

Bemiddelingsboek 2025

Ombudsfunctie in algemene en psychiatrische ziekenhuizen

1 maart 2026

Aanbevelingen VVOVAZ en OOGG

Aanbeveling: Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen ‘zachte’ bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling: Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende :

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn

Aanbeveling: Versterken van de proactieve rol van de Ombudsdienst

Het is aan te bevelen om de Ombudsdienst niet uitsluitend reactief, maar ook expliciet proactief te positioneren binnen de zorgorganisatie. Een zichtbare, bereikbare en laagdrempelige aanwezigheid van de Ombudsdienst creëert ruimte voor vroegtijdige signalering van mogelijke knelpunten en voor het tijdig ondersteunen van patiënten, naasten en medewerkers.

Daarnaast kan de Ombudsdienst een belangrijke bijdrage leveren door thema-gerichte initiatieven rond patiëntenrechten te organiseren, zoals infomomenten, interne vorming, sensibilisering of samenwerking met andere diensten. Dit versterkt het bewustzijn binnen de organisatie en stimuleert een cultuur waarin patiëntenrechten actief worden bewaakt.

Een betrokkenheid van de Ombudsdienst bij complexe casuïstiek en bij de voorbereiding van moeilijke gesprekken kan bovendien leiden tot betere onderlinge afstemming, het voorkomen van escalaties en een duurzamere opbouw van vertrouwen tussen alle betrokken partijen.

Tot slot is het essentieel om het mandaat en de rol van de onafhankelijke ombudspersoon duidelijk(er) af te bakenen en intern te communiceren. Heldere verwachtingen — zowel richting patiënten als richting medewerkers — zijn noodzakelijk om misverstanden te vermijden. Een expliciete communicatie over wat de Ombudsdienst wél en niet kan betekenen, draagt bij aan realistische verwachtingen en een transparante werking.

Aanbeveling: Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

Aanbeveling: Agressiebeleid en psychosociaal welzijn van medewerkers

Er wordt een duidelijke toename vastgesteld van verbaal en fysiek grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zorgverleners en ombudspersonen. Dit heeft niet alleen impact op de veiligheid, maar ook op het psychisch welzijn, het werkplezier en het behoud van medewerkers binnen de zorg.

Daarom wordt aanbevolen om een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast agressiebeleid te installeren, dat door alle afdelingen gedragen wordt. Dit beleid omvat bij voorkeur: heldere richtlijnen, uniforme registraties, onmiddellijke opvolging van incidenten en een duidelijke rolverdeling bij escalaties. Daarnaast is het belangrijk om het agressiebeleid actief te communiceren naar patiënten en hun naasten, bijvoorbeeld via affiches, brochures en digitale kanalen, zodat verwachtingen vooraf duidelijk zijn en grensoverschrijdend gedrag ondubbelzinnig wordt afgekeurd.

Verder is het essentieel om structureel te investeren in het psychosociaal welzijn van medewerkers. Dit kan onder meer door gerichte trainingen (o.a. de-escalatie, omgaan met emotioneel beladen situaties), laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning. Een veilig werkklimaat draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg en het behoud van gemotiveerde medewerkers.

Aanbeveling: wachtlijsten en versterking van de eerstelijnszorg

Door toenemende wachtlijsten voor bepaalde specialismen in ziekenhuizen en beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops van huisartsen vinden patiënten meer en meer moeilijk tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Het is daarom belangrijk om dit probleem ook op federaal niveau te agenderen en in te zetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert te zijn voor de realiteit van wachttijden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.

Christophe Demeestere 10/02/2026

Voorzitter VVOVAZ

info@vvovaz.be



Jaarverslag Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en een voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inleiding

Met dit jaarverslag en de bijbehorende aanbevelingen brengen we de aandachtspunten in kaart die naar onze bevindingen de komende periode extra focus verdienen. We gebruiken de artikels van de wet Patiëntenrechten als leidraad om deze aanbevelingen en uitdagingen weer te geven.

Daarnaast beargumenteren we onze aanbevelingen en uitdagingen met het nodige cijfermateriaal. Wij gebruiken hiervoor het registratiesysteem Go Between.

Belangrijk om op te merken is dat we als ombudsdienst de klachten registreren zoals de patiënten ze bij ons aanbrengen, wij doen dus niet aan waarheidsbevinding. We raden aan om dit in gedachten te houden en niet te veel op de cijfers te concentreren.

We hopen alvast dat dit jaarverslag gewikt en gewogen zal worden in de voorziening. Aarzel zeker niet om de ombudspersoon aan te spreken indien er vragen of onduidelijkheden zouden zijn.

Aanbevelingen

Kwaliteitsvolle dienstverlening

Zoals elk jaar kunnen we de meeste meldingen plaatsen onder recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Dit jaar zien we dat we vooral meer meldingen kregen rond respectvolle bejegening en dan meer bepaald rond luisterbereidheid. Luisterbereidheid is een kerncomponent van respectvolle bejegening, ook in situaties waarin patiënten zich eisend opstellen of onmiddellijke respons verwachten. Wanneer patiënten zich gehoord voelen en ervaren dat ze ernstig worden genomen, krijgen ze terug een stuk regie in handen en worden ze effectief een partner in hun zorg. Voor hulpverleners is het een uitdaging om evenwicht te vinden tussen deze erkenning en het aangeven van hun eigen mogelijkheden en grenzen. De inzet van ervaringsdeskundigen kan hierbij een belangrijke meerwaarde bieden. Zij kunnen bruggen slaan tussen patiënten en hulpverleners en bijdragen aan wederzijds begrip. Door luisterbereidheid een deel te maken van de teamcultuur nemen organisaties hun verantwoordelijkheid op om respectvolle en herstelgerichte zorg te organiseren.

In het verlengde van luisterbereidheid en communicatie willen we graag ook de aandacht vestigen op het gebruik van artificiële intelligentie binnen de zorg. We constateren dat patiënten in toenemende mate gebruik maken van uiteenlopende AI-toepassingen om hun vragen te stellen. En vaak vertaalt zich dat in een formeel, pseudo-juridisch schrijven dat niet echt de intenties van de patiënt weerspiegelt. En hoewel AI ertoe kan bijdragen dat de stem van de patiënt meer gehoord wordt, kan een foute toon ertoe bijdragen dat er spanning ontstaat. Het is belangrijk om als hulpverlener dit te herkennen en de onderliggende zorgvraag niet uit het oog te verliezen.

Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

Patiënten ervaren niet altijd evenveel duidelijkheid rond wie toegang heeft tot hun persoonsgegevens, met welk doel en met wie informatie gedeeld wordt. Dit geldt des te meer voor de digitale en online platformen die gebruikt worden voor informatie-uitwisseling tussen hulpverleners. De toestemming om gegevens te delen met andere hulpverleners wordt vaak bij de start van een opname ondertekend door een patiënt, zonder de reikwijdte hiervan te kennen. Mensen zijn op dat moment ook ziek, overweldigd door de opname en niet in staat om alles te capteren wat hen wordt aangereikt. Het is belangrijk om expliciet te benoemen wat de patiënt tekent en dit ook duidelijk uit te leggen.

In dit kader willen we ook de aandacht vestigen op het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim is cruciaal voor de vertrouwensbasis tussen hulpverlener en patiënt. Het is vaak moeilijk om de juiste balans te vinden tussen samenwerking, betrekken van naasten en waakzaam zijn over beroepsgeheim. Om hulpverleners hierin te ondersteunen, werkt Psyche een e-learning uit over alle facetten van beroepsgeheim in de gezondheidszorg.

Privacy staat steeds centraler in het zorgdiscours. Toch is de infrastructuur van veel psychiatrische ziekenhuizen hier niet op afgestemd. Afdelingen waar iedereen een éénpersoonkamer met eigen sanitair kan hebben, zijn eerder de uitzondering. Nochtans kan dit bijdragen tot beleving van veiligheid en waardigheid. We pleiten ervoor om aandacht te hebben voor de infrastructuur waarin patiënten, soms voor langere tijd, moeten verblijven.

Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier

Het zorgvuldig en professioneel schrijven in het patiëntendossier is een belangrijk aandachtspunt. Het dossier is niet langer enkel een intern werkinstrument, maar is een document dat door een patiënt rechtstreeks wordt gelezen en geïnterpreteerd. Hulpverleners moeten een taal hanteren die tegelijkertijd professioneel is, duidelijk, respectvol en volledig. Daarnaast moet deze taal ook begrijpbaar zijn voor de patiënt. We merken dat hulpverleners hierin zoekende zijn. We willen daarom op het belang duiden om te blijven investeren in vorming, bijscholing én reflectie over patiëntennotities. Het kan ook een aanbeveling zijn om pro-actief met de patiënt te overlopen wat er precies in zijn dossier wordt geschreven.

Het opvragen van een dossier gebeurt immers vaak op een moment dat het vertrouwen wat zoek is of dat de patiënt het gevoel heeft onvoldoende informatie te krijgen. Actieve en duidelijke communicatie doorheen het ganse hulpverleningstraject kan hier een antwoord op bieden.

Ook de ontslagbrief en het tijdig afleveren hiervan, behoort tot het recht van de patiënt. Een ontslagbrief is geen louter administratief afhandelen, maar is vaak de toegangsbrief voor verdere hulpverlening.

Algemeen besluit

De geestelijke gezondheidszorg maakt deel uit van een bredere samenleving die snel evolueert en complexer wordt. Hervormingen in de zorgorganisatie, de uitbouw van netwerken en samenwerkingsverbanden, toenemende regelgeving en de opkomst van nieuwe digitale en technologische toepassingen stellen hulpverleners en voorzieningen voor bijkomende uitdagingen. Hierin blijft de kernopdracht om kwaliteitsvolle, toegankelijke en mensgerichte zorg te blijven verlenen.

De aanbevelingen in dit jaarverslag moeten gekaderd worden in deze realiteit. Thema's zoals de bescherming van de privacy van cliënten, het zorgvuldig en transparant noteren in het patiëntendossier en het belang van een respectvolle bejegening, illustreren dat goede geestelijke gezondheidszorg meer omvat dan klinische expertise alleen.

Hulpverleners en voorzieningen engageren zich in grote mate om deze verantwoordelijkheden op te nemen, vaak in omstandigheden waarin werkdruk, administratieve lasten en organisatorische complexiteit toenemen. Toch blijft waakzaamheid en reflectie noodzakelijk, zeker wanneer nieuwe werkwijzen of technologieën worden geïntroduceerd. Kennisdeling, delen van nieuwe inzichten komt zowel patiënten als hulpverleners ten goede.

Met dit jaarverslag wil de ombudsdienst bijdragen aan een constructieve dialoog tussen cliënten, hulpverleners, voorzieningen en beleidsactoren. Door het benoemen van knelpunten en het formuleren van aanbevelingen beogen wij een versterking van een geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Op basis van de gedetecteerde knelpunten ontwikkelt Psyche kennisproducten en vormingen en versterkt zo de sector door kennisdeling en professionalisering.

Aanmeldingen (go between)

ALLE VOORZIENINGEN VLAANDEREN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 02/01/2025, de laatste op 31/12/2025.

Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 2304, het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 2224.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders alle voorzieningen

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	2460	2783	2400	2304
aanmelders	1946	2195	1886	1771

Aanmeldingen, aanmelders PZ

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	2123	2375	2049	1981
aanmelders	1673	1872	1592	1540

Aanmeldingen, aanmelders PVT

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	192	186	163	169
aanmelders	146	129	116	100

Aanmeldingen, aanmelders IBW

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	59	73	43	46

aanmelders	48	63	36	41

Aanmeldingen, aanmelders cgg

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	43	67	42	34
aanmelders	40	60	41	29

De overige 74 meldingen komen uit de mobiele teams, CAR en centra psycho-sociale revalidatie.

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2025 met deze van 2024.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	2400		2304	
aanmelders	1886		1771	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	1618	74,76	1534	71,18
<i>binnen de week</i>	481	22,22	537	24,91
<i>binnen de twee weken</i>	33	1,52	49	2,27
<i>binnen de vier weken</i>	9	0,41	16	0,74
<i>later dan vier weken</i>	23	1,06	19	0,88

totaal	2164	100	2155	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	204	8,50	143	6,20
<i>1 contact</i>	1264	52,66	1244	53,99
<i>2 contacten</i>	581	24,20	495	21,48
<i>3 contacten</i>	202	8,41	225	9,76
<i>meer dan 3 contacten</i>	149	6,20	197	8,55
totaal	2400	100	2304	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	32		32	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	2282		2224	

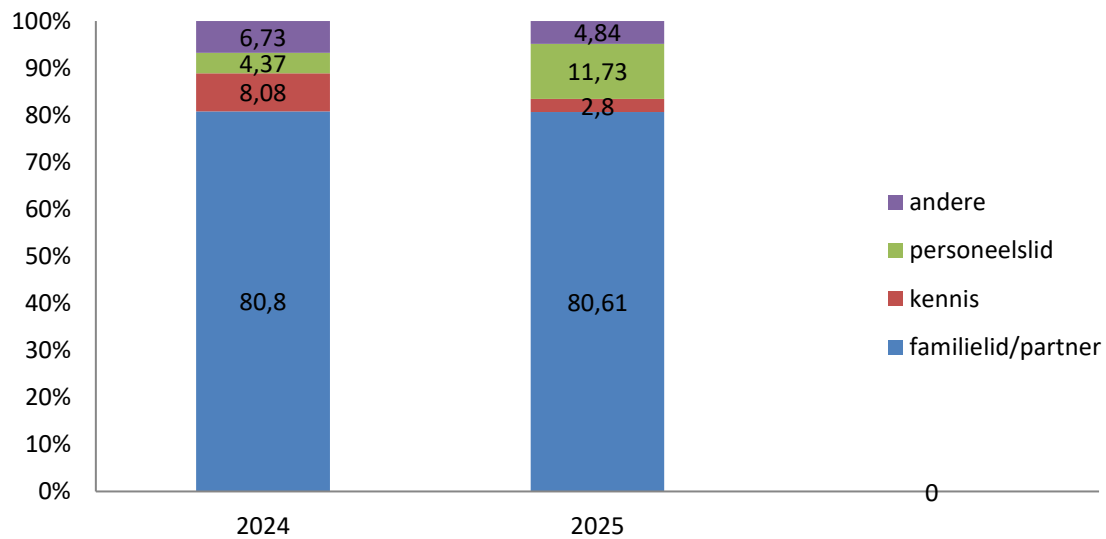
Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	2013	83,87	1833	79,55
groep patiënten	90	3,75	78	3,38
andere	297	12,37	393	17,05
totaal	2400	100	2304	100

Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	19	21,11	20	25,31
3 personen	10	11,11	10	12,65
4 personen	11	12,22	9	11,39
meer dan 4 personen	50	55,55	40	50,63
totaal	90	100	79	100

grootste groep	17	21

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	240	80,80	316	80,61
kennis	24	8,08	11	2,80
personeelslid	13	4,37	46	11,73
andere	20	6,73	19	4,84
totaal	297	100	392	100

Initiële aanmelder indien andere

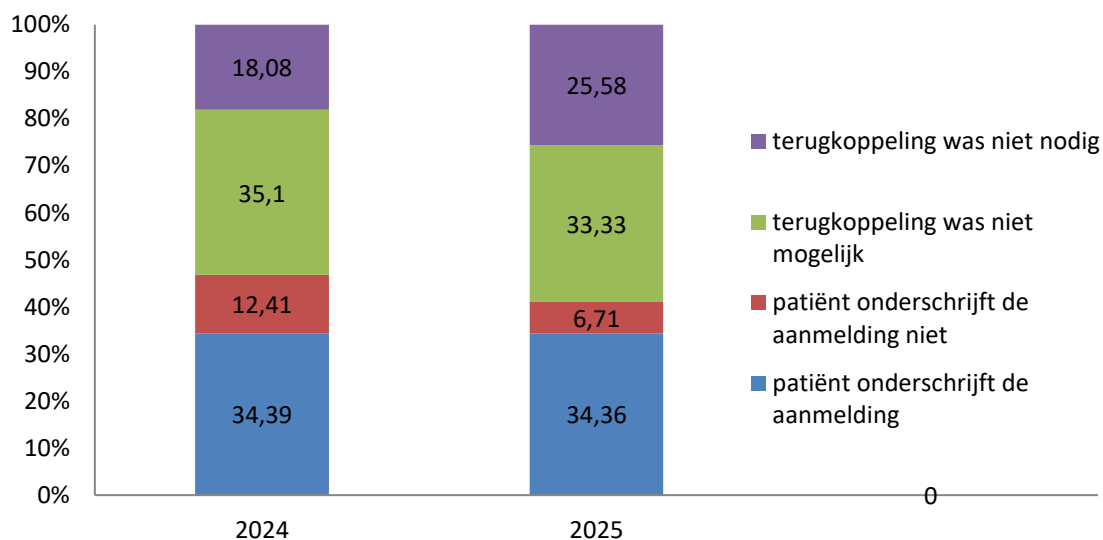


Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	50	17,24	63	16,19
als vertrouwenspersoon	95	32,75	124	31,87
ten persoonlijke titel	145	50,00	202	51,92
totaal	290	100	389	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	97	34,39	133	34,36
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	35	12,41	26	6,71

terugkoppeling was niet mogelijk	99	35,10	129	33,33
terugkoppeling was niet nodig	51	18,08	99	25,58
totaal	282	100	387	100

Terugkoppeling indien andere



Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	72	43,90	114	46,72
Weigering aanmelder	10	6,09	10	4,09
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	9	5,48	7	2,86
Patiënt is wilsonbekwaam	35	21,34	53	21,72
Patiënt is overleden	13	7,92	21	8,60
Patiënt is onbereikbaar	25	15,24	39	15,98

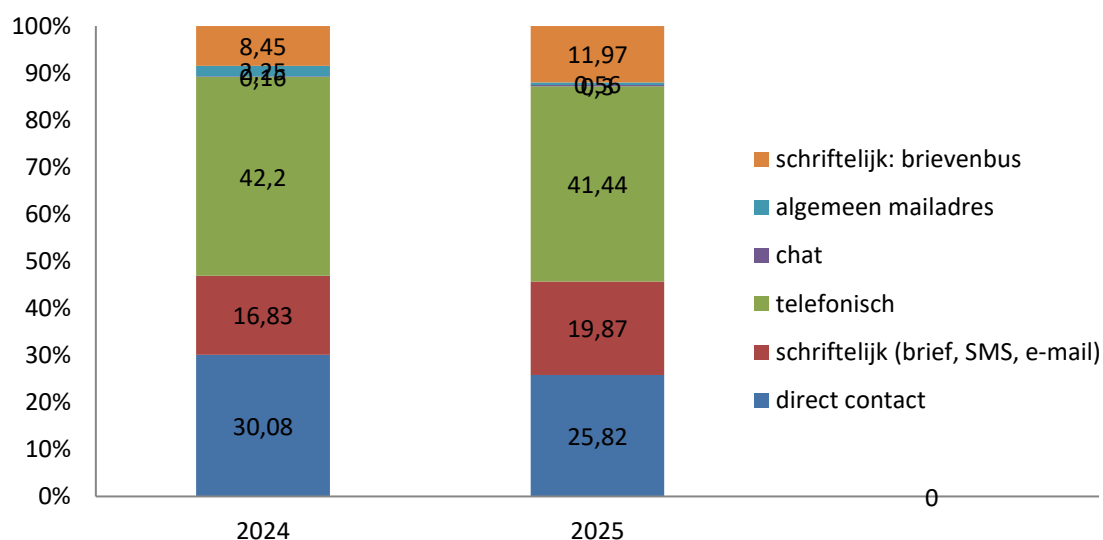
totaal	164	100	244	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	334	14,18	382	16,63
neen	2021	85,81	1915	83,36
totaal	2355	100	2297	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	722	30,08	595	25,82
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	404	16,83	458	19,87
telefonisch	1013	42,20	955	41,44
chat	4	0,16	7	0,30
algemeen mailadres	54	2,25	13	0,56
schriftelijk: brievenbus	203	8,45	276	11,97
totaal	2400	100	2304	100

Vorm van aanmelden

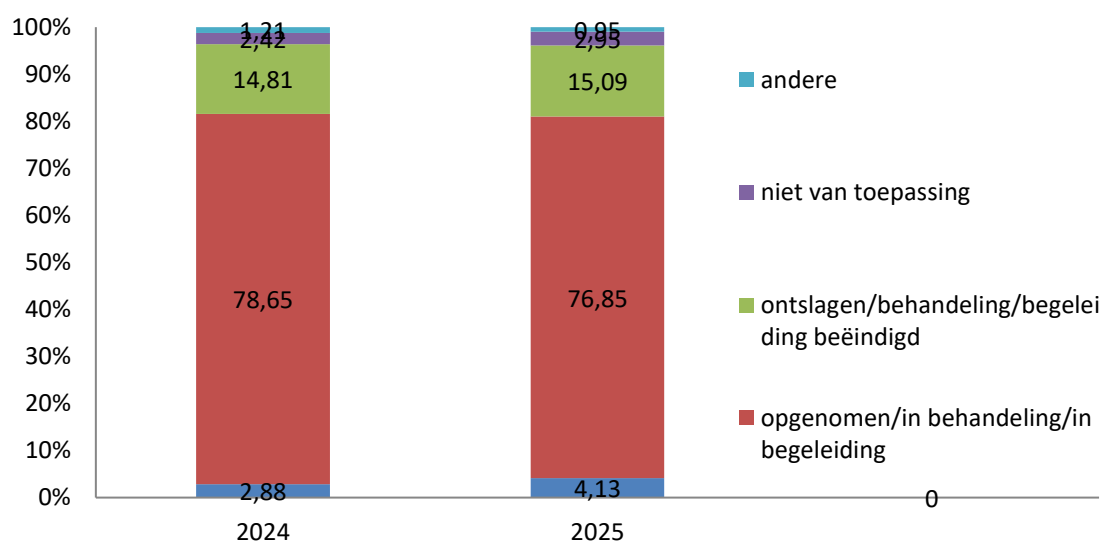


Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	432	18,00	383	16,62
Luisterend oor	362	15,08	376	16,31
Signaal	498	20,75	518	22,48
Bemiddeling: pendeldiplomatie	424	17,66	335	14,53
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	128	5,33	107	4,64
Financieel akkoord: schadeclaim	46	1,91	36	1,56
Financieel akkoord: betwisting factuur	52	2,16	64	2,77
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	248	10,33	229	9,93
Sanctie/represaille	113	4,70	126	5,46
Andere	97	4,04	130	5,64

totaal	2400	100	2304	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	69	2,88	95	4,13
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	1879	78,65	1767	76,85
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	354	14,81	347	15,09
niet van toepassing	58	2,42	68	2,95
andere	29	1,21	22	0,95
totaal	2389	100	2299	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	227	9,45	307	13,32
psychiater	499	20,79	437	18,96
huisarts	35	1,45	17	0,73
andere arts	12	0,50	17	0,73
apotheker	1	0,04	3	0,13
verpleging	259	10,79	236	10,24
persoonlijke begeleider	53	2,20	56	2,43
sociale dienst	69	2,87	41	1,77
psycholoog	58	2,41	36	1,56
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	47	1,95	36	1,56
diëtist	8	0,33	3	0,13
multidisciplinair team	657	27,37	618	26,82
administratieve dienst	38	1,58	54	2,34
technische dienst	30	1,25	28	1,21
voedingsdienst	116	4,83	98	4,25
poetsdienst	15	0,62	26	1,12
directie	42	1,75	50	2,17
bewindvoerder	32	1,33	27	1,17

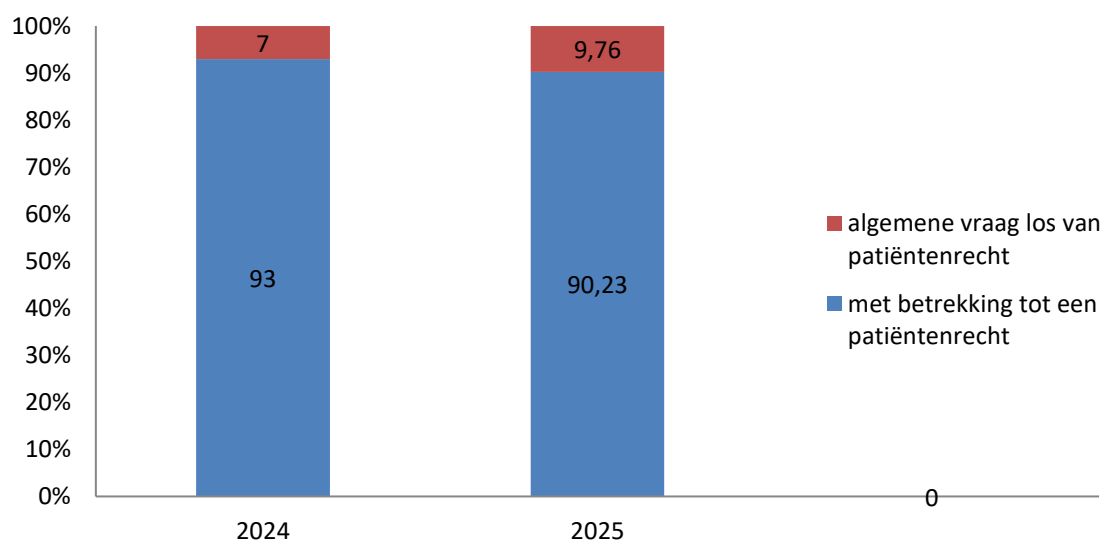
ombudspersoon	25	1,04	18	0,78
wasserij	7	0,29	2	0,08
beleid	42	1,75	27	1,17
afdelingsverantwoordelijke	58	2,41	116	5,03
andere	70	2,91	51	2,21
totaal	2400	100	2304	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	2232	93,00	2079	90,23
algemene vraag los van patiëntenrecht	168	7,00	225	9,76
totaal	2400	100	2304	100

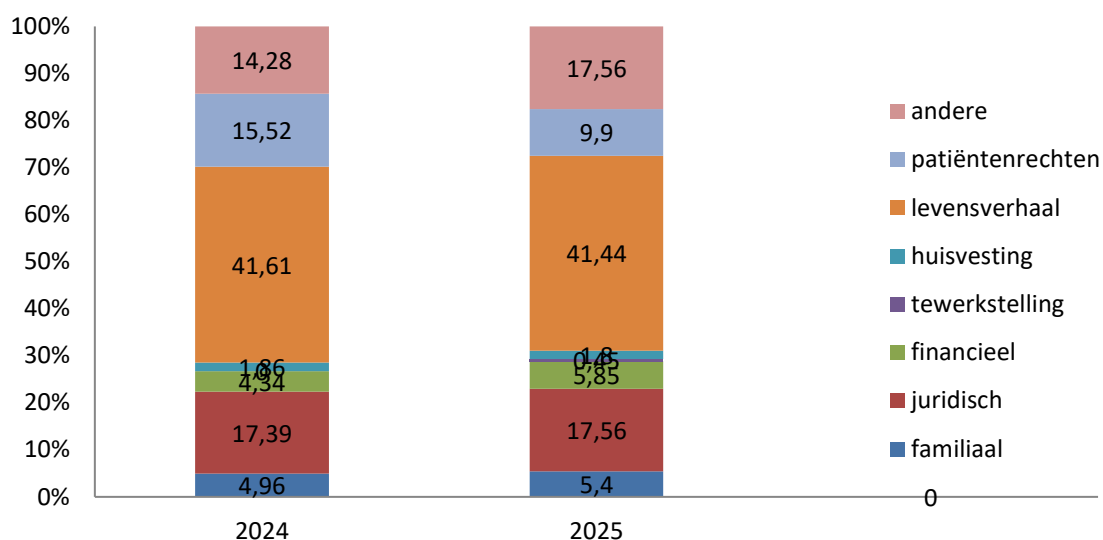
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	8	4,96	12	5,40
juridisch	28	17,39	39	17,56
financieel	7	4,34	13	5,85
tewerkstelling	-	-	1	0,45
huisvesting	3	1,86	4	1,80
levensverhaal	67	41,61	92	41,44
patiëntenrechten	25	15,52	22	9,90
andere	23	14,28	39	17,56
totaal	161	100	222	100

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



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

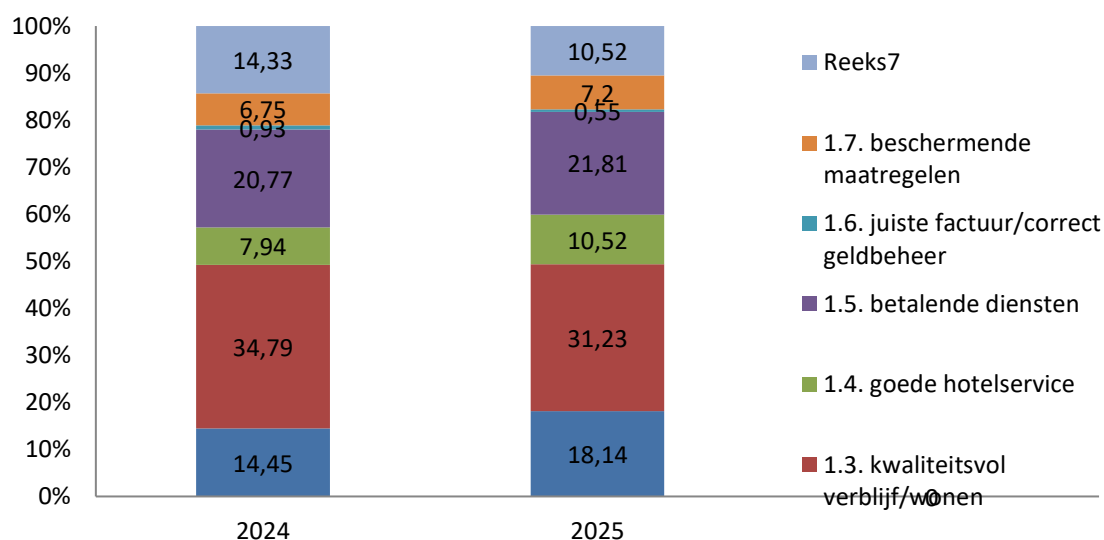
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	1588	71,21	1428	68,68
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	36	1,61	26	1,25
3. informatie	149	6,68	147	7,07
4. geïnformeerde toestemming	207	9,28	216	10,38
5. inzage patiëntendossier	112	5,02	110	5,29
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	84	3,76	108	5,19
7. klachtenbemiddeling	17	0,76	12	0,57

8. wettelijke vertegenwoordiger	8	0,35	6	0,28
9. vertrouwenspersoon	15	0,67	15	0,72
10. pijnbestrijding	14	0,62	11	0,52
totaal	2230	100	2079	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	231	14,45	262	18,14
1.2. goede behandeling/begeleiding	556	34,79	451	31,23
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	127	7,94	152	10,52
1.4. goede hotelservice	332	20,77	315	21,81
1.5. betalende diensten	15	0,93	8	0,55
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	108	6,75	104	7,20
1.7. beschermende maatregelen	229	14,33	152	10,52
totaal	1598	100	1444	100

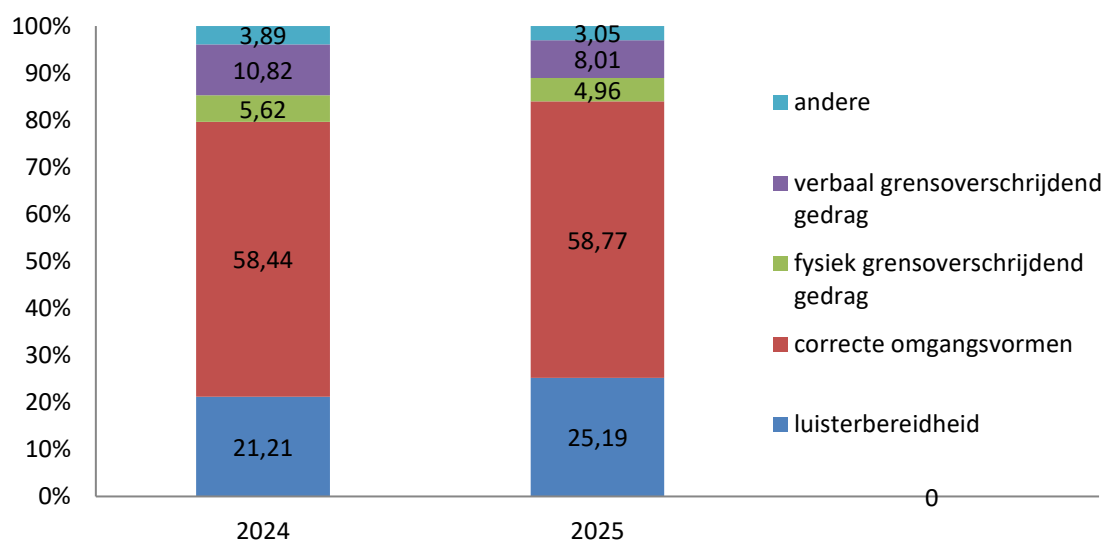
1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



1.1. Respectvolle bejegening

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	49	21,21	66	25,19
correcte omgangsvormen	135	58,44	154	58,77
fysiek grensoverschrijdend gedrag	13	5,62	13	4,96
verbaal grensoverschrijdend gedrag	25	10,82	21	8,01
andere	9	3,89	8	3,05
totaal	231	100	262	100

1.1. Respectvolle bejegening

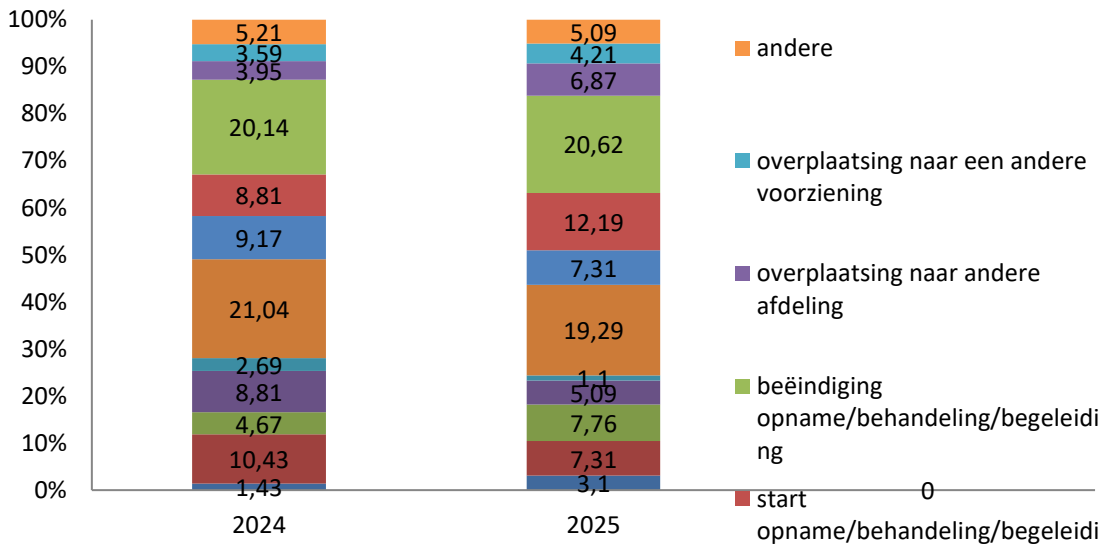


1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	8	1,43	14	3,10
somatische verzorging	58	10,43	33	7,31
medicatie	26	4,67	35	7,76
individuele therapie	49	8,81	23	5,09
groepstherapie	15	2,69	5	1,10
voldoende beschikbaarheid	117	21,04	87	19,29
betrokkenheid familie	51	9,17	33	7,31
start opname/behandeling/begeleiding	49	8,81	55	12,19
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	112	20,14	93	20,62
overplaatsing naar andere afdeling	22	3,95	31	6,87

