun ogen. Zorgverleners op spoed verwachten dan weer dat patiënten die zich op spoed aanbieden, ook echt spoedeisende hulp nodig hebben. Maar al te vaak bieden patiënten zich aan omwille van verkeerde redenen. Klachten rond bejegening op spoed hebben vaak rechtstreeks met deze problematiek te maken.

Patiënten klagen af en toe over de krappe bestaffing op de afdelingen, vooral door verpleegkundigen.

Recht op informatie en informed consent

Informereren van patiënten neemt hoe langer hoe meer een belangrijke plaats in in het zorggebeuren. Patiënten en familie willen ook meer betrokken worden bij hun zorg. Diverse informatiebrochures zijn ontwikkeld. Daarnaast blijft mondelinge toelichting ook essentieel. Contactmomenten – zeker met artsen – zijn beperkt in tijd. Patiënten worden al eens verrast door deze snelheid en zijn hier weinig op voorbereid. Dit verhoogt het gevoel van gebrek aan informatie.

Het informed consent wordt al eens ‘net’ voor de start van een (be)handeling voorgelegd. Op dit moment is er weinig tijd om na te denken over de (financiële) gevolgen van de ondertekening en om nog bijkomende informatie te verwerven. Indien mogelijk wordt idealiter het informeren van patiënten naar voren in het zorgproces verschoven.

Wanneer patiënten of hun familie informatie wensen, is het regelmatig een probleem om het juiste aanspreekpunt te vinden. Zowel het niet weten wanneer of welke arts te contacteren als welke verantwoordelijke verpleegkundige, komt vaker voor. Patiënten of hun familie komen hiervoor aankloppen bij de ombudsdienst. Een proactieve manier van werken, waarbij duidelijk wordt wie welke functie uitvoert en hoe/wanneer deze zorgverleners te bereiken, zou de klachten hierover kunnen reduceren. Ook uit de resultaten van de Vlaamse PatiëntenPeiling blijkt dat het zich voorstellen aan patiënten en hun familie een pijnpunt is. Eén patiënt bekende dat hij niet wist of er een arts aan zijn bed stond. Dit is nefast voor het vertrouwen tussen zorgverlener en patiënt. Het AZ Herentals wil dit met een sensibiliseringscampagne in het komende jaar aanpakken.

Het informeren over de resultaten van een onderzoek laat soms op zich wachten. Klachten hierover komen toe bij de ombudsdienst wanneer de patiënt voor het verkrijgen van de resultaten van het kastje naar de muur gestuurd wordt.

Recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier

Patiënten vinden makkelijk toegang tot het digitale patiëntendossier. Dat is een positieve evolutie. Een enkele melding wordt gemaakt omdat de patiënt het resultaat niet terugvindt in zijn digitale dossier.

Recht op pijnbestrijding

Klachten betreffende het recht op pijnbestrijding komen gelukkig zelden voor (n=8). Deze meldingen worden eerder door de familie geuit, dan door de patiënt. Hierbij speelt het aspect van ‘zien lijden’ en ‘machteloos moeten toekijken’ mee. Zorgverleners mogen gerust deze gevoelens van machteloosheid benoemen, naast het geven van informatie over het gevoerde pijnbeleid.

Waarover gaan de klachten niet gerelateerd aan de Wet op de Patiëntenrechten?

Administratief- financiële aspecten

Patiënten vinden facturen nog altijd onduidelijk. Er zijn heel wat informatieve vragen ook betreffende facturen. Op de website is er heel wat financiële informatie terug te vinden alsook simulaties. Er is ook een loketfunctie voorzien aan de financiële dienst, waar voorafgaandelijk informatie kan ingewonnen worden.

Klachten betreffende kosten voor extern vervoer zijn teruggedrongen door dit item op te nemen in samenwerkingsakkoorden. Twee klachten werden dit jaar geregistreerd onder dit item (vervoer naar een naburig ziekenhuis: ca. 500€; vervoer naar een ziekenhuis waar de patiënt gekend was: > 1000€).

Een tiental klachten werden geregistreerd met betrekking tot het innen van facturen en het inschakelen van de gerechtsdeurwaarder daarbij. Patiënten meldden vooral dat ze geen initiële factuur en rappel ontvingen. Verhuizingen, maar ook het niet afdoend werken van sommige postdiensten worden als oorzaken benoemd. Een enkele keer liep het bedrag hoger op dan de initiële kost op de factuur en was dat de aanleiding om de ombudsdienst te contacteren.

Facilitaire aspecten

Er werden klachten geregistreerd over het gebrek aan voldoende parkeerplaatsen voor mindervaliden, kortbij de ingang van het ziekenhuis. Door de werken aan de parking, was het aantal parkeerplaatsen voor mindervaliden tijdelijk beperkt. De nieuwe parking voldoet aan de quota voor mindervaliden.

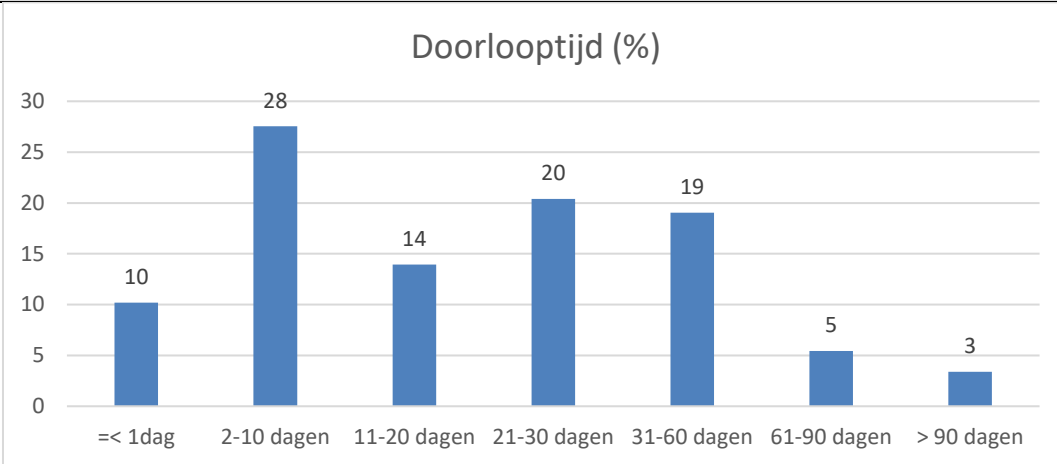
Ook was er een klacht over parkeerplaatsen, die werden voorbehouden voor een bepaalde doelgroep onder de mindervaliden. Deze klacht is ondertussen opgelost.

Organisatorische aspecten

Er zijn meerdere klachten betreffende de bereikbaarheid van artsen. De communicatie hieromtrent moet beter afgestemd worden op de realiteit. Patiënten krijgen van de arts te horen dat ze contact mogen opnemen bij problemen. Wanneer er zich dan een probleem voordoet, blijkt het niet evident om deze arts te bereiken.

Er is ook onvrede omtrent de wachttijden, vooral op spoed, in het bijzonder om een lange tijd zonder informatie te verblijven. Maar ook wachttijden omtrent geplande afspraken, waarbij het uur van afspraak niet kan nagekomen worden. Een derde vorm is onvrede omdat de patiënt een hele tijd moet wachten vooraleer hij/zij terecht kan op een consultatiemoment.

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



72% van de dossiers is binnen de maand afgehandeld.

3% van de dossiers hebben een doorlooptijd van meer dan 90 dagen. Ombudsdossiers worden complexer. Er zijn meerdere partijen betrokken dan vroeger (bv. een extern bedrijf, een huisarts, de mutualiteit, andere ziekenhuizen, andere ombudsdiensten ...). Deze evolutie doet de doorlooptijd oplopen.

Aanbevelingen

- Sensibiliseringscampagne voor burgers om oneigenlijk gebruik van de spoeddienst te ontraden. We zitten in een vicieuze cirkel, waarbij patiënten op spoed verwachten snel geholpen te worden. Patiënten, die zich onterecht aanbieden op spoed, verlengen de wachttijd voor de 'zuivere spoedgevallen'. Dit brengt onvrede bij patiënten en bij zorgverleners met zich mee, waardoor vaker klachten rond bejegening ontstaan.
- Bestaffing in de zorgsector, de 'handen aan het bed van de patiënt', wordt als té weinig gepercipieerd door patiënten. Recentelijk werd in de media nog aandacht besteed aan het tekort aan verpleegkundigen en de gevolgen voor de veiligheid van patiënten. Daarmee komt de haalbaarheid van kwalitatieve zorgverlening in het gedrang. Op niveau van de Overheid dient dit meegenomen te worden.
- Klachten betreffende het externe vervoer zijn sterk verminderd. Er zijn door de overheid reeds inspanningen gedaan om deze kosten te reduceren. De weinige klachten die toekwamen, gaan over een hoog bedrag dat door de patiënt moet opgehoest worden.
- Parkeerplaatsen voor mindervaliden worden vaak gebruikt door begeleiders van mindervaliden. Daardoor zijn het aantal parkeerplaatsen voorzien voor mindervaliden, die zelfstandig naar het ziekenhuis komen, krap. Deze 'zelfstandige' mindervaliden zouden gebaat zijn bij een tijdelijke parkeerzone voor begeleiders. Begeleiders kunnen deze zone dan gebruiken om de mindervalide in en uit de wagen te helpen, om dan de wagen te parkeren op de parking. Zo nemen ze de plek niet in van een 'zelfstandige' mindervalide.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ West
Adres	Ieperse Steenweg 100 – 8630 VEURNE
Gewest	West-Vlaanderen
Erkenningsnummer	310
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	224
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(n)en	Liesbeth Van Gelder
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/04/2019
Bestaffing	0.5 voltijdse equivalent

Lokalisatie dienst	Ieperse Steenweg 100 – 8630 VEURNE Blok A, route 160 (onmiddellijke omgeving centrale hall)
Registratiesysteem	Infoland – iTask – module klachtenregistratie
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement Ombudsdienst az West werd recent herschreven en goedgekeurd door de Raad van Bestuur az West op 22.11.2017. Raadpleegbaar: - voor de medewerker az West in het procedureboek az West; - voor de patiënt en de familie op de website van az West https://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	/
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De 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(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

	<p>de behandelend geneesheer-specialist voor het medisch luik en via de hoofdverpleegkundige voor het verpleegkundig luik. Wanneer de patiënt of vertegenwoordiger dit niet wenst kan de vraag gebeuren via de ombudspersoon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Invullen van een verzoekformulier met de benodigde gegevens (patiënt – ouder –voogd – verwant van de overleden patiënt); <input type="checkbox"/> De vraag tot terbeschikkingstelling van het dossier wordt gesteld aan de betrokken geneesheer. Bij problemen wordt de hoofdgeneesheer betrokken; <p>Taken van de ombudspersoon</p> <p>1. Preventie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen. <input type="checkbox"/> Het formuleren van aanbevelingen om herhaling van tekortkomingen, die aanleiding kunnen geven tot een klacht of die de kwaliteit van het zorgproces kunnen verbeteren, te voorkomen. <p>2. Het in ontvangst nemen van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vragen, klachten en suggesties van patiënten maken deel uit van het klachtenbeleid van het ziekenhuis en worden geregistreerd in een geïnformatiseerd registratieprogramma. Dit registratieprogramma is beveiligd en biedt de nodige garantie inzake het bewaren van het beroepsgeheim. <input type="checkbox"/> Bij het ontvangen van een klacht wordt aan de patiënt onverwijld een schriftelijke ontvangstmelding overgemaakt. <p>3. Het verstrekken van informatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Over de organisatie. <input type="checkbox"/> Over de werking en procedureregels van de ombudsfunctie. ² <input type="checkbox"/> Over de wet op de patiëntenrechten. <p>4. Het opzetten van een bemiddeling teneinde de verstoorde relatie tussen de patiënt en zijn zorgverstrekker of ziekenhuis te herstellen.</p> <p>5. Het informeren en advies geven over verdere proceduremogelijkheden wanneer interne bemiddeling geen oplossing is of geboden heeft.</p> <p>6. Het systematisch verzamelen van gegevens teneinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aanbevelingen te formuleren ter voorkoming van herhaling van de tekortkomingen, die aanleiding gaven tot het formuleren van een klacht. De ombudspersoon is alert op het structureel voorkomen van klachten. Door middel van terugkoppeling brengt hij advies uit aan de ziekenhuisorganisatie en aan de betrokkenen met betrekking tot verbeteringspunten; <input type="checkbox"/> Tegen 1 mei van elk jaar wordt een jaarverslag over de werking van de ombudsdienst verstuurd aan de beheerder, aan de hoofdarts, aan de directie, aan de Medische Raad en aan de dienst Q&S van het ziekenhuis.
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Zie klachtenprocedure, vermeld hieronder, onder het punt 'Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?'</p>

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Az West gaat uit van een constructieve visie op het verschijnsel 'klacht'. Klachtenmanagement op een juiste manier gebruikt, is een uniek instrument om de kwaliteit en de klantgerichtheid binnen het ziekenhuis te vergroten en te verbeteren.

Bij de ombudsdienst kan de patiënt terecht met vragen, klachten of suggesties.

Een klachtenprocedure kan alleen maar werken als ze gedragen wordt door alle medewerkers van het ziekenhuis.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

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. Indien geen consensus bereikt wordt of als een gesprek met de rechtstreeks betrokkenen niet mogelijk is, kan de patiënt terecht bij de ombudspersoon of kan men de klager verwijzen naar de ombudspersoon. Ook kunnen ziekenhuismedewerkers op (pro)actieve wijze problemen melden in het concrete zorgproces van patiënten. Klachten kunnen zowel *mondeling als schriftelijk* worden geformuleerd:

- Schriftelijke klachten: via mail/brief/klachtenformulier op website van het ziekenhuis
- Mondelinge klachten: telefonisch of via bezoek ter plaatse
- Coördinaten van de ombudspersoon zijn vermeld in de folder 'Ombudsdienst az West' en in de folder 'Patiëntenrechten en -plichten'.

3. Wanneer de klacht ontvankelijk wordt bevonden, start de ombudspersoon een bemiddelingsdossier:

- Ten einde de dialoog te herstellen, kan de ombudspersoon voorstellen aan de partijen:
 - o Om met elkaar opnieuw contact te nemen of in zijn aanwezigheid samen te komen
 - o Tijdens de hele procedure de rol van tussenpersoon op zich te nemen
- De ombudspersoon oefent zijn bemiddelingsfunctie nauwgezet en binnen een redelijke termijn uit.
- Zonder voor de patiënt of voor de zorgverlener partij te kiezen, neemt de ombudspersoon tijdens de volledige procedure een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht.
- De ombudspersoon mag overigens niet betrokken zijn geweest bij de feiten en de personen waarop de klacht betrekking heeft.
- De ombudsman informeert de klager en de beklagde over het standpunt en/of het resultaat van de klachtenbemiddeling.
- Indien geen oplossing wordt bereikt, oriënteert de ombudspersoon de patiënt naar een andere mogelijkheid van conflictafhandeling (bv. de ziekenfondsen, de Provinciale geneeskundige commissie, de Orde van artsen,...);
- Alle door de ombudspersoon ondernomen stappen zijn gratis.
- Zorgverleners dienen open te staan voor opmerkingen en suggesties van patiënten. Men moet proberen op een begripvolle en constructieve manier met deze opmerkingen om te gaan.
- Anonieme klachten kunnen enkel geregistreerd worden in functie van algemene opvolging, maar komen niet in aanmerking voor individuele opvolging.
- In ernstige gevallen informeert de ombudspersoon onmiddellijk de directie. Ernstige gevallen kunnen klachten zijn waarbij de aansprakelijkheid van het ziekenhuis betrokken is en/of waarbij mogelijke betrokkenheid van de pers wordt geuit.

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

/

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	117
Aantal infodossiers	49
Aantal pro actieve dossiers	16
Aantal opvragingen patiëntendossier	21
Aantal 'andere'	45

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)*	89
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	35
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)	3
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	21
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	42
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

Rechten van de patiënt:

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

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

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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	45
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
/	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
/	

Aanbevelingen

- **Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg.** Meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen.
- Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de **rol van een spoeddienst** kan een belangrijke meerwaarde betekenen
- **Het ziekenvervoer en in het bijzonder het interhospitaal ziekenvervoer:** de casuïstiek van hoge facturen voor de patiënt en vaak een erg beperkte tussenkomst vanuit de verzekeringsinstelling kende nog een groter aandeel in onze werking dit jaar.

In verband met het ziekenvervoer ervaren we tevens de noodzaak om een aantal kwaliteitsparameters ten aanzien van de ziekenwagendiensten te borgen. Vb. Wordt het transport uitgevoerd met een voertuig dat beantwoordt aan de gestelde criteria? - Beantwoordt de verpleegkundige begeleiding aan de noodzakelijke kwalificaties van deze beroepsbeoefenaar?....

- **Nood aan meer financiële transparantie**
Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg.

Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren.

In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijk kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een riziv- tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden

Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstrekker (vb. het bedrag – een percentage van toeslag).

- **Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)**
De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

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

/

Jaarverslag van ombudsdienst UZ Leuven
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie		
Naam van de zorginstelling	UZ Leuven	UPC KU Leuven campus Gasthuisberg
Adres	Herestraat 49 3000 Leuven	
Gewest	Vlaams gewest	
Erkenningsnummer	322	943
Type (AZ, UZ, PZ,...)	UZ	UPC
Aantal bedden	1764	115
Aantal campussen	4	1
Naam ombudsperso(n)en	Sabine Denis Carla Mondelaers Nathalie Renneboogh	
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	November 2011	
Bestaffing	2,20 VE ombudspersonen 1,35 VE administratieve ondersteuning	

Lokalisatie dienst	Centraal gelegen in campus Gasthuisberg
Registratiesysteem	Filemaker
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Het huishoudelijk reglement werd goedgekeurd op de klachtencommissie dd. 21/09/2018, het directiecomité dd. 10/12/2018 en het bestuurscomité dd. 17/12/2018. - Raadpleegbaar op website UZ Leuven (extern - https://www.uzleuven.be/ombudsdienst/klachtenprocedure) en intranet UZ Leuven (intern)
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> - Terugkomdag basisopleiding bemiddeling - 2 x provinciale werkgroep VVOVAZ Vlaams-Brabant: vergadering en intervisie <ul style="list-style-type: none"> - 2 x bestuursvergadering VVOVAZ - Algemene vergadering VVOVAZ
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> - Broodje ethiek (interne opleiding UZ Leuven)
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbemiddeling vanuit mandaat KB - Uitvoeren van procedure afschrift en inzage (dienst afschrift patiëntgegevens is onderdeel van de ombudsdienst) <ul style="list-style-type: none"> - Deelname aan interne werkgroepen - Preventieve opdracht om klachtenvoorkomend te werken: lesgeven aan artsen en andere UZ Leuven-medewerkers
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<ul style="list-style-type: none"> • 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 acutheid 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,

	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Wanneer er na 3 weken geen toelichting gegeven werd door de rechtstreeks aangeschrevene, wordt een eerste herinnering gestuurd aan de betrokkene en diens verantwoordelijke. Wordt er na de daaropvolgende 2 weken nog geen antwoord ontvangen, wordt opnieuw een rappel gestuurd met de hoofddarts in cc, wanneer het om medische aangelegenheden gaat.</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none">• De ombudsdienst streeft bij dit alles naar een optimale objectiviteit en een onbevooroordeelde benadering volgens de methodiek van meerzijdige partijdigheid, waarbij getracht wordt om de vertrouwensbreuk tussen de zorgverstreker en de patiënt of diens vertegenwoordiger maximaal te herstellen.
--	---

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<ul style="list-style-type: none"> - Alle klachten zijn ontvankelijk - Klachten worden anoniem als casussen gebruikt in vormen die door de ombudspersonen worden gegeven - Het merendeel van de klachten werd in 2019 schriftelijk gemeld (69%), en werd tevens door de ombudsdienst schriftelijk afgesloten (68%) - De ombudsdienst organiseerde in 2019 13 bemiddelingsgesprekken met alle betrokkenen - De ombudsdienst is op werkdagen te bereiken van 8u30 tot 12u00 en van 13u15 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 2019 werd 3% van de klachten heropend; omwille van bijkomende vragen, ontoereikend antwoord of verdere doorverwijzing.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst (2019)	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	1694 (erkeningsnummer 322) 66 (erkeningsnummer 943) Totaal: 1760
Aantal infodossiers	Vragen/meldingen: 411 Info/opleiding: 223 Info medisch dossier: 273 Totaal: 907
Aantal pro actieve dossiers	70
Aantal opvragingen patiëntendossier	Aantal aanvragen afschrift: 1429 Aantal aanvragen inzage na overlijden: 29 Aantal inbeslagnames: 30 Totaal: 1488
Aantal 'andere'	Positieve meldingen: 132 Vragen naar audit trails: 12

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

Opmerkingen:

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

Erkenningsnummer	322	943
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	430	19
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	4	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	71	5
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	51	3
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	84	5
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	15	2
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	28	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	23	0

Aantal klachten : Spreiding van de items per rubriek in absolute cijfers en vergelijking 2019-2018

	2018	2019	Vershil 2019- 2018	Vershil 2019-2018 (%)
Totaal absolute cijfers	1895	1760	-135	-7%
<u>Medische aspecten</u>	754	713	-41	-5%
. medische behandeling	378	329	-49	-13%
. aandacht en opvang	127	120	-7	-6%
. communicatiestijl	82	78	-4	-5%
. infoverstreking	195	187	-8	-4%
. verslaggeving	125	134	+9	+7%
<u>Verpleegkundige aspecten</u>	185	205	+20	+11%
. verpleegkundige verzorging	68	60	-8	-12%
. aandacht en opvang	94	109	+15	+16%
. communicatiestijl	58	69	+11	+19%
. infoverstreking	32	37	+5	+16%
<u>Organisatorische aspecten</u>	548	529	-19	-3%
. opnameregeling	113	94	-19	-17%
. wachttijden	137	137	=	=
. afsprakenregeling	153	190	+37	+24%
. verloren voorwerp/dossier diefstal/beschadigde voorwerpen	79	74	-5	-6%
. roken	2	3	+1	+50%
<u>Paramed. en soc. verpl. aspecten</u>	54	47	-7	-13%
<u>Administratieve en financiële aspecten</u>	315	284	-31	-10%
<u>Technische aspecten</u>	299	244	-55	-18%
. telefonie	83	53	-30	-36%
. parking	104	81	-23	-22%
. comfort/defecten	65	68	+3	+5%
<u>Facilitaire aspecten</u>	44	34	-10	-23%
<u>Beroepsgeheim en privacy</u>	83	83	=	=

Klachtratio 2019

193 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

	2019
< of = 1 dag	41%
2 – 10 dagen	59%
11 – 20 dagen	69%
21 – 30 dagen	76%
31 – 60 dagen	88%
61 – 90 dagen	95%
> 90 dagen	97%

Aanbevelingen

Nood aan respectvolle bejegening

Patiënten zijn mondiger geworden en willen meer deelgenoot zijn van hun behandeling. Ze zijn dan ook zeer kritisch ten aanzien van zorgverleners. Dit kan zorgen voor wrevel en spanningen in de zorgrelatie. Uit de klachten blijkt dat patiënten zich vaak niet ernstig genomen voelen. Ze geven aan dat zorgverleners niet “luisteren” en geen rekening houden met wat patiënten zelf aanbrengen of willen bekomen. Zorgverleners wijzen op hun beurt op de assertieve, soms zelfs agressieve houding van patiënten en grijpen dan gemakkelijk “een vertrouwensbreuk” aan om de behandeling stop te zetten.

Volgens ons zou enige vorming over “hoe omgaan met klachten” en een regelmatige opfrissing van gesprekstechnieken en een doorgedreven communicatietraining zorgverleners kunnen helpen om misverstanden en onderliggende problemen in de relatie met de patiënt zelf op te nemen en uit te klaren.

Nood aan betere communicatie tussen verschillende medische diensten

Patiënten die in het ziekenhuis op verschillende medische diensten in behandeling zijn merken een gebrek aan onderlinge communicatie en informatiedoorstroming. Ze hebben vaak het gevoel dat ze zelf hun behandeling moeten bewaken en alert moeten zijn bij aanpassingen bv. bij het opstarten van nieuwe medicatie. Dit geeft patiënten een onveilig gevoel en zorgt voor onzekerheid en een dalend vertrouwen.

Multidisciplinair overleg en het aanwijzen van een zorgverlener die de coördinatie van de behandeling over de diensten heen kan bewaken en die voor de patiënt gemakkelijk te bereiken is zou absoluut een meerwaarde kunnen betekenen.

Nood aan financiële transparantie

Patiënten nemen vaak contact op met de ombudsdienst bij het ontvangen van de factuur. Ze merken dat het te betalen bedrag afwijkt van hetgeen ze verwacht hadden. Ze geven dan aan dat ze vooraf niet van de kostprijs op de hoogte werden gebracht.

Hoewel er veel prijsinformatie ter beschikking is o.a. op de website en patiënten zich eveneens via hun mutualiteit of hun hospitalisatieverzekering kunnen informeren, pleiten we er toch voor dat zorgverleners een gesprek over de kostprijs niet uit de weg gaan en patiënten voor hun behandeling of ingreep spontaan informeren en adviseren om een kostenraming op te vragen.

Nood aan betere uitleg over de werking van de spoedgevallendienst

Uit de klachten van patiënten blijkt dat het bezoek aan de spoedgevallendienst niet altijd aan hun verwachting tegemoet komt. Het woord “spoed” roept bij patiënten een “snelle hulpverlening” op en een wachttijd van meerdere uren zorgt dan ook vaak voor frustratie. Patiënten gaan ervan uit dat ze na een telefoontje met de behandelende arts die hen verwees naar de spoedgevallendienst of met een verwijfsbrief van de huisarts geen triage meer moeten doorlopen en dat ze direct de nodige onderzoeken kunnen krijgen of dat ze direct naar de hospitalisatie-eenheid kunnen doorstromen. Patiënten die zich met een probleem aandienen dat reeds langere tijd bestaat of dat evengoed door een huisarts zou kunnen behandeld worden zijn teleurgesteld als ze te horen krijgen dat er geen verder onderzoek zal gebeuren en dat ze zich op de consultatie moeten aanbieden.

Een sensibiliseringscampagne rond de concrete werking van een spoedgevallendienst met verduidelijking van de tweedelijnsfunctie zou klachten en frustraties kunnen voorkomen.

Nood aan een informatiecampagne over het elektronisch patiëntendossier

Sedert het openstellen van het patiëntendossier via mynexuzhealth ontvangen we veel vragen en bedenkingen. Patiënten lezen gegevens in medische verslagen die volgens hen niet correct zijn en dringen aan op verbeteringen. Sommigen wensen dat hun medische gegevens niet met bepaalde zorgverleners worden gedeeld en vragen om hun dossier te blokkeren of zelfs helemaal te vernietigen. Gezien de toegang tot mynexuzhealth na overlijden van de patiënt meteen wordt afgesloten kunnen familieleden die als vertrouwenspersoon werden aangesteld ook het administratief gedeelte met de facturatie niet meer raadplegen.

Vanuit de ombudsdienst willen we aandringen op een kritische evaluatie van dit systeem, rekening houdend met de bedenkingen die door gebruikers worden geformuleerd. Tevens willen we wijzen op het belang van een feitelijk zo correct mogelijke verslaggeving, zonder subjectieve details en interpretaties die voor patiënten alleen maar aanleiding kunnen geven tot discussies.

Verzoeningsresultaten

De Vlaamse ombudsman vraagt expliciet aan de ombudsdiensten van de zorginstellingen om hun verzoeningsresultaten te rapporteren. De definitie van “verzoeningsresultaat” (= *de stap die de instelling of zorgverlener gezet heeft, die zonder tussenkomst van een ombudspersoon, niet zou plaatsgevonden hebben*) laat volgens ons echter veel ruimte voor interpretatie. Wat wel of niet als een verzoeningsresultaat wordt beschouwd hangt in grote mate af van het aanvoelen van de ombudspersoon. In 2019 werd in een open veld geregistreerd of en welk verzoeningsresultaat er in een individueel dossier werd bereikt. Vanuit deze registratie werden er verschillende invullingen van verzoeningsresultaten weerhouden die in het registratieformulier van 2020 werden opgenomen zodat deze in de registratie van 2020 een duidelijker overzicht kunnen geven. Voor 2019 geven we graag een algemeen beeld van de verzoeningsresultaten die we in 386 dossiers hebben geregistreerd.

Door de tussenkomst van de ombudsdienst werd in meerdere dossiers de communicatie tussen de zorgverlener en de patiënt bevorderd, werd verhelderende informatie verstrekt en werden misverstanden uitgeklaard. Zorgverleners lieten ons weten dat aangebrachte klachten werden geagendeerd en besproken in team, dat er lessen uit de klachten werden getrokken en verbeteracties werden georganiseerd.

Meermaals werden er excuses aangeboden en bleek een bemiddelingsgesprek waarbij de nodige tijd werd uitgetrokken om te luisteren en erkenning te geven aan de ervaring van de patiënt of zijn familie heel helpend en helend.

In enkele dossiers kreeg de patiënt door bemiddeling van de ombudsdienst een financiële compensatie in de vorm van aanpassing of annulering van de factuur, terugbetaling parkingkosten. Sommige patiënten werden naar de juridische dienst doorverwezen voor aangifte aan de aansprakelijkheidsverzekering.

Klachten over technische en organisatorische aspecten zoals parking, telefonische bereikbaarheid,... hebben ervoor gezorgd dat er constructieve oplossingen of aanpassingen werden gedaan. Voetpaden werden opnieuw aangelegd, er werden contactcentra geïnstalleerd om de telefonische bereikbaarheid te bevorderen, er werd een app gecreëerd om de inschrijvingen vlotter te laten verlopen en patiënten informatie te geven over de wegbeschrijving en de wachttijd,...

Bij de opening van het nieuwe Kinderziekenhuis “Vrouw, Kind en Erfelijkheid”, hebben klachten en tips van ouders bijgedragen aan verbeteracties (bv. aanpassing van de signalisatie, aankleding van de wachtruimten ed.).

Naar aanleiding van enkele concrete klachten werden bepaalde medische procedures herzien, werden verouderde informatiebrochures herwerkt en werd het gebruik van bepaalde toestellen en medische apparatuur opgefrist. Voor de patiënten betekende deze aanpassingen een teken van erkenning.

Als ombudsdienst hebben we in 2019 geijverd voor het maken van concrete afspraken voor het toevoegen van een vertrouwenspersoon/wettelijke vertegenwoordiger van een patiënt aan het medisch dossier. Deze registratie in het dossier maakt dat artsen en andere zorgverleners zich minder terughoudend opstellen en meer zekerheid ervaren in verband met de informatieverstrekking aan derden. Momenteel wordt er in samenwerking met de juridische dienst gewerkt aan een interne brochure om de bevoegdheden van een vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger en bewindvoerder te verduidelijken en zorgverleners hierover te informeren. We ervaren dat de tussenkomst van de ombudsdienst iets in beweging kan zetten. Klachten van patiënten leggen vaak de vinger op de wonde of fungeren als wake-up-call. Door de neutrale houding en het niet beoordelend karakter van onze tussenkomst hebben we het gevoel dat de ombudsdienst onrechtstreeks toch een constructieve bijdrage kan leveren aan de optimalisatie van de zorg- en dienstverlening.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Ziekenhuis Oost-Limburg
Adres	1 Campus Sint-Jan Schiepse Bos 6 3600 Genk 2 Medisch Centrum André Dumont Stalenstraat 2a 3600 Genk 3 Campus Sint-Barbara Bessemerstraat 478 3620 Lanaken
Gewest	Limburg
Erkenningsnummer	371
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	811 bedden voor hospitalisatie 256 dagklinische plaatsen
Aantal campussen	3
Naam ombudsperso(n)en	Christel Lambregs Kelly De Haes

Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Christel Lambregs: 20/08/2018 Kelly De Haes: 02/12/2019
Bestaffing	1,5 FT
Lokalisatie dienst	ZOL Campus Sint-Jan, gelijkvloers, J0.30
Registratiesysteem	VVOVAZ, Infoland
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	10/02/2014 Te raadplegen op de website: https://www.zol.be/ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Christel Lambregs: -Postgraduaat bemiddeling in familiezaken, burgerlijke-en handelszaken en sociale bemiddeling in organisaties -gecertificeerd coach Kelly De Haes: Postgraduaat bemiddeling in familiezaken, UCLL
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Provinciaal Overleg VVOVAZ Limburg Intervisie : regionale ombudspersonen Limburg (4x/jaar) ...
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbemiddeling voor alle patiëntenklachten (ook andere dan gerelateerd aan patiëntenrechten) binnen ZOL. - Behandeling van verzoeken tot afschrift medisch dossier. - Preventieve opdracht: moeilijkheden rapporteren aan en bespreken met betrokkenen/leidinggevenden en het aanbieden van aanbevelingen. - Opstarten en opvolgen van verzekeringsdossiers.

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klachten komen schriftelijk, telefonisch of via persoonlijk gesprek bij de ombudsdienst terecht. Zelden komen deze op de ombudsdienst via andere instanties binnen het ziekenhuis (dienst kwaliteit, dienst patiëntenveiligheid,...) waar klachten soms verkeerdelijk terecht komen. - Er wordt nagegaan van waaruit de klacht vertrekt en of er een mandaat is van de patiënt, indien deze niet zelf de klacht indiende. - De klacht wordt geanalyseerd en indien nodig wordt bijkomende informatie ingewonnen bij patiënt. - Er wordt gevraagd naar de verwachtingen van patiënt ten aanzien van zijn/haar klacht. - Patiënt krijgt mogelijkheden aangeboden om de klacht te behandelen (informatie verstrekken, bemiddeling via ombudsdienst, rechtstreeks gesprek met betrokkenen al dan niet in aanwezigheid van de ombudsdienst, alternatieven). - Indien keuze voor indirecte bemiddeling wordt de klacht verder intern onderzocht. Nadien wordt de verkregen feedback aan patiënt bezorgd. - Er worden vanuit de ombudsdienst aanbevelingen gedaan ter preventie van herhaaldelijke klachten en een signaal gegeven aan directie.
---	---

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<ul style="list-style-type: none"> - Binnen ZOL wordt geadviseerd om klachten zo vlug mogelijk met de rechtstreeks betrokkenen - arts, (hoofd)verpleegkundige of andere medewerkers - te bespreken. - Indien dit niet mogelijk is kunnen patiënten terecht bij de ombudsdienst om hun klacht te behandelen. - Medewerkers kunnen ook steeds terecht bij de ombudsdienst om pro-actieve meldingen te doen of advies te vragen bij specifieke casussen. 	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<ul style="list-style-type: none"> - Vanuit een onpartijdige, onafhankelijke positie gaat de ombudsdienst de klacht exploreren en patiënt en interne betrokkenen benaderen. Rechtstreekse communicatie tussen de partijen wordt zo veel als mogelijk gepromoot. Indien dit niet mogelijk is, dan treedt de ombudsdienst op als tussenpersoon en ligt de focus op bemiddeling. - Er wordt steeds gepolst naar de verwachtingen van patiënt. Nadien worden de mogelijkheden met patiënt overlopen en afspraken gemaakt rond het verdere verloop van de behandeling van zijn/haar klacht. - Elke klacht wordt geregistreerd en behandeld, uitgezonderd anonieme meldingen. - Terugkerende klachten worden besproken met betrokkenen/leidinggevenden, zodat deze structureel kunnen worden aangepakt. 	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Aantal klachtendossiers	587
Aantal infodossiers	226
Aantal pro actieve dossiers	104
Aantal opvragingen patiëntendossier	60
Aantal 'andere'	33
Totaal aantal meldingen	1010

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

Dossiers gerelateerd aan de patiëntenrechten (één dossier kan over meerdere patiëntenrechten gaan)	313
--	-----

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	276
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	6
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	91
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	18
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	11
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)	9
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	28

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	274
--	-----

Bijkomende informatie:

Inhoud van de klachten

Medische aspecten	263
Verpleegkundige aspecten	134
Paramedische/ Sociale aspecten	11
Administratieve aspecten	106
Facilitaire/Technische aspecten	74
Organisatorische aspecten	173
Anders	5

Aard van de oplossing

Informatie	102
Luisterend oor / Opvang	180
Signaal	207
Bemiddeling	301
Pendeldiplomatie	271
Samenbrengen van partijen	39
Oplossing	170
Financieel akkoord	156
Correctie factuur	91
Schadeclaim	60
Andere	12

Hoe komt de klacht binnen bij de ombudsdienst

Schriftelijk	58,6 %
Telefonisch	34 %
Persoonlijk	7,4 %

Wie doet de klachtenmelding

In 485 meldingen is patiënt zelf de melder van de klacht. Dit wil zeggen dat in bijna 52% van de meldingen iemand anders dan patiënt de melding deed. Het gaat dan om:

Partner / Familie	320
Huisarts	10
Externe hulpverlener / Mutualiteit	46
Interne arts	42
Interne Verpleegkundige / Paramedici	54
Interne administratie	39
Anders	14

Doorlooptijd

<= 1dag	36,7 %
2-10 dagen	33,8 %
11-20 dagen	9,5 %
21-30 dagen	8,1 %
31-60 dagen	8,5 %
61-90 dagen	3,3 %
>90 dagen	0,1 %

80% van alle klachten wordt afgehandeld binnen de 20 dagen.

De doorlooptijd is afhankelijk van een aantal factoren die soms buiten de ombudsdienst liggen, zoals wachten op antwoord of bijkomende informatie van de melder en/of de betrokken hulpverleners.

De gerichtheid op rechtstreekse bemiddelingsgesprekken en indirecte bemiddeling maakt eveneens dat de doorlooptijd kan oplopen, gezien het meer tijd vergt om alle betrokken partijen te horen en uiteindelijk samen te brengen.

Voor onze ombudsdienst was 2019 ook een jaar waarbij in juni 2019 van 1,5 FT naar slechts 0,8 FT is gegaan en dit tot december 2019. Dit heeft de doorlooptijd eveneens beïnvloed gezien de hoeveelheid van de binnenkomende klachten en de geringe personeelsbezetting.

Aanbevelingen

- Mogelijkheden tot opleiding en training voorzien rond communicatie en respectvolle omgang tussen hulpverleners en patiënten:
Voor patiënten uit dit zich in klachten omtrent bejegening naar hulpverleners. Binnen de bemiddeling komt vanuit de hulpverleners ook vaak naar boven dat zij een gemis ervaren aan respect vanuit patiënt. Dit draagt uiteraard niet bij tot een constructieve sfeer en een emotionele beladenheid bij beide partijen.
- Rol van de spoeddiensten:
Patiënten zijn onvoldoende ingelicht omtrent de functie en werkmethode van de spoedgevallendienst, wat verkeerde verwachtingen en ongenoegen in de hand werkt. Binnen het ziekenhuis werd hier reeds een campagne rond opgezet, maar het probleem blijft toch voelbaar binnen de klachten op de ombudsdienst. Een maatschappelijke campagne rond de functie van de spoedgevallendienst zou daarom een goede aanvulling zijn.
- Ziekenvervoer:
Binnen het ziekenhuis merken wij voornamelijk frustraties bij patiënten rond het niet-dringend ziekenvervoer. We merken vooral een noodzaak om nationaal te werken aan een aantal kwaliteitsparameters (stiptheid, prijs, methode van betaling, methode van vervoer, kwaliteit van de begeleiding,...).
- Nood aan nog meer financiële transparantie:
Er is nood aan een nog groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg. Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren. Een informatiecampagne hierrond zou zeker een meerwaarde zijn (waar advies inwinnen door patiënt: ziekenhuis, mutualiteit, hospitalisatieverzekering,...).
Binnen ons ziekenhuis bestaat reeds de mogelijkheid om in het kader van een ingreep voorafgaand een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen.
- Nood aan informatiecampagne rond Elektronisch Patiëntendossier (EPD):
We ervaren dat er meer en meer vragen gesteld worden over hoe er wordt omgegaan met patiëntengegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

- Medische fout versus complicatie:
Voor patiënten is het vaak moeilijk een onderscheid te maken tussen beide begrippen. Meer educatie hierrond op nationaal niveau zou welkom zijn.
- Degelijke training rond privacywetgeving in de ganse zorgsector.
- Uitwerken van specifieke opleiding omtrent omgaan met cultuurverschillen binnen de zorg voor zowel patiënten als hulpverleners.
- Richtlijnen rond het organiseren van een nagesprek voor de context bij overlijden van de patiënt. Zeker bij een onverwacht overlijden is er grote nood. Wanneer hier onvoldoende aandacht aan wordt gegeven, vertaalt dit zich soms in een aanvraag tot inzage in het medisch dossier.
- Nationale toelichting rond de werking van een ombudsdienst. Patiënten en hulpverleners zijn niet altijd even goed op de hoogte binnen welke positie en welke grenzen de ombudsdienst werkt en dit kan aanleiding zijn tot frustraties en verkeerde verwachtingen.

Ref.: CVP/CVP/15347

Knokke-Heist, 7 februari 2020



OMBUDSDIENST

JAARVERSLAG 2019

VOORWOORD

In dit verslag kan u de jaarlijkse weerslag vinden van de klachtenbehandeling/- bemiddeling door de ombudsdienst in 2019.

Klachtenbemiddeling is in eerste instantie een recht voor iedere patiënt in het kader van de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt (2002; artikel 11 paragraaf 1). Maar ook voor de organisatie zijn dit kansen om waar mogelijk aandachtspunten en verbeterpunten uit te halen.

De belangrijkste taak van de ombudsdienst bestaat uit het aan de patiënt garanderen dat hij zijn klachtrecht kan uitoefenen wat betreft de rechten van de patiënt

Daarnaast is het binnen AZ ZENO ook de taak van de ombudsdienst om kennis te nemen van alle klachten en vragen over de hotelaccomodatie (keuken, onderhoud, ...), de administratief - financiële aspecten (kamerkeuzeformulier, factuur, ...) en organisatorische aspecten (parking, wachttijden, ...).

Zoals voorgeschreven in de wet van de Rechten van de Patiënt kan iedere patiënt een afschrift bekomen van zijn volledig patiëntendossier, ook hiervoor kan hij bij de ombudsdienst terecht.

Claes Anne-Marie
ombudsvrouw

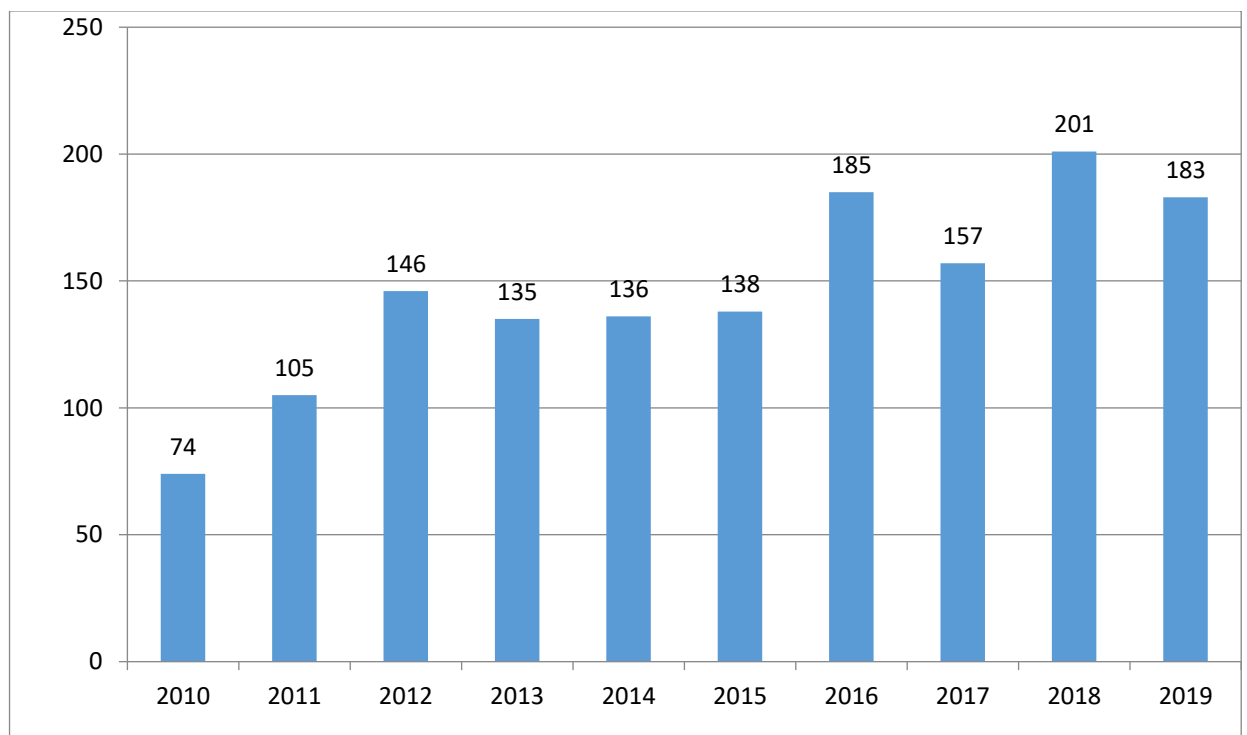
1. AANTAL KLACHTEN

In 2019 registreerden we 183 klachten waarvan:

61 klachten (33%) in verband met de wet Rechten van de Patiënt

122 klachten (67 %) die niet rechtstreeks vallen onder de wet Rechten van de Patiënt

In 2019 noteren we een lichte daling in het aantal geregistreerde klachten ten opzichte van 2018; het aandeel van de klachten die verband houden met de wet Rechten van de Patiënt is ongeveer hetzelfde gebleven met het voorafgaande jaar. In 2018 hadden 38% van de klachten verband met de patiëntenrechten en 62% geen betrekking tot de patiëntenrechten.



2. OVERZICHT VAN DE KLACHTEN

Klachten met betrekking tot de wet 'rechten van de patiënt'

In de volgende tabel vindt u een overzicht van het aantal klachten per deelaspect van de wet van de Rechten van de Patiënt.

Ontvangen van een kwaliteitsvolle zorg	42
Geïnformeerd worden over zijn gezondheidstoestand	9
Verzekerd zijn van de bescherming van persoonlijke levenssfeer (privacy)	6
Vrij toestemmen in tussenkomst met voorafgaande informatie	4
Zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier	0
Vrije keuze beroepsbeoefenaar	0
Som	61

Een vergelijking met de indeling van de voorgaande jaren is moeilijk aangezien de kwalificatie van de klacht toch een interpretatie inhoudt en patiënten soms ook verschillende elementen aanhalen in één klacht – met als gevolg meerdere verwachtingen.

Klachten die geen betrekking hebben op de wet 'rechten van de patiënt'

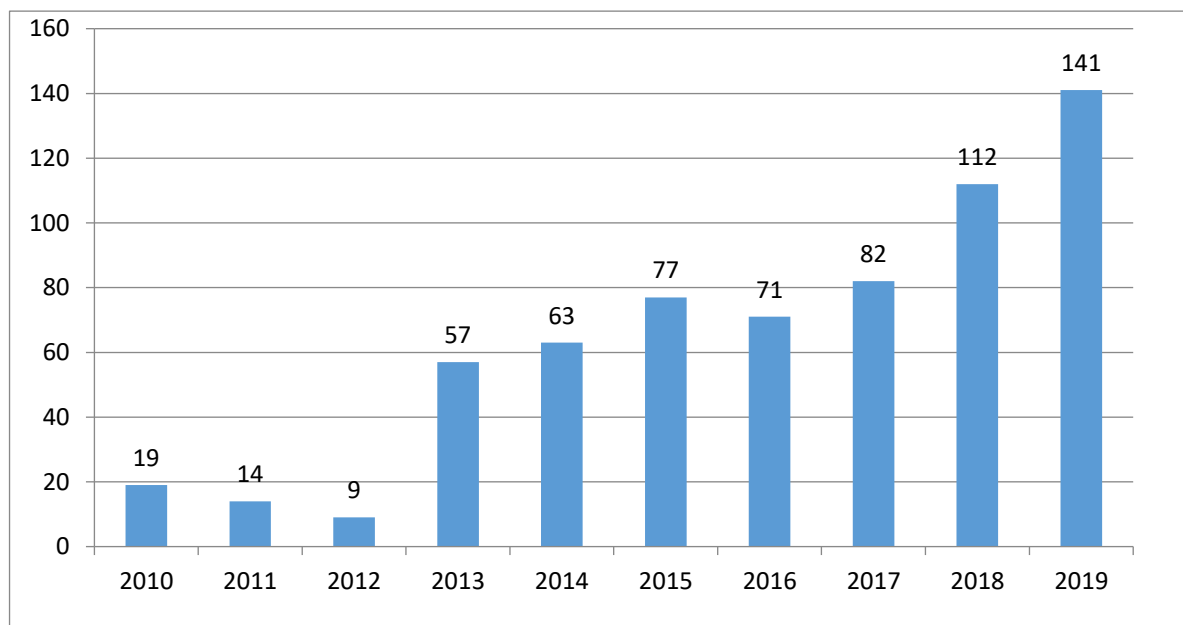
Administratieve klachten	4
Financiële klachten	87
Facilitaire aspecten	3
Technische aspecten	3
Organisatorische aspecten	7
Andere	18
Som	122

Het grootste aandeel klachten heeft ook dit jaar betrekking op het financiële aspect van een ziekenhuisopname met, in de meerderheid van de gevallen, bijkomend de vraag vanwege diegene die de klacht indiende om de factuur te herzien of te annuleren.

Patiënten hebben ook klachten over de communicatie tussen zorgverlener en zorgvrager, ziekenvervoer, verloren voorwerpen en organisatorische aspecten (wachttijden, ontslagregeling, ...).

Een niet onaardig aandeel van de “andere” klachten handelt over vriendelijkheid en de wijze waarop patiënten worden bejegend binnen het ziekenhuis.

3. VRAAG TOT AFSCHRIFT VAN PATIËNTENDOSSIER



Opnieuw een forse stijging van het aantal aanvragen tot afschrift van een patiëntendossier. Het valt op dat steeds meer zorgverzekeraars een afschrift vragen alvorens over te gaan tot tussenkomst aan hun verzekerde.

Nieuw te noteren zijn de aanvragen van patiënten naar de “logging” van hun persoonsgegevens (i.c. medische gegevens) en de inzage hiervan. Sinds de Algemene Verordening Gegevensbescherming heeft een patiënt het recht om te weten wie zijn persoonsgegevens heeft ingezien en patiënten maken meer en meer gebruik van dit recht.

4. VERWACHTINGEN VAN DE KLAGER OF VRAAGSTELLER

Bij de meeste patiënten/bezoekers of familie blijft het 'geven van een signaal' de belangrijkste verwachting, men wil "voorkomen dat anderen dit ook meemaken".

Mensen hebben soms meerdere verwachtingen met betrekking tot de opvolging van hun klacht of vraag.

Het aantal vragen om een financieel akkoord (correctie factuur of schadeclaim) blijft ook stijgen. Uiteraard kan niet steeds worden ingegaan op deze vraag.

5. AANBEVELINGEN

Onze maatschappij is kritischer geworden, dit merken we ook in het aantal klachten maar voornamelijk ook in de inhoud van de klachten met vaak een relatieve ernstgraad.

Klachten met betrekking tot de wet 'rechten van de patiënt'

Het grote aandeel van de klachten onder de noemer "Ontvangen van een kwaliteitsvolle zorg" mag niet de indruk wekken dat in AZ Zeno geen kwaliteitsvolle zorg zou geleverd worden - wel integendeel. De ontvangen klachten handelen voornamelijk over informatie verstrekking en/of niet ingeloste verwachtingen; beide zijn vaak zeer eng met elkaar verbonden.

Een klacht van een patiënt is dan ook vaak een vraag naar extra informatie of verduidelijking die hij niet steeds rechtstreeks aan de zorgverlener kan/durft te richten.

Soms betreft het echter een klacht omtrent een gebrek aan "vriendelijkheid" bij de zorgverstrekker. Hieruit ontwaren we de nood aan blijvende samenwerking tussen ombudsdienst en vriendelijkheidsambassadeur en tevens het belang van voldoende vorming van de medewerkers en bestaffing van de diensten.

Klachten die geen betrekking hebben op de wet 'rechten van de patiënt'

Struikelpunt blijft de gebrekkige of ontbrekende informatie over de financiële gevolgen van de keuze voor een 1-persoonskamer, voornamelijk bij opname via spoedgevallendienst. Ook het aantal gebrekkig ingevulde (of zelfs ontbrekende) kamerkeuzeformulieren blijft te betreuren.

Men zou zich echter ook de vraag kunnen stellen of de patiënt bij opname via spoedgevallendienst wel steeds voldoende handelingsbekwaam is om op dat tijdstip en in deze situatie een geldige instemming te kunnen geven aangaande de kamerkeuze.

De geleverde inspanningen bij geplande opnames (informatie bij opnameplanning, mogelijkheid tot voorafgaande prijsofferte, begeleidende brief bij de ziekenhuisfactuur) werpen wel hun vruchten af.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	01.01.2019 - 31.12.2019
--------------------	-------------------------

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)	Maaïke Oosterlijnc
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01.11.2017
Bestaffing	0.5 VTE

Lokalisatie dienst	Route 39 – 1 ^{ste} verdieping
Registratiesysteem	Infoland, IProva
Huishoudelijk reglement (<i>actualisatiedatum; waar te raadplegen</i>)	https://www.sintandriestielt.be/patient/ombudsdienst/huishoudelijk-reglement/ HHR ligt ter inzage van de patiënten, de medewerkers van het ziekenhuis en iedere belangstellende aan het onthaal, op internet / SATNet of op de ombudsdienst.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisopleiding ‘bemiddelaar’ volbracht in 2019. Terugkomdag ervaren bemiddelaars 22.10.2019.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Prov. overleg VVOVAZ 25.03.2019 Prov. overleg VVOVAZ 17.06.2019 Prov. overleg VVOVAZ 16.09.2019 Prov. overleg VVOVAZ 02.12.2019
Werkingssterrein van de ombudsdienst (<i>klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>)	De ombudsdienst heeft als belangrijkste taak aan de patiënten, hun familieleden en/of bezoekers van het ziekenhuis de uitoefening van hun klachtrecht te garanderen, wat betreft de rechten van de patiënt, zoals beschreven in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Ruimer: alle vragen, opmerkingen, klachten of suggesties van patiënten, hun verwanten en bezoekers. Alsook aanvraag inzage of afschrift patiëntendossier.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	De klacht kan <i>mondeling</i> (telefonisch of via persoonlijk contact na afspraak) of <i>schriftelijk</i> (brief, suggestiebriefje, e-mail of fax) worden geuit. Elke <i>ontvankelijke</i> en binnen de bevoegdheid van de ombudsdienst ressorterende klacht wordt bij melding geregistreerd in een klachtenbemiddelingsdossier. Per kerende wordt een schriftelijke

ontvangstmelding bezorgd aan de klager. Bij een mondelinge klacht wordt in overleg met de klachtmelder het verder verloop afgesproken.

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 of gewenst 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 beklagde(n) aan en bezorgt haar informatie over de klacht. Zij kan vrijuit met elke medewerker binnen het ziekenhuis spreken die betrokken is bij een klacht of die een klacht kan helpen uitklaren.

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 gewenst organiseert en modereert de ombudspersoon een bemiddelingsgesprek.

De ombudspersoon informeert mondeling of schriftelijk de klager en beklagde over het resultaat van de klachtenbemiddeling. Een afgehandeld dossier wordt als gesloten beschouwd, tenzij nieuwe elementen worden aangebracht.

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 driemaandelijke klachtencommissie met als doel verbeterpunten op te sporen en de werking te optimaliseren.

Leden:

- Algemeen directeur
- Medisch directeur
- Verpleegkundig- en paramedisch directeur
- Kwaliteitscoördinator
- Ombudspersoon

Diensten kunnen beroepen op de ombudspersoon om een anoniem klachtenrapport met aanbevelingen voor te leggen en toe te lichten tot op het niveau van hun afdeling.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

Informereren, 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.

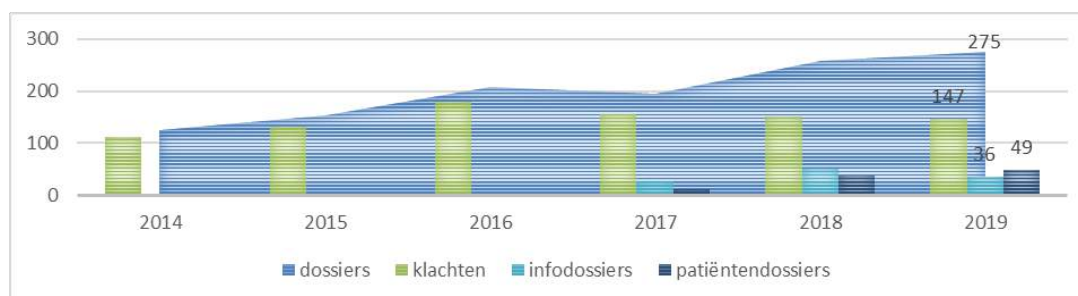
Verkennen mogelijkheden, gemeenschappelijke doelen, betrokkenen tot evt. afspraken/acties laten komen. Anoniem rapporteren en suggesties/verbeteracties formuleren.

Bijkomende informatie/opmerkingen:

De cultuur en bereidheid om in te zetten op bemiddelingsgesprekken, groeit binnen de organisatie merkbaar.

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

Meldingen 2019: **275**



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	147 (53% van alle meldingen)
Aantal infodossiers	36
Aantal pro actieve dossiers	45 (19 tot effectieve melding geleid)
Aantal opvragingen patiëntendossier	49
Aantal 'andere'	Louter schadedossiers: 6 Meldingen (signaleren) zonder wens opvolging: 18

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

2019: 73 (50% van alle klachten)

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)*	Medisch 42 Paramedisch 1 Verpleegkundig 27
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	Medisch 2 Paramedisch 0 Verpleegkundig 0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	Medisch 12 Paramedisch 0 Verpleegkundig 1
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	Medisch 2 Paramedisch 0 Verpleegkundig 1
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	Medisch 0 Paramedisch 0 Verpleegkundig 0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	Medisch 0 Paramedisch 0 Verpleegkundig 0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	Medisch 1 Paramedisch 0 Verpleegkundig 0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	Medisch 1 Paramedisch 0 Verpleegkundig 0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	Medisch 0 Paramedisch 0 Verpleegkundig 3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	Medisch 0 Paramedisch 0 Verpleegkundig 0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	Medisch 1 Paramedisch 0 Verpleegkundig 1

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Kwaliteitsvolle dienstverlening	57	63	86	70	62	70
Vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	4	4	1	3	2
Informatie over BA	0	0	0	0	0	0
Informatie gezondheidstoestand	21	16	19	16	26	13
Toestemming tussenkomst	6	9	10	5	6	3
Volledig patiëntendossier	1	1	0	0	0	0
Inzage patiëntendossier	2	1	0	0	1	1
Afschrift patiëntendossier	9	3	1	3	2	1
Privacy	0	2	4	2	5	3
Klachtenbehandeling	0	0	1	0	0	0
Pijnbestrijding	0	1	0	0	3	2
Totaal	98	100	125	97	108	95

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:**

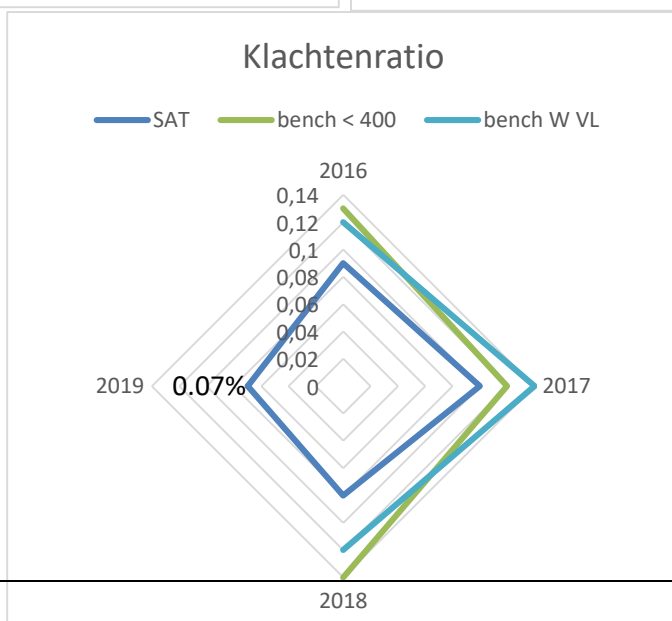
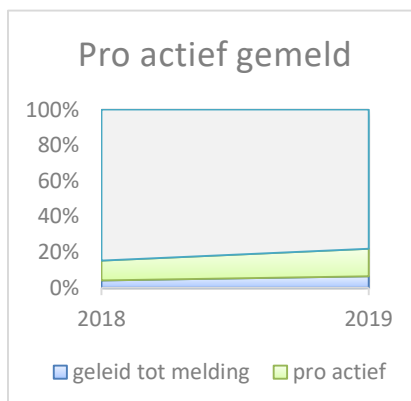
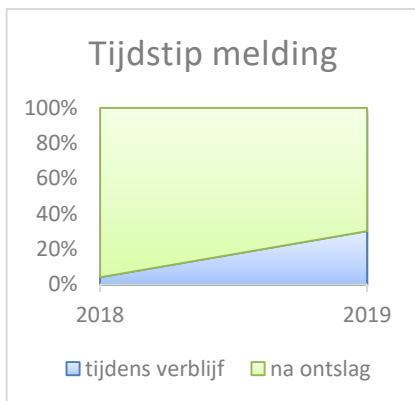
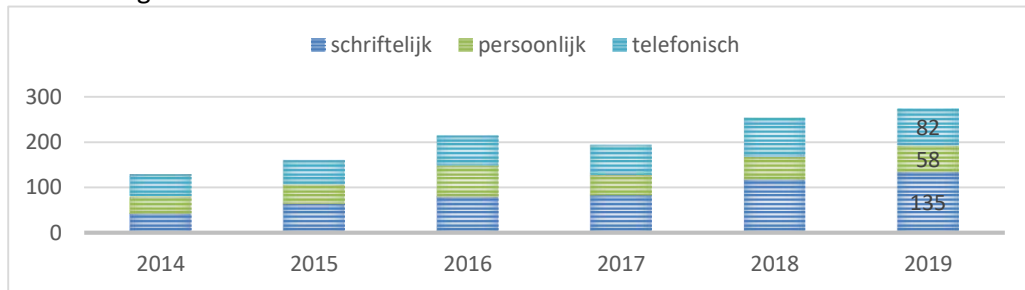
- Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.
- Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet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

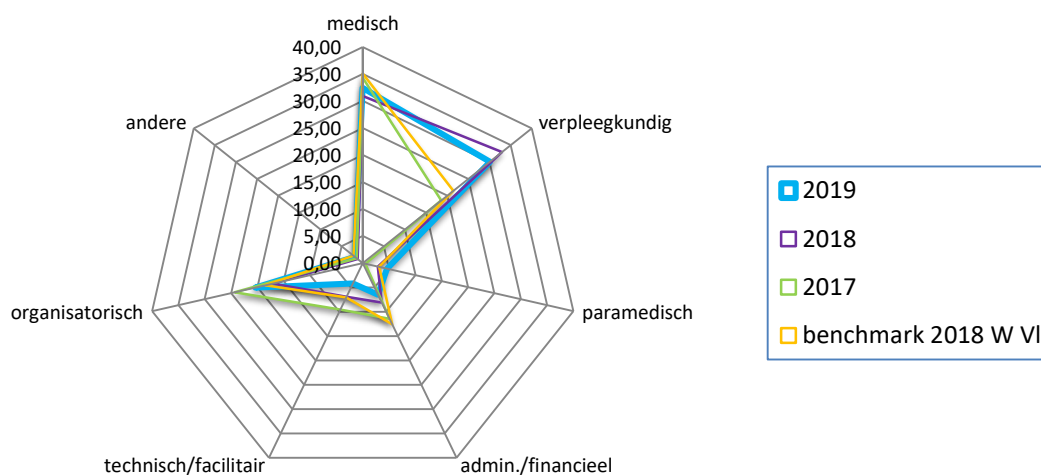
Klachten omtrent: medewerkers die niet tot de categorie 'beroepsbeoefenaars' volgens de wet patiëntenrechten behoren, transport, facilitaire of technische zaken, ... (50% van alle klachten)

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

Aanmelding



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

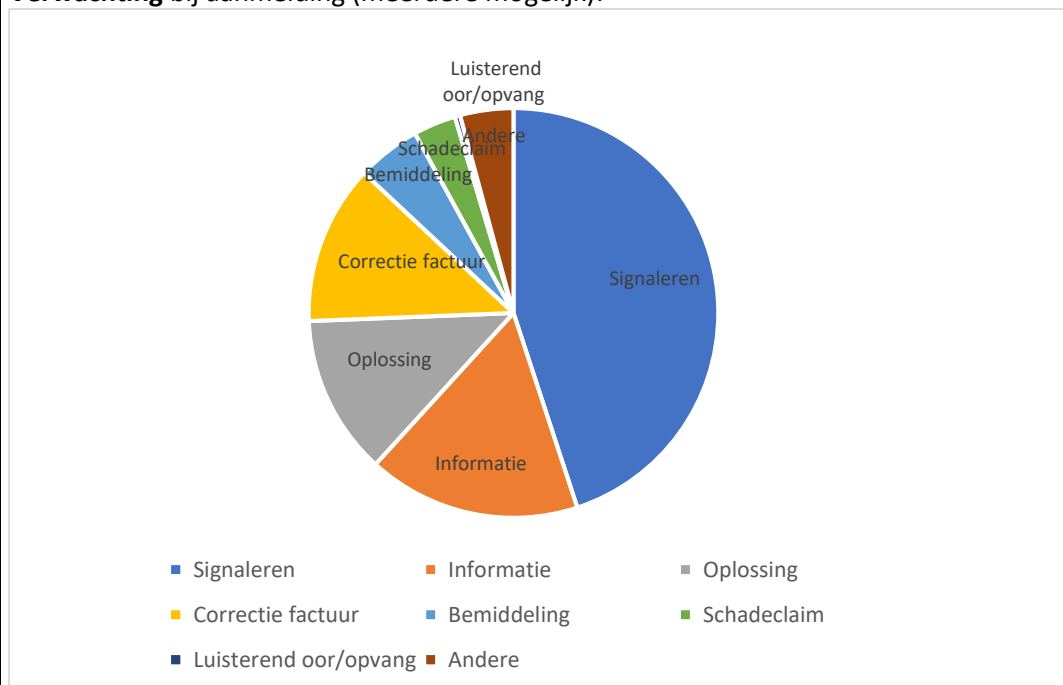


Meest voorkomende aspecten:

- Behandeling (44)
- Communicatiestijl (36)
- Verzorging (24)
- Ontslagvoorbereiding (20)

Doorlooptijd: gemiddeld 18 dagen. 6% niet afgehandeld binnen de 60 dagen. 3 dossiers nog actief.

Verwachting bij aanmelding (meerdere mogelijk):



Gerelateerd aan:

- Organisatie gerelateerd 51
- Dienst gerelateerd 65
- Persoonsgebonden 89

Verzoeningsresultaten

In 120 dossiers kwam de ombudsdienst tot een verzoeningsresultaat.

Dit gaat o.a. over:

- Aanpassen interne procedure of werkwijze
- Aanpassing/tussenkost in kostprijs
- Bespreking in teamoverleg, verbeteracties uitvoeren
- Bemiddelingsgesprekken
- Inforestrekking
- Intern onderzoek, bespreken resultaten met patiënt
- Signaleren, effect op patiënt vertalen aan zorgverstreker
- Excuses
- Erkenning door zorgverstreker
- Herstel vertrouwensband/zorgrelatie
- Doorverwijzing (FMO, ziekenfonds, verzekering, ...)

Aanbevelingen

Intern – ziekenhuis

- Binnen eenzelfde discipline min. 1 geconventioneerde arts.
- Bij een (geplande) opname melding maken van verbouwingswerken tijdens verblijf.
- Tijdens een opnamestop een ambulant consult op spoed garanderen.
- Lockers op de spoedafdeling voor persoonlijke voorwerpen. Vnl. voor mensen die zich alleen aanmelden en waardevolle voorwerpen niet met verwanten kunnen meegeven.
- Tijdens een consult op spoed een klinisch onderzoek van de arts garanderen.
- Doorverwijzen van patiënten naar huisarts, specialist of spoedarts na medische beeldvorming (ambulant spoed).
- De communicatie omtrent de kamerkeuze bij opname uniformiseren. Zo mogelijks vooraf of in aanwezigheid van de familie/trouwenspersoon.
Bv. opnameverklaring reeds op de dienst spoedgevallen laten handtekenen.
- De voorlopige opnameverklaring bij geplande opnames schrappen, verwijzen naar de pre opname.
- De patiënt vooraf informeren over de duur van de opname bij een standaard ingreep in het dagziekenhuis. Ook ifv kamerkeuze bv. kleine ingreep, 2u op kamer + 2u in wachtruimte.
- Informeren van patiënten over persoonlijk aandeel in onderzoeken/behandelingen/ingrepen indien deze niet gedekt zijn door een RIZIV-tussenkost.
- Up to date houden van wachtlijsten op Satnet. Meer specifiek voor wachtdiensten tijdens verlofperiodes, feestdagen en brugdagen.
- Consulten door artsen van andere disciplines tijdig aanvragen. Consult bij patiënt op andere afdeling tijdig uitvoeren.
- Invoer thuismedicatie tijdens intake (op spoed) of tijdens pre opname.
- Interactieve software voor medicatiebeheer bv. pop up bij medicatie die intervenueert, of bij medicatie die de apotheek niet kan leveren, ...
- Patiënten identificatie toepassen voor het starten van een behandeling/ingreep.
- Specifiek voor pediatrie: opname na consult, kamerkeuze afstemmen tussen opnamedienst en afdeling.
- Specifiek voor materniteit: bij verlengd verblijf van een baby op de koalakamer, wordt de ouder onmiddellijk naar de opnamedienst verwezen (informeren rooming in + tekenen nieuwe opnameverklaring).

- Specifiek voor materniteit: Indien patiënten voor hysterectomie op de M dienst verblijven, wordt vooraf het babybedje en het verzorgingskussen weggenomen.
- Specifiek voor medische beeldvorming: visualiseren gebruik van oorbeschermingsmiddelen in kleedhokje MRI.
- Wachttijden benoemen indien oorzaak van ziekte niet (onmiddellijk) wordt gevonden. Kaderen wat mogelijks volgende stappen zijn.
- Na het meedelen van een diagnose nagaan of de patiënt alle info heeft begrepen en of er nog vragen zijn.
- Op de hoogte brengen van patiënten indien onderzoeksresultaten afwijken van de eerder gestelde diagnose.
- Systematisch inplannen van multidisciplinair overleg bij (langdurige) opnames waarbij meerdere artsen betrokken zijn. Dit met als doel de behandelplannen af te stemmen en de input van verpleging en ondersteunende diensten mee te nemen. Ook de patiënt op de hoogte houden wie welke rol opneemt.
- Inschakelen/aanbieden psychologische ondersteuning bij patiënten waarvan hun leven na een ingreep onherroepelijk verandert, evt. ook ambulante.
- Samenwerking tussen diensten en artsen binnen het netwerk optimaliseren.
Bv. behandeling kunnen opstarten op voorschrift van een arts van buiten het SAT.
- Waar nodig meer ondersteuning (en evt. bijsturing) van nachtverpleegkundigen.
- Het aantal verantwoordelijke medewerkers per kamer zo mogelijks beperken.
Bv. vp met vroegdienst/laatdienst krijgen telkens dezelfde kamers toegewezen. Dit ifv het versterken van de vertrouwensband.
- Duidelijke instructies voor studenten vakantiejobs.
- Informatie over patiënten blijft op het werk, medewerkers scheiden werk en privé zaken.
- Pictogrammen aan bed in het geval van specifieke instructies of bijz. noden.
Bv. voeding, mobiliteit, kunstgebit, bril, hoorapparaat ...
- Informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt wordt gegeven aan een familielid, vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger waarvan de pt. heeft bevestigd dat het mag en niet aan elke geïnteresseerde. Bij voorkeur 1 contactpersoon per pt.
- Zolang een patiënt wilsbekwaam is, is de toestemming van de pt. prioritair aan die van verwanten.
- Alternatief voorzien voor patiënten die geen kledij hebben voor ontslag.
Bv. kledij losgeknipt of bebloed na spoedopname.
- Bij extern transport behalve 'vervoer geregeld' ook specificeren door wie dit is gebeurd met vermelding van afgesproken uur ophalen.
- Patiënten informeren over de kostprijs van ziekenvervoer.
- Tijdens het ontslaggesprek met een patiënt gebeurt een snelle fysieke check of er geen infusen of andere materialen dienen verwijderd te worden en wordt er nagegaan of de pt. nog vragen heeft voor vertrek.
- Voor patiënten met ernstige of ongebruikelijke wonden de wondzorgverpleegkundige op de hoogte brengen van gepland ontslag zodat evt. wondzorginstructies persoonlijk kunnen overgebracht worden aan de patiënt of een verwant.
- Geen gebruik van nieuw medisch materiaal zonder goedkeuring door medisch farmaceutisch comité en duidelijke instructies voor de verpleging.
- Zo mogelijks ongeplande ontslagen 's avonds vermijden bij geriatrische patiënten (al dan niet verblijvend op G dienst).
- Lopende aanvragen bij woonzorgcentra schrappen, indien er voor de patiënt tijdens de opname een oplossing is gevonden.
- Digitaliseren/specifiëren aanvragen medische beeldvorming. Telefonische aanvragen zo mogelijks vermijden.
- Bij een herhaaldelijke vraag aan een arts via het desbetreffende secretariaat, vergewist de secretariaatsmedewerker er zich van of de vraag is beantwoord.

- Arts en verpleging werken samen / communiceren / ..., respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed.
- Pro actief melden van incidenten via Vimsat. Elk incident dat via de ombudsdienst wordt gemeld, is ook door de betrokken medewerkers/arts gemeld in Vimsat indien de patiëntveiligheid in het gedrang was.
- Zorggraad patiënten wordt ingecalculeerd in de personeelsbezetting.
- De steward is ook op de buitenterreinen bereikbaar.
- Tijdens de veiligheidsrondes de toegankelijkheid voor minder mobiele opnemers.
- Duidelijke bewegwijzering routes, zowel de aanduiding op de klevers als in de gangen.
- Bijscholing in communicatieskills voor secretariaatsmedewerkers.

Extern – beleidsmatig

- Een (nieuwe) sensibiliseringscampagne over de rol van een spoeddienst.
- Nood aan meer financiële transparantie: niet enkel een taak van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers, maar ook een opdracht voor de patiënt om zich te informeren.
- Bijkomende maatregelen ten aanzien van ziekenwagendiensten die de transparantie inzake kostprijs meer gaan borgen voor de patiënt.
- Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier. Omtrent de verschillende platformen (COZO, mynexuz, vitalink, ...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

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

Driemaandelijke bespreking op klachtencommissie met telkens opvolging van afspraken/acties + rapportage op Comité kwaliteit en patiëntveiligheid. Vanuit het ziekenhuis is er een ontvankelijke houding tav de aanbevelingen vanuit de ombudsdienst. Mogelijkheden worden bekeken. Waar haalbaar, worden aanbevelingen veelal opgevolgd.

Jaarverslag
t.a.v. Vlaamse ombudsman

lokale ombudsdienst
az groeninge kortrijk

kalenderjaar 2019

INHOUD

Inleiding	1
Ombudsdienst az groeninge	3
Instellingsgebonden informatie	9
Situering Jaarrapportering 2019	11
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	11
a. Aantal aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge	12
b. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge kalenderjaar 2019: overzicht categorieën	12
c. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge: evolutie over de categorieën 2017– 2018-2019	13
d. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge: overzicht per maand – kalenderjaar 2019	14
e. Vorm van het eerste contact met de ombudsdienst az groeninge: evolutie 2017-2018-2019	14
Klachtendossiers 2019 ombudsdienst az groeninge	15
Verwachtingen en verzoeningsresultaten in klachtendossiers 2019	20
Aanbevelingen ombudsdienst az groeninge	22
Tot slot	25

BIJLAGE:

‘Aanbevelingen voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling’ van de Vlaamse Ombudsdienst

Jaarverslag van de lokale ombudsdienst 'az groeninge kortrijk'
t.a.v. de Vlaamse ombudsman

KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
---------------------------	------------------------------

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 2019. 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 enkel het beeld inzake de uitingen van ongenoegen/onvrede binnen de ombudsdienst.

De rechtstreekse opvang van ongenoegen is 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 wordt 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, input voor continue verbetering en bijsturing.

Het tijds kader 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, zoals opgenomen in het KB op de ombudsfunctie van 08/07/2003. Daarnaast wordt het jaarverslag toegelicht binnen verschillende organen van het ziekenhuis. Zo werd het jaarverslag van de ombudsdienst 2018 teruggekoppeld naar de algemene vergadering van az groeninge, de ondernemingsraad en naar het nieuw opgericht "management overleg".

Hiermee wordt ruim voldaan aan aanbeveling 9 van de 'Aanbevelingen voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling' van de Vlaamse Ombudsdienst (zie bijlage).

Ombudsdienst az groeninge

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, ongeacht 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 vaak 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. 9). De bestaffing stelt de ombudsdienst in staat om alle wekdagen ter beschikking te staan van 9u-12u en van 13u-16u. Daarenboven kan er een afspraak worden gemaakt. Deze bestaffing is ruim boven de door de federale overheid gefinancierde bestaffing van ongeveer een ½ fulltime-equivalent.

Hierbij duiding van **het volledige werktelein** 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 meldingen (klachten, vragen naar informatie, signalen,...) m.b.t. de gezondheidszorg az groeninge en de ruime omkadering van deze zorg – invalshoek: ‘bemiddeling’ – bemiddelingsgerichte initiatieven.
2. Administratief-financieel begeleidende, ondersteunende en coördinerende rol bij de opvolging van vragen 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 mei 2019. 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 artsen az groeninge).

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
- Spiegelen van de ombudsdienst az groeninge ten aanzien van de 'Aanbevelingen voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling' verspreid door de Vlaamse Ombudsdienst op 5/12/2019 (en opgenomen in de mailing van 30/01/2020 vanuit het Agentschap Zorg & Gezondheid ter attentie van de ombudsdiensten van de algemene ziekenhuizen.

I. Wettelijk kader waarbinnen een ombudsdienst van een zorgvoorziening zich situeert:

Ter verzekering van de rechten bepaald in de wet, wordt aan de patiënt een recht op "klachtenbemiddeling" toegekend. Om de naleving van dit recht in de praktijk te garanderen, dient elk ziekenhuis sinds 1 november 2003 te beschikken over een ombudsfunctie.

De werkingsprincipes van de ombudsfunctie in een ziekenhuis hebben een wettelijke basis in het Koninklijk Besluit van 8 juli 2003 (Belgisch Staatsblad 26 augustus 2003) aangevuld met het Koninklijk Besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen (Koninklijk Besluit van 19 maart 2007 – Belgisch Staatsblad 12 april 2007), waarin 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. 14). 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 meest positieve resultaat.

- Een belangrijk uitgangspunt in de werking is de rechtstreeks interne betrokkene (zorgverstreker–medewerker) te contacteren; absoluut bij bejegeningklachten (die vallen voor beroepsbeoefenaars onder de gecoördineerde wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (voorheen ‘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 zorgverstreker 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/ zorgverstreker ‘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 (41,8 %, zie p. 20) .

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 persoonsgebonden materiaal)

Het aandachtspunt “lessen trekken” binnen de “Aanbevelingen voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling” van de Vlaamse Ombudsdienst krijgt hierdoor een organisatie brede invulling

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 arts-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.

IV. Spiegelen van de ombudsdienst az groeninge ten aanzien van de ‘Aanbevelingen voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling’ verspreid door de Vlaamse Ombudsdienst op 5/12/2019 en opgenomen in de mailing van het Agentschap Zorg & Gezondheid van 30/01/2020 ter attentie van de ombudsdiensten van de algemene ziekenhuizen.

Aandachtspunt: Klachten ontvangen - zie situering jaarrapportering pag. 11

Aandachtspunt: Klachten behandelen

De werking is uitvoerig beschreven in voorgaande punten I + II + III.

Met betrekking tot het aspect “tijdig behandeld worden” wijzen wij er op dat dit tevens in relatie staat tot de middelen die de dienst krijgt toebedeeld. Schaalgrootte van het ziekenhuis en de toegevoegde taken spelen hierin ook hun rol.

Inzake de “wijze van antwoorden” verkiezen wij waar mogelijk de rechtstreekse dialoog, waarin het persoonlijke, de duidelijkheid en empathie gepaste vorm kunnen krijgen.

Bij blijvende ontevredenheid of bij gebrek aan het bereiken van een oplossing wordt de aanmelder ingelicht inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht.

Aandachtspunt: Lessen trekken - zie o.a. inleiding op pag. 2 (laatste alinea) en pag. 6

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 31-12-2019)	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: 3,3 FTE <ul style="list-style-type: none"> - Ombudspersonen: 1,8 FTE (1 FTE + 0,8 FTE) - Medewerkers ombudsdienst: 1 ½ FTE (1/2 FTE + 1/2 FTE + tijdelijke extra bestaffing 1/2 FTE van 1/1/2019 t.e.m. 31/12/2019) Effectieve bestaffing ombudsdienst 2019 rekening houdend met de wettelijke toekenning van een aantal dagen 'arbeidsduurvrijstelling' : 2,99 FTE.

Lokalisatie dienst	Sedert 7/12/2016 gelocaliseerd op campus kennedylaan, President Kennedylaan 4 – 8500 Kortrijk <i>Campusoverschrijdende werking</i>
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	<u>Dhr. Johan Behaeghe:</u> Attest basisopleiding ‘Bemiddeling’ MEDIV (2009) Attest specialisatie ‘Bemiddelaar in burgerlijke zaken en handelszaken’ MEDIV (2010) <u>Mevr. Elien Demarré:</u> Attest basisopleiding ‘Bemiddeling’ MEDIV –VVOVAZ (2012) Attest specialisatie “Bemiddelaar in familiale zaken” (VIVES) (2016)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Beiden - Juridische topics o.a. vanuit “de patiënt als consument” en de gevolgen hiervan binnen de ziekenhuis -en zorgwereld - dhr. Diego Fornaciari - coördinator juridische zaken - AZ Delta Elien - Opleiding provinciale intervisor VVOVAZ - door Mediv 23 en 24/09/2019 Johan - Federale Bemiddelingscommissie- Mediation week Centrale dag 17/10/2019 – deelname + spreker workshop “Ombudsfunctie in de gezondheidssector” - Terugkomdag voor bemiddelaars 22/10/2019 – Mediv - VVOVAZ

Situering Jaarrapportering 2019

De ombudsdienst az groeninge kreeg in 2019 **1225 aanmeldingen**, dit is een lichte stijging van 5 aanmeldingen ten opzichte van vorig jaar (2018: 1220). In 2017 waren dit er 1239.

De **grotere toegankelijkheid en laagdrempeligheid** sinds de intrek op 7 december 2016 op campus kennedylaan bevestigt zich verder.

Quasi dagelijks bieden patiënten en/of familie zich spontaan (onaangekondigd) en persoonlijk aan bij de burelen van de dienst (in 2019: 150 persoonlijke aanmeldingen - in 2018: 163 - in 2017: 145).

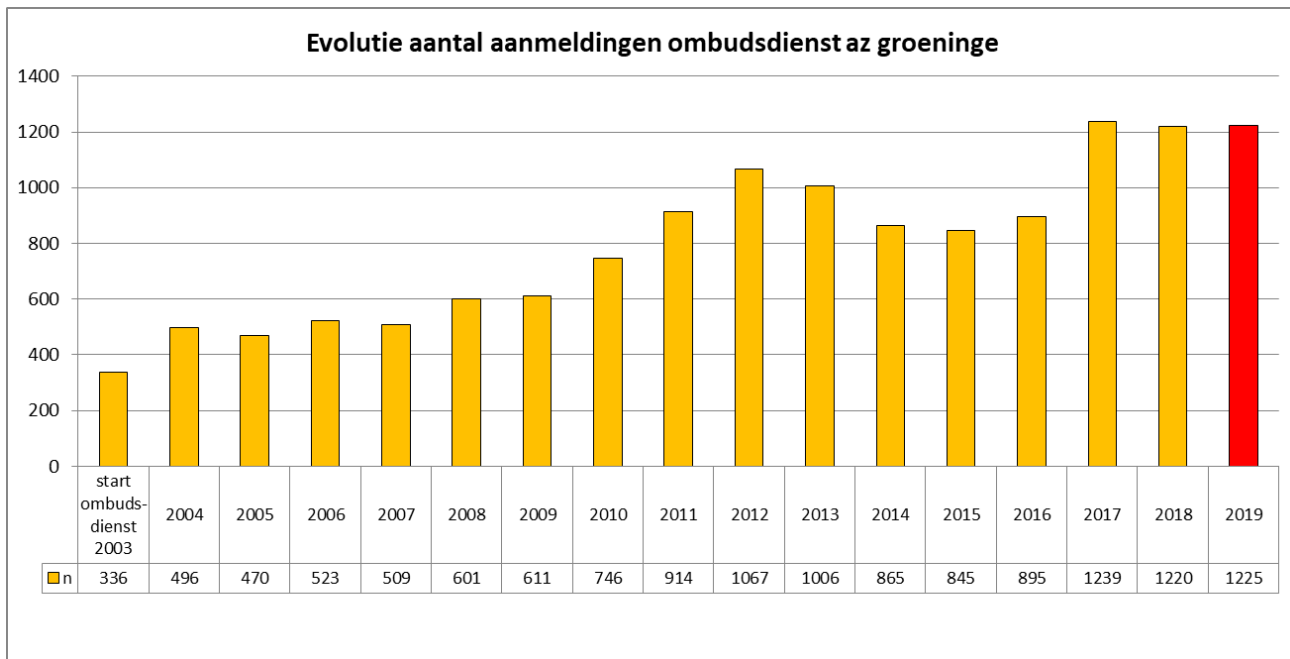
Voeg daarbij de vlotte vindbaarheid van de dienst, de diverse contactmogelijkheden, het kenbaar maken van de ombudsdienst o.a. via publicaties en website en intern.

Inzake de 'Aanbevelingen voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling' verspreid door de Vlaamse Ombudsdienst – aandachtspunt "Klachten ontvangen" komt de ombudsdienst van az groeninge ruim tegemoet.

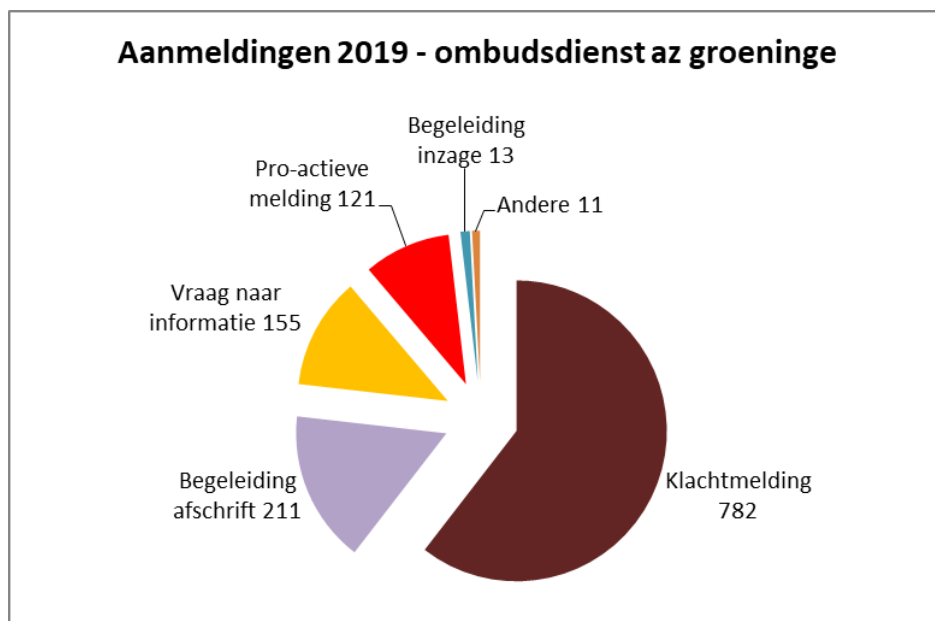
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

<u>Opmerkingen:</u> <ul style="list-style-type: none">✓ 1 melding (= dossier) kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt/aanmelder. Omtrent de gegrondheid / ongegrondheid van een klacht wordt geen uitspraak gedaan. De (on)gegrondheid van de klacht is hier dus niet in weergegeven.✓ De meldingen worden opgedeeld in categorieën (klacht / info / begeleiding afschrift / begeleiding inzage / pro-actieve melding / andere). Overlapping over de verschillende categorieën is mogelijk (vb. een pro-actieve melding wordt in een latere fase een effectieve klacht).	
Aantal klachtendossiers	782
Aantal infodossiers	155
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)	121
Aantal opvragingen patiëntendossier (= begeleiding afschrift & begeleiding inzage)	224 (=211 afschrift + 13 inzage)
Aantal 'andere'	11

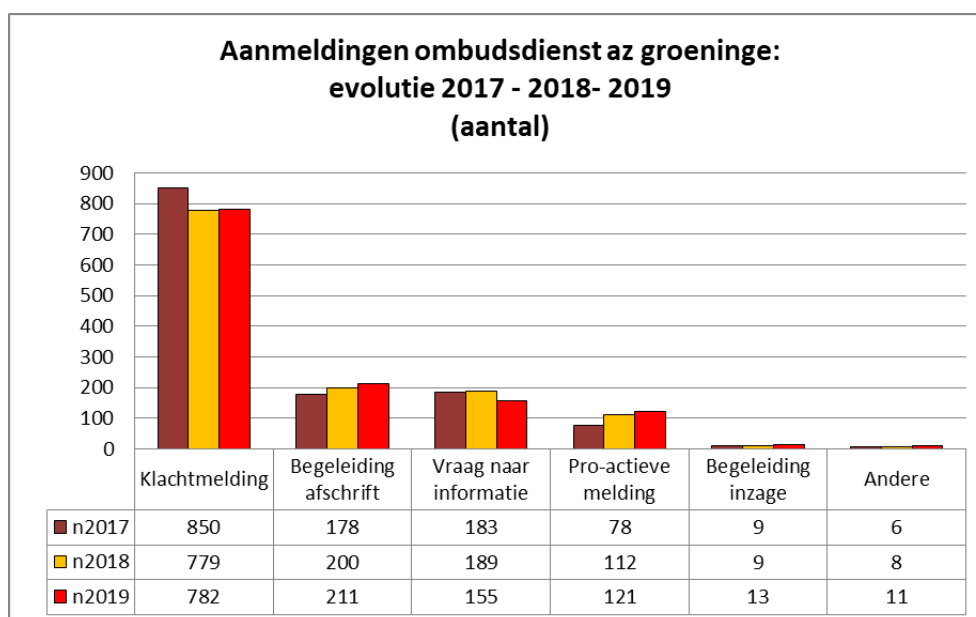
a. Aantal aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge



b. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge kalenderjaar 2019: overzicht categorieën



c. **Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge: evolutie over de categorieën 2017 – 2018 - 2019**



In 2019 zien we een quasi status quo inzake het aantal **“klachtmeldingen”** (+ 3 t.o.v. 2018).

De stijging van het aantal **“begeleidingen inzake afschrift van het patiëntendossier”** zet zich verder door (+ 22 in 2018, + 11 in 2019).

In 2019 hadden we in dit verband een toename van het aantal gerechtelijke inbeslagnames (niet gerelateerd aan instellingsgebonden klachten).

Daar de patiënt nu vlot toegang krijgt tot zijn recentere patiëntendossiergegevens (gegevens vanaf 17 oktober 2016 zijn binnen az groeninge online te raadplegen) leeft er bij de patiënt een verhoogde interesse om zijn vroegere gezondheidsgegevens te kunnen inkijken. Om hieraan gevolg te kunnen geven, wordt steeds meer beroep gedaan op onze dienst. De ombudsdienst kreeg hierin, zoals geduid op pag. 3 (volledig werkterrein), een administratieve begeleidende rol. Daarnaast kan de aanvrager zich steeds richten tot zijn behandelende arts of medische dienst.

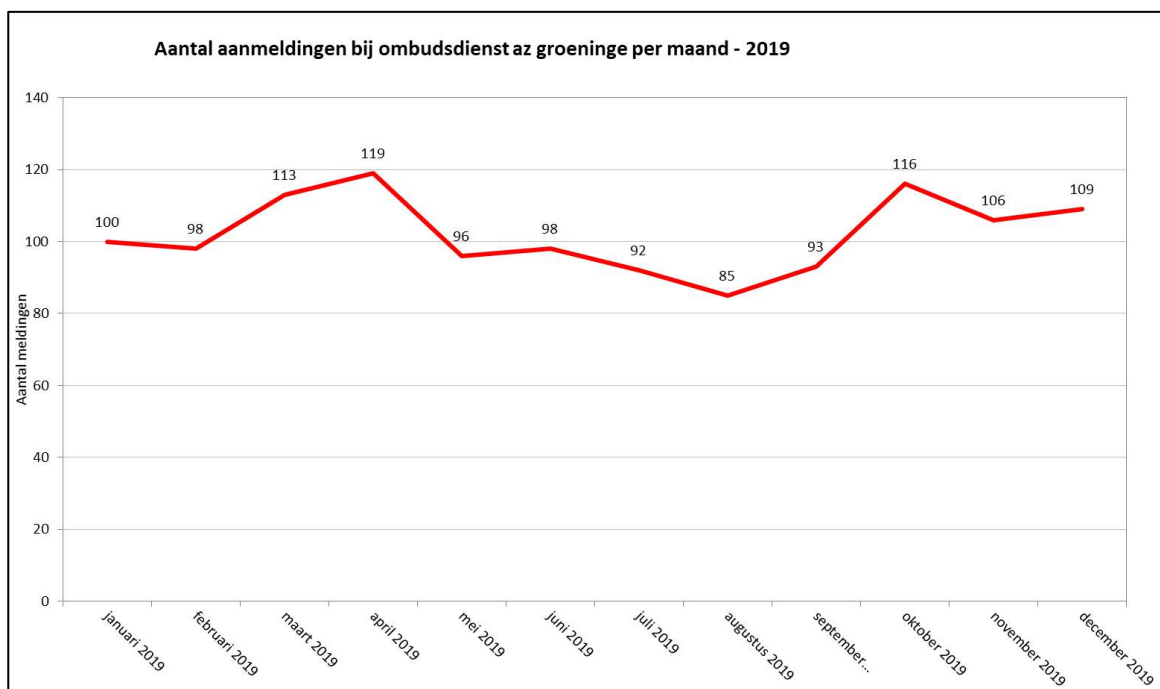
Ook het aantal begeleidingen inzake **“inzage van het patiëntendossier”** nam toe (+ 4 t.o.v. 2018).

Het aantal **“vragen naar informatie”** nam af (- 34 t.o.v. 2018).

Deze daling zou in relatie kunnen staan tot het bredere mandaat dat het (administratief) “infopunt” in 2019 kreeg toebedeeld. Sinds 2019 wordt ook daar informatie verstrekt omtrent de toegang tot het mynexuz geïnformatiseerd patiëntendossier.

Het aantal **“pro-actieve meldingen”** nam opnieuw wat toe (+ 9 t.o.v. 2019), 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.

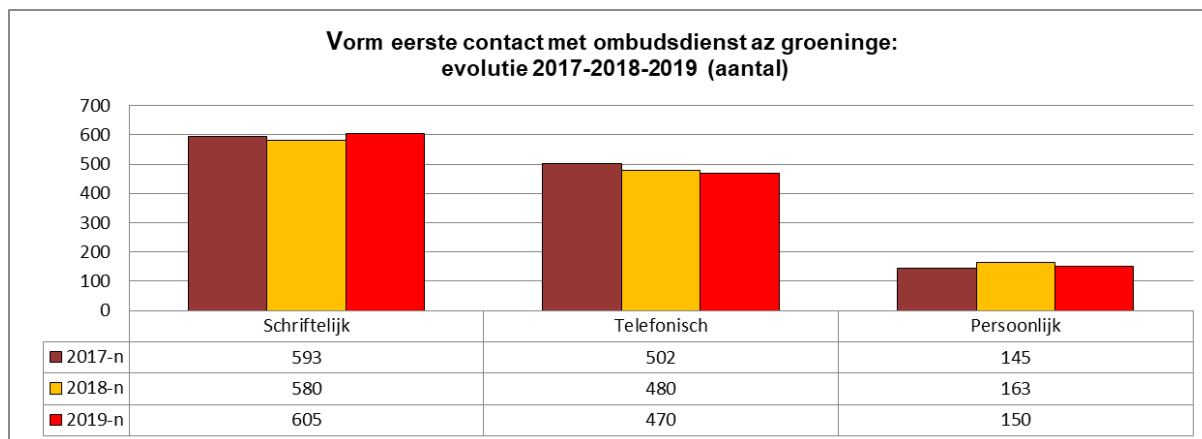
d. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge : overzicht per maand – kalenderjaar 2019



Gemiddeld aantal aanvragen per maand in 2019: **102,1**

In 6 van de 12 maanden kennen we een instroom van meer dan 100 aanvragen. Dit betekent een constante instroom van een viertal nieuwe aanvragen per dag. Quasi wekelijks kennen we minstens een piekdag van het dubbele.

e. Vorm van het eerste contact met de ombudsdienst az groeninge: evolutie 2017-2018-2019



Van de 605 **schriftelijke** eerste contacten, kwamen er in 2019 534 (=88 %) per e-mail binnen t.o.v. 497 (= 86 %) in 2018 en 528 (= 89 %) in 2017.

Het aantal **persoonlijk contacten** nam in 2019 iets af (- 13 t.o.v. 2018).

Klachtendossiers 2019 ombudsdienst az groeninge

Totaal aantal klachtendossiers 2019 ombudsdienst az groeninge: 782
Aantal klachtendossiers m.b.t. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars binnen de gecoördineerde wet op de uitoefening van de gezondheidszorg beroepen 10/05/2015 (voorheen KB nr. 78 10/11/1967)): 375* (48 %)
Aantal klachtendossiers <i>niet</i> gerelateerd aan de RECHTEN VAN DE PATIËNT (ruimer werkingsterrein van de ombudsdienst az groeninge): 407 (52 %)

	2017	2018	2019
Totaal aantal meldingen	1239	1220	1225
Klachtendossiers ruim werkingsgebied ombudsdienst (<u>wet + andere</u>) (dus: excl. zuivere vragen naar informatie, excl. zuivere pro-actieve meldingen, excl. zuivere begeleidingen inzage/afschrift, excl. andere contacten)	850 (100 %)	779 (100 %)	782 (100 %)
Klachtendossiers wet patiëntenrechten m.b.t. beroepsbeoefenaars gecoördineerde wet op de uitoefening van de gezondheidszorg beroepen (Federale Commissie Rechten van de Patiënt)	340 (= 40 %) (waarin 419 'rechten' door de aanmelder als geschonden ervaren)	355 (= 46 %) (waarin 439 'rechten' door de aanmelder als geschonden ervaren)	*375 (= 48 %) (waarin 439 'rechten' door de aanmelder als geschonden ervaren)
Klachtendossiers niet gerelateerd aan wet patiëntenrechten	510 (= 60 %)	424 (= 54 %)	407 (= 52 %)

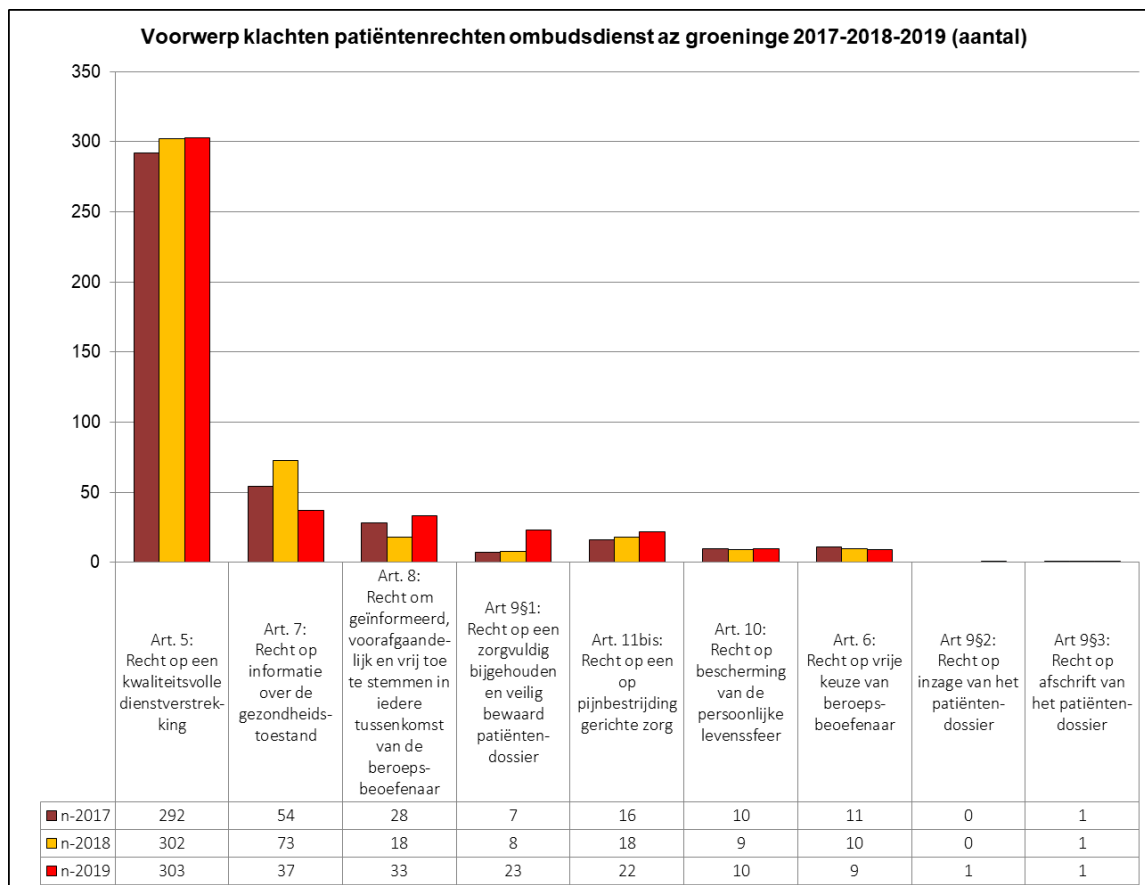
Opmerkingen:

- ✓ 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 gecoördineerde wet op de uitoefening van de gezondheidszorg beroepen 10/05/2015 (voorheen KB nr. 78 10/11/1967 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'.

***RECHTEN VAN DE PATIËNT als geschonden ervaren (beroepsbeoefenaars gecoördineerde wet op de uitoefening van de gezondheidszorg beroepen 10/05/2015) : 439 (in 375 klachtdossiers)**

(chronologie conform artikelnummering)

<p>Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)</p> <p>➔ <i>klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).</i></p>	303
<p>Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)</p>	9
<p>Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)</p>	37
<p>Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)</p> <p><i>Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar - dit omvat:</i></p> <p>➔ <i>Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.</i></p> <p>➔ <i>Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.</i></p> <p>➔ <i>Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.</i></p> <p>Binnen de ombudsdienst az groeninge worden ook de klachten i.v.m. het recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (art. 8/1) en de klachten i.v.m. recht op informatie over de vergunnings- of registratiestatus van de beroepsbeoefenaar (art. 8/2) geregistreerd.</p>	33
<p>Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)</p>	23
<p>Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)</p>	1
<p>Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)</p>	1
<p>Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)</p>	10
<p>Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)</p>	0
<p>Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)</p>	22



In 2019 kwamen **782** meldingen (dossiers) binnen die wij als **klacht** hebben geregistreerd.

Het **klachtenbeeld 'rechten van de patiënt'**: 48 % van het aantal klachtendossiers die de ombudsdienst az groeninge het afgelopen kalenderjaar heeft ontvangen, staan in relatie tot de uitoefening van de wet patiëntenrechten door beroepsbeoefenaars die onderhevig zijn aan de gecoördineerde wet op de uitoefening van de gezondheidszorg beroepen

Een klachtendossier **binnen de materie patiëntenrechten** situeert zich meestal sterk binnen de individuele relatie zorgverstreker - patiënt.

375 meldingen/dossiers die resulteerden in 439 patiëntenrechten die door de aanmelder als geschonden werden ervaren, dit is een lichte toename + 20 inzake dossiers, maar met een gelijk aantal als geschonden ervaren patiëntenrechten t.o.v. 2018. Het aantal patiëntenrechten als geschonden ervaren blijft dus status quo

De klachten die in relatie staan tot het "recht op kwalitatieve zorgverstrekking (art. 5)", "recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)", "vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (art. 6)" blijven eerder op een hetzelfde niveau als in de voorbije jaren.

Wat het "recht op kwalitatieve zorgverstrekking (art. 5)" betreft, het grootste aandeel, hier 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.

Het als geschonden ervaren "recht op informatie omtrent de gezondheidstoestand (art. 7)" is gehalveerd! Resultaat van diverse inspanningen....? Zet deze trend zich verder in 2020?

In 2019:

Stellen we een toename vast inzake het geschonden “recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier art. 9§1”.

Wij ervaren hier dat de toename voor een deel te maken heeft met de patiënt die meekijkt in zijn patiëntendossier. Vb. verslaggeving niet ter beschikking, verkeerde verslaggeving, verloren anesthesiefiche, verkeerde dosis medicatie op de ontslagbrief, vermelding van zaken die niet zijn doorgegaan, ...

Tevens stellen we een toename vast inzake het geschonden “recht om geïnformeerd en voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (art 8)”.

De patiënt ervaart vaak te weinig geïnformeerd te zijn omtrent de financiële aspecten die in relatie staan tot de zorgverstrekking. Veelal gaat het hier om de aanrekening van niet-vergoedbare zorgverstrekingen en producten.

Het aandeel **klachtendossiers niet gerelateerd aan wet patiëntenrechten (52 %)** kende **wederom een daling in 2019** (- 17 t.o.v. 2018, daling van 2%).

Deze klachtendossiers hebben vooral betrekking op

organisatorische aspecten (wachtlijnen, parkeerbeleid, verlies persoonlijk materiaal, ...),
administratief-financiële aspecten (facturatiebedrag, facturatieproces, infoverstrekking administratief-financieel,...),
infrastructuur-technische aspecten (defecten, comfort, lawaaihinder,...) en
facilitaire aspecten (maaltijden, catering, schoonmaak) van az groeninge die patiënten en/of familie in 2019 hebben gemeld.

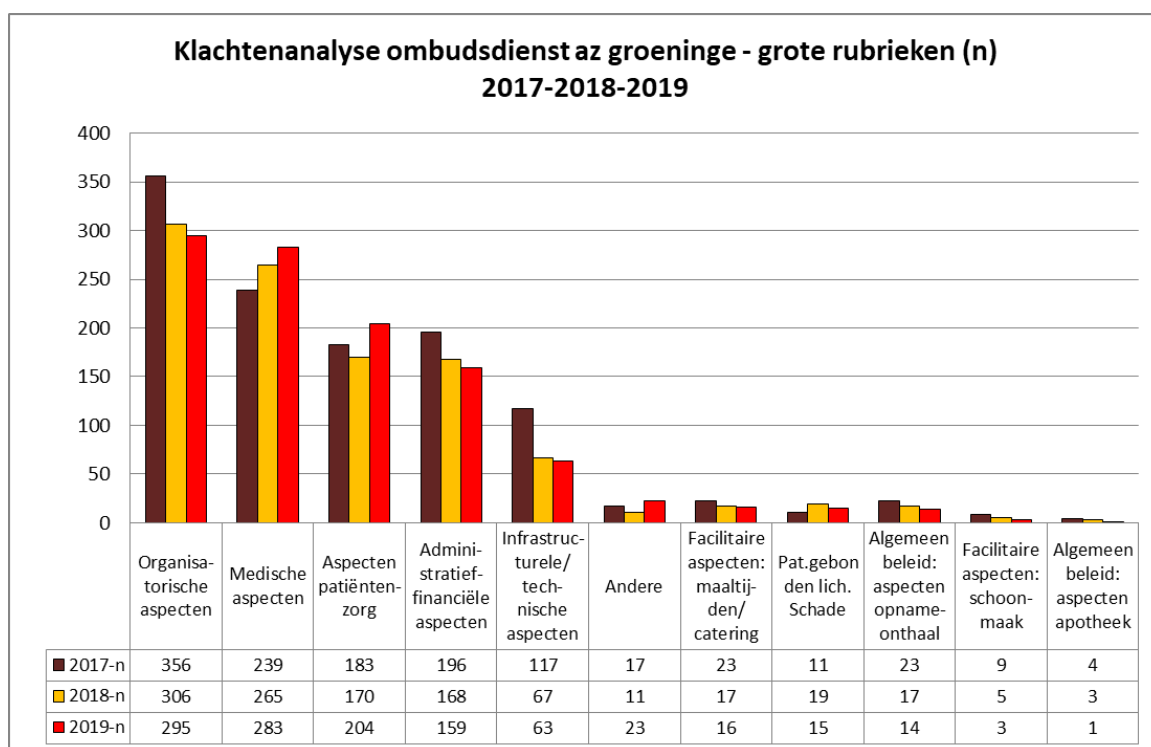
Alle klachtendossiers (= 782 in 2019) worden geanalyseerd vanuit een breed aspectenkader waarbinnen tevens de rubriek medische aspecten, aspecten patiëntenzorg, patiëntgebonden lichamelijke schade zijn opgenomen.¹

Hierna reeds een eerste aanzet, nog diepgaander analyse wordt binnen het aspectenkader uitgevoerd.

¹Om 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.**



(basis: totaal klachtendossiers: 2019: n=782 - 2018: n=779 - 2017: n=850)

Daling van het aantal organisatorische aspecten (-11 t.o.v. 2018) en infrastructurale – technische aspecten (-4 t.o.v. 2018), tevens ook daling van de administratief financiële aspecten (-9 t.o.v. 2018).

De aspecten inzake “zorgverstrekking” kennen daarentegen een stijging: medische aspecten (+18 t.o.v. 2018) en patiëntenzorg (+ 34 t.o.v. 2018).

Verwachtingen en verzoeningsresultaten in klachtendossiers 2019

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 2019**. 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	2019
Signaal	41,8 %
Financieel akkoord (correctie, aanpassing, annulering factuur, tussenkost verlies of schade persoonlijk materiaal,...)	24,8 %
Oplossing	16,2 %
Informatie	5,7 %
Luisterend oor / opvang	5,4 %
Bemiddeling (pendeldiplomatie / samenbrengen van partijen)	3,1 %
Andere	1,1 %

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,...).

Wij gaan louter **de klachtendossiers** in beschouwing nemen.

Het overzicht wordt afgelijnd tot de **(in 2019) afgehandelde klachtendossiers 2019** (n=684 van de in totaal 782 klachtendossiers 2019, dit is 87,5 %).

In één ombudsdossier kunnen meerdere ‘soorten’ verzoeningsresultaten bereikt zijn.

Van de 684 in 2019 afgehandelde klachtendossiers 2019 bedraagt het aantal dossiers met een verzoeningsresultaat 343 (= 50,1 %).

Een overzicht:

Verzoeningsresultaat	2019
Feedback na initiatief	156
Verzekering opvolging signaal	87
Informatieverstrekking / toelichting / duiding	61
Rechtstreekse opvolging door derden	60
Luisterend oor / opvang	58
Financieel akkoord: wijziging factuur (correctie of aanpassing)	48
Herstel communicatie	46
Concrete individuele oplossing	32
Doorverwijzing intern	15
Financieel akkoord: annulering factuur	15
Financiële tussenkomst n.a.v. schade aan persoonlijk materiaal	11
Andere (o.a. specifieke financiële tussenkomsten (vb. ten laste neming kosten extern vervoer, tussenkomst verplaatsingskosten))	10
Financiële tussenkomst n.a.v. parkingproblematiek	7
Doorverwijzing extern	5
Financiële tussenkomst n.a.v. verlies persoonlijk materiaal	5
Begeleiding afschrift	4
Verloren materiaal teruggevonden in az groeninge	4
Herziening invorderingskosten	2
Financieel akkoord n.a.v. schadeclaim (n.a.v. zorgincident)	2
Pro-actief ombudsdossier gemaakt	2

(basis: in 2019 afgehandelde klachtendossiers 2019: n=684 (totaal klachtendossiers 2019: n=782))

Aanbevelingen ombudsdienst az groeninge

Omwille van de nog 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.

- ➔ Het ziekenvervoer en in het bijzonder het interhospitaal ziekenvervoer verdient een bijkomende beschouwing. Zie ook aanbeveling VVOVAZ- **Vlaamse beroepsVereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen**

Er dringt zich hier in het belang van de patiënt een belangrijke bijsturing op, waarbij verschillende partijen betrokken zijn. Naast de patiënt: de zorginstellingen, de ziekenwagendiensten, de ziekenfondsen, de diverse overheden, hospitalisatieverzekeringen,

Onderstaande casuïstiek toont aan dat zonder bijsturing de patiënten dreigen naar de armoedegrens te worden geduwd als gevolg van hun nood aan “kwalitatieve” gezondheidszorg en interhospitaalvervoer.

Casus:

Patiënt dient een vrij specifieke stent-behandeling met drie stents te ondergaan. Deze stents kosten € 1000/stent en hebben voor de patiënt een gunstige financiële vertaling als hij de behandeling laat uitvoeren in een referentie ziekenhuis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Voor de patiënt betekent dit een financieel voordeel van ruim € 3000 als hij die specifieke behandeling daar laat doorgaan. Bijgevolg wordt hij overgebracht vanuit de dienst intensieve zorgen met ziekenwagen, verpleegkundige en arts naar het Brussels ziekenhuis. De rit wordt georganiseerd vanuit het Brussels ziekenhuis. De heenrit kost de patiënt € 1618, omdat dergelijk ziekenvervoer niet kan georganiseerd worden door MUTAS. (zie aanbeveling jaarverslag 2018 az groeninge en aanbevelingen vanuit de Vlaamse beroepsVereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen – VVOVAZ - 2018 en 2019.

Na de behandeling wordt hij na enkele dagen teruggebracht naar het verwijzend centrum. Zijn toestand vraagt nog steeds medische en verpleegkundige begeleiding. Opnieuw kan er bijgevolg geen beroep gedaan worden op MUTAS. Er dient zich opnieuw een rekening van € 1618 aan.

Zijn ziekenfonds geeft een tegemoetkoming in dergelijk vervoer van €2/km. Deze tegemoetkoming is ziekenfondsgebonden, sommige ziekenfondsen bieden geen enkele tussenkomst voor dergelijk transport.

In deze casus rekt de ziekenwagendienst de heen en terugrit aan waardoor de tussenkomst van zijn ziekenfonds bijgevolg hoger ligt (184 km x 2 € = € 368 per transport). In vele gevallen wordt er door de ziekenwagendiensten slechts een heenrit aangerekend, weliswaar aan een hoger tarief/km.

Dan bedraagt de tegemoetkoming vanuit dit ziekenfonds slechts de helft.

In deze casus was er geen tussenkomst van een hospitalisatieverzekering. De tussenkomst bij hospitalisatieverzekeringen is divers en polisgebonden. Soms geen tussenkomst, soms een maximum bedrag /jaar enz

Zoals u merkt zijn er heel wat factoren en betrokkenen die mee bepalen hoe dit zich naar de patiënt toe vertaalt.

De recente vraag van de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding naar een raming voorafgaand aan dergelijk ziekenvervoer biedt zeker voor de patiënt en zijn familie een antwoord inzake transparantie van de kostprijs. De raming zal evenwel geen invloed hebben op de medische noodzaak om de behandeling verder te zetten in een andere zorginstelling en de patiënt de meest kwalitatieve zorgverstrekking aan te bieden.

Met een verdere netwerking en echelonering van de gezondheidszorg in het vooruitzicht verdient de aanpak van dit interhospitaal ziekenvervoer meer dan ooit voldoende aandacht!

Een aantal aanbevelingen werden ook 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**.

Een aantal aanbevelingen kennen vanuit de werking van de ombudsdiensten in 2019 hun herhaling:

- **Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg**

In het Jaarverslag 2018 van de Vlaamse Ombudsdienst werd hieromtrent reeds een duidelijk signaal gegeven via de aanbeveling 11 – Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed (pag. 19-20) Er werd gevraagd voor meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen.

- **Respect keerde ook terug in de aanbeveling aan de overheid om **een sensibiliserings-campagne rond de rol van spoeddiensten uit te werken.****

Ook deze aanbeveling willen wij vanuit onze jaarwerking 2019 opnieuw in de kijker plaatsen. Wij formuleerden deze vorig jaar als volgt: “Een nieuwe (sensibiliserings)campagne over de rol van een spoeddienst kan een belangrijke meerwaarde betekenen”.

- **Ook het ziekenvervoer en in het bijzonder het interhospitaal ziekenvervoer** komt in 2019 opnieuw aan bod. De casuïstiek van hoge facturen voor de patiënt en vaak een erg beperkte tussenkomst vanuit de verzekeringsinstelling kende nog een groter aandeel in onze werking dit jaar.

Via de omzendbrief van Wouter Beke - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding - van 4 december 2019 aan de ziekenhuizen werd alvast aangekondigd dat er in 2020 bijkomende maatregelen komen die de transparantie inzake kostprijs van ziekenwagendiensten meer gaan borgen voor de patiënt.

In verband met het ziekenvervoer ervaren we tevens de noodzaak om een aantal kwaliteitsparameters ten aanzien van de ziekenwagendiensten te borgen. Vb. wordt het transport uitgevoerd met een voertuig dat beantwoordt aan de gestelde criteria - beantwoordt de verpleegkundige begeleiding aan de noodzakelijke kwalificaties van deze beroepsbeoefenaar...

Dit jaar voegen wij de nood aan meer financiële transparantie en de nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier toe.

- Nood aan meer financiële transparantie

Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg.

Anderzijds heeft ook de patiënt hierin een opdracht om zich te informeren.

In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen.

In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijke kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een riziv-tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden...

Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete de toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstrekker (vb. het bedrag – een percentage van toeslag).

- Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)

De ontwikkeling is voor de patiënt /burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan.

T o t s l o t

Dit jaarverslag schept reeds een beeld van de activiteiten van de ombudsdienst van az groeninge.

Op basis van de eerste 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

Katrien Ponsaerts
Medewerker (1/1/2019 tot en met 31/12/2019)

Bijlage

'Aanbevelingen voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling' – Vlaamse Ombudsdienst

Aanbevelingen voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling

Het Vlaams Bestuursdecreet regelt dat de Vlaamse overheid jaarlijks publiek verslag uitbrengt van de klachtenbehandeling via de Vlaamse Ombudsman (artikel II.87). Dit inspireerde het Decreet Lokaal Bestuur (artikel 303, § 3). Vanaf 2020 wordt ook op het lokale niveau het eigen klachtenverslag jaarlijks openbaar besproken.

De Vlaamse ombudsman bundelt in deze lijst 12 kwaliteitskenmerken voor een sterk en bemiddelingsgericht klachtenmanagement, dat optimaal oplossingen biedt en daar ook lessen uit trekt om de dienstverlening structureel te verbeteren.

Vlaamse
Ombudsdienst

AANDACHTSPUNT

Klachten ontvangen

1. De klachtendienst en [-procedure](#) zijn vlot vindbaar en bereikbaar voor de burger (contactgegevens online, via sociale media en in publicaties, verschillende contactmogelijkheden, vermelding klachtendienst in de briefwisseling).
2. De klachtendienst is goed gekend binnen de eigen organisatie (eigen medewerkers informeren over en verwijzen door naar de klachtendienst).
3. Er is een representatief aantal klachten in functie van de context (verhouding tot aantal burgercontacten/dossiers, aard en werking van de overheidsinstantie ...).

AANDACHTSPUNT

Klachten behandelen

4. De klachtenbehandeling is gericht op bemiddeling en oplossingen (aandacht voor bereikte verzoeningen, gebruikte bemiddelingsmethodieken, structurele verbeteringen).
5. Er is samenwerking en coördinatie met andere overheidsinstanties of met derden aan wie taken worden uitbesteed, zowel voor klachtenbehandeling als rapportage.

November 2019

2

6. Klachten worden tijdig behandeld en de antwoorden zijn [Heerlijk Helder](#) (eenvoudige en duidelijke taal, persoonlijke, empathische toon).
7. In de antwoorden staat een verwijzing naar de volgende stap bij blijvende ontevredenheid (informereren over 'wat nu').

AANDACHTSPUNT

Lessen trekken

8. De klachtendienst overlegt regelmatig met het management om de werking van de overheidsinstantie op te volgen.
9. De dienst brengt jaarlijks tijdig een klachtenrapport uit, dat binnen de eigen organisatie wordt verspreid en besproken op managementniveau.
10. Het klachtenrapport biedt een globaal zicht op de belangrijkste klachtenbeelden en het oplossingsvermogen van de dienst.
11. Het klachtenrapport besteedt aandacht aan aanbevelingen / beleidsaspecten/verbeterpunten en de opvolging van eigen of ombudsaanbevelingen.
12. De klachtendienst streeft naar professionalisering (opleiding, functiebeschrijving, onafhankelijkheid).

November 2019

3

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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 <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	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	2019 Crisiscommunicatie ICURO - Gent
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	a) Klachtenbemiddeling cf. mandaat KB 8/7/2003 b) Ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst <ul style="list-style-type: none"> - Afschrift & inzage patiëntendossier - Post Mortem inzage - Opgevraagde dossiers vanuit cel FMO v/h RIZIV - Klachten via de Zorginspectie (Agentschap zorg en gezondheid) - Gerechtelijke inbeslagname van patiëntendossier - Administratie ombudsdienst - Opnemen van preventieve meldingen potentiële klachten / meldingen
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	a) Komen mondeling of schriftelijk binnen via: <ul style="list-style-type: none"> - 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/...

	<p>b) Er wordt steeds binnen de 1 a 3 dagen een schriftelijke ontvangstmelding naar klager gestuurd</p> <p>c) Melding wordt opgenomen met betrokkenen / leidinggevende / verantwoordelijke departementshoofden / directie</p> <p>d) Terugkoppeling (schriftelijk of in gesprek) aan klager via de ombudsdienst</p>
--	--

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<p>De ombudsdienst kan onafhankelijk en correct conform de vigerende wetgeving handelen.</p> <p>Het beleid staat zeer open om verbeteracties te koppelen n.a.v. klachten en meldingen</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>Elke klacht / melding of vraag wordt onmiddellijk opgenomen.</p> <p>Nastreven van korte doorlooptijden.</p> <p>Samenwerking met de cel kwaliteit en diverse departementen in het kader van verbeteracties vanuit klachten en meldingen.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
<p>Alle partijen krijgen correcte feedback inzake afhandeling van de casus.</p> <p>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.</p> <p>De sterk veranderde attitude van bepaalde patiënten/familie inzake beleefdheid, communicatie en agressie. Het meer en meer veranderde verwachtingspatroon van de klager.</p>	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<p>✓ 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.</p>	
Aantal klachtendossiers	204 formele klachtendossiers
Aantal infodossiers	48 dossiers
Aantal pro actieve dossiers	18 pro actieve dossiers (waaruit 2 formele klachten gekomen zijn)

Aantal opvragingen patiëntendossier	97 dossiers
Aantal 'andere'	150 klachtendossiers niet gerelateerd aan de patiëntenwet Daarnaast 15 meldingen van ongenoegen (→ geen formele klachten) Inzage dossier bij leven: 2 inzage Post Mortem Inzage dossier: 8 inzagen Gerechtelijke inbeslagname dossier: 2 inbeslagnames Opvraging dossier via FMO: 3 opvragingen

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...) ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn. ✓ 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 sneller 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)*	98
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	15
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)	10
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	97
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	4

Rechten van de patiënt:

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

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

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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	150
<p>Deze ombudsdossiers hebben meestal betrekking op:</p> <p><u>Organisatorische aspecten:</u> Wachttijden consultaties, wachttijden verkrijgen van consult voor bepaalde specialisten, wachttijden spoedgevallendienst, parkeerbeleid, verlies persoonlijk materiaal, beschikbaarheid Cozo, digitaal aanvragen consulten, bezoekenregeling, enz...</p> <p><u>Administratief-financiële aspecten:</u> Facturatiebedrag, infoverstrekking, factuurbetwisting, communicatie, enz...</p> <p><u>Infrastructurele & technische aspecten:</u> Defecten, comfort, lawaaihinder, telefonie, signalisatie, enz...</p> <p><u>Facilitaire aspecten:</u> Maaltijden, TV signaal, schoonmaak, enz...</p>	

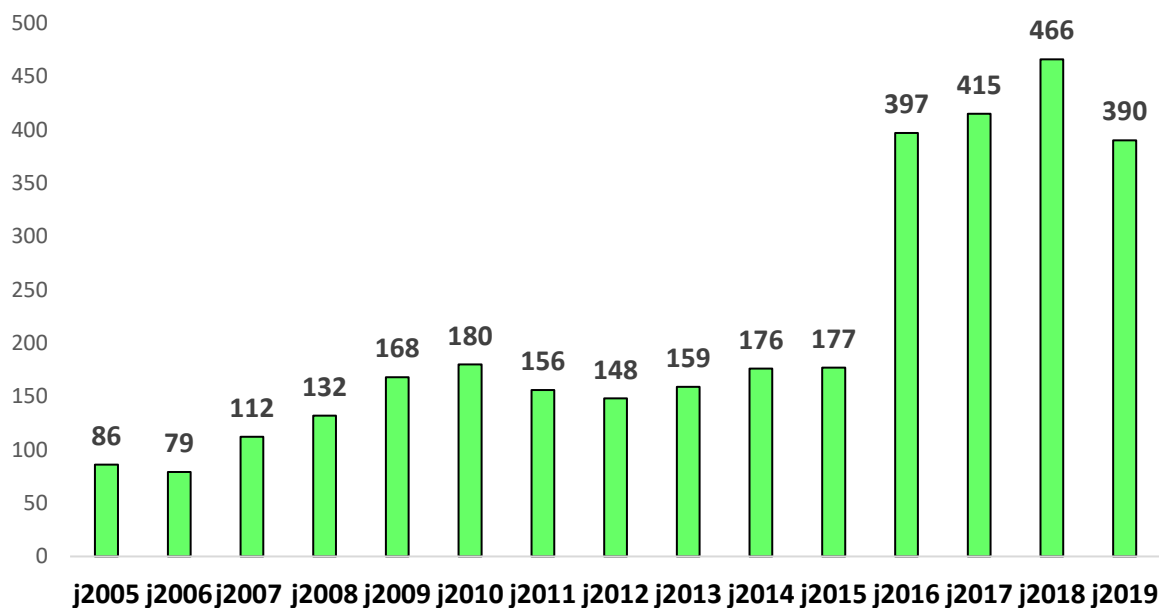
Andere:

De organisatie van dringend interklinisch vervoer, de hoge facturen van deze transfers

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

Doorlooptijd alle meldingen / dossiers 2019	
< = 1 dag	96
2-10 dagen	128
11-20 dagen	55
21-30 dagen	35
31-60 dagen	36
61-90 dagen	23
> 90 dagen	17

Evolutie totaal aantal meldingen op de ombudsdienst / jaar



Op 31/12/2019 waren 98% van alle dossiers afgewerkt en afgesloten.

7% van de dossiers uit 2018 was nog in behandeling werd verder opgenomen en afgehandeld in 2019.

In 2019 werd de ombudsdienst 390 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 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 (wachtijden, 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. In onze instelling zal het vanaf 01/01/2020 mogelijk zijn voor patiënten om hun laboresultaten, medische beeldvorming en de brieven van de artsen te raadplegen.
- Het aantal meldingen op onze ombudsdienst is in het algemeen de laatste jaren gestegen doch in 2019 is er een daling.
- 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.
- Ervaring leert dat communicatie / informatieaspecten veelal de trigger zijn tot het formuleren van ongenoegens en klachten.

Aanbevelingen

- Wachttijden te beperken door optimalisatie en efficiëntie.
- Wachttijden te vooraf te communiceren aan de patiënten.
- Bij het dicteren van de protocollering van onderzoeken er zich van te vergewissen dat er geen derden kunnen meeluisteren.
- 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.
- Duidelijk naar de patiënt communiceren & informeren over gezondheidstoestand, kostprijs, complicaties, enz..
- Intern de communicatie afstemmen bij multidisciplinaire behandeling
- Bijzondere aandacht m.b.t. communicatie bij het overlijden van een patiënt
- 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 dringend interklinisch ziekenvervoer blijft een groot probleem.
Het vinden van een ambulancedienst die dit vervoer onmiddellijk kan uitvoeren. In vele gevallen wordt door de arts verpleegkundige - en of medische begeleiding gevraagd. MUTAS organiseert geen dringend vervoer.
Patiënten worden vooraf niet geïnformeerd inzake de kostprijs van dit vervoer.
De medewerkers van het ziekenhuis hebben hierop ook geen zicht.
De hoge facturen vormen een trigger tot het formuleren van een klachtmelding aan de ombudsdienst.
- 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.
- Meerdere consulten / onderzoeken bij verschillende disciplines op elkaar afstemmen zodat de patiënt zich niet elke keer voor elk onderzoek / consult opnieuw hoeft te verplaatsen.
- Recall procedure voor medische beeldvorming na ambulante spoedopname.
- Patiënt – en family empowerment.

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 rekening gehouden met de aanbevelingen vanuit de ombudsdienst. Ook vanuit het artsenkader en hoofdverpleegkundigen worden aanbevelingen vanuit de ombudsdienst gewaardeerd en opgenomen ter kwaliteitsverbetering.

Het brengen van jaarverslag van de ombudsdienst wordt elk jaar geagendeerd op:

- Het Directiecomité
- De Medische Raad
- De Algemene vergadering
- De Medische Staf
- De Hoofdverpleegkundigenvergadering

Jaarverslag van Revalidatieziekenhuis Inkendaal
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(n)en	Tine Bigaré
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1 januari 2019

Bestaffing	0.25 FTE
Lokalisatie dienst	Kasteelgebouw, tweede verdieping
Registratiesysteem	Infoland - Itask
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum – januari 2019 Raadpleegbaar op de website van Inkendaal, aan het onthaal van het ziekenhuis, op te vragen bij de ombudsdienst
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Klachtenbemiddeling • Preventieve opdracht • Registratie afschrift en inzage patiëntendossier • Verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<p>Binnen Inkendaal hanteren we een laagdrempelig principe van klachtenbehandeling.</p> <p>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.</p> <p>Formele klachten worden aan de ombudsdienst gemeld door de patiënt/familie, externen (bv. ziekenfonds, huisarts ...). Ook interne medewerkers kunnen proactief de ombudsdienst contacteren.</p> <p>Bij ontvangst van een klacht, wordt de betrokken zorgverlener door de ombudsdienst rechtstreeks/via de leidinggevende geïnformeerd. In eerste instantie wordt getracht te bemiddelen door overleg en terugkoppeling naar betrokken partijen. Komt er</p>

	<p>geen oplossing, dan kunnen verdere stappen voor klachtbehandeling overwogen worden.</p> <p>De ombudsdienst is een neutraal en onafhankelijk bemiddelaar en oordeelt niet over de inhoud/gegrondheid van de klacht.</p>
--	--

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Een klacht is elke uiting van ongenoegen of ontevredenheid over het zorgproces, onafgezien of daartoe een objectieve reden bestaat.

Revalidatieziekenhuis Inkendaal vindt klachten en uitingen van ontevredenheid belangrijk om **lessen uit te trekken en verbeteringen te bewerkstelligen**. Door een bijhorende inhoudelijke analyse van de klacht wordt de werking kritisch bekeken en sturen we, waar nodig, bij in functie van het verstrekken van hoogkwalitatieve zorg en een goede dienstverlening. De ombudsdienst draagt dankzij **aanbevelingen** bij aan het bijsturen van beleid, processen of het initiëren van verbeterpunten.

In het huishoudelijk reglement is bepaald dat klachten over het zorgproces en de gezondheidszorg door beroepsbeoefenaars in Inkendaal, klachten over de omkadering van de zorg (facilitair, organisatorisch, administratief) en informatieverstrekking door de ombudsdienst worden behandeld.

Een klacht wordt door de ombudspersoon, hetzij rechtstreeks, hetzij via het verantwoordelijk directielid (algemene, medische, verpleegkundige, paramedische directie) of het departementshoofd gebracht bij diegene die in de klacht betrokken is. Bij de behandeling van klachten kan de ombudspersoon een intern overleg opzetten tussen patiënt en/of familie enerzijds, en wie in dit voorval in het ziekenhuis betrokken was en/of wie hiërarchisch verantwoordelijk is anderzijds.

Open communicatie en samenwerking zijn essentieel en worden binnen het ziekenhuis aangemoedigd. Dit blijkt bv. ook uit het intern geïnformatiseerd meld- en leersysteem voor incidenten, bijna-incidenten en bijwerkingen. Net als uit een actieve dienst Kwaliteit.

Indien nodig kan de ombudspersoon ook overgaan tot de oprichting van een **ad hoc interne klachtencommissie**.

Tijdens het verloop van de klachtenprocedure verzorgt de ombudspersoon de opvolging, de terugkoppeling en informatie naar de patiënt, familie of andere aanbrenner van de klacht. De afhandeling naar de aanklager kan plaatsvinden in een persoonlijk overleg en/of een schrijven. De afhandelende brief wordt opgemaakt hetzij door de ombudspersoon, hetzij door het directielid in overleg met de ombudspersoon.

Conform de wetgeving licht de ombudspersoon de patiënt/familie in over de verdere mogelijkheden voor afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een oplossing voor het geschil in het ziekenhuis.

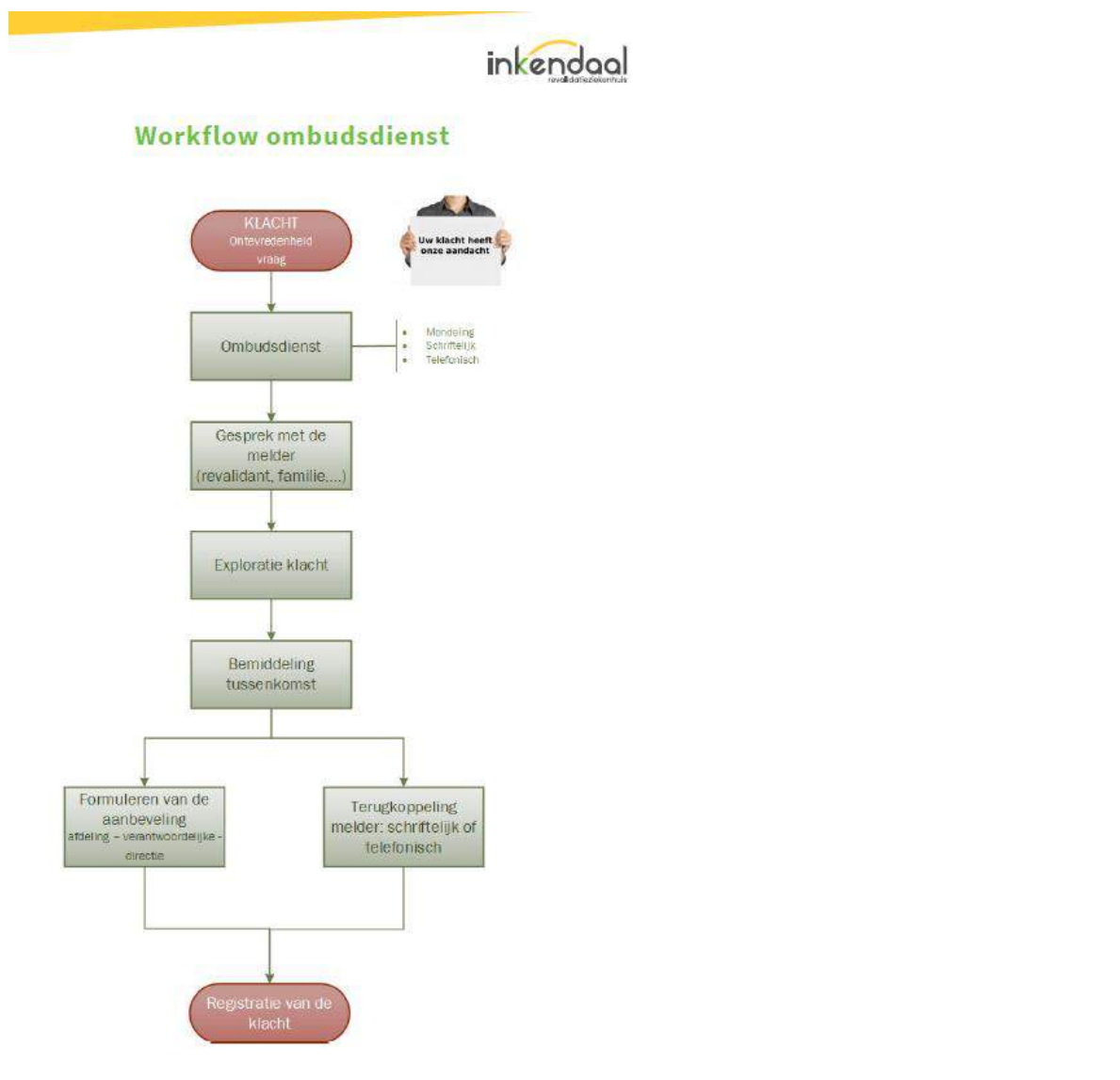
Via **regelmatig overleg met de algemeen directeur** worden signalen overgemaakt, aanbevelingen gedaan en verbetervoorstellen geïniteerd.

Het jaarverslag van de ombudsdienst wordt overgemaakt aan:

- Het directieteam;
- De raad van bestuur;
- De medische raad van het ziekenhuis.

Ook de Vlaamse ombudsdienst ontvangt de jaarcijfers van de ombudsdienst van Inkendaal. Het jaarverslag wordt beschikbaar gemaakt op het intranet en op de website van Inkendaal.

Voor de ombudsdienst van Revalidatieziekenhuis Inkendaal geldt deze interne workflow:



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

Tijdsdruk is ook een realiteit voor de ombudsdienst van Inkendaal. Gezien de kleinschaligheid van onze instelling combineert de ombudspersoon de functie met andere opdrachten. Op sommige momenten leidt dat tot pieken, waarbij de nodige dosis flexibiliteit aan de dag wordt gelegd om de verschillende betrokkenen te ontmoeten en de informatie te verwerken.

De tijdsdruk is niet louter subjectief. Uit de cijfers van 2019 blijkt een **stijging van de klachten van meer dan 50%**. De ombudspersoon is binnen dezelfde jobtime met aanzienlijk meer cases geconfronteerd. Een vergelijking van de doorlooptijd toont dat **de behandeltijd met 11% terugliep**, maar wel met meer dan 50% meer cases.

De langere doorlooptijd heeft enerzijds te maken met de start van de nieuwe ombudspersoon en de inwerktijd die ze nodig had. Anderzijds was er sprake van verschillende cases met een zeer lange doorlooptijd wegens een complex karakter, een groot aantal te consulteren partijen (ook intern) of een trage reactietijd van de betrokken partijen wanneer de contacten via mail verliepen.

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

Kanttekeningen:

- Eén 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	38
Aantal infodossiers	4
Aantal proactieve dossiers	5
Aantal opvragingen patiëntendossier	10
Aantal 'andere'	1

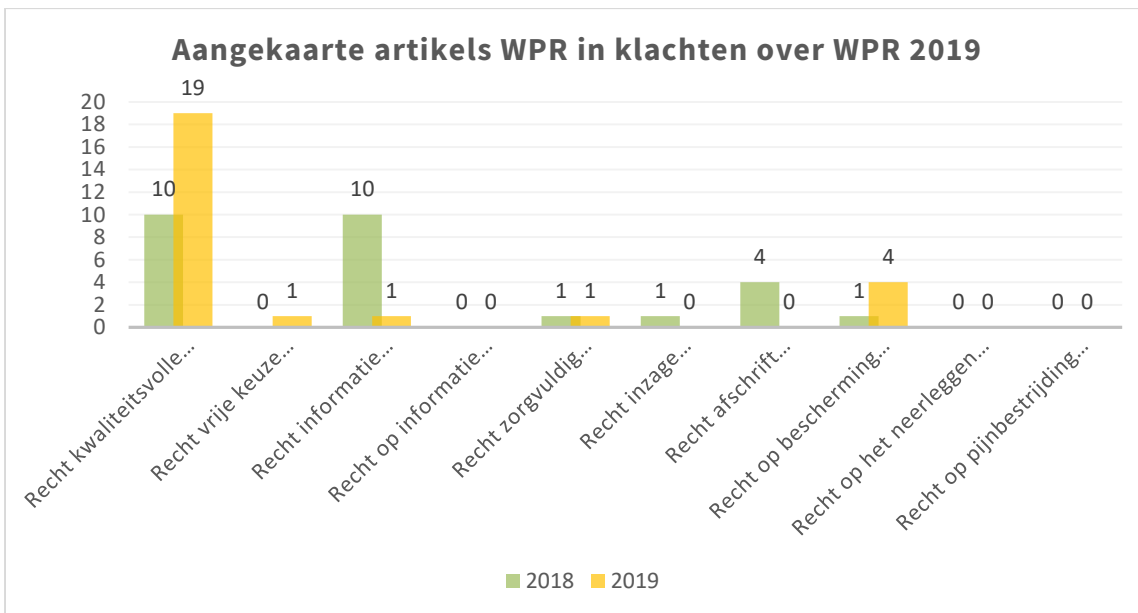
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Totaal: 21 en 10 afschriften

Eén klacht kan betrekking hebben op meerdere artikels m.b.t. rechten van de patiënt

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	19
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	1

Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	-
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	-
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	-
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	-
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	4
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	-
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	-



De cijfers van 2019 tonen op drie plekken duidelijke stijgingen.

- Ten eerste in het aantal klachten dat betrekking heeft op '**recht op kwaliteitsvolle zorg**'. De klachten binnen dit domein zijn divers, maar enkele **tendensen** zijn zichtbaar:
 - **Klachten i.v.m. communicatie en heldere informatieverstrekking.** Klachten op deze domeinen doen zich voor los van disciplines en diensten en schuilen soms al in kleine

voorvallen, die de beleving van de patiënt beïnvloeden. Voorbeelden hierbinnen zijn o.a.: onvriendelijke zorgverleners, bruto taalgebruik, lichaamstaal die tegenzin uitstraalt, attitude, gebrek aan info bij uitvoering van handelingen, negeren van vragen, slechte briefing binnen een team, verschillende boodschappen die op een zelfde afdeling naar patiënten worden gecommuniceerd.

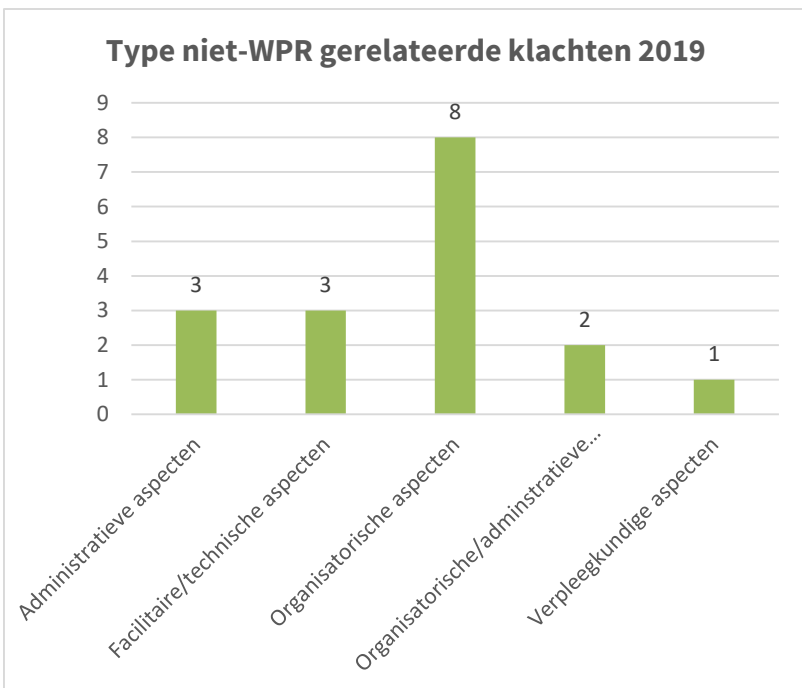
- **Klachten i.v.m. aandacht en opvang.** Patiënten voelen zich niet altijd even menselijk behandeld door o.a. bruto taalgebruik, geen opvolging van hun vragen, tijdsdruk binnen teams waardoor ze voelen dat er weinig tijd is. Enkele patiënten gaven zelfs aan bang te zijn om vragen te stellen wegens de tijdsdruk of wegens de attitude van de medewerker.
 - **Klachten i.v.m. uitvoeren van (medische) handelingen.** Hierbij gaat het om het correct uitvoeren van handelingen tijdens het toedienen van de zorg en correct toedienen van medicatie.
- Ten tweede in een groter aantal geregistreerde klachten m.b.t. '**het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer**'. De vier cases zijn erg verschillend, maar hebben allemaal te maken met privacy-issues.

De ombudspersoon droeg in 2019 actief bij tot het herbekijken van de informed consent voor onze partiële daghospitalisatie en de omgang met media, naar aanleiding van een klacht.

Binnen Inkendaal wordt er al actief gewerkt aan sensibilisering rond privacy onder de medewerkers. De privacycoach doet dit o.a. via een themaweek waarbij iedereen wordt ondergedompeld in het thema. Inbreuken kunnen worden gemeld via een intern meldsysteem voor datalekken. De stijging van de klachten toont dat het thema zeer relevant blijft. Mogelijks worden ook steeds meer patiënten zich bewust van het belang ervan. Met de introductie van het elektronisch patiëntendossier in Inkendaal in 2020 wordt het belangrijk om de medewerkers te blijven sensibiliseren over dit thema en de patiënten goed te informeren over de manier waarop hun gegevens worden beschermd.

- Het aantal patiënten en ex-patiënten dat om een **afschrift van het patiëntendossier** vroeg, zat in 2019 ook in de lift. In 2019 waren er 10 van die vragen tegenover 4 in 2018. Deze vragen worden behandeld in samenwerking met het medisch secretariaat en de betrokken arts.

Tabellen/grafieken; klachtenratio:



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

Bij de klachten die niet direct gelinkt zijn aan de Wet op de Patiëntenrechten spannen de klachten rond organisatorische aspecten (8) de kroon. Gevolgd door klachten over administratieve aspecten (3) en facilitair/technische aspecten (3).

- **Klachten over organisatorische aspecten** bevatten uitingen van ontevredenheid over afsprakenregelingen, persoonlijke voorwerpen die verdwenen uit de patiëntenkamer tijdens de opname, weekendregelingen voor patiënten in het geval van feestdagen.
- **Klachten over de administratieve aspecten** hadden o.a. betrekking op betwisting van facturen bij bv. annulatie, de tarieven voor rooming-in.
- **Klachten over facilitair/technische aspecten** gingen over de kwaliteit van de WIFI binnen de ziekenhuisgebouwen, storingen op de tv in de patiëntenkamer en de schoonmaak van de patiëntenkamers.

Verder waren er binnen deze categorie ook klachten over de administratieve opvolging binnen conventies, wachttijden bij verslaggeving, kwaliteit van medisch materiaal. Dit laatste item werd opgenomen in samenwerking met de apotheek en de medewerkers van de betrokken dienst en conventie.

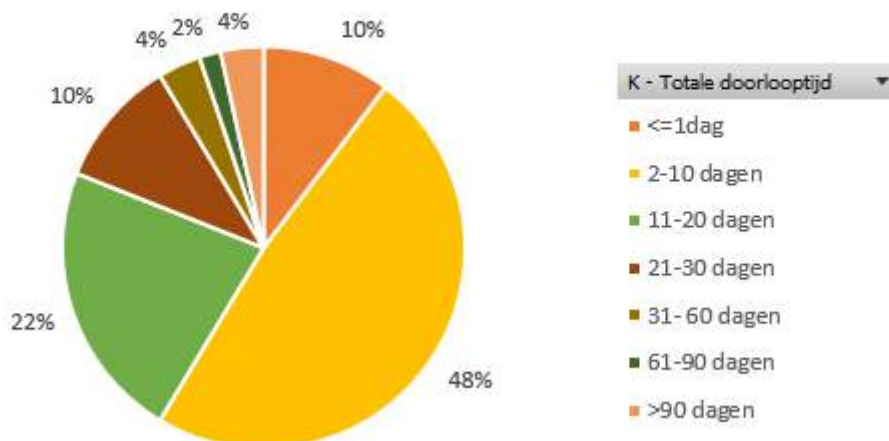
De ombudsdienst droeg in 2019 bij tot het herbekijken/stroomlijnen van het **annulatiebeleid** binnen de verschillende diensten van het ziekenhuis en de **tarieven voor rooming-in**.

De algemene doorlooptijd van de klachtenbehandeling

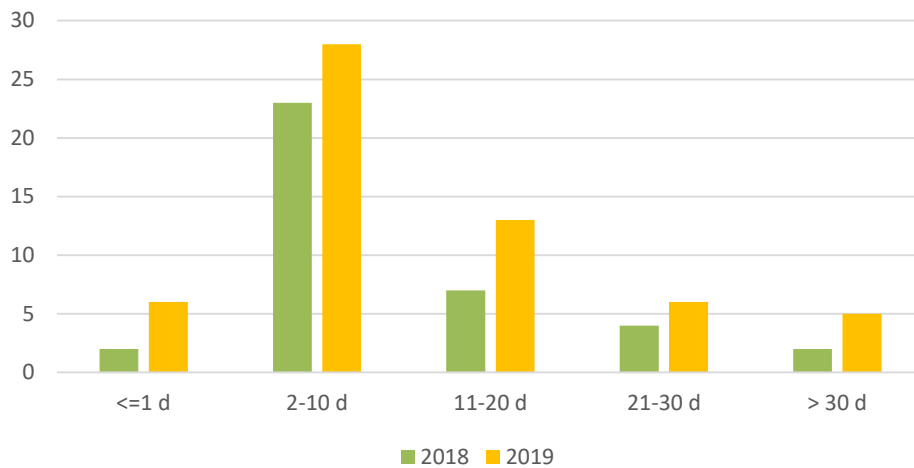
Het is de doelstelling om de doorlooptijd zo laag mogelijk te houden. **In bijna 60% van de cases is de klacht afgewerkt binnen de 10 dagen.**

doorlooptijd	aantal cases	aantal cases in %
<=1dag	6	10,34%
2-10 dagen	28	48,28%
11-20 dagen	13	22,41%
21-30 dagen	6	10,34%
31- 60 dagen	2	3,45%
61-90 dagen	1	1,72%
>90 dagen	2	3,45%
Eindtotaal	58	100,00%

Totale doorlooptijd in % voor 2019



Totale doorlooptijd 2018 vs 2019



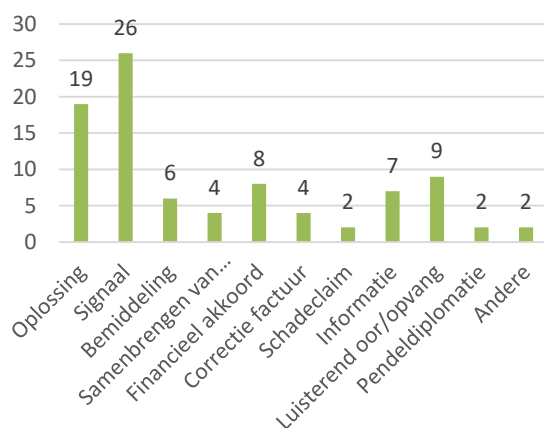
Zoals hoger reeds uitgelegd, heeft de **langere doorlooptijd meerdere redenen**:

- Groter aantal klachten te verwerken binnen 0,25 VTE.
- De ombudspersoon nam deze functie voor het eerst op in 2019 en werkte zich in in de materie.
- Complexiteit van de cases met veel overleg, soms trage reacties ...

Verwachtingen van de patiënt/ klant

Een klacht kan meerdere verwachtingen bevatten. Een patiënt of melder wil zowel een oplossing als een signaal geven, wil informatie, maar ook een financiële compensatie. Dit resulteert in onderstaande diverse verwachtingen waarbij ‘**signaal**’, ‘**oplossing**’ en ‘**luisterend oor/opvang**’ de top drie bekleden.

Verwachtingen klachten 2019



Aanbevelingen: algemeen - combinatie van klachten gerelateerd aan PRW en andere klachten

De stijging van het aantal klachten en aanvragen tot afschrift is onmiskenbaar. De verklaring is wellicht te zoeken in een mix van factoren:

- Een betere bekendheid van (het concept van) de ombudsdienst onder de medewerkers en de reflex om patiënten door te verwijzen wanneer een oplossing niet voorhanden is op de eerste lijn.
- Een dienstverlening die soms hapert o.i.v. redenen die organisatorisch, administratief, personeelsgerelateerd ... zijn. In een ziekenhuis worden zorgen verleend voor mensen door mensen. De kans dat iets soms anders loopt dan voorzien, is reëel en menselijk. Dat neemt niet weg dat Inkendaal kwaliteitsvolle zorg hoog in het vaandel draagt en de ombudspersoon elke klacht met grote zorgvuldigheid behandelt en opvolgt, teneinde er telkens een les uit te trekken.
- Een grotere bewustzijn van de patiënten over hun rechten en een betere kennis van het concept 'ombudsdienst'.
- Een grotere mondigheid in de maatschappij, waardoor ook patiënten (en/of hun naasten) sneller hun stem laten horen.

Uit de klachten die de ombudsdienst in 2019 bereikten, worden volgende **aanbevelingen** gedestilleerd.

1. Aandacht voor communicatie

Het belang van of het gebrek aan goede communicatie komt naar voren in meerdere klachten. De aandachtspunten die in 2018 reeds werden aangehaald, zijn ook in 2019 van tel.

- Het gaat om respectvol omgaan met de patiënt, welke de functie van de medewerker ook is.
- Correct en beleefd taalgebruik naar patiënten en bezoekers.
- Een professionele houding en betrokkenheid bij de uitvoering van de taken.
- Aandacht voor empathie bij gesprekken - hoe kort ook - met patiënten.
- Maar ook voor een goede informatiedoorstroom tussen collega's van dezelfde of andere diensten en goede briefings binnen teams.

Ziekenhuisbreed moet ook in 2020 het **belang van duidelijke, empathische, correcte en beleefde communicatie met patiënten, bezoekers en collega's** onderstreept worden.

2. Aandacht voor de persoonlijke levenssfeer

De aandacht voor privacy en de bescherming van persoonlijke gegevens blijft meer dan ooit relevant. In 2019 was er een stijging van privacygerelateerde klachten. Binnen Inkendaal wordt al intensief gewerkt aan dit thema, maar ook hier moeten we blijven hameren op het belang van voorzichtigheid onder medewerkers. **Bij de introductie van het elektronisch patiëntendossier in 2020 dient het ziekenhuis er op toe te zien dat zowel patiënten als medewerkers goed geïnformeerd zijn over wat dit privacygewijs betekent.**

3. Aandacht voor efficiëntie en procesverbetering

Als organisatie moet je elke klacht ook aangrijpen om de eigen werking onder de loep te nemen en te bekijken wat **anders of efficiënter kan in functie van de dienstverlening en procesverbetering**. Op basis van klachten werden een aantal processen in 2019 reeds kritisch geanalyseerd.

Aandacht is in 2020 vereist voor:

- **Verpleegeenheden, conventies, diensten**

Onder dit punt schuilt een breed scala aan verbeterpunten binnen de verpleegeenheden, conventies en administratieve diensten:

- Zorgzwaarte, tijdsdruk, druk op bestaffing. Dit heeft een invloed op de aandacht en opvang voor de patiënt, de communicatiestijl, de organisatie, de uitvoer van (medische) handelingen, de opvolging van medicatie.
- Aandacht voor vlot lopende administratieve processen, waardoor zowel de informatiestroom naar de patiënt (of familie) vlot verloopt als de interne informatiestroom tussen diensten. In het eerste geval wordt verwezen naar het vermijden van lang wachten op verslagen, het maken van duidelijke afspraken voor consultaties ... In het tweede geval gaat het om een goede interne informatiedoorstroom voor de opvolging, opname, verzorging van patiënten die naar Inkendaal komen binnen conventies.
- Analyse van de organisatie van een aantal conventies. Naar aanleiding van de klachten die daarover gingen werd er met de betrokken leidinggevenden al overlegd. Het werk dat binnen de conventies wordt geleverd, is een complex (organisatorisch) gegeven binnen Inkendaal. Medewerkers werken X aantal uren in functie van de conventie, maar combineren dit vaak met een taak binnen een andere dienst, ook voor wat de administratieve opvolging (verslaggeving) betreft. Er zijn al of worden nog stappen gezet om de communicatie/informatiestroom tussen de conventies en betrokken diensten te stroomlijnen, wat de opvolging van en de dienstverlening naar de patiënt ten goede moet komen.

- **Weekendregeling bij feestdagen/brugdagen**

Verschillende klachten kwamen voort uit een laattijdige communicatie over de weekendregeling bij feestdagen. Deze klachten toonden de nood aan een duidelijk kader en beleid over hoe de verpleegeenheden binnen Inkendaal hier mee omgaan. Dit item is niet nieuw en werd vorig jaar ook aangekaart door de ombudspersoon.

- **Belang van meld- en leersysteem**

Inkendaal beschikt over een gedigitaliseerd meld- en leersysteem en sensibiliseert medewerkers om incidenten, bijna-incidenten, verliezen of beschadigingen te melden. Tijdens de analyse van klachten blijkt dat bv. verloren voorwerpen niet altijd standaard gemeld worden. Dit wel melden kan ervoor zorgen dat de aandacht wordt verscherpt en er sneller mee wordt uitgekeken naar die voorwerpen.

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

- In het algemeen is er binnen het ziekenhuis een goede **samenwerking op alle niveaus**. De ombudsdienst kan in gesprek gaan met alle diensten. Klachten kunnen **open besproken** worden en geven een aanzet tot verbeteracties op de desbetreffende afdeling of ziekenhuisbreed.

- In sommige gevallen is een definitieve oplossing niet mogelijk gezien het te maken heeft met infrastructuur, de invulling van onze specifieke zorgprogramma's en revalidatietrajecten of gelinkt is aan onze patiëntenpopulatie. Wederzijds begrip, sensibilisering of kaderen van de context zijn in deze situaties belangrijk.
- De ombudsdienst stelt zich laagdrempelig op, maar beschikt niet over een goed zichtbaar en gemakkelijk bereikbaar lokaal. Voor afspraken maakt de ombudspersoon gebruik van toegankelijke vergaderruimtes in het ziekenhuis. Wanneer de vraag er is, begeeft ze zich naar de verpleegeenheid van de patiënt. Sinds 2019 is de ombudsdienst opgenomen in de slideshow op het digitale scherm aan het ziekenhuisonthaal.