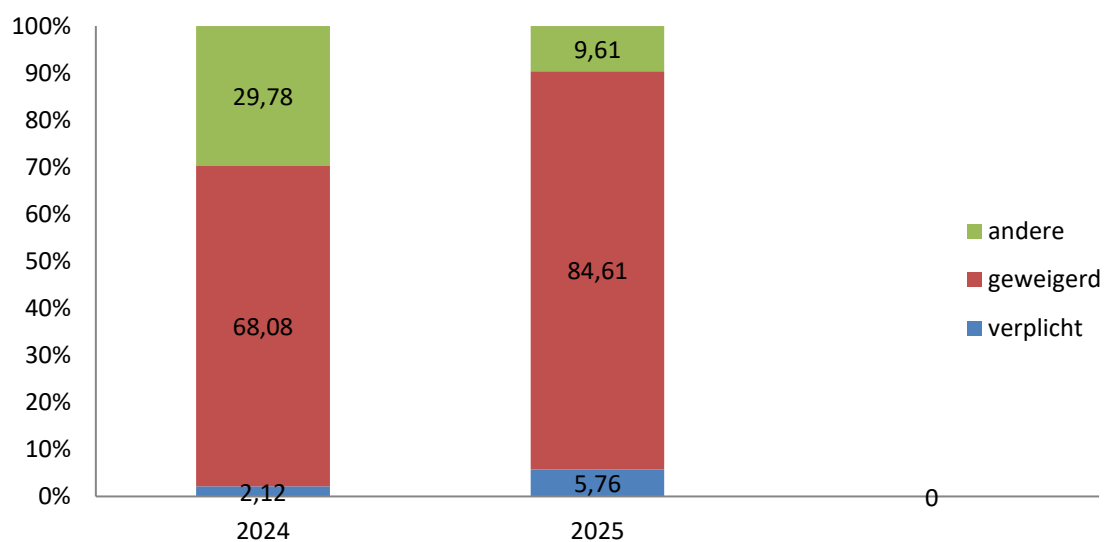
overplaatsing naar een andere voorziening	20	3,59	19	4,21
andere	29	5,21	23	5,09
totaal	556	100	451	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding



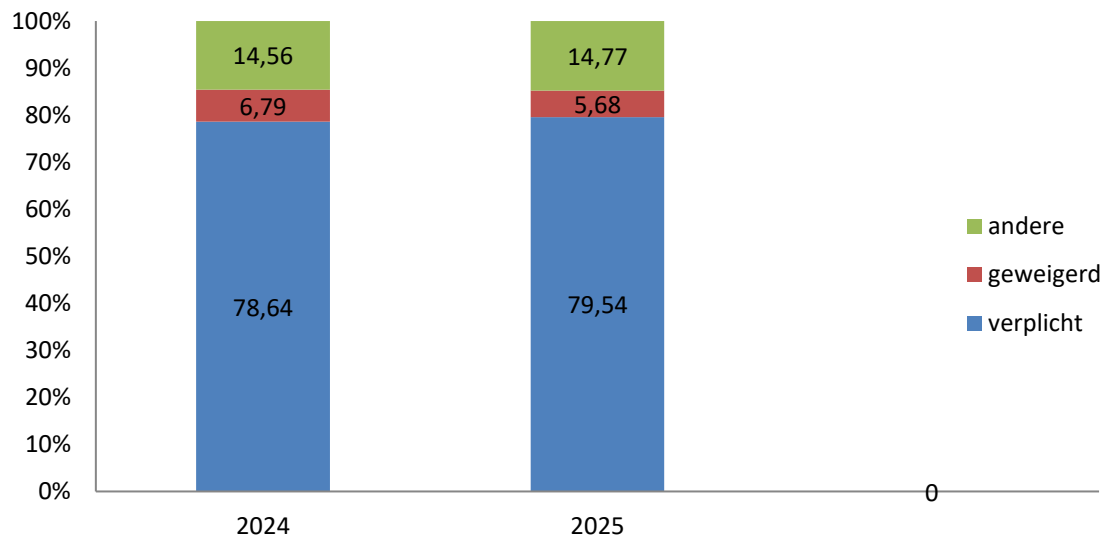
Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	2,12	3	5,76
geweigerd	32	68,08	44	84,61
andere	14	29,78	5	9,61
totaal	47	100	52	100

Start opname/behandeling/begeleiding



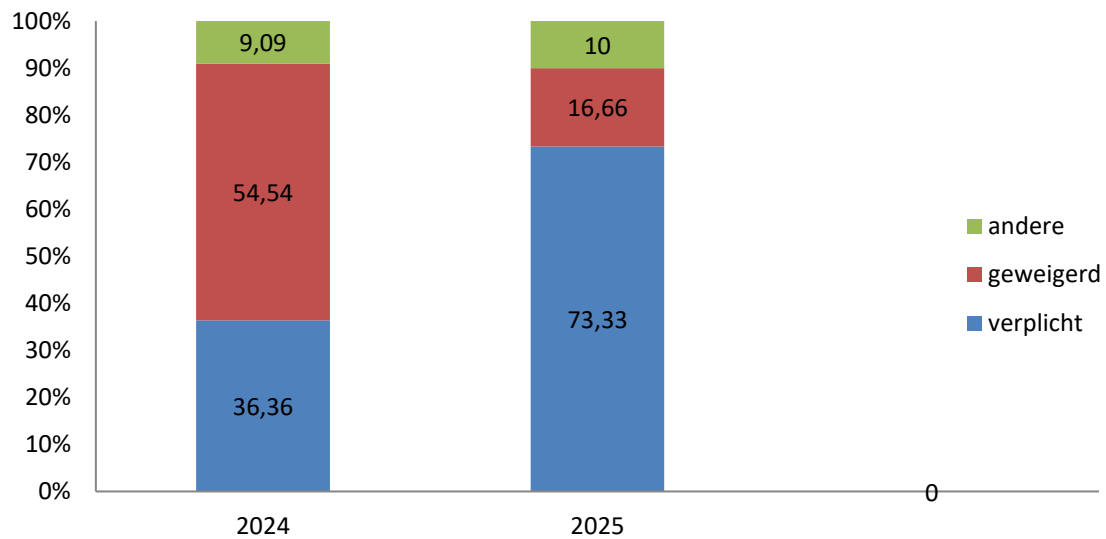
Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	81	78,64	70	79,54
geweigerd	7	6,79	5	5,68
andere	15	14,56	13	14,77
totaal	103	100	88	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding



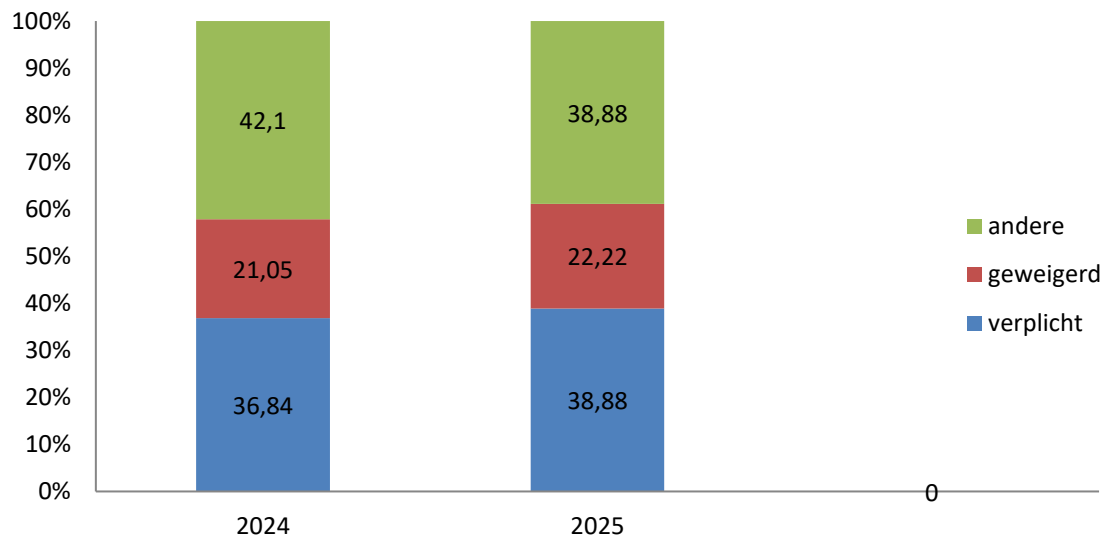
Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	8	36,36	22	73,33
geweigerd	12	54,54	5	16,66
andere	2	9,09	3	10,00
totaal	22	100	30	100

Overplaatsing naar andere afdeling



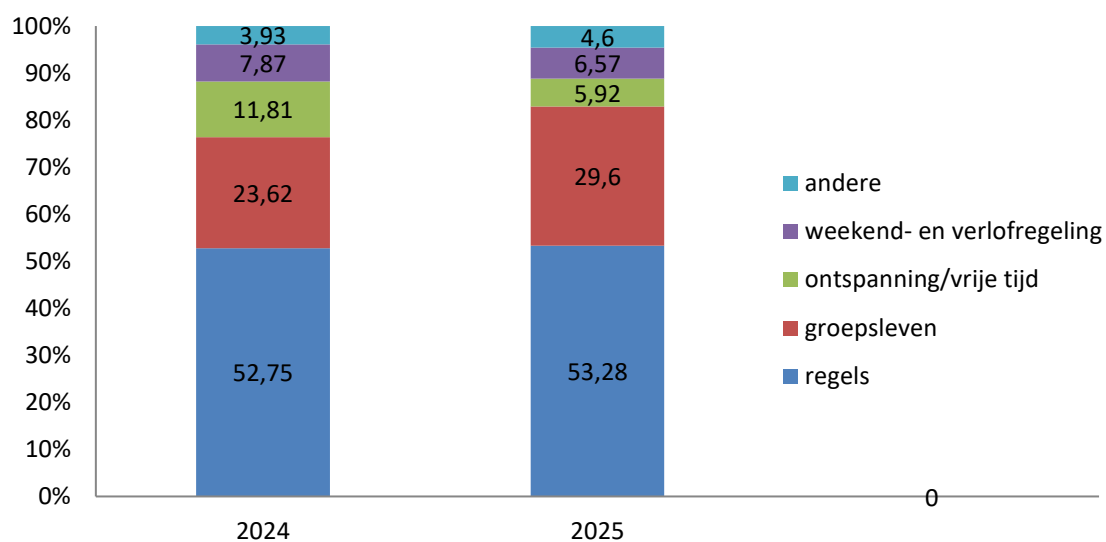
Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	7	36,84	7	38,88
geweigerd	4	21,05	4	22,22
andere	8	42,10	7	38,88
totaal	19	100	18	100

Overplaatsing naar andere voorziening



1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	67	52,75	81	53,28
groepsleven	30	23,62	45	29,60
ontspanning/vrije tijd	15	11,81	9	5,92
weekend- en verlofregeling	10	7,87	10	6,57
andere	5	3,93	7	4,60
totaal	127	100	152	100

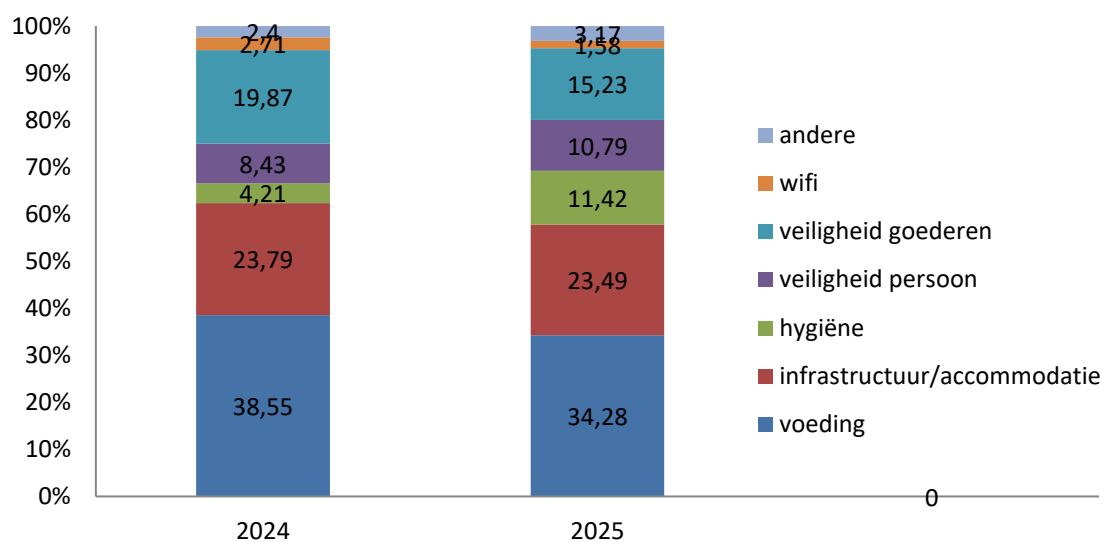
1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen



1.4. Goede hotelSERVICE

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	128	38,55	108	34,28
infrastructuur/accommodatie	79	23,79	74	23,49
hygiëne	14	4,21	36	11,42
veiligheid persoon	28	8,43	34	10,79
veiligheid goederen	66	19,87	48	15,23
wifi	9	2,71	5	1,58
andere	8	2,40	10	3,17
totaal	332	100	315	100

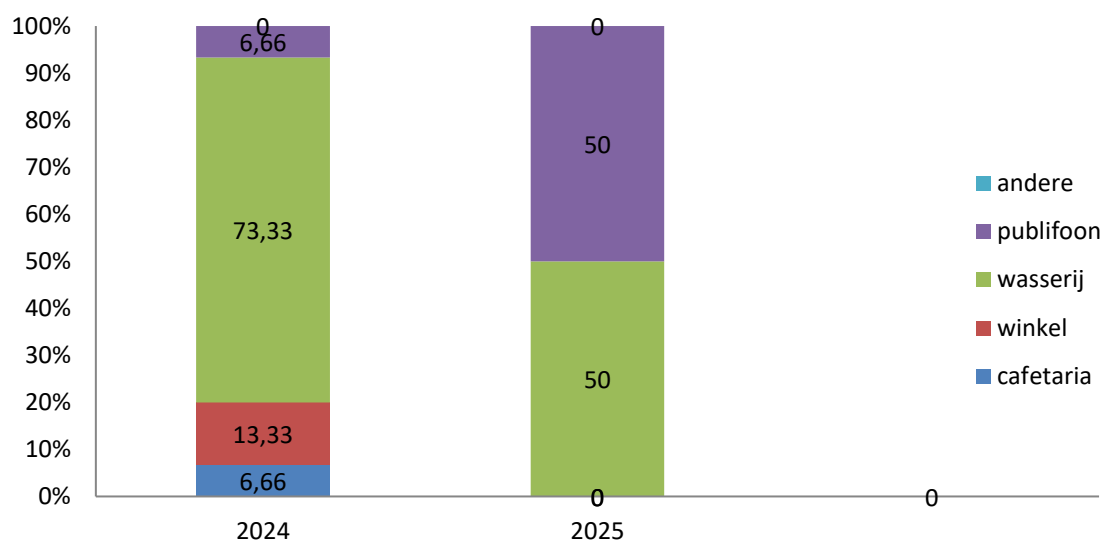
1.4. Goede hotelservice



1.5. Betalende diensten

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafeteria	1	6,66	-	-
winkel	2	13,33	-	-
wasserij	11	73,33	4	50,00
publifoon	1	6,66	4	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	15	100	8	100

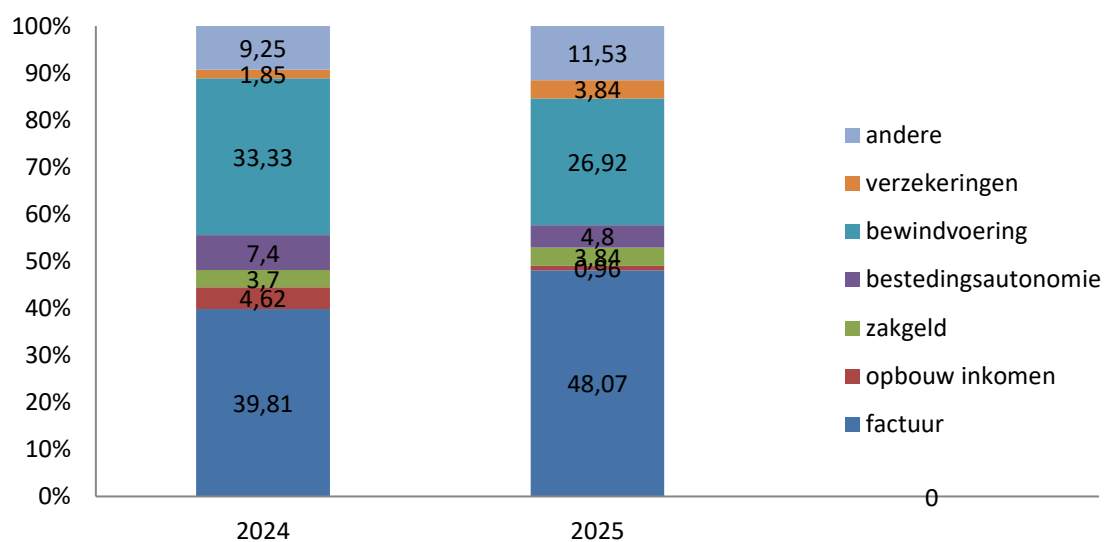
1.5. Betalende diensten



1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	43	39,81	50	48,07
opbouw inkomen	5	4,62	1	0,96
zakgeld	4	3,70	4	3,84
bestedingsautonomie	8	7,40	5	4,80
bewindvoering	36	33,33	28	26,92
verzekeringen	2	1,85	4	3,84
andere	10	9,25	12	11,53
totaal	108	100	104	100

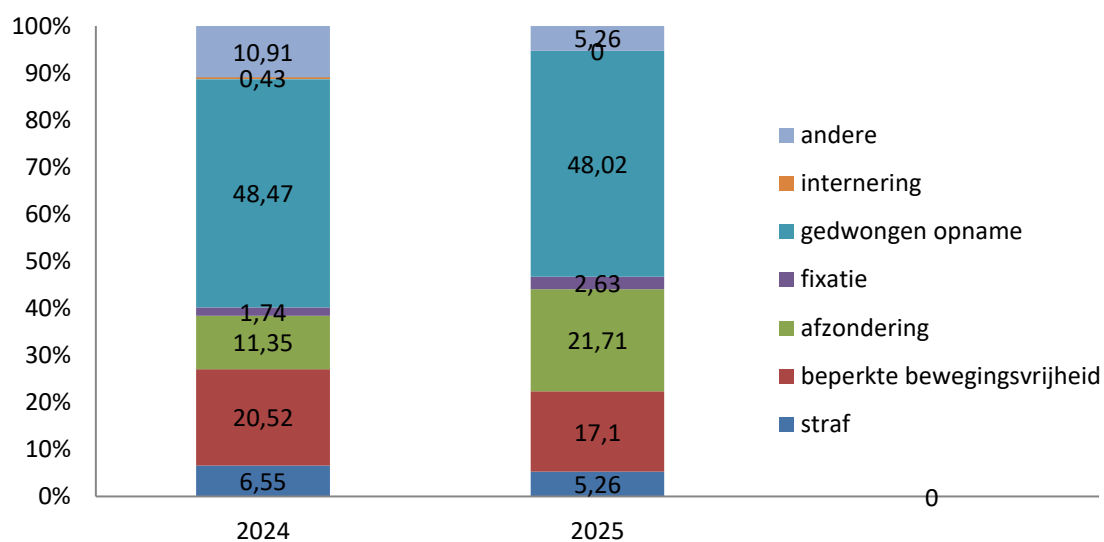
1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer



1.7. Beschermende maatregelen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	15	6,55	8	5,26
beperkte bewegingsvrijheid	47	20,52	26	17,10
afzondering	26	11,35	33	21,71
fixatie	4	1,74	4	2,63
gedwongen opname	111	48,47	73	48,02
internering	1	0,43	-	-
andere	25	10,91	8	5,26
totaal	229	100	152	100

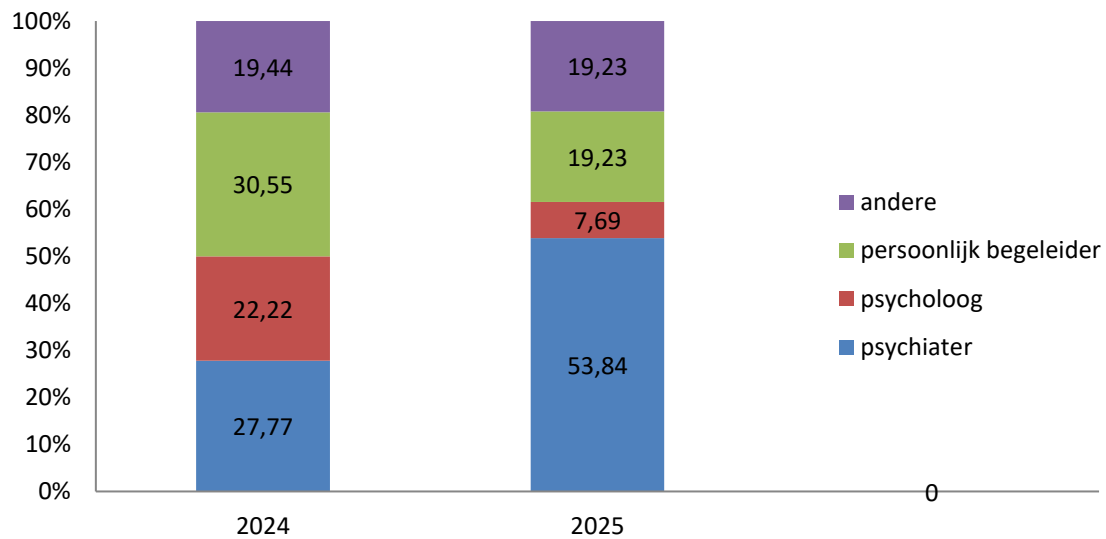
1.7. Beschermende maatregelen



2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	10	27,77	14	53,84
psycholoog	8	22,22	2	7,69
persoonlijk begeleider	11	30,55	5	19,23
andere	7	19,44	5	19,23
totaal	36	100	26	100

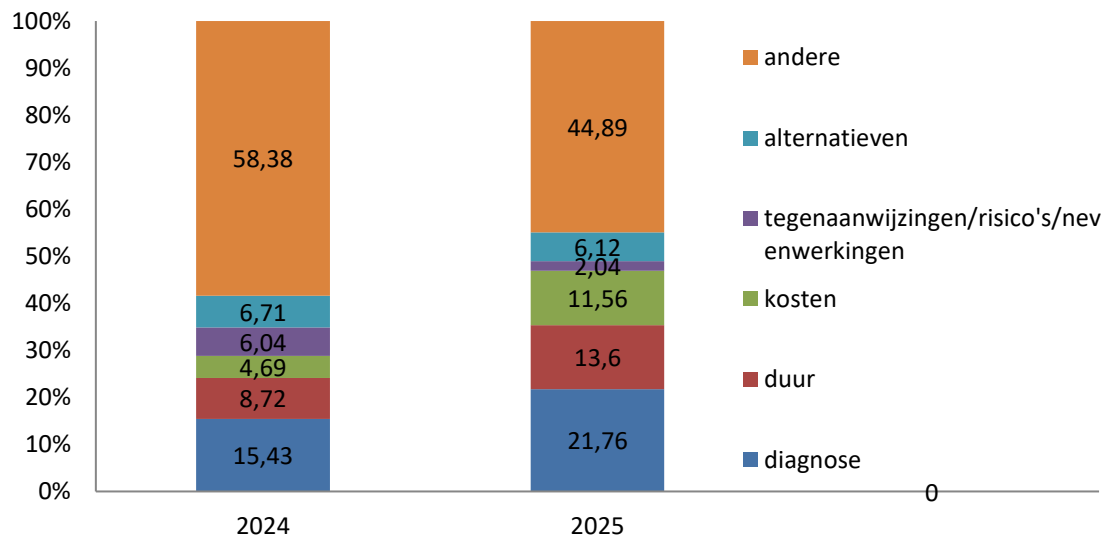
2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar



3. Recht op informatie

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	23	15,43	32	21,76
duur	13	8,72	20	13,60
kosten	7	4,69	17	11,56
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	9	6,04	3	2,04
alternatieven	10	6,71	9	6,12
andere	87	58,38	66	44,89
totaal	149	100	147	100

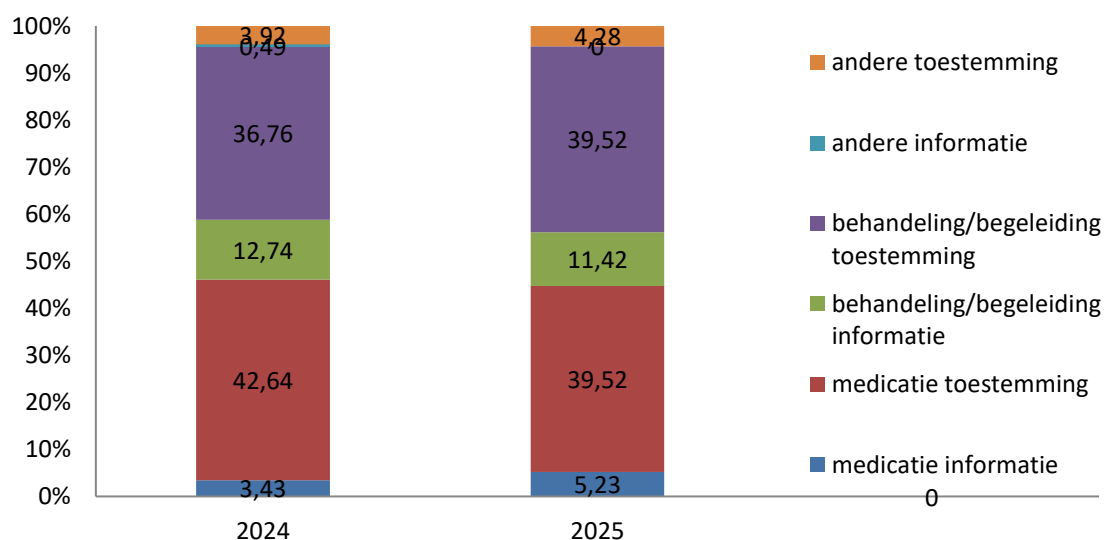
3. Recht op informatie



4. Recht op geïnformeerde toestemming

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	7	3,43	11	5,23
medicatie toestemming	87	42,64	83	39,52
behandeling/begeleiding informatie	26	12,74	24	11,42
behandeling/begeleiding toestemming	75	36,76	83	39,52
andere informatie	1	0,49	-	-
andere toestemming	8	3,92	9	4,28
totaal	204	100	210	100

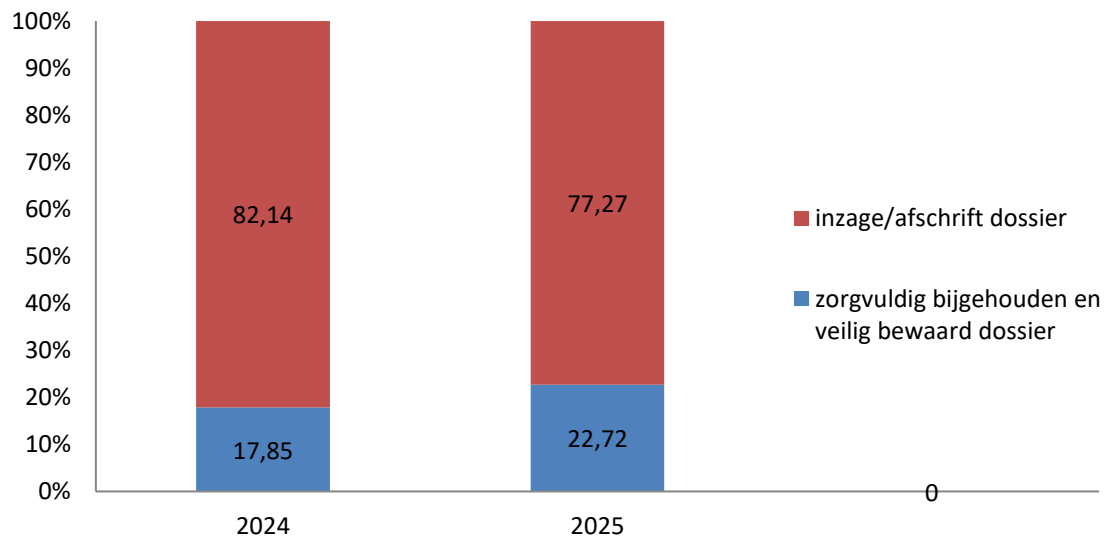
4. Recht op geïnformeerde toestemming



5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

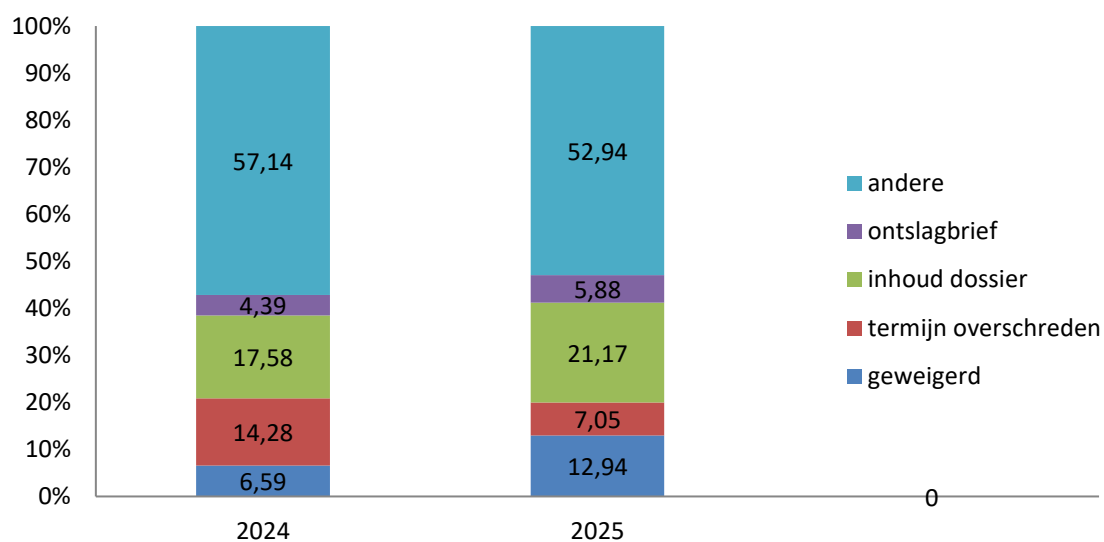
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	20	17,85	25	22,72
inzage/afschrift dossier	92	82,14	85	77,27
totaal	112	100	110	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier



5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	6	6,59	11	12,94
termijn overschreden	13	14,28	6	7,05
inhoud dossier	16	17,58	18	21,17
ontslagbrief	4	4,39	5	5,88
andere	52	57,14	45	52,94
totaal	91	100	85	100

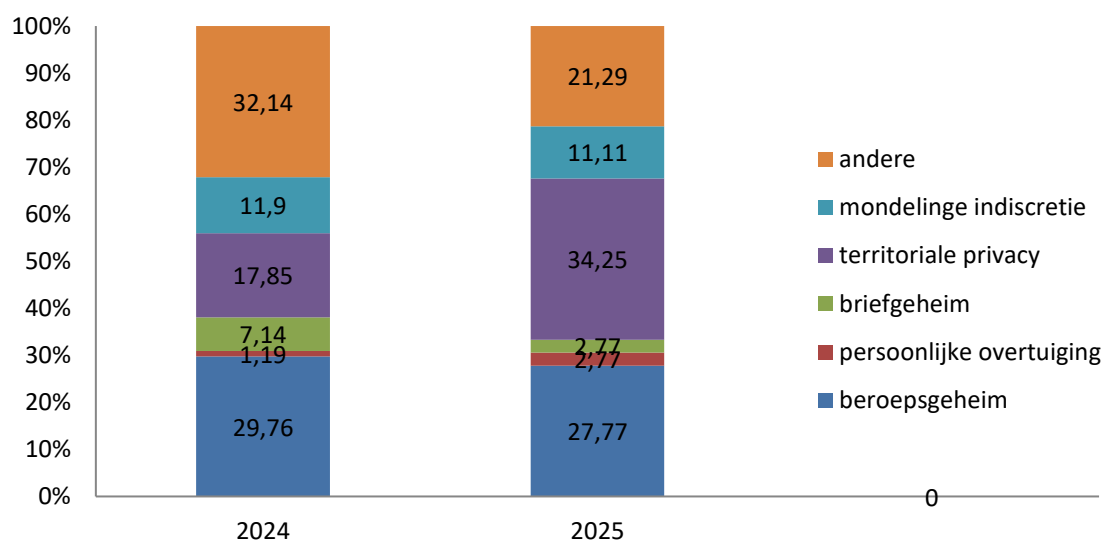
5.A. Recht op inzage of afschrift



6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	25	29,76	30	27,77
persoonlijke overtuiging	1	1,19	3	2,77
briefgeheim	6	7,14	3	2,77
territoriale privacy	15	17,85	37	34,25
mondelijke indiscretie	10	11,90	12	11,11
andere	27	32,14	23	21,29
totaal	84	100	108	100

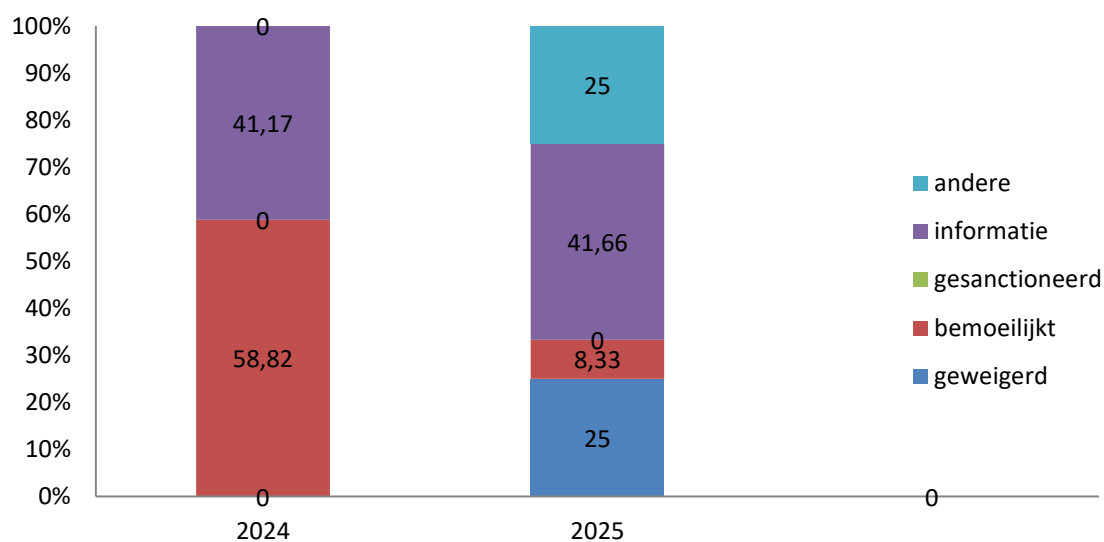
6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer



7. Recht op klachtenbemiddeling

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	3	25,00
bemoeilijkt	10	58,82	1	8,33
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	7	41,17	5	41,66
andere	-	-	3	25,00
totaal	17	100	12	100

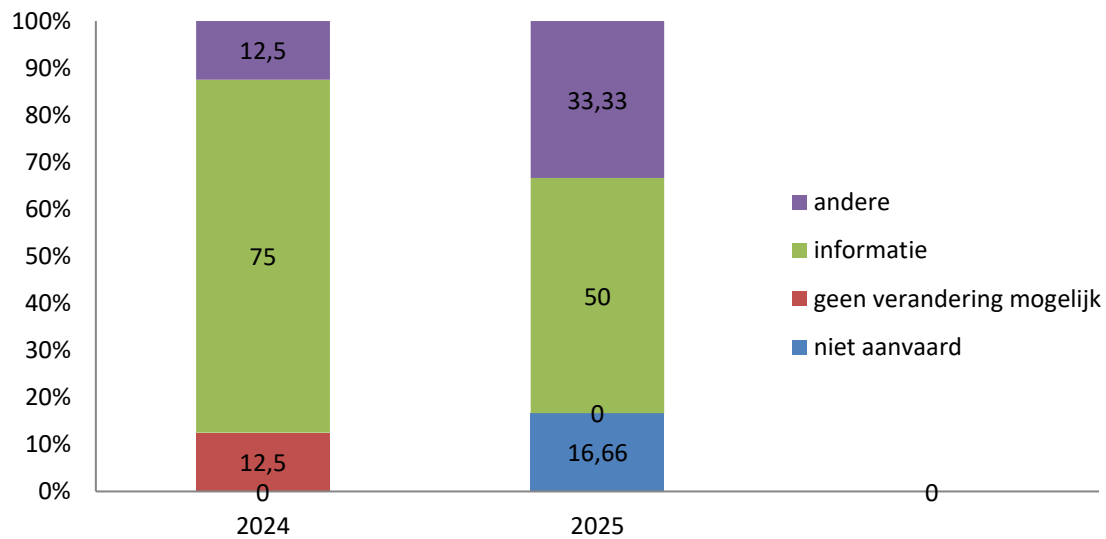
7. Recht op klachtenbemiddeling



8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	1	16,66
geen verandering mogelijk	1	12,50	-	-
informatie	6	75,00	3	50,00
andere	1	12,50	2	33,33
totaal	8	100	6	100