Professionalisering

Revalidatieziekenhuis Inkendaal werkt sinds 2019 met een nieuwe ombudspersoon. 2019 was een jaar van overdracht, overgang en inwerking binnen de ombudsdienst.

Toch was er binnen die context **aandacht voor levenslang leren**. De nieuwe ombudspersoon nam deel aan:

- De bijeenkomsten van de provinciale werkgroep VVOVAZ Vlaams-Brabant;
- De vorming van het RIZIV over de werking van het Fonds voor medische ongevallen, specifiek bedoeld voor de ombudsdiensten van ziekenhuizen (Brussel, 28/11/2019);
- De opleiding 'Het begin of einde van klantgerichtheid' door vzw Anker (Heusden, 22/11/2019);
- Interne opleiding over privacy in de gezondheidszorg op 17/5/2019.

Het huishoudelijk reglement werd bijgewerkt, de webpagina's onderhouden.

Aan de hand van literatuur schaaft de ombudspersoon de kennis over patiëntenrechten extra bij.

Verzoeningsresultaten

In 2018 vroeg de Vlaamse Ombudsman in het kader van de klachtenrapportage van de ombudsdiensten voor het eerst naar verzoeningsresultaten.

Een verzoeningsresultaat is een betekenisvolle stap die de instelling, zorgverlener... heeft gezet en die er zonder tussenkomst van de ombudspersoon niet zou zijn geweest. Het gaat dus om de rol van de ombudsfunctie en het belang dat die kan hebben binnen en voor een organisatie.

Dit begrip turven en registreren is niet zonder problemen.

- Een verzoeningsresultaat als betekenisvolle stap is zeer ruim interpreteerbaar en subjectief.
- Betekenisvolle stappen zijn binnen de ombudswerking excuses, concrete oplossingen, een luisterend oor bieden, informatie geven, een verzekeringsaangifte in orde brengen, een rechtzetting op financieel vlak verzorgen, ... Zo ruim dat quasi al het werk van de ombudsdienst als betekenisvol geregistreerd kan worden.
- De ombudspersoon heeft een inspanningsverbintenis, geen resultaatsverbintenis ten aanzien van partijen. Hij kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing. In dit kader is het dubbel om verzoeningsresultaten te registreren.

Deze indicator consistent registreren, is binnen de werking van de ombudsdienst van een ziekenhuis nog niet helder.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Az Damiaan
Adres	Gouwelozestraat 100 8400 Oostende
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	525
Type	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	523 bedden hospitalisatie 81 bedden dagpositie
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Katie Goormachtigh (bij afwezigheid Martine Brusselle)
Startdatum werkzaamheden als ombudspersoon	01/02/2011
Bestaffing	50 % FTE
Lokalisatie dienst	Route 9, nabij onthaal
Registratiesysteem	VVOVAZ (Access)
Huishoudelijk reglement	https://azdamiaan.be/assets/files/pages/huishoudelijk-reglement-ombudsdienst-versie-2017.pdf

Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisopleiding bemiddelaar (Mediv via VVOVAZ)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> • Algemene vergadering VVOVAZ • Provinciaal overleg VVOVAZ • Symposium 'patiënt & zorgverlener: piloot & co-piloot' • FMO: ontmoetingen met de ziekenhuizen
Werkingssterrein van de ombudsdienst	klachtenbemiddeling vanuit het mandaat KB 8/7/2003
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<p>Ontvangst schriftelijke of mondelinge klacht OD.</p> <p>Bij mondelinge klacht, telefonisch of persoonlijk, eerste opvang door ombudsdienst. Bij een schriftelijke klacht wordt een ontvangstmelding verstuurd.</p> <p>Navraag standpunt zorgverlener(s) – communicatie en of bemiddeling tussen partijen- eventueel bespreking AC - waar nodig doorverwijzing naar alternatieven - finaliseren en registreren dossier.</p>

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	Open, coöperatieve houding, er is in Az Damiaan binnen de diverse departementen 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	De ombudsdienst van Az Damiaan voldoet aan de kwaliteitskenmerken voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling, zoals vooropgesteld door de Vlaamse Ombudsdienst (klachten ontvangen, klachten behandelen, lessen trekken).

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

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere aspecten bevatten
- ✓ De 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	217
Aantal infodossiers	4 (infodossiers met derde partij)
Aantal pro actieve dossiers	geen registratie
Opvragen patiëntendossier	verloop via CMA
Aantal 'andere'	niet van toepassing binnen registratie

Aantal klachten m.b.t. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	101
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	7
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)	4
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	4
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	5
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	91
--	----

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 voor 2019 mede volgende aanbevelingen vanuit VVOVAZ:

- ✓ Pleidooi voor een wederzijdse respectvolle omgang

Az Damiaan werkt al enkele jaren rond het thema:



en voorziet hieromtrent onder meer een eigen affiche op de diensten.

- ✓ Pleidooi voor regelmatige sensibiliseringscampagnes over de rol van spoeddiensten

Az Damiaan heeft sinds 2017 een aanpassing doorgevoerd op de website, om patiënten beter te informeren over 'wanneer naar de spoeddienst?'.
Telefoonnummers voor dringende hulpverlening worden ook weergegeven.

<https://azdamiaan.be/nl/zorgaanbod/urgentiegeneskunde-spoedgevallen>

- ✓ Nood aan maatregelen inzake (extern) ziekenvervoer

Az Damiaan besteedt extra aandacht aan het correct informeren over de kostprijs van extern ziekenvervoer. Patiënten kunnen via de sociale dienst navraag doen omtrent de geraamde kostprijs voor ziekenvervoer.

- ✓ Financiële transparantie

Az Damiaan voorziet diverse opties om patiënten goed te informeren over de kosten die verbonden zijn aan een ziekenhuisopname. Er kan o.m. gebruik gemaakt worden van een prijssimulator: <https://azdamiaan.be/patienten#simulator>

- ✓ Informatie voor de patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier

Patiënten worden in Az Damiaan op diverse manieren geïnformeerd over hun EPD. Er wordt hen o.m. bij inschrijving een kaartje bezorgd waarop ze geïnformeerd worden over hun elektronisch patiëntendossier en de mogelijkheid om hun dossier online te raadplegen. Dit onderwerp was in 2019 in Az Damiaan ook het thema op de Europese dag van de patiëntenrechten.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Algemeen Ziekenhuis Sint-Jozef
Adres	Oude Liersebaan 4 2390 Malle
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	7-10536-86-000-E536
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	230 acute bedden + 20 SP bedden
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(n)en	Marijke Comyn / Heidi Lambrechts
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Marijke Comyn tot 22/04 Heidi Lambrechts vanaf 22/04 tot 31/12/19
Bestaffing	595,76 FTE
Lokalisatie dienst	Binnen het ziekenhuis
Registratiesysteem	iProva (Infoland)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Op de website van het ziekenhuis. Geactualiseerd op 19/12/2019.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Ledenvergaderingen Vvovaz Individuele coaching door Marijke Comyn
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	/

<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intake van de klacht • Klachtenregistratie • Informatieverstrekking • Klachtenbemiddeling met pendeldiplomatie of gesprekken • Doorverwijzing • Verzekeringsdossiers • Verbetervoorstellen formuleren
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De melding 2. Intake 3. Registratie van de melding (incl. verwachtingen van de patiënt) 4. Informatievergaring <ul style="list-style-type: none"> • De feiten • Standpunt van het diensthoofd en/of de medewerker verkrijgen. • Juridisch advies inwinnen. 5. Afhankelijk van de vraag van de patiënt : <ul style="list-style-type: none"> • informatieverstrekking aan de patiënt • en/of financieel voorstel • en/of bemiddeling • en/of opmaak van verzekeringsdossier • en/of doorverwijzing naar bv. ledenverdediging 6. Afsluiten klachtendossier 7. Veel voorkomende klachten worden vertaald in aanbevelingen tot structurele wijzigingen.

Behandeling van klachten en onvrede
<p>Hoe gaat de organisatie om met klachten?</p>
<p>De medewerkers van het ziekenhuis luisteren naar de klacht van de patiënt. Ze trachten zelf tot een constructieve oplossing met de patiënt te komen. Indien dit niet het gewenste resultaat heeft, dan verwijzen ze door naar de ombudsvrouw. De organisatie ondersteunt preventieve en curatieve maatregelen.</p>
<p>Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?</p>
<p>In eerste instantie wordt de patiënt aangeraden om problemen zelf met de desbetreffende dienst of medewerker te bespreken. Wanneer de patiënt dit niet wil of wanneer de betrokken partijen niet tot een constructief overleg komen, dan komt de klacht bij de ombudsvrouw. Elke melding wordt geregistreerd. Medische of administratieve klachten worden altijd besproken met de betrokken partijen. Op basis van veel voorkomende klachten worden aanbevelingen tot structurele wijzigingen gedaan.</p>
<p>Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)</p>
<p>/</p>

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

Opmerkingen:

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

Aantal klachtendossiers	279
Aantal infodossiers	40
Aantal pro actieve dossiers	8
Aantal opvragingen patiëntendossier	10
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.

Betreft klachten mbt rechten van de patiënt ?

ja	165
nee	114

Klachten mbt rechten van de patiënt per artikel

art.5: kwaliteit	118
art.6: keuze	2
art.7: info	30
art.8: toestemming	0
art.9 : afschrift / dossier	7
art.10: privacy	5
art.11bis: pijnbestrijding	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	114
--	-----

Klachten per aspecten (in rangorde volgens meest voorkomende)

Medische aspecten	147
Administratieve aspecten	84
Verpleegkundige aspecten	59
Organisatorische aspecten	47

Klachten medische aspecten (in rangorde volgens meest voorkomende)

Spoedgevallen	46
Orthopedie	18
Cardiologie	8
Geriatric	7
Urologie	6
Gynaecologie/verloskunde	5
Keel-, neus- en oorheelkunde	4
Kindergeneeskunde	4
Anesthesie	4
Kaakchirurgie - stomatologie	4

Inhoud klachten medische aspecten (in rangorde volgens meest voorkomende)

Behandeling	78
Communicatiestijl	30
Infoverstrekking	14

Aanbevelingen

- ✓ Preventief werken (zoals opleiding, coaching, duidelijke informatie ter beschikking stellen van patiënten en medewerkers) zou meer zwaarte in het takenpakket van de ombudsdienst mogen hebben.
- ✓ Administratieve ondersteuning van de ombudsdienst, zodat de ombudsvrouw zich met de kerntaken van de ombudsvrouw kan bezighouden.

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

De aanbevelingen worden goed beluisterd. Indien ze praktisch realiseerbaar zijn op korte termijn en de impact voor de organisatie niet te groot is, dan worden de nodige aanpassingen gedaan.

**Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019**

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

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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)	Katrijn Dossche
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/10/2018
Bestaffing	1 medewerker: 0,5 FTE voor ombudsfunctie 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	Registratiesysteem uitgewerkt en onderhouden door de ICT dienst van het ziekenhuis zelf
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	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	Basisopleiding bemiddelen (Mediv).
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	
<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<p>de ombudspersoon werkt full/time en verdeelt zijn activiteit over 2 functies:</p> <p>A) ombudspersoon (0.5 FTE):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) klachtenbemiddeling vanuit mandaat KB 2) behandelen van alle andere klachten die door bezoekers, familie of derden (mutualiteiten, huisarts, ...) geformuleerd worden. 3) alle afschriften en inzage van dossier worden door hem afgewerkt. Indien de patiënt inzage of afschrift rechtstreeks aan de arts vraagt kan een uitzondering worden gemaakt. <p>B) HRM-medewerker (overige 0.5 FTE):</p>
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Uittreksel uit het huishoudelijk reglement:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>In deze fase wordt aan de patiënt alleen aangegeven dat de klacht ontvangen is, onderzocht zal worden, en dat hij daarna opnieuw zal gecontacteerd worden, behalve wanneer het een klacht betreft die een onmiddellijke oplossing vereist of onmiddellijk kan opgelost worden.</p> <p>Afhankelijk van de inhoud van de klacht wordt een rechtstreeks of onrechtstreekse bemiddeling gevoerd.</p> <p>Rechtstreekse bemiddeling: Er wordt een gesprek georganiseerd met patiënt (eventueel vergezeld van familieleden of vertrouwenspersoon), betrokken beroepsbeoefenaar(s) en de ombudspersoon. De klacht wordt rechtstreeks afgehandeld.</p> <p>Onrechtstreekse bemiddeling: De klacht wordt besproken met de betrokken beroepsbeoefenaar(s). Indien een voorstel tot oplossing kan worden geformuleerd, wordt dit doorgegeven aan de klager. Indien er geen oplossing kan worden geformuleerd, of de betrokken beroepsbeoefenaar heeft daartoe niet de bevoegdheid, wordt de klacht besproken in het Directiecomité. Het Directiecomité stelt een oplossing voor. Deze oplossing wordt doorgegeven aan beide partijen (klager en beroepsbeoefenaar/directie).</p> <p>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</p>

	<p>de klager voorgesteld welke andere mogelijkheden er zijn om zijn klacht te behandelen.</p> <p>Binnen een termijn van 3 maanden, tellend vanaf het moment van het uiten van de klacht, moet een oplossing gevonden zijn die voor beide partijen aanvaardbaar is.</p> <p>Verwerking, verslag, aanbevelingen: Alle klachten worden geregistreerd in een bestand, dat uitsluitend door de ombudspersoon kan geraadpleegd worden.</p> <p>Wekelijks wordt door de ombudspersoon verslag uitgebracht in het Directiecomité over afgewerkte klachten of klachten waarbij er een nieuwe, belangrijke evolutie is.</p> <p>De klachten die in het Directiecomité werden besproken (ter besluitvorming of alleen als rapportage) worden geanonimiseerd opgenomen in het verslag van het Directiecomité.</p> <p>Uit de gegevens van de databank wordt het jaarverslag opgemaakt. Uit de resultaten worden aanbevelingen gedaan aan het directiecomité om te vermijden dat de klacht zich herhaalt. Aanbevelingen kunnen ook gebeuren op het periodiek overleg met het directiecomité, en hoeven niet te wachten tot het jaarverslag is opgemaakt.</p> <p>Het jaarverslag wordt aangeboden aan de bevoegde nationale commissie, de beheerders en directiecomité van het ziekenhuis en aan allen die erom vragen.</p>
--	--

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Sinds het opstarten van de ombudsdienst in 2003 is er een belangrijke positieve evolutie in het omgaan met klachten merkbaar. Klachten vergen enerzijds actie naar de klager toe, maar worden anderzijds ook steeds meer gezien als kansen om te leren en bij te sturen (informatieverstrekking verbeteren, bejegening van de patiënt optimaliseren, processen aanpassen, opleiding geven, ...).

De manier van aanpak van klachten, vanuit een “rechtvaardige cultuur” stimuleert de medewerkers om mee te werken aan de analyse ervan en het zoeken naar oplossingen.

Het behouden en verstevigen van deze rechtvaardige cultuur is de verantwoordelijkheid van de ombudspersoon, de directie en alle directe leidinggevenden.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

De belangrijkste sleutelwoorden hier zijn:

- bemiddelen en zoeken naar een oplossing die voor beide partijen aanvaardbaar zijn. Die bemiddelende rol ook aan alle partijen duiden. Beide partijen (patiënt en zorgverstreker) zijn soms van mening dat je hun stelling moet verdedigen;
- in dat bemiddelen is onpartijdigheid en neutraliteit een essentiële (maar soms niet evidentie) houding;
- het overleg met alle betrokken partijen;
- het terugkoppelen van het resultaat;
- een rechtvaardige cultuur opbouwen en onderhouden;

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

- behandelen en afhandelen van klachten zonder de ombudsdienst daarin te betrekken of door hem zelfs te omzeilen is vaak geen goed idee. Het gestructureerd aanpakken door een ombudspersoon met enige ervaring en expertise leidt meestal tot betere (of minder ongelukkige) resultaten voor beide partijen.
- Een suggestie naar de wetgever toe: de term 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	250
Aantal infodossiers	34
Aantal pro actieve dossiers	/
Aantal opvragingen patiëntendossier	137
Aantal 'andere'	/
Totaal behandelde dossiers ombudsdienst	(som) 421

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)*	101
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)	9
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	1
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)).*

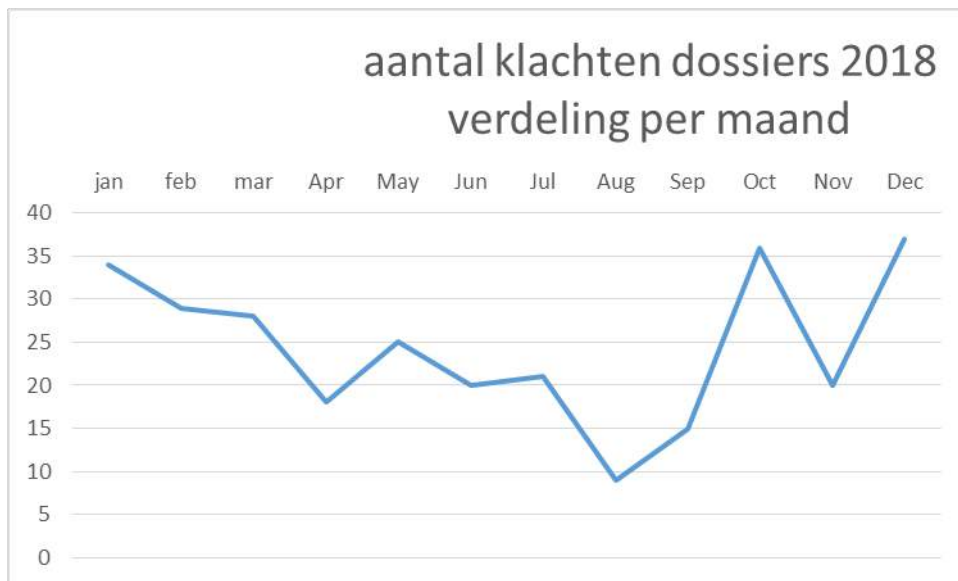
***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *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

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

Aanbevelingen/verbeteracties die uit dit overleg gepland werden zijn, onder andere:

- Frequentere controle van het terecht gebruik van gehandicaptenparking.
- Informatieverstrekking verbeteren in het kader van :
 - Gratis parking
 - Supplementen kamers pediatrie
 - Procedure niet dringend patiëntentransport
- Kostenraming hospitalisatie
- Spiegels aanpassen voor rolstoelpatiënten
- Valpreventiebeleid intensifiëren
- Verlichting op de noodtrap permanent laten branden
- Website frequenter up to date houden
- Aanvullen aantal beschikbare rolstoelen

In 33 dossiers 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.

pBijkomende 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 2019

Ombudsdienst

Inhoudsopgave

1.	Werking van de ombudsdienst 2019.....	4
1.1.	Mensen en middelen.....	4
2.	Verzoeningsresultaten 2019.....	4
2.1.	Definiëring verzoeningsresultaten	4
2.1.1.	Bemiddelingsgesprek	4
2.1.2.	Herstelgesprek.....	5
2.1.3.	Verbindend gesprek met ombudsdienst en zorgverleners	5
2.1.4.	Feedback(telefoon)gesprek met patiënt en familie.....	5
2.1.5.	Brieven vanuit de ombudsdienst aan de patiënt	5
2.1.6.	Georganiseerd overleg	5
2.2.	Bemiddeling werkt, verzoenen doen we samen	6
3.	Verwachtingen aanmelder 2019	7
4.	Vaststellingen omtrent klachtencultuur in 2019.....	8
5.	Aanbevelingen voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling	9
5.1.	Klachten ontvangen.....	9
5.2.	Klachten behandelen.....	10
5.3.	Lessen trekken.....	11
5.4.	Globale aanbevelingen 2019	12
5.4.1.	Communicatie en informatieverstrekking.....	12
5.4.2.	Parkeerbeleid	12
5.4.3.	Maatregelen omtrent ziekenvervoer	12
5.5.	Jaaractieplan ombudsdienst 2020.....	13
6.	Globale cijfers van 2019	13
6.1.	Aantal klachtendossiers.....	13
6.2.	Evolutie in het aantal klachtendossiers.....	14
6.3.	Verhouding tussen de verschillende soorten dossiers.....	15
6.4.	Profiel van de aanmelder	15
6.5.	Locatie van de patiënt	15
6.6.	Hoe wordt de klacht geuit?	16
6.7.	Verdeling van de klachten in 2019	16
6.7.1.	Verdeling naar domein	16
6.7.2.	Verdeling naar discipline	19

6.7.3.	Verdeling naar de wet op de patiëntenrechten	20
6.7.4.	Doorlooptermijn	20
6.7.5.	Classificatie van de klachten.....	21
6.7.6.	Tevredenheid van de klager	21
7.	Verduidelijking terminologie	21

1. Werking van de ombudsdienst 2019

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 van januari 2019 t.e.m. augustus 2019 waargenomen door mevr. E. Werbrouck (50%) en mevr. L. Van Daele (50%), met de ondersteuning van mevr. S. Goossens als administratief medewerkster (20%).

In september 2019 is mevr. E. Werbrouck uit dienst getreden. Ook mevr. S. Goossens zal uit dienst treden op 01/03/2020. Vervanging is voorzien door mevr. N. De Deurwaerder (80%) vanaf 01/03/2020.

2. Verzoeningsresultaten 2019

2.1. Definiëring verzoeningsresultaten

De Vlaamse Ombudsman legt sinds 2018 de focus 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. Financiële tegemoetkomingen of verzekeringsaanbodes vallen niet onder deze definitie.

In 2018 hebben wij voor het eerst getracht de verschillende soorten verzoeningsresultaten in kaart te brengen. We kwamen hierbij tot de volgende opdeling.

2.1.1. Bemiddelingsgesprek

Een bemiddelingsgesprek 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.

2.1.2.Herstelgesprek

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.

2.1.3.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.

2.1.4.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 en tracht verbindend te werken, met de focus op de verwachtingen en behoeften van de aanmelder.

2.1.5.Brieven vanuit de ombudsdienst aan de patiënt

De ombudsdienst kan de feedback (zie punt 2.1.4) ook via een brief bezorgen aan de aanmelder.

2.1.6.Georganiseerd overleg

De ombudsdienst plant met verschillende partijen proactief een georganiseerd overleg in om meldingen te kunnen bespreken. In 2019 werden overlegmomenten georganiseerd met: de medisch directeur, algemeen directeur, verpleegkundig directeur, juridisch medewerkster, medisch diensthoofd spoedgevallen en het financieel aanspreekpunt.

2.2. Bemiddeling werkt, verzoenen doen we samen

In 2018 hebben wij van deze verzoeningsresultaten een retrospectieve analyse gemaakt. In 2019 zijn we overgeschakeld naar een registratie in NIKOdoc, met als doelstelling het verfijnen van de resultaten. Hieronder is de evolutie terug te vinden.

Verzoeningsresultaten	% 2018	% 2019
Bemiddelingsgesprek	2,2 %	1,8 %
Herstelgesprek	0,7 %	0 %
Verbindend gesprek tussen ombudsdienst en zorgverleners (artsen, hoofdverpleegkundigen, andere, ...)	5,1 %	2,4 %
Feedbackgesprek met patiënt en familie (persoonlijk)	2,9 %	4,8 %
Feedbackgesprek met patiënt en familie (telefonisch)	Geen registratie	30,3 %
Brieven	60,5 %	26,9 %
Georganiseerd overleg	28,5 %	28,5 %
Andere	Geen registratie	14,2 %

In 2019 zien we een grote afname van geschreven brieven (-33,6 %). Er wordt nog steeds een substantieel aantal van de meldingen (26,9 %) beantwoord met een formeel schrijven. Dit zijn voornamelijk meldingen met een sterke financiële of juridische consequentie, meldingen van een grotere complexiteit of op expliciete vraag van de aanmelder. We merken echter een tendens op naar een meer open en verbindende communicatie naar de aanmelder toe in de vorm van bemiddelingsgesprekken en rechtstreekse contacten (al dan niet telefonisch) met de aanmelder. Enerzijds past dit binnen de afdelingsvisie die wij sinds 2018 trachten vorm te geven. Anderzijds trachten wij hiermee aan te sluiten op de verwachtingen van de aanmelder. We merken dat mensen steeds meer nood hebben aan snellere en transparantere communicatie.

Ook nieuw tegenover 2018 is de categorie “andere” (14,2 %). Dit zijn voornamelijk doorverwijzingen naar andere diensten (financieel aanspreekpunt, juridische dienst, externe ombudsdiensten,...). Ook louter financieel-praktische meldingen behoren hiertoe (verloren voorwerpen, probleem met

parkeertickets....). Tot slot beslist de aanmelder soms zelf om niet meer met de klacht verder te gaan, of formuleert deze geen verwachtingen of behoefte naar verdere opvolging.

3. Verwachtingen aanmelder 2019

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 in vergelijking met 2019.

Soort verwachting	% 2018	% 2019
Een signaal geven aan de betrokken hulpverleners/diensten	32,8 %	21,4 %
Een terechtwijzing van de betrokken hulpverlener/dienst	27,6 %	21,0 %
Nood aan een concrete oplossing	13,4%	12,4 %
Vraag naar een financieel akkoord (correctie factuur, factuur niet betalen of schadeclaim)	13,0 %	25 %
Nood aan een luisterend oor/opvang	5,1 %	3,2 %
Nood aan uitleg of informatie	4,4 %	3,2 %
Verzekeringsaangifte	2 %	7,2 %
Onduidelijk	1,4 %	3,9 %
Nood aan bemiddeling (pendelbemiddeling of bemiddelingsgesprek)	0,3 %	2,7 %

In 2019 zien we een kleine positieve evolutie in de vraag naar bemiddeling (+2,4 %), maar is dit nog steeds een klein aandeel t.o.v. de andere verwachtingen. Net zoals in 2018 merken we op dat in de loop van het onderzoek regelmatig blijkt dat men hier toch nood aan heeft. We dienen daarom verder in te zetten op het verduidelijken van de rol en taken van de ombudsdienst in het ziekenhuis.

In 2019 zien we een stijging in het aantal vragen naar een financieel akkoord (+12%). We stellen vast dat meldingen steeds vaker een financiële component bevatten, waarbij het in de meeste gevallen

over een combinatie van factoren gaat. Men is bijvoorbeeld ontevreden over de uitvoering van een bepaald onderzoek, men is niet akkoord met de handelswijze van de zorgverlener of men voelt zich negatief bejegend. Bijgevolg verzoekt de aanmelder dan ook vaak een deel of de volledige factuur niet te betalen. Voor de volledige afhandeling van deze klachten is er een nauwe samenwerking met het financieel aanspreekpunt. We stellen tevens vast dat de stijging in het aantal vragen naar een financieel akkoord tevens ook te wijten is aan de meldingen omtrent de parking, waarbij men een terugbetaling van het parkeerticket vraagt. (zie 5.4.2)

4. Vaststellingen omtrent klachtencultuur in 2019

In 2019 zien we dat de positieve evolutie omtrent de klachtencultuur in de organisatie zich verder zet. We merken bij zorgverleners nog steeds een grote openheid om de tendensen binnen de klachten van hun afdeling te bekijken. De vraag naar een overzicht wordt vaak actief door de afdelingen zelf gesteld, voorbeelden hiervan zijn: het jaaractiepunt van 2019 betreffende afdelingen geriatrie 1 en 2, de presentatie op het managementteam spoed, de presentatie voor het pijncentrum, voorstelling van de facilitaire klachten op de beleidsdagen coördinatoren en regelmatig ad hoc briefing naar de stuurgroep verpleging.

Daarnaast maakt de ombudsdienst ook in 2019 haar jaarverslag en werking systematisch op verschillende fora in het ziekenhuis bekend. Het jaarverslag van 2018 is voorgesteld op de Raad Van Bestuur, de diensthooftvergadering en de hoofdverpleegkundigenvergadering. We zien hier nog een opportuniteit om het jaarverslag ook binnen het medische departement voor te stellen.

De doelstelling is om deze visie en cultuur omtrent klachtenbehandeling in 2020 verder te bestendigen. Dit was reeds de bedoeling in 2019, maar wegens de structurele onderbezetting van de dienst (- 0,5 FTE) van augustus tot en met december wegens het vertrek van mevrouw Werbrouck is hier beduidend minder aandacht naar gegaan in deze periode. De focus lag toen vooral op de operationele klachtenbehandeling. Met versterking van mevrouw De Deurwaerder (0,8 FTE) vanaf maart 2020 hopen wij hier terug meer aandacht aan te kunnen besteden, onder andere door:

- Meer proactief inzetten op de verbindende gesprekken en stimuleren om ook op de eerste lijn reeds aan klachtenpreventie te doen
- Aandacht voor nieuwe leidinggevenden en artsen
- Heldere communicatie omtrent werkwijze ombudsdienst via een extern document en de website

In 2020 zal tevens meer ingezet worden op de samenwerking met de ombudsdienst van AZ Lokeren, gezien de nauwe samenwerking tussen de twee ziekenhuizen. Er wordt hierover in nauw overleg gegaan met dhr. C. Demeestere, ombudsman AZ Lokeren en UZ Gent.

5. Aanbevelingen voor een oplossingsgerichte klachtenbehandeling

In 2020 heeft de Vlaamse ombudsman 12 kwaliteitskenmerken gebundeld voor een sterk en bemiddelingsgericht klachtenmanagement, dat optimaal oplossingen biedt en daar ook lessen uit trekt om de dienstverlening structureel te verbeteren. Deze opdeling zal in wat volgt gebruikt worden om de eigen werking te analyseren. Naast onze analyse gebruiken we een kleurcode:

- Groen: kwaliteitskenmerk is volledig geïntegreerd in werking ombudsdienst.
- Oranje: kwaliteitskenmerk is gedeeltelijk geïntegreerd in werking ombudsdienst. Verbeteracties zijn noodzakelijk.
- Rood: kwaliteitskenmerk is niet geïntegreerd in werking ombudsdienst.

Vervolgens (zie punt 5.4) formuleren we een aantal globale aanbevelingen uit de klachtenbehandeling van 2019.

5.1. Klachten ontvangen

Kwaliteitskenmerk Vlaamse ombudsman	Ombudsdienst AZ Nikolaas
1. De klachtendienst en -procedure zijn vlot vindbaar en bereikbaar.	Website AZ Nikolaas Visitekaartjes Vermelding contactgegevens in brieven en in e-mails Verwijzing op sociale media bij negatieve reviews
2. De klachtendienst is goed gekend binnen de eigen organisatie	Er wordt sinds 2017 intensief gewerkt aan de klachtencultuur in de organisatie. (zie punt 4) Ook in individuele contacten zetten we sterk in op communicatie en sensibilisatie. Het is essentieel om hier nog verder op in te zetten. We stellen uit de veiligheidsrondes, gecoördineerd door de kwaliteitsdienst, vast dat nog een substantieel aantal medewerkers niet doorverwijzen naar de eerste lijn (leidinggevende van de afdeling of medisch diensthoofd) bij een klacht. Als ombudsdienst stellen we vast dat er blijvend nood is aan bijkomende vorming en opleiding omtrent de communicatieve vaardigheden betreffende de eerste opvang van ontevreden patiënten.

<p>3. Er is een representatief aantal klachten in functie van de context</p>	<p>In 2019 zijn er 722 klachten (klachten, informatiedossiers, proactieve dossiers en inzagen en afschriften) geregistreerd. De uitvoerige analyse van deze klachten is terug te vinden onder punt 6.</p> <p>Als we het klachtenaantal vergelijken (zie bemiddelingsboek van de ziekenhuizen van 2018¹) met ziekenhuizen van dezelfde grootte, zien we dat het aantal klachten representatief is voor de grootte van de organisatie.</p> <p>We merken dat de aanmelder steeds sneller de weg vindt naar de ombudsdienst bij een klacht of ontevredenheid, mede door toenemende bekendheid van de ombudsdienst in de organisatie en daardoor de doorverwijzing van andere zorgverleners indien dit noodzakelijk blijkt.</p>
--	--

5.2. Klachten behandelen

Kwaliteitskenmerk Vlaamse ombudsman	Ombudsdienst AZ Nikolaas
<p>4. De klachtenbehandeling is gericht op bemiddeling en oplossingen</p>	<p>Alle ombudsvrouwen hebben de basisopleiding tot bemiddelaar bij MEDIV gevolgd (JAP 2018). Ook voor toekomstige nieuwe medewerkers vragen we om dit te volgen.</p> <p>De visie van de ombudsdienst is gericht op drie pijlers en komt tegemoet aan dit kenmerk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bruggen bouwen tussen patiënt en zorgverleners <ol style="list-style-type: none"> a. Focus op verzoeningsresultaten b. Gebruik van verbindende communicatie c. Proactief en actief bemiddelen 2. Klantgerichtheid <ol style="list-style-type: none"> a. Bemiddeling met focus op de behoeftes en verwachtingen van alle partijen b. Aan de basis ligt respect en vertrouwen 3. Beleidsmatige ondersteuning <ol style="list-style-type: none"> a. De coachende rol van de ombudsdienst b. Inzetten op de klachtencultuur c. Actief op verschillende fora klachten structureel bespreken
<p>5. Er is samenwerking en coördinatie met andere overheidsinstanties of met derden aan wie taken worden uitbesteed, zowel voor klachtenbehandeling als rapportage.</p>	<p>Er is een nauwe samenwerking met debiteuren, financieel aanspreekpunt, de facturatedienst en het onthaal.</p>

¹ <http://www.vlaamseombudsdienst.be/ombs/nl/documentatie/bemiddelingsboekziekenhuizen2018.pdf>

Klachten worden tijdig behandeld en de antwoorden zijn Heerlijk Helder	Gezien de structurele tekorten (-0.5 FTE) vanaf augustus 2019 merken we dat de klachtenbehandeling langer duurt. (zie punt 6 globale cijfers). We ondernemen echter maatregelen om dit tot het minimum te beperken. De cijfers (81.3 % van de klachten was binnen de maand behandeld) bewijzen dit. Op vlak van de antwoorden zit er een opportuniteit in het afstemmen van de werkwijzen van de verschillende ombudspersonen op elkaar. Dit om op een zo uniform mogelijke manier de klachten te behandelen.
In de antwoorden staat een verwijzing naar de volgende stap bij blijvende ontevredenheid (informereren over 'wat nu').	De ombudsdienst verwijst naar de mutualiteit of het FMO indien nodig. Hier kan echter nog meer op ingezet worden, door bv. informatieverstrekking via een brochure of de website.

5.3.Lessen trekken

Kwaliteitskenmerk Vlaamse ombudsman	Ombudsdienst AZ Nikolaas
8. De klachtendienst overlegt regelmatig met het management om de werking van de overheidsinstantie op te volgen.	Zie georganiseerd overleg (punt 2.1.6) Er is regelmatig georganiseerd overleg met alle relevante actoren binnen het management. Daarnaast wordt er tevens heel wat ad hoc overleg georganiseerd op vraag van zowel de leidinggevenden als de ombudsdienst zelf.
9. De dienst brengt jaarlijks tijdig een klachtenrapport uit, dat binnen de eigen organisatie wordt verspreid en besproken op managementniveau.	Het jaarverslag wordt steeds gepresenteerd op de Raad van Bestuur, de hoofdverpleegkundige vergadering en de diensthoofdenvergadering. We zien hier nog een opportuniteit om het jaarverslag ook binnen het medische departement voor te stellen.
10. Het klachtenrapport biedt een globaal zicht op de belangrijkste klachtenbeelden en het oplossingsvermogen van de dienst.	Zie jaarverslag
11. Het klachtenrapport besteedt aandacht aan aanbevelingen / beleidsaspecten/verbeterpunten en de opvolging van eigen of ombudsaanbevelingen.	Zie jaarverslag
12. De klachtendienst streeft naar professionalisering (opleiding, functiebeschrijving, onafhankelijkheid).	Alle ombudsvrouwen hebben de basisopleiding tot bemiddelaar bij MEDIV gevolgd (JAP 2018). Ook voor toekomstige nieuwe medewerkers vragen we om dit te volgen. Er staat een functieomschrijving op NIKOdoc.

5.4. Globale aanbevelingen 2019

5.4.1. Communicatie en informatieverstrekking

Communicatie blijft in 2019 een aandachtspunt. Vooreerst zien we een opportuniteit in het preventief omgaan met klachten op de eerste lijn, d.w.z. op de afdeling of dienst zelf. Vaak ligt reeds een groot deel van de oplossing in het beluisteren en erkenning geven aan de ontevredenheid op de afdeling zelf.

Een tweede opportuniteit zien we hier in het inzetten op de klantgerichte houding van de medewerkers, naar patiënten maar ook naar elkaar toe. Vaak zien we dat klachten groeien omdat problemen op een bepaalde dienst worden uitvergroot door collega's van een andere dienst wegens gebrek aan kennis omtrent elkaar werking: "Ja, dat probleem kennen we." Of "Ja, dat is altijd hetzelfde met die dienst" of "Ja, ga daar maar eens mee naar de ombudsdienst". Het feit dat diensten over elkaar hun ongenoegen uiten tegen de aanmelder, doet ook het ongenoegen van de aanmelder zelf groeien. Als ombudsdienst zien wij een opportuniteit in het inzetten op deze klantgerichte competentie om eenduidige en verbindende communicatie hieromtrent te bevorderen. In het ziekenhuis wordt daarom op een klantgericht beleid ingezet.

5.4.2. Parkeerbeleid

Een aantal klachten hadden betrekking op het parkeerbeleid. Meer specifiek zorgde de reorganisatie van de parking ervoor dat het voor sommige patiënten onduidelijk is waar ze zich precies kunnen parkeren. De ombudsdienst is hiervoor in overleg gegaan met de coördinatoren van het facilitaire departement op hun beleidsdagen. Als gevolg hiervan heeft men ingezet op informatieverstrekking hieromtrent (bv. op de spoedgevallendienst omtrent de werking van de spoedparking)

5.4.3. Maatregelen omtrent ziekenvervoer

Net zoals in 2018 blijft het ziekenvervoer van patiënten een aandachtspunt. 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.

De ombudsdienst is hiervoor in 2019 meermaals in overleg gegaan met de verantwoordelijken van het ziekenhuis en MUTAS. Men werkt momenteel aan een systeem waarbij deze informatieverstrekking omtrent de financiële implicaties eenvoudiger zal zijn.

5.5. Jaaractieplan ombudsdienst 2020

De aanbevelingen 2019 zijn concreet opgenomen in het jaaractieplan 2020.

Omschrijving jaaractiepunt	Meting	Realisatie
Uniformiseren werkwijze ombudspersonen	Alle ombudspersonen hebben de basisopleiding bemiddeling gevolgd.	Q4 2020
Uitwerken visie/ werking ombudsdienst	Heldere communicatie omtrent werkwijze ombudsdienst via een extern document en de website	Q3 2020
Aandacht voor nieuwe leidinggevendenden en artsen	Bekijken of er structureel informatie voorzien kan worden	Q4 2020

6. Globale cijfers van 2019

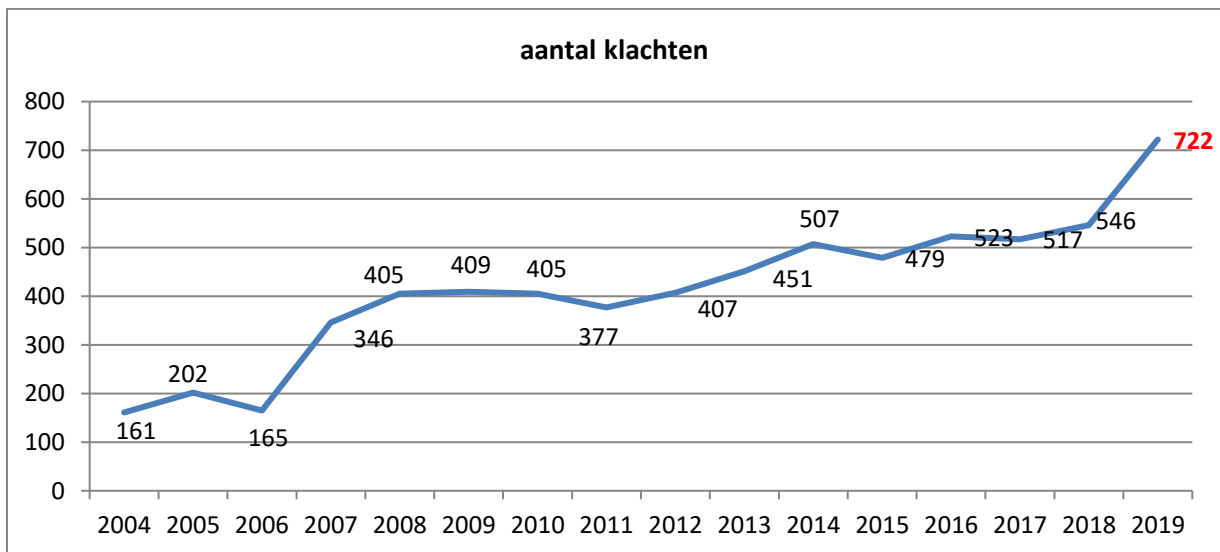
6.1. Aantal klachtendossiers

In totaal werden er in 2019 **722** klachtendossiers geregistreerd bij de ombudsdienst.

	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
januari	91	63	41	46	66	43	31	34	42	33
februari	67	42	49	36	57	53	32	34	41	43
maart	58	77	50	35	43	47	52	41	40	42
april	79	51	21	56	33	38	38	26	31	24
mei	55	40	45	37	42	38	37	36	32	34
juni	50	31	30	42	40	39	37	29	20	28
juli	86	44	65	30	22	34	48	36	24	39

augustus	39	43	40	47	37	39	33	36	34	32
september	64	36	48	50	32	35	37	29	12	29
oktober	65	42	40	31	42	50	42	42	37	35
november	54	40	39	58	32	36	33	38	27	35
december	15	37	49	55	33	57	31	31	37	31
Gemiddeld e/maand	60	46	43	43	40	42	38	34	31	34
Totaal / jaar	722	546	517	523	479	507	451	407	377	405

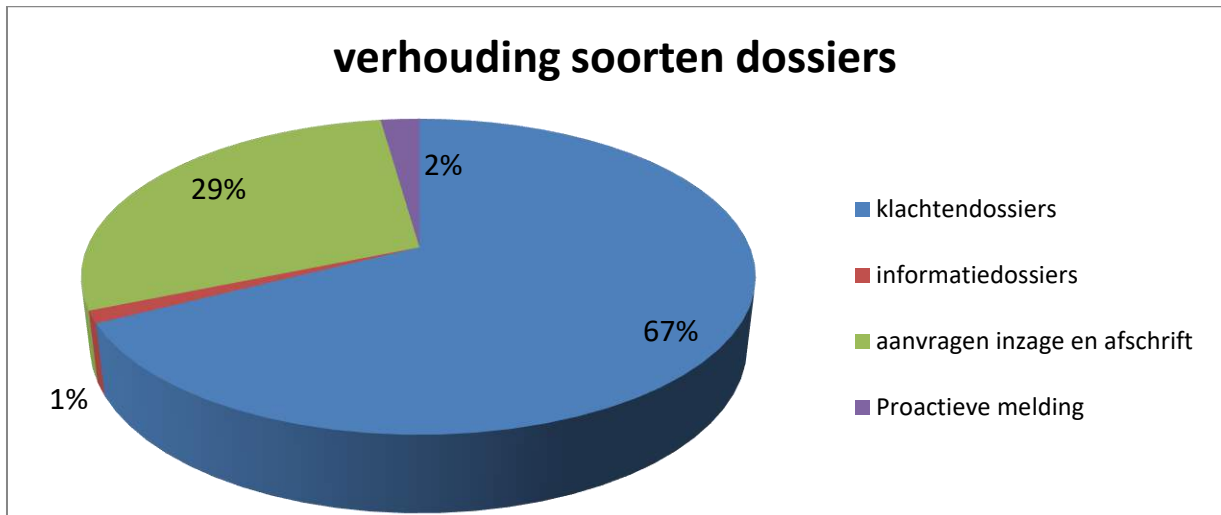
6.2. Evolutie in het aantal klachtendossiers



We zien een grote stijging in het aantal klachten van 2018 tegenover 2019. Naast de globale stijgende tendens van het aantal klachten sinds 2014, vermoeden we dat we deze stijging kunnen wijten aan de administratieve ondersteuning in 2019. Deze maakt dat de registratie geoptimaliseerd is, ook voor kleinere dossiers en kortere contacten met patiënten.

6.3. Verhouding tussen de verschillende soorten dossiers

Uit onderstaande grafiek kan men afleiden dat de hoofdtak van de ombudspersonen het behandelen van de klachtendossiers blijft.



6.4. Profiel van de aanmelder

Wie	% 2018	% 2019
patiënt zelf	45.6 %	55.9 %
ouder	12 %	8.6 %
partner	13.2 %	7.9 %
kind	16.1 %	11.1 %
ander familielid	6.7 %	4.16 %
kennis	0 %	0 %
huisarts	0.2 %	0.2 %
externe hulpverlener	0.9 %	3.2 %
mutualiteit	0.9 %	0.7 %
interne medewerker	2.4 %	3.5 %
Andere	1.8 %	4.7%

6.5. Locatie van de patiënt

Locatie patiënt	% van het aantal klachten	
	2018	2019
Opname	43.9 %	43.9 %
Poliklinisch	26.6 %	23.2 %
Dagziekenhuis	3.6 %	4.3 %

Spoed	19.1 %	19 %
Andere	6.8 %	9.5 %

We stellen vast dat we onder “andere” voornamelijk meldingen omtrent de parking kunnen onderbrengen.

Campus	% van het aantal klachten	% van het aantal klachten
	2018	2019
SN	88.5 %	91.5 %
HA	0.8 %	0.8 %
SG	2.3 %	2.1 %
TE	0.8 %	0.8 %
BE	7.5 %	4.8 %

6.6. Hoe wordt de klacht geuit?

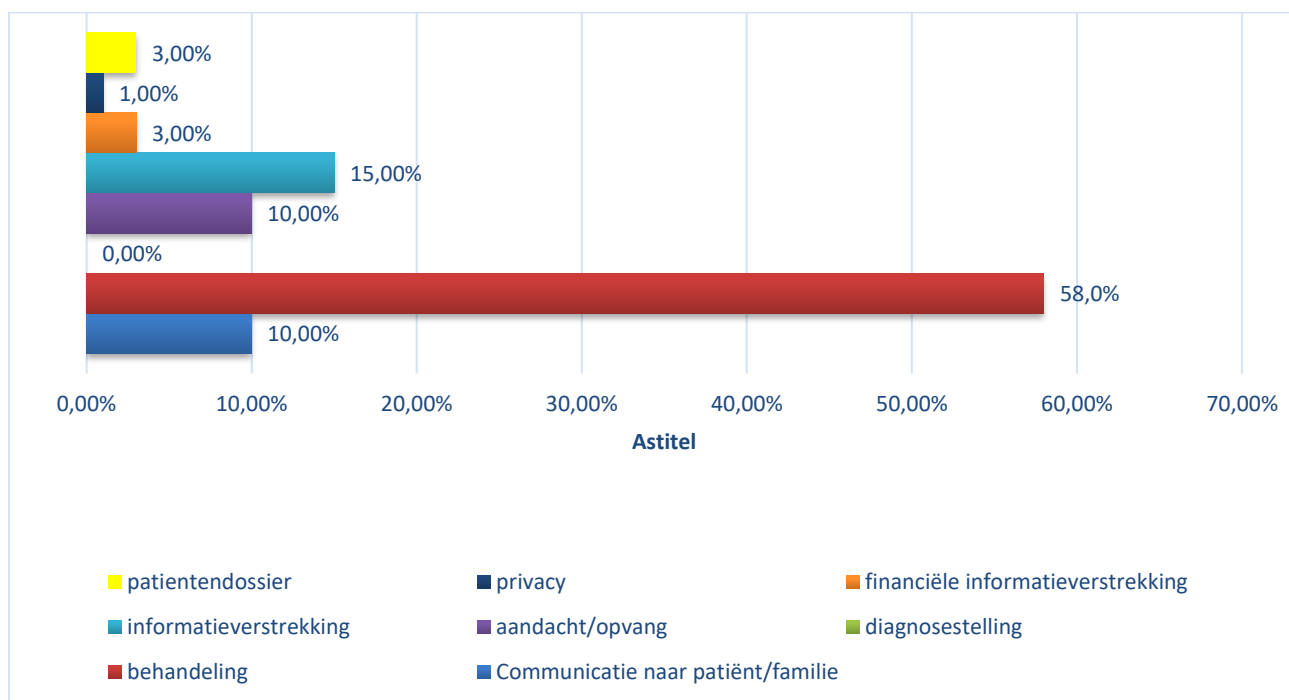
Vorm	% 2018	% 2019
e-mail	40.5 %	49.5 %
persoonlijk	17.9 %	11.5 %
telefonisch	39.6 %	29.6 %
brief	2 %	9.3 %

6.7. Verdeling van de klachten in 2019

6.7.1. Verdeling naar domein

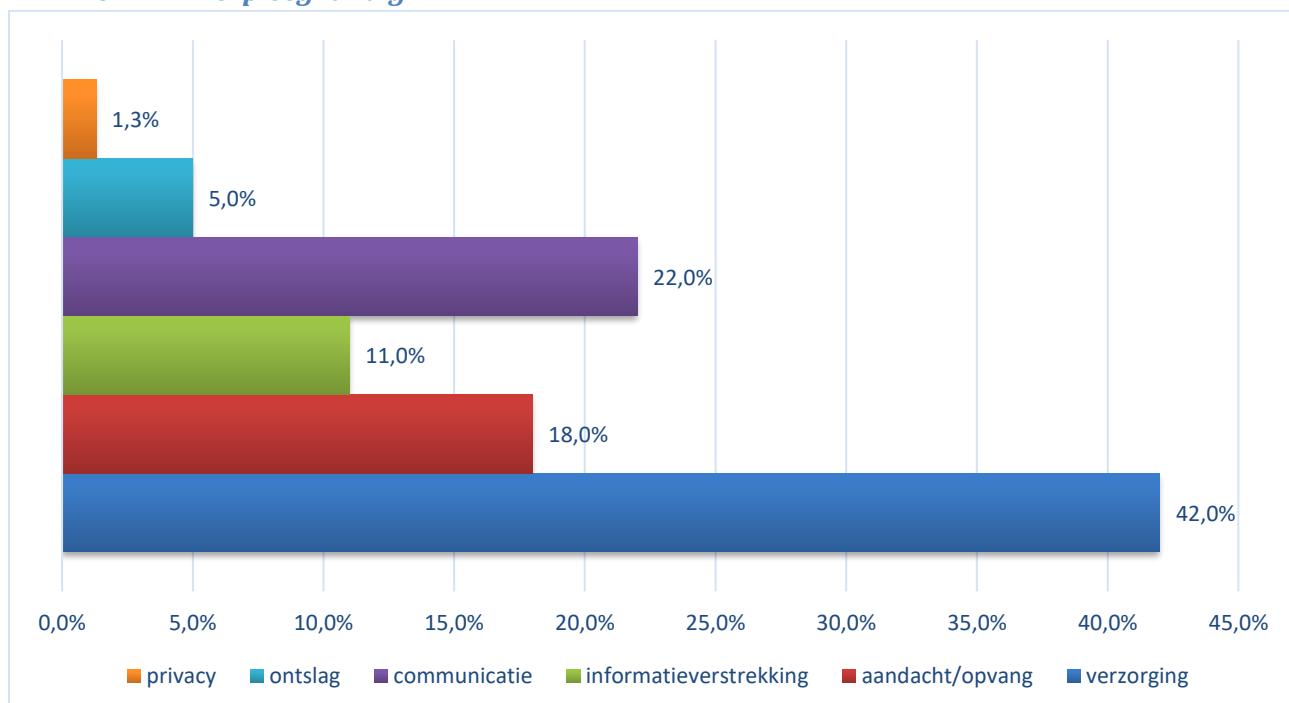
Domein	2018 %	2019 %
medisch	50.6 %	44.7 %
verpleegkundig	21.5 %	15 %
organisatorisch	20.6 %	18.6 %
financieel - administratief	7.2 %	9.3 %
Facilitair	Niet bep.	12 %

6.7.1.1. Medisch



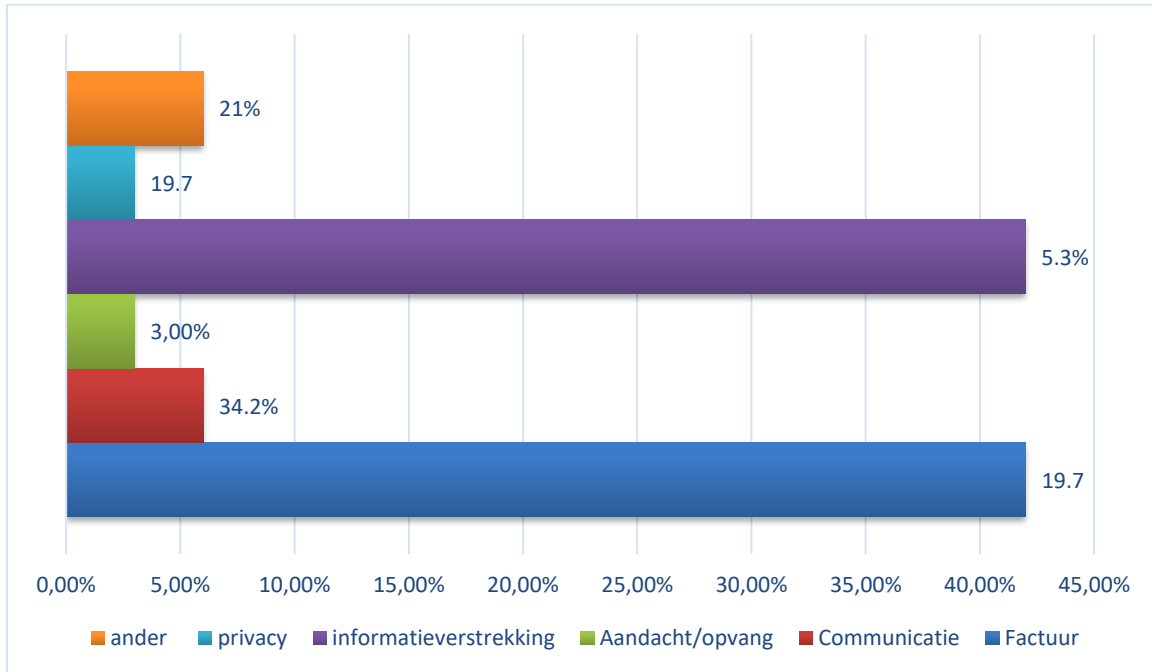
* gecumuleerde cijfer

6.7.1.2. Verpleegkundig



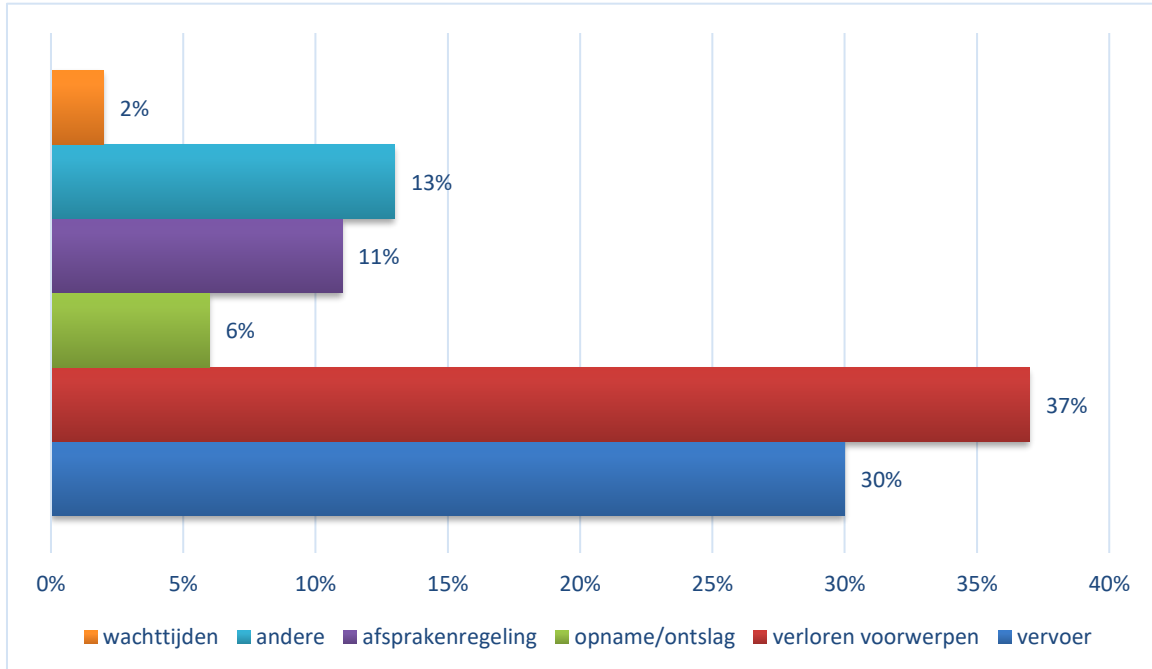
* gecumuleerde cijfers

6.7.1.3. Administratief- financieel



*gecumuleerde cijfers

6.7.1.4. Organisatorisch



*gecumuleerde cijfers

6.7.2. Verdeling naar discipline

discipline	% van totaal aantal klachten 2019	Aantal contacten 2019 Ambulant	Aantal contacten 2019 Hospitalisatie	Aantal contacten 2019 totaal
spoedgevallen	16.4 %	33663	13750	47413
orthopedie	13.9 %	52765	3602	56367
geriatrie	7.4 %	2393	2614	5007
medische beeldvorming	5.8 %	121943	47177	169120
gastro- enterologie	4 %	24403	1855	26258
neurologie	3.9 %	13611	1982	15593
gynaecologie	3.7 %	23195	2435	25630
psychiatrie	3.7 %	4547	833	5380
neurochirurgie	3.2 %	6534	1186	7720
pijncentrum	3.2 %	3710	Cijfers nog niet beschikbaar	3710
longziekten	2.6 %	12354	2867	15221
plastische heelkunde	2.6 %	5473	269	5742
pediatrie	2.5 %	18814	2406	21220
cardiologie	2.1 %	19891	1873	21764
kinder en jeugdpsychiatrie	2.1 %	2026	188	2214
oncologie	2.1 %	18597	1150	19747
abdominale heelkunde	2 %	5859	1385	7244
MKA	2 %	25258	594	25852
thoracale heelkunde	1.9 %	5618	734	6352
oftalmologie	1.8 %	9912	163	10075
endocrinologie	1.4 %	14914	530	15444
intensieve zorgen	1.4 %	0	516	516
fysische g. / revalidatie	1.2 %	12530	44	12574
NKO	1.1 %	23958	644	24602
urologie	1.1 %	15536	1629	17165
nefrologie	0.7 %	5329	377	5706
anesthesie	0.1 %	14858	441	15299
dermatologie	0 %	6658	6	6664

6.7.3. Verdeling naar de wet op de patiëntenrechten

Klacht met betrekking op : rechten van de patiënt	2018 %	2019 %
recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)	37.9 %	38.1 %
recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (art. 6)	3.9 %	5 %
recht op informatie over de gezondheidstoestand (art. 7)	26.2 %	10 %
recht op toestemming (art. 8)	1.9 %	1 %
recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (art. 9 § 1)	2.9 %	5.3 %
recht op afschrift van het patiëntendossier (art. 9 § 3)	2.9 %	5.3 %
recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)	3.9 %	5.3 %
Recht op het neerleggen van een klacht (art.11)	19.4 %	20 %
recht op aangepaste pijnbestrijding (art. 11 bis)	1 %	0 %
Recht op info over beroepsaansprakelijkheid (art 8/1)	0 %	10 %

*Gecumuleerde cijfers

6.7.4. Doorlooptermijn

Doorlooptermijn	2018 %	2019 %
1 dag	11.5 %	10.2 %
< 1 week	8.9 %	26.5 %
< 2 weken	8.4 %	22 %
< 1 maand	18.5 %	22.6 %
< 2 maand	22.5 %	10.7 %
< 3 maand	13.9 %	5.2 %
> 3 maand	16.3 %	2.8 %

In 2019 is 81.3 % van de klachten binnen de maand behandeld. Dit in vergelijking met 2018, waar dit 47.3 % van de klachten was. Dit is het gevolg van verschillende acties die de ombudsdienst ondernomen heeft om de doorlooptijd tot een minimum te beperken:

- Inzet van administratieve medewerkster mevrouw S. Goossens voor de afhandeling van de inzage en afschriften van het patiëntendossier.
- Tijdens de intake neemt de ombudsdienst uitvoerig de tijd om de verwachtingen van de aanmelder te bespreken. Op deze manier kan men efficiënter op deze verwachtingen inspelen. Bij een substantieel aantal klachten blijven deze verwachtingen ook onvoldoende duidelijk, waardoor de ombudsdienst geen verdere actie kan ondernemen. De ombudsdienst heeft hierbij de visie actief met de patiënt in dialoog te gaan en deze via empowerment zelf eigenaar

te laten zijn van zijn/haar klacht, binnen het vooropgestelde kader en binnen de visie van de ombudsdienst.

6.7.5. Classificatie van de klachten

Classificatie	2018 %	2019 %
Geground	26.9 %	32.7 %
Ongegrond	31 %	25.9 %
onduidelijk	16.9 %	21.1 %
deels geground	16.2 %	10.2 %
terechte opmerking	1.1 %	0.5 %
afgebroken	8 %	9.6 %

6.7.6. Tevredenheid van de klager

Classificatie	2018 %	2019 %
Tevreden	22.8 %	29.2 %
Ongekend	58.7 %	59.2 %
Tevreden met inspanning maar niet met resultaat	13 %	8.1 %
Ontevreden	5.5 %	3.5 %

Uit deze cijfers blijkt dat bij 59.2 % van de klachten de tevredenheid van de klager niet gekend is. De ombudsdienst ziet hier een opportuniteit om dit in de toekomst actiever te bevragen, alsook de elementen die hier een rol in spelen.

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 2019

C. Heymanslaan 10 - B 9000 Gent

Tel: 09/332.52.34 - ombudsdienst@uzgent.be



INHOUDSTABEL

- Inleiding
- Klachtenbeeld 2019 met Jaarrapport Vlaamse Overheid
- Suggesties en aanbevelingen

INLEIDING

Wetgevend kader

Het Jaarverslag van de Ombudsdienst van het UZ Gent kadert binnen de informatieverstrekking naar de Vlaamse Gemeenschap. 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.

Mensen en middelen

De ombudsfunctie in het UZ Gent wordt waargenomen door vier ombudspersonen; Francine De Groote, Carine Dierickx, Patrick Demuyne en Christophe Demeestere (coördinator Ombudsdienst).

Profilering van de dienst

Interne contacten

De Ombudsdienst voorziet in infosessies over patiëntenrechten en werking van de Ombudsdienst, gericht naar bepaalde doelgroepen, naar nieuwe medewerkers en startende leidinggevenden. Deze infosessies kaderen binnen een continue sensibilisering.

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, provinciale intervisie en voorstelling jaarverslag Vlaamse Ombudsdienst.

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

Juridische Dienst

Data Protection Officer (DPO)

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 Grootte

Carine Dierickx

Patrick Demuynck

Christophe Demeestere

KLACHTENBEELD 2019

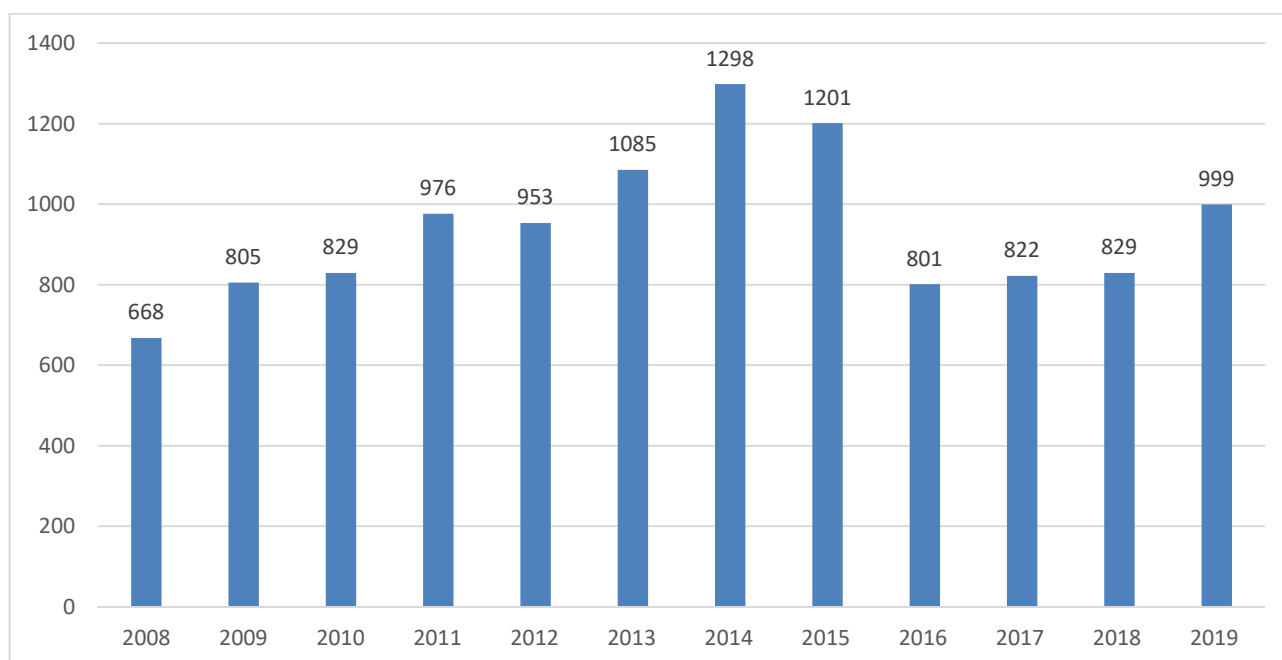
1.1. Inleiding

De Ombudsdienst van het UZ Gent heeft een totaal van 999 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.

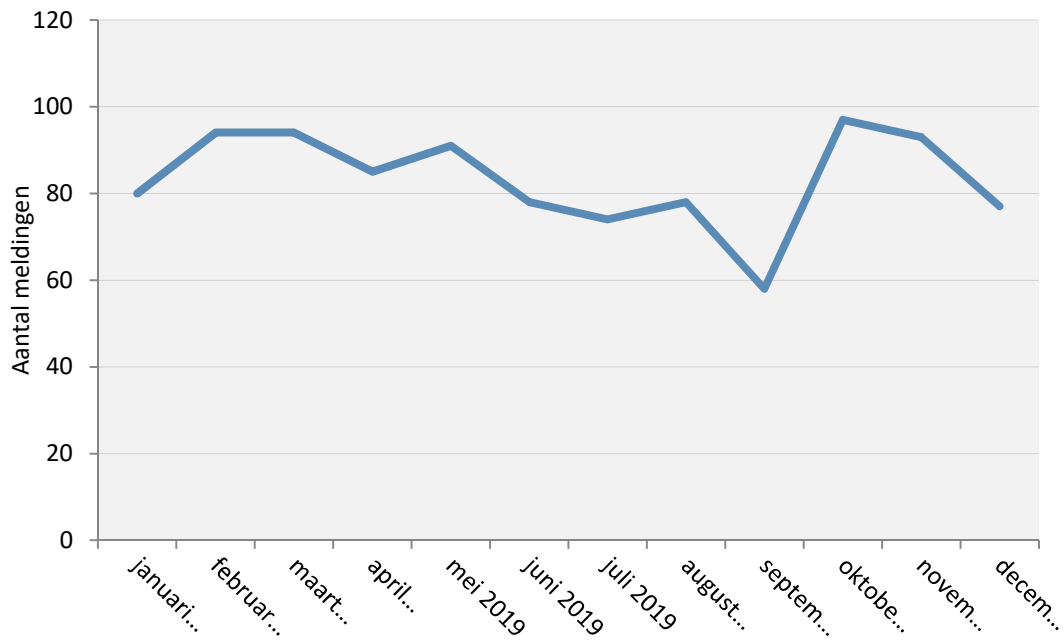
Er wordt een sterke stijging van de aanmeldingen in 2019 (999) vastgesteld in vergelijking met het jaar 2018 (829). Er wordt strikt op toegezien om enkel klachten van patiënten te behandelen en niet van medewerkers. Afschrift dossier gebeurt niet meer door de ombudspersonen maar melders worden rechtstreeks 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 voor inzage en afschrift.

Een overzicht van deze trends wordt weergegeven in Grafiek 1a hieronder.



Grafiek 1a: Overzicht van de evolutie in het aantal aanmeldingen over de periode 2008-2019

Trendlijn aantal aanmeldingen per maand in 2019 in Grafiek 1b hieronder.



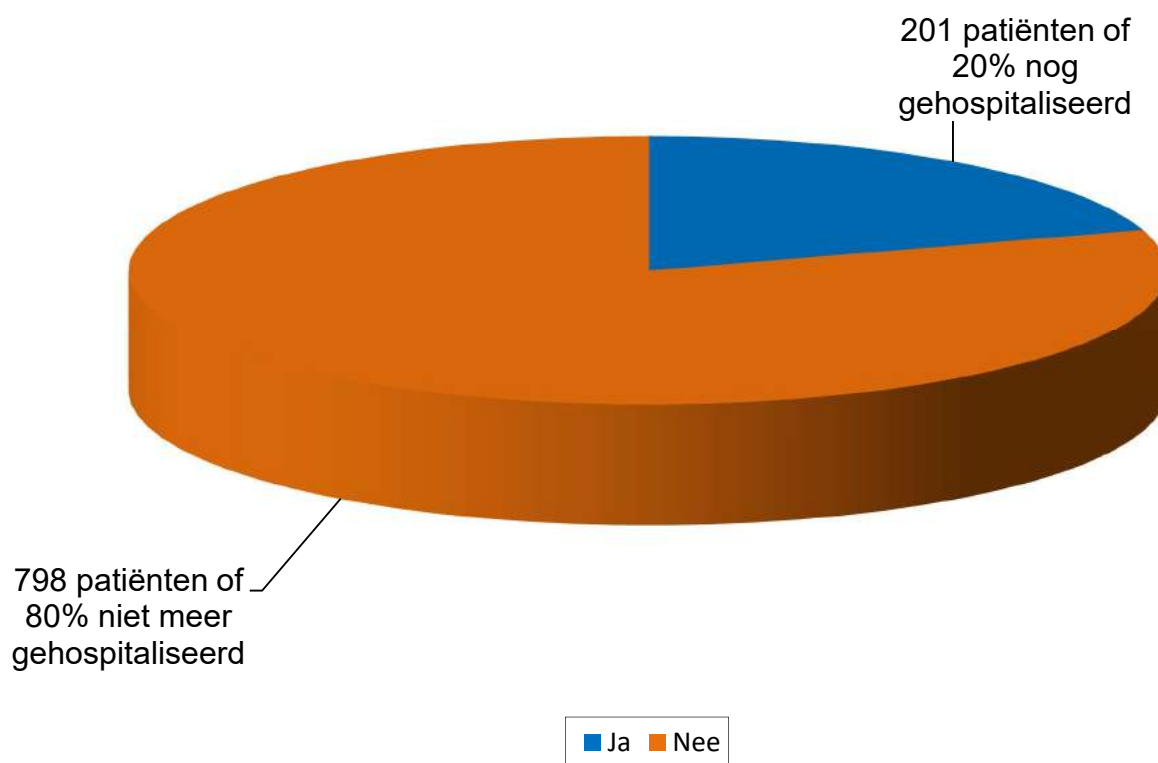
Grafiek 1b: Overzicht van aantal aanmeldingen per maand in 2019

1.2. Analyse van het klachtenbeeld

Hierna volgt een globale analyse van de 999 meldingen.

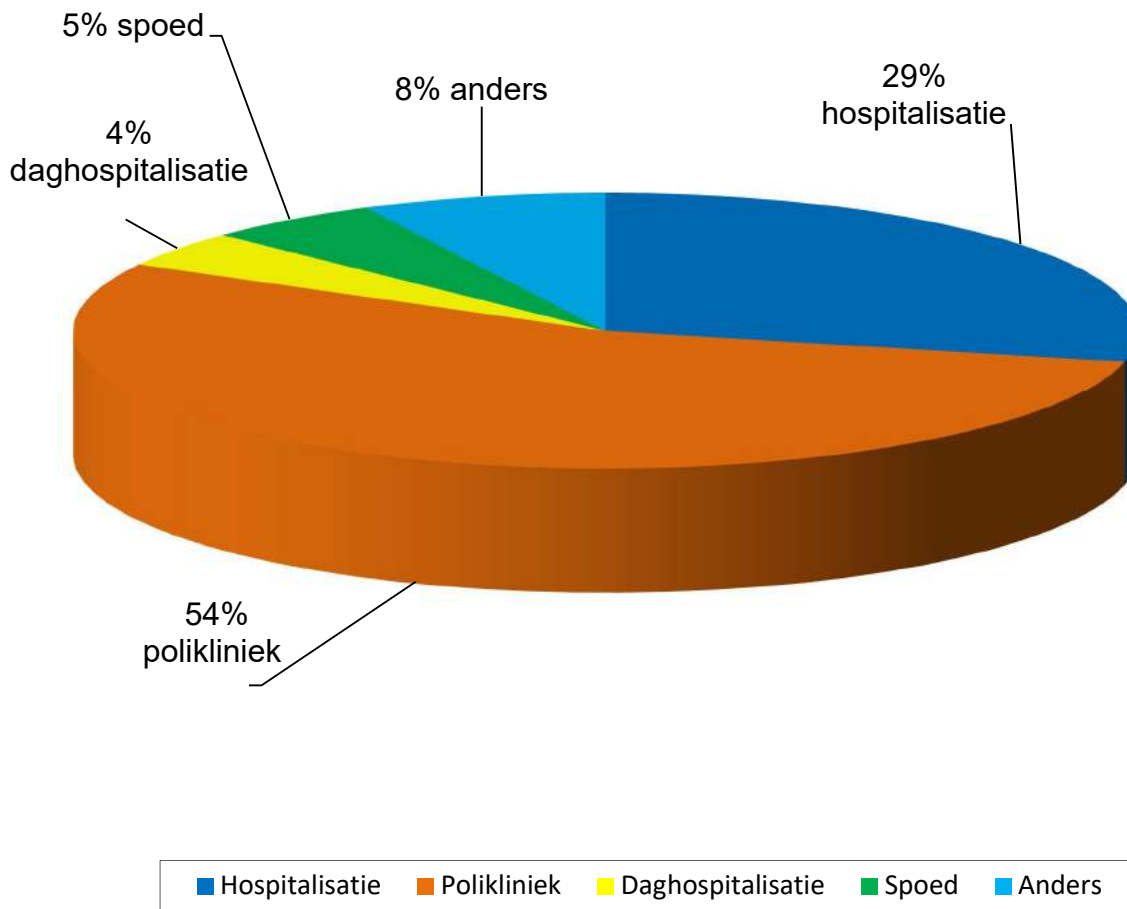
Van de 999 meldingen waren 201 (20%) melders nog gehospitaliseerd in het ziekenhuis op het moment van de klachtmelding. De overige 798 (80%) melders hebben hun klacht ingediend na het verlaten van het ziekenhuis. Een analyse van het klachtenbeeld biedt een verklaring: bepaalde medische gevolgen, administratief-financiële problemen en/of organisatorisch problemen uiteten 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.

Grafiek 2 biedt een overzicht van het aantal aanmeldingen in het jaar 2019 en de plaats waar de patiënt zich bevindt op het moment van klachtenmelding.



Grafiek 2: Gehospitaliseerd of niet op moment van aanmelding?

Grafiek 3 biedt een overzicht van de lokalisatie op het moment van ontstaan van de aanmelding/klacht.



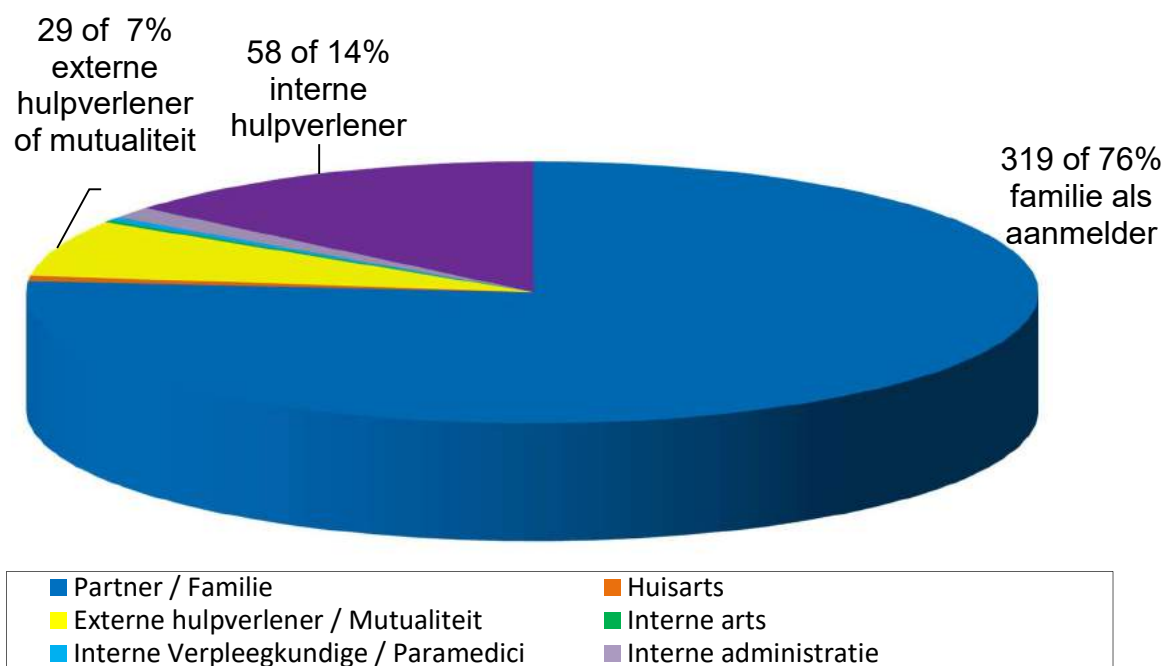
Grafiek 3: Procentuele verdeling van de lokalisatie van de patiënt op moment van ontstaan van de melding

De meeste klachten worden door patiënten gemeld. Wanneer de relatie aanbrengrer van de klacht t.o.v. de patiënt nader wordt beoordeeld, blijkt dat de klacht in 76% 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 (7%).

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 aanbrengrers van meldingen zoals het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO), politie, advocaten, vrijwilligers, mantelzorgers, Best Doctors voor second opinion e.d. (14%)

De onderlinge verhoudingen en de verdeling van de relatie aanbrengrer-patiënt over het totale klachtenbeeld is vervat in Grafiek 4.

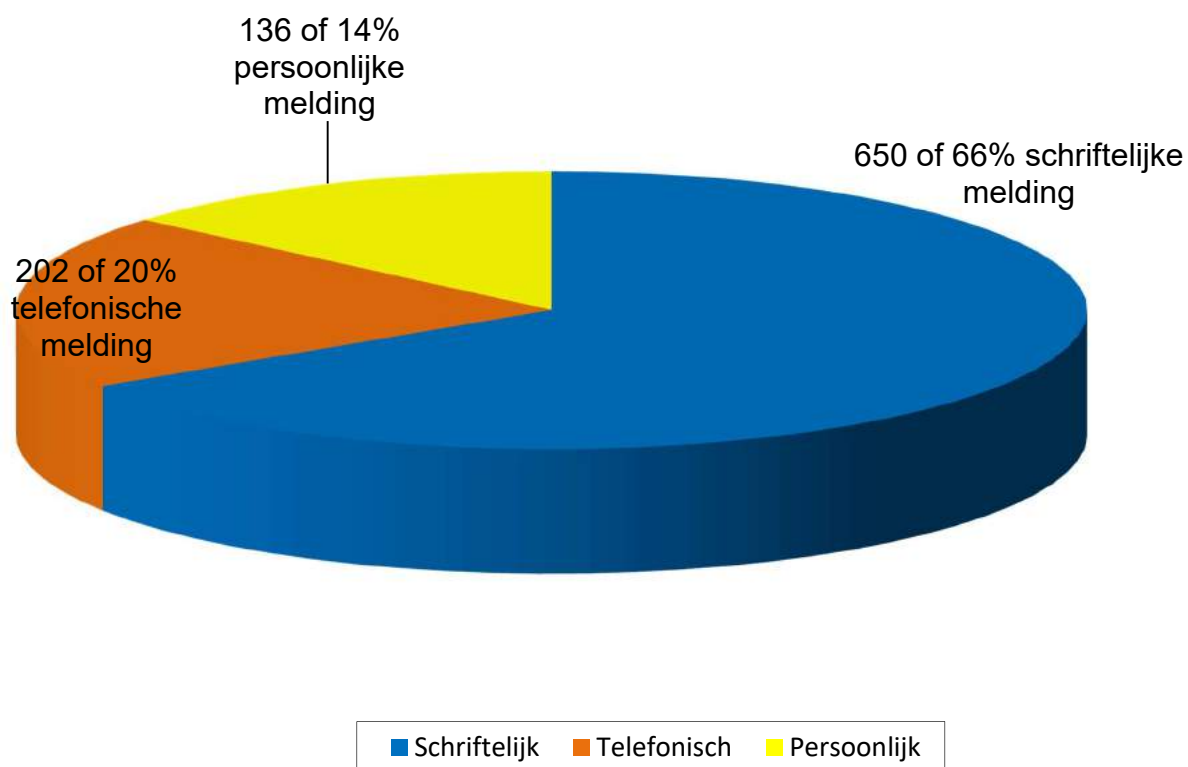


Grafiek 4. Procentuele verdeling van de relatie aanbrengrer-patiënt

Het overgrote deel van de klachten die de Ombudsdienst bereiken, worden via telefonische oproep (20%) en via e-mail of per brief of via het contactformulier Ombudsdienst met link op de website UZ Gent (66%) overgemaakt. In 2019 bedroeg de procentuele verhouding van beide categorieën samen 86%.

In 14% 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

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** (18%) 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** (15%) 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** (7%) 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 2019 bedraagt het aantal **schadeclaims** 75 (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:

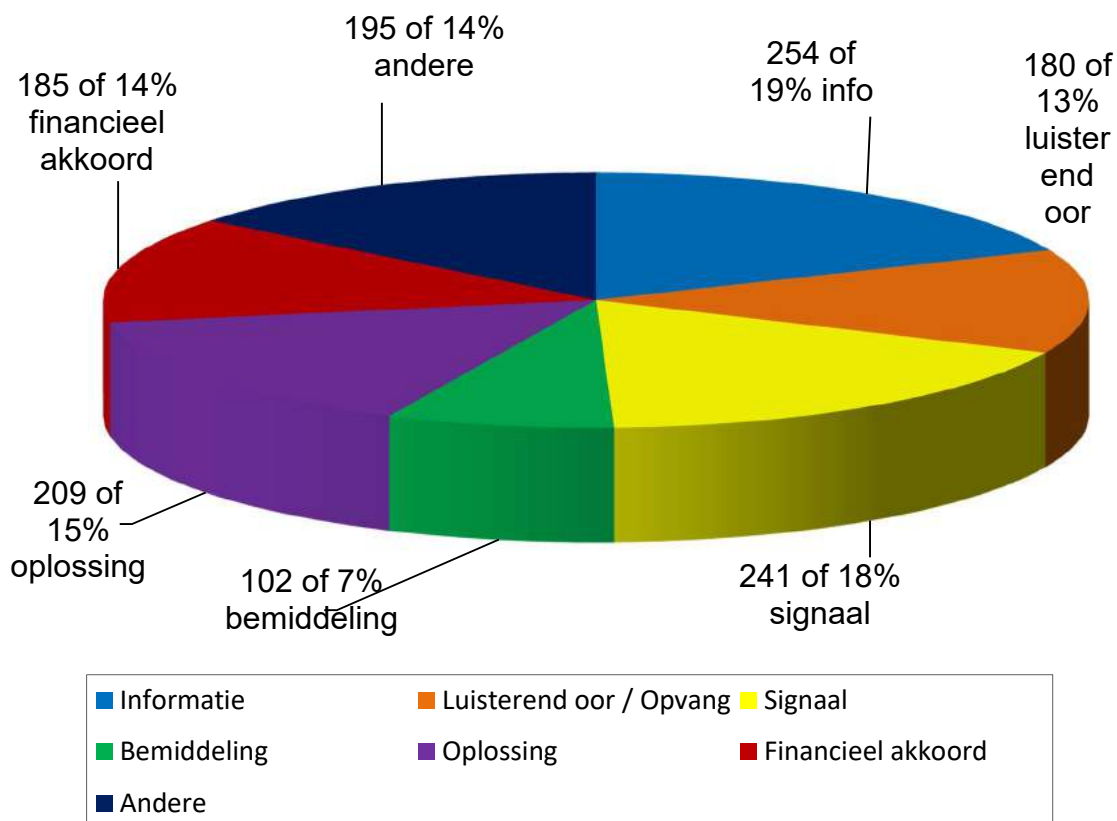
- verloren of gestolen voorwerpen (gebitsprothese, bril, persoonlijke spullen ...)
- opgelopen schade aan persoonlijke kledij en persoonlijke spullen
- het niet doorgaan van vooraf geplande raadplegingen, opnames, onderzoeken en behandelingen
- ingestelde behandeling waarbij complicaties zijn opgetreden
- 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** (19%) 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**” (13%). 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. Er wordt zoveel mogelijk naar COZO verwezen waar ook kan worden nagegaan wie inzage deed in het EPD (log-in data). Voorlopig is dit niet volledig en vragen patiënten vaak log-in data op via Ombudsdienst. Dit opvragen gebeurt via de hoofdarts en deze log-in data kunnen worden ingekeken maar er is geen afschrift om de privacy van medewerkers te respecteren. Bij onterechte inzage vragen patiënten vaak naar bijhorende sancties.
- 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:

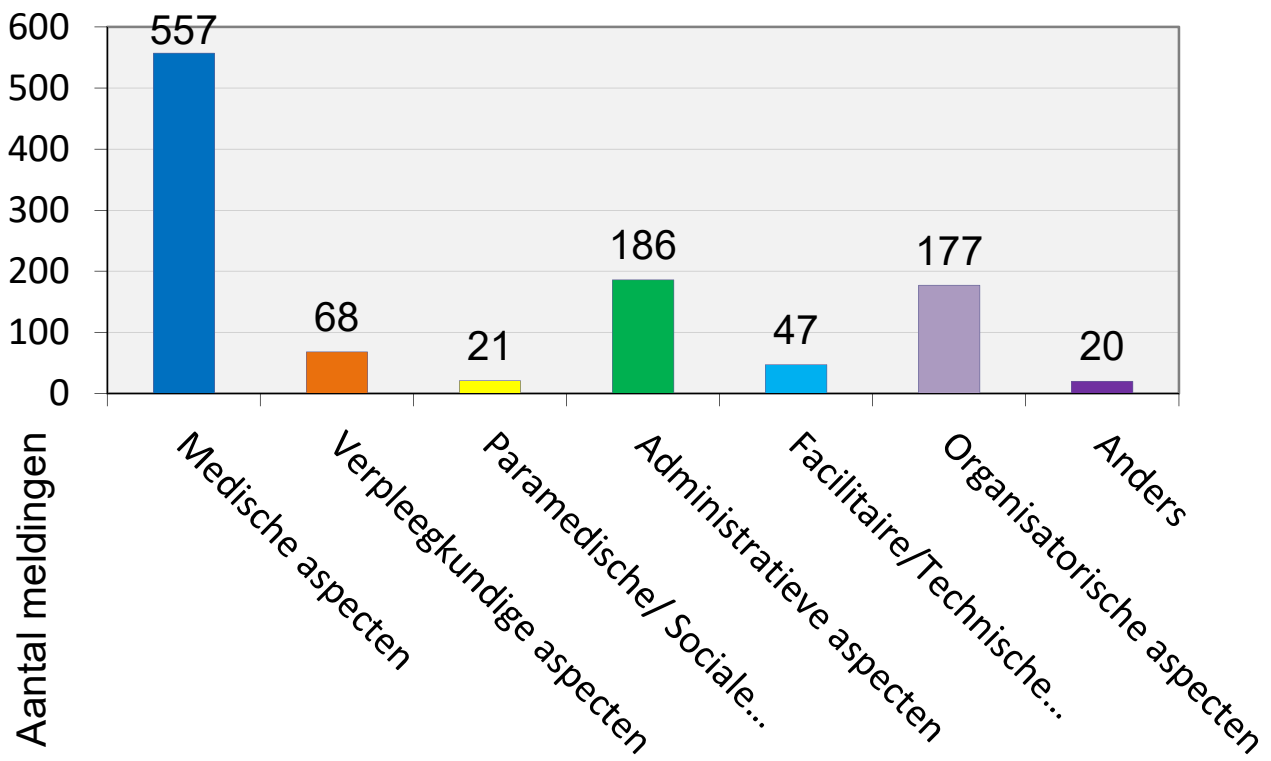
- Medisch
- Verpleegkundig
- Paramedisch en sociaal verpleegkundig
- Administratief/financieel
- Technisch, facilitaire en hoteldiensten
- Organisatorisch
- Andere

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 2019:

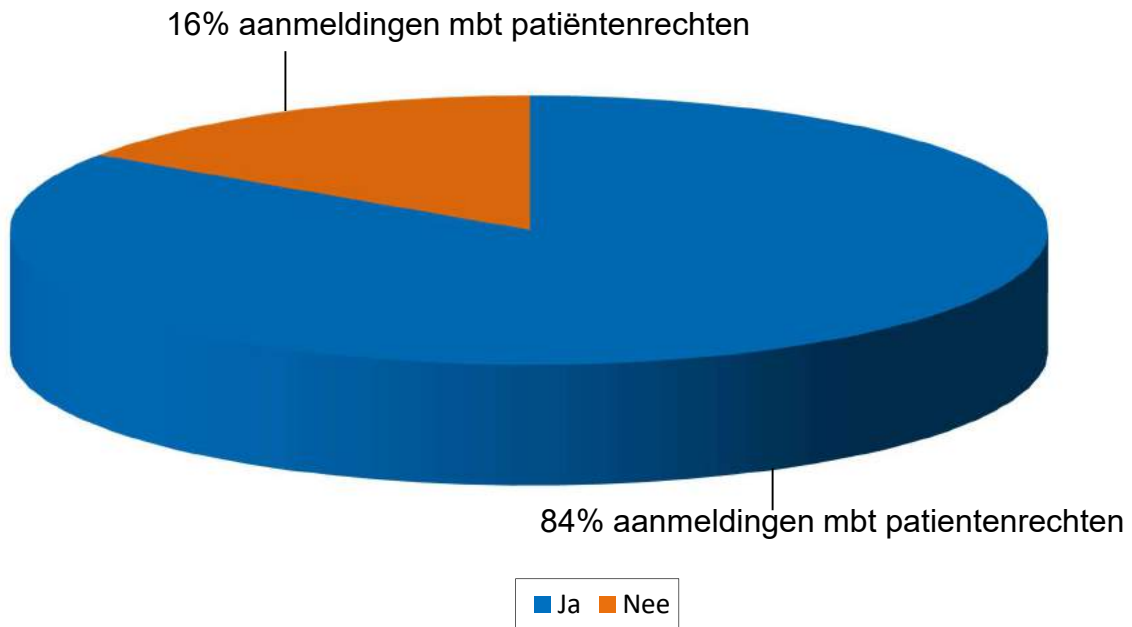
- De belangrijkste categorie van klachten betreft de klachten van medische aard; (557)
- Klachten van organisatorische aard; (177)
- Klachten van administratief-financiële aard; (186)
- Klachten van technische, facilitaire en hoteldiensten; (47)
- Klachten van paramedisch en sociaal verpleegkundige aard; (21)
- Klachten van verpleegkundige aard; (68)
- Andere aspecten; meldingen behandeld m.b.t. incidenten op de campus. (20)

De absolute verdeling van de inhoud van de klacht wordt weergegeven in grafiek 7.a.



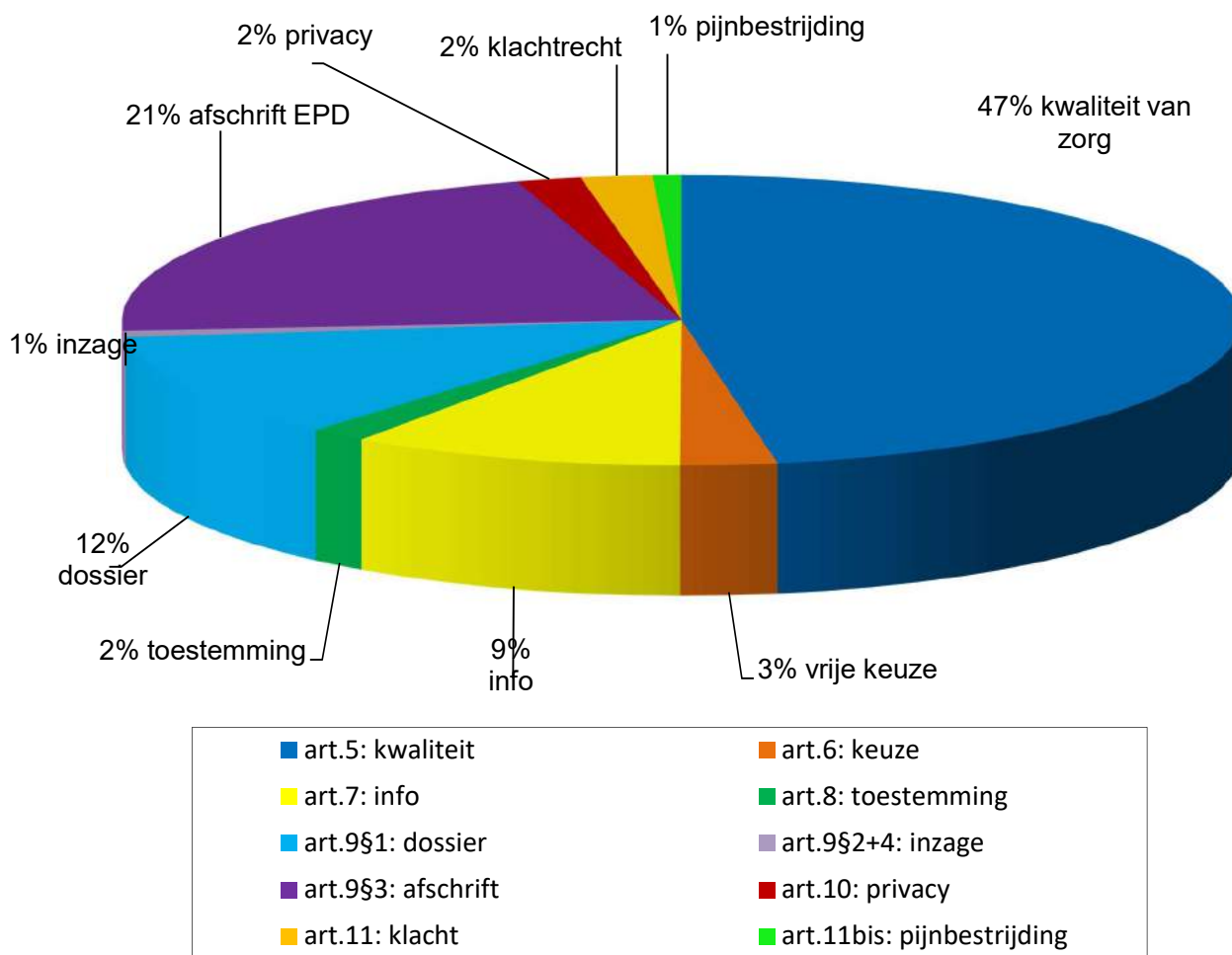
Grafiek 7.a.: Absolute verdeling van de inhoud van de klacht

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?

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 bejegening, aandacht, opvang, privacy en gebrek aan 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, afspraken en kosten (inter)ziekenvervoer (dringend/liggend/zittend en tegemoetkoming mutualiteit). Door netwerking en samenwerking van ziekenhuizen en toename van secundair transport stijgen de aanmeldingen hierover zowel qua kostprijs als transparante info en communicatie.

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 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 diëtkeuken en klachten inzake schoonmaak. De overige klachten, die weliswaar een heel klein aandeel vormen, betreffen de communicatiestijl en andere.

De technische klachten in 2019 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 zorgverstreker of medewerker.

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 (via Cozo kan patiënt zijn eigen dossier inkijken). De patiënt heeft ook recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (o.a. wie heeft inzage in mijn EPD?) 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.

-Belang van duidelijkheid van hoe we omgaan bij schending privacy en doorbreken beroepsgeheim.

-Ook het **ziekenvervoer en in het bijzonder het interhospitaal ziekenvervoer** komt in 2019 opnieuw aan bod. De casuïstiek van hoge facturen voor de patiënt en vaak een erg beperkte en variërende tussenkomst vanuit de verzekeringsinstelling kende nog een groter aandeel in onze werking dit jaar. Via de omzendbrief van Wouter Beke - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 4 december 2019 aan de ziekenhuizen werd alvast aangekondigd dat er in 2020 bijkomende maatregelen komen ten aanzien van ziekenwagendiensten die de transparantie inzake kostprijs meer gaan borgen voor de patiënt. In verband met het ziekenvervoer ervaren we tevens de noodzaak om een aantal kwaliteitsparameters ten aanzien van de ziekenwagendiensten te borgen. Vb. wordt het transport uitgevoerd met een voertuig dat beantwoordt aan de gestelde criteria - beantwoordt de verpleegkundige begeleiding aan de noodzakelijke kwalificaties van deze beroepsbeoefenaar.

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 het dichtstbijzijnde behandelcentrum te brengen en dit is niet steeds de voorkeur 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 waarmee zijn ziekenfonds vaak geen financiële afspraken heeft en waardoor de patiënt een dure rekening ontvangt waar het ziekenfonds en vaak ook de 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.

-Nood aan een informatiecampagne voor de burger/patiënt inzake het elektronisch patiëntendossier (EPD)

De ontwikkeling is voor de patiënt / burger een belangrijke evolutie. Meer en meer worden er vragen gesteld over hoe er wordt omgegaan met deze gegevens o.a. tussen zorgverstrekkers onder elkaar en de zorgvoorzieningen. Omtrent de verschillende platformen (COZO- mynexuz, vitalink, enz...) en de koppeling ervan blijkt er voor de patiënt nog heel wat onduidelijkheid te bestaan. Meer en meer vragen naar inlogdata in het EPD. Wie heeft er in mijn dossier gekeken?

-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 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.

-**Nood aan meer respectvolle omgang met elkaar binnen de gezondheidszorg.** Respecteer elkaar rond het ziekenhuisbed en belang van meer aandacht voor doorgedreven communicatietraining in de (zorg)opleidingen. 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.

-**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.

-Nood aan meer financiële transparantie en optimalisatie van de voorafgaande informatieverstrekking aan patiënten betreffende de diagnose, de behandeling, de nazorg, de eventuele risico's én de kosten.

Er is nood aan een (nog) groter engagement van de zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg. Ook de patiënt heeft de opdracht om zich te informeren. In het kader van een ingreep dient de mogelijkheid te bestaan om voorafgaand alvast een raming van de persoonlijk kosten/bijdrage te vragen – te ontvangen. In een volwaardige zorgverstrekker - patiëntrelatie is het essentieel om door de zorgverstrekker geïnformeerd te worden omtrent belangrijke persoonlijke bijdragen aan de zorgverstrekking vb. de persoonlijk kostprijs van de labo-onderzoeken die niet gedekt worden door een RIZIV-tussenkomst wanneer deze voorgeschreven worden. Naast het aangeven van de conventiestatus is het belangrijk dat de patiënt geïnformeerd wordt over hoeveel de concrete de toeslag inhoudt bij keuze voor een niet-geconventioneerde zorgverstrekker (vb. het bedrag – een percentage van toeslag).

-Patiëntcontact met (hoofd)verpleegkundige faciliteren en optimaliseren kan preventief (communicatie)problemen oplossen. Voldoende informeren van patiënt en familie door (hoofd)verpleegkundigen.

Christophe Demeestere Ombudsman 01/02/2020.

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2019

Koningin Elisabeth Instituut

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

Registratieperiode	01/01/2019 – 31/12/2019
--------------------	-------------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Koningin Elisabeth Instituut
Adres	Dewittelaan 1 8670 Oostduinkerke
Gewest	Vlaamse Gewest
Erkenningsnummer	676
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Categoriaal Ziekenhuis
Aantal bedden	165 bedden
Aantal campussen	1 campus
Naam ombudsperso(o)n(en)	Lieselot Vanbelle Margot De Feu
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/05/2018 17/10/2016
Bestaffing	Tijdens weekdays is steeds een van de twee ombudsvrouwen beschikbaar. Reële tijdsbesteding: 4/38 = 0,11 FTE
Lokalisatie dienst	2 ^e verdieping, lokaal 2K
Registratiesysteem	Digitaal via Infoland
Huishoudelijk reglement (<i>actualisatiedatum; waar te raadplegen</i>)	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	/

<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<p>De ombudsdienst staat open voor alle meldingen en/of vragen naar informatie van patiënten, dus niet louter meldingen m.b.t. de rechten van de patiënt.</p>
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>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 en centraal op elke verpleegafdeling.</p> <p>Nieuwe personeelsleden krijgen bij het onthaal de brochure inzake patiëntenrechten, opgesteld door de federale overheid.</p> <p>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.</p> <p>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 bevestigd.</p> <p>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.</p> <p>Het traject hangt dus heel erg af van de melding en de verwachtingen van de patiënt.</p> <p>De gemiddelde doorlooptijd van de afhandeling van meldingen aan de ombudsdienst ligt tussen 8-16 dagen.</p> <p>Alle meldingen werden intern opgelost. Er was geen doorverwijzing naar externe diensten vereist.</p>

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 activiteitendomein 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 2020 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	21
Aantal infodossiers	/
Aantal pro actieve dossiers	1

Aantal opvragingen patiëntendossier	3
Aantal 'andere'	6 (verzekeringsaangelegenheden)
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
Opmerkingen:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in 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 nog verder aangepast en geüniformeerd moeten worden, hieromtrent zijn reeds stappen gezet aan de hand van aanbevelingen vanuit het overkoepelende orgaan VVOVAZ. De registratie weerspiegelt de impact, ernst of gevolgen van een klacht immers niet. 	

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)	4
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)	3
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

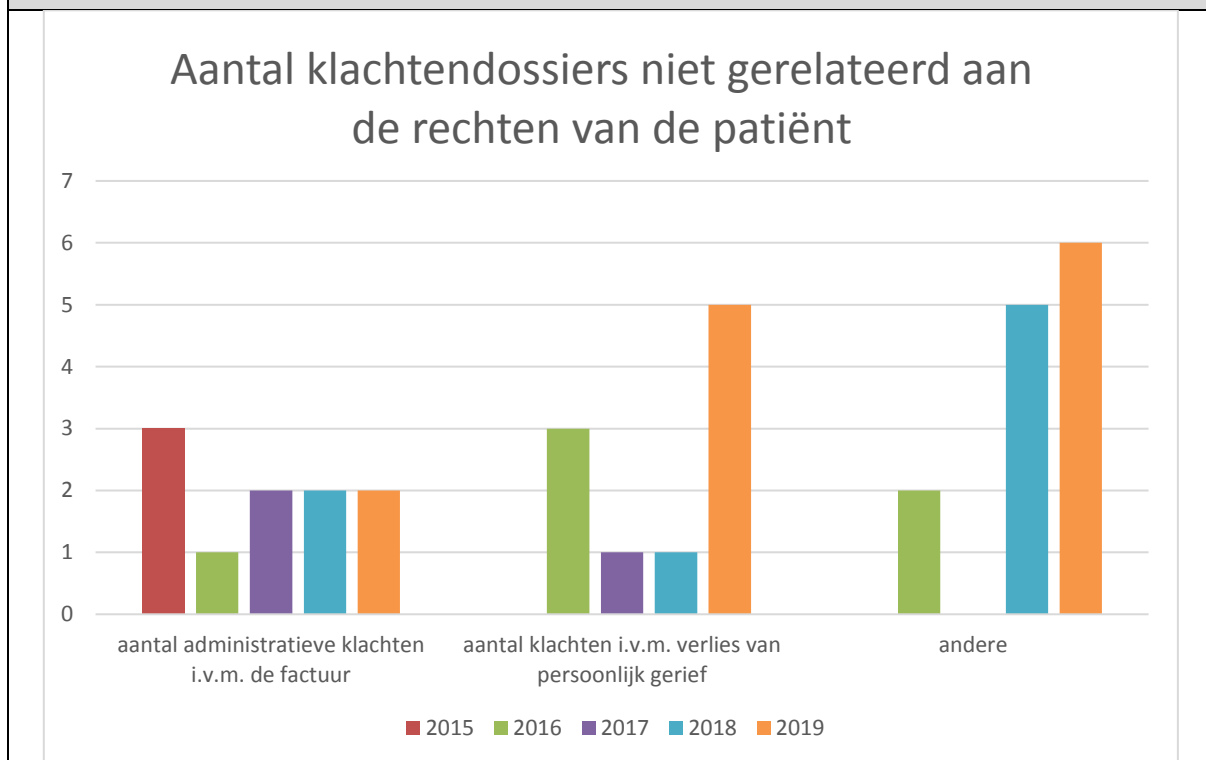
Rechten van de patiënt:

**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)).*

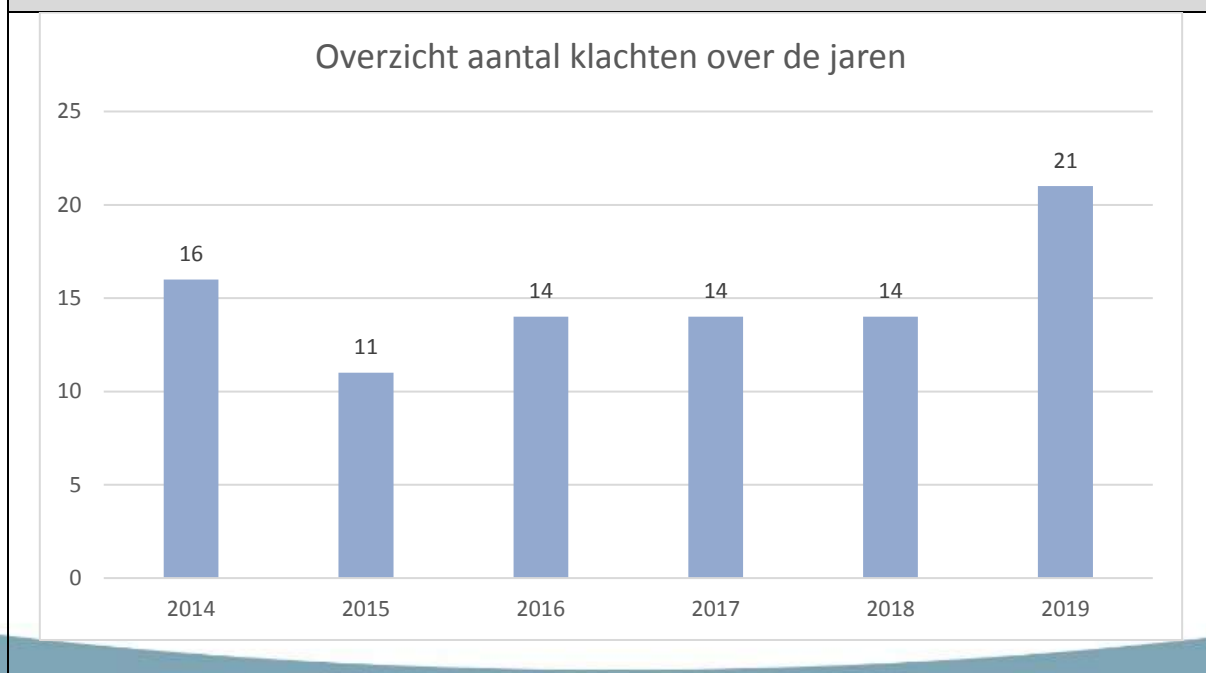
***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- 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.

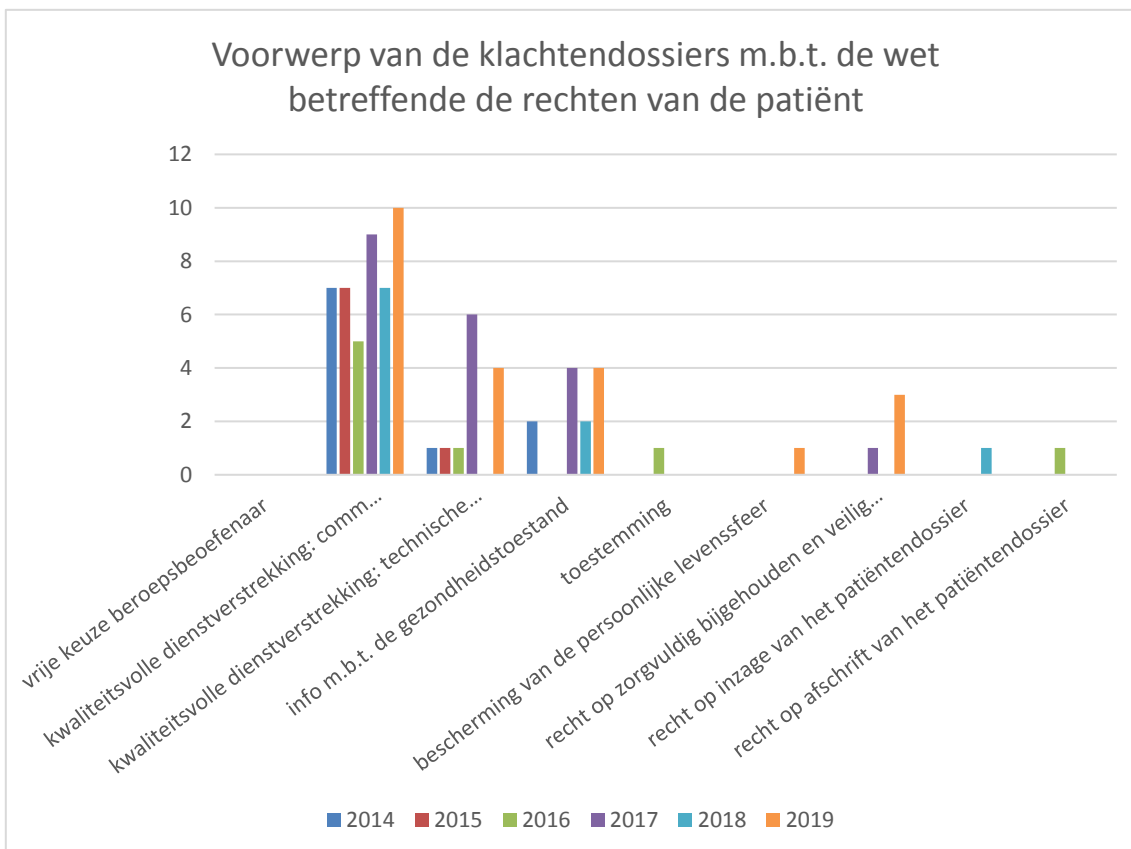
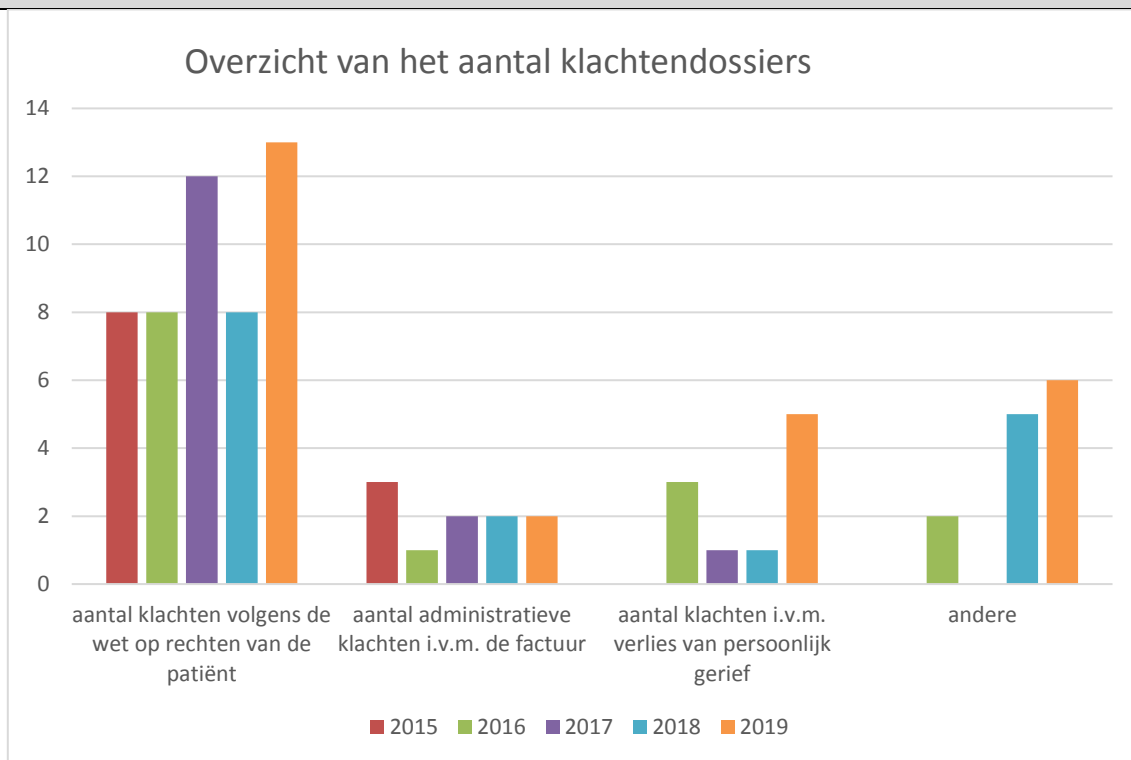
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt



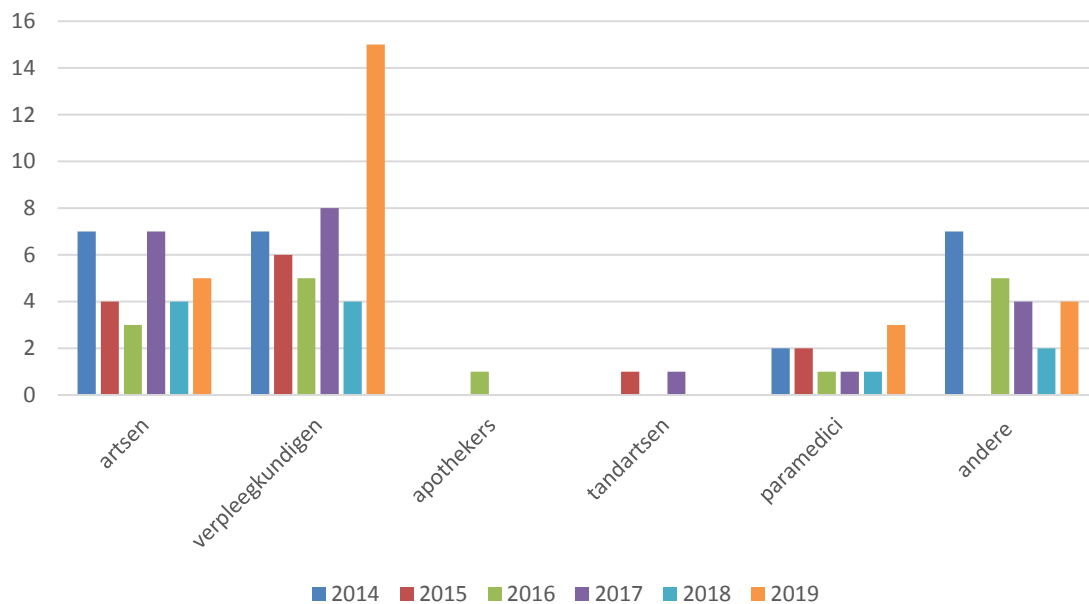
Klachtenratio



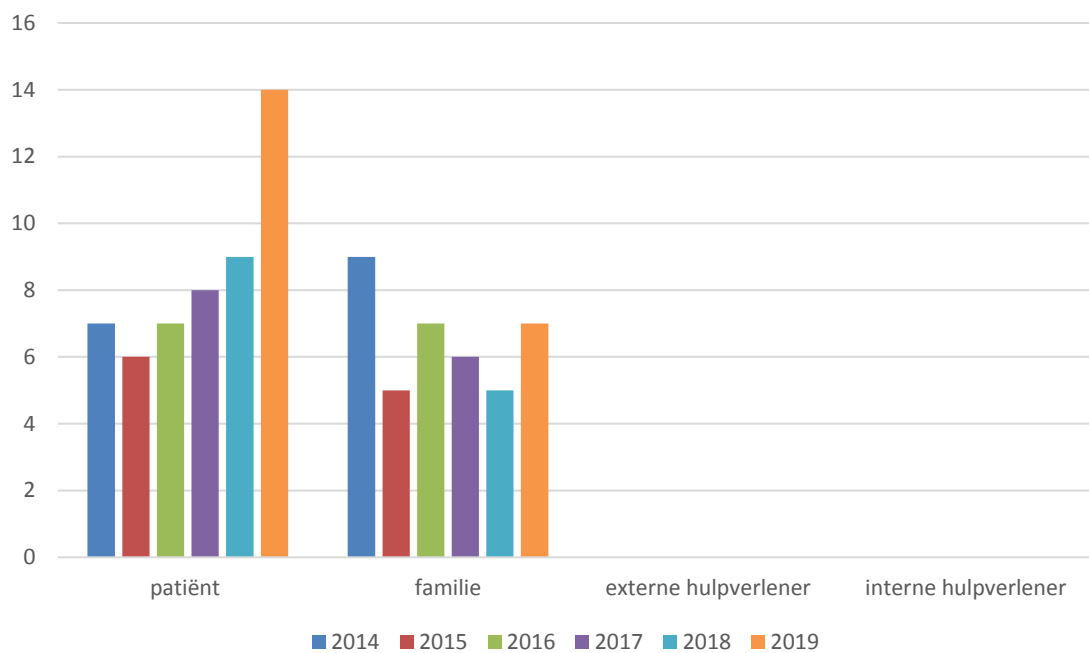
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

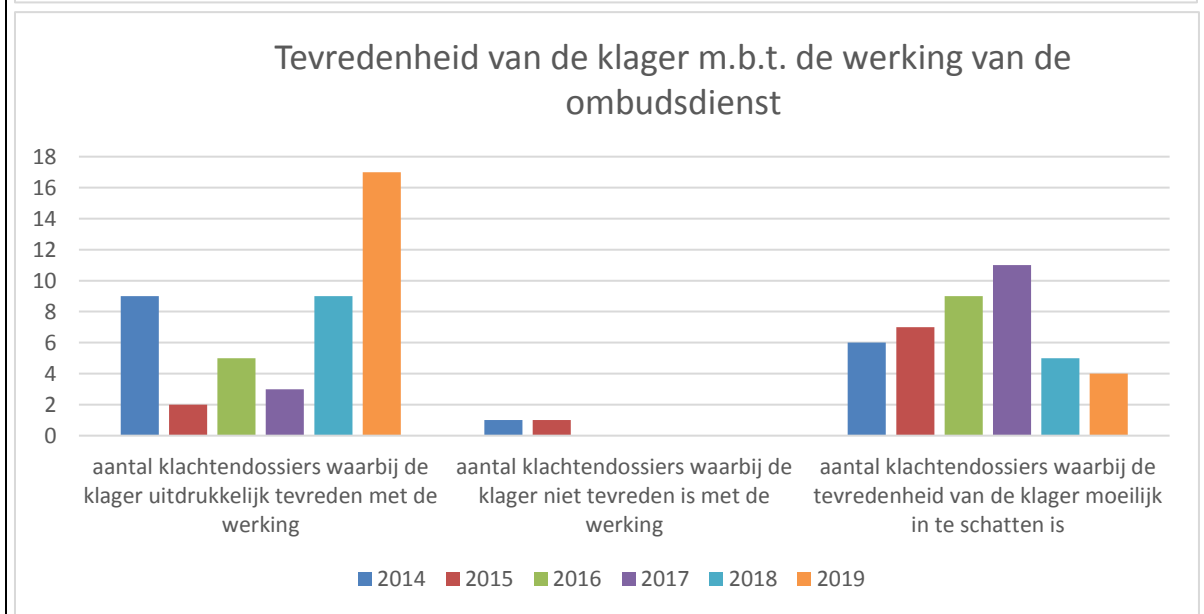
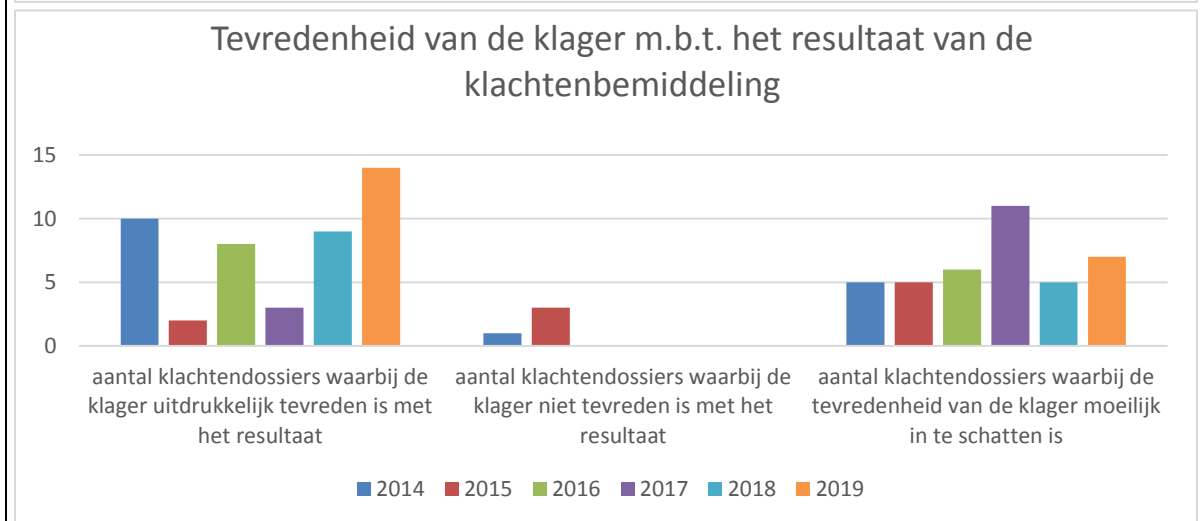
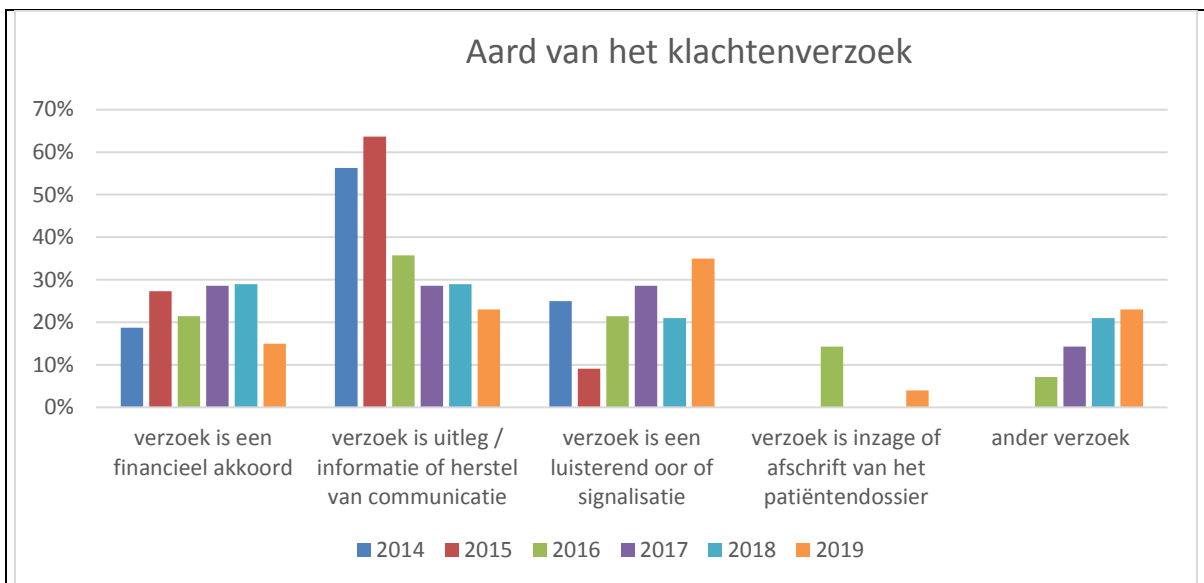


Beroepsbeoefenaar waarop de klachten betrekking hebben



Melder van de klacht





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.
- ✓ 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 of een signaal te geven aan de betrokken personen.
- ✓ Door verder in te zetten op de algemene communicatievaardigheden van de medewerkers willen we blijven streven naar het bewaken van een respectvolle onderlinge omgang.
- ✓ In de komende jaren 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 patiënttevredenheid.
- ✓ Met de ontwikkeling van zorgprofielen wil men de patiënt meer betrekken binnen zijn revalidatieplan en -doelstellingen, wat eveneens geïmplementeerd wordt in het EPD
- ✓ Zorgverleners worden gesensibiliseerd m.b.t. verschillende zaken:
 - o Opleiding rechten van patiënt
 - o Opleiding omtrent implementatie van het EPD voorjaar 2020
 - o Sensibilisering rond het correct gebruik van EMB: medicatie pas afklikken nadat het werd toegediend
 - o Dossiercontrole samengaan met de implementatie van het EPD (logging dossiergegevens opvolgen)

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 experts 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 experts 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 experts, in overleg met de ombudsdienst.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020) op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019- 31.12.2019
--------------------	----------------------

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" 20 kamers " Koninklijke Villa "
Aantal campussen	2
Naam ombudsperso(o)n(en)	Patrick Claes Lysianne Sabbe (vervangend)
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/03/2015
Bestaffing	20 % als ombudsdienst

Lokalisatie dienst	Geen vaste bureau, op woensdag namiddag wordt het lokaal " externe dokters voorbehouden voor de ombudsdienst
Registratiesysteem	VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement is te bekomen via de Patiënteninformatiedienst + intranet
Vormingen i.k.v. bemiddeling	
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	3 x West-Vlaams overleg VVOVAZ 1 x Vlaams overleg VVOVAZ
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Klachtenbemiddeling al dan niet vallend onder de patiëntenrechten
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	De meeste klachten komen toe via mail, post, telefonisch of persoonlijk contact. Het gebeurt ook dat directie of artsen de klachten reeds ontvangen en ze mij bezorgen voor de behandeling van de klacht

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
De klacht wordt gezien als een kans om verbeteringen aan te brengen voor zowel patiënt , zorgverlener als organisatie	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
In eerste instantie beide partijen individueel bevragen . Dit gebeurt meestal via pendeldiplomatie. Na deze gesprekken wordt er nagegaan welke de verwachtingen zijn van de klager om daar de gepaste acties op te starten	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
3-maandelijks worden de klachten anoniem besproken met de hoofdgeneesheer en directeur-patiëntenzorg. Hier kunnen verbeter acties uit voort vloeien.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	52
Aantal infodossiers	0
Aantal pro actieve dossiers	0
Aantal opvragingen patiëntendossier	17
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.

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)	0
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	1
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	1
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	26
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	5

Rechten van de patiënt:

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

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

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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	7
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
Meer klachten rond betwisting van facturen, gebreken van het gebouw, oprissing van de kamers Veel klachten gaan over “ er wordt niet naar mij geluisterd “ , geen goede opvolging van de klachten . Gebrek aan begrip & empathie Communicatie problemen bij vervanging therapeuten, zaterdag therapie Klachten over “ onvriendelijkheid “ nemen toe Klachten over medepatiënten in een 2 pk nemen toe	

Aanbevelingen

- ✓ Toezien op het afgeven van de juiste ontslagdocumenten aan de juiste patiënt
- ✓ Luisteren naar de patiënt
- ✓ Correcte info rond "Hospitalisatieverzekering" bij patiënten die in de Koninklijke

Villa wensen te verblijven

- ✓ Bij delicate situaties bij patiënt → artsen vlugger initiatief nemen om de familie op de hoogte te brengen

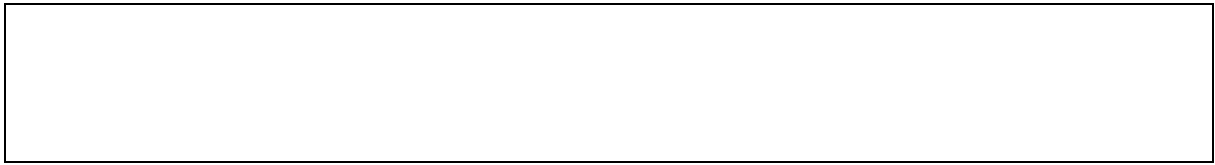
- ✓ Twee televisie toestellen in een 2 pk

- ✓ Manier van communiceren móét anders. Pt moet gehoord worden, pat moet mogelijkheid krijgen tot afspraak met arts, motiveren van ontslag en pat tijdig verwittigen bij ontslag.

✓

✓

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 2019

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

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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	Vlakkbij de inkomhal
Registratiesysteem	Infoland
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Laatste update 18/10/2016 Intranet
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basis –en vervolgoopleidingen bemiddeling georganiseerd door VVOVAZ
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Cfr. mandaat KB 08/07/2003
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Schriftelijk: brief/ email Persoonlijk bezoek Telefonisch -registratie van de klacht -ontvangstmelding wordt aan ontvanger gestuurd -peilen naar verwachtingen -bemiddeling indien nodig -doorverwijzing indien nodig

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
In heel de organisatie wordt iedereen verwacht constructief met klachten te kunnen omgaan. Ombudsdienst wordt gezien als tweedelijns hulp.
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	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	235
Aantal infodossiers	162
Aantal pro actieve dossiers	21
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)*	100
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)**	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)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	4
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

Rechten van de patiënt:

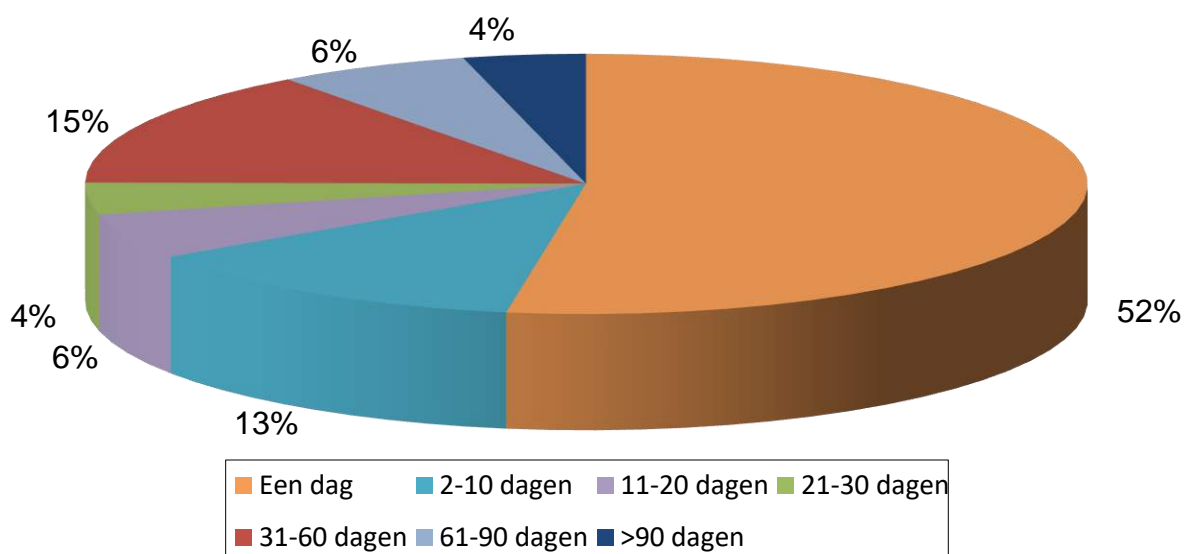
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling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

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

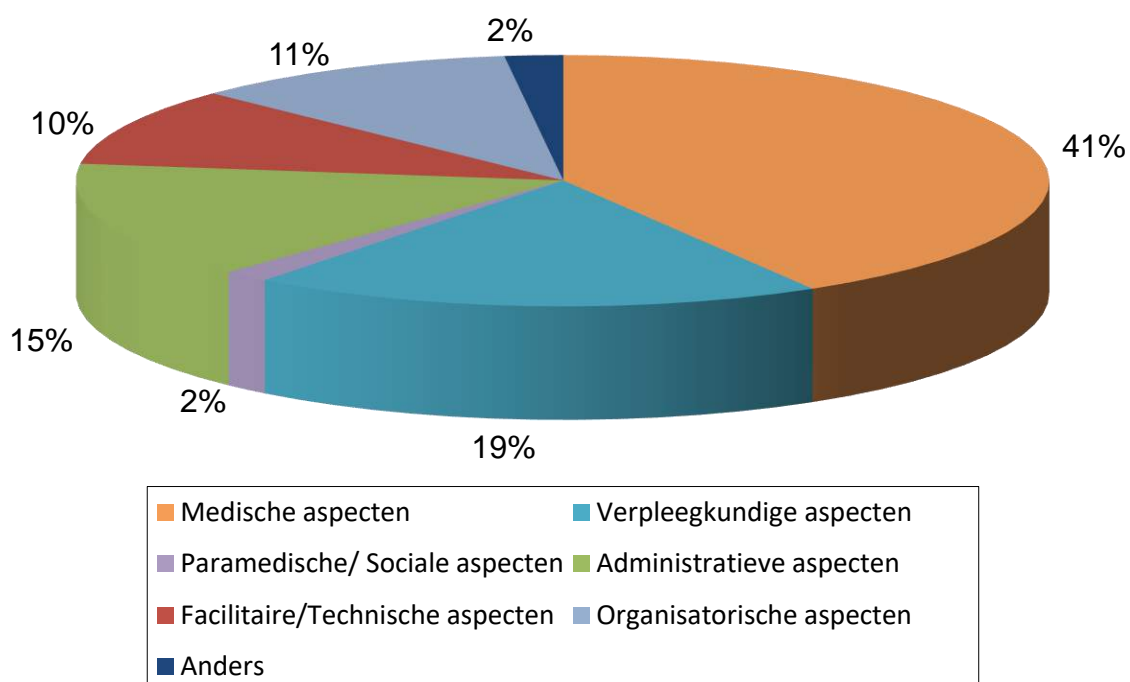
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	108																																								
Tabellen/grafieken; klachtenratio:																																									
<p style="text-align: center;">Aantal dossiers</p> <table border="1"><thead><tr><th>Jaar</th><th>klachten</th><th>infodossiers</th><th>totaal</th></tr></thead><tbody><tr><td>2011</td><td>470</td><td>230</td><td>700</td></tr><tr><td>2012</td><td>380</td><td>330</td><td>710</td></tr><tr><td>2013</td><td>280</td><td>270</td><td>550</td></tr><tr><td>2014</td><td>270</td><td>280</td><td>550</td></tr><tr><td>2015</td><td>250</td><td>250</td><td>500</td></tr><tr><td>2016</td><td>280</td><td>220</td><td>500</td></tr><tr><td>2017</td><td>260</td><td>210</td><td>470</td></tr><tr><td>2018</td><td>250</td><td>140</td><td>390</td></tr><tr><td>2019</td><td>230</td><td>160</td><td>400</td></tr></tbody></table>		Jaar	klachten	infodossiers	totaal	2011	470	230	700	2012	380	330	710	2013	280	270	550	2014	270	280	550	2015	250	250	500	2016	280	220	500	2017	260	210	470	2018	250	140	390	2019	230	160	400
Jaar	klachten	infodossiers	totaal																																						
2011	470	230	700																																						
2012	380	330	710																																						
2013	280	270	550																																						
2014	270	280	550																																						
2015	250	250	500																																						
2016	280	220	500																																						
2017	260	210	470																																						
2018	250	140	390																																						
2019	230	160	400																																						
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)																																									

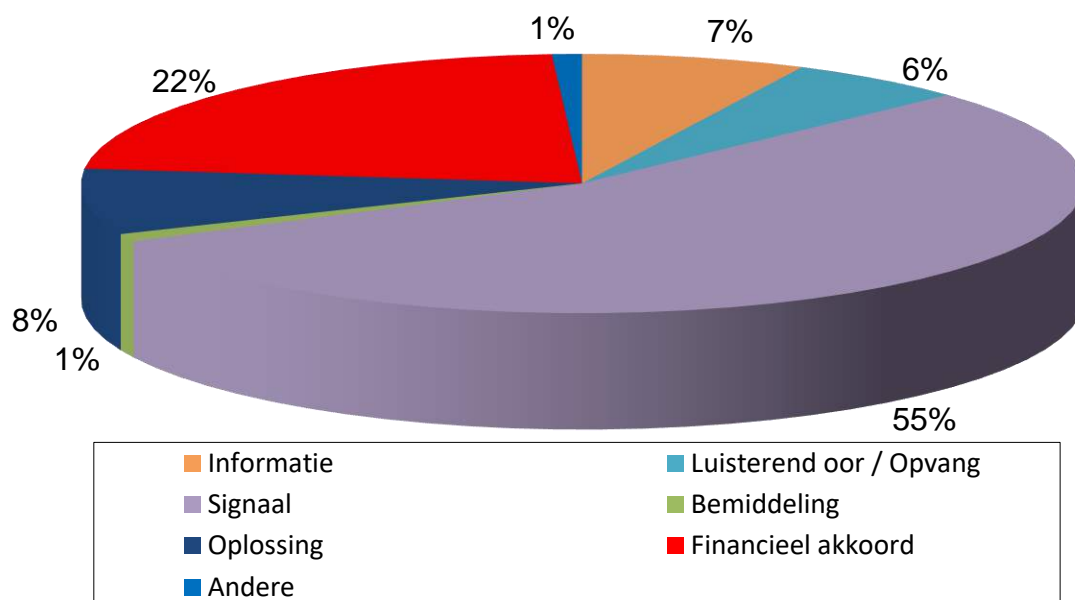
Doorlooptijd



Inhoud klachten



Wat was de verwachting van de klager?



Aanbevelingen

- ✓ Respectvolle omgang met elkaar
- ✓ Verduidelijking van de rol van de spoeddienst
- ✓ Interhospitaal vervoer : meer transparantie ivm kostprijs
- ✓ Financiële transparantie voor ingrepen

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 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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, opvolging en datum van afhandeling, al dan niet tevreden met opvolging.
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Laatste update vh huishoudelijk reglement op 07/01/2020 Het huishoudelijk reglement is ziekenhuisbreed digitaal te consulteren via het documentenbeheerssysteem van het NMSC en via de website.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Opleiding Bemiddelaar gevolgd in 2010 bij Mediv (Mediation Instituut Vlaanderen).
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> - Algemene vergadering VVOVAZ met o.a. juridische topics vanuit 'de patiënt als consument' en de gevolgen hiervan binnen de ziekenhuis- en zorgwereld. Deelname aan dergelijke vorming is ook belangrijk om een netwerk te onderhouden, zodat bij complexe dossiers advies kan gevraagd worden aan collega-ombudsfunctionarissen van andere voorzieningen. - Interne opleiding 'omgaan met agressie'. Deze opleiding werd in het NMSC ziekenhuisbreed aangeboden.
Werkingssterrein van de ombudsdienst	<ul style="list-style-type: none"> - voorkomen van ontevredenheid door bevorderen van communicatie tussen zorgverleners - optreden als bemiddelaar - inlichten over mogelijkheden voor verdere afhandeling van klachten - info over ombudsfunctie - formuleren van aanbevelingen <p>De ombudsdienst staat open voor alle klachten van patiënten, dus niet louter voor klachten mbt rechten vd patiënt.</p>

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - vooraleer een klacht wordt ingediend wordt pt aangespoord om probleem met zorgverlener te bespreken - ontvangstbevestiging - opening dossier en registratie - bemiddeling/ pendeldiplomatie/ bespreken met verantwoordelijke... 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 - de ombudsdienst ondervond in 2019 geen noemenswaardige problemen m.b.t. onafhankelijkheid, neutraliteit en beroepsgeheim.
---	---

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<p>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.</p> <p>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.</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>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.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
<p>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.</p>	

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

Opmerkingen:

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

Aantal klachtendossiers	75
Aantal infodossiers	16
Aantal pro actieve dossiers	6
Aantal opvragingen patiëntendossier	Enkel de ' klachten ' mbt dit pt.recht worden opgevolgd door de ombudsdienst. Aantal klachten hierover in 2019: 1
Aantal 'andere'	5 expliciete uitingen in 2019 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)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	1

Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	0
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	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:

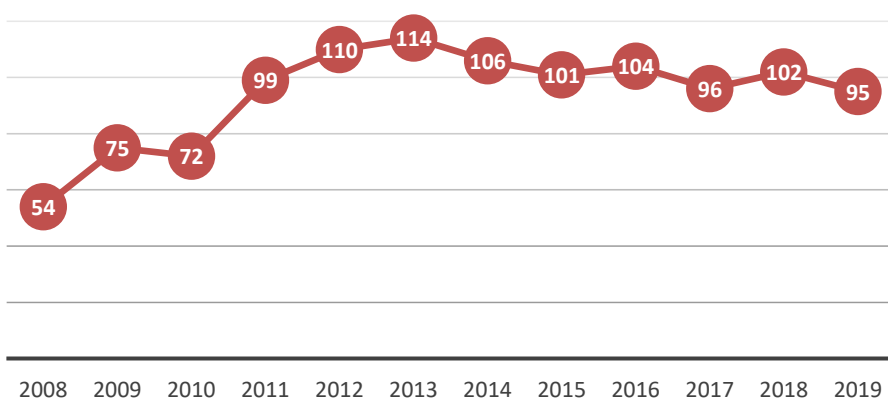
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling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

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

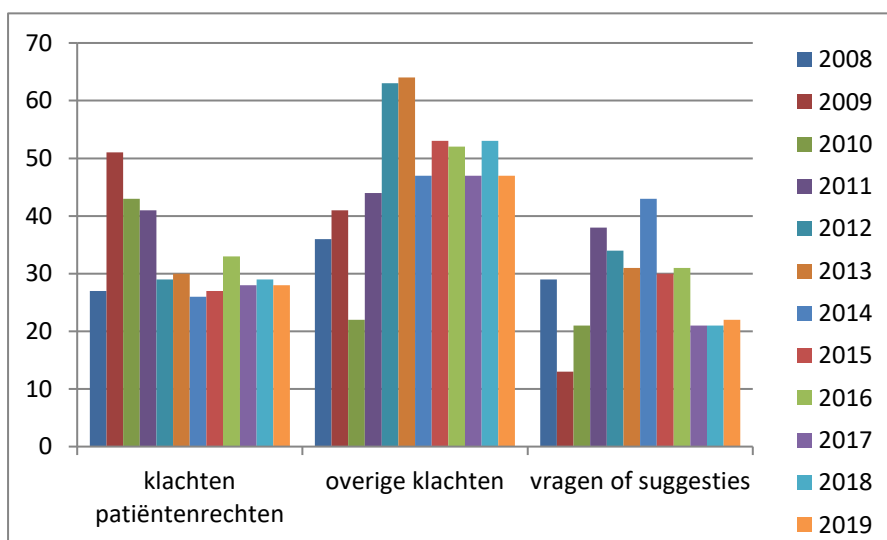
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	47
Tabellen/grafieken	

Evolutie totaal aantal dossiers ombudsdienst 2008-2019



Spreiding volgens type melding



Herkomst klachtmeldingen 2019	Absolute aantallen	Percentage
Hospitalisatie	57	76%
Ambulante revalidatie	11	15%
Consultatie	7	9%

Bijkomende informatie/opmerkingen

Doorlooptijd klachtenbehandeling	Absolute aantallen	Cumulatief percentage
1 dag	50	67% opgelost op dag 1
2 à 10 (kalender)dagen	16	88% opgelost binnen 10 dagen
11 à 30 (kalender)dagen	7	97% opgelost binnen 30 dagen
> 30 (kalender)dagen	2	100% afgesloten dossiers in 2019
(nog) niet opgelost	0	0%

Overzicht klachten ngl. geboden oplossing	Absolute aantallen	Percentage
Pt. tevreden over oplossing	61	81%
Pt. niet tevreden over oplossing	14	19%
(nog) geen oplossing	0	0%

- ✓ Naast het aantal klachten zijn vooral het aantal '**verzoeningsresultaten**' belangrijk. Uit de jaargegevens van 2019 blijkt dat bij 81% 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.
- ✓ 90 % van de klachten werd **persoonlijk** gemeld door de betrokken **patiënt** bij de **ombudsdienst**. Dit in tegenstelling tot meldingen bij ombudsdiensten in andere ziekenhuizen, waar ongeveer 80% van de meldingen schriftelijk/ elektronisch gebeuren. In het NMSC hebben we te maken met een terugkerend publiek. Patiënten kennen de ombudsdienst. Deze is ook gemakkelijk bereikbaar (gelijkvloers, op een plaats waar veel patiënten langs komen), goed zichtbaar en laagdrempelig. De relatief hoge klachtenratio heeft bijgevolg veel met deze twee factoren te maken.
- ✓ 45% van de patiënten diende een klacht in om iets te **signaleren**, zodat gelijkaardige situaties in de toekomst vermeden zouden kunnen worden. Patiënten willen dus vooral dat er iets gebeurt met hun klacht, dat er actie ondernomen wordt, die leidt tot betere zorgverlening. Het is hen m.a.w. niet enkel te doen om hun 'gelijk' te krijgen of om een compensatie uit de brand te slepen.

Aanbevelingen

- ✓ De gemelde problemen mbt kwaliteitsvolle dienstverlening waren in 2019 divers en hadden vaak rechtstreeks of onrechtstreeks te maken met informatie en communicatie → daarom zetten we verder in op correcte omgang met patiënten en op informatie en educatie van patiënten.
- ✓ 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. Daarom is eind 2019 overgeschakeld naar een andere cateraar.
- ✓ Patiënten vinden ook de weg naar de ombudsdienst om suggesties en pro-actieve meldingen te doen. Deze evolutie kunnen we alleen maar toejuichen.

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

In het Nationaal MS Centrum worden klachten meestal heel vlot opgevolgd: 67% van de klachten worden nog op dezelfde dag opgelost, hetgeen zich ook weerspiegelt in het hoge tevredenheidspercentage met de opvolging.

De ombudsvrouw ervaart bij de medewerkers doorgaans een grote bereidheid tot constructieve samenwerking en engagement om professioneel met een klacht om te gaan.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Ziekenhuis Geel
Adres	J.B. Stessensstraat 2 2440 Geel
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	71070910
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	294
Aantal campussen	1 campus
Naam ombudsperso(o)n(en)	Ann Verfaillie: 30% Carolien Johnston: 20%
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Ann Verfaillie: 01-01-2009 Carolien Johnston: 25-03-2019
Bestaffing	0.5 FTE

Lokalisatie dienst	De ombudsdienst lokaliseert zich in een consultatiegang van het ziekenhuis.
Registratiesysteem	Er wordt gebruik gemaakt van een elektronisch registratiesysteem van Infoland, dat werd ontwikkeld in samenspraak met VVOVAZ.
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement werd geactualiseerd in 2017. Het is terug te vinden op de website van het ziekenhuis. De personeelsleden kunnen het ook raadplegen via het procedureboek. Het huishoudelijk reglement wordt opnieuw geactualiseerd in 2020.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Ann Verfaillie: Basiscursus bemiddeling MEDIV/VVOVAZ 2010
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Ann Verfaillie : Terugkomdag verdiepingstraining voor bemiddelaars VVOVAZ/MEDIV: 22-10-2019
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<p>De ombudsdienst behandelt alle klachten die geuit worden in het ziekenhuis. Naast de klachten gerelateerd aan de wet van de patiëntenrechten, worden ook de organisatorische klachten, de administratieve klachten en de klachten mbt de technische en facilitaire diensten behandeld. De ombudsdienst wordt soms gecontacteerd voor het begeleiden en het afhandelen van het bekomen van een afschrift van een patiëntendossier.</p> <p>De ombudspersoon probeert klachten te voorkomen door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen.</p> <p>De ombudsdienst formuleert aanbevelingen aan de directie van het ziekenhuis. Die aanbevelingen geven informatie die aangewend kan worden om het kwaliteitssysteem en kwaliteitsbeleid mee te optimaliseren.</p>

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

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

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

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

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

De klacht komt bij de ombudsdienst (rechtstreeks of onrechtstreeks).

Er gebeurt een ontvangstmelding.

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

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

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

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

De ombudspersoon respecteert het beroepsgeheim en neemt een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht.

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	224
Aantal infodossiers	20
Aantal pro actieve dossiers	18
Aantal opvragingen patiëntendossier	14
Aantal 'andere'	3

Aantal verzoeningsresultaten in de klachtendossiers	97 Om dit cijfer te interpreteren is het belangrijk te weten dat alle acties van de ombudsdienst gericht zijn op verzoening maar dat er enkel een registratie van het verzoeningsresultaat gebeurt als een ziekenhuismedewerker een betekenisvolle handeling doet door de tussenkomst van de ombudsdienst.
---	---

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAON DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	109
<p><u>Opmerkingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...) ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn. 	

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	96
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)**	3
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)	3
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)	3

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt

115

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

Onderstaande cijfers hebben betrekking op alle klachtendossiers van het jaar 2019.

Inhoud van de klachten behandeld door de ombudsdienst:

K - Type klacht	Campus Geel	Totaal
Medische aspecten	91	91
Verpleegkundige aspecten	56	56
Paramedische/ Sociale aspecten	3	3
Administratieve aspecten	31	31
Facilitaire/Technische aspecten	24	24
Organisatorische aspecten	56	56
Anders	7	7
Totaal	268	268

Verwachtingen geuit door de klachtmelders:

K - Verwachting	Campus Geel	Totaal
Informatie	32	32
Luisterend oor / Opvang	2	2
Signaal	90	90
Pendeldiplomatie	33	33
Samenbrengen van partijen	7	7
Oplossing	50	50
Correctie factuur	45	45
Schadeclaim	27	27
Andere	2	2
Totaal	288	288

Resultaten van de klachtenbehandeling door de ombudsdienst:

K - eindresultaat klachtenbehandeling	Campus Geel	Totaal
Informatie	49	49
Luisterend oor / opvang	8	8
Signaal	42	42
Praktische oplossing	20	20
Pendeldiplomatie	86	86
Samenbrengen van partijen	18	18
Factuurcorrectie	34	34
Schadeclaim	8	8
Totaal	265	265

Aanbevelingen

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

- ✓ Duidelijke communicatie over alle deelaspecten van de verzorging/behandeling naar de patiënten/familie. "Zeg wat je doet" ook over de zorgaspecten die niet in het zicht van de patiënt gebeuren.
- ✓ Wederzijdse respectvolle communicatie tussen zorgverstrekkers onderling is belangrijk in het overbrengen van informatie naar de patiënten/familie of andere zorgverstrekkers toe.
- ✓ De procedure met betrekking tot de aanvraag van secundaire transporten regelmatig updaten.
- ✓ Alle medewerkers van het ziekenhuis op de hoogte brengen dat de privacy te allen tijde moet gerespecteerd worden.
- ✓ Er is nood aan meer financiële transparantie. Duidelijke informatie over de persoonlijke bijdragen in de zorgverstrekking is belangrijk.
- ✓ Er is nood aan een informatiecampagne voor de patiënt over het elektronisch patiëntendossier want er worden meer en meer vragen gesteld over hoe de zorgverstrekkers en zorgvoorzieningen met patiëntgegevens omgaan.

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

De ombudspersoon maakt 1 keer per jaar aanbevelingen over aan de directie van het ziekenhuis. Vanuit die aanbevelingen genereren de directieleden werkpunten per departement.

Jaarverslag van ombudsdienst AZ Klina
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
---------------------------	-----------------------

Algemene gegevens	<p>AZ KLINA VZW</p> <p>Erkenningsnummer: 710</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campus Brasschaat Augustijnslei 100 2930 Brasschaat • Campus De Mick (revalidatie) Papestraat 30 2930 Brasschaat <p>Ombudsdienst: Marijke Gheeraert 03/298 10 27 ombudsdienst@klina.be</p>
--------------------------	---

Cijfermatig overzicht van de meldingen	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	374
Aantal infodossiers	108
Aantal proactieve meldingen	52
Aantal verzoeken om afschrift patiëntendossier	127

Aantal klachten met betrekking tot de rechten van de patiënt (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	213
<u>Opmerkingen:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de 'zorgkwaliteit' in deze instellingen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklust weer van de ombudsdienst die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...) ✓ In een klachtendossier kunnen meerdere vermeende schendingen van de patiëntenrechten zijn aangeduid. 	

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)	194
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
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)	3
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)	4
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	2
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt (facturatie, kamerkeuze, parking, defecten, maaltijden en dergelijke)	196
---	------------

Bijkomende informatie/opmerkingen:

Totaal aantal meldingen: 661

- 374 klachtendossiers
- 108 vragen naar informatie
- 52 proactieve meldingen (meldingen van zorgverleners en medewerkers over incidenten/problemen met patiënten)
- 127 verzoeken om afschrift of inzage dossier

Doorlooptijden:

- Klachten: ca. 60% afgehandeld binnen de tien dagen, 90% binnen de maand
- Overige meldingen: ca. 90% afgehandeld binnen de tien dagen, overige (met uitzondering van 2 dossiers) binnen de maand
- Bij het opmaken van het jaarverslag waren er nog 9 dossiers van 2019 lopende
- Verzoeken om afschriften dossier: allemaal ter beschikking gesteld binnen de wettelijke termijn van 15 dagen; 9 dossiers werden uiteindelijk niet opgehaald door de aanvrager.

Verwachtingen:

- Iets minder dan een derde van de patiënten wil een **signaal** geven. Ze hebben iets meegemaakt en willen niet dat dit anderen ook overkomt. Voor deze patiënten volstaat het dat de ombudsdienst de boodschap doorgeeft aan de organisatie of de betrokken zorgverlener.
- Ongeveer een kwart van de patiënten richt zich tot de ombudsdienst om een financieel akkoord in de vorm van een **correctie van de factuur** of een **schadeclaim** te verkrijgen.
- Een op vier mensen is op zoek naar een **oplossing** (eenpersoonskamer, documenten, nieuwe afspraak, parkeergelegenheid invaliden, afbetalingsplan enz.), **informatie** (diagnose en behandeling, opname- en ontslagbeleid, facturatie, organisatie enz.) of vraagt specifiek om **bemiddeling** bij een conflict.
- Vijf procent van de mensen zoekt een **luisterend oor**. Deze patiënten willen hun ongenoegen ventileren, hun verhaal vertellen.

Verwachting versus resultaat:

Als we de verwachtingen afzetten tegen het uiteindelijke resultaat, zien we volgende verschuivingen:

	verwachting	resultaat
Informatie	29	71
Luisterend oor	19	41
Signaal	133	93
Bemiddeling	32	111
Oplossing	62	18
Financieel akkoord		
- Correctie factuur	63	21
- schadeclaim	29	8
Anders	7	11

De ombudsdienst zet vooral in op het bespreekbaar maken van het probleem. Patiënten worden aangemoedigd hun ongenoegen eerst zelf met de betrokken zorgverlener te bespreken. Als dit moeilijk is bemiddelt de ombudsdienst in het conflict: onrechtstreeks (via pendeldiplomatie) of rechtstreeks door met de partijen aan tafel te gaan zitten. In acht dossiers namen patiënten uiteindelijk geen genoegen met de bemiddeling en zijn er alternatieve pistes voorgesteld.

Verzoeningsresultaten:

Een verzoeningsresultaat is een betekenisvolle stap die een patiënt, zorgverlener of instelling heeft gezet dankzij de tussenkomst van de ombudspersoon.

Op vraag van de Vlaamse ombudsman beoordeelt de ombudspersoon bij het afsluiten van een dossier of er een specifiek verzoeningsresultaat is bereikt. In **181** van de bovenstaande dossiers is er effectief sprake van zo'n stap (bemiddelingsgesprek, financieel akkoord, afbetalingsplan, excuses, rechtzetting enz.)

Aanbevelingen:

Deze aanbevelingen zijn vooral gericht aan de overheid. Specifieke aanbevelingen voor AZ Klina worden verwerkt in een intern jaarverslag.

1. Nood aan meer transparantie over prijzen en aan kwaliteitscontrole extern transport

Patiënten krijgen vaak hoge facturen en de tussenkomst van de verzekeringsinstellingen is beperkt. Voor chronische patiënten (dialyse bijvoorbeeld) betekent dit vaak een enorme hap uit hun budget. Patiënten kloppen ook vaak aan met klachten over de kwaliteit van de gebruikte uitrusting en de begeleiding op deze transporten.

2. Een sensibiliseringscampagne 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.

3. Nood aan meer transparantie over het financiële plaatje

Zorgvoorzieningen en –verstrekkers moeten patiënten beter informeren over de kosten die aan de gezondheidszorg zijn verbonden (aanrekening honorarium- en kamersupplementen, beperkte of geen tussenkomst RIZIV bij bepaalde onderzoeken, persoonlijke bijdragen...). Anderzijds moeten ook patiënten hierin hun verantwoordelijkheid nemen.

4. Nood aan informatiecampagne over het elektronisch patiëntendossier


Er bestaat bij patiënten nog heel wat onduidelijkheid over het uitwisseling van gegevens tussen zorgverstrekkers en –instellingen; over de verschillende platforms en de koppeling ervan, de bescherming van de privacy.


Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019- 31.12.2019
--------------------	----------------------

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 ombudspersoon(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 <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	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 leidinggevendenden bij AZ Diest – Bemiddelend werken en Burn Out-zelfzorg Intervisie via regionale ombudsvereniging Spirituele zorg opleiding
Werkingssterren van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift</i>	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 secretariaat van de hoofdgeneesheer indien ik de vraag ontvang.

<p><i>patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> *ik verwijfs door (indien relevant) naar alternatieve pistes *ik behandel geen anonieme klachten (niet ontvankelijk) (geef echter wel info en aanbevelingen naar organisatie indien repetitief of onveilig gedrag) *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
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Na ontvangst van de klacht (persoonlijk, schriftelijk of telefonisch):</p> <p>VOORWAARDE: 2-ZIJDIG PARTIJDIG, geen standpunt innemen, beroepsgeheim bewaren.</p> <ul style="list-style-type: none"> -ontvangstmelding (indien relevant) -communicatie bevorderen en vertrouwen trachten te herstellen -behandeling: <ul style="list-style-type: none"> *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. <p>Zie huishoudelijk reglement</p> <div style="text-align: center;">  <p>Ombudsdienst (brochure).pdf</p> </div>

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. (soms wel dubbel werk, zie verder)
- *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 werkwijzen 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 verrijkend 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 2020 is het nog beter “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 gevolgd opleiding.

Maar de administratieve afhandeling vraagt te veel tijd en ik wil kost wat kost de nodige tijd gebruiken voor de verzoeningsopdrachten. (ik zou echt administratieve hulp willen)

*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% ereloon supplement 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.

*Bijkomend recent probleem in AZ Diest zijn de ereloon supplementen 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	134
Aantal infodossiers	15
Aantal pro actieve dossiers	5
Aantal opvragingen patiëntendossier	Nvt, onder bevoegdheid van hoofdgeneesheer, ik coördineer de aanvragen/verwijs door naar dir.sec. Momenteel kunnen patiënten hun eigen dossier raadplegen via mynexushealth. Daar geef ik wel de nodige informatie over. Wordt vaker en vaker gevraagd.

Aantal 'andere'	Ik heb afgelopen jaar geen "andere" klachten geregistreerd, zoals eerder vermeld registreer ik de anonieme klachten niet, geef het wel door aan de betrokken diensten indien repetitief gedrag of indien de veiligheid in het gedrang komt.
-----------------	---

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)*	102
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	7
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	22
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	12
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	nvt
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)	Niet bij ombudsdienst, zie vorig item
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)	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	48
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
<u>21 administratief financiële aspecten</u> (<u>factuur</u> en info)	
<u>8 facilitaire/technische aspecten</u> (signalisatie, maaltijden, defecten, communicatiestijl, <u>schoonmaak</u>)	
<u>19 organisatorische aspecten</u> (bezoekregeling, informatie, <u>wachttijden</u> , <u>extern transport</u> , <u>verloren voorwerpen</u> , <u>afsprakenregeling</u>).	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
<u>Doorlooptijd afhandeling klacht</u> 87 ≤ 1 dag 36 2-10 dagen 10 11-20 dagen 8 21-30 dagen 4 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 (zie aanbevelingen)

*te snel deurwaarder (na 1 herinnering)

Er wordt momenteel veel tijd gependend aan financiële betwistingen, vooral door onduidelijkheid/geen goede begrijpbaarheid wat betreft ereloonsupplementen. Zeker bij NMR onderzoeken

Indien nodig 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

*nieuw en duurder parkeersysteem heeft tot een aantal klachten geleid. Duidelijk communiceren en consequent handelen is de boodschap

Algemeen: verwachtingen van de klager

33x informatie
5x luisterend oor
45x signaal
50x financieel akkoord
22x oplossing
2x anderen
43x 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)

*(Kostprijs)informatie van ingrepen/supplementen, verloop van behandeling in begrijpbare duidelijke taal

*Uniformiteit rond het ziekenhuistransport, gelijk voor iedereen onafgezien provincie of mutualiteit, vooral het dringend transport naar andere ziekenhuizen indien er een verpleegkundige bij moet zijn... kostprijs heel hoog.

Mutas daarentegen voor niet dringend vervoer blijkt moeilijk bereikbaar en vaak niet beschikbaar.

(omwille van het feit dat we momenteel geen opnames kunnen doen voor neurologie dienen patiënten meer dan anders gemuteerd te worden naar andere (netwerk)ziekenhuizen)

Acties (mede naar aanleiding van aanbevelingen)

*Artsen: blijven 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. JCI accreditatie behaald, duidelijkheid in procedures en deze toepassen blijft een werkpunt , een dynamisch gegeven, moet steeds aan gesleuteld worden.

Evolutie van het aantal dossiers (inclusief pro-actieve meldingen)

2010 - 60

2011 – 102

2012 – 98

2013 – 105

2014 – 109

2015 – 107

2016 – 142

2017 – 128

2018 – 165

2019 - 154

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,.. Excuses aangeboden, rechtstreekse bemiddelingsgesprekken, financiële akkoorden, terugvinden van verloren voorwerpen,

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.

Ontevreden: *duidelijk door klager aangegeven dat er meer verwacht werd, dat de patiënt niet akkoord is met de aanpak en/of resultaat (perceptie van de patiënt/familie*

Aantal dossiers:

43x onbekend

98x tevreden

13x ontevreden

Als conclusie wil ik zeker nog meegeven dat de klachten niet stijgen ondanks de grotere assertiviteit van de patiënt en familie en er is zeker een betere bekendheid van de ombudsdienst.

Vanwege het feit dat mijn kantoor bij het onthaal ligt beantwoord ik meer en meer 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.

Wil ik ook graag zo verder behouden bij de nieuwbouw in 2025.

Uiteindelijk is het doel dat mensen gehoord worden en dat er naar een haalbare oplossing gestreefd wordt.

29 januari 2020

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

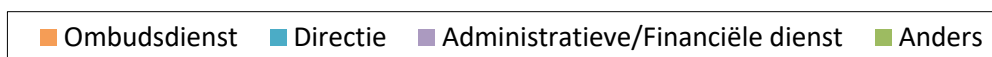
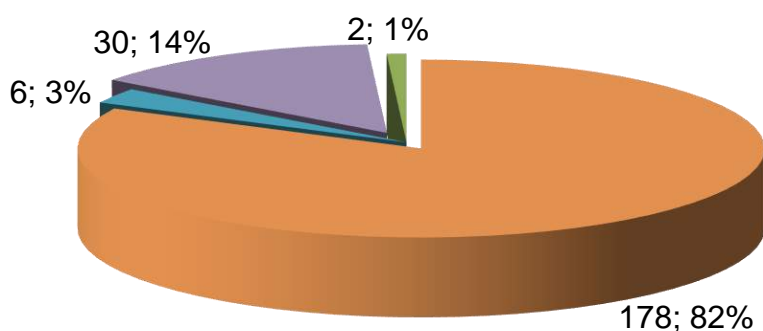
Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Sint-Franciscusziekenhuis
Adres	Pastoor Paquaylaan 129 3550 Heusden-Zolder www.sfz.be ombudsdienst@sfz.be
Gewest	Vlaanderen (Limburg)
Erkenningsnummer	741
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	268
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Lotte Wilms / Kris Dexters (ad interim)
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/02/2018 – 18/09/2019

Bestaffing	0.5 FTE
Lokalisatie dienst	<p>Gelijkvloers, aan de inkomhal van het ziekenhuis</p> <p>Bereikbaarheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Telefonisch bereikbaar/antwoordapparaat - Klachtenformulier op website www.sfz.be - Elke voormiddag van 9u-12u aanwezig, - Acute bemiddeling op de werkvloer, rechtstreeks proberen om de klacht op te lossen waar ze ontstaat.
Registratiesysteem	Infoland – registratie VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	<p>Website https://www.sfz.be/patienten/algemene-informatie/ombudsdienst/werking-ombudsdienst</p> <p>Actualisatie: 2018</p>
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Bachelor opleiding psychiatisch verpleegkundige
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> - Update wetgeving via de beroepsvereniging - 3 intervisiemomenten via provinciaal overleg Vovvaz - VOVVAZ tweedaagse (vorming 360° ombudsdienst)
<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst</p> <p><i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbehandeling aangaande alle erkende beroepsbeoefenaars - Klachtenbehandeling aangaande organisatorische aspecten - In de werking als ombudspersoon wordt er gebruik gemaakt van verschillende aspecten om de klachten op een juiste wijze te kunnen behandelen <ul style="list-style-type: none"> • Opvang / luisterend oor bieden/coaching (zowel meldingen van patiënt/familie als pro actieve meldingen) • Behandelen van info-vragen/dossiers • Informeren en verwijzen naar externe instanties • Begeleiden en informeren rond aanvraag inzage en afschrift van patiëntendossiers. De verwerking hiervan gebeurt op directieniveau. Wat niet wegneemt dat bij inzage soms

	<p>gevraagd wordt of de ombudspersoon aanwezig kan zijn. Of fungeert als tussenpersoon om organisatorisch in orde te brengen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandeling vertrouwelijke dossiers, deze is niet anoniem maar uiteindelijk wordt beslist door melder om dit niet te bespreken met de organisatie/betrokken personen. • Kennis inzake patiëntenwetgeving / GDPR / ziekenhuiswetgeving
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<p>Meldingen/klachten worden alle doorgegeven aan de ombudsdienst voor afhandeling en registratie. Elke melding wordt besproken met de betrokken zorgvertrekker(s), dit via pendeldiplomatie of georganiseerde bemiddelingsgesprekken. De melder krijgt steeds een terugkoppeling.</p> <p>Als ombudspersoon werk ik onafhankelijk, val ik onder het beroepsgeheim en neem ik het standpunt in van meerzijdig partijdigheid.</p> <p>Bij elke melding wordt er een registratie gemaakt, tenzij er expliciet gevraagd wordt om het dossier vertrouwelijk te houden.</p> <p>Er worden aanbevelingen geformuleerd naar de organisatie, hierin beslist de organisatie of er beleidsmatig mee aan de slag wordt gegaan.</p>

10. Gericht aan



Gericht aan	Aantal meldingen
Ombudsdienst	178
Directie	6
Administratieve/Financiële dienst	30
Anders	2
Totaal	237

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

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	219
Aantal infodossiers	23
Aantal pro actieve dossiers	17
Aantal opvragingen patiëntendossier	Gaat via het directiesecretariaat
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.

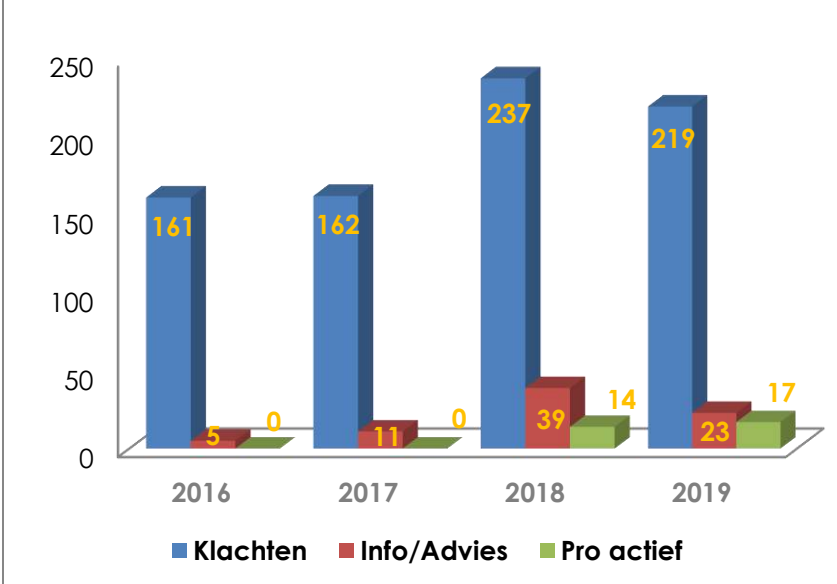
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	77
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	77
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	1
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op 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)	3
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	16
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

Rechten van de patiënt:

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

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

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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	83																				
Tabellen/grafieken; klachtenratio:																					
 <table border="1"><thead><tr><th>Year</th><th>Klachten</th><th>Info/Advies</th><th>Pro actief</th></tr></thead><tbody><tr><td>2016</td><td>161</td><td>5</td><td>0</td></tr><tr><td>2017</td><td>162</td><td>11</td><td>0</td></tr><tr><td>2018</td><td>237</td><td>39</td><td>14</td></tr><tr><td>2019</td><td>219</td><td>23</td><td>17</td></tr></tbody></table>	Year	Klachten	Info/Advies	Pro actief	2016	161	5	0	2017	162	11	0	2018	237	39	14	2019	219	23	17	
Year	Klachten	Info/Advies	Pro actief																		
2016	161	5	0																		
2017	162	11	0																		
2018	237	39	14																		
2019	219	23	17																		
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)																					
Het grote deel van de melding gaat rond de items: <ul style="list-style-type: none">• Communicatie, aandacht & opvang• Verzorging – behandeling• Financiële vragen (factuur betwistingen)																					
De verwachtingen van de melder is meestal als signaal, verbeterpunt naar de toekomst toe voor andere patiënten.																					

Aanbevelingen

- Niet dringend patiëntenvervoer (interhospitalair vervoer) zowel naar de tussenkomsten maar vooral naar de organisatie van dit vervoer, eenvormige afspraken tussen de diensten en de mutualiteiten. Dit is van de hekelpunten die al jaren blijven aanslepen!
- Eenvormigheid tussen de mutualiteiten ivm terugbetalingen, tussenkomsten. Er blijft een verschil in tussenkomsten binnen dezelfde mutualiteit maar verschillend van provincie! Kan beter, duidelijker, eenvormig zijn voor heel België.
- De patiënt duidelijk informeren aangaande de conventiestatus van de arts, alsook wanneer de artsen supplementen mogen aanrekenen tijdens een consult/onderzoek.
Dit zou best duidelijk gecommuniceerd kunnen worden via een duidelijk doktersbord in de inkomhal en via digitale informatieschermen/posters in de wachtzalen.

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 2019

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

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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	The Patient Safety Company
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Sinds 2011 te raadplegen op intranet en op de website van het ziekenhuis http://www.sint-trudo.be/patiënt/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	Regionale ombudsvergaderingen.
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Het werkingsterrein ligt ruimer. Alle klachten komen naar de ombudsdienst. Vb informatie en/of begeleiding afschrift dossier, schadeclaims, financiële implicaties, parking, 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.

	<p>Behandeling/bemiddeling teneinde de communicatie en het vertrouwen te herstellen, tot een oplossing te komen. Indien er geen oplossing komt alternatieve voorstellen formuleren.</p> <p>Alle klachten worden geregistreerd en verwerkt in het jaarverslag.</p> <p>Formuleren van suggesties/aanbevelingen onmiddellijk aan betrokken zorgbeoefenaar teneinde herhaling van deze zelfde klachten te voorkomen.</p> <p>Indien ombudspersoon het nodig vindt, is er overleg met het betrokken diensthoofd en/of directie.</p>
--	---

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

De organisatie staat meer en meer open voor klachten en hanteren die ook bij het verbeteren van de procedures, het bijstellen van doelstellingen.

Met de meeste afdelingen is er een open communicatie en van de directie is er toch wel een redelijke betrokkenheid en vraag tot overleg met de cel kwaliteit teneinde verbeterpunten beter en efficiënter te kunnen opstellen. Op regelmatige basis overleg met de cel kwaliteit rond aanbevelingen die structureel door de organisatie kunnen aangepakt worden.

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.

Rechtstreeks feedback aan cel kwaliteit.

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).

Meer en meer klachten rond kostprijsinformatie die ontbreekt, de ereloonsupplementen gekoppeld aan het al dan niet geconventioneerd zijn. Conventietarieven is niet gekend bij pt, het wordt hen wel gegeven maar enkel als patiënten er naar vragen, heel duidelijk is

dat niet. De grote verschillen in supplementen wordt in vraag gesteld (vb bij medische beeldvorming).

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

Opmerkingen:

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

Aantal klachtendossiers	226
Aantal infodossiers	40
Aantal pro actieve dossiers	8
Aantal opvragingen patiëntendossier	17 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'	8 proactieve en 0 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)*	105
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	17
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	1
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	2
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	3
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	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	274
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
<p>88 administratief financiële aspecten: (13 informatie, 3 identificatie, 10 communicatiestijl, 44 factuur, 1 aandacht/opvang, 2 privacy, 17 andere)</p> <p>27 facilitair/technische aspecten: (4 defecten, 3 maaltijden, 1 dieetkeuken, 1 schoonmaak, 5, comfort, 7 parking, 1 privacy, 5 andere)</p> <p>86 organisatorische aspecten: (7 info, 3 communicatiestijl, 5 opnameregeling, 3 ontslagregeling, 15 afsprakenregeling, 1 bezoekerregeling, 18 wachttijden, 4 intern transport, 7 extern transport, 19 verloren voorwerpen, 1 roken, 18 andere)</p> <p>10 andere aspecten.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
<p>Doorlooptijd afhandeling klacht is niet van toepassing gezien zeer lange afwezigheid van ombudspersoon en er geen vervanging is geweest.</p> <p>De meest voorkomende klachten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informatieverstrekking - Bejegening - Verzorging 	

- Factuurbetwistingen
- Regeling en bejegening van het extern transport.

Door gebrek aan informatie zijn de verwachtingen van de klager ook dikwijls ireeel.

Verwachtingen zijn:

38 informatie

69 luisteren oor/opvang

115 signaal

87 bemiddeling

99 financieel akkoord (correctie factuur, schadeclaim, regeling gerechtsdeurwaar/afbetalingsplan)

39 oplossing

7 andere

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: 140 tevreden 8 ontevreden 74 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 van o.a. medische beeldvorming - MRI). 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.

Bijkomend valt ook de stijging van het aantal meldingen op, hoewel voor het jaar 2019 wegens langdurige afwezigheid net het omgekeerde het geval is. Daaruit kan dus besloten worden dat indien men niet toegankelijk is er ook geen klachten komen. Toegankelijkheid en laagdrempeligheid is een vereiste om aan goed klachtenbehandeling te kunnen doen.

2009	200
2010	181
2011	215
2012	256
2013	233
2014	242
2015	276
2016	319
2017	314
2018	410
2019	262

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	1/1/2019 – 31/12/2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	
Adres	Hazelereik 51 3700 Tongeren
Gewest	Vlaanderen - Limburg
Erkenningsnummer	716
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	326
Aantal campussen	2
Naam ombudsperso(o)n(en)	Reweghs Huberte

Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	31/12/2010
Bestaffing	½ time
Lokalisatie dienst	Het bureel vindt u op het gelijkvloers blok B. Kort aan de inkomhal.
Registratiesysteem	VVOVAZ filemaker pro
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Datum:12/5/2016 Dit huishoudelijk reglement ligt in a.z. Vesalius ter inzage van de patiënten, de zorgverstrekkers, medewerkers van het ziekenhuis en iedere belangstellende: <ul style="list-style-type: none"> • Aan de onthaalbalie van elke campus; • Bij de ombudsdienst; • Op de website van het ziekenhuis: www.azvesalius.be
Vormingen i.k.v. bemiddeling	2007: postgraduaat Referentiepersoon Ethiek 2011: Basisopleiding bemiddeling 2012:congres "Handvaten voor de dagelijkse praktijk van bemiddelen" 2012: Cultuursensitieve bemiddeling 2014: congres "De bemiddelaar blijft overeind" 2015: verdiepingstraining bemiddeling VVOVAZ/MEDIV 2016: verdiepingstraining bemiddeling (deel2) VVOVAZ/MEDIV 2016: congres " Hou je vast bemiddelaar" 2017: interne opleidingen GDPR- participatie stuurgroep GDPR 2018: algemene vergadering VVOVAZ 2018: intervisie 4/jaar 2018: congres "360° ombudsdienst

<p>Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar</p>	<p>2019: algemene vergadering VVOVAZ 2019: regionale werkgroep Limburg VVOVAZ 4/jaar 2019: intervisie 4/jaar 2019: mediv – bemiddeling voor gevorderden</p>
<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<p>Tweeledig:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De klachten die betrekking hebben op de patiëntenrechten. 2. Service gerichte klachten wordt intern besproken en zorgen voor kwaliteitsverbetering <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 /informereren aanvragen over inzage en afschrift van het patiëntendossier , maar doen de verwerking hiervan niet →→gebeurt door medisch archief ✓ We behandelen GEEN anonieme dossiers ✓ Geven opleidingen rond patiëntenrechten aan alle nieuwe medewerkers en op vraag ✓ Ontvangen pro-actieve meldingen interne medewerkers/hulpverleners waar we een educatieve/informerende /opvang rol in opnemen ✓ Behandeling van vertrouwelijke dossiers zijn voor ons niet anoniem, maar de melder wenst niet dat we in de organisatie hierover communiceren en wil dit toch melden/bespreken • ... <p>Zie ook huishoudelijk reglement en werking ombudsdienst www.azvesalius.be</p>
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>De meeste klachten komen binnen via de ombudsdienst. Klachten via de directie, facturatie, andere kanalen worden overgemaakt aan de ombudsdienst. Elke klacht wordt grondig onderzocht door de ombudspersoon. De ombudspersoon onderzoekt van elke klacht de feiten, en gaat na welke personen en/of diensten betrokken moeten worden in het klachtendossier. In ernstige gevallen informeert de ombudspersoon onmiddellijk de algemeen directeur en de hoofdgeneesheer of bij hun afwezigheid een directielid.</p>

	<p>Adviserende rond naar beleidsmakers van alle departementen binnen de organisatie</p> <p>De ombudspersoon heeft maandelijks overleg met de algemeen directeur.</p>
--	--

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 om 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** blijft bestaan 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 o.w.v. **complexiteit** = moeilijkheidsgraad), **ofwel gestuurd vanuit hun mutualiteit**

- ➔ Facturen m.b.t. 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	181
Aantal infodossiers	32
Aantal pro actieve dossiers	23
Aantal opvragingen patiëntendossier	7
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)*	86
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	8
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	0
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	0
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

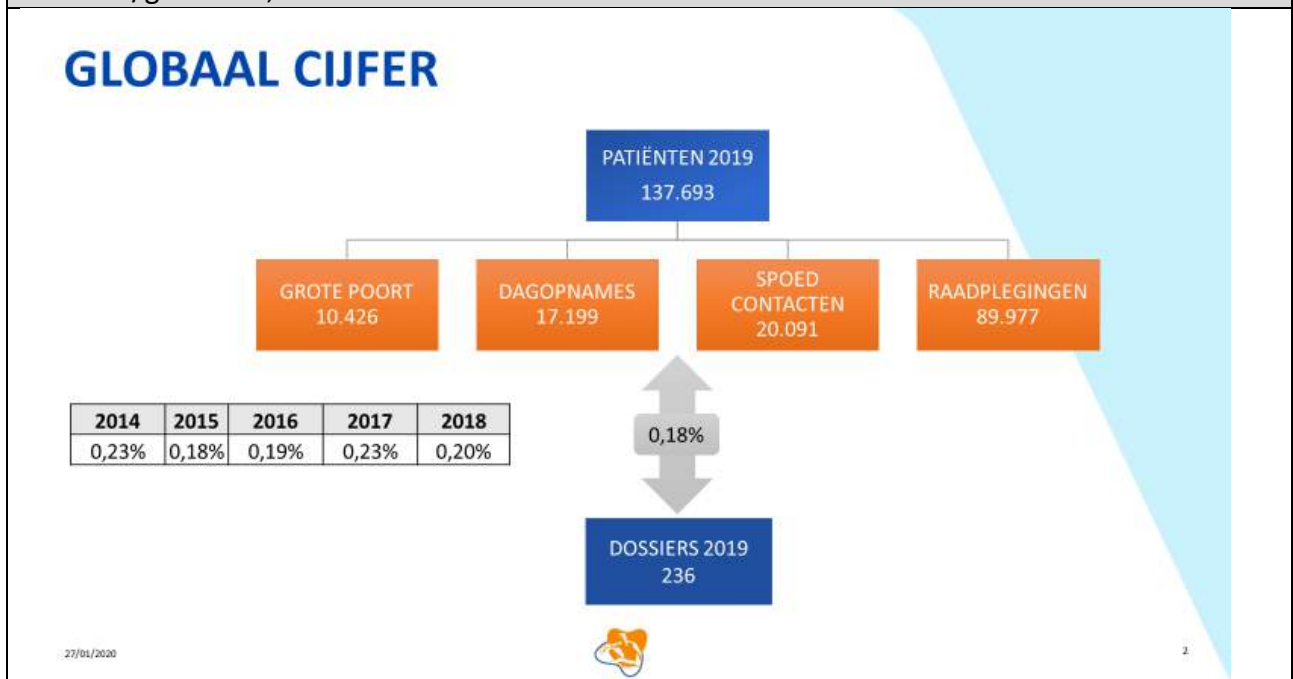
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling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

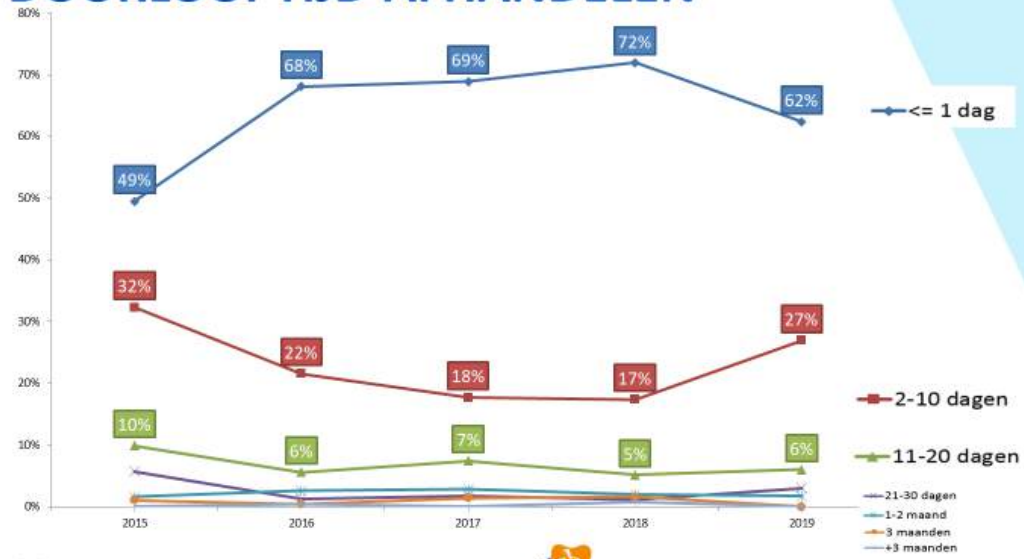
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	87
--	----

Tabellen/grafieken; klachtenratio:



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

DOORLOOPTIJD AFHANDELEN

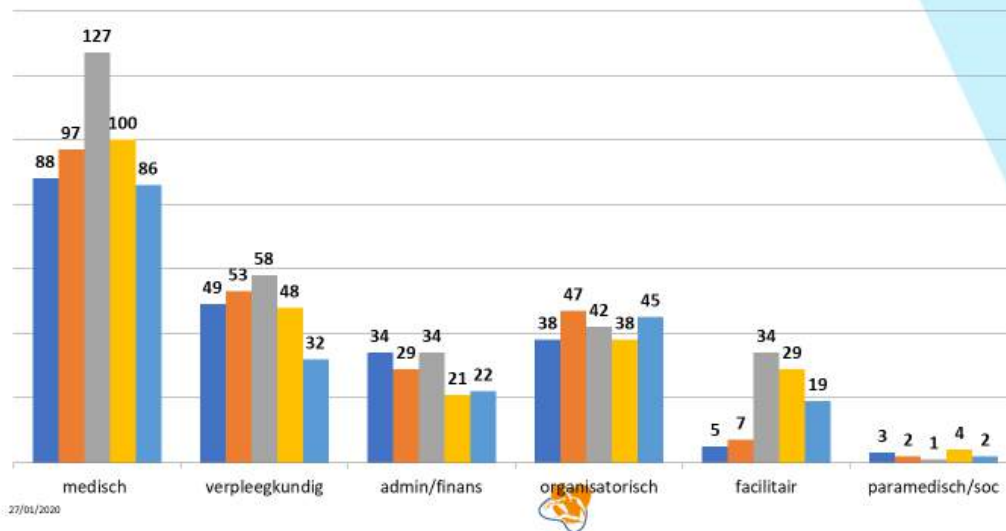


27/01/2020

11

INHOUD KLACHT

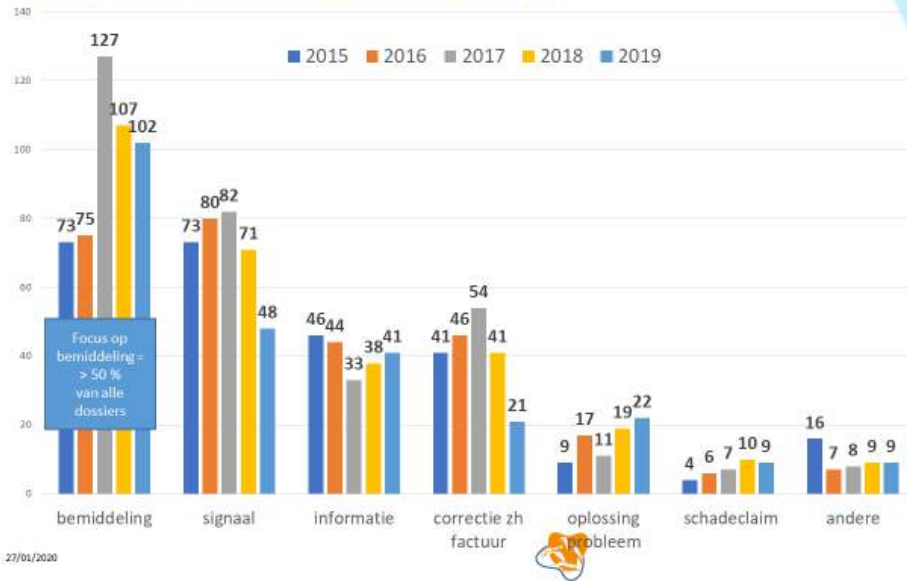
■ 2015 ■ 2016 ■ 2017 ■ 2018 ■ 2019



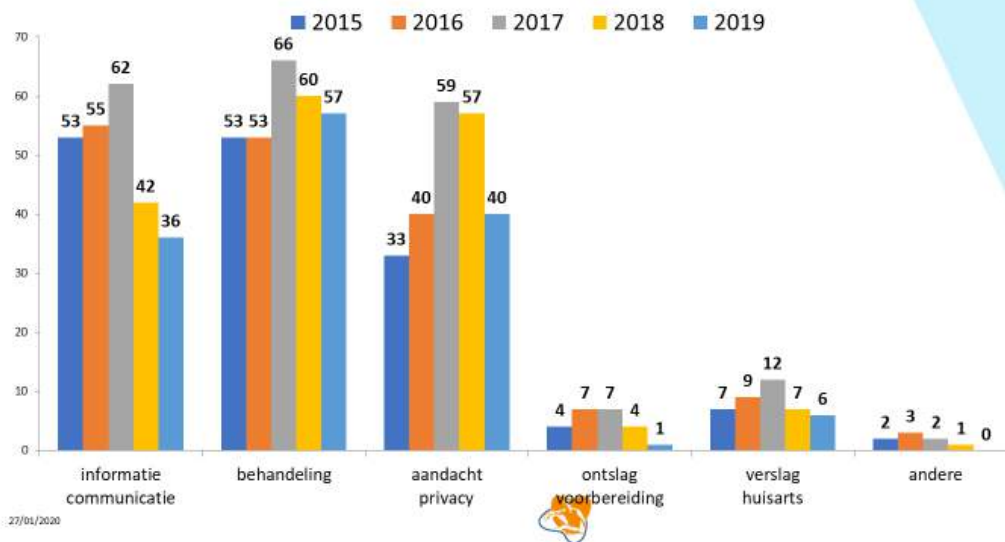
27/01/2020

8

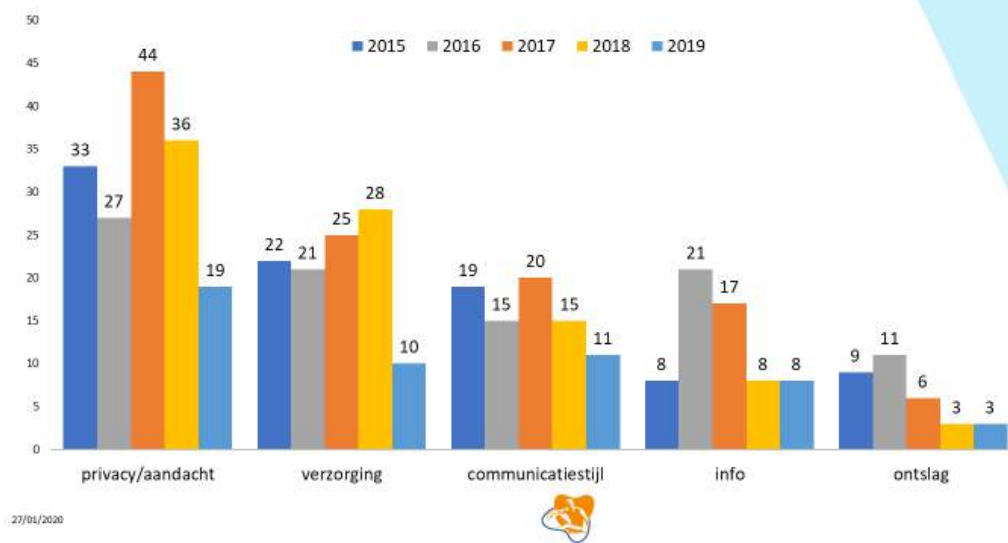
VERWACHTING MELDER



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.
- ✓ 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. Zowel de zorgverleners als de patiënten hebben hier nog een weg te gaan.
- ✓ **Beschikbaarheid extern niet dringend ziekenvervoer. Dit blijft een heikel punt. Vooral voor de ziekenhuisnetwerken zal dit nationaal moeten besproken worden en een duidelijk standpunt over geformuleerd worden.**
- ✓ 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 2019



INHOUDSTABEL

1. INLEIDING	3
2. AANTAL MELDINGEN	3
3. ITEMS MET BETREKKING TOT ALLE MELDINGEN	5
3.1 RELATIE AANBRENGER	5
3.2 VORM.....	6
3.3 GERICHT AAN	7
3.4 DOORLOOPTIJD	8
4. ITEMS MET BETREKKING TOT KLACHTEN	8
4.1 LOKALISATIE PATIËNT.....	8
4.2 VERWACHTING.....	10
4.3 LOKALISATIE KLACHT	11
4.4 VOORWERP VAN DE DOSSIERS.....	12
4.5 BEROEPSBEOEFENAAR	13
4.6 INHOUD VAN DE KLACHTEN	14
4.6.1 <i>Inhoud medische aspecten</i>	<i>15</i>
4.6.2 <i>Inhoud verpleegkundige aspecten.....</i>	<i>16</i>
4.6.3 <i>Inhoud paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten</i>	<i>16</i>
4.6.4 <i>Inhoud administratief financiële aspecten</i>	<i>17</i>
4.6.5 <i>Inhoud facilitaire en technische aspecten</i>	<i>17</i>
4.6.6 <i>Inhoud organisatorische aspecten.....</i>	<i>18</i>
4.7 BEREIKTE RESULTAAT.....	19
4.8 CLASSIFICATIE	20
5. AANBEVELINGEN.....	21
6. BESLUIT.....	24

1. INLEIDING

Zorginstelling: Ziekenhuis Maas & Kempen
 Diestersteenweg 425
 3680 Maaseik

Erkenningsnummer: 717

Type: Algemeen ziekenhuis

Naam ombudspersoon: Kim Moors

Registratieperiode: 1.01.2019 - 31.12.2019

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.

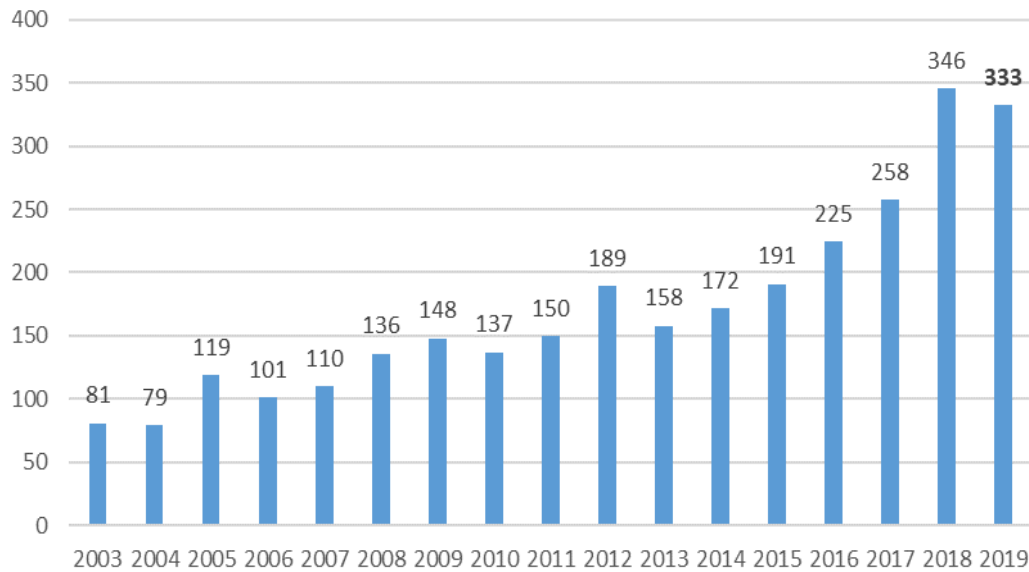
2. AANTAL MELDINGEN

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%
2019	333	333/27801 patiënten = 1.20%

* aanpassing op basis van correctie activiteitsgegevens 2008

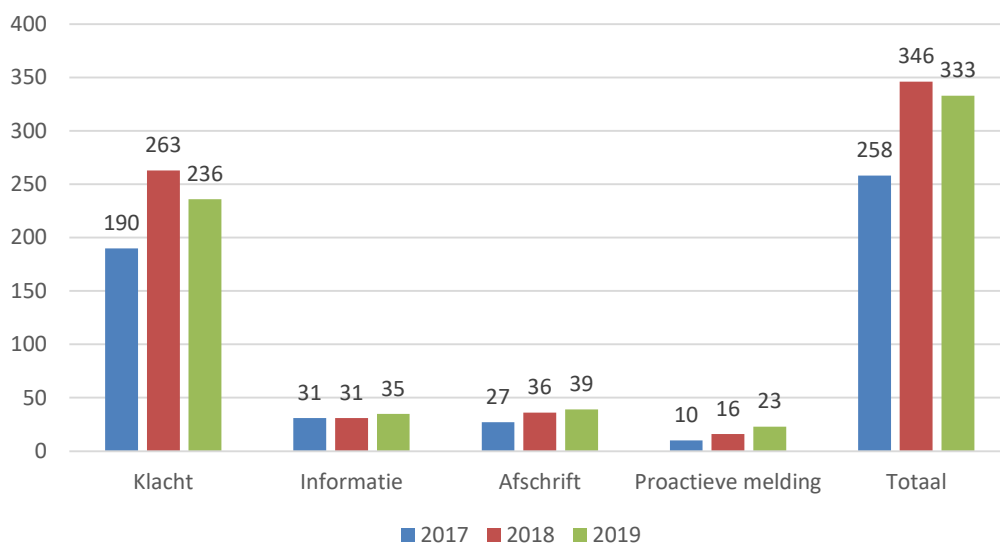
Grafiek 1: Overzicht aantal meldingen per jaar



In 2019 werden in totaal 333 meldingen behandeld. Dit is een lichte daling in vergelijking met 2018, maar nog steeds 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 gedaald met 13 in vergelijking met 2018.
- Het aantal **klachten** is gedaald van 263 in 2018 naar 236 in 2019.
- Het aantal **vragen** is gestegen van 31 in 2018 naar 35 in 2019.
- Er werd 39 keer een **patiëntendossier** opgevraagd via de ombudsdienst.
- Er werden 23 **proactieve** meldingen gemaakt.

De meldingsratio - het aantal meldingen ten opzichte van de activiteit van de opnames en de dagopnames - is gedaald van naar 1.24 % in 2018 naar 1.20% in 2019.

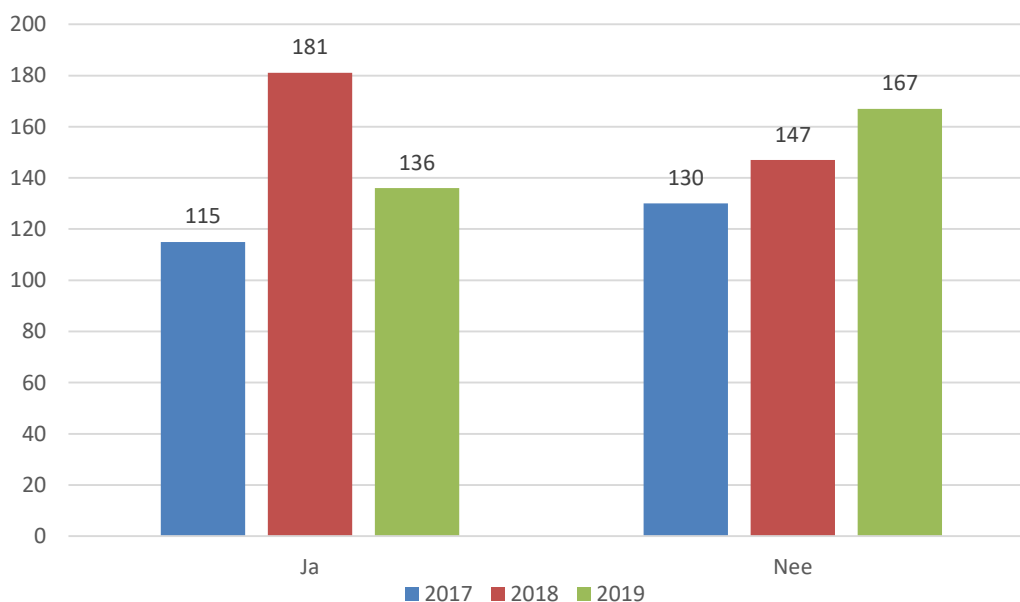
3. ITEMS MET BETREKKING TOT ALLE MELDINGEN

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 aanbrengrer

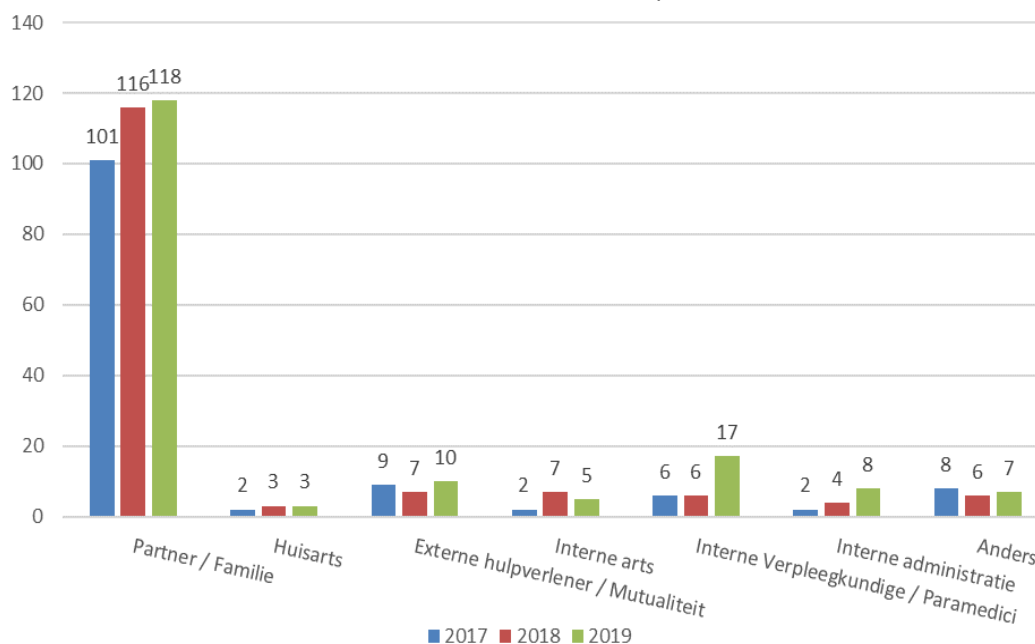
Een klacht of een vraag kan worden geformuleerd door de patiënt zelf, maar ook door familieleden, de huisarts, de mutualiteit, etc. Voor elk dossier werd één keuze bepaald, ook als de klacht door meerdere personen werd aangebracht.

Grafiek 3: Patiënt is Melder/patiënt is niet zelf melder



De patiënt heeft in 136 dossiers zelf de melding gedaan en in 167 gevallen gebeurde de melding door een andere betrokkene.

Grafiek 4: Relatie melder tot patiënt

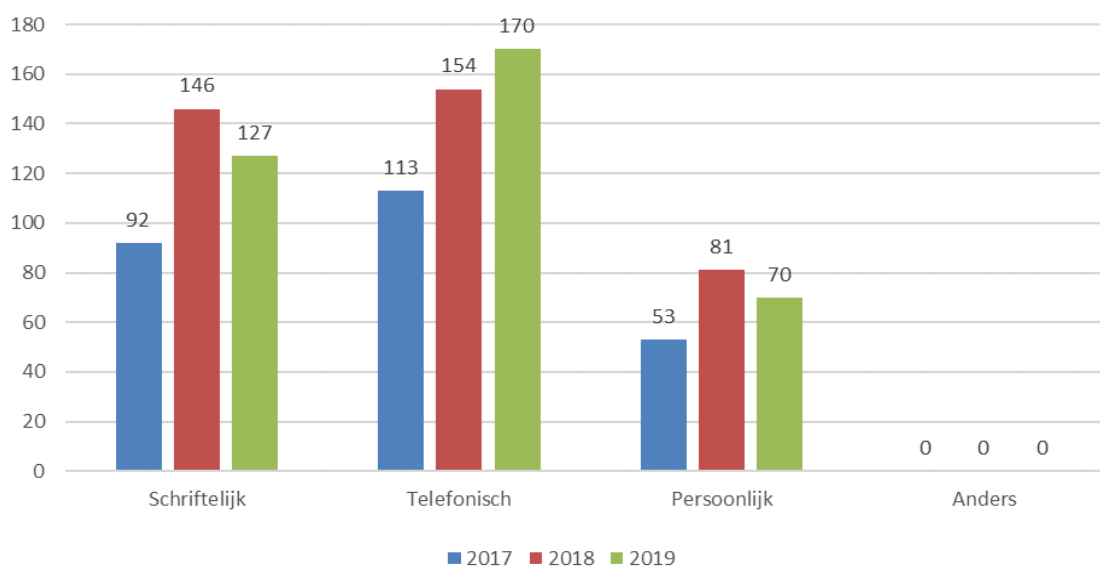


Indien een andere betrokkene een melding formuleerde, ging het meestal over de partner of een familielid.

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

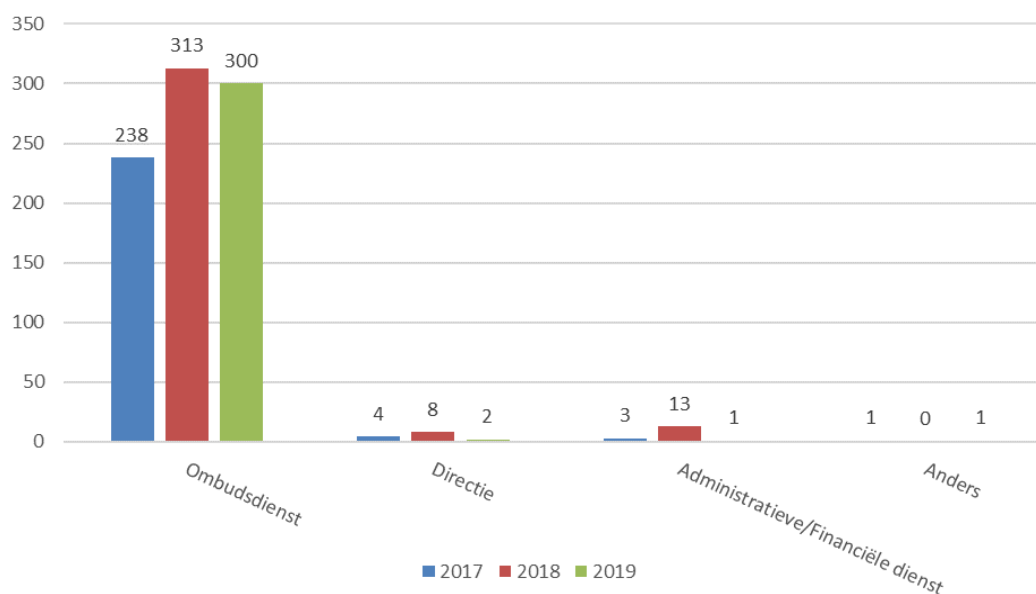


De patiënt of zijn vertegenwoordiger meldde meestal telefonisch of schriftelijk een klacht, gevolgd door persoonlijke gesprekken.

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

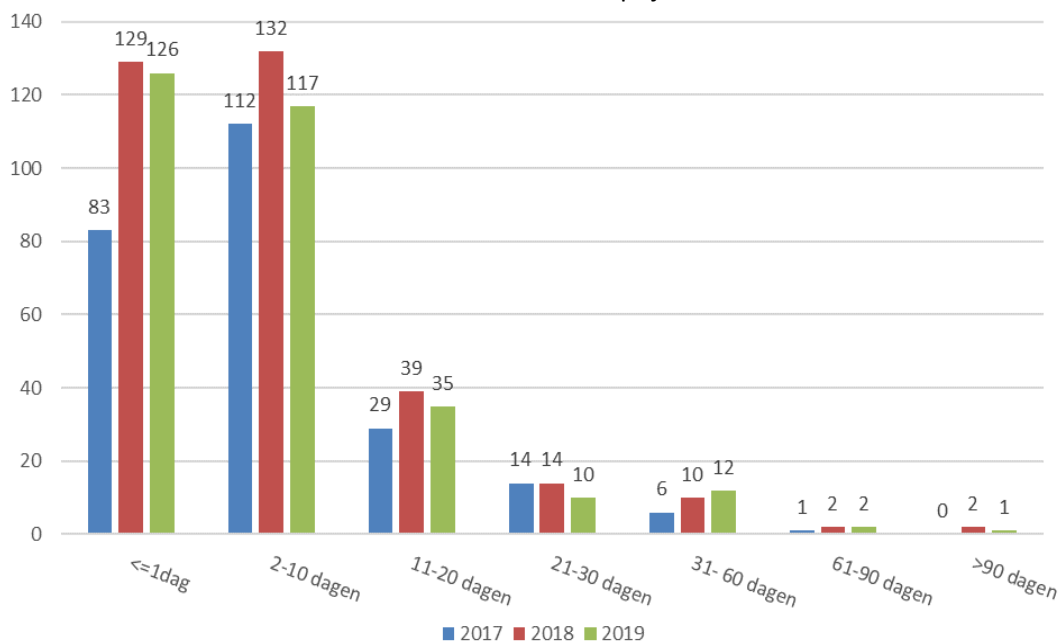


De meeste meldingen worden rechtstreeks aan de ombudsdienst gemeld, hoewel er toch ook een beperkt aantal meldingen zijn die via een andere weg tot bij de ombudsdienst geraken.

3.4 Doorlooptijd

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

Grafiek 7: Doorlooptijd



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

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

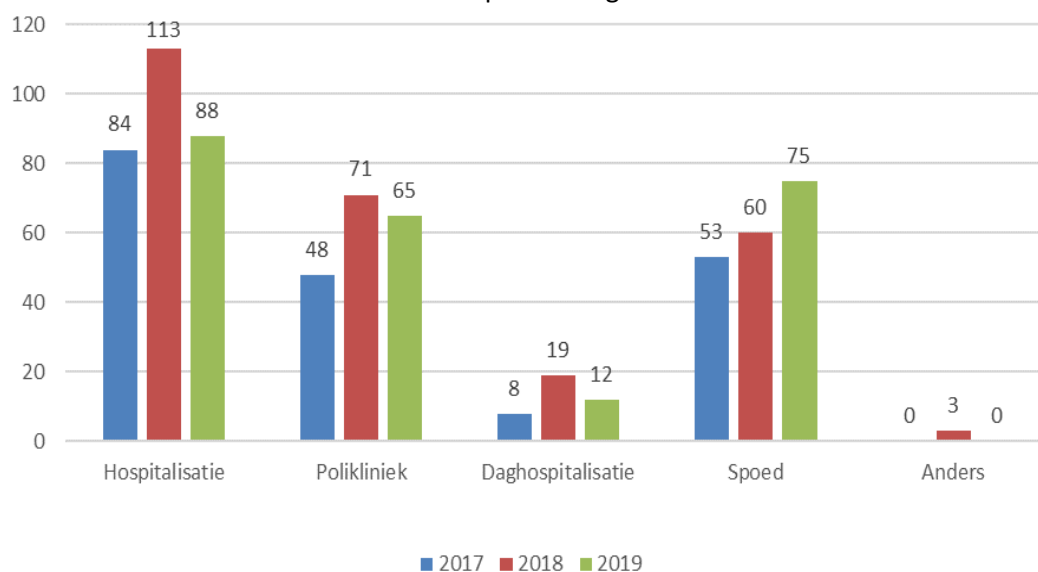
4. ITEMS MET BETREKKING TOT KLACHTEN

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

4.1 Lokalisatie patiënt

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

Grafiek 8: Lokalisatie patiënt in geval van klachten



Legende:

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

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

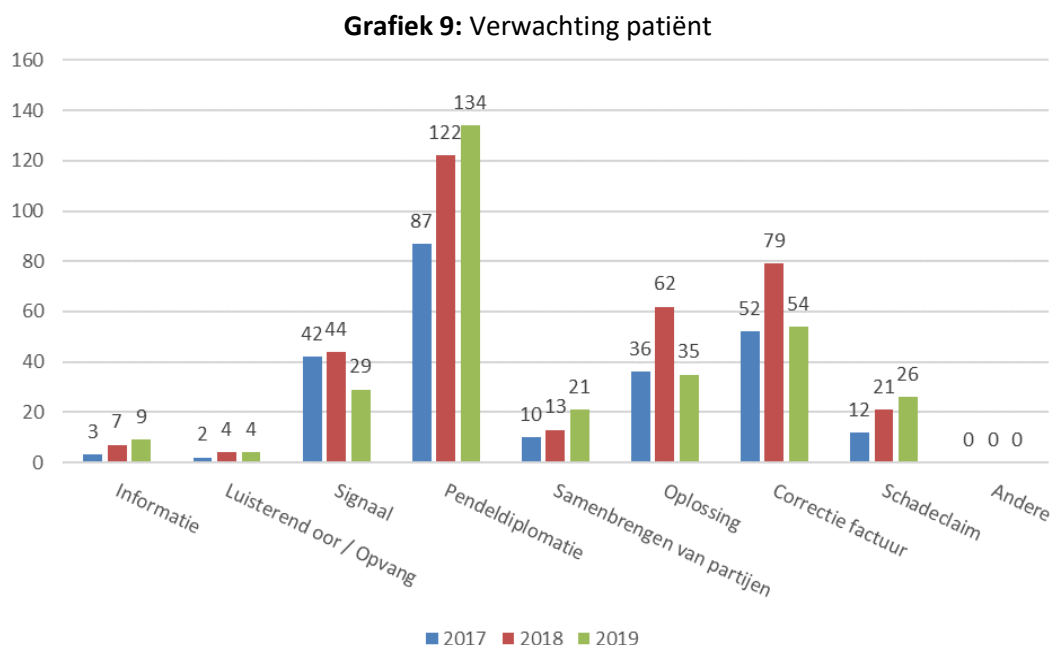
Locatie	Jaar	Aantal klachten	Klachtenratio
Gehospitaliseerde patiënten	2018	113	113/8834 = 1.28%
	2019	88	88/9225 = 0.95%
Poliklinische patiënten	2018	71	/
	2019	65	/
Daghospitalisaties	2018	19	19/19175 = 0.10%
	2019	12	12/18576 = 0.07%
Spoed	2018	60	60/17206 = 0.35%
	2019	75	75/ 17884 = 0.42%

Hoewel het totaal aantal klachten gedaald is, is het aantal klachten voor de spoeddienst gestegen. Ook de klachtenratio is gestegen voor de spoeddienst.

De klachtenratio is gedaald voor gehospitaliseerde patiënten en voor patiënten in daghospitalisatie in vergelijking met 2018.

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.



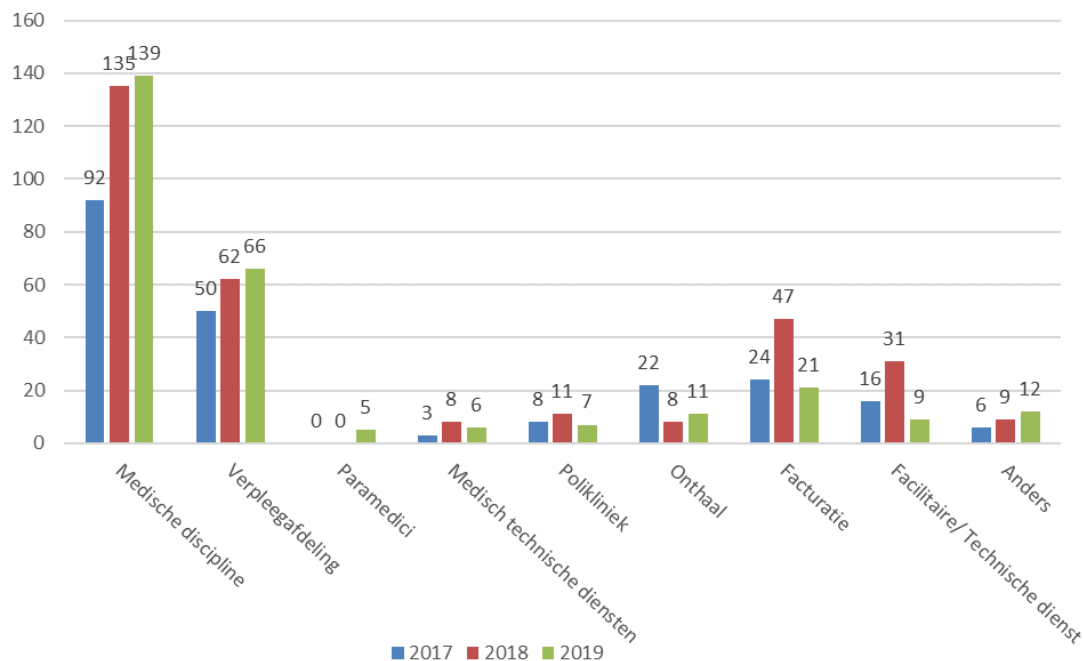
Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- 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**.
- De vraag naar **correctie van facturen** is gedaald in vergelijking met vorig jaar, maar komt toch nog vaak voor.
- 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 zijns 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



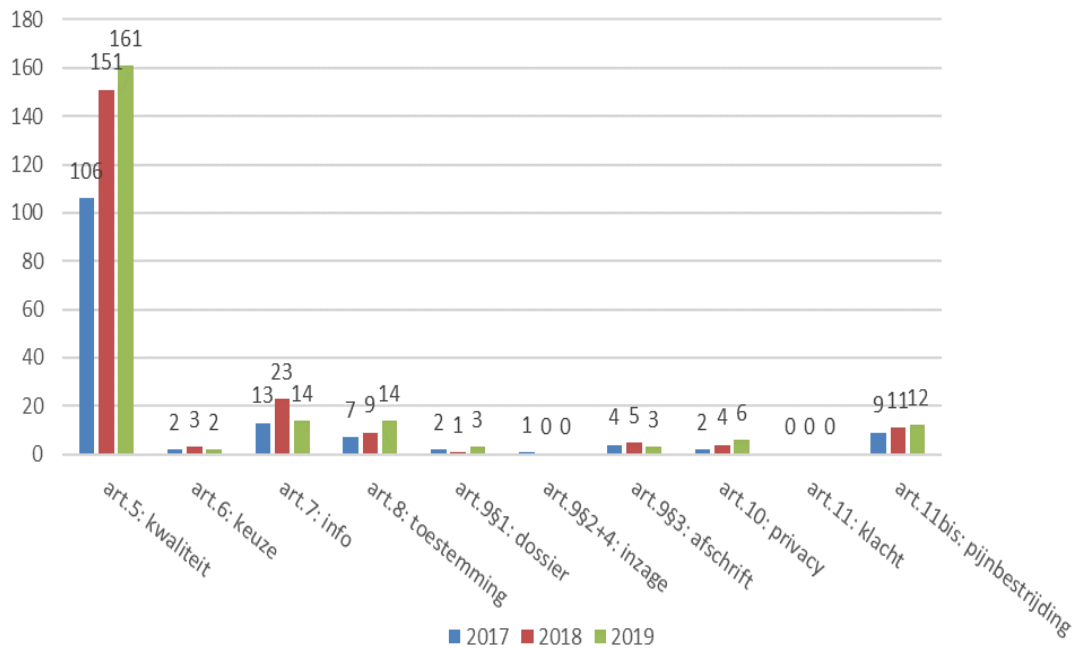
Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- De meeste klachten worden geuit tegenover de medische diensten, gevolgd door de verpleegafdelingen.
- Het aantal medische en verpleegkundige klachten is gestegen in vergelijking met 2018, hoewel het totaal aantal klachten gedaald is.
- Het aantal klachten tegenover de facturatedienst is meer dan gehalveerd in 2019. Dit kan verklaard worden doordat in 2018 veel achterstallige betalingen door de deurwaarder dienden te worden geïnd.
- Het aantal klachten met technische en facilitaire aspecten is sterk gedaald in 2019. Dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat veel van deze aspecten in de nieuwbouw ondertussen in orde gebracht werden.
- Het aantal klachten van het onthaal is licht gestegen in vergelijking met 2018.

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

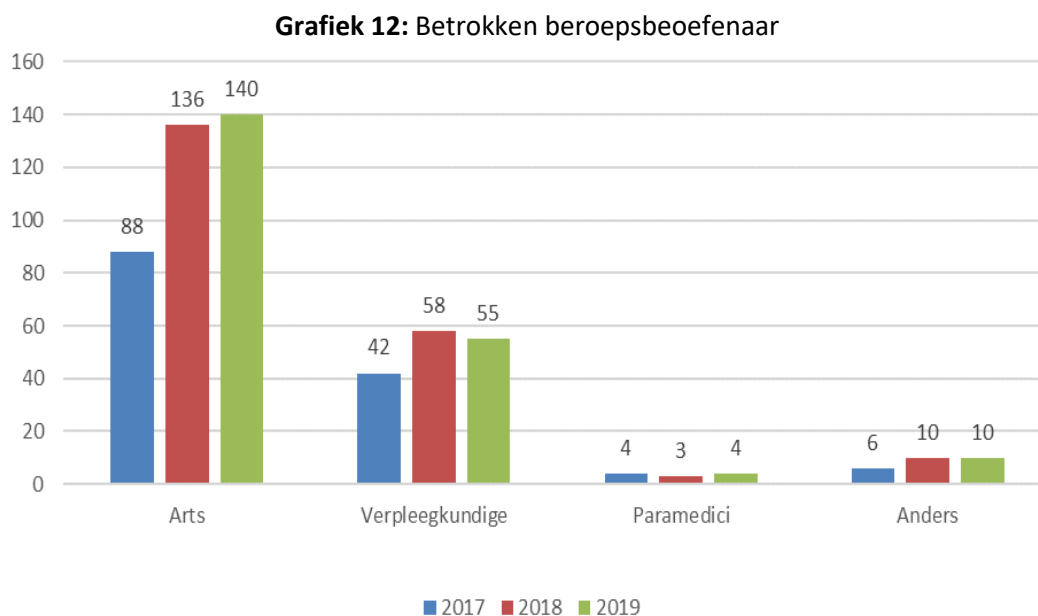


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- 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 dienstverstreking.
- Veertien keer ging het over het recht om geïnformeerd te worden over zijn gezondheidstoestand.
- Veertien 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.
- Twaalf klachten gingen over het recht op pijnbestrijding.
- Zes klachten handelden over het recht op het bijhouden, inzage en afschrift van een patiëntendossier.
- Zes klachten gingen over het gebrek aan privacy.
- Twee 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.



Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

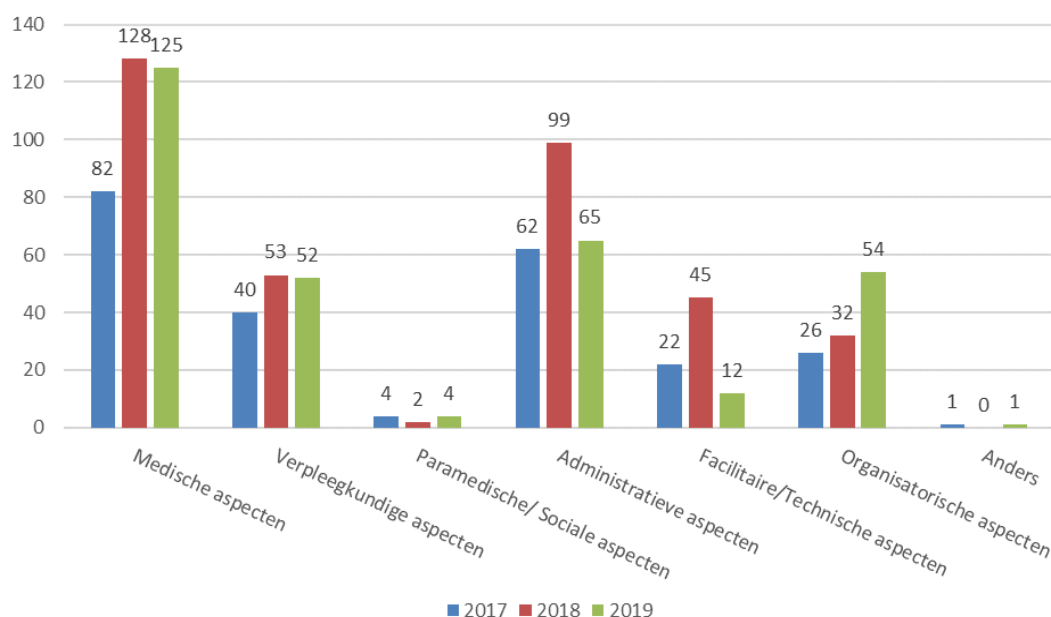
- De meeste klachten werden geuit tegenover artsen, gevolgd door verpleegkundigen.

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.

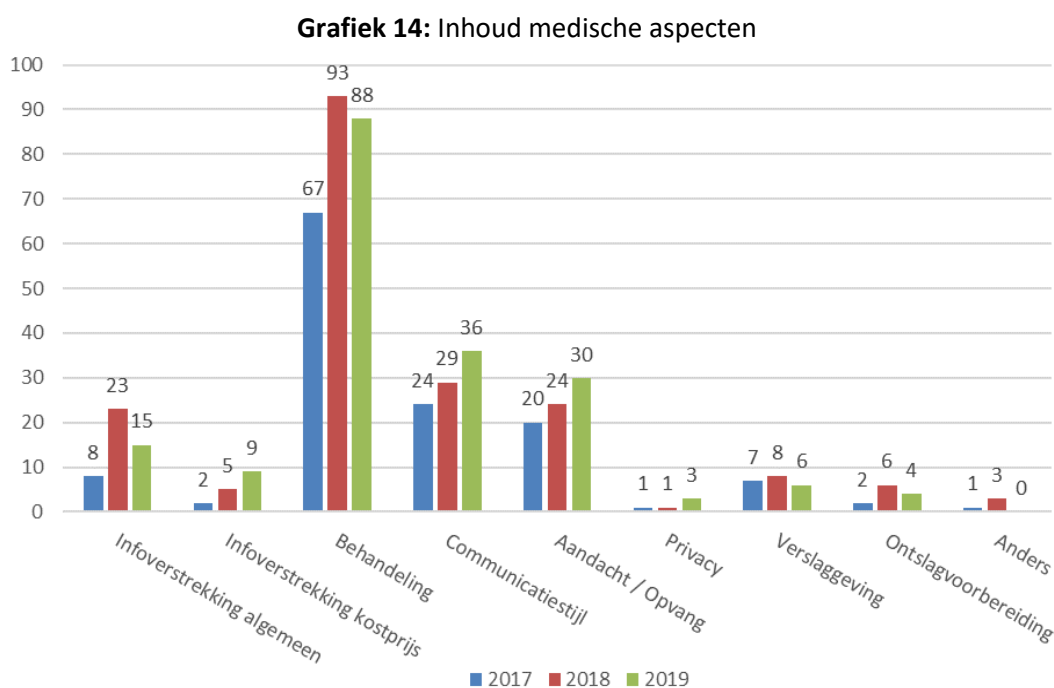
Grafiek 13: Inhoud van de klachten



Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- De meeste klachten werden geuit omwille van medische aspecten. Het aantal medische aspecten is ongeveer gelijk gebleven in vergelijking met vorig jaar.
- Het aantal klachten met administratieve en facilitair technische aspecten is sterk gedaald in vergelijking met vorig jaar.
- Het aantal klachten met organisatorische aspecten en is sterk toegenomen in vergelijking met vorig jaar.
- Het aantal klachten met verpleegkundige aspecten is ongeveer gelijk gebleven in vergelijking met vorig jaar.
- Het aantal klachten met paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten ligt zeer laag.

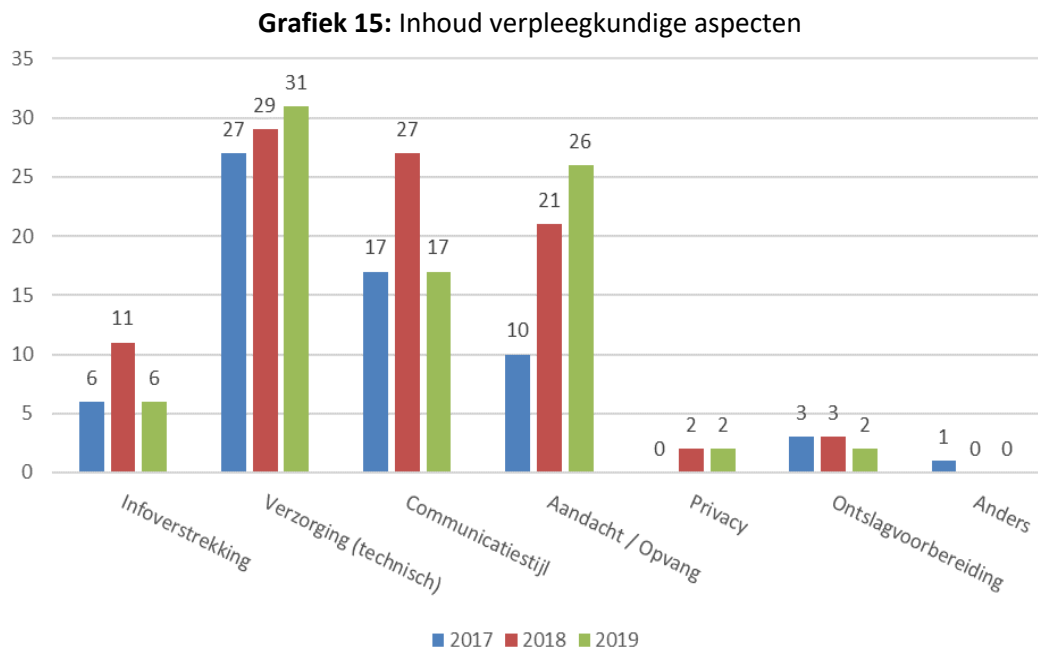
4.6.1 Inhoud medische aspecten



Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Bij een analyse van de klachten stellen we vast dat bij de artsen de meeste problemen worden gemeld betreffende de kwaliteit van de behandeling (inhoud, kostprijs, diagnose, risico's,...). 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.

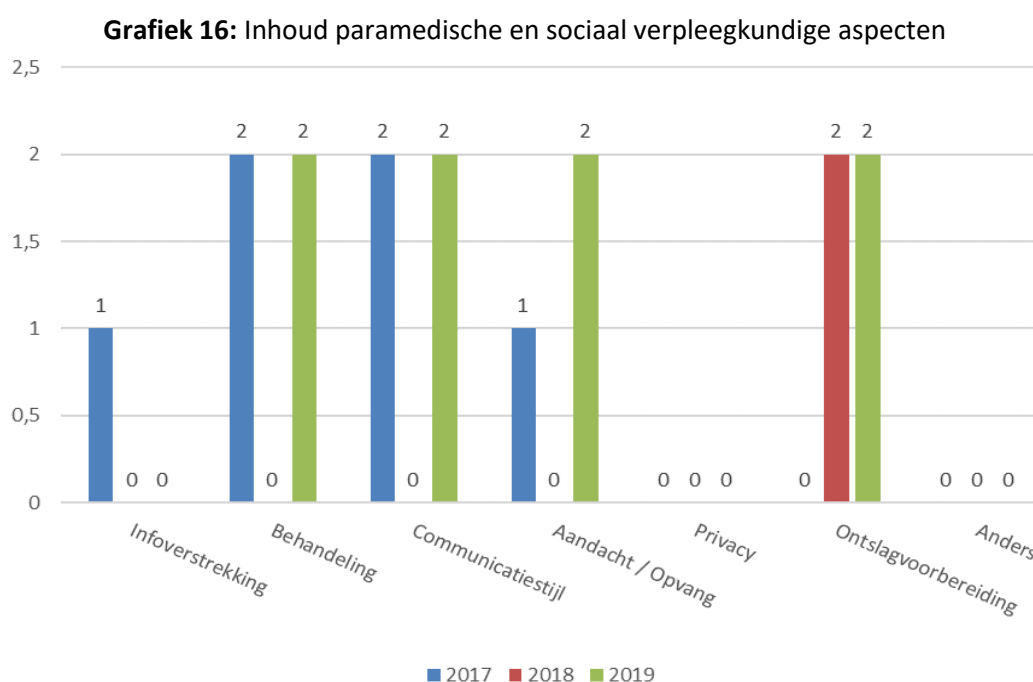
4.6.2 Inhoud verpleegkundige aspecten



Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Veel klachten handelden over de kwaliteit van de verzorging en het gebrek aan aandacht.
- Het aantal klachten over de communicatiestijl is gedaald in vergelijking met vorig jaar.
- Soms was men niet tevreden over de informatieverstrekking, ontslagvoorbereiding en het respecteren van de privacy.

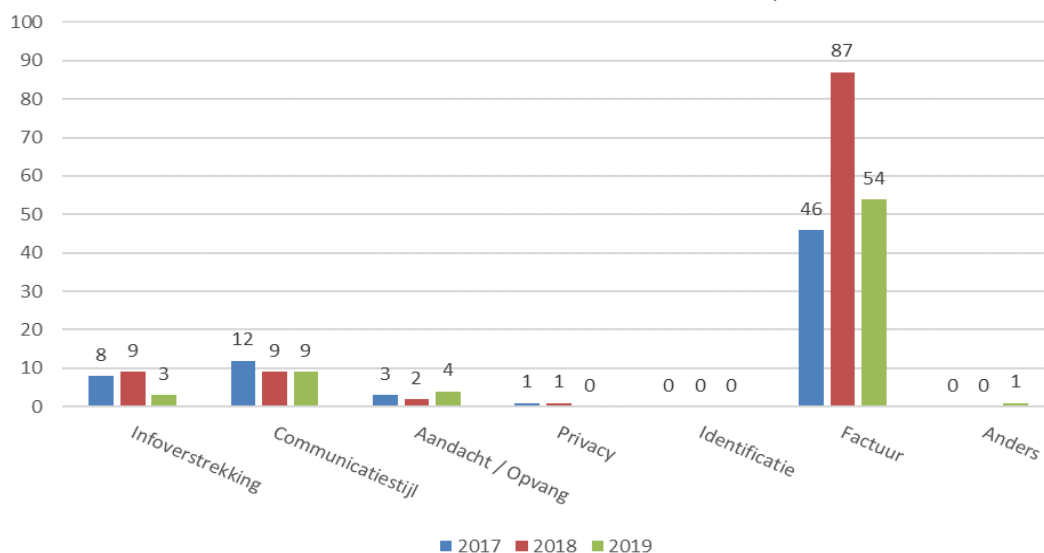
4.6.3 Inhoud paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten



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

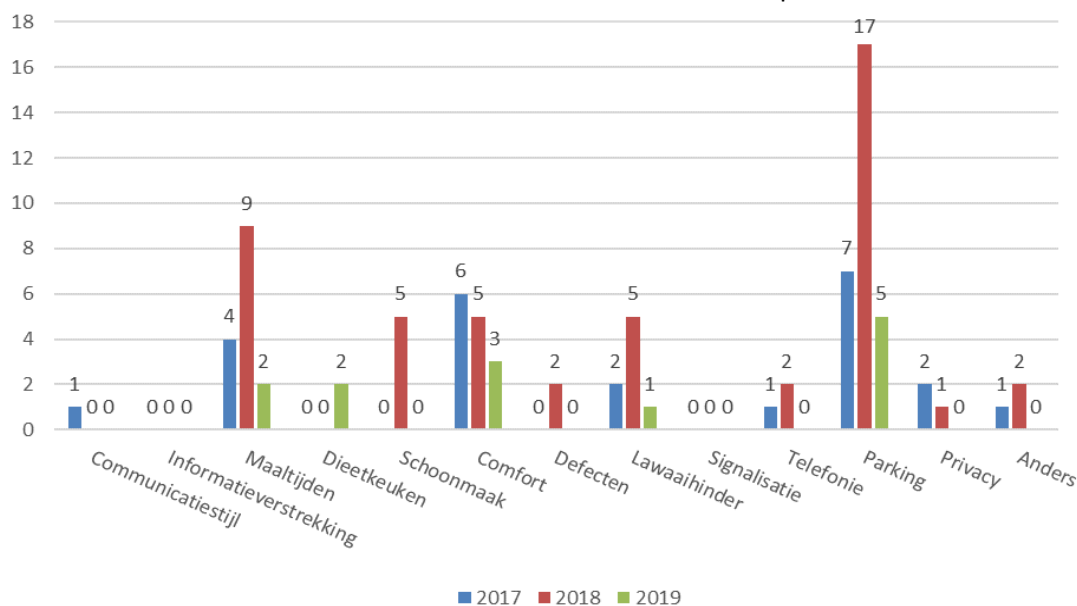


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Er werden minder klachten met betrekking tot de factuur (of aanmaning) gemeld in 2019. (In 2018 dienden veel achterstallige betalingen door de deurwaarder te worden geïnd).

4.6.5 Inhoud facilitaire en technische aspecten

Grafiek 18: Inhoud facilitaire en technische aspecten

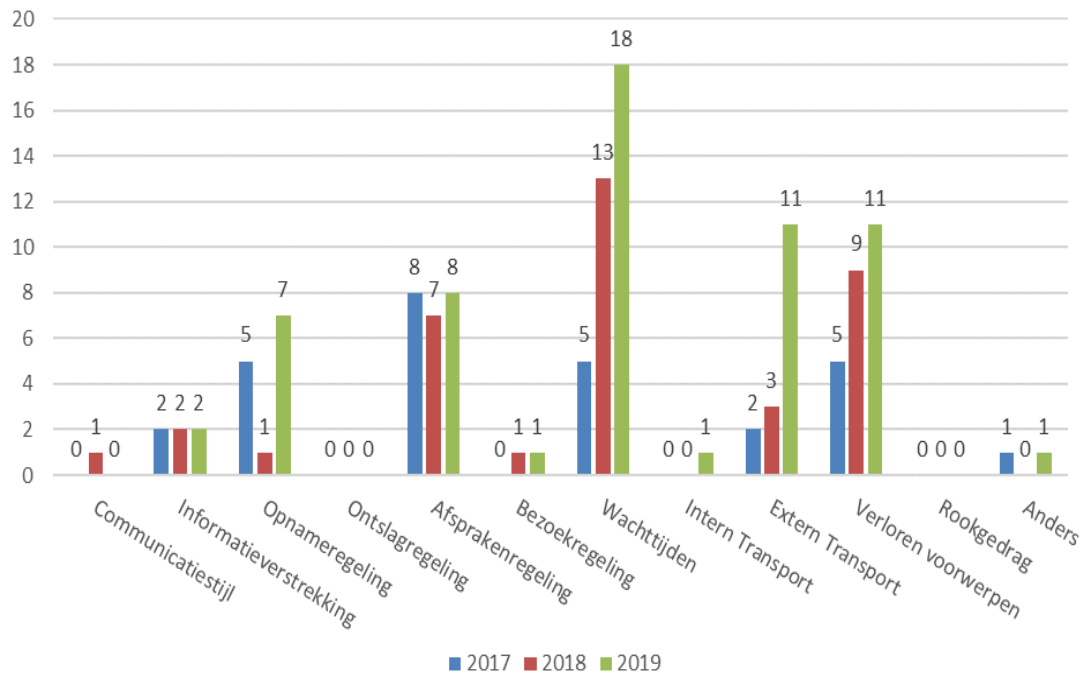


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- De klachten over de parking zijn sterk gedaald. Dit heeft te maken met aanpassingen betreffende de kostprijs en het op punt stellen van de slagboom en betaalautomaten.
- Ook de klachten m.b.t. maaltijden zijn gedaald in vergelijking met 2018.

4.6.6 Inhoud organisatorische aspecten

Grafiek 19: Inhoud organisatorische aspecten

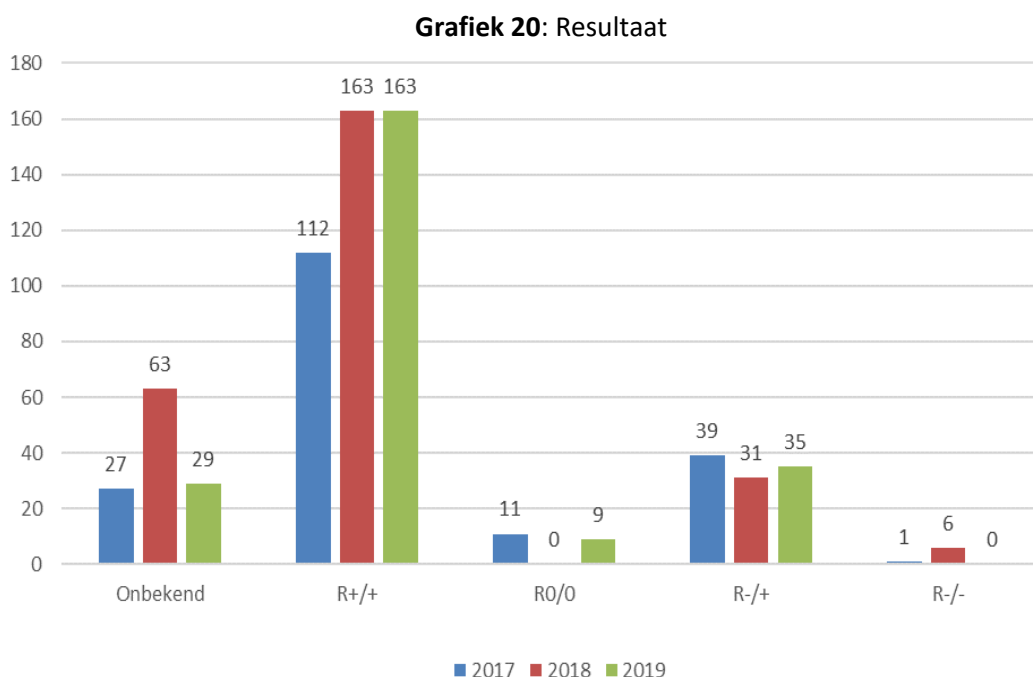


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Er werden meer klachten geuit omwille van lange wachttijden. Dit situeert zich voornamelijk op de dienst spoedgevallen.
- De klachten betreffende extern patiëntenvervoer handelden vaak over onvoldoende info over de kostprijs en over ritten die verkeerd werden ingepland.
- Klachten met betrekking tot verloren voorwerpen handelden dikwijls over een gebitsprothese.

4.7 Bereikte resultaat

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



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

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

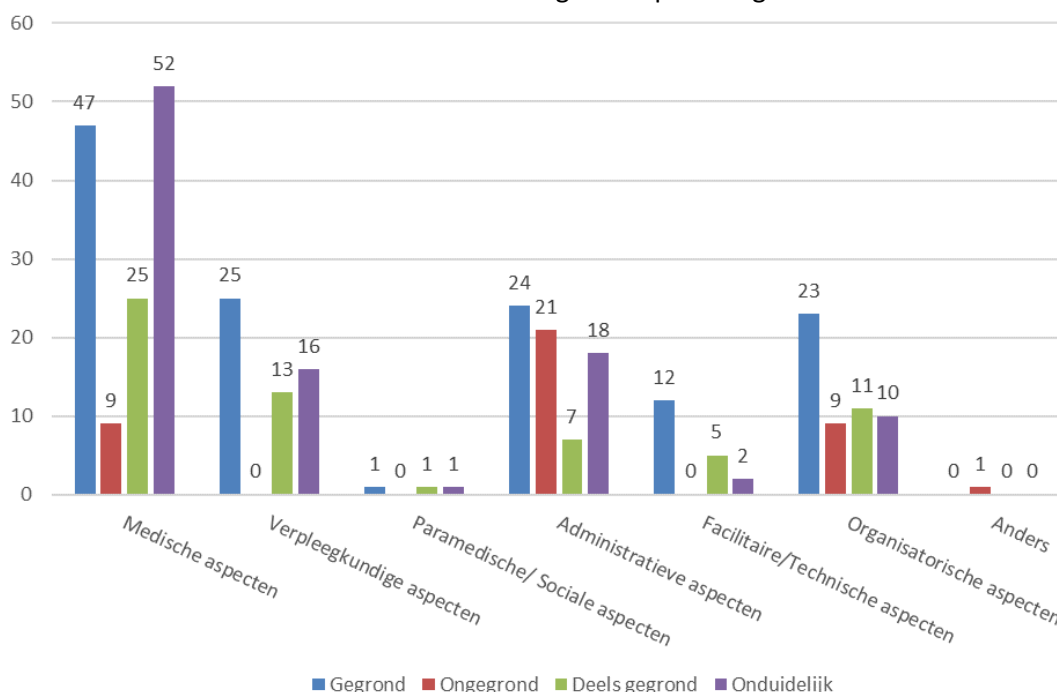
Bij de meerderheid van de klachten geeft de klager aan tevreden te zijn over de afhandeling van de klacht en het bereikte resultaat. Het resultaat werd 29 keer als “onbekend” beoordeeld: dit betreft voornamelijk schriftelijke klachten waarvan niet altijd geweten is of de indiener van de klacht tevreden is met het resultaat.

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 informeren indien zorgverstrekking hoge persoonlijke bijdrage met zich meebrengt die niet gedekt wordt door een RIZIV- tussenkomst.	Teruggekoppeld.
	Artsen binnen eenzelfde discipline moeten zo veel mogelijk op één lijn staan.	Teruggekoppeld.
	Meer multidisciplinair en interdisciplinair overleg en opvolging.	Opnemen in brief hoofdgeneesheer.
	Patiënten zoveel mogelijk op juiste discipline opnemen.	Opnemen in brief hoofdgeneesheer.
	Dagelijks gaan toeren bij alle patiënten, ook in het weekend.	Blijvend aandachtspunt. Opnemen in brief hoofdgeneesheer.
	Patiënt steeds onderzoeken en voldoende tijd/aandacht aan patiënt schenken.	Teruggekoppeld.
	Meer aandacht voor communicatiestijl / empathie.	Blijvend aandachtspunt. Sensibiliseren.
	Betere afspraken maken omtrent al dan niet toepassen van palliatieve comfortzorg.	Teruggekoppeld.
	Indien nodig patiënt zelf zien na contact spoedarts.	Opnemen in brief hoofdgeneesheer.
	Betere communicatie tussen radiologie en spoed wanneer patiënt kan komen voor onderzoek.	Hoofdgeneesheer neemt dit verder op.
	Steeds verslag opstellen en aan huisarts bezorgen.	Teruggekoppeld.
	Ouders kinderen laten begeleiden tot aan inductie en bij het ontwaken.	Blijvend aandachtspunt.
	Operatiekwartier: noodmedicatie niet aanrekenen aan eerste patiënt.	Er zal overgeschakeld worden op kant en klare spuiten (cfr. ZOL).
	Aandacht voor privacy in kinézaal van revalidatieafdeling.	Teruggekoppeld.
Steeds info geven aan patiënt over onkosten interhospitaal patiëntenvervoer. Een ambulancerit wordt enkel vergoed indien de patiënt is opgenomen in ZMK en de dag van het onderzoek per ambulance terugkeert naar ZMK. Indien patiënt niet dezelfde dag per ambulance terugkomt naar ZMK is rekening voor patiënt. Ook voor ambulante patiënten en patiënten in daghospitalisatie is de rekening steeds voor de patiënt.	Opnemen in brief hoofdgeneesheer.	

SPOED	Artsen: ook in niet urgente situaties / oneigenlijk gebruik spoedgevallen aandacht hebben voor communicatiestijl.	Teruggekoppeld.
	Artsen: voldoende aandacht aan patiënt schenken: tijd nemen en naar verhaal luisteren.	Blijvend aandachtspunt.
	Artsen: indien protocol radiologie uitwijst dat niet juiste diagnose aan patiënt werd gegeven (vb. breuk), contact opnemen met patiënt of huisarts.	Hoofdgeneesheer neemt dit verder op.
	Artsen: indien nodig specialist contacteren.	Teruggekoppeld.
	Artsen + vpk: triagesysteem verder uitbouwen.	Hoofdgeneesheer volgt dit verder op.
	Artsen + vpk: betere communicatie tussen radiologie en spoed wanneer patiënt kan komen voor onderzoek.	Teruggekoppeld.
	Artsen + vpk: meer aandacht voor communicatiestijl / empathie.	Blijvend aandachtspunt. Sensibiliseren.
	Artsen + vpk: patiënten steeds serieus nemen en onderzoeken.	Blijvend aandachtspunt.
	Vpk: patiënten informeren indien wachttijden hoog oplopen.	Teruggekoppeld.
	Vpk: meer aandacht voor patiënten die hulpbehoevend zijn (vb. uitstappen uit auto, rolstoel aanbieden).	Blijvend aandachtspunt.
VERPLEEGKUNDIG / PARAMEDISCH	Voldoende aandacht aan verzorging patiënt geven.	Teruggekoppeld.
	Meer aandacht voor communicatiestijl / empathie.	Blijvend aandachtspunt. Sensibiliseren.
	Meer aandacht voor behulpzaamheid.	Teruggekoppeld.
	Bij elke handeling ID van patiënt controleren, ook wanneer telefonisch info aan familie wordt doorgegeven.	Teruggekoppeld.
	Bijkomende opleiding tilbeleid. Inventarisering tilbanden.	Tilbanden werden geïnventariseerd. Er zal opleiding voorzien worden.
	Informatie omtrent kamerkeuze bij opname CDZ duidelijker in brochures vermelden.	Brochure zal bij volgende druk aangepast worden.
	Patiënt steeds respectvol benaderen.	Teruggekoppeld.
	Extra aandacht voor het niet verloren laten gaan van gebitsprothese.	Teruggekoppeld.
	Extern patiëntenvervoer steeds correct aanvragen (zuurstof? koffers? liggend of zittend?).	Teruggekoppeld.
	Beide deuren leeg - vol systeem steeds gesloten houden o.w.v. geluidsoverlast door dichtslaan deur.	Teruggekoppeld.



ADMINI- STRATIEF	Onthaal: bij ondertekenen van documenten ook steeds naam laten noteren.	Teruggekoppeld.
	Onthaal: meer aandacht voor communicatiestijl, vriendelijkheid en behulpzaamheid.	Teruggekoppeld. Sensibiliseren.
	Eerste herinnering niet via deurwaarder laten gaan.	Werkwijze zal aangepast worden (cfr. ZOL).
TECHNISCHE DIENST	Ventilatiesysteem correct afstellen zodat geen koude lucht op patiënt geblazen wordt.	Blijvend aandachtspunt.
DIRECTIE	Parkeerplaats voorzien specifiek bestemd voor ouders met baby's en kleine kinderen.	Offerte werd opgevraagd: te duur.
	Controles uitvoeren betreffende onterecht gebruik gehandicaptenparking.	Directiesecretariaat legt flyers onder ruitenwissers foutief geparkeerde auto's.

6. BESLUIT

Patiënten hebben behoefte aan service, informatie over hun gezondheid en de verschillende behandelingsvormen. De patiënt is beter geïnformeerd en stelt hogere eisen aan de verleende zorg.

Respectvolle omgang met elkaar blijft een moeilijk bespreekbaar onderwerp omdat medewerkers in eer en geweten handelen. Toch vergt dit aspect meer aandacht. Soms voelen patiënten zich onvoldoende respectvol bejegend en ervaren zij de verbale en non verbale communicatie van de zorgverstreker als niet- of onvoldoende klantgericht. Werken aan een betere bejegening kan geconcretiseerd worden door doorgedreven communicatietraining te voorzien.

Patiënten verwachten een gedocumenteerd antwoord op een klacht. Ze willen ook een terugkoppeling over de genomen corrigerende maatregelen in het ziekenhuis: wat is de oorzaak, wat kan er worden verholpen, kan er structureel iets worden verbeterd.

De doelstelling van klachtenbehandeling is om samen met de patiënten en beroepsbeoefenaars van klachten kansen te maken om te leren en te verbeteren.

Samenvattend voor 2019 kunnen we stellen dat:

- In totaal 333 meldingen behandeld werden; gerelateerd tot het aantal patiëntencontacten is dit een lichte daling in vergelijking met 2018. Het blijft echter een stijging in vergelijking met voorgaande jaren.
- Hoewel het totaal aantal klachten gedaald is, het aantal klachten van de spoedafdeling sterk gestegen is.
- De meeste klachten geuit werden tegenover artsen, gevolgd door verpleegkundigen.
- Veel klachten rechtstreeks betrekking hebben op de individuele relatie tussen patiënt en zorgverlener. Deze klachten worden geuit met als argument een gebrek aan kwaliteitsvolle dienstverlening, in het bijzonder de kwaliteit van de behandeling of verzorging en een onvoldoende respectvolle bejegening.
- Er ook een groot aantal klachten geregistreerd werden die niet onder de patiëntenrechtenwet vallen.
- De klager bij de meerderheid van de klachten tevreden is over de afhandeling van de klacht en het bereikte resultaat.
- De meerderheid van de klachten binnen een termijn van tien dagen wordt afgehandeld.

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

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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 ombudspersoon	Martens Luc
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/04/2018
Bestaffing	0.5 FTE

Lokalisatie dienst	Maesensveld 1 3900 Pelt Lokaal ombudsdienst in blok B, 3° verdieping
Registratiesysteem	VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Website van het ziekenhuis , ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Cursus bemiddeling MEDIV in 2019
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	VVOVAZ-Verschillende bijscholingen en update wetgeving via de beroepsvereniging
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De focus ligt op bemiddeling tussen partijen die zorg vragen en zorg aanbieden. De ombudsdienst <ul style="list-style-type: none"> ➤ tracht bij onenigheid beide partijen bijeen te brengen om tot een oplossing te komen, ➤ geeft informatie/ verduidelijking over een aantal aspecten zoals de rechten van de patiënt, over de werking van het ziekenhuis, en verwijst indien nodig naar alternatieve externe pistes. ➤ begeleidt aanvragen voor afschriften en inzage van het patiëntendossier. ➤ Formuleert adviezen ter verbetering, ➤ Geeft vorming aan nieuwe medewerkers en op vraag,

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Meldingen worden vooral schriftelijk via mail, meldingsformulier of brief overgemaakt, maar gebeurt ook persoonlijk of telefonisch.</p> <p>De ombudsdienst neemt contact op met de melder en vraagt naar zijn/haar verwachtingen.</p> <p>Indien gevraagd neemt hij contact met voorwerp van de klacht, koppelt terug naar de melder en bemiddelt indien geen tevredenheid.</p> <p>Geeft mogelijke adviezen indien er nog bijkomende vragen zijn.</p>
---	---

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Er is een goede omgang met klachten, binnen de organisatie wordt constructief meegewerkt door middel van verbeterdoelen via de betrokkenen of via de dienst kwaliteit. ➤ Klachten die via het infokanaal of directie binnenkomen worden aan de ombudsdienst doorgegeven. ➤ Alle middelen en infrastructuur zijn beschikbaar om de functie uit te voeren. ➤ Er is een positief beleid, waarbij er gestreefd wordt om toenadering te zoeken tussen patiënten/families en zorgverstrekkers. ➤ 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?	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Neemt altijd contact via telefoon of mail (indien men kiest om gegevens achter te laten) omwille van verduidelijking en verwachtingen. Dit zo snel mogelijk binnen een termijn van 10 dagen. ➤ Stimuleert rechtstreekse dialoog: bespreking 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;)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indien geen reactie, breng ik de melding na 7 dagen terug onder de aandacht. (Indien dan nog geen reactie en indien het gaat over enkele op jaarbasis vraag ik tussenkomst van departement hoofd.) 	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ een melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze klachten/bemerkingen zijn een weergave van de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	337

Aantal infodossiers	147
Aantal pro actieve dossiers	Nog geen registratie, zal geïntegreerd worden in 2020
Aantal opvragingen patiëntendossier	80 patiënten hebben via de ombudsdienst een aanvraag voor afschrift patiëntendossier ingediend. De meerderheid heeft betrekking in verband met info 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. Het geeft vooral aan hoe het handelen werd **ervaren**.
- ✓ 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)*	150
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	4
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	36
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	3
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	3
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	25
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)	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:

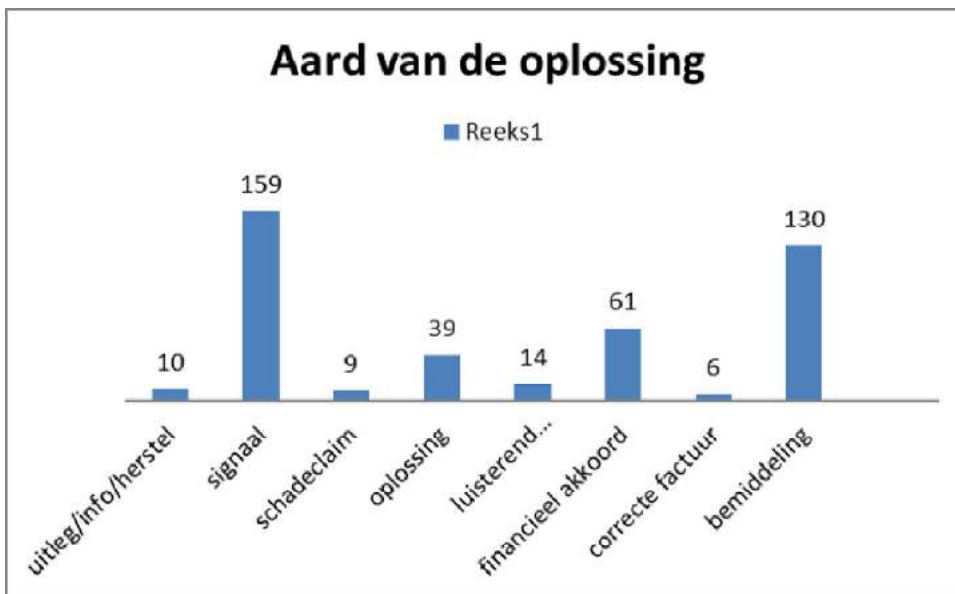
- Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.
- Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet 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	131
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Klachtenaspecten naast de patiëntenrechtenwet: 131 aspecten Verdeelt over: <ul style="list-style-type: none">- Administr-financ.: 42- Facilitair-technisch: 26- Organisatorisch: 70- Andere functies: 22	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
Meest voorkomende klachten: <ul style="list-style-type: none">- Bejegening- Behandeling/verzorging- Informatieverstrekking- Wachttijden- Factuurbetwistingen (vaak het gevolg van de eerste items) Meest voorkomende informatie vragen over: <ul style="list-style-type: none">Bekomen afschrift patiëntendossierBekomen van informatieAllerhande andere items	

Behandeltijd in aantallen, verdeeld in intervallen van 3 dagen

Behandeltijd maximaal 3 dagen	192	60%
Behandeltijd van 4 tot 6 dagen	34	11%
Behandeltijd van 7 tot 9 dagen	31	10%
Behandeltijd van 10 tot 12 dagen	17	5%
Behandeltijd van 13 tot 15 dagen	10	3%
Behandeltijd van 16 tot 18 dagen	6	2%
Behandeltijd van 19 tot 21 dagen	5	2%
Behandeltijd meer dan 21 dagen	24	8%

Aard van de afhandeling van de ombudsdossiers in 2018:



Opm.: - een melding kan meerdere items ivm de afhandeling bevatten.

- van de 6 klachten over facturatie kwam er na bemiddeling in 5 gevallen een oplossing.

Tevredenheid:

In 86 % van de contacten was de melder tevreden over het optreden van de ombudsdienst.

Voor 8.3 % van de contacten was het resultaat onbekend.

In 5.7 % reageerde de melder niet op een reactie/voorstel.

Aanbevelingen

- ✓ Communicatie/bejegening: inzet op training conflicthantering, training empathisch luisteren, training bemiddeling, reeds aanvangen in de opleidingen...
- ✓ Ontlasten van de spoeddienst (wat zijn spoedeisende medische problemen)
- ✓ 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),

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, geeft info op dienstvergaderingen indien gevraagd en er wordt bekeken om met een e-learning pakket zowel voor de werking van de ombudsdienst, de rechten van de patiënt als een aantal hieraan gekoppelde procedures kenbaar te maken aan niet alleen de nieuwe medewerkers, maar ook voor de andere medewerkers ter opfrissing.

Samen met de DPO worden infosessies gegeven over de privacy en rechten van de patiënt.

Interne klachtendossiers 2019 PZ H. Familie

VOLWASSENEN TIJDENS OPNAME

Patiënte is heel tevreden met de hulpverlening en de vriendelijkheid van de mensen. Ze heeft het moeilijk met de **hygiëne**. Ze vindt dat de poetsvrouwen onderbemand zijn en dat **de 4-persoonkamer** niet goed onderhouden wordt. De WC is niet proper, de grond en de mat in de douches zijn nat en onhygiënisch. Ze stelt ook voor om de lavabo's en WC op de vierpersoonkamer meer te poetsen. Het toilet en de lavabo's worden nu dagelijks gepoetst in de besproken vierpersoonkamer.

Na een maand terug een klacht over de **schoonmaak op een andere 4-persoonkamer**. Klachten over stof onder de bedden, op de bedden, op toilet, in de lavabo's, in de kasten, enz. Ook de frigo was niet zo proper. Patiënte gaf aan dat er te weinig gepoetst wordt in het ziekenhuis en dat ze er wel veel voor betaalt.

Afgesproken dat de schoonmaak dagelijks onderhoud doet in WC, lavabo en kamervloer in de 4-persoonkamers. Schoonmaakplan werd standaard aangepast naar dagelijks onderhoud in de 4-persoonkamers.

Patiënt klacht geuit dat hij **zich niet betrokken / geïnformeerd** voelde over het gesprek dat zal doorgaan met zijn werkgever. Hij gaf na telefonisch gesprek aan dat hij zou wachten tot het gesprek van de sociale dienst met zijn werkgever en me contacteren als hij zich nog kwaad voelde. Patiënt nam geen contact meer op.

Patiënt was ontevreden over de manier waarop een **staal toxico** wordt afgenomen. Hij vindt het menonwaardig. Hem aangegeven dit te bespreken met de hoofdverpleegkundige. De ombudsdienst contacteerde de hoofdverpleegkundige en deze had de patiënt al gesproken. 2 dagen later terug contact willen nemen met de patiënt en die was ondertussen op ontslag.

VOLWASSENEN AMBULANT

Patiënt is ontevreden dat er **geen vervanging is voorzien tijdens het zwangerschapsverlof** van haar behandelend arts. Volgens haar heeft de arts gezegd dat ze zelf hulp moest zoeken en ze vindt dit niet kunnen. Ik heb aangegeven dat ze dit best met de arts zelf bespreekt. De behandeld arts heeft dit tijdens de consultatie besproken.

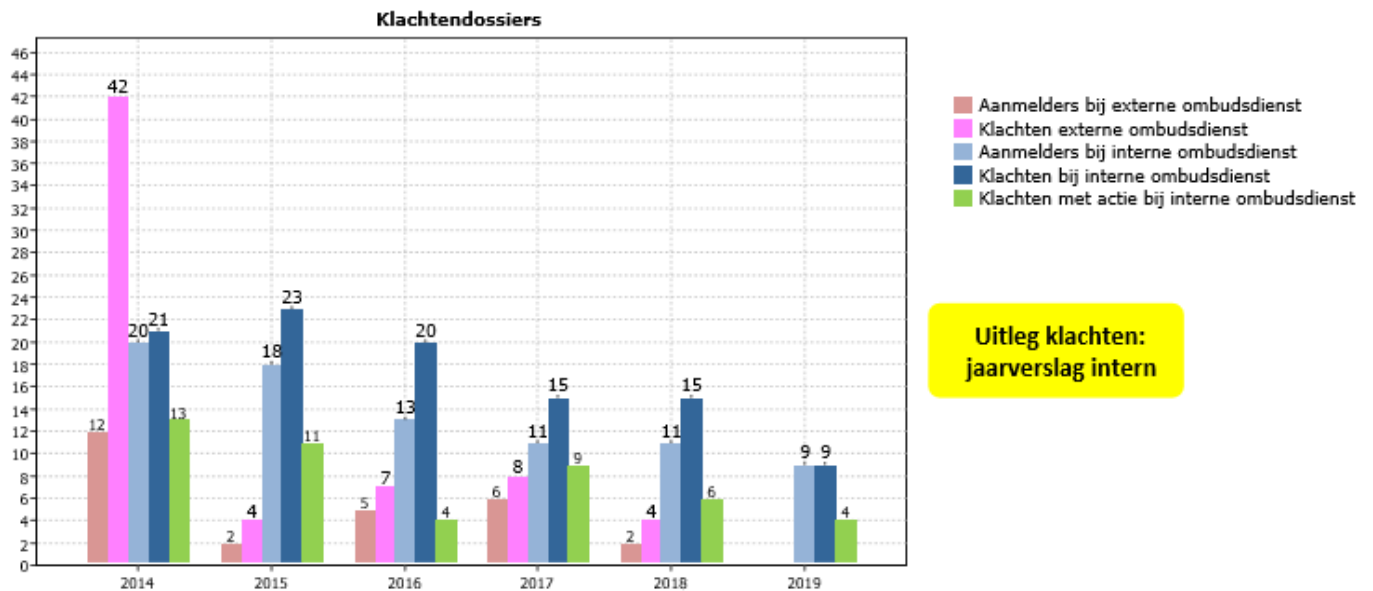
Patiënte werd vrijwillig opgenomen op de Bolder. Haar ongenoegen is vooral te kaderen in **'het missen van de menselijk kant'**. Ze gaf ook aan dat de verpleging samenkomt in het bureel en is tevreden met de psycholoog, maar wou niet opnieuw haar hele leven aan hem vertellen, aangezien ze nog ambulante begeleiding heeft bij een arts hier in het ziekenhuis en door De Fender. Ze gaf aan dat er veel regels zijn en niet altijd de meest positieve. Afgesproken met Bolder dat de afdelingsregels bekeken zullen worden in het kader van SAFEWARDS en dit vanuit vrijwillige als gedwongen opnames. In het kader van bezoek kunnen patiënten en ex-patiënten elkaar weer bezoeken, wel individueel te bekijken. Patiënten die vanuit de open afdeling voor een time-out naar de Bolder komen kunnen enkel bezoek ontvangen van hun familie. De informatiebrochure werd aangepast met deze nota: "gezien de Bolder een crisisafdeling is adviseren wij u om vooraf even uw bezoeken met de arts of een verpleegkundige te bespreken."

Patiënte ontevreden **over de voorlopige bewindvoering**. Ze zou deze graag stopzetten. Voor haar is er ook onduidelijkheid over het verzoek tot bewindvoering. De procedure werd uitgezocht en uitgelegd aan de patiënte. Tijdens een ambulante consultatie werd dit verder met haar besproken.

Patiënt ontevreden over zijn ontslag. Hij vond dat hij **onrechtvaardig werd behandeld i.v.m. zijn druggebruik**, terwijl anderen meerdere kansen kregen. Hij vroeg ook zijn dossier. Zijn dossier werd 14 dagen later bezorgd. Patiënt kwam het later afhalen en kwam ook niet meer naar de afspraak met de ombudsdienst. Belde meerdere keren op en kreeg verschillende afspraken.

Patiënt blijft met **vreemd gevoel zitten rond zijn gedwongen opname** en vraagt uitleg waarom. Contact genomen met de behandelend arts. Teruggebeld naar patiënt om uitleg te geven. Er werd een voicemail bericht ingesproken om terug te bellen zodat ik hem kon inlichten. Patiënt belde niet meer terug.

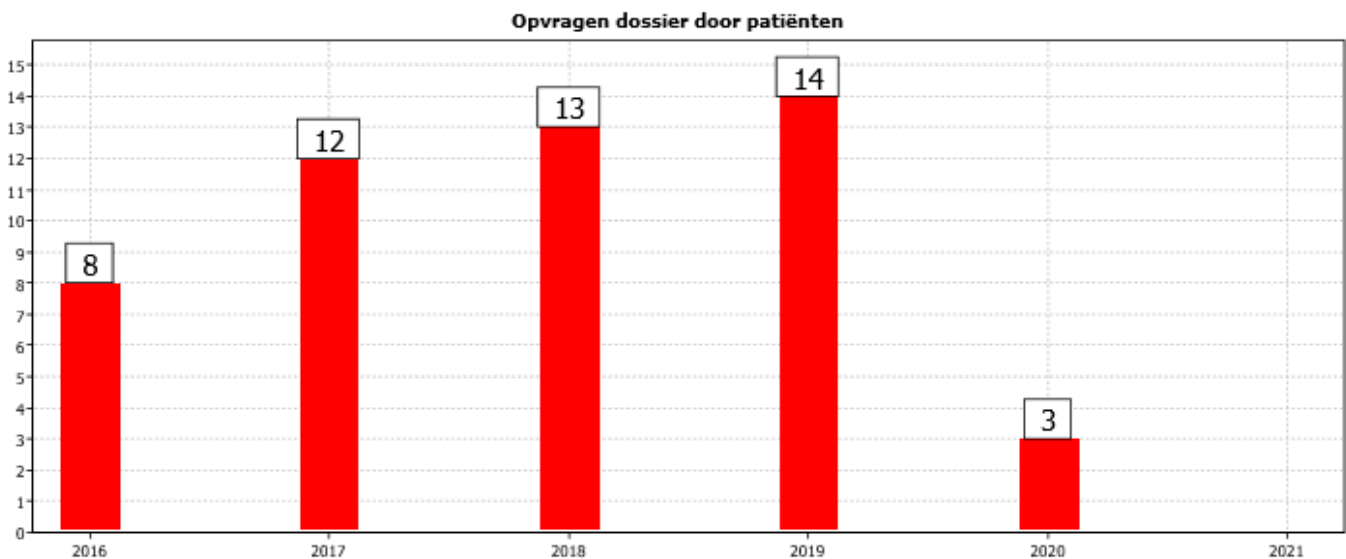
Besluit 2019:



Er waren 9 verschillende klachten van 9 patiënten. 4 van de 9 kregen een verbeteractie. In de andere gevallen werd vooral geluisterd en uitleg gegeven.

7 klachten gaan over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, 1 over het recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en 1 over het recht op informatie..

14 patiënten vroegen inzage in hun dossier of een afschrift van hun dossier. Er werd ingegaan op hun vraag, er waren geen klachten over.



JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Heilige Familie

Kortrijk

periode van 1 januari tot 31 december 2019

psychiatrisch ziekenhuis

erkeningsnummer PZ 528

Helene Cambien

Ombudspersoon

Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid

februari 2020



vertrouwelijk

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

www.ombudsfunctieggz.be

Vlaams overlegplatform Geestelijke Gezondheid

Provincie West-Vlaanderen

Hoefijzerlaan 40

8000 Brugge

www.op-wvl.be

Helene Cambien, externe ombudspersoon GGZ

0490/ 41 93 01

helene.cambien@ombudsfunctieggz.be

1. INLEIDING

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 meldingen, het voorwerp van de meldingen 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 (*IPSO*), 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. De Vlaamse ombudsman bundelde de meldingen van alle ombudspersonen in het Jaarverslag en klachtenboek 2019 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 melding** 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, vierde en vijfde hoofdstuk** bieden een overzicht van de meldingen. We kiezen bewust voor de term "meldingen". 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.

vertrouwelijk

De gegevens worden rechtstreeks ingebracht in een centrale databank, Go-between, ontwikkeld door KP-soft uit Mechelen (www.kpssoft.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. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be. De aanbevelingen uit het Vlaams jaarverslag worden overgenomen. 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 2020 bezorgd aan de diensten van de Vlaamse Ombudsman. Op 3 maart 2020 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

In het **zesde 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 zeven**.

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.

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

In 2019 kende de ombudsdienst geen vaste medewerker in dit ziekenhuis. Tot het voorjaar nam Niki Vervaeke deze rol op zich, vanaf de zomer startte Justine Wijnhoven. Omwille van medische redenen wordt Justine tijdelijk vervangen door Helene Cambien. De bedoeling is en blijft om zo snel mogelijk een vaste ombudspersoon in het ziekenhuis te hebben om een bestendige ombudswerking te kunnen uitbouwen. Elke derde vrijdag van de maand is de ombudspersoon aanwezig in het ziekenhuis tussen 10h30 en 12h30

Aan het ziekenhuis is ook is een kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling verbonden, De Korbeel, alsook De Patio, de forensische jeugdpsychiatrische afdeling en de PVT Valckeberg. 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.

3. AANMELDINGEN VANUIT HET PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

In 2019 werd slechts 3 aanmeldingen ontvangen vanuit het ziekenhuis. Deze aanmeldingen kwamen van 2 aanmelders. Dit is weinig, maar voorgaande jaren zijn er ook nooit aan groot aandeel aanmeldingen geweest.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	7	5	1	3
aanmelders	5	4	1	2

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	1		3	
aanmelders	1		2	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	-	-	-	-
<i>binnen de week</i>	1	100	-	-
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	2	100
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	1	33,33
<i>1 contact</i>	-	-	2	66,66
<i>2 contacten</i>	-	-	-	-
<i>3 contacten</i>	-	-	-	-
<i>meer dan 3 contacten</i>	1	100	-	-
totaal	1	100	3	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		1	

verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0	0
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	1	3

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	1	100,00	2	66,66
groep patiënten	-	-	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	1	100	3	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	1	100,00	2	100,00
vrouw	-	-	-	-
onbekend	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familie lid/partner	-	-	1	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

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

vertrouwelijk

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	-	-	-	-
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	1	100,00
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	1	100,00	3	100,00
neen	-	-	-	-
totaal	1	100	3	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	-	-	-	-
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	-	-	1	33,33
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	1	100,00	2	66,66
totaal	1	100	3	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	-	-	1	33,33
vraag tot interventie	1	100,00	-	-
vraag tot signalering	-	-	1	33,33
vraag naar een luisterend oor	-	-	1	33,33
totaal	1	100	3	100

Er was in 2019 geen verzoek tot interventie bij de aanmeldingen.

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	-	-	1	33,33
neen	1	100,00	2	66,66
werd niet bevraagd	-	-	-	-
totaal	1	100	3	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	-	-	1	100,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

vertrouwelijk**Waarom geen eerdere stappen?**

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	-	-	-	-
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	1	100,00	1	100,00
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	1	100,00	1	33,33
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	-	-	-	-
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	2	66,66
totaal	1	100	3	100

C. Inhoud van de aanmelding

Aanmeldingen weerhouden voor Federale Commissie 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.

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	-	-	2	66,66
aanmeldingen die weerhouden worden	1	100,00	1	33,33
totaal	1	100	3	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	1	100,00	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	1	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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	1	100,00	1	33,33
algemene vraag los van patiëntenrecht	-	-	2	66,66
totaal	1	100	3	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	1	50,00
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	-	-	1	50,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	-	-	1	33,33
psychiater	-	-	2	66,66
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	-	-	-	-
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	1	100,00	-	-
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	-	-	-	-
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

vertrouwelijk

totaal	1	100	3	100
--------	---	-----	---	-----

In volgende tabellen worden de aangemeldingen 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 aangemeldingen.

Overzicht aangemeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	1	100,00	1	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	1	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	-	-	1	100,00
1.2. goede behandeling/begeleiding	1	100,00	-	-
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	-	-
1.4. goede hotelservice	-	-	-	-
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

De aangemelding omtrent respectvolle bejegening ging over correcte omgangsvormen.

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (3).

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

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdinterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	-	-	1	50,00
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	-	-	1	50,00
signaleren	-	-	-	-
coachen	-	-	-	-
bemiddelen	1	100,00	-	-
totaal	1	100	2	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	-	-	-	-
<i>binnen de week</i>	-	-	1	33,33
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	2	66,66
<i>later dan vier weken</i>	1	100,00	-	-
totaal	1	100	3	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	5		3	

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.

4. AANMELDINGEN VANUIT DE KORBEEL

In 2019 werd opnieuw slechts 1 aanmelding van 1 aanmelder gezien door de ombudsdienst. Dit is opnieuw zeer weinig, maar qua aantal aanmeldingen wel vergelijkbaar met de voorgaande jaren.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	3	4	3	1
aanmelders	2	4	1	1

A. Aanmeldingen en aanmelders

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	-	-	1	100,00
groep patiënten	-	-	-	-
andere	3	100,00	-	-
totaal	3	100	1	100

De aanmelder was een patiënt. Er is geen face to face contact geweest met de patiënt.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	-	-	-	-
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	-	-	-	-
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	3	100,00	1	100,00
totaal	3	100	1	100

vertrouwelijk

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	1	33,33	1	100,00
vraag tot interventie	2	66,66	-	-
vraag tot signalering	-	-	-	-
vraag naar een luisterend oor	-	-	-	-
totaal	3	100	1	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	2	66,66	-	-
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	1	33,33	1	100,00
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	1	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 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 meldingen die onder deze strikte interpretatie vallen. Verder in dit verslag houden we – zoals de voorgaande jaren – een ruimere interpretatie aan en rapporteren we de meldingen 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	3	100,00	-	-
aanmeldingen die weerhouden worden	-	-	1	100,00
totaal	3	100	1	100

Overzicht weerhouden meldingen bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	-	-	-	-
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	-	-	1	100,00
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

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde meldingen.

Elke melding heeft ofwel betrekking op één **patiëntenrecht**, ofwel betreft het één **algemene vraag los van de patiëntenrechten**. Er wordt per melding slechts één meldingscode geregistreerd, ook al zijn er in het verhaal van de melder vaak meerdere patiëntenrechten in het spel of bevat het meerdere algemene informatievragen.

vertrouwelijk**Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)**

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	2	66,66	1	100,00
algemene vraag los van patiëntenrecht	1	33,33	-	-
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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	1	33,33	-	-
psychiater	1	33,33	-	-
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	1	33,33	1	100,00
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	-	-	-	-
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	-	-	-	-
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	1	100

In volgende tabellen worden de meldingen 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 meldingen.

Overzicht meldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	2	100,00	-	-
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	-	-	1	100,00
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	1	100,00
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

De melding omtrent het recht op informatie, ging over welke informatie er over een opname opgevraagd kan worden.

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (1).

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	-	-	-	-
doorverwijzen intern	-	-	1	100,00
doorverwijzen extern	1	33,33	-	-
informeren	1	33,33	-	-
signaleren	-	-	-	-
coachen	-	-	-	-
bemiddelen	1	33,33	-	-
totaal	3	100	1	100

5. AANMELDINGEN UIT ANDERE VOORZIENINGEN

Vanuit de Patio en de PVT zijn er geen aanmeldingen in 2019.

6. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden. Gezien het beperkt aantal meldingen kunnen er geen concrete aandachtspunten of aanbevelingen gedistilleerd worden.

De bedoeling is en blijft om zo snel mogelijk een vaste ombudspersoon in het ziekenhuis te hebben om een bestendige ombudswerking te kunnen uitbouwen. Continuïteit in en de verder uitwerking van de externe ombudsfunctie in het ziekenhuis is een aandachtspunt, met als doelstelling dat de externe ombudspersoon aan de hand van de preventieve opdracht en aan de hand van meldingen de kwaliteit van de zorg mee kan bevorderen.

Aanbevelingen uit het Vlaams Jaarverslag

In het Vlaams jaarverslag, raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. In dit jaarverslag worden deze aandachtspunten hieronder opgenomen. In totaal waren er in 2019 **2651** afgesloten meldingen bij de Vlaamse externe ombudspersonen GGZ.

1. Modaliteiten, werkingsmiddelen en mankracht

De huidige werkdruk (meer specifiek: het aantal voorzieningen waar een ombudspersoon verantwoordelijk voor is) vormt nog te vaak een hinderpaal bij:

- het voldoende tijd kunnen nemen voor het opvolgen van meldingen (o.a. voorbereiden van bemiddelings-gesprekken en het betrekken van de context)
- het preventief kunnen werken en informeren rond patiëntenrechten
- tijdsintensieve acties, bv. deelname aan denkrondes over patiëntenrechten, het agenderen van problematieken op verschillende niveaus (bv. op beleidsniveau)

Deze situatie laat daarenboven weinig ruimte voor o.a. projectmatig werken, bijscholing, deelname aan werkgroepen (bvb rond ethiek), ...

2. Organisatorische knelpunten

- Behoefte aan een vast aanspreek- en coördinatiepunt voor de ombudswerking m.b.t. opvolging van intervisie, supervisie, vormingen, wetgeving en algemene informatie over de evolutie van het werkveld. Deze functie wordt nu al deels gerealiseerd maar er is nood aan een verdere uitbouw (bijkomende investeringen nodig).
- Behoefte aan een geactualiseerd registratiesysteem voor het registreren van meldingen.
- Een gebrek aan back-up en opvolging bij uitval of ziekte van een ombudspersoon, wat nefaste gevolgen kan hebben op het vlak van continuïteit.
- De ggz-ombudsfunctie van het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid wordt gefinancierd via 2 kanalen:
 - o een rechtstreeks financiering vanuit de Vlaamse overheid aan het OPGG;

o een bijdrage vanuit de psychiatrische ziekenhuizen die een aparte subsidie ontvangen van de federale overheid voor de organisatie van de ombudsfunctie in het ziekenhuis.

Sommige voorzieningen en regio's dragen substantieel bij aan de werking van de externe ombudsfunctie vanuit deze financiering; andere voorzieningen of regio's dragen vandaag nog niet bij. Een gelijke bijdrage over ziekenhuizen en regio's heen dringt zich dan ook op.

- De ziekenhuizen hebben de keuze om een interne ombudspersoon aan te stellen. Deze mogelijkheid leidt tot ongelijkheid tussen voorzieningen. Waar een interne ombudspersoon aanwezig is, is de verhouding tussen de interne en externe ombudspersoon niet altijd duidelijk en is het een continu zoeken naar afstemming tussen beiden.

3. Toenemende werkdruk in instellingen bemoeilijkt zorgcontinuïteit

De intensifiëring van de zorg vertaalt zich de laatste jaren ook in een toenemende werkdruk. De opnameduur wordt korter, herstel wordt steeds sneller verwacht, er worden steeds meer administratieve eisen gesteld aan het personeel, en dit vertaalt zich in de klachten van patiënten...

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren.

Daarnaast is er ook een stijging van het aantal verplichte ontslagen. Continuïteit en intensifiëring hebben geleid tot een kortere opnameduur. Soms hebben patiënten (en/of familieleden) andere verwachtingen of ideeën over opname, behandeling en therapie. Er is nood aan duidelijke en heldere communicatie zodat zowel patiënt/familie als hulpverlener weten wat ze van elkaar wel en niet mogen verwachten.

Een doorverwijzing van een patiënt naar een psychiatrische voorziening, bv bij een spoedprocedure voor een gedwongen opname, betekent niet noodzakelijk dat er ook een psychiatrische kwetsbaarheid aanwezig is. Afdelingen die deze patiënten opnemen, kunnen na multidisciplinair overleg beslissen om de gedwongen opname vervroegd te stoppen.

Patiënten ervaren echter weleens dat een ontslag versneld wordt omwille van andere dan continuïteitsredenen. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag.

Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie o.w.v. verschillende redenen: agressie, drinken, geen vooruitgang...

Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net hetgene waarvoor

ze opgenomen zijn. Ombudspersonen stellen regelmatig vast dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt — hetzij definitief, hetzij als tijdelijke maatregel (vaak met een breuk in de zorgcontinuïteit en alle daaraan verbonden praktische complicaties als gevolg).

Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem, en voelt al snel aan als een “gemakkelijkheidsoplossing”. Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijke maatregel moeten zijn, waar men in principe slechts tot kan overgaan nadat een multidisciplinair team in overleg heeft vastgesteld dat de opname en opnamekosten verbonden aan de gestelde hulpvraag naar de samenleving toe niet kunnen worden verantwoord, én na in gesprek te zijn gegaan met de patiënt en diens omgeving.

Anderzijds zien we ook dat patiënten die onder bewindvoering Persoon staan net in opname moeten blijven, ook al ziet men ‘herstel’. Hier ontstaat een spanningsveld tussen het medische luik en de juridische positie van de bewindvoerder die finaal de knoop voor de patiënt doorhakt, soms tegen medisch advies in.

4. Toegankelijkheid / zichtbaarheid

De afgelopen jaren werd sterk ingezet op aanwezigheid van personeel op de afdeling, waarbij gevraagd werd zo weinig mogelijk zich af zonderen in het personeelslokaal.

In 2019 lijkt deze tendens opnieuw gekeerd te zijn: er is terug een stijging van meldingen dat personeel amper of niet in de leefruimte van de patiënten is. Nochtans is dit de manier van observatie en opbouwen van contact met patiënten, die zelf ook aangeven hier veel belang aan te hechten.

Aanbeveling: inzetten op tijd en aanwezigheid (=aanspreekbaarheid) van personeel, bijvoorbeeld door te investeren in werkplaatsen in een leefruimte, kan frustraties en agressie voorkomen. Personeelsleden merken zo sneller op wanneer een patiënt het moeilijk heeft en kunnen escalatie van een situatie voorkomen.

Sommige ombudsen signaleren zelf nog regelmatig beperkingen qua modaliteiten en toegankelijkheid in de voorzieningen, bijvoorbeeld geluidsoverlast en/of gebrek aan privacy in de ter beschikking gestelde permanentieruimtes, of beperkingen op IT-vlak (bvb geen toegang tot e-mail of externe netwerken, geen telefonische ontvangst in gesprekslokaal, ...).

Ook de toegankelijkheid van bvb. gedwongen opnameafdelingen, afzonderingskamers, ... voor de ombudsen wordt door sommige instellingen nog steeds beperkt, wat de dienstverlening belemmert.

5. Betrekken van de omgeving in de zorg

Door intensifiëring van de zorg is de omgeving een belangrijkere rol in de behandeling (zowel in de zorgvoorziening als in de eigen woonst) gaan spelen. Omgeving is niet alleen de familie en vriendenkring, maar ook de buurt, het verenigingsleven van de woonplaats van de patiënt en de ondersteunende thuisdiensten. Een voorziening heeft dankzij haar multidisciplinaire teams alle expertise in huis om te patiënt te motiveren maximaal gebruik te maken van diens omgeving.

Van voor of bij opname zouden familieleden en eventueel de bredere omgeving gehoord en betrokken moeten worden (uiteraard alleen met toestemming van de patiënt). Hoewel de verwachtingen van familieleden niet noodzakelijk dezelfde zijn als die van de patiënt, en deze dualiteit extra inspanningen vraagt van hulpverleners, kunnen ze ook een belangrijke partner en bron van informatie voor de hulpverleners zijn, en (mits de nodige professionele ondersteuning) ook een belangrijke factor in een succesvolle nieuwe start en herstel.

Als externe ombudspersonen weten we uit ervaring dat het niet evident is om patiënten die een negatieve ervaring hebben met hun familie en vriendenkring hiervoor over de streep te trekken. Ook dit familiale netwerk heeft soms, na jarenlange zorg en aanwezigheid, het besluit genomen om afstand te nemen van de patiënt. De betrokken hulpverlener heeft hiervoor begrip en zet voorzichtige stappen om samen met de patiënt te komen tot een nieuwe omgeving waarin een garantie op continuïteit van zorg kan aangeboden worden.

De voorzieningen missen hiervoor echter de nodige mankracht om dit op maat van hun patiënten en familiale omgeving te realiseren. De focus van een behandeling ligt momenteel op het behandelen van de patiënt, hoewel het netwerk van de patiënt hierbij ook een belangrijke partner is, of kan zijn.

In de praktijk betekent dit dat de familie enkele malen wordt uitgenodigd voor een familiegesprek. Mits toestemming van de patiënt en met de nodige professionalisering en beschikbare hulpverleners kan de familie of de betrokken vriendenkring een deel uitmaken van de behandeling en aanwezig zijn tijdens de therapiesessies op hun maat.

Externe ombudspersonen ontmoeten zelfs na 17 jaren wet patiëntenrechten nog steeds patiënten, betrokkenen en hulpverleners die onvoldoende vertrouwd zijn met deze wetgeving.

De aanwezigheid van ombudspersonen in de zorgvoorzieningen ter voorkoming van klachten, dient een evidentie te zijn. Infosessies om de theorie en de praktijk van de wet patiëntenrechten te duiden bewijzen in dezen hun nut. Ook de omgeving betrekken bij het werk van externe ombudspersonen kan bijdragen tot het voorkomen van klachten.

6. Vertrouwenspersonen

Vele (zometer de meeste) patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd, hebben geen vangnet, familie of sociaal netwerk. Ze zijn kwetsbaar en kennen hun rechten niet, laat staan de mogelijkheid tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon. In situaties waar sprake is van dwang en beperkte autonomie van de patiënt is er een duidelijke nood aan een vertrouwenspersoon die morele ondersteuning biedt, dialoog stimuleert en aldus helpt bij het optimaal informeren van de patiënt. Patiënten én hulpverleners ervaren de aanwezigheid van de aanwezigheid van één of meerdere vertrouwenspersonen tijdens een bespreking als een meerwaarde en ondersteuning.

Hulpverleners in het algemeen en ombudspersonen in het bijzonder hebben de plicht (zie o.a. de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke op 20 februari 2017) om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken, bijvoorbeeld door middel van documentatie of infosessies.

Idealiter worden er procedures ontworpen en geïmplementeerd waardoor een vertrouwenspersoon wordt opgenomen in het standaard zorgmodel.

7. Informeren van de patiënt

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. Wat voor hulpverleners vanzelfsprekend is, is dat niet noodzakelijk ook voor de hulpvrager.

Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten creëert onzekerheid en stress. Daarom blijft bijvoorbeeld het gebruik van de brochure "Gedwongen Opname" aangewezen als efficiënte en doeltreffende manier om de patiënt duidelijk te informeren.

8. Inzage en afschrift elektronisch patiëntendossier (EPD)

Tegenwoordig is digitalisering van gezondheidsgegevens gemeengoed. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) biedt voordelen voor zowel de beroepsbeoefenaars als de patiënten. Medicatie, observaties, ontwikkelingen en het persoonlijk verhaal van de zorgvrager worden gebundeld en beveiligd opgeslagen in een gecentraliseerd multidisciplinair dossier.

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 tussen de behandelende arts en de patiënt en/of vertrouwenspersoon via dit medium aan. Deze manier van werken stimuleert de gelijkwaardige samenwerking tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

Patiënten kunnen sinds enkele jaren het EPD digitaal raadplegen (bvb. Collectief

vertrouwelijk

Zorgplatform – cozo.be). Afhankelijk van het vermogen en/of toestand van de patiënt biedt dit bij het doornemen van het dossier een duidelijke meerwaarde. Deze digitalisering vraagt echter ook een nauwe(re) betrokkenheid van de zorgvrager; niet elke patiënt is (om uiteenlopende redenen) in staat het EPD digitaal te raadplegen.

Een duidelijk gedragen visie omtrent digitale zorg vanuit de zorgvoorzieningen blijft dus een uitdaging: een nieuwe manier van werken met nieuwe technologieën vereist ook op meerdere vlakken een cultuurverandering, bijvoorbeeld betreffende de omgang en beveiliging van vertrouwelijke gegevens (o.m. in het licht van de in 2018 aangepaste Europese GDPR-regelgeving).

9. Feedback vanuit de zorgvoorziening

Bij elke klacht/melding/opmerking, wordt de betrokken hulpverlener of afdeling gecontacteerd, mits akkoord van de patiënt. Soms wordt er bemiddeld, soms signaleerd.

Ombudsen gaan vaak in gesprek met een hulpverlener over hoe deze klacht tot stand is gekomen, wat er aan gedaan kan worden, hoe een team ermee kan omgaan. Zelden of nooit wordt er echter feedback gegeven over wat er effectief gedaan is met deze input. De ombudspersonen moeten dit zelf gaan navragen, en dit is vaak een tijdsintensief en frustrerend proces...

Binnen deze optiek zijn afspraken met de patiënt vaak ook moeilijk bindend te maken naar de behandelende instelling/geneeskundige toe.

Daarnaast evolueren de zorgvoorzieningen ook: Eigen visie en beleid, keuzes in zorgaanbod, verbouwingen, wijzigingen in therapieaanbod etc... het zou een evidentie moeten zijn om de ombudspersoon automatisch te informeren zodat eventuele aanmeldingen hieromtrent gecounterd kunnen worden.

10. Nood aan meer/intensievere omkadering & modaliteiten

Door het sluiten van bepaalde afdelingen vallen sommige patiënten uit de boot. Het gaat dan bvb. om patiënten die een PVT nodig hebben maar met intensievere en meer medische zorg dan momenteel een PVT momenteel kan bieden.

In een PVT is momenteel geen psycholoog verplicht op post. Patiënten ervaren dit vaak als een groot tekort. Dit zou in de omkadering moeten worden voorzien.

We merken op verschillende afdelingen en verschillende ziekenhuizen dat er nog te kort is aan therapie en zinvolle dagbesteding. Patiënten hebben te veel "lege" uren.

Er is blijvende aandacht nodig voor het voorkomen en goed opvolgen van

afzonderingsmaatregelen.

Er is onduidelijkheid over het stemrecht bij forensische patiënten. Er zouden wat dit betreft verschillen zijn in de doelgroep. Bij de laatste verkiezingen zijn bepaalde stembrieven weer ingetrokken.

Toegang tot het internet alsook vrij gsm gebruik als algemene regel zou een evidentie moeten zijn.

7. Besluit

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.

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

psychiatrisch ziekenhuis

psychiatrisch verzorgingstehuis

Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain

Gent

periode van 1 januari tot 31 december 2019

Niki Vervaeke

Ombudspersoon

Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid vzw

februari 2020

INHOUD

1. INLEIDING	3
2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE	5
3. AANMELDINGEN	7
4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN	30
5. BESLUITEN	34
6. PRAKTISCHE INFORMATIE	36
7. BIJLAGE: OMBUDSPERSONEN TEWERKGESTELD BIJ POPOVGGZ VZW	38

1. INLEIDING

Dit is het zestiende 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 meldingen, het voorwerp van de meldingen 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 (*IPSO*), 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 melding** 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.

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (OGGPA vzw, SPIL vzw, PopovGGZ vzw, Logistiek Vlabo vzw en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw), met terugwerkende kracht gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert.

Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie

en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband). Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun interviews, registratie, jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

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.

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 2019 verspreid over vier campusen: Campus Dr. Guislain (*PZ*), de aanpalende Campus De Lorckenstraat (*PVT*), Campus Sint-Alfons (*PZ*) en Campus de Deyne (*K-dienst Fioretti*).

De Art 107 fase 2 (extra buitengebruikstelling van bedden voor mobiele teams) is ingegaan op 1 januari 2019.

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
aantal gerealiseerde verpleegdagen	97.589	94.222	95.599	85.713	88.172	84.843	78.775	81202
aantal opnames	1.494	1.368	1.243	1.169	1.158	1.146	1.136	1218
aantal opgenomen patiënten op 1/1	338	326	322	340	348	323	347	303
aantal opgenomen patiënten op 31/12	326	319	340	348	360	328	303	394
aantal gedwongen opnames	109	92	112	109	115	136	144	209

De cijfers qua opnames, opgenomen patiënten en gedwongen opnames zijn in principe definitief. Voor de verpleegdagen kan er nog een correctie volgen.

Het aantal opgenomen patiënten is hoger dan het aantal bedden gezien er meer dagpatiënten 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 (*209 in 2019*). Deze blijven ook jaarlijks stijgen. De turnover is, ondanks het feit dat er ook veel chronische patiënten verblijven, aanzienlijk.

C. Externe ombudsfunctie

Sinds september 2015 was 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.

De ombudspersoon is elke maandag aanwezig in het ziekenhuis van 9u tot 12u. Van 9u tot 9u45 heeft zij spreekuur in het ombudsklokaal aan het onthaal op Campus Dr. Guislain. Zij bezoekt ook regelmatig PVT De Lorckenstraat. Op Campus Sint-Alfons is zij aanspreekbaar op de eerste en de derde maandag van de maand, van 12u15 tot 13u30 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.

Sinds 1 april 2019 is Niki Vervaeke de vaste externe ombudspersoon voor het PC Guislain. Niki is licentiate in de politieke en sociale wetenschappen en counselor. Zij volgde ook de basisopleiding bemiddeling en intervisor bij MEDIV. Zij werkte 50% als externe ombudspersoon Brussel van 2015 tot en met 2019 en neemt op regelmatige basis deel aan intervisie en supervisie.

Zij is lid van IPSOF, VVOVAZ en intervisor voor de regionale VVOVAZ werkgroep Vlaams Brabant.

Niki pleegt, indien nodig, overleg met de directeur patiëntenzorg. Zij is elke donderdag van 9 tot 12 u aanwezig op Campus Dr. Guislain. Elke eerste en 3^e donderdagnamiddag van de maand gaat ze langs op Campus Sint Alfons. Om de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de functie te garanderen, opteert zij voor een actieve rondgang op de verschillende afdelingen bij elke permanentie. Zij is elke weekday bereikbaar tijdens de kantooruren.

Zij gaat maandelijks langs op PVT De Lorckenstraat.

Zij verzorgt ook de externe ombudsfunctie in het Pc Ariadne en in Karus.

Zij gaf ook een korte voordracht over de werking van de ombudsfunctie op de onthaaldag van 3 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 08/01/2019, de laatste op 19/12/2019. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 142, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 142.

Dat is 10 meer dan in 2018.

Er waren 110 aanmeldingen van verschillende aanmelders op **Campus Dr. Guislain** en 32 aanmeldingen van aanmelders op **Campus Sint-Alfons**.

Er waren geen aanmeldingen vanuit de **K-dienst Fioretti** (zie 3.F.).

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	63	62	132	142
aanmelders	44	40	92	90

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

Onderstaande cijfergegevens beslaan de aanmeldingen op beide campussen.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	132		142	
aanmelders	92		90	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	112	88,18	123	87,23
<i>binnen de week</i>	9	7,08	12	8,51
<i>binnen de twee weken</i>	1	0,78	5	3,54
<i>binnen de vier weken</i>	5	3,93	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	1	0,70
totaal	127	100	141	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	5	3,78	-	-
<i>1 contact</i>	58	43,93	87	61,70
<i>2 contacten</i>	41	31,06	33	23,40
<i>3 contacten</i>	13	9,84	13	9,21
<i>meer dan 3 contacten</i>	15	11,36	8	5,67
totaal	132	100	141	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	10		5	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		1	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	127		142	

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 één enkele keer verwezen naar een andere ombudsdienst.

De **142** aanmeldingen (2019) komen van in totaal 90 aanmelders.

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

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
6	1	1,11	6	4,22
5	1	1,11	5	3,52
4	4	4,44	16	11,26
3	9	10,00	27	19,01
2	13	14,44	26	18,30
1	62	68,88	62	43,66
totaal	90	100	142	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	113	85,60	129	91,48
groep patiënten	9	6,81	2	1,41
andere	10	7,57	10	7,09
totaal	132	100	141	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	47	41,96	77	59,68
vrouw	65	58,03	51	39,53
onbekend	-	-	1	0,77
totaal	112	100	129	100

Net zoals in 2018 kwamen de aanmeldingen vooral van individuele patiënten (129) met dit jaar meer aanmeldingen door mannen. 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. In vergelijking met 2018 daalt het aantal groepsmeldingen van 9 naar 2.

10 aanmeldingen kwamen van familie of partner, hierbij namen 3 mensen de rol van vertrouwenspersoon waar, anderen kwamen dan weer ten persoonlijke titel. Bij aanmeldingen door derden wordt telkens nagegaan of geprobeerd na te gaan of de patiënt de aanmelding onderschrijft. Dat blijkt niet altijd zo te zijn. Redenen kunnen zijn: Ervaarden de zorg anders, andere visie op zorg dan familieleden, te verward, ontslagen etc.

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	5	55,55	-	-
3 personen	3	33,33	1	50,00
4 personen	-	-	1	50,00
meer dan 4 personen	1	11,11	-	-
totaal	9	100	2	100
grootste groep	5		4	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familielid/partner	8	80,00	10	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	2	20,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	10	100	10	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	3	30,00	3	30,00
ten persoonlijke titel	7	70,00	7	70,00
totaal	10	100	10	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	3	30,00	1	10,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	4	40,00	1	10,00
terugkoppeling was niet mogelijk	3	30,00	6	60,00
terugkoppeling was niet nodig	-	-	2	20,00
totaal	10	100	10	100

We zien dat het aantal aanmeldingen door anderen gelijk gebleven is. Bij dit soort aanmeldingen zal de ombudspersoon steeds terug proberen te koppelen met de patiënt om te zien of deze de aanmelding onderschrijft. Voor 2 aanmeldingen bleek dit niet nodig te zijn (informatieve vraag) bij aanmelding bleek de patiënt te onderschrijven, bij 1 niet.

De resterende aanmeldingen konden niet worden teruggekoppeld (patiënt niet aanspreekbaar, niet aanwezig, op ontslag etc.)

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	107	81,06	107	75,88
neen	25	18,93	34	24,11
totaal	132	100	141	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	25	100,00	32	94,11
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	1	2,94
vorige jaren binnen deze voorziening	-	-	1	2,94
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	25	100	34	100

Bij 34 aanmeldingen was de aanmelder reeds gekend door de vaste ombudspersoon. Het betreft aanmeldingen van mensen die in 2019 meer dan één aanmelding formuleerden (32).

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	81	61,36	78	55,31
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	21	15,90	21	14,89
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	30	22,72	42	29,78
totaal	132	100	141	100

De meerderheid van de aanmeldingen in 2018 gebeurde via direct contact (78). Daarnaast bleef het aantal schriftelijke aanmeldingen redelijk stabiel (21 t.o.v. 19) en steeg het aantal telefonische aanmeldingen of aanmeldingen per mail substantieel van 30 naar 42.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	23	17,42	14	9,92
vraag tot interventie	64	48,48	65	46,09
vraag tot signalering	19	14,39	51	36,17
vraag naar een luisterend oor	26	19,69	11	7,80
totaal	132	100	141	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	1	1,56	2	3,07
vraag om een ander soort akkoord	63	98,43	63	96,92
totaal	64	100	65	100

Een grote meerderheid van de aanmeldingen betreft interventievragen (65). Het gaat dan om vragen van patiënten die iets willen veranderen aan de situatie of het probleem waarmee ze geconfronteerd worden. In 2019 waren er 2 vragen naar een financieel akkoord.

In 2019 werd ook regelmatig gevraagd om zaken te signaleren, belangrijkste reden die werd aangehaald was 'dat anderen zo iets niet zouden moeten meemaken' (51). Daarnaast waren er 14 vragen om informatie.

Vragen naar een luisterend oor (11 in 2019) 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?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	49	37,12	74	52,48
neen	30	22,72	17	12,05
werd niet bevraagd	53	40,15	50	35,46
totaal	132	100	141	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	47	95,91	74	100,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	1	2,04	-	-
extern	1	2,04	-	-
totaal	49	100	74	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	12	40,00	5	29,41
durfde niet	12	40,00	6	35,29
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	6	20,00	6	35,29
totaal	30	100	17	100

Voor zover bevestigd werden bij de meeste meldingen (74) toch wel eerdere stappen ondernomen.

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	N	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	127	96,21	133	94,32
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	5	3,78	8	5,67
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	132	100	141	100

8 melders 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

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.

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	50	37,87	51	36,17
aanmeldingen die weerhouden worden	82	62,12	90	63,82
totaal	132	100	141	100

Overzicht bij strikte toepassing van de Rechten van de Patiënt.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	60	73,17	62	68,88
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	4,87	4	4,44
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	11	13,41	13	14,44
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	1	1,21	1	1,11
5. c) afschrift patiëntendossier	1	1,21	2	2,22
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	4,87	7	7,77
7. pijnbestrijding	1	1,21	1	1,11
totaal	82	100	90	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOE)

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

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOE)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	114	86,36	114	80,85
algemene vraag los van patiëntenrecht	18	13,63	27	19,14
totaal	132	100	141	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	1	5,55	1	3,70
juridisch	7	38,88	3	11,11
financieel	1	5,55	8	29,62
tewerkstelling	-	-	1	3,70
huisvesting	-	-	1	3,70
levensverhaal	7	38,88	6	22,22
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	2	11,11	7	25,92
totaal	18	100	27	100

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

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	13	9,84	14	9,92
psychiater	37	28,03	49	34,75
huisarts	-	-	4	2,83
andere arts	-	-	1	0,70
apotheker	-	-	-	-
verpleging	29	21,96	27	19,14
persoonlijke begeleider	5	3,78	4	2,83
sociale dienst	6	4,54	6	4,25
psycholoog	3	2,27	3	2,12
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	4	3,03	1	0,70
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	13	9,84	12	8,51
administratieve dienst	1	0,75	1	0,70
technische dienst	5	3,78	4	2,83
voedingsdienst	5	3,78	6	4,25
poetsdienst	-	-	-	-
directie	6	4,54	2	1,41
bewindvoerder	-	-	1	0,70
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	5	3,78	6	4,25
totaal	132	100	141	100

De aanmeldingen zijn gespreid over veel verschillende disciplines. Een meerderheid van de aanmeldingen heeft te maken met de psychiater (49), gevolgd door de verpleging (27) en het multidisciplinair team (12), hulpverleners uit de directe patiëntenzorg. We zien een serieuze verhoging van het aantal aanmeldingen betreffende de psychiater. Voor het eerst ook aanmeldingen rond een huisarts (4) en 1 rond een andere arts.

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	90	78,94	85	74,56
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	5	4,38	5	4,38
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	11	9,64	13	11,40
5. inzage patiëntendossier	3	2,63	3	2,63
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	3,50	7	6,14
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	1	0,87	1	0,87
totaal	114	100	114	100

Het blijft een feit dat de wet op kwaliteitsvolle dienstverlening, van alle rechten, het vaakst wordt aangehaald (85). 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	14	15,55	8	9,41
1.2. goede behandeling/begeleiding	31	34,44	33	38,82
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	14	15,55	19	22,35
1.4. goede hotelservice	15	16,66	19	22,35
1.5. betalende diensten	1	1,11	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	4	4,44	1	1,17
1.7. beschermende maatregelen	11	12,22	5	5,88
totaal	90	100	85	100

Alle subitems van het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening worden gescoord en hierbij valt vooral de blijvende stijging in aanmeldingen rond kwaliteitsvol verblijf/wonen (van 1

naar 14 naar 19) en stellen we dit jaar een daling vast in het aantal meldingen over beschermende maatregelen (van 11 naar 5) op.

Het feit dat er op korte tijd een aantal wissels in psychiaters gebeurde had een ernstige impact op de ervaring van zorg van een aantal patiënten. De wachttijden waren soms zeer lang, daarnaast was de frequentie om de arts te kunnen zien soms zeer laag en onduidelijk. Dit interfereerde ook met de continuïteit van de zorg voor bepaalde patiënten die soms op enkele maanden tijd tot 3 keer van psychiater moesten wisselen. Tegelijk kwam ook het recht om beroep te doen op een andere beroepsbeoefenaar hierdoor in het gedrang.

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	21,42	2	25,00
correcte omgangsvormen	8	57,14	5	62,50
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	3	21,42	1	12,50
totaal	14	100	8	100

Het aantal meldingen rond respectvolle bejegening daalt van 14 naar 8 ondanks de stijging van het globaal aantal meldingen, dat is een positieve evolutie.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	1	3,22	2	6,06
somatische verzorging	5	16,12	4	12,12
medicatie	2	6,45	3	9,09
individuele therapie	3	9,67	1	3,03
groepstherapie	3	9,67	2	6,06
voldoende beschikbaarheid	1	3,22	9	27,27
betrokkenheid familie	3	9,67	3	9,09
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	2	6,06
overplaatsing naar andere afdeling	6	19,35	2	6,06
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	2	6,06
andere	7	22,58	3	9,09
totaal	31	100	33	100

Goede behandeling/begeleiding verwijst naar meerdere aspecten in de zorg. Het aantal aanmeldingen is redelijk gelijklopend gebleven maar er is duidelijk vraag naar voldoende beschikbaarheid van zorgverstrekkers.

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	50,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	50,00
totaal	-	-	2	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	3	50,00	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	3	50,00	2	100,00
totaal	6	100	2	100

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	50,00
geweigerd	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	3	21,42	7	36,84
groepsleven	7	50,00	8	42,10
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	2	14,28	3	15,78
andere	2	14,28	1	5,26
totaal	14	100	19	100

We stellen , na de sterke stijging van 2017 op 2018 (van 1 naar 14) opnieuw een stijging vast (19). Vooral waar men verplicht moet samenwonen/leven en waar er weinig bewegingsruimte is kan het samenwonen voor de nodige wrevel en spanningen zorgen. Ook de regels die op de afdeling gehanteerd worden kunnen soms voor extra stress zorgen (het is niet evident om regels te hanteren en tegelijk op maat te werken).

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	6	40,00	6	31,57
infrastructuur/accommodatie	6	40,00	8	42,10
hygiëne	1	6,66	1	5,26
veiligheid persoon	-	-	2	10,52
veiligheid goederen	1	6,66	2	10,52
andere	1	6,66	-	-
totaal	15	100	19	100

De stijging in de aanmeldingen bij de 'goede hotelservice' situeert zich vooral binnen de infrastructuur/ accommodatie. Wifi is een van de zaken die blijft terugkomen. Daarnaast ook de vraag om meer airconditioning in de zomer, zeker bij oudere gebouwen een probleem. Tegelijk de vraag om meer verwarming in de winter. Met betrekking tot voeding bleef het aantal aanmeldingen gelijk. Er werd voor 1 afdeling ook een rondleiding in de keuken georganiseerd zodat patiënten meer inzicht konden krijgen in de werking van de keuken.

1.5 Betalende diensten

Er waren geen aanmeldingen over de betalende diensten

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

Er was 1 aanmelding betreffende de verzekering

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	2	18,18	1	20,00
bepaalde bewegingsvrijheid	2	18,18	1	20,00
afzondering	5	45,45	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	2	18,18	3	60,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	11	100	5	100

Voor wat de beschermende maatregelen betreft merkt men dat er een daling is waarbij er dit jaar geen aanmeldingen meer zijn over de afzondering.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	2	40,00	3	60,00
psycholoog	-	-	1	20,00
persoonlijk begeleider	2	40,00	1	20,00
andere	1	20,00	-	-
totaal	5	100	5	100

3. Recht op informatie

Geen enkele aanmelding in 2019

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
Medicatie informatie	-	-	1	7,69
toestemming	9	81,81	9	69,23
Behandeling/begeleiding informatie	1	9,09	2	15,38
toestemming	-	-	-	-
Andere informatie	1	9,09	-	-
toestemming	-	-	1	7,69
totaal	11	100	13	100

Er is een lichte stijging in de aanmeldingen voor het 'recht op geïnformeerde toestemming' (van 11 naar 13). Toestemming (of geen toestemming) i.v.m. medicatie blijft gelijklopend.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	3	100,00	3	100,00
totaal	3	100	3	100

Een gelijklopend aantal aanmeldingen. Door de invoering van de GDPR-wetgeving is het verkrijgen

van het eerste afschrift ook gratis. Dit werd aangepast in de prijslijst van het ziekenhuis.

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medisch luik inzage	-	-	-	-
		afschrift	-	-
verpleegkundig dossier inzage	-	-	-	-
		afschrift	-	-
sociaal luik inzage	-	-	-	-
		afschrift	-	-
Onderzoekresultaten inzage	-	-	-	-
		afschrift	1	33,33
volledig dossier inzage	1	33,33	1	33,33
		afschrift	2	66,66
Andere inzage	-	-	-	-
		afschrift	-	-
totaal	3	100	3	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	3	75,00	4	57,14
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	1	14,28
mondelige indiscretie	-	-	2	28,57
andere	1	25,00	-	-
totaal	4	100	7	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

Geen aanmeldingen.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Geen aanmeldingen

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Geen aanmeldingen

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	1	100,00	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (142).

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	16	12,59	20	14,18
doorverwijzen intern	2	1,57	4	2,83
doorverwijzen extern	2	1,57	-	-
informeren	34	26,77	19	13,47
signaleren	38	29,92	73	51,77
coachen	22	17,32	7	4,96
bemiddelen	13	10,23	18	12,76
totaal	127	100	141	100

Alle hoofdinterventies kwamen aan bod. Er werd vooral gesignaleerd (73), geïnformeerd (19) en bemiddeld (18). Patiënten vragen steeds vaker om te signaleren, wat de oorzaak is hiervan is niet direct duidelijk. Voor de ombudspersoon betekent dit meer aandacht besteden aan het nog meer aanzetten van patiënten om toch zelf de dialoog mbt hun vraag of aanmelding aan te gaan.

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	8	61,53	8	44,44
ombudspersoon zonder patiënt	5	38,46	10	55,55
totaal	13	100	18	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	72	56,69	59	41,54
<i>binnen de week</i>	24	18,89	46	32,39
<i>binnen de twee weken</i>	15	11,81	11	7,74
<i>binnen de vier weken</i>	8	6,29	12	8,45
<i>later dan vier weken</i>	8	6,29	14	9,85
totaal	127	100	142	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	17		30	

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	49	38,58	56	39,43
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	33	25,98	33	23,23
ontevredenheid patiënt	14	11,02	16	11,26
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	7	5,51	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	10	7,87	-	-
ontevredenheid patiënt	1	0,78	1	0,70
geen feedback	13	10,23	36	25,35
totaal	127	100	142	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	76	59,84	86	60,56
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	19	14,96	15	10,56
ontevredenheid patiënt	1	0,78	4	2,81
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	10	7,87	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	9	7,08	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	1	0,70
geen feedback	12	9,44	36	25,35
totaal	127	100	142	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	6	54,54	1	20,00
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	4	80,00
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	5	45,45	-	-
totaal	11	100	5	100

F. K-dienst Fioretti

Sinds 2009 werkte de ombudsdienst op deze K-dienst enkel na afspraak. In deze voorbije jaren waren er nauwelijks meldingen. 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 2019 werd geen melding geregistreerd.

G. Psychiatrisch Verzorgingstehuis en Beschut Wonen

Er waren 2 meldingen uit de **PVT** afkomstig van 2 melders.

Er kwamen 2 meldingen uit **BW Zagan**.

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen 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 voor- en nadelen 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 indien erom gevraagd wordt, voorzien van internetaansluiting (*belangrijk om samen met de patiënt informatie op te zoeken en e-mails te sturen*) en telefoon.
- De ombudspersoon is in principe elke donderdagvoormiddag in het ziekenhuis aanwezig. Op de 1de en 3de donderdag van de maand gaat zij ook naar Campus Sint-Alfons. Op afroep 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 meldingen die niet naar tevredenheid van de patiënt kunnen afgehandeld 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 dienstverlening (art. 5)

- De meeste meldingen (85) 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'

- 33 meldingen vallen onder de categorie 'goede behandeling/begeleiding'. Binnen deze categorie past opnieuw een brede waaier aan verschillende meldingen. Dit jaar zijn er meer meldingen over somatische zorg (naast de psychologische zorg), ook de vraag naar meer therapie, zowel individueel als in groep werd meer genoteerd. De meldingen rond beschikbaarheid sloegen vooral op mogelijkheid om de psychiater te spreken of te weten wanneer dit effectief zou kunnen. Ook voor vb specifieke vragen mbt verlof of uitgang is het soms niet evident om tijdig een antwoord te krijgen.
- De wissel in psychiaters en daaraan gekoppelde beperkte aanwezigheid leidde voor een aantal patiënten tot het hebben van 3 verschillende artsen op 6 maand tijd. Patiënten ervaren het als vervelend om telkens opnieuw te moeten 'beginnen' met een andere arts en vragen om continuïteit. Hier staat tegenover dat de vraag van patiënt naar wissel van psychiater of behoud van psychiater (bij doorschuiving in behandeltraject) vaak, omwille van praktische redenen, niet mogelijk is. Patiënten vinden dit niet helemaal correct.
 - *Tijdige, proactieve en herhaaldelijke communicatie rond structurele wijzigingen (therapie aanbod, vaste aanwezigheid artsen....) en hoe deze zullen worden opgevangen kunnen hierop een antwoord bieden. Dit kan geafficheerd worden op de afdeling of vb tijdens de dagopening worden besproken.*
- De meldingen rond infrastructuur zijn ook gestegen (9). Hier gaat het zowel over delen van kamers als aanwezigheid van WIFI als mogelijkheid om bijvoorbeeld bepaalde websites te gebruiken.

- *Voor wat betreft wifi, dit is een betalende dienstverlening en patiënten die langdurig in opname zijn maken hier veelvuldig gebruik van. Regelmatig moeten herinloggen, trage internetverbinding, moeilijke internetverbinding, het zijn allemaal zaken die aangehaald werden.*

'respectvolle bejegening'

- 8 van deze aanmeldingen vallen te categoriseren onder 'correcte omgangsvormen.'

- *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 patiënten overleg waarbij de patiënt zelf mee aan tafel zit.*
- *Een mogelijkheid om die 'luistertijd' te garanderen is de aanwezigheid van voldoende personeelsleden en aanwezige artsen. Daarnaast is het zaak om een vaste equipe per afdeling te hebben en het aantal 'vlinders' te beperken. Patiënten geven soms aan dat het niet evident is om telkens opnieuw het verhaal te doen aan iemand anders.*
- *Daarnaast is het een goed idee om als hulpverlener je voorkeur in communicatiestijl te kennen en al naargelang, je stijl aan de patiënt aan te passen. Deze aanbeveling kwam vorige jaar al in het jaarverslag en wordt integraal hernomen.*
- *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 gewelddoos communiceren klachten over bejegening helpen voorkomen?*
- *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.*

- Vanuit de nieuwe directie werd overleg tussen verschillende afdelingen en/of beroepsgroepen opgezet. Dit zorgt voor een betere afstemming van werking en visie. Daarnaast wordt op regelmatige basis individueel overleg met medewerk(st)ers georganiseerd om vinger aan de pols te houden over wat leeft bij het personeel. Dit initiatief wordt positief onthaald door de personeelsleden en ook zo naar de ombudsdienst gecommuniceerd.

B.2. het recht op geïnformeerde toestemming

- Bij 9 van de 13 meldingen 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.*
 - *We merken dat er geprobeerd wordt om mensen zelf te laten beslissen en zo weinig mogelijk medicatie gedwongen toe te dienen. Dit lukt echter niet altijd.*

B.3. de overige patiëntenrechten

- Het aantal meldingen 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?
 - *Toch verdient het de aanbeveling het brede publiek te laten kennismaken met de brochures patiëntenrechten (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. Dit gebeurde dit jaar op afdelings niveau (met verhoogde inspraak en betrokkenheid tot gevolg) en tijdens de onthaaldag van het personeel. Er werd gevraagd aan de ombudsdienst om ook in 2020 aan te sluiten bij een aantal initiatieven om de patiënten rechten beter bekend te maken.*

5. BESLUITEN

Er waren in 2019 142 meldingen bij de externe ombudsfunctie in PC Dr. Guislain, afkomstig van 92 melders. Er waren 110 meldingen op Campus Dr. Guislain en 32 meldingen op Campus Sint-Alfons. Er kwam geen enkele melding vanuit de K-dienst Fioretti. Er waren 2 meldingen vanuit PVT.