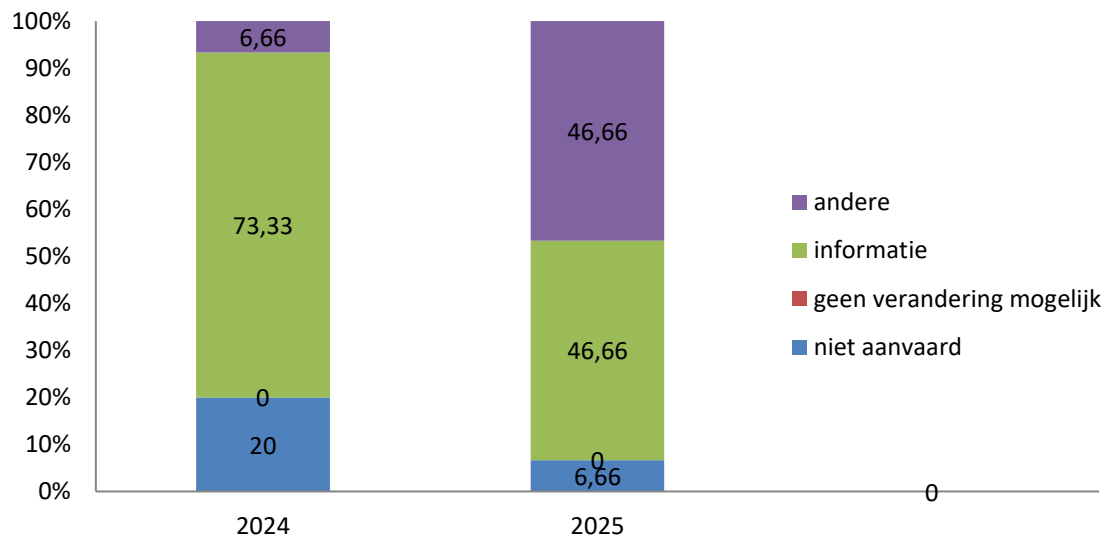
8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger



9. Recht op een vertrouwenspersoon

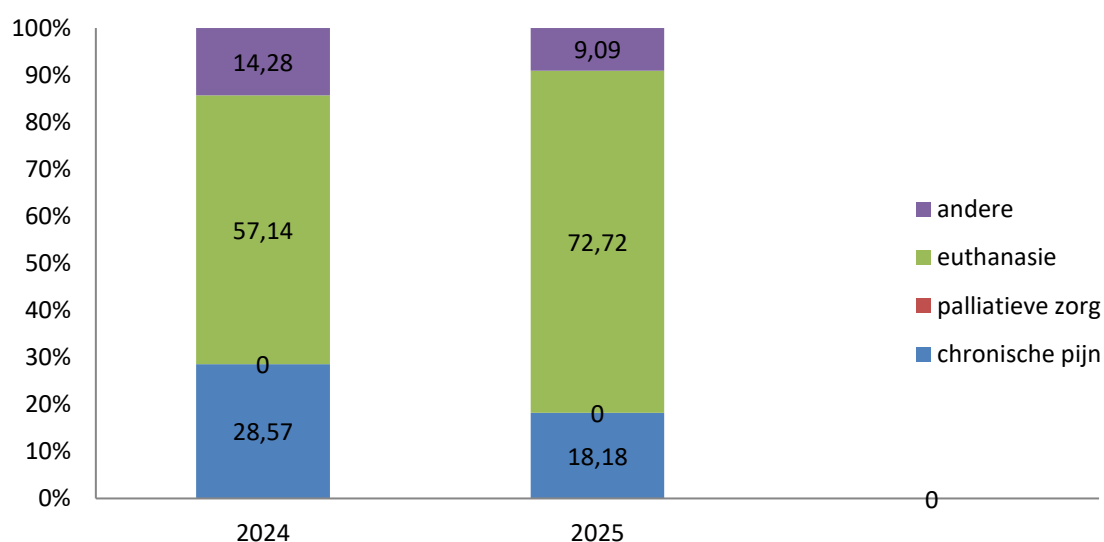
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	3	20,00	1	6,66
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	11	73,33	7	46,66
andere	1	6,66	7	46,66
totaal	15	100	15	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon



10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	4	28,57	2	18,18
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	8	57,14	8	72,72
andere	2	14,28	1	9,09
totaal	14	100	11	100

10. Recht op pijnbestrijding



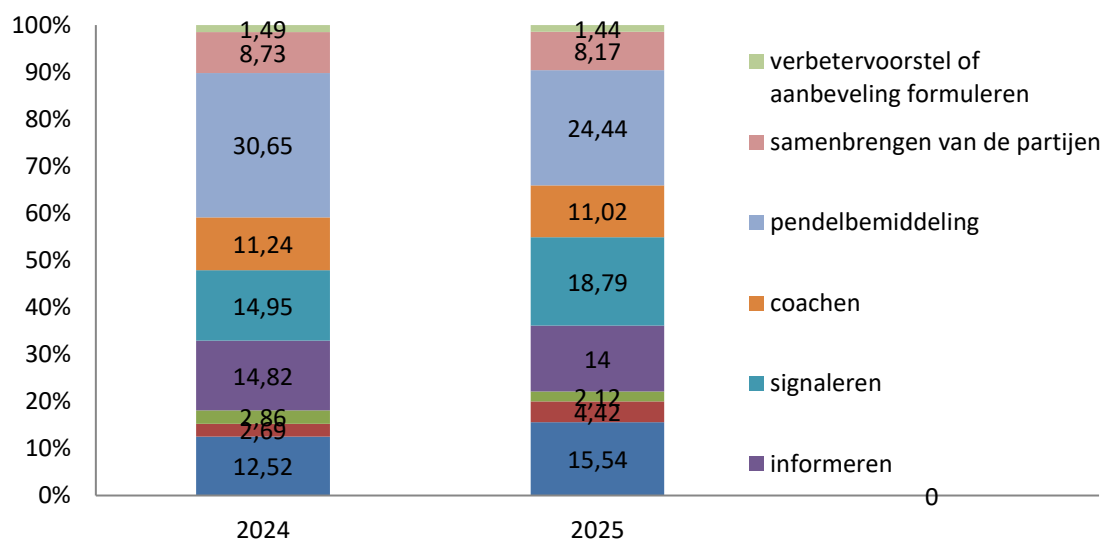
D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen (2224). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	284	12,52	344	15,54
doorverwijzen intern	61	2,69	98	4,42

doorverwijzen extern	65	2,86	47	2,12
informereren	336	14,82	310	14,00
signaleren	339	14,95	416	18,79
coachen	255	11,24	244	11,02
pendelbemiddeling	695	30,65	541	24,44
samenbrengen van de partijen	198	8,73	181	8,17
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	34	1,49	32	1,44
totaal	2267	100	2213	100

Hoofdinterventie



E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

op dezelfde datum als de aanmelding	744	32,67	640	28,89
binnen de week	836	36,71	612	27,62
binnen de twee weken	283	12,42	321	14,49
binnen de vier weken	185	8,12	267	12,05
later dan vier weken	229	10,05	375	16,93
totaal	2277	100	2215	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	41	60

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.

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	24	26,08	9	8,18
orde geneesheren	4	4,34	2	1,81
advocaat	8	8,69	14	12,72
inspectie	-	-	1	0,90

vrederechter	3	3,26	8	7,27
andere rechtbank	1	1,08	-	-
ziekenfonds	9	9,78	17	15,45
Departement Zorg	1	1,08	5	4,54
andere	42	45,65	54	49,09
totaal	92	100	110	100

Kruistabellen

Discipline * PR - 2025																						
	Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening		Recht op vrije keuze beroepsberoefenaar		Recht op informatie		Recht op geïnformeerde toestemming		Recht op inzage/afschrijft zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier		Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer		Recht op klachtenbemiddeling		Recht op wettelijke vertegenwoordiger		Recht op vertrouwenspersoon		Recht op pijnbestrijding		totaal	
Categorie	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
geen	156	10,92	1	3,84	9	6,12	7	3,24	14	12,72	4	3,70	0	0	1	16,66	2	13,33	0	0	30	13,32
psychiater	186	13,02	15	57,69	5	35,27	94	43,51	66	60,00	3	2,77	1	8,33	1	16,66	1	6,66	2	18,18	43	18,96
huisarts	12	0,84	0	0	3	2,04	1	0,46	1	0,90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0,73
andere arts	11	0,77	0	0	3	2,04	0	0	1	0,90	1	0,92	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0,73
apotheker	1	0,07	0	0	1	0,68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,13	
verpleging	181	12,67	1	3,84	4	2,72	13	6,01	0	0	25	23,14	1	8,33	1	16,66	0	0	1	9,09	23	10,24
persoonlijke begeleider	35	2,45	4	15,38	3	2,04	4	1,85	0	0	3	2,77	0	0	0	0	1	6,66	2	18,18	56	2,43
sociale dienst	24	1,68	2	7,69	5	3,40	0	0	1	0,90	3	2,77	0	0	0	0	0	0	2	18,18	41	1,77
psycholoog	16	1,12	2	7,69	3	2,04	4	1,85	3	2,72	4	3,70	2	16,66	0	0	1	6,66	0	0	36	1,56

therapeut <i>(ergo, kine, muziek, andere)</i>	25	1,7 5	0	0	1	0, 68	5	2,3 1	0	0	5	4,6 2	0	0	0	0	0	0	0	0	36	1, 56
diëtist	3	0,2 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0, 13
multidiscipli nair team	414	28, 99	0	0	3 7	25, 17	80	37, 03	14	12, 72	29	26, 85	1	8,33	3	50,0 0	8	53,3 3	3	27, 27	61 8	26, 82
administrati eve dienst	40	2,8 0	0	0	4	2, 72	1	0,4 6	3	2,7 2	2	1,8 5	1	8,33	0	0	0	0	0	0	54	2, 34
technische dienst	26	1,8 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	1, 21
voedingsdie nst	97	6,7 9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9 2	0	0	0	0	0	0	0	0	98	4, 25
poetsdienst	24	1,6 8	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,8 5	0	0	0	0	0	0	0	0	26	1, 12
directie	38	2,6 6	0	0	1	0, 68	0	0	1	0,9 0	6	5,5 5	0	0	0	0	0	0	0	0	50	2, 17
bewindvoer der	20	1,4 0	0	0	1	0, 68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	1, 17
ombudspers oon	3	0,2 1	0	0	7	4, 76	0	0	1	0,9 0	0	0	5	41,6 6	0	0	0	0	0	0	18	0, 78
wasserij	2	0,1 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0, 08
beleid	11	0,7 7	0	0	1	0, 68	6	2,7 7	0	0	1	0,9 2	0	0	0	0	0	0	0	0	27	1, 17
afdelingsver antwoordeli jke	85	5,9 5	1	3,84	9	6, 12	1	0,4 6	2	1,8 1	10	9,2 5	1	8,33	0	0	2	13,3 3	0	0	11	5, 03
andere	18	1,2 6	0	0	3	2, 04	0	0	3	2,7 2	9	8,3 3	0	0	0	0	0	0	1	9,0 9	51	2, 21
Totaal	142 8	10 0	26	100	1 4 7	10 0	21 6	10 0	110	100	10 8	10 0	12	100	6	100	15	100	11	10 0	23 04	10 0
kol %	61, 97		1,12		6, 3 8		9,3 7		4,7 7		4, 68		0,52		0,26		0,65		0,4 7		10 0,0 0	

Rapportages

RAPPORTERINGSTABEL – JAARVERSLAG 2025 – VLAAMSE OMBUDSDIENST

OMBUDSFUNCTIE IN ALGEMENE EN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

	Naam ziekenhuis
1.	ZAS
2.	AZ Maria Middelaars + AZ St. Vincentius Deinze
3.	AZ St. Maarten
4.	AZ Alma
5.	Woonzorg- en revalidatie De Dennen Malle
6.	AZ Sint-Jan Brugge
7.	Jan Yperman Ziekenhuis
8.	AZ Turnhout
9.	Heilig Hartziekenhuis Lier
10.	Heilig Hartziekenhuis Mol
11.	AZ Rivierenland
12.	AZ Sint Maria Halle
13.	RZ. H. Hart Leuven
14.	RZ Tienen
15.	Noorderhart- Revalidatie & MS
16.	AZ Delta
17.	St. Jozefskliniek Izegem
18.	AZORG Aalst
19.	AZ Sint- Lucas Brugge
20.	UZ Brussel
21.	AZ Oudenaarde
22.	AZ Jan Portaels
23.	AZ St. Elisabeth ziekenhuis Zottegem
24.	Revalidatieziekenhuis RevArte
25.	Jessa Ziekenhuis
26.	AZ Sint Lucas Gent
27.	UZ Antwerpen
28.	AZ St.Elisabeth Herentals
29.	AZ West Veurne
30.	UZ Leuven
31.	ZOL Genk
32.	AZ Zeno
33.	St. Andriesziekenhuis Tielt
34.	AZ Groeninge Kortrijk
35.	O.L.V. Lourdes Ziekenhuis Waregem
36.	Inkendendaal Revalidatieziekenhuis
37.	AZ Oostende (Damiaan/Serruys)
38.	PZ Heilige Familie (EXT.)
39.	AZ Voorkempen
40.	AZ Glorieux

	Naam ziekenhuis
41.	VITAZ
42.	UZ Gent
43.	KLIEF
44.	Imeldaziekenhuis Bonheiden
45.	Nationaal MS Centrum Melsbroek
46.	Ziekenhuis Geel
47.	AZ Klina Brasschaat
48.	AZ Diest
49.	AZ Jan Palfijn Gent
50.	Sint-Trudo Ziekenhuis
51.	AZ Vesalius Tongeren
52.	ZOL Maas en Kempen
53.	Noorderhart Mariaziekenhuis
54.	Sint Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder
55.	PC Dr. Guislain Gent (EXT)
56.	PPC Pittem(EXT)
57.	PZ Multiversum(EXT)
58.	OPZC Rekem (EXT)
59.	Frapello GG Oosterzele-Zottegem(EXT)
60.	PZ St. Hiëronymus (EXT)
61.	PZ Bethanië (EXT)
62.	OPZ Geel (EXT)
63.	OPZ Geel (INT)
64.	PZ Sint-Annendael (EXT)
65.	UPC Z.ORG KU Leuven (EXT)
66.	UPC KU Leuven (INT)
67.	PZ Sint Alexius Grimbergen (EXT)
68.	Alexianen ZG Tienen (EXT)
69.	PZ Sint-Jan Eeklo (EXT)
70.	Karus Gent-Melle(EXT)
71.	PZ St. Lucia (EXT)
72.	PZ H. Hart Ieper (EXT)
73.	PC Menen (EXT)
74.	PZ OnzeLieveVrouw Brugge (EXT)
75.	UPC Duffel (EXT)
76.	ZG Sint-Kamillus Bierbeek (EXT)
77.	PC Sint-Jan-Baptist Zelzate (EXT)
78.	PC St. Amandus (EXT)
79.	PTC Rustenburg Brugge (EXT)
80.	PC Ariadne (EXT)

	Naam ziekenhuis
81.	KPC Genk (EXT)
82.	Zorggroep Myna PZ Bilzen-Hoeselt (EXT)
83.	Myna-Stad-en-Melverren St-Truiden (EXT)
84.	PC Gent Sleidinge (EXT)
85.	PZ Stuivenberg Antwerpen (EXT)
86.	FPC Antwerpen
87.	FPC Gent
88.	Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen

Jaarverslag ombudsdienst Ziekenhuis aan de Stroom (ZAS)

t.a.v. de Vlaamse ombudsman

KALENDERJAAR 2025

jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be

Registratieperiode	1.1.2024 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Ziekenhuis aan de Stroom (ZAS)
Adres	Kempstraat 100 2023 Antwerpen
Gewest	Vlaams Gewest (Antwerpen)
Erkenningsnummer	Erkenningsnummer 009: ZAS Cadix, ZAS Elisabeth, ZAS Erasmus, ZAS Hoge Beuken, ZAS Joostens, ZAS Middelheim, ZAS Palfijn, ZAS Paola, ZAS UKJA Erkenningsnummer 099: ZAS Augustinus, ZAS Sint-Jozef, ZAS Vincentius Erkenningsnummer 998: ZAS PZ Stuivenberg Erkenningsnummer 039: ZAS PVT Antwerpen Zijn ook deel van ZAS: ZAS Medisch Centrum Kaai 142, ZAS Polikliniek Hof ter Schelde, ZAS Polikliniek Regatta, ZAS Plantin, ZAS Magazijn Luchtbal, ZAS Magazijn Terbeke
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	3200
Aantal campussen	12 campussen met 6 algemene ziekenhuizen: ZAS Cadix, ZAS Palfijn, ZAS Middelheim, ZAS Augustinus, ZAS Sint-Jozef, ZAS Vincentius

	6 gespecialiseerde ziekenhuizen: ZAS Joostens, ZAS Hoge Beuken, ZAS Paola (kinderziekenhuis), ZAS PZ Stuivenberg (psychiatrisch ziekenhuis), ZAS Elisabeth, ZAS UKJA 5 dagcentra voor daghospitalisatie, raadplegingen en medisch-technische onderzoeken: ZAS Hoge Beuken, ZAS Palfijn, ZAS Paola, ZAS Middelheim, ZAS Elisabeth 2 poliklinieken: ZAS Regatta en ZAS Hof ter Schelde 1 medisch centrum: ZAS Kaai 142 1 psychiatrisch verzorgingstehuis: ZAS PVT Antwerpen 1 centrum voor patiënten met dementie: ZAS Joostens
Naam ombudsperso(n)en	Emilio Geysels Leen Van Overloop Linda Boeken Shana Anné Sarah Clement
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Emilio Geysels: 01/02/2024 Leen Van Overloop: 03/06/2024 Linda Boeken: 02/06/2025 Shana Anné: 06/11/2025 Sarah Clement: 12/01/2026
Bestaffing	4,8 FTE
Lokalisatie dienst	Op onderstaande campussen is een ombudslokaal aanwezig (de overige campussen worden bediend op afspraak): . ZAS Middelheim: Lindendreef 1, 2020 Antwerpen ZAS Augustinus: Oosterveldlaan 24, 2610 Antwerpen ZAS Cadix: Kempenstraat 100, 2023 Antwerpen ZAS Vincentius: Sint-Vincentiusstraat 20, 2018 Antwerpen ZAS Palfijn: Sint-Vincentiusstraat 20, 2018 Antwerpen
Registratiesysteem	Zenya

Huishoudelijk reglement (<i>actualisatiedatum; waar te raadplegen</i>)	Het huishoudelijk reglement voor ZAS is momenteel in opbouw. Intussen zijn de reglementen voor ZNA en GZA nog raadpleegbaar op de ZAS-website.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Emilio Geysels: - Basisopleiding bemiddeling (Mediv) - Bemiddeling in familiale zaken (Mediv) - Bemiddeling in sociale zaken (Mediv) Leen Van Overloop: - Basisopleiding bemiddeling (Mediv) Linda Boeken: - Basisopleiding bemiddeling (Mediv) Sarah Clement: - Basisopleiding bemiddeling (UAntwerpen) - Bemiddeling in familiale zaken (UAntwerpen) - Diverse opleidingen voor behoud erkenning
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Regionale en algemene vergaderingen 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 staat in voor de ontvangst, begeleiding en behandeling van alle klachten en vragen die aan de dienst worden gericht, verdergaand dan de specifieke opsomming in het KB van 8/7/2003. Dit omvat niet alleen organisatorische, facilitaire, technische en administratieve kwesties, maar ook andere zorgen die verband houden met interne processen en dienstverlening. De ombudsdienst biedt daarnaast ondersteuning bij verzekeringsdossiers, fungeert als bemiddelaar bij conflicten en adviseert medewerkers en patiënten waar nodig.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	- Elke klacht wordt officieel ontvangen en geregistreerd. - De klacht en de verwachtingen van de patiënt en/of naasten worden in onderling overleg helder gesteld. - Indien gewenst, wordt er contact opgenomen met de betrokken zorgverlener of dienst. - De ombudsdienst bemiddelt tussen patiënt en zorgverlener om tot een voor partijen aanvaardbare oplossing te komen. - Wanneer nodig verwijst de ombudsdienst door naar een formele klachtenprocedure (verzekeringsaangifte) of naar externe instanties. - Klachten worden anoniem geanalyseerd om aanbevelingen te formuleren.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Bij klachten wordt de melder aangemoedigd om zijn of haar vragen, opmerkingen of klachten eerst rechtstreeks met de betrokken zorgverlener te bespreken. Wanneer de medewerker van mening is dat de klacht niet adequaat kan behandeld worden, of wanneer de geboden oplossing door de patiënt en/of diens naasten als onvoldoende wordt ervaren, wordt de melder doorverwezen naar de ombudsdienst voor verdere behandeling en opvolging volgens de hierboven vermelde richtlijnen. Klachten worden steeds neutraal, vertrouwelijk en onafhankelijk behandeld.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen/verwachtingen bevatten. De cijfers zijn gebaseerd op de ervaring van de patiënt, zonder oordeel over de feitelijke gegrondheid van de klacht.	
Aantal klachtendossiers	1884
Aantal infodossiers	178
Aantal proactieve meldingen	95
Aantal aanvragen patiëntendossier	1583
Aantal "andere"	16

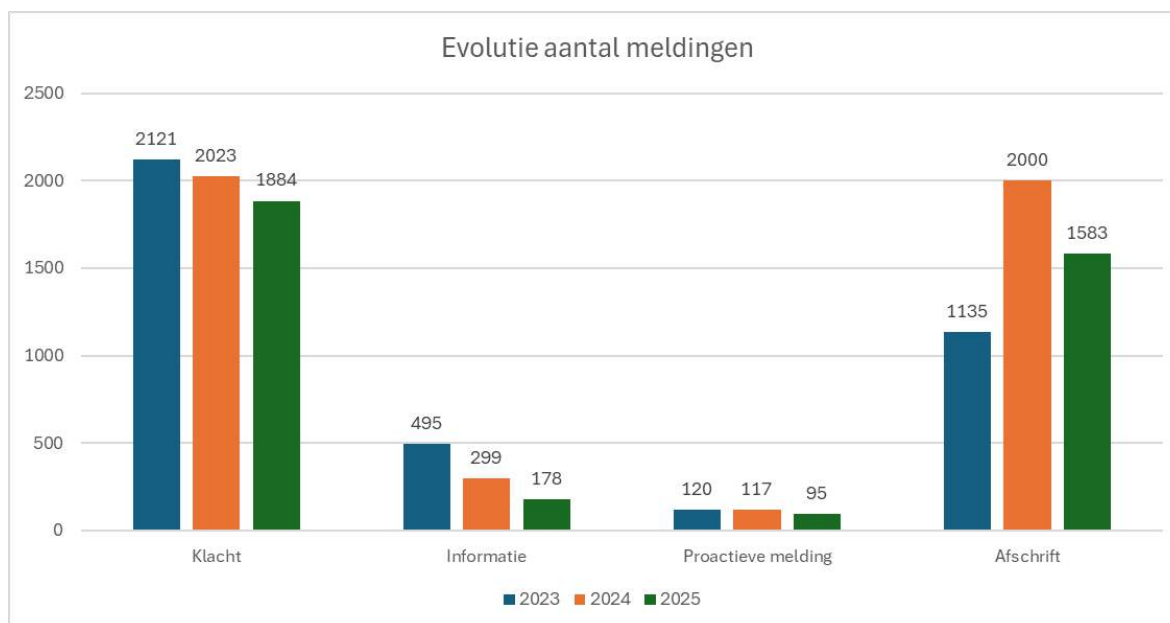
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)
909 dossiers

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	629
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	8
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	88
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	42
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	59
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	4
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	11
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	33
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	3
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	11

Tabellen/grafieken

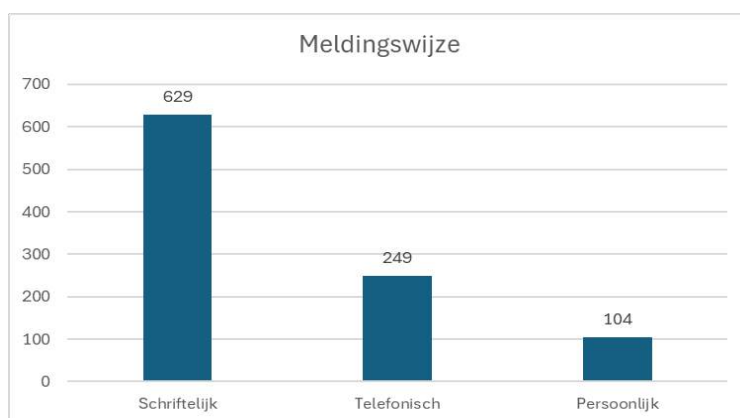
Evolutie van het aantal behandelde dossiers door de ZAS ombudsdienst:

Jaar	Klachten	Informatie	Afschrift	Proactieve meldingen
2023	2121	495	1135	120
2024	2036	299	2000	117
2025	1884	178	1583	95

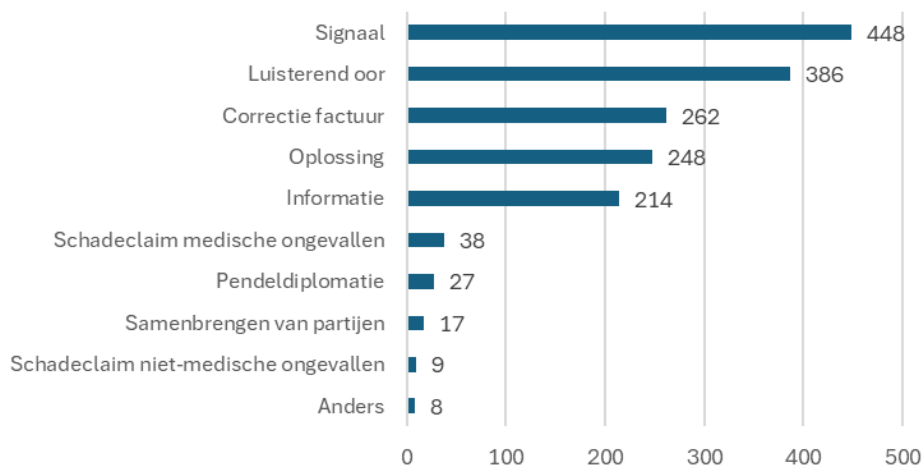


Bijkomende informatie/opmerkingen

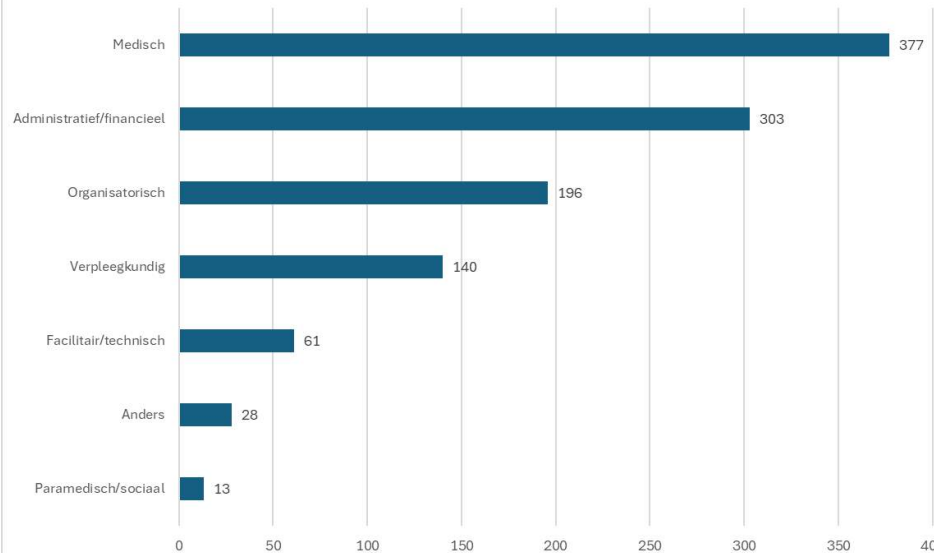
Tot 1 juni 2025 maakte de ombudsdienst gebruik van twee verschillende registratiesystemen met een uiteenlopende structuur. Als gevolg hiervan werden dossiers binnen de voormalige GZA en ZNA campussen op een niet uniforme wijze geregistreerd, waardoor het niet mogelijk is om voor het jaar 2025 volledig eengemaakte en vergelijkbare cijfers te rapporteren. In het kader van de fusie werd het registratiesysteem vanaf 1 juni 2025 geuniformiseerd. Sindsdien worden alle ombudsdossiers voor ZAS op eenzelfde wijze geregistreerd. **De onderstaande cijfers en gegevens hebben dan ook uitsluitend betrekking op de periode van 1 juni 2025 tot en met 31 december 2025.**



Verwachtingen patiënt



Inhoud van de klacht



1. Wachttijden en patiëntenstops in de eerstelijnszorg

In het afgelopen jaar ontving de ombudsdienst herhaaldelijk signalen van patiënten over lange wachttijden of patiëntenstops binnen de zorg. Deze wachttijden hebben een impact op de toegankelijkheid van de zorg en zorgen bij patiënten voor onzekerheid en frustratie. Lange wachttijden kunnen ook tot uitstel van zorg leiden of tot een verhoogde druk op andere zorgniveaus, zoals bijvoorbeeld de dienst spoedgevallen.

De ombudsdienst benadrukt dat aandacht voor wachttijden een essentieel onderdeel vormt van patiëntgerichte zorg en bijdraagt aan zowel de kwaliteit als de toegankelijkheid van het zorgaanbod. Wij raden aan om de capaciteit in de eerstelijnszorg te versterken en samenwerking tussen zorgverleners te verbeteren.

2. Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden. Wij adviseren om:

- Alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie te noteren. Feiten, klinische bevindingen en relevante observaties te beschrijven zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Elk verslag zorgvuldig te actualiseren en het automatisch kopiëren van historische gegevens te vermijden.
- De inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname te houden.

3. Financiële transparantie

Conform de wet patiënten rechten dienen patiënten steeds correct, volledig en tijdig geïnformeerd te worden over de kostprijs van een medische ingreep of behandeling. Deze informatieplicht geldt in alle omstandigheden, maar is in het bijzonder van cruciaal belang wanneer er geen tussenkomst van de mutualiteit is voorzien of wanneer patiënten een hoger bedrag dienen te betalen dan aanvankelijk werd meegedeeld (stijging kostprijs, wijzigingen in de toegepaste nomenclatuur, onbeschikbaarheid van geneesmiddelen, ...). De ombudsdienst beveelt daarom aan om patiënten voorafgaand aan de behandeling duidelijk te informeren over de geraamde kostprijs en de eventuele tussenkomst van de mutualiteit.

4. Aanrekening van ereloonsupplement bij daghospitalisatie

Patiënten worden vaak geconfronteerd met het feit dat een verzekeringspolissen dagziekenhuizen niet dekt. Dit heeft tot gevolg dat veel mensen menen dat zij gedekt zullen zijn en een 1-pk kamer vragen. Zeker bij prijzige ingrepen (bv. Cardiologie) kan dit ertoe leiden dat mensen met een financiële kater eindigen. Daarnaast zullen patiënten die wel geïnformeerd zijn soms opteren om te overnachten om toch maar gedekt te zijn, wat uiteraard onnodige uitgaven zijn voor het ziekenfonds en/of een onnodig een bed inneemt van een andere patiënt.

Hier zou:

- ofwel de supplementenregeling voor dagziekenhuis moet herzien worden; ofwel in gesprek moeten gegaan worden met verzekeringssector omtrent de dekking van dagziekenhuizen.
- Daarnaast dienen artsen ook meer nadruk te leggen op de gevaren van een 1-pk kamers bij patiënten en hen wijzen dat polissen vaak dagziekenhuizen niet dekken.

5. Recht op vrije keuze gezondheidsbeoefenaar

Door de deconventionering binnen ZAS en erbuiten hebben veel patiënten de facto geen toegang meer tot een geconventioneerde arts. Dit is uiteraard problematisch voor patiënten die niet kapitaalkrchtig zijn.

6. Bijkomende kost spoed bezoek zonder verwijsbrief

Wanneer patiënten naar de spoed komen zonder verwijsbrief van een huisarts worden er bijkomende kosten aangerekend onder code 590553. Dit geeft klachten bij mensen die acute klachten hebben en absoluut niet bij een huisarts geraken alsook bij mensen die chronische ziekten hebben en worden aangeraden om bij klachten onmiddellijk naar de spoed te gaan. Zeker bij deze laatste zorgt dit er soms voor dat zij niet naar de spoed gaan wanneer dit toch nodig kan zijn. Een mogelijk oplossing zou kunnen zijn om een uitzonderingscategorie te maken voor dit soort mensen en hen geen extra kosten aan te rekenen wanneer zij met symptomen naar de spoed komen die passen binnen een chronisch ziektebeeld en een spoedbezoek rechtvaardigen.

Verzoeningsresultaten

Het meldformulier bevat geen registratie van verzoeningsresultaten.