In meer dan 55% van de gevallen spreekt de patiënt de ombudspersoon rechtstreeks aan, tijdens het spreekuur of tijdens haar ronde op de campussen (78 meldingen).

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 meldingen zijn in wezen vragen van patiënten om één of andere tussenkomst van de ombudspersoon (65). 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 2019 waren er 51 rechtstreekse vragen tot signalering. We noteerden 14 informatieve vragen. Een behoorlijk aantal patiënten had gewoon nood hebben aan een (*extern*) luisterend oor (11- *althoewel dit slechts uitzonderlijk geregistreerd wordt: de ombudspersoon heeft immers ook heel wat informele contacten met patiënten, los van geregistreeerde meldingen*).

Van alle patiëntenrechten komt – zoals elk jaar – vooral het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening aan bod (85 meldingen), 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 (13). Meestal ging het over het niet akkoord gaan met de medicatie.

Het aantal meldingen over andere patiëntenrechten blijft vrij laag: Er waren 5 meldingen over het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar, 3 meldingen over het recht op afschrift van het patiëntendossier en 7 meldingen over het recht op bescherming persoonlijke levenssfeer en 1 melding over recht op pijnbestrijding.

Er zijn veel verschillende disciplines betrokken bij de vragen die de ombudspersoon bereiken. Een meerderheid van de meldingen hebben wel te maken met hulpverleners uit de directe patiëntenzorg, zoals of de psychiater (49) de verpleegkundigen (27) of het multidisciplinair team (12).

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

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. Wegens veel wijzigingen op personeelsniveau werd deze doelstelling dit jaar slechts gedeeltelijk gerealiseerd.

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.

6. PRAKTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING

Naam	Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain
Adres	Campus Dr. Guislain en Campus De Lorckenstraat, 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	Rik Ouvry, Algemeen Directeur, voor PZ Christine De Vrieze, Coördinator, voor PVT
voornaam, naam en functie contactpersoon in de voorziening	Stefanie Everaert, Kwaliteitscoördinator

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam	Niki Vervaeke
------------------	----------------------

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres	Ombudsfunctie PopovGGZ, Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Drongen	
e-mail	Niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be	
brievenbus	op elke campus bij het onthaal	
permanentie	plaatsen	dagen en uren
Campus Dr. Guislain & Lorckenstraat	aanwezig in ziekenhuis zituur in ombudslokaal	Donderdag van 9u tot 12u Donderdag van 9u tot 9u30
Campus	aanwezig in ziekenhuis	

Sint-Alfons		Eerste en derde donderdag van de maand, tussen 12u30 en 13u30
Fioretti - Campus de Deyne		Op afroep
telefoon	nummers	dagen en uren
	09 / 216 65 50	op werkdagen <i>(via secretariaat PopovGGZ)</i>
	GSM 0499/90 77 45	Elke werkdag tijdens kantooruren




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"

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 in Oost-Vlaanderen:

	<p>Naam: Niki Vervaeke E-mail: niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be GSM: 0499/ 90 77 45 Vaste voorzieningen: PVT Leilinde, PZ dr. Guislain, K-dienst Fioretti PC en PVT Ariadne, Karus, PVT Karus, K-dienst De Kaap, BW Zagan, BW Centrum Onderweg, BW Reymeers, BW De Nieuwe Horizon</p>
	<p>Naam: Helene Cambien E-mail: helene.cambien@ombudsfunctieggz.be GSM: 0490/ 41 93 01 Bereikbaar: Elke werkdag tijdens kantooruren Vaste voorzieningen: Mobiele teams Het PAKT, Mobiele teams Netwerk GG ADS Zuid, CGG De Drie Stroomen, CGG Eclips, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, De Sleutel, De Kiem, BW De Vlaamse Ardennen, PZ Sint-Franciscus-De Pelgrim</p>
	<p>Naam: Anne-Leen Denolf E-mail: anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be GSM: 0491/ 39 39 18 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</p>

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Sint Jozef

Pittem

periode van 1 januari tot 31 december 2019

psychiatrisch ziekenhuis

erkeningsnummer PZ 901

Anne-Leen Denolf

Ombudspersoon

Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg

februari 2020



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 meldingen, het voorwerp van de meldingen 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 10 maart 2020 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.

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon GGZ

0491/ 39 39 18

anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Psychiatrisch Centrum Sint Jozef Pittem

Het psychiatrisch Centrum Sint Jozef Pittem, met erkenningsnummer PZ 901, had in kalenderjaar 2019 850 opnames (waarvan 52 opnames in Twoape, dit is de bijkomende dienst dagbehandeling jongeren in associatie met Jan Ypermanziekenhuis en AZ Delta).

B. 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 permanentie elke donderdagnamiddag. Anne-Leen gaat ook 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 was tot eind augustus ook een interne ombudspersoon aan het werk. De interne ombudspersoon in het ziekenhuis was Pol Vanhee. Vanaf 1 september neemt Pol niet langer de functie van interne ombudspersoon op. Voor de aanmeldingen die bij Pol kwamen in de periode januari 2019 tot augustus 2019 is er een apart jaarverslag.

	
Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be 0491 / 393 918	Pol Vanhee, interne ombudspersoon (tot 31/8) pol.vanhee@sjp.be 051/63 81 67

3. AANMELDINGEN

In 2019 waren er 25 aanmeldingen van 16 aanmelders. De eerste aanmelding werd geregistreerd op 24/04/2019, de laatste op 12/12/2019.

Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 25, het totaal aantal in 2019 afgesloten aanmeldingen 23.

Het is voor het eerst dat er zoveel aanmeldingen zijn binnen Sint Jozef. Dit heeft 2 redenen. Enerzijds is de interne ombudsdienst vanaf 1 september gestopt. Anderzijds heeft de ombudsvrouw door een veranderde werkverdeling in 2019 meer aanmeldingen behandeld binnen de vaste voorzieningen van de ombudsvrouw. In 2018 werd door de ombudsvrouw ingesprongen in heel wat voorzieningen waar collega's door ziekte langdurig afwezig waren. (2018: 11 ziekenhuizen, 2019: 7 ziekenhuizen). De grotere bereikbaarheid heeft gezorgd voor meer aanmeldingen in quasi alle voorzieningen.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	0	5	3	25
aanmelders	0	3	2	16

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	3		25	
aanmelders	2		16	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	-	-	13	68,42
<i>binnen de week</i>	-	-	5	26,31
<i>binnen de twee weken</i>	2	100	1	5,26
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-

<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	2	100	19	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	1	33,33	5	20,00
<i>1 contact</i>	-	-	15	60,00
<i>2 contacten</i>	2	66,66	3	12,00
<i>3 contacten</i>	-	-	1	4,00
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	1	4,00
totaal	3	100	25	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	2		5	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	3		23	

De 25 aanmeldingen komen van in totaal 16 aanmelders. De meeste aanmelders hadden na een eerste contactname, ook een persoonlijk gesprek met de ombudsvrouw. Er waren slechts 5 aanmeldingen waarbij geen persoonlijk gesprek plaatsvond maar wel een intensief mailverkeer of meerdere telefonische contacten.

Bij bepaalde aanmeldingen waren er intensievere contacten tussen de aanmelder en de ombudsvrouw noodzakelijk. 5 aanmelders kwamen na een eerste gesprek nog eens of meerdere malen terug om diezelfde aanmelding te bespreken.

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.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
4	2	12,50	8	32,00
2	3	18,75	6	24,00
1	11	68,75	11	44,00
totaal	16	100	25	100

Enkele aanmelders kwamen in de loop van het werkjaar nog eens terug tot bij de ombudsvrouw om een andere klacht te bespreken. Dit zijn de zogeheten '*repeaters*', aanmelders die voor verschillende thema's de ombudsdienst aanspreken. Hoewel repeaters vaak inhoudelijk relevante info, vragen of klachten aanbrengen en vertalen waar ook heel wat andere patiënten mee geconfronteerd worden, is het toch belangrijk om voldoende input te krijgen van nieuwe patiënten om geen al te eenzijdig beeld te krijgen.

De meeste aanmeldingen worden nog steeds geformuleerd door individuele patiënten. Er zijn geen aanmeldingen van groepen.

Er zijn ook 2 aanmeldingen via derden (familieleden of anderen). Aanmeldingen die niet rechtstreeks van de patiënt komen worden door de ombudsdienst steeds afgetoetst met de patiënt zelf, indien mogelijk. Familieleden contacteerden de ombudsdienst meestal ten persoonlijke titel, maar ook als vertegenwoordiger van de patiënt.

Onder de aanmelders is de verhouding mannen en vrouwen gelijk.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	-	-	7	28,00
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	1	33,33	7	28,00
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	2	66,66	11	44,00
totaal	3	100	25	100

Binnen de ombudsdienst zien we in andere voorzieningen een opvallende verschuiving in vorm van aanmelden. Waar in het verleden direct contact op de afdeling of in het ombudsklokaal de start was van een aanmeldingstraject, is dat nu in de eerste plaats telefonisch contact of via mail. Binnen Sint Jozef was dit, door de fysieke afstand, altijd al het geval. Sinds 2019, met de start van permanentie-uren, komen er ook aanmeldingen uit direct contact op de afdeling.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	1	33,33	3	12,00
vraag tot interventie	2	66,66	20	80,00
vraag tot signalering	-	-	1	4,00
vraag naar een luisterend oor	-	-	1	4,00
totaal	3	100	25	100

Wanneer aanmelders tot bij de ombudsdienst komen, is dat omdat zij een interventie wensen. Zij wensen dus een effectieve actie om een verschil te maken in een beslissing waar men mee geconfronteerd wordt of een gang van zaken waar men niet mee tevreden is. In 3 gevallen wou men een financieel akkoord bereiken.

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	3	100,00	13	52,00
neen	-	-	8	32,00
werd niet bevraagd	-	-	4	16,00
totaal	3	100	25	100

Aanmelders hadden in de helft van de aanmeldingen reeds zelf stappen ondernomen, bijvoorbeeld naar de dokter, hoofdverpleegkundige of naar de interne ombudspersoon stappen. Als ombudsdienst zullen wij mensen waar mogelijk coachen om eerst zelf hun grieven rechtstreeks te verwoorden. Met de interne ombudspersoon is steeds vlot samengewerkt bij de aanmeldingen die door ons beiden ontvangen werden.

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	2	66,66	17	68,00
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	1	33,33	8	32,00
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	25	100

Patiënten formuleren meestal een aanmelding wanneer ze nog in opname of behandeling zijn.

3 op 10 van de aanmeldingen komen van patiënten die na hun ontslag nog contact opnemen met de ombudspersoon, om zaken waar zij zich aan stoorden tijdens hun verblijf te signaleren.

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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	3	100,00	19	76,00
algemene vraag los van patiëntenrecht	-	-	6	24,00
totaal	3	100	25	100

De meeste meldingen betroffen patiëntenrechten. 6 meldingen zijn vragen die familiaal, juridisch of financieel van aard zijn of simpelweg het vertellen van een levensverhaal zijn.

Betrokken discipline

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	-	-	2	8,00
psychiater	3	100,00	5	20,00
verpleging	-	-	4	16,00
psycholoog	-	-	1	4,00
multidisciplinair team	-	-	7	28,00
administratieve dienst	-	-	1	4,00
technische dienst	-	-	2	8,00
directie	-	-	2	8,00
andere	-	-	1	4,00
totaal	3	100	25	100

In volgende tabellen worden de meldingen 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 meldingen.

Overzicht meldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	2	66,66	15	78,94
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	33,33	2	10,52
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	-	-	1	5,26

5. inzage patiëntendossier	-	-	1	5,26
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	3	100	19	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	-	-	1	6,66
1.2. goede behandeling/begeleiding	2	100,00	9	60,00
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	-	-
1.4. goede hotelservice	-	-	5	33,33
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	-	-
totaal	2	100	15	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	-	-	-	-
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	1	11,11
medicatie	-	-	3	33,33

individuele therapie	1	50,00	3	33,33
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	1	11,11
betrokkenheid familie	1	50,00	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	1	11,11
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	9	100

1.3. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	-	-	-	-
infrastructuur/accommodatie	-	-	2	40,00
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	1	20,00
veiligheid goederen	-	-	2	40,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	5	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	2	100,00
totaal	1	100	2	100

3. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-
	toestemming	-	1	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-

	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		-	-	1	100

4. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Het betrof de vraag naar afschrift van een dossier waarbij financiële kosten doorgerekend werden (portkosten), terwijl de aanvrager er van uit gaat dat het dossier gratis moet verkregen worden.

D. Interventie

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

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdenterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	-	-	2	8,69
doorverwijzen intern	-	-	2	8,69
doorverwijzen extern	-	-	2	8,69
informereren	1	33,33	2	8,69
signaleren	1	33,33	2	8,69
coachen	1	33,33	5	21,73
bemiddelen	-	-	8	34,78

totaal	3	100	23	100
--------	---	-----	----	-----

Alle mogelijke interventies kwamen aan bod. De ombudsdienst heeft het meest bemiddeld en gecoacht.

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	1	33,33	10	43,47
<i>binnen de week</i>	-	-	4	17,39
<i>binnen de twee weken</i>	2	66,66	2	8,69
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	3	13,04
<i>later dan vier weken</i>	-	-	4	17,39
totaal	3	100	23	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	1		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 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	15	65,21
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	3	100,00	1	4,34
ontevredenheid patiënt	-	-	4	17,39
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-

gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	-	-	3	13,04
totaal	3	100	23	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	19	82,60
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	3	100,00	1	4,34
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	-	-	3	13,04
totaal	3	100	23	100

Gemiddeld genomen zijn aanmelders meer tevreden over het proces, dan over het resultaat van de bemiddeling. Dit is binnen Sint Jozef ook zo.

Waar contacten louter beperkt zijn tot e-mailverkeer is er weinig of geen feedback van de tevredenheid.

4. VASTSTELLINGEN, 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 aandachtspunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2019 2651 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Uitoefening van de ombudsfunctie

- In 2019 zijn er beduidend meer klachten dan in voorgaande jaren. Dit komt hoofdzakelijk door het instellen van een vaste permanentie met een meer zichtbare aanwezigheid van de ombudsvrouw.

Voor 2020 wil de ombudspersoon zich blijvend engageren om door middel van informele bezoeken aan de afdelingen de ombudsdienst kenbaar te maken aan patiënten. Daarnaast zijn ook al afspraken gemaakt voor toelichtingsmomenten rond patiëntenrechten op afdelingsniveau.

B. Aandachtspunten en aanbevelingen betreffende de rechten van de patiënt, evenals positieve ontwikkelingen

goede behandeling

- Patiënten contacteerden de ombudsdienst wel eens in verband met hun individuele traject dat zij in het ziekenhuis doorlopen. Wanneer in dit traject strubbelingen waren, werd dit bemiddeld.
- Medicatie is een aandachtspunt geweest wat betreft het onduidelijk zijn van het waarom van de toediening of het voorhanden zijn van bepaalde medicatie die voor een langere periode werd voorgeschreven en waarbij voorschrift vervallen was. Dit werd in de loop van 2018 reeds uitgeklaard.

Goede hotelservice

- 2 patiënten kwamen een diefstal melden en 1 patiënt ventileerde een gevoel van onveiligheid. In het geval er sprake was van diefstal werd steeds contact genomen met de afdeling om te bekijken of bespreekbaar gesteld werd binnen de afdeling en of patiënten in staat zijn om waardevolle zaken veilig weg te bergen.

Vrije keuze beroepsbeoefenaar en bejegening

- Een beperkt aantal klachten bejegening ventileren een meer algemeen ervaren van minderwaardigheid jegens verpleging, over een kloof tussen de wij en zij. Deze meldingen kan men ook samen zien met de klacht rond beschikbaarheid die ongeveer hetzelfde ervaren ventileert en de vragen omtrent vrije keuze van beroepsbeoefenaar.

5. BESLUIT EN BEPERKTE BENCHMARK

De Ombudsdienst kan binnen het ziekenhuis zeer laagdrempelig werken. In 2018 waren er uitzonderlijk meer klachten dan voorgaande jaren, dit door de veranderende werkwijze van de ombudsdienst (met permanentie).

Aanmelders contacteerden de ombudsdienst voor diverse zaken, financiële vragen, bemiddelingsvragen rond hun individuele behandeling of administratieve zaken.

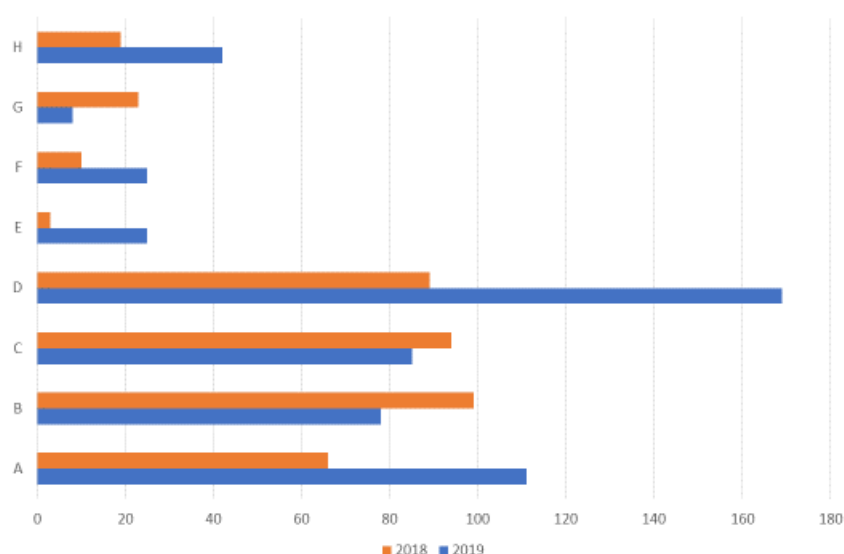
De ombudsvrouw heeft de tijd genomen om met heel wat aanmelders uitgebreid in gesprek te gaan.

Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de aanwezigheid van een ombudsdienst binnen het ziekenhuis.

Los van de aanmeldingen in dit jaarverslag, heeft de ombudspersoon regelmatig informele contacten binnen het ziekenhuis die niet als dusdanig geregistreerd worden.

De ombudsvrouw behandelde in 2019 543 aanmeldingen, daarvan waren er slechts 25 binnen Sint Jozef. In alle Vlaamse voorzieningen samen zijn er 2651 aanmeldingen.

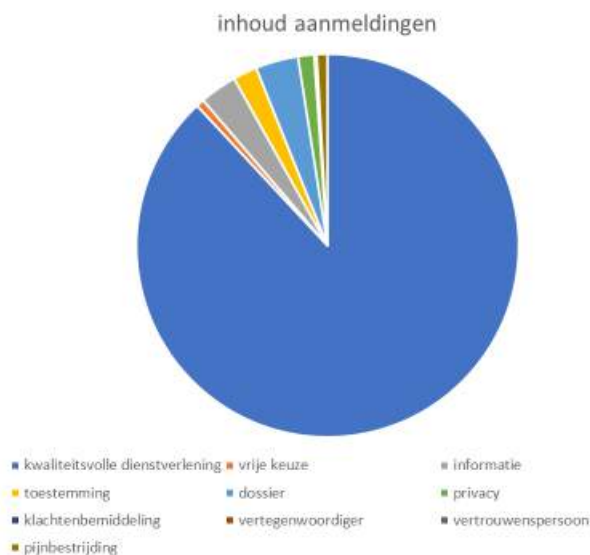
Grafiek hieronder toont de verdeling van het aantal aanmeldingen per ziekenhuis (Sint Jozef is letter E) en het verschil in aantal aanmeldingen tussen 2018 en 2019.



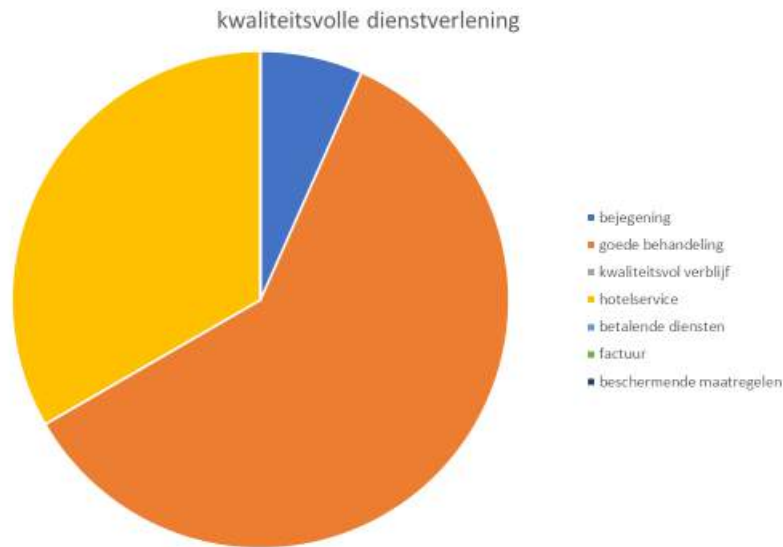
Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen Sint Jozef.



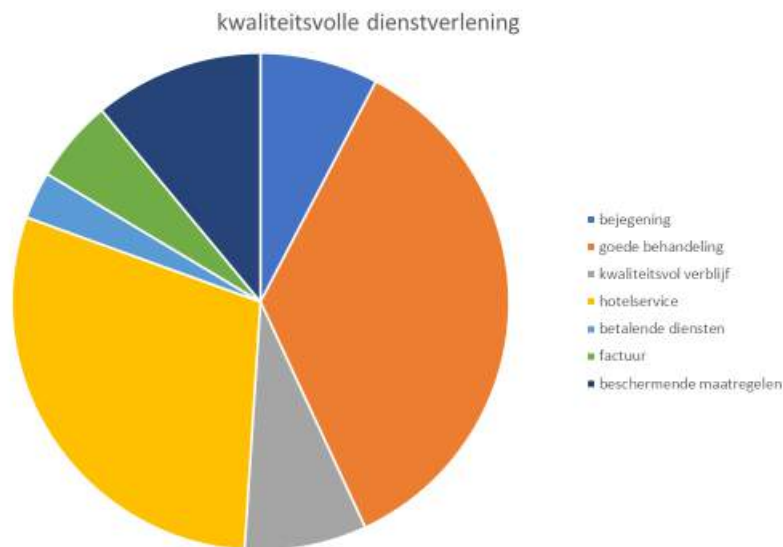
Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening (de grootste groep aanmeldingen) binnen Sint Jozef.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Er is beperkt verschil merkbaar tussen beide diagrammen. Doordat er in Sint Jozef nominaal weinig meldingen zijn, komen bepaalde onderwerpen helemaal niet aan bod. In grote lijnen echter lopen de cirkeldiagrammen van Sint Jozef mooi gelijk met het gemiddelde. Met dit, beperkt wetenschappelijk, beeld willen wij jullie visualiseren dat Sint Jozef, niettegenstaande een laag aantal meldingen, wel gemiddeld 'scoort'.

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.

JAARVERSLAG 2019
EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
MULTIVERSUM

Van 1 januari tot
31 december 2019

Jaarverslag ombudswerking aanmeldingen 2019 - MULTIVERSUM (erkenningsnr.902)
Externe ombudspersoon GGZ Provincie Antwerpen, Lou Hamdaoui



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

VLOGG vzw

Vlaams Overlegplatform Geestelijke

Gezondheid vzw

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 2019 tot 31 december 2019

Lou Hamdaoui
Ombudspersoon
VLOGG vzw
Februari 2020

INHOUD

1. INLEIDING	4
2. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ	6
3. BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN 2019	7
4. AANMELDINGEN 2019	8
5. BESLUIT	28

1. INLEIDING

De uitbreiding van de ombudsfunctie in de provincie Antwerpen, vier jaar geleden, heeft geleid tot het uitwerken van een nieuwe manier van werken. 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.

Het geactualiseerd huishoudelijk reglement van 2016 werd 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 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.

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 ombudsfunctie GGZ. Vanuit de neutrale en onafhankelijke positie van de externe ombudspersoon wordt steeds vertrokken vanuit een meerzijdige partijdigheid. In deze praktijk wordt veel belang gehecht aan het herstel van de dialoog tussen patiënt en hulpverlener. Bemiddeling zoals gehanteerd door de GGZ-ombudspersonen, lijkt de methode bij uitstek om tot een duurzame dialoog te komen. Deze manier dient niet enkel de mogelijkheid om de klacht sneller aan te pakken, maar brengt de partijen ook dicht bij elkaar. Doordat de bemiddeling zich op het niveau bevindt waar de klacht zich situeert, kan escalatie vermeden worden.

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	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	315	590	525	559
aanmelders	309	514	457	494

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSO)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	486	92,57	515	92,96
algemene vraag los van patiëntenrecht	39	7,42	39	7,03
totaal	525	100	554	100

Overzicht aanvragen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	371	76,49	401	77,86
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	0,82	9	1,74
3. informatie	40	8,24	33	6,40
4. geïnformeerde toestemming	18	3,71	11	2,13
5. inzage patiëntendossier	36	7,42	33	6,40
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	1,23	16	3,10
7. klachtenbemiddeling	3	0,61	4	0,77
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,20	-	-
9. vertrouwenspersoon	6	1,23	6	1,16
10. pijnbestrijding	-	-	2	0,38
totaal	485	100	515	100

4. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 07/01/2019, de laatste op 18/12/2019.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 86, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 84.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	0	189	106	86
aanmelders	0	147	88	64

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	106		86	
aanmelders	88		64	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	101	95,28	79	94,04
<i>binnen de week</i>	5	4,71	3	3,57
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	1	1,19
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	1	1,19
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	106	100	84	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	2	2,32
<i>1 contact</i>	80	75,47	80	93,02

2 contacten	26	24,52	1	1,16
3 contacten	-	-	1	1,16
meer dan 3 contacten	-	-	2	2,32
totaal	106	100	86	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	2		5	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	106		84	

De **86** aanmeldingen (2019) komen van in totaal 64 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	95	89,62	75	87,20
groep patiënten	1	0,94	-	-
andere	10	9,43	11	12,79
totaal	106	100	86	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	45	47,87	46	61,33
vrouw	49	52,12	29	38,66
onbekend	-	-	-	-
totaal	94	100	75	100

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

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familie lid/partner	8	80,00	9	81,81
kennis	-	-	1	9,09
personeelslid	-	-	-	-
andere	2	20,00	1	9,09
totaal	10	100	11	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	7	70,00	1	9,09
als vertrouwenspersoon	-	-	2	18,18
ten persoonlijke titel	3	30,00	8	72,72
totaal	10	100	11	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	5	50,00	7	63,63
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	1	9,09
terugkoppeling was niet mogelijk	4	40,00	3	27,27
terugkoppeling was niet nodig	1	10,00	-	-
totaal	10	100	11	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	91	86,66	80	93,02
neen	14	13,33	6	6,97
totaal	105	100	86	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	4	28,57	5	83,33
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	9	64,28	1	16,66
vorige jaren in andere voorziening	1	7,14	-	-
totaal	14	100	6	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	1	0,94	11	12,79
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	2	1,88	15	17,44
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	103	97,16	60	69,76
totaal	106	100	86	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	15	14,15	22	25,58
vraag tot interventie	80	75,47	56	65,11
vraag tot signalering	4	3,77	2	2,32
vraag naar een luisterend oor	7	6,60	6	6,97
totaal	106	100	86	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	6	7,50	6	10,71
vraag om een ander soort akkoord	74	92,50	50	89,28
totaal	80	100	56	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	64	60,37	54	62,79
neen	42	39,62	32	37,20
werd niet bevraagd	-	-	-	-
totaal	106	100	86	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	64	100,00	52	96,29
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	2	3,70
totaal	64	100	54	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	10	23,80	4	12,50
durfde niet	13	30,95	9	28,12
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	19	45,23	19	59,37
totaal	42	100	32	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	3	3,48
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	78	73,58	66	76,74
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	24	22,64	16	18,60
niet van toepassing	2	1,88	-	-
andere	2	1,88	1	1,16
totaal	106	100	86	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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	97	91,50	79	91,86
algemene vraag los van patiëntenrecht	9	8,49	7	8,13
totaal	106	100	86	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	1	11,11	-	-
juridisch	1	11,11	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	5	55,55	7	100,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	2	22,22	-	-
totaal	9	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	-	-	1	1,16
psychiater	29	27,35	27	31,39
huisarts	-	-	1	1,16
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	13	12,26	7	8,13
persoonlijke begeleider	10	9,43	12	13,95
sociale dienst	11	10,37	6	6,97
psycholoog	-	-	5	5,81
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	6	5,66	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	10	9,43	10	11,62

administratieve dienst	2	1,88	2	2,32
technische dienst	4	3,77	-	-
voedingsdienst	4	3,77	6	6,97
poetsdienst	1	0,94	-	-
directie	3	2,83	2	2,32
bewindvoerder	7	6,60	4	4,65
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	6	5,66	3	3,48
totaal	106	100	86	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	82	84,53	72	91,13
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	1,03	1	1,26
3. informatie	6	6,18	-	-
4. geïnformeerde toestemming	-	-	1	1,26
5. inzage patiëntendossier	6	6,18	3	3,79
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	1	1,26
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	2	2,06	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	1	1,26
totaal	97	100	79	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	13	15,85	3	4,16
1.2. goede behandeling/begeleiding	31	37,80	30	41,66
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	5	6,09	2	2,77
1.4. goede hotelservice	14	17,07	11	15,27
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	13	15,85	11	15,27
1.7. beschermende maatregelen	6	7,31	15	20,83
totaal	82	100	72	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	23,07	-	-
correcte omgangsvormen	4	30,76	2	66,66
grensoverschrijdend gedrag	6	46,15	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	13	100	3	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	2	6,45	3	10,00
medicatie	-	-	2	6,66
individuele therapie	1	3,22	1	3,33
groepstherapie	1	3,22	3	10,00
voldoende beschikbaarheid	6	19,35	3	10,00
betrokkenheid familie	-	-	1	3,33
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	5	16,66
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	14	45,16	6	20,00

overplaatsing naar andere afdeling	1	3,22	1	3,33
overplaatsing naar een andere voorziening	1	3,22	3	10,00
andere	5	16,12	2	6,66
totaal	31	100	30	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	20,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	4	80,00
totaal	-	-	5	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	4	28,57	1	16,66
geweigerd	-	-	-	-
andere	10	71,42	5	83,33
totaal	14	100	6	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	2	66,66
geweigerd	-	-	1	33,33
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	3	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	-	-	-	-
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	3	60,00	1	50,00
weekend- en verlofregeling	-	-	1	50,00
andere	2	40,00	-	-
totaal	5	100	2	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	4	28,57	7	63,63
infrastructuur/accommodatie	4	28,57	-	-
hygiëne	1	7,14	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	4	28,57	4	36,36
andere	1	7,14	-	-
totaal	14	100	11	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	5	38,46	3	27,27
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	1	9,09
bestedingsautonomie	-	-	1	9,09
bewindvoering	7	53,84	4	36,36
verzekeringen	1	7,69	2	18,18
andere	-	-	-	-
totaal	13	100	11	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	2	13,33
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	5	33,33
afzondering	-	-	3	20,00
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	6	100,00	2	13,33
internering	-	-	3	20,00
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	15	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	1	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	1	16,66	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	3	50,00	-	-
andere	2	33,33	-	-
totaal	6	100	-	-

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-
	toestemming	-	1	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-
andere	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-
totaal	-	-	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	6	100,00	3	100,00
totaal	6	100	3	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-
	afschrift	6	100,00	3
andere	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
totaal	6	100	3	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	50,00	-	-
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	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 meldingen** (84).

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

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdiventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	6	5,66	6	7,14
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	16	15,09	22	26,19
signaleren	3	2,83	-	-
coachen	1	0,94	17	20,23
bemiddelen	80	75,47	39	46,42
totaal	106	100	84	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	13	16,25	8	20,51
ombudspersoon zonder patiënt	67	83,75	31	79,48
totaal	80	100	39	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	43	40,56	37	44,04
<i>binnen de week</i>	61	57,54	37	44,04
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	7	8,33
<i>binnen de vier weken</i>	1	0,94	1	1,19
<i>later dan vier weken</i>	1	0,94	2	2,38
totaal	106	100	84	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	14		31	

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

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

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

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	78	74,28	62	73,80
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	24	22,85	18	21,42
ontevredenheid patiënt	2	1,90	2	2,38
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	0,95	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	1	1,19
geen feedback	-	-	1	1,19
totaal	105	100	84	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	93	88,57	81	96,42
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	11	10,47	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	0,95	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	1,19
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	-	-	2	2,38
totaal	105	100	84	100

Samenvatting cijfers:

- De 86 aanmeldingen (2019) komen van in totaal 64 aanmelders. Het aantal aanmelders is gedaald tegenover het vorige jaar.
- **82** aanmelders kregen een eerste gesprek **binnen de week**.
- Bij **98%** van de aanmeldingen heeft er **minstens 1 persoonlijk** contact plaatsgevonden.
- Er waren 2 aanmeldingen waarbij er **geen face to face** contact was.
- Ongeveer 13% van de aanmeldingen werden geformuleerd door de **partner of een ander familielid**.
- Het aantal **reeds gekende aanmelders** bedraagt 7% (gehalveerd tav 2018).
- Het aantal aanmelders dat spontaan gebruik maakt van de **permanentie** bedraagt 13%, een **stijging van 12%** tav 2018 (1%). Het merendeel van de aanmelders (**70%**) meldt zich **telefonisch** en maakt een afspraak in het ziekenhuis. 17% stuurt een mail met een expliciete vraag.
- **65%** van de aanmelders vraagt expliciet om een **interventie**, **26%** vraagt **informatie**.
- **63%** van de aanmelders geeft aan betrokken partijen reeds informeel te hebben benaderd.
- **Kwaliteitsvolle dienstverlening (91%)** blijft de belangrijkste categorie.
- **(Pendel-) Bemiddelen, informeren en coachen** blijven de voornaamste vormen van interventie van de ombudspersoon.
- Er waren in 2019 **8 driegesprekken**.
- Doorgaans worden aanmeldingen binnen een termijn van **2 weken** afgesloten.

5. BESLUIT

In 2019 waren er 86 meldingen van 64 melders. Alle meldingen 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 melders. 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.



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

**Vlaams Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg vzw**

Antenne Limburg

Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt

Tel: 0494 30 48 33

Website: www.ombudsfunctieggz.be

Jaarverslag 2019

OPZC Rekem

Erkenningsnummer 909

Externe Ombudsfunctie

Ingrid Meuwis

Inhoud

Inleiding	5
Aanbevelingen	7
Aanmeldingen	11

Inleiding

Dit is het Jaarverslag 2019 van de Externe Ombudsfunctie.

Graag geven wij u een totaalbeeld voor uw voorziening met alle meldingen, 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 meldingen 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 meldingen 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 meldingen, meldingen 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.

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (OGGPA vzw, SPIL vzw, PopovGGZ vzw, Logistiek Vlabo vzw en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw), met terugwerkende kracht gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert.

Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband).

Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, Vlaams jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

Aanbevelingen

Samen leven, samen moeten leven met mensen die je op je pad ontmoet heeft voor elkeen een eigen betekenis, uitdaging en waarde.

Patiënten in een psychiatrische ziekenhuis leven, soms verschillende maanden, (on)gewild samen met anderen. Ze zien en horen veel en maken hun eigen interpretatie van hetgeen er rondom hen gaande is of wat er zich heeft voorgedaan. Ook tijdens de gezamenlijke therapie sessies en hun vrije momenten op de afdeling leren de patiënten mekaar steeds beter kennen. Als externe ombudspersoon beluister ik dat patiënten hun veiligheid en die van hun goederen door deze ontmoetingen en ervaringen soms in twijfel trekken.

Ook de bezoekende naasten van de patiënten hebben hun ervaringen met het aanwezig zijn op de afdeling, het Trefcentrum en op het uitgestrekte domein van het OPZC. Het is belangrijk dat de leden van het multidisciplinair team hier oog voor hebben.

Art. 5 wet Patiëntenrechten: de patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeftes.

Het regelmatig aftoetsen bij de patiënt en zijn naasten van het wel-zijn op een afdeling draagt bij tot een groter veiligheidsgevoel en is een uitnodiging voor meer communicatie. De gelegenheid aanreiken om hun eventuele vragen en bedenkingen over de veiligheid van de patiënt, medepatiënt en aanwezigheden te beluisteren, zonder het beroepsgeheim te hypothekeren, is een aanbeveling.

De beschikbaarheid van de hulpverleners is, naast een respectvolle houding ten aanzien van de geïnformeerde toestemming van de patiënt in zijn behandeling, een basisvoorwaarde van goede zorg en behandeling voor de patiënt. Het helpt de patiënt om kort op de bal te spelen, zijn gezondheidstoestand bespreekbaar te maken (*zoals voorzien in art. 4 Wet patiëntenrechten*) en om behandeling op maat te krijgen (*art. 8 – de patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar*).

Ook beroepsbeoefenaars kunnen, om welke reden ook, afwezig zijn op het werk of de afdeling. Het is in het belang van de voorziening en haar patiënten, dat er goede afspraken gemaakt worden. Waar kan de patiënt terecht op momenten van afwezigheid van leden van het multidisciplinair team? Hoe en wanneer worden patiënten geïnformeerd over afwezigheden? Voor de psychiaters wordt er maandelijks een wachtdienst uitgewerkt. Het is een aanbeveling om dit ook te ontwikkelen voor andere beroepsbeoefenaars zoals psychologen, maatschappelijk werkers en therapeuten. De afdelingsgrenzen kunnen hierbij een ogenschijnlijke rol spelen, de meerwaarde voor de patiënten is belangrijk.

De inzet van ervaringsdeskundigen op afdelingsniveau draagt bij tot de verdere professionalisering van het team. De hulpverlener kan bij de ervaringsdeskundige terecht om af te toetsen waar en hoe er dient bijgestuurd te worden om onder andere de noden van de patiënten beter te detecteren en te ledigen. Omdat ervaring dikwijls belangrijker is dan kennis, is de ervaringsdeskundige ook een aanspreekpunt voor de patiënt, een partner voor een gesprek op maat. Want de patiënt heeft soms nood aan steun, een goed gesprek over wat het betekent om met een kwetsbaarheid te leven, welke oplossingen kunnen werken en welke niet en welke rol de patiënt hiervoor zelf kan opnemen.

De opdracht van de Herstelambassadrice van het OPZC Rekem, om alle actoren rond de tafel te zetten om de ervaringsdeskundige en zijn deskundigheid nog meer in beeld te brengen en de organisatie van deze ondersteuning ten bate van de patiënt en zijn beroepsbeoefenaar uit te werken, is ontegensprekelijk waardevol.

Bewegingsbeperkende maatregelen worden, veelal na overleg met het multidisciplinair team, door de psychiater genomen in het belang van de patiënt. De patiënten twijfelen bij de externe ombudspersoon soms aan het belang dat de hulpverlener in roept. De patiënten ervaren dat de psychische kwetsbaarheid hun stem verkleint. Het is een aanbeveling om ook tijdens moeilijke en crisismomenten oog te hebben voor de gevolgen van bewegingsbeperkende maatregelen op lange termijn. Niet alleen crisisinterventieplannen, opgemaakt samen met de patiënt, kunnen een oplossing bieden om deze maatregelen zorgvuldig te nemen. Ook het gesprek aangaan met de patiënt over hetgeen hem overkwam op moeilijke momenten blijft noodzakelijk.

Patiënten hebben, dankzij de Rechten van de Patiënt, de mogelijkheid om wettelijke steunfiguren aan te duiden. De vertrouwenspersonen doen stilaan hun intrede in alle afdelingen van het ziekenhuis en worden door de patiënten en hun mentoren als waardevol ervaren.

Soms zijn mensen (niet) meer in staat om zelfstandig beslissingen te nemen en hebben zij nood aan structurele hulp. Proactief kan elk individu, op voorwaarde dat deze hiertoe in staat is, tijdig ervoor kiezen om een keuze te maken tussen de verschillende steunfiguren die door de wetgever werden aangereikt. Het informeren van de patiënten en alle medewerkers van het OPZC over de rol en de taken van deze steunfiguren is noodzakelijk om hun aanwezigheid en het belang voor de behandeling gaandeweg te doen groeien.

Patiënten kunnen dankzij de Rechten van de Patiënt een vertegenwoordiger aanduiden; de vertegenwoordiger kan mogelijks in de loop van de behandeling van een patiënt zijn patiëntenrechten moeten overnemen omwille van de tijdelijke of blijvende wilsonbekwaamheid van de patiënt. Ook zorgvolmachthouders, vooraf via notariële akte aangeduid door patiënten en de bewindvoerders over de persoon aangesteld door de vrederechters in het kader van de rechten van de patiënt, hebben hun plaats aan de tafel bij onder andere de behandelplanbesprekingen.

Het is een aanbeveling om naast de patiënten, deze steunfiguren stelselmatig uit te nodigen om hen te informeren en actief te betrekken bij alle beslissingen die er dienen genomen te worden in het belang van de patiënt.

De ombudspersoon in een zorgvoorziening heeft in de eerste plaats als taak door middel van preventieve acties de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaars te bevorderen en dit ten einde klachten te voorkomen.

De infosessies Rechten van de Patiënt in het OPZC Rekem, zoals voorzien door de externe ombudspersoon op vraag van de patiënten en patiëntengroepen, worden als een meerwaarde omschreven. Patiënten geven aan dat zij vanuit de afdeling voldoende materiaal ter beschikking krijgen bij opname om zich te informeren over hun rechten en plichten. Daarnaast formuleren zij dat het in gesprek gaan tijdens deze infosessies en in vraag stellen van en over deze rechten bijdraagt tot een grotere kennis en durf om ze in te zetten in de praktijk tijdens bijvoorbeeld de behandelplanbesprekingen.

In een goede relatie weet je wat je aan elkaar hebt. Ook in een relatie tussen zorgverlener en patiënt is dit belangrijk.

Aanmeldingen

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 03/01/2019, de laatste op 19/12/2019. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2019.

Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 213, het totaal aantal in 2019 afgesloten aanmeldingen 213.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	109	132	132	213
aanmelders	53	68	59	79

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	132		213	
aanmelders	59		79	
tijd tussen aanmelding en eerste contact				
op dezelfde datum	96	74,41	177	83,09
binnen de week	29	22,48	30	14,08
binnen de twee weken	3	2,32	1	0,46
binnen de vier weken	-	-	4	1,87
later dan vier weken	1	0,77	1	0,46
totaal	129	100	213	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	-	-	-	-
1 contact	81	62,79	106	49,76
2 contacten	34	26,35	75	35,21

3 contacten	6	4,65	5	2,34
meer dan 3 contacten	8	6,20	27	12,67
totaal	129	100	213	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		8	
verwezen naar andere ombudspersoon	3		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	129		213	

De 213 aanmeldingen (2019) komen van in totaal 79 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	113	87,59	177	83,09
groep patiënten	8	6,20	21	9,85
andere	8	6,20	15	7,04
totaal	129	100	213	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	88	77,87	114	64,40
vrouw	25	22,12	63	35,59
totaal	113	100	177	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
3 personen	-	-	1	4,76
meer dan 4 personen	8	100,00	20	95,23
totaal	8	100	21	100
grootste groep	12		15	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	8	100,00	13	86,66
kennis	-	-	1	6,66
andere	-	-	1	6,66
totaal	8	100	15	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	1	6,66
als vertrouwenspersoon	2	25,00	5	33,33
ten persoonlijke titel	6	75,00	9	60,00
totaal	8	100	15	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	4	50,00	10	66,66
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	3	37,50	2	13,33
terugkoppeling was niet mogelijk	1	12,50	-	-
terugkoppeling was niet nodig	-	-	3	20,00
totaal	8	100	15	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	78	60,46	121	56,80
neen	51	39,53	92	43,19
totaal	129	100	213	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	34	66,66	80	86,95
dit jaar binnen een andere voorziening	2	3,92	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	13	25,49	10	10,86
vorige jaren in andere voorziening	2	3,92	2	2,17
totaal	51	100	92	100

Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	57	44,18	135	63,38
schriftelijk (brief, fax, e-mail)	6	4,65	12	5,63
telefonisch (of GSM, SMS)	66	51,16	66	30,98
totaal	129	100	213	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	22	17,05	57	26,76
vraag tot interventie	57	44,18	87	40,84
vraag tot signalering	7	5,42	10	4,69
vraag naar een luisterend oor	43	33,33	59	27,69
totaal	129	100	213	100

Vraag tot interventie betreft

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
vraag om een financieel akkoord	7	12,28	8	9,19
vraag om een ander soort akkoord	50	87,71	79	90,80
totaal	57	100	87	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
ja	71	55,03	137	64,31
neen	56	43,41	75	35,21
werd niet bevraagd	2	1,55	1	0,46
totaal	129	100	213	100

Welke stappen?

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
informeel	71	100,00	129	94,16
formele interne klachtenprocedure	-	-	2	1,45
extern	-	-	6	4,37
totaal	71	100	137	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	1	1,33
durfde niet	12	21,42	11	14,66
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	44	78,57	63	84,00
totaal	56	100	75	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	116	89,92	198	92,95
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	13	10,07	13	6,10
niet van toepassing	-	-	2	0,93
totaal	129	100	213	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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	31	24,03	54	25,35
aanmeldingen die weerhouden worden	98	75,96	159	74,64
totaal	129	100	213	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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	59	60,20	92	57,86
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	3,06	5	3,14
3. informatie	5	5,10	16	10,06
4. geïnformeerde toestemming	24	24,48	32	20,12
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	1	1,02	3	1,88
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	6,12	10	6,28
7. pijnbestrijding	-	-	1	0,62
totaal	98	100	159	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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	124	96,12	206	96,71
algemene vraag los van patiëntenrecht	5	3,87	7	3,28
totaal	129	100	213	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	1	14,28
financieel	-	-	3	42,85
levensverhaal	3	60,00	1	14,28
patiëntenrechten	2	40,00	2	28,57
totaal	5	100	7	100

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

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	33	25,58	70	32,86
verpleging	22	17,05	41	19,24
persoonlijke begeleider	5	3,87	5	2,34
sociale dienst	7	5,42	4	1,87
psycholoog	1	0,77	2	0,93
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	1	0,77	8	3,75
diëtist	-	-	1	0,46
multidisciplinair team	42	32,55	50	23,47
technische dienst	1	0,77	4	1,87
voedingsdienst	4	3,10	7	3,28
poetsdienst	-	-	1	0,46
directie	3	2,32	3	1,40
bewindvoerder	3	2,32	12	5,63
ombudspersoon	5	3,87	2	0,93
andere	2	1,55	3	1,40
totaal	129	100	213	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	80	64,51	134	65,04
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	5	4,03	5	2,42
3. informatie	5	4,03	16	7,76
4. geïnformeerde toestemming	24	19,35	32	15,53
5. inzage patiëntendossier	1	0,80	3	1,45
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	7	5,64	12	5,82
7. klachtenbemiddeling	2	1,61	2	0,97
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	1	0,48
10. pijnbestrijding	-	-	1	0,48
totaal	124	100	206	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	14	17,50	15	11,19
1.2. goede behandeling/begeleiding	26	32,50	31	23,13
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	1,25	6	4,47
1.4. goede hotelservice	10	12,50	34	25,37
1.5. betalende diensten	1	1,25	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	10	12,50	15	11,19
1.7. beschermende maatregelen	18	22,50	33	24,62
totaal	80	100	134	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	21,42	8	53,33
correcte omgangsvormen	7	50,00	6	40,00
grensoverschrijdend gedrag	4	28,57	1	6,66
totaal	14	100	15	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	3	11,53	5	16,12
medicatie	1	3,84	-	-
individuele therapie	1	3,84	1	3,22
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	4	15,38	10	32,25
betrokkenheid familie	3	11,53	2	6,45
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	3,22
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	3	11,53	8	25,80
overplaatsing naar andere afdeling	3	11,53	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	8	30,76	4	12,90
totaal	26	100	31	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	1	33,33	5	62,50
geweigerd	2	66,66	3	37,50
totaal	3	100	8	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	2	66,66	-	-
geweigerd	1	33,33	-	-
totaal	3	100	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	5	62,50	2	50,00
geweigerd	2	25,00	2	50,00
andere	1	12,50	-	-
totaal	8	100	4	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	1	100,00	6	100,00
totaal	1	100	6	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	4	40,00	10	29,41
infrastructuur/accommodatie	2	20,00	9	26,47
hygiëne	-	-	4	11,76
veiligheid persoon	2	20,00	9	26,47
veiligheid goederen	2	20,00	2	5,88
totaal	10	100	34	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
winkel	1	100,00	-	-
wasserij	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	1	10,00	2	13,33
zakgeld	4	40,00	2	13,33
bestedingsautonomie	2	20,00	-	-
bewindvoering	3	30,00	10	66,66
verzekeringen	-	-	1	6,66
totaal	10	100	15	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	9	50,00	13	39,39
afzondering	2	11,11	9	27,27
fixatie	1	5,55	2	6,06
gedwongen opname	6	33,33	9	27,27
internering	-	-	-	-
totaal	18	100	33	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	4	80,00	3	60,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	1	20,00
andere	1	20,00	1	20,00
totaal	5	100	5	100

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	4	80,00	14	87,50
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	1	6,25
alternatieven	1	20,00	1	6,25
totaal	5	100	16	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2018		2019	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	1	4,16	3	9,37
	toestemming	1	4,16	5	15,62
behandeling/begeleiding	informatie	1	4,16	6	18,75
	toestemming	21	87,50	18	56,25
totaal		24	100	32	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

		2018		2019	
categorie		n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier		-	-	-	-
inzage/afschrift dossier		1	100,00	3	100,00
totaal		1	100	3	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2018		2019	
categorie		n	%	n	%
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	1	100,00	3	100,00
totaal		1	100	3	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

		2018		2019	
categorie		n	%	n	%
beroepsgeheim		1	14,28	4	33,33
persoonlijke overtuiging		-	-	1	8,33
briefgeheim		-	-	-	-
territoriale privacy		4	57,14	5	41,66
mondelijke indiscretie		2	28,57	1	8,33
andere		-	-	1	8,33

totaal	7	100	12	100
--------	---	-----	----	-----

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	1	50,00	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	1	50,00	2	100,00
totaal	2	100	2	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten meldingen.

De interventie van de ombudspersoon is bij heel wat meldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het ombudswerk. Soms verlangt de patiënt niets meer. Soms volstaat informeren of het doorverwijzen naar een hulpverlener of een dienst. Soms verkiest de patiënt zelf de nodige stappen te ondernemen en is de rol van de ombudspersoon beperkt tot coachen. Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al of niet samen met hem 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	20	15,50	14	6,57
doorverwijzen intern	-	-	2	0,93
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	17	13,17	33	15,49
signaleren	6	4,65	7	3,28
coachen	5	3,87	12	5,63
bemiddelen	81	62,79	145	68,07
totaal	129	100	213	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	29	35,80	62	42,75
ombudspersoon zonder patiënt	52	64,19	83	57,24
totaal	81	100	145	100

Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting op dezelfde datum als de aanmelding binnen de week	63	48,83	90	42,25
binnen de twee weken	29	22,48	46	21,59
binnen de vier weken	18	13,95	18	8,45
later dan vier weken	13	10,07	37	17,37
totaal	6	4,65	22	10,32
totaal	129	100	213	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	7		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.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	95	73,64	161	75,58
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	9	6,97	21	9,85
ontevredenheid patiënt	23	17,82	24	11,26
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	2	1,55	7	3,28
totaal	129	100	213	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	116	89,92	198	92,95
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	5	2,34
ontevredenheid patiënt	10	7,75	3	1,40
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	0,46
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	3	2,32	6	2,81
totaal	129	100	213	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	1	14,28
inspectie	-	-	2	28,57
vrederechter	1	33,33	1	14,28
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	2	66,66	3	42,85
totaal	3	100	7	100

**PC Sint-Franciscus –
De Pelgrim**

Velzeke – Oosterzele

**van 1 januari tot
31 december 2019**

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

**Psychiatrisch Centrum
Sint-Franciscus – De Pelgrim
Velzeke – Oosterzele**

periode van 1 januari tot 31 december 2019

**Helene Cambien
Ombudspersoon
Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid
februari 2020**



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Gent (*Drongen*)

Vlaams overlegplatform Geestelijke

gsm: 0490 41 93 01

Gezondheid

e-mail: helene.cambien@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	27
4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN	44
4.1. Campus Sint-Franciscus	44
4.2. Campus De Pelgrim	47
5. BESLUITEN	50
6. PRAKTISCHE INFORMATIE	51
7. BIJLAGE: OMBUDSPERSONEN TEWERKGESTELD in Oost-Vlaanderen	53

1. INLEIDING

Dit is het zestiende 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 meldingen, het voorwerp van de meldingen 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 opmerkingen 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. De Vlaamse ombudsman bundelde de meldingen van alle ombudspersonen in het Jaarverslag en klachtenboek 2019 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 melding** 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 meldingen. We kiezen bewust voor de term "meldingen". 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.kpssoft.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.

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 ziekenhuis 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 ontwenningsskliniek De Pelgrim verwijzen we naar www.kliniekdepelgrim.be.

B. Gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

B. 1. Campus Sint-Franciscus:

	2016	2017	2018	2019
aantal gerealiseerde verpleegdagen	45.763	42.780	38.986	40.828
aantal opnames	550	550	528	567
aantal opgenomen patiënten op 1/1	174	151	156	142
aantal opgenomen patiënten op 31/12	151	156	142	153
gedwongen opnames	75	81	78	101

B.2. Campus De Pelgrim

	2016	2017	2018	2019
aantal gerealiseerde verpleegdagen	18.033	16.974	16.609	16.427
aantal opnames	371	315	286	307
aantal opgenomen patiënten op 1/1	45	45	42	48
aantal opgenomen patiënten op 31/12	45	42	48	49

C. Externe ombudsfunctie

De ombudspersoon wordt tewerkgesteld door het Vlaams overlegplatform geestelijke gezondheid waartoe het psychiatrisch ziekenhuis behoort. Ze bekleedt geen enkele andere functie in de voorziening.

Van november 2016 tot oktober 2019 was 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*). Carine was 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.

Vanaf midden oktober neemt Helene Cambien de functie van externe ombudspersoon over in het ziekenhuis. Helene is master in de ergotherapeutische wetenschappen en is sinds midden oktober werkzaam bij het Vlaams overlegplatform geestelijke gezondheid voor 0,60 VTE. Waarvan 0,20 VTE als externe ombudspersoon en 0,40 VTE voor het project 'innoverende praktijk ombudswerking'. Helene volgt in 2020 de opleiding basisbemiddeling van VVOVAZ.

Helene is telkens op maandag aanwezig op campus De Pelgrim van 13u tot 14u en op campus Sint-Franciscus van 14u30 tot 17u. Telefonisch is ze dagelijks bereikbaar op de kantooruren.

De ombudspersoon neemt deel aan de intervisie en de vorming die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (*IPSOF*) en is ook lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen.

3. AANMELDINGEN

3.1 Campus Sint-Franciscus

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 23/01/2019, de laatste op 25/11/2019. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 59, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 59.

We zien na de sterke daling in 2017, in 2019 een stabiel aantal aanmeldingen ten opzichte van 2018.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	96	46	57	59
aanmelders	65	28	32	30

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	57		59	
aanmelders	32		30	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	38	80,85	39	82,97
<i>binnen de week</i>	7	14,89	6	12,76
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	1	2,12
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	2	4,25	1	2,12
totaal	47	100	47	100

Contacten en afgesloten aanmeldingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	10	17,54	12	20,33
<i>1 contact</i>	33	57,89	24	40,67
<i>2 contacten</i>	7	12,28	10	16,94
<i>3 contacten</i>	5	8,77	13	22,03
<i>meer dan 3 contacten</i>	2	3,50	-	-
totaal	57	100	59	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		3	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	57		59	

Bij 80 % van de aanmeldingen was er een persoonlijk contact tussen aanmelder en ombudspersoon. Bij 41% volstond een eenmalig contact. Bij respectievelijk 17% en 22% van de aanmeldingen was een tweede en een derde contact nodig. Dit is een stijging ten opzichte van vorig jaar. Meer dan drie contacten alvorens de aanmelding kon worden afgesloten, zijn er dit jaar niet geweest.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	44	77,19	38	64,40
groep patiënten	7	12,28	14	23,72
andere	6	10,52	7	11,86
totaal	57	100	59	100

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

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	22	50,00	14	36,84
vrouw	22	50,00	24	63,15
totaal	44	100		

Ongeveer 2/3 van de aanmelders was een vrouw in 2019. In 2018 was dit gelijk verdeeld.

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	-	-	1	7,14
3 personen	1	14,28	-	-
4 personen	1	14,28	-	-
meer dan 4 personen	5	71,42	13	92,85
totaal	7	100	14	100
grootste groep	21		19	

In 2019 zien we opnieuw aanmeldingen uit groepen patiënten, gaande van 2 tot 19 personen.

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	5	83,33	6	85,71
kennis	-	-	1	14,28
personeelslid	-	-	-	-
andere	1	16,66	-	-
totaal	6	100	7	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	2	33,33	1	14,28
ten persoonlijke titel	4	66,66	6	85,71
totaal	6	100	7	100

Zeven keer was de initiële aanmelder niet de patiënt zelf maar iemand uit zijn omgeving, veelal ten persoonlijke titel.

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	16,66	4	57,14
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	2	28,57
terugkoppeling was niet mogelijk	4	66,66	-	-
terugkoppeling was niet nodig	1	16,66	1	14,28
totaal	6	100	7	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	26	45,61	24	40,67
neen	31	54,38	35	59,32
totaal	57	100	59	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	24	77,41	29	82,85
dit jaar binnen een andere voorziening	1	3,22	2	5,71
vorige jaren binnen deze voorziening	5	16,12	4	11,42
vorige jaren in andere voorziening	1	3,22	-	-
totaal	31	100	35	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	27	47,36	30	50,84
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	9	15,78	8	13,55
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	21	36,84	21	35,59
totaal	57	100	59	100

De cijfers blijven ten opzichte van 2018 stabiel. De helft van de aanmeldingen gebeurt via direct contact. Dit ten voordele van het rechtstreeks aanspreken van de ombudspersoon tijdens het spreekuur of de ronde op de afdelingen.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	-	-	5	8,47
vraag tot interventie	28	49,12	35	59,32
vraag tot signalering	17	29,82	9	15,25
vraag naar een luisterend oor	12	21,05	10	16,94
totaal	57	100	59	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.

In 2019 is er een verandering te zien ten opzichte van 2018. Er wordt vaker een interventie verwacht van de ombudsdienst en minder signalering en een luisterend oor. In 2018 kwam er geen vraag tot informatie, terwijl dit in 2019 vijf keer voorviel.

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	1	3,57	1	2,85
vraag om een ander soort akkoord	27	96,42	34	97,14
totaal	28	100	35	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	16	28,07	20	33,89
neen	24	42,10	24	40,67
werd niet bevraagd	17	29,82	15	25,42
totaal	57	100	59	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	15	93,75	20	100,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	1	6,25	-	-
totaal	16	100	20	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	3	12,50	5	20,83
durfde niet	1	4,16	-	-
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	20	83,33	19	79,16
totaal	24	100	24	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	54	94,73	55	93,22
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	3	5,26	4	6,77
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	57	100	59	100

Bijna alle aanmeldingen gebeurden tijdens de opname/behandeling van de patiënt, 4 keer 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 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	24	42,10	31	52,54
aanmeldingen die weerhouden worden	33	57,89	28	47,45
totaal	57	100	59	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	27	81,81	25	89,28
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	9,09	1	3,57
3. informatie	1	3,03	-	-
4. geïnformeerde toestemming	1	3,03	-	-
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	3,03	2	7,14
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	33	100	28	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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	56	98,24	53	89,93
algemene vraag los van patiëntenrecht	1	1,75	6	10,16
totaal	57	100	59	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	2	33,33
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	1	16,66
levensverhaal	-	-	1	16,66
patiëntenrechten	-	-	1	16,66
andere	1	100,00	1	16,66
totaal	1	100	6	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	6	10,52	13	22,03
psychiater	8	14,03	10	16,94
huisarts	1	1,75	1	1,69
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	6	10,52	8	13,55
persoonlijke begeleider	2	3,50	1	1,69
sociale dienst	1	1,75	1	1,69
psycholoog	-	-	1	1,69
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	1	1,75	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	16	28,07	11	18,64
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	3	5,26	5	8,47
voedingsdienst	6	10,52	2	3,38
poetsdienst	-	-	-	-
directie	5	8,77	4	6,77
bewindvoerder	-	-	2	3,38
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	2	3,50	-	-
totaal	57	100	59	100

Heel vergelijkbaar met vorige jaren zien we dat de disciplines die het vaakst betrokken zijn bij een aanmelding het *multidisciplinair team (18,64%)*, *verpleging (13,55%)* en de *psychiater (16,94 %)* zijn. Niet toevallig zijn dat ook de disciplines die het dichtst bij de patiënten staan. Daarnaast zien we ook aanmeldingen met betrekking tot de directie (*6,77%*), de technische dienst (*8,47%*) 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	49	87,50	49	92,45
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	5,35	1	1,88
3. informatie	1	1,78	-	-
4. geïnformeerde toestemming	1	1,78	-	-
5. inzage patiëntendossier	1	1,78	1	1,88
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	1,78	2	3,77
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	56	100	53	100

Net als vorig jaar is de kwaliteitsvolle dienstverlening de meest courante categorie (92,45 %). Een vergelijkbaar beeld zien we trouwens over heel Vlaanderen.

Verder ontving de ombudsdienst 4 meldingen over de vrije keuze van beroepsbeoefenaar, inzage patiëntendossier en de bescherming van de 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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	5	10,20	3	6,12
1.2. goede behandeling/begeleiding	11	22,44	17	34,69
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	7	14,28	7	14,28
1.4. goede hotelservice	12	24,48	12	24,48
1.5. betalende diensten	2	4,08	1	2,04
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	2,04	2	4,08
1.7. beschermende maatregelen	11	22,44	7	14,28
totaal	49	100	49	100

Binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening noteerden we de meeste meldingen over goede behandeling/begeleiding (35%) gevolgd door goede hotelservice (24%), beschermende maatregelen (14%) en kwaliteitsvol verblijf/wonen (14%)

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	2	40,00	1	33,33
correcte omgangsvormen	3	60,00	2	66,66
grensoverschrijdend gedrag	-	-		
andere	-	-		
totaal	5	100	3	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	5,88
somatische verzorging	2	18,18	2	11,76
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	1	5,88
groepstherapie	1	9,09	3	17,64
voldoende beschikbaarheid	3	27,27	8	47,05
betrokkenheid familie	3	27,27	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	9,09	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	1	5,88
overplaatsing naar een andere voorziening	1	9,09	-	-
andere	-	-	1	5,88
totaal	11	100	17	100

Bij de goede behandeling/begeleiding springen de meldingen rond voldoende beschikbaarheid van personeel (*therapeut, psychiater, verpleging, ...*) in het oog. Dit was in 2018 ook, maar het aandeel is nog groter geworden (van 27% in 2018 naar 47% in 2019)

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	1	14,28	1	14,28
groepsleven	4	57,14	2	28,57
ontspanning/vrije tijd	-	-	1	14,28
weekend- en verlofregeling	2	28,57	2	28,57
andere	-	-	1	14,28
totaal	7	100	7	100

In 2018 ging meer dan de helft van de aanmeldingen rond kwaliteitsvol verblijf over de moeilijkheden om in groep samen te leven. In 2019 is dit meer verdeeld tussen de verschillende categorieën.

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	6	50,00	3	25,00
infrastructuur/accommodatie	4	33,33	8	66,66
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	1	8,33
veiligheid goederen	2	16,66	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	12	100	12	100

Het aantal aanmeldingen rond voeding daalt ten opzichte van 2018. Het aantal aanmeldingen over de infrastructuur/accommodatie verdubbelt (van 33,33 in 2018 tot 66,66% in 2019).

1.5. Betalende diensten

In 2019 was er één aanmelding betreffende betalende diensten. In 2018 waren hier twee aanmeldingen over.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

In 2019 waren er twee aanmeldingen betreffende de facturatie. In 2018 was er één aanmelding over de verzekeringen.

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	3	27,27	1	14,28
beperkte bewegingsvrijheid	2	18,18	3	42,85
afzondering	1	9,09	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	5	45,45	3	42,85
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	11	100	7	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

In 2019 was er één aanmelding over het recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar. In 2018 waren hier drie aanmeldingen over.

3. Recht op informatie

Geen aanmelding in 2019 over het recht op informatie. In 2018 was hier één aanmelding over.

4. Recht op geïnformeerde toestemming

Geen aanmelding in 2019 over het recht op geïnformeerde toestemming. In 2018 was er één aanmelding met betrekking tot het geven van toestemming voor medicatie.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	1	100,00	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	1	100,00
totaal	1	100	1	100

Eén aanmelding in 2019 waarbij er informatie werd gevraagd over de inzage van het patiëntendossier.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	100,00	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	1	50,00
mondelinge indiscretie	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	10	17,54	5	8,47
doorverwijzen intern	-	-	1	69
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	2	3,50	10	16,94
signaleren	17	29,82	15	25,42
coachen	1	1,75	8	13,55
bemiddelen	27	47,36	20	33,89
totaal	57	100	59	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	27	100,00	20	100,00
totaal	27	100	20	100

Ten opzichte van vorig jaar zien we dat de ombudspersoon minder bemiddelde (van 47% in 2018 naar 34% in 2019), maar meer een coachende of informerende rol innam. Signaleren is naast bemiddelen de vaakst voorkomende hoofdinterventie (25%).

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	27	47,36	14	23,72
<i>binnen de week</i>	10	17,54	16	27,11
<i>binnen de twee weken</i>	4	7,01	11	18,64
<i>binnen de vier weken</i>	11	19,29	6	10,16
<i>later dan vier weken</i>	5	8,77	12	20,33
totaal	57	100	59	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	6		7	

Vorig jaar werd de helft van de aanmeldingen de dag zelf afgesloten (*47,36%*) en nog eens 25% binnen de twee weken. In 2019 werd er een verschuiving van de cijfers gezien. 1/4^{de} van de aanmeldingen werd dezelfde datum afgesloten.

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

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

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	7	12,28	12	20,33
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	6	10,52	14	23,72
ontevredenheid patiënt	8	14,03	7	11,86
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	1,75	3	5,08
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	8	14,03	3	5,08
ontevredenheid patiënt	2	3,50	1	1,69
geen feedback	25	43,85	19	32,20
totaal	57	100	59	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	12	21,05	16	27,11
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	9	15,78	11	18,64
ontevredenheid patiënt	-	-	1	1,69
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	4	7,01	3	5,08
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	7	12,28	7	11,86
ontevredenheid patiënt	-	-		
geen feedback	25	43,85	21	35,59
totaal	57	100	59	100

3.2 Campus De Pelgrim

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 07/1/2019, de laatste op 30/12/2019. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 34. Dit is een kleine daling ten opzichte van de voorbije jaren

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	29	36	41	34
aanmelders	21	27	20	12

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	41		34	
aanmelders	20		12	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	25	83,33	28	90,32
<i>binnen de week</i>	5	16,66	1	3,22
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	1	3,22
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	1	3,22
totaal	30	100	31	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	10	25,00	3	8,82
<i>1 contact</i>	20	50,00	24	70,58
<i>2 contacten</i>	9	22,50	6	17,64
<i>3 contacten</i>	1	2,50	1	2,94
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	-	-
totaal	40	100	34	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		3	
Verwezen naar andere ombudspersoon	1		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	40		33	

Er kozen meer patiënten voor een face to face gesprek. In 2018 was er 75% van de aanmeldingen een face to face gesprek. In 2019 was dit bij 91% van de aanmeldingen.

De **34** aanmeldingen (*2019*) komen van in totaal 12 aanmelders. Het valt op dat er minder aanmelders zijn voor meer aanmeldingen, wat erop wijst dat eens mensen de weg naar de ombudsdienst vinden, zij meerdere zaken wensen aan te kaarten.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	31	77,50	32	94,11
groep patiënten	5	12,50	1	2,94
andere	4	10,00	1	2,94
totaal	40	100	34	100

De meeste aanmeldingen gebeurden door de patiënt zelf. Dit gebeurde in 2019 maar één keer in groep. Één aanmelder was een familielid van de patiënt die ten persoonlijke titel optrad. Het aantal groepsmeldingen en aanmeldingen van anderen dan de patiënt is dus gedaald in 2019.

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	26	83,87	17	53,12
vrouw	5	16,12	15	46,87
onbekend	-	-	-	-
totaal	31	100	32	100

Waar er in 2018 nog een duidelijk groter aandeel mannen een aanmelding deed bij de ombudspersoon, was dit in 2019 ongeveer gelijk.

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	4	80,00	-	-
3 personen	1	20,00	-	-
4 personen	-	-	1	100,00
meer dan 4 personen	-	-	-	-
totaal	5	100	1	100
grootste groep	3		4	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	4	100,00	1	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	1	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	4	100,00	-	-
ten persoonlijke titel	-	-	1	100,00
totaal	4	100	1	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	4	100,00	-	-
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	1	100,00
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	4	100	1	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	18	45,00	14	41,17
neen	22	55,00	20	58,82
totaal	40	100		

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	21	95,45	19	95,00
dit jaar binnen een andere voorziening	1	4,54	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	-	-	1	5,00
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	22	100	20	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	20	50,00	20	58,82
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	10	25,00	8	23,52
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	10	25,00	6	17,64
totaal	40	100	34	100

In verhouding worden er meer aanmeldingen via direct contact met de ombudspersoon aangekaart (van 50% in 2018 naar 59% in 2019).

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	3	7,50	1	2,94
vraag tot interventie	17	42,50	20	58,82
vraag tot signalering	16	40,00	8	23,52
vraag naar een luisterend oor	4	10,00	5	14,70
totaal	40	100	34	100

Ten opzichte van vorig jaar was het initiële verzoek vaker een vraag tot interventie (van 43% naar 59% in 2019) en daalde de vraag tot signalering (van 40% in 2018 naar 24% in 2019).

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	3	17,64	-	-
vraag om een ander soort akkoord	14	82,35	20	100,00
totaal	17	100	20	100

In 2019 was er geen aanmelding bij de ombudspersoon rond een interventie rond een financieel akkoord.

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
Ja	12	30,00	11	32,35
Neen	18	45,00	12	41,17
werd niet bevraagd	10	25,00	9	26,47
totaal	40	100	34	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	12	100,00	11	100,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	12	100	11	100

Bij 11 meldingen 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?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	4	28,57
durfde niet	3	16,66	-	-
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	15	83,33	10	71,42
totaal	18	100	14	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	28	70,00	33	97,05
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	12	30,00	1	2,94
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	40	100	34	100

In 2019 waren de meeste (buiten in één aanmelding) patiënten die aanmeldingen deden op dat moment in opname. Dit is een verschil met vorig jaar, waar 30% van de aanmeldingen gebeurde wanneer de patiënt op ontslag is gegaan.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	17	42,50	16	47,05
aanmeldingen die weerhouden worden	23	57,50	18	52,94
totaal	40	100	34	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	21	91,30	17	94,44
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	5,55
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
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	23	100	18	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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	40	100,00	34	100,00
algemene vraag los van patiëntenrecht	-	-	-	-
totaal	40	100	34	100

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	1	2,50	2	5,88
psychiater	7	17,50	4	11,76
huisarts	2	5,00	1	2,94
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	4	10,00	3	8,82
persoonlijke begeleider	-	-	1	2,94
sociale dienst	2	5,00	-	-
psycholoog	1	2,50	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	1	2,50	1	2,94
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	10	25,00	8	23,52
administratieve dienst	1	2,50	-	-
technische dienst	1	2,50	4	11,76
voedingsdienst	5	12,50	2	5,88
poetsdienst	1	2,50	2	5,88
directie	3	7,50	6	17,64
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	1	2,50	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	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 het multidisciplinair team, directie, psychiater en de technische dienst.

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	35	87,50	33	97,05
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	2,94
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. inzage patiëntendossier	1	2,50	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	2	5,00	-	-
7. klachtenbemiddeling	1	2,50	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	2,50	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	40	100	34	100

Van de verschillende in de regelgeving aangestipte patiëntenrechten bleek het, net als de voorbije jaren, hoofdzakelijk over **kwaliteitsvolle dienstverlening** te gaan. De enige aanmelding omtrent de vrije keuze van de beroepsbeoefenaar ging over een persoonlijke begeleider. Hiervoor worden in de volgende tabellen meer gedetailleerde aantallen per subcategorie gegeven over de aanmeldingen over kwaliteitsvolle dienstverlening.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	3	8,57	1	3,03
1.2. goede behandeling/begeleiding	16	45,71	10	30,30
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	5,71	8	24,24
1.4. goede hotelservice	11	31,42	13	39,39
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	5,71	-	-
1.7. beschermende maatregelen	1	2,85	1	3,03
totaal	35	100	33	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	1	100,00
correcte omgangsvormen	3	100,00	-	-
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100		

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	3	18,75	1	10,00
medicatie	-	-	1	10,00
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	5	31,25	5	50,00
betrokkenheid familie	1	6,25	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	6	37,50	3	30,00
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	1	6,25	-	-
totaal	16	100	10	100

De helft van de aanmeldingen bij het onderdeel goede behandeling/begeleiding gaat over de voldoende beschikbaarheid van het personeel. 30% van de aanmeldingen gaat over de beëindiging van de opname, behandeling of begeleiding.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	-	-	6	75,00
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	2	100,00	2	25,00
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	8	100

Er is een stijging van de meldingen omtrent kwaliteitsvol verblijf. Het aantal meldingen over de weekend- en verlofregeling blijft stabiel ten opzichte van 2018. Er was een sterke stijging van meldingen over opgelegde regels binnen het ziekenhuis.

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	5	45,45	2	15,38
infrastructuur/accommodatie	3	27,27	8	61,53
hygiëne	-	-	2	15,38
veiligheid persoon	-	-	1	7,69
veiligheid goederen	2	18,18	-	-
andere	1	9,09	-	-
totaal	11	100	13	100

1.5. Betalende diensten

Geen meldingen.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

Geen meldingen (in 2018 2 meldingen)

1.7. Beschermende maatregelen

In 2019 één melding betreffende gedwongen opname

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

In 2019 één melding betreffende de persoonlijke begeleider

3. Recht op informatie

Geen meldingen.

4. Recht op geïnformeerde toestemming

Geen meldingen.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

Geen melding (1 melding in 2018)

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Geen melding (2 meldingen in 2018)

7. Recht op klachtenbemiddeling

Geen melding (1 melding in 2018)

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Geen aanmeldingen.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Geen aanmelding

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	1	2,50	5	15,15
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	2	5,00	-	-
signaleren	18	45,00	13	39,39
coachen	5	12,50	2	6,06
bemiddelen	14	35,00	13	39,39
totaal	40	100	33	100

Het aantal bemiddelingen bleef in 2019 stabiel. Luisteren als hoofdinterventie steeg ten opzichte van 2018, terwijl signaleren en coachen als hoofdinterventie daalde.

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	14	100,00	13	100,00
totaal	14	100	13	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	16	40,00	9	27,27
<i>binnen de week</i>	11	27,50	6	18,18
<i>binnen de twee weken</i>	3	7,50	3	9,09
<i>binnen de vier weken</i>	6	15,00	15	45,45
<i>later dan vier weken</i>	4	10,00	-	-
totaal	40	100	33	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	6		4	

45% van de aanmeldingen werden binnen de week afgehandeld. Dit is minder dan vorig jaar, waar 67% van de aanmeldingen binnen de week afgehandeld werd. 45% van de aanmeldingen werd binnen de drie en de vier weken afgerond.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	6	15,00	5	15,15
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	5	12,50	7	21,21
ontevredenheid patiënt	4	10,00	2	6,06
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	2,50	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	4	10,00	4	12,12
ontevredenheid patiënt	1	2,50	1	3,03
geen feedback	19	47,50	14	42,42
totaal	40	100	33	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	9	22,50	8	24,24
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	6	15,00	6	18,18
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	2,50	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	5	12,50	4	12,12
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	19	47,50	15	45,45
totaal	40	100	33	100

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen 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.
- 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.
- Helene werd als nieuwe ombudspersoon in het ziekenhuis op een positieve manier ontvangen en de nodige informatie werd uitgebreid meegedeeld.

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 dienstverlening (art. 5)

- Het al dan niet voldoende beschikbaar zijn van artsen, psychologen en therapeuten vormt regelmatig de aanleiding tot het aanspreken van de ombudspersoon. Dit gaat zowel over het wegvallen van therapieën of consulten bij bijvoorbeeld psycholoog of psychiater, als de nabijheid van het personeel op de afdeling. Het therapieprogramma is voor patiënten vaak een houvast, waar door hen op gerekend wordt dat dit (grotendeels) doorgaat. We merken dat er meermaals gaten vallen en/of last-minute wijzingen worden gedaan in het therapieprogramma.
 - *Het voorzien van een volwaardig therapieschema met de (door omstandigheden soms beperkte) mogelijkheden en bezetting is belangrijk. Dit houdt bijvoorbeeld in; een tijdige communicatie over wijzigingen, het op redelijke termijn op consult kunnen en volwaardige alternatieven voorzien indien er een therapie wegvalt. We merken uit contacten met de stafmedewerkers naar aanleiding van opvolging van klachten dat dit een element is waar nu al binnen het ziekenhuis een sterke nadruk op ligt en verder opgevolgd dient te worden.*
 - *Daarnaast is de vraag aan nabijheid van personeel een veelgehoorde nood bij patiënten. Zowel het persoonlijke contact, het hebben van een klankbord als de aanwezigheid bij moeilijke momenten wordt als zeer waardevol ervaren en is een belangrijk onderdeel van de zorg.*
- Ondanks de aanwezigheid van WIFI, wordt er regelmatig melding gemaakt van het ontbreken van een vlotte, sterke WIFI verbinding waardoor het gebruik maken van internet bemoeilijkt wordt.
 - *Internet is in de hedendaagse maatschappij onmisbaar en is naast een communicatiemiddel ook een informatieplatform en kan voor patiënten zorgen voor een belangrijk contactpunt met de maatschappij. Door het belang op vlak van communicatie, informatie, re-integratie en participatie is het belangrijk om hier te blijven op inzetten zodat de patiënt zowel in de leefruimtes als therapieruimtes indien nodig gebruik kan maken van een vlotte internetverbinding.*
- De kosten aangerekend op de ziekenhuisfactuur bleken niet altijd te stroken met de ervaringen van patiënten.
 - *Op de factuur staat op heden soms een frequenter psychiatrisch consult aangerekend, ook al heeft de patiënt de arts die dagen niet gezien. De arts volgt op die dagen wel het dossier op. Een duidelijker onderscheid hierover zou verduidelijking brengen voor de patiënten.*

- Omdat er in 2019 meerdere vragen werden gesteld omtrent de gedwongen opname, wordt deze aanbeveling hernomen uit het vorige jaarverslag; 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.*

- De weekend- en verlofregeling heeft bepaalde regels en afspraken, die kunnen botsen met de ideeën en praktische mogelijkheden van de patiënten.
 - *Naast het hebben van alle begrip voor het hanteren van deze afspraken is hiernaast ook een nood, rekening houdend met de vermaatschappelijking van de zorg, aan het blijven oog hebben voor de specifieke situatie van de patiënt en het zo maximaal mogelijk bewerkstelligen van de mogelijkheid tot participatie in de maatschappij tijdens de opname.*

B.2 Andere patiëntenrechten (art. 6 -11)

- Slechts 4 meldingen 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.
- De gegevens van de externe ombudspersoon worden genoemd op de website en in de onthaalbrochure van het ziekenhuis.
- Helene werd als nieuwe ombudspersoon in het ziekenhuis op een positieve manier ontvangen en de nodige informatie werd uitgebreid meegedeeld.

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 dienstverlening (art. 5)

- Het al dan niet voldoende beschikbaar zijn van artsen, psychologen en therapeuten vormt regelmatig de aanleiding tot het aanspreken van de ombudspersoon. Dit gaat zowel over het wegvallen van therapieën of consulten bij bijvoorbeeld psycholoog of psychiater, als de nabijheid van het personeel op de afdeling. Het therapieprogramma is voor patiënten vaak een houvast, waar door hen op gerekend wordt dat dit (grotendeels) doorgaat. We merken dat er meermaals gaten vallen en/of last-minute wijzingen worden gedaan in het therapieprogramma.
 - *Het voorzien van een volwaardig therapieschema met de (door omstandigheden soms beperkte) mogelijkheden en bezetting is belangrijk. Dit houdt bijvoorbeeld in; een tijdige communicatie over wijzigingen, het op redelijke termijn op consult kunnen en volwaardige alternatieven voorzien indien er een therapie wegvalt. We merken uit contacten met de stafmedewerkers naar aanleiding van opvolging van klachten dat dit een element is waar nu al binnen het ziekenhuis een sterke nadruk op ligt en verder opgevolgd dient te worden.*
 - *Daarnaast is de vraag aan nabijheid van personeel een veelgehoorde nood bij patiënten. Zowel het persoonlijke contact, het hebben van een klankbord als de aanwezigheid bij moeilijke momenten wordt als zeer waardevol ervaren en is een belangrijk onderdeel van de zorg.*
- Ondanks de aanwezigheid van WIFI, wordt er geregeld melding gemaakt van het ontbreken van een vlotte, sterke WIFI verbinding over heel de campus heen, waardoor het gebruik maken van internet op sommige plekken op de campus bemoeilijkt wordt.
 - *Internet is in de hedendaagse maatschappij onmisbaar en is naast een communicatiemiddel ook een informatieplatform en kan voor patiënten zorgen voor een belangrijk contactpunt met de buitenwereld. Door het belang op vlak van communicatie, informatie en participatie is het belangrijk om hier te blijven op inzetten zodat de patiënt zowel in de leefruimtes als therapieruimtes indien nodig gebruik kan maken van een vlotte internetverbinding. We zijn verheugd om vast te stellen dat hier al aan gewerkt wordt door het hangen van WIFI-versterkers.*
 - *Daarnaast kwamen ook enkele andere diverse vragen omtrent infrastructuur ter oren bij de ombudspersoon, en willen wij het belang van het in gesprek gaan met de patiënten benadrukken om ook hun stem te laten klinken in investeringen die worden gedaan op de campus.*

- Afspraken en regels op de afdeling zijn nodig om onder andere het samen leven op de afdeling in goede banen te leiden en goede zorg te kunnen bieden voor alle patiënten.
 - *Indien er ontevredenheid is over bepaalde regels/afspraken/gewoontes bij patiënten getuigd het van patiëntvriendelijkheid en aandacht voor het welzijn van de patiënt, om deze afspraken kritisch te durven bekijken en samen proactief te zoeken naar een oplossing. Het is belangrijk om in het kader van zorg op maat in het mate van het mogelijke te zoeken naar een evenwicht tussen algemene regels en individuele afspraken.*

B.2 Andere patiëntenrechten (art. 6 -11)

- Slechts 1 aanmelding over de overige patiëntenrechten; onvoldoende om gefundeerde aanbevelingen te formuleren.

5. BESLUITEN

Er waren in 2019 93 meldingen bij de externe ombudsfunctie, waarvan 59 op campus Sint-Franciscus en 34 op campus De Pelgrim.

De meldingen bij de externe ombudspersoon hadden in 2019 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, nabijheid van personeel en infrastructuur. Andere patiëntenrechten kwamen slechts beperkt aan bod, zoals meldingen over vrije keuze beroepsbeoefenaar, inzage in het patiëntendossier en bescherming persoonlijke levenssfeer.

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.

6. PRAKTISCHE INFORMATIE



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

BIJLAGE 6 : PRAKTISCHE ORGANISATIE

21 oktober 2019

HUISHOUDELIJK REGLEMENT

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 :	Voor het Psychiatrisch Centrum : Mieke Heymans, Therapeutisch stafmedewerker/Kwaliteitscoördinator

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam :	Helene Cambien
--------------------	-----------------------

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres :	Helene Cambien OmbudsfunctieGGZ, PopovGGZ, Drongenplein 26, 9031 Gent (Drongen)	
e-mail :	helene.cambien@ombudsfunctieggz.be	
brievenbus :	Dagcentrum (HZ), A&S, AZPZ, Verslavingszorg Magnolia, Tilia, Ginkgo, Psychogeriatric	
permanentie :	plaatsen	dagen en uren
	Bureel in de Passage 7, campus Sint-Franciscus Bureel bij onthaal, campus De Pelgrim	Elke maandag van 14u30 tot 17u Elke maandag van 13u tot 14 u

telefoon	nummers	dagen en uren
GSM	0490/41.93.01	Elke werkdag 9 – 17u, vrijdag tot 12h




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 in Oost-Vlaanderen:

	<p>Naam: Niki Vervaeke E-mail: niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be GSM: 0499/ 90 77 45 Vaste voorzieningen: PVT Leilinde, PZ dr. Guislain, K-dienst Fioretti PC en PVT Ariadne, Karus, PVT Karus, K-dienst De Kaap, BW Zagan, BW Centrum Onderweg, BW Reymeers, BW De Nieuwe Horizon</p>
	<p>Naam: Helene Cambien E-mail: helene.cambien@ombudsfunctieggz.be GSM: 0490/ 41 93 01 Bereikbaar: Elke werkdag tijdens kantooruren Vaste voorzieningen: Mobiele teams Het PAKT, Mobiele teams Netwerk GG ADS Zuid, CGG De Drie Stroomen, CGG Eclips, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, De Sleutel, De Kiem, BW De Vlaamse Ardennen, PZ Sint-Franciscus-De Pelgrim</p>
	<p>Naam: Anne-Leen Denolf E-mail: anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be GSM: 0491 / 39 39 18 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</p>

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Sint-Hiëronymus

Sint-Niklaas

periode van 1 januari tot 31 december 2019

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 918

psychiatrisch verzorgingstehuis

erkenningsnummer PVT 023

**Anne-Leen Denolf
Ombudspersonen
PopovGGZ vzw
februari 2020**

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 meldingen, het voorwerp van de meldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PC Sint-Hiëronymus en PVT Hooghuis.

Het verslag vergelijkt de meldingen van 2019 met die van 2018. 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 10 maart 2020 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.

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.

B. Aantal gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

	2019
gerealiseerde verpleegdagen	58.608
opnames	1043
opgenomen patiënten op 1/1	292
opgenomen patiënten op 31/12	322
gedwongen opnames	110

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.

	<p>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</p>
--	--

Bij afwezigheid zal Anne-Leen vervangen worden door één van haar collega's bij het overlegplatform.

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 01/01/2019, de laatste op 29/12/2019. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 111.

Dit zijn opvallend meer aanmeldingen dan in 2018. Deze stijging is te verklaren door de werkverdeling van de ombudsvrouw. In 2018 werd door de ombudsvrouw ingesprongen in heel wat voorzieningen waar collega's door ziekte langdurig afwezig waren. (2018: 11 ziekenhuizen, 2019: 7 ziekenhuizen). De grotere bereikbaarheid heeft gezorgd voor meer aanmeldingen in quasi alle voorzieningen.

In 2019 hebben 69 mensen de weg naar de ombudsdienst gevonden voor grote of kleine problemen te melden. Dit brengt het aantal aanmelders op exact hetzelfde aantal als 2017, wat in werking van de ombudsvrouw een vergelijkbaar jaar was. Het hogere aantal aanmeldingen (111 in 2019 versus 94 in 2017) ligt aan het aantal 'repeaters', mensen die voor een andere aanmelding terugkwamen.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	87	94	66	111
aanmelders	54	69	45	69

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	66		111	
aanmelders	45		69	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	53	85,48	66	66,66
<i>binnen de week</i>	8	12,90	33	33,33
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan vier weken</i>	1	1,61	-	-
totaal	62	100	99	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	4	6,06	12	10,81
<i>1 contact</i>	51	77,27	81	72,97
<i>2 contacten</i>	10	15,15	7	6,30
<i>3 contacten</i>	1	1,51	6	5,40
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	5	4,50
totaal	66	100	111	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		5	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	66		111	

Bij de meeste aanmeldingen is er een persoonlijk overleg tussen de ombudspersoon en de aanmelder. Bij 12 aanmeldingen is er, na telefonische of schriftelijke contactname van de patiënt/aanmelder, geen fysieke ontmoeting. Meestal is er dan sprake van een intensief telefonisch contact.

Grofweg kan dus gezegd worden dat:

- 1 op 10 telefonisch contact opneemt met de ombudsvrouw. Deze aanmelding zal in de loop van een aantal dagen via herhaaldelijk telefonisch contact uitgeklaard worden.
- 7 op 10 aanmelders de ombudsvrouw 1 maal spreken. Dit kan betekenen dat (1) telefonisch contact wordt opgenomen en een contactmoment volgt of (2) de aanmelder na het contactmoment nog telefonische feedback van de ombudsvrouw ontvangt of (3) dat de aanmelder en de ombudsvrouw tijdens het permanentiemoment 1 of meerdere contacten hebben op diezelfde dag.

- 2 op 10 aanmelders voor diezelfde aanmelding (dus niet de repeaters) 2, 3 of meer gesprekken met de ombudsvrouw hebben.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
6	2	2,89	12	10,81
5	1	1,44	5	4,50
4	1	1,44	4	3,60
3	5	7,24	15	13,51
2	15	21,73	30	27,02
1	45	65,21	45	40,54
totaal	69	100	111	100

In 2019 namen heel wat aanmelders over meer dan 1 thema contact met de ombudspersoon. Deze 'repeaters' formuleerden 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 aanmeldingen. Slechts 40 % van de aanmeldingen is afkomstig van aanmelders die met de ombudsdienst contact hadden rond één thema. In 2018 was dit nog 51%.

Een hoog aantal repeaters impliceert ook een hoog aantal bekende aanmelders bij de ombudspersoon. Toch komen nog 65 % van de aanmeldingen van nieuwe aanmelders (versus slechts 59 % in 2018) Er is dus een voldoende 'verversing' van de aanmelders. Dit jaarverslag en de thema's die erin naar boven komen omvat dus veel meer dan de klachten van patiënten die de ombudsvrouw reeds kenden

Wie zijn de aanmelders?

Meer dan 8 op 10 van de aanmelders zijn individuele patiënten. Daarbij zijn mannen iets meer vertegenwoordigd dan vrouwen (verhouding 6/4). 5 aanmeldingen kwamen van groepen. Dit is vergelijkbaar aan 2018 met uitzondering van de aanmeldingen die kwamen via familie of anderen. Dat waren er in 2019 15, versus 3 in 2018. Aanmelders die geen patiënt zijn, zijn familie (ouder/ kind), partner of advocaat/bewindvoerder en contacteren de ombuds als vertrouwenspersoon van de patiënt (6) of ten persoonlijke titel (9). Vooral bij deze laatste aanmelders is het niet altijd zo dat de aanmelding ook onderschreven werd door de patiënt. Concreet was dit 7 keer het geval. Deze familieleden kregen naast de nodige feed-back ook een doorverwijzing naar de familievertrouwenspersoon.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	37	56,06	31	27,92
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	13	19,69	29	26,12
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	16	24,24	51	45,94
totaal	66	100	111	100

Waar voorgaande jaren de meerderheid van meldingen gebeurde via direct contact met de ombudspersoon op de afdeling of in het ombudskloak, is er in 2019 een duidelijke verschuiving naar de telefonische contactname. Het verschuiven van directe contacten naar telefonische contacten komt in alle voorzieningen terug.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	9	13,63	6	5,40
vraag tot interventie	56	84,84	83	74,77
vraag tot signalering	-	-	14	12,61
vraag naar een luisterend oor	1	1,51	8	7,20
totaal	66	100	111	100

De meeste aanmelders komen met een vraag tot interventie, om een bemiddeling te vragen over een probleem of thema, waarbij men geen gehoor kreeg of geen succes had via de afdeling, de dokter,... Daarbij waren er 6 vragen naar een financieel akkoord (facturatie, schade vergoeden, diefstal).

14 aanmelders wensten een probleem te signaleren (brandveiligheid, technische mankementen of werken infrastructuur)

De meerderheid van de aanmelders was opgenomen toen ze contact namen met de externe ombudspersoon. 18 aanmelders hadden het ziekenhuis al verlaten, waren met (gedwongen) ontslag, time-out of andere. Binnen deze groep is veel wroeging en onduidelijkheid, zij vinden ook hun weg naar de ombudsdienst. In 2018 waren dit 7 aanmelders.

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2019, 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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	58	87,87	101	90,99
algemene vraag los van patiëntenrecht	8	12,12	10	9,00
totaal	66	100	111	100

Er waren 10 aanmeldingen die geen direct patiëntenrecht betroffen. Dit waren algemene vragen die juridisch of financieel van aard waren of simpelweg het kwijt kunnen van het levensverhaal.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot de patiëntenrechten

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	4	6,06	6	5,40
psychiater	10	15,15	10	9,00
huisarts	1	1,51	2	1,80
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	12	18,18	12	10,81
persoonlijke begeleider	1	1,51	1	0,90
sociale dienst	1	1,51	3	2,70
psycholoog	-	-	3	2,70
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	1	1,51	3	2,70
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	21	31,81	48	43,24
administratieve dienst	1	1,51	2	1,80
technische dienst	-	-	5	4,50
voedingsdienst	3	4,54	3	2,70
poetsdienst	-	-	1	0,90
directie	4	6,06	5	4,50
bewindvoerder	3	4,54	-	-
ombudspersoon	2	3,03	-	-
andere	2	3,03	7	6,30
totaal	66	100	111	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 2019 komt voor het eerst de discipline psycholoog aan bod. De psycholoog is voor patiënten een belangrijke pion in hun herstelproces en het is dan ook logisch dat deze discipline aan bod komt. Samen met de aanmeldingen psychiater, huisarts, verpleging, persoonlijk begeleider en team omvatten 71,15% van de aanmeldingen de disciplines die het dichtst bij de patiënt staan (69,67 % in 2018). De zorgrelatie staat dus centraal in de bemiddelingsopdracht van de ombudspersoon.

Ook de logistieke diensten; de technische dienst en de poetsdienst komen voor het eerst in de lijst voor. Deze cijfertjes kunnen een vertekend beeld geven over de tevredenheid van patiënten over de logistieke diensten. Patiënten zijn zeer tevreden over de maaltijden, de poetsdames en de technische dienst. Aanmeldingen in deze hebben te maken met een

aantal werken die uitgevoerd werden of een tijdelijk tekort of met het ziektebeeld van de patiënt.

In volgende tabellen worden de meldingen 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 meldingen.

Overzicht meldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	50	86,20	89	88,11
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	0,99
3. informatie	2	3,44	5	4,95
4. geïnformeerde toestemming	1	1,72	1	0,99
5. inzage patiëntendossier	1	1,72	4	3,96
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	2	3,44	-	-
7. klachtenbemiddeling	1	1,72	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	1	1,72	1	0,99
totaal	58	100	101	100

Zoals overal en steeds het geval is, hebben de meeste meldingen betrekking op het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening. De tendens die in 2018 gestart is naar vragen en klachten rond correct omgaan en verkrijgen van informatie, leeft ook in 2019 door met meer vragen rond informatie op een vlotte manier ontvangen, voldoende geïnformeerd worden of inzage patiëntendossier.

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 melding nog verder gepreciseerd worden.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	3	6,00	6	6,74
1.2. goede behandeling/begeleiding	12	24,00	31	34,83
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	5	10,00	7	7,86
1.4. goede hotelservice	23	46,00	23	25,84
1.5. betalende diensten	-	-	1	1,12
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	3	6,00	4	4,49
1.7. beschermende maatregelen	4	8,00	17	19,10
totaal	50	100	89	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	2	66,66	3	50,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	1	33,33	3	50,00
totaal	3	100	6	100

Er zijn numeriek meer opmerkingen rond bejegening (procentueel wel gelijk gebleven). Het gaat dan om correcte omgangsvormen waarbij een aantal discussies patiënt-verpleging of opmerkingen vanuit verpleging die op een voor de patiënt onvriendelijke manier overkomen. Aan de basis van deze discussies ligt quasi steeds het afbuigen van een afdelingsregel. Onder de groep 'andere' komen klachten die voor de patiënt als bejegening overkomen maar zich eerder situeren in correcte (ook interne) communicatie, gemaakte afspraken naleven vanuit team, gebrek aan empathie, geluidsoverlast (bv. van nachtverpleegkundigen), taalbarrière, herkenning van personeel.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	1	8,33	-	-
somatische verzorging	2	16,66	3	9,67
medicatie	2	16,66	2	6,45
individuele therapie	-	-	10	32,25
groepstherapie	1	8,33	2	6,45
voldoende beschikbaarheid	1	8,33	5	16,12

betrokkenheid familie	1	8,33	3	9,67
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	16,66	5	16,12
overplaatsing naar andere afdeling	2	16,66	1	3,22
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	12	100	31	100

In 2018 zijn de aanmeldingen omtrent de aangeboden therapie of het wegvallen ervan quasi volledig weggevallen. In 2019 betreft dit slechts 2 klachten, maar deze betreffen het langdurig niet vervangen van een vaktherapeut waardoor belangrijke thema's niet kunnen aangepakt worden.

Wel is er een toename van aanmeldingen over de individuele therapie. Het gaat dan bijvoorbeeld over patiënten die mistevreden zijn over het niet kunnen bijwonen van therapie sessies omwille van een afdelingsregel of patiënten die niet tevreden zijn over het aanbod (bv. te weinig gesprekken met psycholoog).

Start opname/behandeling/begeleiding

Geen aanmeldingen hierrond.

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	2	100,00	3	60,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	2	40,00
totaal	2	100	5	100

In 2019 waren er 3 klachten rond gedwongen ontslag. 2 klachten betroffen aanmelders die zich onvoldoende voorbereid voelden op hun ontslag of niet tevreden waren over de aanpak.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	2	40,00	2	28,57
groepsleven	1	20,00	4	57,14
ontspanning/vrije tijd	1	20,00	-	-
weekend- en verlofregeling	1	20,00	1	14,28
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	7	100

In 2018 was er een opmerkelijke daling van het aantal meldingen rond groepsleven in vergelijking met 2017. Deze meldingen komen terug in 2019 (4).

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	3	13,04	3	13,04
infrastructuur/accommodatie	11	47,82	10	43,47
hygiëne	2	8,69	1	4,34
veiligheid persoon	3	13,04	4	17,39
veiligheid goederen	4	17,39	5	21,73
andere	-	-	-	-
totaal	23	100	23	100

In 2019 zijn er, zoals in 2018, een aantal klachten omtrent de infrastructuur en accommodatie. Het gaat dan over het parkeerbeleid, de binnen- en buiteninrichting van de gesloten ruimtes en lawaai en stof hinder van bepaalde werkzaamheden.

In 2018 werden voor het eerst meldingen geregistreerd rond veiligheid goederen en persoon. Deze klachten komen in 2019 terug. Het gaat dan om een ervaren van onveiligheid op de afdeling, fysieke en verbale agressie, diefstallen, verlies of schade aan goederen. Belangrijk te vermelden is dat zich onder de melders ook familieleden bevonden. Het onveiligheidsgevoel werd daarom nog niet altijd gedeeld door de betrokken patiënt.

1.5. Betalende diensten

In 2019 was er 1 klacht over een vervoersdienst. Van andere betalende diensten zijn er al enkele jaren geen klachten.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	1	25,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	33,33	-	-
bestedingsautonomie	-	-	2	50,00
bewindvoering	1	33,33	-	-
verzekeringen	1	33,33	1	25,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	4	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	2	50,00	8	47,05
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	2	50,00	6	35,29
internering	-	-	-	-
andere	-	-	3	17,64
totaal	4	100	17	100

Zowel rond gedwongen opname als rond beperkte bewegingsvrijheid zijn er meer meldingen tot bij de ombudsdienst gekomen. Bij gedwongen opname gaat het meestal over het luisteren naar het verhaal van de patiënt en waar mogelijk informeren. Bij beperkte bewegingsvrijheid over patiënten die hun afdeling niet kunnen verlaten. Belangrijk hierbij is opnieuw om te vermelden dat enkele aanmelders familieleden betreffen die een 'andere' (strengere maatregel, langere gedwongen opname, meer toezicht, geen bezoekers toelaten, ...) beschermende maatregel wensen om hun familielid tijdens de opname te omkaderen.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	1	100,00
persoonlijk begeleider	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	1	50,00	-	-
duur	1	50,00	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	1	20,00
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	4	80,00
totaal	2	100	5	100

Bij het recht op informatie werden een aantal meldingen geregistreerd die betroffen het ontvangen van bepaalde administratie (bv. correcte ontslagdocumenten, advies brief).

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-
	toestemming	1	100,00	-
andere	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	1
totaal	1	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	1	25,00
inzage/afschrift dossier	1	100,00	3	75,00
totaal	1	100	4	100

Een aantal patiënten contacteerden de ombudsdienst met de vraag om een kopie van hun dossier te mogen ontvangen.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Geen aanmeldingen rond in 2019.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Geen aanmeldingen rond in 2019.

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 hierover in 2019 (idem 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	2	3,03	12	10,81
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	5	7,57	-	-
informeren	9	13,63	8	7,20
signaleren	15	22,72	37	33,33
coachen	5	7,57	4	3,60
bemiddelen	30	45,45	50	45,04
totaal	66	100	111	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	11	36,66	4	8,00
ombudspersoon zonder patiënt	19	63,33	46	92,00
totaal	30	100	50	100

Er werd door de ombudsdienst het meest bemiddeld en gesignaleerd. In het merendeel van de bemiddelingen is het de ombudspersoon die optrad als pendel-bemiddelaar. Bij 4 bemiddelingen zat de patiënt mee aan tafel. Dat is heel wat minder dan het jaar voordien en een aandachtspunt voor komende jaren.

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	35	53,03	39	35,13
<i>binnen de week</i>	16	24,24	52	46,84
<i>binnen de twee weken</i>	10	15,15	9	8,10
<i>binnen de vier weken</i>	2	3,03	6	5,40
<i>later dan vier weken</i>	3	4,54	5	4,50
totaal	66	100	111	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	6		15	

De meeste aanmeldingen kunnen op dezelfde dag of binnen de week 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 binnen een redelijke termijn afgehandeld worden. Enkele uitzonderlijke aanmeldingen nemen wat meer tijd in beslag omdat overleg noodzakelijk is of 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.

In de tabellen lijkt er een hogere tevredenheid van patiënten met het bemiddelde resultaat. Toch moet dit enigszins genuanceerd worden door het lagere procentuele aantal aanmeldingen zonder feedback.

Voor zover we expliciet feedback kregen van de patiënt bleek men minder tevreden met het resultaat dan met het proces van de bemiddeling. Patiënten apprecieerden de aanwezigheid van een ombudspersoon, vonden het luisterend oor en de geleverde

inspanningen fijn, zelfs als het resultaat geen verschil in de aangekaarte situatie opleverde.

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	19	28,78	46	41,44
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	16	24,24	28	25,22
ontevredenheid patiënt	9	13,63	16	14,41
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	22	33,33	21	18,91
totaal	66	100	111	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	28	42,42	73	65,76
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	25	37,87	18	16,21
ontevredenheid patiënt	1	1,51	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	0,90
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	12	18,18	19	17,11
totaal	66	100	111	100

F. PVT Het Hooghuis

Er waren in 2019 ook 4 meldingen vanuit PVT Het Hooghuis, van 4 aanmelders. In 2018 waren dat er 3 van evenveel aanmelders.

Het betrof 3 meldingen van individuele bewoners en 1 van een groep. Daarvan werden er 2 meldingen schriftelijk ingediend. 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 meldingen of patiëntenrechten.

4. VASTSTELLINGEN, AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen 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 de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. In totaal waren er in 2019 2651 afgesloten meldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Uitoefening van de ombudsfunctie

- 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.
- 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 2019 in aantal meer meldingen door de ombudspersoon behandeld. Er waren wel minder meldingen die leidden tot bemiddelingen met betrokkenheid van de patiënt zelf. De hoofdbrok aan bemiddelingen blijven pendelbemiddelingen waarbij de ombudspersoon optreedt als vertaler/tolk tussen beide partijen.

B. Aandachtspunten en aanbevelingen betreffende de rechten van de patiënt, evenals positieve ontwikkelingen

- Zorgrelatie en individuele therapie

Voor patiënten blijft kwaliteitsvolle zorg en hun zorgrelatie de belangrijkste reden om de ombudspersoon op te zoeken. In 2019 zien we dat ook de discipline psycholoog aan bod komt. Daarnaast zien we een heel aantal meldingen rond individuele therapie. Het betreft hier vragen, opmerkingen, klachten, bemiddelingen over het individuele traject dat patiënten lopen in het ziekenhuis. Afspraken die niet correct doorgegeven worden, begeleidingsonderdelen die niet gevolgd kunnen worden, beloftes die niet gerespecteerd worden, verwachtingen die niet ingevuld worden.

- Respectvolle bejegening en beschikbaarheid

Het aantal meldingen rond bejegening is in aandeel niet spectaculair. Waar er sprake was over een conflict, een misverstand tussen 2 partijen, zijn de zaken na tussenkomst van de ombudspersoon uitgeklaard.

Andere klachten over bejegening ventileren een meer algemeen ervaren van minderwaardigheid jegens verpleging, over een kloof tussen de wij en zij. Deze meldingen kan men ook samen zien met deze rond beschikbaarheid die ongeveer hetzelfde ervaren ventileren.

Op vlak van beschikbaarheid was er in 2018 een daling in de meldingen, mogelijks dankzij inspanningen en projecten die in 2018 op diverse afdelingen liepen. De effecten van deze zichtbaarheid zijn in 2019 terug afgevlakt, met opnieuw een stijging in meldingen van beschikbaarheid. Mogelijks, dankzij de voltooiing van een open balie op één van de afdelingen, zal dit cijfer in het komende werkjaar opnieuw dalen.

Het werken met open balies wordt als heel positief door patiënten ervaren en wordt gemist op afdelingen waar nog met een gesloten verpleeglokaal gewerkt wordt. Een open werkomgeving vermindert ook de kloof tussen patiënt en verpleging.

- Groepsleven

In 2018 was er een opmerkelijke daling van het aantal meldingen rond groepsleven in vergelijking met 2017. In 2019 zijn er opnieuw 4 meldingen. Mogelijks kunnen meldingen rond groepsleven terug dalen dankzij het installeren van een open desk op één van de afdelingen.

Open balies verminderen niet alleen de afstand van verpleging tot patiënt, maar zorgen ook voor meer toezicht.

- Veiligheid goederen en persoon

Sinds 2018 komt in de cijfers een verhoogd (on)veiligheidsgevoel van patiënten naar boven. Toch enige nuancering in deze: onder de aanmelders bevonden zich ook familieleden die het verblijf van hun zoon/dochter/partner onvoldoende beveiligd of met te beperkt toezicht ervaren. Het onveiligheidsgevoel werd daarom nog niet altijd gedeeld door de betrokken patiënt. Eén melding veiligheid goederen betrof een schadegeval dat ook vergoed werd. Resterende meldingen betroffen verlies of diefstal van goederen waar geen financiële compensatie mogelijk was.

- Goede hotelservice

Het ziekenhuis staat zeer sterk met zijn logistieke diensten. Technische mankementen of schoonmaak geven zelden tot nooit aanleiding tot klachten. Waar dit wel zo was kon dit gekaderd worden in het ziektebeeld van de patiënt (smetvrees) of werken die bezig waren/gepland stonden. In 2019 zijn er een beperkt aantal meldingen geweest rond de voeding. Er is een grote tevredenheid betreffende de kwaliteit van de aangeboden maaltijden.

- Beschermende maatregelen

Binnen de subcategorie beschermende maatregelen kwamen de gedwongen opname en beperkte bewegingsvrijheid aan bod. Hierbij ook 3 meldingen van familieleden die hun familielid liever onder een strenger regime zien opgenomen.

- (gedwongen) stopzetting van de behandeling of verhuis naar een andere afdeling

We stellen vast dat het aantal meldingen bij beëindiging van de opname nog steeds beperkt blijft in aantal. Wel zijn er steeds meer melders die enige tijd na hun opname toch nog contact opnemen met de ombudsdienst om hun ongenoegen te uiten. Bij de beëindiging van de opname of bij verhuis blijven er zaken onafgewerkt, onvoorbereid, documenten of andere goederen vermist of trajecten onderbroken. 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.

Mogelijks kan een ontslagmapje, vergelijkbaar met een opnamemapje/brochure zowel voor patiënt als hulpverlener soelaas bieden om stapsgewijs, met alle disciplines na te gaan of alle stappen gezet zijn of welke stappen er nog nodig zijn om de zorg op een correcte manier te beëindigen of andere manier te kunnen verderzetten met andere zorgpartners.

- *Concluderend kan men stellen dat alles staat of valt met correcte en continue communicatie. Zowel het positief ervaren van een zorgrelatie, het vermijden van bejegeningklachten als het traject van individuele therapie profiteren van een continue communicatieklimaat. Bijzondere aandacht bij verlaten van de afdeling zowel intern als extern kan een aantal klachten vanuit onzekerheid, onduidelijkheid of foutieve informatie vermijden.*

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 2019 zag de ombudspersoon opnieuw wat meldingen onder de noemer informatie vallen. Zowel meldingen rond afschrift van dossier krijgen, meldingen rond niet, te weinig of foute informatie ontvangen, meldingen rond geïnformeerde toestemming, maar ook klachten over de te beperkte doorstroom van informatie binnen het team wat negatieve gevolgen heeft voor patiënten.

Daarnaast kwamen enkele familieleden tot bij de ombudsdienst met verwachtingen ten aanzien van het team met betrekking tot de behandeling van hun familielid. Deze aanmeldingen werden doorgesproken met het desbetreffende team en aanmelders werden doorverwezen naar de familievertrouwenspersoon of andere diensten.

Patiënten die de ombudsdienst contacteerden voor het verkrijgen van een kopie van hun dossier, hebben dit ook steeds gekregen.

Er dient wel opgemerkt te worden dat het in te vullen aanvraagformulier peilt naar de beweegredenen van de aanvrager. Wettelijk gezien hebben aanvragers geen reden nodig om hun dossier op te vragen.

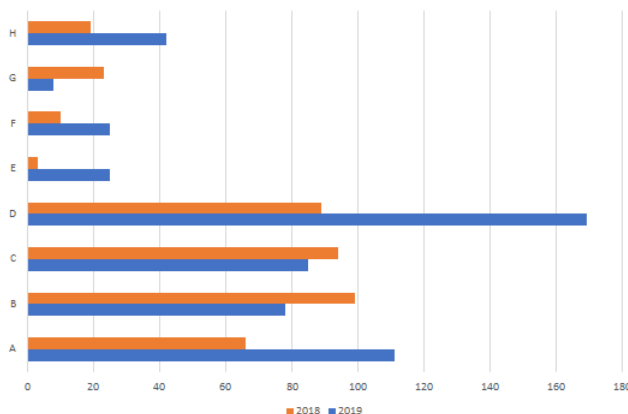
5. BESLUIT EN BEPERKTE BENCHMARK

De Ombudsdienst kan in PC Sint-Hiëronymus zeer laagdrempelig werken. De ombudspersoon ervaart geen moeilijkheden met patiëntencontacten op de afdelingen.

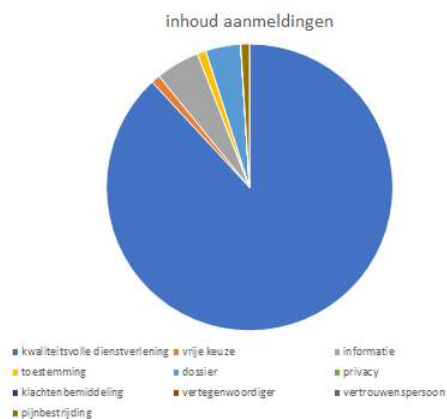
We zagen in 2019 een sterke stijging in aantal meldingen. Dit is mogelijk grotendeels te wijten aan de veranderde werking van de ombudsvrouw.

De ombudsvrouw behandelde in 2019 543 meldingen, daarvan waren er 111 binnen Sint Hiëronymus. In alle Vlaamse voorzieningen samen zijn er 2651 meldingen.

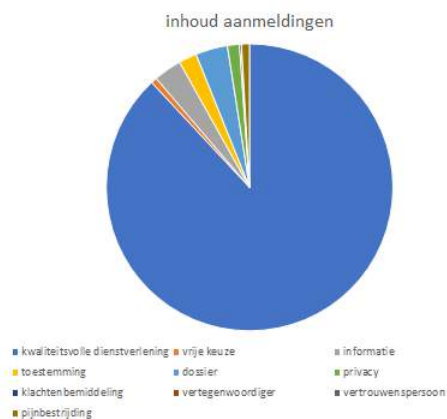
Grafiek hieronder toont de verdeling van het aantal meldingen per ziekenhuis (Sint Hiëronymus is letter A) en het verschil in aantal meldingen tussen 2018 en 2019.



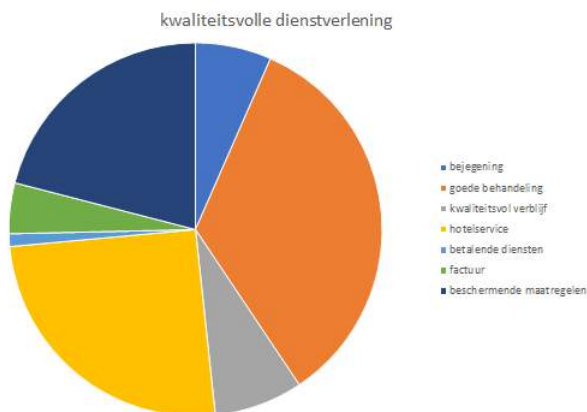
Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen Sint Hiëronymus.



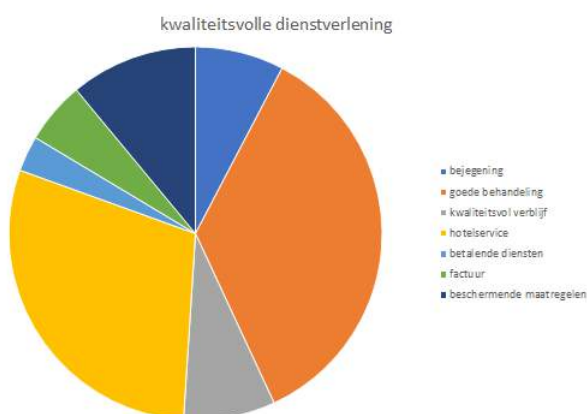
Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening (de grootste groep aanmeldingen) binnen Sint Hiëronymus.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Er is weinig verschil merkbaar tussen beide diagrammen. Sint Hiëronymus is dus als ziekenhuis een perfecte gemiddelde doorsnede van een psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen met weinig tot geen uitschieters. Met dit, beperkt wetenschappelijk, beeld willen wij jullie visualiseren dat Sint Hiëronymus, niettegenstaande een hoog aantal aanmeldingen, wel gemiddeld 'scoort'.

Afsluitend wensen we alle betrokkenen te bedanken voor hun aandacht voor en het in overweging nemen van de bedenkingen en aanbevelingen die in voorliggend jaarver-slag 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 (<i>Drongen</i>)	
e-mail	anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be	
permanentie	plaats	dagen en tijdstip
	bezoek aan de afdelingen	maandag tussen 9u30 en 12u30
	bureelpermanentie lokaal naast receptie	maandag tussen 11u en 12 u
telefoon	0491/39.39.18	

AFSPRAKEN ROND BEKENDMAKING

- Op iedere afdeling is er een "ombuds"brievbus 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).
-

Karus
Campussen Melle en Gent
van 1 januari tot
31 december 2019

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
psychiatrisch ziekenhuis
psychiatrisch verzorgingstehuis
Psychiatrisch Centrum Karus
periode van 1 januari tot 31 december 2019

Niki Vervaeke
Ombudspersoon
Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid vzw
februari 2020

INHOUD

1. INLEIDING	6
2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE	8
3. AANMELDINGEN	11
4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN	31
5. BESLUITEN	34
6. PRAKTISCHE INFORMATIE	35
7. BIJLAGE: OMBUDSPERSONEN TEWERKGESTELD BIJ POPOVGGZ	39

1. INLEIDING

Dit is het zestiende 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 meldingen, het voorwerp van de meldingen 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 (*IPSO*), 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 opmerkingen 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. Sinds 2018 vraagt de Vlaamse Ombudsman de integrale jaarverslagen van de voorzieningen op en bundelt de meldingen 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 melding** 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.

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (OGGPA vzw, SPIL vzw, PopovGGZ vzw, Logistiek Vlavo vzw en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw), met terugwerkende kracht gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert.

Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband). Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

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.

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

Karus is opgedeeld in twee campussen, Campus Melle en campus Gent, met een totaalcapaciteit van 472 bedden en 58 PVT-bedden.

A.1. Campus Melle

erkenningsnummer PZ		959									
A	a-dag	a-nacht	T	t-dag	t-nacht	Tg	Sp	K	k-dag	k-nacht	totaal
80	20	0	89	40	1	0	20	24	6	8	288

erkenningsnummer PVT		017
PVT permanent	PVT uitdovend	totaal
56	2	58

Karus campus 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 en Centrum Onderweg.

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-bedden en 5 van de vermelde t(d)-plaatsen gedeactiveerd in het verdeel van de mobiele teams.

A.2. Campus Gent

erkenningsnummer		930									
A	a-dag	a-nacht	T	t-dag	t-nacht	Tg	Sp	K	k-dag	k-nacht	totaal
116	6		42	16	2						182

Karus campus Gent, gelegen te Sint-Denijs-Westrem, is een acuut psychiatrisch ziekenhuis.

Voor een volledig zicht op de kenmerken en het aanbod van het ziekenhuis verwijzen we naar www.karus.be.

In 2019 werd de fusie van beide ziekenhuizen voorbereid. Het jaarverslag bevat nu ook de cijfers van beide campussen samen.

B. Gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

B.1. Campus Melle

PZ:	2018	2019
aantal gerealiseerde verpleegdagen	71.438	64.375
aantal opnames	900	811
aantal opgenomen patiënten op 1/1	284	260
aantal opgenomen patiënten op 31/12	260	292
gedwongen opnames	141	145

B.2. Campus Gent

	2018	2019
aantal gerealiseerde verpleegdagen	54.087	47.499
aantal opnames	903	919
aantal opgenomen patiënten op 1/1	211	210
aantal opgenomen patiënten op 31/12	210	168
aantal gedwongen opnames	121	136

Gegevens tem 30/11/2019 wegens ontbreken facturatie 12/2019 (Fusie obasi-technisch probleem)
 Cijfer 2018 was fout; oorspronkelijk cijfer betrof zowel klinische als niet-klinische opnames.
 Nu werd voor beiden enkel klinische opname genomen).

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.

C. 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 sinds september 2015 aangesteld als ombudspersoon binnen PC Caritas, later Karus campus Melle. Tijdens de afwezigheid van Nicole (Nicole Claeys was niet langer actief als ombudsvrouw in 2019 voor Karus) nam Carine tijdelijk haar taken over op campus Gent. Behalve in Karus is ze ook actief als ombudspersoon in drie andere zorgvoorzieningen, twee initiatieven beschut wonen en twee centra voor geestelijke gezondheidszorg. Naast de opdrachten in kader van de ombudfunctie is Carine tevens deeltijds tewerkgesteld binnen het team Crosslink van RADAR, het netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren in Oost-Vlaanderen.

Carine is master in de criminologische wetenschappen en werkt sinds 2014 voor PopovGGZ vzw.

In 2019 werd één ombudspersoon voor de gehele voorziening aangeduid.

Sinds 1 april 2019 nam Niki Vervaeke de fakkel over van Carine en dit voor beide campussen.

Niki is licentiate in de politieke en sociale wetenschappen en counselor. Zij volgde ook de basisopleiding bemiddeling en intervisor bij MEDIV. Zij werkte 50% als externe ombudspersoon voor het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Gebied Brussel hoofdstad van 2015 tot en met 2019 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 verving zij in 2018 al een Oost-Vlaamse collega voor de ombudswerking.

Niki pleegt indien nodig, overleg met Jan Steel, directeur patiëntenzorg. Zij is elke vrijdag van 9 tot 12 u aanwezig op Kampus Melle en verzorgt spreekuur van 9 tot 10. Daarna, om de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de functie te garanderen, opteert zij voor een actieve rondgang op de verschillende afdelingen. Zij is elke weekdag bereikbaar tijdens de kantooruren.

Daarnaast gaat zij elke vrijdagmiddag langs op de Kaap.

Zij verzorgt elke vrijdagnamiddag de permanentie op Kampus Gent, spreekuur van 13 tot 14 u, daarna gaat zij langs op de afdelingen.

Zij gaat elke 2e maandag van de maand langs op PVT de Wadi.

Zij verzorgt ook de externe ombudsfunctie in het Pc Guislain en in Pc Ariadne.

Beide ombudspersonen nemen deel aan de intervisies en vormingen die op regelmatige basis worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (IPSOF) en zijn lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen. Ze volgden de nodige vormingen en bijscholingen betreffende de patiëntenrechten, gedwongen opname, bewindvoering, crisiscommunicatie, interneringswetgeving, ...

3. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 07/01/2019, de laatste op 20/12/2019. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 137, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 100. De 92 aanmeldingen zijn afkomstig van 51 **aanmelders**.

De cijfers van beide campussen worden nu samengenomen, ook met het oog op de fusie

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders Campus Melle + Gent

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	191	180	164	138
aanmelders	114	91	90	82

De dalende trend die ingezet was sinds 2017, wordt dit jaar bevestigd, het aantal aanmeldingen is opnieuw gedaald.

Verder beperken we ons tot het vergelijken van de gegevens van **2019** met **2018**, opnieuw voor beide campussen samen.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders en aanmeldingstijd

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	164		138	
aanmelders	90		82	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	75	60,97	90	72,58
<i>binnen de week</i>	33	26,82	23	18,54
<i>binnen de twee weken</i>	13	10,56	10	8,06
<i>binnen de vier weken</i>	1	0,81	1	0,80
<i>later dan 4 weken</i>	1	0,81	-	-
totaal	123	100	124	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	39	24,07	13	9,48
<i>1 contact</i>	71	43,82	89	64,96
<i>2 contacten</i>	43	26,54	23	16,78
<i>3 contacten</i>	6	3,70	6	4,37
<i>meer dan 3 contacten</i>	3	1,85	6	4,37
totaal	162	100	137	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	15		9	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	2		1	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	160		137	

De 138 aanmeldingen komen van 82 patiënten.

In de overgrote meerderheid van de aanmeldingen was er persoonlijk contact tussen de ombudspersoon en de aanmelder (95,61 %). Meestal volstonden één (64,96 %) of twee (16,78 %) 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.

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

Contacten en verwijzingen

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
7	1	1,21	7	5,07
5	2	2,43	10	7,24
4	6	7,31	24	17,39
3	7	8,53	21	15,21
2	10	12,19	20	14,49
1	56	68,29	56	40,57
totaal	82	100	138	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	134	82,71	108	78,83
groep patiënten	5	3,08	5	3,64
andere	23	14,19	24	17,51
totaal	162	100	137	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	52	38,80	58	53,70
vrouw	82	61,19	50	46,29
onbekend	-	-	-	-
totaal	134	100	108	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	3	60,00	1	20,00
3 personen	1	20,00	1	20,00
4 personen	1	20,00	1	20,00
meer dan 4 personen	-	-	2	40,00
totaal	5	100	5	100
grootste groep	4		6	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	17	73,91	21	87,50
kennis	-	-	-	-
personeelslid	5	21,73	2	8,33
andere	1	4,34	1	4,16
totaal	23	100	24	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	2	8,69	-	-
als vertrouwenspersoon	10	43,47	3	12,50
ten persoonlijke titel	11	47,82	21	87,50
totaal	23	100	24	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	9	39,13	5	20,83
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	5	21,73	1	4,16
terugkoppeling was niet mogelijk	7	30,43	11	45,83
terugkoppeling was niet nodig	2	8,69	7	29,16
totaal	23	100	24	100

Aanmeldingen die niet gebeurden door patiënt zelf, werden steeds gedaan door familieleden of partners die als vertrouwenspersoon (3) of ten persoonlijke titel (21)

optrad. De ombudspersoon trachtte steeds na te gaan of de patiënt de aanmelding onderschreef. Bij vijf aanmeldingen bleek dat het geval, bij één aanmelding ging patiënt echter niet akkoord met de melding. Bij elf aanmeldingen was terugkoppeling naar de patiënt niet mogelijk (*niet contacteerbaar, op ontslag, transfer ander ziekenhuis, etc*).

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	90	55,55	96	70,07
neen	72	44,44	41	29,92
totaal	162	100	137	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	62	86,11	31	75,60
dit jaar binnen een andere voorziening	2	2,77	2	4,87
vorige jaren binnen deze voorziening	7	9,72	4	9,75
vorige jaren in andere voorziening	1	1,38	4	9,75
totaal	72	100	41	100

Bij één derde van de aanmeldingen is de aanmelder reeds gekend door de ombudspersoon (29,92%). Het betreft aanmeldingen van mensen die in 2019 meer dan één aanmelding formuleerden (59%), van mensen die de ombudspersoon reeds kende van vroeger (19,50).

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	56	34,56	48	35,03
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	66	40,74	32	23,35
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	40	24,69	57	41,60
totaal	162	100	137	100

Meer dan 70% van de meldingen gebeuren via persoonlijk of telefonisch contact met de ombudspersoon (76,63%).

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	17	10,49	28	20,43
vraag tot interventie	79	48,76	56	40,87
vraag tot signalering	41	25,30	37	27,00
vraag naar een luisterend oor	25	15,43	16	11,67
totaal	162	100	137	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	5	6,41	2	3,57
vraag om een ander soort akkoord	73	93,58	54	96,42
totaal	78	100	56	100

Slecht tweemaal had de patiënt initieel een vraag naar een financieel akkoord.

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	26	16,04	56	40,87
neen	76	46,91	21	15,32
werd niet bevraagd	60	37,03	60	43,79
totaal	162	100	137	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	26	100,00	53	94,64
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	3	5,35
totaal	26	100	56	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	12	15,78	6	28,57
durfde niet	8	10,52	5	23,80
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	56	73,68	10	47,61
totaal	76	100	21	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	2	1,23	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	138	85,18	123	89,78
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	22	13,58	13	9,48
niet van toepassing	-	-	1	0,72
andere	-	-	-	-
totaal	162	100	137	100

Voor zover bevroegd, werden bij de meeste aanmeldingen informeel eerdere stappen ondernomen (40,87%).

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 - Stricte interpretatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	58	35,80	53	38,68
aanmeldingen die weerhouden worden	104	64,19	84	61,31
totaal	162	100	137	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	74	71,15	66	78,57
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	7	6,73	3	3,57
3. informatie	2	1,92	-	-
4. geïnformeerde toestemming	9	8,65	10	11,90
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	1	0,96	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	9	8,65	2	2,38
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	2	1,92	2	2,38
7. pijnbestrijding	-	-	1	1,19
totaal	104	100	84	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde meldingen. Elke melding heeft ofwel betrekking op één **patiëntenrecht**, ofwel betreft het één **algemene vraag los van de patiëntenrechten**. Er wordt per melding slechts één meldingscode 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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	150	92,59	120	87,59
algemene vraag los van patiëntenrecht	12	7,40	17	12,40
totaal	162	100	137	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	1	5,88
juridisch	2	16,66	3	17,64
financieel	1	8,33	2	11,76
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	3	17,64
levensverhaal	8	66,66	3	17,64
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	1	8,33	5	29,41
totaal	12	100	17	100

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

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	27	16,66	24	17,51
psychiater	45	27,77	50	36,49
huisarts	2	1,23	-	-
andere arts	-	-	1	0,72
apotheker	-	-	-	-
verpleging	18	11,11	21	15,32
persoonlijke begeleider	-	-	2	1,45
sociale dienst	5	3,08	8	5,83
psycholoog	2	1,23	1	0,72
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	2	1,23	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	43	26,54	14	10,21
administratieve dienst	1	0,61	2	1,45
technische dienst	1	0,61	6	4,37
voedingsdienst	4	2,46	3	2,18
poetsdienst	2	1,23	-	-
directie	3	1,85	2	1,45
bewindvoerder	1	0,61	2	1,45
ombudspersoon	1	0,61	-	-
andere	5	3,08	1	0,72
totaal	162	100	137	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 (14), de psychiater (50) en de verpleging (21), niet toevallig die disciplines die het nauwst betrokken zijn op de directe patiëntenzorg.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	109	72,66	97	80,83
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	8	5,33	3	2,50
3. informatie	3	2,00	1	0,83
4. geïnformeerde toestemming	9	6,00	10	8,33
5. inzage patiëntendossier	13	8,66	5	4,16
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	2,66	2	1,66
7. klachtenbemiddeling	2	1,33	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	0,66	1	0,83
10. pijnbestrijding	1	0,66	1	0,83
totaal	150	100	120	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	11	10,09	12	12,37
1.2. goede behandeling/begeleiding	39	35,77	29	29,89
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	11	10,09	17	17,52
1.4. goede hotelservice	16	14,67	14	14,43
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	5	4,58	5	5,15
1.7. beschermende maatregelen	27	24,77	20	20,61
totaal	109	100	97	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	9,09	3	25,00
correcte omgangsvormen	10	90,90	7	58,33
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	2	16,66
totaal	11	100	12	100

Patiënten melden soms dat ze niet echt beluisterd worden en dat hun vragen niet beantwoord worden of dat ze met hun klachten au sérieux genomen worden. Voor wat betreft correcte omgangsvormen refereert men naar 'andere behandeling van patiënten op dezelfde afdeling' of naar ongelijke toepassing van regels of andere interpretatie van regels al naargelang de patiënt.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	3,44
somatische verzorging	5	12,82	3	10,34
medicatie	2	5,12	1	3,44
individuele therapie	4	10,25	-	-
groepstherapie	2	5,12	1	3,44
voldoende beschikbaarheid	8	20,51	1	3,44
betrokkenheid familie	2	5,12	3	10,34
start opname/behandeling/begeleiding	1	2,56	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	8	20,51	9	31,03
overplaatsing naar andere afdeling	3	7,69	1	3,44
overplaatsing naar een andere voorziening	2	5,12	3	10,34
andere	2	5,12	6	20,68
totaal	39	100	29	100

Er zijn meer meldingen over de ontslagregeling. Patiënten/familie ervaren het ontslag niet altijd als goed. Enerzijds de nood aan langere behandeling waar het traject 'afgewerkt' is en waar er bij de doorverwijzing of nazorg soms 'gaten' vallen. Anderzijds gedwongen ontslagen nav specifiek gedrag of niet naleven van bepaalde afdelingsregels dat niet altijd door patiënten als zo ervaren wordt. Het duidelijk aangeven van grenzen en tegelijk rekening houdende met de psychische kwetsbaarheid van de patiënt die dergelijk 'onaangepast' of 'regeloverschrijdend' gedrag soms met zich meebrengt verzoenen vereist duidelijke en heldere communicatie.

Start opname/behandeling/begeleiding

Geen aanmelding over de wachtlijst.

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	5	62,50	7	77,77
geweigerd	2	25,00	-	-
andere	1	12,50	2	22,22
totaal	8	100	9	100

Overplaatsing naar andere afdeling

Een aanmelding over een verplichte overplaatsing naar een andere afdeling.

Overplaatsing naar andere voorziening

Drie aanmeldingen over het overplaatsen naar een ander voorziening. 1 weigering, 1 gedwongen overplaatsing en 1 andere.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	1	9,09	5	29,41
groepsleven	9	81,81	2	11,76
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	1	9,09	9	52,94
andere	-	-	1	5,88
totaal	11	100	17	100

Er kwamen meer opmerkingen over de weekend en verlofregeling omdat patiënten meer verlof wilden of vroeger op weekend wilden vertrekken en later terugkomen. Ondanks het feit dat dit bij opname wordt meegedeeld willen patiënten, eens ze zich goed voelen, vroeger mogen vertrekken dan 14u op zaterdag.

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	5	31,25	4	28,57
infrastructuur/accommodatie	4	25,00	7	50,00
hygiëne	2	12,50	-	-
veiligheid persoon	2	12,50	-	-
veiligheid goederen	3	18,75	1	7,14
andere	-	-	2	14,28
totaal	16	100	14	100

Het hoger aantal meldingen over kwaliteitsvol verblijf slaat vooral op technische problemen met WIFI (geen wifi, slechte verbinding, geen toegang tot bepaald websites, steeds moeten herinloggenbetalende dienstverlening) en aanhoudende problemen met vb televisies die lange tijd blijven aanslepen. Op gesloten afdelingen worden deze technische problemen of storingen door patiënten als zeer vervelend ervaren.

1.5. Betalende diensten

Geen meldingen.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

Vijf meldingen, waarvan één over de factuur, één over zakgeld en twee over bewindvoering. Één betrof een andere vraag mbt geldbeheer.

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	1	3,70	1	5,00
bepaalde bewegingsvrijheid	5	18,51	2	10,00
afzondering	6	22,22	1	5,00
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	14	51,85	14	70,00
internering	-	-	1	5,00
andere	1	3,70	1	5,00
totaal	27	100	20	100

Het aantal klachten over gedwongen opname blijft hetzelfde maar is proportioneel gestegen in vergelijking met het aantal meldingen over beschermende maatregelen. Patiënten geven aan niet in gedwongen opname te willen blijven of niet akkoord zijn over de manier waarop zij in dat statuut verzeild geraakt zijn.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	7	87,50	1	33,33
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	1	33,33
andere	1	12,50	1	33,33
totaal	8	100	3	100

3. Recht op informatie

Een aanmelding over het recht op informatie over de gestelde diagnose.

4. Recht op geïnformeerde toestemming

Tien aanmeldingen, telkens over het recht op het geven van geïnformeerde toestemming voor medicatie. In 2018 waren dat er negen.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

Vijf aanmeldingen over het patiëntendossier, allemaal vier over het verkrijgen van een afschrift dossier. In 2018 waren dat er voor beide campussen 13.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Eén aanmelding over het respecteren van de privacy betreffende beroepsgeheim en één aanmelding betreffende mondelinge indiscretie.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Geen aanmelding.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Geen aanmeldingen.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Een aanmelding over informatie betreffende de vertrouwenspersoon.

10. Recht op pijnbestrijding

Eén aanmelding betreffende euthanasie, idem aan 2018.

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 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.

Hoofdivententie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	24	15,00	16	11,67
doorverwijzen intern	2	1,25	6	4,37
doorverwijzen extern	1	0,62	1	0,72
informeren	23	14,37	30	21,89
signaleren	34	21,25	57	41,60
coachen	29	18,12	15	10,94
bemiddelen	47	29,37	12	8,75
totaal	160	100	137	100

Het bemiddelen gebeurde meestal door de ombudspersoon alleen, zonder dat de patiënt erbij betrokken was (10). Bij 2 bemiddelingen was de patiënt betrokken.

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal meldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de melding</i>	62	38,75	45	32,84
<i>binnen de week</i>	37	23,12	47	34,30
<i>binnen de twee weken</i>	23	14,37	15	10,94
<i>binnen de vier weken</i>	18	11,25	10	7,29
<i>later dan vier weken</i>	20	12,50	20	14,59
totaal	160	100	137	100
aantal weken bij melding met langste looptijd	46		36	

Wanneer een melding 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 melding 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 meldingen kan in beslag nemen.

De volgende tabellen geven een idee van hoe de **tevredenheid** van de patiënt met de afhandeling van de melding 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	8	5,00	34	24,81
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	19	11,87	36	26,27
ontevredenheid patiënt	12	7,50	6	4,37
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	0,62	1	0,72
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	31	19,37	5	3,64
ontevredenheid patiënt	4	2,50	-	-
geen feedback	85	53,12	55	40,14
totaal	160	100	137	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	26	16,25	58	42,33
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	15	9,37	18	13,13
ontevredenheid patiënt	4	2,50	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	2	1,25	1	0,72
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	32	20,00	5	3,64
ontevredenheid patiënt	2	1,25	-	-
geen feedback	79	49,37	55	40,14
totaal	160	100	137	100

F. K-diensten

Sinds 2012 wordt de externe ombudsfunctie ook aangeboden aan de kinderen en jongeren van de K-diensten. In 2019 ontving de ombudspersoon 4 meldingen uit De Kaap, deze werden mee geregistreerd in de cijfers van Karus Melle.

G. PVT en BW

In PVT De Wadi waren er 7 meldingen afkomstig van 7 verschillende melders, 6 individueel en 1 groep. De meldingen gingen over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, meer bepaald over het bejegening, goede behandeling, kwaliteitsvol verblijf en betalende diensten.

Vanuit beschut wonen De Nieuwe Horizon kwamen 2 vragen die buiten patiëntenrechten vallen en bij Centrum Onderweg tenslotte waren er geen meldingen. De Nieuwe Horizon en Centrum Onderweg zijn in 2019 gefusioneerd.

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen 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 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 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 samenwerking tussen zorgverleners en ombudspersoon verloopt positief en er wordt voldoende tijd genomen om meldingen te bespreken en op een constructieve manier af te ronden.
- 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. 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. Dit geeft soms problemen op het ogenblik dat de arts van de preventiedienst aanwezig is. Voor wat de campus Gent betrof was dit moeilijker, daar verhuisde de ombudspersoon meermaals van lokaal, begin 2020 werd een vaste locatie gevonden.
- De ombudspersonen hebben de mogelijkheid om zich vrij te verplaatsen op de campussen en maken 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.
- Het jaarverslag wordt overgemaakt aan de directieleden van het ziekenhuis en toegelicht door de ombudspersoon.

- De ombudspersoon heeft op dit moment geen zicht op welke aanbevelingen het ziekenhuis uitkiest voor verbeterinitiatieven, noch welke acties hieromtrent worden genomen. Het kan een meerwaarde zijn hierop in te zetten. Daarbij moeten we uiteraard rekening houden met het feit dat de input van de klachten relatief beperkt blijft, gezien het lage aantal meldingen in 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 dienstverlening (art. 5)

- Het al dan niet voldoende beschikbaar zijn van artsen, therapeuten of individuele begeleider vormt een aanleiding tot het aanspreken van de ombudspersoon. Een aantal aanbevelingen van vorig jaar blijven nog steeds geldend. Ze worden dan ook letterlijk hernomen.
 - ✓ *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? Kan hieraan een frequentie of vaste datum gekoppeld worden of eventueel gewerkt worden met vb. affichering van aanwezigheid van de zorgverstrekkers op de afdeling?*
 - ✓ *Het is belangrijk om patiënten te informeren over de implicaties van het feit dat ze opgevolgd worden door een multidisciplinair team dat elkaar aanvult en informeert. Bij patiënten waarbij de communicatie moeilijk verloopt is het essentieel om een vaste contactpersoon voor deze communicatie aan te duiden en de communicatie en eventuele afspraken ook op papier mee te geven.*
 - ✓ *Het therapieprogramma is voor patiënten essentieel en laat hen toe om een weekplanning te maken. 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. Daarnaast worden op therapiemomenten ook afspraken ingepland met arts of psycholoog. Soms krijgt een patiënt achteraf te horen dat er te weinig deelname is aan therapie (nav andere afspraken). Betere afstemming van communicatie is hiervoor noodzakelijk.*
- 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. Patiënten op verlof hebben soms ook problemen om tijdig terug te keren. Wanneer dit gebeurt kan (zelfs wanneer de patiënt verwittigd heeft) de patiënt hierop worden aangesproken. Dit vooraf duiden en uitleggen waarom verlof binnen bepaalde tijdsspanne gerespecteerd*

moet worden en wat te doen bij overmacht is belangrijk om achteraf vragen en ongenoegen bij beide partijen te voorkomen.

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. We merken hierin wel de positieve evolutie op waarbij de vraag om wijziging van de Individuele begeleiding meer en meer wordt opgenomen en bekeken.*
- We hernemen hier de aanmelding van 2018 betreffende gedwongen ontslag omdat we hier meer aanmeldingen rond kregen waarbij patiënten bleven aandringen op gesprek of nieuwe kans of het ontslag niet konden plaatsen. 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. Ondanks eventuele waarschuwingen of feedback rond bepaald gedrag komt een gedwongen ontslag voor bijna alle patiënten als een shock. 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. Ook de communicatie in groep en per patiënt hierover openhouden is steeds aan te raden. Ook individuele afspraken over vb. deelname aan therapie of activiteiten moeten bij leden van het team goed gekend zijn zodat Patiënten er niet op worden 'afgerekend'.*
 - ✓ *Kan er, in de gevallen dat een gedwongen ontslag niet kan vermeden worden, steeds een Exitgesprek met duidelijke duiding van ontslag georganiseerd worden.? Daarnaast is het aanbieden of doorverwijzen naar de juiste nazorg nog steeds noodzakelijk. (Evt. heropname, alternatieve zorgmogelijkheden, doorverwijzingen, etc.)*

5. BESLUIT

Er waren in 2019 161 meldingen vanuit Karus, waarvan 92 uit campus Melle en 69 uit campus Gent. Er waren tevens drie meldingen uit De Kaap en zeven meldingen vanuit PVT De Wadi.

De meldingen bij de externe ombudspersoon hadden in 2019 net als voorgaande jaren vooral betrekking op de kwaliteitsvolle dienstverlening. Voor aanbevelingen en algemene bedenkingen verwijzen we naar hoofdstuk 4 van dit jaarverslag.

Afsluitend wensen we alle betrokkenen te bedanken 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 :	Karus :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 Karel Vandesteene, Zorgmanager

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam	Niki Vervaeke
------------------	---------------

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres	Niki Vervaeke OmbudsfunctieGGZ, PopovGGZ, Drongenplein 26, 9031 Gent (<i>Drongen</i>)	
e-mail	Niki.Vervaeke@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	Vrijdag van 9u tot 12u15
	PVT De Wadi, Merelbeke	elke 1ste maandag van de maand van 14 tot 15 uur
telefoon	nummer	dagen en uren
	0499 / 90 77 45	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.

VOORZIENING

naam	Karus Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus
adres	Beukenlaan 20, 9051 Sint-Denijs-Westrem
voornaam, naam en functie vertegenwoordiger voorziening in comité overlegplatform	Herman Roose, Algemeen Directeur
voornaam, naam en functie contactpersoon in de voorziening	Jan Steel, Directeur Patiëntenzorg

OMBUDSPERSOON

voornaam en naam	Niki Vervaeke
------------------	----------------------

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres	Ombudsfunctie PopovGGZ, Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Drongen	
e-mail	Niki.vervaeke @ombudsfunctieggz.be	
brievenbus	lokaal externe ombudsfunctie, Bureau Ann	
permanentie	plaatsen	dagen en uren
	aanwezig in ziekenhuis zituur in ombudslokaal	Vrijdag van 13 tot 15u Vrijdag van 13 tot 14u
telefoon	nummers	dagen en uren
	09 / 216 65 50 GSM 0499/ 90 77 45	op werkdagen tijdens kantooruren (<i>via secretariaat PopovGGZ</i>) van dinsdag tem donderdag tijdens kantooruren




AFSPRAKEN ROND BEKENDMAKING

- affiches op alle afdelingen
 - folders verspreid bij alle patiënten en beschikbaar op afdeling voor -nieuwe patiënten
 - aandacht op afdelingsniveau voor de brochures van de federale overheid "Een uitnodiging tot dialoog. Wet Rechten van de patiënt"
 - bekendmaking patiëntenrechten en ombudsfunctie op intra- en internet
-

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 de bemiddeling uitgesteld tot de ombudspersoon terug is
 - indien de patiënt akkoord is en de bemiddeling is dringend wordt voor bemiddeling verwezen naar Roel Storms, directeur patiëntenzorg
 - is de patiënt het daar niet mee eens, dan zoekt de vervangende ombudspersoon een oplossing, conform de afgesproken werkwijze (*visietekst, gedragscode, huishoudelijk reglement*)
-

7. Ombudspersonen tewerkgesteld in Oost-Vlaanderen:

	<p>Naam: Niki Vervaeke E-mail: niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be GSM: 0499/ 90 77 45 Vaste voorzieningen: PVT Leilinde, PZ dr. Guislain, K-dienst Fioretti PC en PVT Ariadne, Karus, PVT Karus, K-dienst De Kaap, BW Zagan, BW Centrum Onderweg, BW Reymeers, BW De Nieuwe Horizon</p>
	<p>Naam: Helene Cambien E-mail: helene.cambien@ombudsfunctieggz.be GSM: 0490/ 41 93 01 Bereikbaar: Elke werkdag tijdens kantooruren Vaste voorzieningen: Mobiele teams Het PAKT, Mobiele teams Netwerk GG ADS Zuid, CGG De Drie Stromen, CGG Eclips, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, De Sleutel, De Kiem, BW De Vlaamse Ardennen, PZ Sint-Franciscus-De Pelgrim</p>
	<p>Naam: Anne-Leen Denolf E-mail: anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be GSM: 0491/ 39 39 18 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</p>

JAARVERSLAG 2019
EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
PZ Zoersel
Van 1 januari tot
31 december 2019



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

OGGPA

Overlegplatform Geestelijke

Gezondheidszorg Provincie Antwerpen vzw



OGGPA

Haagbeuklei 12,

2610 Wilrijk

Tel: 03/609.33.46

peter.declercq@oggpa.be

www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

PZ Zoersel (erkenningnr.937)

periode van 1 januari 2019 tot 31 december 2019

Peter De Clercq

Silke Renders

Ombudspersonen GGZ

OGGPA

Februari 2020

Bedankt Silke voor je goede, dagdagelijkse opvolging tijdens mijn afwezigheid en je waardevolle inbreng bij de opmaak van dit jaarverslag!

INHOUD

1. BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN VOORZIENING

3. OVERZICHT AANMELDINGEN CASUSINFO

BIJLAGEN

1. AANMELDINGEN PZ ZOERSEL 2019 (REGISTRATIEGEGEVENS)

2. BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN – VLAANDEREN

3. AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN VLAAMS JAARVERSLAG OMBUDSFUNCTIE GGZ 2019

1. BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

- De 79 aanmeldingen (2019) komen van in totaal 77 aanmelders. Het aantal aanmelders ligt in de **lijn van de voorbije jaren**.
- Bijna alle aanmelders kregen een eerste gesprek **binnen de week** (90%).
- Bij de helft van de aanmeldingen was er **minstens 1 persoonlijk** contact (49%).
- Het aantal aanmeldingen waarbij er **geen face to face** contact was, is gestegen (n=15 in 2017, n=21 in 2018, n=40 in 2019).
- In 2019 waren er 2 **groepsklachten**.
- 10% (n=8) van de aanmeldingen werden geformuleerd door **partners of familieleden**. Dat is een duidelijke daling ten aanzien van 2018 (n=20).
- Het aantal **reeds gekende aanmelders** is gelijklopend (n=23 in 2018, n=20 in 2019).
- Het aantal aanmelders dat spontaan gebruik maakt van de **permanentie** is dit jaar iets lager dan vorig jaar. (n=25 in 2018, n=20 in 2019). Met een score van 25,31% op het totaal aantal aanmelders scoort de voorziening wel het **hoogst aantal spontane aanmelders** binnen de Provincie.
- **49%** van de aanmelders vraagt expliciet om een **interventie**.
- **42%** van de aanmelders heeft geen **eerdere stappen** ondernomen, **formeel of informeel**.
- **88%** van de aanmelders geeft aan bewust te kiezen voor een **onafhankelijke benadering** van hun vraag of klacht.
- Het aantal **aanmelders in ontslagfase** stijgt (n=20).
- **Kwaliteitsvolle dienstverlening (71%) en informatie (17%)** blijven de belangrijkste categorieën.
- In de categorie kwaliteitsvolle dienstverlening zijn **goede behandeling** (40,74%) en **hotelservice** (16,66%) de belangrijkste categorieën. In de categorie hotelservice zijn er n=7, 78% meldingen in de subcategorie **veiligheid persoon en goederen**.
- In de categorie **beschermende maatregelen** zien we een **stijging** (n=3 in 2018 naar n=6 in 2019). In 2019 daalde het aantal aanmeldingen betreffende **somatische verzorging** (n=2 in 2018, n=1 in 2019).
- **Bemiddelen (met of zonder de patiënt)** blijft de voornaamste interventie van de ombudspersoon. (n=28, 35%)
- Er waren in 2019 6 **driegesprekken**, dat zijn er 13 minder dan in 2018.
- Doorgaans worden aanmeldingen binnen een termijn van 1 week **afgesloten**. Bij (14%, n=11) van de aanmeldingen nam de afhandelingstijd minstens 4 weken in beslag.

Korte toelichting bij cijfers

Aantal aanmeldingen/aanmelders **gelijklopend met voorgaande jaren** (n=79)

Spontane anmelders, hoogste gemiddelde op Provinciaal niveau (25%)

25% (n=20) van de anmelders **nam reeds eerder contact** op met de ombudsdienst.

Groepsklachten beperkt (n=2)

Overwicht vrouwelijke klagers (60%)

Aanmeldingen zonder ftf-contact zijn gestegen, verdubbeld t.a.v. van 2018 (n=21), n=40 in 2019.

Aanmeldingen door anderen dan patient of familie is gedaald (n=11)

Klachten familie en/of partner in dalende lijn vergeleken met voorgaande jaren (n=8)

In geval klacht familie of partner gebeurd het **eerder weinig dat patient de klacht niet onderschrijft** (n=2)

Aantal driegesprekken gedaald (n=6)

25% (n=20) van de aanmeldingen wordt geformuleerd tijdens de **ontslagfase**.

Er waren 12 aanmeldingen gerelateerd aan het **opstarten of stopzetten van een behandeling**. Stijging t.a.v. 2018.

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN PZ ZOERSEL 2019

1. Recht op informatie

Afschrift dossier

Casusvoorbeelden

Patiënt vraagt **info&advies** rond **procedure afschrift dossier**

Gebruik van **aanvraagformulier en ontvangstbevestiging**.

(monitoring van vragen (inhoud, aantal) en reactie-(tijd) in belang van de aanvrager én de informatieverstrekker)

→*Duidelijke informatie geven over de te volgen procedure voor inzage en/of afschrift.*

→*Duidelijkere afspraken rond ophalen/versturen van de gevraagde informatie.*

→*Vlotter beschikbaar maken van elektronisch afschrift (overdraagbaarheid)*

→*Hoe kan patiënt kennisnemen van (aangepaste) informatie na het uitoefenen van het recht op correctie of toevoeging ?*

Mogelijkheid om **elektronisch afschrift** te bekomen ?

Zie advies Orde van Geneesheren (jaarverslag 2018)

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 (ifv overdraagbaarheid).*

Beschikbaarheid verslaggeving na ontslag

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 vervolghulpverleners. (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'.*

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ Zoersel 2019

→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.

Casusvoorbeelden

Patiënte vraagt om **toelichting bij adviezen, observaties, diagnose** en vraagt **afschrift en/of inzage in dossier**

Patiënte wacht meerdere maanden op dossier en toelichting

Patiënte niet tevreden over **kostprijs/resultaat consult psychiater "vage diagnose en geen verslag"**

betwisting factuur

Na toelichting betaalt patiënt maar ongenoegen blijft

Kreeg toelichting rond kostprijs consult en advies om deze informatie via mutualiteit te checken.

Niettemin voelt patiënt zich niet geholpen door het te vage doorverwijzingsadvies en ontving zij tot op heden geen verslag/doorverwijzingsbrief

Recht op correctie en toevoeging

Casusvoorbeeld

Patiënte erg ontevreden met **inhoud en formuleringen in eindverslag** vraagt info&advies rond mogelijkheden tot reactie/correctie.

rechtstreekse gesprekken liggen erg moeilijk.

Patiënt schrijft brief met opmerkingen en bedenkingen met de vraag dit aan het dossier toe te voegen.

Vanuit de ombudswerking hebben we het recht op informatie steeds ruimer bekeken dan louter het recht op informatie over de eigen gezondheidstoestand.

Het **recht op informatie** mag terecht beschouwd worden als de **meest basale vorm van participatie/eigenaarschap** van de patiënt.

Patiënten hebben steeds duidelijkere verwachtingen op vlak van participatie en zorg op maat. Het **proactief betrekken van de patient bij evaluatie- en/of keuzemomenten in het behandeltraject** kan hier een belangrijke bijdrage leveren.

De **verwachtingen** bij patiënten om rechtstreeks betrokken te kunnen zijn en zo 'eigenaar' te blijven van hun eigen behandeltraject komt **ook steeds meer tot uiting bij vragen rond hun dossier**.

Patiënten willen **zicht krijgen op de inhoud en weten met wie deze informatie gedeeld wordt**.

Ook de vraag om informatie (waaronder hun persoonlijke feedback, beleving t.a.v. hun behandeling) te kunnen toevoegen aan hun dossier, neemt toe.

In opvolging van de aanbevelingen van 2018 en 2017 werd de **procedure "Inzage- en afschrift" geactualiseerd en getoetst aan de regelgeving GDPR**.

In deze oefening heeft o.i. de toetsing aan GDPR-wetgeving de bovenhand genomen t.a.v. de intentie om de **procedure duidelijker en de afhandeling in praktische zin vlotter te maken**.

De aanbeveling om te werken met een aanvraagformulier, ontvangstbevestiging en om te voorzien in de **mogelijkheid om een elektronisch afschrift te kunnen bekomen werd niet weerhouden.**

Ook de **mogelijkheid voor patiënten om informatie toe te voegen aan hun dossier** is voorlopig **niet gerealiseerd op praktisch vlak.**

Op dit moment hebben we nog onvoldoende zicht op **concrete richtlijnen/maatregelen om de beschikbaarheid van verslaggeving vlotter te laten verlopen.**

2. Patiëntveiligheid

We verwijzen graag naar de aanbevelingen en aandachtspunten die hierover eerder werden geformuleerd in de jaarverslagen 2017 en 2018.

Beleid t.a.v. middelengebruik

Casusvoorbeelden

Feestweek: Alcoholconsumpties aan 1 euro, ook ter beschikking van patiënten.

Patiënte bezorgd, boos en bang door **dronken/agressieve patiënten.**

Gesignaleerd aan facilitair directeur/ projectleider

Patiënt met gestabiliseerde verslavingsproblematiek is ontstemd over de tolerante houding t.a.v. **alcoholgebruik op domein tijdens activiteiten.**

Signalering op afdelingsniveau en voorzieningsniveau

Rode kaarten voor **druggebruik** gebeuren met twee maten en twee gewichten.

De patiënt begrijpt dit maar er worden dingen door de vingers gezien door de verpleging en dat **verziekt de sfeer op de afdeling.**

Zijn vraag: Team moet oog hebben voor drugs en dit melden.

Luisteren, signaleren.

Oog hebben voor drugs op de afdeling en dit melden.

Leefregels

Casusvoorbeelden

Patiënt klaagt over **grensoverschrijdend gedrag** vanwege **medepatiënten** en de **houding van verpleging** hiertegenover (toezicht, correctie)

Signalering aan afdelingsverantwoordelijke bespreking op teamniveau

Afgelopen jaar waren er opnieuw **aanmeldingen rond overlast tgv. middelengebruik op het domein.** Ook buurtbewoners signaleren overlast (geluid, afval..) via de ombudsdienst en het intern meldpunt.

Patiënten spreken de verwachting uit dat er **actief toezicht en indien nodig correctie** is, bij overlast en grensoverschrijdend gedrag.

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ Zoersel 2019

3. Communicatie familie

Casusvoorbeelden

Partner van patiënte ervaart grote discrepantie tussen info in patiëntenbrochure en de **communicatie en bejegening t.a.v. partners** `in de praktijk`
Communicatie met psychiater erg stroef, minimaal

Familie signaleert **moeizame communicatie omtrent behandeling/gezondheidstoestand** en **mogelijke opstart van bewindvoering**
Na signalering wordt er een familiegesprek gepland

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/dialog 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 en blijven er voelbare **drempels om een rechtstreeks bemiddelingsgesprek met de 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.

De voorziening heeft een lange **traditie en een positief imago** op vlak van familiebeleid. Patiënten-en familiebetrokkenheid was in 2017 een 'verplichte' doelstelling voor de afdelingen binnen hun jaaractieplan. Dit resulteerde in verschillende acties op de afdelingen o.a. opzetten van familie-enquêtes, beter documenteren en formaliseren van de familiebetrokkenheid,...

Ook in 2018 werd **samengewerkt met het Familieplatform** om de cultuur van aandacht voor familie én netwerk van de patiënt verder te stimuleren, en afdelingen waar deze cultuur (nog) niet structureel is wat aanmoedigen om dit verder uit te bouwen. De samenwerking met het Familieplatform resulteerde o.m. in een mooie én informatieve brochure die werd beschikbaar gemaakt voor alle afdelingen.

In 2019 werd de **samenwerking met het Familieplatform verdergezet en structureler gemaakt**. Begin 2020 zal de eerste familievertrouwenspersoon een concrete werking opstarten.

Vanuit de ombudsdienst hebben we steeds gepleit voor luisterbereidheid en samenwerking met de familie/het netwerk van de patiënt. Doorheen de jaren vond een behoorlijk aantal familieleden de weg naar de ombudswerking. Voor het eerst merken we een **opmerkelijke daling in het aantal aanmeldingen via familie.**

Tegelijk is het nog niet helemaal helder wat nu precies de **basisopdrachten** (van luisteren t/m bemiddelen?) van de familievertouwenspersoon zullen zijn.

Luisteren is de meest basale vorm van klachtenopvang die iedere medewerker kan inzetten. **Het opstarten van een 'nieuwe' werking voor familie creëert ongetwijfeld verwachtingen, ook op het vlak van eventuele vragen naar bemiddeling.** Dit vraagt **expertise** aan de kant van de aanbieders **en bereidheid** deze expertise te benutten/toe te laten aan de kant van de beroepsbeoefenaars. Een uitdaging waar elke (externe) ombudspersoon vertrouwd mee is..

Overleg en samenwerking zullen duidelijker maken waarin beide werkingen van elkaar verschillen en waar ze complementair kunnen zijn.

4. Voeding

Casusvoorbeeld

Patiënt niet tevreden over **aanbod en variatie vegetarische/veganistische voeding**
Signalering aan afdelingshoofd en verantwoordelijke keuken.

Klachten over voeding blijven erg beperkt. Bovenstaande casus geeft wel aan dat binnen het gegeven 'grootkeuken' er nog wel **marge voor verbetering** is t.a.v. aanbod en variatie bij **vegetarische/veganistische voeding.**

3. OVERZICHT AANMELDINGEN PZ ZOERSEL 2019 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.

1. Recht op informatie

Patiëntendossier

Info procedure

Patiënt vraagt info&advies rond **procedure afschrift dossier**

Nog steeds geen **eindverslag** ontvangen.

Bij vorige aanmelding was beloofd dat het verslag naar de aanmelder gestuurd zou worden.

Geïnformeerd bij afdelingshoofd en huisarts:

verslag bleek uiteindelijk al die tijd al bij huisarts te zijn maar was niet **gecommuniceerd** aan patiënt.