Jaarverslag van ombudsdienst (AZ Maria Middelaes en AZ Sint-Vincentius Deinze)
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025- 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Maria Middelaes AZ Sint-Vincentius Deinze
Adres	AZ Maria Middelaes: Buitenring Sint-Denijs 30, 9000 Gent AZ Sint-Vincentius Deinze: Schutterijstraat 34, 9800 Deinze
Gewest	Vlaams gewest
Erkenningsnummer	AZ Maria Middelaes: 017 AZ Sint-Vincentius Deinze: 134
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	AZ Maria Middelaes: 542 AZ Sint-Vincentius Deinze: 165
Aantal campussen	/
Naam ombudsperso(o)n(en)	Annette Neiryck Ann Rohaert Kim Devolder Eline Vanluchene
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Annette Neiryck: 1/1/2018 Ann Rohaert: 1/1/2022 Kim Devolder: 18/8/2014 Eline Vanluchene: 1/2/2024
Bestaffing	1,6

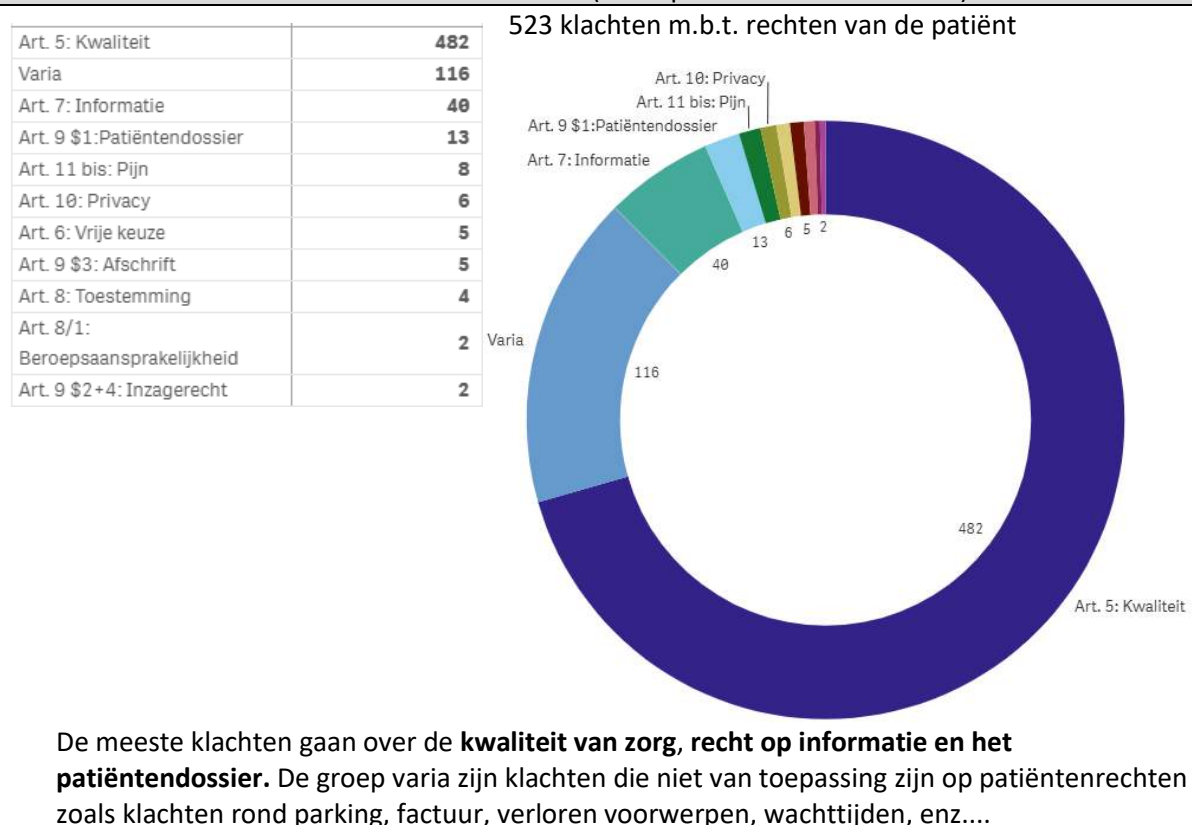
Lokalisatie dienst	AZ Maria Middelaars: 1 ^{de} verdieping – gebouw west, blok A AZ Sint Sint-Vincentius Deinze: 3 ^{de} verdieping – vleugel administratie; enkel op afspraak
Registratiesysteem	Digitaal: Patiënt Safety Company
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Huishoudelijk reglement ombudsdienst Actualisatiedatum reglement AZ STV – AZ MM: 05.06.2025 Te raadplegen via intranet en website (toelichting op website over de werking van de ombudsdienst met vermelding van contactgegevens en link naar huishoudelijk reglement en mogelijkheid om via online aanmeldformulier klacht te melden)
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Intern: - Werkgroep ethiek met casusbespreking (trimestrieel) Extern: - Provinciaal overleg VVOVAZ - Algemene vergadering VVOVAZ - Ontmoeting ombudspersonen 'Rechten van de patiënt (Federale Ombudsdienst rechten van de patiënt) - Kennismaking met interest based onderhandelingsmethode (Gandaius)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Intern: - Symposium ethiek: 'Levenszin of levensmoe: een opdracht voor zorgverleners?' Extern: - Algemene vergadering VVOVAZ opleidingsonderdeel 'Nieuwe wet beschermende observatieregulering' - Seminarie 'Patiëntendossier, beroepsgeheim, GDPR en EHDS' (Antwerp Health Law and Ethics Chair) - Seminarie Thuismonitoring (Nexus Antwerpen) - Webinar 'AI: een analyse van aansprakelijkheids- en verzekeringsaspecten' (Legal Learning) - Seminarie 'Het gebruik van data & AI in de zorg' (KBC)
Werkingsterrein van de ombudsdienst <i>(Klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	- Klachtenbemiddeling ruimer dan wet patiëntenrechten - Faciliteren nabespreking na overlijden - Begeleiding afschrift/inzage patiëntendossier - Beantwoorden info- en adviesvragen van patiënten en medewerkers - Ondersteuning van zorgverlener/medewerker bij proactieve meldingen - Advies ter bevordering van patiëntenbeleving – deelname werkgroep persoonsgerichte zorg - ondersteuning bij schokkende gebeurtenis - Ontvangen van complimenten en suggesties met feedback aan betrokken medewerkers/diensten - Interne opleidingen m.b.t. patiëntenrechten

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Klachten die via de ombudsdienst worden aangereikt, worden in overleg met de aanbrenger met de in de melding genoemde personen en/of hun directe leidinggevende/diensthooft opgenomen. Indien mogelijk worden deze op het niveau van de eerste lijn behandeld, en een gesprek tussen melder en betrokkene(n) gestimuleerd/gefaciliteerd. - Binnen 2 werkdagen een ontvangstbevestiging via mail/telefonisch. Indien patiënt verblijvend in ziekenhuis een kamerbezoek - Indien nodig contactname telefonisch of via gesprek: luisteren naar relaas en peilen naar de verwachtingen - Registratie van het dossier - Intern onderzoek: navraag bij betrokken hoofdverpleegkundige, arts of diensthooft naar hun versie/standpunt - Terugkoppeling naar de melder telefonisch, via mail of persoonlijk gesprek + interne terugkoppeling - Indien relevant een externe doorverwijzing - Afsluitende registratie - Rapporteren aan directiecomité, Raad van Bestuur en stuurgroep kwaliteit via halfjaar- en jaarverslag

Behandeling van klachten en onvrede
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 meerzijdig onpartijdige rol op bij het bespreekbaar maken en behandelen van klachten - Motiveert patiënten en zorgverleners of medewerkers in alle functies om constructief en zo proactief mogelijk met elkaar in gesprek te gaan - Treedt, waar nodig of gewenst, bemiddelend op - Behandelt de klachten vanuit een constructieve ingesteldheid, gericht op samenwerking - Formuleert aanbevelingen, informeert, adviseert en verwijst zo nodig door Klachten worden bij voorkeur op eerstelijnsniveau besproken en opgelost. Er wordt ingezet op proactieve meldingen. Interne medewerkers melden aan de ombudsdienst wanneer er zich een situatie voordoet van een ontevreden patiënt/familie mogelijks evoluerend tot een klacht. De melder kan een verwachting aanduiden: ter info, advies of bemiddeling. Bij elke proactieve melding wordt er contact opgenomen om af te stemmen. Door het luisterend oor te zijn en advies te geven wordt er coachend opgetreden.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden,...)
- Doorheen het jaar door worden verbeterpunten en aanbevelingen doorgegeven aan de betrokken directieleden ter verbetering van kwaliteit van zorg en de beleving van de patiënt. - Afhankelijk van de ernst/type van klacht of de verwachting van de melder wordt deze besproken met de ombudsarts, directie, jurist en/of Data Protection Officer.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Duiding:	- De cijfergegevens zijn een weergave van de gemeenschappelijke ombudsdienst van AZ Maria Middelaars en AZ Sint-Vincentius Deinze - 1 dossier kan meerdere klachtenaspecten/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	639
Aantal infodossiers	456
Aantal proactieve meldingen	216
Aantal afschriften patiëntendossier	68 (61 geregistreerd als infodossier; 7 geregistreerd ikv klachtendossier)
Aantal 'andere'	Incidenten: 11 Feedback (positief, negatief en verbetersuggestie): 137

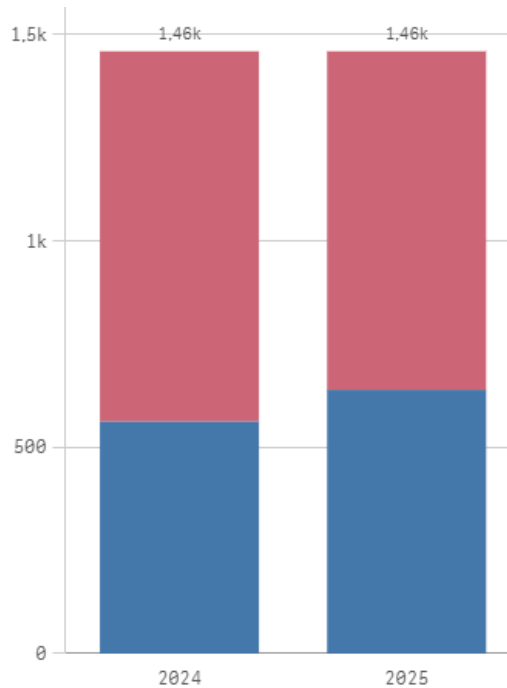
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)



Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	482
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	5
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	40
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	4
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	13
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	5
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)	8

Evolutie klachten / niet- klachten

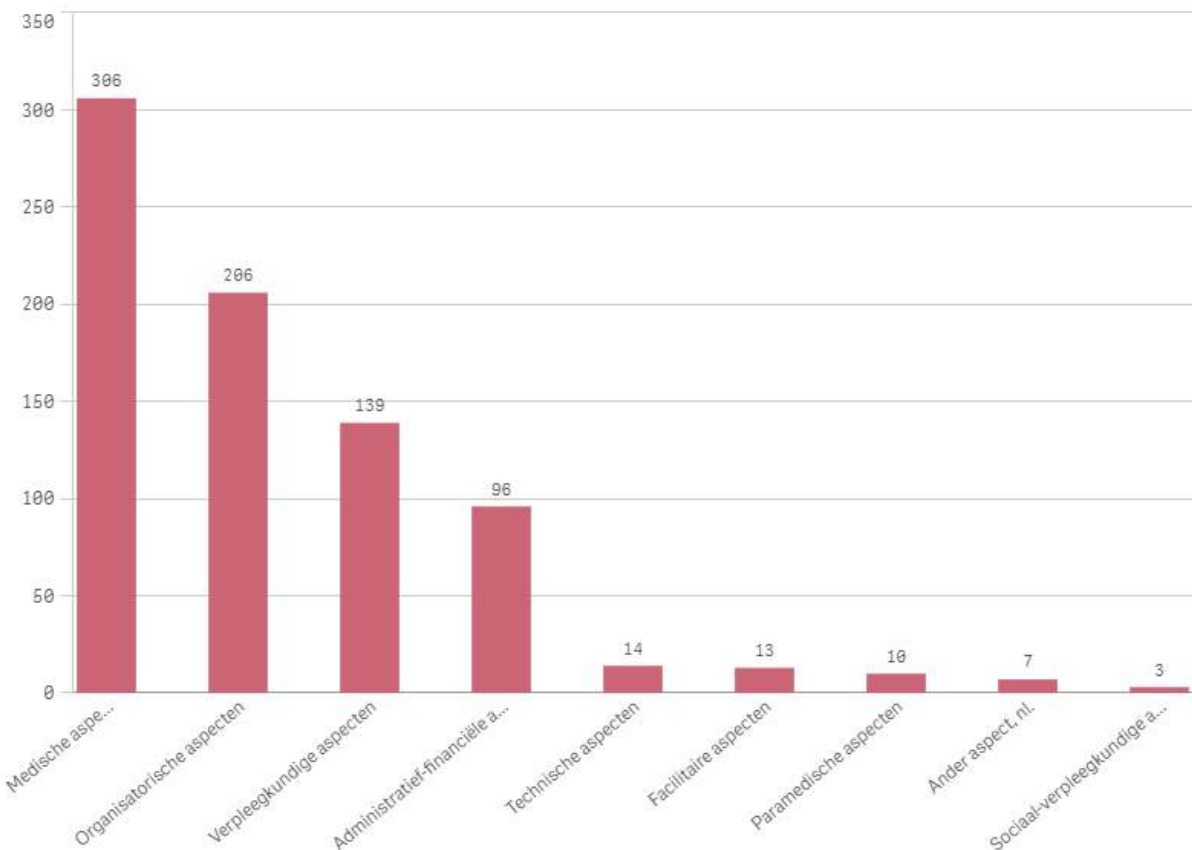
Evolutie klachten / niet-klachten 2024 - 2025



Jaar	Klacht	Niet klacht	Totaal
2025	639	820	1459
2024	562	899	1461

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

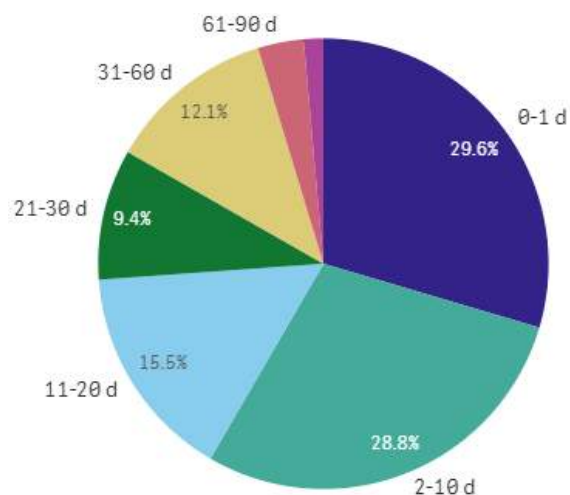
Meest voorkomende aspecten bij klachten



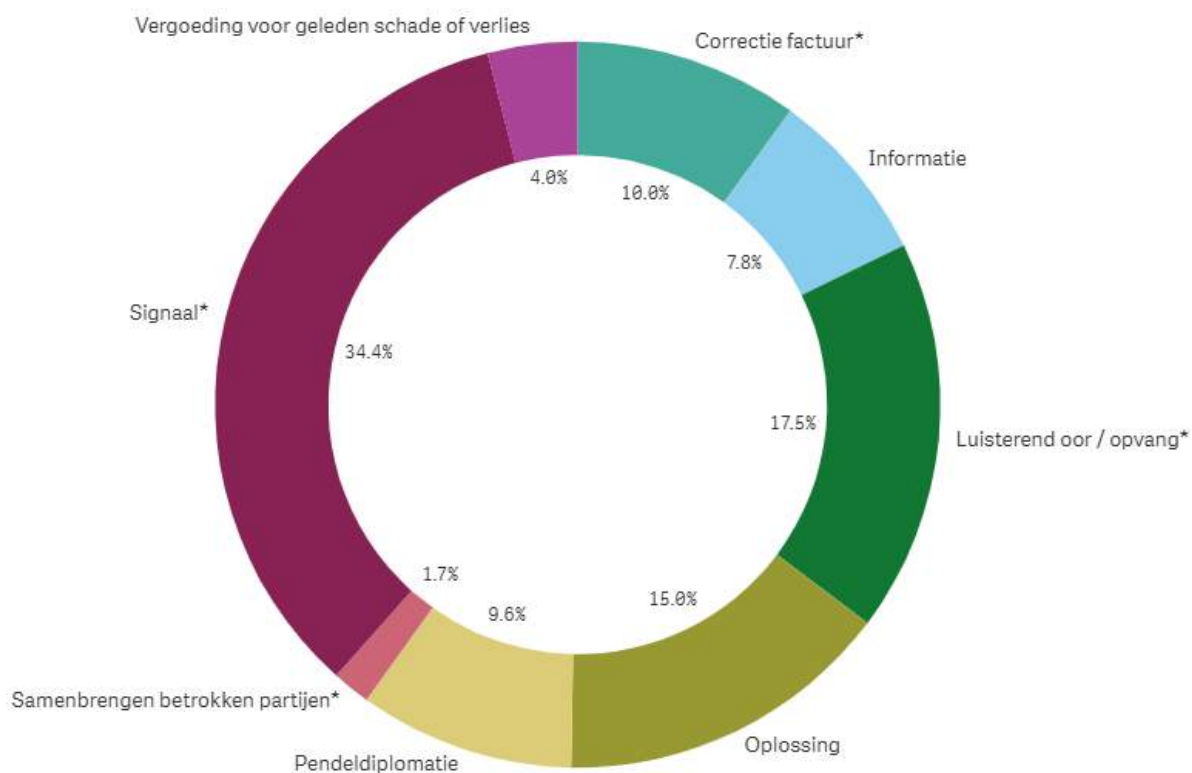
Meest voorkomende deelaspecten

Medisch	Organisatorisch	Verpleegkundig	Administratief-financieel
1. Behandeling 2. Communicatiestijl 3. Informatieverstrekking algemeen 4. Aandacht, opvang ↓ 5. Verslaggeving ↑	1. Afsprakenregeling ↑ 2. Wachttijden ↑ 3. Parking ↓ 4. Opnameregeling 5. Verloren voorwerpen ↑	1. Zorg technisch ↑ 2. Aandacht, opvang 3. Communicatiestijl 4. Informatieverstrekking	1. Factuur

Doorlooptijd klachten

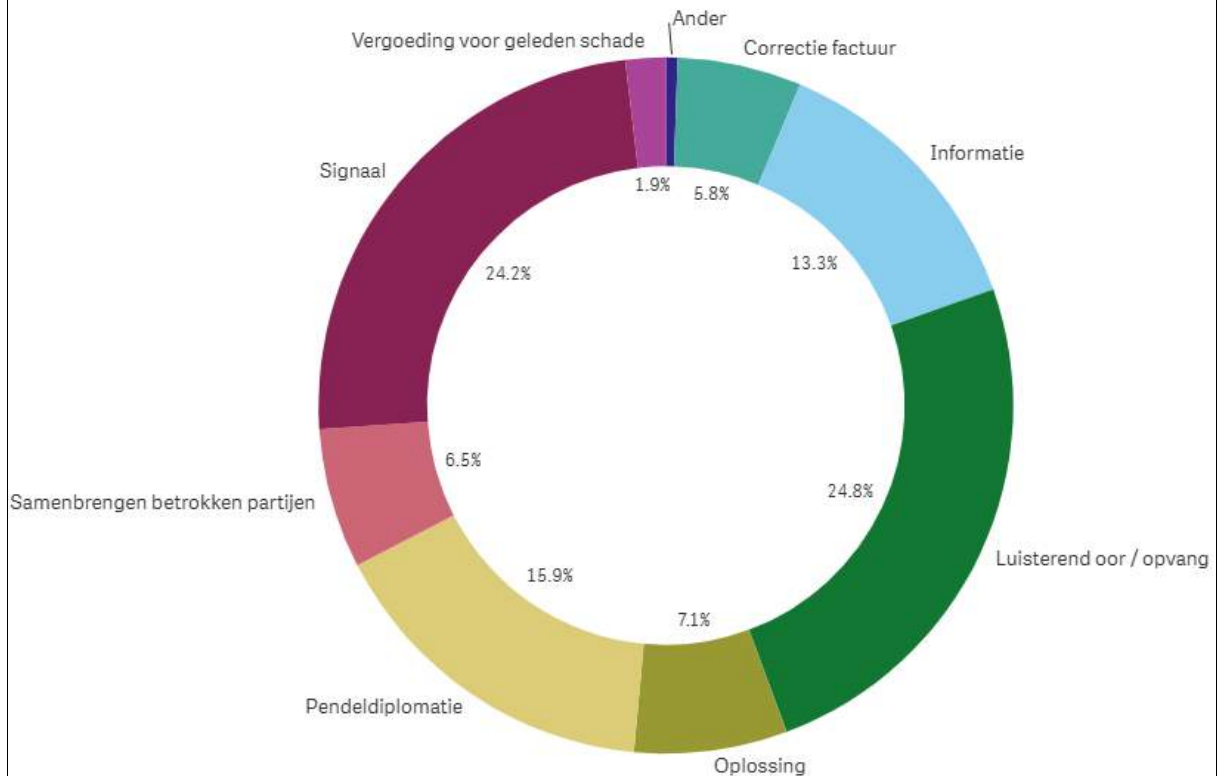


Verwachtingen bij klachten



Verzoeningsresultaten

Verzoeningsresultaten bij klachten



Aanbevelingen

1. Kwaliteit van zorg staat voorop en is het begin van een waarderende relatie

Aanbevelingen voor zorgverleners en medewerkers:

- **Empathie** is geen zachte bijkomstigheid, maar een **cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg**. Patiënten hebben behoefte aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid.

Zichzelf voorstellen, een vriendelijk woord, even checken bij de patiënt hoe hij iets heeft beleefd of begrepen, een korte erkenning van zijn (on)recht,... hoeft vaak echt niet lang te duren. Maar het kan voor de patiënt een wereld van verschil betekenen.

Aandacht voor en aanzetten tot deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat.

Zie ook aanbeveling VVOVAZ: Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

- Bij de verslaggeving door de arts wordt ter bevordering van het vertrouwen van de patiënt aandacht gevraagd voor een **objectieve verslaggeving**. Het verdient aanbeveling om subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante (niet-)medische informatie/antecedenten en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren te vermijden alsook taalgebruik dat stigmatiserend kan overkomen niet te hanteren.

Zie ook aanbeveling VVOVAZ: Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

- Bij de **oudere zorgvrager** behelst de zorg niet enkel de patiënt maar ook de mantelzorger en familie. Bijgevolg is het in deze context wenselijk om met respect voor de patiëntenrechten het **ontslag en nazorg** met mantelzorger/familie te bespreken, aangezien zij een cruciale rol opnemen in de organisatie van het verdere zorgtraject.

2. Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt in spoedcontext

Aanbevelingen voor zorgverleners en medewerkers:

- Inforestrekking in spoedcontext kent een bijzonder karakter: elke patiënt heeft een acute ongerustheid en verwacht met spoed geholpen te worden. **Heldere, regelmatige en transparante inforestrekking** draagt bij tot vertrouwen, betrokkenheid en geruststelling. Het is niet alleen van belang om te duiden wat er zal gebeuren, maar ook wat lopende is achter de schermen (ter duiding van de wachttijd) en om welke reden bepaalde handelingen/onderzoeken niet worden uitgevoerd.
- Een spoedcontact leidt niet altijd tot opname. Voor een **oudere zorgvrager** is **bijzondere aandacht** vereist bij ontslag zonder aanwezigheid van de familie (regeling vervoer, opvang thuis of in WZC).
- Het is aangewezen bij ontslag de nodige informatie te verstrekken rond de soms sterk verschillende **kostprijs van de verschillende types vervoer**.
- Het ter beschikking stellen van een **algemene informatiebrochure** met allerhande praktische info mbt spoedcontact en eventuele daaropvolgende opname draagt bij aan een transparante inforestrekking en sensibiliseert de patiënt om hierin ook de eigen verantwoordelijkheid te nemen (o.a. ivm kamerkeuze, draagwijdte polis hospitalisatieverzekering, valideren parkingticket spoedparking...). Een opname via spoed verloopt immers vaak in momenten van stress en zorgafhankelijkheid, waarbij mondelinge informatie niet wordt gehoord of begrepen. Een informatiebrochure kan hieraan verhelpen.

Aanbevelingen voor de overheid:

- Er is blijvende nood aan educatie rond correct gebruik van de spoedafdeling en organisatie van de zorg in de eerste lijn, waarbij duiding wordt gegeven welke actor welke rol opneemt (spoed, HA, HA-wachtpost via 1733, ambulante gespecialiseerde zorg...). Een correcte verduidelijking van de rol van een spoedafdeling vanuit eerstelijnszorg is hierin ook essentieel.

3. Verstrekken van en bijdragen aan onderbouwde financiële informatie met aandacht voor financieel kwetsbaren

Meer en meer groeit de behoefte naar financiële transparantie over de kost van de gezondheidszorg. Patiënten worden ook kritische consumenten die geïnformeerd willen zijn over het kostenplaatje verbonden aan hun zorgtraject. Het is aan hen om op basis van professioneel advies keuzes te maken die voor hen wenselijk en financieel haalbaar zijn.

Aanbevelingen voor zorgverleners en zorgorganisatie:

- Bij een **opname** is duidelijke informatie bij het ondertekenen van de **opnameverklaring** ontzettend belangrijk: het uitdrukken van ereloonsupplementen in een percentage is een te abstracte prijsinformatie. Een duidelijke concretisering van de betekenis van dit percentage is noodzakelijk om toe te laten dat patiënten een juiste inschatting van kosten kunnen maken.

- Inforestrekking omtrent **conventiestatus** voorafgaand aan een ambulant contact dient ziekenhuisbreed nog verder uitgebreid te worden (onder meer via nieuwe digitale kanalen). Er kan nagekeken worden of de eerste lijn hierin ook een versterkende rol kan opnemen.
- Bij een **consultatie/onderzoek** zal de reeds bestaande affichageverplichting, een meerwaarde zijn voor de patiënt om de kostprijs in te schatten. De sector wacht echter nog op de nodige uitvoeringsbesluiten om aan deze verplichtingen te kunnen voldoen.
- Bij **opvolging van een langdurig afbetalingsplan** is het wenselijk om bij opschorting van betaling de patiënt nog eens te attenderen alvorens verdere stappen te zetten in het traject van gerechtelijke invordering.

Aanbevelingen voor overheid:

- Sensibiliseringscampagne in samenwerking met verzekeringsmaatschappijen en mutualiteiten om patiënten te stimuleren zich voorafgaand aan een opname/onderzoek te informeren over de eigen verzekeringsmogelijkheden.

4. Respectvolle communicatie binnen de zorgrelatie

Respect voor mekaar maakt sneller en professioneel werken zoveel gemakkelijker. Patiënten verdienen een kwalitatieve behandeling en zorg, niet enkel professioneel technisch, maar ook met de gepaste bejegening en empathie. Zorgverleners zijn mensen aan de andere kant van het verhaal en hebben eenzelfde wens.

De zorgverleners alsook de ombudsdienst worden meer en meer geconfronteerd met onheuse opmerkingen, de bevelende ondertoon van vragen van patiënten die soms resulteren in verbale agressie. Dit heeft niet alleen impact op de veiligheid, maar ook op het psychisch welzijn, het werkplezier en het behoud van medewerkers binnen de zorg.

In de eigen zorgorganisatie wordt reeds consequent ingezet op een toepassing van het agressiebeleid en wordt structureel geïnvesteerd in het psychosociaal welzijn van de medewerkers.

Aanbevelingen voor overheid

- Een campagne van de overheid gericht op de zorgvrager zou een meerwaarde kunnen zijn om een respectvolle communicatie binnen de zorgrelatie te benadrukken.

5. Aandacht voor verloren voorwerpen

Aanbeveling voor zorgorganisatie, zorgverleners en medewerkers:

- Verlies van persoonlijk goed in het ziekenhuis kan niet alleen emotioneel zijn, maar heeft dikwijls ook een impact op het dagelijkse leven. Aandacht voor zorg van persoonlijke goederen blijft belangrijk. Blijven zoeken naar ziekenhuisbrede gestandaardiseerde werkwijzen en hulpmiddelen die de kans op verlies beperken en de kans op terugvinden verhogen strekt tot aanbeveling.

6. Evaluatie parkeerbeleid

Aanbeveling voor zorgorganisatie:

- Parkeerkosten hebben voor patiënt en familie een bijkomende financiële impact. De ombudsdienst kreeg veelvuldig de vraag naar aanpassing of tegemoetkoming. Aan de zorgorganisatie wordt gevraagd om huidig beleid te evalueren aan de hand van enkele voorgestelde suggesties.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2024
info@vlaamseombudsdienst.be

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Sint-Maarten
Adres	Liersesteenweg 435, 2800 Mechelen
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	026
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Cijfers	Aantal bedden Plaatsen op daghospitalisatie Patiëntencijfers 2025 ➤ Opnames in verblijf: (klassieke opnames + chirurgisch dagziekenhuis) ➤ Inschrijvingen in dagziekenhuis: (=forfaits –chirurgisch dagziekenhuis) ➤ Ligdagen: ➤ Raadplegingen: ➤ Bevallingen: ➤ Contacten via spoed: De cijfers zijn nog niet beschikbaar op 10.02.2026.
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Caroline Canters

Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1.06.2004
Invulling	80% ombudsfunctie + 80% secretariële ondersteuning ombudsdienst. = verdeeld over 2 personen
Lokalisatie dienst	AZ Sint-Maarten, Liersesteenweg 435, 2800 Mechelen
Registratiesysteem	Zenya
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Sharepoint/Intranet 23.12.2024 Website link huishoudelijk reglement website AZ Sint-Maarten
Vormingen i.k.v. bemiddeling	• Postgraduaat Familiale bemiddeling • Postgraduaat Burger en handelszaken • Second victim KUL • Open disclosure KUL
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Werk gerelateerd, in eigen tijd: • Intervisiegroep bemiddelaars • Literatuur: ✓ Kwaliteit in denken en doen Johan Boxstaens en An Nuytiens Emmaus VZW ✓ De ladder Ben Tiggelaar TYMER Roland press ✓ Competenties in moeilijke situaties/over kwaliteit van zorg en communicatie. Jan de Lepeleire Studiedagen: International forum on quality and safety in healthcare 22/23 mei 2025, Utrecht. Webinar via Pentalfa: eHealth: mogelijkheden, uitdagingen en bezorgdheden

	Georganiseerde vormingen/lunchseminaries voor AZ Sint Maarten m.b.t. de wet patiëntenrechten, ondersteund door bedrijfsjurist, medewerkers ICT, arts,.... • maart en april 2025: <i>"Persoonlijke notities, niet persoonlijk?"</i> • 5 juni 2025 <i>"Een smakelijk vragenuur!"</i> Vragen over de vernieuwde Wet patiëntenrechten, de praktische toepassingen m.b.t. het elektronisch dossier in KWS en vragen aan de ombudsdienst. De vragen kunnen op voorhand geformuleerd worden via Microsoft Forms. • 12 september 2025: <i>"Broodje patiëntveiligheid, het belang van patiëntveiligheidscultuur."</i> Patiëntveiligheid begint bij Cultuur: Hoe gedeelde waarden en attitudes het verschil maken in de zorg? Patiëntveiligheid is meer dan regels en procedures. Het begint bij mensen, bij attitudes maar ook bij een gedeelde cultuur van waakzaamheid en zorgzaamheid. Cultuur geeft vorm aan veiligheid, wat betekent het om te leren uit incidenten en hoe kunnen gezondheidszorgbeoefenaars samen een klimaat van vertrouwen versterken? Cultuur van Zorgzaamheid. Veiligheid als Fundament: Waarom een veilige zorgomgeving vertrekt vanuit verbondenheid en verantwoordelijkheid? Zorg verlenen is méér dan handelen, het is ook durven stilstaan bij hoe we omgaan met elkaar en met onze fouten. Een sterke veiligheidscultuur ontstaat daar waar zorgzaamheid richting geeft aan keuzes, communicatie en samenwerking. Hoe kunnen we veiligheid verankeren in onze dagelijkse praktijk maar vooral in onze cultuur? • 3 oktober 2025: <i>"Patiëntenparticipatie: "Navigeren door de zorg: een moeder als patiënt-expert en gids".</i> Haar ervaring als ouder van een kind met een zeldzame ziekte werd omgezet in een waardevolle rol als patiënt-expert en ervaringsdeskundige. Ze merkte problemen op in de communicatie tussen zorginstellingen, het gebrek aan toegankelijkheid van medische gegevens, ... en nog veel meer en gaf een indrukwekkende getuigenis over haar ervaringen. Ze is ook bereid om dit voor ons te doen.

	• 4 december 2025: <i>"Een studieavond met betrekking tot het thema open disclosure"</i>. Dit onderwerp kwam in voorgaande jaarverslagen van de ombudsdienst voor als aanbeveling. Voorgestelde sprekers: Prof. Dr. Kris Vanhaecht, KU Leuven Institute for Healthcare Policy (LIGB), Dhr. Luc Baetens, bedrijfsjurist vzw Emmaüs en dr. Tom Thomas, adviserend arts KBC verzekeringen.
Werkingsterrein van de ombudsdienst	De ombudsdienst is verantwoordelijk voor: • de behandeling van klachten met betrekking tot de Wet betreffende de rechten van de patiënt (WPR) • de behandeling van niet-patiëntenrechten gerelateerde klachten (= <i>varia-dossiers</i>). Deze dossiers worden behandeld door twee ombudsmedewerkers en opgevolgd door de ombudspersoon als eindverantwoordelijke • de organisatie en begeleiding van bemiddelingsgesprekken met patiënten en/of familie en betrokken gezondheidszorgbeoefenaars • de organisatie van rondetafelgesprekken met alle betrokken partijen in het kader van een klachtdossier • de opvolging en registratie van aanvragen tot inzage of afschrift van het medisch dossier, voor zover deze kaderen binnen klachtdossiers • het ontvangen, bespreken en registreren van proactieve meldingen. • ... • Aanvullende en ondersteunende opdrachten: Naast de kernopdracht vervult de ombudsdienst een aantal aanvullende opdrachten die bijdragen aan preventie, kwaliteitsverbetering en ondersteuning binnen de organisatie: • het opnemen van een preventieve rol, onder meer door:

	✓ het formuleren van jaarlijkse aanbevelingen in het jaarverslag ✓ de maandelijkse klachtencommissie op basis van geanonimiseerde dossiers, welke bijdraagt aan een breder draagvlak en het mogelijk maakt om, waar structurele knelpunten worden vastgesteld, gerichte bijsturingen te bespreken • bijdrage aan en deelname aan overlegstructuren waaronder: ✓ de focusgroep patiëntenparticipatie ✓ de werkgroep kwaliteitsdagen • het verstrekken van advies bij aanpak van moeilijke of escalerende situaties • het ondersteunen van medewerkers tijdens moeilijke of escalerende situaties • het beantwoorden van informatievragen van patiënten, familieleden en medewerkers • de uitwerking van veel voorkomende informatievragen (WPR, zorgvolmacht, vertrouwenspersoon, vertegenwoordiging) in de vorm van vraag-en-antwoord, in samenwerking met het algemeen secretariaat • de organisatie en uitwerking van "Broodjessessies" rond relevante thema's zoals patiëntenrechten, ethische vraagstukken en juridische onderwerpen •
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	• Zie klachtenprocedure (link) • Zie flowchart (link)

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Ik stel vast dat zowel de organisatie als de medewerker ieder op hun eigen manier verantwoordelijkheid opneemt in het omgaan met klachten. De directie in functie van zowel de maandelijkse klachtencommissie als het opvolgen van de aanbevelingen. Maandelijks vindt een klachtencommissie plaats waarin, op basis van geanonimiseerde dossiers, noodzakelijke bijsturingen worden besproken. Enkel wanneer de indiener van de klacht expliciet verzoekt om de directie te informeren, wordt van de anonimiteit afgeweken.

Aan deze klachtencommissie nemen zowel de algemeen, financieel, medisch als verpleegkundig directeur als de ombudspersoon deel. Deze overlegstructuur is van belang voor de werking van de ombudsdienst, onder meer doordat zij hierdoor een breder draagvlak creëert in de beoordeling van de dossiers. In bepaalde situaties kan er snel en gericht bij gestuurd worden. De onafhankelijkheid van de ombudsdienst blijft hierbij steeds gewaarborgd.

Over het algemeen neemt elke gezondheidszorgbeoefenaar verantwoordelijkheid op en werkt constructief mee tijdens de analyse, neemt meldingen ernstig en stuurt bij waar nodig is, om herhaling te voorkomen. De reactiesnelheid en de daaruit voortvloeiende doorlooptijd vormen daarbij sporadisch een aandachtspunt.

Het aanzienlijke en stijgende aantal proactieve meldingen die we in 2025 hebben ontvangen (150 meldingen), kan worden beschouwd als een indicatie van vertrouwen in de neutraliteit en onpartijdigheid van de ombudsfunctie. Dit vertrouwen blijkt ook uit de bereidheid om complexe en soms zeer delicate casussen en gebeurtenissen te melden. Hieruit kan worden afgeleid dat er een duidelijke verwachting maar ook het vertrouwen bestaat ten aanzien van een zorgvuldige, rechtvaardige en objectieve behandeling van elke melding, zowel bij proactieve meldingen als formele klachten.

Klachten worden in toenemende mate systematisch doorverwezen naar de ombudsdienst. Ik stel vast dat dit steeds vaker gebeurt, ook wanneer klachten aanvankelijk rechtstreeks werden gericht aan de betrokken gezondheidszorgbeoefenaar.

De ombudsdienst stelt jaarlijks op 10 februari een jaarverslag op voor de Vlaamse Ombudsdienst. Een intern jaarverslag wordt in april opgemaakt. Dit verslag wordt overgemaakt aan de directie, het bestuurscomité en de medische raad, en via het intranet ter beschikking gesteld van alle medewerkers. Naar aanleiding hiervan wordt de ombudsdienst uitgenodigd om het jaarverslag toe te lichten aan het bestuurscomité, het strategisch directiecomité en tijdens het overleg met de medische diensthoofden. Daarnaast vindt er een jaarlijkse bespreking plaats met de voorzitter van de medische raad.

Hoe gaat de Ombudsdienst om met klachten?

De ombudsdienst behandelt klachten volgens een vastgelegde en openbare klachtenprocedure, die voor alle betrokkenen raadpleegbaar is. Elke klacht wordt met de nodige zorg en objectiviteit benaderd.

- De ombudsdienst ontvangt alle klachten en neemt contact op met de betrokken partijen.
- Klachten die betrekking hebben op diverse aspecten en niet rechtstreeks gelinkt zijn aan de Wet betreffende de rechten van de patiënt, worden behandeld door "het secretariaat van de ombudsdienst" onder eindverantwoordelijkheid van de ombudspersoon.
- Klachten over mogelijke inbreuken op de Wet patiëntenrechten worden door de ombudspersoon zelf geobjectiveerd en geanalyseerd.
- De ombudsdienst organiseert een inzage in het dossier in aanwezigheid van de betrokken gezondheidszorgbeoefenaar. De omschrijving van de indiener van de klacht vormt hierbij het uitgangspunt.
- Vragen en bedenkingen van de indiener worden beantwoord na overleg met de betrokken gezondheidszorgbeoefenaar, waarbij de situatie vanuit verschillende invalshoeken wordt benaderd en afgesloten met een inhoudelijke analyse.
- In 2025 organiseerde de ombudsdienst 121 gesprekken. Het centrale doel van deze gesprekken is het bevorderen van een respectvolle dialoog, het uitklaren van misverstanden en het creëren van wederzijdse erkenning tussen de betrokken partijen. Dit leidt er in de meeste gevallen toe dat dossiers kunnen worden afgesloten met een positief gevoel voor alle betrokkenen. Afhankelijk van de inhoud van het dossier worden de betrokken gezondheidszorgbeoefenaars, de patiënt en/of diens familie, evenals de huisarts, uitgenodigd voor dit gesprek.
- Wanneer een indiener niet tevreden is over de afhandeling, reikt de ombudsdienst alternatieven aan zoals voorzien in het Koninklijk Besluit Wet patiëntenrechten, onder meer de dienst ledenverdediging van de mutualiteit of het Fonds voor Medische Ongevallen. Samen met de betrokkenen wordt nagegaan welke doorverwijzing het meest aangewezen is. Indien de ombudsdienst hiervan op de hoogte wordt gebracht, wordt ook de betrokken beroepsbeoefenaar geïnformeerd.
- Indien een indiener ontevreden is over de bemiddeling of de bemiddelaar, wordt doorverwezen naar het Agentschap Zorg en Gezondheid. Omgekeerd ontvangt de ombudsdienst ook vragen van dit agentschap met betrekking tot de klachtdossiers die door patiënten rechtstreeks bij het agentschap werden aangekaart.
- De ombudsdienst streeft in alle dossiers naar maximale transparantie ten aanzien van alle betrokken partijen.
- Elke ontvangen klacht wordt onderzocht, er wordt geen selectie gemaakt op basis van aard of inhoud.