Verslag van behandeling doorsturen op vraag van Uitklaring Levensende team (vervolgbehandelaar) Doorgegeven aan medisch secretariaat.

Inzage patiëntendossier.

Luisteren + info.

Afschrift patiëntendossier.

Geïnformeerd bij psychiater.

Patiënte vraagt om **toelichting bij adviezen, observaties, diagnose** en vraagt **afschrift/inzage in dossier**

Patiënte wacht meerdere maanden op dossier en toelichting

Patiënte vraagt interventie omwille van langdurig achterwege blijven van **eindverslag voor hospitalisatieverzekering**

Signalering aan psychiater die het nodige doet om verslag beschikbaar te maken

Patiënte niet tevreden over **laattijdig eindverslag**, nodig voor vervolghulp

Onduidelijkheid t.a.v. diagnose en trauma's

`facturen wel reeds ontvangen`

Signalering aan psychiater en afdelingshoofd

Patiënte erg ontevreden met **inhoud en formuleringen in eindverslag** vraagt info&advies rond mogelijkheden tot reactie/correctie
Rechtstreekse gesprekken liggen erg moeilijk
Patiënt schrijft brief met opmerkingen en bedenkingen met de vraag dit aan het dossier toe te voegen

Patiënt vroeg eerder om **afschrift, geweigerd om therapeutische redenen**
Inzage/afschrift via vertrouwenspersoon wordt eveneens geweigerd
Rechtstreekse communicatie met patiënt en/of vertrouwenspersoon is niet haalbaar

Beschermende maatregelen

Gedwongen opname

Patiënt vraagt **advies bij GO en melding POS aan JRB**
Advies en coaching

Patiënte niet tevreden over **beperking bestedingsautonomie** (intrekken bankkaart door bewindvoerder)
Toelichting context door sociale dienst
Feedback aan patiënte

Medicatie, bewegingsvrijheid,
vraag naar informatie over **procedure gedwongen opname en patiëntenrechten**
patiënt geïnformeerd over procedure gedwongen opname tijdens FTF gesprek

Vraag naar **info over bewindvoering.**
Info en advies.
Patiënten in kwetsbare situaties inlichten/informeren over vertrouwenspersoon.

Patiënt vraagt **advies GO**
Advies en coaching

Patiënt vraagt **info&advies rechten in GO**

Patiënt niet tevreden over **beperking bewegingsvrijheid (bezoek, uitgang) en communicatie t.a.v. ouders**

Patiënte vraagt info&advies bij **verlenging van maatregel GO**

Bewindvoering

Patiënte niet tevreden over **bewindvoering en bestedingsautonomie**, wil graag eigen bankkaart
Signalering aan sociale dienst
Toelichting context, herhalen van recent gemaakte afspraken in samenspraak met bewindvoerder

Patiënte stelt zich vragen bij rechten in **opstart van bewindvoering**
Info&advies

Patiënte vraagt info&advies rond **patiëntenrechten, procedure GO, verplichte medicatie, somatische verzorging en bewegingsvrijheid**

Patiënt ging in **beroep tegen opstarten bewindvoering** niet akkoord met argumentaties rond noodzaak
Patiënt wil laten weten aan ombudsman dat **bewindvoering wordt stopgezet**
Voorafgaand: info&advies rond stopzetting bewindvoering

Patiënte vraagt interventie t.a.v. **bewindvoerder** n.a.v. **meningsverschil rond budget** voor inrichting van appartement
Overleg met sociale dienst
Gesprek met bewindvoerder wordt gepland

Afzondering-Fixatie-Bewegingsvrijheid

Patiënt in **afzondering/herstel** vraagt interventie rond medicatie
Niet tevreden over **opvolging/bejegening** tijdens afzondering
Toelichting context door verpleging
Feedback aan patiënte

Patiënte in afzondering niet tevreden over **opvolging en afspraken rond medicatie** vraagt dringende interventie
Telefonisch overleg met verpleging
Toelichting context en afspraken
Feedback aan patiënt

Patiënt vraagt info&advies rond **maatregel GO, isolatie en fixatie**
Wenst geen verdere stappen uit vrees voor tegenreactie

Afspraak huisvestingsmaatschappij vervalt na **maatregel bewegingsvrijheid**
Patiënt vreest impact op wachtlijst
Overleg met sociale dienst
feedback aan patiënt

2. Patiëntveiligheid

Veiligheid persoon

Informatie: beleid bij **fysieke agressie**. Patiënte is in het gezicht geslagen door medepatiënt. Ze krijgt dezelfde behandeling als degene die haar geslagen heeft: afzondering op de kamer en herstel schrijven.

Patiënte begrijpt dit niet, voelt zich niet gehoord.

Info & coaching herstelgesprek.

Veiligheid goederen

Patiënt vraagt bemiddeling bij **verlies van persoonlijke goederen bij transfer naar gevangenis**

Overleg met afdelingsverantwoordelijke

Feedback aan patiënt

Persoonlijke bezittingen kwijt die in beslag waren genomen tijdens haar opname.

Volgens afdelingshoofd zijn die teruggegeven aan haar, volgens patiënte heeft ze niets terug gekregen.

Geïnformeerd bij afdelingshoofd.

Registreren welke spullen er in beslag zijn genomen en wie + wat wanneer heeft teruggegeven aan de patiënt.

Patiënte uit ongenoegen over **diefstallen op afdeling** en vraagt info over mogelijkheid om klacht in te dienen tegen tandarts

Signalering en advies

Info&advies

Leefregels & groepsleven

Patiënte vraagt luisterend oor bij **moeilijkheden in samenleven op afdeling**

Eenzaamheid, verlangen naar zelfstandigheid

luisterend oor

Medicatie, zakgeld, pesterijen op afdeling,

er worden dingen gestolen op haar kamer, een paar sleutels kwijt.

Luisteren.

Rode kaarten voor **druggebruik** gebeuren met twee maten en twee gewichten.

De patiënt begrijpt dit maar er worden dingen door de vingers gezien door de verpleging en dat **verzielt de sfeer op de afdeling.**

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ Zoersel 2019

Zijn vraag: Team moet oog hebben voor drugs en dit melden.
Luisteren, signaleren.
Oog hebben voor drugs op de afdeling en dit melden.

Patiënte vraagt luisterend oor bij **problemen in samenwonen met medepatiënten**
Klaagt over gebrek aan toezicht en correctie indien nodig
Overleg met psychologe
Feedback aan patiënte

Middelengebruik op domein

Feestweek: Alcoholconsumpties aan 1 euro, ook ter beschikking van patiënten.
Patiënte bezorgd, boos en bang door **dronken/agressieve patiënten**.
Gesignaleerd aan facilitair directeur/ projectleider.

Patiënt met gestabiliseerde verslavingsproblematiek is ontstemd over de tolerante houding t.a.v. **alcoholgebruik op domein tijdens activiteiten**
Signalering op afdelingsniveau en voorzieningsniveau

Grensoverschrijdend gedrag

Patiënt klaagt over **grensoverschrijdend gedrag** vanwege **medepatiënten** en de **houding van verpleging** hiertegenover (toezicht, correctie)
Signalering aan afdelingsverantwoordelijke bespreking op teamniveau

Patiënte signaleert ernstig grensoverschrijdend gedrag t.a.v. haar behandelend psychiater en wil dit onderzocht weten
Psychiater geeft toelichting bij beslissing tot **stopzetten behandeling en overdracht-problematiek**
Patiënt wordt uitgenodigd voor gesprek (directie en/of ombudsman) maar gaat hier niet op in

Patiënte vraagt advies/hulp bij **aangifte GOG medepatiënten**
Overleg met psychiater
Problematiek werd eerder reeds grondig onderzocht en leverde geen concrete aanwijzingen of resultaten op.
Feedback aan patiënte

3. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

Goede behandeling/begeleiding

Patiënt niet tevreden over **opvang patiënten na suïcide op afdeling**
beschikbaarheid therapeuten/therapie
opvolging leefregels, feedbackcultuur in de praktijk, samenwerking met HOP-werking
drempelvrees voor bemiddeling
coaching om met situatie om te gaan

Patiënt weigert factuur, ontevreden over:
beschikbaarheid sociale dienst en psycholoog
kloof tussen verwachtingen en concrete aanbod
Na toelichting betaalt patiënt factuur maar ongenoegen blijft overeind

Vraag naar info over tijdelijke **opnamestop** na (langdurige) opname.
Gesprek met afdelingshoofd.
Patiënt geïnformeerd over werkwijze afdeling.
Intake bij andere voorziening.

Dochter van patiënte: **Zoeken** nog **naar woonzorgcentrum** voor moeder, wachten nog op antwoorden van woonzorgcentra.
Moeder is momenteel in AZ, maar wordt daar ontslagen.
Voorziening wilt haar niet terug opnemen in afwachting van woonzorgcentrum.
Geïnformeerd bij afdelingshoofd.
Luisterend oor, coaching.

Patiënte voelt zich **niet gehoord**. Team neemt beslissingen zonder voorgaande observatie.
Ziekenhuis geeft aan dat **behandeling in samenspraak** is met patiënt, maar er wordt niet geluisterd naar wat patiënte wil.
Patiënte wil aan trauma's werken maar team wil haar naar andere afdeling sturen (persoonlijkheidsproblematiek).
Geïnformeerd bij behandelend psychiater.

Luisteren naar vraag patiënt en context/familie betrekken.
Tijdens teamvergaderingen rekening houden met inschatting van de arts.

Patiënte niet tevreden over, **opvang patiënten na suïcide medepatiënt**, en bejegening pastorale medewerker en ervaringsdeskundigen
Beschikbaarheid verpleging
Leefregels en hun consequente toepassing
Na coaching gaat aanmelder het gesprek aan met teamcoördinator

Patiënt niet tevreden over **behandeling en beschikbaarheid weigert factuur** te betalen
Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ Zoersel 2019

Patiënt wenst geen verdere stappen
Info&advies rond mogelijkheden om factuur te betwisten

Patiënte gaat niet akkoord met **verplichte overplaatsing naar andere afdeling** omwille van overlast t.a.v. medepatiënten (middelengebruik) en wil **veranderen van psychiater**

Patiënt niet tevreden over **beschikbaarheid en opvolging door psycholoog (luisterbereidheid)**

Patiënt wil enkel ventileren, te boos voor rechtstreeks gesprek met psycholoog

Patiënte ervaart grote terughoudendheid bij psychiater bij **levenseindevraag** en voelt zich in de kou gelaten bij het opstarten van `dossier`
Info&advies externe doorverwijzing

Patiënt stelt vragen bij **afspraken/praktijk rond begeleiding/therapie** voor patiënten in Tussenhuis

Weinig opvolging versus hoge kostprijs ?

Bemiddeling met patiënt en afdelingshoofd

Patiënte vraagt **heropname voor kortverblijf**

Toelichting door afdelingshoofd van opnamecriteria en context

Patiënte voelt zich niet geholpen met het aanbod binnen dagverpleging (weinig aandacht, activiteit)

Doorverwijzingsadvies naar hersteloord (sociale dienst)

Patiënt in gevangenis vraagt per brief om zijn **hulpvraag naar opname** (niet gespecificeerd) te willen behartigen.

Schriftelijk antwoord

Patiënt niet tevreden over argumenten bij **weigering opname/behandeling**

Patiënt voelt zich in steek gelaten door psychologe die van afdeling verandert

Niet tevreden over **beschikbaarheid, opvolging, continuïteit**

Bejegening hulpverleners

Hygiëne, bejegening hulpverleners, pijnmedicatie

patiënt heeft ftf gesprek afgezegd omdat hij de afdeling verlaat

Bejegening verpleegster: fel, afdreigend en selectief.

Gesignaleerd bij verantwoordelijke van de zorgeenheid.

Bejegening

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ Zoersel 2019

Patiënt niet tevreden over **verloop consult psychiater (bejegening, advies, diagnose, doorverwijzing)**
weigert factuur
Luisterend oor, info&advies
Na gesprek bereid tot betaling factuur, onvrede over **communicatiestijl en bejegening** blijft

Verplicht ontslag

Patiënte niet akkoord met **verplicht ontslag na diefstal op afdeling**
Toelichting context door psychiater
Feedback aan patiënte

Infrastructuur/accommodatie/housekeeping

Hygiëne
Kamer van dochter is erg **vuil**.
Contact afdelingshoofd: Alle kamers moeten geschilderd worden.
De aanvraag is ingediend maar moet goedgekeurd worden door beleid.

Voeding

Patiënt niet tevreden over **aanbod en variatie vegetarische/veganistische voeding**
Signalering aan afdelingshoofd en verantwoordelijke keuken

Informatie en klachtenprocedure

Patiënt geweigerd voor Rif omdat de bewegingstherapeute een ex-liefje is.
Patiënt naar huis zonder vervolgt raject terwijl hij daar niet klaar voor is.
Patiënt heeft intake in Kortenberg.

Maatschappelijk assistente: **info over klachtenprocedure**.
Geïnformeerd.

Levensverhaal.

Luisteren.

Patiënt vraagt info&advies rond **procedure ambtelijke schrapping**
doorverwijzing intern (sociale dienst) en extern (OCMW)

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ Zoersel 2019

Somatische zorg – Spoedzorg

Patiënte niet tevreden over **opvolging somatische problemen**

(onduidelijkheden, interpretaties afspraken via medicatiefiche, beperkingen door procedures, bestelling medicatie)

Voelt onveilig aan en neemt ontslag

Toelichting context door afdelingshoofd en psychiater,

Bereidheid tot bemiddeling, patiënte wijst aanbod af

Patiënte erg misnoegd over **bejegening tijdens consult op spoed AZ**

Verpleging onvriendelijk en niet behulpzaam bij contacteren familie en regelen van vervoer

Doorverwijzing naar interne ombudsdienst AZ

Factuurklacht

Moeder van patiënte vraagt om **duplicaten achterstallige facturen**

Doorverwijzing naar facturatedienst

Patiënte niet tevreden over **kostprijs/resultaat consult psychiater "vage diagnose en geen verslag"**

Betwisting factuur

Na toelichting betaalt patiënt maar ongenoegen blijft

Kreeg toelichting rond kostprijs consult en advies om deze informatie via mutualiteit te checken.

Niettemin voelt patiënt zich niet geholpen door het te vage doorverwijzingsadvies en ontving zij tot op heden geen verslag/doorverwijzingsbrief.

Vertrouwenspersoon vraagt bemiddeling bij **achterstallige facturen**

Nood aan duiding, overzicht en afbetalingsplanning

Doorverwijzing naar facturatedienst

Aanmeldingen van werknemers

Sollicitant: Deontologische code wanneer een persoon uit de selectiejury een kandidaat kent?

Geïnformeerd bij directeur HR:

Directie nodigt betrokken sollicitant uit voor gesprek + toevoeging aan beleidskader:

terugtrekken uit selectiecommissie indien men de kandidaat kent en dit voor de kandidaat een probleem vormt.

Info over **vertrouwenspersoon voor personeel** i.v.m. pestgedrag.

Geïnformeerd over vertrouwenspersoon voor personeel.

4. Communicatie familie/betrokkenen

Zus van patiënte over de zorg van haar zus.

Opvolging, somatische verzorging, informatie.

Coaching

Communicatie met familie over of patiënte begeleid alleen zal gaan wonen.

Familie wens meer betrokken te worden.

Advies & info over vertrouwenspersoon en beroepsgeheim.

Familie meer betrekken. Familie informeren over vertrouwenspersoon en beroepsgeheim.

Partner ontevreden over **verloop van behandeling, toepassing leefregels en toezicht**

Aanmelder wil graag gesprek/mogelijkheid tot geven van feedback

Gesprek met patiënt en afdelingshoofd of psychiater wordt niet toegestaan (weigering patiënt/privacy)

Aanmelder geeft schriftelijke feedback

Partner van patiënte ervaart grote discrepantie tussen info in patiëntenbrochure en de

communicatie en bejegening t.a.v. partners `in de praktijk`

Communicatie met psychiater erg stroef, minimaal

Familie signaleert **moeizame communicatie omtrent behandeling/gezondheidstoestand** en **mogelijke opstart van bewindvoering**

Na signalering wordt er een familiegesprek gepland

BIJLAGE 1 AANMELDINGEN PZ ZOERSEL 2019

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	76	81	79	79
aanmelders	75	79	78	77

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	79		79	
aanmelders	78		77	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal meldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	23	39,65	23	58,97
<i>binnen de week</i>	32	55,17	12	30,76
<i>binnen de twee weken</i>	2	3,44	3	7,69
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan vier weken</i>	1	1,72	1	2,56
totaal	58	100	39	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal meldingen met				
geen enkel ftf contact	21	26,58	40	50,63
<i>1 contact</i>	34	43,03	31	39,24
<i>2 contacten</i>	19	24,05	7	8,86
<i>3 contacten</i>	5	6,32	-	-
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	1	1,26
totaal	79	100	79	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		4	
verwezen naar andere ombudspersoon¹	0		0	
totaal afgesloten meldingen zonder verwijzingen	76		81	

De **79** meldingen (*2019*) komen van in totaal 77 melders.

¹ verwijzingen naar andere ombudspersonen worden voor de verdere gegevens niet meegeteld
Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ Zoersel 2019

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
2	2	2,59	4	5,06
1	75	97,40	75	94,93
totaal	77	100	79	100

De **79** aanmeldingen (2018) komen van in totaal 78 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
2	1	1,28	2	2,53
1	77	98,71	77	97,46
totaal	78	100	79	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	55	69,62	66	83,54
groep patiënten	2	2,53	2	2,53
andere	22	27,84	11	13,92
totaal	79	100	79	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	18	32,72	23	34,84
vrouw	36	65,45	43	65,15
onbekend	1	1,81	-	-
totaal	55	100	66	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	2	100,00	2	100,00
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	-	-	-	-
totaal	2	100	2	100
grootste groep	2		2	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	20	90,90	8	72,72
kennis	1	4,54	1	9,09
personeelslid	-	-	1	9,09
andere	1	4,54	1	9,09
totaal	22	100	11	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	4,54	-	-
als vertrouwenspersoon	10	45,45	5	45,45
ten persoonlijke titel	11	50,00	6	54,54
totaal	22	100	11	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	11	50,00	9	81,81
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	7	31,81	2	18,18
terugkoppeling was niet mogelijk	2	9,09	-	-
terugkoppeling was niet nodig	2	9,09	-	-
totaal	22	100	11	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	56	70,88	59	74,68
neen	23	29,11	20	25,31
totaal	79	100	79	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	2	8,69	8	40,00
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	19	82,60	10	50,00
vorige jaren in andere voorziening	2	8,69	2	10,00
totaal	23	100	20	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	25	31,64	20	25,31
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	27	34,17	18	22,78
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	27	34,17	41	51,89
totaal	79	100	79	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	9	11,39	24	30,37
vraag tot interventie	60	75,94	39	49,36
vraag tot signalering	5	6,32	10	12,65
vraag naar een luisterend oor	5	6,32	6	7,59
totaal	79	100	79	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	7	11,66	8	20,51
vraag om een ander soort akkoord	53	88,33	31	79,48
totaal	60	100	39	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	30	37,97	34	43,03
neen	47	59,49	33	41,77
werd niet bevraagd	2	2,53	12	15,18
totaal	79	100	79	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	29	96,66	27	79,41
formele interne klachtenprocedure	1	3,33	2	5,88
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	5	14,70
totaal	30	100	34	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
onbekend/wist niet dat het kon	2	4,25	3	9,09
durfde niet	8	17,02	1	3,03
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	37	78,72	29	87,87
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	47	100	33	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	6	7,59
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	55	69,62	48	60,75
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	18	22,78	20	25,31
niet van toepassing	4	5,06	5	6,32
andere	2	2,53	-	-
totaal	79	100	79	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.

Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	77	97,46	76	96,20
algemene vraag los van patiëntenrecht	2	2,53	3	3,79
totaal	79	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	1	50,00	1	33,33
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	1	33,33
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	1	50,00	1	33,33
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	3	100

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

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	-	-	7	8,86
psychiater	19	24,05	16	20,25
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	17	21,51	13	16,45
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	4	5,06	8	10,12
psycholoog	4	5,06	3	3,79
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	1	1,26
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	22	27,84	14	17,72
administratieve dienst	5	6,32	2	2,53
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	-	-	1	1,26
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	2	2,53
bewindvoerder	2	2,53	3	3,79
ombudspersoon	5	6,32	7	8,86
andere	1	1,26	2	2,53
totaal	79	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	48	62,33	54	71,05
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	2,59	-	-
3. informatie	12	15,58	13	17,10
4. geïnformeerde toestemming	6	7,79	-	-
5. inzage patiëntendossier	7	9,09	6	7,89
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	1,29	-	-
7. klachtenbemiddeling	1	1,29	1	1,31
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	2	2,63
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	77	100	76	100

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	3	6,25	7	12,96
1.2. goede behandeling/begeleiding	19	39,58	22	40,74
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	9	18,75	4	7,40
1.4. goede hotelservice	4	8,33	9	16,66
1.5. betalende diensten	1	2,08	1	1,85
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	9	18,75	5	9,25
1.7. beschermende maatregelen	3	6,25	6	11,11
totaal	48	100	54	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	33,33	2	28,57
correcte omgangsvormen	-	-	4	57,14
grensoverschrijdend gedrag	2	66,66	-	-
andere	-	-	1	14,28
totaal	3	100	7	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	2	10,52	1	4,54
medicatie	2	10,52	1	4,54
individuele therapie	1	5,26	1	4,54
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	1	5,26	3	13,63
betrokkenheid familie	5	26,31	3	13,63
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	5	22,72
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	6	31,57	2	9,09
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	3	13,63
overplaatsing naar een andere voorziening	1	5,26	2	9,09
andere	1	5,26	1	4,54
totaal	19	100	22	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	20,00
geweigerd	-	-	3	60,00
andere	-	-	1	20,00
totaal	-	-	5	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	5	83,33	2	100,00
geweigerd	1	16,66	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	2	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	2	66,66
geweigerd	-	-	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	3	100

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	50,00
geweigerd	1	100,00	-	-
andere	-	-	1	50,00
totaal	1	100	2	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	2	22,22	1	25,00
groepsleven	6	66,66	3	75,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	1	11,11	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	4	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	-	-	1	11,11
infrastructuur/accommodatie	-	-	1	11,11
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	4	100,00	3	33,33
veiligheid goederen	-	-	4	44,44
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	9	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	2	22,22	1	20,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	1	11,11	2	40,00
bewindvoering	3	33,33	2	40,00
verzekeringen	-	-	-	-
andere	3	33,33	-	-
totaal	9	100	5	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
bepaalde bewegingsvrijheid	1	33,33	1	16,66
afzondering	1	33,33	2	33,33
fixatie	-	-	1	16,66
gedwongen opname	-	-	-	-
internering	-	-	-	-
andere	1	33,33	2	33,33
totaal	3	100	6	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	1	50,00	-	-
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	-	-

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	1	8,33	1	7,69
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	1	7,69
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	8,33	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	10	83,33	11	84,61
totaal	12	100	13	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie		2018		2019	
		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	3	50,00	-	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	2	33,33	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	1	16,66	-	-
totaal		6	100	-	-

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	7	100,00	6	100,00
totaal	7	100	6	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medisch luik	inzage	1 14,28	-	-
	afschrift	-	1 16,66	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
onderzoekresultaten	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	1 16,66	-
	afschrift	3 42,85	2 33,33	-
andere	inzage	-	-	-
	afschrift	3 42,85	2 33,33	-
totaal	7	100	6	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	100,00	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	1	100,00	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

D. Interventie

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

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdinterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	2	2,63	9	11,11
doorverwijzen intern	1	1,31	2	2,46
doorverwijzen extern	3	3,94	3	3,70
informeren	4	5,26	15	18,51
signaleren	8	10,52	12	14,81
coachen	13	17,10	12	14,81
bemiddelen	45	59,21	28	34,56
totaal	76	100	81	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	19	42,22	6	21,42
ombudspersoon zonder patiënt	26	57,77	22	78,57
totaal	45	100	28	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	6	7,89	17	20,98
<i>binnen de week</i>	18	23,68	26	32,09
<i>binnen de twee weken</i>	30	39,47	15	18,51
<i>binnen de vier weken</i>	10	13,15	12	14,81
<i>later dan vier weken</i>	12	15,78	11	13,58
totaal	76	100	81	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	44		20	

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	5	55,55	3	27,27
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	1	9,09
ziekenfonds	1	11,11	3	27,27
andere	3	33,33	4	36,36
totaal	9	100	11	100

BIJLAGE 2 BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN-VLAANDEREN 2019

Aanmeldingen, aanmelders Provincie Antwerpen periode 2013-2019

categorie	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	303	260	264	315	590	525	559
aanmelders	288	260	263	309	468	457	494

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2016

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaan deren	Vlaams Brabant	West-Vlaan deren	Totaal
aanmeldingen	315	542	1120	277	317	2751
aanmelders	305	287	323	257	167	1339

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2017

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaan deren	Vlaams Brabant	West-Vlaan deren	Totaal
aanmeldingen	590	582	1044	257	320	2793
aanmelders	468	306	253	234	182	1443

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2018

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaan deren	Vlaams Brabant	West-Vlaan deren	Totaal
aanmeldingen	525	567	901	280	172	2445
aanmelders	426	299	325	261	77	1388

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2019

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaan deren	Vlaams Brabant	West-Vlaan deren	Totaal
aanmeldingen	559	634	1061	309	307	2870
aanmelders	468	320	435	296	106	1625

Alle provincies stijgen in aantal aanmelders tegenover 2018. Grootste stijging in aantal aanmelders in Oost-Vlaanderen (+110). West-Vlaanderen scoort het laagst aantal aanmelders. Antwerpen scoort het hoogst aantal aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
individuele patiënt	443	79,96	499	78,95	862	81,55	262	86,75	261	85,01	2336	81,47
groep patiënten	7	1,26	68	10,7	88	8,32	18	5,96	3	0,97	190	6,62
andere	104	18,77	65	10,28	107	10,12	22	7,28	43	14,00	341	11,89
totaal	554	100	632	100	1057	100	302	100	307	100	2867	100
kol %	19,32		22,04		36,87		10,53		10,71		100	

**Voorbeelden in categorie 'andere': medepatiënt, vertrouwenspersoon, medewerker mutualiteit verzekeringsmakelaar, advocaat, extern hulpverlener, vertrouwenspersoon van familie.*

Aantal leden groep - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2 personen	5	71,42	8	11,76	25	28,40	9	50,00	0	-	47	24,73
3 personen	0	-	3	4,41	4	4,54	2	11,11	0	-	9	4,73
4 personen	0	-	3	4,41	17	19,31	4	22,22	2	66,66	26	13,68
meer dan 4 personen	2	28,57	54	79,41	42	47,72	3	16,66	1	33,33	108	56,84
totaal	7	100	68	100	88	100	18	100	3	100	190	100
kol %	3,68		35,79		46,32		9,47		1,58		100	
grootste groep						-		22				

In Limburg en Oost-Vlaanderen ligt het aantal groepsklachten duidelijk hoger dan in de rest van Vlaanderen.

Initiële aanmelder indien andere - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
familieid/partner	86	82,69	51	78,46	94	87,85	22	100	27	62,79	280	82,11
kennis	4	3,84	2	3,07	2	1,86	0	-	1	2,32	9	2,63
personeelslid	5	4,80	7	10,76	5	4,67	0	-	10	23,25	27	7,91
andere	9	8,65	5	7,69	6	5,60	0	-	5	11,62	25	7,33
totaal	104	100	65	100	107	100	22	100	43	100	341	100
kol %	30,50		19,06		31,38		6,45		12,61		100	

In de Provincie West-Vlaanderen nemen personeelsleden verhoudingsgewijs meer contact op met de ombudswerking dan in de rest van Vlaanderen.

Is de aanmelder nieuw voor u? - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	469	84,65	411	65,03	694	65,65	222	73,75	186	60,58	1991	69,46
neen	85	15,34	221	34,96	363	34,34	79	26,24	121	39,41	875	30,53
totaal	554	100	632	100	1057	100	301	100	307	100	2866	100
kol %	19,33		22,05		36,88		10,50		10,71		100	

Het aantal reeds gekende aanmelders ligt in de Provincie Antwerpen lager dan in de rest van Vlaanderen.

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld? - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	48	56,47	129	58,37	310	85,39	36	45,56	100	82,64	629	71,88
dit jaar binnen een andere voorziening	5	5,88	7	3,16	8	2,20	2	2,53	1	0,82	23	2,62
vorige jaren binnen deze voorziening	25	29,41	75	33,93	41	11,29	31	39,24	19	15,70	191	21,82
vorige jaren in andere voorziening	7	8,23	10	4,52	4	1,10	10	12,65	1	0,82	32	3,65
totaal	85	100	221	100	363	100	79	100	121	100	875	100
kol %	9,71		25,26		41,49		9,03		13,83		100	

Vorm van aanmelden - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
direct contact	60	10,83	295	46,67	480	45,41	119	39,40	49	15,96	1015	35,40
schriftelijk (brief, fax, e-mail)	115	20,75	99	15,66	248	23,46	131	43,37	53	17,26	647	22,56
telefonisch (of GSM, SMS)	379	68,41	238	37,65	329	31,12	52	17,21	205	66,77	1205	42,02
totaal	554	100	632	100	1057	100	302	100	307	100	2867	100
kol %	19,32		22,04		36,87		10,53		10,71		100	

Antwerpen en West-Vlaanderen hebben het minst aantal rechtstreekse aanmelders (via permanentie of 'op het terrein').

Initieel verzoek betreft - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
vraag naar informatie	157	28,33	108	17,08	132	12,48	15	4,96	27	8,79	439	15,31
vraag tot interventie	319	57,58	336	53,16	594	56,19	148	49,00	213	69,38	1624	56,64
vraag tot signalering	50	9,02	47	7,43	228	21,57	102	33,77	36	11,72	463	16,14
vraag naar een luisterend oor	28	5,05	141	22,31	103	9,74	37	12,25	31	10,09	341	11,89
totaal	554	100	632	100	1057	100	302	100	307	100	2867	100
kol %	19,32		22,04		36,87		10,53		10,71		100	

In alle provincies vragen de meeste aanmelders om interventie. Louter 'luisteren' (bijv. levensverhaal) komt weinig in de meeste provincies weinig voor.

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen? - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	320	57,76	375	59,33	487	46,07	54	17,88	125	40,71	1363	47,54
neen	200	36,10	195	30,85	284	26,86	129	42,71	132	42,99	953	33,24
werd niet bevraagd	34	6,13	62	9,81	286	27,05	119	39,40	50	16,28	551	19,21
totaal	554	100	632	100	1057	100	302	100	307	100	2867	100
kol %	19,32		22,04		36,87		10,53		10,71		100	

Welke stappen? - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
informeel	292	91,25	365	97,33	474	97,33	48	88,88	113	90,40	1294	94,93
formele interne klachtenprocedure	5	1,56	2	0,53	0	-	1	1,85	3	2,40	11	0,80
interne ombudsfunctie	2	0,62	0	-	5	1,02	3	5,55	7	5,60	17	1,24
externe ombudsfunctie	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-
extern	21	6,56	8	2,13	8	1,64	2	3,70	2	1,60	41	0,00
totaal	320	100	375	100	487	100	54	100	125	100	1363	100
kol %	23,48		27,51		35,73		3,96		9,17		100	

Fase waarin patiënt zich bevindt - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	45	8,12	9	1,42	10	0,94	13	4,30	2	0,65	79	2,75
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	348	62,81	529	83,70	934	88,36	242	80,13	255	83,06	2323	81,02
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	118	21,29	92	14,55	100	9,46	45	14,90	39	12,70	394	13,74
niet van toepassing	39	7,03	2	0,31	10	0,94	2	0,66	9	2,93	62	2,16
andere	4	0,72	0	-	3	0,28	0	-	2	0,65	9	0,31
totaal	554	100	632	100	1057	100	302	100	307	100	2867	100
kol %	19,32		22,04		36,87		10,53		10,71		100	

In de provincie Antwerpen ligt het aantal aanmelders dat zich aanmeldt na ontslag hoger dan in de rest van Vlaanderen.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	401	77,86	428	70,39	792	85,34	241	84,85	225	84,26	2099	80,23
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	9	1,74	13	2,13	22	2,37	2	0,70	5	1,87	51	1,94
3. informatie	33	6,40	24	3,94	18	1,93	7	2,46	5	1,87	87	3,32
4. geïnformeerde toestemming	11	2,13	93	15,29	37	3,98	10	3,52	9	3,37	160	6,11
5. inzage patiëntendossier	33	6,40	11	1,80	26	2,80	12	4,22	13	4,86	95	3,63
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	16	3,10	27	4,44	25	2,69	11	3,87	6	2,24	86	3,28
7. klachtenbemiddeling	4	0,77	5	0,82	0	-	0	-	2	0,74	11	0,42
8. wettelijke vertegenwoordiger	0	-	1	0,16	0	-	0	-	0	-	1	0,03
9. vertrouwenspersoon	6	1,16	3	0,49	2	0,21	1	0,35	1	0,37	13	0,49
10. pijnbestrijding	2	0,38	3	0,49	6	0,64	0	-	1	0,37	13	0,49
totaal	515	100	608	100	928	100	284	100	267	100	2616	100
kol %	19,69		23,24		35,47		10,86		10,21		100	

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	43	10,72	68	15,88	79	9,97	55	22,82	27	12,00	272	13,03
1.2. goede behandeling/begeleiding	202	50,37	122	28,50	280	35,35	80	33,19	92	40,88	776	37,18
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	20	4,98	31	7,24	94	11,86	24	9,95	16	7,11	185	8,86
1.4. goede hotelservice	42	10,47	95	22,19	216	27,2	53	21,99	47	20,88	453	21,70
1.5. betalende diensten	3	0,74	2	0,46	8	1,01	8	3,31	11	4,88	32	1,53
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	31	7,73	41	9,57	36	4,54	10	4,14	9	4,00	127	6,08
1.7. beschermende maatregelen	60	14,96	69	16,12	79	9,97	11	4,56	23	10,22	242	11,59
totaal	401	100	428	100	792	100	241	100	225	100	2087	100
kol %	19,21		20,51		37,95		11,55		10,78		100	

In de provincie Antwerpen gaan voor het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening de helft (50,37%) van de aanmeldingen over goede behandeling/begeleiding. Dit aantal ligt hoger dan in de rest van Vlaanderen. Provincie Antwerpen scoort het minst aantal klachten qua hotelservice, Oost-Vlaanderen het meest.

1.1. Respectvolle bejegening - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
luisterbereidheid	8	18,60	23	33,82	13	16,45	20	36,36	2	7,40	67	24,36
correcte omgangsvormen	26	60,46	39	57,35	47	59,49	32	58,18	18	66,66	164	59,63
grensoverschrijdend gedrag	6	13,95	6	8,82	4	5,06	1	1,81	2	7,40	19	6,90
andere	3	6,97	0	-	15	18,98	2	3,63	5	18,51	25	9,09
totaal	43	100	68	100	79	100	55	100	27	100	275	100
kol %	15,64		24,73		28,73		20,00		9,82		100	

1.2. Goede behandeling/begeleiding - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
diagnose	1	0,49	0	-	6	2,14	3	3,75	3	3,26	13	1,66
somatische verzorging	11	5,44	17	13,93	27	9,64	6	7,50	7	7,60	69	8,84
medicatie	14	6,93	0	-	20	7,14	5	6,25	9	9,78	48	6,15
individuele therapie	8	3,96	3	2,45	42	15,00	9	11,25	24	26,08	87	11,15
groepstherapie	11	5,44	3	2,45	21	7,50	2	2,50	8	8,69	46	5,89
voldoende beschikbaarheid	17	8,41	41	33,60	45	16,07	17	21,25	9	9,78	130	16,66

betrokkenheid familie	13	6,43	4	3,27	15	5,35	4	5,00	7	7,60	43	5,51
start opname/behandeling/begeleiding	44	21,78	6	4,91	12	4,28	10	12,50	3	3,26	75	9,61
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	44	21,78	33	27,04	39	13,92	19	23,75	13	14,13	148	18,97
overplaatsing naar andere afdeling	8	3,96	5	4,09	15	5,35	0	-	3	3,26	31	3,97
overplaatsing naar een andere voorziening	16	7,92	10	8,19	19	6,78	3	3,75	3	3,26	51	6,53
andere	15	7,42	0	-	19	6,78	2	2,50	3	3,26	39	5,00
totaal	202	100	122	100	280	100	80	100	92	100	780	100
kol %	25,90		15,64		35,90		10,26		11,79		100	

*In de provincie Antwerpen ligt het aandeel aanmeldingen die gaan over de **start van opname/behandeling** hoger dan in de rest van Vlaanderen.*

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
regels	3	15,00	29	93,54	40	42,55	10	41,66	3	18,75	86	45,98
groepsleven	10	50,00	2	6,45	29	30,85	10	41,66	12	75,00	64	34,22
ontspanning/vrije tijd	2	10,00	0	-	3	3,19	1	4,16	1	6,25	7	3,74
weekend- en verlofregeling	4	20,00	0	-	19	20,21	2	8,33	0	-	25	13,36
andere	1	5,00	0	-	3	3,19	1	4,16	0	-	5	2,67
totaal	20	100	31	100	94	100	24	100	16	100	187	100
kol %	10,70		16,58		50,27		12,83		8,56		100	

1.4. Goede hotelservice - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
voeding	10	23,80	39	41,05	52	24,07	20	37,73	12	25,53	135	29,60
infrastructuur/accommodatie	6	14,28	29	30,52	105	48,61	23	43,39	18	38,29	181	39,69
hygiëne	7	16,66	7	7,36	11	5,09	2	3,77	4	8,51	31	6,79
veiligheid persoon	5	11,90	9	9,47	19	8,79	2	3,77	4	8,51	39	8,55
veiligheid goederen	13	30,95	11	11,57	21	9,72	5	9,43	9	19,14	60	13,15
andere	1	2,38	0	-	8	3,70	1	1,88	0	-	10	2,19
totaal	42	100	95	100	216	100	53	100	47	100	456	100
kol %	9,21		20,83		47,37		11,62		10,31		100	

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
factuur	8	25,80	3	7,31	12	33,33	6	60,00	4	44,44	33	25,98
opbouw inkomen	1	3,22	3	7,31	0	-	0	-	0	-	4	3,14
zakgeld	1	3,22	2	4,87	3	8,33	2	20,00	1	11,11	9	7,08
bestedingsautonomie	4	12,90	7	17,07	7	19,44	0	-	0	-	18	14,17
bewindvoering	13	41,93	25	60,97	6	16,66	2	20,00	1	11,11	47	37,00
verzekeringen	3	9,67	1	2,43	2	5,55	0	-	0	-	6	4,72
andere	1	3,22	0	-	6	16,66	0	-	3	33,33	10	7,87
totaal	31	100	41	100	36	100	10	100	9	100	127	100
kol %	24,41		32,28		28,35		7,87		7,09		100	

In de provincies Antwerpen en Limburg worden opmerkelijk veel klachten rond **bewindvoering** geregistreerd.

1.7. Beschermende maatregelen - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
straf	2	3,33	3	4,34	3	3,79	0	-	2	8,69	10	4,13
bepaalde bewegingsvrijheid	10	16,66	23	33,33	18	22,78	2	18,18	7	30,43	60	24,79
afzondering	7	11,66	17	24,63	2	2,53	4	36,36	5	21,73	35	14,46
fixatie	3	5,00	3	4,34	5	6,32	0	-	0	-	11	4,54
gedwongen opname	31	51,66	23	33,33	39	49,36	5	45,45	6	26,08	104	42,97
internering	3	5,00	0	-	4	5,06	0	-	0	-	7	2,89
andere	4	6,66	0	-	8	10,12	0	-	3	13,04	15	6,19
totaal	60	100	69	100	79	100	11	100	23	100	242	100
kol %	24,79		28,51		32,64		4,55		9,50		100	

***andere=** bijv. beperking bestedingsautonomie, bewindvoering, gedwongen medicatie, langdurige kamerverpleging.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
psychiater	7	77,77	7	53,84	13	59,09	2	100	1	20,00	30	58,82
psycholoog	1	11,11	0	-	3	13,63	0	-	0	-	4	7,84
persoonlijk begeleider	1	11,11	2	15,38	3	13,63	0	-	1	20,00	7	13,72
andere	0	-	4	30,76	3	13,63	0	-	3	60,00	10	19,60
totaal	9	100	13	100	22	100	2	100	5	100	51	100
kol %	17,65		25,49		43,14		3,92		9,80		100	

3. Recht op informatie - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
diagnose	1	3,03	20	83,33	3	16,66	2	28,57	1	20,00	27	31,03
duur	0	-	0	-	0	-	1	14,28	0	-	1	1,14
kosten	4	12,12	0	-	1	5,55	2	28,57	2	40,00	9	10,34
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	0	-	1	4,16	5	27,77	0	-	1	20,00	7	8,04
alternatieven	0	-	3	12,50	0	-	0	-	0	-	3	3,44
andere	28	84,84	0	-	9	50,00	2	28,57	1	20,00	40	45,97
totaal	33	100	24	100	18	100	7	100	5	100	87	100
kol %	37,93		27,59		20,69		8,05		5,75		100	

In de provincie Antwerpen worden meer meldingen rond '**informatieverstreking**' in de categorie 'andere' geregistreerd.

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 - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
medicatie	0	-	4	4,30	4	10,81	1	10,00	1	11,11	10	6,25
informatie	10	90,90	17	18,27	27	72,97	5	50,00	7	77,77	66	41,25
toestemming												
behandeling/begeleiding	0	-	15	16,12	3	8,10	0	-	0	-	18	11,25
informatie	1	9,09	57	61,29	1	2,70	3	30,00	0	-	62	38,75
toestemming												
andere	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-		-
informatie	0	-	0	-	2	5,40	1	10,00	1	11,11	4	0,00
toestemming												
totaal	11	100	93	100	37	100	10	100	9	100	160	100
kol %	6,88		58,13		23,13		6,25		5,63		100	

Voorbeelden van 'andere' in categorie geïnformeerde toestemming: communicatie met familie, communicatie met derden, info aan derden, info van derden, procedure ECT.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
beroepsgeheim	6	37,50	13	48,14	8	32,00	6	54,54	1	16,66	34	39,53
persoonlijke overtuiging	0	-	1	3,70	1	4,00	0	-	0	-	2	2,32
briefgeheim	0	-	1	3,70	0	-	0	-	0	-	1	1,16
territoriale privacy	3	18,75	9	33,33	9	36,00	2	18,18	1	16,66	24	27,90
mondelijke indiscretie	4	25,00	1	3,70	5	20,00	2	18,18	2	33,33	15	17,44
andere	3	18,75	2	7,40	2	8,00	1	9,09	2	33,33	10	11,62
totaal	16	100	27	100	25	100	11	100	6	100	86	100
kol %	18,60		31,40		29,07		12,79		6,98		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).

Hoofdinterventie - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
luisteren	35	6,41	70	11,05	115	10,96	30	10,10	42	13,68	293	10,29
doorverwijzen intern	11	2,01	3	0,47	47	4,48	5	1,68	7	2,28	73	2,56
doorverwijzen extern	10	1,83	2	0,31	10	0,95	0	-	10	3,25	32	1,12
informereren	139	25,4	69	10,90	132	12,58	13	4,37	20	6,51	374	13,13
signaleren	57	10,43	48	7,58	425	40,5	126	42,4	79	25,73	743	26,09
coachen	68	12,45	51	8,05	88	8,38	53	17,84	33	10,74	295	10,36
bemiddelen	226	41,39	390	61,61	232	22,1	70	23,5	116	37,78	1037	36,42
totaal	546	100	633	100	1049	100	297	100	307	100	2847	100
kol %	19,18		22,23		36,85		10,43		10,78		100	

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	55	24,33	110	28,20	27	11,6	14	20,28	20	17,24	226	21,81
ombudspersoon zonder patiënt	171	75,66	280	71,79	205	88,36	55	79,71	96	82,75	810	78,18
totaal	226	100	390	100	232	100	69	100	116	100	1036	100
kol %	21,81		37,64		22,39		6,66		11,20		100	

In Oost-Vlaanderen ligt het aantal driegesprekken verhoudingsgewijs lager dan in de andere provincies.

In 2019 waren er in de Provincie Antwerpen **55 driegesprekken**. (=bemiddelingsgesprek(ken) met 1 of meerdere betrokkenen, in aanwezigheid van de patiënt zelf).

Tijd tussen aanmelding en afhandeling - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
op dezelfde datum	141	25,82	268	42,33	345	32,82	75	25,25	89	28,99	918	32,39
binnen de week	269	49,26	172	27,17	304	28,92	64	21,54	105	34,20	914	32,25
binnen de twee weken	68	12,45	58	9,16	141	13,41	27	9,09	43	14,00	337	11,89
binnen de vier weken	36	6,59	72	11,37	123	11,70	38	12,79	36	11,72	305	10,76
later dan vier weken	32	5,86	63	9,95	138	13,13	93	31,31	34	11,07	360	12,70
totaal	546	100	633	100	1051	100	297	100	307	100	2834	100
kol %	19,27		22,34		37,09		10,48		10,83		100	
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd						-			53			

BIJLAGE 3 AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN VLAAMS JAARVERSLAG OMBUDSFUNCTIE GGZ 2019

1. Gebrek aan werkingsmiddelen voor de ombudspersonen

Het aantal voorzieningen waar een ombudspersoon verantwoordelijk voor is vormt nog te vaak een hinderpaal bij

- de tijdsintensieve aspecten van de zorg (bv. betrekken van de bredere omgeving van patiënten).
- verdere verdieping van de ombudsfunctie (bv. het deelnemen aan denkrondes over patiëntenrechten, agenderen van problemen op verschillende niveaus, ...)
- de niet of **moeilijk meetbare tijdsgebonden aspecten van de ombudspraktijk** (bv. reflectie over de correcte aanpak van individuele casussen).

Deze situatie laat daarenboven **weinig ruimte voor o.a. projectmatig werken, bijscholing, deelname aan werkgroepen** (bv. rond ethiek), ...

2. Organisatorische knelpunten

Behoefte aan een vast aanspreek- en coördinatiepunt voor de ombudswerking m.b.t. opvolging van intervisie, supervisie, vormingen, wetgeving en algemene informatie over de evolutie van het werkveld. Deze functie wordt nu al deels gerealiseerd (0,2 VTE) maar er is een duidelijke nood aan, en vraag naar, verdere investeringen op dit vlak.

Gebrek aan back-up en opvolging bij uitval of ziekte van een ombudspersoon heeft momenteel nefaste gevolgen op vlak van continuïteit, er is momenteel niet voldoende werkings- en personeelscapaciteit om op dit vlak een buffer te voorzien.

Er zijn **grote verschillen qua bijdragen** van de verschillende psychiatrische ziekenhuizen **aan de werking van de ombudsfunctie**, gaande van voldoende tot vrijwel geen. Zo zijn er bv. bepaalde regio's waar een groot aantal ziekenhuizen bediend worden vanuit de basisfinanciering, zonder enige bijdrage vanuit de lokale ziekenhuizen.

3. Toenemende werkdruk in instellingen bemoeilijkt zorgcontinuïteit

De intensifiëring van de zorg vertaalt zich de laatste jaren ook in een **toenemende werkdruk**. De opnameduur wordt korter, herstel moet sneller, er worden steeds meer administratieve eisen gesteld aan het personeel, en dit **vertaalt zich in de klachten van patiënten**.

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren.

Daarnaast is er ook een **stijging van het aantal verplichte ontslagen**. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag.

Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie o.w.v. verschillende redenen: agressie, drinken, geen vooruitgang...

Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net hetgeen waarvoor ze opgenomen zijn. Het lijkt standaardprocedure te zijn dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt — hetzij definitief, hetzij als tijdelijke maatregel (vaak met een breuk in de zorgcontinuïteit en alle daaraan verbonden praktische complicaties als gevolg).

Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem, en voelt al snel aan als een "gemakkelijkheidsoplossing". Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijke maatregel moeten zijn, waartoe men alleen kan komen na voldoende overleg én in gesprek gaan met de patiënt en zijn omgeving .

4. Toegankelijkheid / zichtbaarheid

De afgelopen jaren werd sterk ingezet op aanwezigheid van personeel op de afdeling, waarbij gevraagd werd zo weinig mogelijk zich af te zonderen in het personeelslokaal.

In 2019 lijkt deze tendens opnieuw gekeerd te zijn: er is terug een stijging van meldingen dat personeel amper of niet in de leefruimte van de patiënten is. Nochtans is dit de manier van observatie en opbouwen van contact met patiënten, die zelf ook aangeven hier veel belang aan te hechten.

Aanbeveling: inzetten op tijd en aanwezigheid (=aanspreekbaarheid) van personeel, bijvoorbeeld door te investeren in werkplaatsen in een leefruimte, kan frustraties en agressie voorkomen. Personeelsleden merken zo sneller op wanneer een patiënt het moeilijk heeft en kunnen escalatie van een situatie voorkomen.

De ombudsen zelf signaleren nog regelmatig **beperkingen qua modaliteiten en toegankelijkheid in de voorzieningen**, bijvoorbeeld geluidsoverlast en/of gebrek aan privacy in de ter beschikking gestelde permanentieruimtes, of beperkingen op IT-vlak (bv. geen toegang tot e-mail of externe netwerken, geen telefonische ontvangst in gesprekslokaal, ...)

Ook de toegankelijkheid van bv. gedwongen opnameafdelingen, afzonderingskamers, ... voor de ombudsen wordt door sommige instellingen nog steeds beperkt, **wat de dienstverlening belemmert.**

5. Betrekken van de omgeving in de zorg

Door intensifiëring van de zorg is de omgeving een belangrijkere rol in de behandeling (zowel in de zorgvoorziening als in de eigen woonst) gaan spelen. **Omgeving is niet alleen de familie en vriendenkring, maar ook de buurt, het verenigingsleven van de woonplaats van de patiënt en de ondersteunende thuisdiensten.** Een voorziening heeft dankzij haar multidisciplinaire teams alle expertise in huis om te patiënt te motiveren maximaal gebruik te maken van diens omgeving.

Van voor of bij opname zouden familieleden (en eventueel de bredere omgeving) gehoord en betrokken moeten worden. Ze zijn deskundige op vlak van zorg voor de patiënt en een belangrijke partner en bron van informatie voor de hulpverleners. Mits de nodige professionele ondersteuning kunnen ze een belangrijke factor zijn in een succesvolle nieuwe start en herstel. Samenwerken met familie zou een evidentie moeten zijn i.p.v. de individuele keuze van een hulpverlener of afdeling.

Als externe ombudspersonen weten we uit ervaring dat het niet evident is om patiënten die een negatieve ervaring hebben met hun familie en vriendenkring hiervoor over de streep te trekken. Ook dit familiale netwerk heeft soms, na jarenlange zorg en aanwezigheid, het besluit genomen om afstand te nemen van de patiënt. De betrokken hulpverlener heeft hiervoor begrip en zet voorzichtige stappen om samen met

de patiënt te komen tot een nieuwe omgeving waarin een garantie op continuïteit van zorg kan aangeboden worden.

De voorzieningen missen hiervoor echter de nodige mankracht om dit op maat van hun patiënten en familiale omgeving te realiseren. De focus van een behandeling ligt momenteel op het behandelen van de patiënt, hoewel bv. familie één van de belangrijkste partners in de zorg is.

In de praktijk betekent dit dat de familie enkele malen wordt uitgenodigd voor een familiegesprek. Mits toestemming van de patiënt en met de nodige professionalisering en beschikbare hulpverleners kan de familie of de betrokken vriendenkring een deel uit maken van de behandeling en aanwezig zijn tijdens de therapie sessies op hun maat.

Externe ombudspersonen ontmoeten zelfs na 17 jaren wet patiëntenrechten nog steeds patiënten, betrokkenen en hulpverleners die onvoldoende vertrouwd zijn met deze wetgeving.

De aanwezigheid van ombudspersonen in de zorgvoorzieningen ter voorkoming van klachten, **dient een evidentie te zijn.** Infosessies om de theorie en de praktijk van de wet patiëntenrechten te duiden bewijzen in dezen hun nut. Ook de omgeving betrekken bij het werk van externe ombudspersonen kan bijdragen tot het voorkomen van klachten.

6. Vertrouwenspersonen

Patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd, hebben geen vangnet, familie of sociaal netwerk. Ze zijn kwetsbaar en kennen hun rechten niet, laat staan de mogelijkheid tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon. **Vooraf in situaties waar sprake is van dwang en beperkte autonomie van de patiënt is er een duidelijke nood aan een vertrouwenspersoon die morele ondersteuning biedt, dialoog stimuleert en aldus helpt bij het optimaal informeren van de patiënt .**

Hulpverleners in het algemeen en ombudspersonen in het bijzonder hebben de plicht (zie o.a. de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke op 20 februari 2017) om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken, bijvoorbeeld door middel van documentatie of infosessies.

Idealiter worden er procedures ontworpen en geïmplementeerd waardoor een **vertrouwenspersoon** wordt **opgenomen in het standaard zorgmodel.**

7. Informeren van de patiënt

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. Wat voor hulpverleners vanzelfsprekend is, is dat niet noodzakelijk ook voor de hulpvrager.

Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten creëert onzekerheid en stress. Daarom blijft bijvoorbeeld het **gebruik van de brochure "Gedwongen Opname" aangewezen als efficiënte en doeltreffende manier om de patiënt duidelijk te informeren.**

8. Inzage en afschrift elektronisch patiëntendossier (EPD)

Tegenwoordig is digitalisering van gezondheidsgegevens gemeengoed. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) biedt voordelen voor zowel de beroepsbeoefenaars als de patiënten. Medicatie, observaties, ontwikkelingen en het persoonlijk verhaal van de zorgvrager worden gebundeld en beveiligd opgeslagen in een gecentraliseerd multidisciplinair dossier.

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 tussen de behandelend arts en de patiënt en/of vertrouwenspersoon via dit medium aan. Deze manier van werken stimuleert de gelijkwaardige samenwerking tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

Sinds 2017 kan de zorggebruiker via een digitaal portaal het EPD raadplegen. Afhankelijk van het vermogen en/of toestand van de patiënt biedt bij het doornemen van het dossier een duidelijke meerwaarde. Deze digitalisering vraagt echter ook een nauwe(re) betrokkenheid van de zorgvrager; niet elke patiënt is (om uiteenlopende redenen) in staat het EPD digitaal te raadplegen.

Een **duidelijk gedragen visie omtrent digitale zorg** vanuit de zorgvoorzieningen blijft dus een uitdaging; een nieuwe manier van werken met nieuwe technologieën vereist ook op meerdere vlakken een **cultuurverandering**, bijvoorbeeld betreffende de omgang en beveiliging van vertrouwelijke gegevens (o.m. in het licht van de in 2018 aangepaste Europese GDPR-regelgeving).

9. Feedback vanuit de zorgvoorziening

Bij elke klacht/melding/opmerking, wordt de betrokken hulpverlener of afdeling gecontacteerd, mits akkoord van de patiënt. Soms wordt er bemiddeld, soms gesignaleerd.

Ombudsen gaan vaak in gesprek met een hulpverlener over hoe deze klacht tot stand is gekomen, wat er aan gedaan kan worden, hoe een team ermee kan omgaan. **Zelden of nooit wordt er echter feedback gegeven over wat er effectief gedaan is met deze input.** De ombudspersonen moeten dit zelf gaan navragen, en dit is vaak een tijdsintensief en frustrerend proces...

Binnen deze optiek zijn afspraken met de patiënt vaak ook moeilijk bindend te maken naar de behandelende instelling/geneeskundige toe.

10. Nood aan meer/intensievere omkadering & modaliteiten

Door het sluiten van bepaalde afdelingen vallen sommige patiënten uit de boot. Het gaat dan bv.. om patiënten die een PVT nodig hebben maar met intensievere en meer medische zorg dan momenteel een PVT momenteel kan bieden.

In een PVT is momenteel geen psycholoog verplicht op post. Patiënten ervaren dit vaak als een groot tekort. Dit zou in de omkadering moeten worden voorzien.

We merken op verschillende afdelingen en verschillende ziekenhuizen dat er nog een **tekort is aan therapie en zinvolle dagbesteding.** Patiënten hebben te veel "lege" uren.

Er is **blijvende aandacht nodig voor het voorkomen en goed opvolgen van afzonderingsmaatregelen.**

Er is onduidelijkheid over het **stemrecht bij forensische patiënten**. Er zouden wat dit betreft verschillen zijn in de doelgroep. Bij de laatste verkiezingen zijn bepaalde stembrieven weer ingetrokken.

Toegang tot het internet alsook **vrij gsm gebruik** als algemene regel zou een evidentie moeten zijn.

JAARVERSLAG 2019
EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
OPZ Geel

Van 1 januari tot
31 december 2019



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

OGGPA

Overlegplatform Geestelijke

Gezondheidszorg Provincie Antwerpen vzw



OGGPA

Haagbeuklei 12,

2610 Wilrijk

Tel: 03/609.33.46

peter.declercq@oggpa.be

www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

OPZ Geel (erkenningnr.939)

periode van 1 januari 2019 tot 31 december 2019

Peter De Clercq

Silke Renders

Ombudspersonen GGZ

OGGPA

Februari 2020

Bedankt Silke voor je goede, dagdagelijkse opvolging tijdens mijn afwezigheid en je waardevolle inbreng bij de opmaak van dit jaarverslag!

INHOUD

1. BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN VOORZIENING

3. OVERZICHT AANMELDINGEN CASUSINFO

BIJLAGEN

1. AANMELDINGEN OPZ GEEL 2019 (REGISTRATIEGEGEVENS)

2. AANBEVELINGEN VLAAMS JAARVERSLAG 2019

3. BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN – VLAANDEREN

1. BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

- De 29 aanmeldingen (2019) komen van in totaal 29 aanmelders.
- Bij 15 aanmeldingen was er **minstens 1 persoonlijk** contact. Hiervan kregen 12 aanmelders een eerste gesprek **binnen de week**.
- Bij 14 aanmeldingen was er **geen face to face** contact (telefonische contactname en verdere afhandeling)
- In 2019 waren er geen **groepsklachten**.
- **17%** (n=5) van de aanmeldingen werden geformuleerd door **partners of familieleden**.
- Het aantal **reeds gekende aanmelders** is **gestegen** (10% in 2018 en 21%, n=6, in 2019). (van 2^{de} naar 3^{de} jaar ombudswerking)
- **17%** (n=5) van de aanmelders maakte spontaan gebruik van **de permanentie**.
- **61%** (n=17) van de aanmelders vraagt expliciet om een **interventie**.
- **46%** (n=13) van de aanmelders heeft **geen eerdere stappen** ondernomen, **formeel of informeel**.
- **85%** van de aanmelders geeft aan bewust te kiezen voor een **onafhankelijke benadering** van hun vraag of klacht.
- **Kwaliteitsvolle dienstverlening** (46%, n=13) en **vrije keuze beroepsbeoefenaar** (18%, n=5) zijn de belangrijkste categorieën.
- In de categorie kwaliteitsvolle dienstverlening is **goede behandeling** (38%) de belangrijkste categorie.
- **Bemiddelen (met of zonder de patiënt)** (n=7) en **informereren** (n=9) zijn de voornaamste interventies van de ombudspersoon.
- Er waren in 2019 2 **driegesprekken**.
- Doorgaans worden aanmeldingen binnen een termijn van 2 weken **afgesloten**. Bij slechts 1 aanmeldingen lag de afsluiting later dan 1 maand.

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN OPZ GEEL 2019

Het aantal aanmeldingen blijft voorlopig beperkt. Toch willen we enkele (4) aandachtspunten in de kijker plaatsen.

1. Recht op informatie/recht op toevoeging

Casusvoorbeeld

Patiënt is het niet eens met **diagnose en observaties in verslaggeving** en wil hierover in gesprek gaan met psychiater
Begeleiding wordt stopgezet en er is **geen bereidheid tot gesprek/toelichting**
Feedback aan patiënt

Vanuit de ombudswerking hebben we het recht op informatie steeds **ruimer** bekeken **dan louter het recht op informatie over de eigen gezondheidstoestand**.

Het recht op informatie mag terecht beschouwd worden als de **meest basale vorm van participatie**/eigenaarschap van de patiënt.

Patiënten hebben steeds duidelijkere verwachtingen op vlak van participatie en zorg op maat. Het **proactief betrekken van de patient bij evaluatie- en/of keuzemomenten** in het behandeltraject kan hier een belangrijke bijdrage leveren.

De **verwachtingen bij patiënten om rechtstreeks betrokken te kunnen zijn** en zo 'eigenaar' te blijven van hun eigen behandeltraject komt ook steeds meer tot uiting bij vragen rond hun dossier.

Patiënten willen **zicht krijgen op de inhoud en weten met wie deze informatie gedeeld wordt**.

De vraag om ook informatie (waaronder hun **persoonlijke feedback, beleving** t.a.v. hun behandeling) te kunnen **toevoegen aan** hun **dossier**, neemt toe.

Aanbevelingen- Aandachtspunten

→*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.*

→*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 ?*

2. Beschermende maatregelen

Casusvoorbeeld

Patiënt is erg misnoegd rond ervaringen met **afzondering, fixatie, dwangmedicatie en bejegening** tijdens meerdere opnames.

Patiënt wil gehoord/erkend worden rond deze **traumatiserende ervaringen** en vraagt aandacht/gesprek op meerdere niveaus en via meerdere kanalen.

Humanisering van de zorg

De afgelopen jaren wordt in de GGZ sterk ingezet op het terugdringen van dwangmaatregelen en vrijheidsbeperking. Dit is een evolutie die op veel bijval kan rekenen.

In vele voorzieningen is het denk- en zoekproces naar het maximaal vermijden van dwang en vrijheidsbeperking volop aan het groeien.

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.

Een **evaluatie van de impact en resultaten van de zorg vanuit het gebruikersperspectief** kan een grote bijdrage leveren aan het streven naar een **effectieve, humane en maatschappelijk gedragen zorg**.

Binnen het OPZ is reeds vele jaren **aandacht voor veilige zorg/patiëntveiligheid**. Dit is zichtbaar/voelbaar op meerdere vlakken.

OPZ beschikt bijv. over 11 comfortrooms, werkt met signaleringsplannen en verhoogde aandacht voor spanningsreductie en er kwam bijkomende personeelsinzet om deze evoluerende visie in de praktijk mogelijk te maken.

In 2019 bestond het **project 'zorg voor ongedwongenheid'** 10 jaar. Na evaluatie van deze werking werden initiatieven genomen om de aandacht voor veilige zorg te actualiseren en nog meer dan voorheen te toetsen aan de herstellvisie en aan het perspectief/de beleving van de patient (en zijn netwerk/omgeving).

Een **gesprekavond met bevraging en debat** rond dit thema kende ruime belangstelling, met verdere opvolging van de resultaten van deze bevraging.

Ook de **stuurgroep 'Veilige zorg'**, met vertegenwoordiging uit meerdere disciplines en met ervaringsdeskundigen, is actief bezig met visieontwikkeling en bijsturing van procedures en richtlijnen rond 'Veilige zorg'.

De verwachte audit in 2020 wordt grondig voorbereid. Richtlijnen vanwege de overheid o.m. rond systematische informatieverstrekking aan patient (en familie/vertegenwoordiger) betreffende mogelijke vrijheidsbeperking, worden getoetst op hun haalbaarheid en meerwaarde vanuit de praktijk.

3. Communicatie familie

Casusvoorbeelden

Patiënte niet tevreden over **communicatie met familie rond verplicht ontslag (reden) zonder toestemming van patiënt**

Signalering aan afdelingshoofd

Toelichting context

Patiënt blijft ontevreden over argumentatie

Ouders zijn **niet gehoord**. Ouders konden hun verhaal niet vertellen aan psychiater.

3 maanden wachttijd bij hoge nood -> Organisatie zorglandschap.

Niet tijdig de geschikte hulp vinden zorgt voor extra psychische schade bij patiënt.

Info, advies, coaching

Partner raakt niet/ moeilijk aan **informatie** over zijn opgenomen vrouw.

Geïnformeerd over vertrouwenspersoon. **Document aanwijzing vertrouwenspersoon** gemaild.

Naasten meer betrekken en informeren over vertrouwenspersoon.

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/dialog 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 en zijn er voelbare drempels om een rechtstreeks (bemiddelings)gesprek 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.

4. 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.

- procedure "**ontslag tegen medisch advies**"
- procedure "**second opinion / vrije keuze beroepsbeoefenaar**"
- procedure "**weigeren behandeling**"

Enkele procedures dienen nog (verder) ontwikkeld te worden.

De **procedure inzagedossier** 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.

Stand van zaken 2019

De **voorbereidende werkzaamheden** om te komen **tot uitgewerkte procedures** werden in 2019 reeds genomen, in samenspraak tussen de kwaliteitscoördinator en de hoofdgeneesheer. Na bespreking op de Medische Raad zullen deze verder uitgewerkt worden.

3. OVERZICHT AANMELDINGEN OPZ GEEL 2019 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.

Communicatie familie/betrokkenen

Ouders zijn niet gehoord. Ouders konden hun verhaal niet vertellen aan psychiater.
3 maanden wachttijd bij hoge nood: Organisatie zorglandschap?
Niet tijdig de geschikte hulp vinden zorgt voor extra psychische schade bij patiënt.
Info, advies, coaching

Partner raakt niet/ moeilijk aan informatie over zijn opgenomen vrouw.
Geïnformeerd over vertrouwenspersoon. Document aanwijzing vertrouwenspersoon gemaild.
Naasten meer betrekken en informeren over vertrouwenspersoon.

Ouders zijn niet tevreden over afspraken weekendregeling bij nakende ontslagvoorbereiding.
Bemiddeling met moeder en psychiater
Afspraken worden doorgepraat en afgestemd

Familielid ontvangt openstaande facturen/schulden van overleden patiënt.
Familielid was niet op de hoogte van overlijden
Geen communicatie/reactie van voorziening op vraag naar toelichting
Info&advies

Privacy

Patiënte niet tevreden over communicatie met familie rond verplicht ontslag (reden) zonder toestemming van patiënt
Signalering aan afdelingshoofd
Toelichting context
Patiënt blijft ontevreden over argumentatie

Patiëntendossier

Patiënt wenst verslag van opname maar heeft dit nog niet ontvangen.
Geïnformeerd bij ziekenhuis.

Patiënt wacht al enkele maanden op verslag van psychiater.
Patiënt heeft psychiater al regelmatig proberen te contacteren hierover.
Gesignaleerd aan arts, schiet in actie om het in orde te brengen.

Patiënt vraagt informatie over medicatie ten tijde van opname als minderjarige (15j eerder)
Doorverwijzing en signalering aan psychiater

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ OPZ Geel 2019

Beschermende maatregelen

Vrije keuze dokter/medicatie/info gedwongen opname.
Luisteren, info & advies.

Ruzie/ slechte band met behandelende arts wegens verlenging van collocatie met 40 dagen.
Is volgens patiënt niet nodig en te lang.
Info & advies.

Info gedwongen opname/ 2de opinie arts.
Patiënt geïnformeerd.

Patiënt stelt zich vragen bij internering (bewegingsvrijheid) en bewindvoering (bestedingsautonomie)
Bemiddeling met psychiater, sociale dienst

Patiënt is erg misnoegd rond ervaringen met afzondering, fixatie, dwangmedicatie en bejegening tijdens meerdere opnames.

Patiënt wil gehoord/erkend worden rond deze traumatiserende ervaringen en vraagt aandacht/gesprek op meerdere niveaus en via meerdere kanalen

Patiënte vraagt info&advies rond
procedure GO, vrije keuze psychiater en verplichte medicatie

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

Goede behandeling/begeleiding

Beschikbaarheid

Wachttijst bij hoge nood. Vindt geen geschikte hulp.
Geïnformeerd bij voormalige behandelende arts.
Wachttijden

Kennis van patiënt wil anoniem signaleren rond onrustwekkende verhalen van patiënt rond
behandeling/bejegening en weigering second opinion
Terugkoppeling niet mogelijk, patiënt onbereikbaar

Bejegening hulpverleners

Patiënt niet tevreden over bejegening en attitude personeel (verzorgenden) en afspraken rond bewegingsvrijheid.

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ OPZ Geel 2019

Patiënt vraagt financiële compensatie voor kledij afgenomen door personeel
Patiënt vraagt toelichting bij kwalificatie gedrag (`bizar`)
Geen bereidheid tot gesprek.

Luisterbereidheid

Patiënt is het niet eens met diagnose en observaties in verslaggeving en wil hierover in gesprek gaan met psychiater
Begeleiding wordt stopgezet en er is geen bereidheid tot gesprek/toelichting
Feedback aan patiënt

Verplicht ontslag

Medepatiënt moet afdeling verlaten zonder dat er verdere opvang voorzien is.
Is dakloos dus komt op straat terecht. Geïnformeerd bij afdelingshoofd.
Coaching patiënte.
Ontslag tijdig voorbereiden. Nazorg voorzien.

Hotelservice

Infrastructuur/accommodatie/housekeeping

Locker werkt niet.
Gesignaleerd bij verpleging.

Veiligheid goederen

Poetsvrouw is onvriendelijk en heeft geen respect voor materiaal (oplader kapot)
Gesignaleerd aan afdelingshoofd

Patiënte heeft kledij toevertrouwd aan medepatiënt (om te laten wassen) en intussen is medepatiënt vertrokken naar andere voorziening.

Patiënt wil kledij terug of compensatie
medepatiënt onbereikbaar

Leefregels & groepsleven

Medepatiënten laten alles vuil achter.
Verloren bezittingen.
Coaching, luisteren.

Sociale dienst

Sociale dienst: papieren voor werk later opgestuurd dan beloofd, werk was daardoor niet op de hoogte
Patiënte was daar erg van aangedaan.
Luisteren, signaleren

Factuur

Moeder van patiënte stelt zich vragen bij kostprijs voor begeleider bij patiëntenvervoer
naar andere voorziening
Na signalering vervalt deze kost
Feedback aan melder

Aanmeldingen van werknemers

Hulpverlener zoekt veilig klankbord
Doorverwijzing intern

BIJLAGE 1 AANMELDINGEN OPZ GEEL 2019

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	0	20	10	29
aanmelders	0	20	10	29

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	10		29	
aanmelders	10		29	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	2	33,33	6	40,00
<i>binnen de week</i>	4	66,66	6	40,00
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	2	13,33
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	1	6,66
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	6	100	15	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	4	40,00	13	46,42
<i>1 contact</i>	4	40,00	8	28,57
<i>2 contacten</i>	2	20,00	2	7,14
<i>3 contacten</i>	-	-	4	14,28
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	1	3,57
totaal	10	100	28	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	2		5	
verwezen naar andere ombudspersoon¹	0		1	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	10		27	

¹ verwijzingen naar andere ombudspersonen worden voor de verdere gegevens niet meegeteld
Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ OPZ Geel 2019

De **29** aanmeldingen (2019) komen van in totaal 29 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
1	29	100,00	29	100,00
totaal	29	100	29	100

De **10** aanmeldingen (2018) komen van in totaal 10 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
1	10	100,00	10	100,00
totaal	10	100	10	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	5	50,00	21	75,00
groep patiënten	-	-	-	-
andere	5	50,00	7	25,00
totaal	10	100	28	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	1	20,00	9	42,85
vrouw	4	80,00	12	57,14
onbekend	-	-	-	-
totaal	5	100	21	100

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familie lid/partner	5	100,00	5	71,42
kennis	-	-	1	14,28
personeelslid	-	-	1	14,28
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	7	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	1	14,28
als vertrouwenspersoon	4	80,00	1	14,28
ten persoonlijke titel	1	20,00	5	71,42
totaal	5	100	7	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	20,00	2	28,57
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	2	40,00	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	2	40,00	5	71,42
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	5	100	7	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	9	90,00	22	78,57
neen	1	10,00	6	21,42
totaal	10	100	28	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	-	-	4	66,66
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	-	-	2	33,33
vorige jaren in andere voorziening	1	100,00	-	-
totaal	1	100	6	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	3	30,00	5	17,85
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	4	40,00	6	21,42
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	3	30,00	17	60,71
totaal	10	100	28	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	2	20,00	5	17,85
vraag tot interventie	7	70,00	17	60,71
vraag tot signalering	-	-	6	21,42
vraag naar een luisterend oor	1	10,00	-	-
totaal	10	100	28	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	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?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	3	30,00	13	46,42
neen	7	70,00	13	46,42
werd niet bevraagd	-	-	2	7,14
totaal	10	100	28	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	1	33,33	11	84,61
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	2	66,66	1	7,69
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	1	7,69
totaal	3	100	13	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	2	15,38
durfde niet	3	42,85	-	-
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	4	57,14	11	84,61
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	7	100	13	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	7	70,00	20	71,42
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	3	30,00	4	14,28

niet van toepassing	-	-	4	14,28
andere	-	-	-	-
totaal	10	100	28	100

C. Inhoud van de aanmelding

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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	10	100,00	28	100,00
algemene vraag los van patiëntenrecht	-	-	-	-
totaal	10	100	28	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

categorie	2018		2019	
	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.

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ OPZ Geel 2019

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	-	-	4	14,28
psychiater	7	70,00	10	35,71
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	-	-	4	14,28
persoonlijke begeleider	1	10,00	1	3,57
sociale dienst	-	-	3	10,71
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	2	20,00	3	10,71
administratieve dienst	-	-	1	3,57
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	-	-	-	-
poetsdienst	-	-	1	3,57
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	1	3,57
totaal	10	100	28	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	8	80,00	13	46,42
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	5	17,85
3. informatie	1	10,00	3	10,71
4. geïnformeerde toestemming	1	10,00	1	3,57
5. inzage patiëntendossier	-	-	3	10,71
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	2	7,14
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	3,57
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	10	100	28	100

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	1	12,50	2	15,38
1.2. goede behandeling/begeleiding	4	50,00	5	38,46
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	25,00	2	15,38
1.4. goede hotelservice	-	-	2	15,38
1.5. betalende diensten	-	-	1	7,69
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	1	12,50	1	7,69
totaal	8	100	13	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	100,00	-	-
correcte omgangsvormen	-	-	2	100,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	1	100	2	100
--------	---	-----	---	-----

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	1	25,00	-	-
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	-	-
betrokkenheid familie	2	50,00	2	40,00
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	20,00
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	25,00	2	40,00
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	5	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	2	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
regels	1	50,00	-	-
groepsleven	-	-	2	100,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	1	50,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	2	100

1.4. Goede hotelservice

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
voeding	-	-	-	-
infrastructuur/accommodatie	-	-	-	-
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-

veiligheid goederen	-	-	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	1	100,00
gedwongen opname	1	100,00	-	-

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ OPZ Geel 2019

internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	5	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	5	100

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	1	100,00	3	100,00
totaal	1	100	3	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-
	toestemming	1	100,00	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	1
andere	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-
totaal	1	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	3	100,00
totaal	-	-	3	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medisch luik				
	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
verpleegkundig dossier				
	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
sociaal luik				
	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
onderzoekresultaten				
	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
volledig dossier				
	inzage	-	-	-
	afschrift	-	3	100,00
andere				
	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
totaal			3	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	50,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelijke indiscretie	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoelijk	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (27).

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

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdinterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	1	10,00	1	3,70
doorverwijzen intern	-	-	3	11,11
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	1	10,00	9	33,33
signaleren	-	-	5	18,51
coachen	2	20,00	2	7,40
bemiddelen	6	60,00	7	25,92
totaal	10	100	27	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	2	33,33	2	28,57
ombudspersoon zonder patiënt	4	66,66	5	71,42
totaal	6	100	7	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	-	-	5	18,51
<i>binnen de week</i>	3	30,00	10	37,03
<i>binnen de twee weken</i>	2	20,00	5	18,51
<i>binnen de vier weken</i>	2	20,00	6	22,22
<i>later dan vier weken</i>	3	30,00	1	3,70
totaal	10	100	27	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	12		4	

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	1	33,33
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	1	33,33
andere	-	-	1	33,33
totaal	-	-	3	100

BIJLAGE 2

AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN VLAAMS JAARVERSLAG OMBUDSFUNCTIE GGZ 2019

1. Gebrek aan werkingsmiddelen voor de ombudspersonen

Het **aantal voorzieningen waar een ombudspersoon verantwoordelijk voor is** vormt nog te vaak een hinderpaal bij

- de tijdsintensieve aspecten van de zorg (bv. betrekken van de bredere omgeving van patiënten).
- verdere verdieping van de ombudsfunctie (bv. het deelnemen aan denkrondes over patiëntenrechten, agenderen van problemen op verschillende niveaus, ...)
- de niet of **moelijk meetbare tijdsgebonden aspecten van de ombudspraktijk** (bv. reflectie over de correcte aanpak van individuele casussen).

Deze situatie laat daarenboven **weinig ruimte voor o.a. projectmatig werken, bijscholing, deelname aan werkgroepen** (bv. rond ethiek), ...

2. Organisatorische knelpunten

Behoeft aan een vast aanspreek- en coördinatiepunt voor de ombudswerking m.b.t. opvolging van intervisie, supervisie, vormingen, wetgeving en algemene informatie over de evolutie van het werkveld. Deze functie wordt nu al deels gerealiseerd (0,2 VTE) maar er is een duidelijke nood aan, en vraag naar, verdere investeringen op dit vlak.

Gebrek aan back-up en opvolging bij uitval of ziekte van een ombudspersoon heeft momenteel nefaste gevolgen op vlak van continuïteit, er is momenteel niet voldoende werkings- en personeelscapaciteit om op dit vlak een buffer te voorzien.

Er zijn **grote verschillen qua bijdragen** van de verschillende psychiatrische ziekenhuizen **aan de werking van de ombudsfunctie**, gaande van voldoende tot vrijwel geen. Zo zijn er bv. bepaalde regio's waar een groot aantal ziekenhuizen bediend worden vanuit de basisfinanciering, zonder enige bijdrage vanuit de lokale ziekenhuizen.

3. Toenemende werkdruk in instellingen bemoeilijkt zorgcontinuïteit

De intensifiëring van de zorg vertaalt zich de laatste jaren ook in een **toenemende werkdruk**. De opnameduur wordt korter, herstel moet sneller, er worden steeds meer administratieve eisen gesteld aan het personeel, en dit **vertaalt zich in de klachten van patiënten**.

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren.

Daarnaast is er ook een **stijging van het aantal verplichte ontslagen**. Bij niet aangepast gedrag, het Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ OPZ Geel 2019

overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag.

Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie o.w.v. verschillende redenen: agressie, drinken, geen vooruitgang...

Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net hetgeen waarvoor ze opgenomen zijn. Het lijkt standaardprocedure te zijn dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt — hetzij definitief, hetzij als tijdelijke maatregel (vaak met een breuk in de zorgcontinuïteit en alle daaraan verbonden praktische complicaties als gevolg).

Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem, en voelt al snel aan als een "gemakkelijkheidsoplossing". Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijke maatregel moeten zijn, waartoe men alleen kan komen na voldoende overleg én in gesprek gaan met de patiënt en zijn omgeving .

4. Toegankelijkheid / zichtbaarheid

De afgelopen jaren werd sterk ingezet op aanwezigheid van personeel op de afdeling, waarbij gevraagd werd zo weinig mogelijk zich af te zonderen in het personeelslokaal.

In 2019 lijkt deze tendens opnieuw gekeerd te zijn: er is terug een stijging van meldingen dat personeel amper of niet in de leefruimte van de patiënten is. Nochtans is dit de manier van observatie en opbouwen van contact met patiënten, die zelf ook aangeven hier veel belang aan te hechten.

Aanbeveling: inzetten op tijd en aanwezigheid (=aanspreekbaarheid) van personeel, bijvoorbeeld door te investeren in werkplaatsen in een leefruimte, kan frustraties en agressie voorkomen. Personeelsleden merken zo sneller op wanneer een patiënt het moeilijk heeft en kunnen escalatie van een situatie voorkomen.

De ombudsen zelf signaleren nog regelmatig **beperkingen qua modaliteiten en toegankelijkheid in de voorzieningen**, bijvoorbeeld geluidsoverlast en/of gebrek aan privacy in de ter beschikking gestelde permanentieruimtes, of beperkingen op IT-vlak (bv. geen toegang tot e-mail of externe netwerken, geen telefonische ontvangst in gesprekslokaal, ...)

Ook de toegankelijkheid van bv. gedwongen opnameafdelingen, afzonderingskamers, ... voor de ombudsen wordt door sommige instellingen nog steeds beperkt, **wat de dienstverlening belemmert.**

5. Betrekken van de omgeving in de zorg

Door intensifiëring van de zorg is de omgeving een belangrijkere rol in de behandeling (zowel in de zorgvoorziening als in de eigen woonst) gaan spelen. **Omgeving is niet alleen de familie en vriendenkring, maar ook de buurt, het verenigingsleven van de woonplaats van de patiënt en de ondersteunende thuisdiensten.** Een voorziening heeft dankzij haar multidisciplinaire teams alle expertise in huis om te patiënt te motiveren maximaal gebruik te maken van diens omgeving.

Van voor of bij opname zouden familieleden (en eventueel de bredere omgeving) gehoord en betrokken moeten worden. Ze zijn deskundige op vlak van zorg voor de patiënt en een belangrijke partner en bron van informatie voor de hulpverleners. Mits de nodige professionele ondersteuning kunnen ze een belangrijke factor zijn in een succesvolle nieuwe start en herstel. Samenwerken met familie zou een evidentie moeten zijn i.p.v. de individuele keuze van een hulpverlener of afdeling.

Als externe ombudspersonen weten we uit ervaring dat het niet evident is om patiënten die een negatieve ervaring hebben met hun familie en vriendenkring hiervoor over de streep te trekken. Ook dit familiale

netwerk heeft soms, na jarenlange zorg en aanwezigheid, het besluit genomen om afstand te nemen van de patiënt. De betrokken hulpverlener heeft hiervoor begrip en zet voorzichtige stappen om samen met de patiënt te komen tot een nieuwe omgeving waarin een garantie op continuïteit van zorg kan aangeboden worden.

De voorzieningen missen hiervoor echter de nodige mankracht om dit op maat van hun patiënten en familiale omgeving te realiseren. De focus van een behandeling ligt momenteel op het behandelen van de patiënt, hoewel bv. familie één van de belangrijkste partners in de zorg is.

In de praktijk betekent dit dat de familie enkele malen wordt uitgenodigd voor een familiegesprek. Mits toestemming van de patiënt en met de nodige professionalisering en beschikbare hulpverleners kan de familie of de betrokken vriendenkring een deel uit maken van de behandeling en aanwezig zijn tijdens de therapie sessies op hun maat.

Externe ombudspersonen ontmoeten zelfs na 17 jaren wet patiëntenrechten nog steeds patiënten, betrokkenen en hulpverleners die onvoldoende vertrouwd zijn met deze wetgeving.

De aanwezigheid van ombudspersonen in de zorgvoorzieningen ter voorkoming van klachten, dient een evidentie te zijn. Infosessies om de theorie en de praktijk van de wet patiëntenrechten te duiden bewijzen in dezen hun nut. Ook de omgeving betrekken bij het werk van externe ombudspersonen kan bijdragen tot het voorkomen van klachten.

6. Vertrouwenspersonen

Patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd, hebben geen vangnet, familie of sociaal netwerk. Ze zijn kwetsbaar en kennen hun rechten niet, laat staan de mogelijkheid tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon. **Vooraf in situaties waar sprake is van dwang en beperkte autonomie van de patiënt is er een duidelijke nood aan een vertrouwenspersoon die morele ondersteuning biedt, dialoog stimuleert en aldus helpt bij het optimaal informeren van de patiënt .**

Hulpverleners in het algemeen en ombudspersonen in het bijzonder hebben de plicht (zie o.a. de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke op 20 februari 2017) om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken, bijvoorbeeld door middel van documentatie of infosessies.

Idealiter worden er procedures ontworpen en geïmplementeerd waardoor een **vertrouwenspersoon** wordt **opgenomen in het standaard zorgmodel**.

7. Informeren van de patiënt

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. Wat voor hulpverleners vanzelfsprekend is, is dat niet noodzakelijk ook voor de hulpvrager.

Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten creëert onzekerheid en stress. Daarom blijft bijvoorbeeld het **gebruik van de brochure "Gedwongen Opname" aangewezen als efficiënte en doeltreffende manier om de patiënt duidelijk te informeren.**

8. Inzage en afschrift elektronisch patiëntendossier (EPD)

Tegenwoordig is digitalisering van gezondheidsgegevens gemeengoed. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) biedt voordelen voor zowel de beroepsbeoefenaars als de patiënten. Medicatie, observaties, ontwikkelingen en het persoonlijk verhaal van de zorgvrager worden gebundeld en beveiligd opgeslagen in een gecentraliseerd multidisciplinair dossier.

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 tussen de behandelend arts en de patiënt en/of vertrouwenspersoon via dit medium aan. Deze manier van werken stimuleert de gelijkwaardige samenwerking tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

Sinds 2017 kan de zorggebruiker via een digitaal portaal het EPD raadplegen. Afhankelijk van het vermogen en/of toestand van de patiënt biedt bij het doornemen van het dossier een duidelijke meerwaarde. Deze digitalisering vraagt echter ook een nauwe(re) betrokkenheid van de zorgvrager; niet elke patiënt is (om uiteenlopende redenen) in staat het EPD digitaal te raadplegen.

Een **duidelijk gedragen visie omtrent digitale zorg** vanuit de zorgvoorzieningen blijft dus een uitdaging: een nieuwe manier van werken met nieuwe technologieën vereist ook op meerdere vlakken een **cultuurverandering**, bijvoorbeeld betreffende de omgang en beveiliging van vertrouwelijke gegevens (o.m. in het licht van de in 2018 aangepaste Europese GDPR-regelgeving).

9. Feedback vanuit de zorgvoorziening

Bij elke klacht/melding/opmerking, wordt de betrokken hulpverlener of afdeling gecontacteerd, mits akkoord van de patiënt. Soms wordt er bemiddeld, soms signaleerd.

Ombudsen gaan vaak in gesprek met een hulpverlener over hoe deze klacht tot stand is gekomen, wat er aan gedaan kan worden, hoe een team ermee kan omgaan. **Zelden of nooit wordt er echter feedback gegeven over wat er effectief gedaan is met deze input.** De ombudspersonen moeten dit zelf gaan navragen, en dit is vaak een tijdsintensief en frustrerend proces...

Binnen deze optiek zijn afspraken met de patiënt vaak ook moeilijk bindend te maken naar de behandelende instelling/geneeskundige toe.

10. Nood aan meer/intensievere omkadering & modaliteiten

Door het sluiten van bepaalde afdelingen vallen sommige patiënten uit de boot. Het gaat dan bv.. om patiënten die een PVT nodig hebben maar met intensievere en meer medische zorg dan momenteel een PVT momenteel kan bieden.

In een PVT is momenteel geen psycholoog verplicht op post. Patiënten ervaren dit vaak als een groot tekort. Dit zou in de omkadering moeten worden voorzien.

We merken op verschillende afdelingen en verschillende ziekenhuizen dat er nog een **tekort is aan therapie en zinvolle dagbesteding.** Patiënten hebben te veel "lege" uren.

Er is **blijvende aandacht nodig voor het voorkomen en goed opvolgen van afzonderingsmaatregelen.**

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ OPZ Geel 2019

Er is onduidelijkheid over het **stemrecht bij forensische patiënten**. Er zouden wat dit betreft verschillen zijn in de doelgroep. Bij de laatste verkiezingen zijn bepaalde stembrieven weer ingetrokken.

Toegang tot het internet alsook **vrij gsm gebruik** als algemene regel zou een evidentie moeten zijn.

BIJLAGE 3 BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN-VLAANDEREN 2019

Aanmeldingen, aanmelders Provincie Antwerpen periode 2013-2019

categorie	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	303	260	264	315	590	525	559
aanmelders	288	260	263	309	468	457	494

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2016

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	315	542	1120	277	317	2751
aanmelders	305	287	323	257	167	1339

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten, verwijzingen 2017

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	590	582	1044	257	320	2793
aanmelders	468	306	253	234	182	1443

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 2019

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
aanmeldingen	559	634	1061	309	307	2870
aanmelders	468	320	435	296	106	1625

Alle provincies stijgen in aantal aanmelders tegenover 2018. Grootste stijging in aantal aanmelders in Oost-Vlaanderen (+110). West-Vlaanderen scoort het laagst aantal aanmelders. Antwerpen scoort het hoogst aantal aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
individuele patiënt	443	79,96	499	78,95	862	81,55	262	86,75	261	85,01	2336	81,47
groep patiënten	7	1,26	68	10,7	88	8,32	18	5,96	3	0,97	190	6,62
andere	104	18,77	65	10,28	107	10,12	22	7,28	43	14,00	341	11,89
totaal	554	100	632	100	1057	100	302	100	307	100	2867	100
kol %	19,32		22,04		36,87		10,53		10,71		100	

**Voorbeelden in categorie 'andere': medepatiënt, vertrouwenspersoon, medewerker mutualiteit verzekeringsmakelaar, advocaat, extern hulpverlener, vertrouwenspersoon van familie.*

Aantal leden groep - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2 personen	5	71,42	8	11,76	25	28,40	9	50,00	0	-	47	24,73
3 personen	0	-	3	4,41	4	4,54	2	11,11	0	-	9	4,73
4 personen	0	-	3	4,41	17	19,31	4	22,22	2	66,66	26	13,68
meer dan 4 personen	2	28,57	54	79,41	42	47,72	3	16,66	1	33,33	108	56,84
totaal	7	100	68	100	88	100	18	100	3	100	190	100
kol %	3,68		35,79		46,32		9,47		1,58		100	
grootste groep							-		22			

In Limburg en Oost-Vlaanderen ligt het aantal groepsklachten duidelijk hoger dan in de rest van Vlaanderen.

Initiële aanmelder indien andere - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
familieid/partner	86	82,69	51	78,46	94	87,85	22	100	27	62,79	280	82,11
kennis	4	3,84	2	3,07	2	1,86	0	-	1	2,32	9	2,63
personeelslid	5	4,80	7	10,76	5	4,67	0	-	10	23,25	27	7,91
andere	9	8,65	5	7,69	6	5,60	0	-	5	11,62	25	7,33
totaal	104	100	65	100	107	100	22	100	43	100	341	100
kol %	30,50		19,06		31,38		6,45		12,61		100	

In de Provincie West-Vlaanderen nemen personeelsleden verhoudingsgewijs meer contact op met de ombudswerking dan in de rest van Vlaanderen.

Is de aanmelder nieuw voor u? - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	469	84,65	411	65,03	694	65,65	222	73,75	186	60,58	1991	69,46
neen	85	15,34	221	34,96	363	34,34	79	26,24	121	39,41	875	30,53
totaal	554	100	632	100	1057	100	301	100	307	100	2866	100
kol %	19,33		22,05		36,88		10,50		10,71		100	

Het aantal reeds gekende aanmelders ligt in de Provincie Antwerpen lager dan in de rest van Vlaanderen.

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld? - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	48	56,47	129	58,37	310	85,39	36	45,56	100	82,64	629	71,88
dit jaar binnen een andere voorziening	5	5,88	7	3,16	8	2,20	2	2,53	1	0,82	23	2,62
vorige jaren binnen deze voorziening	25	29,41	75	33,93	41	11,29	31	39,24	19	15,70	191	21,82
vorige jaren in andere voorziening	7	8,23	10	4,52	4	1,10	10	12,65	1	0,82	32	3,65
totaal	85	100	221	100	363	100	79	100	121	100	875	100
kol %	9,71		25,26		41,49		9,03		13,83		100	

Vorm van aanmelden - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
direct contact	60	10,83	295	46,67	480	45,41	119	39,40	49	15,96	1015	35,40
schriftelijk (brief, fax, e-mail)	115	20,75	99	15,66	248	23,46	131	43,37	53	17,26	647	22,56
telefonisch (of GSM, SMS)	379	68,41	238	37,65	329	31,12	52	17,21	205	66,77	1205	42,02
totaal	554	100	632	100	1057	100	302	100	307	100	2867	100
kol %	19,32		22,04		36,87		10,53		10,71		100	

Antwerpen en West-Vlaanderen hebben het minst aantal rechtstreekse aanmelders (via permanentie of 'op het terrein').

Initieel verzoek betreft - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
vraag naar informatie	157	28,33	108	17,08	132	12,48	15	4,96	27	8,79	439	15,31
vraag tot interventie	319	57,58	336	53,16	594	56,19	148	49,00	213	69,38	1624	56,64
vraag tot signalering	50	9,02	47	7,43	228	21,57	102	33,77	36	11,72	463	16,14
vraag naar een luisterend oor	28	5,05	141	22,31	103	9,74	37	12,25	31	10,09	341	11,89
totaal	554	100	632	100	1057	100	302	100	307	100	2867	100
kol %	19,32		22,04		36,87		10,53		10,71		100	

In alle provincies vragen de meeste aanmelders om interventie. Louter 'luisteren' (bijv. levensverhaal) komt weinig in de meeste provincies weinig voor.

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen? - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	320	57,76	375	59,33	487	46,07	54	17,88	125	40,71	1363	47,54
neen	200	36,10	195	30,85	284	26,86	129	42,71	132	42,99	953	33,24
werd niet bevraagd	34	6,13	62	9,81	286	27,05	119	39,40	50	16,28	551	19,21
totaal	554	100	632	100	1057	100	302	100	307	100	2867	100
kol %	19,32		22,04		36,87		10,53		10,71		100	

Welke stappen? - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
informeel	292	91,25	365	97,33	474	97,33	48	88,88	113	90,40	1294	94,93
formele interne klachtenprocedure	5	1,56	2	0,53	0	-	1	1,85	3	2,40	11	0,80
interne ombudsfunctie	2	0,62	0	-	5	1,02	3	5,55	7	5,60	17	1,24
externe ombudsfunctie	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-
extern	21	6,56	8	2,13	8	1,64	2	3,70	2	1,60	41	0,00
totaal	320	100	375	100	487	100	54	100	125	100	1363	100
kol %	23,48		27,51		35,73		3,96		9,17		100	

Fase waarin patiënt zich bevindt - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	45	8,12	9	1,42	10	0,94	13	4,30	2	0,65	79	2,75
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	348	62,81	529	83,70	934	88,36	242	80,13	255	83,06	2323	81,02
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	118	21,29	92	14,55	100	9,46	45	14,90	39	12,70	394	13,74
niet van toepassing	39	7,03	2	0,31	10	0,94	2	0,66	9	2,93	62	2,16
andere	4	0,72	0	-	3	0,28	0	-	2	0,65	9	0,31
totaal	554	100	632	100	1057	100	302	100	307	100	2867	100
kol %	19,32		22,04		36,87		10,53		10,71		100	

In de provincie Antwerpen ligt het aantal aanmelders dat zich aanmeldt na ontslag hoger dan in de rest van Vlaanderen.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	401	77,86	428	70,39	792	85,34	241	84,85	225	84,26	2099	80,23
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	9	1,74	13	2,13	22	2,37	2	0,70	5	1,87	51	1,94
3. informatie	33	6,40	24	3,94	18	1,93	7	2,46	5	1,87	87	3,32
4. geïnformeerde toestemming	11	2,13	93	15,29	37	3,98	10	3,52	9	3,37	160	6,11
5. inzage patiëntendossier	33	6,40	11	1,80	26	2,80	12	4,22	13	4,86	95	3,63
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	16	3,10	27	4,44	25	2,69	11	3,87	6	2,24	86	3,28
7. klachtenbemiddeling	4	0,77	5	0,82	0	-	0	-	2	0,74	11	0,42
8. wettelijke vertegenwoordiger	0	-	1	0,16	0	-	0	-	0	-	1	0,03
9. vertrouwenspersoon	6	1,16	3	0,49	2	0,21	1	0,35	1	0,37	13	0,49
10. pijnbestrijding	2	0,38	3	0,49	6	0,64	0	-	1	0,37	13	0,49
totaal	515	100	608	100	928	100	284	100	267	100	2616	100
kol %	19,69		23,24		35,47		10,86		10,21		100	

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	43	10,72	68	15,88	79	9,97	55	22,82	27	12,00	272	13,03
1.2. goede behandeling/begeleiding	202	50,37	122	28,50	280	35,35	80	33,19	92	40,88	776	37,18
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	20	4,98	31	7,24	94	11,86	24	9,95	16	7,11	185	8,86
1.4. goede hotelservice	42	10,47	95	22,19	216	27,2	53	21,99	47	20,88	453	21,70
1.5. betalende diensten	3	0,74	2	0,46	8	1,01	8	3,31	11	4,88	32	1,53
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	31	7,73	41	9,57	36	4,54	10	4,14	9	4,00	127	6,08
1.7. beschermende maatregelen	60	14,96	69	16,12	79	9,97	11	4,56	23	10,22	242	11,59
totaal	401	100	428	100	792	100	241	100	225	100	2087	100
kol %	19,21		20,51		37,95		11,55		10,78		100	

In de provincie Antwerpen gaan voor het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening de helft (50,37%) van de aanmeldingen over goede behandeling/begeleiding. Dit aantal ligt hoger dan in de rest van Vlaanderen. Provincie Antwerpen scoort het minst aantal klachten qua hotelservice, Oost-Vlaanderen het meest.

1.1. Respectvolle bejegening - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
luisterbereidheid	8	18,60	23	33,82	13	16,45	20	36,36	2	7,40	67	24,36
correcte omgangsvormen	26	60,46	39	57,35	47	59,49	32	58,18	18	66,66	164	59,63
grensoverschrijdend gedrag	6	13,95	6	8,82	4	5,06	1	1,81	2	7,40	19	6,90
andere	3	6,97	0	-	15	18,98	2	3,63	5	18,51	25	9,09
totaal	43	100	68	100	79	100	55	100	27	100	275	100
kol %	15,64		24,73		28,73		20,00		9,82		100	

1.2. Goede behandeling/begeleiding - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
diagnose	1	0,49	0	-	6	2,14	3	3,75	3	3,26	13	1,66
somatische verzorging	11	5,44	17	13,93	27	9,64	6	7,50	7	7,60	69	8,84
medicatie	14	6,93	0	-	20	7,14	5	6,25	9	9,78	48	6,15
individuele therapie	8	3,96	3	2,45	42	15,00	9	11,25	24	26,08	87	11,15
groepstherapie	11	5,44	3	2,45	21	7,50	2	2,50	8	8,69	46	5,89
voldoende beschikbaarheid	17	8,41	41	33,60	45	16,07	17	21,25	9	9,78	130	16,66

betrokkenheid familie	13	6,43	4	3,27	15	5,35	4	5,00	7	7,60	43	5,51
start opname/behandeling/begeleiding	44	21,78	6	4,91	12	4,28	10	12,50	3	3,26	75	9,61
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	44	21,78	33	27,04	39	13,92	19	23,75	13	14,13	148	18,97
overplaatsing naar andere afdeling	8	3,96	5	4,09	15	5,35	0	-	3	3,26	31	3,97
overplaatsing naar een andere voorziening	16	7,92	10	8,19	19	6,78	3	3,75	3	3,26	51	6,53
andere	15	7,42	0	-	19	6,78	2	2,50	3	3,26	39	5,00
totaal	202	100	122	100	280	100	80	100	92	100	780	100
kol %	25,90		15,64		35,90		10,26		11,79		100	

In de provincie Antwerpen ligt het aandeel aanmeldingen die gaan over de start van opname/behandeling hoger dan in de rest van Vlaanderen.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
regels	3	15,00	29	93,54	40	42,55	10	41,66	3	18,75	86	45,98
groepsleven	10	50,00	2	6,45	29	30,85	10	41,66	12	75,00	64	34,22
ontspanning/vrije tijd	2	10,00	0	-	3	3,19	1	4,16	1	6,25	7	3,74
weekend- en verlofregeling	4	20,00	0	-	19	20,21	2	8,33	0	-	25	13,36
andere	1	5,00	0	-	3	3,19	1	4,16	0	-	5	2,67
totaal	20	100	31	100	94	100	24	100	16	100	187	100
kol %	10,70		16,58		50,27		12,83		8,56		100	

1.4. Goede hotelservice - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
voeding	10	23,80	39	41,05	52	24,07	20	37,73	12	25,53	135	29,60
infrastructuur/accommodatie	6	14,28	29	30,52	105	48,61	23	43,39	18	38,29	181	39,69
hygiëne	7	16,66	7	7,36	11	5,09	2	3,77	4	8,51	31	6,79
veiligheid persoon	5	11,90	9	9,47	19	8,79	2	3,77	4	8,51	39	8,55
veiligheid goederen	13	30,95	11	11,57	21	9,72	5	9,43	9	19,14	60	13,15
andere	1	2,38	0	-	8	3,70	1	1,88	0	-	10	2,19
totaal	42	100	95	100	216	100	53	100	47	100	456	100
kol %	9,21		20,83		47,37		11,62		10,31		100	

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
factuur	8	25,80	3	7,31	12	33,33	6	60,00	4	44,44	33	25,98
opbouw inkomen	1	3,22	3	7,31	0	-	0	-	0	-	4	3,14
zakgeld	1	3,22	2	4,87	3	8,33	2	20,00	1	11,11	9	7,08
bestedingsautonomie	4	12,90	7	17,07	7	19,44	0	-	0	-	18	14,17
bewindvoering	13	41,93	25	60,97	6	16,66	2	20,00	1	11,11	47	37,00
verzekeringen	3	9,67	1	2,43	2	5,55	0	-	0	-	6	4,72
andere	1	3,22	0	-	6	16,66	0	-	3	33,33	10	7,87
totaal	31	100	41	100	36	100	10	100	9	100	127	100
kol %	24,41		32,28		28,35		7,87		7,09		100	

In de provincies Antwerpen en Limburg worden opmerkelijk veel klachten rond bewindvoering geregistreerd.

1.7. Beschermende maatregelen - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
straf	2	3,33	3	4,34	3	3,79	0	-	2	8,69	10	4,13
beperkte bewegingsvrijheid	10	16,66	23	33,33	18	22,78	2	18,18	7	30,43	60	24,79
afzondering	7	11,66	17	24,63	2	2,53	4	36,36	5	21,73	35	14,46
fixatie	3	5,00	3	4,34	5	6,32	0	-	0	-	11	4,54
gedwongen opname	31	51,66	23	33,33	39	49,36	5	45,45	6	26,08	104	42,97
internering	3	5,00	0	-	4	5,06	0	-	0	-	7	2,89
andere	4	6,66	0	-	8	10,12	0	-	3	13,04	15	6,19
totaal	60	100	69	100	79	100	11	100	23	100	242	100
kol %	24,79		28,51		32,64		4,55		9,50		100	

*andere= bijv. beperking bestedingsautonomie, bewindvoering, gedwongen medicatie, langdurige kamerverpleging.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
psychiater	7	77,8	7	53,84	13	59,09	2	100	1	20,00	30	58,82
psycholoog	1	11,11	0	-	3	13,63	0	-	0	-	4	7,84
persoonlijk begeleider	1	11,11	2	15,38	3	13,63	0	-	1	20,00	7	13,72
andere	0	-	4	30,76	3	13,63	0	-	3	60,00	10	19,60
totaal	9	100	13	100	22	100	2	100	5	100	51	100
kol %	17,65		25,49		43,14		3,92		9,80		100	

3. Recht op informatie - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
diagnose	1	3,03	20	83,33	3	16,66	2	28,57	1	20,00	27	31,03
duur	0	-	0	-	0	-	1	14,28	0	-	1	1,14
kosten	4	12,12	0	-	1	5,55	2	28,57	2	40,00	9	10,34
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	0	-	1	4,16	5	27,77	0	-	1	20,00	7	8,04
alternatieven	0	-	3	12,50	0	-	0	-	0	-	3	3,44
andere	28	84,84	0	-	9	50,00	2	28,57	1	20,00	40	45,97
totaal	33	100	24	100	18	100	7	100	5	100	87	100
kol %	37,93		27,59		20,69		8,05		5,75		100	

In de provincie Antwerpen worden meer meldingen rond 'informatieverstrekking' in de categorie 'andere' geregistreerd.

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 - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
medicatie	0	-	4	4,30	4	10,81	1	10,00	1	11,11	10	6,25
informatie	10	90,90	17	18,27	27	72,97	5	50,00	7	77,77	66	41,25
toestemming	0	-	15	16,12	3	8,10	0	-	0	-	18	11,25
behandeling/begeleiding informatie	1	9,09	57	61,29	1	2,70	3	30,00	0	-	62	38,75
toestemming	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-
andere informatie	0	-	0	-	2	5,40	1	10,00	1	11,11	4	0,00
toestemming	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
totaal	11	100	93	100	37	100	10	100	9	100	160	100
kol %	6,88		58,13		23,13		6,25		5,63		100	

Voorbeelden van 'andere' in categorie geïnformeerde toestemming: *communicatie met familie, communicatie met derden, info aan derden, info van derden, procedure ECT.*

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
beroepsgeheim	6	37,50	13	48,14	8	32,00	6	54,54	1	16,66	34	39,53
persoonlijke overtuiging	0	-	1	3,70	1	4,00	0	-	0	-	2	2,32
briefgeheim	0	-	1	3,70	0	-	0	-	0	-	1	1,16
territoriale privacy	3	18,75	9	33,33	9	36,00	2	18,18	1	16,66	24	27,90
mondelinge indiscretie	4	25,00	1	3,70	5	20,00	2	18,18	2	33,33	15	17,44
andere	3	18,75	2	7,40	2	8,00	1	9,09	2	33,33	10	11,62
totaal	16	100	27	100	25	100	11	100	6	100	86	100
kol %	18,60		31,40		29,07		12,79		6,98		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).

Hoofdinterventie - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
luisteren	35	6,41	70	11,05	115	10,96	30	10,10	42	13,68	293	10,29
doorverwijzen intern	11	2,01	3	0,47	47	4,48	5	1,68	7	2,28	73	2,56
doorverwijzen extern	10	1,83	2	0,31	10	0,95	0	-	10	3,25	32	1,12
informereren	139	25,4	69	10,90	132	12,58	13	4,37	20	6,51	374	13,13
signaleren	57	10,43	48	7,58	425	40,5	126	42,4	79	25,73	743	26,09
coachen	68	12,45	51	8,05	88	8,38	53	17,84	33	10,74	295	10,36
bemiddelen	226	41,39	390	61,61	232	22,1	70	23,5	116	37,78	1037	36,42
totaal	546	100	633	100	1049	100	297	100	307	100	2847	100
kol %	19,18		22,23		36,85		10,43		10,78		100	

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	55	24,33	110	28,20	27	11,6	14	20,28	20	17,24	226	21,81
ombudspersoon zonder patiënt	171	75,66	280	71,79	205	88,36	55	79,71	96	82,75	810	78,18
totaal	226	100	390	100	232	100	69	100	116	100	1036	100
kol %	21,81		37,64		22,39		6,66		11,20		100	

In Oost-Vlaanderen ligt het aantal driegesprekken verhoudingsgewijs lager dan in de andere provincies.

*In 2019 waren er in de Provincie Antwerpen **55 driegesprekken**. (=bemiddelingsgesprek(ken) met 1 of meerdere betrokkenen, in aanwezigheid van de patiënt zelf).*

Tijd tussen aanmelding en afhandeling - 2019

categorie	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams Brabant		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
op dezelfde datum	141	25,82	268	42,33	345	32,82	75	25,25	89	28,99	918	32,39
binnen de week	269	49,26	172	27,17	304	28,92	64	21,54	105	34,20	914	32,25
binnen de twee weken	68	12,45	58	9,16	141	13,41	27	9,09	43	14,00	337	11,89
binnen de vier weken	36	6,59	72	11,37	123	11,70	38	12,79	36	11,72	305	10,76
later dan vier weken	32	5,86	63	9,95	138	13,13	93	31,31	34	11,07	360	12,70
totaal	546	100	633	100	1051	100	297	100	307	100	2834	100
kol %	19,27		22,34		37,09		10,48		10,83		100	
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd							-		53			

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSDIENST SINT ANNENDAEL DIEST

1. INLEIDING

U vindt hierbij een overzicht van het aantal klachten meldingen bij de externe ombudsdienst van het ziekenhuis St Annendael Diest.

Het aantal wordt vergeleken met de meldingen van vorige jaren.

Achteraan vindt u algemene bevindingen voor alle ziekenhuizen.

De inhoudelijke aanbevelingen voor het ziekenhuis zelf zijn nog niet voldoende verwerkt en zullen in een persoonlijk onderhoud met de directie later op het jaar worden besproken en opgenomen.

2 AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 04/01/2019, de laatste op 16/12/2019. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 32, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 30.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	36	29	35	32
aanmelders	33	26	35	30

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	35		32	
aanmelders	35		30	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	23	65,71	28	87,50
<i>binnen de week</i>	10	28,57	1	3,12
<i>binnen de twee weken</i>	2	5,71	2	6,25
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan vier weken</i>	-	-	1	3,12
totaal	35	100	32	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	-	-
<i>1 contact</i>	14	40,00	11	34,37
<i>2 contacten</i>	16	45,71	6	18,75
<i>3 contacten</i>	4	11,42	10	31,25
<i>meer dan 3 contacten</i>	1	2,85	5	15,62
totaal	35	100	32	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		10	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	29		30	

De **32** aanmeldingen (2019) komen van in totaal 30 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
2	2	6,66	4	12,50
1	28	93,33	28	87,50
totaal	30	100	32	100

De **35** aanmeldingen (2018) komen van in totaal 35 aanmelders.

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

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
1	35	100,00	35	100,00
totaal	35	100	35	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	28	80,00	25	78,12
groep patiënten	5	14,28	6	18,75
andere	2	5,71	1	3,12
totaal	35	100	32	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	8	28,57	15	60,00
vrouw	20	71,42	10	40,00
onbekend	-	-	-	-
totaal	28	100	25	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	3	60,00	4	66,66
3 personen	1	20,00	-	-
4 personen	-	-	1	16,66
meer dan 4 personen	1	20,00	1	16,66
totaal	5	100	6	100
grootste groep	5		7	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familielid/partner	2	100,00	1	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	2	100,00	1	100,00
ten persoonlijke titel	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	50,00	-	-
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	1	50,00	1	100,00
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	32	91,42	23	71,87
neen	3	8,57	9	28,12
totaal	35	100	32	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2018	2019

categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	1	33,33	5	55,55
dit jaar binnen een andere voorziening	1	33,33	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	1	33,33	3	33,33
vorige jaren in andere voorziening	-	-	1	11,11
totaal	3	100	9	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
direct contact	13	37,14	17	53,12
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	16	45,71	12	37,50
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	6	17,14	3	9,37
totaal	35	100	32	100

Initieel verzoek betreft

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	2	5,71	2	6,25
vraag tot interventie	9	25,71	9	28,12
vraag tot signalering	21	60,00	16	50,00
vraag naar een luisterend oor	3	8,57	5	15,62
totaal	35	100	32	100

Vraag tot interventie betreft

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	-	-	-	-
vraag om een ander soort akkoord	9	100,00	9	100,00
totaal	9	100	9	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	-	-	-	-
neen	-	-	2	6,25
werd niet bevraagd	35	100,00	30	93,75
totaal	35	100	32	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	-	-	-	-
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	1	50,00
durfde niet	-	-	-	-
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	-	-	1	50,00
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	2	6,25
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	33	94,28	26	81,25
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	2	5,71	4	12,50
niet van toepassing	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	35	100	32	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.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	33	94,28	27	84,37
algemene vraag los van patiëntenrecht	2	5,71	5	15,62
totaal	35	100	32	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	1	50,00	5	100,00
patiëntenrechten	1	50,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	1	2,85	5	15,62
psychiater	6	17,14	7	21,87
huisarts	-	-	-	-
andere arts	1	2,85	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	10	28,57	9	28,12
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	-	-	1	3,12
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	1	2,85	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	1	2,85	2	6,25
administratieve dienst	-	-	1	3,12
technische dienst	3	8,57	2	6,25
voedingsdienst	8	22,85	5	15,62
poetsdienst	1	2,85	-	-
directie	2	5,71	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	1	2,85	-	-
totaal	35	100	32	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	33	100,00	23	85,18
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	-	-	1	3,70
4. geïnformeerde toestemming	-	-	1	3,70
5. inzage patiëntendossier	-	-	1	3,70
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	1	3,70
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	33	100	27	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	9	27,27	7	30,43
1.2. goede behandeling/begeleiding	3	9,09	2	8,69
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	3	9,09	3	13,04
1.4. goede hotelservice	14	42,42	9	39,13
1.5. betalende diensten	1	3,03	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	2	8,69
1.7. beschermende maatregelen	3	9,09	-	-
totaal	33	100	23	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	4	44,44	5	71,42
correcte omgangsvormen	4	44,44	2	28,57
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-

andere	1	11,11	-	-
totaal	9	100	7	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	1	33,33	-	-
individuele therapie	1	33,33	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	1	33,33	-	-
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	2	100,00
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	-	-
--------	---	---	---	---

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	1	33,33	-	-
groepsleven	-	-	2	66,66
ontspanning/vrije tijd	2	66,66	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	3	100	3	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	7	50,00	5	55,55
infrastructuur/accommodatie	6	42,85	1	11,11
hygiëne	-	-	2	22,22

veiligheid persoon	-	-	1	11,11
veiligheid goederen	1	7,14	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	14	100	9	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	1	50,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	1	50,00
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	1	100,00
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-
	toestemming	-	1	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-
andere	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-

totaal	-	-	1	100
--------	---	---	---	-----

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie		2018		2019	
		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoekresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	1	100,00
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		-	-	1	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelijke indiscretie	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-

palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (30).

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	-	-	8	26,66
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	1	3,44	1	3,33
signaleren	20	68,96	15	50,00
coachen	6	20,68	1	3,33
bemiddelen	2	6,89	5	16,66
totaal	29	100	30	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	2	100,00	5	100,00
totaal	2	100	5	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	-	-	2	6,66
<i>binnen de week</i>	-	-	1	3,33
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	4	13,33
<i>binnen de vier weken</i>	4	13,79	1	3,33
<i>later dan vier weken</i>	25	86,20	22	73,33
totaal	29	100	30	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	17		30	

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

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

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

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	3	10,34	8	26,66
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	5	17,24	6	20,00
ontevredenheid patiënt	1	3,44	1	3,33
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	3,44	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	19	65,51	15	50,00
totaal	29	100	30	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	18	62,06	14	46,66
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	5	16,66
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	3	10,34	1	3,33
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	8	27,58	10	33,33
totaal	29	100	30	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. ALGEMENE AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN 2019 OMBUDSFUNCTIE GGZ

1. Gebrek aan werkingsmiddelen voor de ombudspersonen

Het aantal voorzieningen waar een ombudspersoon verantwoordelijk voor is vormt nog te vaak een hinderpaal bij

- de tijdsintensieve aspecten van de zorg (bvb. betrekken van de bredere omgeving van patiënten)
- verdere verdieping van de ombudsfunctie (bvb. het deelnemen aan denkrondes over patiëntenrechten, agenderen van problemen op verschillende niveaus, ...)
- de niet of moeilijk meetbare tijdsgebonden aspecten van de ombudspraktijk (bvb reflectie over de correcte aanpak van individuele casussen)

Deze situatie laat daarenboven weinig ruimte voor o.a. projectmatig werken, bijscholing, deelname aan werkgroepen (bvb rond ethiek), ...

2. Organisatorische knelpunten

Behoeftte aan een vast aanspreek- en coördinatiepunt voor de ombudswerking mbt opvolging van intervisie, supervisie, vormingen, wetgeving en algemene informatie over de evolutie van het werkveld. Deze functie wordt nu al deels gerealiseerd (0,2 VTE) maar er is een duidelijke nood aan, en vraag naar, verdere investeringen op dit vlak.

Gebrek aan backup en opvolging bij uitval of ziekte van een ombudspersoon heeft momenteel nefaste gevolgen op vlak van continuïteit, er is momenteel niet voldoende werkings- en personeelscapaciteit om op dit vlak een buffer te voorzien.

Er zijn grote verschillen qua bijdragen van de verschillende psychiatrische ziekenhuizen aan de werking van de ombudsfunctie, gaande van voldoende tot vrijwel geen. Zo zijn er bvb bepaalde regio's waar een groot aantal ziekenhuizen bediend worden vanuit de basisfinanciering, zonder enige bijdrage vanuit de lokale ziekenhuizen.

3. Toenemende werkdruk in instellingen bemoeilijkt zorgcontinuïteit

De intensifiëring van de zorg vertaalt zich de laatste jaren ook in een toenemende werkdruk. De opnameduur wordt korter, herstel moet sneller, er worden steeds meer administratieve eisen gesteld aan het personeel, en dit vertaalt zich in de klachten van patiënten.

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren.

Daarnaast is er ook een stijging van het aantal verplichte ontslagen. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag.

Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie o.w.v. verschillende redenen: agressie, drinken, geen vooruitgang...

Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net datgene waarvoor ze opgenomen zijn. Het lijkt standaardprocedure te zijn dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt — hetzij definitief, hetzij als tijdelijke maatregel (vaak met een breuk in de zorgcontinuïteit en alle daaraan verbonden praktische complicaties als gevolg).

Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem, en voelt al snel aan als een "gemakkelijkheidsoplossing". Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijke maatregel moeten zijn, waartoe men alleen kan komen na voldoende overleg én in gesprek gaan met de patiënt en zijn omgeving.

4. Toegankelijkheid / zichtbaarheid

De afgelopen jaren werd sterk ingezet op aanwezigheid van personeel op de afdeling, waarbij gevraagd werd zo weinig mogelijk zich af zonderen in het personeelslokaal.

In 2019 lijkt deze tendens opnieuw gekeerd te zijn: er is terug een stijging van meldingen dat personeel amper of niet in de leefruimte van de patiënten is. Nochtans is dit de manier van observatie en opbouwen van contact met patiënten, die zelf ook aangeven hier veel belang aan te hechten.

Aanbeveling: inzetten op tijd en aanwezigheid (=aanspreekbaarheid) van personeel, bijvoorbeeld door te investeren in werkplaatsen in een leefruimte, kan frustraties en agressie voorkomen. Personeelsleden merken zo sneller op wanneer een patiënt het moeilijk heeft en kunnen escalatie van een situatie voorkomen.

De ombudsen zelf signaleren nog regelmatig beperkingen qua modaliteiten en toegankelijkheid in de voorzieningen, bijvoorbeeld geluidsoverlast en/of gebrek aan privacy in de ter beschikking gestelde permanentieruimtes, of beperkingen op IT-vlak (bvb geen toegang tot e-mail of externe netwerken, geen telefonische ontvangst in gesprekslokaal, ...)

Ook de toegankelijkheid van bvb. gedwongen opnameafdelingen, afzonderingskamers, ... voor de ombudsen wordt door sommige instellingen nog steeds beperkt, wat de dienstverlening belemmert.

5. Betrekken van de omgeving in de zorg

Door intensifiëring van de zorg is de omgeving een belangrijkere rol in de behandeling (zowel in de zorgvoorziening als in de eigen woonst) gaan spelen. Omgeving is niet alleen de familie en vriendenkring, maar ook de buurt, het verenigingsleven van de woonplaats van de patiënt en de ondersteunende thuisdiensten. Een voorziening heeft dankzij haar multidisciplinaire teams alle expertise in huis om te patiënt te motiveren maximaal gebruik te maken van diens omgeving.

Van voor of bij opname zouden familieleden (en eventueel de bredere omgeving) gehoord en betrokken moeten worden. Ze zijn deskundige op vlak van zorg voor de patiënt en een belangrijke partner en bron van informatie voor de hulpverleners. Mits de nodige professionele ondersteuning kunnen ze een belangrijke factor zijn in een succesvolle nieuwe start en herstel. Samenwerken met familie zou een evidentie moeten zijn i.p.v. de individuele keuze van een hulpverlener of afdeling.

Als externe ombudspersonen weten we uit ervaring dat het niet evident is om patiënten die een negatieve ervaring hebben met hun familie en vriendenkring hiervoor over de streep te trekken. Ook dit familiale netwerk heeft soms, na jarenlange zorg en aanwezigheid, het besluit genomen om afstand te nemen van de patiënt. De betrokken hulpverlener heeft hiervoor begrip en zet voorzichtige stappen om samen met de patiënt te komen tot een nieuwe omgeving waarin een garantie op continuïteit van zorg kan aangeboden worden.

De voorzieningen missen hiervoor echter de nodige mankracht om dit op maat van hun patiënten en familiale omgeving te realiseren. De focus van een behandeling ligt momenteel op het behandelen van de patiënt, hoewel bvb. familie één van de belangrijkste partners in de zorg is.

In de praktijk betekent dit dat de familie enkele malen wordt uitgenodigd voor een familiegesprek. Mits toestemming van de patiënt en met de nodige professionalisering en beschikbare hulpverleners kan de familie of de betrokken vriendenkring een deel uitmaken van de behandeling en aanwezig zijn tijdens de therapie sessies op hun maat.

Externe ombudspersonen ontmoeten zelfs na 17 jaren wet patiëntenrechten nog steeds patiënten, betrokkenen en hulpverleners die onvoldoende vertrouwd zijn met deze wetgeving.

De aanwezigheid van ombudspersonen in de zorgvoorzieningen ter voorkoming van klachten, dient een evidentie te zijn. Infosessies om de theorie en de praktijk van de wet patiëntenrechten te duiden bewijzen in dezen hun nut. Ook de omgeving betrekken bij het werk van externe ombudspersonen kan bijdragen tot het voorkomen van klachten.

6. Vertrouwenspersonen

Vele (zometer de meeste) patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd, hebben geen vangnet, familie of sociaal netwerk. Ze zijn kwetsbaar en kennen hun rechten niet, laat staan de mogelijkheid tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon. Vooral in situaties waar sprake is van dwang en beperkte autonomie van de patiënt is er een duidelijke nood aan een vertrouwenspersoon die morele ondersteuning biedt, dialoog stimuleert en aldus helpt bij het optimaal informeren van de patiënt.

Hulpverleners in het algemeen en ombudspersonen in het bijzonder hebben de plicht (zie o.a. de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke op 20 februari 2017) om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken, bijvoorbeeld door middel van documentatie of infosessies.

Idealiter worden er procedures ontworpen en geïmplementeerd waardoor een vertrouwenspersoon wordt opgenomen in het standaard zorgmodel.

7. Informeren van de patiënt

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. Wat voor hulpverleners vanzelfsprekend is, is dat niet noodzakelijk ook voor de hulpvrager.

Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten creëert onzekerheid en stress. Daarom blijft bijvoorbeeld het gebruik van de brochure "Gedwongen Opname" aangewezen als efficiënte en doeltreffende manier om de patiënt duidelijk te informeren.

8. Inzage en afschrift elektronisch patiëntendossier (EPD)

Tegenwoordig is digitalisering van gezondheidsgegevens gemeengoed. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) biedt voordelen voor zowel de beroepsbeoefenaars als de patiënten. Medicatie, observaties, ontwikkelingen en het persoonlijk verhaal van de zorgvrager worden gebundeld en beveiligd opgeslagen in een gecentraliseerd multidisciplinair dossier.

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 tussen de behandelend arts en de patiënt en/of vertrouwenspersoon via dit medium aan. Deze manier van werken stimuleert de gelijkwaardige samenwerking tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

Sinds 2017 kan de zorggebruiker via een digitaal portaal het EPD raadplegen. Afhankelijk van het vermogen en/of toestand van de patiënt biedt bij het doornemen van het dossier een duidelijke meerwaarde. Deze digitalisering vraagt echter ook een nauwe(re) betrokkenheid van de zorgvrager; niet elke patiënt is (om uiteenlopende redenen) in staat het EPD digitaal te raadplegen.

Een duidelijk gedragen visie omtrent digitale zorg vanuit de zorgvoorzieningen blijft dus een uitdaging: een nieuwe manier van werken met nieuwe technologieën vereist ook op meerdere vlakken een cultuurverandering, bijvoorbeeld betreffende de omgang en beveiliging van vertrouwelijke gegevens (o.m. in het licht van de in 2018 aangepaste Europese GDPR-regelgeving).

9. Feedback vanuit de zorgvoorziening

Bij elke klacht/melding/opmerking, wordt de betrokken hulpverlener of afdeling gecontacteerd, mits akkoord van de patiënt. Soms wordt er bemiddeld, soms gesignaleerd.

Ombudsen gaan vaak in gesprek met een hulpverlener over hoe deze klacht tot stand is gekomen, wat er aan gedaan kan worden, hoe een team ermee kan omgaan. Zelden of nooit wordt er echter feedback gegeven over wat er effectief gedaan is met deze input. De ombudspersonen moeten dit zelf gaan navragen, en dit is vaak een tijdsintensief en frustrerend proces...

Binnen deze optiek zijn afspraken met de patiënt vaak ook moeilijk bindend te maken naar de behandelende instelling/geneeskundige toe.

10. Nood aan meer/intensievere omkadering & modaliteiten

Door het sluiten van bepaalde afdelingen vallen sommige patiënten uit de boot. Het gaat dan bvb. om patiënten die een PVT nodig hebben maar met intensievere en meer medische zorg dan momenteel een PVT momenteel kan bieden.

In een PVT is momenteel geen psycholoog verplicht op post. Patiënten ervaren dit vaak als een groot tekort. Dit zou in de omkadering moeten worden voorzien.

We merken op verschillende afdelingen en verschillende ziekenhuizen dat er nog te kort is aan therapie en zinvolle dagbesteding. Patiënten hebben te veel "lege" uren.

Er is blijvende aandacht nodig voor het voorkomen en goed opvolgen van afzonderingsmaatregelen

Er is onduidelijkheid over het stemrecht bij forensische patiënten. Er zouden wat dit betreft verschillen zijn in de doelgroep. Bij de laatste verkiezingen zijn bepaalde stembrieven weer ingetrokken.

UPC KU Leuven – Campus Kortenberg

Werkjaar 2019

JAARVERSLAG INTERNE OMBUDSFUNCTIE

**UPC KU Leuven - Campus Kortenberg
Periode van 1 januari 2019 tot 31 december 2019**

**Nadine Pauwels
Interne
ombudspersoon**

INHOUD

I. INLEIDING

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

III. AANMELDINGEN WERKJAAR 2019

IV. BEVINDINGEN EN AANBEVELINGEN

BIJLAGEN

Bijlage 1. Tabellen aanmeldingen 2019

Bijlage 2. Praktische informatie interne ombudsfunctie

Hoofdstuk I. Inleiding

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

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

In hoofdstuk 3 geef ik een samenvattend overzicht van alle aanmeldingen ontvangen in het werkjaar 2019. 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 2019
- 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 het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg (externe ombuds genoemd) en mezelf, interne ombuds, reeds meer dan vijfendertig 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 12.15 – 13.00u 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 gepland 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 geplande 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 2020 plannen de ombudsen van campus Kortenberg om zichzelf hernieuwd voor te stellen aan de teams werkzaam op de campus. De eerste bijeenkomst is ondertussen reeds gerealiseerd.

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, het uitbreiden van netwerken en behoort tot mijn takenpakket.

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

Jaarlijks lichten de drie ombudsen van Z.Org (campus Kortenberg : Kris Bruyninckx en Nadine Pauwels ; campus Gasthuisberg : Sabine Denis) het geïntegreerd jaarverslag toe op het directiecomité en de raad van bestuur. Vanaf 2020 wordt het jaarverslag ook gerapporteerd aan de leden van de medische raad en de hoofdverpleegkundigen in de hoop de bekendheid van de ombudswerking te vergroten en via de klachtentoelichting de focus op verbetering van kwaliteit van zorg nog te vergroten.

Hoofdstuk III. Aanmeldingen werkjaar 2019

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 2019 waren er 135 aanmeldingen (2018: 154).

Er waren 2 groepsmeldingen; in 34 dossiers waren familieleden de aanmelder die de ombuds contacteerden.

54 aanmeldingen (40,60%) gebeurden via rechtstreeks contact (bezoek tijdens het spreekuur, ontmoeting op de afdeling of op afspraak), 61 aanmeldingen (45,86%) werden schriftelijk bezorgd en in 18 (13,53%) dossiers was het oorspronkelijk contact via telefoon.

In 38 dossiers (28,57%) werd de ombuds gevraagd te interveniëren. Op te merken is de blijvende behoefte aan een luisterend oor (n=48 ; 36,09%). In 11 dossiers (8,27%) werd de ombuds gecontacteerd om informatie te bekomen en in 36 aanmeldingen (27,06%) 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 2 meldingen (1,50%) kon geen specifieke discipline worden aangeduid. Bij de overige meldingen waren volgende disciplines betrokken:

Psychiater (n=58 ; 43,60%) , verpleging (n=37 ; 27,81%) , een psycholoog (n=5; 3,75 %) , het multidisciplinair team (n=12 ; 9,02%) ,de directie (n=3 ; 2,25%), de administratieve dienst (n=2 ;1,50%) , de technische dienst (n=4 , 3,00%) , de voedingsdienst (n=1 ; 0,75%) ,de poetsdienst (n=1; 0,75%) , een arts (n=3 ; 2,25%) , de sociale dienst (n=2 ; 1,50%) .

In de registratie zoals wij die hanteren werden 131 van de 133 meldingen geregistreerd onder een specifiek patiëntenrecht, waarvan er 116 (88,54%) betrekking hadden op een kwaliteitsvolle dienstverlening, 2 (1,52%)meldingen handelden over het recht op informatie, 10 (7,63%) meldingen gingen over het recht op inzage patiëntendossier en 3 (2,29%) meldingen hadden betrekking op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer .

Er werden 2 algemene vragen los van patiëntenrechten geregistreerd.

Het patiëntenrecht "kwaliteitsvolle dienstverlening" (116) kunnen we verder specificeren in volgende categorieën: respectvolle bejegening (43), goede behandeling/begeleiding (50), goede hotelservice (10), beschermende maatregelen (4), kwaliteitsvol verblijf / wonen (1), en juiste factuur/correct geldbeheer (8).

Van de afgesloten dossiers (131) waren er 33 waarin 'bemiddelen' de hoofdinterventie was, in 45 casussen werd er vooral geluisterd, in 37 dossiers wou de patiënt vooral iets signaleren, in 14 dossiers werd er vooral informatie gegeven en in 2 dossiers werd de patiënt gecoacht .

Van de 133 dossiers werden er 56 afgesloten op de dag van aanmelding, 6 casussen werden afgesloten binnen de week, 7 binnen de twee weken, 2 binnen de vier weken. Voor 11 dossiers duurde het langer dan vier weken om ze te kunnen afsluiten.

Hoofdstuk IV. BEVINDINGEN EN AANBEVELINGEN

De laatste jaren is de geestelijke gezondheidszorg sterk in evolutie. Ook maatschappelijk is er heel wat verandering gaande. Mensen in het algemeen, en patiënten en hun families in het bijzonder, zijn mondiger geworden, willen niet langer het medisch en therapeutisch gebeuren 'ondergaan' maar juist erg betrokken worden bij het zorgproces. Anderzijds gaan zorgverleners de patiënten ook responsabiliseren en op hun engagement en verantwoordelijkheid aanspreken. Deze evoluties maken dat een goede communicatie erg belangrijk is, wil men deze gepersonaliseerde en onderhandelde zorg kwaliteitsvol realiseren.

Een open en eerlijke communicatie tussen zorgverlener en patiënt kan veel klachten voorkomen. Correcte, tijdige en voldoende informatieverstrekking kan ervoor zorgen dat patiënten zich geen onnodige vragen stellen of zorgen hoeven te maken. Een goede communicatie komt de vertrouwensrelatie ten goede en kan zo mogelijks problemen nadien voorkomen, of minstens constructief bespreekbaar maken.

Het is belangrijk dat een klachtmelder uitleg krijgt over hoe een incident is kunnen gebeuren. Hoe moeilijk soms ook, men kan beter proberen uitleg te geven waarom de verwachtingen van de patiënt niet altijd kunnen beantwoord worden. De manier waarop iets gezegd en gekaderd wordt is hierin cruciaal en verdient de nodige aandacht.

Wanneer men als hulpverlener een antwoord schuldig moet blijven, en men oordeelt te moeten doorverwijzen naar een andere hulpverlener of dienst, dan zou het helpend zijn om mee zorg te dragen voor die doorverwijzing, bijvoorbeeld door dat contact reeds te regelen, zodat de patiënt niet met het gevoel zit van het kastje naar de muur te worden gestuurd. Het lijkt ons belangrijk dat de hulpverlener die doorverwijst mee opvolgt of het contact waarnaar verwezen werd effectief is kunnen doorgaan.

Bij elke transitie van zorg – van consultatie naar al dan niet opname, bij transfer van de ene naar de andere afdeling, van ontslag naar ambulante zorg – is het belangrijk om de nodige zorg te besteden aan wat ik zou willen noemen een 'warme overdracht', een gedragen overdracht. Alleen kunnen beroep doen op de informatie uit het elektronisch dossier is een gemiste kans voor een efficiënte en inhoudelijk belangrijke overdracht. Een toelichting in persoon, zoals dat eertijds gebeurde op teamvergaderingen, laat een genuanceerder verhaal toe, en geeft de mogelijkheid om reeds dan bestaande vragen te stellen. Patiënt is soms al weken in opname wanneer hij / zij toekomt als 'nieuwe' patiënt op een afdeling, wat het risico inhoudt dat de perceptie van de opname erg verschillend is voor patiënt en het behandelend team. Een goede briefing kan hieraan tegemoet komen.

Informatie geven aan patiënten en het gesprek aangaan waarom een opname niet kan / aangewezen is, of waarom een ontslag zich opdringt, zijn ook belangrijke momenten waarvoor tijd dient te worden gemaakt. Ook het tijdig afleveren van verslagen blijft een werkpunt.

Medicatie al dan niet onder dwang blijft een terugkerende topic waarbij bespreekbaarheid belangrijk is, al kan die bespreking soms pas later, dit mag /

kan niet uit het oog worden verloren , gezien de traumatische aard van het ganse gebeuren rond dwangopname.

Ook de rol van de familie binnen de geestelijke gezondheidszorg blijft een cruciaal item. Een kwart van de klachtmeldingen komt van ongeruste , ontevreden familieleden. Het blijft voor behandelaars een spanningsveld om een evenwicht te vinden tussen cliëntvriendelijkheid en het handhaven van het beroepsgeheim. Familieleden zijn vaak de tussenschakel bij verschillende opnames en voelen zich vaak machteloos, moedeloos en /of boos , vooral wanneer zij meer de noodzaak zien van een behandeling dan de patiënt zelf. Nadenken over hoe familieleden kunnen gehoord worden in hun eigen noden, verwachtingen en behoeftes is aan de orde alsook een concreet plan hieromtrent. In het werkjaar 2020 zal er een tevredenheidsvragenlijst worden afgenomen van familieleden, waardoor er duidelijker zicht komt op deze topic.

Er blijft een hiaat bestaan in de feedback bij het afhandelen van een klacht. Het is voor ons ombudsen momenteel heel onduidelijk hoe een afdeling omgaat met een klacht en welke acties er werden ondernomen ter verbetering van zorgkwaliteit na een klachtbemiddeling. Momenteel is het afhankelijk van de goodwill van behandelaars of er feedback komt.

Klachten worden vaak als iets negatiefs gezien. In de ogen van behandelaars lijkt het dat er een schuldige wordt gezocht voor iets wat mogelijks fout liep. Mijn ervaring is dat patiënten vooral meer toelichting willen wanneer iets niet gelopen is zoals ze het hadden verwacht, en/of hopen ze te kunnen bijdragen aan het voorkomen van herhaling van een incident door klacht neer te leggen. Patiënten willen een zekere erkenning van hun gevoel niet rechtvaardig of kwaliteitsvol te zijn behandeld. Meer aandacht voor de verwachtingen van de patiënt kan de zorg al verbeteren.

In het werkjaar 2020 ga ik als ombuds actiever op zoek gaan naar feedback. Het is belangrijk om hier enige systematiek in te krijgen, zowel om onze eigen werking te kunnen evalueren als om de tevredenheid van de patiënt mee op te volgen, en in kaart te brengen hoe klachtenbehandeling een stimulans is geweest tot verbetering van kwaliteit van zorg.

De ombuds is op vele manieren bereikbaar. Contact met de ombuds via mail en telefoon is vooral nuttig om iets te signaleren of om een afspraak te maken. De term 'ombuds' kan soms bij patiënten de verwachting scheppen dat deze zich uitspreekt over de grond van de zaak en automatisch de patiënt 'verdedigt' . Daarenboven gaat het vaak over gevoelige materie. Dit zijn allemaal redenen om een klacht in een persoonlijk gesprek te bespreken, wat meestal erg geapprecieerd wordt. Om een bemiddeling te laten slagen is een vertrouwensband een meerwaarde. Hiertoe leent persoonlijk contact zich mijns inziens het beste. Het verhaal van de patiënt beluisteren vraagt tijd, beschikbaarheid en luisterbereidheid maar brengt de patiënt wel vaak het gevoel van rust en zelfs voldoening, het gevoel van ernstig genomen te worden , zelfs al wordt er geen concrete oplossing geboden. Persoonlijke gesprekken met de ombuds, via spreekuur of afspraak , kan zo de veilige plaats bieden die een patiënt soms zo

nodig heeft. Iemand voldoende ter beschikking hebben zonder verbondenheid met zijn behandelaars creëert vaak een klimaat van rust en vertrouwen , wat bemiddeling an sich faciliteert. Daarbij ligt de grens van de ombuds wel bij het feit dat hij / zij geen crisismanager is die ten allen tijde door patiënt gevorderd kan worden .

Als ombuds kies ik er ook voor om meer dan alleen die klachten te bemiddelen die met schending van patiëntenrechten te maken hebben. Het comfort tijdens een opname, de financiële kant van de zaak , de samenwerking tussen behandelaars en het afdelingsklimaat zijn immers duidelijk ook factoren die kunnen bijdragen tot het wel-zijn van de patiënt.

Ik ben erg tevreden over mijn rol als ombuds, in een instelling waar ik reeds 40 jaar werk. Mijn aanwezigheid in het centrum, mijn vertrouwdheid met de cultuur en de evolutie van zorg binnen de campus zijn voor mij een meerwaarde. Het aanwezig zijn binnen de campus biedt meer mogelijkheden tot persoonlijk gesprek met patiënten en hulpverleners.

Dit werkjaar wil ik langs gaan bij elk team van de campus om mijn werking in persoon toe te lichten, gezien de vele nieuwe personeelsleden die minder vertrouwd zijn met mijn persoon. Door deze (hernieuwde) kennismaking gaan hulpverleners bij een klacht hopelijk een meer faciliterende rol voor patiënten opnemen in de doorverwijzing naar de ombuds , en worden gesprekken aan de bemiddelingstafel nog meer een instrument voor verbetering van zorgkwaliteit.

Bijlage 1. Tabellen van de registratie werkjaar 2019.

AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 05/01/2019, de laatste op 30/12/2019.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 135, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 131.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	112	162	154	135

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	154		135	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	51	66,23	56	78,87
<i>binnen de week</i>	14	18,18	6	8,45
<i>binnen de twee weken</i>	9	11,68	7	9,85
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	2	2,81
<i>later dan 4 weken</i>	3	3,89	-	-
totaal	77	100	71	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	76	49,67	62	46,61
<i>1 contact</i>	58	37,90	55	41,35
<i>2 contacten</i>	17	11,11	9	6,76
<i>3 contacten</i>	2	1,30	7	5,26
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	-	-
totaal	153	100	133	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		3	
verwezen naar andere ombudspersoon	1		2	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	153		131	

Bij de verwijzing naar een andere ombudspersoon betreft het 2 keer een externe ombudspersoon GGZ, collega binnen dezelfde campus.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	106	69,28	97	72,93
groep patiënten	5	3,26	2	1,50
andere	42	27,45	34	25,56
totaal	153	100	133	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	57	53,77	56	57,73
vrouw	48	45,28	41	42,26
onbekend	1	0,94	-	-
totaal	106	100	97	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	2	40,00	2	100,00
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	3	60,00	-	-
totaal	5	100	2	100
grootste groep	6		2	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familielid/partner	37	88,09	31	91,17
kennis	2	4,76	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	3	7,14	3	8,82
totaal	42	100	34	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	11	26,19	14	41,17
ten persoonlijke titel	31	73,80	20	58,82
totaal	42	100	34	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	24	57,14	5	14,70
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	14	33,33	22	64,70
terugkoppeling was niet nodig	4	9,52	7	20,58
totaal	42	100	34	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	120	78,43	110	82,70
neen	33	21,56	23	17,29
totaal	153	100	133	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	32	96,96	18	78,26
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	1	3,03	5	21,73
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	33	100	23	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	47	30,71	54	40,60
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	86	56,20	61	45,86
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	20	13,07	18	13,53
totaal	153	100	133	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	12	7,84	11	8,27
vraag tot interventie	46	30,06	38	28,57
vraag tot signalering	43	28,10	36	27,06
vraag naar een luisterend oor	52	33,98	48	36,09
totaal	153	100	133	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	4	8,69	8	21,05
vraag om een ander soort akkoord	42	91,30	30	78,94
totaal	46	100	38	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	8	5,22	9	6,76
neen	19	12,41	34	25,56
werd niet bevraagd	126	82,35	90	67,66
totaal	153	100	133	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	8	100,00	8	88,88
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	1	11,11
extern	-	-	-	-
totaal	8	100	9	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	-	-	16	47,05
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	-	-	-	-
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	19	100,00	18	52,94
totaal	19	100	34	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	2	1,30	6	4,51
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	84	54,90	88	66,16
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	66	43,13	38	28,57
niet van toepassing	1	0,65	1	0,75
andere	-	-	-	-
totaal	153	100	133	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. 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	32	20,91	25	18,79
aanmeldingen die weerhouden worden	121	79,08	108	81,20
totaal	153	100	133	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	104	85,95	95	87,96
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	5	4,13	1	0,92
4. geïnformeerde toestemming	3	2,47	-	-
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	1	0,82	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	2	1,85
5. c) afschrift patiëntendossier	2	1,65	7	6,48
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	4,95	3	2,77
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	121	100	108	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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	145	94,77	131	98,49
algemene vraag los van patiëntenrecht	8	5,22	2	1,50
totaal	153	100	133	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	4	50,00	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	2	25,00	-	-
levensverhaal	-	-	-	-
patiëntenrechten	-	-	1	50,00
andere	2	25,00	1	50,00
totaal	8	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	1	0,65	2	1,50
psychiater	61	39,86	58	43,60
huisarts	1	0,65	-	-
andere arts	1	0,65	3	2,25
apotheker	-	-	-	-
verpleging	42	27,45	37	27,81
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	3	1,96	2	1,50
psycholoog	4	2,61	5	3,75
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	1	0,65	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	13	8,49	12	9,02
administratieve dienst	7	4,57	2	1,50
technische dienst	8	5,22	4	3,00
voedingsdienst	5	3,26	1	0,75
poetsdienst	4	2,61	1	0,75
directie	2	1,30	3	2,25
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	1	0,75
andere	-	-	2	1,50
totaal	153	100	133	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	126	86,89	116	88,54
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	6	4,13	2	1,52
4. geïnformeerde toestemming	3	2,06	-	-
5. inzage patiëntendossier	3	2,06	10	7,63
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	4,13	3	2,29
7. klachtenbemiddeling	1	0,68	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	145	100	131	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	29	23,01	43	37,06
1.2. goede behandeling/begeleiding	66	52,38	50	43,10
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	6	4,76	1	0,86
1.4. goede hotelservice	16	12,69	10	8,62
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	4	3,17	8	6,89
1.7. beschermende maatregelen	5	3,96	4	3,44
totaal	126	100	116	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	4	13,79	3	6,97
correcte omgangsvormen	22	75,86	40	93,02
grensoverschrijdend gedrag	1	3,44	-	-
andere	2	6,89	-	-
totaal	29	100	43	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	3	4,54	1	2,00
somatische verzorging	7	10,60	5	10,00
medicatie	10	15,15	4	8,00
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	2	3,03	1	2,00
voldoende beschikbaarheid	16	24,24	21	42,00
betrokkenheid familie	12	18,18	3	6,00
start opname/behandeling/begeleiding	4	6,06	2	4,00
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	6	9,09	6	12,00
overplaatsing naar andere afdeling	3	4,54	5	10,00
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	3	4,54	2	4,00
totaal	66	100	50	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	1	25,00	-	-
geweigerd	3	75,00	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	2	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	2	33,33	6	100,00
geweigerd	2	33,33	-	-
andere	2	33,33	-	-
totaal	6	100	6	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	1	33,33	-	-
geweigerd	1	33,33	2	40,00
andere	1	33,33	3	60,00
totaal	3	100	5	100

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	2	33,33	1	100,00
groepsleven	4	66,66	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	1	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	5	31,25	1	10,00
infrastructuur/accommodatie	7	43,75	6	60,00
hygiëne	3	18,75	1	10,00
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	1	6,25	2	20,00
andere	-	-	-	-
totaal	16	100	10	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	4	100,00	7	87,50
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	1	12,50
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	8	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	2	40,00	1	25,00
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	3	60,00	3	75,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	4	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	1	50,00
kosten	4	66,66	1	50,00
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	16,66	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	1	16,66	-	-
totaal	6	100	2	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	1	33,33	1	10,00
inzage/afschrift dossier	2	66,66	9	90,00
totaal	3	100	10	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	1	11,11
	afschrift	-	1	11,11
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-
	afschrift	-	1	11,11
volledig dossier	inzage	-	1	11,11
	afschrift	2 100,00	5	55,55
andere	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
totaal	2	100	9	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	4	66,66	3	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	2	33,33	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	3	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (131).

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

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdinterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	50	32,67	45	34,35
doorverwijzen intern	2	1,30	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	8	5,22	14	10,68
signaleren	40	26,14	37	28,24
coachen	-	-	2	1,52
bemiddelen	53	34,64	33	25,19
totaal	153	100	131	100

²Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	53	100,00	33	100,00
totaal	53	100	33	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	39	25,49	35	26,71
<i>binnen de week</i>	57	37,25	55	41,98
<i>binnen de twee weken</i>	24	15,68	14	10,68
<i>binnen de vier weken</i>	22	14,37	22	16,79
<i>later dan vier weken</i>	11	7,18	5	3,81
totaal	153	100	131	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	22		21	

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

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

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

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	58	37,90	41	31,29
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	8	5,22	1	0,76
ontevredenheid patiënt	1	0,65	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	86	56,20	89	67,93
totaal	153	100	131	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	66	43,13	42	32,06
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	0,65	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	86	56,20	89	67,93
totaal	153	100	131	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 (80809 als intern gratis nummer). Wekelijks zijn er twee spreekuren (dinsdag van 12.15 – 13.00u en 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.

Vorige jaren organiseerde het centrum een informatienamiddag voor nieuw personeel. Op deze namiddag maakten zij ook kennis met de ombuds, de werking en de patiëntenrechten. Uit het verleden is al gebleken dat dit een goed initiatief was 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 verkleind werd en door personeel ondersteund kon worden, wat erg belangrijk was voor een goede werking. Dit is sinds 2019 weggefallen. In 2020 worden de artsen in opleiding in een gepland ochtendmoment geïnformeerd over de werking van de ombudsdienst in een five-minute-speech.

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

Een geïntegreerd jaarverslag van beide campi psychiatrie (Gasthuisberg en Kortenberg) en van de verschillende ombudsen betrokken in deze campi is voor het eerst gerealiseerd in 2017. Dit verslag wordt jaarlijks ter toelichting en bespreking

34

voorgelegd aan het directiecomité en de raad van bestuur . Vanaf 2020 zal er ook een rapportage gebeuren op de medische raad en de hoofdverpleegkundigenvergadering.

OPGG

Groeneweg 151/8

3001 HEVERLEE

Tel. 016 27 03 10

fax 016 27 03 19

Kris.bruyninckx@overlegplatformgg.be

www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

2019

**U.P.C. K.U.Leuven
campus Kortenberg**

Erkenningsnr 943

Kris Bruyninckx

Externe ombudspersoon

OPGG, februari 2020



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID

Inhoud

I. Inleiding	3
II. Aanmeldingen.....	5
III Tendenzen.....	6
IV. Werking van de externe ombudsvrouw binnen het ziekenhuis	7
V. Registratie	9

I. Inleiding

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (OGGPA vzw, SPIL vzw, PopovGGZ vzw, Logistiek Vlabo vzw en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw), met terugwerkende kracht gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert.

Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband).

Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

Dit is het zestiende 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 2019 bereikten 57 meldingen de ombudsdienst, zowel schriftelijk, telefonisch als via direct contact. Ongeveer één op drie patiënten had zelf al geprobeerd om zijn ongenoegen bespreekbaar te maken of een oplossing te vinden voor zijn probleem. Zeven klachten kwamen via familieleden bij de ombudsdienst terecht.

42% van de klachten betroffen het multidisciplinair team, 33 % was gericht naar de psychiater.

Het overgrote deel van de aanmeldingen gaat over kwaliteitsvolle dienstverlening (76%). Hierbij gaat 28% over respectvolle bejegening, 40 % over goede behandeling en 21% over kwaliteitsvol verblijf. Bij goede behandeling valt vooral het verplicht ontslag op. Bij kwaliteitsvol verblijf gaat het over afdelingsregels en groepsleven.

III Tendenzen

Werkdruk

De laatste jaren blijkt de werkdruk steeds te stijgen. De opnameduur wordt korter, herstel moet sneller en dit vertaalt zich in de klachten van patiënten.

Toename van geweigerde opname en verplicht ontslag

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren. Daarnaast is er ook een stijging van het aantal verplichte ontslagen. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag. Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie owv allerlei redenen : agressie, drinken, geen vooruitgang. Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net hetgeen waarvoor ze opgenomen zijn. Het lijkt standaardprocedure te zijn dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt.

Aanbeveling : inzetten op tijd en aanwezigheid. Aanwezigheid van personeel in een leefruimte kan agressief voorkomen en personeelsleden merken snel op wanneer een patiënt het moeilijk heeft. Er worden veel administratieve eisen gesteld aan verpleegkundigen. Misschien kan er geïnvesteerd worden in werkplaatsen in de living waar vpk kunnen werken en toch aanwezig zijn. Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem. Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijk iets moeten zijn, waartoe men alleen kan komen na voldoende overleg én in gesprek gaan met de patiënt en zijn omgeving.

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 subsidiariteitsbeginsel. 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

AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 07/01/2019, de laatste op 19/11/2019.

Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 57, het totaal aantal in 2019 afgesloten aanmeldingen 57.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	59	48	54	57
aanmelders	54	45	47	57

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	54		57	
aanmelders	47		57	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	39	72,22	35	66,03
<i>binnen de week</i>	13	24,07	16	30,18
<i>binnen de twee weken</i>	2	3,70	2	3,77
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	54	100	53	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	4	7,01

1 contact	44	81,48	43	75,43
2 contacten	8	14,81	3	5,26
3 contacten	-	-	1	1,75
meer dan 3 contacten	2	3,70	6	10,52
totaal	54	100	57	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		5	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	54		57	

De **57** aanmeldingen (2019) komen van in totaal 57 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
1	57	100,00	57	100,00
totaal	57	100	57	100

De **54** aanmeldingen (2018) komen van in totaal 47 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
2	7	14,89	14	25,92
1	40	85,10	40	74,07
totaal	47	100	54	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	41	75,92	47	82,45
groep patiënten	4	7,40	2	3,50
andere	9	16,66	8	14,03
totaal	54	100	57	100

Geslacht indien individueel

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	28	68,29	17	36,17
vrouw	13	31,70	30	63,82
onbekend	-	-	-	-
totaal	41	100	47	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	-	-	1	50,00
3 personen	2	50,00	-	-
4 personen	2	50,00	1	50,00
meer dan 4 personen	-	-	-	-
totaal	4	100	2	100
grootste groep	4		4	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	9	100,00	8	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	8	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	11,11	6	85,71
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	8	88,88	1	14,28
totaal	9	100	7	100

Terugkoppeling indien andere

	2018	2019

categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	3	33,33	-	-
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	1	11,11	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	4	44,44	8	100,00
terugkoppeling was niet nodig	1	11,11	-	-
totaal	9	100	8	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
ja	49	90,74	40	71,42
neen	5	9,25	16	28,57
totaal	54	100	56	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	2	40,00	5	31,25
dit jaar binnen een andere voorziening	1	20,00	1	6,25
vorige jaren binnen deze voorziening	1	20,00	5	31,25
vorige jaren in andere voorziening	1	20,00	5	31,25
totaal	5	100	16	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
direct contact	26	48,14	20	35,08
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	15	27,77	18	31,57
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	13	24,07	19	33,33
totaal	54	100	57	100

Initieel verzoek betreft

	2018	2019
--	-------------	-------------

categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	6	11,11	1	1,75
vraag tot interventie	34	62,96	40	70,17
vraag tot signalering	13	24,07	11	19,29
vraag naar een luisterend oor	1	1,85	5	8,77
totaal	54	100	57	100

Vraag tot interventie betreft

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	2	5,88	1	2,50
vraag om een ander soort akkoord	32	94,11	39	97,50
totaal	34	100	40	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
ja	15	27,77	21	36,84
neen	39	72,22	36	63,15
werd niet bevraagd	-	-	-	-
totaal	54	100	57	100

Welke stappen?

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
informeel	14	93,33	18	85,71
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	1	6,66	2	9,52
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	1	4,76
totaal	15	100	21	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	1	2,56	-	-

durfde niet	1	2,56	2	5,55
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	37	94,87	34	94,44
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	39	100	36	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	2	3,50
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	48	88,88	35	61,40
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	6	11,11	18	31,57
niet van toepassing	-	-	2	3,50
andere	-	-	-	-
totaal	54	100	57	100

C. Inhoud van de aanmelding

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	7	12,96	1	1,75
psychiater	13	24,07	19	33,33
huisarts	-	-	-	-
andere arts	3	5,55	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	3	5,55	5	8,77
persoonlijke begeleider	-	-	2	3,50
sociale dienst	2	3,70	-	-
psycholoog	-	-	4	7,01
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	2	3,70	1	1,75
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	11	20,37	24	42,10
administratieve dienst	1	1,85	-	-
technische dienst	3	5,55	-	-
voedingsdienst	7	12,96	1	1,75

poetsdienst	-	-	-	-
directie	2	3,70	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	54	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	45	84,90	43	75,43
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	1	1,88	1	1,75
4. geïnformeerde toestemming	4	7,54	1	1,75
5. inzage patiëntendossier	1	1,88	8	14,03
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	2	3,77	4	7,01
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	53	100	57	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	5	11,11	12	27,90
1.2. goede behandeling/begeleiding	17	37,77	17	39,53
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	2,22	9	20,93

1.4. goede hotelservice	17	37,77	1	2,32
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	4,44	1	2,32
1.7. beschermende maatregelen	3	6,66	3	6,97
totaal	45	100	43	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	5	41,66
correcte omgangsvormen	5	100,00	7	58,33
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	12	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	3	17,64	-	-
medicatie	2	11,76	-	-
individuele therapie	2	11,76	2	11,76
groepstherapie	1	5,88	1	5,88
voldoende beschikbaarheid	1	5,88	1	5,88
betrokkenheid familie	4	23,52	2	11,76
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	5,88
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	9	52,94
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	1	5,88	1	5,88
andere	3	17,64	-	-
totaal	17	100	17	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00

andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	6	66,66
geweigerd	-	-	2	22,22
andere	-	-	1	11,11
totaal	-	-	9	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	-	-	4	44,44
groepsleven	1	100,00	5	55,55
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	9	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	7	41,17	1	100,00
infrastructuur/accommodatie	7	41,17	-	-
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	2	11,76	-	-
veiligheid goederen	1	5,88	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	17	100	1	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	1	50,00	1	100,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	50,00	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-

beperkte bewegingsvrijheid	1	33,33	1	33,33
afzondering	-	-	1	33,33
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	2	66,66	1	33,33
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	3	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	1	100,00
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	1	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-
	toestemming	2	50,00	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-
	toestemming	2	50,00	-
andere	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	1

totaal	4	100	1	100
--------	---	-----	---	-----

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	6	75,00
inzage/afschrift dossier	1	100,00	2	25,00
totaal	1	100	8	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	1	50,00
	afschrift	1	100,00	1
andere	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
totaal	1	100	2	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	50,00	3	75,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	1	50,00	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelijke indiscretie	-	-	1	25,00
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	4	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten meldingen (57).

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

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdinterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	1	1,85	2	3,50
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	5	9,25	1	1,75
signaleren	19	35,18	15	26,31
coachen	13	24,07	16	28,07
bemiddelen	16	29,62	23	40,35
totaal	54	100	57	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	5	21,73
ombudspersoon zonder patiënt	16	100,00	18	78,26

totaal	16	100	23	100
--------	----	-----	----	-----

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	15	27,77	15	26,31
<i>binnen de week</i>	24	44,44	17	29,82
<i>binnen de twee weken</i>	11	20,37	9	15,78
<i>binnen de vier weken</i>	2	3,70	5	8,77
<i>later dan vier weken</i>	2	3,70	11	19,29
totaal	54	100	57	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	13		33	

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

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

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

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	1,75
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	3	5,55	3	5,26
ontevredenheid patiënt	-	-	2	3,50
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	51	94,44	51	89,47
totaal	54	100	57	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	2	3,50
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	8	14,81	5	8,77
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	46	85,18	50	87,71
totaal	54	100	57	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	1	33,33
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	2	66,66
totaal	-	-	3	100

OPGG

*Groeneweg 151/8
3001 HEVERLEE
Tel. 016 27 03 10
fax 016 27 03 19*

*Kris.bruyninckx@overlegplatformgg.be
www.ombudsfunctieggz.be*

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

P.Z. St. Alexius Grimbergen

2019

Kris Bruyninckx
Externe ombudspersoon



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Inhoud

I. Inleiding	3
II. Aanmeldingen	4
III. Bevindingen.....	5
IV. Werking van de externe ombudsvrouw binnen het ziekenhuis	6
V. Bijlage: registratie Go-Between	7

I. Inleiding

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (OGGPA vzw, SPIL vzw, PopovGGZ vzw, Logistiek Vlabo vzw en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw), met terugwerkende kracht gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert.

Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband).

Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

Dit is het zestiende 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 terug vinden.

In hoofdstuk 4 leest u hoe de werking van de ombudsvrouw in het ziekenhuis is uitgebouwd.

In bijlage vindt u de registratie via Go-Between.

II. Aanmeldingen

In 2019 kwamen er 71 klachten tot bij de ombudsdienst.

Negen klachten kwamen pas nadat patiënt in ontslag was.

Bij 30% van de klachten was geen discipline betrokken. In 25% was de klacht voornamelijk gericht naar de psychiater, als verantwoordelijke van een afdeling en in 20% naar het multidisciplinair team.

90 % van de klachten vallen onder het patiëntenrecht 'kwaliteitsvolle dienstverlening'. Vooral goede behandeling, hotelservice en respectvolle bejegening scoorden hierbij hoger.

Onder respectvolle bejegening vallen correcte omgangsvormen. Bij goede behandeling zijn er vier klachten over somatische verzorging en vier over voldoende beschikbaarheid. De andere klachten zijn verdeeld over de verschillende subcategorieën.

Bij hotelservice gingen de klachten voornamelijk over infrastructuur en accommodatie.

III. Bevindingen

Werkdruk

De laatste jaren blijkt de werkdruk steeds te stijgen. De opnameduur wordt korter, herstel moet sneller en dit vertaalt zich in de klachten van patiënten.

Toename van geweigerde opname en verplicht ontslag

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren. Daarnaast is er ook een stijging van het aantal verplichte ontslagen. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag. Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie oww allerhande redenen : agressie, drinken, geen vooruitgang. Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net hetgene waarvoor ze opgenomen zijn. Het lijkt standaardprocedure te zijn dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt.

Aanbeveling : inzetten op tijd en aanwezigheid. Aanwezigheid van personeel in een leefruimte kan agressief voorkomen en personeelsleden merken snel op wanneer een patiënt het moeilijk heeft. Er worden veel administratieve eisen gesteld aan verpleegkundigen. Misschien kan er geïnvesteerd worden in werkplaatsen in de living waar vpk kunnen werken en toch aanwezig zijn. Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem. Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijk iets moeten zijn, waartoe men alleen kan komen na voldoende overleg én in gesprek gaan met de patiënt en zijn omgeving.

IV. Werking van de externe ombudsvrouw binnen het ziekenhuis

De ombudsvrouw is wekelijks op woensdag in het ziekenhuis, behalve de laatste woensdag van de maand. Zij gaat dan langs op de verschillende afdelingen om de brievenbussen te legen. De brievenbussen blijven een laagdrempelig systeem voor patiënten om hun klacht te melden. Op de middag is er spreekuur van 12u30 tot 13u30. Dit uur is zo gekozen omdat er op dat moment geen therapieën zijn en patiënten zich dus gemakkelijker kunnen vrij maken. Patiënten moeten hiervoor geen afspraak maken. Op vraag van de afdeling kan een informatiesessie rond patiëntenrechten en ombudswerking gegeven worden. Elke afdeling maakt gebruik van deze mogelijkheid.

V. Bijlage : registratie Go-Between

AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 07/01/2019, de laatste op 04/12/2019.

Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 71, het totaal aantal in 2019 afgesloten aanmeldingen 69.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	41	53	51	71
aanmelders	39	45	46	71

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	51		71	
aanmelders	46		71	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	35	71,42	46	66,66
<i>binnen de week</i>	12	24,48	18	26,08
<i>binnen de twee weken</i>	1	2,04	5	7,24
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	1	2,04	-	-
totaal	49	100	69	100

aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	1	1,42
<i>1 contact</i>	41	82,00	63	90,00
<i>2 contacten</i>	6	12,00	6	8,57
<i>3 contacten</i>	2	4,00	-	-
<i>meer dan 3 contacten</i>	1	2,00	-	-
totaal	50	100	70	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	9		2	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	1		1	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	48		69	

De **71** aanmeldingen (*2019*) komen van in totaal 71 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
1	71	100,00	71	100,00
totaal	71	100	71	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	46	92,00	62	88,57
groep patiënten	3	6,00	4	5,71
andere	1	2,00	4	5,71
totaal	50	100	70	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	21	45,65	38	61,29
vrouw	25	54,34	24	38,70

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

onbekend	-	-	-	-
totaal	46	100	62	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	-	-	-	-
3 personen	1	33,33	2	50,00
4 personen	1	33,33	2	50,00
meer dan 4 personen	1	33,33	-	-
totaal	3	100	4	100
grootste groep	6		4	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	1	100,00	4	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	4	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	1	100,00	3	100,00
totaal	1	100	3	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	100,00	1	25,00

patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	1	25,00
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	1	25,00
terugkoppeling was niet nodig	-	-	1	25,00
totaal	1	100	4	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	41	82,00	63	90,00
neen	9	18,00	7	10,00
totaal	50	100	70	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	5	55,55	7	100,00
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	4	44,44	-	-
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	9	100	7	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	22	44,00	20	28,57
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	19	38,00	42	60,00
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	9	18,00	8	11,42
totaal	50	100	70	100

Initieel verzoek betreft

	2018	2019
--	------	------

categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	4	8,00	3	4,28
vraag tot interventie	28	56,00	34	48,57
vraag tot signalering	12	24,00	26	37,14
vraag naar een luisterend oor	6	12,00	7	10,00
totaal	50	100	70	100

Vraag tot interventie betreft

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	-	-	2	5,88
vraag om een ander soort akkoord	28	100,00	32	94,11
totaal	28	100	34	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
ja	14	28,00	17	24,28
neen	36	72,00	52	74,28
werd niet bevraagd	-	-	1	1,42
totaal	50	100	70	100

Welke stappen?

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
informeel	13	92,85	16	94,11
formele interne klachtenprocedure	1	7,14	1	5,88
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	14	100	17	100

Waarom geen eerdere stappen?

	2018	2019

categorie	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	1	2,77	-	-
durfde niet	-	-	5	9,61
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	35	97,22	47	90,38
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	36	100	52	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	3	4,28
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	43	86,00	58	82,85
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	7	14,00	9	12,85
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	50	100	70	100

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	46	92,00	69	98,57
algemene vraag los van patiëntenrecht	4	8,00	1	1,42
totaal	50	100	70	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	2	50,00	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	2	50,00	1	100,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	7	14,00	21	30,00
psychiater	5	10,00	17	24,28
huisarts	-	-	-	-
andere arts	3	6,00	6	8,57
apotheker	-	-	-	-
verpleging	8	16,00	4	5,71
persoonlijke begeleider	1	2,00	-	-
sociale dienst	4	8,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	3	6,00	2	2,85
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	8	16,00	14	20,00
administratieve dienst	-	-	1	1,42
technische dienst	2	4,00	-	-
voedingsdienst	7	14,00	1	1,42
poetsdienst	-	-	-	-

directie	-	-	1	1,42
bewindvoerder	1	2,00	2	2,85
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	1	2,00	1	1,42
totaal	50	100	70	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	38	82,60	62	89,85
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	1	2,17	3	4,34
4. geïnformeerde toestemming	-	-	1	1,44
5. inzage patiëntendossier	2	4,34	2	2,89
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	5	10,86	1	1,44
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	46	100	69	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	9	23,68	11	17,74
1.2. goede behandeling/begeleiding	11	28,94	22	35,48

1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	5,26	3	4,83
1.4. goede hotelservice	14	36,84	19	30,64
1.5. betalende diensten	-	-	2	3,22
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	3	4,83
1.7. beschermende maatregelen	2	5,26	2	3,22
totaal	38	100	62	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	33,33	2	18,18
correcte omgangsvormen	6	66,66	8	72,72
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	1	9,09
totaal	9	100	11	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	3	13,63
somatische verzorging	3	27,27	4	18,18
medicatie	-	-	3	13,63
individuele therapie	3	27,27	2	9,09
groepstherapie	1	9,09	-	-
voldoende beschikbaarheid	3	27,27	4	18,18
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	2	9,09
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	9,09	3	13,63
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	1	4,54
totaal	11	100	22	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2018	2019
--	------	------

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

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2018		2019	
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 afdeling

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
regels	1	50,00	1	33,33

groepsleven	-	-	1	33,33
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	1	50,00	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	3	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	7	50,00	6	31,57
infrastructuur/accommodatie	3	21,42	12	63,15
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	1	5,26
veiligheid goederen	4	28,57	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	14	100	19	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	2	100,00
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	1	33,33
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-

bewindvoering	-	-	2	66,66
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	3	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	1	50,00
afzondering	-	-	-	-
fixatie	1	50,00	-	-
gedwongen opname	1	50,00	1	50,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	2	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	2	66,66
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-

andere	1	100,00	1	33,33
totaal	1	100	3	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

		2018		2019	
categorie		n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	1	100,00
	toestemming	-	-	-	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal		-	-	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

		2018		2019	
categorie		n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier		-	-	-	-
inzage/afschrift dossier		2	100,00	2	100,00
totaal		2	100	2	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2018		2019	
categorie		n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	1	50,00
	afschrift	2	100,00	1	50,00

andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		2	100	2	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019		
	n	%	n	%	
beroepsgeheim	-	-	1	100,00	
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-	
briefgeheim	-	-	-	-	
territoriale privacy	3	60,00	-	-	
mondelinge indiscretie	1	20,00	-	-	
andere	1	20,00	-	-	
totaal		5	100	1	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019		
	n	%	n	%	
geweigerd	-	-	-	-	
bemoeilijkt	-	-	-	-	
gesanctioneerd	-	-	-	-	
informatie	-	-	-	-	
andere	-	-	-	-	
totaal		-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019		
	n	%	n	%	
niet aanvaard	-	-	-	-	
geen verandering mogelijk	-	-	-	-	
informatie	-	-	-	-	
andere	-	-	-	-	
totaal		-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten meldingen (69).

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

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdinterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	3	6,25	4	5,79
doorverwijzen intern	1	2,08	1	1,44
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informereren	3	6,25	4	5,79
signaleren	19	39,58	34	49,27
coachen	10	20,83	14	20,28
bemiddelen	12	25,00	12	17,39
totaal	48	100	69	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	1	8,33	1	9,09
ombudspersoon zonder patiënt	11	91,66	10	90,90
totaal	12	100	11	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	18	37,50	29	42,02
<i>binnen de week</i>	20	41,66	29	42,02
<i>binnen de twee weken</i>	6	12,50	5	7,24
<i>binnen de vier weken</i>	2	4,16	1	1,44
<i>later dan vier weken</i>	2	4,16	5	7,24
totaal	48	100	69	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	16	9
--	----	---

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	2	4,16	1	1,47
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	2	2,94
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	46	95,83	65	95,58
totaal	48	100	68	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	1,44
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	6	12,50	4	5,79
ontevredenheid patiënt	-	-	1	1,44
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	42	87,50	63	91,30
totaal	48	100	69	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	2	100,00
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	1	100,00	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

OPGG

Groeneweg 151/8
3001 HEVERLEE
Tel. 016 27 03 10
fax 016 27 03 19
Kris.bruyninckx@overlegplatformgg.be
www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

2019

**Zorggroep Alexianen
Tienen**

Erkenningsnr 947

**Kris Bruyninckx
Externe ombudspersoon
OPGG, februari 2020**



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

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (OGGPA vzw, SPIL vzw, PopovGGZ vzw, Logistiek Vlabo vzw en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw), met terugwerkende kracht gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert.

Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband).

Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

Dit is het zestiende 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 2019 waren er 45 aanmeldingen.

Het aantal klachten via familieleden blijft gelijk.

Ongeveer de helft van de patiënten vraagt om een interventie. Eén op vijf patiënten heeft zelf geprobeerd om zijn ongenoegen kenbaar te maken , maar is hier niet in geslaagd of ondervond onvoldoende respons. Negen patiënten kwamen met hun klacht na ontslag.

De discipline die het meest naar voor komt bij de klachten is het multidisciplinair team en de verpleging. In 14% van de klachten is geen specifieke discipline betrokken.

Zoals elk jaar scoort vooral het patiëntenrecht 'kwaliteitsvolle dienstverlening' hoog (88%). Daarnaast zijn er enkele klachten over bescherming persoonlijke levenssfeer

Bij kwaliteitsvolle dienstverlening gaat 25 % over respectvolle bejegening, 44% over goede behandeling en 14 % over hotelservice. Bij respectvolle bejegening komt vooral het item 'correcte omgangsvormen' naar voor. Bij goede behandeling gaat het voornamelijk over beschikbaarheid, start en einde van de opname. Hotelservice gaat over voeding en infrastructuur.

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

Werkdruk

De laatste jaren blijkt de werkdruk steeds te stijgen. De opnameduur wordt korter, herstel moet sneller en dit vertaalt zich in de klachten van patiënten.

Toename van geweigerde opname en verplicht ontslag

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren. Daarnaast is er ook een stijging van het aantal verplichte ontslagen. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag. Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie owv allerhande redenen : agressie, drinken, geen vooruitgang. Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net hetgeen waarvoor ze opgenomen zijn. Het lijkt standaardprocedure te zijn dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt.

Aanbeveling : inzetten op tijd en aanwezigheid. Aanwezigheid van personeel in een leefruimte kan agressief voorkomen en personeelsleden merken snel op wanneer een patiënt het moeilijk heeft. Er worden veel administratieve eisen gesteld aan verpleegkundigen. Misschien kan er geïnvesteerd worden in werkplaatsen in de living waar vpk kunnen werken en toch aanwezig zijn. Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem. Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijk iets moeten zijn, waartoe men alleen kan komen na voldoende overleg én in gesprek gaan met de patiënt en zijn omgeving.

Feedback

Bij elke klacht wordt de betrokken hulpverlener of afdeling gecontacteerd, als de patiënt hiermee akkoord is. Soms wordt er bemiddeld, soms gesignaleerd. Als ombuds ga ik vaak in gesprek met een hulpverlener over hoe deze klacht tot stand is gekomen, en hoe een team hiermee kan omgaan. Slechts zeer zelden krijg ik

feedback over wat er nu effectief mee gedaan is en of een team stil staat bij de meldingen die er komen.

V. Registratie

AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 16/01/2019, de laatste op 06/12/2019. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 45, het totaal aantal in 2019 afgesloten aanmeldingen 43.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	34	38	45	45
Aanmelders	32	36	43	44

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	45		45	
aanmelders	43		44	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	25	58,13	31	77,50
<i>binnen de week</i>	13	30,23	5	12,50
<i>binnen de twee weken</i>	2	4,65	2	5,00
<i>binnen de vier weken</i>	1	2,32	2	5,00
<i>later dan 4 weken</i>	2	4,65	-	-
totaal	43	100	40	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	1	2,43
<i>1 contact</i>	39	90,69	35	85,36

2 contacten	2	4,65	2	4,87
3 contacten	2	4,65	2	4,87
meer dan 3 contacten	-	-	1	2,43
totaal	43	100	41	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		5	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	2		4	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	41		43	

De **45** aanmeldingen (2019) komen van in totaal 44 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
2	1	2,27	2	4,44
1	43	97,72	43	95,55
totaal	44	100	45	100

De 45 aanmeldingen (2018) komen van in totaal 43 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
3	1	2,32	3	6,66
1	42	97,67	42	93,33
totaal	43	100	45	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	35	81,39	34	82,92
groep patiënten	2	4,65	1	2,43
Andere	6	13,95	6	14,63
totaal	43	100	41	100

Geslacht indien individueel

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

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
Man	16	45,71	22	64,70
Vrouw	19	54,28	12	35,29
Onbekend	-	-	-	-
totaal	35	100	34	100

Aantal leden groep

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	1	50,00	1	100,00
3 personen	1	50,00	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100
grootste groep	3		2	

Initiële aanmelder indien andere

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	5	83,33	6	100,00
Kennis	1	16,66	-	-
Personeelslid	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-
totaal	6	100	6	100

Hoedanigheid indien andere

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	1	16,66
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	6	100,00	5	83,33
totaal	6	100	6	100

Terugkoppeling indien andere

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%

patiënt onderschrijft de aanmelding	3	50,00	2	33,33
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	1	16,66	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	3	50,00
terugkoppeling was niet nodig	2	33,33	1	16,66
totaal	6	100	6	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
Ja	40	93,02	38	92,68
Neen	3	6,97	3	7,31
totaal	43	100	41	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	1	33,33	2	66,66
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	2	66,66	-	-
vorige jaren in andere voorziening	-	-	1	33,33
totaal	3	100	3	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	9	20,93	17	41,46
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	20	46,51	12	29,26
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	14	32,55	12	29,26
totaal	43	100	41	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	1	2,32	3	7,31

vraag tot interventie	26	60,46	20	48,78
vraag tot signalering	11	25,58	11	26,82
vraag naar een luisterend oor	5	11,62	7	17,07
totaal	43	100	41	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	3	11,53	1	5,00
vraag om een ander soort akkoord	23	88,46	19	95,00
totaal	26	100	20	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
Ja	18	41,86	8	19,51
Neen	21	48,83	29	70,73
werd niet bevraagd	4	9,30	4	9,75
totaal	43	100	41	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	15	83,33	6	75,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	3	16,66	1	12,50
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	1	12,50
totaal	18	100	8	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	-	-	-	-
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	21	100,00	28	100,00

principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	21	100	28	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	4	9,75
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	26	60,46	28	68,29
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	17	39,53	9	21,95
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	43	100	41	100

C. Inhoud van de aanmelding

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

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
Geen	2	4,65	6	14,63
psychiater	12	27,90	3	7,31
huisarts	-	-	-	-
andere arts	3	6,97	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	4	9,30	8	19,51
persoonlijke begeleider	1	2,32	4	9,75
sociale dienst	1	2,32	-	-
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	2	4,65	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	12	27,90	16	39,02
administratieve dienst	1	2,32	1	2,43
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	4	9,30	-	-

poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	1	2,43
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	1	2,32	2	4,87
totaal	43	100	41	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	34	82,92	36	87,80
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	-	-	1	2,43
4. geïnformeerde toestemming	1	2,43	-	-
5. inzage patiëntendossier	4	9,75	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	2	4,87	4	9,75
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	41	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	8	23,52	9	25,00
1.2. goede behandeling/begeleiding	16	47,05	16	44,44
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	2,94	4	11,11
1.4. goede hotelservice	5	14,70	5	13,88
1.5. betalende diensten	-	-	-	-

1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	5,88	1	2,77
1.7. beschermende maatregelen	2	5,88	1	2,77
totaal	34	100	36	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	12,50	-	-
correcte omgangsvormen	7	87,50	8	88,88
grensoverschrijdend gedrag	-	-	1	11,11
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	9	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	4	25,00	-	-
medicatie	-	-	1	6,25
individuele therapie	-	-	1	6,25
groepstherapie	1	6,25	-	-
voldoende beschikbaarheid	5	31,25	5	31,25
betrokkenheid familie	1	6,25	2	12,50
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	4	25,00
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	4	25,00	3	18,75
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	1	6,25	-	-
totaal	16	100	16	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	4	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	4	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	4	100,00	3	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	3	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
regels	1	100,00	2	50,00
groepsleven	-	-	1	25,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	1	25,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	4	100

1.4. Goede hotelservice

	2018	2019
--	-------------	-------------

categorie	n	%	n	%
voeding	3	60,00	3	60,00
infrastructuur/accommodatie	-	-	2	40,00
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	2	40,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	5	100

1.5. Betalende diensten

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
factuur	2	100,00	1	100,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	50,00	-	-
afzondering	1	50,00	-	-

fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	1	100,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-
	toestemming	1	100,00	-
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-
andere	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-
totaal	1	100	-	-

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2018		2019	
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

	2018		2019	
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

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	1	50,00	2	50,00
mondelijke indiscretie	1	50,00	1	25,00
andere	-	-	1	25,00
totaal	2	100	4	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2018	2019
--	-------------	-------------

categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten meldingen (43).

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

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdinterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	1	2,43	1	2,32
doorverwijzen intern	-	-	1	2,32
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	1	2,43	2	4,65
signaleren	20	48,78	15	34,88
coachen	6	14,63	14	32,55
bemiddelen	13	31,70	10	23,25
totaal	41	100	43	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	1	7,69	3	30,00
ombudspersoon zonder patiënt	12	92,30	7	70,00
totaal	13	100	10	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	13	31,70	23	53,48
<i>binnen de week</i>	15	36,58	8	18,60
<i>binnen de twee weken</i>	7	17,07	1	2,32
<i>binnen de vier weken</i>	4	9,75	6	13,95
<i>later dan vier weken</i>	2	4,87	5	11,62
totaal	41	100	43	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	27		50	

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	2	4,87	1	2,32
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	2	4,87	2	4,65
ontevredenheid patiënt	1	2,43	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	36	87,80	40	93,02
totaal	41	100	43	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	2	4,87	2	4,65
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	3	7,31	4	9,30
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-

door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	36	87,80	37	86,04
totaal	41	100	43	100



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

**Vlaams Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg vzw**

Antenne Limburg

Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt

Tel: 0494 30 48 33

Website: www.ombudsfunctieggz.be

Jaarverslag 2019

MC St.-Jozef Munsterbilzen
Erkenningsnummer 952

Externe Ombudsfunctie
Ingrid Meuwis

Inhoud

Inleiding	5
Aanbevelingen	7
Aanmeldingen	9

Inleiding

Dit is het Jaarverslag 2019 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.

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (OGGPA vzw, SPIL vzw, PopovGGZ vzw, Logistiek Vlabo vzw en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw), met terugwerkende kracht gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert.

Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband).

Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, Vlaams jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

Aanbevelingen

Een opname is een ingrijpende gebeurtenis voor de patiënt en zijn naasten. De routine van elke dag wordt onderbroken en een nieuwe rol, willens nillens, wordt opgenomen. Patiënt “zijn” moet je worden.

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt beschrijft niet alleen de rechten, maar draagt ook bij tot een verantwoordelijkheid voor de patiënt om zo goed mogelijk met de beroepsbeoefenaar samen te werken.

Soms ervaren patiënten dat zij, omwille van hun gezondheidstoestand en het hieraan verbonden dreigende gevaar voor zichzelf of derden, gedwongen opgenomen worden in een psychiatrische voorziening. Op dat ogenblik is de overgang abrupt en zonder voorbereiding. Veelal wordt er na 10 dagen door de vrederechter op basis van de observaties van het multidisciplinair team een eerste evaluatie gemaakt of een verlening van de observatiefase tot 40 dagen noodzakelijk is. Tijdens deze fase is het belangrijk dat de patiënt samen met de leden van het multidisciplinair team exploreert waarom hij werd opgenomen en of hier een behandeling binnen de voorziening tegenover staat. **Het is een aanbeveling om als voorziening in te zetten op verhoging van de motivatie van de patiënt om deze exploratie te kunnen en willen aangaan.** Ruimte voor meer individuele gesprekken met de verschillende disciplines van het team en mogelijkheid tot intensievere deelname aan therapie sessies is hierbij een basisvoorwaarde. Terugvallen, voor de draaideur-patiënten, op een goed uitgewerkt crisisinterventieplan is hierbij eveneens een meerwaarde.

Andere patiënten hebben veelal samen met hun netwerk en beroepsbeoefenaars de tijd om hun opname voor te bereiden.

Artikel 7 van de wet betreffende de rechten van de patiënt wijst op het krijgen van alle informatie nodig voor het verweren van inzicht in je gezondheidstoestand als patiënt. Niet alleen de diagnose, ook de vermoedelijke evolutie ervan is hiervoor belangrijke informatie. Vooraleer er een behandeling kan opgestart worden dient de beroepsbeoefenaar de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt hiervoor te verkrijgen (art. 8 betreffende de rechten van de patiënt).

Goede afspraken en gelijklopende verwachtingen ten aanzien van de aangeboden behandeling zijn hierbij essentieel. Patiënten die in een behandeling wensen te stappen hebben er baat bij als dit weloverwogen en na een uitgebreide intake kan gebeuren. Patiënten ervaren dat zij soms onvoldoende informatie krijgen over de gang van zaken in de voorziening en sommigen komen met hun vragen naar de externe ombudsdienst. Hulpverleners geven aan dat de patiënten soms met de verkeerde verwachtingen aan hun behandeling starten. **Het is een aanbeveling om als voorziening meer in te zetten op goede afspraken met de patiënt.** Want in de mate van het mogelijke dat de patiënt zijn medewerking verleent, leeft de beroepsbeoefenaar de bepalingen van deze wet na en dit binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden.

Patiënten ervaren soms dat de geplande opname op een afdeling stopgezet wordt bij bv. het ontbreken van een hulpvraag of dat zij het voorstel krijgen om op transfer te gaan naar een andere afdeling omwille van bv. de intensifiëring van de zorg. **Het is een aanbeveling om de reden van stopzetting of transfer niet alleen bespreekbaar te maken met de patiënt, maar ook om dit en de reactie van de patiënt nauwkeurig te noteren in het elektronisch patiëntendossier.**

Patiënten geven bij de externe ombudsdienst aan dat zij ervaren dat het belangrijk is dat ze erop kunnen terugvallen dat alle leden van het multidisciplinair team op de hoogte zijn van hun verwachtingen ten aanzien van de eventuele verderzetting van hun behandeling in een andere voorziening, op een andere afdeling.

Een aanbeveling is, bij een eventuele transfer, het sneller koppelen van een bezoek aan de voorgestelde afdeling of voorziening opdat de patiënt beter geïnformeerd een partner wordt voor de uitoefening van zijn geïnformeerde toestemming.

Het uitnodigen van ervaringsdeskundigen om dit verkennend bezoek aan een andere voorziening of op een andere afdeling te ondersteunen is ongetwijfeld een meerwaarde en geruststelling voor de patiënt en zijn netwerk.

Geleidelijk aan doen de wettelijke steunfiguren van de patiënten meer en meer hun intrede in de voorziening. Jarenlang werd er door o.a. de sociale dienst ingezet om de vertrouwenspersonen hun rol te laten opnemen, dit levert ondertussen zijn meerwaarde op tijdens de behandeling van kort- en langlopende behandelingen.

Ook de vertegenwoordiger welke voorafgaande werd aangeduid door de patiënt, de bewindvoerder over de persoon dewelke door de vrederechter de bevoegdheid over de patiëntenrechten kreeg en de zorgvolmachtouder vindt gaandeweg zijn plaats in het zorg- en behandelproces. **Het is een aanbeveling om alle medewerkers van de voorziening hiermee kennis te laten maken.** Deze laatste steunfiguren nemen de rechten van de patiënt over. Dit heeft o.a. repercussies op de houding ten aanzien van het beroepsgeheim en de aanwezigheid tijdens de behandelplanbesprekingen met betrekking tot de geïnformeerde toestemming voor de vooropgestelde behandeling voor de beroepsbeoefenaars van het MC St.-Jozef.

In een goede relatie weet je wat je aan elkaar hebt.

Ook in een relatie tussen zorgverlener en patiënt en/of zijn wettelijk steunfiguur is dit belangrijk.

Aanmeldingen

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 06/01/2019, de laatste op 19/12/2019. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2019.

Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 85, het totaal aantal in 2019 afgesloten aanmeldingen 86. Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	128	112	124	85
aanmelders	75	69	75	55

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	124		85	
aanmelders	75		55	
tijd tussen aanmelding en eerste contact				
op dezelfde datum	92	76,66	73	85,88
binnen de week	23	19,16	11	12,94
binnen de 2 weken	2	1,66	-	-
binnen de vier weken	-	-	1	1,17
later dan 4 weken	3	2,50	-	-
totaal	120	100	85	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
1 contact	74	61,66	51	60,00
2 contacten	31	25,83	16	18,82
3 contacten	4	3,33	7	8,23
meer dan 3 contacten	11	9,16	11	12,94
totaal	120	100	85	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	9		10	

verwezen naar andere ombudspersoon	4	0
totaal afgesloten meldingen zonder verwijzingen	119	86

De 85 meldingen (2019) komen van in totaal 55 melders.

Initiële melder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	85	70,83	65	76,47
groep patiënten	26	21,66	7	8,23
andere	9	7,50	13	15,29
totaal	120	100	85	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	38	44,70	23	35,38
vrouw	47	55,29	42	64,61
totaal	85	100	65	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	-	-	1	14,28
meer dan 4 personen	26	100,00	6	85,71
totaal	26	100	7	100
grootste groep	17		15	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	9	100,00	13	100,00
totaal	9	100	13	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	4	44,44	8	61,53
als vertrouwenspersoon	2	22,22	1	7,69
ten persoonlijke titel	3	33,33	4	30,76
totaal	9	100	13	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	-	-	3	23,07
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	2	22,22	1	7,69
terugkoppeling was niet mogelijk	4	44,44	8	61,53
terugkoppeling was niet nodig	3	33,33	1	7,69
totaal	9	100	13	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	98	81,66	68	80,00
neen	22	18,33	17	20,00
totaal	120	100	85	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	14	63,63	7	41,17
dit jaar binnen een andere voorziening	5	22,72	1	5,88
vorige jaren binnen deze voorziening	3	13,63	7	41,17
vorige jaren in andere voorziening	-	-	2	11,76
totaal	22	100	17	100

Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	66	55,00	40	47,05
schriftelijk (brief, fax, e-mail)	23	19,16	15	17,64
telefonisch (of GSM, SMS)	31	25,83	30	35,29
totaal	120	100	85	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	22	18,33	19	22,35
vraag tot interventie	50	41,66	38	44,70
vraag tot signalering	12	10,00	11	12,94
vraag naar een luisterend oor	36	30,00	17	20,00
totaal	120	100	85	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	2	4,00	4	10,52
vraag om een ander soort akkoord	48	96,00	34	89,47
totaal	50	100	38	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	63	52,50	36	42,35
neen	57	47,50	48	56,47
werd niet bevraagd	-	-	1	1,17
totaal	120	100	85	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	62	98,41	34	94,44
extern	1	1,58	2	5,55
totaal	63	100	36	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	8	14,03	3	6,25
durfde niet	17	29,82	2	4,16
principeel/keuze voor externe ombudspersoon	32	56,14	43	89,58
totaal	57	100	48	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	112	93,33	62	72,94
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	8	6,66	23	27,05
totaal	120	100	85	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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	29	24,16	22	25,88
aanmeldingen die weerhouden worden	91	75,83	63	74,11
totaal	120	100	85	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	49	53,84	30	47,61
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	1,09	6	9,52
3. informatie	8	8,79	5	7,93
4. geïnformeerde toestemming	20	21,97	18	28,57
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-

5. c) afschrift patiëntendossier	3	3,29	1	1,58
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	10	10,98	3	4,76
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	91	100	63	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOFF)

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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	116	96,66	76	89,41
algemene vraag los van patiëntenrecht	4	3,33	9	10,58
totaal	120	100	85	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	1	11,11
juridisch	-	-	1	11,11
levensverhaal	4	100,00	4	44,44
patiëntenrechten	-	-	2	22,22
andere	-	-	1	11,11
totaal	4	100	9	100

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

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	2	1,66	1	1,17
psychiater	34	28,33	30	35,29
verpleging	21	17,50	18	21,17
persoonlijke begeleider	3	2,50	1	1,17
sociale dienst	2	1,66	-	-
psycholoog	-	-	1	1,17
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	11	9,16	5	5,88
multidisciplinair team	29	24,16	17	20,00
technische dienst	1	0,83	1	1,17
voedingsdienst	12	10,00	3	3,52
poetsdienst	1	0,83	2	2,35
directie	2	1,66	2	2,35
bewindvoerder	-	-	1	1,17
ombudspersoon	2	1,66	2	2,35
andere	-	-	1	1,17
totaal	120	100	85	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	70	60,34	42	55,26
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	0,86	6	7,89
3. informatie	8	6,89	5	6,57
4. geïnformeerde toestemming	21	18,10	18	23,68
5. inzage patiëntendossier	3	2,58	1	1,31
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	11	9,48	3	3,94
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	1,31
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	2	1,72	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	116	100	76	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	13	18,57	6	14,28
1.2. goede behandeling/begeleiding	23	32,85	14	33,33
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	3	4,28	2	4,76
1.4. goede hotelservice	19	27,14	9	21,42
1.5. juiste factuur/correct geldbeheer	4	5,71	3	7,14
1.6. beschermende maatregelen	8	11,42	8	19,04
totaal	70	100	42	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	6	46,15	2	33,33
correcte omgangsvormen	5	38,46	3	50,00
grensoverschrijdend gedrag	2	15,38	1	16,66
totaal	13	100	6	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	1	4,34	2	14,28
individuele therapie	-	-	2	14,28
voldoende beschikbaarheid	12	52,17	3	21,42
betrokkenheid familie	2	8,69	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	4,34	5	35,71
overplaatsing naar andere afdeling	1	4,34	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	6	26,08	2	14,28
totaal	23	100	14	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	2	40,00
geweigerd	-	-	3	60,00
totaal	1	100	5	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	1	16,66	2	100,00
geweigerd	5	83,33	-	-
totaal	6	100	2	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
regels	1	33,33	1	50,00
groepsleven	-	-	1	50,00
ontspanning/vrije tijd	1	33,33	-	-
weekend- en verlofregeling	1	33,33	-	-
totaal	3	100	2	100

1.4. Goede hotelservice

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
voeding	11	57,89	1	11,11
infrastructuur/accommodatie	1	5,26	2	22,22
hygiëne	2	10,52	3	33,33
veiligheid persoon	4	21,05	-	-
veiligheid goederen	1	5,26	3	33,33
totaal	19	100	9	100

1.5. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	2	50,00	1	33,33
bestedingsautonomie	-	-	1	33,33
bewindvoering	2	50,00	1	33,33
totaal	4	100	3	100

1.6. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	1	12,50	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	2	25,00	4	50,00
afzondering	2	25,00	2	25,00
fixatie	-	-	1	12,50
gedwongen opname	3	37,50	1	12,50
totaal	8	100	8	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	3	50,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
Andere voorziening	-	-	3	50,00
totaal	1	100	6	100

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	5	62,50	4	80,00
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	3	37,50	-	-
alternatieven	-	-	1	20,00
totaal	8	100	5	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019		
	n	%	n	%	
medicatie	informatie	1	4,76	1	5,55
	toestemming	1	4,76	5	27,77
behandeling/begeleiding	informatie	7	33,33	4	22,22
	toestemming	12	57,14	8	44,44
totaal		21	100	18	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	3	100,00	1	100,00
totaal	3	100	1	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
afschrift	-	-	1	100,00
volledig dossier inzage	-	-	-	-
afschrift	3	100,00	-	-
totaal	3	100	1	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	5	45,45	1	33,33
briefgeheim	1	9,09	-	-
territoriale privacy	5	45,45	1	33,33
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
totaal	11	100	3	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	1	100,00
gesanctioneerd	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk informatie	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	2	100,00	-	-
totaal	2	100	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen.

De interventie van de externe 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 externe ombudspersoon beperkt tot coachen. Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de externe ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al of niet samen met hem of haar. Soms wil de patiënt vooral een signaal geven of vindt de externe ombudspersoon het belangrijk dat dit signaal - mits akkoord van de patiënt - gegeven wordt, meestal aan de direct betrokkene, soms aan de directie.

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdinterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	14	11,76	4	4,65
informereren	12	10,08	9	10,46
signaleren	4	3,36	4	4,65
coachen	12	10,08	7	8,13
bemiddelen	77	64,70	62	72,09
totaal	119	100	86	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	19	24,67	28	45,16
ombudspersoon zonder patiënt	58	75,32	34	54,83
totaal	77	100	62	100

Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
op dezelfde datum als de aanmelding	63	52,94	42	48,83
binnen de week	25	21,00	16	18,60
binnen de twee weken	15	12,60	7	8,13
binnen de vier weken	6	5,04	10	11,62
later dan vier weken	10	8,40	11	12,79
totaal	119	100	86	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	8		11	

Wanneer een aanmelding definitief is afgehandeld, is niet steeds duidelijk te bepalen, zeker in deze gevallen waar er geen feedback is. De externe 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 externe 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	94	78,99	67	77,90
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	11	9,24	6	6,97
ontevredenheid patiënt	2	1,68	5	5,81
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	2	1,68	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	10	8,40	8	9,30
totaal	119	100	86	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	107	89,91	74	86,04
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	2	2,32
ontevredenheid patiënt	-	-	2	2,32

door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	2	1,68	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	10	8,40	8	9,30
totaal	119	100	86	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Sint-Jan, Eeklo
periode van 1 januari tot 31 december 2019

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 956

psychiatrisch verzorgingstehuis

erkenningsnummer PVT 007

Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
PopovGGZ vzw
februari 2020

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 meldingen, het voorwerp van de meldingen 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 meldingen van 2019 met die van 2018. 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 voorzieningsoort 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 10 maart 2020 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.

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

erkeningsnummer 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.

erkeningsnummer 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

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
aantal gerealiseerde verpleegdagen	59.541	60.136	59.831	57.468	56.834	55.433
aantal opnames	677	750	755	779	710	709
aantal opgenomen patiënten op 1/1	244	220	270	236	214	216
aantal opgenomen patiënten op 31/12	220	220	250	214	216	215

PVT

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
aantal gerealiseerde verpleegdagen	15.009	15.107	14.863	14.868	14.803	14.494
aantal opnames	35	32	40	41	48	59
aantal bewoners op 1/1	41	41	40	39	41	43
aantal bewoners op 31/12	41	41	41	41	42	41

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.

	<p>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</p>
--	---

Bij afwezigheid zal Anne-Leen vervangen worden door één van haar collega's bij het overlegplatform.

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 08/01/2019, de laatste op 24/12/2019. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 85. Er zijn opvallend minder aanmeldingen dan de voorgaande jaren. Ook het aantal aanmelders (66) is sterk terug gelopen.

Door een veranderde werkverdeling van de ombudsvrouw in 2019 werden meer aanmeldingen behandeld binnen de vaste voorzieningen van de ombudsvrouw. In 2018 werd door de ombudsvrouw ingesprongen in heel wat voorzieningen waar collega's door ziekte langdurig afwezig waren. (2018: 11 ziekenhuizen, 2019: 7 ziekenhuizen). De grotere bereikbaarheid heeft gezorgd voor meer aanmeldingen in quasi alle voorzieningen.

Dit zien we niet terug binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint Jan. 2019 heeft dus een rustig verloop gekend in aanmeldingen, vergelijkbaar aan het voorgaande werkjaar.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	146	127	94	85
aanmelders	82	88	70	66

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	94		85	
aanmelders	70		66	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	67	94,36	54	67,50
<i>binnen de week</i>	4	5,63	23	28,75
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	2	2,50
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan vier weken</i>	-	-	1	1,25
totaal	71	100	80	100

aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	23	24,46	5	5,88
<i>1 contact</i>	62	65,95	65	76,47
<i>2 contacten</i>	6	6,38	7	8,23
<i>3 contacten</i>	2	2,12	7	8,23
<i>meer dan 3 contacten</i>	1	1,06	1	1,17
totaal	94	100	85	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		7	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	84		92	

De 85 aanmeldingen komen van in totaal 66 aanmelders. De meeste aanmelders hadden na een eerste contactname, ook een persoonlijk gesprek met de ombudsvrouw. Er waren slechts 5 aanmeldingen waarbij geen persoonlijk gesprek plaatsvond maar wel een intensief mailverkeer of meerdere telefonische contacten.

Voor 2019 valt wel op dat er bij bepaalde aanmeldingen intensievere contacten tussen de aanmelder en de ombudsvrouw waren. 15 aanmelders kwamen na een eerste gesprek nog eens of meerdere malen terug voor diezelfde aanmelding te bespreken.

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.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
4	2	3,03	8	9,41
3	1	1,51	3	3,52
2	11	16,66	22	25,88
1	52	78,78	52	61,17
totaal	66	100	85	100

In 2019 had meer dan de helft van de aanmelders over 1 aanmelding contact met de ombudsdienst. In 2018 hadden aanmelders, meer dan in 2019, meerdere klachten, waarbij 1 aanmelder er bovendien schiet met 8 aanmeldingen. In 2019 zien we minder 'repeaters', en ook van een mindere grootorde.

Het grootste deel van de aanmeldingen blijft afkomstig van individuen. Er is zijn iets meer vrouwen dan mannen bij de aanmelders (verhouding 6/4). Het voorgaande jaar

was dit net omgekeerd.

Het aantal aanmeldingen door groepen is na een stijging in 2018, terug iets licht gedaald. Groepsaanmeldingen betreffen meestal de hotelfunctie en vertalen de wrevel die leeft onder patiënten omtrent voeding en infrastructuur.

De aanmeldingen van familieleden of anderen (advocaat, kennis) worden door de ombudsvrouw steeds beluisterd en, waar mogelijk, steeds afgetoetst met de patiënt zelf. Deze aanmelders contacteerden de ombudsvrouw ten persoonlijke titel, veel minder als vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger van de patiënt.

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. 3 op 10 van de aanmelders zijn door de ombudsvrouw al gekend uit voorgaande jaren binnen Sint Jan of uit andere voorzieningen.

Het aantal nieuwe aanmelders, die dus voor de eerste keer tot bij de ombudspersoon komen, blijft procentueel wel gelijk met voorgaande werkjaar.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	48	51,06	33	38,82
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	29	30,85	37	43,52
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	17	18,08	15	17,64
totaal	94	100	85	100

Vanaf 2019 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 2019 in de eerste plaats via mail of telefonisch contact. Dit is ook herkenbaar in andere voorzieningen. Directe contacten op de afdeling zijn in de eerste plaats een kennismakingsgesprek en een verwijzing naar mogelijkheden om contact op te nemen, waar sommige patiënten in een later stadium gebruik van maken.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	5	5,31	8	9,41
vraag tot interventie	74	78,72	64	75,29
vraag tot signalering	8	8,51	6	7,05

vraag naar een luisterend oor	7	7,44	7	8,23
totaal	94	100	85	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 (75,29 %). 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 meldingen).

Bij een derde van de meldingen 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 6 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.

In 2019 zien we dat een enkeling waarbij een opname stopgezet wordt de weg naar de ombudsdienst vindt, toch situeert het overgrote deel van de meldingen zich tijdens de opname van de patiënt.

C. Inhoud van de melding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde meldingen van 2018, dus ruimer dan de strikte interpretatie van de Wet Patiëntenrechten. Deze meldingen behandelen ook voeding of infrastructuur en gaan dus verder dan de strikte zorgrelatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar.

Elke melding heeft ofwel betrekking op één patiëntenrecht, ofwel betreft het één algemene vraag los van de patiëntenrechten. Er wordt per melding slechts één meldingscode geregistreerd, ook al zijn er in het verhaal van de aanmelder vaak meerdere patiëntenrechten in het spel of bevat het meerdere algemene informatievragen.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	87	92,55	76	89,41

algemene vraag los van patiëntenrecht	7	7,44	9	10,58
totaal	94	100	85	100

9 meldingen hebben geen betrekking op een patiëntenrecht. Het betreft juridische vragen of een levensverhaal. Bij een levensverhaal heeft de ombudspersoon uitgebreide contacten met een patiënt zonder dat daar een melding uit voortvloeit. Deze patiënten verwachten geen interventie van de ombudspersoon, enkel een luisterend oor.

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	7	7,44	8	9,41
psychiater	7	7,44	5	5,88
huisarts	1	1,06	-	-
andere arts	1	1,06	-	-
apotheker	2	2,12	-	-
verpleging	11	11,70	7	8,23
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	1	1,17
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	5	5,31	3	3,52
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	19	20,21	27	31,76
administratieve dienst	3	3,19	-	-
technische dienst	14	14,89	12	14,11
voedingsdienst	15	15,95	11	12,94
poetsdienst	1	1,06	2	2,35
directie	7	7,44	6	7,05
bewindvoerder	-	-	1	1,17
ombudspersoon	-	-	1	1,17
andere	1	1,06	1	1,17
totaal	94	100	85	100

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

De meeste meldingen omvatten het multidisciplinair team. Patiënten die naar de ombudsdienst komen, wensen meestal een verschil te maken in een beslissing of een gang van zaken waarmee zij als patiënt geconfronteerd worden. Aangezien de meeste beslissingen die een invloed hebben op de patiënt door het team genomen worden, is

het logisch dat deze discipline nominaal de meeste meldingen scoort.

De technische en de voedingsdienst zijn de disciplines die daarop volgen. Meldingen over technische mankementen of over de voeding zijn klassiekers binnen de meldingen en komen elk werkjaar terug.

In volgende tabellen worden de meldingen 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 meldingen.

Overzicht meldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	82	94,25	70	92,10
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	1,14	-	-
3. informatie	3	3,44	3	3,94
4. geïnformeerde toestemming	1	1,14	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	1	1,31
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	2	2,63
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	87	100	76	100

Opnieuw is kwaliteitsvolle dienstverlening het vaakst gehoorde onderwerp bij de ombudsdienst (92,10%).

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	3	3,65	3	4,28
1.2. goede behandeling/begeleiding	24	29,26	19	27,14
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	5	6,09	7	10,00
1.4. goede hotelservice	43	52,43	38	54,28
1.5. betalende diensten	1	1,21	-	-

1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	4	4,87	3	4,28
1.7. beschermende maatregelen	2	2,43	-	-
totaal	82	100	70	100

Het meest in het oog springend, is het blijvend hoge aantal meldingen over de goede hotelservice in PC Sint-Jan. De helft (54,28 %) van de meldingen over kwaliteitsvolle dienstverlening gaan hierover. In aantal zijn deze meldingen wel blijven dalen, maar procentueel vertegenwoordigen zij een steeds groter aandeel en verdienen zij een aandachtspunt te zijn.

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	3	100,00	-	-
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	3	100,00
totaal	3	100	3	100

Onder de groep 'andere' komen klachten die voor de patiënt als bejegening overkomen maar zich eerder situeren in correcte (ook interne) communicatie, gemaakte afspraken naleven vanuit team, gebrek aan empathie, geluidsoverlast (bv. van nachtverpleegkundigen), herkenning van personeel.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	5,26
somatische verzorging	3	12,50	-	-
medicatie	1	4,16	-	-
individuele therapie	4	16,66	5	26,31
groepstherapie	2	8,33	1	5,26
voldoende beschikbaarheid	5	20,83	3	15,78
betrokkenheid familie	2	8,33	3	15,78
start opname/behandeling/begeleiding	1	4,16	1	5,26
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	8,33	4	21,05
overplaatsing naar andere afdeling	3	12,50	1	5,26
overplaatsing naar een andere voorziening	1	4,16	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	24	100	19	100
--------	----	-----	----	-----

In 2019 wordt het individuele behandeltraject van patiënt het belangrijkste aandeel in een tussenkomst van de ombudsdienst vragen. Patiënten geven aan dat de onderlinge communicatie tussen zorgbeoefenaars soms te wensen overlaat, wat een negatief gevolg heeft voor de continuïteit van patiënten hun individueel zorgtraject.

Daarnaast is het beëindigen van de opname of een verhuis een moment waarbij ontevredenheid over het verloop of de voorbereiding van het ontslag besproken wordt. Bij voldoende beschikbaarheid betreft het patiënten die ervaren dat de verpleging te veel 'samenhokt' achter gesloten verpleeglokalen en te weinig onder de patiënten komt.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	2	40,00	2	28,57
groepsleven	1	20,00	4	57,14
ontspanning/vrije tijd	-	-	1	14,28
weekend- en verlofregeling	1	20,00	-	-
andere	1	20,00	-	-
totaal	5	100	7	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	18	41,86	12	31,57
infrastructuur/accommodatie	20	46,51	17	44,73
hygiëne	1	2,32	2	5,26
veiligheid persoon	2	4,65	3	7,89
veiligheid goederen	2	4,65	2	5,26
andere	-	-	2	5,26
totaal	43	100	38	100

De goede hotelservice is goed voor de helft van de aanmeldingen omtrent kwaliteitsvolle dienstverlening. Het gaat dan vooral over klachten betreffende de infrastructuur en de voeding. In aantal zijn deze klachten wel verder gedaald in vergelijking met voorgaande jaren.

Bij infrastructuur betreft het dan vooral zaken rond verwarming, technische defecten, de duurtijd waarna aan herstellingen gestart wordt en de staat van enkele gebouwen. Bij voeding betreft het aanmeldingen rond de kwaliteit van de aangeboden warme maaltijd en broodmaaltijd en de beperkte hoeveelheid.

Idem als vorig werkjaar komen ook enkele klachten m.b.t. het onveiligheidsgevoel terug. Deze klachten hebben ook een link met deze rond beperkte beschikbaarheid. Patiënten geven wel eens aan dat zij een te beperkt toezicht vanuit de verpleging ervaren en dat dit weegt op hun ervaren van voldoende veiligheid.

1.5. Betalende diensten

Geen meldingen over in 2019

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	2	50,00	1	33,33
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	2	50,00	1	33,33
bestedingsautonomie	-	-	1	33,33
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	3	100

1.7. Beschermende maatregelen

Geen meldingen rond in 2019.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

Geen meldingen rond in 2019.

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	3	100,00	3	100,00
totaal	3	100	3	100

De groep 'andere' omvat vragen van patiënten naar een medisch of administratief verslag ten behoeven van een mutualiteit, een pensioencommissie,...

4. Recht op geïnformeerde toestemming

Geen aanmeldingen rond in 2019.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	2	100,00
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

Enkele patiënten voelden zich in 2019 in hun privacy geschonden door personeelsleden die de kamer betreden.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Al enkele jaren geen aanmeldingen rond.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Al enkele jaren geen aanmeldingen rond.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Al enkele jaren geen aanmeldingen rond.

10. Recht op pijnbestrijding

In 2019 waren er geen aanmeldingen betreffende dit patiëntenrecht.

D. Interventie

De interventie van de ombudspersoon is bij heel wat meldingen 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	7	8,33	7	7,60
doorverwijzen intern	2	2,38	1	1,08
doorverwijzen extern	4	4,76	2	2,17
informereren	5	5,95	6	6,52
signaleren	23	27,38	40	43,47
coachen	1	1,19	5	5,43
bemiddelen	42	50,00	31	33,69
totaal	84	100	92	100

Alle hoofdinterventies kwamen in 2019 aan bod. Er werd meest gesignaleerd en bemiddeld. 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal meldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de melding</i>	56	66,66	35	38,04
<i>binnen de week</i>	22	26,19	23	25,00
<i>binnen de twee weken</i>	2	2,38	14	15,21

<i>binnen de vier weken</i>	3	3,57	11	11,95
<i>later dan vier weken</i>	1	1,19	9	9,78
totaal	84	100	92	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	9		10	

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	27	32,14	30	32,60
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	19	22,61	19	20,65
ontevredenheid patiënt	14	16,66	10	10,86
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	24	28,57	33	35,86
totaal	84	100	92	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	39	46,42	45	48,91
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	20	23,80	20	21,73
ontevredenheid patiënt	2	2,38	3	3,26
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	23	27,38	24	26,08

totaal	84	100	92	100
--------	----	-----	----	-----

Voor zover we expliciet feedback kregen van de patiënt bleek men redelijk tevreden met het resultaat en het werk van de ombudspersoon. Toch is er een substantieel deel aanmelders die niet of slechts gedeeltelijk tevreden zijn. Dit heeft ook te maken met de inhoud van de aanmeldingen. Bij klachten rond hotelservice werd er steeds actie ondernomen door de ombudspersoon. Dit zijn wel aanmeldingen waar weinig 'succes' voor de ombudspersoon te rapen valt, gezien hier geen bemiddeling in mogelijk is en deze klachten elk jaar terug komen.

Tot slot heeft de ombudspersoon ook aanmelders voorgesteld om verdere stappen te nemen bij andere diensten contacteren van advocaat. 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 facturatedienst.

E. Andere aanmeldingen

Aanmeldingen uit het PVT

Er kwamen in 2019 ook 5 aanmeldingen binnen uit het PVT, afkomstig van 5 aanmelders.

Het betrof 4 individuele patiënten en 1 groepsmelding.

De aanmeldingen bevatten vragen en klachten over de kwaliteitsvolle dienstverlening van het PVT. Een vraag rond overplaatsing van een andere voorzening, klacht over het groepsleven en over de voeding. Ook 1 klacht daterend van begin van het jaar over beperkte bewegingsvrijheid, de gesloten deur, maar ondertussen is dit aangepakt en voor de betrokken bewoner ook weggevallen.

4. VASTSTELLINGEN, 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, raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. In totaal waren er in 2019 2651 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Uitoefening van de ombudsfunctie

- De ombudspersoon kan zowel patiënten en personeel informeren over de ombudswerking en de patiëntenrechten. In 2019 kregen een aantal dokterstagairs een woordje uitleg ivm patiëntenrechten. Het informeren van patiënten verliep minder vlot. Waar infosessies gepland werden, werden deze maar zeer beperkt door patiënten bijgewoond.
- In 2019 zijn er minder klachten dan in voorgaande jaren. In 2018 bleek al dat een structurele onoplosbaarheid van een aantal klachten tot gevolg kan 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.

Voor 2020 wil de ombudspersoon zich blijvend engageren om op afdelingen zowel medewerkers als patiënten verder te informeren rond de ombudswerking en de patiëntenrechten en door middel van informele bezoeken aan de afdelingen de ombudsdienst kenbaar te maken aan patiënten.

B. Aandachtspunten en aanbevelingen betreffende de rechten van de patiënt, evenals positieve ontwikkelingen

Dit jaarverslag is, uitgezonderd een lager aantal meldingen, 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 dienstverlening waar nog verbeterpunten te halen zijn. Niet alleen kan dit zorgen voor een veel lager aandeel klachten binnen de hotelfunctie en het verleggen van de focus naar meer zorggerelateerde klachten. Ook het welbevinden van patiënten en hun vertrouwen in de voorziening kunnen hiermee sterk progressie maken.

9 op 10 van de meldingen die tot bij de ombudsdienst komen hebben betrekking op de kwaliteitsvolle dienstverlening. Dit is geen uitzonderlijk hoog cijfer. In andere psychiatrische voorzieningen is de kwaliteitsvolle dienstverlening 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.

de hotelservice

De helft van de meldingen binnen kwaliteitsvolle zorg betreffen technische meldingen en meldingen rond voeding.

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.

- Het gaat over klachten over de (te weinig) verwarming van leefruimtes en badkamers. Daarnaast zijn er opmerkingen over het te lang aanslepen van gevraagde herstellingen. Er zijn ook opnieuw (beperkt) aantal meldingen met de vraag naar wifi die overal toegankelijk is. Bij meldingen over de staat van het gebouw werd waar mogelijk verwezen naar geplande infrastructuurwerken.
- Het aantal meldingen 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 meldingen rond kwaliteit en hoeveelheid van de voeding komen (te weinig). Deze klachten zijn vaak ook gelieerd met uitgangspersmissie van patiënten.

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. Personeelsleden aanmoedigen om evaluaties van hoeveelheid en tevredenheid systematisch door te geven aan de keuken, kan ervoor zorgen dat problemen sneller opgevangen worden, patiënten het gevoel krijgen gehoord te worden en in het algemeen de stemmingmakerij en de sfeer rond het bedelen van de maaltijden op de afdelingen te counteren. Het aanduiden van een eerste aanspreekpersoon maaltijden kan hierin ook nuttig zijn.

Aanmeldingen betreffende technische defecten komen elk jaar terug. Mogelijks is er een verschil tussen de reële wachttijd en de vermoedde wachttijd. Eventueel kan hier eens bekeken worden hoe naar patiënten gecommuniceerd kan worden dat het defect/de vraag gehoord werd en 'in progress' is.

Beschikbaarheid, bejegening en goede behandeling

- Voldoende beschikbaarheid en aanwezigheid van personeel blijft een vraag van de patiënten die ook voorgaande jaren al naar voor kwam. Daarnaast geven patiënten aan dat de onderlinge communicatie tussen zorgbeoefenaars of de communicatie richting de patiënt soms te wensen overlaat, waarbij patiënten het gevoel krijgen niet correct bejegend te worden. In enkele gevallen leed het veiligheidsgevoel van de patiënt onder het ervaren van een afstand tot het personeel.
- Net zoals voorgaande jaren vonden ook enkele familieleden hun weg naar de ombudspersoon. Familieleden kwamen vooral met een vraag naar informatie.

(gedwongen) stopzetting van de behandeling of verhuis naar een andere afdeling

- We stellen vast dat het aantal meldingen zich manifesteren bij beëindiging van de opname of bij verhuis. Deze meldingen vertalen een gemis aan zorgcontinuïteit. Bij de beëindiging van de opname of bij verhuis blijven er zaken onafgewerkt, onvoorbereid, documenten of andere goederen vermist of trajecten onderbroken. 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.

Mogelijks kan een ontslagmapje, vergelijkbaar met een opnamemapje/brochure zowel voor patiënt als hulpverlener soelaas bieden om stapsgewijs, met alle disciplines na te gaan of alle stappen gezet zijn of welke stappen er nog nodig zijn om de zorg op een correcte manier te beëindigen of andere manier te kunnen verderzetten met andere zorgpartners.

5. BESLUIT EN BEPERKTE BENCHMARK

De Ombudsdienst kan in PC Sint-Jan laagdrempelig werken. Het aantal meldingen in het ziekenhuis blijft wel verder dalen. De onderlinge verhouding tussen soort van melding over de jaren heen blijft wel gelijk. De topics waar patiënten mee tot de ombudspersoon komen, blijven dus dezelfde.

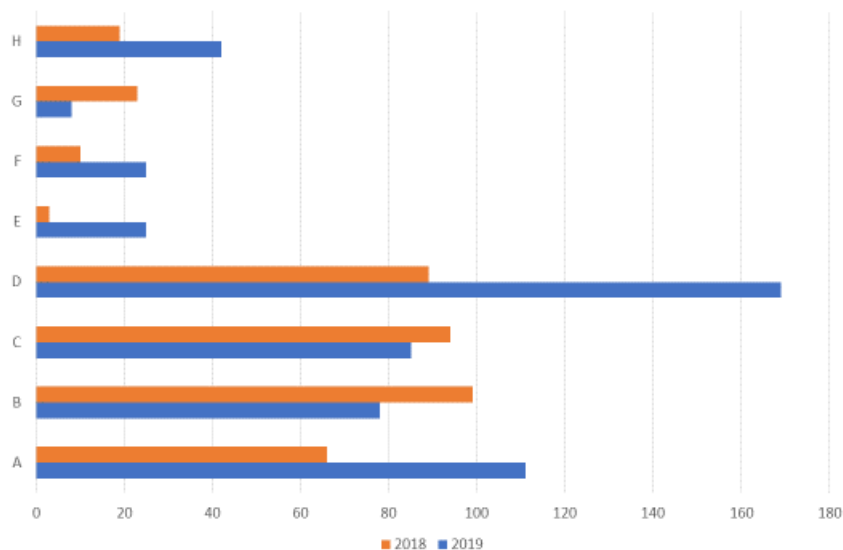
Het aantal melders is verhoudingsgewijs minder gedaald dan het aantal meldingen. Dit omdat er minder 'repeaters' geregistreerd worden. Dit kan zijn omdat patiënten binnen hetzelfde jaar effectief minder terugkomen naar de ombudsvrouw, maar kan ook liggen aan een minder snelle opgesplitste registratie van de melding.

Dit jaarverslag is een quasi perfecte kopie van de jaarverslagen van 2017 en 2018, waar meer meldingen rond diezelfde thema's handelden.

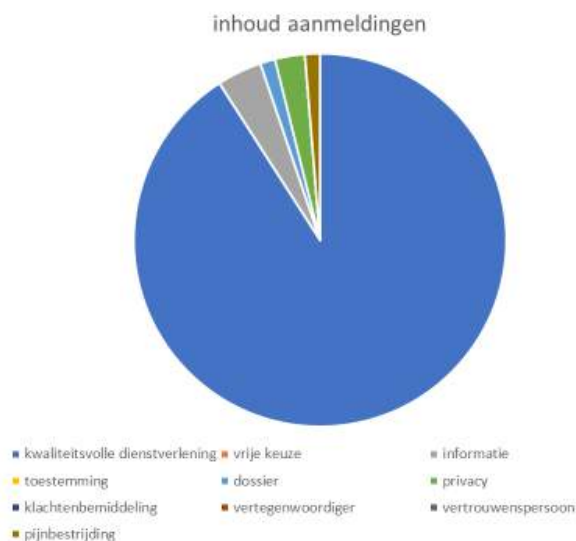
Een andere aanpak van de klachten rond de hotelfunctie kan hier mogelijks in de toekomst een verschil in maken.

De ombudsvrouw behandelde in 2019 543 meldingen, daarvan waren er 85 binnen Sint Jan. In alle Vlaamse voorzieningen samen zijn er 2651 meldingen.

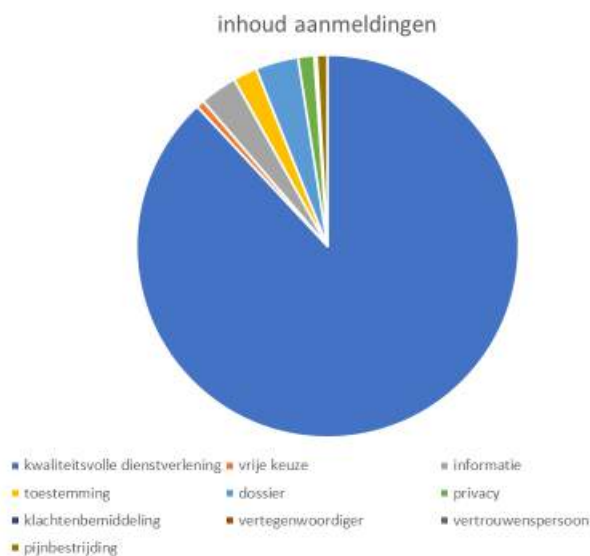
Grafiek hieronder toont de verdeling van het aantal meldingen per ziekenhuis (Sint Jan is letter C) en het verschil in aantal meldingen tussen 2018 en 2019.



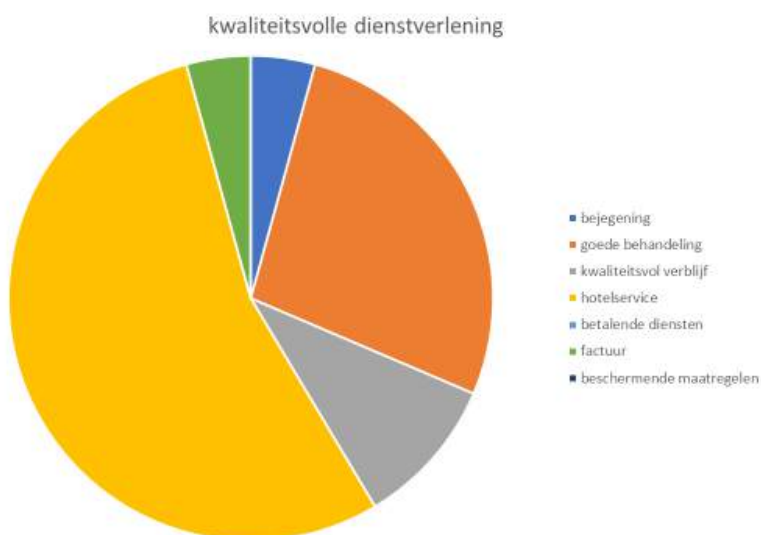
Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen Sint Jan.



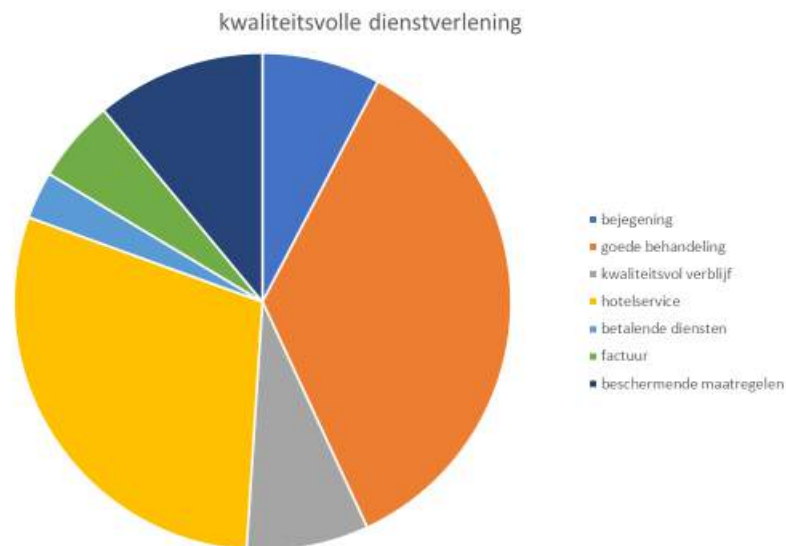
Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening (de grootste groep aanmeldingen) binnen Sint Jan.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Er is wel wat verschil merkbaar tussen beide diagrammen. Doordat er in Sint Jan nominaal minder aanmeldingen zijn, komen bepaalde patiëntenrechten en onderwerpen helemaal niet aan bod. Het grootste verschil is merkbaar in de vergelijking van het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening. Met dit, beperkt wetenschappelijk, beeld willen wij jullie visualiseren dat binnen Sint Jan de hotelservice hoger 'scoort' dan in een gemiddeld psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen. Er is dus zeker winst op te boeken.

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-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 zituur in ombudslokaal	dinsdag van 9 tot 12 uur dinsdag van 9 tot 10 uur
Telefoon	nummers	dagen en uren
	GSM 0491/39.39.18	Maandag, dinsdag en woensdagvoormiddag (<i>tijdens kantooruren</i>)

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*)
-

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia

Sint-Niklaas

periode van 1 januari tot 31 december 2019

psychiatrisch ziekenhuis

erkeningsnummer PZ 960

psychiatrisch verzorgingstehuis

erkeningsnummer PVT 030

**Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
PopovGGZ vzw
februari 2020**

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 meldingen, het voorwerp van de meldingen 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 meldingen van 2019 met die van 2018. 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 10 maart 2020 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.

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	88	60	5	0	20	0	0	0	263

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, gelegen in het centrum van Sint-Niklaas. Het PVT wordt mee opgenomen in dit jaarverslag.

B. 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. Bij afwezigheid zal Anne-Leen vervangen worden door één van haar collega's bij het overlegplatform.



Naam: Anne-Leen Denolf
E-mail: anne-
leen.denolf@ombudsfunctieggz.be
GSM: 0491 / 393 918
Bereikbaar: tijdens de kantooruren

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 02/01/2019, de laatste op 23/12/2019.

Het totaal aantal aanmeldingen in 2019 bedraagt 78. Dit zijn er minder dan in 2018, maar van evenveel aanmelders (53).

Door een veranderde werkverdeling van de ombudsvrouw in 2019 werden meer aanmeldingen behandeld binnen de vaste voorzieningen van de ombudsvrouw. In 2018 werd door de ombudsvrouw ingesprongen in heel wat voorzieningen waar collega's door ziekte langdurig afwezig waren. (2018: 11 ziekenhuizen, 2019: 7 ziekenhuizen). De grotere bereikbaarheid heeft gezorgd voor meer aanmeldingen in quasi alle voorzieningen. Dit zien we niet terug binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint Lucia. 2019 heeft dus een rustig verloop gekend in aanmeldingen, vergelijkbaar aan andere jaren.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	92	80	99	78
aanmelders	57	68	53	53

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	99		78	
aanmelders	53		53	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	63	77,77	46	75,40
<i>binnen de week</i>	18	22,22	15	24,59
totaal	81	100	61	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				

<i>geen enkel contact</i>	18	18,18	17	21,79
<i>1 contact</i>	74	74,74	42	53,84
<i>2 contacten</i>	3	3,03	15	19,23
<i>3 contacten</i>	3	3,03	2	2,56
<i>meer dan 3 contacten</i>	1	1,01	2	2,56
totaal	99	100	78	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		5	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	95		76	

Bij het grootste deel van de aanmeldingen was het eerste face to face contact op de dag van de aanmelding zelf (75,40 %). De aanmelder moest nooit langer dan 1 week wachten op een gesprek met de ombudspersoon.

Bij 21,97 % 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.

Voor 2019 valt wel op dat er bij bepaalde aanmeldingen intensievere contacten tussen de aanmelder en de ombudsvrouw waren. Voorgaande werkjaar volstond bij de grote meerderheid van de aanmeldingen 1 contact met de aanmelder (74,74 %), voor 2019 is dat nog 53,84%. 2 op 10 van de aanmelders kwamen na een eerste gesprek nog eens terug voor diezelfde aanmelding te bespreken. 4 aanmelders kwamen tot 3 keer of meer terug voor diezelfde aanmelding.

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.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
5	1	1,88	5	6,41
4	2	3,77	8	10,25
3	1	1,88	3	3,84
2	13	24,52	26	33,33
1	36	67,92	36	46,15
totaal	53	100	78	100

In 2018 waren er 7 aanmelders die elk 4 of meer aanmeldingen hadden. In 2019 zijn dat er slechts 3. *De repeaters*, aanmelders die voor verschillende thema's de ombudsdienst aanspreken, kleuren dit jaar dus minder dit jaarverslag. Hoewel repeaters vaak inhoudelijk relevante info, vragen of klachten aanbrengen en vertalen waar ook heel wat andere patiënten mee geconfronteerd worden, is het toch belangrijk om voldoende input te krijgen van nieuwe patiënten om geen al te eenzijdig beeld te krijgen.

De meeste aanmeldingen worden nog steeds geformuleerd door individuele patiënten. Er zijn ook 14 aanmeldingen van groepen patiënten of via derden (familieleden of anderen). Aanmeldingen die niet rechtstreeks van de patiënt komen worden door de ombudsdienst steeds afgetoetst met de patiënt zelf, indien mogelijk. Familieleden contacteerden de ombudsdienst meestal ten persoonlijke titel, maar ook als vertegenwoordiger van de patiënt.

Onder de aanmelders zijn er meer mannen dan vrouwen.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	38	38,38	19	24,35
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	19	19,19	20	25,64
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	42	42,42	39	50,00
totaal	99	100	78	100

Vanaf 2018 zien we een opvallende verschuiving in vorm van aanmelden. Waar in het verleden direct contact op de afdeling of in het ombudsklokaal de start was van een aanmeldingstraject, is dat in 2018 in de eerste plaats telefonisch contact. Dit zet zich verder door in 2019 en is ook herkenbaar in andere voorzieningen. Binnen Sint Lucia speelt ook mee dat heel wat mensen pas contact opnemen na hun opname (zie verder).

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	12	12,12	3	3,84
vraag tot interventie	72	72,72	52	66,66
vraag tot signalering	7	7,07	17	21,79
vraag naar een luisterend oor	8	8,08	6	7,69

totaal	99	100	78	100
--------	----	-----	----	-----

Patiënten komen naar de ombudsdienst met een vraag tot interventie of signalering. Men wenst dus een eerder actieve inzet, meestal om iets bekomen in één van de thema's rond kwaliteitsvolle dienstverlening. In 5 interventies betrof het een vraag tot financieel akkoord.

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.

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	2	2,02	1	1,28
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	83	83,83	51	65,38
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	13	13,13	22	28,20
niet van toepassing	1	1,01	3	3,84
andere	-	-	1	1,28
totaal	99	100	78	100

Patiënten formuleren meestal een aanmelding wanneer ze nog in opname of behandeling zijn.

3 op 10 van de aanmeldingen komen van patiënten die na hun ontslag nog contact opnemen met de ombudspersoon, omdat zij niet akkoord gingen met de reden van ontslag of de manier waarop de begeleiding werd beëindigd. Vanaf 2018 vond deze groep van ontevreden patiënten zijn weg naar de ombudsdienst. In 2017 en 2016 was dit soort van aanmeldingen minder prominent aanwezig.

Bij 1 aanmelding betrof het aanmelder die ontevreden was over het verloop van de opnameaanvraag. Onder 'andere' en 'niet van toepassing' worden (informatieve) vragen gescoord waar status patiënten niet direct aanwijsbaar is, bv. er is nog geen concrete opnamevraag, via personeelslid.

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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	93	93,93	68	87,17
algemene vraag los van patiëntenrecht	6	6,06	10	12,82
totaal	99	100	78	100

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	2	33,33	1	10,00
financieel	1	16,66	2	20,00
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	1	16,66	1	10,00
levensverhaal	-	-	5	50,00
patiëntenrechten	1	16,66	-	-
andere	1	16,66	1	10,00
totaal	6	100	10	100

Er waren 10 aanmeldingen die geen direct patiëntenrecht betroffen. Dit waren algemene vragen die juridisch of financieel van aard waren, een levensverhaal bevatten of betrekking hadden op personen die nog geen status patiënt hadden (zie boven).

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot de patiëntenrechten

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	4	4,04	8	10,25
psychiater	7	7,07	6	7,69
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	1	1,28
apotheker	-	-	-	-
verpleging	20	20,20	8	10,25
persoonlijke begeleider	1	1,01	-	-
sociale dienst	1	1,01	3	3,84
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	5	5,05	1	1,28
diëtist	1	1,01	-	-
multidisciplinair team	31	31,31	30	38,46
administratieve dienst	2	2,02	3	3,84
technische dienst	6	6,06	4	5,12
voedingsdienst	8	8,08	4	5,12
poetsdienst	-	-	-	-
directie	8	8,08	4	5,12
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	4	4,04	-	-
andere	1	1,01	6	7,69
totaal	99	100	78	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 2019 waren er minder aanmeldingen waarbij verpleging of therapeuten betrokken waren. Daartegenover staat dat de aanmeldingen die multidisciplinair team of sociale dienst betreffen procentueel verder gestegen zijn. 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.

Aanmeldingen die te maken hebben met de disciplines waarbij de zorgrelatie centraal staat (psychiater, verpleging, team, therapeut) bedragen 59% van de aanmeldingen.

De aanmeldingen over de ondersteunende diensten (technisch, voedingsdienst) zijn procentueel wat gedaald. Vorig jaarverslagen gaven al aan dat dit de bodemgrens is van dit soort van klachten.

Aanmeldingen waar sociale dienst, administratie of de directie in scoren hebben meestal te maken met financiële vragen, bv. een verzekeringsgeschil.

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	81	87,09	62	91,17
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	1,07	-	-
3. informatie	4	4,30	3	4,41
4. geïnformeerde toestemming	2	2,15	-	-
5. inzage patiëntendossier	3	3,22	1	1,47
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	2	2,15	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	2	2,94
totaal	93	100	68	100

Zoals overal en steeds het geval is, hebben de meeste aanmeldingen betrekking op het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening (91,17 %). Andere aanmeldingen zijn naar vragen en klachten rond informatie ontvangen en correct geïnformeerd worden en klachten rond pijnbestrijding.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	6	7,40	5	8,06
1.2. goede behandeling/begeleiding	30	37,03	25	40,32
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	9	11,11	4	6,45
1.4. goede hotelservice	29	35,80	16	25,80
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	2,46	6	9,67
1.7. beschermende maatregelen	5	6,17	6	9,67
totaal	81	100	62	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	16,66	-	-
correcte omgangsvormen	3	50,00	3	60,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	2	33,33	2	40,00
totaal	6	100	5	100

Het aantal klachten over respectvolle bejegening is te vergelijken met 2018.

Het gaat dan over klachten rond correcte omgangsvormen waarbij een aantal discussies patiënt-verpleging of opmerkingen vanuit verpleging die op een voor de patiënt onvriendelijke manier overkomen. Aan de basis van deze discussies ligt quasi steeds het afbuigen van een afdelingsregel. Onder de groep 'andere' komen klachten die voor de patiënt als bejegening overkomen maar zich eerder situeren in correcte (ook interne) communicatie, gemaakte afspraken naleven vanuit team, gebrek aan empathie, geluidsoverlast (bv. van nachtverpleegkundigen), taalbarrière, herkenning van personeel.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	1	3,33	4	16,00
medicatie	-	-	1	4,00

individuele therapie	12	40,00	7	28,00
groepstherapie	3	10,00	1	4,00
voldoende beschikbaarheid	5	16,66	1	4,00
betrokkenheid familie	3	10,00	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	2	6,66	3	12,00
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	3,33	4	16,00
overplaatsing naar andere afdeling	1	3,33	4	16,00
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	2	6,66	-	-
totaal	30	100	25	100

De goede behandeling is de subcategorie die het hoogst scoort in het aantal meldingen. We zien ook dat bijna elk thema aan bod komt. Uitschieters zijn de klachten rond somatische verzorging, samen te nemen met 2 meldingen rond pijnbestrijding en de 8 meldingen waarbij patiënten ontevreden zijn door het verloop van de beëindiging van hun begeleiding of hun overplaatsing. Het gaat dan over klachten rond gedwongen ontslag of aanmelders die zich onvoldoende voorbereid voelden op hun ontslag of overplaatsing of niet tevreden waren over de aanpak.

3 aanmelders die uiteindelijk niet in opname konden starten, waren ontevreden over de manier waarop deze afwijzing gebeurde.

Binnen de goede behandeling scoren meldingen rond individuele therapie als grootste groep. Patiënten wendden zich tot de ombudspersoon om klachten, verzoeken te ventileren of met bemiddelingsvragen omtrent hun individueel behandeltraject. Het gaat dan bijvoorbeeld over patiënten die mistevreden zijn over het niet kunnen bijwonen van therapie sessies of patiënten die niet tevreden zijn over het aanbod. In 2018 waren klachten rond het individuele en het groepsaanbod samen goed voor het helft van de meldingen in deze categorie. In 2019 zijn dit soort van klachten in aantal fel verminderd, het blijft wel een belangrijk aandachtspunt voor patiënten.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	3	33,33	3	75,00
groepsleven	3	33,33	1	25,00
ontspanning/vrije tijd	2	22,22	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	1	11,11	-	-
totaal	9	100	4	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	8	27,58	4	25,00
infrastructuur/accommodatie	15	51,72	6	37,50
hygiëne	1	3,44	2	12,50
veiligheid persoon	2	6,89	2	12,50
veiligheid goederen	3	10,34	2	12,50
andere	-	-	-	-
totaal	29	100	16	100

De subcategorie goede hotelservice blijft op de tweede plaats staan binnen de kwaliteitsvolle zorg. In 2019 zijn er wel nominaal de helft minder klachten rond geweest.

2 aanmelders contacteerden de ombudsdienst na verlies of diefstal van goederen. Bij deze klachten gaat de ombudsvrouw na of patiënten hun persoonlijke goederen steeds veilig kunnen wegbergen en of binnen de afdeling de diefstal bespreekbaar is geweest.

2 aanmelders signaleerden een onveiligheidsgevoel te ervaren. Deze klachten hebben vaak te maken met de aanwezigheid van bekende mede-patiënten.

1.5. Betalende diensten

Geen aanmeldingen rond in 2019

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	4	66,66
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	2	100,00	-	-
andere	-	-	2	33,33
totaal	2	100	6	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%

straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	20,00	-	-
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	1	16,66
gedwongen opname	4	80,00	3	50,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	2	33,33
totaal	5	100	6	100

In 2019 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 meldingen gescoord van patiënten die in onduidelijkheid zijn over de duur van hun verblijf op een gesloten afdeling 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

Geen meldingen rond in 2019

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	33,33
duur	1	25,00	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	25,00	2	66,66
alternatieven	-	-	-	-
andere	2	50,00	-	-
totaal	4	100	3	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

Geen meldingen rond in 2019

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-

inzage/afschrift dossier	3	100,00	1	100,00
totaal	3	100	1	100

In 2019 waren er opnieuw enkele patiënten die op één of andere manier vragen, opmerkingen of klachten hadden over de wijze waarop gecommuniceerd wordt. Zowel rond het recht op informatie, als het recht op afschrift van het dossier waren er aanmeldingen.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Geen aanmeldingen over in 2019.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Geen aanmeldingen over in 2019.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Sinds enkele jaren geen aanmeldingen.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Sinds enkele jaren geen aanmeldingen.

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	1	50,00
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	1	50,00
totaal	-	-	2	100

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	2	2,10	5	6,57
doorverwijzen intern	1	1,05	1	1,31
doorverwijzen extern	4	4,21	2	2,63
informereren	9	9,47	8	10,52
signaleren	33	34,73	38	50,00
coachen	6	6,31	3	3,94
bemiddelen	40	42,10	19	25,00
totaal	95	100	76	100

Er werd door de ombudsdienst het meest gesignaleerd en pas daarna bemiddeld.

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	60	63,15	30	39,47
<i>binnen de week</i>	29	30,52	15	19,73
<i>binnen de twee weken</i>	3	3,15	13	17,10
<i>binnen de vier weken</i>	1	1,05	15	19,73
<i>later dan vier weken</i>	2	2,10	3	3,94
totaal	95	100	76	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	9		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.

Een deel van de aanmeldingen (39,47%) kunnen op dezelfde dag van de registratie worden opgevolgd en afgerond. Dit is minder dan in 2018 (63,15%). De merendeel van de aanmeldingen neemt wat meer tijd in beslag omdat er na een telefoon of mail een gesprek ingepland wordt, of omdat er een tweede gesprek volgde.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	22	23,15	27	35,52
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	34	35,78	24	31,57
ontevredenheid patiënt	9	9,47	7	9,21
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	30	31,57	18	23,68
totaal	95	100	76	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	28	29,47	37	48,68
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	51	53,68	21	27,63
ontevredenheid patiënt	3	3,15	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	13	13,68	18	23,68

totaal	95	100	76	100
--------	----	-----	----	-----

De ombudsvrouw heeft na bemiddeling of signalering ook verdere stappen voorgesteld aan bepaalde aanmelders. Het gaat om doorverwijzingen naar het CAW, de huisarts, een ziekenfonds of de verzekeringsmaatschappij. Na deze doorverwijzingen krijgt de ombudspersoon niet altijd feedback over het resultaat.

F. PVT Casa Neri

Er was in 2018 3 meldingen vanuit PVT Casa Neri. Dit is na slechts 1 melding in 2018, gelijkend aan de voorgaande jaren. Van de 3 melders waren er 2 reeds bekend bij de ombudsvrouw uit voorgaande jaren. Melders vroegen vooral een luisterend oor van de ombudsvrouw. Er waren geen verwachtingen dat besproken zaken gesignaleerd of bemiddeld zouden worden.

4. VASTSTELLINGEN, AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen 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 de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. In totaal waren er in 2019 2651 afgesloten meldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Uitoefening van de ombudsfunctie

- 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.

- 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 2019 minder meldingen door de ombudspersoon behandeld, maar van evenveel melders. Het aandeel klachten van repeaters kleurde minder dit jaarverslag.
- Het was een rustiger jaar, met tijd voor gesprek. Er werd minder bemiddeld, meer gesignaleerd wanneer een verhaal gehoord werd. Er werd ook tijd genomen om naar de melding te luisteren, met meer gesprekken per melding.
- Het aandeel directe meldingen daalt verder met een verschuiving naar telefonische en schriftelijke contactname. Directe contacten op de afdeling, voorstellingsmomenten in leefruimtes waarbij verwezen wordt naar telefoon en mail-adres, leidden wel eens tot telefoontjes of mailtjes.
- Het aandeel patiënten dat na hun opname in het ziekenhuis de ombudsdienst nog contacteert, maakt een substantieel deel uit van de melders, meer dan andere jaren.

B. Aandachtspunten en aanbevelingen betreffende de rechten van de patiënt, evenals positieve ontwikkelingen

Respectvolle bejegening

- Het aantal meldingen rond bejegening en beschikbaarheid is in aandeel niet spectaculair. Waar er sprake was over een conflict, een misverstand tussen 2 partijen zijn de zaken na tussenkomst van de ombudspersoon uitgeklaard.
- Andere klachten over bejegening ventileren een meer algemeen ervaren van minderwaardigheid jegens verpleging, over een kloof tussen de wij en zij. Deze meldingen kan men ook samen zien met de klacht rond beschikbaarheid die ongeveer hetzelfde ervaren ventileert.

Het werken met open balies wordt als heel positief door patiënten ervaren en wordt gemist op afdelingen waar nog met een gesloten verpleeglokaal gewerkt wordt. Een open werkomgeving vermindert ook de kloof tussen patiënt en verpleging.

Goede behandeling

- Een aantal meldingen vallen onder somatische zorgverlening en pijnbestrijding. Dit zijn klachten van patiënten die ervaren dat hun lichamelijke klachten niet gehoord of niet ernstig genomen worden door verpleging of behandelend psychiater. Voor een aantal mensen was de, in hun ogen gebrekkige somatische verzorging, een reden om met ontslag te gaan. Voor veel patiënten is ook het niet

langer in eigen beheer kunnen hebben van bepaalde medicatie of verzorgingsproducten (bv: oogdruppels) zeer begrenzend.

Hotelservice

- Het aantal meldingen over de ondersteunende diensten (voeding, technische problemen en poetsdienst) die bij de ombudspersoon terechtkomen, zijn in aantal gedaald. Meldingen omtrent de maaltijden worden doorgegeven aan de diëtist waar nodig. Technische meldingen worden doorgegeven aan de technische dienst en steeds correct opgevolgd.

(gedwongen) stopzetting van de behandeling of verhuis naar een andere afdeling

- We stellen vast dat het aantal meldingen bij beëindiging van de opname nog steeds beperkt blijft in aantal. Deze meldingen vertalen echter een probleem met zorgcontinuïteit. Bij de beëindiging van de opname of bij verhuis blijven er zaken onafgewerkt, onvoorbereid, documenten of andere goederen vermist of trajecten onderbroken. 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.

Mogelijks kan een ontslagmapje, vergelijkbaar met een opnamemapje/brochure zowel voor patiënt als hulpverlener soelaas bieden om stapsgewijs, met alle disciplines na te gaan of alle stappen gezet zijn of welke stappen er nog nodig zijn om de zorg op een correcte manier te beëindigen of andere manier te kunnen verderzetten met andere zorgpartners.

recht op informatie en recht op inzage en afschrift dossier

- Informeren van patiënten en hun omgeving
In 2019 waren er opnieuw wat meldingen die onder de noemer informatie te verzamelen zijn. Zowel melding rond inzien en afschrift van het dossier krijgen, meldingen rond niet, te weinig of foute informatie ontvangen, 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 bemoeilijkt dit.

5. BESLUIT EN BEPERKTE BENCHMARK

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

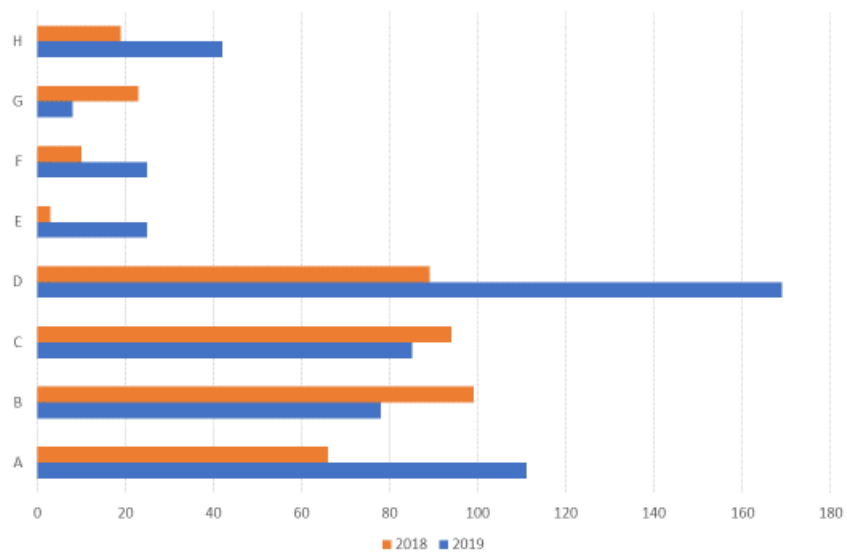
Het aantal aanmeldingen in het ziekenhuis is gedaald, aantal aanmelders gelijk gebleven. In 2019 zien we minder 'repeaters'. Patiënten die bij een eerste contact met de ombudspersoon meerdere klachten hebben of patiënten die na een eerste contact met de ombudspersoon in de loop van het kalenderjaar nog eens terug komen over andere onderwerpen.

Patiënten verwachten eerder dat de ombudspersoon een luisterend oor biedt om daarna het besproken probleem te signaleren.

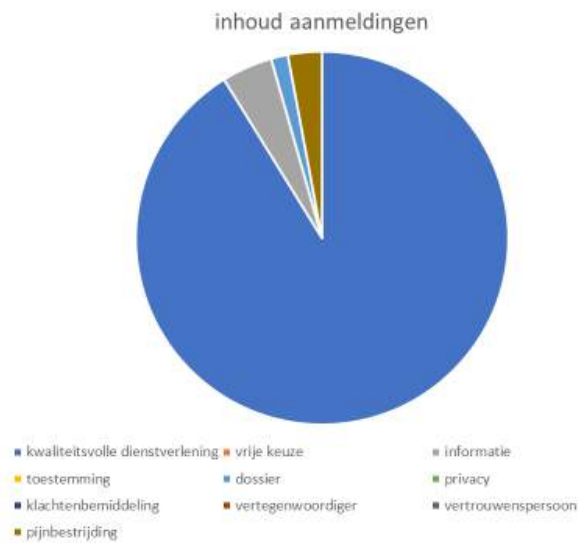
Er waren in 2019 ook aanmeldingen vanuit PVT Casa Neri. Los van deze aanmeldingen heeft de ombudspersoon regelmatig informele contacten binnen het PVT die niet als dusdanig geregistreerd worden.

De ombudsvrouw behandelde in 2019 543 aanmeldingen, daarvan waren er 78 binnen Sint Lucia. In alle Vlaamse voorzieningen samen zijn er 2651 aanmeldingen.

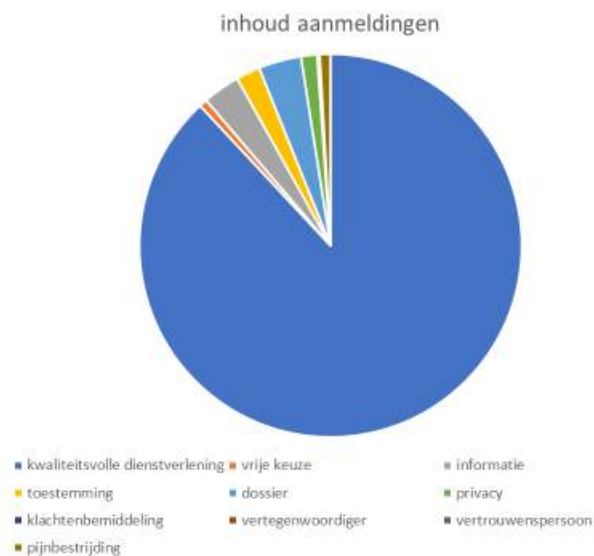
Grafiek hieronder toont de verdeling van het aantal aanmeldingen per ziekenhuis (Sint Lucia is letter B) en het verschil in aantal aanmeldingen tussen 2018 en 2019.



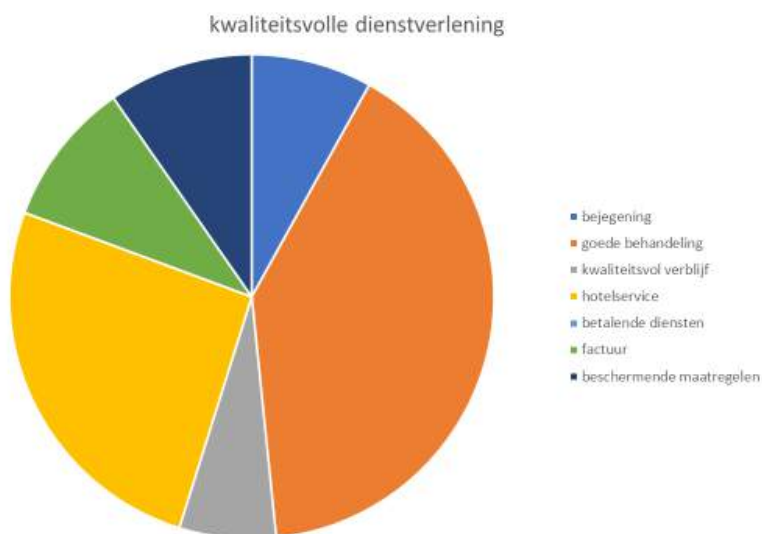
Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen Sint Lucia.



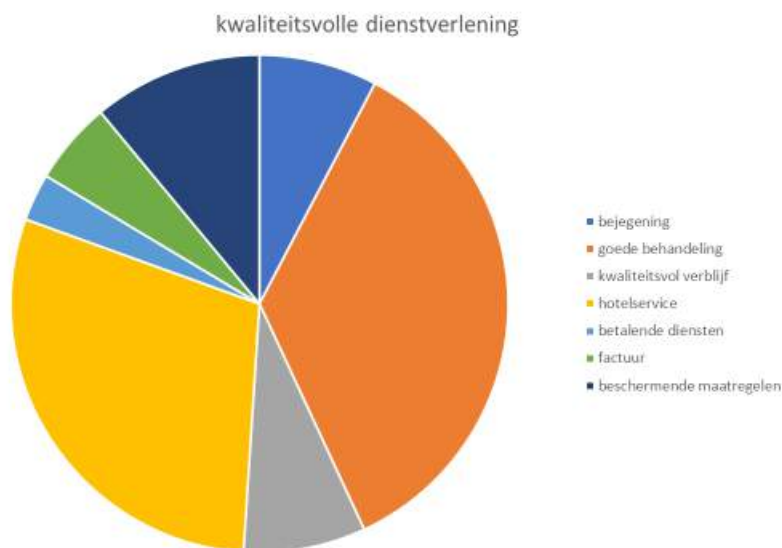
Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening (de grootste groep aanmeldingen) binnen Sint Lucia.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Er is weinig verschil merkbaar tussen beide diagrammen. Niet alle patiëntenrechten en onderwerpen komen aan bod binnen Sint Lucia, maar het ziekenhuis is wel een perfecte

gemiddelde doorsnede van een psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen met weinig tot geen uitschieters. Met dit, beperkt wetenschappelijk, beeld willen wij jullie visualiseren dat Sint Lucia, niettegenstaande een lager aantal aanmeldingen dan voorgaande jaren, wel gemiddeld 'scoort'.

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.

6. PRAKTISCHE INFORMATIE

VOORZIENING

naam	Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia
adres	Ankerstraat 91, 9100 Sint-Niklaas
voornaam, naam, functie vertegenwoordiger voorziening in comité overlegplatform	Peter Marissen, algemeen directeur
voornaam, naam, functie contactpersoon in de voorziening	Astrid Van Raemdonck, therapeutisch directeur

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

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 interne ombudsfunctie 2019

PZ Heilig Hart Ieper

1 Aanmeldingen

Er waren in 2019 36 aanmeldingen, wat een daling is in vergelijking met de vorig jaar (zie onderstaande tabel).

	2015	2016	2017	2018	2019
Aanmeldingen	32	28	29	45	36
Aanmelders	26	22	22	37	28

2 Aanmelders

- De 36 aanmeldingen kwamen van 28 verschillende aanmelders; één aanmelder had 5 aanmeldingen, één aanmelder had 3 aanmeldingen.
- 11 aanmelders namen telefonisch contact, 6 namen rechtstreeks face-to-face contact, 5 via mail, 3 door middel van een briefje in de klachtenbus, 1 brief werd onder de deur van de bureau van de ombudspersoon gestoken, één keer werd door een verpleegkundige gevraagd om een afspraak en één keer door de ombudspersoon van een ander ziekenhuis.
- 20 aanmelders betroffen patiënten (waarvan drie reeds met ontslag), 7 aanmelders waren familieleden van een opgenomen patiënt, 1 aanmelder betrof een bewindvoerder/vertrouwenspersoon.

3 Inhoud van de aanmeldingen

3.1 Kwaliteitsvolle dienstverlening

34 van de 36 aanmeldingen hadden betrekking op het patiëntenrecht 'kwaliteitsvolle dienstverlening'.

- 12 van deze aanmeldingen hadden betrekking op de subcategorie 'goede behandeling/begeleiding'.
 - Het ging onder andere over de vraag tot grotere betrokkenheid van familie, vragen mbt medicatie, vraag tot somatisch onderzoek, niet akkoord gaan met beëindigen behandeling.
- 8 van deze aanmeldingen hadden betrekking op de subcategorie 'kwaliteitsvol verblijf/wonen'.
 - Er waren op enkele afdelingen conflicten tussen patiënten, daarnaast was er ontevredenheid over bepaalde regels (vb. mbt materiaal in ergo 1, mbt verdeling van de koeken).
- 2 van deze aanmeldingen hadden betrekking op de subcategorie 'correcte geldbeheer'.
 - De nodige papieren ifv verzekering waren niet in orde, vraag tot eindigen bewindvoering.
- 8 van deze aanmeldingen hadden betrekking op de subcategorie 'goede hotelservice'.
 - Aanmelders had een vraag mbt het sluiten van een deur aan de binnenkant, ontevredenheid over het niet mogen gebruiken van de gesloten fietsenstalling, vraag tot opladen batterij fiets, ontevredenheid over de temperatuur op de kamers/afdeling, vraag tot bankautomaat.
- 2 van deze aanmeldingen hadden betrekking op de subcategorie 'respectvolle bejegening'.
 - Had betrekking op correcte omgangsvormen.
- 2 van deze aanmeldingen hadden betrekking op de subcategorie 'beschermende maatregelen'.
 - Men ging hierbij niet akkoord met de uitspraak tot gedwongen opname.

3.2 Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

De overige twee aanmeldingen hadden betrekking op het patiëntenrecht 'zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier'

- 1 aanmelder had moeilijkheden ondervonden om een afdruk van haar dossier te krijgen, een andere aanmelder had nood aan een verslag.

4 Interventie

- Bij 34 van de 36 aanmeldingen werd bemiddeld door de ombudspersoon. Dit betekent dat er contact werd genomen met de betrokken medewerker(s) om de aanmelding te bespreken. Enkele keren is dit gebeurd samen met de aanmelder. Indien de aanmelder hierbij niet rechtstreeks

betrokken was, werd de aanmelder nadien gecontacteerd om het resultaat van de bemiddeling te bespreken.

- Bij 2 meldingen werd gesignaleerd. Dit betekent dat de opmerking of de bezorgdheid van de aanmelder werd doorgegeven aan de betrokkene(n).

5 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de meldingen in 2019 kunnen onderstaande aanbevelingen geformuleerd worden:

- Voldoende aandacht voor somatische klachten.
- Het recht op een afdruk van het patiëntendossier respecteren.

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart

Ieper

periode van 1 januari tot 31 december 2019

psychiatrisch ziekenhuis

erkeningsnummer PZ 961

psychiatrisch verzorgingstehuis

erkeningsnummer PVT 033

Anne-Leen Denolf

Ombudspersoon

Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg

februari 2020

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 meldingen, het voorwerp van de meldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PZ Heilig Hart.

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 10 maart 2020 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.

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon GGZ

0491/ 39 39 18

anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

Erkenningsnummer PZ											
<i>A</i>	<i>a-dag</i>	<i>a-nacht</i>	<i>T</i>	<i>Tg</i>	<i>t-dag</i>	<i>t-nacht</i>	<i>SP</i>	<i>K</i>	<i>k-dag</i>	<i>k-nacht</i>	<i>totaal</i>
90	30	0	127	40	50	10	0	0	0	0	347

Naar aanleiding van artikel 107 werden in 2013 in een eerste fase 28 bedden buiten gebruik genomen: 20 in dienst T en 8 in dienst t-nacht.

Op 1/1/2019 werden in een tweede fase nog 22 T-bedden buiten gebruik genomen

Hierdoor is het totaal in gebruik zijnde bedden en plaatsen momenteel $347 - 50 = 297$.

PVT (erkeningsnummer 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.

B. Aantal gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

	2019 Ziekenhuis	2019 PVT
Gerealiseerde verpleegdagen	93.420	22.303 (*)
Aantal opnames	1.0630	4
Aantal opgenomen patiënten op 01/01/2019	342	62
Aantal opgenomen patiënten op 31/12/2019	353	62
Aantal gedwongen opnames	68(°)	0

(*) PVT: dit zijn de gefactureerde dagen (aanwezigheidsdagen + factureerbare verlofdagen).


(°) Dwangopnames: 68 nieuwe dwangopnames en nog 22 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.

	<p>Naam: Anne-Leen Denolf E-mail: anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be GSM: 0491 / 393 918 Bereikbaar: tijdens kantooruren</p>
--	--

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 11/01/2019, de laatste op 11/12/2019. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 25.

Dit zijn opvallend meer aanmeldingen dan de 2 voorgaande jaren.

Ook het aantal aanmelders is het hoogste in jaren.

Het is voor het eerst dat er zoveel aanmeldingen zijn binnen het PZ Heilig Hart. Dit heeft 2 redenen. Enerzijds is de bekendheid van de externe ombudsdienst waarschijnlijk groter geworden. Dit door een rondgang met de externe ombudspersoon, gestart in 2018, en informele bezoeken aan de afdelingen. Anderzijds heeft de ombudsvrouw door een veranderde werkverdeling in 2019 meer aanmeldingen behandeld binnen de vaste voorzieningen van de ombudsvrouw. In 2018 werd door de ombudsvrouw ingesprongen in heel wat voorzieningen waar collega's door ziekte langdurig afwezig waren. (2018: 11 ziekenhuizen, 2019: 7 ziekenhuizen). De grotere bereikbaarheid heeft gezorgd voor meer aanmeldingen in quasi alle voorzieningen.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	32	19	10	25
aanmelders	17	12	7	18

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	10		25	
aanmelders	7		18	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	9	90,00	15	93,75
<i>binnen de week</i>	-	-	-	-
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de vier weken</i>	1	10,00	1	6,25
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-

vertrouwelijk

	totaal	10	100	16	100
aantal face to face contacten per aanmelding					
aantal aanmeldingen met					
<i>geen enkel contact</i>		-	-	9	36,00
<i>1 contact</i>		9	90,00	13	52,00
<i>2 contacten</i>		1	10,00	2	8,00
<i>3 contacten</i>		-	-	-	-
<i>meer dan 3 contacten</i>		-	-	1	4,00
totaal		10	100	25	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding		2		4	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen		10		25	

De 25 aanmeldingen komen van in totaal 18 aanmelders. De meeste aanmelders hadden na een eerste contactname, ook een persoonlijk gesprek met de ombudsvrouw. Er waren 9 aanmeldingen waarbij geen persoonlijk gesprek plaatsvond maar wel een intensief mailverkeer of meerdere telefonische contacten.

Bij bepaalde aanmeldingen waren er intensievere contacten tussen de aanmelder en de ombudsvrouw noodzakelijk. 3 aanmelders kwamen na een eerste gesprek nog eens of meerdere malen terug om diezelfde aanmelding te bespreken.

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.

14 aanmelders, of meer dan de helft, kwamen naar de ombudspersoon met 1 vraag, klacht of probleem. 11 aanmelders kwamen in de loop van het jaar nog eens terug tot bij de ombudspersoon met een nieuwe aanmelding. Dit zijn de zogeheten *repeaters*, aanmelders die voor verschillende thema's de ombudsdienst aanspreken. Hoewel repeaters vaak inhoudelijk relevante info, vragen of klachten aanbrengen en vertalen waar ook heel wat andere patiënten mee geconfronteerd worden, is het toch belangrijk om voldoende input te krijgen van nieuwe patiënten om geen al te eenzijdig beeld te krijgen. De verhouding nieuwe patiënten/repeaters is gelijk gebleven met vorig jaar.

Er waren geen groepsklachten.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	9	90,00	9	36,00

schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	1	10,00	6	24,00
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	-	-	10	40,00
totaal	10	100	25	100

De meerderheid van de meldingen gebeurde door een telefonisch contact met de ombudspersoon.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	3	30,00	1	4,00
vraag tot interventie	5	50,00	15	60,00
vraag tot signalering	-	-	6	24,00
vraag naar een luisterend oor	2	20,00	3	12,00
totaal	10	100	25	100

Bij de helft van de meldingen 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.

Bij enkele meldingen had men ook al de stap gezet naar de interne ombudspersoon.

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	10	100,00	16	64,00
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	-	-	7	28,00
niet van toepassing	-	-	2	8,00
andere	-	-	-	-
totaal	10	100	25	100

Patiënten formuleren meestal een melding wanneer ze nog in opname of behandeling zijn.

3 op 10 van de meldingen komen van patiënten die na hun ontslag nog contact opnemen met de ombudspersoon, omdat zij niet akkoord gingen met de reden van ontslag of de manier waarop de begeleiding werd beëindigd. In 2018 was dit soort van meldingen helemaal niet aanwezig.

De meldingen die onder 'niet van toepassing' werden gescoord zijn eerder informatieve of bemiddelende vragen vanwege familielid overledene of familielid wanneer nog geen

opnamevraag is.

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOFF)

In dit jaarverslag vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2019, 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.

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. 2 andere aanmeldingen waren eerder juridische vragen (los van patiëntenrecht) of simpelweg het kwijt kunnen van een levensverhaal. Deze aanmeldingen zijn in onderstaande niet opgenomen.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	6	60,00	17	73,91
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	10,00	-	-
3. informatie	-	-	1	4,34
4. geïnformeerde toestemming	1	10,00	-	-
5. inzage patiëntendossier	1	10,00	5	21,73
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	1	10,00	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	10	100	23	100

Zoals overall en steeds het geval is, hebben de meeste aanmeldingen betrekking op het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening. Hierin zien we voor 2019 vooral de tendens naar vragen rond informatie, informatie ontvangen of (delen van) een dossier te kunnen inzien of ontvangen.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	1	16,66	1	5,88
1.2. goede behandeling/begeleiding	2	33,33	8	47,05
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	2	11,76
1.4. goede hotelservice	2	33,33	5	29,41
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	1	5,88
1.7. beschermende maatregelen	1	16,66	-	-
totaal	6	100	17	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	100,00	-	-
correcte omgangsvormen	-	-	-	-
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	1	100	1	100

Onder respectvolle bejegening werd een aanmelding gescoord waarbij geen probleem van bejegening gesignaleerd werd, maar wel het ervaren van een kloof met sommige medewerkers door leeftijd, (levens)ervaring, levensvisie. Het verschil tussen de wij en de zij.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	1	12,50
medicatie	1	50,00	1	12,50
individuele therapie	-	-	2	25,00
groepstherapie	-	-	1	12,50
voldoende beschikbaarheid	-	-	2	25,00
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-

vertrouwelijk

beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	12,50
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	8	100

Binnen de goede behandeling scoren aanmeldingen rond individuele therapie en beschikbaarheid als grootste groep. Patiënten wendden zich tot de ombudspersoon om klachten, verzuchtingen te ventileren of met bemiddelingsvragen omtrent hun individueel behandeltraject. Het gaat dan bijvoorbeeld over patiënten die mistevreden zijn over het niet kunnen bijwonen van therapie of over het aanbod van therapie sessies of die verwachtingen hebben naar beschikbaarheid. Het niet kwijt kunnen van het verhaal bij de begeleiding.

In 2018 waren er geen klachten rond het individuele en het groepsaanbod van therapie. In 2019 zijn dit samen 3 klachten, in aantal niet zo veel, maar wel een belangrijk aandachtspunt voor patiënten.

1 aanmelder was niet tevreden over de manier waarop de opname beëindigd werd.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	-	-	1	50,00
groepsleven	-	-	1	50,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	-	-	3	60,00
infrastructuur/accommodatie	1	50,00	2	40,00
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	-	-	-	-
andere	1	50,00	-	-

totaal	2	100	5	100
--------	---	-----	---	-----

Begin 2019 waren er beperkt aantal klachten over de maaltijden en de keuze in alternatieven die geboden werd. Deze zaken werden gecommuniceerd naar de keuken en verhelderd aan patiënten.

Bij de infrastructuur werden deze klachten op de afdeling besproken met patiënten en begeleiding en waar nodig werden deze zaken doorgegeven (bv. bezoekerszaal).

1.5. Betalende diensten

Geen aanmeldingen rond in 2019.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	1	100,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.7. Beschermende maatregelen

Geen aanmeldingen rond in 2019.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

Geen aanmeldingen rond in 2019.

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	1	100,00
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

Geen aanmeldingen rond in 2019.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,00	5	100,00
totaal	1	100	5	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Geen aanmeldingen rond in 2019.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Geen aanmeldingen rond in 2019.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Geen aanmeldingen rond in 2019.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Geen aanmeldingen rond in 2019.

10. Recht op pijnbestrijding

Geen aanmeldingen rond in 2019.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	2	20,00	3	12,00
doorverwijzen intern	1	10,00	3	12,00
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informereren	3	30,00	3	12,00
signaleren	1	10,00	9	36,00
coachen	1	10,00	-	-
bemiddelen	2	20,00	7	28,00
totaal	10	100	25	100

De hoofdtaak van de externe ombudspersoon bestond vooral uit signaleren. In mindere mate werd er bemiddeld in die zin dat er contact opgenomen werd met de betrokken hulpverlener. 3 aanmelders werden naar de interne ombudspersoon doorverwezen. Meestal voor het bevragen van het dossier.

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.

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	7	70,00	11	44,00
<i>binnen de week</i>	-	-	7	28,00
<i>binnen de twee weken</i>	2	20,00	3	12,00
<i>binnen de vier weken</i>	1	10,00	4	16,00
<i>later dan vier weken</i>	-	-	-	-

vertrouwelijk

	totaal	10	100	25	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd		3		4	

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	4	40,00	10	40,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	3	30,00	9	36,00
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	3	30,00	6	24,00
totaal	10	100	25	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	4	40,00	10	40,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	3	30,00	10	40,00
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	3	30,00	5	20,00
totaal	10	100	25	100

De meeste patiënten waren geheel of gedeeltelijk tevreden met de interventie van de ombudspersoon. Wanneer contacten beperkt blijven tot telefoongesprekken of e-mail is er niet steeds feedback.

F. PVT Het Tempelhof

Er was in 2019 ook 1 aanmelding vanuit het PVT Het Tempelhof. Eén bewoner nam telefonisch contact op met de ombudsdienst en er werd naar zijn verhaal geluisterd.

4. VASTSTELLINGEN, 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 aandachtspunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2019 2651 afgesloten aanmeldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Uitoefening van de ombudsfunctie

- 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.
- Er werd steeds vlot en makkelijk samengewerkt met de interne ombudspersoon.
- In 2019 waren er meer aanmeldingen dan vorige jaren, deels door een grotere bekendheid, deels door meer inzet van werktijd.

Voor 2020 wil de ombudspersoon zich blijvend engageren om door middel van informele bezoeken aan de afdelingen de ombudsdienst kenbaar te maken aan patiënten.

B. Aandachtspunten en aanbevelingen betreffende de rechten van de patiënt, evenals positieve ontwikkelingen

goede behandeling

- Patiënten contacteerden de ombudsdienst wel eens in verband met hun individuele traject dat zij in het ziekenhuis doorlopen. Wanneer in dit traject strubbelingen waren,

vertrouwelijk

werd dit bemiddeld of gesignaleerd. Patiënten verwachten van het ziekenhuis en de medewerkers dat zij steeds hun verhaal kwijt kunnen (aanmeldingen beschikbaar) en dat het aanbod van individuele en groepstherapie beantwoordt aan hun noden en dat bij overmacht een waardevol alternatief beschikbaar is.

(gedwongen) stopzetting van de behandeling

- We stellen vast dat het aantal meldingen bij beëindiging van de opname nog steeds beperkt blijft in aantal. Slechts 1 aanmelder was niet tevreden over de manier waarop de opname beëindigd werd.
- Samen met feit dat, veel meer dan andere jaren, patiënten nog na hun verblijf contact opnemen met de ombudsdienst om hun ongenoegen te uiten, wijst er mogelijk op dat er nog tevredenheid te halen is uit een goede ontslagvoorbereiding of een exit-gesprek.

recht op informatie en recht op inzage en afschrift dossier

- In 2019 is er een zwaartepunt van meldingen die onder de noemer informatie te verzamelen zijn. Zowel meldingen rond inzien en afschrift van het dossier krijgen, als melding rond niet, te weinig of foute informatie ontvangen. Patiënten die concreet de vraag hadden naar inzage van dossier werden steeds doorverwezen naar de interne ombudspersoon waarna dit verder zonder probleem werd afgehandeld.

5. BESLUIT EN BEPERKTE BENCHMARK

De Ombudsdienst kan in PZ Heilig Hart vlot samenwerken met de interne ombudspersoon. Het aantal meldingen is sterk gestegen in vergelijking met voorgaande jaren. Het aantal repeaters en nieuwe patiënten is verhoudingsgewijs gelijk gebleven, wat wil zeggen dat het jaarverslag niet te veel gekleurd wordt door enkelingen.

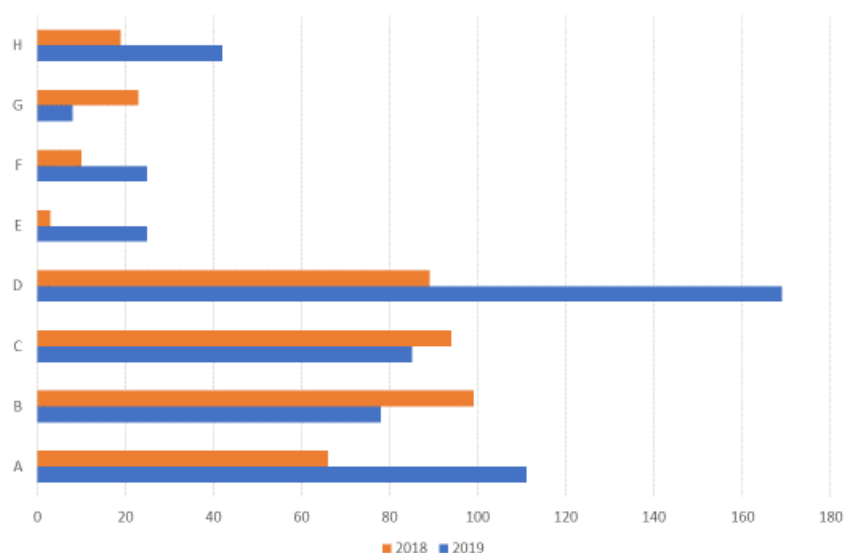
In het jaarverslag komen er geen grote problemen of aandachtspunten naar voren. Er is vooral een tendens merkbaar naar meer vragen rond correct geïnformeerd worden en informatie op een vlotte manier ontvangen.

De ombudspersoon ervaart geen moeilijkheden met patiëntencontacten op de afdelingen en ervaart een vlotte samenwerking vanuit de personeelsleden. Door middel van de 2-wekelijkse permanentie en informele bezoeken aan de afdelingen zal de ombudswerking verder bekend gemaakt worden.

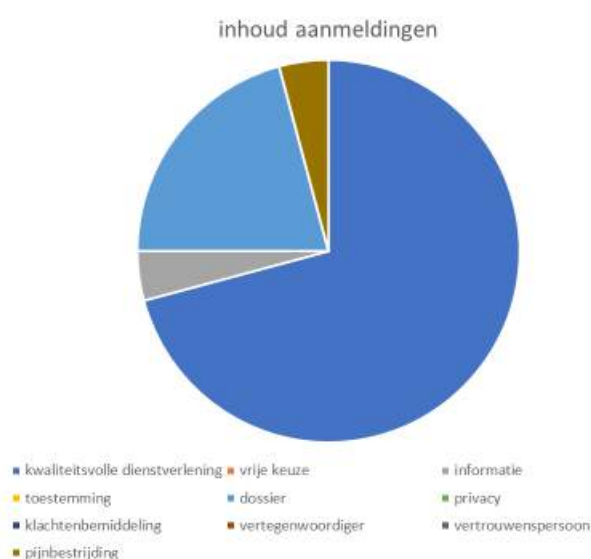
Het aantal meldingen vanuit het PVT bleef beperkt. Het is en blijft een aandachtspunt om de ombudswerking voldoende bekend en laagdrempelig in de PVT te communiceren.

De ombudsvrouw behandelde in 2019 543 aanmeldingen, daarvan waren er slechts 25 binnen Heilig Hart. In alle Vlaamse voorzieningen samen zijn er 2651 aanmeldingen.

Grafiek hieronder toont de verdeling van het aantal aanmeldingen per ziekenhuis (PZ Heilig Hart is letter F) en het verschil in aantal aanmeldingen tussen 2018 en 2019.

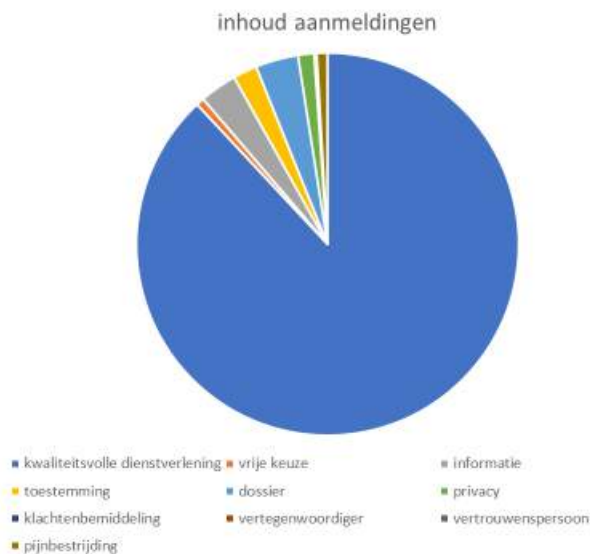


Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen PZ Heilig Hart.

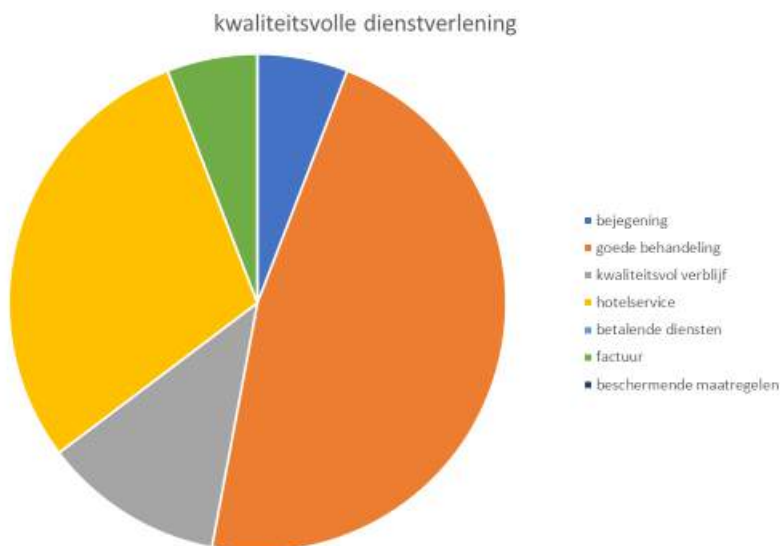


vertrouwelijk

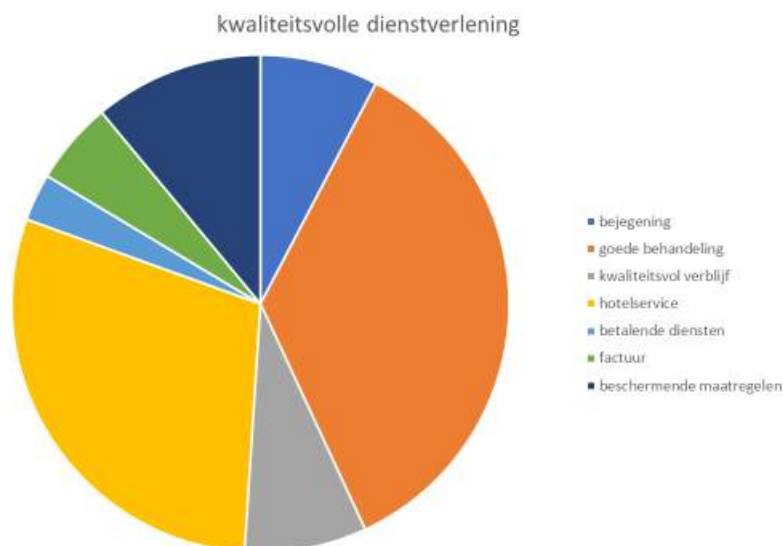
Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening (de grootste groep aanmeldingen) binnen PZ Heilig Hart.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Er is beperkt verschil merkbaar tussen beide diagrammen. Binnen PZ Heilig Hart hechtten patiënten meer belang aan het correct ontvangen van informatie en het vlot kunnen opvragen van hun patiëntendossier. Andere zaken zoals beschermende maatregelen en vragen naar financiële bemiddelingen komen niet aan bod bij de ombudsdienst. In grote lijnen volgt het ziekenhuis een gemiddelde doorsnede van een psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen met weinig tot geen uitschieters. Met dit, beperkt wetenschappelijk, beeld willen wij jullie visualiseren dat PZ Heilig Hart, niettegenstaande een laag aantal aanmeldingen, wel gemiddeld 'scoort'.

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.

JAARVERSLAG
INTERNE
OMBUDSDIENST
2019

PERIODE 01/01/2019 -31/12/2019

PSYCHIATRISCH CENTRUM MENEN

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.....	9
SITUERING VAN DE AANMELDINGEN	9
1. Relatie.....	9
2. Zorgdivisie	9
3. Vorm.....	10
4. Betrokkenen	10
DEEL 4.....	11
RESULTAAT	11
1. Doorlooptijd	11
2. Tevredenheid.....	11
DEEL 5.....	12
IDEEËNBUS	12
DEEL 6.....	12
ACTIVITEIETEN OMBUDSDIENST	12
DEEL 7.....	13
BESLUIT EN AANBEVELINGEN.....	13

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 meldingen 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.

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.

DEEL 1

OVERZICHT AANMELDINGEN

1. Aantal meldingen

In 2019 behandelde de ombudsdienst **42 meldingen** met 28 unieke melders waarvan:

- **29** meldingen (69%) in verband met de wet 'rechten van de patiënt';
- **13** meldingen (31%) niet rechtstreek in verband te brengen met de 'rechten van de patiënt'.

De algemene meldingsratio bedraagt **36 meldingen per 1.000 patiënten**.

**(totaal aantal meldingen/ totaal aantal opgenomen patiënten -
42 meldingen/1182 opnames)*

Het aandeel meldingen is dit jaar **gelijk gebleven**. Hieruit kan geconcludeerd worden dat patiënten en/of zijn context even goed de weg tot de ombudsdienst vinden.

	2016	2017	2018	2019
Aanmeldingen	18	41	45	42

2. Overzicht meldingen

2.1. Meldingen met betrekking tot de rechten van de patiënt

Deze meldingen benaderen 'de beroepsbeoefenaars van de gezondheidszorg'.

Er is een tendens doorheen de jaren op te merken. Het grootste aantal meldingen binnenin deze groep blijkt steeds de 'kwaliteitsvolle dienstverlening' te zijn.

Volgende rechten kwamen ook aan bod:

De melding rond de vrije keuze beroepsbeoefenaar gaat over één patiënt die het moeilijk had met het feit dat de muziektherapeut niet te werk gesteld is op alle afdelingen. De twee meldingen, over het krijgen van informatie over de gezondheidstoestand, gaan over de informatieverschaffing betrekking het medicatieschema van de patiënt. Tot slot is er een melding van een patiënt, waarbij een familielid werkt in de dienst huishoudelijk onderhoud van het ziekenhuis, die haar ongenoegen uitte rond het beschermen van de persoonlijke levenssfeer.

	2016	2017	2018	2019
Klachtenbemiddeling	0	0	0	0
Beschermen persoonlijke levenssfeer	0	1	2	1
Zorgvuldig bijhouden patiëntdossier/inzage	0	1	0	0
Geïnformeerde toestemming	1	1	0	0
Informatie gezondheidstoestand	0	0	4	3
Vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	1	0	1
Kwaliteitsvolle dienstverlening	15	24	25	24
Pijnbehandeling	0	1	0	0
Totaalsom	18	29	31	29

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening wordt in volgende tabellen opgesplitst in subcategorieën.

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 meldingen gedaan omtrent de respectvolle bejegening (5), de goede behandeling (5), het kwaliteitsvol verblijf (4), de goede hotelservice (7), de juiste factuur (1) en de beschermende maatregelen (2).

*Deze subcategorieën worden hieronder in detail besproken.

	2016	2017	2018	2019
Respectvolle bejegening	2	4	6	5
Goede behandeling	6	5	3	5
Kwaliteitsvol verblijf	2	4	4	4
Goede Hotelservice	0	6	6	7
Betalende diensten	0	0	1	0
Juiste factuur/ correct geldbeheer	2	0	0	1
Beschermende maatregelen	3	5	6	2
Totaalsom	15	24	26	24

Respectvolle bejegening

De meldingen met betrekking de respectvolle bejegening hebben het over de communicatie, zowel verbaal als non-verbaal. Eén patiënt voelde zich niet veilig op de afdeling omwille grensoverschrijdend gedrag van medepatiënt. Daarnaast gaf een patiënt aan dat het verpleegkundig team niet altijd beschikbaar is tijdens de overdrachtsmomenten.

	2017	2018	2019
Correcte omgangsvormen	3	3	3
Grensoverschrijdend gedrag	0	0	1
Luisterbereidheid	1	3	1
Andere	0	0	0
Totaalsom	4	6	5

Goede behandeling

De aanmeldingen met betrekking de goede behandeling hebben het onder meer over het behandel aanbod van de patiënt. Eén patiënt meldt dat er weinig aandacht is voor depressie op de afdeling verslavingszorg. Een andere patiënt wenst meer sportaanbod op de crisisafdeling. Daarnaast hebben drie patiënten het gevoel dat zij de arts te weinig zien. Ze wensen dat de arts meer betrokken is tijdens de behandeling.

	2017	2018	2019
Externe transfer	0	0	0
Interne transfer	1	0	0
Einde opname/ behandeling	3	0	0
Start opname/ behandeling	0	0	0
Betrokkenheid familie	0	0	0
Beschikbaarheid	0	0	3
Therapie	0	3	2
Medicatie	1	0	0
Somatische verzorging	0	0	0
Diagnose	0	0	0
Andere	0	0	0
Totaalsom	5	3	5

Kwaliteitsvol verblijf

Patiënten uitten hun ongenoegen en frustraties rond het groepsleven op de afdeling wegens het verdwijnen van (persoonlijk aangekochte) voeding uit de frigo. Dit werd besproken tijdens de patiëntenraad. Patiënten hebben vanuit dit overleg een werkgroep opgericht om samen een oplossing te zoeken. De afspraak binnen het ziekenhuis, waar patiënten niet op weekend kunnen wegens positieve labotesten op alcohol of drugs, zorgde ook voor twee aanmeldingen.

	2017	2018	2019
Weekend- en verlofregeling	2	0	2
Ontspanning/ vrije tijd	0	0	0
Groepsleven	0	0	1
Regels	2	3	1
Andere	0	0	0
Totaalsom	4	3	4

Goede hotelservice

De meldingen met betrekking goede hotelservice zijn divers. In 2019 hebben drie patiënten zich gericht naar de ombudsdienst betrekking de veiligheid van hun goederen. Zo is er schade aan persoonlijk materiaal vastgesteld en persoonlijk gerei verloren geraakt. Betrekking de infrastructuur gingen de meldingen over storingen op de persoonlijke tv-toestellen, geen WiFi op de kamer, het ontbreken van een handleiding van het microgolfoventoestel en het gemis van een boksbal in de fitnesszaal.

**Het ziekenhuis heeft, indien van toepassing, gezorgd voor een financiële vergoeding.*

	2017	2018	2019
Veiligheid goederen	5	2	3
Veiligheid persoon	0	0	0
Hygiëne	0	1	0
Infrastructuur/ accommodatie	0	1	4
Voeding	1	2	0
Andere	0	0	0
Totaalsom	6	6	7

Beschermende maatregelen

De meldingen over beschermende maatregelen hebben het onder andere over onbegrip van de behandeling. Eén patiënt begreep de reden tot het GO-statuut niet. Daarnaast was er melding rond het thema 'afzondering' waar er een familielid, naar aanleiding van een klacht in 2016, wenste met eigen ogen waar te nemen welke acties ons ziekenhuis hieromtrent had ondernomen. De directie en de ombudsdienst nodigden de man uit voor een wederzijds gesprek waar de evoluties binnen het ziekenhuis/ de geestelijke gezondheidszorg konden toegelicht worden. Het ziekenhuis ging niet in op de vraag om de desbetreffende afdeling te bezoeken wegens beroepsgeheim/ privacy van de opgenomen patiënten.

	2017	2018	2019
Internering	0	0	0
Gedwongen opname	3	6	1
Fixatie	2	1	0
Afzondering	0	0	1
Beperkte bewegingsvrijheid	0	0	0
Straf	0	0	0
Andere	0	0	0
Totaalsom	5	7	2

2.2. Aanmeldingen zonder betrekking tot de rechten van de patiënt

Onder dit luik werd dertien keer de interne ombudspersoon geraadpleegd.

Twee patiënten stelden de vraag hoe hun dossier kan opgevraagd worden. Verder kon de aanmelder nood hebben aan een luisterend oor, waar er ruimte is om even te ventileren. Zeven keer werd de ombudsdienst gecontacteerd door een patiënt die ontredderd was in zijn acute psychose en zocht naar nabijheid.

	2017	2018	2019
Familiaal	0	0	0
Juridisch	0	0	0
Financieel	2	0	0
Tewerkstelling	0	0	0
Huisvesting	0	0	1
Levensverhaal	4	2	0
Patiëntenrechten	3	3	2
Andere	3	8	10
Totaalsom	12	13	13

DEEL 2

VERWACHTINGEN VAN DE AANMELDER

Bij de meeste patiënten en context is 'het geven van signaal' de belangrijkste verwachting. Het luisteren, informeren maar ook bemiddelen zijn verzoeken dat de ombudsdienst krijgt. Daarnaast verwees de ombudsvrouw de aanmelder door naar de juiste dienst met de nodige adviezen, welke stappen genomen kunnen worden. Tot slot heeft het PCM naar aanleiding van twee aanmeldingen een correctie aangebracht op de factuur, alsook tweemaal een schadevergoeding betaald.

N.B. 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 blijft steeds neutraal.

	2016	2017	2018	2019
Luisteren	2	13	6	9
Informeren	4	10	6	6
Bemiddelen	1	4	6	3
Doorverwijzen intern	1	4	0	7
Doorverwijzen extern		2	0	
Signaleren	9	8	22	13
Coachen	1	0	1	0

Financieel akkoord (correctie factuur of schadeclaim)	/	0	1	4
Totaalsom	18	41	45	42

DEEL 3

SITUERING VAN DE AANMELDINGEN

1. Relatie

Het zijn en blijven vooral patiënten zelf die een klacht uiten of een vraag stellen. Opvallend is de daling van het aantal familieleden die de ombudsdienst raadpleegt.

N.B. De ombudspersoon vraagt altijd toestemming aan de patiënt zelf vooraleer een klacht te behandelen.

	2016	2017		2018		2019	
		Totaal	Uniek	Totaal	Uniek	Totaal	Uniek
Patiënt	14	32	18	38	14	40	26
Familie	3	5	5	7	6	2	2
Andere	1	4	2	0	0	0	0
Totaalsom	18	41	25	45	20	42	28

2. Zorgdivisie

Het grootste aantal aanmeldingen van unieke patiënten kreeg de ombudsdienst van de Kade. Patiënten of hun context behandeld op de Pendel melden geen ontevredenheden naar de ombudsdienst.

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		2019	
	Totaal	Uniek	Totaal	Uniek	Totaal	Uniek
Cura	10	4	11	2	6	3
Waag	0	0	8	4	5	2
Kade	13	10	15	8	9	8
Vliet	2	2	2	1	9	4
Horizon	4	3	6	2	6	4
Wierde	3	2	1	1	2	2
Pendel	4	1	2	2	0	0
NVT	5	3	0	0	5	5
Totaalsom	41	25	45	20	42	28

3. Vorm

In 2019 is direct contact het belangrijkste medium voor het behandelen van aanmeldingen. De brievenbus aan de receptie werd éénmaal gebruikt.

	2017		2018		2019	
	Totaal	Uniek	Totaal	Uniek	Totaal	Uniek
Direct contact	23	13	32	9	37	23
Telefonisch	10	7	5	3	1	1
Mail	5	2	5	5	3	3
Brief	3	3	3	3	1	1
Patiëntenintranet	0	0	0	0	0	0
Totaalsom	41	25	45	20	42	28

4. Betrokkenen

Het meerderheid van de aanmeldingen richten zich niet naar een betrokken persoon of dienst, de patiënt en context uitten eerder een algemeen ongenoegen of hebben vragen/ nood aan een luisterend oor. Als de ontevredenheid specifiek kan worden genoemd gaat dit voornamelijk over zaken die plaatsvinden binnen het behandeld team.

	2016	2017	2018	2019
Geen	/	11	7	15
Medepatiënt	/	3	2	3
Psychiater	2	9	13	3
Verpleging	2	5	5	4
Behandeld team	9	7	14	11
IB	/	0	0	1
Kiné	/	0	1	0
PMT	0	0	0	0
Ergotherapeut	0	0	0	0
Sociale dienst	1	1	1	0
Psycholoog	0	0	0	0
Administratie	2	1	0	2
Technische dienst	/	0	0	0
Keuken	/	1	2	0
Poetsdienst	/	1	0	1
Logistiek medewerker	0	0	0	0
Pastoraal medewerker	0	0	0	0
Directie	/	0	0	0
Andere	2	1	1	2
Totaalsom	18	41	45	42

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 of binnen de week afgehandeld worden.

	2017	2018	2019
Zelfde dag	25	24	21
Binnen de week	12	15	15
Binnen twee weken	4	5	4
Binnen vier weken	0	1	1
Later dan vier weken	0	0	1
Totaalsom	41	45	42

2. Tevredenheid

De tevredenheid is niet altijd te bepalen en kan een subjectief gegeven zijn. Vandaar dat de ombudsdienst 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. schadevergoeding), er een gericht antwoord kan komen op een vraag, zij zich gehoord voelen en/of de ombudspersoon samen met de aanmelder exploreert naar oplossingen.

De ontevredenheid is voornamelijk te linken aan de GO-procedure en/of de beslissing dat een patiënt niet op weekend kan gaan bij een positieve labo-analyse.

	2017	2018	2019
Tevreden	21	9	11
Gedeeltelijk tevreden	13	0	0
Ontevreden	6	7	3
Totaalsom	41	16	14

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.

Er kwamen geen voorstellen in 2019.

DEEL 6

ACTIVITEITEN OMBUDSDIENST

Intern

- Opmaak e-Learning patiëntenrechten – gepland in de bijscholingskalder van 2020

Extern

- Bijscholing: psychiaters nodigen uit: mr. Philip Van Den Berghe | Patiëntenrechten: een update! KU Leuven campus Kortrijk, 12 december 2019.
- 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.

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.

Aanbevelingen

Communicatie

- 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...*).
- Zet in op betere informatieverschaffing betrekking het medicatieschema van de patiënt.

Intern beleid

- Voorzie presentie door iemand van het behandeld team tijdens overdrachtmomenten.
- Er is een boksbal voorzien in de sporthal die onder begeleiding benut kan worden.

Voor verdere toelichting van het jaarverslag kunt u steeds contact opnemen met de ombudspersoon.

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Onze-Lieve-Vrouw van Vrede

PCM

Menen

periode van 1 januari tot 31 december 2019

psychiatrisch ziekenhuis

erkeningsnummer PZ 962

**Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon**

**Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg
februari 2020**

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 Psychiatrisch Centrum Menen.

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 10 maart 2020 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

Dit jaarverslag zal ook, indien gewenst, 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.

Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon GGZ

0491/ 39 39 18

anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be

2. 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.

	
<p>Anne-Leen Denolf, externe ombudspersoon anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be 0491 / 393 918</p>	<p>Heiderike Seynaeve, interne ombudspersoon H.Seynaeve@pcmenen.be 056 24 15 83</p>

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 02/02/2019, de laatste op 28/09/2019. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 8.

Dit zijn er opnieuw opvallend minder dan de voorgaande jaren, en komt opnieuw op het niveau van 2015.

Deze sterke daling van het aantal aanmeldingen heeft verschillende redenen. Vooral de aanwezigheid van de interne ombudsvrouw vangt het grootste aantal klachten op. De aanwezigheid van de externe ombudsdienst is een geruststelling voor patiënten die de onpartijdigheid bewust gaan opzoeken. In praktijk wordt deze buffer maar in zeer uitzonderlijke gevallen aangesproken. Daarnaast zijn de aanmeldingen door familieleden helemaal weggevallen. Deze groep vindt niet de weg naar de externe ombudsdienst of heeft hier geen nood aan.

In andere voorzieningen heeft de externe ombudsdienst een hogere bekendheid door een rondgang met de externe ombudspersoon en informele bezoeken aan de afdelingen.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2015	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	9	26	47	23	8
aanmelders	3	15	20	12	6

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

A. Aanmeldingen en aanmelders

De 8 aanmeldingen komen van in totaal 6 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 1 aanmelding was er geen enkel persoonlijk contact maar was er wel sprake van een intensief mailverkeer. Bij alle andere telefonische of schriftelijke contactnames van de patiënt volgde een vervolgesprek met de ombudsdienst. Bij 1 aanmelding waren er 3 gesprekken met de ombudsdienst, en dit over diezelfde aanmelding.

4 aanmelders kwamen naar de ombudspersoon met 1 vraag, klacht of probleem. 4 aanmelders kwamen in de loop van het jaar nog eens terug tot bij de ombudspersoon met een nieuwe aanmelding.

Er waren geen groepsklachten.

Alle aanmelders waren (ex)patiënten. Er waren geen familieleden onder de aanmelders. In 2018 was 1 aanmelder 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 ingezet vanaf 2018.

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	23		8	
aanmelders	12		6	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	10	52,63	5	71,42
<i>binnen de week</i>	6	31,57	2	28,57
<i>binnen de 2 weken</i>	3	15,78	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	19	100	7	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	4	17,39	1	12,50
<i>1 contact</i>	18	78,26	6	75,00
<i>2 contacten</i>	1	4,34	-	-
<i>3 contacten</i>	-	-	1	12,50
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	-	-
totaal	23	100	8	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	2		3	

B. Vorm van aanmelden

De meerderheid van de aanmeldingen gebeurde na een telefonisch contact met de ombudspersoon. Bij 1 aanmelder, die reeds gekend was uit vorig jaar, was er regelmatig contact via mail.

Meer dan de helft van de patiënten komen 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.

vertrouwelijk

In tweede instantie wou men dat bepaalde problemen gesignaleerd werden of dat er een luisterend oor geboden werd.

De aanmelders zijn allemaal patiënten in opname of net met ontslag, met uitzondering van 1 aanmelder die het ziekenhuis al enkele jaren terug verlaten had.

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.

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. 2 aanmeldingen betroffen niet direct een patiëntenrecht en waren juridisch van aard of simpelweg het kwijt kunnen van een levensverhaal.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	20	95,23	6	100,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	1	4,76	-	-
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	21	100	6	100

Alle aanmeldingen hebben betrekking op het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening. Andere patiëntenrechten komen niet 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.

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	-	-	-	-
1.2. goede behandeling/begeleiding	8	40,00	3	50,00
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	3	15,00	-	-
1.4. goede hotelservice	5	25,00	-	-
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	4	20,00	3	50,00
totaal	20	100	6	100

1.1. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	2	25,00	-	-
medicatie	1	12,50	-	-
individuele therapie	1	12,50	1	33,33
groepstherapie	1	12,50	-	-
voldoende beschikbaarheid	2	25,00	-	-
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	33,33
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	1	12,50	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	3	100

Bij goede behandeling en begeleiding zijn een aantal thema's die voorgaande jaren aan bod kwamen volledig weggevallen. 2 aanmelders contacteerden de ombudsdienst om hun ongenoegen te uiten over het verloop van hun ontslag na opname of hun overplaatsing. Naar hun aanvoelen werd hierin te weinig voorbereid en te weinig gecommuniceerd, redenen voor ontslag of overplaatsing waren onvoldoende duidelijk.

1.2. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	2	66,66
afzondering	-	-	1	33,33
fixatie	1	25,00	-	-
gedwongen opname	3	75,00	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	3	100

Bij categorie beschermende maatregelen werd beroep gedaan op de ombudsdienst om verhaal te kunnen doen over het niet mogen verlaten van de kamer/ afdeling.

1 aanmelding betrof een afzondering die plaatsgevonden had enkele jaren terug en waar de aanmelder nog steeds erkenning voor zocht. Deze laatste aanmelding, het langdurig effect van een afzondering zonder veel feedback tijdens en achteraf, is doorgesproken met de directie patiëntenzorg en de interne ombudspersoon.

D. Interventie en afsluiting

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.

Binnen het Psychiatrisch Centrum Menen bestond de hoofdtaak van de externe ombudspersoon vooral uit luisteren. Het luisterend oor van een externe ombudspersoon om verhaal te kunnen doen van een maatregel waar men onderhevig aan was, was meestal al voldoende. Soms werden patiënten doorverwezen naar andere bevoegde medewerkers of werden zaken gesignaleerd richting directie of medewerkers.

De meeste patiënten waren geheel of gedeeltelijk tevreden met de interventie van de ombudspersoon.

Bij enkele aanmeldingen heeft de ombudspersoon de aanmelder ook verder doorverwezen naar andere diensten, bijvoorbeeld een ombudsdienst van een ander ziekenhuis, de

interne ombudspersoon van het ziekenhuis of de mutualiteit.

4. VASTSTELLINGEN, AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen 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 aandachtspunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2019 2651 afgesloten meldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ

A. Uitoefening van de ombudsfunctie

- 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.
- Er werd steeds vlot en makkelijk samengewerkt met de interne ombudspersoon. De aanwezigheid van de interne ombudspersoon vangt een heel aantal klachten op die op die manier niet tot bij de externe ombudspersoon hoeven te komen.
- In 2019 waren er beduidend minder meldingen dan vorige jaren. Dit in tegenstelling tot heel wat andere voorzieningen van de ombudspersoon waar veel meer meldingen geregistreerd werden.
- Meldingen door familieleden zijn helemaal weggefallen. Deze groep vindt niet de weg naar de externe ombudspersoon.

Voor 2020 wil de ombudspersoon zich blijvend engageren om de ombudsdienst kenbaar te maken aan patiënten en familieleden. Mogelijks is een nieuwe rondgang langs de verschillende afdelingen samen met de interne ombudspersoon nuttig.

Momenteel is de externe ombudsdienst op de website van het Psychiatrisch Centrum enkel te vinden via de pagina FAQ – heeft u klachten? Misschien kunnen zowel interne als externe ombudsdienst een meer prominente rol krijgen op de website zodat ook familieleden deze snel en makkelijk kunnen terugvinden.

B. Aandachtspunten en aanbevelingen betreffende de rechten van de patiënt, evenals positieve ontwikkelingen

Overplaatsing of stopzetting van de behandeling

- We stellen vast dat het aantal meldingen bij beëindiging van de opname of verhuis nog steeds beperkt blijft in aantal. Maar het feit dat patiënten nog na hun verblijf contact opnemen met de ombudsdienst om hun ongenoegen te uiten, wijst er mogelijk op dat er nog tevredenheid te halen is uit een goede ontslagvoorbereiding of een exit-gesprek.

beschermende maatregelen

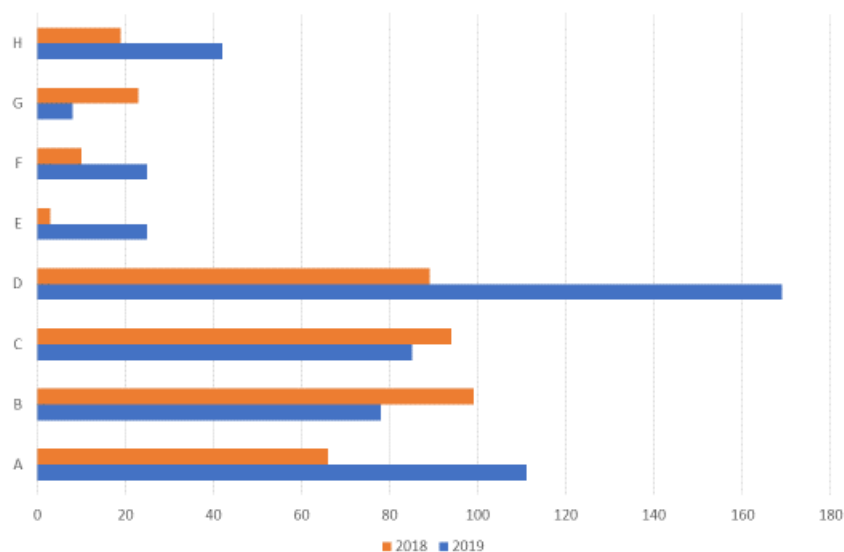
- In 2019 zien we, net zoals in voorgaande jaren, dat patiënten opnieuw beroep doen op de ombudsdienst om hun verhaal over de vrijheidsbeperking die zij ervaren te doen aan een externe, niet betrokken partij die zonder (voor)oordeel luistert naar het verhaal. Hierin ligt, ondanks het beperkt aantal meldingen de sterkte van de externe ombudswerking binnen het PCM.

5. BESLUIT EN BEPERKTE BENCHMARK

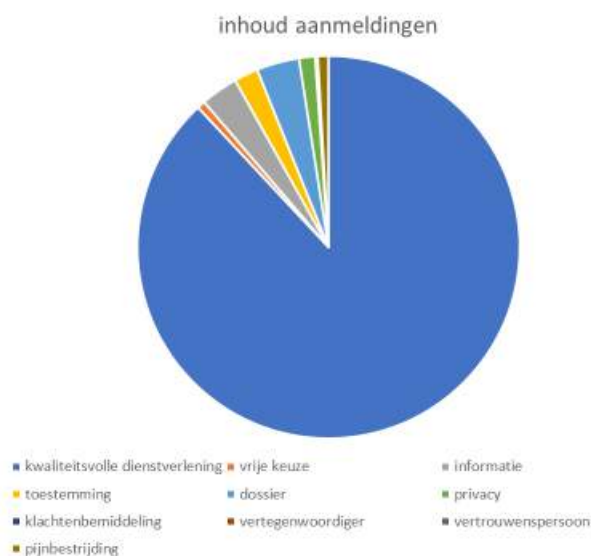
De Ombudsdienst heeft binnen PCM Menen bijzonder weinig meldingen ontvangen. Wanneer er zo weinig meldingen zijn, is het bijna onmogelijk om aanbevelingen te schrijven. Met weinig meldingen is er weinig aanvoelen van problemen, klachten, pijnpunten binnen de werking. Mogelijk vangt de aanwezigheid van de interne ombudspersoon hierin de meeste klachten op. Naar mijn inziens, zijn er zeker nog mogelijkheden om de patiëntenrechten en de beide ombudspersonen en hun werking nog beter bekend te maken, eventueel via de website, eventueel door toelichtingsmomenten op diverse afdelingen.

De ombudsvrouw behandelde in 2019 543 meldingen, daarvan waren er slechts 8 binnen PCM Menen. In alle Vlaamse voorzieningen samen zijn er 2651 meldingen.

Grafiek hieronder toont de verdeling van het aantal meldingen per ziekenhuis (PCM is letter G) en het verschil in aantal meldingen tussen 2018 en 2019.

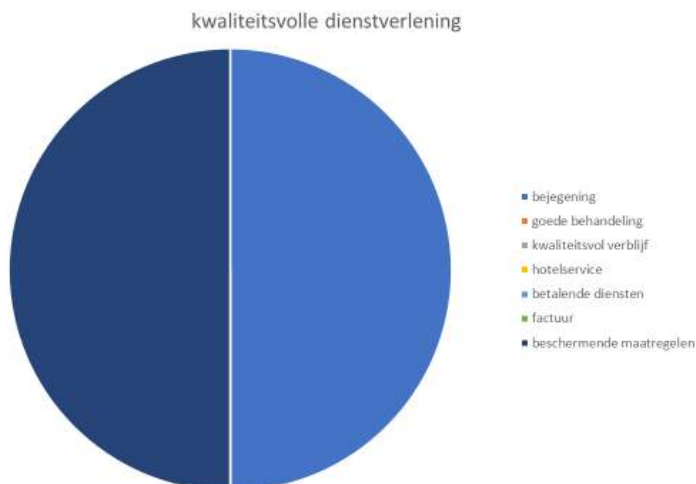


Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.

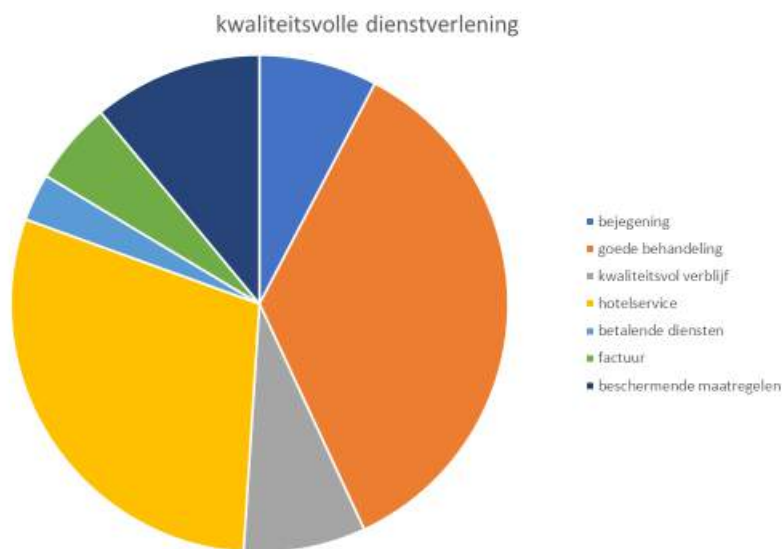


Voor het PCM zijn er alleen aanmeldingen rond kwaliteitsvolle dienstverlening. Andere patiëntenrechten komen niet aan bod.

Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening binnen PCM.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Beide diagrammen zijn niet te vergelijken, wegens beperkt aantal meldingen. Maar met dit, beperkt wetenschappelijk, beeld willen wij jullie visualiseren hoe een gemiddeld psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen 'scoort'.

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.

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Onzelvevrouw

Brugge

periode van 1 januari tot 31 december 2019

psychiatrisch ziekenhuis

erkeningsnummer PZ 963

Helene Cambien

Ombudspersoon

Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid

februari 2020



vertrouwelijk

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

www.ombudsfunctieggz.be

Vlaams overlegplatform Geestelijke Gezondheid

Hoefijzerlaan 40

8000 Brugge

www.op-wvl.be

Helene Cambien, externe ombudspersoon GGZ

0490/ 41 93 01

helene.cambien@ombudsfunctieggz.be

1. INLEIDING

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 meldingen, het voorwerp van de meldingen 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 (*IPSO*), 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. De Vlaamse ombudsman bundelde de meldingen van alle ombudspersonen in het Jaarverslag en klachtenboek 2019 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 melding** 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 meldingen. We kiezen bewust voor de term "meldingen". 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.

vertrouwelijk

De gegevens worden rechtstreeks ingebracht in een centrale databank, Go-between, ontwikkeld door KP-soft uit Mechelen (www.kpssoft.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. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be. De aanbevelingen uit het Vlaams jaarverslag worden overgenomen. 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 3 maart 2020 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

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**.

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.

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

In 2019 kende de ombudsdienst geen vaste medewerker in dit ziekenhuis. Tot het voorjaar nam Niki Vervaeke deze rol op zich, vanaf de zomer startte Justine Wijnhoven als vaste ombudspersoon voor het ziekenhuis. Omwille van medische redenen wordt Justine tijdelijk vervangen door Helene Cambien. In deze periode is Helene telkens op maandag aanwezig in het ziekenhuis van 12h tot 14h. De bedoeling is en blijft om zo snel mogelijk een vaste ombudspersoon in het ziekenhuis te hebben om een bestendige ombudswerking te kunnen uitbouwen.

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

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 11/03/2019, de laatste op 26/12/2019
 In 2019 werden slechts 39 aanmeldingen van 30 aanmelders geregistreerd. Er is een beperkte stijging ten opzichte van vorig jaar, na het sterke dalen ten opzichte van de jaren daarvoor. De sterke daling de voorbije twee jaar is deels te verklaren door de voortdurende wissels in ombudspersonen.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	62	62	32	39
aanmelders	38	45	25	30

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	32		39	
aanmelders	25		30	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	7	46,66	18	66,66
<i>binnen de week</i>	7	46,66	7	25,92
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	1	3,70
<i>binnen de vier weken</i>	1	6,66	1	3,70
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	15	100	27	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	17	53,12	12	30,76
<i>1 contact</i>	12	37,50	18	46,15
<i>2 contacten</i>	3	9,37	6	15,38
<i>3 contacten</i>	-	-	1	2,56
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	2	5,12
totaal	32	100	39	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	2		5	

verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0	0
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	32	38

De stijging van het aantal face to face contacten die op dezelfde datum plaatsvond als de aanmelding is te verklaren door het sinds de zomer wekelijks aanwezig zijn van een ombudspersoon in het ziekenhuis. 92% van de face to face contacten vond plaats binnen de week.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	29	90,62	30	76,92
groep patiënten	-	-	-	-
andere	3	9,37	9	23,07
totaal	32	100	39	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	15	51,72	15	50,00
vrouw	12	41,37	15	50,00
onbekend	2	6,89	-	-
totaal	29	100	30	100

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familie lid/partner	3	100,00	8	88,88
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	1	11,11
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	9	100

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

vertrouwelijk**Hoedanigheid indien andere**

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	3	100,00	9	100,00
totaal	3	100	9	100

Er is een duidelijke stijging van het aantal aanmelders in de omgeving van de patiënt. Zij kwamen allemaal ten persoonlijke titel naar de ombudspersoon. In vier gevallen onderschreef de patiënt de aanmelding, in vijf gevallen was terugkoppeling naar de patiënt niet mogelijk.

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	33,33	4	44,44
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	2	66,66	5	55,55
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	3	100	9	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	24	75,00	27	69,23
neen	8	25,00	12	30,76
totaal	32	100	39	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	7	87,50	12	100,00
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	1	12,50	-	-
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	8	100	12	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	3	9,37	8	20,51
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	2	6,25	8	20,51
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	27	84,37	23	58,97
totaal	32	100	39	100

De meeste aanmeldingen (59%) gebeurden telefonisch. Er is een stijging te merken in het aantal meldingen via direct contract (van 9,37% in 2018 naar 20,51% in 2019). Dit is te verklaren omdat er sinds de zomer terug een continuïteit is van een ombudspersoon die wekelijks aanwezig is in het ziekenhuis.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	13	40,62	7	17,94
vraag tot interventie	14	43,75	15	38,46
vraag tot signalering	3	9,37	13	33,33
vraag naar een luisterend oor	2	6,25	4	10,25
totaal	32	100	39	100

Wanneer er een aanmelding is bij de ombudspersoon, wordt er het meest gevraagd naar een interventie (38%). In dit geval was er één keer sprake van een vraag tot een financieel akkoord. Daarnaast wordt er ook geregeld gevraagd naar signalering (33%) en informatie (18%).

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	2	14,28	1	6,66
vraag om een ander soort akkoord	12	85,71	14	93,33
totaal	14	100	15	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	4	12,50	15	38,46
neen	7	21,87	21	53,84
werd niet bevraagd	21	65,62	3	7,69
totaal	32	100	39	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	3	75,00	12	80,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	2	13,33
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	1	25,00	1	6,66
totaal	4	100	15	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
onbekend/wist niet dat het kon	-	-	8	38,09
durfde niet	-	-	7	33,33
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	7	100,00	6	28,57
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	7	100	21	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	27	84,37	27	69,23
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	4	12,50	7	17,94
niet van toepassing	1	3,12	5	12,82
andere	-	-	-	-
totaal	32	100	39	100

C. Inhoud van de aanmelding

Aanmeldingen weerhouden voor Federale Commissie 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.

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	10	31,25	6	15,38
aanmeldingen die weerhouden worden	22	68,75	33	84,61
totaal	32	100	39	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	18	81,81	28	84,84
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	9,09	3	9,09
3. informatie	-	-	1	3,03
4. geïnformeerde toestemming	1	4,54	-	-
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	1	3,03
5. c) afschrift patiëntendossier	1	4,54	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	22	100	33	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

In dit jaarverslag vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2019, 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.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	30	93,75	38	97,43
algemene vraag los van patiëntenrecht	2	6,25	1	2,56
totaal	32	100	39	100

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	1	50,00	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	1	100,00
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	1	50,00	-	-
levensverhaal	-	-	-	-
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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	3	9,37	1	2,56
psychiater	6	18,75	8	20,51
huisarts	1	3,12	-	-
andere arts	-	-	1	2,56
apotheker	-	-	1	2,56
verpleging	1	3,12	9	23,07
persoonlijke begeleider	2	6,25	1	2,56
sociale dienst	1	3,12	1	2,56
psycholoog	1	3,12	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	14	43,75	16	41,02
administratieve dienst	-	-	1	2,56
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	-	-	-	-
poetsdienst	-	-	-	-
directie	3	9,37	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	32	100	39	100

vertrouwelijk

De meeste meldingen hebben betrekking tot het multidisciplinaire team (41%), de verpleging (23%) en de psychiater (20%). Dit zijn tevens ook de disciplines die het meest in contact komen met de patiënten.

In volgende tabellen worden de meldingen 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 meldingen.

Overzicht meldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	24	80,00	30	78,94
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	6,66	3	7,89
3. informatie	-	-	1	2,63
4. geïnformeerde toestemming	1	3,33	-	-
5. inzage patiëntendossier	1	3,33	2	5,26
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	3,33	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	2,63
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	3,33	1	2,63
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	30	100	38	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	1	4,16	7	23,33
1.2. goede behandeling/begeleiding	14	58,33	16	53,33
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	8,33	1	3,33
1.4. goede hotelservice	3	12,50	2	6,66
1.5. betalende diensten	1	4,16	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	1	3,33
1.7. beschermende maatregelen	3	12,50	3	10,00
totaal	24	100		

De meeste meldingen gaan net zoals vorig jaar over goede behandeling en begeleiding (53%). Verder is er ook een stijging te merken op vlak van de meldingen omtrent respectvolle bejegening (van 4% in 2018 naar 23% in 2019).

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	1	100,00	6	85,71
grensoverschrijdend gedrag	-	-	1	14,28
andere	-	-	-	-
totaal	1	100		

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	2	12,50
somatische verzorging	1	7,14	3	18,75
medicatie	2	14,28	2	12,50
individuele therapie	6	42,85	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	-	-
betrokkenheid familie	1	7,14	3	18,75
start opname/behandeling/begeleiding	1	7,14	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	3	21,42	5	31,25
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	1	6,25
totaal	14	100	16	100

Start opname/behandeling/begeleiding

Geen meldingen in 2019. In 2018 was hier één melding over.

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	1	33,33	4	80,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	2	66,66	1	20,00
totaal	3	100	5	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

Er was één aanmelding omtrent 'regels' in 2019. In 2018 waren hier twee aanmeldingen over.

1.4. Goede hotel service

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	-	-	-	-
infrastructuur/accommodatie	2	66,66	1	50,00
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	1	33,33	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

1.5. Betalende diensten

Geen aanmelding over betalende diensten. In 2018 was er één aanmelding over betalende diensten.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

Één aanmelding over in 2019. Er waren geen aanmeldingen in 2018

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	33,33	1	33,33
afzondering	-	-	1	33,33
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	2	66,66	1	33,33
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	3	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	1	33,33
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	2	100,00	1	33,33
andere	-	-	1	33,33
totaal	2	100	3	100

3. Recht op informatie

Één aanmelding in 2019. Geen aanmelding in 2018.

4. Recht op geïnformeerde toestemming

Geen aanmeldingen over in 2019. In 2018 was er één aanmelding rond het recht op geïnformeerde toestemming.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,00	2	100,00
totaal	1	100	2	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Geen aanmeldingen over in 2019. In 2018 één aanmelding rond beroepsgeheim

7. Recht op klachtenbemiddeling

Één aanmelding over dit patiëntrecht in 2019 betreffende het bemoeilijken van het contacteren van de externe ombudspersoon.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Al enkele jaren geen aanmeldingen over.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Één aanmelding in 2019 betreffende de informatie over het recht op een vertrouwenspersoon.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	5	15,62	4	10,52
doorverwijzen intern	-	-	1	2,63
doorverwijzen extern	1	3,12	-	-
informeren	11	34,37	3	7,89
signaleren	1	3,12	12	31,57
coachen	2	6,25	5	13,15
bemiddelen	12	37,50	13	34,21
totaal	32	100	38	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	2	16,66	2	15,38
ombudspersoon zonder patiënt	10	83,33	11	84,61
totaal	12	100	13	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	15	48,38	9	23,68
<i>binnen de week</i>	9	29,03	19	50,00
<i>binnen de twee weken</i>	5	16,12	7	18,42
<i>binnen de vier weken</i>	1	3,22	1	2,63
<i>later dan vier weken</i>	1	3,22	2	5,26
totaal	31	100	38	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.