- Incidentmeldingen waarin een mogelijke klacht of lichamelijke schade wordt geuit, worden door de dienst incidentmeldingen overgemaakt aan de ombudsdienst.
- Indien met betrekking tot hetzelfde onderwerp zowel een incidentmelding als een klacht werd ingediend, kan een gezamenlijke dossieranalyse worden uitgevoerd in samenwerking met het departement Kwaliteit en Strategie.
- Wanneer een patiënt een schadeloosstelling vraagt en het dossier na onderzoek, overleg en bemiddeling hiervoor in aanmerking komt, adviseert de ombudsdienst de betrokken beroepsbeoefenaar om aangifte te doen via de beroepsaansprakelijkheidsverzekering (BA). Op dat moment wordt het dossier door de ombudsdienst afgesloten en gebeurt verdere opvolging door de ombudsdienst enkel nog vanop afstand.
- Bij twijfel over de correcte aanpak of toepasselijke regelgeving wordt advies ingewonnen bij de bedrijfsjurist.

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

“Moeilijkheden” en oplossingen:

Voor de ombudsdienst werd een tewerkstellingspercentage van 80% voorzien. Daarnaast werd vanuit het algemeen secretariaat 80% secretariële ondersteuning toegekend. In het voorbije jaar kwam de personele omkadering, gelet op het aantal dossiers en de complexiteit van een aanzienlijk deel ervan, onder verhoogde belasting te staan. Het kwalitatief verwerken van het grote aantal dossiers vormde daarbij een belangrijke uitdaging, waardoor de doorlooptijd van dossiers regelmatig onder druk kwam te staan.

Om de kwaliteit van de dienstverlening binnen de bestaande omkadering te blijven waarborgen, bleek een gemiddelde bijkomende inzet van 7,9 uur per week door de ombudspersoon aangewezen.

Strikt genomen vallen enkel klachten met betrekking tot het laattijdig of niet afleveren van aanvragen medisch dossier onder de verantwoordelijkheid van de ombudsdienst. In de praktijk wordt de werking echter regelmatig uitgebreid met ondersteuning bij aanvragen tot inzage of afschrift van het medisch dossier. Deze bijkomende ondersteuning vergt een aanzienlijke tijdsinvestering en heeft een impact op de beschikbare capaciteit van de ombudsdienst.

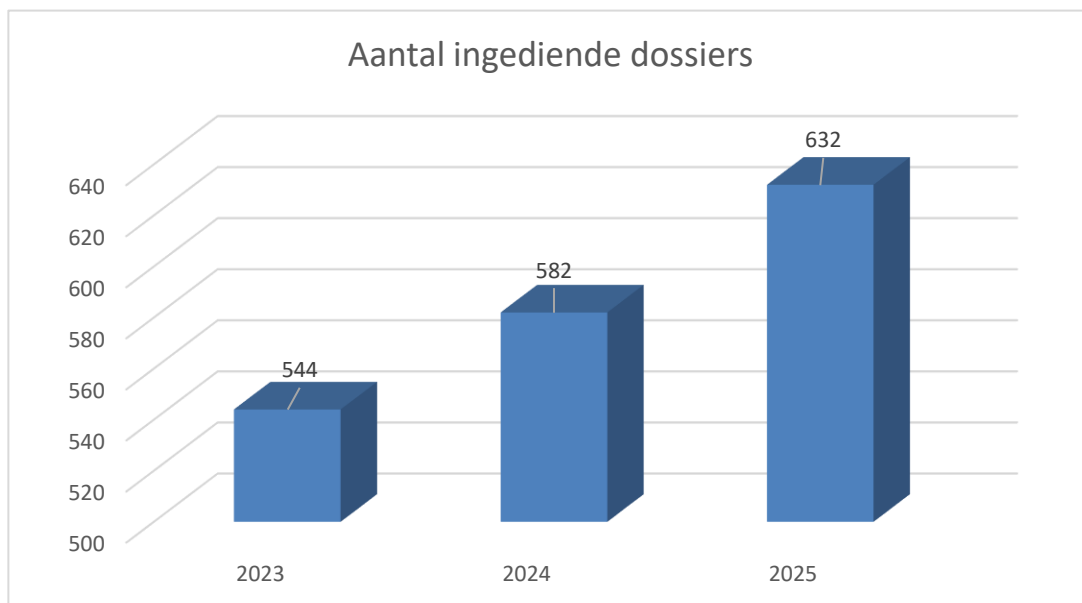
In 2025 werd geen enkele rechtszaak opgestart naar aanleiding van een klachtdossier dat door de ombudsdienst werd behandeld.

De financiële vergoeding die de overheid per ziekenhuis voorziet voor de werking van de ombudsdienst is ernstig ontoereikend. Dit knelpunt werd reeds sinds het ontstaan van de Wet betreffende de rechten van de patiënt herhaaldelijk aangekaart.

Hoewel een algemeen ziekenhuis moet voldoen aan diverse erkenningsnormen en -criteria, waaronder het uitbouwen van een ombudsdienst, staan de hiervoor voorziene middelen in geen verhouding tot de verwachtingen en vereisten.

De IFIC-normering voor de functie van ombudspersoon werd door VVOVAZ reeds meerdere jaren geleden, namens alle leden onder de aandacht gebracht. Tot op heden heeft dit echter nog niet geleid tot een bijsturing van de inschaling.

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

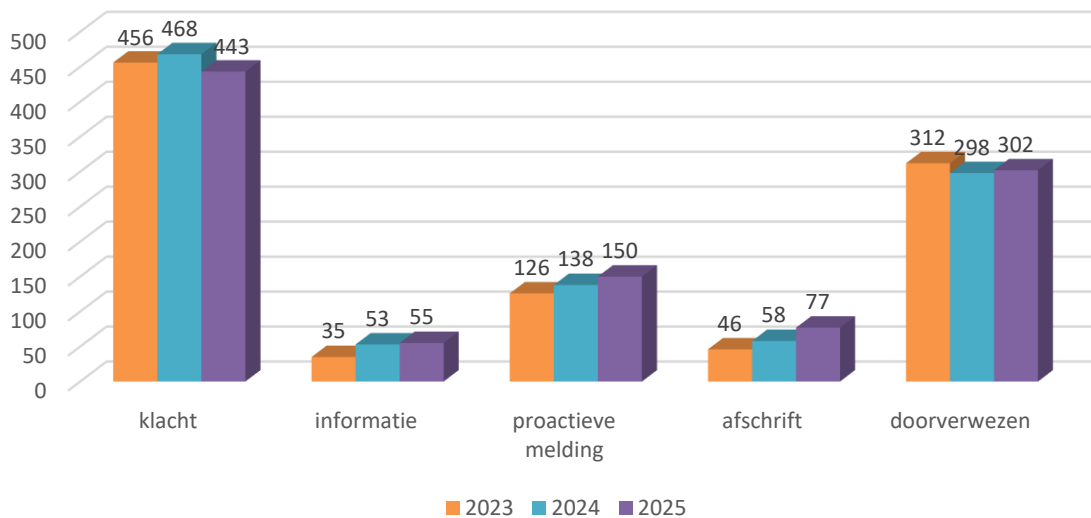


Aantal klachtendossiers	443
Aantal infodossiers	55
Aantal proactieve meldingen	150
Aantal klachtendossiers, niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	204

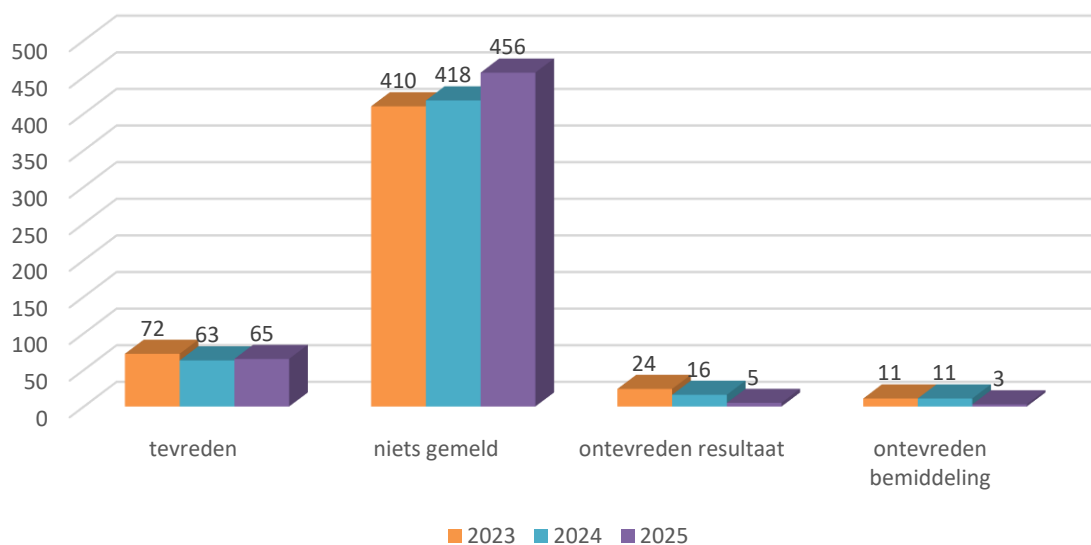
Aantal bemiddelingsgesprekken	121
Aantal aanvragen patiëntendossier	77
Aantal dossiers waar alternatieven werden aangeboden	10
Aantal 'andere'	0
Aantal rechtszaken	0
Aantal doorverwijzingen, de spreekwoordelijke brug slaan naar de gezondheidszorgbeoefenaar waarover de klacht gaat. Indien de indiener zijn onvrede niet besprak met betrokken beroepsbeoefenaar en dit alsnog wenst	302
Aantal klachten t.a.v. Rechten van de patiënt (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	253
Rechten van de patiënt	
<i>*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)).</i> <i>**Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:</i> - <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 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 een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	157
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	11
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	45
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	3
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	1
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)	20
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	10
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	8
Vermeende discriminatie	23

Vragen aan de ombudsdienst



Resultaat dat bereikt werd



In een groot aantal klachtdossiers werd een constructieve oplossing bereikt, onder meer door erkenning, terugbetaling van ereloon-supplementen of het komen tot een minnelijke schikking. Deze uitkomsten droegen bij tot het herstel van vertrouwen en vormen mijns inziens een belangrijke meerwaarde binnen het kwaliteits- en verbeterbeleid van de organisatie. Meestal resulteerde dit niet in een expliciete schriftelijke terugkoppeling van de indiener. Tijdens de bemiddelingsgesprekken stel ik doorgaans wel een duidelijke tevredenheid vast over zowel het proces als het bereikte resultaat.

Aanbevelingen **(ZH= ziekenhuis, VO= Vlaamse ombudsman)**

1. Mandaten ter ondersteuning of vertegenwoordiging van de patiënt (ZH/VO)

Patiënten kunnen zich laten bijstaan door één of meerdere vertrouwenspersonen en zich laten vertegenwoordigen door één of meerdere vertegenwoordigers. Daarnaast kunnen zorgvolmachthouders en bewindvoerders (over de persoon en/of de goederen) optreden. Sinds vorig jaar kunnen ombudsdiensten verwijzen naar vernieuwde documenten die werden uitgewerkt door de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt. De link werd toegevoegd op de website/ombudsdienst maar ook op intranet voor alle medewerkers.

[Link formulieren FOD via website AZ Sint-Maarten](#)

Wanneer een patiënt tijdelijk of blijvend wilsonbekwaam is (bijvoorbeeld bij coma of ernstige cognitieve stoornissen) en er geen vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger werd aangeduid, wordt het wettelijk cascadesysteem toegepast. In dergelijke situaties kan dit systeem afwijken van wat de patiënt zelf zou hebben gewenst, wat impact kan hebben op communicatie en besluitvorming.

Zowel behandelende teams als patiënten en hun familie zijn vaak onvoldoende vertrouwd met de verschillende mandaten en hun wettelijke implicaties. Vragen zoals wie als vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, bewindvoerder of zorgvolmachthouder kan optreden, met wie informatie mag of moet worden gedeeld, welke documenten vereist zijn en wie toegang kan krijgen tot het digitaal patiëntendossier, leiden regelmatig tot onzekerheid. Ook de voorwaarden voor het correct koppelen van deze mandaten aan het patiëntendossier zijn niet altijd duidelijk.

Er is dan ook een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt informatie over beslissingsbevoegdheid of ondersteuningsmandaten vaak versnipperd, onvolledig of niet actueel, wat kan leiden tot misverstanden, communicatieproblemen en vertragingen bij medische of ethische beslissingen.

Zorgorganisaties worden bovendien steeds vaker geconfronteerd met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuren. Dit versterkt de nood aan een betrouwbare en actuele registratie. De recente versterking van de rol van de naaste in de Wet betreffende de rechten van de patiënt onderstreept het belang van een systeem waarin de keuze van de patiënt duidelijk gekend is en rechtszekerheid wordt geboden.

Aanbevelingen:

- Een forum organiseren waardoor gezondheidszorgbeoefenaars over voldoende kennis beschikken: de verschillende mandaten en de bijhorende wettelijke bevoegdheden.
- Relevante documenten (zorgvolmacht, bewindvoering, aanduiding van vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger) zijn op een transparante, uniforme en toegankelijke wijze terug te vinden in het patiëntendossier/KWS.
- Er wordt verder ingezet op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank, zoals voorzien in de aangepaste Wet patiëntenrechten, waarin vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers op een eenduidige en veilige manier kunnen worden geregistreerd en geraadpleegd.

Sensibilisering en kennisdeling:

In het kader van kennisverwerving en bewustmaking organiseert de ombudsdienst op 20 april 2026 een *Broodje Patiëntenrechten* rond dit thema. Tijdens deze sessie wordt een praktijkcasus toegelicht door een arts binnen de organisatie, worden praktische richtlijnen aangereikt door KWS en wordt het juridisch kader verduidelijkt door een vrederechter. Dergelijke initiatieven dragen bij tot een beter begrip van de mandaten en hun toepassing in de praktijk.

Aanvullend kan het gebruik van een laagdrempelige informatieve video, waarin de verschillende begrippen en rollen duidelijk worden uitgelegd, bijdragen tot verdere sensibilisering. Door deze informatie beschikbaar te maken via schermen in wachtzalen kan ook aan patiënten en familie op een toegankelijke manier correcte informatie worden aangereikt.

2. Vroegtijdige zorgplanning (ZH)

Naar aanleiding van een aantal dossiers blijkt het ontbreken van een vroegtijdige zorgplanning (=VZP) actueel. VZP structureel verder verankeren binnen de organisatie en tijdig bespreekbaar maken met patiënten en hun naasten, niet enkel maar wel in het bijzonder bij chronische, progressieve of levensbedreigende aandoeningen.

Vroegtijdige zorgplanning draagt bij tot het expliciteren van wensen, waarden en verwachtingen van patiënten met betrekking tot toekomstige zorg, behandeling en levenseinde. Wanneer deze gesprekken tijdig plaatsvinden en goed worden gedocumenteerd, ontstaat er meer duidelijkheid voor zowel patiënten, familieleden als zorgverleners.

Ik stel vast dat het ontbreken of laattijdig voeren van gesprekken over zorgdoelen en behandelgrenzen regelmatig aanleiding geeft tot misverstanden, spanningen of klachten.

In dergelijke situaties blijkt vaak dat verwachtingen onvoldoende werden afgestemd of dat beslissingen als onverwacht of onvoldoende toegelicht werden ervaren.

Door vroegtijdige zorgplanning actief te stimuleren:

- wordt de autonomie van de patiënt versterkt
- wordt de communicatie met familie en vertegenwoordigers ondersteund
- krijgen zorgverleners een duidelijker kader om beslissingen te nemen in complexe of acute situaties
- kan het risico op conflicten, klachten en escalaties worden verminderd

Aanbevelingen:

Blijvend investeren in

- sensibilisering van zorgverleners rond het belang van VZP
- ondersteuning en vorming in het voeren van deze gesprekken
- duidelijke registratie en toegankelijkheid van gemaakte afspraken in KWS en dit ziekenhuis breed kenbaar maken.
- een consequente afstemming tussen ziekenhuis, huisarts en andere betrokken zorgactoren.

Tijdens het avondcolloquium "*Zorgen binnen diverse waarden. Inzichten vanuit de cultuursensitieve benadering*" op 5 februari jl. benadrukte prof. dr. Hakki Demirkapu, huisarts, CRA en praktijkopleider in Brussel, het belang van vroegtijdige zorgplanning. Hoewel dit thema werd belicht vanuit een cultuur sensitieve invalshoek, is vroegtijdige zorgplanning van belang voor elke patiënt, ongeacht culturele of levensbeschouwelijke achtergrond.

3. Financiële informatie aan patiënten (ZH/VO)

De ombudsdienst ontvangt ook het afgelopen jaar, meldingen waaruit blijkt dat patiënten de perceptie hebben dat er onvoldoende of niet transparant wordt gecommuniceerd over de kostprijs van behandelingen en zorgverlening. In deze dossiers wijkt het uiteindelijk te betalen bedrag af van de verwachtingen van de patiënt, wat aanleiding kan geven tot ontevredenheid of klachten.

De organisatie heeft de voorbije jaren belangrijke inspanningen geleverd om patiënten correct te informeren, onder meer via de website en door het aanbieden van kostenramingen. In een periode van vijf weken ontving de dienst debiteuren in totaal slechts 36 aanvragen voor kostenramingen, afkomstig van patiënten, artsen, het onthaal en medische secretariaten. Ondanks deze inspanningen blijkt het voor patiënten niet altijd evident om zelf alle relevante prijsinformatie te verzamelen of correct te interpreteren.

Ook voor gezondheidszorgbeoefenaars is het niet steeds eenvoudig om een duidelijk overzicht te hebben van de kostprijs en terugbetaalbaarheid van bepaalde handelingen, onderzoeken of materialen. Het gebruik van specifieke insputingen, het voorschrijven van bepaalde medicatie of het aanvragen van onderzoeken die comfort bieden of diagnostisch noodzakelijk zijn maar niet worden terugbetaald, zijn hier voorbeelden van. Daarnaast blijft het bespreken van kostprijsinformatie tijdens een raadpleging voor sommige zorgverleners een drempel.

Een gebrek aan tijdige en begrijpelijke financiële informatie kan ertoe leiden dat patiënten pas achteraf geconfronteerd worden met onverwachte kosten, wat het vertrouwen onder druk zet en het zorgtraject negatief kan beïnvloeden.

De Wet betreffende de rechten van de patiënt voorziet expliciet het recht op informatie over de kostprijs van zorg. Financiële informatie maakt integraal deel uit van een transparant en patiëntgericht zorgtraject. Tijdige en duidelijke communicatie over mogelijke kosten werkt drempelverlagend, ondersteunt de geïnformeerde toestemming en draagt bij tot realistische verwachtingen bij patiënten en hun naasten.

Aanbevelingen:

- Blijvend inzetten op duidelijke, toegankelijke en begrijpelijke informatie over de kostprijs van zorg, als vast onderdeel van het zorgtraject.
- Zorgverleners ondersteunen en sensibiliseren om, waar mogelijk, financiële aspecten bespreekbaar te maken tijdens het zorgcontact, zeker bij ingrijpende of niet-terugbetaalde handelingen.
- Patiënten actief aanmoedigen om vragen te stellen over de financiële impact van hun zorg en hen stimuleren om gebruik te maken van kostenramingen vóór het geven van toestemming voor behandelingen.
- De bestaande mogelijkheden tot (individuele) kostenramingen, zorgvuldig uitgebouwd – mede op aanbeveling van de ombudsdienst – verder bekendmaken en laagdrempelig houden.

Klachten in verband met financiële aspecten kunnen worden voorkomen wanneer patiënten tijdig de weg vinden naar kostenramingen en vooraf inzicht krijgen in de mogelijke financiële gevolgen van hun zorgtraject.

4. Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving(ZH/VO)

Patiënten hebben recht op inzage in hun patiëntengegevens en kunnen een afschrift van hun dossier opvragen. Via verschillende digitale platformen hebben zij bovendien rechtstreeks toegang tot medische verslagen. Deze evolutie verhoogt de transparantie van de zorgverlening, maar gaat ook gepaard met hogere verwachtingen bij patiënten.

Zij kunnen opvolgen welke onderzoeken en behandelingen hebben plaatsgevonden en nemen kennis van wat en hoe zorgverleners verslag uitbrengen.

Deze toegankelijkheid is een belangrijke stap in het versterken van geïnformeerde besluitvorming en gelijkwaardige betrokkenheid van de patiënt in het zorgproces. Tegelijkertijd blijkt uit klachten en meldingen dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of niet-relevante niet-medische informatie, of interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren.

De vragen die hierbij naar voren komen raken aan verschillende rechten en verantwoordelijkheden, zoals het recht op informatie, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, het beroepsgeheim en het gebruik van het patiëntendossier als communicatiemiddel tussen zorgverleners. Deze elementen vragen om een zorgvuldige afweging binnen het kader van kwaliteitsvolle zorg.

In dit verband stellen patiënten onder meer vragen over:

- De toegangsrechten van zorgverleners tot het patiëntendossier en de mogelijkheid om bepaalde zorgverleners uit te sluiten van inzage
- Het herhaaldelijk overnemen van informatie uit eerdere verslagen, waardoor een actuele en objectieve benadering van de zorgvraag in het gedrang kan komen
- Het automatisch kopiëren van ziektegeschiedenissen zonder kritische herbeoordeling kan ertoe leiden dat niet-relevante of verouderde informatie blijft doorwerken in de zorgverlening. Nochtans heeft elk patiëntencontact recht op een actuele, zorgvuldige en objectieve benadering, afgestemd op de concrete zorgvraag op dat moment
- Een geregistreerde ouder-kind relatie: Ervan uitgaande dat een ouder met een geregistreerde ouder-kind relatie inzage heeft in het dossier tot de leeftijd van 15 jaar. Hier is in KWS geen verdere verfijning mogelijk. Ook al is er sprake van interpretatie over de leeftijdsgrens van 15 jaar: *"Ook minderjarigen kunnen zich beroepen op het grondrecht tot eerbiediging van hun privéleven. Alleen wanneer de minderjarige onvoldoende maturiteit vertoont, hebben de ouders het recht om zonder overleg kennis te nemen van vertrouwelijke gegevens over hun kind met het oog op het nemen van bepaalde beslissingen in het belang van het kind"*. In KWS kan men uitzonderingen – 14-jarige vraagt anticonceptie – niet operationaliseren.

Aanbevelingen:

- Beperk verslaggeving tot relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties op een neutrale en professionele manier. Vermijd subjectieve interpretaties, persoonlijke meningen of taalgebruik dat als stigmatiserend kan worden ervaren.
- Een oplossing voor de geregistreerde ouder-kind relatie in KWS

- Actualiseer elk verslag zorgvuldig.
Ga bij het opstellen van nieuwe verslagen na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- Stem de inhoud af op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig samen met de patiënt en verifieer of eerder genoteerde informatie nog correct en actueel is.
- Blijvend investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden. Permanente vorming is essentieel om zorgverleners te ondersteunen in hun complexe taken en om kwaliteitsvolle, mensgerichte zorg te blijven garanderen. Thema's zoals wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging, omgaan met familieconflicten en het beroepsgeheim komen regelmatig terug in klachtdossiers en vragen om een degelijke en actuele basiskennis.

Het opleidingsaanbod voor gezondheidszorgbeoefenaars, secretariaten en onthaal kan verder worden versterkt met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden, waaronder:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden
- omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- conflictpreventie en de-escalatie
- communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- gesprekstechnieken voor patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden, zoals cognitieve beperkingen of taalbarrières.

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties wordt niet alleen de kwaliteit van de verslaggeving en zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie.

5. Gebruik van artificiële intelligentie bij het indienen van klachten ZH/VO)

De ombudsdienst stelt vast dat steeds meer patiënten gebruikmaken van door artificiële intelligentie (AI) gegenereerde teksten bij het indienen van klachten of meldingen. Dit kan de drempel verlagen om een hulpvraag te formuleren en ondersteuning te zoeken. Tegelijkertijd brengt deze evolutie ook nieuwe aandachtspunten met zich mee.

In de praktijk blijkt dat AI-gegenereerde informatie niet altijd correct, accuraat of afgestemd is op de concrete situatie. Klachtomschrijvingen bevatten soms onnauwkeurigheden, juridisch onjuiste interpretaties of een complex taalgebruik dat niet overeenstemt met de feitelijke context. Hierdoor benaderen patiënten de ombudsdienst regelmatig met verwachtingen die niet aansluiten bij de rol, bevoegdheden of werkwijze van de ombudsdienst. In sommige casussen verliep de communicatie sterk gestandaardiseerd en repetitief, waardoor het soms moeilijk was om tot een heldere dialoog en concrete afstemming van de verwachtingen te komen.

Aangezien de klachtbehandeling steeds vertrekt vanuit de vraag en verwachting van de patiënt, vraagt het bijkomende inspanningen om deze verwachtingen te verduidelijken en bij te sturen. Het correct kaderen van de rol van de ombudsdienst en het herformuleren van de kern van de hulpvraag is in deze dossiers vaak noodzakelijk.

De ombudsdienst blijft daarom inzetten op dialoog met patiënten, met als doel de onderliggende vraag, bezorgdheid en verwachtingen helder te krijgen. Deze aanpak maakt het mogelijk om klachten op een zorgvuldige en realistische manier te behandelen, los van de vorm waarin zij aanvankelijk werden aangebracht.

6. Patiëntenparticipatie versterken (ZH)

Patiëntenparticipatie staat hoog op de beleidsagenda's van zorginstellingen en zorgnetwerken. Tegelijkertijd blijft de concrete invulling ervan in de dagelijkse praktijk vaak onduidelijk. Een eerste stap bestaat erin om zowel patiënten als medewerkers te bevragen over wat vandaag goed loopt en waar knelpunten worden ervaren. Het luisteren naar deze ervaringen en het effectief omgaan met deze signalen vormt een essentiële basis voor verdere verbetering.

Authentieke verhalen, onder meer via storytelling, kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Ze maken zichtbaar dat de verwachtingen van patiënten en die van zorgverleners doorgaans sterk overeenkomen. Zorgverleners streven in de eerste plaats naar het bieden van goede en kwalitatieve zorg. De uitdaging ligt vooral in het wegwerken van organisatorische, communicatieve of structurele obstakels die een klantgerichte en motiverende aanpak bemoeilijken. Door zowel naar de noden van patiënten en familie als naar die van medewerkers te luisteren, kunnen deze drempels gerichter worden aangepakt.

Patiëntenparticipatie betekent meedenken en meedoen. De inbreng van patiënten en hun naasten, gebaseerd op hun noden, ervaringen en ideeën, is waardevol en verrijkend om te reflecteren over de zorgverlening en deze verder vorm te geven. Klachten en spanningen ontstaan niet zelden vanuit een gevoel van onvoldoende betrokkenheid bij beslissingen, gebrekkige informatie of het ontbreken van ruimte om vragen en bezorgdheden te bespreken. In verschillende dossiers blijkt dat patiënten en hun naasten zich onvoldoende gehoord of meegenomen voelen in het zorgproces, ook wanneer de verleende zorg inhoudelijk correct was.

Vanuit het perspectief van de ombudsdienst zien we dat patiëntenparticipatie bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Waar patiënten actief worden betrokken, goed geïnformeerd zijn over keuzes en hun perspectief kunnen delen, verloopt de communicatie doorgaans vlotter en is de kans op misverstanden, ontevredenheid of klachten kleiner. Patiëntenparticipatie sluit nauw aan bij de Wet betreffende de rechten van de patiënt en draagt bij tot transparantie, wederzijds vertrouwen en gedeelde verantwoordelijkheid.

Een structurele inzet op patiëntenparticipatie:

- versterkt de autonomie en betrokkenheid van de patiënt
- verbetert de kwaliteit van communicatie en informatieverstrekking
- draagt bij tot realistische verwachtingen
- heeft een preventieve werking op het ontstaan van klachten en conflicten

In oktober 2025 werd tijdens een *Broodje Patiëntenparticipatie* met als thema "*Navigeren door de zorg: een moeder als patiënt-expert en gids*" een ervaringsdeskundige aan het woord gelaten. Aan de hand van haar ervaringen als moeder van een ernstig ziek kind, illustreerde zij op een concrete en herkenbare manier hoe patiënten en familieleden een actieve rol kunnen opnemen en welke meerwaarde dit biedt voor de zorgverlening.

Aanbeveling:

Structureel verankeren binnen de organisatie, zowel op individueel zorgniveau als op organisatieniveau. Dit houdt onder meer in:

- het actief betrekken van patiënten en hun naasten bij beslissingen over het zorgtraject
- het creëren van ruimte voor vragen, bedenkingen en voorkeuren
- het duidelijk informeren over mogelijkheden, beperkingen en alternatieven
- het meenemen van patiëntenervaringen als input voor kwaliteitsverbetering.

Patiëntenparticipatie vraagt daarbij niet alleen aandacht op formele overlegmomenten, maar ook in de dagelijkse praktijk van zorgverlening en communicatie, als vast onderdeel van patiëntgerichte zorg.

7. Helikopterzicht bij acute opnames (ZH)

Regelmatig terugkerende meldingen over spoedeisende of andere drukke diensten waar steeds een heikel punt naar voor komt. De voorgeschiedenis van een patiënt met alle relevante zaken staan niet op één plaats, maar wel in verschillende brieven, verschillende specialisten, verschillende data, over verschillende jaren verspreid. In een acute situatie is het erg moeilijk om de voorgeschiedenis van een patiënt bij elkaar te sprokkelen. In een aantal casussen werden hierdoor belangrijke zaken over het hoofd gezien. Is er een oplossing voor dit probleem? Kan er gewerkt worden met een alert? Een probleemlijst? Ook aangepaste thuismedicatie wordt vaak niet overgenomen en kan zo tot problemen leiden.

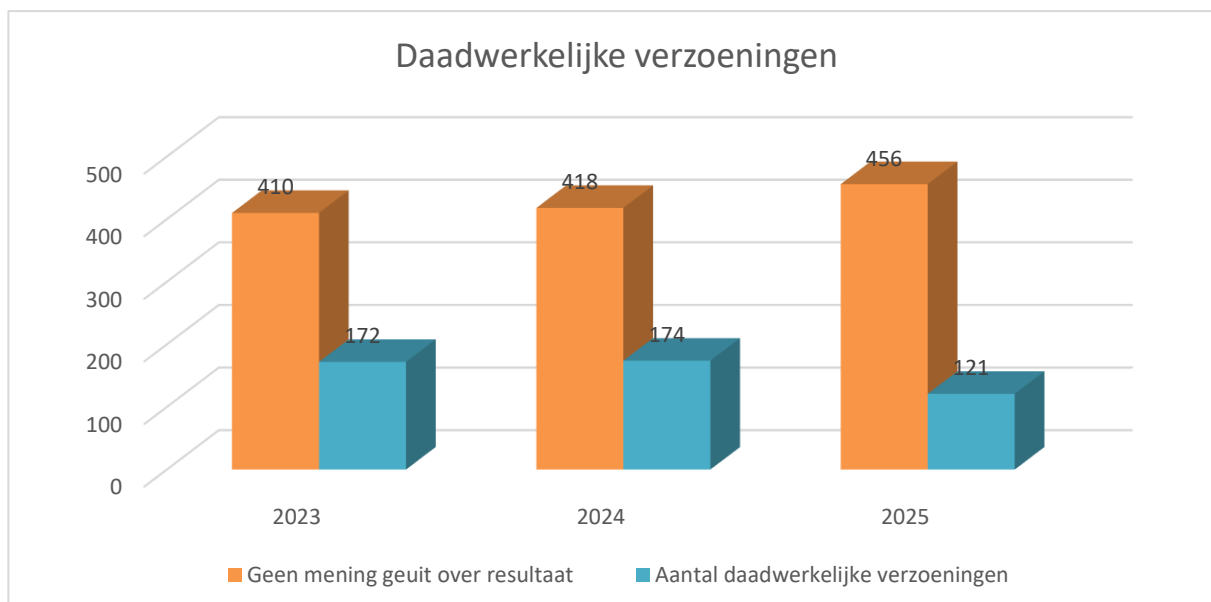
Verzoeningsresultaten

Een belangrijk aantal klachtdossiers wordt na bemiddeling schriftelijk afgerond. In de praktijk ontvangt de ombudsdienst vooral feedback wanneer de patiënt of diens familie niet akkoord gaat met de analyse of ontevreden is over de gevolgde bemiddeling. Sporadisch wordt ook via telefoon of e-mail waardering geuit voor de inspanningen van de ombudsdienst of voor het bereikte resultaat.

Het blijft jaarlijks moeilijk om het aantal daadwerkelijke verzoeningen dat het rechtstreekse gevolg is van bemiddeling, kwantitatief te duiden. In 2025 vonden 121 bemiddelingsgesprekken plaats, die overwegend constructief verliepen. Tijdens deze gesprekken werd ruimte gecreëerd voor dialoog, verduidelijking en uitwisseling van perspectieven, waarbij misverstanden konden worden besproken en opgehelderd. Tijdens de bemiddelingsgesprekken wordt doorgaans wel appreciatie uitgesproken voor de geboden ondersteuning en de gevolgde aanpak.

De ombudsdienst zet verschillende bemiddelingsvormen en instrumenten in, zoals gezamenlijke gesprekken met alle betrokkenen, pendelbemiddeling, gerichte informatieverstrekking, het kaderen van een vermeende fout als een medische complicatie, doorverwijzing naar de beroepsaansprakelijkheidsverzekering of het faciliteren van een minnelijke schikking. Deze aanpak kan patiënten en hun familie ondersteunen bij het verwerken en afsluiten van ingrijpende gebeurtenissen.

In een groot aantal dossiers werd wederzijds begrip bereikt, werd een oplossing aangereikt, een terugbetaling uitgevoerd of een consensus gevonden, niet altijd expliciet appreciatie uitgesproken over de bemiddeling op zich.



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

Het jaarverslag van de ombudsdienst wordt jaarlijks voorgesteld aan de directie en het bestuurscomité en via het intranet beschikbaar gesteld voor alle medewerkers. Daarnaast ontvangen de raad van bestuur, de directie en de medische raad het jaarverslag persoonlijk. De ombudsdienst licht het jaarverslag mondeling toe aan het bestuurscomité, de directie en de medische diensthoofden. Naar aanleiding van deze toelichting ontvangt de ombudsdienst stevast persoonlijke reacties, voornamelijk van artsen, directieleden, stafmedewerkers en leidinggevenden.

De aanbevelingen van de ombudsdienst werden het voorbije jaar structureel besproken met de directie Kwaliteit & Strategie tijdens een maandelijkse briefing. Tijdens deze overlegmomenten wordt zowel de stand van zaken als de wijze waarop aanbevelingen worden uitgewerkt systematisch overlopen. Dit zorgt voor een duidelijke opvolging en verankering van aanbevelingen binnen het bredere kwaliteits- en verbeterbeleid van de organisatie.

Ik stel vast dat aanbevelingen in de regel constructief worden onthaald door de betrokken diensten en beleidsniveaus. Waar mogelijk leiden zij tot concrete bijstellingen, zoals het verduidelijken van procedures, het aanpassen van werkafspraken of het versterken van communicatie en informatieverstrekking aan patiënten en hun naasten. Niet alle aanbevelingen kunnen onmiddellijk worden geïmplementeerd, en worden meegenomen in lopende of toekomstige verbetertrajecten. Door aanbevelingen op basis van structurele verbeteringen en de implementatie hiervan, blijft de behandeling van klachten niet beperkt tot het individuele dossier, maar kunnen signalen ook breder worden meegenomen in de werking van de organisatie en kan aandacht worden besteed aan terugkerende aandachtspunten.