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

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

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	9	29,03	9	23,68
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	18	58,06	17	44,73
ontevredenheid patiënt	3	9,67	4	10,52
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	2	5,26
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	4	10,52
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	1	3,22	2	5,26
totaal	31	100	38	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	9	29,03	14	36,84
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	20	64,51	12	31,57
ontevredenheid patiënt	1	3,22	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	4	10,52
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	6	15,78
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	1	3,22	2	5,26
totaal	31	100	38	100

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen 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, raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. In totaal waren er in 2019 **2651** afgesloten meldingen 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 ombudsfunctie. De ombudspersonen ervaren een open en constructieve houding bij nagenoeg alle medewerkers van het ziekenhuis.
- In 2018 en 2019 zijn er minder meldingen 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 meldingen zal opvangen.
- Er is een wekelijkse permanentie in het ziekenhuis op donderdag van 12 uur tot 14 uur.
- Eenmaal per maand is er een overleg tussen de interne ombudspersoon en de externe 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

Er waren meerdere meldingen over de omgangsvormen van zorgverleners ten opzichte van de patiënt. Deze meldingen gingen globaal gezien over de reactie na een incident of wanneer een patiënt een regel overtrad of in vraag stelde.

- *Indien er ontevredenheid is over bepaalde afspraken of voorvallen bij patiënten getuigd het van patiëntvriendelijkheid en aandacht voor het welzijn van de patiënt, om dit samen met de patiënt te bekijken en samen proactief te zoeken naar een oplossing. Het is daarbij ook belangrijk om in het kader van zorg op maat in de mate van het mogelijke te zoeken naar een evenwicht tussen algemene regels en individuele afspraken.*

- 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 meldingen 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 te doen om in het kader van zorg op maat te zoeken naar een evenwicht tussen algemene regels en individuele afspraken, in samenspraak met patiënten.*
- *Een gedwongen ontslag in het algemeen, om welke reden of omstandigheid dan ook, zorgt voor een breuk in het behandeltraject. Er is op dat moment vaak nog geen vervolgtraject voor handen en geen tijd/ruimte meer om dat verder uit te werken. Om de zorgcontinuïteit te handhaven in het belang van het welzijn van de patiënt is het belangrijk om als zorgverlener hier in te investeren en in samenspraak met de cliënt te exploreren om de zorg verder te kunnen zetten binnen een andere vorm of voorziening.*

- Door intensifiëring van de zorg is de omgeving een belangrijkere rol in de behandeling gaan spelen. Personen uit de omgeving (vooral familie) gaven dit jaar aan bij de ombudspersoon zich niet altijd gehoord te voelen en machteloos te staan in beslissingen die worden genomen.

- *In de samenwerking met de omgeving van een patiënt is het voor zorgverleners een moeilijke evenwicht zoeken, omdat in elke situatie ook andere noden zijn, verwachtingen zijn en een band is tussen de patiënt en de omgeving. Dit is dan ook een aspect dat tijdens een opname niet uit het oog verloren mag worden, en de nodige aandacht verdient tijdens de opname.*

5. BESLUITEN

Er waren in 2019 39 meldingen bij de externe ombudsfunctie

De meldingen bij de externe ombudspersoon hadden in 2019 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 patiëntenrecht recht op kwaliteitsvolle dienstverlening en specifiek over de omgangsvormen ten opzichte van de patiënten, de rol van de omgeving in de zorg en zorgcontinuïteit bij een gedwongen ontslag.

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 PZ Onzeliëvrouw bijzonder en binnen de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen.

JAARVERSLAG 2019
EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
PZ DUFFEL

Van 1 januari tot
31 december 2019

Jaarverslag ombudswerking aanmeldingen 2019 - PZ Duffel (erkenningnr.970)
Externe Ombudspersoon GGZ Provincie Antwerpen Lou Hamdaoui



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

VLOGG vzw

Vlaams Overlegplatform Geestelijke

Gezondheid vzw

Haagbeuklei 12,
2610 Wilrijk

Tel: 03/609.33.45

lou.hamdaoui@oggpa.be

www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

UPC DUFFEL

(Erkenningsnummer 970)

periode van 1 januari 2019 tot 31 december 2019

Lou Hamdaoui
Ombudspersoon
VLOGG vzw
Februari 2020

INHOUD

1. INLEIDING	5
2. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ	7
3. BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN	8
4. AANMELDINGEN 2019	9
5. STRUCTUREEL OVERLEG	29
6. AANMELDINGEN PVT SCHORSHAEGEN	30
7. BESLUIT	31

1. INLEIDING

Vanaf 2018 moeten de individuele jaarverslagen van de psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen, via de externe ombudsdienst, aan de Vlaamse ombudsman worden bezorgd. De 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 uitbreiding van de ombudsfunctie in de provincie Antwerpen in 2016, heeft geleid tot het uitwerken van een nieuwe manier van werken. 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.

Het geactualiseerd huishoudelijk reglement van de externe ombudsfunctie GGZ van 2016 werd 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 meldingen, het voorwerp van de meldingen 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 meldingen 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 meldingen 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 ombudsfunctie GGZ. Vanuit de neutrale en onafhankelijke positie van de externe ombudspersoon wordt steeds vertrokken vanuit een meerzijdige partijdigheid. In deze praktijk wordt veel belang gehecht aan het herstel van de dialoog tussen patiënt en hulpverlener. Bemiddeling zoals gehanteerd door de GGZ-ombudspersonen, lijkt de methode bij uitstek om tot een duurzame dialoog te komen. Deze manier dient niet enkel de mogelijkheid om de klacht sneller aan te pakken, maar brengt de partijen ook 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 2019

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	315	590	525	559
aanmelders	309	514	457	494

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSO)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	486	92,57	515	92,96
algemene vraag los van patiëntenrecht	39	7,42	39	7,03
totaal	525	100	554	100

Overzicht aanvragen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	371	76,49	401	77,86
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	0,82	9	1,74
3. informatie	40	8,24	33	6,40
4. geïnformeerde toestemming	18	3,71	11	2,13
5. inzage patiëntendossier	36	7,42	33	6,40
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	1,23	16	3,10
7. klachtenbemiddeling	3	0,61	4	0,77
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,20	-	-
9. vertrouwenspersoon	6	1,23	6	1,16
10. pijnbestrijding	-	-	2	0,38
totaal	485	100	515	100

4. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 05/01/2019, de laatste op 24/12/2019.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 162, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 160.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	61	126	154	162
aanmelders	59	102	117	124

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	154		162	
aanmelders	117		124	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	117	76,47	112	72,72
<i>binnen de week</i>	36	23,52	41	26,62
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	1	0,64
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	153	100	154	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	1	0,64	7	4,32
<i>1 contact</i>	133	86,36	128	79,01

2 contacten	19	12,33	23	14,19
3 contacten	-	-	4	2,46
meer dan 3 contacten	1	0,64	-	-
totaal	154	100	162	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		3	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	152		160	

De **162** aanmeldingen (2019) komen van in totaal 124 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
6	1	0,80	6	3,70
5	1	0,80	5	3,08
4	1	0,80	4	2,46
3	4	3,22	12	7,40
2	18	14,51	36	22,22
1	99	79,83	99	61,11
totaal	124	100	162	100

De **154** aanmeldingen (2018) komen van in totaal 117 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	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

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

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	128	83,11	135	83,33
groep patiënten	3	1,94	-	-
andere	23	14,93	27	16,66
totaal	154	100	162	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	51	39,84	44	32,59
vrouw	77	60,15	91	67,40
onbekend	-	-	-	-
totaal	128	100	135	100

Aantal leden groep

Geen records voor dit veld.

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familielid/partner	23	100,00	26	96,29
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	1	3,70
andere	-	-	-	-
totaal	23	100	27	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	4,34	-	-
als vertrouwenspersoon	5	21,73	-	-
ten persoonlijke titel	17	73,91	27	100,00
totaal	23	100	27	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	18	78,26	20	74,07
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	4	14,81
terugkoppeling was niet mogelijk	5	21,73	2	7,40
terugkoppeling was niet nodig	-	-	1	3,70
totaal	23	100	27	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	134	87,01	142	87,65
neen	20	12,98	20	12,34
totaal	154	100	162	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	15	75,00	15	75,00
dit jaar binnen een andere voorziening	2	10,00	1	5,00
vorige jaren binnen deze voorziening	3	15,00	4	20,00
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	20	100	20	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	-	-	2	1,23
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	10	6,49	11	6,79
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	144	93,50	149	91,97
totaal	154	100	162	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	42	27,27	56	34,56
vraag tot interventie	102	66,23	97	59,87
vraag tot signalering	5	3,24	7	4,32
vraag naar een luisterend oor	5	3,24	2	1,23
totaal	154	100	162	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	8	7,84	5	5,15
vraag om een ander soort akkoord	94	92,15	92	94,84
totaal	102	100	97	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	80	51,94	119	73,45
neen	74	48,05	42	25,92
werd niet bevraagd	-	-	1	0,61
totaal	154	100	162	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	78	97,50	118	99,15
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	1	1,25	-	-
extern	1	1,25	1	0,84
totaal	80	100	119	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	12	16,21	7	16,66
durfde niet	20	27,02	14	33,33
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	42	56,75	21	50,00
totaal	74	100	42	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	8	5,19	8	4,93
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	107	69,48	101	62,34
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	31	20,12	36	22,22
niet van toepassing	4	2,59	17	10,49
andere	4	2,59	-	-
totaal	154	100	162	100

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOE)

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

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOE)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	152	98,70	159	98,14
algemene vraag los van patiëntenrecht	2	1,29	3	1,85
totaal	154	100	162	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	1	50,00	1	33,33
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	1	50,00	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	-	-	2	66,66
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	3	100

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

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	-	-	1	0,61
psychiater	55	35,71	66	40,74
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	1	0,61
apotheker	-	-	-	-
verpleging	5	3,24	13	8,02
persoonlijke begeleider	19	12,33	15	9,25
sociale dienst	14	9,09	25	15,43
psycholoog	6	3,89	3	1,85
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	5	3,24	2	1,23
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	27	17,53	27	16,66
administratieve dienst	8	5,19	1	0,61
technische dienst	2	1,29	1	0,61
voedingsdienst	2	1,29	-	-
poetsdienst	-	-	1	0,61
directie	2	1,29	2	1,23
bewindvoerder	1	0,64	1	0,61
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	8	5,19	3	1,85
totaal	154	100	162	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	128	84,21	136	85,53
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	0,62
3. informatie	6	3,94	-	-
4. geïnformeerde toestemming	4	2,63	8	5,03
5. inzage patiëntendossier	9	5,92	10	6,28
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	2	1,25
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,65	-	-
9. vertrouwenspersoon	4	2,63	2	1,25
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	152	100	159	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	17	13,28	11	8,08
1.2. goede behandeling/begeleiding	74	57,81	82	60,29
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	8	6,25	3	2,20
1.4. goede hotelservice	8	6,25	6	4,41
1.5. betalende diensten	-	-	1	0,73
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	12	9,37	7	5,14
1.7. beschermende maatregelen	9	7,03	26	19,11
totaal	128	100	136	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	5	29,41	1	9,09
correcte omgangsvormen	7	41,17	8	72,72
grensoverschrijdend gedrag	4	23,52	2	18,18
andere	1	5,88	-	-
totaal	17	100	11	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	6	8,10	4	4,87
medicatie	3	4,05	3	3,65
individuele therapie	8	10,81	3	3,65
groepstherapie	2	2,70	8	9,75
voldoende beschikbaarheid	7	9,45	5	6,09
betrokkenheid familie	5	6,75	5	6,09
start opname/behandeling/begeleiding	16	21,62	16	19,51
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	21	28,37	22	26,82
overplaatsing naar andere afdeling	1	1,35	2	2,43
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	6	7,31
andere	5	6,75	8	9,75
totaal	74	100	82	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	6,25	4	25,00
andere	15	93,75	12	75,00
totaal	16	100	16	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	7	33,33	19	86,36
geweigerd	2	9,52	-	-
andere	12	57,14	3	13,63
totaal	21	100	22	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	1	100,00	1	50,00
geweigerd	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	-	-	3	50,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	3	50,00
totaal	-	-	6	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
regels	-	-	-	-
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	1	33,33
weekend- en verlofregeling	7	87,50	2	66,66
andere	1	12,50	-	-
totaal	8	100	3	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	2	25,00	-	-
infrastructuur/accommodatie	3	37,50	1	16,66
hygiëne	-	-	4	66,66
veiligheid persoon	-	-	1	16,66
veiligheid goederen	2	25,00	-	-
andere	1	12,50	-	-
totaal	8	100	6	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	1	100,00
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	7	58,33	2	28,57
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	8,33	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	2	16,66	4	57,14
verzekeringen	2	16,66	1	14,28
andere	-	-	-	-
totaal	12	100	7	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	2	22,22	-	-
afzondering	-	-	2	7,69
fixatie	-	-	1	3,84
gedwongen opname	7	77,77	23	88,46
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	26	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	1	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	1	16,66	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	16,66	-	-
alternatieven	2	33,33	-	-
andere	2	33,33	-	-
totaal	6	100	-	-

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019		
	n	%	n	%	
medicatie	informatie	2	50,00	-	-
	toestemming	2	50,00	8	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal	4	100	8	100	

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	2	22,22	-	-
inzage/afschrift dossier	7	77,77	10	100,00
totaal	9	100	10	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019		
	n	%	n	%	
medisch luik	inzage	-	-	-	
	afschrift	-	-	1	10,00
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-	
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	
	afschrift	-	-	1	10,00
onderzoekresultaten	inzage	-	-	-	
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	1	14,28	1	10,00
	afschrift	6	85,71	6	60,00
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	1	10,00
totaal	7	100	10	100	

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	2	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	3	75,00	2	100,00
andere	1	25,00	-	-
totaal	4	100	2	100

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen (160)**.

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.

Hoofdenterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	5	3,28	-	-
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informereren	43	28,28	55	34,37
signaleren	10	6,57	9	5,62
coachen	2	1,31	9	5,62
bemiddelen	92	60,52	87	54,37
totaal	152	100	160	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	7	7,60	18	20,68
ombudspersoon zonder patiënt	85	92,39	69	79,31
totaal	92	100	87	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	50	32,89	43	26,87
<i>binnen de week</i>	97	63,81	116	72,50
<i>binnen de twee weken</i>	3	1,97	1	0,62
<i>binnen de vier weken</i>	1	0,65	-	-
<i>later dan vier weken</i>	1	0,65	-	-
totaal	152	100	160	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	6		2	

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

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

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

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	99	65,13	104	65,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	36	23,68	37	23,12
ontevredenheid patiënt	16	10,52	13	8,12
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	0,65	1	0,62
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	2	1,25
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	-	-	3	1,87
totaal	152	100	160	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	120	78,94	143	89,37
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	29	19,07	10	6,25
ontevredenheid patiënt	1	0,65	1	0,62
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	2	1,31	3	1,87
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	0,62
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	-	-	2	1,25
totaal	152	100	160	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederichter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Samenvatting aanmeldingen 2019:

- De **162** aanmeldingen (2019) komen van in totaal **124** aanmelders.
- Bijna alle aanmelders kregen een eerste gesprek **binnen de week (99%)**.
- Bij 96% van de aanmeldingen heeft er **minstens 1 persoonlijk** contact plaatsgevonden.
- Het aantal aanmeldingen waarbij er **geen face to face** contact was, is 7.
- In 2019 waren er **geen groepsklachten**.
- 17% van de aanmeldingen werden geformuleerd door de **partner of een ander familielid**.
- 12% van de aanmelders is **reeds gekend**.
- Het aantal aanmelders dat spontaan gebruik maakt van de **permanentie** is nihil. De meeste aanmelders (**92%**) melden zich **telefonisch** en maken een **afspraak** in het ziekenhuis.
- **60%** van de aanmelders vraagt expliciet om een **interventie**, **35%** vraagt **informatie**.
- **73%** van de aanmelders heeft informeel eerdere stappen ondernomen.
- **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 (54%) en Informeren (34%)** blijven de voornaamste vormen van interventie van de externe ombudspersoon.
- Er waren in 2018 **18 driegesprekken**, dat zijn er 11 meer dan vorig jaar.
- Doorgaans worden aanmeldingen binnen een termijn van **2 weken** afgesloten.

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. 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 sterk is ingezet op de bereikbaarheid van de externe ombudsfunctie, mede door de inspanningen en pro-actieve werking 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 ambulante). 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, met onder andere 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. AANMELDINGEN PVT SCHORSHAEGEN

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	9	15	20	10
aanmelders	9	11	11	10

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 07/06/2019, de laatste op 30/12/2019.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 10, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 9.

- De bewoners zijn algemeen zeer tevreden over hun verblijf en vonden het een meerwaarde om een onafhankelijk luisterend oor te hebben.
- In **alle** gevallen ging het om het vertellen van het eigen levensverhaal.

7. BESLUIT

In het psychiatrisch ziekenhuis telden we 162 meldingen. 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 alsook de pro-actieve inspanningen van de externe ombudspersoon leveren een grote bijdrage aan een gerichte en efficiënte kwaliteitsverbetering.

Alle meldingen van 2019 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.

Jaarverslag UPC Sint Kamillus Bierbeek 2019

1. INLEIDING

U vindt hierbij een overzicht van het aantal klachten meldingen aan de externe ombudsdienst in het ziekenhuis St Kamillus Bierbeek.

Het aantal wordt vergeleken met de meldingen van vorige jaren.

Achteraan vindt u algemene bevindingen voor alle ziekenhuizen.

De inhoudelijke aanbevelingen voor het ziekenhuis zelf zijn nog niet voldoende verwerkt en zullen in een persoonlijk onderhoud met de directies later worden besproken en opgenomen

2. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 07/01/2019, de laatste op 01/12/2019. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 58, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 55. Dit is ongeveer gelijk aan het aantal van vorig jaar.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	61	57	57	58
aanmelders	60	55	57	53

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	57		58	
aanmelders	57		53	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	37	64,91	47	81,03
<i>binnen de week</i>	13	22,80	9	15,51
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	4	7,01	-	-
<i>later dan vier weken</i>	3	5,26	2	3,44
totaal	57	100	58	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	-	-
<i>1 contact</i>	24	42,10	35	60,34
<i>2 contacten</i>	16	28,07	12	20,68
<i>3 contacten</i>	10	17,54	10	17,24
<i>meer dan 3 contacten</i>	7	12,28	1	1,72
totaal	57	100	58	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	10		5	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	46		55	

De **58** aanmeldingen (2019) komen van in totaal 53 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
2	5	9,43	10	17,24

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

1	48	90,56	48	82,75
totaal	53	100	58	100

De **57** aanmeldingen (2018) komen van in totaal 57 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
1	57	100,00	57	100,00
totaal	57	100	57	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	47	82,45	51	87,93
groep patiënten	4	7,01	4	6,89
andere	6	10,52	3	5,17
totaal	57	100	58	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	36	76,59	43	84,31
vrouw	11	23,40	8	15,68
onbekend	-	-	-	-
totaal	47	100	51	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	3	75,00	2	50,00
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	1	25,00	2	50,00

totaal	4	100	4	100
grootste groep	8		8	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familielid/partner	6	100,00	3	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	3	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	4	66,66	2	66,66
als vertrouwenspersoon	1	16,66	-	-
ten persoonlijke titel	1	16,66	1	33,33
totaal	6	100	3	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	3	50,00	1	33,33
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	2	33,33	1	33,33
terugkoppeling was niet nodig	1	16,66	1	33,33
totaal	6	100	3	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	40	70,17	38	65,51
neen	17	29,82	20	34,48

totaal	57	100	58	100
--------	----	-----	----	-----

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	7	41,17	9	45,00
dit jaar binnen een andere voorziening	1	5,88	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	4	23,52	11	55,00
vorige jaren in andere voorziening	5	29,41	-	-
totaal	17	100	20	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	22	38,59	20	34,48
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	30	52,63	34	58,62
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	5	8,77	4	6,89
totaal	57	100	58	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	8	14,03	2	3,44
vraag tot interventie	12	21,05	23	39,65
vraag tot signalering	33	57,89	28	48,27
vraag naar een luisterend oor	4	7,01	5	8,62
totaal	57	100	58	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%

vraag om een financieel akkoord	1	8,33	4	17,39
vraag om een ander soort akkoord	11	91,66	19	82,60
totaal	12	100	23	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	2	3,50	1	1,72
neen	-	-	-	-
werd niet bevraagd	55	96,49	57	98,27
totaal	57	100	58	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	2	100,00	1	100,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	-	-	-	-
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	-	-	-	-
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2018	2019
--	------	------

categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding opgenomen/in behandeling/in begeleiding	-	-	2	3,44
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	52	91,22	55	94,82
niet van toepassing	5	8,77	1	1,72
andere	-	-	-	-
totaal	57	100	58	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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	50	87,71	54	93,10
algemene vraag los van patiëntenrecht	7	12,28	4	6,89
totaal	57	100	58	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	1	14,28	-	-
financieel	1	14,28	-	-

tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	2	28,57	1	25,00
patiëntenrechten	-	-	1	25,00
andere	3	42,85	2	50,00
totaal	7	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	5	8,77	3	5,17
psychiater	11	19,29	11	18,96
huisarts	-	-	-	-
andere arts	2	3,50	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	29	50,87	24	41,37
persoonlijke begeleider	-	-	1	1,72
sociale dienst	2	3,50	1	1,72
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	2	3,50	2	3,44
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	4	7,01	7	12,06
voedingsdienst	1	1,75	2	3,44
poetsdienst	-	-	-	-
directie	1	1,75	6	10,34
bewindvoerder	-	-	1	1,72
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	57	100	58	100

In volgende tabellen worden de aanmeldingen weergegeven die betrekking hebben op

een **patiëntenrecht**. Enkel het patiëntenrecht waarrond de ombudspersoon één of andere actie onderneemt, wordt geregistreerd. Onderneemt de ombudspersoon actie rond meerdere patiëntenrechten, dan wordt het verhaal van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aanmeldingen.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	42	84,00	47	87,03
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	1,85
3. informatie	2	4,00	-	-
4. geïnformeerde toestemming	3	6,00	5	9,25
5. inzage patiëntendossier	1	2,00	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	2,00	1	1,85
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	1	2,00	-	-
totaal	50	100	54	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	16	38,09	10	21,27
1.2. goede behandeling/begeleiding	8	19,04	12	25,53
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	4	9,52	5	10,63
1.4. goede hotelservice	8	19,04	11	23,40
1.5. betalende diensten	1	2,38	3	6,38
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	2,38	1	2,12
1.7. beschermende maatregelen	4	9,52	5	10,63
totaal	42	100	47	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	7	43,75	6	60,00
correcte omgangsvormen	7	43,75	4	40,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	2	12,50	-	-
totaal	16	100	10	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	2	16,66
medicatie	1	12,50	-	-
individuele therapie	1	12,50	2	16,66
groepstherapie	-	-	1	8,33
voldoende beschikbaarheid	2	25,00	5	41,66
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	1	12,50	1	8,33
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	8,33
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	3	37,50	-	-
totaal	8	100	12	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	1	100	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	3	75,00	3	60,00
groepsleven	1	25,00	1	20,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	1	20,00
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	4	100	5	100
--------	---	-----	---	-----

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	1	12,50	2	18,18
infrastructuur/accommodatie	4	50,00	4	36,36
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	3	37,50	5	45,45
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	11	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	1	33,33
publifoon	-	-	-	-
andere	1	100,00	2	66,66
totaal	1	100	3	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	1	100,00

bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	1	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	1	25,00	3	60,00
fixatie	1	25,00	-	-
gedwongen opname	2	50,00	2	40,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	5	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	1	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	1	50,00	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-

alternatieven	-	-	-	-
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	-	-

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medicatie				
behandeling/begeleiding				
andere				
totaal	3	100	5	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier				
inzage/afschrift dossier	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medisch luik				
verpleegkundig dossier				

sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
andere	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
totaal		1	100	-	-

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	100,00	1	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%

niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	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** (55).

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	2	4,34	9	16,36
doorverwijzen intern	-	-	1	1,81
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	1	2,17	2	3,63
signaleren	27	58,69	32	58,18
coachen	11	23,91	2	3,63
bemiddelen	5	10,86	9	16,36
totaal	46	100	55	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	2	40,00	2	22,22
ombudspersoon zonder patiënt	3	60,00	7	77,77
totaal	5	100	9	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%

aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	1	2,17	2	3,63
<i>binnen de week</i>	4	8,69	1	1,81
<i>binnen de twee weken</i>	2	4,34	6	10,90
<i>binnen de vier weken</i>	5	10,86	18	32,72
<i>later dan vier weken</i>	34	73,91	28	50,90
totaal	46	100	55	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	24		43	

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

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

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

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	3	6,52	7	12,72
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	12	26,08	11	20,00
ontevredenheid patiënt	3	6,52	7	12,72
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	2,17	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	2	3,63

ontevredenheid patiënt	-	-	1	1,81
geen feedback	27	58,69	27	49,09
totaal	46	100	55	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	18	39,13	19	34,54
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	11	23,91	10	18,18
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	1	2,17	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	2,17	4	7,27
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	15	32,60	22	40,00
totaal	46	100	55	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN 2019

1. Gebrek aan werkingsmiddelen voor de ombudspersonen

Het aantal voorzieningen waar een ombudspersoon verantwoordelijk voor is vormt nog te vaak een hinderpaal bij

- de tijdsintensieve aspecten van de zorg (bvb. betrekken van de bredere omgeving van patiënten)
- verdere verdieping van de ombudsfunctie (bvb. het deelnemen aan denkrondes over patiëntenrechten, agenderen van problemen op verschillende niveaus, ...)
- de niet of moeilijk meetbare tijdsgebonden aspecten van de ombudspraktijk (bvb. reflectie over de correcte aanpak van individuele casussen)

Deze situatie laat daarenboven weinig ruimte voor o.a. projectmatig werken, bijscholing, deelname aan werkgroepen (bvb. rond ethiek), ...

2. Organisatorische knelpunten

Behoeft aan een vast aanspreek- en coördinatiepunt voor de ombudswerking mbt opvolging van intervisie, supervisie, vormingen, wetgeving en algemene informatie over de evolutie van het werkveld. Deze functie wordt nu al deels gerealiseerd (0,2 VTE) maar er is een duidelijke nood aan, en vraag naar, verdere investeringen op dit vlak.

Gebrek aan backup en opvolging bij uitval of ziekte van een ombudspersoon heeft momenteel nefaste gevolgen op vlak van continuïteit, er is momenteel niet voldoende werkings- en personeelscapaciteit om op dit vlak een buffer te voorzien.

Er zijn grote verschillen qua bijdragen van de verschillende psychiatrische ziekenhuizen aan de werking van de ombudsfunctie, gaande van voldoende tot vrijwel geen. Zo zijn er bvb. bepaalde regio's waar een groot aantal ziekenhuizen bediend worden vanuit de basisfinanciering, zonder enige bijdrage vanuit de lokale ziekenhuizen.

3. Toenemende werkdruk in instellingen bemoeilijkt zorgcontinuïteit

De intensifiëring van de zorg vertaalt zich de laatste jaren ook in een toenemende werkdruk. De opnameduur wordt korter, herstel moet sneller, er worden steeds meer administratieve eisen gesteld aan het personeel, en dit vertaalt zich in de klachten van patiënten.

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren.

Daarnaast is er ook een stijging van het aantal verplichte ontslagen. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag.

Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie o.w.v. verschillende redenen: agressie, drinken, geen vooruitgang...

Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net datgene waarvoor ze opgenomen zijn. Het lijkt standaardprocedure te zijn dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt — hetzij definitief, hetzij als tijdelijke maatregel (vaak met een breuk in de zorgcontinuïteit en alle daaraan verbonden praktische complicaties als gevolg).

Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem, en voelt al snel aan als een "gemakkelijkheidsoplossing". Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijke maatregel moeten zijn, waartoe men alleen kan komen na voldoende overleg én in gesprek gaan met de patiënt en zijn omgeving.

4. Toegankelijkheid / zichtbaarheid

De afgelopen jaren werd sterk ingezet op aanwezigheid van personeel op de afdeling, waarbij gevraagd werd zo weinig mogelijk zich af zonderen in het personeelslokaal.

In 2019 lijkt deze tendens opnieuw gekeerd te zijn: er is terug een stijging van meldingen dat personeel amper of niet in de leefruimte van de patiënten is. Nochtans is dit de manier van observatie en opbouwen van contact met patiënten, die zelf ook aangeven hier veel belang aan te hechten.

Aanbeveling: inzetten op tijd en aanwezigheid (=aanspreekbaarheid) van personeel, bijvoorbeeld door te investeren in werkplaatsen in een leefruimte, kan frustraties en agressie voorkomen. Personeelsleden merken zo sneller op wanneer een patiënt het moeilijk heeft en kunnen escalatie van een situatie voorkomen.

De ombudsen zelf signaleren nog regelmatig beperkingen qua modaliteiten en toegankelijkheid in de voorzieningen, bijvoorbeeld geluidsoverlast en/of gebrek aan privacy in de ter beschikking gestelde permanentieruimtes, of beperkingen op IT-vlak (bvb geen toegang tot e-mail of externe netwerken, geen telefonische ontvangst in gesprekslokaal, ...)

Ook de toegankelijkheid van bvb. gedwongen opnameafdelingen, afzonderingskamers, ... voor de ombudsen wordt door sommige instellingen nog steeds beperkt, wat de dienstverlening belemmert.

5. Betrekken van de omgeving in de zorg

Door intensifiëring van de zorg is de omgeving een belangrijkere rol in de behandeling (zowel in de zorgvoorziening als in de eigen woonst) gaan spelen. Omgeving is niet alleen de familie en vriendenkring, maar ook de buurt, het verenigingsleven van de woonplaats van de patiënt en de ondersteunende thuisdiensten. Een voorziening heeft dankzij haar multidisciplinaire teams alle expertise in huis om te patiënt te motiveren maximaal gebruik te maken van diens omgeving.

Van voor of bij opname zouden familieleden (en eventueel de bredere omgeving) gehoord en betrokken moeten worden. Ze zijn deskundige op vlak van zorg voor de patiënt en een belangrijke partner en bron van informatie voor de hulpverleners. Mits de nodige professionele ondersteuning kunnen ze een belangrijke factor zijn in een succesvolle nieuwe start en herstel. Samenwerken met familie zou een evidentie moeten zijn i.p.v. de individuele keuze van een hulpverlener of afdeling.

Als externe ombudspersonen weten we uit ervaring dat het niet evident is om patiënten die een negatieve ervaring hebben met hun familie en vriendenkring hiervoor over de streep te trekken. Ook dit familiale netwerk heeft soms, na jarenlange zorg en aanwezigheid, het besluit genomen om afstand te nemen van de patiënt. De betrokken hulpverlener heeft hiervoor begrip en zet voorzichtige stappen om samen met de patiënt te komen tot een nieuwe omgeving waarin een garantie op continuïteit van zorg kan aangeboden worden.

De voorzieningen missen hiervoor echter de nodige mankracht om dit op maat van hun patiënten en familiale omgeving te realiseren. De focus van een behandeling ligt momenteel op het behandelen van de patiënt, hoewel bvb. familie één van de belangrijkste partners in de zorg is.

In de praktijk betekent dit dat de familie enkele malen wordt uitgenodigd voor een familiegesprek. Mits toestemming van de patiënt en met de nodige professionalisering en beschikbare hulpverleners kan de familie of de betrokken vriendenkring een deel uitmaken van de behandeling en aanwezig zijn tijdens de therapie sessies op hun maat.

Externe ombudspersonen ontmoeten zelfs na 17 jaren wet patiëntenrechten nog steeds patiënten, betrokkenen en hulpverleners die onvoldoende vertrouwd zijn met deze wetgeving.

De aanwezigheid van ombudspersonen in de zorgvoorzieningen ter voorkoming van klachten, dient een evidentie te zijn. Infosessies om de theorie en de praktijk van de wet patiëntenrechten te duiden bewijzen in dezen hun nut. Ook de omgeving betrekken bij het werk van externe ombudspersonen kan bijdragen tot het voorkomen van klachten.

6. Vertrouwenspersonen

Vele (zometer de meeste) patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd, hebben geen vangnet, familie of sociaal netwerk. Ze zijn kwetsbaar en kennen hun rechten niet, laat staan de mogelijkheid tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon. Vooral in situaties waar sprake is van dwang en beperkte autonomie van de patiënt is er een duidelijke nood aan een vertrouwenspersoon die morele ondersteuning biedt, dialoog stimuleert en aldus helpt bij het optimaal informeren van de patiënt .

Hulpverleners in het algemeen en ombudspersonen in het bijzonder hebben de plicht (zie o.a. de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke op 20 februari 2017) om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken, bijvoorbeeld door middel van documentatie of infosessies.

Idealiter worden er procedures ontworpen en geïmplementeerd waardoor een vertrouwenspersoon wordt opgenomen in het standaard zorgmodel.

7. Informeren van de patiënt

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. Wat voor hulpverleners vanzelfsprekend is, is dat niet noodzakelijk ook voor de hulpvrager.

Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten creëert onzekerheid en stress. Daarom blijft bijvoorbeeld het gebruik van de brochure "Gedwongen Opname" aangewezen als efficiënte en doeltreffende manier om de patiënt duidelijk te informeren.

8. Inzage en afschrift elektronisch patiëntendossier (EPD)

Tegenwoordig is digitalisering van gezondheidsgegevens gemeengoed. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) biedt voordelen voor zowel de beroepsbeoefenaars als de patiënten. Medicatie, observaties, ontwikkelingen en het persoonlijk verhaal van de zorgvrager worden gebundeld en beveiligd opgeslagen in een gecentraliseerd multidisciplinair dossier.

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 tussen de behandelend arts en de patiënt en/of

vertrouwenspersoon via dit medium aan. Deze manier van werken stimuleert de gelijkwaardige samenwerking tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

Sinds 2017 kan de zorggebruiker via een digitaal portaal het EPD raadplegen. Afhankelijk van het vermogen en/of toestand van de patiënt biedt bij het doornemen van het dossier een duidelijke meerwaarde. Deze digitalisering vraagt echter ook een nauwe(re) betrokkenheid van de zorgvrager; niet elke patiënt is (om uiteenlopende redenen) in staat het EPD digitaal te raadplegen.

Een duidelijk gedragen visie omtrent digitale zorg vanuit de zorgvoorzieningen blijft dus een uitdaging: een nieuwe manier van werken met nieuwe technologieën vereist ook op meerdere vlakken een cultuurverandering, bijvoorbeeld betreffende de omgang en beveiliging van vertrouwelijke gegevens (o.m. in het licht van de in 2018 aangepaste Europese GDPR-regelgeving).

9. Feedback vanuit de zorgvoorziening

Bij elke klacht/melding/opmerking, wordt de betrokken hulpverlener of afdeling gecontacteerd, mits akkoord van de patiënt. Soms wordt er bemiddeld, soms gesignaleerd.

Ombudsen gaan vaak in gesprek met een hulpverlener over hoe deze klacht tot stand is gekomen, wat er aan gedaan kan worden, hoe een team ermee kan omgaan. Zelden of nooit wordt er echter feedback gegeven over wat er effectief gedaan is met deze input. De ombudspersonen moeten dit zelf gaan navragen, en dit is vaak een tijdsintensief en frustrerend proces...

Binnen deze optiek zijn afspraken met de patiënt vaak ook moeilijk bindend te maken naar de behandelende instelling/geneeskundige toe.

10. Nood aan meer/intensievere omkadering & modaliteiten

Door het sluiten van bepaalde afdelingen vallen sommige patiënten uit de boot. Het gaat dan bvb. om patiënten die een PVT nodig hebben maar met intensievere en meer medische zorg dan momenteel een PVT momenteel kan bieden.

In een PVT is momenteel geen psycholoog verplicht op post. Patiënten ervaren dit vaak als een groot tekort. Dit zou in de omkadering moeten worden voorzien.

We merken op verschillende afdelingen en verschillende ziekenhuizen dat er nog te kort is aan therapie en zinvolle dagbesteding. Patiënten hebben te veel "lege" uren.

Er is blijvende aandacht nodig voor het voorkomen en goed opvolgen van afzonderingsmaatregelen

Er is onduidelijkheid over het stemrecht bij forensische patiënten. Er zouden wat dit betreft verschillen zijn in de doelgroep. Bij de laatste verkiezingen zijn bepaalde stembrieven weer ingetrokken.

JAARVERSLAG PVT Sint Kamillus Bierbeek

1. INLEIDING

U vindt hieronder een overzicht van het aantal meldingen bij de externe ombudsdienst in de PVT St Kamillus Bierbeek en de campus Salvenbos.

De specifieke inhoudelijke aanbevelingen zijn op dit moment nog niet verwerkt en worden in een gesprek met de directie later op het jaar besproken.

Voor de algemene aanbevelingen (geldend voor de hele sector vanuit de ombudsfunctie g.g.z. verwijzen we naar het jaarverslag van het ziekenhuis UPC Sint Kamillus;

2. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 28/01/2019, de laatste op 25/11/2019.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 26, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 20. Dit zijn er 12 meer dan vorig jaar

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	20	15	14	26
aanmelders	18	15	14	24

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	14		26	
aanmelders	14		24	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	10	71,42	21	84,00
<i>binnen de week</i>	2	14,28	4	16,00
<i>binnen de 2 weken</i>	1	7,14	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	1	7,14	-	-
totaal	14	100	25	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	-	-
<i>1 contact</i>	7	50,00	20	76,92
<i>2 contacten</i>	4	28,57	2	7,69
<i>3 contacten</i>	2	14,28	4	15,38
<i>meer dan 3 contacten</i>	1	7,14	-	-
totaal	14	100	26	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		3	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	13		20	

De **26** aanmeldingen (2019) komen van in totaal 24 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
2	2	8,33	4	15,38
1	22	91,66	22	84,61
totaal	24	100	26	100

De **14** aanmeldingen (2018) komen van in totaal 14 aanmelders.

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

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
1	14	100,00	14	100,00
totaal	14	100	14	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	12	85,71	25	96,15
groep patiënten	2	14,28	1	3,84
andere	-	-	-	-
totaal	14	100	26	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	10	83,33	15	60,00
vrouw	2	16,66	10	40,00
onbekend	-	-	-	-
totaal	12	100	25	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	2	100,00	1	100,00
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100
grootste groep	2		2	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	-	-	-	-
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	-	-	-	-
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	-	-
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	4	28,57	8	30,76
neen	10	71,42	18	69,23
totaal	14	100	26	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2018	2019

categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	4	40,00	7	38,88
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	6	60,00	11	61,11
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	10	100	18	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
direct contact	7	50,00	22	84,61
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	7	50,00	3	11,53
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	-	-	1	3,84
totaal	14	100	26	100

Initieel verzoek betreft

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
vraag naar informatie	-	-	2	7,69
vraag tot interventie	3	21,42	7	26,92
vraag tot signalering	8	57,14	10	38,46
vraag naar een luisterend oor	3	21,42	7	26,92
totaal	14	100	26	100

Vraag tot interventie betreft

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	-	-	-	-
vraag om een ander soort akkoord	3	100,00	7	100,00
totaal	3	100	7	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	1	7,14	-	-
neen	-	-	-	-
werd niet bevraagd	13	92,85	26	100,00
totaal	14	100	26	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	1	100,00	-	-
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	-	-	-	-
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	-	-	-	-
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	14	100,00	26	100,00
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	-	-	-	-
niet van toepassing	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	14	100	26	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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	12	85,71	20	76,92
algemene vraag los van patiëntenrecht	2	14,28	6	23,07
totaal	14	100	26	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	2	100,00	5	83,33
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	1	16,66
totaal	2	100	6	100

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

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	2	14,28	6	23,07
psychiater	-	-	2	7,69
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	6	42,85	6	23,07
persoonlijke begeleider	1	7,14	2	7,69
sociale dienst	-	-	1	3,84
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	-	-	1	3,84
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	1	7,14	3	11,53
voedingsdienst	4	28,57	3	11,53
poetsdienst	-	-	-	-

directie	-	-	2	7,69
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	14	100	26	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	12	100,00	18	90,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	-	-	1	5,00
5. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	1	5,00
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	12	100	20	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2018	2019
--	------	------

categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	3	25,00	3	16,66
1.2. goede behandeling/begeleiding	-	-	5	27,77
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	16,66	-	-
1.4. goede hotelservice	5	41,66	7	38,88
1.5. betalende diensten	1	8,33	3	16,66
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	8,33	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	-	-
totaal	12	100	18	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	2	66,66	2	66,66
correcte omgangsvormen	1	33,33	-	-
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	3	100	3	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	-	-	1	20,00
individuele therapie	-	-	1	20,00
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	2	40,00
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	1	20,00
totaal	-	-	5	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere afdeling

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

	2018		2019	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	-	-	-	-
groepsleven	2	100,00	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	4	80,00	3	42,85
infrastructuur/accommodatie	1	20,00	4	57,14
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	7	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	1	33,33
publifoon	-	-	-	-
andere	1	100,00	2	66,66
totaal	1	100	3	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-

opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	100,00	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-

kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019		
	n	%	n	%	
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	1	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100	

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019		
	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal		-	-	-

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal		-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (20).

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	2	15,38	4	20,00
doorverwijzen intern	-	-	2	10,00
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informereren	-	-	1	5,00
signaleren	9	69,23	9	45,00
coachen	2	15,38	3	15,00
bemiddelen	-	-	1	5,00
totaal	13	100	20	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	1	7,69	1	5,00
<i>binnen de week</i>	-	-	3	15,00
<i>binnen de twee weken</i>	1	7,69	2	10,00
<i>binnen de vier weken</i>	1	7,69	2	10,00
<i>later dan vier weken</i>	10	76,92	12	60,00
totaal	13	100	20	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	32	11
--	----	----

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

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

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

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	2	15,38	4	20,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	4	30,76	1	5,00
ontevredenheid patiënt	1	7,69	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	5,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	6	46,15	14	70,00
totaal	13	100	20	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%

door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	7	53,84	7	35,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	2	15,38	-	-
ontevredenheid patiënt	1	7,69	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	5,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	3	23,07	12	60,00
totaal	13	100	20	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

PC Sint-Jan-Baptist

Zelzate

**van 1 januari tot
31 december 2019**

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

psychiatrisch ziekenhuis

psychiatrisch verzorgingstehuis

Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist

Zelzate

periode van 1 januari tot 31 december 2019

Mieke Van Hecke

Sofie Wybo

Ombudspersonen

Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid vzw

Februari 2020



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

**Vlaams 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

INHOUD

1. INLEIDING	5
2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE	7
3. AANMELDINGEN	10
3.1. PZ	10
3.2. PVT	27
3.3. BW	39
4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN	40
5. BESLUITEN	45
6. PRAKTISCHE INFORMATIE	47

1. INLEIDING

Dit is het veertiende 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 (*IPSO*F), 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. De Vlaamse ombudsman bundelde de aanmeldingen van alle ombudspersonen in het Jaarverslag en klachtenboek 2018 dat te raadplegen is via de website van de Vlaamse ombudsdienst (www.vlaamseombudsdienst.be).

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid, met terugwerkende kracht, gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert. Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband). Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes. Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

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 dit vroeger aan de Federale Commissie werd bezorgd.

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 van de ombudspersoon. Deze teksten vindt u bij "documentatie & informatie" op www.ombudsfunctieggz.be.

In het **tweede hoofdstuk** sommen we enkele kenmerken van het psychiatrisch centrum 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. De aanmeldingen in de PVT worden in een apart onderdeel ondergebracht.

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, het ziekenhuis of het verzorgingstehuis, 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.kpssoft.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 psychiatrisch centrum te kunnen situeren.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het psychiatrisch centrum.

We danken directie, medewerkers, patiënten en bewoners voor de constructieve medewerking en het vertrouwen.

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

erkenningsnummer PZ		978					
A	a-dag	a-nacht	T	t-dag	t-nacht	Sp	totaal
50	5	1 (+4)	94 (+8)	17 (+9)	1	30	198 (219)
erkenningsnummer PVT		026					
permanent		uitdovend		forensisch		totaal	
71		73		60		204	

Het PC Sint-Jan-Baptist beschikt over 219 bedden en plaatsen, hiervan zijn er 21 toegewezen aan art. 107 functie 2.

De meeste afdelingen van het psychiatrisch centrum zijn gelegen op de Campus Suikerkaai in Zelzate. Daarnaast is er de Campus Oostkade met het centrum voor arbeidszorg (*vzw CAZ*) en het Forensisch Dagcentrum (Ligarsa).

Het psychiatrisch centrum beschikt ook over 204 PVT-plaatsen, gelegen op campus Krekelmuyter, campus De Warande en campus Suikerkaai.

Sint-Jan-Baptist koos voor een categoriale werking. In 2016 werd het aanbod voor gedwongen opnames stopgezet. In plaats daarvan werd een afdeling opgericht voor vrouwen met een high risk forensisch profiel. De doelgroepen van het ziekenhuis worden daardoor toegespitst op:

- forensische psychiatrie (patiënten met een interneringsstatuut)
- verslavingszorg
- ouderenpsychiatrie

Het PC Sint-Jan-Baptist is ook partner in het samenwerkingsverband beschut wonen VZW De Vlier.

In het voorjaar van 2019 werd de afdeling 'Vespera', een afdeling binnen de cluster ouderenpsychiatrie, gesloten in functie van de komst van de nieuwe afdeling 'Diga', die in mei 2019 opende. 'Diga' is een unit binnen het forensisch zorgcircuit voor geïnterneerde seksueel delinquenten met een licht verstandelijke beperking. Het is een gesloten afdeling voor mannen met een medium-risk interneringsstatuut omwille van feiten binnen de categorie seksuele misdrijven. De afdeling heeft plaats voor 25 patiënten.

Voor een zicht op de kenmerken en het aanbod van het psychiatrisch centrum verwijzen we naar de website www.pcsintjanbaptist.be.

B. Gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten

Ziekenhuis

	2015	2016	2017	2018	2019
aantal gerealiseerde verpleegdagen	63.757	61.873	63.156	62.140	60.326
aantal opnames	516	482	407	408	388
aantal opgenomen patiënten op 1/1	209	208	211	193	191
aantal opgenomen patiënten op 31/12	220	197	187	191	191
aantal gedwongen opnames	79	22	-	-	-

PVT

	2015	2016	2017	2018	2019
aantal gerealiseerde verpleegdagen	74.815	76.527	77.277	75.700	73.718
aantal opnames	123	84	98	108	129
aantal bewoners op 1/1	201	211	204	208	205
aantal bewoners op 31/12	211	204	208	205	199

C. Externe ombudsfunctie

Tijdens de eerste helft van 2019 was de vaste ombudspersoon, Nicole Claeys, langdurig afwezig. Sofie Wybo, bachelor en master in het Sociaal Werk nam toen de vervanging van Nicole op zich. Sofie was elke maandagvoormiddag aanwezig in het ziekenhuis. In de loop van 2019 werd het contract van Nicole Claeys beëindigd.

Vanaf 1 juli 2019 nam Mieke Van Hecke de externe ombudsfunctie op zich. Mieke is geaggregeerde secundair onderwijs. Zij heeft een opleiding tot vertrouwenspersoon gevolgd bij de Algemene Directie Humanisering van de Arbeid in Brussel. Ze neemt deel aan de intervisies die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (*IPSOF*). In haar hoedanigheid als mindfulnesstrainer biedt zij mindfulness als evidence based methode voor mentaal welzijn aan, o.a. op oncologie in AZ Sint-Lucas en AZ Maria Middelaars.

De externe ombudspersoon wordt tewerkgesteld door het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg waartoe het psychiatrisch ziekenhuis behoort (*Overlegplatform Geestelijke Gezondheid*). 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. Zij werkt in totaal 19 uren per week of 0,50 VTE. Aanvankelijk is zij in een eerste fase elke woensdag aanwezig geweest van 9u tot 13u, in een latere fase elke maandag van 9u tot 12u en van 13u tot 17u. Zij brengt regelmatig een bezoek aan PVT De Villa, PVT Krekelmuyter, dagcentrum Oostkade 25 en Campus Warande. Voor deze voorzieningen werkt zij op afspraak.

Indien nodig pleegt Mieke 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.

3. AANMELDINGEN

3.1. PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 14/1/2019, de laatste op 16/12/2019. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 96, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 96.

De nieuwe aanmeldingen in 2019 zijn afkomstig van **56 aanmelders**.

Dit is 13 aanmeldingen meer dan in 2018 (83) en 8 aanmeldingen minder dan 2017 (104 aanmeldingen)

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2015	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	103	132	104	83	96
aanmelders	48	53	49	44	56

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders en aanmeldingstijd

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
Aanmeldingen	83		96	
aanmelders	44		56	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	57	77,02	75	82,41
<i>binnen de week</i>	16	21,62	9	9,89
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	6	6,59
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan vier weken</i>	1	1,35	1	1,09
totaal	74	100	91	100

aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	9	10,84	5	5,20
<i>1 contact</i>	63	75,90	49	51,04
<i>2 contacten</i>	10	12,04	28	29,16
<i>3 contacten</i>	1	1,20	10	10,41
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	4	4,16
totaal	83	100	96	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		7	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	83		96	

De 96 aanmeldingen (2019) komen van in totaal 56 aanmelders.

Bij 75 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 9 aanmeldingen was het eerste contact binnen de week. In uitzonderlijke situaties liet het eerste contact langer op zich wachten.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
6	1	1,78	6	6,25
5	1	1,78	5	5,20
4	3	5,35	12	12,50
3	6	10,71	18	18,75
2	10	17,85	20	20,83
1	35	62,50	35	36,45
totaal	56	100	96	100

In 2019 kwamen de 96 aanmeldingen van in totaal 56 aanmelders. Doorgaans formuleert men één aanmelding (35 patiënten), 10 aanmelders gaven 2 aanmeldingen door. Het formuleren van 3 of meer aanmeldingen kwam in mindere mate voor.

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

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
8	1	2,27	8	9,63
6	1	2,27	6	7,22
5	1	2,27	5	6,02
4	2	4,54	8	9,63
3	5	11,36	15	18,07
2	7	15,90	14	16,86
1	27	61,36	27	32,53
totaal	44	100	83	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	71	85,54	80	83,33
groep patiënten	3	3,61	5	5,20
Andere	9	10,84	11	11,45
totaal	83	100	96	100

Geslacht indien individueel

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
Man	32	45,07	46	57,50
Vrouw	39	54,92	34	42,50
Onbekend	-	-	-	-
totaal	71	100	80	100

Er werden 80 aanmeldingen geformuleerd door individuele patiënten, 5 door een groep die uit minstens 4 patiënten bestond. Ruim 57% van de aanmeldingen wordt door mannelijke patiënten geformuleerd.

Aantal leden groep

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	-	-	-	-
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	3	100,00	5	100,00
totaal	3	100	5	100
grootste groep	13		17	

Initiële aanmelder indien andere

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	7	77,77	10	90,90
Kennis	-	-	-	-
Personeelslid	2	22,22	-	-
Andere	-	-	1	9,09
totaal	9	100	11	100

Hoedanigheid indien andere

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	3	33,33	-	-
ten persoonlijke titel	6	66,66	11	100,00
totaal	9	100	11	100

Terugkoppeling indien andere

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	4	44,44	5	45,45
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	1	11,11	1	9,09
terugkoppeling was niet mogelijk	3	33,33	5	45,45
terugkoppeling was niet nodig	1	11,11	-	-
totaal	9	100	11	100

Er waren 10 aanmeldingen van partner of familie en één andere. Allemaal kwamen ze ten persoonlijke titel. Bij 5 van deze 10 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?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	43	51,80	62	64,58
neen	40	48,19	34	35,41
totaal	83	100	96	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	29	72,50	34	100,00
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	11	27,50	-	-
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	40	100	34	100

Bij 62 aanmeldingen is de aanmelder nog niet gekend door de ombudspersoon. Dat dit aantal hoger ligt dan in 2018 (*toen waren 43 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.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	50	60,24	59	61,45
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	18	21,68	19	19,79
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	15	18,07	18	18,75
totaal	83	100	96	100

Bij ruim 61% 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 2018 en wijst op de zichtbaarheid en laagdrempeligheid van de ombudsfunctie. Daarnaast gebeurden 19 aanmeldingen per brief of e-mail en 18 telefonisch.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	7	8,43	24	25,00
vraag tot interventie	42	50,60	47	48,95
vraag tot signalering	20	24,09	12	12,50
vraag naar een luisterend oor	14	16,86	13	13,54
totaal	83	100	96	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	1	2,38	-	-
vraag om een ander soort akkoord	41	97,61	47	100,00
totaal	42	100	47	100

Bij 47 aanmeldingen in de tweede helft van het jaar 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. Bij 24 aanmeldingen betrof het een vraag naar informatie. Vaak werden hierin door de ombudspersoon of door de patiënt zelf stappen gezet naar interne diensten. Daarnaast waren er 12 vragen naar signalering, waarbij de aanmelder aangeeft iets te willen melden. Hierin werden kwaliteitscoördinator en/of directeur betrokken. Opvallend verder is het aantal aanmeldingen (13) met de vraag naar een luisterend oor.

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	N	%	n	%
ja	13	15,66	58	60,41
neen	12	14,45	31	32,29
werd niet bevraagd	58	69,87	7	7,29
totaal	83	100	96	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	N	%	n	%
informeel	13	100,00	58	100,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	-	-
totaal	13	100	58	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	N	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	11	35,48
durfde niet	4	33,33	13	41,93
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	8	66,66	7	22,58
totaal	12	100	31	100

Wanneer dit bevestigd werd, bleek dat bij de meerderheid (58) van de meldingen, de patiënt toch wel informele eerdere stappen ondernomen had vooraleer contact op te nemen met de ombudspersoon. Van degenen die dit niet deden (31) waren er 7 die principeel kozen voor de onafhankelijke externe ombudspersoon. 13 patiënten durfden geen eerdere stappen te ondernemen en 11 patiënten wisten niet dat ze hiervoor ook intern mensen konden aanspreken

Fase waarin patiënt zich bevindt

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	83	100,00	92	95,83
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	-	-	4	4,16
niet van toepassing	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-
totaal	83	100	96	100

De meeste meldingen (92) gebeurden tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis. Een klein aantal (4) meldingen werden ontvangen bij ontslag van de patiënt.

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

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	34	40,96	42	43,75
aanmeldingen die weerhouden worden	49	59,03	54	56,25
totaal	83	100	96	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen minimale registratie

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	42	85,71	44	81,48
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	2,04	1	1,85
3. informatie	1	2,04	2	3,70
4. geïnformeerde toestemming	2	4,08	4	7,40
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	2	3,70
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	3	6,12	1	1,85
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	49	100	54	100

Van de geregistreerde aanmeldingen voor de minimale registratie, gaan de meeste aanmeldingen over kwaliteitsvolle dienstverlening (44).

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen.

Elke aanmelding heeft ofwel betrekking op een **patiëntenrecht**, ofwel betreft het een **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.

We zien dat het grootste deel van de aanmeldingen (85%), zoals geregistreerd door de ombudspersoon GGZ, betrekking hebben op een patiëntenrecht in de ruime betekenis.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOE)

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	78	93,97	82	85,41
algemene vraag los van patiëntenrecht	5	6,02	14	14,58
totaal	83	100	96	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
Familiaal	1	20,00	2	14,28
Juridisch	-	-	3	21,42
Financieel	-	-	-	-
Tewerkstelling	-	-	-	-
Huisvesting	1	20,00	-	-
Levensverhaal	1	20,00	5	35,71
Patiëntenrechten	-	-	-	-
Andere	2	40,00	4	28,57
totaal	5	100	14	100

Betrokken discipline

Categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
Geen	19	22,89	15	15,62
Psychiater	3	3,61	17	17,70
Huisarts	3	3,61	-	-
andere arts	-	-	1	1,04
Apotheker	-	-	-	-
Verpleging	4	4,81	6	6,25
persoonlijke begeleider	2	2,40	1	1,04
sociale dienst	4	4,81	8	8,33
Psycholoog	1	1,20	1	1,04
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	2	2,40	1	1,04
Diëtist	-	-	1	1,04
multidisciplinair team	39	46,98	32	33,33
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	2	2,40	2	2,08
Voedingsdienst	3	3,61	2	2,08
Poetsdienst	1	1,20	-	-
Directie	-	-	2	2,08
Bewindvoerder	-	-	2	2,08
Ombudspersoon	-	-	-	-
Andere	-	-	5	5,20
totaal	83	100	96	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. Aanmeldingen met betrekking tot multidisciplinair team (32) en de psychiater (17) scoren hoog, wat niet verwonderlijk is door de nauwe betrokkenheid bij de directe patiëntenzorg en met de werking van de afdeling op zich. Aanmeldingen met betrekking tot sociale dienst (8) gaan voornamelijk om informatieve vragen. Ook met betrekking tot de voedingsdienst, technische dienst, directie en bewindvoerder zijn er een aantal aanmeldingen (telkens 2). We noteren ook één aanmelding rond een diëtist. Bij 5 aanmeldingen betrof het externe diensten, zoals bijvoorbeeld een stadbestuur, een kleiduifschietclub, een mutualiteit of een wasserij.

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	67	85,89	69	84,14
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	1,28	1	1,21
3. informatie	1	1,28	2	2,43
4. geïnformeerde toestemming	2	2,56	4	4,87
5. inzage patiëntendossier	1	1,28	2	2,43
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	3	3,84	3	3,65
7. klachtenbemiddeling	2	2,56	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	1,28	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	1	1,21
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	78	100	82	100

Net zoals vorige jaren betreft het vooral aanmeldingen over het recht op kwaliteitsvolle **dienstverlening** (84%).

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	9	13,43	8	11,59
1.2. goede behandeling/begeleiding	17	25,37	24	34,78
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	6	8,95	9	13,04
1.4. goede hotelservice	12	17,91	11	15,94
1.5. betalende diensten	2	2,98	5	7,24
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	3	4,47	3	4,34
1.7. beschermende maatregelen	18	26,86	9	13,04
totaal	67	100	69	100

Van de verschillende in de regelgeving aangestipte patiëntenrechten bleek het traditiegetrouw voornamelijk over kwaliteitsvolle dienstverlening te gaan (69), met opnieuw de nadruk op een goede behandeling/begeleiding (24) en een goede hotelservice (11).

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	33,33	-	-
correcte omgangsvormen	6	66,66	8	100,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	8	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

Bij de goede behandeling/begeleiding springen de aanmeldingen rond overplaatsing naar andere voorzieningen en/of andere afdelingen in het oog (10). Vergeleken met 2018 merken we een stijging van het aantal aanmeldingen hieromtrent. Daarnaast merken we ook 5 aanmeldingen rond individuele therapie en 3 rond voldoende beschikbaarheid enerzijds en somatische verzorging anderzijds.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	4	23,52	3	12,50
medicatie	-	-	1	4,16
individuele therapie	8	47,05	5	20,83
groepstherapie	1	5,88	1	4,16
voldoende beschikbaarheid	-	-	3	12,50
betrokkenheid familie	1	5,88	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	5,88	1	4,16
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	3	12,50
overplaatsing naar een andere voorziening	1	5,88	7	29,16
andere	1	5,88	-	-
totaal	17	100	24	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

Eén aanmelding over de verplichte beëindiging van opname/behandeling/begeleiding.

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	33,33
andere	-	-	2	66,66
totaal	-	-	3	100

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	100,00	4	57,14
andere	-	-	3	42,85
totaal	1	100	7	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	4	66,66	6	66,66
groepsleven	2	33,33	3	33,33
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	9	100

We merken opnieuw een aantal aanmeldingen over het groepsleven (3) en over de regels (6).

1.4. Goede hotel service

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	3	25,00	3	27,27
infrastructuur/accommodatie	5	41,66	4	36,36
hygiëne	1	8,33	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	3	25,00	4	36,36
andere	-	-	-	-
totaal	12	100	11	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	1	50,00	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	1	50,00	4	80,00
publifoon	-	-	1	20,00
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	5	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	1	33,33	-	-
zakgeld	1	33,33	1	33,33
bestedingsautonomie	-	-	1	33,33
bewindvoering	-	-	1	33,33
verzekeringen	1	33,33	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	3	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	3	16,66	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	3	16,66	1	11,11
afzondering	6	33,33	1	11,11
fixatie	1	5,55	2	22,22
gedwongen opname	-	-	1	11,11
internering	3	16,66	2	22,22
andere	2	11,11	2	22,22
totaal	18	100	9	100

We ontvingen minder meldingen omtrent beschermende maatregelen dan in 2018 (9 tov. 18).

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

Eén melding over de vrije keuze van de psychiater.

3. Recht op informatie

Twee meldingen over het recht op informatie, meer bepaald betreffende de diagnose.

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-
	toestemming	1	50,00	3
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-
	toestemming	1	50,00	1
andere	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-
totaal	2	100	4	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

In 2019 noteerden we twee meldingen betreffende het recht op inzage en afschrift van het dossier.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	1	33,33	-	-
territoriale privacy	1	33,33	2	66,66
mondelijke indiscretie	-	-	-	-
Andere	1	33,33	1	33,33
totaal	3	100	3	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

In 2018 noteerden we 2 meldingen over dit recht, in 2019 geen enkele.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

In 2019 geen meldingen over dit recht.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Eén melding met een vraag naar informatie over de vertrouwenspersoon.

10. Recht op pijnbestrijding

In 2019 geen meldingen over het recht op pijnbestrijding.

3.2. PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS

Ook al gaat het in het PVT eigenlijk over "bewoners", toch spreken we in dit verslag ook vaak over "patiënten" omdat het is opgemaakt in het kader van de "patiëntenrechtenwet". Deze wet heeft betrekking op de relatie tussen de patiënt en zijn zorgverstreker. Voor de manier waarop de tabellen moeten worden geïnterpreteerd verwijzen we naar de tabellen over het psychiatrische ziekenhuis onder 3.1.

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 4/2/19, de laatste op 31/12/19.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 43, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 42.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2015 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2015	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	77	48	70	43	43
aanmelders	24	31	26	24	28

De aanmeldingen komen in totaal van 28 aanmelders.

Verder beperken wij ons ook hier tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders en aanmeldingstijd

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	43		43	
aanmelders	24		28	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	29	87,87	37	90,24
<i>binnen de week</i>	3	9,09	3	7,31
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de vier weken</i>	1	3,03	1	2,43
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	33	100	41	100

aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	10	23,25	2	4,65
<i>1 contact</i>	27	62,79	25	58,13
<i>2 contacten</i>	4	9,30	8	18,60
<i>3 contacten</i>	2	4,65	3	6,97
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	5	11,62
totaal	43	100	43	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		10	
verwezen naar andere ombudspersoon ²	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	43		42	

De 43 aanmeldingen (2019) komen van in totaal 28 aanmelders.

Bij 37 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 3 aanmeldingen was het eerste contact binnen de week. In uitzonderlijke situaties liet het eerste contact langer op zich wachten.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
5	1	3,57	5	11,62
3	3	10,71	9	20,93
2	5	17,85	10	23,25
1	19	67,85	19	44,18
totaal	28	100	43	100

In 2019 kwamen de 43 aanmeldingen van in totaal 28 aanmelders. De meeste aanmelders (19) gaven één aanmelding door, vijf patiënten contacteerden ons met 2 aanmeldingen.

² verwijzingen naar andere ombudspersonen worden voor de verdere gegevens niet meegeteld

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
5	1	4,16	5	11,62
4	1	4,16	4	9,30
3	1	4,16	3	6,97
2	10	41,66	20	46,51
1	11	45,83	11	25,58
totaal	24	100	43	100

De meeste aanmeldingen gebeurden door een individuele bewoner (79%).

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	37	86,04	34	79,06
groep patiënten	2	4,65	1	2,32
andere	4	9,30	8	18,60
totaal	43	100	43	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	2	100,00	1	100,00
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100
grootste groep	2		2	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familie lid/partner	3	75,00	8	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	1	25,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	8	100

We ontvingen meer aanmeldingen van familieleden/partners (8) dan in 2018 (3).

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	20	46,51	18	41,86
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	13	30,23	18	41,86
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	10	23,25	7	16,27
totaal	43	100	43	100

De aanmeldingen gebeurden voornamelijk via direct contact en schriftelijk (*telkens 18 aanmeldingen*). Daarnaast ontvingen we 7 telefonische aanmeldingen.

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	41	95,34	43	100,00
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	1	2,32	-	-
niet van toepassing	1	2,32	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	43	100	43	100

C. Inhoud van de aanmelding

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	20	46,51	25	58,13
aanmeldingen die weerhouden worden	23	53,48	18	41,86
totaal	43	100	43	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	21	91,30	12	66,66
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	5,55
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	1	4,34	1	5,55
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	2	11,11
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	4,34	2	11,11
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	23	100	18	100

Het aantal aanmeldingen die strikt betrekking hebben op de patiëntenrechtenwet ligt in verhouding met 2018 lager (42%).

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOFF)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	39	90,69	37	86,04
algemene vraag los van patiëntenrecht	4	9,30	6	13,95
totaal	43	100	43	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	1	25,00	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	1	16,66
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	3	75,00	2	33,33
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	3	50,00
totaal	4	100	6	100

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	9	20,93	4	9,30
psychiater	2	4,65	6	13,95
huisarts	-	-	-	-
andere arts	1	2,32	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	1	2,32	2	4,65
persoonlijke begeleider	1	2,32	2	4,65
sociale dienst	-	-	7	16,27
psycholoog	2	4,65	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	17	39,53	11	25,58
administratieve dienst	-	-	2	4,65
technische dienst	2	4,65	-	-
voedingsdienst	3	6,97	4	9,30
poetsdienst	-	-	-	-
directie	1	2,32	1	2,32
bewindvoerder	3	6,97	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	1	2,32	4	9,30
totaal	43	100	43	100

Ook al heeft een aanmelding soms betrekking op meerdere **disciplines**, toch wordt er slechts één, de belangrijkste, vanuit het perspectief van de patiënt, geregistreerd. Net zoals in het ziekenhuis, scoren de meeste aanmeldingen voor beslissingen genomen door het multidisciplinair team (11).

Hieronder worden de aanmeldingen weergegeven die betrekking hebben op een **patiëntenrecht**.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	36	92,30	28	75,67
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	2,70
3. informatie	1	2,56	2	5,40
4. geïnformeerde toestemming	1	2,56	1	2,70
5. inzage patiëntendossier	-	-	2	5,40
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	2,56	3	8,10
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	39	100	37	100

Het grootste deel van de aanmeldingen heeft, zoals vorige jaren, betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (76%).

Voor het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening** worden in de volgende tabellen meer gedetailleerde aantallen gegeven.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	1	2,77	1	3,57
1.2. goede behandeling/begeleiding	15	41,66	14	50,00
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	3	8,33	1	3,57
1.4. goede hotelservice	6	16,66	5	17,85
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	4	11,11	7	25,00
1.7. beschermende maatregelen	7	19,44	-	-
totaal	36	100	28	100

Net als andere jaren springt vooral het aantal meldingen rond goede behandeling/begeleiding in het oog. Daarnaast valt het op dat we geen meldingen ontvingen rond beschermende maatregelen, in tegenstelling tot 2018.

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	1	100,00	-	-
grensoverschrijdend gedrag	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	1	6,66	-	-
somatische verzorging	2	13,33	-	-
medicatie	-	-	2	14,28
individuele therapie	3	20,00	5	35,71
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	4	26,66	3	21,42
betrokkenheid familie	1	6,66	2	14,28
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	6,66	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	3	20,00	2	14,28
andere	-	-	-	-
totaal	15	100	14	100

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	3	100,00	-	-
andere	-	-	2	100,00
totaal	3	100	2	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

Eén aanmelding over ontspanning/vrije tijd.

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	3	50,00	4	80,00
infrastructuur/accommodatie	3	50,00	-	-
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	-	-	1	20,00
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	5	100

1.5. Betalende diensten

Geen aanmeldingen.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	1	14,28
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	25,00	-	-
bestedingsautonomie	-	-	3	42,85
bewindvoering	3	75,00	2	28,57
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	1	14,28
totaal	4	100	7	100

We merken meer aanmeldingen rond geldbeheer. Nieuw is het aantal aanmeldingen rond factuur (1) en rond bestedingsautonomie (3).

1.7. Beschermende maatregelen

In 2019 ontvingen we geen meldingen aangaande beschermende maatregelen.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

In 2019 noteerden we één melding over de vrije keuze van de psychiater.

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	1	50,00
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	1	100,00	1	50,00
totaal	1	100	2	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

In 2019 noteerden we net als in 2018 één melding betreffende de toestemming voor medicatie.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier / Recht op inzage of afschrift

We noteerden in 2019 twee meldingen betreffende het recht op inzage/afschrift van het dossier.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	1	33,33
briefgeheim	1	100,00	-	-
territoriale privacy	-	-	1	33,33
mondelijke indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	1	100	3	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

Net als de voorbije jaren noteerden we geen enkele aanmelding betreffende het recht op klachtenbemiddeling.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Geen aanmeldingen sinds 2015.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Geen aanmeldingen sinds 2007.

10. Recht op pijnbestrijding

Geen aanmeldingen sinds 2007.

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (42).

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.

Hoofdenterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	6	13,95	5	11,90
doorverwijzen intern	-	-	11	26,19
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informereren	4	9,30	9	21,42
signaleren	16	37,20	10	23,80
coachen	8	18,60	4	9,52
bemiddelen	9	20,93	3	7,14
totaal	43	100	42	100

De ombudspersoon verwees bij 11 meldingen vooral door naar een dienst/contactpersoon binnen het ziekenhuis. Bij 10 meldingen werden zaken gesignaleerd en bij 9 meldingen bood de ombudspersoon voornamelijk informatie.

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	9	100,00	3	100,00
totaal	9	100	3	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten .

Wanneer een melding 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 melding 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 meldingen kan in beslag nemen.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	27	62,79	12	28,57
<i>binnen de week</i>	1	2,32	6	14,28
<i>binnen de twee weken</i>	5	11,62	6	14,28
<i>binnen de vier weken</i>	2	4,65	8	19,04
<i>later dan vier weken</i>	8	18,60	10	23,80
totaal	43	100	42	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	23		18	

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

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

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	2	4,65	19	45,23
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	8	19,04
ontevredenheid patiënt	-	-	2	4,76
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	5	11,90
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	2,38
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	41	95,34	7	16,66
totaal	43	100	42	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	3	6,97	24	57,14
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	3	7,14
ontevredenheid patiënt	-	-	2	4,76
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	6	14,28
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	40	93,02	7	16,66
totaal	43	100	42	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	N	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	3	75,00
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	1	25,00
totaal	-	-	4	100

3.3. BESCHUT WONEN

We ontvingen in 2019 één aanmelding van een groep van patiënten (4), afkomstig van het forensisch Beschut Wonen De Forel. Deze aanmelding betrof het patiëntenrecht van kwaliteitsvolle dienstverlening. Meer bepaald goede hotelservice: infrastructuur en accommodatie. Deze aanmelding werd besproken met directie en alle betrokken partijen. Een plan van aanpak is direct daarna in ontwikkeling gebracht.

Daarnaast ontvingen we ook 2 individuele aanmeldingen omtrent vrije keuze beroepsbeoefenaar en goede behandeling/begeleiding. Bij beide aanmeldingen volstond het om de patiënt te motiveren het gesprek aan te gaan met de directe betrokkenen.

Tenslotte ontvingen we één aanmelding van een familielid omtrent beschikbaarheid. Terugkoppeling naar de patiënt in kwestie bleek onmogelijk wegens niet bereikbaar.

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen en de bemiddeling kunnen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in de toekomst klachten te vermijden.

Hieronder formuleren we enkele "voorzichtige" aanbevelingen (*cursief*), eventueel stof voor discussie. Het is de verantwoordelijkheid van hulpverleners, directie van het psychiatrisch centrum, 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 aan bod tijdens de intervisie met de Vlaamse collega's.

We beperken ons tot de **aanbevelingen** die ons per rubriek prioritair lijken. Hier en daar beklemtonen we ook een aantal **positieve ontwikkelingen** die we hebben kunnen vaststellen.

In het Vlaams jaarverslag, raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen.

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

- ✓ Infrastructureel stelden er zich voor de ombudswerking in 2019 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.
- ✓ Ondanks de overwegend forensische setting heeft de ombudspersoon de mogelijkheid om zich vrij te verplaatsen op de campus en maakt daarvan gebruik om wekelijks de open en gesloten 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. Bovendien wordt er op dat moment voorzien in de veiligheid van de ombudspersoon. Enkel bij de gesloten high risk afdeling Levanta en bij PVT Esperanza 1 dient te worden aangebeld, waarna personeel de toegang verschaft tot de afdeling. Voor alle andere afdelingen heeft de kwaliteitscoördinator erin voorzien dat de loper zonder problemen en tussenkomst van personeel werkt.
- ✓ In functie van het recht op klachtenbemiddeling, waarderen we de toegankelijkheid van alle brievenbussen op elke afdeling in het ziekenhuis, de PVT's, de dagkliniek en de woningen van BW.
- ✓ 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.

- ✓ De ombudspersoon zette in 2019 verder in op het informeren van teams en patiënten omtrent de ombudswerking en de patiëntenrechten én zette tevens verder in op de vertrouwensrelatie:
 - bijwonen van patiëntenvergadering van De Warande;
 - ombudsdienst en/of patiëntenrechten voorgesteld aan de patiënten van Levanta, Encarga 2, Encarga 3, Diga, Vita Opname en Vita Behandeling;
 - toelichting patiëntenrechten aan medewerkers van Encarga 2, Encarga 3, Levanta en Diga;
 - regelmatig aftoetsen met afdelingshoofden;
 - regelmatig informeren van en terugkoppelen met kwaliteitscoördinator en hoofdgeneesheer;
 - halfjaarlijks overleg met de directie.

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, evenals positieve ontwikkelingen

Algemeen kan worden gesteld dat de toepassing van de patiëntenrechten in een forensische setting een uitdaging blijft voor alle partijen. Tussen de behandelcontext van geïnterneerde personen en de wet op de patiëntenrechten zitten in de praktijk nog steeds 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. We zijn hoopvol dat in de adviesnota van de Orde der Artsen en in de werkzaamheden van de van de juridische werkgroep patiëntenrechten men o.a. vanuit casuïstiek van ombudspersonen zal komen tot aanbevelingen. Los daarvan is het voor eenieder die betrokken is bij de zorg voor de (forensische) patiënt de taak en de verantwoordelijkheid om de patiëntenrechten voor mensen met een interneringsstatuut zo helder en consequent als mogelijk toe te passen. Zo kunnen ook onderstaande aanbevelingen gekaderd worden.

B.1. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking (art. 5)

De meeste aanmeldingen (97 voor PZ en PVT samen) hebben op dit patiëntenrecht betrekking; niet verwonderlijk aangezien het ook heel wat terreinen bestrijkt.

- ❖ Er waren 38 aanmeldingen over de **"goede behandeling en begeleiding"**, gespreid over verschillende items.
- ✓ We werden 12 keer gecontacteerd rond **overplaatsing naar een andere afdeling en/of overplaatsing naar een andere voorziening**. Het betreft patiënten die het moeilijk hebben met de – in hun beleving – soms lange wachttijden naar de volgende bespreking van een diagnosepunt. Anderen kunnen zich niet vinden in de uitspraak van KBM. In deze laatste gevallen spelen ook justitie-assistent en/of

advocaat mee in het dossier. De ombudspersoon zal zich zoals steeds ook in deze casussen houden aan diens meervoudige partijdigheid door af te toetsen bij de betrokken verantwoordelijken voor eventuele overplaatsing enerzijds en het aanbieden van een luisterend oor aan de patiënt anderzijds.

- ✓ *Op welke manier kan de afdeling in samenspraak met betrokken artsen en andere partijen realisme verzoenen met transparantie? Hoe kan protocol hieromtrent eenduidig worden gemaakt naar de patiënt toe? Is het een meerwaarde om, voor zover mogelijk, hierin de familie te betrekken?*
- ✓ 6 meldingen betreffen het recht op **voldoende beschikbaarheid**. We voegen hierbij de meldingen rond **individuele therapie (10)**, **groepstherapie (1)** en **somatische verzorging (3)**, die evenzeer als gemeenschappelijke noemer om beschikbaarheid gaan. Het is een feit dat PC Sint-Jan-Baptist in 2019 heel wat personeelsveranderingen heeft doorgemaakt, gaande van algemene directeur, directeur patiëntenzorg, hoofdgeneesheer, ... tot vele anderen. Verandering zorgt voor weerstand, voor een herschikken van bestaande structuren, maar ook voor een nieuwe wind met nieuwe inzichten en nieuwe ideeën. We noteren hierbij de goede wil en inzet van het personeel. Toch benadrukken we dat het ook in moeilijke overgangperiodes een must is om binnen de kwaliteitsvolle dienstverlening ten allen tijde voldoende beschikbaarheid te blijven garanderen voor de patiënten, zowel in het aanbod van therapieblokken, als in het aanbod van consultaties bij artsen en specialisten.
 - ✓ *Welk protocol kan geoptimaliseerd worden opdat ook in periodes van onderbemanning er voldoende therapiemogelijkheden en consultaties kunnen worden aangeboden? Hoe kan in tijden van personeelstekort ook zorg worden opgenomen voor het welzijn van personeel? Is het opportuun om in een werkgroep van patiënten én personeel hieromtrent concrete groeipunten uit te tekenen?*
- ❖ We ontvingen (voor PZ en PVT samen) 16 meldingen rond de **goede hotelservice**, gespreid over verschillende items.
 - ✓ De meeste meldingen in deze categorie betreffen **voeding (7)**. Telkens werden deze meldingen doorgegeven op meldingsniveau, zijnde de keukenverantwoordelijke. Samen met de diëtiste zorgde deze telkens voor een aftoetsing bij de betrokken afdelingen. Eén enkele keer ging het om een nood aan meer variëteit in vegetarische voeding. In de andere casussen ging het om de beleving van een mindere kwaliteit van de maaltijd. Het is onze vaststelling dat er in elk van deze gevallen voldoende inspanning wordt geleverd door keuken en diëtiste om een goede hotelservice voor elke patiënt te blijven bewaken.
 - ✓ *Op welke manier kan de samenwerking tussen de keuken en de diverse afdelingen blijvend worden geoptimaliseerd? Is het opportuun om hierin een werkgroep van patiënten mee te laten fungeren? Hoe kan de keuken blijvend inzetten op een gebalanceerd menu voor vegetariërs met voldoende groenten en voldoende variatie in vleesvervangende producten?*

- ✓ In een 4-tal aanmeldingen omtrent goede hotelservice ging het enkele keren om **infrastructuur en accommodatie**. Een 2-tal technische defecten werden na aanmelding spoedig hersteld. Eén casus betrof De Forel als een van de woningen van het forensisch Beschut Wonen. In deze aanmelding werd constructief tot bemiddeling en een plan van aanpak overgegaan om de daar aanwezige structurele problemen in de toekomst te vermijden.
 - ✓ *Op welke manier kan er blijvend gewaakt en geïnvesteerd worden in voldoende budgetten om grote structurele problemen in het patrimonium van BW aan te pakken? Is het een meerwaarde dat de bewoners zelf op een wettelijke en verantwoorde manier mee participeren in het renoveren van dit patrimonium?*
- ❖ Binnen de categorie van kwaliteitsvolle dienstverlening zijn er 10 aanmeldingen te noteren rond **juiste factuur/correct geldbeheer**. Bij twee patiënten werd een factuur uitgeklaard, bij anderen was het **besteden** van wekelijks zakgeld thema van de aanmelding. Verder kwam ook 3 keer de kostprijs van de bewindvoering ter sprake. Samen met dit item noteren we verder dat er 4 keer een betwisting was aangaande de diensten in de **wasserij**.
 - ✓ *Hoe kan maximaal worden ingezet op de autonomie van de patiënt m.b.t. diens financiën, hierin een balans bewakend tussen vertrouwen en verantwoording?*
 - ✓ *Op welke manier kunnen afdelingen zich organiseren opdat patiënten ook in het wassen van kledij meer autonomie beleven? Hoe kan het protocol bij betwisting van de kwaliteit van afgeleverde was eenduidig en transparant verlopen, zowel voor de patiënt, als voor de wasserij en de afdeling?*
- ❖ Daarnaast ontvingen we een aantal aanmeldingen (9 voor PZ en PVT samen) rond **respectvolle bejegening**. In 8 casussen gaat het om **correcte omgangsvormen**. Bij aftoetsen met de betrokken afdeling strookt de intentie van de medewerkers in de communicatie niet met de beleving van de patiënten. Beide betrokken partijen hierin horen, is zinvol maar blijkt de beleving van de patiënt niet altijd te veranderen.

1 aanmelding betreft over **verbaal grensoverschrijdend gedrag van een externe partij (politie) tegenover de patiënt**. De aanmelder wenste hierin uitdrukkelijk een anoniem signaal te geven. Gelet op ons beroepsgeheim en discretie respecteren wij de keuze van de patiënt. Het aanbieden van een luisterend oor werd als zeer behulpzaam en erkennend ervaren hierin.

 - ✓ *De bejegening van de patiënt is een terugkerend thema binnen kwaliteitsvolle dienstverlening. Hoe kan dit thema, ook in heel uitdagende werkomstandigheden, op regelmatige basis bespreekbaar gemaakt worden, tussen personeel onderling, maar ook tussen personeel en patiënt onderling. Hoe kan die professionele nabijheid met inbreng van de patiënt in protocol worden uitgediept, opdat de patiënt zijn evenwaardigheid hierin erkent?*
 - ✓ *Op welke manier kan de organisatie nog meer inzetten op een open en veilige cultuur waarin verbaal en/of fysiek grensoverschrijdend gedrag, van personeel en/of patiënten, en/of externe organisaties bespreekbaar blijft? Hoe kunnen zowel*

personeel als patiënten mee het taboe helpen doorbreken voor dergelijke gevoelige thema's, opdat iedereen binnen de organisatie zich geborgen mag voelen?

- ❖ We ontvingen 9 meldingen omtrent **beschermende maatregelen**. We noteren hier een sterke daling in vergelijking met andere jaren. 1 melding betreft een afzondering die door de patiënt als straf werd ervaren. Daarnaast is er een melding m.b.t. het afronden van een relatie, ter bescherming van de patiënt. En tot slot is er een melding aangaande briefwisseling met andere geïnterneerden in andere voorzieningen.
- ✓ *We scharen ons als organisatie volledig achter de adviesnota van de Broeders van Liefde rond 'Vrijheidsbeperking in de geestelijke gezondheidszorg, over regels macht en dwang', daterend van december 2018. Met name om zo weinig mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen te treffen tenzij de vrijheidsbeperking noodzakelijk is. Tevens vinden we ons gelijk in het op maat bekijken van afzonderingen en om daarin de patiënt zoveel als mogelijk te betrekken. Het is een meerwaarde om zowel op ziekenhuisniveau als op afdelingsniveau op regelmatige basis kritisch te blijven reflecteren over de regels m.b.t. beschermende maatregelen. We menen dat een regelmatig evalueren van de hele procedure (voor, tijdens, na) van dergelijke maatregelen op de afdeling, maar ook betreffende FTO's, kan bijdragen tot meer rust bij personeel en patiënt. Het helder en consequent blijven stellen van protocols hieromtrent, is een blijvende waakzaamheid.*
- ✓ *Wat betreft communicatie met andere geïnterneerden, is er enerzijds de te volgen wetgeving. Anderzijds hanteert men vanuit de Broeders van Liefde – in alle casussen trouwens - het principe van de dialoog tussen zorgverstreker, zorgbehoevende én context. Dit principe stimuleren wij: hoe kan vanuit menselijk oogpunt en op maat van de patiënt bekeken worden hoe diens relaties opgebouwd in een context van detentie, constructief duurzaam kunnen worden onderhouden?*

B.2. Het recht op informatie

- ❖ Het overgrote deel van deze meldingen betreft vragen naar informatie die de patiënt al dan niet met aanzet van de ombudspersoon ook kan verkrijgen op de sociale dienst, bij het multidisciplinaire team of bij de betrokken arts. We noteren hier de nood bij de patiënt aan een bijkomend luisterend oor in hun specifieke verhaal. Dit is ook te merken in de **hoofdinterventies van de ombudspersoon**: doorgaans gaat het meer om doorverwijzen, luisteren, coachen en informeren. In een lager aantal gaat het om interventies zoals signaleren en bemiddelen.

B.3. Het recht op geïnformeerde toestemming

- ❖ De (voor PZ en PVT samen) 4 meldingen rond geïnformeerde toestemming gaan over het niet akkoord gaan met de voorgestelde en toch toegediende **medicatie en/of behandeling**. 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.

- ✓ *Informereren 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.4. Patiëntendossier en vrije keuze beroepsbeoefenaar

- ❖ We ontvingen 4 meldingen over **inzage en afschrift van patiëntendossier** en 2 meldingen over **vrije keuze beroepsbeoefenaar**. Dit is een laag aantal, maar we merken dat het moeizaam is om alle partijen op eenzelfde lijn te krijgen. Daarom blijven we de aandacht vestigen op een goede kennis van de wetgeving hieromtrent, zowel bij de artsen als bij het multidisciplinaire team. Verder pleiten we voor een uniforme interpretatie van deze patiëntenrechten voor patiënten met een statuut van geïnterneerde in het bijzonder, en voor elke patiënt in het algemeen.
- ✓ *Naar aanleiding van o.a. deze casussen juichen we het initiatief van PC Sint-Jan-Baptist tot om een e-learningplatform te ontwikkelen om de kennis omtrent wetgeving bij personeel te vergroten. Daarnaast blijven wij uiteraard als ombudspersoon beschikbaar om net zoals in 2019 in te zetten op infosessies omtrent de wetgeving. Op die manier kunnen we samen zorgen voor een kader waarbij wetgeving voor geïnterneerden minder vatbaar wordt voor interpretatie en meer helder voor alle betrokken partijen.*

B.5. Bescherming persoonlijke levenssfeer

- ❖ Omtrent dit patiëntenrecht kwamen 6 meldingen binnen. Gaande van **geloofsovertuiging** en **wilsbeschikking** tot **persoonlijke aard**. Het is onze vaststelling dat hierin telkens met respect voor de patiënt wordt meegedacht en gehandeld.
- ❖ We brengen graag nog 3 meldingen onder de aandacht die handelen over het ontbreken van een intieme ruimte in het ziekenhuis. We menen dat hierin een fundamenteel recht van de patiënt en hun partner wordt ontbeerd. Anderzijds is er voor patiënten die geen partner hebben een zinvolle samenwerking met de organisatie Aditi vzw in het kader van seksuele dienstverlening.
- ✓ *Op welke manier kan men op de campus voorzien in een ruimte voor ongestoord bezoek, net zoals die ook in contexten van gedetineerden wordt aangeboden? In welke mate kan PC Sint-Jan-Baptist zich hierover laten adviseren door andere forensische ziekenhuizen?*

5. BESLUITEN

In 2019 ontving de externe ombudspersoon 139 meldingen in PC Sint-Jan-Baptist, afkomstig van 84 aanmelders. In het ziekenhuis noteerden we 96 meldingen verspreid over 56 aanmelders, in de PVT's ontvingen we 43 meldingen verspreid over 28 aanmelders.

Aanmeldingen

categorie	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PZ	110	111	90	103	132	104	83	96
PVT	39	27	64	77	48	70	43	43
totaal	149	138	154	180	180	174	126	139

Aanmelders

categorie	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PZ	53	52	35	48	53	49	44	56
PVT	19	16	24	31	26	36	24	28
totaal	72	68	59	79	79	85	68	84

De meeste meldingen gaan - zoals elk jaar - over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (97), verspreid over verschillende categorieën met de nadruk op goede behandeling en/of begeleiding (38) en goede hotelservice (16). We noteren dalingen m.b.t. beschermende maatregelen (9) en een stijging van meldingen rond overplaatsing naar een andere afdeling/voorziening (12).

In hoofdstuk vier geven we een aantal aanbevelingen waarvan we vermoeden dat deze de kwaliteit van de zorg ten goede zouden komen. We onthouden de nood deze aanbevelingen de nood en het belang van de toepassing van de patiëntenrechten en de ombudsfunctie in een forensische setting.

We ervaren dat er in de loop van 2019 een steeds meer groeiend vertrouwen is vastgesteld in de werking van de ombudsfunctie. Dit na een moeilijk jaar 2018 en een aantal ingrijpende wijzigingen in 2019: zowel vanuit de hoek van het ziekenhuis (*met de aanstelling van een nieuwe algemene directeur, directeur zorg en hoofdgeneesheer*) enerzijds, en de wissels inzake ombudspersonen vanuit het Overlegplatform Geestelijke Gezondheid. Deze veranderingen op korte termijn brengen onzekerheid met zich mee voor patiënten; maar ook voor personeel. We merken evenwel dat we na een periode van kennismaking intussen met alle betrokken partijen kunnen inzetten op een klimaat van vertrouwen, dialoog en constructieve samenwerking. Het is een blijvend aandachtspunt om deze weg verder in te zetten. We benadrukken hierbij nogmaals het accent van de Vlaamse Ombudsman tijdens het overleg in 2018 betreffende de

belangrijke signaalfunctie van de ombudspersoon. Het is aan het ziekenhuis om blijvend een cultuur te ontwikkelen om aanbevelingen van de ombudspersoon ter harte te nemen en om op alle afdelingen een open houding te stimuleren t.a.v. de ombudspersoon. Zoals ook in de nota van 2018 stond: 'Signalen uit meldingen hoeven niet ervaren te worden als kritiek waarbij verantwoording nodig is, maar kunnen gezien worden als een kans op reflectie en input voor eventuele verbeteracties.

We houden er ook aan het directiecomité te bedanken voor de aandacht voor en voor het in overweging nemen van de aanbevelingen die in voorliggend jaarverslag worden gepresenteerd.

6. 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 vertegenwoordiger voorziening in comité overlegplatform	Dr. Frank Van Steenkiste, Hoofdgeneesheer Didier Moray, Algemeen Directeur
voornaam, naam en functie contactpersoon in de voorziening	Rinaldo Vereecken, kwaliteitscoördinator

OMBUDSPERSONEN

voornaam en naam	Sofie Wybo en Mieke Van Hecke
------------------	--------------------------------------

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres	Ombudsfunctie Overlegplatform GG antenne Oost-Vlaanderen, Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Drongen
e-mail	mieke.van.hecke@ombudsfunctieggz.be
brievenbus	Bij het ombudsklokaal, op alle afdelingen van PZ, PVT's en BW

permanentie	plaatsen	dagen en uren
Campus Suikerkaai	aanwezig in ziekenhuis	maandag van 9.00 tot 12.00 uur en van 13 tot 17.00 uur
Campus Krekelmuyter De Villa Campus Oostkade Campus De Warande en Het Anker		na afspraak en bezoek op regelmatige basis
telefoon	nummers	dagen en uren
	GSM 0476 / 30 64 44	maandag, dinsdag volle dag en woensdagvoormiddag <i>(en via secretariaat PopovGGZ)</i>


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

- zorgt bij langdurige afwezigheid voor een geschikte vervanging van de ombudspersoon door een collega-ombudspersoon. Het overlegplatform GG 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 Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg antenne Oost-Vlaanderen:

	<p>Naam: Niki Vervaeke E-mail: niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be GSM: 0499/ 90 77 45 Vaste voorzieningen: PVT Leilinde, PC dr. Guislain, K-dienst Fioretti PC en PVT Ariadne, Karus, PVT Karus, K-dienst De Kaap, BW Zagan, BW Centrum Onderweg, BW Reymeers, BW De Nieuwe Horizon</p>
	<p>Naam: Helene Cambien E-mail: helene.cambien@ombudsfunctieggz.be GSM: 0490/ 41 93 01 Bereikbaar: Elke werkdag tijdens kantooruren Vaste voorzieningen: Mobiele teams Het PAKT, Mobiele teams Netwerk GG ADS Zuid, CGG De Drie Stroomen, CGG Eclips, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, De Sleutel, De Kiem, BW De Vlaamse Ardennen, PZ Sint-Franciscus-De Pelgrim</p>
	<p>Naam: Anne-Leen Denolf E-mail: anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be GSM: 0491 / 39 39 18 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</p>

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus

Beernem

periode van 1 januari tot 31 december 2019

psychiatrisch ziekenhuis

erkenningsnummer PZ 982

psychiatrisch verzorgingstehuis

Anne-Leen Denolf
Ombudspersoon
OP-WVL vzw
februari 2020

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 meldingen, het voorwerp van de meldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar in PC Sint-Amandus en PVT .

Het verslag vergelijkt de meldingen van 2019 met die van 2018. 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 10 maart 2020 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.

2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

A. Erkende bedden en plaatsen

1. Erkende bedden en plaatsen op 31/12/2019

Erkenningsnummer PZ				72098219000							
<i>A</i>	<i>a-dag</i>	<i>a-nacht</i>	<i>T</i>	<i>IB</i>	<i>t-dag</i>	<i>t-nacht</i>	<i>SP</i>	<i>K</i>	<i>k-dag</i>	<i>k-nacht</i>	<i>totaal</i>
110	20	1	233*	16	24	1	54				459

*inclusief 60 bevroren T-bedden art. 107 en 30 T-bedden afbouw De Link Intensifiëring De Caai en De Bron)

Erkenningsnummer PVT		72500174000	
<i>PVT permanent</i>		<i>PVT uitdovend</i>	<i>totaal</i>
120 (waarvan 30 mentaal)		0	120

Aan dit psychiatrisch ziekenhuis is een psychiatrisch verzorgingstehuis verbonden, een PVT gelegen op dezelfde campus van het ziekenhuis en PVT De Ent in Torhout. Het PVT wordt verder in dit jaarverslag mee besproken.

B. Aantal gerealiseerde verpleegdagen en opgenomen patiënten


	2019
Gerealiseerde verpleegdagen (zonder coll. verlof)	120.990
Gerealiseerde verpleegdagen (met coll. verlof)	123.018
Aantal opnames	899
Aantal opgenomen patiënten op 01/01/2019	466
Aantal opgenomen patiënten op 31/12/2019	409
Aantal gedwongen opnames	229

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.

	<p>Naam: Anne-Leen Denolf E-mail: anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be GSM: 0491 / 393 918 Bereikbaar: tijdens kantooruren</p>
--	--

Bij afwezigheid zal Anne-Leen vervangen worden door één van haar collega's bij het overlegplatform.

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 03/01/2019, de laatste op 27/12/2019. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 169.

Dit zijn opvallend meer aanmeldingen dan tijdens het voorgaande jaar. Deze stijging is grotendeels te verklaren door de werkverdeling van de ombudsvrouw. In 2018 werd door de ombudsvrouw ingesprongen in heel wat voorzieningen waar collega's door ziekte langdurig afwezig waren. (2018: 11 ziekenhuizen, 2019: 7 ziekenhuizen). De grotere bereikbaarheid heeft gezorgd voor meer aanmeldingen in quasi alle voorzieningen.

Ook het aantal aanmelders is gestegen en zit op het hoogste aantal in jaren.

Het feit dan de ombudsvrouw in 2018 al haar tweede jaar op de campus rondliep, maakt natuurlijk ook dat zij een bekend gezicht is geworden onder patiënten en dus ook eens sneller zal aangesproken of gecontacteerd worden.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	136	136	89	169
aanmelders	58	60	49	97

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2019 met deze van 2018.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	89		169	
aanmelders	49		97	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	44	57,14	84	56,00
<i>binnen de week</i>	33	42,85	59	39,33
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	1	0,66
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	5	3,33
<i>later dan vier weken</i>	-	-	1	0,66
totaal	77	100	150	100

vertrouwelijk

aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	12	13,48	19	11,24
<i>1 contact</i>	60	67,41	101	59,76
<i>2 contacten</i>	10	11,23	30	17,75
<i>3 contacten</i>	4	4,49	14	8,28
<i>meer dan 3 contacten</i>	3	3,37	5	2,95
totaal	89	100	169	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	6		12	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	85		168	

De meerderheid van de aanmeldingen wordt de dag zelf opgenomen. Bij 59 aanmeldingen had de ombudspersoon binnen diezelfde week een afspraak met de aanmelder om de klacht te bespreken. In een aantal gevallen duurde het een beetje langer om van start te gaan omdat door vakanties en afwezigheden geen onmiddellijk contact kon plaatsvinden. Bij 19 aanmeldingen is er na telefonische of schriftelijke contactname van de patiënt geen vervolgesprek 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

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
6	1	1,03	6	3,55
5	1	1,03	5	2,95
4	7	7,21	28	16,56
3	9	9,27	27	15,97
2	24	24,74	48	28,40
1	55	56,70	55	32,54
totaal	97	100	169	100

De 169 aanmeldingen komen van in totaal 97 aanmelders. In 2018 was al duidelijk dat het ziekenhuis heel wat 'repeaters' onder de patiënten kent. In 2019 zie we dit ook met 9 aanmelders die samen meer dan 1 op 5 van de klachten vertegenwoordigen. In 2018 waren 4 aanmelders samen goed voor bijna 30% van de klachten. In 2017 was dit vergelijkbaar.

Anders dan voorgaande jaren is dat de groep aanmelders met 1 of zelfs 2 klachten veel groter is in aantal. Het is dus zeker niet zo dat enkel 'repeaters' dit jaarverslag kleuren.

Daarnaast brengen zij vaak inhoudelijk relevante info, vragen of klachten aan en vertalen zij vaak meldingen waar ook heel wat andere patiënten mee geconfronteerd worden.

Wie zijn de aanmelders?

Meer dan 8 op 10 van de aanmelders zijn individuele patiënten, daarbij is er een groter aandeel (69.23%) afkomstig van mannen. Dit was voorgaande jaren ook zo. 26 meldingen kwamen via familie, personeelsleden of andere derden (bv. advocaat of ziekenfonds).

Hoedanigheid indien andere aanmelder

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	5	19,23
als vertrouwenspersoon	1	6,66	1	3,84
ten persoonlijke titel	14	93,33	20	76,92
totaal	15	100	26	100

Aanmeldingen van derden worden door de ombudsdienst, indien mogelijk, steeds afgetoetst met de patiënt zelf. In 3 casussen was het zo dat de patiënt niet akkoord ging met de klacht en dat de derden doorverwezen werden naar andere diensten.

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	50	56,17	90	53,25
neen	39	43,82	79	46,74
totaal	89	100	169	100

4 op 10 aanmelders werden eerder al gezien door de ombudspersoon. Dit hoog aantal bekende aanmelders is te wijten aan het aantal repeaters en aan de patiënten die in de voorgaande jaren reeds contact hadden met de ombudsvrouw. Vorig jaarverslag voorspelde een dalend aantal nieuwe aanmelders. In 2017 bedroeg het aantal nieuwe aanmelders slechts 25%. Dit is zeer laag.

Gezien het grotere aantal aanmelders is de verhouding nieuwe aanmelders versus bekende aanmelders voor 2019 echter ongeveer gelijk gebleven aan het voorgaande werkjaar. Waarschijnlijk zal het wel zo zijn dat dit aandeel nieuwe aanmelders voor 2020 zal dalen.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	19	21,34	19	11,24
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	11	12,35	26	15,38
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	59	66,29	124	73,37
totaal	89	100	169	100

De meerderheid van de aanmeldingen gebeurde via telefonisch contact, gevolgd door een contactname via e-mail.

Een minderheid van de aanmeldingen gebeurt via direct contact (rechtstreeks aanspreken ombudspersoon in ombudsklokaal, op ziekenhuisdomein). De manier waarop patiënten de ombudspersoon benaderen is vergelijkbaar met andere voorzieningen.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	8	8,98	12	7,10
vraag tot interventie	60	67,41	128	75,73
vraag tot signalering	9	10,11	12	7,10
vraag naar een luisterend oor	12	13,48	17	10,05
totaal	89	100	169	100

Bij de meerderheid 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 15 gevallen een vraag tot financieel akkoord (versus 3 in 2018). 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 (*43,78%*). 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 2019, 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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	78	87,64	150	88,75
algemene vraag los van patiëntenrecht	11	12,35	19	11,24
totaal	89	100	169	100

Er waren 19 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.

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	20	22,47	16	9,46
psychiater	8	8,98	17	10,05
huisarts	5	5,61	2	1,18
andere arts	1	1,12	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	15	16,85	34	20,11
persoonlijke begeleider	1	1,12	5	2,95

vertrouwelijk

sociale dienst	1	1,12	7	4,14
psycholoog	-	-	2	1,18
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	2	2,24	8	4,73
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	22	24,71	45	26,62
administratieve dienst	2	2,24	8	4,73
technische dienst	2	2,24	2	1,18
voedingsdienst	3	3,37	8	4,73
poetsdienst	1	1,12	-	-
directie	1	1,12	3	1,77
bewindvoerder	1	1,12	-	-
ombudspersoon	1	1,12	1	0,59
andere	3	3,37	11	6,50
totaal	89	100	169	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 2019 komt voor het eerst de discipline psycholoog aan bod. De psycholoog is voor patiënten een belangrijke pion in hun herstelproces en het is dan ook logisch dat deze discipline aan bod komt. Samen met de aanmeldingen psychiater, huisarts, verpleging, persoonlijk begeleider, therapeuten en team omvatten 67,64 % van de aanmeldingen de disciplines die het dichtst bij de patiënt staan. De zorgrelatie staat dus centraal in de bemiddelingsopdracht van de ombudspersoon.

De ondersteunende diensten scoren wat meer aanmeldingen. De administratieve dienst wordt geregistreerd bij aanmeldingen betreffende vraag tot financiële tussenkomst in ziekenvervoer. De sociale dienst kwam een aantal keer aan bod als gesprekspartner bij bemiddelingen of betreffende informatieve vragen.

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 na een daling in 2018 opnieuw wat toegenomen in 2019. De klachten over de maaltijden betreffen de kwantiteit van de aangeboden maaltijd en minder de kwaliteit. Deze klachten werden opgenomen met diensthoofd van de keuken.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	67	85,89	131	87,33
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	1,28	-	-
3. informatie	4	5,12	2	1,33
4. geïnformeerde toestemming	2	2,56	7	4,66
5. inzage patiëntendossier	2	2,56	4	2,66
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	4	2,66
7. klachtenbemiddeling	1	1,28	1	0,66
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	1	1,28	1	0,66
totaal	78	100	150	100

Zoals overal en steeds het geval is, hebben de meeste aanmeldingen betrekking op het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening. 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, correcte geïnformeerde toestemming kunnen geven of vlot kunnen inzien van dossier. Ook de bezorgdheid over bescherming van persoonlijke levenssfeer, zowel territoriaal, als in dossier, komt in 2019 naar voren.

De vraag naar vrije keuze beroepsbeoefenaar is helemaal weggevallen.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	6	8,95	14	10,68
1.2. goede behandeling/begeleiding	24	35,82	43	32,82
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	2,98	11	8,39
1.4. goede hotelservice	11	16,41	28	21,37
1.5. betalende diensten	2	2,98	11	8,39
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	4	5,97	7	5,34
1.7. beschermende maatregelen	18	26,86	17	12,97
totaal	67	100	131	100

vertrouwelijk

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	1	7,14
correcte omgangsvormen	5	83,33	9	64,28
grensoverschrijdend gedrag	-	-	1	7,14
andere	1	16,66	3	21,42
totaal	6	100	14	100

Het aantal klachten over respectvolle bejegening is, na een halvering in 2018, gelijkend aan 2017. Mogelijks kan de grotere bekendheid van de ombudsvrouw ervoor gezorgd hebben dat er makkelijker overgegaan werd tot een aanmelding.

Het gaat dan over klachten rond correcte omgangsvormen waarbij een aantal discussies patiënt-verpleging of opmerkingen vanuit verpleging die op een voor de patiënt onvriendelijke manier overkomen. Aan de basis van deze discussies ligt quasi steeds het afbuigen van een afdelingsregel. Onder de groep 'andere' komen klachten die voor de patiënt als bejegening overkomen maar zich eerder situeren in correcte (ook interne) communicatie, gemaakte afspraken naleven vanuit team, gebrek aan empathie, geluidsoverlast (bv. van nachtverpleegkundigen), taalbarrière, herkenning van personeel. In 2019 was er ook een aanmelding betreffende grensoverschrijdend gedrag. Deze aanmelding werd met de betrokken zorgverlener besproken.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	6	25,00	2	4,65
medicatie	1	4,16	3	6,97
individuele therapie	6	25,00	14	32,55
groepstherapie	-	-	6	13,95
voldoende beschikbaarheid	4	16,66	4	9,30
betrokkenheid familie	5	20,83	4	9,30
start opname/behandeling/begeleiding	1	4,16	3	6,97
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	3	6,97
overplaatsing naar andere afdeling	1	4,16	2	4,65
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	1	2,32
andere	-	-	1	2,32
totaal	24	100	43	100

Binnen de goede behandeling scoren meer aanmeldingen rond individuele therapie. Patiënten wenden zich tot de ombudspersoon om klachten, verzuchtingen te ventileren of met bemiddelingsvragen omtrent hun individueel behandeltraject. Het gaat

dan bijvoorbeeld over patiënten die mistevreden zijn over het niet kunnen bijwonen van therapie sessies of patiënten die niet tevreden zijn over het aanbod.

Ook een duidelijk verschil met voorgaand jaar is de toename van klachten rond groepstherapie. Het wegvallen van therapie omwille van afwezigheid of ziekte zorgt voor wrevol onder patiënten.

De vraag naar meer familiebetrokkenheid blijft in aantal gelijk, maar is procentueel wel gedaald.

Er zijn 9 meldingen waarbij patiënten ontevreden zijn door het verloop van de beëindiging van hun begeleiding of hun overplaatsing. Het gaat dan over klachten rond gedwongen ontslag of aanmelders die zich onvoldoende voorbereid voelden op hun ontslag of overplaatsing of niet tevreden waren over de aanpak.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	1	50,00	1	9,09
groepsleven	1	50,00	10	90,90
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	11	100

In 2019 waren er opvallend meer klachten over het groepsleven. Aanmelders die aan de ombudspersoon komen vertellen het lastig te hebben met het (storende) gedrag van andere patiënten op de afdeling, geluidsoverlast ervaren, het niet naleven van afdelingsafspraken storend vinden of op een of andere manier andere patiënten als bevoorrecht ervaren op zichzelf.

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	4	36,36	8	28,57
infrastructuur/accommodatie	1	9,09	10	35,71
hygiëne	2	18,18	2	7,14
veiligheid persoon	1	9,09	3	10,71
veiligheid goederen	3	27,27	5	17,85
andere	-	-	-	-
totaal	11	100	28	100

In de subcategorie goede hotelservice is duidelijk te zien dat de voeding en de

vertrouwelijk

accommodatie wat meer meldingen genereerden. Het gaat dan over de hoeveelheid van de maaltijden, de vraag naar een aantal investeringen (bv zonnewering), beperkte internettoegang, geluidshinder of hinder door gebruik van accommodatie door derden.

Er zijn opnieuw klachten omtrent fysieke en verbale agressie, diefstallen of schade aan goederen.

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	1	50,00	1	9,09
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	2	18,18
publifoon	-	-	1	9,09
andere	1	50,00	7	63,63
totaal	2	100	11	100

Opnieuw zijn er 2 klachten rond verloren kledij bij de wasserij. Er werd ook een informerende vraag gesteld over de kostprijs van een telefoongesprek. De 7 meldingen betreffen vragen tot tussenkomst in ziekenvervoer of andere klachten met betrekking tot ziekenvervoer.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	3	42,85
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	25,00	1	14,28
bestedingsautonomie	2	50,00	-	-
bewindvoering	1	25,00	1	14,28
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	2	28,57
totaal	4	100	7	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	2	11,11	2	11,76
beperkte bewegingsvrijheid	3	16,66	4	23,52

afzondering	2	11,11	3	17,64
fixatie	2	11,11	-	-
gedwongen opname	8	44,44	5	29,41
internering	-	-	-	-
andere	1	5,55	3	17,64
totaal	18	100	17	100

In 2019 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 afdeling 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. Het inhouden van de GSM is ook iets dat vaker aanleiding gaf tot klachten.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

Geen aanmeldingen rond in 2019

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	1	25,00	1	50,00
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	1	50,00
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	25,00	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	2	50,00	-	-
totaal	4	100	2	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019		
	n	%	n	%	
medicatie	informatie	-	-	1	14,28
	toestemming	1	50,00	5	71,42
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-

vertrouwelijk

	toestemming	1	50,00	1	14,28
totaal		2	100	7	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	1	25,00
inzage/afschrift dossier	2	100,00	3	75,00
totaal	2	100	4	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	1	25,00
mondelijke indiscretie	-	-	1	25,00
andere	-	-	2	50,00
totaal	-	-	4	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

Er werd 1 informerende vraag over klachtenbemiddeling gesteld in 2019.

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 2019 (1 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.

Hoofdivententie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	13	15,29	23	13,69
doorverwijzen intern	3	3,52	-	-
doorverwijzen extern	6	7,05	4	2,38
informereren	10	11,76	8	4,76
signaleren	22	25,88	44	26,19
coachen	4	4,70	16	9,52
bemiddelen	27	31,76	73	43,45
totaal	85	100	168	100

Er werd door de ombudsdienst het meest bemiddeld en gesignaleerd. Opnieuw waren er bemiddelingen waarbij de patiënten zelf betrokken waren. In het merendeel van de bemiddelingen is het nog steeds zo dat de ombudspersoon optreedt als pendelbemiddelaar, 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).

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	8	29,62	15	20,54
ombudspersoon zonder patiënt	19	70,37	58	79,45
totaal	27	100	73	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	30	35,29	48	28,57
<i>binnen de week</i>	29	34,11	60	35,71
<i>binnen de twee weken</i>	9	10,58	27	16,07
<i>binnen de vier weken</i>	5	5,88	21	12,50
<i>later dan vier weken</i>	12	14,11	12	7,14
totaal	85	100	168	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	22		33	

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.

Voor zover we expliciet feedback kregen van de patiënt bleek deze tevreden zowel met het resultaat als met het proces van de bemiddeling.

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	28	32,94	75	44,64
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	23	27,05	51	30,35
ontevredenheid patiënt	10	11,76	18	10,71
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	2	2,35	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	0,59
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	22	25,88	23	13,69
totaal	85	100	168	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	30	35,29	112	66,66
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	29	34,11	32	19,04
ontevredenheid patiënt	2	2,35	2	1,19
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	2	2,35	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	0,59
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	22	25,88	21	12,50
totaal	85	100	168	100

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	1	11,11	2	33,33
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	1	16,66
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	1	11,11	-	-
andere	7	77,77	3	50,00
totaal	9	100	6	100

Tot slot geven we nog mee dat de ombudspersoon bij 6 aanmeldingen de aanmelders ook verder doorverwees. Het gaat om doorverwijzingen naar Agentschap Zorg & Gezondheid, een advocaat, de vrederechter, een ziekenfonds of de verzekeringsmaatschappij. Na deze doorverwijzingen krijgt de ombudspersoon niet altijd feedback over het resultaat.

F. PVT De Loot en PVT De Ent

Er waren in 2019 ook 16 meldingen vanuit de PVT's, van 12 aanmelders. De bewoners van het PVT nemen telefonisch of via de postbus van de ombudspersoon contact op. Daarvan betroffen 8 meldingen de kwaliteitsvolle dienstverlening, er was ook een vraag rond geïnformeerde toestemming medicatie. Resterende meldingen werden geregistreerd als levensverhaal omdat er geen concrete bemiddeling of signalering op volgde, maar een luisterend oor geboden werd.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	-	-	-	-
1.2. goede behandeling/begeleiding	2	50,00	1	12,50
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	1	12,50
1.4. goede hotelservice	1	25,00	6	75,00
1.5. betalende diensten	1	25,00	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	-	-
totaal	4	100	8	100

4. VASTSTELLINGEN, AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen 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 aandachtspunten nog niet beschikbaar. Deze zullen dan ook mondeling toegelicht worden bij de voorstelling van dit jaarverslag. In totaal waren er in 2019 meer 2651 afgesloten meldingen bij de Vlaamse externe ombudsen GGZ.

A. Uitoefening van de ombudsfunctie

- 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 medewerkers van het ziekenhuis en het PVT.
- Het hoge aantal repeaters dat elk jaarverslag kleurt, is opvallend. In 2019 is er evenwel een voldoende input geweest van nieuwe aanmelders.
- Er werden in 2019 in aantal meer meldingen door de ombudspersoon behandeld. De hoofdbrok aan bemiddelingen blijven pendelbemiddelingen waarbij de ombudspersoon optreedt als vertaler/tolk tussen beide partijen.
- 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 2019 een toelichting voor nieuwe medewerkers omtrent patiëntenrechten en werking van de ombudsdienst.

B. Aandachtspunten en aanbevelingen betreffende de rechten van de patiënt, evenals positieve ontwikkelingen

Zorgrelatie en therapie

- Voor patiënten blijft kwaliteitsvolle zorg en hun zorgrelatie de belangrijkste reden om de ombudspersoon op te zoeken. In 2019 zien we dat ook de discipline psycholoog aan bod komt. Daarnaast zien we een heel aantal meldingen rond individuele therapie. Het betreft hier vragen, opmerkingen, klachten, bemiddelingen over het individuele

vertrouwelijk

traject dat patiënten lopen in het ziekenhuis. Afspraken die niet correct doorgegeven worden, begeleidingsonderdelen die niet gevolgd kunnen worden, beloftes die niet gerespecteerd worden, verwachtingen die niet ingevuld worden.

- Het wegvallen van groepstherapie is voor patiënten een moeilijk te slikken dobber, zeker op gesloten afdelingen.

Het aanbieden van alternatieven waar mogelijk kan deze lege momenten en verveling vermijden.

Respectvolle bejegening en beschikbaarheid

- Het aantal meldingen rond bejegening en beschikbaarheid is in aandeel niet spectaculair. Waar er sprake was over een conflict, een misverstand tussen 2 partijen zijn de zaken na tussenkomst van de ombudspersoon uitgeklaard.
- Enkele klachten over bejegening vertalen een gevoel van ongepaste omgang met patiënten en familieleden door middel van ongepaste verbale opmerkingen en het ervaren van een vijandige houding jegens patiënt. De ombudsdienst had in deze niet steeds een concreet mandaat om op dat moment de opmerkingen voor te leggen aan de betrokkenen. Voor de toekomst zijn toelichtingsmomenten patiëntenrechten en werking van de ombudsdienst ingepland om deze zaken bespreekbaar te maken binnen het team en misverstanden jegens de ombudsdienst uit te klaren.
- Andere klachten over bejegening ventileren een meer algemeen ervaren van minderwaardigheid jegens verpleging, over een kloof tussen de wij en zij. Deze meldingen kan men ook samen zien met deze rond beschikbaarheid die ongeveer hetzelfde ervaren ventileren.

Het werken met open balies wordt als heel positief door patiënten ervaren en wordt gemist op afdelingen waar nog met een gesloten verpleeglokaal gewerkt wordt. Een open werkomgeving vermindert ook de kloof tussen patiënt en verpleging.

(gedwongen) stopzetting van de behandeling of verhuis naar een andere afdeling

- We stellen vast dat het aantal meldingen bij beëindiging van de opname nog steeds beperkt blijft in aantal. Deze meldingen vertalen echter een probleem met zorgcontinuïteit. Bij de beëindiging van de opname of bij verhuis blijven er zaken onafgewerkt, onvoorbereid, documenten of andere goederen vermist of trajecten onderbroken. 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.

Mogelijks kan een ontslagmapje, vergelijkbaar met een opnamemapje/brochure zowel voor patiënt als hulpverlener soelaas bieden om stapsgewijs, met alle disciplines na te

gaan of alle stappen gezet zijn of welke stappen er nog nodig zijn om de zorg op een correcte manier te beëindigen of andere manier te kunnen verderzetten met andere zorgpartners.

Recht op informatie, recht op geïnformeerde toestemming, inzage dossier, recht op privacy

- Enkele klachten betreffen het ervaren van onvoldoende geïnformeerd te worden, geen of onvoldoende inspraak te hebben in beslissingen of bezorgdheden naar het bewaren en doorgeven van al dan niet noodzakelijke persoonlijke informatie. Hoewel heel wat van deze klachten kunnen gekaderd worden binnen het ziektebeeld van de aanmelders, vertalen zij toch een blijvende noodzaak om als patiënt continue op de hoogte te zijn en beheerder te zijn van het eigen traject binnen een opname.

- *Concluderend kan men stellen dat alles staat of valt met correcte en continue communicatie. Zowel het positief ervaren van een zorgrelatie, het vermijden van bejegeningssklachten als het traject van individuele therapie profiteren van een continue communicatieklimaat. Bijzondere aandacht bij verlaten van de afdeling zowel intern als extern kan een aantal klachten vanuit onzekerheid, onduidelijkheid of foutieve informatie vermijden.*

5. BESLUIT EN BEPERKTE BENCHMARK

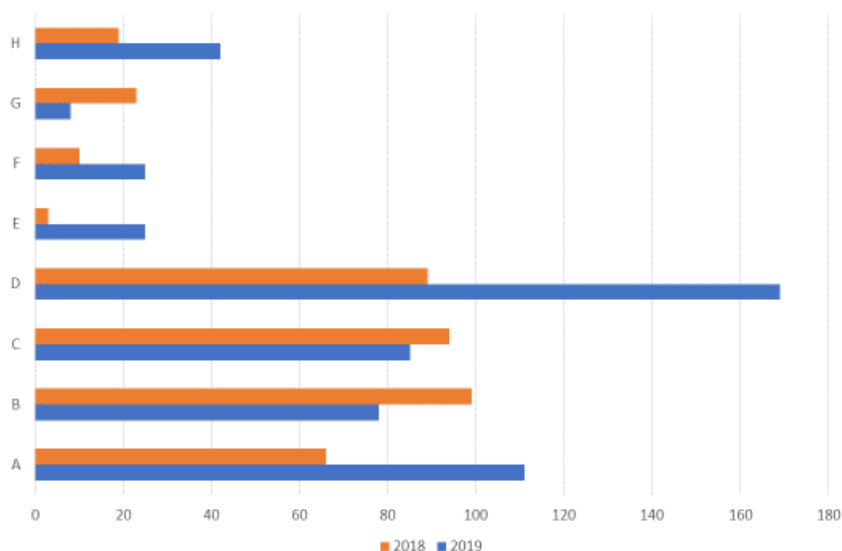
De Ombudsdienst kan in PC Amandus zeer laagdrempelig werken. De ombudspersoon ervaart geen moeilijkheden met patiëntencontacten op de afdelingen. Voor de toekomst zal een aandachtspunt zijn om ook voldoende nieuwe patiënten te kunnen aanspreken en het aantal repeaters aanvaardbaar te houden.

Er zijn meer meldingen dan in 2018. Dit heeft deels te maken met een andere werkverdeling binnen de ombudsdienst en deels te maken met de grotere bekendheid van de ombudsvrouw op de campus.

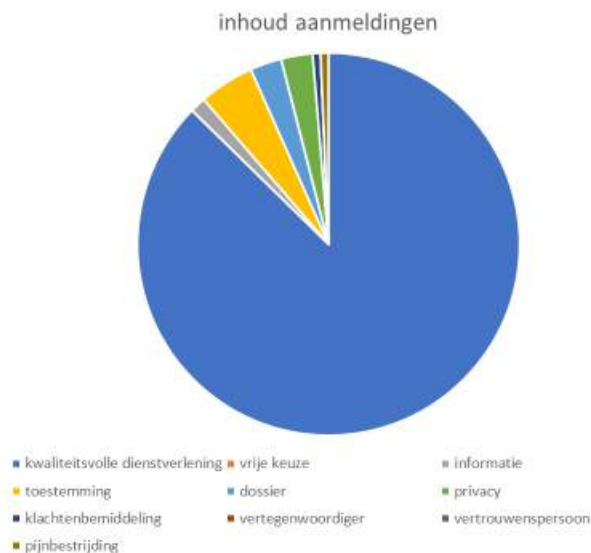
Het aantal meldingen vanuit de PVT's zijn gestegen in vergelijking met voorgaande jaren. Bewoners wensen hun verhaal eens te doen aan de ombudsvrouw en komen vooral met de vraag om voldoende hoeveelheid eten te voorzien.

De ombudsvrouw behandelde in 2019 543 meldingen, daarvan waren er 169 binnen Sint Amandus. In alle Vlaamse voorzieningen samen zijn er 2651 meldingen.

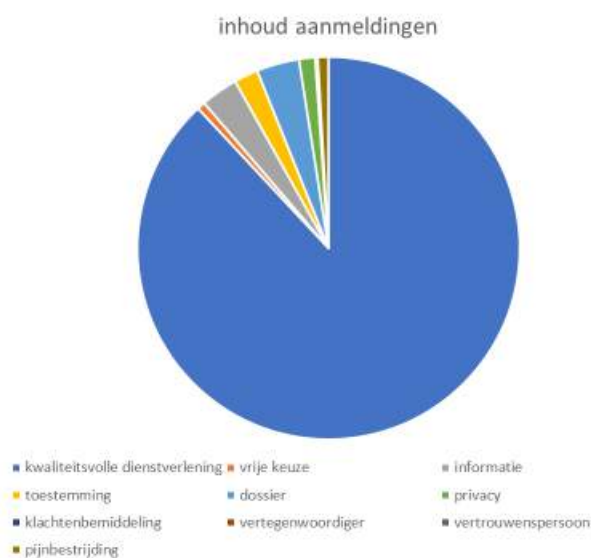
Grafiek hieronder toont de verdeling van het aantal meldingen per ziekenhuis (Sint Amandus is letter D) en het verschil in aantal meldingen tussen 2018 en 2019.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen Sint Amandus.

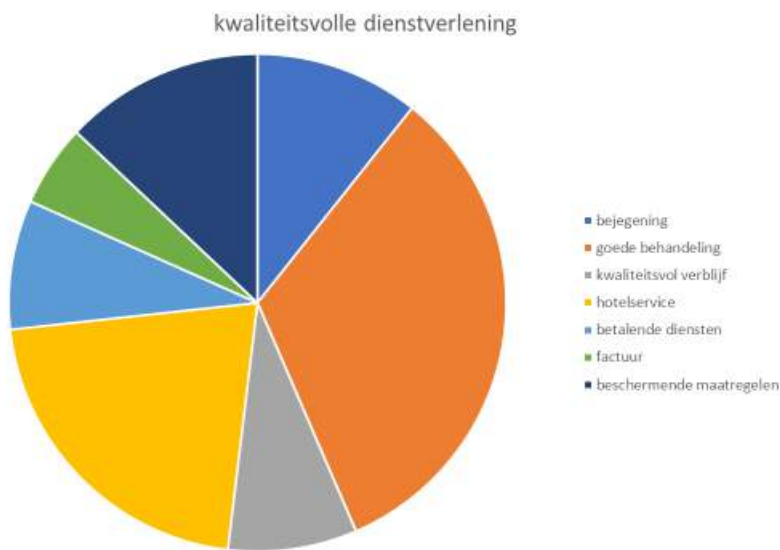


Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde patiëntenrechten binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.

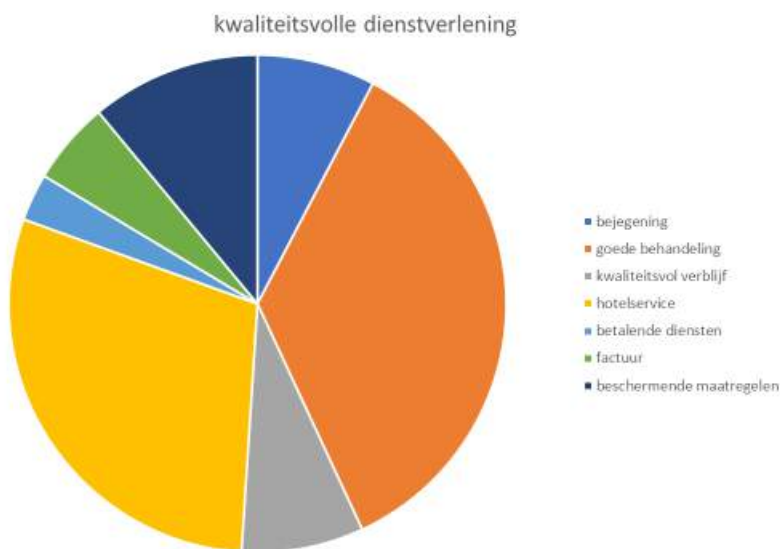


vertrouwelijk

Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening (de grootste groep aanmeldingen) binnen Sint Amandus.



Onderstaande cirkeldiagram vertaalt de verhouding tussen de verschillende aangemelde onderwerpen binnen het patiëntenrecht kwaliteitsvolle dienstverlening binnen alle voorzieningen van de ombudsvrouw.



Er is weinig verschil merkbaar tussen beide diagrammen. Sint Amandus is dus als ziekenhuis een perfecte gemiddelde doorsnede van een psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen met weinig tot geen uitschieters. Met dit, beperkt wetenschappelijk, beeld willen wij jullie visualiseren dat Sint Amandus, niettegenstaande een hoog aantal aanmeldingen, wel gemiddeld 'scoort'.

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 2019

psychiatrisch ziekenhuis

erkeningsnummer PZ 987

Helene Cambien

Ombudspersoon

Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid

februari 2020



vertrouwelijk

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

www.ombudsfunctieggz.be

Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid

Hoefijzerlaan 40

8000 Brugge

www.op-wvl.be

Helene Cambien, externe ombudspersoon GGZ

0490/ 41 93 01

helene.cambien@ombudsfunctieggz.be

1. INLEIDING

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 meldingen, het voorwerp van de meldingen 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 (*IPSO*), 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. De Vlaamse ombudsman bundelde de meldingen van alle ombudspersonen in het Jaarverslag en klachtenboek 2019 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 melding** 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 meldingen. We kiezen bewust voor de term "meldingen". 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.

vertrouwelijk

De gegevens worden rechtstreeks ingebracht in een centrale databank, Go-between, ontwikkeld door KP-soft uit Mechelen (www.kpssoft.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. Dit Vlaams jaarverslag is raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be. De aanbevelingen uit het Vlaams jaarverslag worden overgenomen. 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 3 maart 2020 zal de Vlaamse Ombudsman zijn klachtenboek voorstellen in het Vlaams Parlement.

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**.

Dit jaarverslag zal ook mondeling worden toegelicht bij de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

We danken directie en medewerkers 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

In 2019 kende de ombudsdienst geen vaste medewerker in dit ziekenhuis. Tot het voorjaar nam Niki Vervaeke deze rol op zich, vanaf de zomer startte Justine Wijnhoven als vaste ombudspersoon voor het ziekenhuis. Omwille van medische redenen wordt Justine tijdelijk vervangen door Helene Cambien. De bedoeling is en blijft om zo snel mogelijk een vaste ombudspersoon in het ziekenhuis te hebben om een bestendige ombudswerking te kunnen uitbouwen.

Justine heeft binnen het PTC Rustenburg geen wekelijkse permanentie, maar komt langs op afspraak na telefonische of schriftelijke contactname door patiënten of familie.

3. AANMELDINGEN

In 2019 werden slechts 10 aanmeldingen van 7 aanmelders geregistreerd. Dit aantal is wel vergelijkbaar met de voorgaande jaren.

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 11/01/2019, de laatste op 28/11/2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	3	7	5	10
aanmelders	3	7	4	7

Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	N	%
aanmeldingen	6		10	
aanmelders	5		7	
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	1	16,66	2	20,00
<i>1 contact</i>	5	83,33	8	80,00
totaal	6	100	10	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	1		1	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	6		10	

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	5	100,00	8	80,00
groep patiënten	-	-	2	20,00
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	10	100

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

Aantal leden groep

		2019	
categorie		n	%
2 personen		-	-
3 personen		-	-
4 personen		2	100,00
meer dan 4 personen		-	-
totaal		2	100
grootste groep	-	4	

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	4	80,00	8	80,00
neen	1	20,00	2	20,00
totaal	5	100	10	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	-	-	1	10,00
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	1	20,00	1	10,00
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	4	80,00	8	80,00
totaal	5	100	10	100

Er zijn weinig aanmeldingen via direct contact. Dit valt te verklaren omdat er momenteel geen wekelijkse permanentie is van de externe ombudspersoon in het ziekenhuis.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	1	20,00	1	10,00
vraag tot interventie	3	60,00	6	60,00
vraag tot signalering	1	20,00	2	20,00
vraag naar een luisterend oor	-	-	1	10,00
totaal	5	100	10	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	1	20,00	1	10,00
vraag tot interventie	3	60,00	6	60,00
vraag tot signalering	1	20,00	2	20,00
vraag naar een luisterend oor	-	-	1	10,00
totaal	5	100	10	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	-	-	1	50,00
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	4	100,00	1	50,00
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	4	100	2	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	10,00
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	3	60,00	4	40,00
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	2	40,00	5	50,00
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	10	100

De helft van de aanmeldingen dit jaar kwamen bij de externe ombudspersoon wanneer de opname beëindigd is.

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.

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	-	-	2	20,00
aanmeldingen die weerhouden worden	5	100,00	8	80,00
totaal	5	100	10	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	3	60,00	8	100,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	1	20,00	-	-
4. geïnformeerde toestemming	1	20,00	-	-
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	5	100	8	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen van 2019, 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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	5	100,00	9	90,00
algemene vraag los van patiëntenrecht	-	-	1	10,00
totaal	5	100	10	100

De algemene vraag los van de patiëntenrechten ging over een vraag over het financiële aspect.

vertrouwelijk**Betrokken discipline**

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	-	-	-	-
psychiater	2	40,00	3	30,00
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	1	20,00	-	-
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	1	10,00
psycholoog	-	-	4	40,00
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	2	40,00	2	20,00
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	-	-	-	-
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	10	100

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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	3	60,00	8	88,88
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	1	20,00	-	-
4. geïnformeerde toestemming	1	20,00	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	1	11,11
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	5	100	9	100

Zoals steeds en overall het geval is, gaan de meeste aanmeldingen over kwaliteitsvolle dienstverlening. Er is ook één aanmelding over bescherming persoonlijke levenssfeer.

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening wordt in de volgende tabel opgesplitst in subcategorieën.

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	1	33,33	1	12,50
1.2. goede behandeling/begeleiding	1	33,33	7	87,50
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	-	-
1.4. goede hotelservice	-	-	-	-
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	1	33,33	-	-
totaal	3	100	8	100

vertrouwelijk**1.1. Respectvolle bejegening**

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	1	100,00	1	100,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	14,28
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	2	28,57
groepstherapie	-	-	1	14,28
voldoende beschikbaarheid	-	-	-	-
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	100,00	2	28,57
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	1	14,28
totaal	1	100	7	100

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (10).

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

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	-	-	-	-
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	1	20,00	3	30,00
signaleren	1	20,00	6	60,00
coachen	-	-	-	-
bemiddelen	3	60,00	1	10,00
totaal	5	100	10	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	3	100,00	1	100,00
totaal	3	100	1	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	4	80,00	-	-
<i>binnen de week</i>	-	-	2	20,00
<i>binnen de twee weken</i>	1	20,00	2	20,00
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	1	10,00
<i>later dan vier weken</i>	-	-	5	50,00
totaal	5	100	10	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	2		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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	2	20,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	3	60,00	6	60,00
ontevredenheid patiënt	-	-	1	10,00
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	2	40,00	1	10,00
totaal	5	100	10	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	6	60,00
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	3	60,00	3	30,00
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	10,00
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	2	40,00	-	-
totaal	5	100	10	100

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen 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 meldingen en door het continue wisselen van de verantwoordelijke ombudspersoon het niet zo evident om tendensen of problemen op te merken.

- De bedoeling is en blijft om zo snel mogelijk een vaste ombudspersoon voor het ziekenhuis te hebben om een bestendige ombudswerking te kunnen uitbouwen.
 - *Continuïteit in en de verder uitwerking van de externe ombudsfunctie in het ziekenhuis is een aandachtspunt. Het frequenter aanwezig zijn van de externe ombudspersoon in het ziekenhuis heeft een positief effect hebben op de laagdrempeligheid en aanspreekbaarheid van deze ombudspersoon. Met als doelstelling dat de externe ombudspersoon aan de hand van de preventieve opdracht en aan de hand van meldingen de kwaliteit van de zorg mee kan bevorderen.*
- Een aandachtspunt is dat er in 2019 een stijging in verband met meldingen over de discipline psycholoog en omtrent goede behandeling/begeleiding te merken is. Deze meldingen werden verder opgenomen en uitgeklaard met de betrokkenen.

Aanbevelingen uit het Vlaams Jaarverslag

In het Vlaams jaarverslag, raadpleegbaar op www.ombudsfunctieggz.be, wordt dieper ingegaan op de aandachtspunten die de concrete situatie in één ziekenhuis overstijgen. In dit jaarverslag worden deze aandachtspunten hieronder opgenomen. In totaal waren er in 2019 **2651** afgesloten meldingen bij de Vlaamse externe ombudspersonen GGZ.

1. Modaliteiten, werkingsmiddelen en mankracht

De huidige werkdruk (meer specifiek: het aantal voorzieningen waar een ombudspersoon verantwoordelijk voor is) vormt nog te vaak een hinderpaal bij:

- het voldoende tijd kunnen nemen voor het opvolgen van meldingen (o.a. voorbereiden van bemiddelings-gesprekken en het betrekken van de context)
- het preventief kunnen werken en informeren rond patiëntenrechten
- tijdsintensieve acties, bv. deelname aan denkrondes over patiëntenrechten, het agenderen van problematieken op verschillende niveaus (bv. op beleids- en mesoniveau)

Deze situatie laat daarenboven weinig ruimte voor o.a. projectmatig werken, bijscholing, deelname aan werkgroepen (bvb rond ethiek), ...

2. Organisatorische knelpunten

- Behoefte aan een vast aanspreek- en coördinatiepunt voor de ombudswerking m.b.t. opvolging van intervisie, supervisie, vormingen, wetgeving en algemene informatie over de evolutie van het werkveld. Deze functie wordt nu al deels

gerealiseerd maar er is nood aan een verdere uitbouw (bijkomende investeringen nodig).

- Behoefte aan een geactualiseerd registratiesysteem voor het registreren van meldingen.
- Een gebrek aan back-up en opvolging bij uitval of ziekte van een ombudspersoon, wat nefaste gevolgen kan hebben op het vlak van continuïteit.
- De ggz-ombudsfunctie van het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid wordt gefinancierd via 2 kanalen:
 - o een rechtstreeks financiering vanuit de Vlaamse overheid aan het OPGG;
 - o een bijdrage vanuit de psychiatrische ziekenhuizen die een aparte subsidie ontvangen van de federale overheid voor de organisatie van de ombudsfunctie in het ziekenhuis.

Sommige voorzieningen en regio's dragen substantieel bij aan de werking van de externe ombudsfunctie vanuit deze financiering; andere voorzieningen of regio's dragen vandaag nog niet bij. Een gelijke bijdrage over ziekenhuizen en regio's heen dringt zich dan ook op.

- De ziekenhuizen hebben de keuze om een interne ombudspersoon aan te stellen. Deze mogelijkheid leidt tot ongelijkheid tussen voorzieningen. Waar een interne ombudspersoon aanwezig is, is de verhouding tussen de interne en externe ombudspersoon niet altijd duidelijk en is het een continu zoeken naar afstemming tussen beiden.

3. Toenemende werkdruk in instellingen bemoeilijkt zorgcontinuïteit

De intensifiëring van de zorg vertaalt zich de laatste jaren ook in een toenemende werkdruk. De opnameduur wordt korter, herstel wordt steeds sneller verwacht, er worden steeds meer administratieve eisen gesteld aan het personeel, en dit vertaalt zich in de klachten van patiënten...

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren.

Daarnaast is er ook een stijging van het aantal verplichte ontslagen. Continuïteit en intensifiëring hebben geleid tot een kortere opnameduur. Soms hebben patiënten (en/of familieleden) andere verwachtingen of ideeën over opname, behandeling en therapie. Er is nood aan duidelijke en heldere communicatie zodat zowel patiënt/familie als hulpverlener weten wat ze van elkaar wel en niet mogen verwachten.

Een doorverwijzing van een patiënt naar een psychiatrische voorziening, bv bij een spoedprocedure voor een gedwongen opname, betekent niet noodzakelijk dat er ook een psychiatrische kwetsbaarheid aanwezig is. Afdelingen die deze patiënten opnemen, kunnen na multidisciplinair overleg beslissen om de gedwongen opname vervroegd te

vertrouwelijk

stoppen.

Patiënten ervaren echter weleens dat een ontslag versneld wordt omwille van andere dan continuïteitsredenen. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag.

Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie o.w.v. verschillende redenen: agressie, drinken, geen vooruitgang...

Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net hetgene waarvoor ze opgenomen zijn. Ombudspersonen stellen regelmatig vast dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt — hetzij definitief, hetzij als tijdelijke maatregel (vaak met een breuk in de zorgcontinuïteit en alle daaraan verbonden praktische complicaties als gevolg).

Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem, en voelt al snel aan als een "gemakkelijkheidsoplossing". Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijke maatregel moeten zijn, waar men in principe slechts tot kan overgaan nadat een multidisciplinair team in overleg heeft vastgesteld dat de opname en opnamekosten verbonden aan de gestelde hulpvraag naar de samenleving toe niet kunnen worden verantwoord, én na in gesprek te zijn gegaan met de patiënt en diens omgeving.

Anderzijds zien we ook dat patiënten die onder bewindvoering Persoon staan net in opname moeten blijven, ook al ziet men 'herstel'. Hier ontstaat een spanningsveld tussen het medische luik en de juridische positie van de bewindvoerder die finaal de knoop voor de patiënt doorhakt, soms tegen medisch advies in.

4. Toegankelijkheid / zichtbaarheid

De afgelopen jaren werd sterk ingezet op aanwezigheid van personeel op de afdeling, waarbij gevraagd werd zo weinig mogelijk zich af zonderen in het personeelslokaal.

In 2019 lijkt deze tendens opnieuw gekeerd te zijn: er is terug een stijging van meldingen dat personeel amper of niet in de leefruimte van de patiënten is. Nochtans is dit de manier van observatie en opbouwen van contact met patiënten, die zelf ook aangeven hier veel belang aan te hechten.

Aanbeveling: inzetten op tijd en aanwezigheid (=aanspreekbaarheid) van personeel, bijvoorbeeld door te investeren in werkplaatsen in een leefruimte, kan frustraties en agressie voorkomen. Personeelsleden merken zo sneller op wanneer een patiënt het moeilijk heeft en kunnen escalatie van een situatie voorkomen.

Sommige ombudsen signaleren zelf nog regelmatig beperkingen qua modaliteiten en toegankelijkheid in de voorzieningen, bijvoorbeeld geluidsoverlast en/of gebrek aan privacy in de ter beschikking gestelde permanentieruimtes, of beperkingen op IT-vlak (bv)

geen toegang tot e-mail of externe netwerken, geen telefonische ontvangst in gesprekslokaal, ...).

Ook de toegankelijkheid van bvb. gedwongen opnameafdelingen, afzonderingskamers, ... voor de ombudsen wordt door sommige instellingen nog steeds beperkt, wat de dienstverlening belemmert.

5. Betrekken van de omgeving in de zorg

Door intensifiëring van de zorg is de omgeving een belangrijkere rol in de behandeling (zowel in de zorgvoorziening als in de eigen woonst) gaan spelen. Omgeving is niet alleen de familie en vriendenkring, maar ook de buurt, het verenigingsleven van de woonplaats van de patiënt en de ondersteunende thuisdiensten. Een voorziening heeft dankzij haar multidisciplinaire teams alle expertise in huis om te patiënt te motiveren maximaal gebruik te maken van diens omgeving.

Van voor of bij opname zouden familieleden en eventueel de bredere omgeving gehoord en betrokken moeten worden (uiteraard alleen met toestemming van de patiënt). Hoewel de verwachtingen van familieleden niet noodzakelijk dezelfde zijn als die van de patiënt, en deze dualiteit extra inspanningen vraagt van hulpverleners, kunnen ze ook een belangrijke partner en bron van informatie voor de hulpverleners zijn, en (mits de nodige professionele ondersteuning) ook een belangrijke factor in een succesvolle nieuwe start en herstel.

Als externe ombudspersonen weten we uit ervaring dat het niet evident is om patiënten die een negatieve ervaring hebben met hun familie en vriendenkring hiervoor over de streep te trekken. Ook dit familiale netwerk heeft soms, na jarenlange zorg en aanwezigheid, het besluit genomen om afstand te nemen van de patiënt. De betrokken hulpverlener heeft hiervoor begrip en zet voorzichtige stappen om samen met de patiënt te komen tot een nieuwe omgeving waarin een garantie op continuïteit van zorg kan aangeboden worden.

De voorzieningen missen hiervoor echter de nodige mankracht om dit op maat van hun patiënten en familiale omgeving te realiseren. De focus van een behandeling ligt momenteel op het behandelen van de patiënt, hoewel het netwerk van de patiënt hierbij ook een belangrijke partner is, of kan zijn.

In de praktijk betekent dit dat de familie enkele malen wordt uitgenodigd voor een familiegesprek. Mits toestemming van de patiënt en met de nodige professionalisering en beschikbare hulpverleners kan de familie of de betrokken vriendenkring een deel uitmaken van de behandeling en aanwezig zijn tijdens de therapiesessies op hun maat.

Externe ombudspersonen ontmoeten zelfs na 17 jaren wet patiëntenrechten nog steeds patiënten, betrokkenen en hulpverleners die onvoldoende vertrouwd zijn met deze wetgeving.

De aanwezigheid van ombudspersonen in de zorgvoorzieningen ter voorkoming van klachten, dient een evidentie te zijn. Infosessies om de theorie en de praktijk van de wet patiëntenrechten te duiden bewijzen in dezen hun nut. Ook de omgeving betrekken bij het werk van externe ombudspersonen kan bijdragen tot het voorkomen van klachten.

6. Vertrouwenspersonen

Vele (zometer de meeste) patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd, hebben geen vangnet, familie of sociaal netwerk. Ze zijn kwetsbaar en kennen hun rechten niet, laat staan de mogelijkheid tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon. In situaties waar sprake is van dwang en beperkte autonomie van de patiënt is er een duidelijke nood aan een vertrouwenspersoon die morele ondersteuning biedt, dialoog stimuleert en aldus helpt bij het optimaal informeren van de patiënt. Patiënten én hulpverleners ervaren de aanwezigheid van de aanwezigheid van één of meerdere vertrouwenspersonen tijdens een bespreking als een meerwaarde en ondersteuning.

Hulpverleners in het algemeen en ombudspersonen in het bijzonder hebben de plicht (zie o.a. de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke op 20 februari 2017) om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken, bijvoorbeeld door middel van documentatie of infosessies.

Idealiter worden er procedures ontworpen en geïmplementeerd waardoor een vertrouwenspersoon wordt opgenomen in het standaard zorgmodel.

7. Informeren van de patiënt

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. Wat voor hulpverleners vanzelfsprekend is, is dat niet noodzakelijk ook voor de hulpvrager.

Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten creëert onzekerheid en stress. Daarom blijft bijvoorbeeld het gebruik van de brochure "Gedwongen Opname" aangewezen als efficiënte en doeltreffende manier om de patiënt duidelijk te informeren.

8. Inzage en afschrift elektronisch patiëntendossier (EPD)

Tegenwoordig is digitalisering van gezondheidsgegevens gemeengoed. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) biedt voordelen voor zowel de beroepsbeoefenaars als de patiënten. Medicatie, observaties, ontwikkelingen en het persoonlijk verhaal van de zorgvrager worden gebundeld en beveiligd opgeslagen in een gecentraliseerd multidisciplinair dossier.

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 tussen de behandelende arts en de patiënt en/of vertrouwenspersoon via dit medium aan. Deze manier van werken stimuleert de gelijkwaardige samenwerking tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

Patiënten kunnen sinds enkele jaren het EPD digitaal raadplegen (bvb. Collectief Zorgplatform – cozo.be). Afhankelijk van het vermogen en/of toestand van de patiënt biedt dit bij het doornemen van het dossier een duidelijke meerwaarde. Deze digitalisering vraagt echter ook een nauwe(re) betrokkenheid van de zorgvrager; niet elke patiënt is (om uiteenlopende redenen) in staat het EPD digitaal te raadplegen.

Een duidelijk gedragen visie omtrent digitale zorg vanuit de zorgvoorzieningen blijft dus een uitdaging: een nieuwe manier van werken met nieuwe technologieën vereist ook op meerdere vlakken een cultuurverandering, bijvoorbeeld betreffende de omgang en beveiliging van vertrouwelijke gegevens (o.m. in het licht van de in 2018 aangepaste Europese GDPR-regelgeving).

9. Feedback vanuit de zorgvoorziening

Bij elke klacht/melding/opmerking, wordt de betrokken hulpverlener of afdeling gecontacteerd, mits akkoord van de patiënt. Soms wordt er bemiddeld, soms signaleerd.

Ombudsen gaan vaak in gesprek met een hulpverlener over hoe deze klacht tot stand is gekomen, wat er aan gedaan kan worden, hoe een team ermee kan omgaan. Zelden of nooit wordt er echter feedback gegeven over wat er effectief gedaan is met deze input. De ombudspersonen moeten dit zelf gaan navragen, en dit is vaak een tijdsintensief en frustrerend proces...

Binnen deze optiek zijn afspraken met de patiënt vaak ook moeilijk bindend te maken naar de behandelende instelling/geneeskundige toe.

Daarnaast evolueren de zorgvoorzieningen ook: Eigen visie en beleid, keuzes in zorgaanbod, verbouwingen, wijzigingen in therapieaanbod etc... het zou een evidentie moeten zijn om de ombudspersoon automatisch te informeren zodat eventuele aanvragen hieromtrent gecounterd kunnen worden.

10. Nood aan meer/intensievere omkadering & modaliteiten

Door het sluiten van bepaalde afdelingen vallen sommige patiënten uit de boot. Het gaat dan bvb. om patiënten die een PVT nodig hebben maar met intensievere en meer medische zorg dan momenteel een PVT momenteel kan bieden.

In een PVT is momenteel geen psycholoog verplicht op post. Patiënten ervaren dit vaak als een groot tekort. Dit zou in de omkadering moeten worden voorzien.

vertrouwelijk

We merken op verschillende afdelingen en verschillende ziekenhuizen dat er nog te kort is aan therapie en zinvolle dagbesteding. Patiënten hebben te veel "lege" uren.

Er is blijvende aandacht nodig voor het voorkomen en goed opvolgen van afzonderingsmaatregelen.

Er is onduidelijkheid over het stemrecht bij forensische patiënten. Er zouden wat dit betreft verschillen zijn in de doelgroep. Bij de laatste verkiezingen zijn bepaalde stembrieven weer ingetrokken.

Toegang tot het internet alsook vrij gsm gebruik als algemene regel zou een evidentie moeten zijn.

5. Besluit

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.

Jaarverslag interne ombudsfunctie

Interne ombudsfunctie PC Ariadne, Lede
Periode van 01/01/2019 tot 21/12/2020
Jaarverslag Psychiatrisch ziekenhuis Lede
Sara Adriaensens, interne ombudspersoon
Februari 2020

AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 10/01/2019, de laatste op 27/12/2019. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2019. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 59, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 55.

Het aantal aanmeldingen kan niet vergeleken worden met 2018. In 2018 werd de functie van interne ombudspersoon pas in de maand oktober terug ingevuld.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	40	50	6	59
aanmelders	28	30	6	53

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	6		59	
aanmelders	6 ...te control eren...		53 ...te control eren...	

tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	2	100	51	87,93
<i>binnen de week</i>	-	-	7	12,06
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	2	100	58	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	4	66,66	1	1,69
<i>1 contact</i>	2	33,33	58	98,30
<i>2 contacten</i>	-	-	-	-
<i>3 contacten</i>	-	-	-	-
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	-	-
totaal	6	100	59	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	1		1	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	6		55	

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.

Alle aanmelding werden intern besproken en opgelost zonder hiervoor externen te moeten inschakelen.

De **59** aanmeldingen (2019) komen van in totaal 53 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019	
	aanmelders	aanmeldingen

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

categorie	n	%	n	%
3	1	1,88	3	5,08
2	4	7,54	8	13,55
1	48	90,56	48	81,35
totaal	53	100	59	100

De **6** aanmeldingen (2018) komen van in totaal 6 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
1	6	100,00	6	100,00
totaal	6	100	6	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	3	50,00	52	88,13
groep patiënten	-	-	5	8,47
andere	3	50,00	2	3,38
totaal	6	100	59	100

De aanmelder is meestal individueel.

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	3	100,00	28	53,84
vrouw	-	-	24	46,15
onbekend	-	-	-	-
totaal	3	100	52	100

Aantal leden groep

		2019	
categorie		n	%
2 personen		3	60,00
3 personen		1	20,00
4 personen		1	20,00
meer dan 4 personen		-	-
totaal		5	100
grootste groep	-	4	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	3	100,00	1	50,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	2	100,00	1	50,00
ten persoonlijke titel	-	-	1	50,00
totaal	2	100	2	100

Terugkoppeling indien andere

	2018	2019

PSYCHIATRISCH CENTRUM ARIADNE

REYMEERSSTRAAT 13 A • 9340 LEDE • TEL +32 (0)53 76 21 11 • FAX +32 (0)53 76 21 99 • INFO@PCARIADNE.BE • WWW.PCARIADNE.BE

categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	100,00	1	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	1	50,00
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	-	-
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
ja	6	100,00	42	71,18
neen	-	-	17	28,81
totaal	6	100	59	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	-	-	12	70,58
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	1	5,88
vorige jaren binnen deze voorziening	-	-	4	23,52
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	-	-	17	100

B. Vormen van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	2	33,33	43	72,88
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	3	50,00	8	13,55
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	1	16,66	8	13,55
totaal	6	100	59	100

Het grootste deel van de cliënten zoekt direct contact op met de ombudspersoon.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	3	50,00	9	15,25
vraag tot interventie	2	33,33	34	57,62
vraag tot signalering	-	-	11	18,64
vraag naar een luisterend oor	1	16,66	5	8,47
totaal	6	100	59	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	-	-	4	11,76
vraag om een ander soort akkoord	2	100,00	30	88,23
totaal	2	100	34	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

	2018	2019

categorie	n	%	n	%
ja	-	-	2	3,38
neen	6	100,00	55	93,22
werd niet bevraagd	-	-	2	3,38
totaal	6	100	59	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	-	-	1	50,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	1	50,00
extern	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	7	12,72
durfde niet	-	-	-	-
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	-	-	-	-
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	6	100,00	48	87,27
totaal	6	100	55	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	3	50,00	-	-

opgenomen/in behandeling/in begeleiding	1	16,66	49	83,05
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	2	33,33	9	15,25
niet van toepassing	-	-	1	1,69
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	59	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	5	83,33	30	50,84
aanmeldingen die weerhouden worden	1	16,66	29	49,15
totaal	6	100	59	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%

1. kwaliteitsvolle dienstverlening	-	-	18	62,06
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	3,44
3. informatie	-	-	9	31,03
4. geïnformeerde toestemming	1	100,00	-	-
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	1	3,44
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	1	100	29	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)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	2	33,33	47	79,66
algemene vraag los van patiëntenrecht	4	66,66	12	20,33
totaal	6	100	59	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%

familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	1	50,00	4	33,33
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	6	50,00
levensverhaal	-	-	2	16,66
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	1	16,66	12	20,33
psychiater	2	33,33	20	33,89
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	1	16,66	6	10,16
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	1	16,66	1	1,69
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	3	5,08
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	1	16,66	6	10,16
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	-	-	2	3,38
voedingsdienst	-	-	3	5,08
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	1	1,69

PSYCHIATRISCH CENTRUM ARIADNE

REYMEERSSTRAAT 13 A • 9340 LEDE • TEL +32 (0)53 76 21 11 • FAX +32 (0)53 76 21 99 • INFO@PCARIADNE.BE • WWW.PCARIADNE.BE

bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	2	3,38
andere	-	-	3	5,08
totaal	6	100	59	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	-	-	25	53,19
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	2	4,25
3. informatie	-	-	10	21,27
4. geïnformeerde toestemming	1	50,00	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	50,00	6	12,76
7. klachtenbemiddeling	-	-	4	8,51
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	2	100	47	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	-	-	7	28,00
1.2. goede behandeling/begeleiding	-	-	7	28,00

PSYCHIATRISCH CENTRUM ARIADNE

REYMEERSSTRAAT 13 A • 9340 LEDE • TEL +32 (0)53 76 21 11 • FAX +32 (0)53 76 21 99 • INFO@PCARIADNE.BE • WWW.PCARIADNE.BE

1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	4	16,00
1.4. goede hotelservice	-	-	3	12,00
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	4	16,00
totaal	-	-	25	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	2	28,57
correcte omgangsvormen	-	-	5	71,42
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	7	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	2	28,57
groepstherapie	-	-	4	57,14
voldoende beschikbaarheid	-	-	-	-
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	14,28
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

PSYCHIATRISCH CENTRUM ARIADNE

REYMEERSSTRAAT 13 A • 9340 LEDE • TEL +32 (0)53 76 21 11 • FAX +32 (0)53 76 21 99 • INFO@PCARIADNE.BE • WWW.PCARIADNE.BE

totaal	-	-	7	100
--------	---	---	---	-----

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-

PSYCHIATRISCH CENTRUM ARIADNE

REYMEERSSTRAAT 13 A • 9340 LEDE • TEL +32 (0)53 76 21 11 • FAX +32 (0)53 76 21 99 • INFO@PCARIADNE.BE • WWW.PCARIADNE.BE

geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	-	-	2	50,00
groepsleven	-	-	1	25,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	1	25,00
totaal	-	-	4	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	-	-	2	66,66
infrastructuur/accommodatie	-	-	1	33,33
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	3	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-

PSYCHIATRISCH CENTRUM ARIADNE

REYMEERSSTRAAT 13 A • 9340 LEDE • TEL +32 (0)53 76 21 11 • FAX +32 (0)53 76 21 99 • INFO@PCARIADNE.BE • WWW.PCARIADNE.BE

wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	-	-	1	25,00
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	3	75,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	4	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2018	2019

PSYCHIATRISCH CENTRUM ARIADNE

REYMEERSSTRAAT 13 A • 9340 LEDE • TEL +32 (0)53 76 21 11 • FAX +32 (0)53 76 21 99 • INFO@PCARIADNE.BE • WWW.PCARIADNE.BE

categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	2	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

3. Recht op informatie

	2018		2019	
categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	5	50,00
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	1	10,00
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	1	10,00
andere	-	-	3	30,00
totaal	-	-	10	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

	2018		2019		
categorie	n	%	n	%	
medicatie	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
behandeling/begeleiding	informatie	1	100,00	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-	

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2018	2019

PSYCHIATRISCH CENTRUM ARIADNE

REYMEERSSTRAAT 13 A • 9340 LEDE • TEL +32 (0)53 76 21 11 • FAX +32 (0)53 76 21 99 • INFO@PCARIADNE.BE • WWW.PCARIADNE.BE

categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

5.A. Recht op inzage of afschrift

		2018		2019	
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

		2018		2019	
categorie		n	%	n	%
beroepsgeheim		-	-	1	16,66
persoonlijke overtuiging		-	-	1	16,66
briefgeheim		-	-	-	-
territoriale privacy		-	-	4	66,66
mondelijke indiscretie		-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	-	-	6	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	4	100,00
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	4	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (55).

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	1	16,66	1	1,81
doorverwijzen intern	2	33,33	23	41,81
doorverwijzen extern	-	-	4	7,27
informeren	-	-	1	1,81

PSYCHIATRISCH CENTRUM ARIADNE

REYMEERSSTRAAT 13 A • 9340 LEDE • TEL +32 (0)53 76 21 11 • FAX +32 (0)53 76 21 99 • INFO@PCARIADNE.BE • WWW.PCARIADNE.BE

signaleren	-	-	18	32,72
coachen	-	-	-	-
bemiddelen	3	50,00	8	14,54
totaal	6	100	55	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	-	-	4	50,00
ombudspersoon zonder patiënt	2	100,00	4	50,00
totaal	2	100	8	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal meldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de melding</i>	1	16,66	14	25,45
<i>binnen de week</i>	1	16,66	35	63,63
<i>binnen de twee weken</i>	1	16,66	4	7,27
<i>binnen de vier weken</i>	1	16,66	-	-
<i>later dan vier weken</i>	2	33,33	2	3,63
totaal	6	100	55	100
aantal weken bij melding 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".

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	12	21,81
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	16,66	35	63,63
ontevredenheid patiënt	-	-	7	12,72
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	1,81
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	5	83,33	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	-	-	-	-
totaal	6	100	55	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				

PSYCHIATRISCH CENTRUM ARIADNE

REYMEERSSTRAAT 13 A • 9340 LEDE • TEL +32 (0)53 76 21 11 • FAX +32 (0)53 76 21 99 • INFO@PCARIADNE.BE • WWW.PCARIADNE.BE

gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	1,81
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	1	33,33	14	25,45
ontevredenheid patiënt	-	-	38	69,09
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	2	66,66	1	1,81
ontevredenheid patiënt	-	-	1	1,81
geen feedback	-	-	-	-
totaal	3	100	55	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	2	66,66
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	-	-	3	100

Besluit:

In slechts 3 van de 59 meldingen werden verdere stappen voorgesteld. De andere meldingen konden intern besproken en mogelijks opgelost geraken. De rol van de ombudsfunctie wordt meestal positief ervaren door de andere medewerkers, op deze manier kunnen de bemiddelingen leiden tot een eventuele compromis. Bij een klein aantal meldingen heb ik mij moeten verplaatsen naar de afdeling omwille van een gesloten regime van de cliënt, voor de andere melding maakte ik gebruik van mijn eigen bureel en later van een gesprekslokaal aan het onthaal.

De meldingen bij de interne ombudspersoon hadden in 2019 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 duidelijkheid over regels.



PC Ariadne –

Lede

**van 1 januari tot
31 december 2019**

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

psychiatrisch ziekenhuis

psychiatrisch verzorgingstehuis Nieuwemeers

psychiatrisch verzorgingstehuis Leilinde

Psychiatrisch Centrum Ariadne

Lede

periode van 1 januari tot 31 december 2019

Niki Vervaeke
Ombudspersoon
Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid vzw
Februari 2020

INHOUD

1. INLEIDING	6
2. PSYCHIATRISCH CENTRUM EN EXTERNE OMBUDSFUNCTIE	8
3. AANMELDINGEN	10
3.1. PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS LEDE	10
3.2. PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS, CAMPUS LEDE	26
3.3. PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS, CAMPUS DENDERMONDE	28
4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN	30
5. BESLUITEN	33
6. PRAKTISCHE INFORMATIE	34
7. BIJLAGE: OMBUDSPERSONEN TEWERKGESTELD BIJ POPOVGGZ VZW	36

1. INLEIDING

Dit is het zestiende 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. De Vlaamse ombudsman bundelde de aanmeldingen van alle ombudspersonen in het Jaarverslag en klachtenboek 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.