Terugblik en vooruitblik 2026

De thema's die in dit jaarverslag aan bod komen, staan niet los van elkaar. Vroegtijdige zorgplanning, patiëntenparticipatie, communicatie, verslaggeving, financiële transparantie en de omgang met mandaten en vertegenwoordiging beïnvloeden elkaar voortdurend. Samen bepalen zij in grote mate hoe patiënten en hun familie de zorg ervaren.

Uit de dossiers en contacten van het voorbije jaar blijkt dat klachten en meldingen zelden één duidelijke oorzaak hebben. Vaak gaat het om een samenloop van factoren en omstandigheden.

Verwachtingen die niet werden uitgesproken, tijdsgebrek en daardoor minder aandacht voor communicatie, informatie die onduidelijk bleef of patiënten en naasten die zich onvoldoende betrokken voelden. Waar er tijdig ruimte was voor overleg en toelichting, konden spanningen meestal worden beperkt.

Op basis van de ervaringen van de voorbije jaren en de aard van de klachten, contacten en gesprekken blijkt dat investeren in dialoog, transparantie en betrokkenheid een duidelijke preventieve werking heeft. Wanneer patiënten en hun naasten zich gehoord voelen en waar zorgverleners voldoende ondersteuning krijgen om ook moeilijke gesprekken aan te gaan, ontstaat meer wederzijds begrip en neemt de kans op escalatie af. De ombudsdienst blijft hierin een laagdrempelig aanspreekpunt en kan een verbindende rol spelen tussen patiënt, familie, gezondheidszorgbeoefenaar en organisatie.

Ook in 2026 blijf ik inzetten op deze aanpak. De focus ligt daarbij op het verder versterken van patiëntenparticipatie, vroegtijdige zorgplanning, duidelijke afspraken rond rollen en mandaten en ondersteuning van zorgverleners in communicatie en verslaggeving. Daarnaast vragen ontwikkelingen, zoals het toenemend gebruik van artificiële intelligentie bij het indienen van klachten, extra aandacht voor verwachtingen en een duidelijke afbakening van de rol van de ombudsdienst.

De ombudsdienst blijft signalen en aanbevelingen terugkoppelen naar de organisatie, met behoud van en respect voor haar onafhankelijke positie. Op die manier hoop ik dat de ombudswerking kan blijven bijdragen aan kwaliteitsverbetering, reflectie en een zorgcultuur waarin openheid, dialoog en wederzijds respect centraal staan.

Aan het begin van het **interne** jaarverslag verwijs ik naar de gedachte "*Zonder woorden verliest handelen zijn betekenis*" vrije parafrase van Hannah Arendt. De gedachte komt uit *The Human Condition*. De verhalen die we hoorden, tonen aan dat een dialoog niet alles oplost, maar wel verschil maakt. In vrijwel elk dossier dat de ombudsdienst bereikt, speelt communicatie een doorslaggevende rol. Niet zelden ligt de oorsprong van onvrede, escalatie of klacht niet in het handelen zelf, maar in hoe dat handelen werd uitgelegd, afgestemd of beleefd. Communicatie is geen bijkomend aspect, maar het dragende element van zorgrelaties.

In het werk van het afgelopen jaar is die gedachte voor mij telkens opnieuw concreet geworden. In elk dossier, in elk gesprek, in elk moment waarop iemand zich gehoord - of net niet gehoord - voelde.

Tot slot, het voorbije jaar vroeg veel: een stijgend aantal dossiers, complexe vragen, een voortdurend veranderende context maar ook de organisatie van de inhoudelijke Broodjessessies rond de middagpauze. Mijn oprechte dank gaat uit naar mijn collega's voor hun grote inzet en voortdurende ondersteuning. De vele dossiers op een kwaliteitsvolle manier behandelen zou zonder deze onmisbare secretariële en administratieve ondersteuning rond elk klachtendossier eenvoudigweg niet mogelijk zijn.

Ook het voorbije jaar hebben we samen laten zien dat we wendbaar en veerkrachtig zijn in een dynamische werkomgeving, en dat we, ondanks het stijgende aantal dossiers, blijven inzetten op zorgvuldigheid en betrokkenheid.

Met grote waardering kijk ik terug op deze samenwerking. Ze vormt voor mij de basis om dit werk te blijven doen zoals het bedoeld is: met aandacht voor woorden, voor mensen en voor wat zorg menselijk maakt.

Huishoudelijk Reglement Klachten		Werkafspraken
 Sint-Maarten algemeen ziekenhuis emmaüs	Inhoudelijk goedkeurder	Caroline Canters
	Geldig vanaf	23/12/2024
	Referentie	AZSTM-002347
	Versie	4.0

Inhoud

2.1	Klacht	2
2.1.1	Informe klacht.....	2
2.1.2	Formele klacht	2
2.2	Ombudsfunctionaris	2
2.3	Klachtenbemiddeling.....	2
2.4	De medewerker binnen en buiten de ziekenhuiscontext.....	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	6
3.6.1.1	Wie kan een klacht indienen?.....	6
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.....	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 en GDPR	8
3.9.1	Klachtencommissie rapportering directie.....	9
3.9.2	Rapportering aan betrokkene/ gezondheidszorgbeoefenaar	9
3.9.3	Jaarverslag	9
4.1	Ombudsfunctionaris.....	10
4.2	Directie	10
4.3	Alle medewerkers.....	11

1 Toepassingsgebied

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

Wie moet deze werkafspraken toepassen?

Is dit een geprinte versie?

Dan is die enkel geldig als ze overeenstemt met de elektronische versie op QDMS.

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. Deze procedure geldt voor alle diensten, medewerkers inclusief artsen werkzaam in het AZ Sint Maarten. Hierna de gezondheidszorgbeoefenaar.

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

Er wordt een onderscheid gemaakt 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 gezondheidszorgbeoefenaar niet overstijgt. Deze klacht wordt geuit op het werkdomein via de betrokken gezondheidszorgbeoefenaar. 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, mogelijke oplossing kan de ombudsfunctionaris "een brug slaan" tussen de indiener en de gezondheidszorgbeoefenaar.

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 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 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 de patiënt en de gezondheidszorgbeoefenaar of de betrokken medewerker, 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" medewerker of gezondheidszorgbeoefenaar, in het ziekenhuis.

2.4 De medewerker binnen en buiten de ziekenhuiscontext

- De medewerker: Dit zijn alle medewerkers, de gezondheidszorgbeoefenaars inclusief artsen, stagairs en vrijwilligers 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 (WPR) van 22 augustus 2002 heeft de patiënt het recht een klacht neer te leggen bij de ombudsfunctie. De ombudsfunctie fungeert als centraal aanspreekpunt in het ziekenhuis.

De WPR voorziet eveneens het recht op afschrift of inzage, een indirecte inzage na overlijden. Voor de formaliteiten verwijs ik naar de procedure op de website van AZSTM/ombudsdienst.

**Begin februari keurde het parlement een update goed aan de bestaande wet patiëntenrechten. De 'Wet van 6/02/2024 tot wijziging van de wet van 22/08/2002 betreffende de rechten van de patiënt en tot wijziging van bepalingen inzake rechten van de patiënt in andere wetten inzake gezondheid' werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en trad in werking op 4 maart 2024.*

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
- De ombudsdienst bevindt zich op route 116

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

(Telefonische)Permanentie:

- Maandag 9.00 tot 16.00
- Dinsdag 9.30 tot 16.00
- Donderdag 9.30 tot 16.00
- Vrijdag 9.30 tot 16.00

Buiten deze openingsuren is een gesprek mogelijk na afspraak.

Tijdens een verlofperiode of afwezigheid van de ombudsfunctionaris wordt de beller automatisch doorverbonden naar een voicemailbericht. Indien men duidelijk een naam en telefoonnummer inspreekt, wordt er bij terugkomst, contact opgenomen met de betrokkene. De voicemail vermeldt een telefoonnummer dat tijdens afwezigheid ombudsfunctionaris 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.

Er wordt bij ontvangst van een klacht steeds een onderscheid gemaakt tussen klachten met betrekking tot de wet op de patiëntenrechten en klachten met betrekking tot varia-onderwerpen (Technisch, facilitair). Elke klacht wordt geregistreerd in Zenya, geanalyseerd, opgevolgd en teruggekoppeld. Zie 3.6. voor de procedure. De varia dossiers worden door de medewerker die de ombudsdienst secretariael ondersteunt, onderzocht. De ombudsfunctionaris is eindverantwoordelijke. Voor elk ontvangen dossier wordt na registratie, een ontvangstbericht verstuurd.

3.3 Bekendmaking ombudsdienst

Het huishoudelijk reglement is beschikbaar voor inzage:

- Voor de patiënt, de medewerker, de gezondheidszorgbeoefenaar en iedere belangstellende.
- QDMS voor de gezondheidszorgbeoefenaar.
- Via de website van het ziekenhuis.
- Op expliciete vraag van iedere belanghebbende.

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 [Onthaalbrochure meerdaagse opname](#) welke overhandigd wordt bij een meerdaagse opname, bevat eveneens een link naar de ombudsdienst.

3.4 Opdrachten van de ombudsdienst

- Het **in ontvangst nemen** van klachten (mondeling/schriftelijk)
- Het **registreren en analyseren** 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 en 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 de gezondheidszorgbeoefenaar (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 medisch directeur 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 van louter factuur-technische aard.

Deze worden afgehandeld door of 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 en verwijzende artsen kunnen klachten formuleren. Ook de gezondheidszorgbeoefenaar of medewerker kan op een proactieve wijze 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 gericht aan het A.Z. St. Maarten, t.a.v. Ombudsdienst, Liersesteenweg 435, 2800 Mechelen.
- Via folder ombudsdienst.
- Via formulier op de website
- 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 op dat moment 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.
- De ombudsfunctionaris kan eveneens een spreekwoordelijke brug slaan tussen indiener en medewerker.

3.6.2.2 Afhandelen van een formele klacht

- Bij ontvangst van een klacht worden gegevens geregistreerd. Het secretariaat van de ombudsdienst registreert op 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.
- 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 doorlooptijd per dossier bedraagt maximaal 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

3.6.3.1 Klachten als signaalfunctie

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

- Er wordt een kopie van de formele klacht doorgegeven aan de betrokken gezondheidszorgbeoefenaar, eventueel via de eenheidsverantwoordelijke indien niet duidelijk is over welke gezondheidszorgbeoefenaar het gaat, met vraag naar een standpunt van de rechtstreeks betrokkene.
- 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 verwacht dat de betrokken gezondheidszorgbeoefenaar of medewerker 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 gezondheidszorgbeoefenaar of medewerker, eventueel via de verantwoordelijke met een vraag naar een standpunt van de rechtstreeks betrokkene.
- 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.
- De betrokken beroepsbeoefenaar zal, eventueel samen met de verantwoordelijke, het probleem onderzoeken en toelichten. Een analyse wordt opgemaakt op basis van objectieve gegevens.
- Wanneer er bij bepaalde klachten een duidelijke behoefte bestaat aan informatie, uitleg of wanneer communicatieproblemen aan de oorsprong van de klacht liggen, organiseert de ombudsfunctionaris een gesprek met de verschillende betrokken "partijen": gezondheidszorgbeoefenaar(s), familie, patiënt en/of huisarts.
- 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 overheid, 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 of structureel herhaalde 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 instaan voor verdere rapportering aan de directie en alle medewerkers en gezondheidszorgbeoefenaars, door een jaarverslag op te stellen.

3.9 Privacy en GDPR

De patiënt of de indiener van de klacht namens de patiënt, dient bij aanvang van de klacht d.m.v. een standaard formulier uitdrukkelijk 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. Toestemming kan ook gebeuren door het indienen van een schriftelijk verslag van de gebeurtenis met een expliciete vraag tot nader onderzoek en geformuleerde verwachtingen. Persoonsgegevens worden geregistreerd in een beveiligd klachtenregistratiesysteem dat enkel toegankelijk is voor de ombudsfunctionaris en de rechtstreekse secretariaatsmedewerkers.

Verordening GDPR

Artikel 13 Te verstrekken informatie wanneer persoonsgegevens bij de betrokkene worden verzameld

1. Wanneer persoonsgegevens betreffende een betrokkene bij die persoon worden verzameld, verstrekt de verwerkingsverantwoordelijke de betrokkene bij de verkrijging van de persoonsgegevens al de volgende informatie:

- a) de identiteit en de contactgegevens van de verwerkingsverantwoordelijke en, in voorkomend geval, van de vertegenwoordiger van de verwerkingsverantwoordelijke.
- b) in voorkomend geval, de contactgegevens van de functionaris voor gegevensbescherming.
- c) de verwerkingsdoeleinden waarvoor de persoonsgegevens zijn bestemd, alsook de rechtsgrond voor de verwerking; 4.5.2016 L 119/40 Publicatieblad van de Europese Unie NL.

d) de gerechtvaardigde belangen van de verwerkingsverantwoordelijke of van een derde, indien de verwerking op artikel 6, lid 1, punt f), is gebaseerd.

d) in voorkomend geval, de ontvangers of categorieën van ontvangers van de persoonsgegevens.

e) in voorkomend geval, dat de verwerkingsverantwoordelijke het voornemen heeft de persoonsgegevens door te geven aan een derde land of een internationale organisatie.

2. Naast de in lid 1 bedoelde informatie verstrekt de verwerkingsverantwoordelijke de betrokkene bij de verkrijging van de persoonsgegevens de volgende aanvullende informatie om een behoorlijke en transparante verwerking te waarborgen:

a) de periode gedurende welke de persoonsgegevens zullen worden opgeslagen, of indien dat niet mogelijk is, de criteria ter bepaling van die termijn.

b) dat de betrokkene het recht heeft de verwerkingsverantwoordelijke te verzoeken om inzage van en rectificatie of wissing van de persoonsgegevens of beperking van de hem betreffende verwerking, alsmede het recht tegen de verwerking bezwaar te maken en het recht op gegevensoverdraagbaarheid.

c) wanneer de verwerking op artikel 6, lid 1, punt a), of artikel 9, lid 2, punt a), is gebaseerd, dat de betrokkene het recht heeft de toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan.

d) dat de betrokkene het recht heeft klacht in te dienen bij een toezichthoudende autoriteit.

e) of de verstrekking van persoonsgegevens een wettelijke of contractuele verplichting is dan wel een noodzakelijke voorwaarde om een overeenkomst te sluiten, en of de betrokkene verplicht is de persoonsgegevens te verstrekken en wat de mogelijke gevolgen zijn wanneer deze gegevens niet worden verstrekt.

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. Op deze wijze kunnen er direct aanbevelingen geformuleerd worden. De klachten worden geanonimiseerd tenzij op verzoek van de indiener, de directie geïnformeerd moet worden. De, voor de ombudsfunctionaris relevante meldingen, worden toegelicht en het verloop van de afhandeling van de dossiers wordt besproken. De vertegenwoordiging van de verschillende departementen creëert een breder draagvlak voor de ombudsdienst met garantie voor een onpartijdige beoordeling van de dossiers.

3.9.2 Rapportering aan betrokkene/ gezondheidszorgbeoefenaar

Bij elke klacht wordt een kopie van de klacht en een kopie van een eventueel schriftelijk antwoord aan de betrokken werknemer of gezondheidszorgbeoefenaar overhandigd.

Deze 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. Het interne jaarverslag wordt uiterlijk 30 april van het daaropvolgende kalenderjaar bezorgd aan:

De beheerder, de hoofdgeneesheer, de directie en de medische raad van het ziekenhuis.

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

Ik verwijs hiervoor naar Art. 16/1, ingevoegd door de wet van 06/02/24. De ombudsdienst heeft 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 analyseren en bemiddelen.

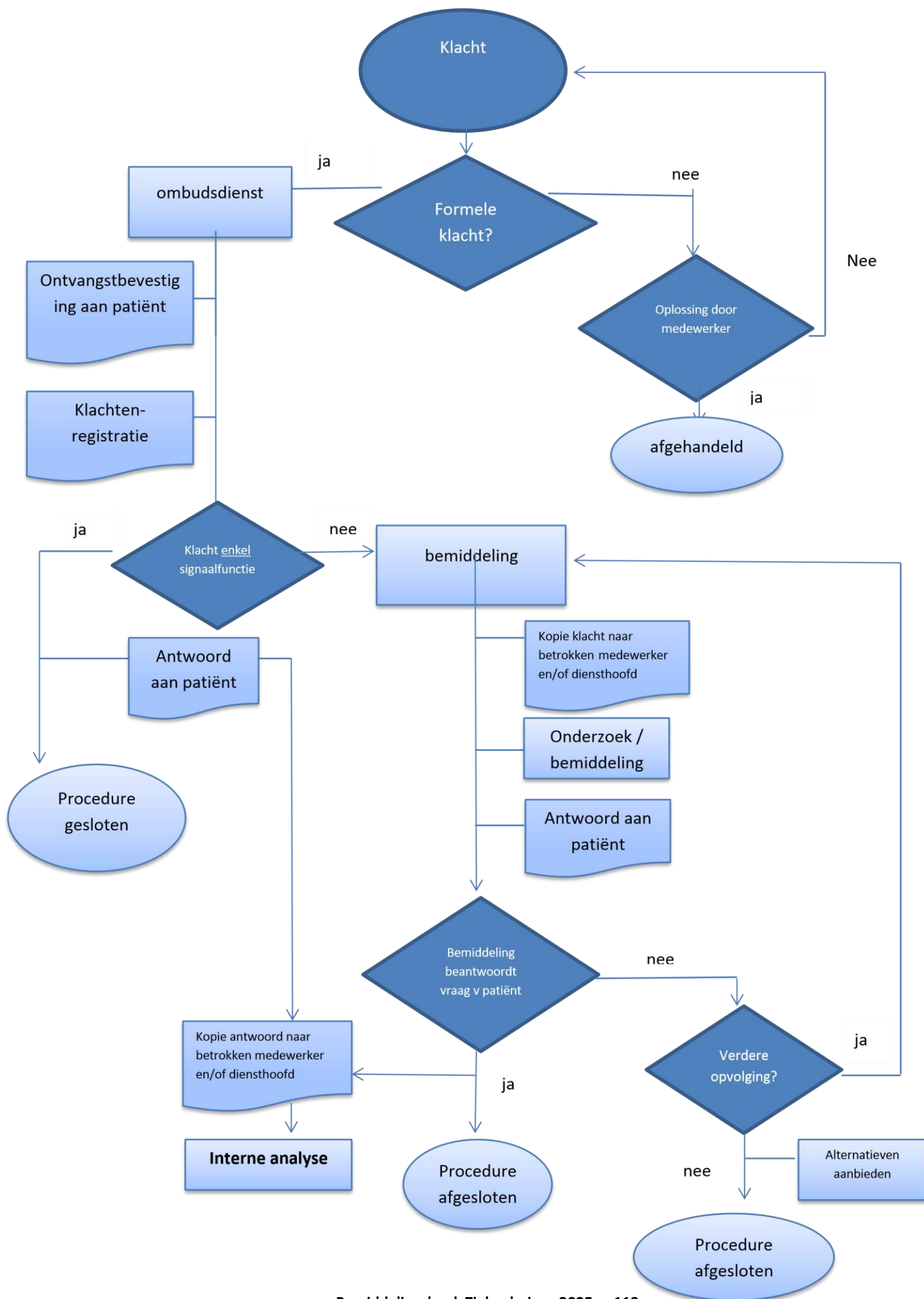
5 Referenties

- 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)].
- Artikel 13 De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG - Verordening 2016/679). Daarnaast is er uiteraard ook de wet van 30/07/2018 over de bescherming van natuurlijke personen m.b.t. de verwerking van persoonsgegevens.
- De 'Wet van 6/02/2024 tot wijziging van de wet van 22/08/2002 betreffende de rechten van de patiënt en tot wijziging van bepalingen inzake rechten van de patiënt in andere wetten inzake gezondheid' werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en trad in werking op 4 maart 2024.

6 Documentatie/Bijlages

- "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
- Verordening GDPR Artikel 13.
- "Belgisch staatsblad" 'Wet van 6/02/2024 tot wijziging van de wet van 22/08/2002 betreffende de rechten van de patiënt en tot wijziging van bepalingen inzake rechten van de patiënt in andere wetten inzake gezondheid' trad in werking op 4 maart 2024.
- Formulier toestemming: aan te vragen via procedure documentenbeheer: [Formulier \(specimen\)](#)

** Het AZ Sint Maarten is een vestigingseenheid van vzw Emmaüs met zetel te 2800 Mechelen Edgard Tinellaan 1C – ondernemingsnr. 0411.515.075, RPR Antwerpen, afdeling Mechelen.*



Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudspersoon
KALENDERJAAR 2025

(Op te sturen naar jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1/01/2025 – 31/12/2025

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 erkende bedden	431 hospitalisatie en 62 dagziekenhuis
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)	Jan Broeckx
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	22/04/2021

Bestaffing	1 FTE
Lokalisatie dienst	Ringlaan 15 9990 Eeklo
Registratiesysteem	DMS Zenya (Infoland)
Huishoudelijk reglement; <i>(waar te raadplegen)</i>	Ja, bij de ombudsdienst, op de website, aan het onthaal, op het intranet, in het document management systeem
Vormingen i. k .v. bemiddeling	Jan Broeckx: Basisopleiding bemiddeling (MEDIV)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Symposium van de Federale ombudsdienst in samenwerking met VVOVAZ en AMIS - Almaar beter - Netwerkevent - Netwerk Klachtenmanagement - Een kijkje achter de schermen van cma - Omgaan met verbale agressie - beZIN in zorg editie 2025: 'De gestreste samenleving' - Interculturele werkplek - EHBO
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 klachten op administratief- financieel en organisatorisch vlak, alsook klachten over technische en facilitaire aspecten.

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

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

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u> • 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten • Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hierin niet weergegeven	
Aantal klachtendossiers	462
Aantal infodossiers	15
Aantal proactieve dossiers	23
Aantal opvragingen patiëntendossier via ombudsdienst	2

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

Opmerkingen:

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

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	134
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	47
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	11
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	12
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	6
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	244

Aard van de oplossing en verzoeningsresultaten	
Informatie	44 %
Luisterend oor / Opvang	18 %
Signaal	14 %
Bemiddeling	1 %
Oplossing	4 %
Financieel akkoord	16 %
Voorval zonder schade	0 %
Andere	3 %

In 68 % van de gevallen wordt een verzoening gerealiseerd tussen de partijen door bemiddeling: o.a. door de partijen rond tafel te brengen, pendelbemiddeling, informatie uitwisseling, het bereiken van een oplossing en het tot stand brengen van een financieel akkoord.

Aanbevelingen

Volgende **aanbevelingen** worden geformuleerd **naar het ziekenhuis**:

- Aandacht voor het realiseren van financiële transparantie
- Aandacht voor het goed communiceren met patiënt en familie
- Aandacht voor het welbevinden van de zorgverstrekkers en medewerkers

Jaarverslag van ombudsdienst (naam ziekenhuis invullen)
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)

KALENDERJAAR 2025

Re istratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025
Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Woonzorg- en revalidatie De Dennen.
Adres	Nooitrust 18 — 2390 MALLE
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	046
Type (AZ, UZ,	Algemeen ziekenhuis-Sp psychogeriatric.
Aantal bedden	38
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Adriaenssen Chris
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/01/2013
Bestaffing	1

Lokalisatie dienst	Nooitrust 18 - 2390 MALLE
Registratiesysteem	Eigen registratiesysteem.
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Bureel ombudsdienst.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	
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;..)	Klachtenbemiddeling.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Luisteren naar de verschillende partijen die betrokken zijn bij de klacht. Proberen bemiddelen en zo tot een besluit of compromis komen zodat alle partijen met een goed gevoel eindigen.

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
Vooral luisteren, overleggen, besluiten.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
Soms positief, soms negatief. Afhandeling binnen de organisatie.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Aantal klachtendossiers	1
Aantal infodossiers	
Aantal pro actieve dossiers	
Aantal opvragingen patiëntendossier	

Aantal 'andere'	
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	1
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 SI)	
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 52)	
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 53)	
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	
Recht op pijnbestrijding (Art. IIbis)	

Tabellen/grafieken; klachtenratio:
1
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

Aanbevelingen
/

Verzoeningsresultaten
1



Jaarverslag 2025

Ombudsdienst

Inhoud

1. Instellingsgebonden informatie	3
2. De ombudsdienst van het AZ Sint-Jan Brugge AV	3
2.1. Samenstelling	3
2.2. Bereikbaarheid	3
2.3. Werking ombudsdienst AZ Sint-Jan Brugge AV	4
3. Meldingen bij de ombudsdienst in 2025	5
3.1. Grafiek evolutie van het aantal klachtendossiers en infodossiers door de jaren heen	6
4. Klachtendossiers 2025	7
4.1. Verhouding Wet Rechten van de Patiënt (WRP/niet WRP)	7
4.2. Aantal klachten waarin de rechten van de patiënt als geschonden werden ervaren: 535 (in 513 klachtendossiers)	7
4.3. Klachtenbeeld: waarover gaat de klacht?	9
4.4. De behandeling van de klachten	10
4.4.1 VERWACHTING VAN DE KLAGER/AANBRENGER	10
4.4.2 VERZOENINGSRESULTAAT	11
4.4.3 DOORLOOPTIJD VAN EEN KLACHTENDOSSIER	12
5. Aanbevelingen	14
6. Positieve evoluties	17

1. Instellingsgebonden informatie

- Naam van de zorginstelling: AZ Sint-Jan Brugge AV
- Adres: Ruddershove 10, 8000 Brugge
- Gewest: Vlaams Gewest
- Erkenningsnummer: 049
- Type (AZ, UZ, PZ,...): Algemeen Ziekenhuis
- Aantal bedden: 886
- Aantal campussen:
 - Campus Sint-Jan (SJ), Ruddershove 10, 8000 Brugge
 - Campus SFX, Spaanse Loskaai 1, 8000 Brugge

2. De ombudsdienst van het AZ Sint-Jan Brugge AV

2.1. Samenstelling

- Verantwoordelijke Ombudsdienst/Ombudspersoon:
Ruth Schepmans (sinds 05/07/2010) 0.8 FTE
- Ombudspersoon:
Kim Laperre (sinds 01/03/2024) 0.8 FTE
- Administratief medewerker ombudsdienst:
Sabine Wyffels (sinds 15/11/2010) 1 FTE

2.2. Bereikbaarheid

De bestaffing van de ombudsdienst laat ons toe om **alle weekdays** ter beschikking te zijn van 09.00 tot 12.00 u. en van 14.00 u. tot 16.30 u.

De ombudsdienst is tijdens de openingsuren bereikbaar op het telefoonnummer **050 45 20 41**.

Per mail kan je de ombudsdienst bereiken via **ombudsdienst@azsintjan.be**.

Klachten of vragen kunnen tijdens een persoonlijk onderhoud, telefonisch, via mail of per brief gemeld worden. Ook via het contactformulier op de website van het ziekenhuis kan men klachten melden.

De ombudsdienst bevindt zich voor beide campussen op **campus Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge, route 020**.

Bij afwezigheid van de ombudspersonen verzekert de administratief medewerker de continuïteit voor de registratie van meldingen. Bij afwezigheid en buiten de kantooruren vermeldt het antwoordapparaat wanneer de dienst bereikbaar is.

Informatie 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 in de wachtzaal van elke polikliniek.

De ombudspersonen geven aan (nieuwe) medewerkers opleidings- en informatiesessies over de patiëntenrechten en de ombudsfunctie in het ziekenhuis.

2.3. Werking ombudsdienst AZ Sint-Jan Brugge AV

De ombudsdienst in het ziekenhuis vindt zijn bestaan in de **wet “Rechten van de patiënt”** van 22 augustus 2002, gewijzigd in de wet van 6 februari 2024. 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.”

De opdracht van de ombudsdienst in het AZ Sint-Jan Brugge is echter **ruimer** opgevat dan de strikt wettelijke opdracht. De ombudsdienst stelt zich **laagdrempelig** op en fungeert als aanspreekpunt voor alle klachten van patiënten.

Het KB van 8 juli 2003 beschrijft de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen.

De ombudspersoon is in de uitoefening van zijn opdracht gebonden door het beroepsgeheim en stelt zich neutraal en onafhankelijk op. Bovendien is de bemiddeling vertrouwelijk en mogen de documenten en communicatie niet gebruikt worden buiten de context van de bemiddeling.

Meer informatie over de werking en procedure van de ombudsdienst vindt men in het **huishoudelijk reglement** van de ombudsdienst.

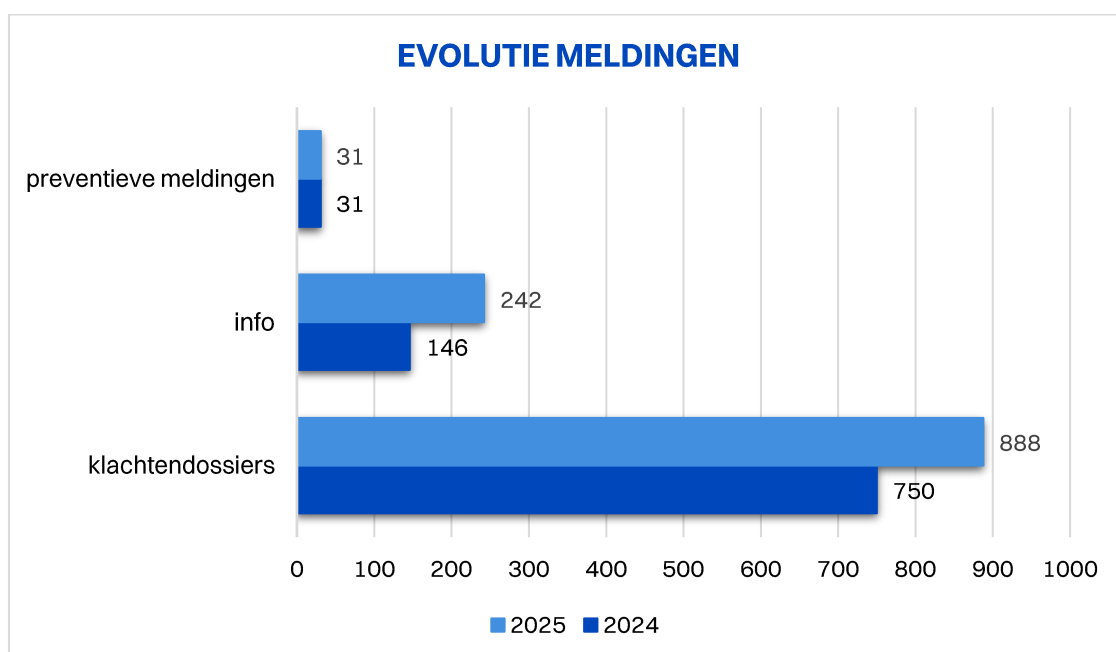
REGISTRATIESYSTEEM

De klachten worden geregistreerd in een elektronisch registratiedocument dat is opgesteld naar analogie van de registratiehandleiding uitgewerkt door VVOVAZ (Vlaamse beroepsVereniging van Ombudsfuncties Van Alle Zorgvoorzieningen), dat door vrijwel alle Vlaamse ziekenhuizen wordt gebruikt. De verhalen en verwachtingen die patiënten/melders ons brengen zijn vaak niet strikt in te delen in de verschillende categorieën van het registratiesysteem waardoor dit dus steeds een interpretatie van de ombudspersoon inhoudt. Wij streven er echter naar om zo uniform mogelijk en aan de hand van de registratiehandleiding te registreren.

3. Meldingen bij de ombudsdienst in 2025

Bij het presenteren van cijfers over klachten binnen het ziekenhuis is het belangrijk om deze cijfers in de juiste context te plaatsen. Klachten en hun aantallen zijn geen betrouwbare indicator van de kwaliteit van zorg of dienstverlening. Aantallen zeggen immers niets over de gegrondheid van een klacht of over de inhoudelijke ernst van een klacht. Sommige diensten zijn van nature gevoeliger voor het aantal klachten bijvoorbeeld door grote turnover. Daarnaast heeft ook de bekendheid en beschikbaarheid van een ombudsfunctie impact op het aantal klachten.

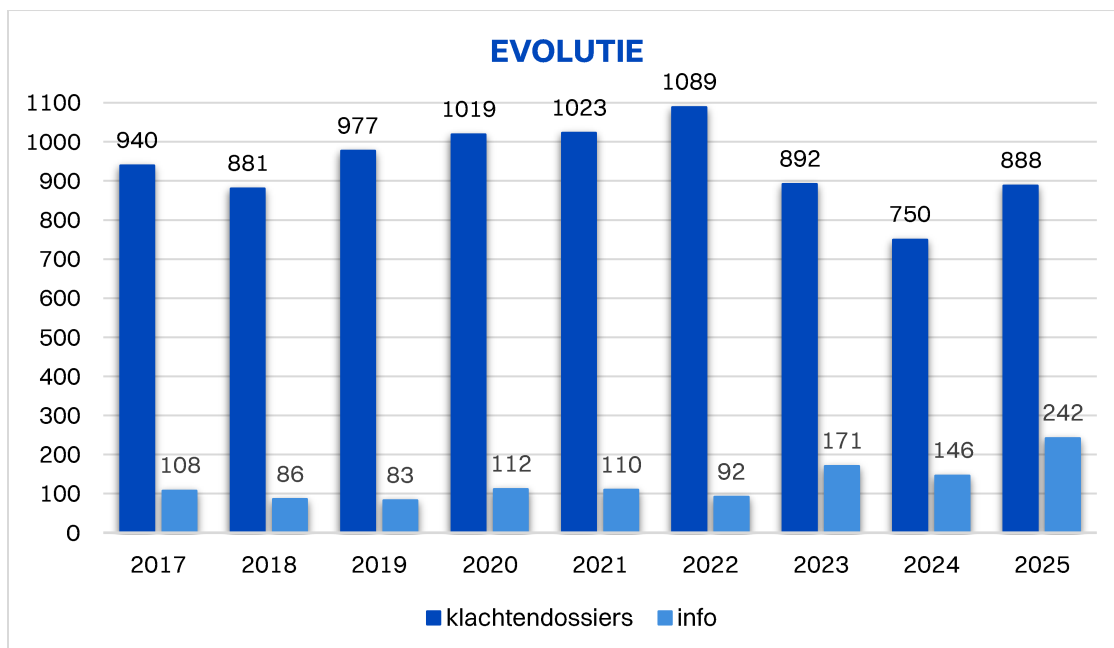
In 2025 werden in **totaal 1161** meldingen geregistreerd bij de ombudsdienst. Dit is een aanzienlijke stijging tegenover vorig jaar. Zowel het aantal **klachtendossiers (888)**, als het aantal vragen om **informatie (242)**, nam toe.



Het merendeel van de vragen naar **informatie** gaan over **inzage/afschrift** van het patiëntendossier. Ook adviesvragen, vaak van interne zorgverleners of medewerkers, over **patiëntenrechten** of **vertegenwoordiging** van de patiënt komen geregeld voor.

Infodossiers	242 meldingen
Inzage/Afschrift patiëntendossier	101
Adviesvragen over patiëntenrechten en mandaten	50
Vragen omtrent ziekenhuisfacturatie & BA-verzekering	20
Andere specifieke vragen of verzoeken	64
Waardering/complimenten voor de gezondheidszorgbeoefenaar	7

3.1. Grafiek evolutie van het aantal klachtendossiers en infodossiers door de jaren heen



4. Klachtendossiers 2025

4.1. Verhouding Wet Rechten van de Patiënt (WRP/niet WRP)

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 niet gerespecteerd werd(en) (WRP) t.o.v. de klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt (geen WRP).