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (OGGPA vzw, SPIL vzw, PopovGGZ vzw, Logistiek Vlabo vzw en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw), met terugwerkende kracht gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert.

Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband).

Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

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 meldingen. 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 melding op de voet kan volgen als via statistieken een zicht kan krijgen op de meldingen 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 melding 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.

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

	2016	2017	2018	2019
aantal gerealiseerde verpleegdagen	59.349	52.565	51.083	52.005
aantal opnames	925	819	864	790
aantal opgenomen patiënten op 1/1	215	242	185	184
aantal opgenomen patiënten op 31/12	224	194	184	171
gedwongen opnames	145	138	129	183

Wegens 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 12u aanwezig in het ziekenhuis voor permanentie en op maandag, dinsdag, woensdag en donderdag tussen 9u en 12u telefonisch bereikbaar.

Sinds 1 april 2019 werd Carine vervangen 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 en intervisor bij MEDIV. Zij werkte 50% als externe ombudspersoon Brussel van 2015 tot en met 2019 en neemt op regelmatige basis deel aan intervisie en supervisie.

Zij is lid van IPSOF, VVOVAZ en intervisor voor de regionale VVOVAZ werkgroep Vlaams Brabant. Op basis van haar beschikbaarheid verving zij in 2018 al een Oost-Vlaamse collega voor de ombudswerking.

Niki pleegt regelmatig overleg met Sara Adriaensens, intern ombudspersoon en An Staels, directeur patiëntenzorg. Zij is elke maandag van 9 tot 12 u aanwezig en verzorgt spreekuur van 9 tot 10. Daarna, om de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de functie te garanderen, opteert zij voor een actieve rondgang op de verschillende afdelingen bij elke permanentie. Zij is elke weekdag bereikbaar tijdens de kantooruren.

Zij gaat maandelijks langs op PVT Reymeers en PVT Leilinde.

Zij verzorgt ook de externe ombudsfunctie in het Pc Guislain en in Karus.

3. AANMELDINGEN

3.1 Psychiatrisch ziekenhuis, Lede

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 07/01/2019, de laatste op 16/12/2019. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 97, 16 meer dan in 2018. Het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 90.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens **externe ombudsfunctie** van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	77	74	81	97
aanmelders	46	37	44	47

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	81		97	
aanmelders	44		47	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	49	71,01	80	83,33
<i>binnen de week</i>	12	17,39	11	11,45
<i>binnen de 2 weken</i>	5	7,24	1	1,04
<i>binnen de 4 weken</i>	2	2,89	1	1,04
<i>later dan 4 weken</i>	1	1,44	3	3,12
totaal	69	100	96	100

Aanmeldingen, contacten en verwijzingen

	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	12	14,81	-	-
<i>1 contact</i>	55	67,90	49	51,04
<i>2 contacten</i>	7	8,64	31	32,29
<i>3 contacten</i>	4	4,93	12	12,50
<i>meer dan 3 contacten</i>	3	3,70	4	4,16
totaal	81	100	96	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		6	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	80		1	

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.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
	n	%	n	%
12	2	4,25	24	24,74
6	1	2,12	6	6,18
5	2	4,25	10	10,30
4	2	4,25	8	8,24
3	2	4,25	6	6,18
2	5	10,63	10	10,30
1	33	70,21	33	34,02
totaal	47	100	97	100

In 2019 kwamen 97 aanmeldingen van in totaal 47 aanmelders. Klassiek zien we een grote groep aanmelders die één (34,02%) of twee (10,30 %) aanmeldingen doen. Daarnaast zien we drie aanmelders die drie aanmeldingen deden, vier aanmelders die er vier deden, twee aanmelders met 5 aanmeldingen, één aanmelder met zes meldingen en twee aanmelders met zowaar twaalf(!) meldingen achter hun naam.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	64	79,01	67	69,79
groep patiënten	10	12,34	27	28,12
andere	7	8,64	2	2,08
totaal	81	100	96	100

De overgrote meerderheid van aanmelders waren patiënten zelf, individueel of in groep. Het aantal groepsmeldingen zit echter in stijgende lijn. (onder groep verstaan we aanmelding door meer dan 2 patiënten.)

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	2	20,00	17	62,96
3 personen	2	20,00	1	3,70
4 personen	2	20,00	7	25,92
meer dan 4 personen	4	40,00	2	7,40
totaal	10	100	27	100
grootste groep	8		5	

Het aantal naastbetrokkenen van de patiënt als aanmelders daalt. De ombudspersoon ging telkens na of de patiënt de aanmelding onderschreef. Dit bleek een keer niet het geval, bij de andere casus kon dit niet worden geverifieerd.

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	18	28,12	29	43,28
vrouw	46	71,87	38	56,71
onbekend	-	-	-	-
totaal	64	100	67	100

Het aantal mannen dat zich aanmeldt is in stijgende lijn terwijl het aantal aanmeldingen bij de vrouwen significant gedaald is.

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	41	50,61	63	65,62
neen	40	49,38	33	34,37
totaal	81	100	96	100

Ongeveer één derde van de aanmelders waren al gekend bij de ombudspersoon, steeds door eerdere meldingen binnen het ziekenhuis.

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	36	90,00	27	81,81
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	1	3,03
vorige jaren binnen deze voorziening	4	10,00	5	15,15
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	40	100	33	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	34	41,97	75	78,12
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	14	17,28	9	9,37
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	33	40,74	12	12,50
totaal	81	100	96	100

Meer dan 90% van de meldingen gebeuren via persoonlijk of telefonisch contact met de ombudspersoon.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	2	2,46	11	11,45
vraag tot interventie	49	60,49	38	39,58
vraag tot signalering	21	25,92	35	36,45
vraag naar een luisterend oor	9	11,11	12	12,50
totaal	81	100	96	100

De vraag naar interventie daalt (39,58% tov 60,49%) maar de vraag naar informatie (van 2,46% naar 11,45%) en de vraag tot signalering stijgen beide significant (van 25,92% naar 36,45%). Er was een lichte stijging in de vraag naar luisterend oor.

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	4	8,16	4	8,16
vraag om een ander soort akkoord	45	91,83	45	91,83
totaal	49	100	49	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	29	35,80	60	62,50
neen	28	34,56	7	7,29
werd niet bevraagd	24	29,62	29	30,20
totaal	81	100	96	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	29	100,00	55	91,66
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	5	8,33
extern	-	-	-	-
totaal	29	100	-	-

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	5	17,85	3	42,85
durfde niet	4	14,28	-	-
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	19	67,85	4	57,14
totaal	28	100	7	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	1	1,23	1	1,04
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	75	92,59	94	97,91
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	5	6,17	1	1,04
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	81	100	96	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 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	34	41,97	44	45,83
aanmeldingen die weerhouden worden	47	58,02	52	54,16
totaal	81	100	96	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen bij strikte interpretatie WPR

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	38	80,85	43	82,69
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	2,12	4	7,69
3. informatie	1	2,12	-	-
4. geïnformeerde toestemming	4	8,51	5	9,61
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	3	6,38	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	47	100	52	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOFF)

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen.

Elke aanmelding heeft ofwel betrekking op één **patiëntenrecht**, ofwel betreft het één **algemene vraag los van de patiëntenrechten**. Er wordt per aanmelding slechts één aanmeldingscode geregistreerd, ook al zijn er in het verhaal van de aanmelder vaak meerdere patiëntenrechten in het spel of bevat het meerdere algemene informatievragen.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOE)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	78	96,29	85	88,54
algemene vraag los van patiëntenrecht	3	3,70	11	11,45
totaal	81	100	96	100

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	7	8,64	7	7,29
psychiater	14	17,28	28	29,16
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	10	12,34	24	25,00
persoonlijke begeleider	-	-	1	1,04
sociale dienst	-	-	3	3,12
psycholoog	1	1,23	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	7	7,29
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	24	29,62	-	-
administratieve dienst	1	1,23	1	1,04
technische dienst	1	1,23	7	7,29
voedingsdienst	10	12,34	3	3,12
poetsdienst	-	-	5	5,20
directie	11	13,58	7	7,29
bewindvoerder	-	-	1	1,04
ombudspersoon	1	1,23	-	-
andere	1	1,23	2	2,08
totaal	81	100	96	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 de psychiater (29,16 %) en de verpleging (25 %), niet toevallig die disciplines die het nauwst betrokken zijn op de directe patiëntenzorg. Vorig jaar werd er amper gewag gemaakt van de multidisciplinaire teams. Wel meer aanmeldingen rond therapeuten. Verder meer klachten voor technische dienst en poetsdienst. Een opvallende daling voor het aantal klachten voor de keuken. Verder komen de andere disciplines amper voor in aanmeldingen.

In volgende tabellen worden de meldingen 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 meldingen.

Overzicht meldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	66	84,61	75	88,23
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	1,28	5	5,88
3. informatie	1	1,28	-	-
4. geïnformeerde toestemming	4	5,12	5	5,88
5. inzage patiëntendossier	5	6,41	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	1	1,28	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	78	100	85	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	3	4,54	14	18,66
1.2. goede behandeling/begeleiding	24	36,36	23	30,66
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	6	9,09	10	13,33
1.4. goede hotelservice	24	36,36	22	29,33
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	1,51	1	1,33
1.7. beschermende maatregelen	8	12,12	5	6,66
totaal	66	100	75	100

1.1. Respectvolle bejegening

De 14 meldingen hadden 4 betrekking tot luisterbereidheid, 6 tot correcte omgangsvormen, 4 werden als 'andere' geregistreerd. Patiënten verwachten, zeker bij langdurige opname, 'gezien' te worden. Een warm onthaal bij terugkeer op de afdeling, geïnteresseerd zijn in de patiënt, regelmatig mee in de leefruimte aansluiten tussen de patiënten.... het zijn slechts enkele voorbeelden die werden aangehaald.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	2	8,69
medicatie	-	-	2	8,69
individuele therapie	3	12,50	1	4,34
groepstherapie	-	-	7	30,43
voldoende beschikbaarheid	13	54,16	2	8,69
betrokkenheid familie	2	8,33	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	1	4,16	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	1	4,16	2	8,69
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	4	16,66	7	30,43
totaal	24	100	23	100

Het aantal meldingen over het therapeutisch aanbod lag dit jaar duidelijk hoger. De meldingen betreffende voldoende beschikbaarheid zijn heel wat minder in vergelijking met 2018 (13-2). Het therapeutisch aanbod werd dit jaar ook hernieuwd in een ziekenhuisoverkoepelend en afdelingsspecifiek aanbod dat aansluit op en bij elkaar. De praktische organisatie en invulling (type therapie, uren, vervanging bij afwezigheid, communicatie omtrent wijzigingen nav ziekte, etc) gaven meermaals aanleiding tot meldingen. Er zijn 2 meldingen over medicatie die rechtstreeks met de afdeling zelf werden opgenomen.

Onder de categorie 'andere' vallen meldingen over het tijdig verkrijgen van attestering van de behandelend geneesheer, en melding over patiëntparticipatie.

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	1	16,66	6	60,00
groepsleven	4	66,66	2	20,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	2	20,00
andere	1	16,66	-	-
totaal	6	100	10	100

Meer meldingen over de geldende regels op de afdeling (6). Vooral de individuele, verschillende toepassing van algemeen geldende regels blijkt bij patiënten voor ongenoegen te zorgen. 'Waarom voor die wel en voor die ander niet?'. Daarnaast blijkt onduidelijkheid in het hanteren van afdelingsregels afhankelijk van aanwezig personeel ook voor patiënten moeilijk te begrijpen.

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	10	41,66	5	22,72
infrastructuur/accommodatie	7	29,16	9	40,90
hygiëne	-	-	3	13,63
veiligheid persoon	1	4,16	1	4,54
veiligheid goederen	6	25,00	1	4,54
andere	-	-	3	13,63
totaal	24	100	22	100

Aanmeldingen over de voeding gingen eerder over de keuze van het menu, de proportionering en het opvolgen en ter beschikking stellen van bepaalde diëten. Er zijn meer meldingen rond hygiëne en infrastructuur en accommodatie. Dit is vooral verklaarbaar nav de verbouwingen en nieuwbouw die dit jaar gerealiseerd werden. De voorbereiding gaf aanleiding tot wat minder aandacht voor de bestaande werking en de afwerking en laatste praktische details bleven soms langer op zich wachten dan voorzien.

1.5. Betalende diensten

Geen meldingen.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

Eén melding met betrekking tot verzekeringen.

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	2	25,00	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	12,50	1	20,00
afzondering	2	25,00	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	3	37,50	4	80,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	5	100

In 2019 zijn er minder meldingen over beschermende maatregelen. Meldingen over de gedwongen opname zijn veelal informatievragen, maar kunnen ook een uiting zijn van ongenoegen over de gedwongen opname an sich.

Bij de meldingen over straf gaat het over genomen maatregelen die door de melders als straf gevoeld worden, zoals de verlenging van opnameduur of beperkingen in het ontvangen van bezoek. Dit jaar werden hierover geen meldingen genoteerd.

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	3	60,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	2	40,00
totaal	1	100	5	100

3. Recht op informatie

Geen melding over het recht op informatie.

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
Medicatie informatie	1	25,00	2	40,00
toestemming	2	50,00	3	60,00
Behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
toestemming	1	25,00	-	-
totaal	4	100	5	100

Vijf meldingen over het recht op geïnformeerde toestemming, waarvan drie over het geven van toestemming voor medicatie en twee over het krijgen van informatie over de medicatie.

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

In 2019 waren er geen meldingen met betrekking tot dossier.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Geen meldingen.

7. Recht op klachtenbemiddeling

Geen meldingen.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

Geen meldingen.

9. Recht op een vertrouwenspersoon

Geen meldingen.

10. Recht op pijnbestrijding

Geen meldingen.

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (90).

De **interventie** van de ombudspersoon is bij heel wat meldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het ombudswerk. Soms verlangt de patiënt niets meer. Soms volstaat informeren of het doorverwijzen naar een hulpverlener

of een dienst. Soms verkiest de patiënt zelf de nodige stappen te ondernemen en is de rol van de ombudspersoon beperkt tot coachen. Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al of niet samen met hem/haar. Soms wil de patiënt vooral een signaal geven of vindt de ombudspersoon het belangrijk dat dit signaal - mits akkoord van de patiënt - gegeven wordt, meestal aan de direct betrokkene, soms aan de directie.

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdinterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	9	11,25	11	12,22
doorverwijzen intern	1	1,25	1	1,11
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informereren	4	5,00	10	11,11
signaleren	31	38,75	55	61,11
coachen	6	7,50	10	11,11
bemiddelen	29	36,25	3	3,33
totaal	80	100	90	100

We merken dat er steeds vaker gevraagd wordt om toch de aanmelding te gaan signaleren (31 naar 55). Patiënten willen minder overgaan tot bemiddeling zelf. Hiervoor hebben we geen verklaring.

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	1	3,44	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	28	96,55	3	100,00
totaal	29	100	3	100

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.

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	31	38,75	15	16,66
<i>binnen de week</i>	22	27,50	22	24,44
<i>binnen de twee weken</i>	12	15,00	15	16,66
<i>binnen de vier weken</i>	7	8,75	9	10,00
<i>later dan vier weken</i>	8	10,00	29	32,22
totaal	80	100	90	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	25		26	

37% van de aanmeldingen werd binnen de week afgehandeld, 70 % binnen de maand. Voor 29 aanmeldingen (32%) duurde het langer dan vier weken voor die werd afgerond.

De volgende tabellen geven een idee van hoe de **tevredenheid** van de patiënt met de afhandeling van de aanmelding wordt ingeschat. Wij maken een onderscheid tussen tevredenheid met het **resultaat** en tevredenheid met het **proces**. Ontvangt de ombudspersoon de inschatting expliciet van de patiënt zelf, dan wordt de tevredenheid geregistreerd in de rijen "patiënt". Anders wordt enkel geregistreerd in de rijen (*inschatting door de*) "ombudspersoon".

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	9	11,25	23	25,55
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	12	15,00	36	40,00
ontevredenheid patiënt	10	12,50	8	8,88
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	2	2,50	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	11	13,75	-	-
ontevredenheid patiënt	4	5,00	-	-
geen feedback	32	40,00	23	25,55
totaal	80	100	90	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	17	21,25	48	53,33
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	14	17,50	19	21,11
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	4	5,00	1	1,11
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	11	13,75	-	-
ontevredenheid patiënt	2	2,50	-	-
geen feedback	32	40,00	22	24,44
totaal	80	100	90	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 (53,33 %) dan over het resultaat (25,55 %).

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	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	5	2	4	4
aanmelders	5	2	3	4

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 strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	1	25,00	3	75,00
aanmeldingen die weerhouden worden	3	75,00	1	25,00
totaal	4	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	4	100,00	1	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	4	100	1	100

Alle aanmeldingen hadden betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, meer bepaald over grensoverschrijdend gedrag. Deze aanmelding werd binnen het ziekenhuis opgevolgd via de bestaande procedure zoals uitgewerkt met Zorgnet Icuuro.

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. Soms is een kleine stap extra nodig, in de vorm van doorverwijzen (*geen aanmelding*), informeren (*1 aanmelding*), signaleren (3 aanmeldingen), coachen (*geen aanmeldingen*) of bemiddelen (*geen aanmeldingen*).

E. Afsluiting & resultaat

Alle aanmeldingen werden in 2019 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	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	6	6	4	2
aanmelders	5	5	4	2

A. Aanmeldingen, aanmelders en vorm van aanmelden

De 2 aanmeldingen komen van 2 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	1	25,00	1	50,00
aanmeldingen die weerhouden worden	3	75,00	1	50,00
totaal	4	100	2	100

De weerhouden aanmeldingen hebben betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (2) en het recht op informatie (1).

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

De meldingen hadden grotendeels betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (*1 meldingen*). Wanneer we daar dieper op inzoomen, zien we één melding rond de medicatiebedeling.

Over alle andere rechten werd geen enkele melding genoteerd.

D. Interventie

In antwoord op de meldingen heeft de ombudspersoon de grieven van de bewoner gesignaleerd (*2*).

E. Afsluiting

Elke melding werd de dag zelf nog afgesloten.

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen 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 meldingen 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.

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 dienstverlening (*art. 5*)

- Het al dan niet voldoende beschikbaar zijn van artsen, psychologen en therapeuten vormt regelmatig de aanleiding tot het aanspreken van de ombudspersoon.

- *Patiënten willen graag regelmatig overleg met zowel psychiater, psycholoog als vaste verpleegkundige die hen is toegewezen.*
- *Afhankelijk van de afdeling en zorgnood verschilt de frequentie. Het tijdig en duidelijk aangeven van de frequentie voor overleg is een terugkerende aanbeveling.*
- *Daarnaast worden af en toe 'vlinders' ingezet. Een aantal patiënten in langdurige opname ervaren dit eerder negatief omdat het vlot bespreken van een aantal zaken met hun vaste IB (waarmee een therapeutische relatie bestaat) voor hen voorop staat.*
- *Het therapieprogramma is voor patiënten essentieel en zij worden ook geacht op die momenten aanwezig te zijn. Wijzigingen in aanbod nav afwezigheden, vervangingen, vakantie etc is te vermijden. Duidelijke planning en roosters met therapeuten moeten tijdig beschikbaar zijn. Het pro-actief inspelen hierop is aan te bevelen. Het dagelijks bekijken van het therapieaanbod en signalering van eventuele wijzigingen tijdens een dagopening kan hiervoor een oplossing bieden.*
- *Ook kwam de vraag naar specifieke therapie op maat van de problematiek waarvoor men in behandeling is. Kan hierop ingespeeld worden door het therapieprogramma verder te diversifiëren?*
- *Ook het openstellen van therapieruimtes op de afdeling, ook in afwezigheid van therapeuten, zeker op 'dode' momenten of vb tijdens het weekend, kwam aan bod. Het duidelijk afficheren van extra openingsuren voor therapieruimtes met vb duidelijke richtlijnen met betrekking tot gebruik materiaal en orde kan bvb hieraan tegemoetkomen.*
- De **voeding** is net als vorig jaar een belangrijk aandachtspunt binnen de kwaliteitsvolle dienstverlening.
 - *Net zoals vorige jaar gaven de aanmeldingen met betrekking tot het eten 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. Meer specifiek ging het over wat er geserveerd moet worden, hoe om te gaan met restanten, hoe voeding te bewaren, etc.*
 - *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.*
 - *Er werd ook een rondleiding georganiseerd in de keuken voor een aantal patiënten, dit gaf hen meer inzicht in de werking van de keuken en leidde tot minder aanmeldingen. Dit 'open keukenmoment' is zeker voor herhaling vatbaar.*
- Meer dan vorig jaar kreeg de ombudspersoon te maken met aanmeldingen over infrastructuur.
 - *De investering in nieuwe infrastructuur leidde soms tot minder aandacht voor de nog bestaande oudere infrastructuur waarbinnen patiënten verbleven en*

- dit gaf aanleiding tot meerdere meldingen met betrekking tot hygiëne, onderhoud en herstellingen. Waar mogelijk werd hier snel op ingegrepen.*
- *Verouderde infrastructuur (geluidsisolatie, verwarming, airco) kan impact hebben op kwaliteit van verblijf en zo toch de zorg ook negatief beïnvloeden. De vragen hieromtrent komen jaar na jaar terug vb. vanuit de organisatie wordt op neutrale wijze temperatuur gemeten maar dit stemt niet altijd overeen met hoe de patiënten dit ervaren (vb het is reglementair warm genoeg, patiënten blijven het koud vinden) In dit soort gevallen zou het kunnen verhogen van de verwarming een oplossing kunnen bieden voor alle betrokkenen.*
 - *Daarnaast kwamen er meer klachten over geluidsoverlast (veel lawaai van bovenverdieping door patiënten) wat impact had op de kwaliteit van de nachtrust van een aantal patiënten. Deze structurele problemen geven soms aanleiding tot verhoogde spanning op een afdeling (minder slaap, sneller irritatie, sneller conflicten, meer bevraging van personeel) en zorgen ook voor minder motivatie . Het tijdig toelichten van de aanpak bij de patiënten met het daaraan gekoppelde tijdsplan kan hier alvast voor de nodige erkenning zorgen.*

B.2 Andere patiëntenrechten (art. 6 -11)

- Slechts 7 meldingen konden we noteren over de andere patiëntenrechten - waarvan deels vragen naar informatie - , onvoldoende om gefundeerde aanbevelingen te formuleren.

5. BESLUITEN

Er waren in 2019 81 meldingen bij de externe ombudsfunctie in PC Ariadne, afkomstig van 44 melders. Er waren tevens 4 meldingen vanuit PVT Nieuwemeers en 4 meldingen 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 meldingen bij de externe ombudspersoon hadden in 2019 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 duidelijkheid over regels

Andere patiëntenrechten kwamen slechts beperkt aan bod. 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.

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 :	Niki Vervaeke
--------------------	----------------------

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres :	Niki Vervaeke OmbudsfunctieGGZ, PopovGGZ, Drongenplein 26, 9031 Gent (Drongen)	
e-mail :	Niki.vervaeke@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 12u 1 ^e maandag van de maand van 10u tot 11u

	PVT Leilinde, Dendermonde	1 ^e maandag van de maand van 13u30 – 14u30
telefoon	nummers	dagen en uren
	0499/90 77 45	Elke werkdag tijdens kantooruren

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.

7. Ombudspersonen tewerkgesteld in Oost-Vlaanderen:

	<p>Naam: Niki Vervaeke E-mail: niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be GSM: 0499/ 90 77 45 Vaste voorzieningen: PVT Leilinde, PZ dr. Guislain, K-dienst Fioretti PC en PVT Ariadne, Karus, PVT Karus, K-dienst De Kaap, BW Zagan, BW Centrum Onderweg, BW Reymeers, BW De Nieuwe Horizon</p>
	<p>Naam: Helene Cambien E-mail: helene.cambien@ombudsfunctieggz.be GSM: 0490/ 41 93 01 Bereikbaar: Elke werkdag tijdens kantooruren Vaste voorzieningen: Mobiele teams Het PAKT, Mobiele teams Netwerk GG ADS Zuid, CGG De Drie Stroom, CGG Eclips, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, De Sleutel, De Kiem, BW De Vlaamse Ardennen, PZ Sint-Franciscus-De Pelgrim</p>
	<p>Naam: Anne-Leen Denolf E-mail: anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be GSM: 0491/ 39 39 18 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</p>

Jaarverslag 2019 Interne Ombudsfunctie

Datum: 06/01/19
 Referentie: Rapport Interne ombudsfunctie
 Doel: Informeren van de organisatie aangaand klachtenbeleid
 Auteur: Ann Reynders
 Algemene directie: Reina Abbink
 Brekking in directiecomité: woensdag 29 januari 2020

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 2019

In 2019 werd er geen officiële melding geregistreerd, noch bij de interne ombudsfunctie noch bij de externe ombudsdienst. Wel was er een dringende vraag naar verslag die aan de ombudsdienst werd gericht omdat de vertegenwoordiger van de patiënt na herhaaldelijk vragen geen antwoord kreeg van de betrokken kinderpsychiater. Deze dringende vraag naar verslag hebben we dan ook in de registratie opgenomen.

Telefonische vraag 19/02/2019

Aanmelding	1
Aanmelder	1
Hoedanigheid	Pleegouder van een patiënt
Vorm van aanmelden	Telefonisch
Ontvanger aanmelding	Balie KPC – doorverwezen ombudsdienst
Initieel verzoek	Dringende verslagvraag
Eerdere stappen ondernomen?	Ja; al verschillende malen de vraag rechtstreeks aan arts gesteld (telefonisch/per mail)
Fase waarin patiënt zich bevindt	Ontslag

Aanmelding betreffende patiëntenrecht?	Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier, met mogelijkheid tot inzage en afschrift
Betrokken discipline(s)	Behandelend kinderpsychiater
Interventie	Vraag (en dringendheid) nogmaals doorgegeven aan betrokken arts
Afsluiting	Verslag werd afgewerkt en verstuurd op 27/02/19
Evaluatie proces/resultaat	<ul style="list-style-type: none"> - Door aanmelder: tevreden dat verslag werd verstuurd. - Door HV: arts erkende de laattijdigheid van het versturen van het eindverslag. De arts vraagt in de evaluatie op te nemen dat er oktober 2017 al een schoolverslag opgestuurd werd. Dit verslag was ruim voldoende geweest om alle zorg mee aan te vragen.

3. 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. Er wordt geïnvesteerd in de afstemming met ouders en verwijzers. Gezien de grootte van het aantal klachten blijft de procedure goed werkbaar.

Op vlak van GDPR werden vorig jaar aanpassingen in het arbeidsreglement doorgevoerd, waarin duidelijk de rechten en plichten van en naar medewerkers worden beschreven. In de samenwerking met de beheerder van het elektronisch patiëntendossier werden ook de toegangsrechten verfijnd in februari 2019: er zijn nu nieuwe inloggroepen waardoor oneigenlijk gebruik van patiëntengegevens sneller opgemerkt en opgevolgd kan worden.



Reina Abbink

Algemeen Directeur



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Vlaams overlegplatform geestelijke gezondheid

Website: www.ombudsfunctieggz.be

Vlaams jaarverslag 2019

**KPC Genk
Erkenningsnummer 989**

**Externe Ombudsfunctie
Marlies Thonnon**

Inleiding

Dit is het jaarverslag 2019 van de Externe Ombudsfunctie.

Graag geven wij u een totaalbeeld voor de voorziening met alle meldingen, ook degenen die niet onder de Vlaamse bevoegdheid vallen (zoals bijvoorbeeld meldingen rond voeding).

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 meldingen 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	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	0	0	1	0
aanmelders	0	0	1	0

Toelichting

In het afgelopen jaar werden er **geen** meldingen geregistreerd bij de externe ombudsdienst voor de voorziening KPC.

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.



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

**Vlaams overlegplatform geestelijke
gezondheid**

Website: www.ombudsfunctieggz.be

Vlaams jaarverslag 2019
Asster
campus stad – campus Melveren
Erkenningsnummer 991

Ombudsfunctie
Marlies Thonnon

Inhoud

Inleiding	4
Aanbevelingen	5
Aanmeldingen	6

Inleiding

Dit is het jaarverslag 2019 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.

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (OGGPA vzw, SPIL vzw, PopovGGZ vzw, Logistiek Vlabo vzw en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw), met terugwerkende kracht gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een ‘inbreng om niet’. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert.

Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband).

Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

AANBEVELINGEN

Ondanks het feit dat de kwaliteit van zorg door het gebruik van allerhande criteria goed in kaart te brengen is, mag bij het inschatten van de tevredenheid van patiënten de invloed van hun verwachtingen en ervaringen niet onderschat worden. De tevredenheid van de patiënt wordt immers in grote mate bepaald door diens verwachtingen. Wanneer de ervaring in de realiteit onvoldoende overeenkomt met de verwachtingen, kan de beste zorg als ondermaats ervaren worden. De verwachtingen van de patiënt worden niet alleen bepaald door zijn eigen wensen maar worden ook beïnvloed door de omgeving. En deze omgeving kan breed geïnterpreteerd worden. Je kan hierbij denken aan vrienden, familie, kennissen, medepatiënten en sociale media.

Ook familieleden en belangrijke derden hebben hun eigen verwachtingen. Doordat deze soms haaks staan op de verwachtingen van de patiënt, leidt dit al eens tot een gevoel van onbegrip en onvoldoende ondersteuning bij alle partijen. Deze dualiteit kan ook verwarrend zijn voor de hulpverlener die dan kiest voor het pad van het veilige ‘zwijgen’. De noden en verwachtingen van familie situeren zich echter vaak op een ander niveau, bijvoorbeeld dat van het eigen lijden en de verlieservaringen door hun ziek familielid. De ontwikkeling van een **gedragen familiebeleid** kan hierin ondersteuning bieden voor alle partijen.

Opdat verwachtingen maximaal kunnen worden afgestemd op de realiteit is efficiënte communicatie van onschatbare waarde. Heldere **informatiefolders** en **afdelingsbrochures** kunnen hierin een bijdrage leveren. Op individueel niveau is bij de aanvang van een behandeling **een afstemming van verwachtingen en aanbod** een grote meerwaarde en kan heel wat ongenoegens en klachten voorkomen.

Een persoon met een zorgnood heeft recht op de best passende zorg in het betreffende levensdomein. Het afwijken van bepaalde benaderingen in de zorg zoals correcte bejegening is niet bemiddelbaar. Voor andere behandelaspecten is het afstemmen van verwachtingen en aanbod bespreekbaar. Zo is het denken en handelen over **continuïteit van zorg** nog niet helemaal op elkaar afgestemd. Er werden wel al afspraken gemaakt. Zo wordt er nu bij opname reeds over het ontslag en de zorg na de opname gesproken. Toch voldoen deze afspraken niet altijd. Wanneer de betekenis hiervan onvoldoende duidelijk is, leidt dit tot klachten. Daarenboven ervaren patiënten al eens dat een ontslag versneld wordt omwille van andere dan continuïteitsredenen.

Een andere manier om wederzijdse verwachtingen af te stemmen, zijn de **afdelingsregels**. Huisregels worden opgesteld om het afdelingsklimaat te bewaken. Vaak worden deze echter ervaren als kinderachtig en paternaliserend. Er kan in deze beter gesproken worden over **afspraken of verwachtingen**. Deze zouden wederzijds geformuleerd kunnen worden waarbij dit leidt tot wederzijdse verplichtingen. De afspraken horen duidelijk, beperkt en consistent te zijn. Bij het formuleren van de afspraken dient er rekening te worden gehouden met de kwetsbaarheden en de al dan niet tijdelijk beperkte vaardigheden van de patiënten om deze afspraken te begrijpen en te hanteren.

AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 03/01/2019, de laatste op 23/12/2019. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2019. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 226, het totaal aantal in 2019 afgesloten aanmeldingen 224. Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	209	218	192	226
aanmelders	132	124	129	153

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	192		226	
aanmelders	129		153	
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	169	88,02	194	86,60
<i>binnen de week</i>	23	11,97	23	10,26
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	6	2,67
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	1	0,44
totaal	192	100	224	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
<i>1 contact</i>	107	55,72	110	49,10
<i>2 contacten</i>	58	30,20	90	40,17
<i>3 contacten</i>	20	10,41	19	8,48
<i>meer dan 3 contacten</i>	7	3,64	5	2,23
totaal	192	100	224	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		4	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		2	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	192		224	

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

Bij de verwijzing naar een andere ombudspersoon betreft het 2 keer een andere ombudsdienst.

De 226 aanmeldingen komen van in totaal 153 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	137	71,35	166	74,10
groep patiënten	26	13,54	31	13,83
andere	29	15,10	27	12,05
totaal	192	100	224	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	83	60,58	100	60,24
vrouw	54	39,41	66	39,75
onbekend	-	-	-	-
totaal	137	100	166	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	4	15,38	3	9,67
3 personen	-	-	2	6,45
4 personen	-	-	3	9,67
meer dan 4 personen	22	84,61	23	74,19
totaal	26	100	31	100
grootste groep	19		22	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familielid/partner	28	96,55	20	74,07
kennis	-	-	-	-
personeelslid	1	3,44	5	18,51
andere (medepatiënt, huisarts)	-	-	2	7,40
totaal	29	100	27	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	6	20,68	2	7,40
als vertrouwenspersoon	4	13,79	10	37,03
ten persoonlijke titel	19	65,51	15	55,55
totaal	29	100	27	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	7	24,13	16	59,25
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	5	17,24	3	11,11
terugkoppeling was niet mogelijk	16	55,17	6	22,22
terugkoppeling was niet nodig	1	3,44	2	7,40
totaal	29	100	27	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	162	84,37	169	75,44
neen	30	15,62	55	24,55
totaal	192	100	224	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	13	43,33	21	38,18
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	2	3,63
vorige jaren binnen deze voorziening	16	53,33	29	52,72
vorige jaren in andere voorziening	1	3,33	3	5,45
totaal	30	100	55	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	61	31,77	71	31,69
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	70	36,45	64	28,57
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	61	31,77	89	39,73
totaal	192	100	224	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	17	8,85	13	5,80
vraag tot interventie	140	72,91	151	67,41
vraag tot signalering	14	7,29	21	9,37
vraag naar een luisterend oor	21	10,93	39	17,41
totaal	192	100	224	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	4	2,85	6	3,97
vraag om een ander soort akkoord	136	97,14	145	96,02
totaal	140	100	151	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	122	63,54	145	64,73
neen	31	16,14	25	11,16
werd niet bevraagd	39	20,31	54	24,10
totaal	192	100	224	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	117	95,90	145	100,00
formele interne klachtenprocedure	3	2,45	-	-
extern	2	1,63	-	-
totaal	122	100	145	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	1	3,22	-	-
durfde niet	6	19,35	9	36,00
principieel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	24	77,41	16	64,00
totaal	31	100	25	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	1	0,52	6	2,67
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	168	87,50	185	82,58
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	23	11,97	33	14,73
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	192	100	224	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 strikte interpretatie van de wet op de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	52	27,08	73	32,58
aanmeldingen die weerhouden worden	140	72,91	151	67,41
totaal	192	100	224	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	105	75,00	117	77,48
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	2,14	2	1,32
3. informatie	-	-	1	0,66
4. geïnformeerde toestemming	24	17,14	24	15,89
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	-	-
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	1	0,66
5. c) afschrift patiëntendossier	1	0,71	2	1,32
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	7	5,00	3	1,98
7. pijnbestrijding	-	-	1	0,66
totaal	140	100	151	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOE)

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen.

Elke aanmelding heeft ofwel betrekking op één **patiëntenrecht**, ofwel betreft het één **algemene vraag los van de patiëntenrechten**. Er wordt per aanmelding slechts één aanmeldingscode geregistreerd, ook al zijn er in het verhaal van de aanmelder vaak meerdere patiëntenrechten in het spel of bevat het meerdere algemene informatievragen.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOE)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	187	97,39	221	98,66
algemene vraag los van patiëntenrecht	5	2,60	3	1,33
totaal	192	100	224	100

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

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	1	20,00	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
levensverhaal	2	40,00	2	66,66
patiëntenrechten	2	40,00	1	33,33
totaal	5	100	3	100

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

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	5	2,60	8	3,57
psychiater	13	6,77	17	7,58
huisarts	6	3,12	1	0,44
verpleging	25	13,02	28	12,50
persoonlijke begeleider	1	0,52	1	0,44
sociale dienst	3	1,56	-	-
psycholoog	1	0,52	3	1,33
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	1	0,52	1	0,44
multidisciplinair team	106	55,20	113	50,44
administratieve dienst	2	1,04	-	-
technische dienst	2	1,04	3	1,33
voedingsdienst	18	9,37	27	12,05
poetsdienst	1	0,52	2	0,89
directie	5	2,60	12	5,35
bewindvoerder	-	-	4	1,78
andere	3	1,56	4	1,78
totaal	192	100	224	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	147	78,60	183	82,80
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	1,60	2	0,90
3. informatie	2	1,06	1	0,45
4. geïnformeerde toestemming	25	13,36	24	10,85
5. inzage patiëntendossier	1	0,53	4	1,80
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	9	4,81	5	2,26
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	0,45
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	1	0,45
totaal	187	100	221	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	20	13,60	31	16,93
1.2. goede behandeling/begeleiding	46	31,29	61	33,33
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	16	10,88	17	9,28
1.4. goede hotelservice	39	26,53	45	24,59
1.5. betalende diensten	1	0,68	1	0,54
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	1,36	6	3,27
1.7. beschermende maatregelen	23	15,64	22	12,02
totaal	147	100	183	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	4	20,00	8	25,80
correcte omgangsvormen	15	75,00	22	70,96
grensoverschrijdend gedrag	1	5,00	1	3,22
totaal	20	100	31	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	2	4,34	-	-
somatische verzorging	11	23,91	8	13,11
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	1	2,17	2	3,27
voldoende beschikbaarheid	14	30,43	25	40,98
betrokkenheid familie	8	17,39	2	3,27
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	4	6,55
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	7	15,21	15	24,59
overplaatsing naar andere afdeling	1	2,17	3	4,91
overplaatsing naar een andere voorziening	1	2,17	2	3,27
andere	1	2,17	-	-
totaal	46	100	61	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	4	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	4	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	6	85,71	11	73,33
geweigerd	-	-	1	6,66
andere (onvoldoende nazorg, onenigheid medepat.)	1	14,28	3	20,00
totaal	7	100	15	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	2	66,66
geweigerd	1	100,00	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	3	100

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	1	50,00
geweigerd	-	-	-	-
andere (lange wachtlijst)	-	-	1	50,00
totaal	1	100	2	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	14	87,50	16	94,11
groepsleven	1	6,25	1	5,88
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	1	6,25	-	-
totaal	16	100	17	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	21	53,84	25	55,55
infrastructuur/accommodatie	13	33,33	16	35,55
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	5	12,82	4	8,88
totaal	39	100	45	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	1	50,00	1	16,66
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	1	50,00	5	83,33
verzekeringen	-	-	-	-
totaal	2	100	6	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	5	21,73	3	13,63
beperkte bewegingsvrijheid	1	4,34	1	4,54
afzondering	6	26,08	5	22,72
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	11	47,82	13	59,09
internering	-	-	-	-
totaal	23	100	22	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	2	66,66	1	50,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	1	33,33	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	1	50,00	1	100,00
duur	-	-	-	-
kosten	1	50,00	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019		
	n	%	n	%	
medicatie	informatie	-	-	-	
	toestemming	6	24,00	6	25,00
behandeling/begeleiding	informatie	3	12,00	1	4,16
	toestemming	16	64,00	17	70,83
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal	25	100	24	100	

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,00	4	100,00
totaal	1	100	4	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	1
volledig dossier	inzage	-	2	50,00
	afschrift	1	100,00	1
totaal	1	100	4	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	2	22,22	2	40,00
persoonlijke overtuiging	1	11,11	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	6	66,66	3	60,00
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	5	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	1	100,00
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	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 meldingen** (224).

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

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

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

Hoofdinterventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	27	14,06	44	19,64
doorverwijzen intern	2	1,04	-	-
doorverwijzen extern	-	-	1	0,44
informereren	14	7,29	16	7,14
signaleren	27	14,06	32	14,28
coachen	23	11,97	22	9,82
bemiddelen	99	51,56	109	48,66
totaal	192	100	224	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	14	14,14	9	8,25
ombudspersoon zonder patiënt	85	85,85	100	91,74
totaal	99	100	109	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal meldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	79	41,14	99	44,19
<i>binnen de week</i>	72	37,50	76	33,92
<i>binnen de twee weken</i>	9	4,68	23	10,26
<i>binnen de vier weken</i>	14	7,29	12	5,35
<i>later dan vier weken</i>	18	9,37	14	6,25
totaal	192	100	224	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	44		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.

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

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

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

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

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	104	54,16	130	58,03
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	32	16,66	44	19,64
ontevredenheid patiënt	7	3,64	14	6,25
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	2	1,04	-	-
geen feedback	47	24,47	36	16,07
totaal	192	100	224	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	133	69,27	174	77,67
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	8	4,16	13	5,80

ontevredenheid patiënt	2	1,04	1	0,44
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	49	25,52	36	16,07
totaal	192	100	224	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	3	75,00
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrede rechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	3	75,00	-	-
andere	1	25,00	1	25,00
totaal	4	100	4	100

**Psychiatrisch Centrum
Gent-Sleidinge**

**van 1 januari tot
31 december 2019**

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

psychiatrisch ziekenhuis

Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge

periode van 1 januari 2019 tot 31 december 2019

**Mieke Van Hecke
Ombudspersoon**

**Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid vzw
februari 2020**



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Gent (*Drongen*)

**Vlaams Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg vzw**

tel: 09 / 216 65 50 & fax: 09 / 216 65 59

Mieke.van.hecke@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 VLAAMS OVERLEGPLATFORM GEESTELIJKE GEZONDHEID ANTENNE OOST- VLAANDEREN	39

1. INLEIDING

Dit is het 6^{de} 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.

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (*zoals bijvoorbeeld PopovGGZ*), met terugwerkende kracht, gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (*BS 28 december 2018*) voorziet in haar doelstelling (*art. 3*) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert. Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (*functioneel samenwerkingsverband*). Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams

Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

Tussen het overlegplatform geestelijke gezondheid 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.

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 meldingen. 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 melding op de voet kan volgen als via statistieken een zicht kan krijgen op de meldingen 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 melding 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 voorzieningsoort 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.

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.

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

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
aantal gerealiseerde verpleegdagen	97.099	97.055	96.057	94.411	95.421	95.465	93.023
aantal opnames	1.581	1.327	1.407	1.662	1.624	1.716	1.776
aantal opgenomen patiënten op 1/1	328	319	339	354	346	348	335
aantal opgenomen patiënten op 31/12	319	339	354	346	348	335	329
aantal gedwongen opnames	138	116	113	123	140	139	174

C. Externe ombudsfunctie

In de eerste jaarhelft was de vaste ombudspersoon Nicole Claeys langdurig afwezig. In deze periode werd de ombudsfunctie tijdelijk uitgeoefend door Vincent Vandenbussche, coördinator PopovGGZ en -in het verleden- een aantal jaren actief als ombudspersoon.

Vanaf 1 juli 2019 nam Mieke Van Hecke de ombudsfunctie over. Zij is geaggregeerde secundair onderwijs. Zij heeft een opleiding tot vertrouwenspersoon gevolgd bij de Algemene Directie Humanisering van de Arbeid in Brussel. Ze neemt deel aan de intervisies die regelmatig worden georganiseerd door het Vlaams Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (*IPSOF*). In haar hoedanigheid als mindfulnesstrainer biedt zij mindfulness als evidence based methode voor mentaal welzijn aan, o.a. op oncologie in AZ Sint-Lucas en AZ Maria Middelaes.

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. Zij werkt in totaal 19 uren per week of 0,50 VTE. Ze is in principe elke dinsdagvoormiddag aanwezig op campus Gent van 9u tot 12u en elke dinsdagnamiddag op campus Sleidinge van 13u tot 17u.

In voorliggend jaarverslag ligt de beschrijving van de meldingen voornamelijk gefocust op de tweede helft van 2019.

We danken het ziekenhuis voor de constructieve medewerking binnen PCGS.

3. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 7/1/2019, de laatste op 24/12/2019.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 103 , het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 99.

Het aantal aanmeldingen is exact evenveel als in 2018 en 2017.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	83	103	103	103
aanmelders	54	55	66	67

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	103		103	
aanmelders	66		67	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	67	75,28	74	88,09
<i>binnen de week</i>	16	17,97	9	10,71
<i>binnen de twee weken</i>	3	3,37	-	-
<i>binnen de vier weken</i>	3	3,37	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	1	1,19
totaal	89	100	84	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	14	13,59	19	18,44
<i>1 contact</i>	61	59,22	39	37,86
<i>2 contacten</i>	26	25,24	27	26,21
<i>3 contacten</i>	2	1,94	10	9,70
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	8	7,76
totaal	103	100	103	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		5	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	103		99	

De 103 aanmeldingen (2019) komen van in totaal 67 aanmelders; dit is bijna evenveel als in 2018 (66 aanmelders).

Bij 74 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 9 aanmeldingen was het eerste contact binnen de week. In uitzonderlijke situaties liet het eerste contact langer op zich wachten.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
6	1	1,49	6	5,82
5	1	1,49	5	4,85
3	7	10,44	21	20,38
2	13	19,40	26	25,24
1	45	67,16	45	43,68
totaal	67	100	103	100

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	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

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	83	80,58	89	86,40
groep patiënten	12	11,65	9	8,73
andere	8	7,76	5	4,85
totaal	103	100	103	100

Zoals andere jaren ontvangen we voornamelijk aanmeldingen van individuele patiënten (89). In mindere mate (9 aanmeldingen) contacteren minstens 2 patiënten ons rond terzelfder tijd voor eenzelfde aanmelding; we ontvingen 5 aanmeldingen door andere betrokkenen bij de patiënt.

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	53	63,85	58	65,16
vrouw	29	34,93	30	33,70
onbekend	1	1,20	1	1,12
totaal	83	100	89	100

Ruim 65% van de aanmeldingen wordt door mannelijke patiënten geformuleerd.

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	-	-	1	11,11
3 personen	5	41,66	1	11,11
4 personen	1	8,33	1	11,11
meer dan 4 personen	6	50,00	6	66,66
totaal	12	100	9	100
grootste groep	7		9	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familielid/partner	7	87,50	4	80,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	1	12,50	1	20,00
totaal	8	100	5	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	8	100,00	5	100,00
totaal	8	100	5	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	3	37,50	1	20,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	2	25,00	3	60,00
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	1	20,00
terugkoppeling was niet nodig	3	37,50	-	-
totaal	8	100	5	100

Er waren 4 aanmeldingen van partner of familie en één andere. Allemaal kwamen ze ten persoonlijke titel. Bij 1 van deze aanmeldingen was terugkoppeling niet mogelijk en bij 3 aanmeldingen onderschrijft de patiënt de aanmelding niet.

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	66	64,07	67	65,04
neen	37	35,92	36	34,95
totaal	103	100	103	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	33	89,18	35	97,22
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	1	2,77
vorige jaren binnen deze voorziening	4	10,81	-	-
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	37	100	36	100

Bij 67 aanmeldingen is de aanmelder nog niet gekend door de ombudspersoon. Dit aantal is bijna hetzelfde als in 2018 en heeft wellicht te maken met het feit dat de ombudsfunctie voor een deel van beide jaren opgenomen werd door de vervangende (*en nieuwe*) ombudsvrouw.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	45	43,68	44	42,71
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	31	30,09	35	33,98
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	27	26,21	24	23,30
totaal	103	100	103	100

Bij ruim 42% van de aanmeldingen kwam de patiënt de ombudspersoon onaangemeld opzoeken in diens bureel of werd hij/zij direct aangesproken op de afdeling. Dit ligt in de lijn van 2018 en wijst op de zichtbaarheid en laagdrempeligheid van de ombudsfunctie.

Daarnaast gebeurden 35 aanmeldingen per brief of e-mail en 24 telefonisch.

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	4	3,88	10	9,70
vraag tot interventie	79	76,69	66	64,07
vraag tot signalering	16	15,53	24	23,30
vraag naar een luisterend oor	4	3,88	3	2,91
totaal	103	100	103	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	6	7,59	-	-
vraag om een ander soort akkoord	73	92,40	66	100,00
totaal	79	100	66	100

Bij 66 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 2018 ontvingen we in 2019 geen vragen naar een financieel akkoord.

Daarnaast ontvingen we 24 vragen naar signalering, waarbij de aanmelder aangeeft iets te willen melden maar zonder concrete tussenkomst te vragen; en registreerden we 10 vragen naar informatie en 3 vragen naar een luisterend oor.

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	64	62,13	64	62,13
neen	28	27,18	20	19,41
werd niet bevraagd	11	10,67	19	18,44
totaal	103	100	103	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	64	100,00	63	98,43
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	-	-	1	1,56
totaal	64	100	64	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	2	7,14	4	20,00
durfde niet	6	21,42	12	60,00
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	20	71,42	4	20,00
totaal	28	100	20	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 (20) waren er 4 die principeel kozen voor de onafhankelijke externe ombudspersoon. 4 patiënten durfden geen eerdere stappen te ondernemen, en evenveel patiënten waren niet op de hoogte van de mogelijkheid van de externe ombudspersoon.

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	95	92,23	82	79,61
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	8	7,76	20	19,41
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	1	0,97
totaal	103	100	103	100

Patiënten formuleren meestal een aanmelding wanneer ze nog in opname / behandeling zijn (82). Bij 20 aanmeldingen nam de patiënt na zijn ontslag nog contact op met de ombudspersoon; een duidelijke stijging vergeleken met 2018. Het ging dan om meldingen betreffende verplicht ontslag; van bejegening, correcte omgangsvormen en het missen van een exitprocedure tijdens ontslag; melding van ontevredenheid van de somatische verzorging tijdens de toenmalige opname. Een aantal aanmeldingen na verplicht ontslag handelden over volgende thema's: meldingen van onveiligheid goederen en persoon tijdens de toenmalige opname; en een melding van fixatie tijdens de toenmalige opname.

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.

Minimale registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	44	42,72	42	40,77
aanmeldingen die weerhouden worden	59	57,28	61	59,22
totaal	103	100	103	100

Overzicht van de weerhouden registratiegegevens bij strikte interpretatie WPR

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	49	84,48	51	83,60
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	3,44	1	1,63
3. informatie	1	1,72	1	1,63
4. geïnformeerde toestemming	2	3,44	2	3,27
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	1	1,63
5. b) inzage patiëntendossier	1	1,72	1	1,63
5. c) afschrift patiëntendossier	2	3,44	1	1,63
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	1,72	2	3,27
7. pijnbestrijding	-	-	1	1,63
totaal	58	100	61	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

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

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	91	88,35	100	97,08
algemene vraag los van patiëntenrecht	12	11,65	3	2,91
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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	1	8,33	-	-
juridisch	2	16,67	-	-
financieel	5	41,67	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	2	16,67	3	100,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	2	16,67	-	-
totaal	12	100	3	100

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

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	12	11,65	2	1,94
psychiater	13	12,62	18	17,47
huisarts	3	2,91	1	0,97
andere arts	1	0,97	1	0,97
apotheker	-	-	4	3,88
verpleging	14	13,59	7	6,79
persoonlijke begeleider	1	0,97	3	2,91
sociale dienst	4	3,88	2	1,94
psycholoog	1	0,97	-	-
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	2	1,94	4	3,88
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	31	30,09	26	25,24
administratieve dienst	2	1,94	1	0,97
technische dienst	7	6,79	5	4,85
voedingsdienst	6	5,82	5	4,85
poetsdienst	-	-	-	-
directie	1	0,97	20	19,41
bewindvoerder	3	2,91	1	0,97
ombudspersoon	-	-	-	-
andere	2	1,94	3	2,91
totaal	103	100	103	100

Aanmeldingen met betrekking tot multidisciplinair team (26) en de psychiater (18) scoren hoog, wat niet verwonderlijk is door de nauwe betrokkenheid bij de directe patiëntenzorg en met de werking van de afdeling op zich. Aanmeldingen met betrekking tot directie (20) gaan voornamelijk om infrastructurele noden. Ook met betrekking tot de voedingsdienst zijn er verschillende meldingen (26). Bij 3 meldingen betrof het externe diensten, zoals bijvoorbeeld een wijkbemiddeling in de woonomgeving van de patiënt.

In volgende tabellen worden de meldingen 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 meldingen.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	81	89,01	89	89,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	2,20	1	1,00
3. informatie	1	1,10	1	1,00
4. geïnformeerde toestemming	2	2,20	2	2,00
5. inzage patiëntendossier	3	3,30	3	3,00
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	1,10	3	3,00
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	1,10	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	1	1,00
totaal	91	100	100	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	5	6,17	10	11,23
1.2. goede behandeling/begeleiding	31	38,27	30	33,70
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	12	14,81	3	3,37
1.4. goede hotelservice	22	27,16	36	40,44
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	4	4,94	2	2,24
1.7. beschermende maatregelen	7	8,64	8	8,98
totaal	81	100	89	100

Van de verschillende in de regelgeving aangestipte patiëntenrechten bleek het traditiegetrouw voornamelijk over kwaliteitsvolle dienstverlening te gaan (89), met opnieuw de nadruk op een goede hotelservice (36) en een goede behandeling/begeleiding (30). We noteren een daling omtrent kwaliteitsvol verblijf/wonen (3 aanmeldingen in 2019).

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	1	10,00
correcte omgangsvormen	5	100,00	7	70,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	2	20,00
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	10	100

In 2019 ontvingen we 10 meldingen rond respectvolle bejegening.

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	3	9,68	5	16,66
medicatie	5	16,13	4	13,33
individuele therapie	3	10,00	3	10,00
groepstherapie	1	3,33	-	-
voldoende beschikbaarheid	5	16,67	3	10,00
betrokkenheid familie	2	3,33	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	1	3,33	1	3,33
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	6	20,00	9	30,00
overplaatsing naar andere afdeling	2	6,66	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	1	3,33	3	10,00
andere	2	6,66	2	6,66
totaal	31	100	30	100

Bij de goede behandeling/begeleiding springen de beëindiging (*van de opname, behandeling en/of begeleiding*), de beschikbaarheid van hulpverleners en de somatische verzorging in het oog.

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	6	100,00	9	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	9	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	50,00	-	-
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	33,33
geweigerd	1	100,00	-	-
andere	-	-	2	66,66
totaal	1	100	3	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	6	50,00	2	66,66
groepsleven	1	8,33	1	33,33
ontspanning/vrije tijd	2	16,66	-	-
weekend- en verlofregeling	3	25,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	12	100	3	100

In 2019 ontvingen we minder aanmeldingen kwaliteitsvol verblijf/wonen.

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	7	31,81	5	13,88
infrastructuur/accommodatie	12	54,54	22	61,11
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	1	4,54	5	13,88
veiligheid goederen	2	9,09	3	8,33
andere	-	-	1	2,77
totaal	22	100	36	100

We registreerden een stijging in de aanmeldingen over infrastructuur en accommodatie (22). Het betreft voornamelijk vragen naar WIFI enerzijds en een beter verluchtingssysteem op bepaalde afdelingen anderzijds.

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

In 2018 en 2019 kwam geen aanmelding binnen m.b.t. betalende diensten.

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	3	75,00	1	50,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	1	25,00	1	50,00
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	2	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	1	14,28	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	1	12,50
afzondering	2	28,57	-	-
fixatie	1	14,28	2	25,00
gedwongen opname	1	14,28	4	50,00
internering	-	-	1	12,50
andere	2	28,57	-	-
totaal	7	100	8	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

In 2019 registreerden we één meldingen over de vrije keuze van de psychiater.

3. Recht op informatie

We noteerden één melding over het recht op informatie betreffende tegenaanwijzingen, risico's of nevenwerkingen van een behandeling.

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medicatie	informatie	-	1	50,00
	toestemming	2	1	50,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-
andere	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-
totaal	2	100	2	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	1	33,33
inzage/afschrift dossier	3	100,00	2	66,66
totaal	3	100	3	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	100,00	2	66,66
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelijke indiscretie	-	-	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	3	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

In 2019, net als vorige jaren, ontvingen we geen meldingen over het recht op klachtenbemiddeling.

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

In 2019, net als vorige jaren, ontvingen we geen meldingen over dit patiëntenrecht.

9. *Recht op een vertrouwenspersoon*

In 2018 ontvingen we nog één melding over het recht op vertrouwenspersoon, in 2019 geen enkele.

10. *Recht op pijnbestrijding*

In 2019 één enkele aanmelding.

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (99).

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	12	11,65	5	5,05
doorverwijzen intern	1	0,97	11	11,11
doorverwijzen extern	-	-	1	1,01
informeren	28	27,18	14	14,14
signaleren	37	35,92	39	39,39
coachen	6	5,82	10	10,10
bemiddelen	19	18,44	19	19,19
totaal	103	100	99	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	4	21,05	7	36,84
ombudspersoon zonder patiënt	15	78,94	12	63,15
totaal	19	100	19	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	43	41,74	36	36,36
<i>binnen de week</i>	37	35,92	25	25,25
<i>binnen de twee weken</i>	9	8,73	12	12,12
<i>binnen de vier weken</i>	11	10,67	16	16,16
<i>later dan vier weken</i>	3	2,91	10	10,10
totaal	103	100	99	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	7		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.

We merken dat bijna 36% van de aanmeldingen op de dag zelf afgesloten kan worden en binnen 25% 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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	22	21,35	30	30,30
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	8	7,76	25	25,25
ontevredenheid patiënt	10	9,70	10	10,10
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	16	15,53	2	2,02
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	19	18,44	3	3,03
ontevredenheid patiënt	6	5,82	3	3,03
geen feedback	22	21,35	26	26,26
totaal	103	100	99	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	30	29,12	54	54,54
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	8	7,76	13	13,13
ontevredenheid patiënt	2	1,94	1	1,01
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	29	28,15	2	2,02
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	11	10,67	6	6,06
ontevredenheid patiënt	1	0,97	-	-
geen feedback	22	21,35	23	23,23
totaal	103	100	99	100

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

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	1	100,00
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

F. PVT en Beschut Wonen

Er was in 2019 één aanmelding door 1 individuele patiënt vanuit PVT Hortus te Gent, betreffende kwaliteitsvolle dienstverlening. Meer bepaald juiste factuur/correct geldbeheer, waarbij intern werd doorverwezen.

Er was in die periode in 2019 één aanmelding vanuit De Moester. Het betrof een aanmelding los van de wet op de patiëntenrechten. Deze aanmelding werd geregistreerd als luisterend oor bij levensverhaal.

Verder registreerden we in 2019 één aanmelding die betrekking had op BW Domos, deelwerking Delta wonen. Het betrof het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Meer bepaald goede hotelservice: infrastructuur/accommodatie. Deze aanmelding gebeurde door een patiënt die op het moment van aanmelding verbleef op een afdeling in campus Sleidinge van PCGS. De aanmelding wordt onderschreven door het personeel van Delta wonen zelf en werd met een plan van aanpak besproken op het directiecomité.

4. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN

De ombudsfunctie heeft duidelijk ook een preventieve opdracht. Uit de meldingen 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 2019 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 de toegankelijkheid van alle brievenbussen, zowel op campus Sleidinge als op campus Gent.
- ✓ 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.

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 meldingen (89) hebben op dit patiëntenrecht betrekking; niet verwonderlijk aangezien het ook heel wat terreinen bestrijkt.

- ❖ Er waren 30 meldingen over de **"goede behandeling en begeleiding"**, gespreid over verschillende items.
- ✓ We werden 9 keer gecontacteerd rond **beëindiging van de opname/behandeling/begeleiding**. In elk van de meldingen gaat het om een verplichte maatregel, die opgelegd werd door de afdeling. Bij aftoetsen met de betreffende afdelingshoofden en psychiaters begrijpen we dat dit enerzijds het resultaat van een proces is, en dat deze beslissingen niet lichtzinnig genomen worden. Anderzijds merken we dat afdelingen omwille van een aantal groeiende factoren soms zelf voor een voldongen feit komen te staan in het nemen van deze beslissingen: intensifiëring van de zorg met afbouw van bedden als gevolg, en de lange wachtlijsten. Echter horen we vanuit de patiënten een gemis in de ondersteuning die zij vanuit het ziekenhuis kunnen verwachten aangaande een eventuele transfer, hetzij naar een andere voorziening, hetzij naar een andere afdeling. Ook voor patiënten zonder woning is het niet altijd even helder bij welke organisaties zij extern terecht kunnen na ontslag. De pijnpunten in de vermaatschappelijking van de zorg leggen verder het hiaat bloot tussen een verplicht ontslag en een noodzakelijk vervolgotraject.
 - ✓ *Op welke wijze kan de exitprocedure op een meer optimale manier gecommuniceerd worden naar de patiënt? Kan het bijdragen tot meer helderheid voor de patiënt – en medepatiënten - als er op regelmatige basis infosessies worden gegeven rond het protocol bij exit? Is het een meerwaarde om rond dit aspect beleidsmatig samen te zitten met externe organisaties voor daklozen? Welke kwaliteitscriteria dienen gehanteerd te worden bij het verder uitwerken van de intensifiëring van de zorg enerzijds en gedwongen ontslag anderzijds, opdat zorgcontinuïteit kan verzekerd worden?*
- ✓ We noteren 5 meldingen over **somatische verzorging**. In elk van deze gevallen betreft het de wachttijd tussen het melden van de nood aan verzorging van een fysieke pijn en de werkelijke behandeling ervan.
 - ✓ *Het is niet realistisch dat de apotheek op elk moment beschikbaar is. Idem wat betreft de aanwezigheid van de psychiater die in een aantal meldingen finaal de toestemming geeft voor het al dan niet toedienen van de medicatie en/of de verzorging. Welke officiële kanalen zijn op dat moment opportuun opdat de somatische verzorging op maat van de patiënt kan worden toegediend?*
- ✓ We noteren 3 meldingen over voldoende **beschikbaarheid** van zorgverleners. We koppelen dit graag aan de melding betreffende

zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier. Door een combinatie van factoren wordt immers niet alleen de beschikbaarheid van het personeel als een tekort ervaren. In de betrokken aanmeldingen wordt ook gewezen op het soms ontbreken van belangrijke informatie bij overdracht in intense periodes van verlof. Daarnaast zorgen het verloop en de langdurige ziektes van personeel er mogelijks voor dat het overzicht van een patiëntendossier wordt bemoeilijkt.

- ✓ *Zowel voor de patiënt als voor het personeel blijft het van belang om het overzicht in een patiëntendossier te bewaken en te behartigen. Welk protocol kan geoptimaliseerd worden opdat elk lid van het multidisciplinaire team, ook in periodes van onderbemanning, op de hoogte is van alle fundamentele elementen uit het patiëntendossier? Hoe kan in tijden van personeelstekort ook zorg worden opgenomen voor het welzijn van personeel, opdat niet meer mensen er onder door gaan? Is het opportuun om in een werkgroep van patiënten én personeel hieromtrent concrete groeipunten uit te tekenen?*
- ✓ Vier concrete aanmeldingen betroffen **medicatie**. Dit deelaspect dook regelmatig op tijdens andere aanmeldingen van patiënten in dagtherapie met een meer overkoepelend thema. Het betreft de manier van aanvullen van hun wekelijkse medicatie.
 - ✓ *Het spreekt voor zich dat medicatie correct en zonder foutmarges dient te worden bijgehouden en aangevuld. Een moment van onachtzaamheid is menselijk. Hoe kan er voor patiënten in dagtherapie op dat moment geregeld worden dat zij niet met te weinig medicatie naar huis dienen te gaan of op een ander en extra tijdstip dienen terug te komen? Op welke manier kan een correctiemarge in de medicatie-aanvulling per afdeling ervoor zorgen dat voor dergelijke patiënten er geen extra moment van afhalen van medicatie dient plaats te vinden?*
- ❖ Dit jaar zijn er 10 aanmeldingen rond **respectvolle bejegening**. Het gaat hier om één aanmelding rond **luisterbereidheid** en zeven aanmeldingen rond **correcte omgangsvormen**. Bij aftoetsen met de betrokken afdeling strookt de intentie van de medewerkers in de communicatie niet met de beleving van de patiënten. Beide betrokken partijen hierin horen, brengt wederzijds begrip.

In twee aanmeldingen gaat het over *verbaal* **grensoverschrijdend gedrag**. Bij één aanmelding hiervan betreft het een persoonlijke begeleider van een instantie buiten PCGS, waarbij de betrokkene in kwestie de aanmelding van de aanmelder *niet* onderschrijft uit schrik voor represailles. Bij een tweede aanmelding betreft het gedrag van een personeelslid tegenover ander personeel en tegenover patiënten. Ook hier wenst de aanmelder uitdrukkelijk enkel een anoniem signaal te geven. Gelet op ons beroepsgeheim en discretie respecteren wij de keuze van deze patiënten. Het aanbieden van een luisteren oor ervaren zij beiden als zeer behulpzaam en erkennend.
- ✓ *Op welke manier kan de organisatie nog meer inzetten op een open en veilige cultuur waarin verbaal en/of fysiek grensoverschrijdend gedrag, van personeel en/of patiënten, bespreekbaar blijft? Hoe kunnen zowel personeel als patiënten mee het*

taboe helpen doorbreken voor dergelijke gevoelige thema's, opdat iedereen binnen de organisatie zich geborgen mag voelen? In welke mate kan er, bij zichtbare signalen, een veilige bedding worden gecreëerd waarin betrokken partijen zo snel als mogelijk kunnen werken aan een herstelprocedure? Hoe kan een door iedereen gedragen protocol bijdragen tot mondelinge discretie?

- ❖ We ontvingen 36 aanmeldingen rond de **goede hotelservice**, gespreid over verschillende items.
- De meeste aanmeldingen betreffen infrastructuur en accommodatie (22). Een deel hiervan handelen opnieuw over de vraag van – gaande van individuele patiënten tot volledige afdelingen - naar **internettoegang** voor patiënten.
 - ✓ *Zoals ook in onze aanbevelingen van vorig jaar stond, menen wij dat het kosteloos en/of goedkoop ter beschikking stellen van internetvoorziening voor patiënten en bewoners de dag van vandaag een wezenlijk onderdeel is van een goede hotelservice. In welke mate heeft het aanspreken van een extern bedrijf – zoals vorig jaar geopperd – omtrent mogelijkheden en kostprijs van draadloos internet geleid tot het innemen van een visie en plan van aanpak hierin?*

Binnen het item infrastructuur en accommodatie zijn andere herhaaldelijke thema's – opnieuw gaande van individuele aanmeldingen tot groepsaanmeldingen – aan bod gekomen: enerzijds **de warmte** op bepaalde afdelingen en anderzijds **het ontbreken van airco** (al dan niet) in rookzones van bepaalde afdelingen. Navraag leert dat hier in periodes van extreme warmte – die zich steeds vaker voordoen gezien de klimaatsveranderingen – al een aantal toereikende maatregelen worden voorzien. Zoals daar zijn: meer gekoeld fruit, ijs, ventilatoren in woon – en leefruimtes.

- ✓ *In hoeverre is het mogelijk om naast deze tijdelijke maatregelen ook structurele veranderingen aan te brengen op bepaalde afdelingen, bijvoorbeeld door de rookruimtes te vergroten, airco te voorzien, ...? Hoe kunnen kleine aanpassingen, zoals het plaatsen van ijskastjes, bijdragen tot meer comfort tijdens de (extreem) warme zomermaanden?*
- Ook **veiligheid van persoon en/of goederen** is een thema dat terugkomt binnen het item van goede hotelservice. Bij aftoetsen op betrokken afdelingen van een aantal aanmeldingen speelt hierin de visie van zelfredzaamheid en autonomie van de patiënt een grote rol. Dit kan voor bepaalde patiënten echter zorgen voor een gevoel van onveiligheid, of dit kan leiden tot het zich ontnomen worden van goederen waar de patiënt zelf de verantwoordelijkheid voor dient te leren dragen.
 - ✓ *Op welke manier kunnen afdelingen zorgen voor een zekere complementariteit tussen autonomie en zelfredzaamheid van de patiënt aan de ene kant, rust en ruimte in functie van veiligheid voor de patiënt aan de andere kant? In welke mate en op welke momenten kan deze visie van de afdelingen herhaaldelijk gekaderd worden voor patiënten en kunnen patiënten hierin hun inbreng geven?*

- **Veiligheid van persoon** kwam in enkele meldingen ook terug m.b.t. technisch en onderhoudend personeel waarbij betrokkenen zich onveilig voelden doordat de kamer en/of de therapieruimte te snel werden betreden.
 - ✓ *Hoe kan regelmatige briefing naar technisch en onderhoudend personeel hieromtrent een meer veilig gevoel voor de patiënten creëren? Op welke manier kan aan de buitenzijde van de therapieruimtes zichtbaar worden gemaakt dat in de ruimtes therapie aan de gang is?*

- Daarnaast is ook **voeding** een thema dat nu en dan naar boven komt binnen het item van goede hotelservice. Zo was er een melding rond meer variatie in toespis voor moslims. Ook de vraag naar minder gesuikerde voeding kwam aan bod, specifiek op afdelingen met patiënten met een verslavingsproblematiek. En verder kwamen er een aantal meldingen binnen rond de kennis en het aanbod van vegetarische voeding. We noteren graag dat er op elke afdeling de mogelijkheid is om gebruik te maken van suggestieformulieren omtrent voeding.
 - ✓ *Op welke manier kan de samenwerking tussen de keuken en de werkgroep 'Fit en Gezond' blijvend geoptimaliseerd worden? Hoe kan de keuken in haar gewijzigd voedingsbeleid blijvend inzetten op een gebalanceerd menu voor vegetariërs, met voldoende groenten en voldoende variatie in vleesvervangende producten? In welke mate kan de keuken meegroeien in een toenemende vraag naar voeding afgestemd op geloofsovertuiging?*

- ❖ Tot slot willen we in de categorie van kwaliteitsvolle dienstverlening twee meldingen in het licht brengen rond **beschermende maatregelen**, meer bepaald **fixatie**. Bij de ene melding kreeg de ombudspersoon voldoende informatie van de Werkgroep Humaan Risicopreventiebeleid, waardoor ook de aanmelder het gebeuren kon plaatsen. Bij de andere melding werd met alle betrokken partijen een gefaseerde bemiddeling gevoerd met als resultaat een uitzicht op een positieve verwerking van dit gebeuren voor de patiënt. We melden ten stelligste dat op de betrokken afdelingen afzondering en fixatie werden uitgevoerd enkel en alleen met het oog op bescherming van de patiënt.
 - ✓ *We blijven de aandacht vestigen op het belang van een transparante communicatie tijdens afzondering en/of fixatie. Naast het belang van het zo snel mogelijk opstarten van een herstelprocedure achteraf.*

B.2. Het recht op informatie medicatie en op geïnformeerde toestemming medicatie

- ✓ 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.

5. BESLUITEN

In 2019 ontving de externe ombudspersoon 103 meldingen in PC Gent-Sleidinge, afkomstig van 67 aanmelders.

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 meldingen gaan - zoals elk jaar - over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (89), verspreid over verschillende categorieën met de nadruk op goede behandeling en/of begeleiding (30) en goede hotelservice (36). 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 meldingen.

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.

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	Mieke Van Hecke
------------------	-----------------

BEREIKBAARHEID OMBUDSPERSOON

postadres	Ombudsfunctie Overlegplatform Geestelijke Gezondheid, afdeling Oost-Vlaanderen, Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Drongen	
e-mail	mieke.van.hecke@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 : di , 9.00 – 12.00 Campus Sleidinge : di , 13.00 -17.00

	zituur in ombudskloaal	Campus Gent : di , 9.00 – 12.00 Campus Sleidinge : di , 13.00 -17.00
telefoon	nummers	dagen en uren
	GSM 0476 / 30 64 44	maandag, dinsdag volle dag en woensdagvoormiddag




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
 - Het zorgt bij langdurige afwezigheid voor een geschikte vervanging van de ombudspersoon door een collega-ombudspersoon. Overlegplatform GG 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 Vlaams Overlegplatform GG antenne Oost-Vlaanderen:

	<p>Naam: Niki Vervaeke E-mail: niki.vervaeke@ombudsfunctieggz.be GSM: 0499/ 90 77 45 Vaste voorzieningen: PVT Leilinde, PZ dr. Guislain, K-dienst Fioretti PC en PVT Ariadne, Karus, PVT Karus, K-dienst De Kaap, BW Zagan, BW Centrum Onderweg, BW Reymeers, BW De Nieuwe Horizon</p>
	<p>Naam: Helene Cambien E-mail: helene.cambien@ombudsfunctieggz.be GSM: 0490/ 41 93 01 Bereikbaar: Elke werkdag tijdens kantooruren Vaste voorzieningen: Mobiele teams Het PAKT, Mobiele teams Netwerk GG ADS Zuid, CGG De Drie Stromen, CGG Eclips, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, De Sleutel, De Kiem, BW De Vlaamse Ardennen, PZ Sint-Franciscus-De Pelgrim</p>
	<p>Naam: Anne-Leen Denolf E-mail: anne-leen.denolf@ombudsfunctieggz.be GSM: 0491 / 39 39 18 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</p>



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:

Psycho-Sociaal Centrum Sint-Alexius Elsene

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: Leire / Greta
Ter info: een deel van de klachten (periode 01/01/19 t.e.m. 17/04/19 werden geregistreerd door mijn voorgangster Niki Vervaeke)
- Professioneel adres: Verenigingsstraat 15/5, 1000 Brussel
- Telefoonnummer: 080032036
- Eventueel een tweede telefoonnummer: 0471 68 23 85

- E-mail : g.l@mediatio.be
en klacht@mediatio.be

- Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon: 1/09/2019

1.6. Welke doorlopende opleiding hebt u gevolgd tijdens het afgelopen jaar?

- a. Basisopleiding : maatschappelijk werker (opbouwwerk)
- b. Certificaties mbt bijkomende opleidingen: Gestalttherapie cyclus I en II, loopbaan-en wandelcoach
- c. Doorlopende opleiding tijdens het afgelopen jaar:
In het kader van VVOVAZ (Vlaamse beroepsvereniging Ombudspersonen van alle Zorgvoorzieningen): werkvergadering en intervisie op 17/09/19.
In het kader van Ipsof (Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie): op 03/10/19 plenaire werkvergadering en op 18/11/19 intervisie.



**COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

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

Kennismaking en supervisie met Mw. Ginette Debuyck: 26/11/19

Nb betreffende mijn voorgangster Niki Vervaeke: zij woonde alle plenaire vergaderingen en intervisiemomenten bij van zowel Ipsof als VVOVAZ. Zij nam tevens deel aan de Staten-Generaal van de GGZ op 14/03/19.

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**):

7

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?

17

- 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)

20/4

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)

5

OPGELET!

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

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



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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**):

2

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**):

0



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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:

0

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)

/



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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)

Oui, je rencontre des difficultés

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

Voor 1 relatief complex dossier heb ik dankzij supervisie in combinatie met intervisie met mijn Franstalige Brusselse collega en met een aantal ervaren Vlaamse collega's, mijn analyse kunnen verfijnen, de gevoelens die de inhoud van de klacht opwekte beter kunnen duiden en dusdanig mijn onpartijdigheid volledig teruggevonden en aangescherpt.

- Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)

Middelen voor supervisie zijn noodzakelijk evenals de nodige tijd om bepaalde zaken te kunnen laten bezinken, grondig door te kunnen praten en te kunnen aftoetsen. Ik ben heel dankbaar dat mijn werkgever, het Overlegplatform Geestelijke Gezondheid voor het Gebied Brussel-Hoofdstad, een 2 - maandelijks supervisie voor haar beide ombudspersonen garandeert. Aan de startende ombudspersonen wordt een bijkomende maandelijks supervisie gegarandeerd gedurende het eerste werkjaar en zolang dit nodig wordt geacht. De 2- maandelijks intervisies van IPSOF zijn heel constructief evenals hun plenaire werkvergaderingen, waar thema's gerelateerd aan de ombudsfunctie en de geestelijke gezondheidszorg grondig worden belicht en besproken.

- 5.3. De eerbiediging van uw beroepsgeheim

Non, je ne rencontre pas de difficultés

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

/

- Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)

/

/



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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

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

Oui, je rencontre des difficultés

➤ Toelichting: (max. 5 lijnen)

-Indien een patiënt een gesprek in een afgesloten ruimte wenst te voeren, heb ik de “stille ruimte” te mijner beschikking. Indien deze ruimte uitzonderlijk niet vrij is, dan zou ik vrij snel over een alternatieve ruimte moeten kunnen beschikken.

-De diverse diensten van het Psycho-Sociaal Centrum leggen geregeld nieuwe en innoverende accenten in hun aanpak wat bijdraagt tot het welslagen van hun zorg- en rehabilitatieprogramma’s. De regelmatige doorstroming van die informatie naar de ombudsdienst zou kunnen geoptimaliseerd worden.

➤ Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)

-Het beschikken over een sleutel voor een alternatieve spreekruimte zou een pluspunt zijn om met de nodige discretie te kunnen handelen.

-Het zou interessant zijn voor de ombudsdienst om regelmatig ingelicht te worden over de werking zodat sommige opmerkingen en vragen van patiënten beter gekaderd of beantwoord kunnen worden. Met de hoofdverpleegkundige gebeurt dit reeds heel spontaan op bijna wekelijkse basis. Wanneer ik als ombudspersoon hiertoe al zelf het initiatief heb genomen (n.a.v. van klachten van patiënten waar de nood aan verheldering centraal stond), werd dit goed onthaald. Ik wil graag regelmatig op de hoogte gebracht worden van het beleid dat gevoerd wordt om de kwaliteit van mijn werk te optimaliseren.

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.



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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)

Het gaat niet echt om moeilijkheden maar eerder om een aantal bedenkingen die ontstaan zijn uit mijn ontmoetingen met verschillende dienstverantwoordelijken en zorgverstrekkers in het kader van het aankaarten van vragen/klachten. Het blijkt geregeld dat er achter een klacht een behoefte aan duidelijkheid en/of erkenning schuilt.

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

○ Ten aanzien van uw instelling:

-De dienst vrije tijd heeft een ruim en gevarieerd aanbod van activiteiten en inspireert zich in grote mate op de wekelijkse “wave” (=overlegvergadering waarin begeleiders het programma bekend maken en patiënten hun wensen kunnen uiten en er nieuwe ideeën kunnen groeien). Het aantal ideeën is vaak groot en niet alles is haalbaar (om financiële en/of logistieke redenen of door gebrek aan voldoende interesse). Het telkens weer concreet aangeven van wie, wat, hoe en wanneer doet, zorgt voor een participatief en duidelijk kader en leidt tot minder verwachtingen die niet kunnen ingevuld worden.

○ Ten aanzien van de overheden of andere personen:

-De nodige middelen voor supervisie (persoonlijk en/of in teamverband) en permanente vorming rond items die in de beleavingswereld van de patiënten en in de bezorgdheden van de zorgverleners aanwezig zijn, dienen ter beschikking gesteld te worden. PSC Sint-Alexius beschikt over een beperkt budget voor het faciliteren van de deelname van de gebruikers aan heel diverse activiteiten buitenshuis. Door hun creatieve aanpak vinden zij laagdrempelige en zeer toegankelijke activiteiten; zij genereren zelf ook middelen, die echter onvoldoende blijken om meer mensen naar meer activiteiten te kunnen toe leiden. Hieraan zou door de overheid nog meer aandacht kunnen geschonken worden.

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.



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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

- 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:

6.3. Cliquez ici pour entrer du texte. 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:

Cliquez ici pour entrer du texte.

- 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.



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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

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

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden



➤ Toelichting: (max. 5 lijnen)

Geen moeilijkheid wel een bedenking. 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. Op de website van het PSC Sint-Alexius onder het luik “Privacy” onder de paragraaf “Aan de gebruikers van onze voorzieningen” wordt duidelijk uitgelegd hoe de dossiergegevens behandeld worden en hoe de bepalingen van de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming strikt worden nageleefd.

➤ 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.](#)



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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

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 ontstaan is. In de nabije toekomst wordt er in het PSC beslist in welk nieuw systeem er wordt geïnvesteerd om een nog meer open cultuur rond gegevensingave en –deling te realiseren

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

- Ten aanzien van uw instelling:

Het kan interessant zijn om - bij de keuze van het toekomstige systeem - de prioriteit te leggen op de wijze waarop een patiëntendossier kan in- en aangevuld worden teneinde, bij afschrift, de informatie duidelijk te kunnen toelichten of voor zich te laten spreken.

- 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:



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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

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.

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

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- Toelichting: (max. 5 lijnen)

Gezien de brochure « Ken je rechten als patiënt » van het “Vlaams Patiëntenplatform” een gedeelte aan dit thema wijdt en ook templates van gebruiksvriendelijke formulieren bevat, heb ik ze aan de directie van het PSC Sint-Alexius bezorgd.

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

- Ten aanzien van uw instelling:

Het consequent vragen naar een vertrouwenspersoon (of vertegenwoordiger) bij elke patiënt kan ervoor zorgen dat er meer betrokkenheid van derden (al dan niet familie) gerealiseerd kan worden. Dat er bij de herwerking van de patiënten brochure (op korte termijn) specifieke aandacht gaat gegeven worden aan dit thema lijkt me noodzakelijk.



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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

- Ten aanzien van de overheden of andere personen:

Cliquez ici pour entrer du texte.

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 geïnteresseerd in de Wet Patiëntenrechten, die in de klachten het meest vermeld worden.

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.

- Ter info: cijfers voor de klachten rond de Rechten van de Patiënt:
7 in totaal, betrokken personen: team (2), Verpleging (2), Paramedici (2) en Dokter (1)

- De eerste maanden van mijn activiteit als ombudsvrouw (start op 01/09/19), hebben me toegelaten om de patiënten, het personeel, de werking en de filosofie van waaruit gewerkt wordt, stap voor stap te ontdekken. Ik ben er mij van bewust dat dit een proces is dat nooit stopt en dat de nodige aandacht vraagt. Ik kreeg ook de kans om aan meer informele momenten (barbecue, familie avond, kerstmarkt en -feest) deel te nemen.

De hoofdverpleegkundige heeft me gedurende de eerste maanden ongeveer tijdens elke wekelijkse permanentie ruimte geboden om vragen te stellen. Wanneer ik in gesprek wil gaan met het personeel, wordt hiervoor al de nodige ruimte geboden. Zoals eerder vermeld, zal ik ook meer expliciet naar feedback rond het interne beleid vragen.

Ik zit in de centrale ruimte (staminee) wat klaarblijkelijk bijdraagt tot de laagdrempeligheid van mijn functie. Het geregeld veranderen van plaats (verschillende livings, terras) kan de



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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

kennismaking met nog meer patiënten en het verder bekendmaken van de functie faciliteren. En zoals eerder vermeld zullen meer groepsgerichte activiteiten gepland worden.

- Wanneer ik nieuwe patiënten ontmoet, geef ik uitleg over de rechten van de patiënt en licht ik mijn rol toe. Ik stel de brochure over de *Wet van de Rechten van de Patiënt, In een goede relatie weet je wat je aan elkaar hebt* (uitgegeven door de Federale Overheidsdienst) voor iedereen ter beschikking.

Vooraleer ik ter plaatse een preventieve en informatieve groepsactiviteit inplan wil ik mijn vak, de context en het beleid van de instelling nog beter kennen. Het deelnemen aan de opleiding “Bemiddeling” van Mediv in 2020 zal daar toe bijdragen.

-Gezien de doelgroep van het PSC Sint-Alexius een maatschappelijk en psychisch kwetsbare groep is, groeit bij mij de overtuiging dat er steeds weer de nodige middelen/tijd moeten kunnen vrij gemaakt worden voor het personeel om voldoende vormingen, intervisie en supervisie te kunnen volgen om de nodige inspiratie op te doen en om innoverende tools te kunnen verwerven voor de relationele dimensie in hun werk. Bovendien laat het ook toe om een houding van voldoende zelfzorg te cultiveren en te garanderen.

-Indien bij het bespreken van bepaalde (delicate) thema’s in teamverband de aanwezigheid van een supervisor wenselijk wordt geacht voor het garanderen van de neutraliteit en het veilige kader, dan vind ik het wenselijk dat de directie proactief op zoek gaat naar een geschikte professional om zodoende relatief kort op de bal te kunnen spelen (wanneer de behoefte zich aandient).

JAARVERSLAG 2019
EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
PZ ZNA

Van 1 januari tot
31 december 2019



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

OGGPA

Overlegplatform Geestelijke

Gezondheidszorg Provincie Antwerpen vzw



OGGPA

Haagbeuklei 12,

2610 Wilrijk

Tel: 03/609.33.46

peter.declercq@oggpa.be

www.ombudsfunctieggz.be

JAARVERSLAG EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

PZ ZNA (erkenningnr.998)

periode van 1 januari 2019 tot 31 december 2019

Peter De Clercq

Silke Renders

Ombudspersonen GGZ

OGGPA

Februari 2020

Bedankt Silke voor je goede, dagdagelijkse opvolging tijdens mijn afwezigheid en je waardevolle inbreng bij de opmaak van dit jaarverslag!

INHOUD

1. BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN VOORZIENING

3. OVERZICHT AANMELDINGEN CASUSINFO THEMATISCH

BIJLAGEN

1. AANMELDINGEN PZ ZNA 2019 (REGISTRATIEGEGEVENS)

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN VLAAMS JAARVERSLAG 2019

3. BELANGRIJKSTE CIJFERS PROVINCIE ANTWERPEN – VLAANDEREN

1. BELANGRIJKSTE CIJFERS VOORZIENING

- De 87 aanmeldingen (2019) komen van in totaal 86 aanmelders. Het aantal aanmelders ligt **hogere dan de voorbije jaren**.
- Bijna alle aanmelders kregen een eerste gesprek **binnen de week** (91%).
- Bij de helft van de aanmeldingen was er **minstens 1 persoonlijk** contact (51%).
- Het aantal aanmeldingen waarbij er **geen face to face** contact was, is procentueel gedaald (60%, n=38, in 2018 en 49%, n= 43, in 2019).
- In 2019 was er 1 **groepsklacht**.
- 23% (n=20) van de aanmeldingen werden geformuleerd door **partners of familieleden**. Dat is een stijging ten aanzien van 2018 (13%).
- Het aantal aanmeldingen waarbij de patiënt de klacht **niet onderschrijft** is gedaald (38% in 2018 en 27%, n=6, in 2019).
- Het aantal **reeds gekende aanmelders** is gelijklopend met vorig jaar (17% in 2018 en 15%, n=13, in 2019).
- Het aantal aanmelders dat spontaan gebruik maakt van de **permanentie** is gelijklopend met vorig jaar (13% in 2018 en 11,5%, n=10, in 2019).
- **65% (n=56)** van de aanmelders vraagt expliciet om een **interventie**.
- **49%** van de aanmelders heeft **eerdere stappen** ondernomen, **formeel of informeel**.
- **86%** van de aanmelders geeft aan bewust te kiezen voor een **onafhankelijke benadering** van hun vraag of klacht.
- Het aantal **aanmelders in de aanvraagfase voor opname/behandeling** is gestegen van 6% in 2018 naar 15%, n=13, in 2019.
- **Kwaliteitsvolle dienstverlening (74%)**, is de belangrijkste categorie.
- In de categorie kwaliteitsvolle dienstverlening zijn **respectvolle bejegening** (n=11) en **goede behandeling** (n=26) de belangrijkste categorieën.
- In de categorie **juiste factuur/correct geldbeheer** zien we een sterke **daling** (21% in 2018 en 3%, n=2, in 2019).
- In de categorie **beschermende maatregelen** zien we een **stijging** (7% in 2018 en 13,5%, n=8, in 2019).
- **Bemiddelen (met of zonder de patiënt)** blijft de voornaamste interventie van de ombudspersoon. (n=33, 38%)
- Er waren in 2019 11 **driegesprekken**, dat zijn er 3 meer dan in 2018.

- Doorgaans worden aanmeldingen binnen een termijn van 1 tot 2 weken **afgesloten**. Bij (9%, n=8) van de aanmeldingen nam de afhandelingstijd minstens 4 weken in beslag. Dit is een daling t.a.v. 2018 (9%→16%)

2. AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN PZ ZNA 2019

1. Communicatie (t.a.v. familie/netwerk)

Casusvoorbeeld

Partner gaf mondeling en schriftelijk (formulier) aan betrokken te willen worden maar werd **nooit gecontacteerd voor gesprek of toelichting.**

Aanmelder ervaart grote discrepantie tussen communicatie op vlak van **familiebeleid** en de praktijk

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/dialog te kunnen komen.

De communicatie met familie loopt vaak goed. We ervaren vaak 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.

Familiebeleid*

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."

*(Uittreksel Jaarverslag PZ ZNA 2018)

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ ZNA 2019

Betrekken van de familie/omgeving in de zorg*

Door intensifiëring van de zorg is de omgeving een belangrijkere rol in de behandeling (zowel in de zorgvoorziening als in de eigen woonst) gaan spelen. Omgeving is niet alleen de familie en vriendenkring, maar ook de buurt, het verenigingsleven van de woonplaats van de patiënt en de ondersteunende thuisdiensten. Een voorziening heeft dankzij haar multidisciplinaire teams alle expertise in huis om te patiënt te motiveren maximaal gebruik te maken van diens omgeving.

Van voor of bij opname zouden familieleden (en eventueel de bredere omgeving) gehoord en betrokken moeten worden. Ze zijn deskundige op vlak van zorg voor de patiënt en een belangrijke partner en bron van informatie voor de hulpverleners. Mits de nodige professionele ondersteuning kunnen ze een belangrijke factor zijn in een succesvolle nieuwe start en herstel. Samenwerken met familie zou een evidentie moeten zijn i.p.v. de individuele keuze van een hulpverlener of afdeling.

Als externe ombudspersonen weten we uit ervaring dat het niet evident is om patiënten die een negatieve ervaring hebben met hun familie en vriendenkring hiervoor over de streep te trekken. Ook dit familiale netwerk heeft soms, na jarenlange zorg en aanwezigheid, het besluit genomen om afstand te nemen van de patiënt. De betrokken hulpverlener heeft hiervoor begrip en zet voorzichtige stappen om samen met de patiënt te komen tot een nieuwe omgeving waarin een garantie op continuïteit van zorg kan aangeboden worden.

De voorzieningen missen hiervoor echter de nodige mankracht om dit op maat van hun patiënten en familiale omgeving te realiseren. De focus van een behandeling ligt momenteel nog vaak op het behandelen van de patiënt, hoewel bv. familie één van de belangrijkste partners in de zorg is.

In de praktijk betekent dit dat de familie enkele malen wordt uitgenodigd voor een familiegesprek. Mits toestemming van de patiënt en met de nodige professionalisering en beschikbare hulpverleners kan de familie of de betrokken vriendenkring een deel uit maken van de behandeling en aanwezig zijn tijdens de therapie sessies op hun maat.

Externe ombudspersonen ontmoeten zelfs na 17 jaren wet patiëntenrechten nog steeds patiënten, betrokkenen en hulpverleners die onvoldoende vertrouwd zijn met deze wetgeving. De aanwezigheid van ombudspersonen in de zorgvoorzieningen ter voorkoming van klachten, dient een evidentie te zijn. Infosessies om de theorie en de praktijk van de wet patiëntenrechten te duiden bewijzen in dezen hun nut. Ook de omgeving betrekken bij het werk van externe ombudspersonen kan bijdragen tot het voorkomen van klachten.

*(Uittreksel Aanbevelingen Vlaams Jaarverslag 2019)

Aanbevelingen-aandachtspunten uit eerdere jaarverslagen

→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.

→Familie heeft (als toeleider naar hulp) behoefte aan informatie en ondersteuning.

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ ZNA 2019

- Bij een (crisis)opname heeft ook het netwerk nood aan informatie en ondersteuning.
- Een neutrale en open houding voorkomt negatieve overdrachtsgevoelens en draagt bij aan de kwaliteit van de samenwerking/relatie.
- 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
- Betrekken bij en/of informeren over familie/trouwenspersoon bij behandeling.
- 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 ?

2. Bejegening

In therapeutische relaties

Casusvoorbeeld

Onrespectvolle uitspraak naar patiënt toe, door verpleger tijdens discussie tussen patiënt en verpleger. Gesprek met verpleger en afdelingshoofd.

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.

Onafhankelijk van de gehanteerde methodiek, zijn er soms grote verschillen tussen hulpverleners op eenzelfde afdeling. De basisgrondhouding (niet oordelend, gelijkwaardig, congruent en respectvol), betrokkenheid en de kunst van het aansluiten bij patiënten zijn vereisten om een therapeutische relatie met de patiënt aan te gaan.

De kwaliteit van de relatie bepaalt het effect van de geboden therapie. De nabijheid, het niet-oordelende karakter en werken vanuit het perspectief van de cliënt, dragen er toe bij zich als hulpverlener 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 omdat zij dat denken.

Een sterke therapeutische relatie is gestoeld op wederzijdse acceptatie. Van daaruit kan men pas samen

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ ZNA 2019

doelen vooropstellen en er succesvol naartoe werken. 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.

In context bemiddeling/klachten

Casusvoorbeeld

Bejegening directie bij klachtgesprek

Familie neemt contact op met directie maar **gesprek wordt afgebroken** zonder verdere reactie

Vraag om gesprek met liaisonpsychiater

Vraag naar beweegredenen/argumenten om niet tot opname te beslissen

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".

3. Continuïteit van zorg

Casusvoorbeelden

Afdeling voor spoedinterventie **weigert** patiënt **op te nemen**, wil klacht indienen.
Informeren, coachen.

Ouder van zoon, 2 j geleden in maatregel GO, stelt zich vragen over zijn ontslag, geen **nazorg/opvolging**
Coaching

Patiënt niet akkoord met argumenten voor **stopzetting behandeling** en doorverwijzing naar daklozenhulp in andere regio
Voelt zich aan zijn lot overgelaten met sociaal-administratieve problemen (huisvesting, uitkering, ambtelijke schrapping) en psychische problemen (suicidegedachten)
Toelichting beslissing en context door sociale dienst
Feedback aan patiënt

In 2019 waren er 16 meldingen specifiek gerelateerd aan geweigerde opname (n=7), verplichte beëindiging (n=6) behandeling of overplaatsing (n=3). 35 meldingen werden geformuleerd in de meldingsfase (n=13) of ontslagfase (n=22).

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 ambulante hulpverlening/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.

Ontslagbeleid – Ontslagvoorbereiding*

Casusvoorbeelden

Patiënte voelt zich nog **niet klaar voor ontslag** en wil graag meer tijd om voor te bereiden
Coaching om gesprek aan te gaan met PB en sociale dienst

Patiënte is niet tevreden over **verloop van ontslagvoorbereiding bij verplicht ontslag**/doorverwijzing naar andere voorziening
Communicatie via vader van patiënte die zelf gevoel kreeg weinig inspraak gehad te hebben

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?

We denken aan programma's ter versterking van de persoonlijke veerkracht, training van vaardigheden om te leren omgaan met herval, crisis en herstel. We verwijzen naar bijvoorbeeld "WRAP" (Wellness Recovery Action Plan), herstelprogramma's met actieplannen gericht op welbevinden, zelfzorg en uitwerken van een eigen vangnet.

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 meldingen 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.

Toenemende werkdruk in instellingen bemoeilijkt zorgcontinuïteit*

De intensifiëring van de zorg vertaalt zich de laatste jaren ook in een toenemende werkdruk. De opnameduur wordt korter, herstel moet sneller, er worden steeds meer administratieve eisen gesteld aan het personeel, en dit vertaalt zich in de klachten van patiënten.

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren.

Daarnaast is er ook een stijging van het aantal verplichte ontslagen. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag.

Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie o.w.v. verschillende redenen: agressie, drinken, geen vooruitgang...

Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net hetgeen waarvoor ze opgenomen zijn. Het lijkt standaardprocedure te zijn dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt — hetzij definitief, hetzij als tijdelijke maatregel (vaak met een breuk in de zorgcontinuïteit en alle daaraan verbonden praktische complicaties als gevolg).

Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem, en voelt al snel aan als een "gemakkelijkheidsoplossing". Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijke maatregel moeten zijn, waartoe men alleen kan komen na voldoende overleg én in gesprek gaan met de patiënt en zijn omgeving .

*(Uittreksel Aanbevelingen Vlaams Jaarverslag 2019)

Aanbevelingen - aandachtspunten uit eerdere jaarverslagen

- De familie informeren rond stopzetting van behandeling (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 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).
- Toelichting diagnostische verslaggeving, ook na ontslag

4. Patiëntenparticipatie en het recht op informatie/toevoeging

Casusvoorbeeld

Patiënt niet tevreden met **inhoud verslaggeving**
niet akkoord met **diagnose en onjuistheden** levensloop en antecedenten,
vraagt om **correcties en herformulering**.
Patiënt voelt zich slecht bejegend en is niet tevreden over begeleiding/opvolging
Overleg met psychiater
geen ftf-gesprek wel schriftelijk antwoord

Patiënten verwoorden steeds meer hun verwachtingen naar rechtstreekse betrokkenheid bij hun behandeltraject.

Patiëntenparticipatie in een **cultuur van dialoog en gezamenlijke verantwoordelijkheid**, wordt steeds meer begrepen als een waardevolle manier om zorg te kunnen afstemmen op de wensen en behoeften van patiënten (effectieve zorg op maat). 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** (bijv. via patiëntenbesprekingen, samen met de patiënt) krijgen patiënten input van elke beroepsbeoefenaar aangaande hun 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 versterkend 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.

Deze evolutie in patiëntenparticipatie toont zich ook steeds duidelijker in de vragen van patiënten naar **rechtstreekse communicatie rond de inhoud van hun dossier**. Patiënten worden hier graag bij betrokken, geïnformeerd.

Vanuit de ombudswerking hebben we het recht op informatie steeds **ruimer** bekeken **dan** louter het **recht op informatie over de eigen gezondheidstoestand**.

Het recht op informatie mag terecht beschouwd worden als de **meest basale vorm van participatie/eigenaarschap** van de patiënt.

Patiënten hebben steeds duidelijkere verwachtingen op vlak van participatie en zorg op maat. Het **proactief betrekken van de patient bij evaluatie- en/of keuzemomenten** in het behandeltraject kan hier een belangrijke bijdrage leveren.

Patiënten willen **zicht krijgen op de inhoud en weten met wie deze informatie gedeeld wordt**.

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**.

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ ZNA 2019

→*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.*

Ook de **vraag om informatie** (waaronder hun persoonlijke feedback, beleving t.a.v. hun behandeling) te kunnen **toevoegen aan** hun **dossier**, neemt toe.

De praktijk rond **tevredenheidsbevraging via online-enquête** wordt door patiënten als afstandelijk, administratief en routineus beschreven. Patiënten ervaren de mogelijkheden om in rechtstreeks contact hun beleving van de zorg te kunnen/mogen delen, zowel tijdens als op het einde van hun behandeltraject, als effectiever en zinvoller.

3. OVERZICHT AANMELDINGEN PZ ZNA 2019 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.

1. Recht op informatie

Patiëntendossier

Patiënt vraagt interventie bij **achterwege blijven van eindverslag** na aandringen verzekeringsmaatschappij
Psychiater erkent probleem en levert inspanning om verslaggeving met spoed bij te werken

Opvragen medisch dossier: patiënt is achterdochtig over medicatie, denkt dat ZH proeven op hem doet zonder zijn toestemming.
Informereren, luisteren.

Patiënt vraagt **afschrift dossier** i.k.v. juridische procedure RIZIV-uitkering
Opvolging via sociale dienst, die reeds eerder pogingen ondernam om psychiater tot reactie te brengen

Patiënt niet tevreden met **inhoud verslaggeving**
niet akkoord met **diagnose en onjuistheden** levensloop en antecedenten,
vraagt om **correcties en herformulering**.
Patiënt voelt zich slecht bejegend en is niet tevreden over begeleiding/opvolging
Overleg met psychiater
geen ftf-gesprek wel schriftelijk antwoord

Patiënt heeft **eindverslag** nodig (arbeidsgeneesheer) en vraagt om dit spoedig te kunnen bekomen.
Reeds meerdere malen gevraagd zonder gevolg.
Signalering aan psychiater en sociale dienst

Patiënt en partner voelen zich niet geholpen na consult psychiater bij vraag voor **heropname**
vraag naar **afschrift dossier** i.f.v. doorverwijzing
huisarts ontving (nog) geen verwijfsbrief

Informatie en klachtenprocedure

Patiënte 4 maanden zwanger, toewijzing pleegzorg, vraag naar info & advies.
Geïnformeerd bij persoonlijke begeleider, info & advies.

Info over **recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar**.
Info + luisteren.

GO, vraag naar informatie over mogelijkheden om klacht neerleggen tegen hulpverlener
Info en advies

Informatie over wat **ombudsdienst** voor haar kan betekenen
Voelt zich niet gehoord in eventuele beslissing van multidisciplinair team.
Geïnformeerd.

Patiënte vraagt info en advies rond **hulpaanbod verslavingszorg** (criteria, voorwaarden, procedure)

Vraag naar informatie: mag iemand **geweigerd** worden **voor opname** omdat haar zus opgenomen is in zelfde afdeling?
Info

Patiënt wil met **ontslag (tegen advies)** en vraagt info&advies rond **mogelijke consequenties**
Na gesprek beslist patiënt in opname te blijven

Communicatie familie/betrokkenen

Vader van patiënt niet tevreden over verleende zorg
(screening hulpvraag minderjarige met verslavingsproblematiek)
geen opname, geen concrete doorverwijzing, geen overleg met ouders
weigering factuur
na onderzoek en toelichting context wordt factuur betaald met blijvend ongenoegen

Moeder van minderjarige dochter wil **verslag** opvragen.
Personeel gelooft niet dat zij de moeder is ondanks bewijs dus willen haar **geen verslag meegeven**.
Doorverwijzing naar Interne ombudsdienst

Ouders niet tevreden over ontbreken van **communicatie tijdens behandelproces**
geen `partij` in diagnosestelling
geen informatie rond overplaatsing spoed AZ naar PAAZ
weigering factuur
Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ ZNA 2019

Partner gaf mondeling en schriftelijk (formulier) aan betrokken te willen worden maar werd **nooit gecontacteerd voor gesprek of toelichting.**

Aanmelder ervaart grote discrepantie tussen communicatie op vlak van **familiebeleid** en de praktijk

Familielid en vertrouwenspersoon erg misnoegd over **stopzetten bezoek en attitude veiligheidspersoneel**

Conflicten in familiale sfeer (positie, middelen..)

Voelt zich miskend in zorg voor patiënte

Poging tot opzetten bemiddeling worden afgewezen door aanmelder

Partner van patiënte stelt zich vragen bij **(non)communicatie verpleging na suïcidepoging patiënte**

Terugkoppeling naar **patiënte: onderschrijft klacht niet**

Feedback aan melder

2. Patiëntveiligheid

Beschermende maatregelen

Patiënt vraagt bemiddeling bij conflict met verpleging rond **omstandigheden fixatie en afzondering**

Afdekken naaktheid bij sanitaire en hygiënische verzorging

Na onderling gesprek spanning opgelost

Patiënte is niet tevreden over verloop van **afzonderingsmaatregel en respect voor privacy**

Na bemiddeling gaat patiënte in gesprek met begeleidster en wordt conflict uitgesproken

Patiënt voelt zich jaren na verplichte opname nog steeds **getraumatiseerd door verloop en omstandigheden van GO, afzondering, fixatie en verplichte medicatie**

Patiënt vraagt naar mogelijkheden tot herstel t.a.v. eigen ouders

Bemiddelingsgesprek met afdelingshoofd Geen verdere stappen gewenst

Patiënt in **GO** wil met **ontslag** en is niet akkoord met **verplichte medicatie en beperking bewegingsvrijheid**

Toelichting door psychiater van context en afspraken met familie o.a. rond bezoek en toezicht

Patiënte in **GO en opstarten bewindvoering**

is het niet eens met de noodzaak van deze maatregelen en wil informatie en advies om hier tegen in verzet te gaan.

Patiënte wil **info rond statuut GO** en wil met **ontslag**

Boosheid t.a.v. familie die aanstuurde op opname

bemiddeling met psychiater en patiënte met coöperatie/verder zetten behandeling als resultaat

Familiegesprek wordt gepland

Zus van patiënte en patiënte gaan niet akkoord met **opstarten van procedure GO en doorverwijzing naar andere voorziening**

Zus voelt zich als vertrouwenspersoon niet gehoord in de afweging van pro en contra voor GO

Psychiater bereid tot bemiddeling als toestand gezondheid opklaart, patiënt wil hier niet op ingaan

Patiënte niet akkoord met **opstarten GO en medicatie en beperking van bewegingsvrijheid**

Info&advies

Bemiddeling met patiënte en psychiater

Toelichting argumenten noodzaak maatregel

Pogingen om via gesprek en luisterend oor tot coöperatie te komen

Veiligheid persoon

Factuurklacht na **ongeval** op verslavingszorg.
Patiënte wenst de medische kosten van zijn val niet te betalen.
Aangifteformulier ingevuld samen met de patiënt.

Patiënt is **overleden op de afdeling**.
Brief van advocaat met vragen van de familie.

Veiligheid goederen

Patiënt niet tevreden rond probleem bij **teruggave eigen medicatie na ontslag**
Wenst gecompenseerd te worden voor aankoop nieuwe medicatie

Patiënte signaleert **diefstal van laptop uit kamer** en vraagt naar mogelijkheden om hier op te reageren
(aangifte politie)
info&advies+ signalering aan verpleging

Patiënt vraagt info&advies rond mogelijkheden (intern en extern) om te reageren op **diefstal** uit kamer
Financiële compensatie?
Signalering aan verpleging

Leefregels & groepsleven

Patiënt niet tevreden over **toepassing leefregels rookbeleid**
Signalering en toelichting context door afdelingshoofd
Feedback aan patiënt

Patiënt stoort zich aan **gedrag van medepatiënten** in de keuken en vindt dat er te **weinig toezicht en correctie** is op **ongepast gedrag** (hygiëne, diefstal, vandalisme)
Signaleren aan afdelingsverantwoordelijke

Weigering **CBD op afdeling**.
Veganistische maaltijden bevatten niet veganistische ingrediënten.
Recht tot inzage patiëntendossier.
Patiënte geïnformeerd over beslissing CBD.
Geïnformeerd bij behandelend arts voor patiëntendossier.

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ ZNA 2019

Privacy

Patiënte vraagt **info&advies** om te kunnen reageren op **loslippigheid van vriendin** rond haar opname

Patiënte stelt zich de vraag hoe deze informatie verspreid werd

Advies-info en coaching

Schending beroepsgeheim, ex-vriendin van patiënt en moeder van zijn kinderen werkt op ander verdiep, zou in patiëntendossier gekeken hebben als bewijs in rechtbank hoederecht kinderen + dingen besproken met familie.

IT dienst heeft dit samen met patiënt nagekeken in de data.

3. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

Goede behandeling/begeleiding

Overplaatsing van patiënt van AZ Stuivenberg naar PAAZ Erasmus.
Verplaatsing was geregeld maar bij aankomst Erasmus wordt **opname geweigerd wegens schulden**,

Patiënt contacteerde noodcentrale.

Noodcentrale begrijpt niet dat patiënt die duidelijk hulp nodig heeft op straat wordt gezet.

Wensen meer informatie.

Geïnformeerd bij hoofdverpleegkundige PAAZ.

Positieve melding: **heel tevreden** over afdeling, verzorgen haar goed.

Maar vraag naar een **luisterend oor**: patiënte wil zo graag naar huis.

Actie: Luisterend oor

Afdeling voor spoedinterventie weigert patiënt **op te nemen**, wil klacht indienen.

Informeren, coachen.

Patiënt vertrouwt **medicatie** niet.

Coaching: met dokter bespreken.

Ouder van zoon, 2 j geleden in maatregel GO, stelt zich vragen over zijn ontslag, geen

nazorg/opvolging

Coaching

Patiënt in verslavingszorgtraject niet tevreden over **lock-out en opvolging medicatie**

Patiënte niet tevreden met **verplichte medicatie**

wijt haar verwardheid aan deze medicatie

Gesprek met psychiater en patiënt over verwachte werking van deze medicatie

Patiënte niet tevreden over **diagnose, opvolging en ontslagvoorbereiding**

Bejegening: formuleringen in verslaggeving (privacy derden, relevantie en taalgebruik)

Brief aan psychiater blijft onbeantwoord

Patiënte in GO vraagt **overplaatsing naar voorziening in buitenland/buurland**

Patiënte niet tevreden over **therapieaanbod en verplichte medicatie**

Bemiddeling met patiënt en psychiater(s)

Patiënt wil **terugkoppelen** naar afdeling **rond ervaringen in behandeltraject**
Geen cultuur rond ftf-feedback

Geen formulier gekregen voor tevredenheidsenquête/vergetelheid of niet ?
Signalering aan afdelingshoofd
feedback aan patiënt

Positieve noot: - **zeer tevreden** over de psychiatrie - zeer goede **maatschappelijke dienst** -
goed **onthaal**

Patiënte op afdeling die er volgens de andere patiënten niet thuis hoort en storend is voor het
herstel van de andere patiënten door o.a. slaapgebrek.
Gebrek aan communicatie naar patiënten: "we zijn ermee bezig", patiënten voelen zich niet
gehoord.
Geïnformeerd bij hoofdverpleegkundige.

Betere communicatie van verpleging naar patiënten toe:
Verpleging moet een antwoord bieden: Wie doet wat
Wie is waarmee bezig om het probleem op te lossen

Bejegening hulpverleners

Onrespectvolle uitspraak naar patiënt toe, door verpleger tijdens discussie tussen patiënt en
verpleger.
Gesprek met verpleger en afdelingshoofd.

Voelt zich geïsoleerd door verpleging over alcohol. Luisteren.

Patiënt verantwoordigd omwille van **bejegening tijdens consult** met woordenwisseling rond
dragen van hoofddoek tijdens onderzoek
Doorverwijzing naar ombudsdienst AZ

Patiënte wil **afspraak consult persoonlijk annuleren** t.a.v. psychiater en ervaart **weerstand**
en bejegeningproblemen bij onthaalmedewerker
Na aandringen toch gelukt
geen verdere stappen gewenst

Patiënt niet tevreden over **bejegening t.a.v. bezoek en eigen beperkte bewegingsvrijheid**
Patiënt niet akkoord met mogelijke opstart GO
Bemiddeling wordt gepland, aanmelder neemt ontslag tegen advies en blijft onbereikbaar

Patiënte vraagt om te signaleren rond **attitude/luisterbereidheid verpleegkundigen** bij
opvang medepatiënten na suïcides op afdeling

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ ZNA 2019

Overleg met sociale dienst en afdelingsverantwoordelijke
Toelichting afdelingsbeleid, afspraken en vormingsinitiatieven
Patiënte tevreden met feedback

Bejegening directie bij klachtgesprek

Familie neemt contact op met directie maar **gesprek wordt afgebroken** zonder verdere reactie
Vraag om gesprek met liaisonpsychiater
Vraag naar beweegredenen/argumenten om niet tot opname te beslissen

Patiënte boos op verpleegkundige omwille van **bejegening tijdens procedure afzondering**
Na gesprek tussen patiënte en verpleegkundige klaart situatie op

Patiënte wil gesprek over moeizame **communicatie met begeleiders**
Na coaching gaat patiënt rechtstreeks in gesprek met begeleiders

Verplicht ontslag

Patiënt vreest **verplicht ontslag na overtreding leefregels**

Overleg met sociale dienst
Transfer reeds langer in voorbereiding
Eindverslag psychiater nog niet klaar
Patiënt gerustgesteld na toelichting

Verpleegkundige spoed AZ signaleert **verontwaardiging bij omstandigheden van verplicht ontslag** patiënt **na consult spoed PZ**

Wenst anoniem te blijven
Sociale dienst nam geen verder contact op na aanmoediging door ombudspersoon om dit te doen
Geen verdere stappen
Geen feedback aan patiënt mogelijk

Patiënte voelt zich nog **niet klaar voor ontslag** en wil graag meer tijd om voor te bereiden
Coaching om gesprek aan te gaan met PB en sociale dienst

Patiënte is niet tevreden over **verloop van ontslagvoorbereiding bij verplicht ontslag**/doorverwijzing

naar andere voorziening
Communicatie via vader van patiënte die zelf gevoel kreeg weinig inspraak gehad te hebben

Patiënt vraagt bemiddeling rond beslissing team tot **stopzetting behandeling na uitgang zonder toestemming** Toelichting context en beslissing door verpleging

Feedback aan patiënt
Afspraken rond doorverwijzing en afronding
Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ ZNA 2019

Patiënt niet akkoord met argumenten voor **stopzetting behandeling** en doorverwijzing naar daklozenhulp in andere regio

Voelt zich aan zijn lot overgelaten met sociaal-administratieve problemen (huisvesting, uitkering, ambtelijke schrapping) en psychische problemen (suïcidegedachten)

Toelichting beslissing en context door sociale dienst
feedback aan patiënt

Somatische zorg – Spoedzorg

Familie vraagt bemiddeling na incidenten
(**procedure GO en opvolging somatische verzorging na operatie**)
Bemiddeling met patiënt, vertrouwenspersoon en psychiater
Patiënt weigert elke medewerking
Maatregel wordt opgeheven en dagverpleging opgestart

Partner niet tevreden over **factuur consultatie spoed GGZ**
Onduidelijkheid rond **medicatie (voorschrijfbeleid) en verwachtingen versus mogelijkheden**
factuur wordt geannuleerd

Weigering opname spoed AZ na consult liaison PZ
Geïnformeerd bij liaisonpsychiater

Patiënt weigert **factuur consult spoed AZ**
erg lange wachttijd, geen somatische onderzoeken, weinig opvolging
geen psychiater gesproken
Info&advies

Partner van patiënt weigert factuur spoed AZ omwille van **bejegening, wachttijd, diagnosestelling en nomenclatuur consult psychiater** (`niet gezien`)
Info/advies en doorverwijzing naar facturatedienst en directie

Sociale dienst

Patiënt niet tevreden over **begeleiding sociale dienst bij sociaal-administratieve problemen** (uitkering, huisvesting)
Toelichting context door sociale dienst
Feedback aan melder
Beide partijen worden uitgenodigd om met elkaar in gesprek te gaan

Patiënt met multi-problems op sociaal-administratief vlak

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ ZNA 2019

Klaagt over gebrek aan **ondersteuning/opvolging door sociale dienst(en)** (intern en extern)
Overleg met sociale diensten
Gesprek met patiënt wordt gepland maar kan niet doorgaan wegens ontslag tegen advies
Aanmelder verder onbereikbaar

Leefloon, patiënte wil eigen woning.
Geïnformeerd bij sociale dienst.
Luisteren, info & coaching

Hotelservice

Infrastructuur/accommodatie/housekeeping

Infrastructuur/hygiëne: vuile toiletten en weinig gas in waterdispensers.

Signalering aan verpleging
Doorgegeven aan directie.

Onduidelijk bij wie patiënte terecht kan voor **gebruik lockers**.
Geïnformeerd op de afdeling.

Temperatuur op de kamers te koud.
Geïnformeerd bij technische dienst.
Verpleging beter informeren over Jobrunner.

Housekeeping en privacy beleid. Patiënt vindt dat er te weinig op de kamers wordt gekuist.
Geen duidelijke vraag.

Patiënt wil melden dat **koelkast** op afdeling reeds **lange tijd defect** is/slecht functioneert.
Signalering aan afdeling
Opvolging via housekeeping

Patiënt signaleert probleem rond **parkeermogelijkheden** voor patiënten en ervaart nadien een schending van privacy door link/mededeling info aan patiënten

Voeding

Vegetariër: minder eten dan de anderen?
Doorgegeven aan directie.

BIJLAGE 1 AANMELDINGEN PZ ZNA 2019

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	53	66	63	87
aanmelders	53	66	62	86

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	63		87	
aanmelders	62		86	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	8	32,00	11	25,58
<i>binnen de week</i>	17	68,00	28	65,11
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	2	4,65
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	1	2,32
<i>later dan vier weken</i>	-	-	1	2,32
totaal	25	100	43	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	38	60,31	43	49,42
<i>1 contact</i>	16	25,39	28	32,18
<i>2 contacten</i>	6	9,52	11	12,64
<i>3 contacten</i>	3	4,76	4	4,59
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	1	1,14
totaal	63	100	87	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		4	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	62		87	

De **87** aanmeldingen (2019) komen van in totaal 86 aanmelders.

¹ verwijzingen naar andere ombudspersonen worden voor de verdere gegevens niet meegeteld
Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ ZNA 2019

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2019			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
2	1	1,16	2	2,29
1	85	98,83	85	97,70
totaal	86	100	87	100

De **63** aanmeldingen (2018) komen van in totaal 62 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2018			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
2	1	1,61	2	3,17
1	61	98,38	61	96,82
totaal	62	100	63	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	54	85,71	64	73,56
groep patiënten	1	1,58	1	1,14
andere	8	12,69	22	25,28
totaal	63	100	87	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	23	42,59	33	51,56
vrouw	31	57,40	31	48,43
onbekend	-	-	-	-
totaal	54	100	64	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	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	16		5	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familieid/partner	5	62,50	20	90,90
kennis	-	-	-	-
personeelslid	1	12,50	1	4,54
andere	2	25,00	1	4,54
totaal	8	100	22	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	12,50	2	9,09
als vertrouwenspersoon	2	25,00	10	45,45
ten persoonlijke titel	5	62,50	10	45,45
totaal	8	100	22	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	2	25,00	9	40,90
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	3	37,50	6	27,27
terugkoppeling was niet mogelijk	1	12,50	3	13,63
terugkoppeling was niet nodig	2	25,00	4	18,18
totaal	8	100	22	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	52	82,53	74	85,05
neen	11	17,46	13	14,94
totaal	63	100	87	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	-	-	5	38,46
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	1	7,69
vorige jaren binnen deze voorziening	10	90,90	4	30,76
vorige jaren in andere voorziening	1	9,09	3	23,07
totaal	11	100	13	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	8	12,69	10	11,49
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	27	42,85	27	31,03
telefonisch (of GSM, SMS)	28	44,44	50	57,47
totaal	63	100	87	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	4	6,34	16	18,39
vraag tot interventie	51	80,95	56	64,36
vraag tot signalering	6	9,52	13	14,94
vraag naar een luisterend oor	2	3,17	2	2,29
totaal	63	100	87	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	12	23,52	10	17,85
vraag om een ander soort akkoord	39	76,47	46	82,14
totaal	51	100	56	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	29	46,03	43	49,42
neen	31	49,20	35	40,22
werd niet bevraagd	3	4,76	9	10,34
totaal	63	100	87	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	22	75,86	32	74,41
formele interne klachtenprocedure	4	13,79	2	4,65
interne ombudsfunctie	-	-	1	2,32
externe ombudsfunctie	-	-	-	-
extern	3	10,34	8	18,60
totaal	29	100	43	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	4	12,90	3	8,57
durfde niet	-	-	2	5,71
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	27	87,09	30	85,71
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	-	-	-	-
totaal	31	100	35	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	4	6,34	13	14,94
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	34	53,96	46	52,87
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	13	20,63	22	25,28
niet van toepassing	8	12,69	5	5,74
andere	4	6,34	1	1,14
totaal	63	100	87	100

C. Inhoud van de aanmelding

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.

Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	62	98,41	80	91,95
algemene vraag los van patiëntenrecht	1	1,58	7	8,04
totaal	63	100	87	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	1	14,28
financieel	-	-	1	14,28
tewerkstelling	1	100,00	-	-
huisvesting	-	-	2	28,57
levensverhaal	-	-	1	14,28
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	2	28,57
totaal	1	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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	-	-	6	6,89
psychiater	19	30,15	23	26,43
huisarts	-	-	-	-
andere arts	1	1,58	1	1,14
apotheker	-	-	-	-
verpleging	14	22,22	21	24,13
persoonlijke begeleider	1	1,58	2	2,29
sociale dienst	2	3,17	7	8,04
psycholoog	1	1,58	2	2,29
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	-	-	-	-
diëtist	1	1,58	-	-
multidisciplinair team	11	17,46	12	13,79
administratieve dienst	6	9,52	1	1,14
technische dienst	1	1,58	2	2,29
voedingsdienst	2	3,17	-	-
poetsdienst	3	4,76	2	2,29
directie	1	1,58	1	1,14
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	2	2,29
andere	-	-	5	5,74
totaal	63	100	87	100

In volgende tabellen worden de meldingen 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 meldingen.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	43	70,49	59	73,75
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	1,25
3. informatie	6	9,83	6	7,50
4. geïnformeerde toestemming	1	1,63	1	1,25
5. inzage patiëntendossier	7	11,47	5	6,25
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	3	4,91	7	8,75
7. klachtenbemiddeling	1	1,63	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	1	1,25
totaal	61	100	80	100

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	6	13,95	11	18,64
1.2. goede behandeling/begeleiding	13	30,23	26	44,06
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	3	5,08
1.4. goede hotelservice	12	27,90	9	15,25
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	9	20,93	2	3,38
1.7. beschermende maatregelen	3	6,97	8	13,55
totaal	43	100	59	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	4	36,36
correcte omgangsvormen	3	50,00	6	54,54
grensoverschrijdend gedrag	3	50,00	-	-
andere	-	-	1	9,09
totaal	6	100	11	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	1	7,69	-	-
somatische verzorging	2	15,38	2	7,69
medicatie	-	-	4	15,38
individuele therapie	2	15,38	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	-	-
betrokkenheid familie	1	7,69	2	7,69
start opname/behandeling/begeleiding	4	30,76	7	26,92
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	15,38	6	23,07
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	3	11,53
andere	1	7,69	2	7,69
totaal	13	100	26	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	4	100,00	7	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	7	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	2	100,00	4	66,66
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	2	33,33
totaal	2	100	6	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	2	66,66
geweigerd	-	-	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	3	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	-	-	1	33,33
groepsleven	-	-	2	66,66
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	3	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	3	25,00	1	11,11
infrastructuur/accommodatie	3	25,00	2	22,22
hygiëne	2	16,66	3	33,33
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	4	33,33	2	22,22
andere	-	-	1	11,11
totaal	12	100	9	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	7	77,77	2	100,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	11,11	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	1	11,11	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	2	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	2	66,66	3	37,50
afzondering	-	-	-	-
fixatie	1	33,33	-	-
gedwongen opname	-	-	5	62,50
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	8	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	1	100,00
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	2	33,33	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	4	66,66	6	100,00
totaal	6	100	6	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medicatie	informatie	-	-	-
	toestemming	-	1	100,00
behandeling/begeleiding	informatie	-	-	-
	toestemming	-	-	-
andere	informatie	-	-	-
	toestemming	1	100,00	-
totaal	1	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	7	100,00	5	100,00
totaal	7	100	5	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-
	afschrift	3	42,85	2
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-
	afschrift	1	14,28	-
volledig dossier	inzage	-	1	20,00
	afschrift	-	1	20,00
andere	inzage	-	-	-
	afschrift	3	42,85	1
totaal	7	100	5	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	14,28
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	1	33,33	-	-
territoriale privacy	-	-	3	42,85
mondelijke indiscretie	-	-	2	28,57
andere	2	66,66	1	14,28
totaal	3	100	7	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	1	100,00	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	1	100,00
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

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

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	2	3,22	5	5,74
doorverwijzen intern	6	9,67	3	3,44
doorverwijzen extern	1	1,61	1	1,14
informeren	4	6,45	14	16,09
signaleren	14	22,58	20	22,98
coachen	3	4,83	11	12,64
bemiddelen	32	51,61	33	37,93
totaal	62	100	87	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	8	25,00	11	33,33
ombudspersoon zonder patiënt	24	75,00	22	66,66
totaal	32	100	33	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	10	16,39	12	13,79
<i>binnen de week</i>	20	32,78	31	35,63
<i>binnen de twee weken</i>	16	26,22	25	28,73
<i>binnen de vier weken</i>	5	8,19	11	12,64
<i>later dan vier weken</i>	10	16,39	8	9,19
totaal	61	100	87	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	18		23	

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	1	9,09	2	20,00
inspectie	-	-	-	-
vrede rechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	3	27,27	1	10,00
andere	7	63,63	7	70,00
totaal	11	100	10	100

BIJLAGE 2 AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN

VLAAMS JAARVERSLAG OMBUDSFUNCTIE GGZ 2019

1. Gebrek aan werkingsmiddelen voor de ombudspersonen

Het aantal voorzieningen waar een ombudspersoon verantwoordelijk voor is vormt nog te vaak een hinderpaal bij

- de tijdsintensieve aspecten van de zorg (bv. betrekken van de bredere omgeving van patiënten).
- verdere verdieping van de ombudsfunctie (bv. het deelnemen aan denkrondes over patiëntenrechten, agenderen van problemen op verschillende niveaus, ...)
- de niet of **moeilijk meetbare tijdsgebonden aspecten van de ombudspraktijk** (bv. reflectie over de correcte aanpak van individuele casussen).

Deze situatie laat daarenboven **weinig ruimte voor o.a. projectmatig werken, bijscholing, deelname aan werkgroepen** (bv. rond ethiek), ...

2. Organisatorische knelpunten

Behoeft aan een vast aanspreek- en coördinatiepunt voor de ombudswerking m.b.t. opvolging van intervisie, supervisie, vormingen, wetgeving en algemene informatie over de evolutie van het werkveld. Deze functie wordt nu al deels gerealiseerd (0,2 VTE) maar er is een duidelijke nood aan, en vraag naar, verdere investeringen op dit vlak.

Gebrek aan back-up en opvolging bij uitval of ziekte van een ombudspersoon heeft momenteel nefaste gevolgen op vlak van continuïteit, er is momenteel niet voldoende werkings- en personeelscapaciteit om op dit vlak een buffer te voorzien.

Er zijn **grote verschillen qua bijdragen** van de verschillende psychiatrische ziekenhuizen **aan de werking van de ombudsfunctie**, gaande van voldoende tot vrijwel geen. Zo zijn er bv. bepaalde regio's waar een groot aantal ziekenhuizen bediend worden vanuit de basisfinanciering, zonder enige bijdrage vanuit de lokale ziekenhuizen.

3. Toenemende werkdruk in instellingen bemoeilijkt zorgcontinuïteit

De intensifiëring van de zorg vertaalt zich de laatste jaren ook in een **toenemende werkdruk**. De opnameduur wordt korter, herstel moet sneller, er worden steeds meer administratieve eisen gesteld aan het personeel, en dit **vertaalt zich in de klachten van patiënten**.

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren.

Daarnaast is er ook een **stijging van het aantal verplichte ontslagen**. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag.

Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie o.w.v. verschillende redenen: agressie, drinken, geen vooruitgang...

Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net hetgeen waarvoor ze opgenomen zijn. Het lijkt standaardprocedure te zijn dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt — hetzij definitief, hetzij als tijdelijke maatregel (vaak met een breuk in de zorgcontinuïteit en alle daaraan verbonden praktische complicaties als gevolg).

Jaarverslag Externe ombudsfunctie GGZ PZ ZNA 2019

Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem, en voelt al snel aan als een "gemakkelijkheidsoplossing". Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijke maatregel moeten zijn, waartoe men alleen kan komen na voldoende overleg én in gesprek gaan met de patiënt en zijn omgeving .

4. Toegankelijkheid / zichtbaarheid

De afgelopen jaren werd sterk ingezet op aanwezigheid van personeel op de afdeling, waarbij gevraagd werd zo weinig mogelijk zich af te zonderen in het personeelslokaal.

In 2019 lijkt deze tendens opnieuw gekeerd te zijn: er is terug een stijging van meldingen dat personeel amper of niet in de leefruimte van de patiënten is. Nochtans is dit de manier van observatie en opbouwen van contact met patiënten, die zelf ook aangeven hier veel belang aan te hechten.

Aanbeveling: inzetten op tijd en aanwezigheid (=aanspreekbaarheid) van personeel, bijvoorbeeld door te investeren in werkplaatsen in een leefruimte, kan frustraties en agressie voorkomen. Personeelsleden merken zo sneller op wanneer een patiënt het moeilijk heeft en kunnen escalatie van een situatie voorkomen.

De ombudsen zelf signaleren nog regelmatig **beperkingen qua modaliteiten en toegankelijkheid in de voorzieningen**, bijvoorbeeld geluidsoverlast en/of gebrek aan privacy in de ter beschikking gestelde permanentieruimtes, of beperkingen op IT-vlak (bv. geen toegang tot e-mail of externe netwerken, geen telefonische ontvangst in gesprekslokaal, ...)

Ook de toegankelijkheid van bv. gedwongen opnameafdelingen, afzonderingskamers, ... voor de ombudsen wordt door sommige instellingen nog steeds beperkt, **wat de dienstverlening belemmert.**

5. Betrekken van de omgeving in de zorg

Door intensifiëring van de zorg is de omgeving een belangrijker rol in de behandeling (zowel in de zorgvoorziening als in de eigen woonst) gaan spelen. **Omgeving is niet alleen de familie en vriendenkring, maar ook de buurt, het verenigingsleven van de woonplaats van de patiënt en de ondersteunende thuisdiensten.** Een voorziening heeft dankzij haar multidisciplinaire teams alle expertise in huis om te patiënt te motiveren maximaal gebruik te maken van diens omgeving.

Van voor of bij opname zouden familieleden (en eventueel de bredere omgeving) gehoord en betrokken moeten worden. Ze zijn deskundige op vlak van zorg voor de patiënt en een belangrijke partner en bron van informatie voor de hulpverleners. Mits de nodige professionele ondersteuning kunnen ze een belangrijke factor zijn in een succesvolle nieuwe start en herstel. Samenwerken met familie zou een evidentie moeten zijn i.p.v. de individuele keuze van een hulpverlener of afdeling.

Als externe ombudspersonen weten we uit ervaring dat het niet evident is om patiënten die een negatieve ervaring hebben met hun familie en vriendenkring hiervoor over de streep te trekken. Ook dit familiale netwerk heeft soms, na jarenlange zorg en aanwezigheid, het besluit genomen om afstand te nemen van de patiënt. De betrokken hulpverlener heeft hiervoor begrip en zet voorzichtige stappen om samen met de patiënt te komen tot een nieuwe omgeving waarin een garantie op continuïteit van zorg kan aangeboden worden.

De voorzieningen missen hiervoor echter de nodige mankracht om dit op maat van hun patiënten en familiale omgeving te realiseren. De focus van een behandeling ligt momenteel op het behandelen van de patiënt, hoewel bv. familie één van de belangrijkste partners in de zorg is.

In de praktijk betekent dit dat de familie enkele malen wordt uitgenodigd voor een familiegesprek. Mits toestemming van de patiënt en met de nodige professionalisering en beschikbare hulpverleners kan de familie of de betrokken vriendenkring een deel uitmaken van de behandeling en aanwezig zijn tijdens de therapie sessies op hun maat.

Externe ombudspersonen ontmoeten zelfs na 17 jaren wet patiëntenrechten nog steeds patiënten, betrokkenen en hulpverleners die onvoldoende vertrouwd zijn met deze wetgeving.

De aanwezigheid van ombudspersonen in de zorgvoorzieningen ter voorkoming van klachten, **dient een evidentie te zijn**. Infosessies om de theorie en de praktijk van de wet patiëntenrechten te duiden bewijzen in dezen hun nut. Ook de omgeving betrekken bij het werk van externe ombudspersonen kan bijdragen tot het voorkomen van klachten.

6. Vertrouwenspersonen

Vele (zometer de meeste) patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd, hebben geen vangnet, familie of sociaal netwerk. Ze zijn kwetsbaar en kennen hun rechten niet, laat staan de mogelijkheid tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon. **Vooral in situaties waar sprake is van dwang en beperkte autonomie van de patiënt is er een duidelijke nood aan een vertrouwenspersoon die morele ondersteuning biedt, dialoog stimuleert en aldus helpt bij het optimaal informeren van de patiënt.**

Hulpverleners in het algemeen en ombudspersonen in het bijzonder hebben de plicht (zie o.a. de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke op 20 februari 2017) om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken, bijvoorbeeld door middel van documentatie of infosessies.

Idealiter worden er procedures ontworpen en geïmplementeerd waardoor een **vertrouwenspersoon** wordt **opgenomen in het standaard zorgmodel**.

7. Informeren van de patiënt

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. Wat voor hulpverleners vanzelfsprekend is, is dat niet noodzakelijk ook voor de hulpvrager.

Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten creëert onzekerheid en stress. Daarom blijft bijvoorbeeld het **gebruik van de brochure "Gedwongen Opname" aangewezen als efficiënte en doeltreffende manier om de patiënt duidelijk te informeren**.

8. Inzage en afschrift elektronisch patiëntendossier (EPD)

Tegenwoordig is digitalisering van gezondheidsgegevens gemeengoed. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) biedt voordelen voor zowel de beroepsbeoefenaars als de patiënten. Medicatie, observaties, ontwikkelingen en het persoonlijk verhaal van de zorgvrager worden gebundeld en beveiligd opgeslagen in een gecentraliseerd multidisciplinair dossier.

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 tussen de behandelend arts en de patiënt en/of vertrouwenspersoon via dit medium aan. Deze manier van werken stimuleert de gelijkwaardige samenwerking tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

Sinds 2017 kan de zorggebruiker via een digitaal portaal het EPD raadplegen. Afhankelijk van het vermogen en/of toestand van de patiënt biedt bij het doornemen van het dossier een duidelijke meerwaarde. Deze digitalisering vraagt echter ook een nauwe(re) betrokkenheid van de zorgvrager; niet elke patiënt is (om uiteenlopende redenen) in staat het EPD digitaal te raadplegen.

Een **duidelijk gedragen visie omtrent digitale zorg** vanuit de zorgvoorzieningen blijft dus een uitdaging: een nieuwe manier van werken met nieuwe technologieën vereist ook op meerdere vlakken een **cultuurverandering**, bijvoorbeeld betreffende de omgang en beveiliging van vertrouwelijke gegevens (o.m. in het licht van de in 2018 aangepaste Europese GDPR-regelgeving).

9. Feedback vanuit de zorgvoorziening

Bij elke klacht/melding/opmerking, wordt de betrokken hulpverlener of afdeling gecontacteerd, mits akkoord van de patiënt. Soms wordt er bemiddeld, soms gesignaleerd.

Ombudsen gaan vaak in gesprek met een hulpverlener over hoe deze klacht tot stand is gekomen, wat er aan gedaan kan worden, hoe een team ermee kan omgaan. **Zelden of nooit wordt er echter feedback gegeven over wat er effectief gedaan is met deze input.** De ombudspersonen moeten dit zelf gaan navragen, en dit is vaak een tijdsintensief en frustrerend proces...

Binnen deze optiek zijn afspraken met de patiënt vaak ook moeilijk bindend te maken naar de behandelende instelling/geneeskundige toe.

10. Nood aan meer/intensievere omkadering & modaliteiten

Door het sluiten van bepaalde afdelingen vallen sommige patiënten uit de boot. Het gaat dan bv.. om patiënten die een PVT nodig hebben maar met intensievere en meer medische zorg dan momenteel een PVT momenteel kan bieden.

In een PVT is momenteel geen psycholoog verplicht op post. Patiënten ervaren dit vaak als een groot tekort. Dit zou in de omkadering moeten worden voorzien.

We merken op verschillende afdelingen en verschillende ziekenhuizen dat er nog een **tekort is aan therapie en zinvolle dagbesteding.** Patiënten hebben te veel "lege" uren.

Er is **blijvende aandacht nodig voor het voorkomen en goed opvolgen van afzonderingsmaatregelen.**

Er is onduidelijkheid over het **stemrecht bij forensische patiënten.** Er zouden wat dit betreft verschillen zijn in de doelgroep. Bij de laatste verkiezingen zijn bepaalde stembrieven weer ingetrokken.

Toegang tot het internet alsook **vrij gsm gebruik** als algemene regel zou een evidentie moeten zijn.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

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

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen
Adres	Beatrijkslaan 96
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	-
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Forensisch Psychiatrisch Centrum
Aantal bedden	182 bedden Ligdagen: 66.081 197 unieke opgenomen patiënten
Aantal campussen	1 campus
Naam ombudsperso(o)n(en)	Hager Tewelde
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	15-10-2018
Bestaffing	20% van de arbeidstijd

Lokalisatie dienst	Intern
Registratiesysteem	Eigen systeem (Excel)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Binnen FPC Antwerpen bestaat er een beleidsdocument "Reglement ombudsfunctie" waarin de werking van de ombudsdienst beschreven staat. Dit document is raadpleegbaar voor alle medewerkers, patiënten en hun bezoekers. Het reglement is gefinaliseerd op 1 september 2018. In 2020 zal een samenvatting van het reglement op de website ter beschikking worden gesteld.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	-
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Klachtenbemiddeling vanuit het mandaat 08/07/2003
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Patiënten kunnen rechtstreeks contact opnemen met de ombudsdienst. In het behandelcentrum staan verscheidende brievenbussen waarin patiënten een gespreksaanvraag, dan wel een brief kunnen deponeren. Tevens is de ombudsdienst door de stafleden op de afdeling per e-mail te bereiken. Ook zijn de contactgegevens op de website van de organisatie raadpleegbaar en is de ombudspersoon ook beschikbaar voor advocaten en familie- en netwerkleden.

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

FPC Antwerpen is een behandelcentrum dat forensisch psychiatrische patiënten opneemt; patiënten die omwille van een psychische stoornis strafbare feiten hebben gepleegd en een hoge nood hebben aan beveiliging, maar niet thuishoren in een gevangenis. De volledige behandeling is erop gericht de risicofactoren te verminderen en de kans op recidive te verkleinen. Het uiteindelijke doel van de behandeling is dat de patiënten op een veilige en verantwoorde manier terugkeren naar de maatschappij, hetzij naar een minder beveiligde omgeving.

De patiënten die voor FPC Antwerpen worden aangemeld, hebben een lang voortraject in andere voorzieningen en de gevangenis, een hoog veiligheidsrisico en een ernstige psychiatrische aandoening. Zij hebben niet altijd de aangepaste zorg die ze nodig hebben, gekregen en zitten vaak - door een lange periode zonder veel toekomstperspectieven - in een negatieve spiraal. Eenmaal opgenomen in FPC Antwerpen volgt de complexe evenwichtsoefening tussen behandelen, beveiligen en het welzijn van de patiënten. Ze worden aangesproken met als doel hen te motiveren voor hun behandeling, wat voor de patiënten - die vaak al onrustig en onzeker zijn - extra stress met zich meebrengt. Ze zijn vanuit hun persoonlijke insteek soms ontevreden en hebben het vaak moeilijk met hun verblijf in een forensisch psychiatrisch centrum, wat zich kan uiten in weerstand. Deze weerstand - die de vorm van conflictueus gedrag kan aannemen - is eigen aan de behandeling binnen een forensisch psychiatrisch centrum.

FPC Antwerpen benadert klachten als zijnde mogelijkheden om uit te leren. Patiënten worden aangemoedigd om vragen, opmerkingen en klachten in verband met de uitoefening van de patiëntenrechten en vermeende afwijkingen of schendingen van de geformuleerde interne regels (intramuraal beschrijft het huishoudelijk reglement de rechten en plichten van patiënten) zoveel mogelijk te bespreken met de betrokken medewerker of verantwoordelijke van het betrokken team. In het kader van de behandeling van de patiënt is het immers van belang dat patiënten leren om eerst in gesprek te gaan met de persoon waar er problemen mee zijn. Als deze informele werkwijze geen afdoende oplossing biedt voor de vraag, ontevredenheid of klacht, kan de patiënt een klacht indienen bij de ombudspersoon. De ombudspersoon zal door middel van bemiddeling proberen om tot een voor alle betrokken partijen aanvaardbare oplossing te komen. Om te vermijden dat klachten geen verder gevolg zouden krijgen wanneer een bemiddeling niet tot een passende oplossing leidt, wordt gewerkt met een externe adviescommissie. Deze commissie, bestaande uit externe leden met een diverse, maar in ieder geval relevante achtergrond en ervaring, buigt zich over klachten waarbij de ombudspersoon er niet in slaagt om via bemiddeling tot een oplossing te komen en brengt hierover een gemotiveerd advies uit aan de directie. Op basis hiervan kan directie doelgerichte acties in overweging nemen."

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

De ombudsdienst tracht:

- het 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 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.

Het streven is om bij alle patiënten die een klacht indienen of vraag stellen (in 2019 betreffen dit 52 patiënten) binnen twee weken een gesprek aan te bieden met de ombudsdienst. Dit lukt in ruim 90 % van de gevallen. In de overige gevallen vond het gesprek plaats binnen 36 dagen omdat de patiënt niet in de

mogelijkheid was om in gesprek te gaan. In 2 dossiers heeft de patiënt een gesprek geweigerd met de ombudsdienst. Deze klachten kwamen via een advocaat en een familielid terecht bij de ombudsdienst. In het gesprek met de ombudsdienst worden afspraken gemaakt over wie er op de hoogte gebracht mag worden van deze klacht en hoe de opvolging zal verlopen. De indiener van de klacht/aanvraag krijgt altijd feedback van de ombudsdienst. Dit kan via een tussenpersoon zijn (bijvoorbeeld de behandelaar van de patiënt) of de ombudspersoon zelf. Afhankelijk van de casus kan dit in een persoonlijk gesprek zijn of via een reactie op schrift.

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

Driemaandelijks is er een structureel overleg om de klachten (anoniem) te bespreken. Deze bespreking gebeurt tijdens een vergadering waar de algemeen directeur, directeur patiëntenzorg, interne preventieadviseur en verantwoordelijke juridische dienst bij aanwezig zijn. Het is ook mogelijk om - buiten dit structurele moment - een klacht op incidentele basis te bespreken.

De ombudsdienst is tevens ook de kwaliteitcoördinator in FPC Antwerpen en combineert deze functie. Er is een nauwe samenwerking met de juridische dienst van FPC Antwerpen die brieven van advocaten, alsook klachten die bij de federale ombudsdienst terechtkomen behandelt.

Alle binnengekomen klachten zijn intern afgehandeld door de ombudsdienst.

Er bestaat een mogelijkheid om een externe adviescommissie te raadplegen als de bemiddeling tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar vastloopt. Hier is het afgelopen jaar geen gebruik van gemaakt.

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	159 klachtendossiers
Aantal infodossiers	3 infodossiers
Aantal proactieve dossiers	0 proactieve dossiers
Aantal opvragingen patiëntendossier	In FPC Antwerpen worden deze opvragen opgevolgd door de juridische dienst en niet door de ombudsdienst.
Aantal 'andere'	Bij gebrek aan een aangepast wettelijk kader waarbij de rechtspositie van geïnterneerden in forensische psychiatrische centra is geregeld, is er in overleg tussen de organisatie en de overheid een huishoudelijk reglement opgesteld. Hierin wordt de interne rechtspositie van geïnterneerden geregeld.

In de registratie van de dossiers bij de ombudsdienst wordt een opsplitsing gemaakt tussen aanvragen die betrekking hebben op de 'Wet op de patiëntenrechten' en 'Andere'. Bij 'Andere' klachten wordt een onderscheid gemaakt tussen 'Overige' klachten en klachten die betrekking hebben op het 'Huishoudelijk reglement'. Laatstgenoemde betreffen voornamelijk klachten over vrijheidsbeperkende maatregelen.

Totaal aantal vragen, opmerkingen en klachten: 162
 Aantal klachten gerelateerd aan de 'Wet op de patiëntenrechten': 57
 Huishoudelijk reglement: 25 klachten
 Informatie dossiers: 3
 Niet-ontvankelijk: 4 klachten
 Overig: 73 klachten

Van de klachten die onder "Overig" vallen zijn deze als volgt verder te verdelen:

- Klachten die betrekking hebben over communicatie tussen de hulpverlener en de medewerker: 33 klachten
- klachten die betrekking hebben op de infrastructuur en/ of organisatie van de zorg: 17 klachten
- klachten die betrekking hebben tot beslissingen die genomen zijn door medewerkers waar de patiënt niet mee akkoord is: 20 klachten
- klachten die niet verder te specificeren vallen: 3 klachten.

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)*	39 klachten
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3 klachten

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

Rechten van de patiënt:

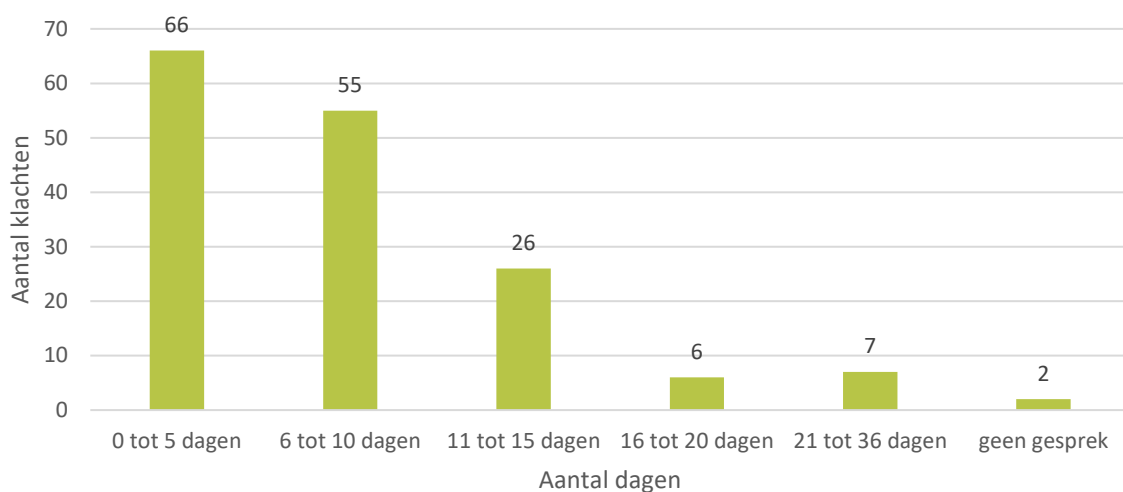
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling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

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

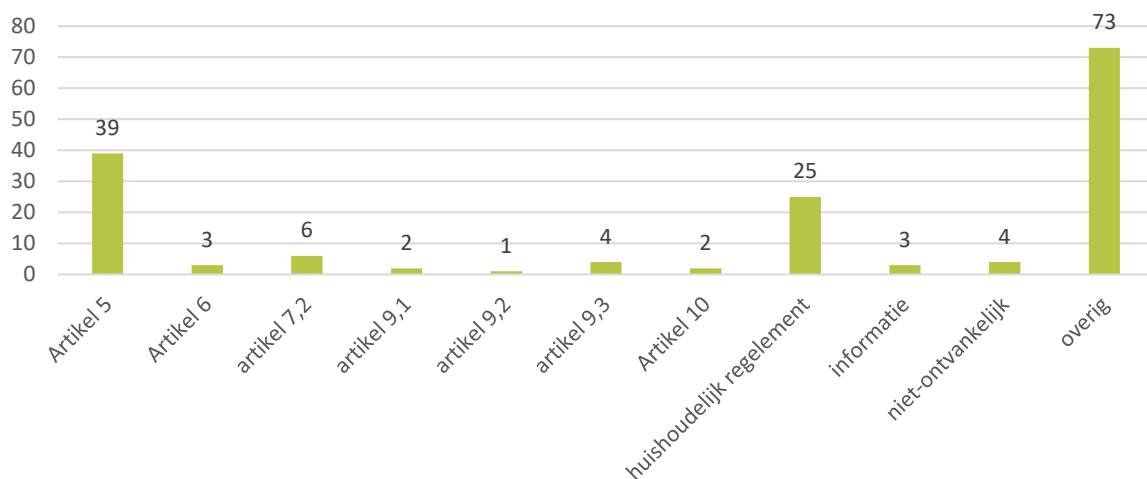
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de 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	Huishoudelijk reglement: 25 klachten Overig: 73 klachten Niet-ontvankelijk: 4 klachten
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	

Tijd tussen aanvraag en eerste gesprek



Soorten klachten



Ratio patiënten - aantal klachten

- 30 patiënten - elk 1 vraag/ klacht
- 9 patiënten - elk 2 vragen/ klachten
- 9 patiënten - elk 3 vragen/ klachten
- 2 patiënten - elk 4 vragen/ klachten
- 1 patiënt - 8 vragen/klachten
- 1 patiënt - 71 vragen/ klachten

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. Ondanks dat dit altijd in de beleving van de patiënt is, is dit ook zeker geconstateerd door de ombudsdienst. De afhandeling van deze klachten was dan ook zeer eenvoudig door dit te bespreken met de betrokken beroepsbeoefenaar waarna deze opnieuw met de patiënt in gesprek is gegaan. Het relatief hoge aantal klachten die te maken hebben met een stroeve communicatie heeft zeer waarschijnlijk te maken met het feit dat FPC Antwerpen een relatief nieuw centrum is (geopend sinds augustus 2017) waar veel nieuwe medewerkers werken. De verwachting is dan ook dat het aantal van dit soort klachten verder zullen verminderen in 2020. De doorlooptijd tussen het indienen van een klacht en het eerste gesprek met de ombudsdienst is maximaal 2 weken. Enkele keren is dit langer geweest omdat de patiënt niet in de mogelijkheid was om in gesprek te gaan. Bij 2 klachten zijn deze klachten niet vanuit de patiënt gekomen maar is de melding gedaan via een advocaat/ familielid. De patiënten zijn hierover benaderd door de ombudsdienst maar de patiënten weigerden met de ombudsdienst in gesprek te gaan over de klacht. Deze 2 klachten zijn daarom ook niet-ontvankelijk verklaard. De overige 2 klachten betreffen - in de beleving van de patiënt - klachten over de onterechte plaatsing in het FPC. Gezien de ombudsdienst enkel klachten of vragen behandelt die plaatsvinden tijdens het verblijf in het FPC zijn deze klachten wel besproken met de betreffende patiënten maar uiteindelijk niet-ontvankelijk verklaard.

Zoals eerder al uitgelegd registreert de ombudsdienst ook klachten die betrekking hebben op het huishoudelijk reglement van de organisatie waarin de interne rechtspositie van geïnterneerden is geregeld. De 25 klachten die daaronder vallen gaan voornamelijk over een vrijheidsbeperkende maatregel die is opgelegd waar de patiënt niet mee akkoord gaat.

Aanbevelingen

- ✓ Meer aandacht voor duidelijke informatie aan de patiënt.
- ✓ Meer aandacht voor de privacy van de patiënt.
- ✓ Specifiek voor de medische dienst lijken er toch verwachtingen te zijn van patiënten die niet overeenkomen met de werkelijkheid. Dit betreffen voornamelijk patiënten die verwachten doorverwezen te worden door de huisarts naar een externe specialist.
- ✓ Bevorderen en faciliteren van klachtenbehandeling op eerstelijnsniveau. Promoten van eigenaarschap bij de betrokken partijen

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

Aanbevelingen worden overgemaakt naar de directie van de organisatie. In het driemaandelijks overleg waar eerder naar werd gerefereerd worden de aanbevelingen en acties verder opgevolgd.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2019

(Voor 10.02.2020 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2019 - 31.12.2019
--------------------	-----------------------

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 <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	1/9/2018 Voor medewerkers: beschikbaar op intranet Voor patiënten: beschikbaar op elke afdeling binnen het centrum
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Opleiding MEDIV
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	/
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	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. <ul style="list-style-type: none"> • Het betreft een individuele klacht van een patiënt. Aspecten die voor de collectieve patiëntenpopulatie van belang zijn worden door de patiëntenraad behandeld.

	<ul style="list-style-type: none">• 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?	
<p>Elke patiënt wordt bij of kort na de opname geïnformeerd over de klachtenprocedure. Een formele klacht kan worden ingediend bij de ombudsfunctie.</p> <p>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.</p> <p>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 reglement. 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.</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>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.</p> <p>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.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
<p>Resultaten van de afhandeling worden steeds met de indiener besproken of schriftelijk overhandigd. Naar aanleiding van deze terugkoppeling worden soms nieuwe klachten geformuleerd.</p> <p>Gezien de problematiek (oa psychose, waanbeelden) van de patiënten verblijvend in FPC Gent, kan niet elk probleem (positief) afgesloten worden.</p> <p>De ombudsdienst kan niet tussenkomen in justitiële beslissingen.</p>	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Opmerkingen:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	62

Aantal infodossiers	13
Aantal pro actieve dossiers	0
Aantal opvragingen patiëntendossier	0 (patiënten kunnen terecht bij de dienst Griffie voor het opvragen van hun patiëntendossier)
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.

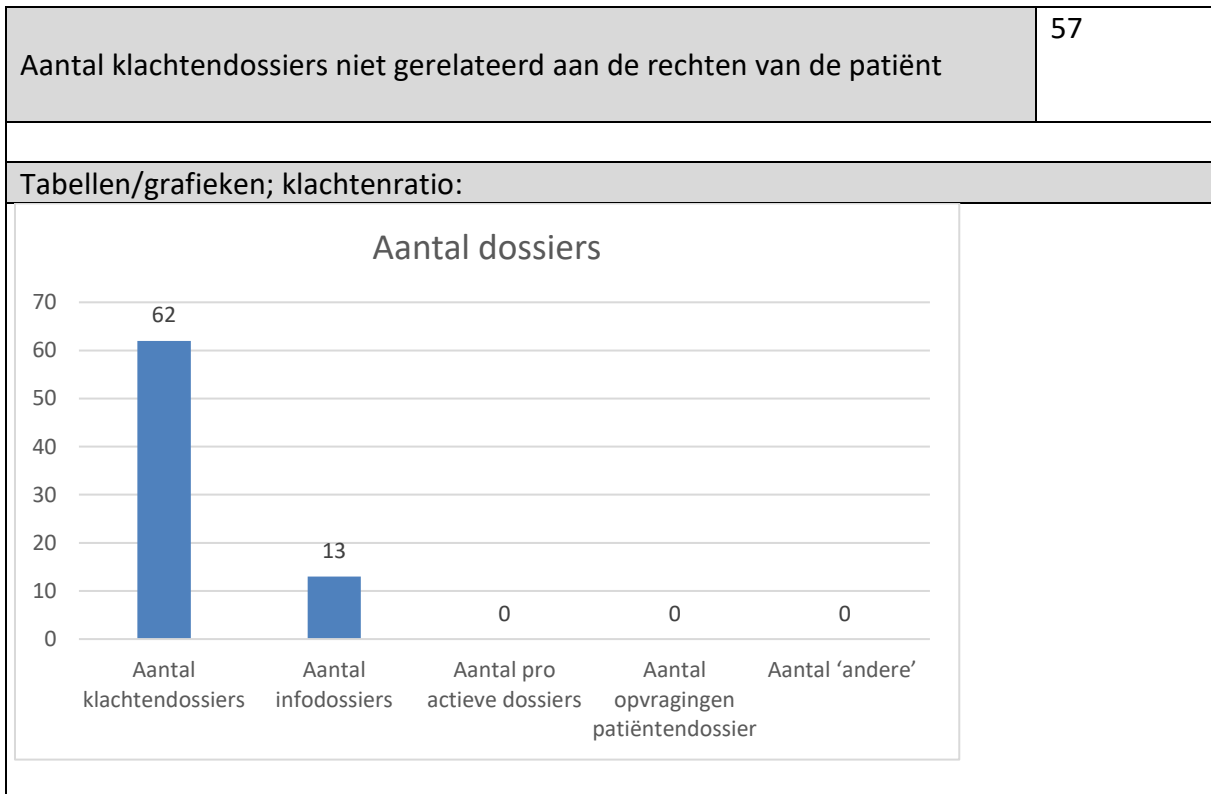
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	17
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	0
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	0
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op 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)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

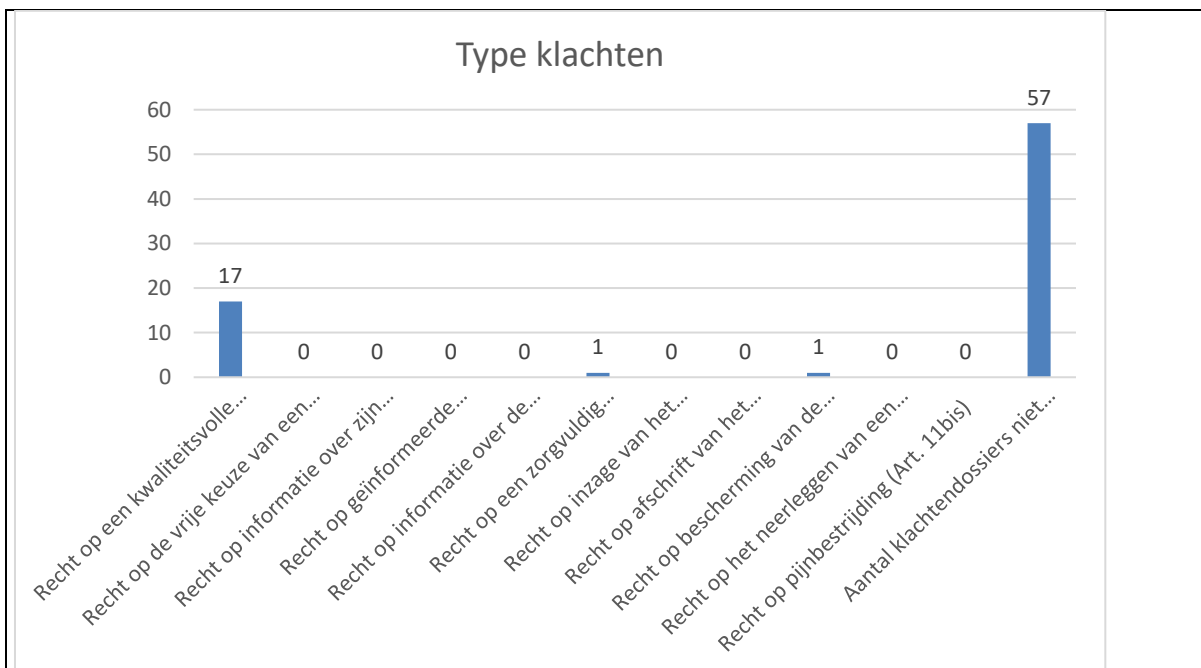
Rechten van de patiënt:

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

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

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





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

De aspecten 'bejegening', 'het zich niet kunnen vinden in de afspraken en regels op de afdeling' en 'niet akkoord met het behandelplan' blijven regelmatig terugkomen. Gezien de patiëntenpopulatie en de gedwongen plaatsing vanwege hun interneringsstatuut is dit niet zo verwonderlijk. Verder komen 'verloren goederen' af en toe aan bod.

De klager hoopt veelal de 'aangeklaagde' op andere gedachten te brengen via de ombudspersoon. Soms is een luisterend oor ook voldoende.

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

- ✓ Een correcte registratie van persoonlijke eigendommen van patiënten verdient blijvende aandacht.
- ✓ Door een betere informatieoverdracht en communicatie tussen medewerkers onderling en naar patiënten toe, kunnen een aantal klachten vermeden worden of op zijn minst minder lang aanslepen.
- ✓
- ✓
- ✓

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

De aanbevelingen worden ter harte genomen, doch de uitvoering ervan laat op zich wachten.