Klachtendossiers 2025	Totaal	
	aantal	%
WRP	513	57,8
Geen WRP	375	42,2
Totaal	888	100,0

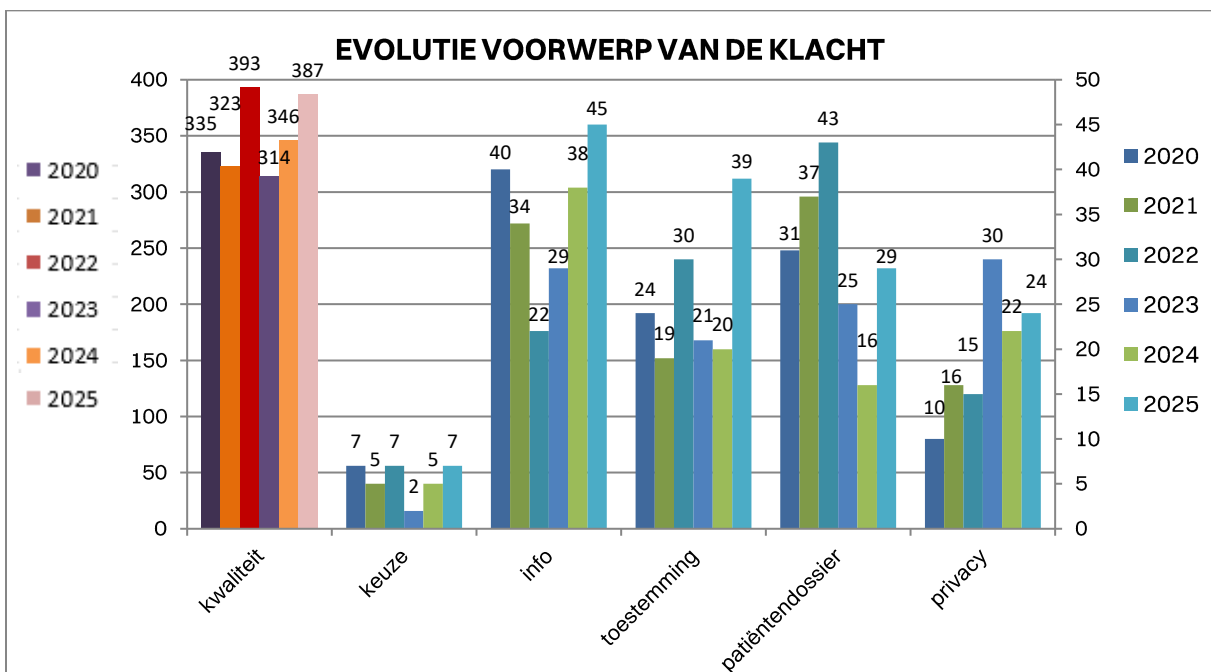
Er zijn in verhouding **meer dossiers over WRP gerelateerde klachten** (58%) dan dossiers over niet-WRP gerelateerde klachten “varia” (42%).

4.2. Aantal klachten waarin de rechten van de patiënt als geschonden werden ervaren: 535 (in 513 klachtendossiers)

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>	387
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	7
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	45
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>	39

- 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.	
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	21
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	6
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	24
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	4

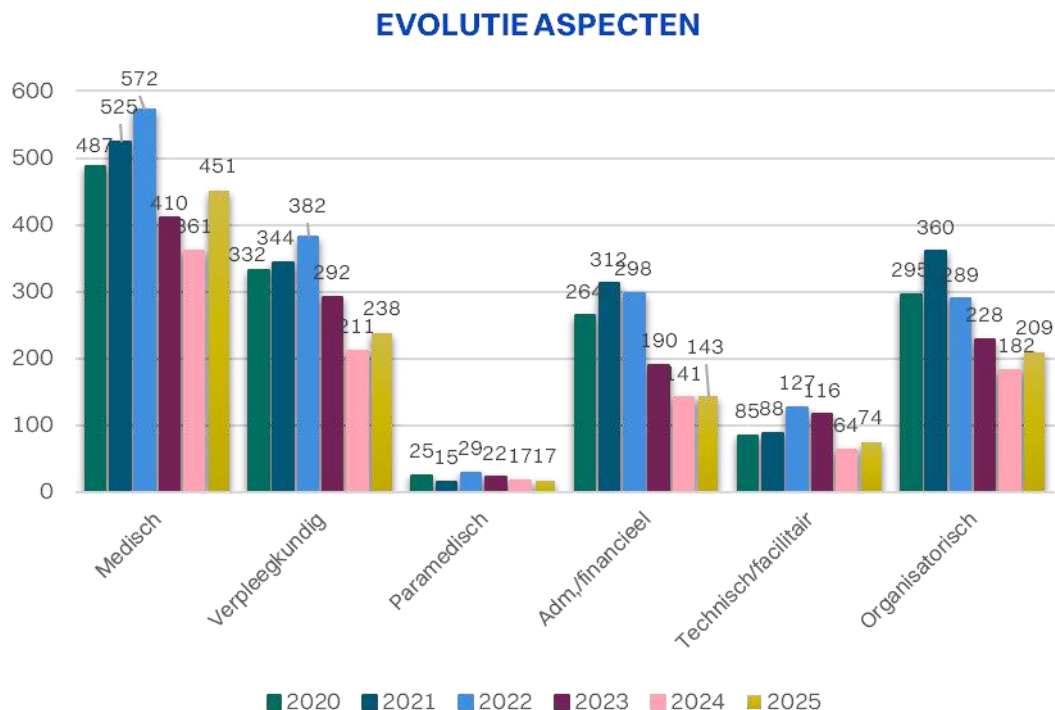


* Er werd voor "kwaliteit" een andere schaal gebruikt om de leesbaarheid van de grafiek te verhogen. Links de waarden voor "kwaliteit", rechts de waarden voor de andere rechten.

- De grootste **stijging** van het aantal klachten rond de rechten van de patiënt gaat over het **recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, recht op informatie en geïnformeerde toestemming**, en rechten i.v.m. het **patiëntendossier**.

4.3. Klachtenbeeld: waarover gaat de klacht?

- De klachten die in de ombudsdienst gemeld worden, worden **genoteerd en geregistreerd zoals ze geformuleerd of gepercipieerd worden door de patiënt of aanbrengrer**.
- 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.



- In 2025 waren er in totaal **1132** geregistreerde klachten.
- **62%** van de klachten gaat over (medische, verpleegkundige of paramedische) **zorgverlening**.
- De stijging van het aantal klachten is het grootste bij de **medische aspecten** (+90). Deze klachten gaan voornamelijk over de **behandeling, informatieverstrekking** en **verslaggeving**.
- De verpleegkundige en organisatorische klachten kennen beiden een stijging van 27 meldingen. Voor de **verpleegkundige aspecten** gaat dit voornamelijk over de **verzorging** en **bejegening**. Ook klachten rond **privacy** zijn gestegen. Voor de **organisatorische aspecten** is er een sterke stijging van klachten over de **afsprakenregeling** (moeilijk of niet verkrijgen van een afspraak). Het aantal klachten over verloren voorwerpen is verder gedaald.
- De administratief/financiële klachten zijn in aantal ongeveer gelijk gebleven, maar het aandeel klachten over **onvriendelijke communicatiestijl** zijn in verhouding gestegen.

4.4. De behandeling van de klachten

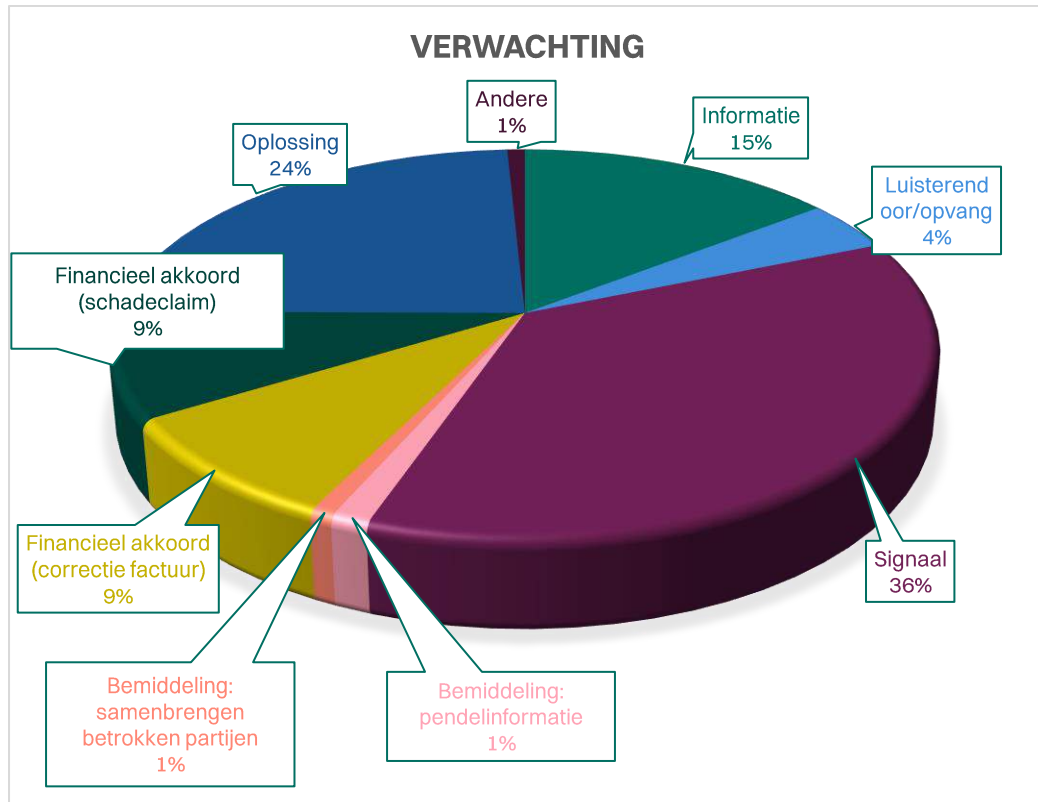
4.4.1 VERWACHTING VAN DE KLAGER/AANBRENGER

Bij de ontvangst van een klacht wordt er steeds gepeild naar **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. Dit samen bepaalt de te nemen acties en verdere opvolging.

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**.

Onderstaand overzicht toont de **registratie van de verwachtingen** van de aanmelder na het eerste contact. Deze cijfergegevens zeggen dus niets over de effectieve uitkomst van het dossier. Bvb: 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 klager/aanbrenger	2024		2025	
	aantal	%	aantal	%
Informatie (ifv herstel communicatie/relatie)	167	21,7	130	14,6
Luisterend oor/opvang	41	5,3	37	4,2
Signaal	243	31,6	326	36,6
Bemiddeling: pendelinformatie	21	2,7	12	1,3
Bemiddeling: samenbrengen betrokken partijen	7	0,9	7	0,8
Financieel akkoord (correctie factuur)	76	9,9	79	8,9
Financieel akkoord (schadeclaim)	58	7,5	78	8,8
Oplossing	141	18,3	215	24,1
Andere	16	2,1	7	0,8
Totaal	770	100,0	891	100,0



- **36%** van de patiënten wil een **signaal** geven dat iets niet goed loopt met de verwachting dat er een **verbetering** komt in de toekomst. De patiënt is hierbij overtuigd dat er iets niet goed is verlopen en verwacht dat er gevolg aan gegeven wordt.
- **24%** contacteert ons met de verwachting een concrete **oplossing** voor hun individueel probleem te krijgen.
- **18%** van de klagers verwacht één of andere vorm van **financiële regeling**.
- Slechts **2%** van de klagers vraagt bij aanmelden van de klacht een **bemiddeling**.

4.4.2 VERZOENINGSRESULTAAT

Vanuit de Vlaamse Ombudsdienst wordt er gevraagd om uitdrukkelijk te communiceren over het aantal **verzoeningsresultaten** vanuit de methodiek van bemiddeling. Maar 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.
- De ombudspersonen WRP moeten “streven naar een **aanvaardbaar antwoord** voor alle betrokken partijen”. Of de patiënt het antwoord al dan niet aanvaardt, bepaalt volgens ons wél of er van verzoening sprake kan zijn.

- Ombudspersonen dienen dus **zelf een afweging** te maken of hun tussenkomst al dan niet een verzoeningsresultaat heeft teweeg gebracht. Dit houdt een zekere mate van **interpretatie** en variabiliteit in.

In 2025 werd **568 (64%)** keer geregistreerd dat er sprake was van een **verzoening**. 310 (35%) keer werd aangeduid dat er geen verzoening was. In de andere dossiers (1%) werd er niets geregistreerd omdat de ombudspersoon de inschatting (nog) niet kon maken.

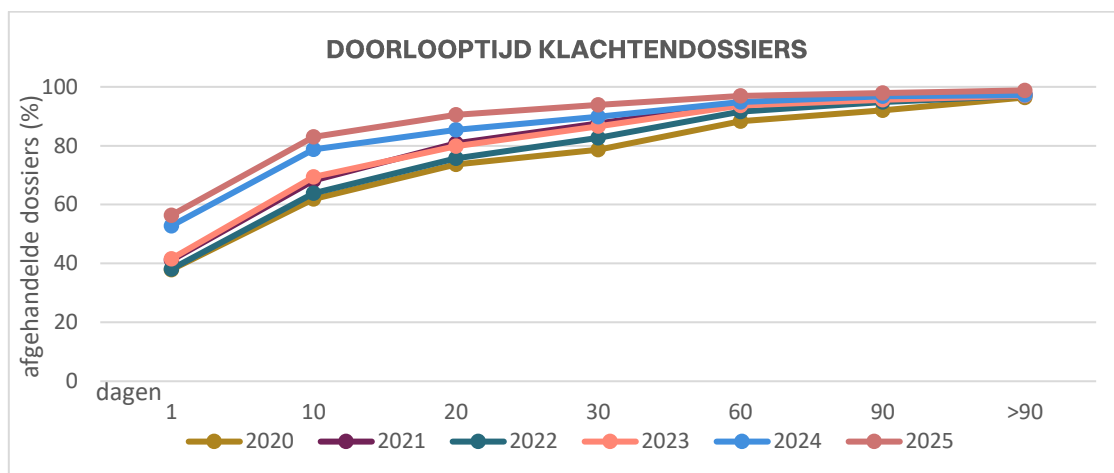
4.4.3 DOORLOOPTIJD VAN EEN KLACHTENDOSSIER

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

De doorlooptijd van een klacht varieert, afhankelijk van de mate waarin verschillende betrokkenen en factoren in kaart moeten worden gebracht. De afhandeling van klachten vraagt tijd, zeker wanneer er sprake is van complexe situaties met veel betrokkenen, juridische vragen, of wanneer er opzoekwerk uit patiëntendossiers nodig is.

Doorlooptijd dossiers	Totaal	
	aantal	%
1 dag	501	56,4
2-10 dagen	236	26,6
11-20 dagen	67	7,5
21-30 dagen	30	3,4
31-60 dagen	27	3,0
61-90 dagen	9	1,0
Meer dan 90 dagen	8	0,9
Nog lopende dossiers	10	1,1
Totaal	888	100,0

- **94%** van de dossiers werden **binnen de maand** afgehandeld.
- **98%** van de dossiers werden **binnen de drie maanden** afgehandeld.
- Eind 2025 zijn er nog **10 openstaande dossiers**.



5. Aanbevelingen

Vanuit de meldingen van patiënten in 2025 en de globale aanbevelingen die we door VVOVAZ aangereikt krijgen, doen we graag volgende aanbevelingen aan het ziekenhuis en/of de overheid.

1. Overleg met, en informeer de patiënt.

We stellen een toename vast van klachten over een gebrek aan informatie en overleg met patiënten. Patiënten geven aan dat beslissingen over hun zorg soms worden genomen zonder voldoende uitleg of zonder dat zij hierbij betrokken worden. De contacten voor gespreksvoering worden door patiënten en vertegenwoordigers als te beperkt ervaren. Sprekende voorbeelden zijn het niet zien van de arts voor de ingreep of het onderzoek, pas in het operatiekwartier op de hoogte gesteld worden van het type anesthesie er zal gebruikt worden, vaststellen dat er een DNR beperking werd ingesteld via het lezen van het hospitalisatieverslag, ontvangst van hoge facturen voor niet-terugbetaalde zorg waarover men niet geïnformeerd werd, enz.

Aanbeveling:

Ga systematisch in overleg met de patiënt en zorg voor duidelijke, begrijpelijke en tijdige informatie. Voorzie meer tijd en aandacht aan de dialoog, zodat de patiënt vragen kan stellen en actief kan deelnemen aan beslissingen over zijn of haar zorg. Ga na of de patiënt de informatie correct begrepen heeft door dit expliciet te vragen. Het instellen of aanpassen van een beperkende DNR-codering mag niet gebeuren zonder dit te bespreken met de patiënt of diens vertegenwoordiger. Stimuleer een partnerschap tussen patiënt en zorgverlener, gebaseerd op wederzijds respect en transparantie. Zet het gesprek met de patiënt centraal en stem de communicatie af op maat van de patiënt. Ook praktische hulpmiddelen, zoals een bord in de kamer met de naam van de verpleegkundige van dienst, kunnen de communicatie en betrokkenheid van de patiënt verder ondersteunen.

2. Aanwezigheid van vertrouwenspersoon bij de patiënt: “Partner in zorg?”

Sinds de wijziging van de patiëntenrechten in 2024 kregen naast van de patiënt een grotere rol en nabijheid toebedeeld. In de ziekenhuispraktijk blijkt deze evolutie echter nog onvoldoende verankerd. Naast ervaren dat zij te weinig betrokken worden bij het zorgproces en dat hun aanwezigheid vaak beperkt blijft tot vaste bezoekmomenten. Hierdoor kunnen zij de patiënt minder ondersteunen, zowel emotioneel als praktisch. Daarnaast gaat waardevolle informatie verloren, zeker wanneer patiënten zelf kwetsbaar zijn of niet alle informatie kunnen onthouden of doorgeven, wat aanleiding geeft tot klachten. Zorgverleners besteden op dit moment veel tijd aan ad hoc vragen naar informatie van naasten.

Aanbeveling:

Versterk de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon of familielid via het concept van de “partner in de zorg”. Erken deze partner als een actieve schakel in de zorgverlening, met aandacht voor duidelijke afspraken over rollen en verantwoordelijkheden. Maak aanwezigheid mogelijk, ook buiten de reguliere bezoeken, wanneer dit het welzijn en de veiligheid van de patiënt ten goede komt.

De aanwezigheid van een partner in de zorg ondersteunt de patiënt en zorgt ervoor dat belangrijke informatie beter wordt begrepen en opgevolgd. Dit zou ook het aantal latere vragen en bijkomende contactmomenten met familieleden verminderen, wat een tijdswinst oplevert voor zorgverleners. Zo ontstaat een win-winsituatie.

3. Vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten en derden die zich melden als gemandateerd om op te treden voor of in plaats van de patiënt. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Er is nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Aanbeveling:

Er wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

4. Zorgvuldige en kwalitatieve verslaggeving in het dossier

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende.

Aanbeveling:

Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.

Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling!

Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn.

5. Wachtlijsten en versterking eerstelijnszorg

Door beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops bij huisartsen, maar ook toenemende wachtlijsten of het beperken tot supergespecialiseerde zorg voor bepaalde disciplines in de ziekenhuizen, vinden patiënten moeilijker tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Aanbeveling:

Het is daarom belangrijk om dit probleem ook op federaal niveau te agenderen en in te zetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert te zijn voor de realiteit van wachttijden en moeilijkheden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.

6. Bejegening door secretariaten

Patiënten geven aan dat zij zich bij contacten met secretariaten soms autoritair, onvriendelijk of veroordelend aangesproken voelen. Hoewel de werkdruk en complexe administratieve processen binnen het ziekenhuis erkend worden, mogen deze omstandigheden geen aanleiding vormen tot een onprofessionele bejegening. Voor patiënten is het secretariaat vaak het eerste en meest frequente contactpunt met het ziekenhuis, waardoor deze interacties sterk bepalend zijn voor hun totale zorgervaring. De basishouding dat de dienstverlening van het ziekenhuis ten dienste staat van de patiënt lijkt niet altijd voldoende aanwezig.

Aanbeveling:

Zorg voor een respectvolle, klantgerichte en empathische communicatie van administratieve medewerkers. Voorzie bijvoorbeeld duidelijke, rustige en begrijpelijke uitleg wanneer een afspraak niet onmiddellijk kan worden ingepland of wanneer een verwijfsbrief vereist is en biedt perspectief over hoe de vraag wordt opgevolgd. Toon begrip voor de situatie en mogelijke stress of bezorgdheid van de patiënt, en vermijd een autoritaire of veroordelende toon. Ondersteun medewerkers via opleiding en coaching in communicatieve vaardigheden en patiëntgericht werken. Gebruik je (voor)naam in communicatie met de patiënt, via mail of telefonisch. Hierdoor wordt het contact interpersoonlijk en gelijkwaardig. Een consequente, vriendelijke bejegening draagt bij aan een positieve zorgervaring en kan klachten en escalaties voorkomen.

6. Positieve evoluties

1. Minder verloren voorwerpen (voornamelijk identiteitskaart) door ingebruikname blauwe zakjes.
2. Klachten over extern ziekenvervoer lijken opgelost door gewijzigde regelgeving en gebruik eigen ambulance.
3. De problematiek van onvoldoende beschikbaarheid van bedden bij geplande opnames lijkt onder controle door genomen maatregelen.
4. De telefonische bereikbaarheid van de secretariaten op de poli's is sterk verbeterd.

Ombudsdienst

Campus Sint-Jan
Route 020
050 45 20 41
ombudsdienst@azsintjan.be

**AZ
Sint-Jan
Brugge**



Jaarverslag van ombudsdienst Jan Yperman Ziekenhuis
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Jan Yperman Ziekenhuis
Adres	Briekestraat 12, 8900 Ieper
Gewest	Vlaamse Gewest
Erkenningsnummer	057
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Regionaal Ziekenhuis
Aantal bedden	532
Aantal campussen	2
Naam ombudsperso(o)n(en)	Annelies Dumoulin Tiene Durnez
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	2003
Bestaffing	0.52 FE (Tiene) 0.80 FE (Annelies)

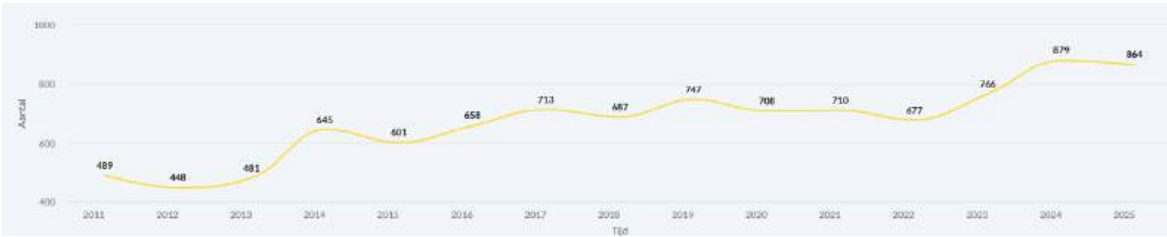
Lokalisatie dienst	Briekestraat 12, 8900 Ieper
Registratiesysteem	TPSC (The Patient Safety Company)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Goedgekeurd door de Raad van Bestuur op 14/06/22 Huishoudelijke reglement te raadplegen via de website
Vormingen i.k.v. bemiddeling	- Basisopleiding bemiddeling 2013 (AD) - Basisopleiding bemiddeling 2023 (TD) - Specialisatie Familiale bemiddeling 2024 (TD)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Opleiding nieuwe medewerkers rond patiëntenrechten - Infosessie werking ombudsdienst studenten VIVES (16/12/25) - Provinciaal overleg VVOVAZ (28/04/25, 08/09/25, 08/12/25)
Werkingsterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De ombudsdienst kent in eerste instantie de klachtenbehandeling als voornaamste opdracht: - Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen. - Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie. - Het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden en alternatieven van klachtenbehandeling. - Het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten ten aanzien van het beleid. Naast de wettelijke opdrachten van de ombudsdienst behoren enkele bijkomende taken tot ons werkgebied: - Parkeerbadges voor patiënten (dialyse, revalidatie) - Parkeerbadges voor ziekenvervoerders - Afschriften en inzage van patiëntendossiers (cfr. wet op de patiëntenrechten, FMO, gerechtelijke dossiers) - Ziekenvervoer

	- Verlies en diefstal - Schadedossiers - Verzekeringsdossiers - Alle vragen rond ontevredenheden worden beluisterd en zo nodig met doorverwijzing naar zowel interne als externe dienstverlening
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Dossiers komen via verschillende kanalen tot bij de ombudsdienst (Rechtstreeks, kwaliteitsdienst, directie of directiesecretariaat, administratieve diensten, verpleegkundigen diensten, medische staf) en volgen een gebruikelijk traject: - Ontvangstmelding, beluisteren verhaal van de klager - Kennisgeving, bespreking melding met betrokken diensten - Zo nodig en mits toestemming betrekken van andere diensten en/of verantwoordelijken - Klachtencommissie voor meldingen met betrekking tot facturatie, verzekering, schade, aansprakelijkheid. (diensthoofd facturatie, debiteuren) - Terugkoppeling aan patiënt of klager - Klachtencommissie voor meldingen met betrekking tot de algemene werking van het ziekenhuis (directie nursing, medisch directeur en kwaliteitscoördinator).

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten? Alle meldingen worden met een open houding ten aanzien van alle partijen behandeld. De Wet op de Patiëntenrechten vormt de basis van onze dienstverlening, maar we kijken niet louter met een juridische blik naar klachten. De ombudsdienst is een plaats waar melders in eerste instantie binnen een veilige setting hun verhaal kunnen brengen. Luisteren is dan ook onze kerntaak. Luisteren met de focus op gehoord worden en het geven van erkenning. Een kanttekening hierbij is dat het erkennen van een gevoel of situatie niet betekent dat de melder “gelijk” krijgt. Het is net deze beleving die onder de aandacht wordt gebracht van de betrokken partijen en/of verantwoordelijken en dit in beide richtingen. Wij hanteren het principe van meerzijdige partijdigheid. De werking van de ombudsdienst is vaak oplossingsgericht maar geen voorwaarde. Indien er geen oplossing kan geboden worden, wordt de melder geïnformeerd over de alternatieven van klachtenbehandeling. Klachten zijn zelden een zwart-wit verhaal, het is dan ook aan ons om de grijze zone te verkennen en te zoeken waar dialoog mogelijk kan worden gemaakt. Daarnaast zetten we in op het sensibiliseren van medewerkers om in gesprek te gaan met een ontevreden patiënt of familie. Op een coachende wijze gaan we aan de slag opdat zorgverleners zelf in staat zouden zijn om het gesprek te voeren of we stellen ons op als moderator in een bemiddelingsgesprek. We pogen pijnpunten bespreekbaar te stellen op verschillende niveaus van de organisatie.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...) Patiëntenrechten zijn belangrijk als toetssteen, ze zijn een hulpmiddel om zorgverleners en patiënten te sturen richting een betere communicatie en bijgevolg betere zorg. Een rigide blik op de patiëntenrechten staat een goede communicatie, begrip en soms zelfs een oplossing in de weg. We merken dat de dienst ledenverdediging van mutualiteiten de patiëntenrechten vaak zeer strikt of theoretisch interpreteert. De praktijk van een ziekenhuis verschilt nog vaak van hoe iets op papier zou moeten zijn. Zo heeft de zorgverlener een actieve informatieplicht, maar dit zou niet retroactief mogen gebruikt worden tegen de zorgverlener om de ziekenhuisfactuur niet te moeten betalen. Waar is de rol van de patiënt? De wederkerigheid zou een nog duidelijkere plaats moeten krijgen binnen de patiëntenrechten om de gelijkwaardigheid tussen patiënt en zorgverlener te benadrukken en het belang van een dialoog te onderstrepen. Daarnaast merken we een discrepantie tussen hetgeen de overheid in theorie vooropstelt en het concretiseren van die plannen in de praktijk. Mutualiteiten die hun led verdedigen grijpen deze zaken aan om hun punt te maken, terwijl in de praktijk de zaken nog niet zo ver staan als de theorie voorschrijft. Zo beschikken de ziekenhuizen nog steeds niet over de concrete uitwerking van hetgeen minimaal moet uithangen in de consultatieruimtes betreffende de kostprijs van een consultatie. De patiënt zou geen extra stappen moeten zetten om deze informatie te bekomen. Het uithangen van de kosten in de wachtzaal is evenmin een oplossing gezien de patiënt dan reeds een afspraak heeft gemaakt, vaak een hele tijd op voorhand. In de praktijk zal dus geen enkele patiënt op dat ogenblik afhaken bij het lezen van deze info. Bovendien lopen ze op dat moment het risico een no-show te moeten betalen omdat de afspraak minder dan 24u op voorhand werd geannuleerd. Idealiter krijgt de patiënt alle info bij het maken van de afspraak. De vraag kan worden gesteld of dit haalbaar is voor de secretariaten en de dienstverlening. Een zorgverlener dient een open blik te behouden om zijn verantwoordelijkheid te kunnen en willen zien. Het is een valkuil voor velen om de ogen te sluiten voor het patiëntperspectief en incidenten vooral te benaderen vanuit hun eigen beleving en zelfs angsten.

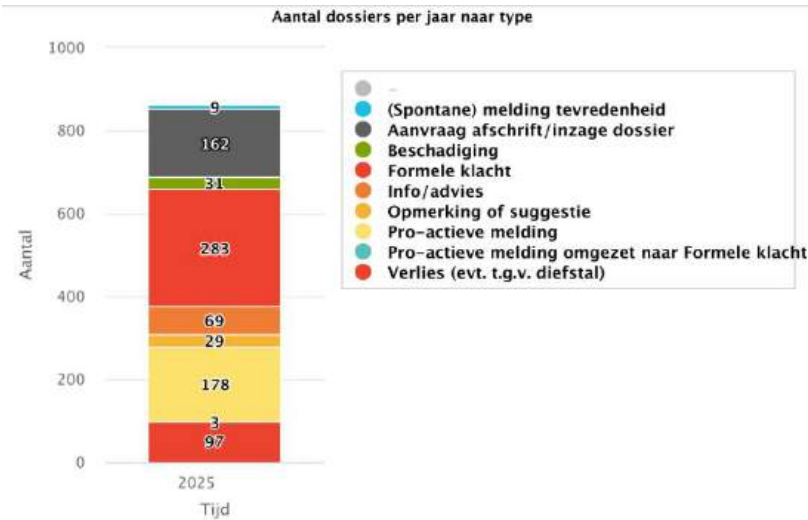
Als bemiddelaar is het een uitdaging om zaken in vraag te blijven stellen. We mogen niet te snel denken dat we iets begrijpen. Patiëntenrechten gaan in eerste instantie over mensen en vragen dan ook een flexibele benadering in die zin dat we als ombudspersonen steeds mogelijkheden blijven zien, interesse tonen in ieders verhaal, maar ook kritisch blijven luisteren. Het is tegelijk een boeiende positie, omwille van een zeer ruim speelveld, als een eenzame positie binnen de organisatie gezien niemand voeling lijkt te hebben met de inhoud ervan.

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



De grafiek hierboven toont het aantal unieke dossiers per jaar. We merken dat het aantal klachten in 2025 ongeveer gelijk gebleven is ten aanzien van 2024.

De volgende grafiek geeft de verdeling van deze 864 dossier weer in verschillende categorieën. De voornaamste groepen hierin zijn de formele klachten (283 of 33%), proactieve meldingen (178 of 21%), afschriften en inzagedossiers (162 of 19%). Wat de verliesdossiers betreft, tellen we in 2025 97 registraties of 11%. Deze cijfers liggen in lijn met de cijfers van 2024.

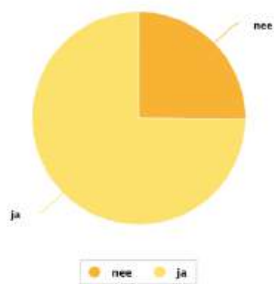


Aantal klachtendossiers	283
Aantal infodossiers	69

Aantal pro actieve dossiers	178
Aantal opvragingen patiëntendossier	162
Aantal 'andere'	172

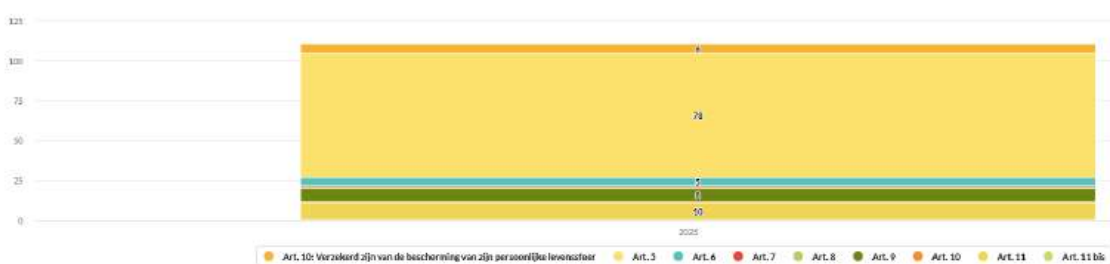
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Bij de registratie van formele klachten (283) wordt de vraag gesteld of de melding kan worden gelinkt aan een patiëntenrecht. De grafiek hieronder toont de verdeling in 2025. Dit betekent dat 75% van de formele klachten kan gelinkt worden aan de patiëntenrechten. In 2024 was dit 68%.



Volgende grafiek geeft weer welke patiëntenrechten aangeduid werden bij de formele klachten en proactieve meldingen. Per dossier is het ook mogelijk meerdere patiëntenrechten te linken.

Welke patiëntenrechten worden gekoppeld aan de formele klachten?



Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	78
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	5

Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	58
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	8
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	46
Recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier (Art. 9)	162
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	6
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	10
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

	2022	2023	2024	2025
Totaal aantal contacten (hospitalisatie)	18 587	19 011	19 366	19 067
Totaal aantal daghospitalisaties	31 463	33 460	35 318	37 525
Totaal aantal ambulante contacten	360 233	331 553	341 653	353 025
Totaal aantal contacten	410 282	384 024	396 337	409 617

	2022	2023	2024	2025
Totaal aantal meldingen	676	764	878	864
Totaal aantal klachten (= formele + verlies+ proactieve meldingen)	473	510	586	545
Aantal klachten over hospitalisatie	211 of 44%	307 of 60%	306 of 52%	278 of 51%
Aantal klachten over daghospitalisatie	34 of 7%	33 of 6%	45 of 8%	41 of 8%
Formele klachten over ambulante	132 of 28%	97 of 19%	110 of 19%	91 of 17%

	2022	2023	2024	2025
Ratio totaal	0.12%	0.13%	0.15%	0.13%
Ratio hospitalisaties	1.14%	1.61%	1.58%	1.46%
Ratio daghospitalisaties	0.11%	0.09%	0.13%	0.11%
Ratio ambulante contacten	0.037%	0.029%	0.032%	0.026%

De klachtenratio schetst hoeveel klachten er procentueel zijn ten aanzien van het aantal opnames. Dit cijfer laat toe het aantal klachten per afdeling te nuanceren. De ratio toe laat toe afdelingen verhoudingsgewijs tegenover elkaar te plaatsen.

De contacten binnen het ziekenhuis zijn wederom gestegen ten aanzien van 2024. Het aantal klachten is licht gedaald. De klachtenratio is gedaald ten aanzien van vorig jaar en komt op hetzelfde niveau van 2023.

De melder verkiest zoals de voorbije jaren in eerste instantie voor contact met de ombudsdienst per mail. Daarnaast geeft men de voorkeur aan telefonisch contact. De top 3 wordt afgesloten door persoonlijk contact met de klager.



Meldingen worden nog steeds het vaakst rechtstreeks gemeld aan de ombudsdienst. Dit stemt ons gerust dat heel wat mensen de weg naar de ombudsdienst vinden. Zoniet, kunnen we rekenen op interne doorverwijzing. In 2025 werden heel wat dossiers via het financieel infopunt (FIP) aan onze dienst overgemaakt. Zij fungeren als buffer met betrekking tot vragen rond facturatie. Indien hun info niet volstaat wordt doorverwezen naar de ombudsdienst. We moeten echter waakzaam zijn dat de drukte binnen het FIP er niet tot leidt dat mensen die ontevreden lijken niet te snel worden doorgestuurd naar de ombudsdienst. Elke dienst zou in staat moeten zijn aan eerstelijns klachtenbehandeling te doen.

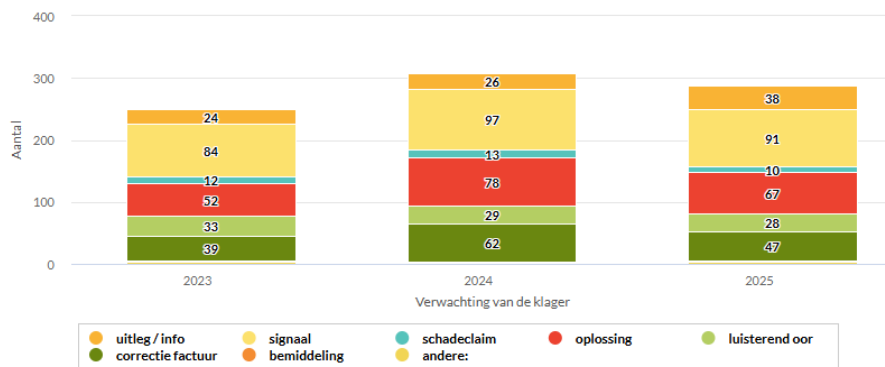


Wie is de melder? Dit is meestal de patiënt zelf of iemand uit de eerste graad, namelijk partner, kind of ouder.



Melders geven nog vaak aan een probleem te willen signaleren. Ze ventileren, vertellen hun verhaal, waarbij de ombudsdienst een luisterend oor kan bieden. Doch gaat dit vaak gepaard met de wens om tot een oplossing te komen, zoals gedragsverandering, een praktische aanpassing of heel concreet een correctie van de ziekenhuisfactuur.

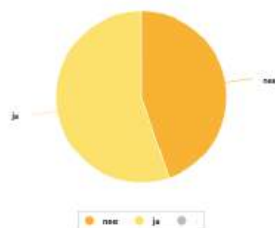
Verwachting van de klager



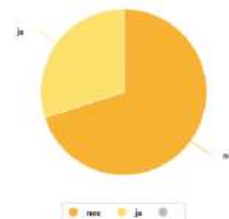
Waarover worden meldingen gemaakt?

Het merendeel van de meldingen handelen over het medische of verpleegkundige departement. Dit kan uiteraard ook een combinatie zijn. De grafiek hieronder geeft weer hoeveel formele klachten kunnen gelinkt worden aan medische of verpleegkundige aspecten.

Is er een arts betrokken bij de klacht?



Is er een verpleegkundige betrokken bij de klacht?



Wanneer een arts betrokken is bij een melding, handelt de klacht voornamelijk over de behandeling, de communicatiestijl of een gebrekkige aandacht voor de patiënt.

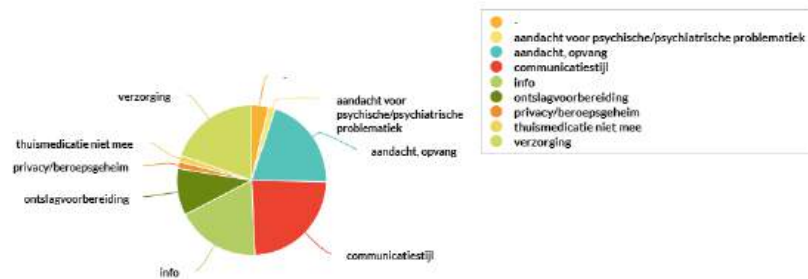
klachtitems medisch



Vaak dient de ombudspersoon de melder te duiden op het verschil tussen een inspanningsverbintenis en een resultaatsverbintenis, een medische fout en een complicatie. Daarnaast vraag het concept “therapeutische vrijheid” bijkomende uitleg. Patiënten kaarten aan dat een behandeling niet naar wens is verlopen of bepaalde zaken anders hadden moeten worden aangepakt. Ze krijgen hierin soms bijval van collega artsen, wat de collegialiteit tussen artsen onder spanning plaatst.

Wat de verpleegkundige aspecten betreft, handelen klachten voornamelijk over de communicatiestijl van de zorgverleners, het al dan niet voldoende aandacht schenken aan de patiënt en zijn naasten, de verzorging en het geven van informatie.

klachtitems verpleegkundig



Naast de medisch en verpleegkundige aspecten handelen de meldingen over organisatorische (parking, ziekenvervoer, verlies, wachttijden) en administratieve zaken (facturatie).

Waarover gaan de klachten?



Ook in 2025 werden vanuit de beroepsvereniging aandachtspunten geformuleerd. Deze aandachtspunten werden aangevuld met eigen bezorgdheden, doelstellingen en aanbevelingen.

Bemiddelaars zijn mensen die blijven geloven dat bespreekbaar maken van hiaten kan leiden tot beweging om relatie te versterken of respectvol een andere wending te geven. Ook in ons werk blijven we geloven dat de aanbevelingen die we formuleren in onze jaarverslagen element van reflectie mogen zijn.

1. Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen ‘zachte’ bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook de tevredenheid en een gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

2. Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie, zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht, is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het open disclosure-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

3. Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende :

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn

4. Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging, omgaan met familieconflicten en beroepsgeheim komen in klachten en casussen regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden, waaronder:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden
- omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- conflictpreventie en de-escalatie
- communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties, wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie.

5. Versterken van de proactieve rol van de Ombudsdienst

Het is aan te bevelen om de Ombudsdienst niet uitsluitend reactief, maar ook expliciet proactief te positioneren binnen de zorgorganisatie. Een zichtbare, bereikbare en laagdrempelige aanwezigheid van de Ombudsdienst creëert ruimte voor vroegtijdige signalering van mogelijke knelpunten en voor het tijdig ondersteunen van patiënten, naasten en medewerkers.

Een structurele betrokkenheid van de Ombudsdienst bij complexe casuïstiek en bij de voorbereiding van moeilijke gesprekken kan bovendien leiden tot betere onderlinge afstemming, het voorkomen van escalaties en een duurzamere opbouw van vertrouwen tussen alle betrokken partijen.

Tot slot is het essentieel om het mandaat en de rol van de onafhankelijke ombudspersoon duidelijk(er) af te bakenen en intern te communiceren. Heldere verwachtingen — zowel richting patiënten als richting medewerkers — zijn noodzakelijk om misverstanden te vermijden. Een expliciete communicatie over wat de Ombudsdienst wél en niet kan betekenen, draagt bij aan realistische verwachtingen en een transparante werking.

6. Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

7. Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

Binnen de nieuwe wetgeving werd aangegeven dat er via een KB zou beslist worden tot een databank waar documenten die een patiënt laat opstellen (wilsverklaringen, zorgvolmachten, bewindvoering, pleegzorg-informatie...) te verzamelen. Bevoegdheden over het consulteren van deze documenten zullen bijkomend moeten verduidelijkt worden.

Jaarverslag van ombudsdienst AZ Turnhout
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	01.01.2025 - 31.12.2025

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 bedden
Aantal campussen	2 campussen in Turnhout: - St. Elisabeth, Rubensstraat 166 - St. Jozef, Steenweg op Merksplas 44
Naam ombudspersoon	Laura Claessens (t.e.m. 2025) Katleen Stinkens (vanaf 2026)
Naam medewerker	Eva Jansen
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Laura: 10/05/2022 Katleen: 12/01/2026
Bestaffing	Ombudsvrouw: 0,9 VTE (Laura) / 1 VTE (Katleen) Secretariële ondersteuning: 1 VTE
Lokalisatie dienst	St. Elisabeth, gelijkvloers, route A15 St. Jozef, gelijkvloers, route D11
Registratiesysteem	VVOVAZ, Zenya
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	In te kijken op ombudsdienst, onthaal, website. De laatste versie dateert van september 2023 https://www.azturnhout.be/patient/suggesties-klachten
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisopleiding en specialisatie bemiddeling voltooid via Mediv.

Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<u>Laura</u> <u>Extern</u> - Evenement van de federale ombudsdienst 'rechten van patiënt' - Overlegmomenten ombudsen ZNK: e-learning WPR - Provinciale vergaderingen VVOVAZ <u>Intern</u> - Omgaan met pathologische agressie <u>Eva</u> <u>Intern</u> - Omgaan met pathologische agressie
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>	- Bemiddelen bij alle klachtmeldingen van patiënten van AZ Turnhout, dus ook voor klachten die niet met de rechten van patiënten te maken hebben - Verzoeken tot inzage/afschrift patiëntendossiers begeleiden en opvolgen - Preventieve taken: informatie (intern en extern) en vorming geven over patiëntenrechten - Opvolgen verzekerings- en FMO-dossiers - Coördineren verloren/gevonden voorwerpen - Aanvragen tot toevoegen vertrouwenspersoon/ vertegenwoordiger aan patiëntendossier verwerken - Allerlei informatievragen beantwoorden
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Zie huishoudelijk reglement.

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

Ombudsvrouw t.o.v. patiënt of vertegenwoordiger:

Patiënten krijgen de kans hun verhaal te doen. We leggen uit hoe de ombudsdienst werkt en bespreken welke verwachtingen de patiënt heeft. Op basis daarvan wordt de aanpak van de klacht bepaald. De volgende acties behoren o.a. tot de mogelijkheden:

- Juiste informatie geven over de werking van het ziekenhuis, dienst, procedures, of over wat er zich heeft voorgedaan.
- De patiënt aanmoedigen om zelf de klacht te gaan bespreken met de arts of ziekenhuismedewerker.
- 'Pendelen' tussen patiënt en arts/ziekenhuismedewerker.
- De partijen samenbrengen en een bemiddelingsgesprek begeleiden.

De ombudsvrouw bemiddelt met het oog op het herstel van de communicatie en de vertrouwensrelatie en/of om tot een oplossing te komen. Als dat niet lukt, informeert de ombudsvrouw de patiënt over verdere mogelijkheden.

Ombudsvrouw t.o.v. zorgverlener:

• Eerste lijn:

Aan de medewerkers wordt gevraagd om ongenoegen bij patiënten meteen op te pakken en uit te klaren. AZ Turnhout heeft de laatste jaren verschillende opleidingen voor de medewerkers ingericht om zich bij te scholen over hoe om te gaan met klachten. De ombudsvrouw geeft hierover ook tips, per casus of in het algemeen (te raadplegen op Infoland).

• Tweede lijn:

Een klacht gemeld bij de ombudsdienst wordt discreet opgepakt met de betrokken arts of ziekenhuismedewerker. Deze krijgt de vraag om zijn kant van het gebeuren toe te lichten. Er wordt samen een oplossing uitgewerkt indien de situatie daar om vraagt. Zorgverleners 'leren' uit klachten: over fouten die gemaakt zijn of over hoe ze overkomen op patiënten. Dit kan aanleiding zijn om hun handelen of hun gedrag bij te sturen. Op niveau van de diensten worden er naar aanleiding van klachten sommige zaken in vraag gesteld en verbeteracties uitgewerkt.

Ombudsvrouw t.o.v. ziekenhuis:

Er is regelmatig overleg met de organisatie voor het doorgeven van mogelijke verbeterpunten. Deze worden ook opgenomen in het jaarverslag onder 'aanbevelingen'.

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

Verwachtingen van patiënten en aanpak door de ombudsvrouwen

Opmerkingen:

- We duiden bij voorkeur slechts 1 actie per dossier aan (die het beste de lading van onze aanpak dekt).
- Het is mogelijk dat meerdere bemiddelingsgesprekken plaatsvonden in een dossier; bij de registratie worden deze geteld als 1.

Deze tabel toont enerzijds de verwachting van de patiënten op het moment dat we hun klacht beluisteren en anderzijds de actie(s) die we in de praktijk ondernamen. Hieruit blijkt dat we regelmatig de klacht op een andere manier aanpakken dan de patiënt initieel benoemt. Dit heeft er vaak mee te maken dat patiënten in eerste instantie niet weten wat mogelijkheden van de ombudsfunctie zijn. Alle acties die we ondernemen gebeuren met een mandaat van de patiënt.

	Initiële verwachting patiënten	Aanpak ombudsvrouw
Informatie geven	29	108
Luisterend oor / Opvang bieden	10	40
Signaal ontvangen en doorgeven	92	77
Bemiddeling	182	
<i>Pendeldiplomatie:</i>	176	207
<i>Samenbrengen van partijen:</i>	16	38
<i>Patiënt neemt contact op met zorgverlener:</i>		31
<i>Zorgverlener neemt contact op met patiënt:</i>		0
<i>Bemiddelingsgesprek met ombuds erbij:</i>		7
Praktische oplossing geven	127	44
Financieel akkoord onderhandelen	116	47
<i>Correctie factuur:</i>	81	30
<i>Schadeclaim:</i>	36	7
Andere	7	8

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

Opmerking:

- 1 dossier kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten.

Meldingen ombudsdienst	2024	2025
Klachtendossiers	531	568
Heropende klachtendossiers	29	43
Infodossiers	379	370
Proactieve dossiers	30	21
Begeleidingen afschrift patiëntendossier	210	272
Gevonden voorwerpen (geregistreerd)	182	175
Verloren voorwerpen (geregistreerd)	114	114
FMO-dossiers	10	12
Verzekeringsdossiers	28	22
Totaal	1513	1597

Aantal dossiers gerelateerd aan patiëntenrechten	393
<u>Opmerkingen:</u> - De klacht moet verband houden met één van de patiëntenrechten en met een beroepsbeoefenaar in de zin van de Wet van 10 mei 2015. - Deze cijfers zijn een weergave van de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. - Deze cijfers geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in de zorgvoorziening. - Voor éénzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid worden.	
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)	358
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	6
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	27
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)	56
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	47
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	13
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	22
Recht op vertegenwoordiging (Art. 12-15)	1

Aantal dossiers <i>niet</i> gerelateerd aan patiëntenrechten	236

Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Inhoud van de klacht – Verdeling over de departementen: 1 dossier kan over meerdere departementen gaan	
	Aantal
Medische departement	290
Zorg departement	215
Administratief departement	70
Facilitair departement	43
Polikliniek	62
Apotheek	2
Anders	5
Totaal	644

De meest voorkomende klachten gaan over:

1	WPR: Medische dienst: kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)	218
	Technische handelingen/ basisbehoeften van de patiënt	131
	Behandeling/ ingreep	66
	Technische onderzoek	34
	Diagnose	38
	Samenwerking en respect	103
	Communicatie niet respectvol	52
	Geen gelijkwaardige relatie zv-pt	36
	Onvoldoende samenwerking in belang van patiënt	20
	Beschik/ bereikbaarheid ZV	31
2	WPR: Zorg: kwaliteitsvolle dienstverlening (art.5)	94
	Samenwerking en respect	58
	Communicatiestijl niet respectvol	46
	Technische handelingen/ basisbehoeften van de pt	39
	Verzorging	32
3	Niet-WPR: facilitair departement	43
	O.a. Parking, maaltijden, comfort, defecten	
4	WPR: Medische dienst: Patiëntendossier (art. 9§1)	41
	O.a. betwisting inhoud verslag, niet zorgvuldig bijhouden	
5	Niet-WPR: zorg, organisatorisch aspecten	41
	O.a. beschikbaarheid bed, extern transport, ontslagvoorbereiding, wachttijd op de dag zelf	
6	Niet-WPR: administratie, factuur	34
	O.a. onterechte aanrekening, supplementen 1Pk, honoraria, forfaitaire kosten	
7	Niet-WPR: medische dienst: organisatorische aspecten	34
	O.a. wachttijd op dag zelf, opnameregeling, afsprakenregeling	
8	Niet-WPR: zorg, administratieve/ financiële aspecten	20
	waarvan 18 meldingen over de supplementen MRI/CT	
9	WPR: polikliniek: Art. 5 Kwaliteitsvolle dienstverlening	19
	waarvan 12 meldingen over de communicatiestijl	
10	WPR zorg medisch-technische dienst Art. 5 Kwaliteitsvolle dienstverlening	15
	O.a. technische handelingen, samenwerking en respect	

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

Hoe komen de meldingen binnen?

	Aantal klachten	%
Schriftelijk	338	59,5%
Telefonisch	180	31,7%
Persoonlijk	50	8,8%
Totaal	568	100,0%

Wie doet de melding?

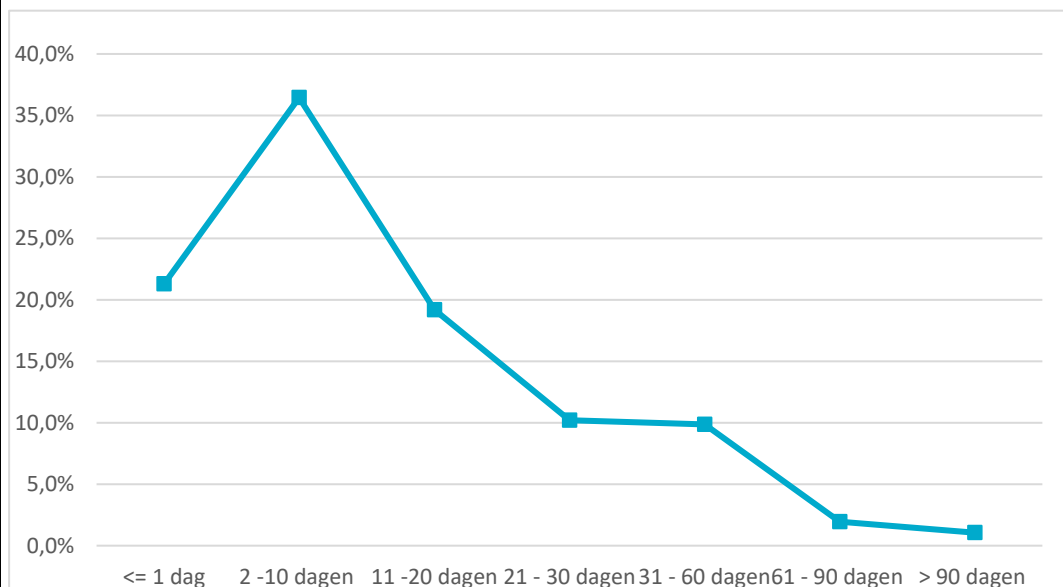
	Aantal	%
Patiënt zelf	331	58,3%
Partner / Familie	200	35,2%
Huisarts	4	0,7%
Externe hulpverlener / Mutualiteit	10	1,8%
Interne arts	1	0,2%
Interne verpleegkundige / Paramedici	6	1,0%
Interne administratie	6	1,0%
Anders	10	1,8%
Totaal	568	100,0%

Als iemand anders de melding doet, proberen we altijd de patiënt zelf te bevragen en gaan we na of de patiënt ermee instemt dat we de klacht opnemen.

Waar lokaliseren deze patiënten zich?

	Aantal	%
Hospitalisatie	144	24,7%
Polikliniek	237	40,7%
Daghospitalisatie	36	6,2%
Spoed	142	24,4%
Anders	23	4,0%
Totaal	582	100,0%

Doorlooptijd



Aanbevelingen

Repetitieve klachten kunnen aanleiding geven tot het formuleren van aanbevelingen. Deze worden doorheen het jaar gecommuniceerd naar alle betrokkenen zodat zij kunnen bijsturen om herhaling te voorkomen.

Hierna volgen de aanbevelingen naar de overheid toe. Daarnaast zijn ook vanuit de beroepsvereniging VVOVAZ aanbevelingen gedaan aan het Vlaamse beleidsniveau.

Een uitgebreid jaarverslag inclusief aanbevelingen wordt eind april overgemaakt aan de directie en de voorzitter van de Raad van Bestuur. Nadien wordt dit gepresenteerd op de respectievelijke vergaderingen van de kaderleden, de medische diensthoofden en de Raad van Bestuur.

Aanbevelingen t.a.v. Vlaamse Ombudsdienst

1. Communicatiestijl, aandacht en opvang en patiëntgerichtheid

Patiënten voelen zich soms niet als mens benaderd maar als nummer, zeker wanneer communicatie onvriendelijk, gehaast of afstandelijk overkomt. Onvoldoende uitleg, weinig oogcontact en het wegwuiven van bezorgdheden versterken dat gevoel. Ook op bijvoorbeeld spoedgevallen leidt directe of veroordelend klinkende vraagstelling tot een onwelkome ervaring, terwijl verschillen in verwachtingen (bv. wachttijden, diagnostiek) frustraties veroorzaken.

Tegelijk ervaren medewerkers dat sommige patiënten of naasten zich erg eisend of dwingend opstellen.

Daarnaast zijn er klachten over onvoldoende aandacht en opvang: te korte consultaties, lange wachttijden zonder updates en patiënten die wachten voelen zich soms vergeten. Aanbevelingen focussen op respectvolle communicatie, duidelijke uitleg, proactieve informatie over wachttijden, tijd maken voor vragen, sneller reageren op oproepen en extra aandacht voor kwetsbare patiënten en hun contactpersonen.

2. Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging

Het is belangrijk om bij elke patiënt duidelijk te registreren wie als vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger optreedt, zodat beslissingen niet eenzijdig door de arts worden genomen, enkel informatie wordt gedeeld met de juiste persoon (d.i. gekozen door de patiënt zelf of zoals bepaald in de WPR), kan nagaan worden welke patiëntenrechten deze persoon mag uitoefenen en deze persoon ook effectief gecontacteerd en betrokken wordt bij het zorgtraject van de patiënt.

Overkoepelende registratie en interne communicatie/vorming over wettelijke steunfiguren aan zorgverleners is nodig zodat zorgverleners weten met wie ze in gesprek mogen/moeten gaan en welke patiëntenrechten deze personen mogen uitoefenen.

3. Open communicatie over behandeling en onderzoek

Patiënten komen vaak met specifieke verwachtingen naar het ziekenhuis, bijvoorbeeld dat er een bloedonderzoek, klinisch onderzoek of medische beeldvorming zal plaatsvinden. Wanneer dit niet gebeurt, kan dit leiden tot ontevredenheid of verkeerde percepties over de kwaliteit van de zorg.

Het is aan te raden om open en transparant te communiceren over wat er wel en niet gebeurt tijdens een ziekenhuisbezoek, en waarom. Dit kan onrealistische verwachtingen bijsturen en patiënten het gevoel geven dat ze serieus worden genomen. Ook als een patiënt zelf geen vragen stelt, kan het nuttig zijn om de klinische redenering of het protocol toe te lichten in begrijpelijke taal. Immers, wat routine of vanzelfsprekend is voor een arts of verpleegkundige, kan nieuw zijn voor een patiënt. Dit draagt bij aan een gelijkwaardige zorgrelatie en een positieve patiëntbeleving, wat de perceptie over de zorgkwaliteit ten goede komt.

De naasten van wilsbekwame of wilsonbekwame patiënten worden soms niet of onvoldoende geïnformeerd over de gezondheidstoestand van hun naaste. Het is belangrijk dat ook de naasten van patiënten, in overeenstemming met de wet patiëntenrechten en volgens de wens van de patiënt, zelf voldoende betrokken worden in hun zorg.

4. Pijnmanagement en comfort

Sommige patiënten klagen over onvoldoende toediening van pijnmedicatie, vooral wanneer deze enkel op verzoek wordt gegeven. Als een patiënt hier niet om vraagt, betekent dit niet noodzakelijk dat de pijn onder controle is. Mogelijks is deze hier niet toe in staat of heeft deze het opgegeven na een aantal keer tevergeefs vragen of na een botte reactie op het verzoek.

Door regelmatig de pijnbeleving te bevragen bij de patiënt, duidelijk te communiceren wat de patiënt kan verwachten op het vlak van pijn en comfort, een duidelijk schema voor pijnstilling voor te schrijven en hiernaar te handelen, wordt er ingezet op een zorgzame omgang met patiënten, waarbij hun comfort en waardigheid centraal staan.

5. Aanbevelingen vanuit VVOVAZ

Onze ombudsdienst sluit zich aan bij de aanbevelingen geformuleerd vanuit VVOVAZ t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst – zie bijlage.

Verzoeningsresultaten

Verzoeningsresultaat bereikt?

Verzoeningsresultaten		%
Ja	217	38,3%
Nee	266	46,8%
Onduidelijk	7	1,2%
Niet van toepassing	78	13,7%
Totaal	568	100,0%

Laura Claessens (t.e.m. 2025)

Katleen Stinkens (vanaf 2026)
ombudsvrouw AZ Turnhout

Turnhout, 3 februari 2026

Jaarverslag van ombudsdienst Heilig Hartziekenhuis Lier
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

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)	Annik De Langh
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/03/2009
Bestaffing	1 FTE

Lokalisatie dienst	Route 151, gelijkvloers nabij het algemeen onthaal
Registratiesysteem	Zenya
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum 19/02/2025, onder andere te raadplegen via de website: www.heilighartlier.be
Vormingen i.k.v. bemiddeling	• Opleiding bemiddelaar • Opleiding 'Ervaren bemiddelaars'
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	• Opleiding georganiseerd door VVOVAZ • Kwaliteitsbeurs HeiligHartziekenhuis • Kwaliteitsopleidingen • Begrotingstoelichting • Kwartaalfocus HeiligHartziekenhuis • Patiëntendossier, Beroepsgeheim en GDPR
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De ombudsdienst 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 patiëntenrechten. De ombudsdienst heeft daarnaast een informatieve- en signaalfunctie binnen het ziekenhuis. De ombudsdienst vervult verder een educatieve rol waarbij (nieuwe) werknemers en (nieuwe) artsen binnen het ziekenhuis ingelicht worden over de werking van de ombudsdienst en de wet patiëntenrechten. Ook patiënten worden ingelicht over hun patiëntenrechten via folders, de infoschermen in het ziekenhuis, de ziekenhuiswebsite,... In 2025 gaf de ombudsvrouw tevens toelichting over de patiëntenrechten aan het schoonmaakdepartement van het HeiligHartziekenhuis. Het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst werd in 2025 eveneens geactualiseerd. Verder wordt er vanuit de ombudsdienst begeleiding voorzien voor afschriften en inzage van patiëntendossiers.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Klachten welke rechtstreeks aan de ombudsdienst gericht zijn, worden door de ombudsdienst opgevolgd. Klachten overgemaakt aan de directie of aan andere diensten binnen het ziekenhuis worden door de directie of de andere diensten doorgestuurd naar de ombudsdienst. De ombudsdienst zal deze klachten verder behandelen. Eerst zal de klager gestimuleerd worden om een gesprek met de zorgverlener(s) te hebben. Als blijkt dat dit geen afdoende oplossing biedt of niet mogelijk is, zal de ombudsdienst bemiddelend optreden 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. De ombudsdienst zet volop in op het bereiken van verzoeningsresultaten.

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
De ombudsdienst stimuleert om in eerste instantie te overleggen met de zorgverlener, om zo tot een oplossing te komen. Zo dit onmogelijk is zal de ombudsvrouw bemiddelend optreden tussen de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar. De ombudsdienst zet volop in op het bereiken van verzoeningsresultaten. Indien er bij de bemiddeling geen oplossing wordt bereikt licht de ombudsvrouw de klager in over de mogelijkheden voor de verdere afhandeling van zijn klacht. Indien de klager feiten signaleert met het oog op een verbetering naar de toekomst kunnen deze als constructief voorstel worden overgemaakt aan de betrokken dienst(en). Indien de klacht buiten (of deels buiten) het werkterrein van de wet patiëntenrechten valt zal de ombudsdienst trachten om de patiënt te informeren en/of tot een oplossing te komen. Tijdens het jaar worden meermaals aanbevelingen ter verbetering overgemaakt aan de organisatie. Aan de hand van de PDCA-cyclus (Plan Do Check Act) wordt nagegaan dat deze aanbevelingen omgezet en bestendigd worden. Het ziekenhuis gaat op een constructieve wijze om met de aanbevelingen van de ombudsdienst Verder is de ombudsvrouw projectlid van een aantal (kwaliteits)projectgroepen. De ombudsvrouw is binnen deze projectgroepen als het ware 'de stem van de patiënt en diens naasten'. Jaarlijks wordt het jaarverslag met de aanbevelingen ter attentie van de Vlaamse Ombudsdienst overgemaakt aan de algemeen directeur. Dit jaarverslag met aanbevelingen wordt binnen de organisatie verder verspreid en waar nodig toegelicht.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
De ombudsdienst streeft ernaar 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.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Aantal klachtendossiers	370
Aantal infodossiers	182
Aantal proactieve dossiers	52

Aantal opvragingen patiëntendossier	183
Aantal 'andere'	8

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

- ✓ 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: 188

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	128
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	70
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	1
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	22
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	14
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	25

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

Aanbevelingen

1) Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen 'zachte' bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

2) Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele

registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

3) Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

Verzoeningsresultaten

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

Bij 5% van de klachten werd geen verzoeningsresultaat bereikt.

Bij 6% van de klachten is er een onduidelijke inschatting van het verzoeningsresultaat.

Bij 89% van de klachten werd een (gedeeltelijk) verzoeningsresultaat bereikt.

Verzoeningsresultaten worden het meest bereikt door:

- Via pendeldiplomatie
- Het bieden van een oplossing
- Samenbrengen van de partijen via een bemiddelingsgesprek

Jaarverslag van ombudsdienst AZ Heilig Hartziekenhuis Mol
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Heilighart ziekenhuis Mol
Adres	Gasthuisstraat 1 2400 Mol
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	102
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden 2025	183 erkende en aantal verantwoorde bedden is nog niet precies gekend omdat de codering nog bezig is. Het jaar ervoor waren het er 189
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Lieve Lenie
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	16/02/2021
Bestaffing	0,6 FTE - 2 AVAdagen= 50% aanwezigheid

Lokalisatie dienst	In het ziekenhuis
Registratiesysteem	Infoland
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Website en intranet
Vormingen i.k.v. bemiddeling	17/1/2025: FOD: uitleg aanpassingen PRW 12/3/25: boekvoorstelling 'karakters en temperamenten', Ivo Vandeninden, georganiseerd door de bib in Kinrooi 27/5/25: reïntegratiegesprekken, georganiseerd door het ziekenhuis
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	17/04/25: Basic life support, georganiseerd door het ziekenhuis
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>	- Zowel volgens mandaat KB 8/7/2003 - en ruimere klachtenbehandeling: afschriften en inzagen, verloren voorwerpen, klachten rond parking en alle andere zaken die niet tot de PRW behoren. - Werken rond preventieve opdracht door bijscholing - Meewerken aan patiënten panel, procedures...(stafwerk)
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Er wordt gestimuleerd om eerst met de betrokken beroepsbeoefenaar of dienst zelf contact op te nemen. Ombudsdienst als 2 ^{de} lijnfunctie. Eens bij de ombudsdienst volgen we de flowchart: registreren, ontvangstmelding, afhankelijk van de verwachting van de klager wordt er contact opgenomen met de betrokkene(n) en gevraagd naar hun versie van het verhaal of hun standpunt in de klacht. De ombudspersoon stelt dus zelf alle onderzoeksdaden, nodig om tot een oplossing te komen. Als nodig wordt een bemiddeling opgestart. Oplossing of antwoord wordt meegedeeld aan de klager. Indien niet akkoord, voorstellen van ev. alternatieven. Tot slot registratie van elk contact.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Op vertrouwelijke wijze en volgens onze klachtenprocedure
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden...)
Er is indien nodig een overleg met de algemene directeur, de medisch directeur of de verpleegkundig directeur om bepaalde trends, resultaten of problemen te bespreken. 4x per jaar is er een klachtencomité waar we algemene zaken bespreken over klachten, de werking van de ombudsdienst en over de algemene werking van het ziekenhuis.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Totaal aantal contacten is	
Aantal klachtendossiers	244
Aantal infodossiers	63
Aantal proactieve dossiers	23
Aantal opvragingen patiëntendossier	71
Aantal 'andere'	43
Aantal verzoeningsresultaten	216

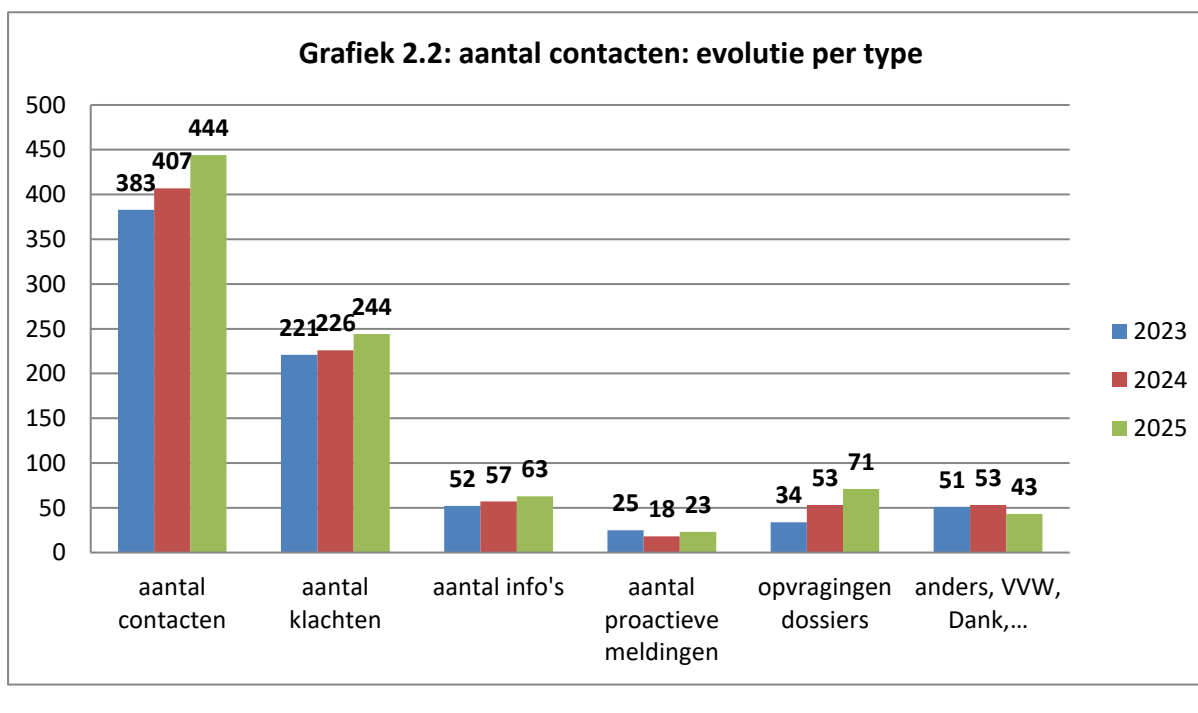
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

301

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5) *	181
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	30
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8) **	49
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)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	11
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	19

Tabellen/grafieken

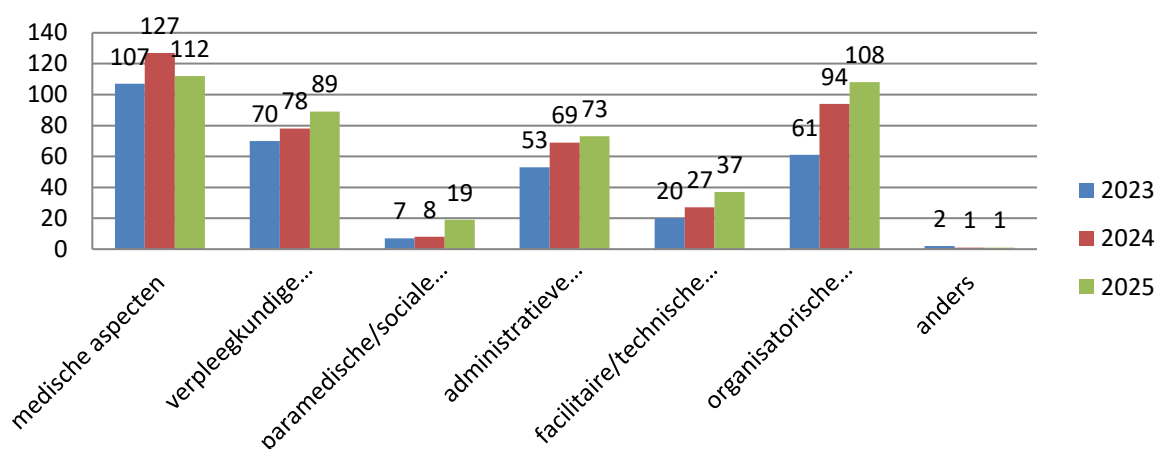
Door het gebruik van het registratiesysteem 'Infoland' is er een opsplitsing mogelijk van de verschillende soorten contacten bij de Ombudsdienst. In grafiek 2.2 'Aantal contacten: evolutie per type' zien we in de eerste kolom het totaal aantal klachten in vergelijking met de voorgaande jaren. In de andere kolommen zien we de evolutie van verschillende soorten contacten van 2023 in vergelijking met 2023 en 2024.



Inhoud klacht algemeen:

Er wordt een indeling gemaakt van het zorgproces in zeven aspecten. Binnen deze aspecten wordt het zorgproces nog eens onderverdeeld in gestandaardiseerde activiteiten, die bij de meeste zorgaspecten gemeenschappelijk voorkomen. De registratie maakt het op deze manier mogelijk om structurele problemen vroeger en gemakkelijker te herkennen. Er kunnen **meerdere aspecten per klacht** aangekruist worden. Niet vergeten: **de registratie gebeurt vanuit het oogpunt van de ervaring van de klagende of vragende patiënt**. Uit de grafiek kunnen we afleiden dat dit jaar het hoogst aantal klachten gaat over medische aspecten, gevolgd door klachten over organisatorische aspecten, verpleegkundige, administratieve aspecten, facilitair/technische en paramedische/sociale aspecten.

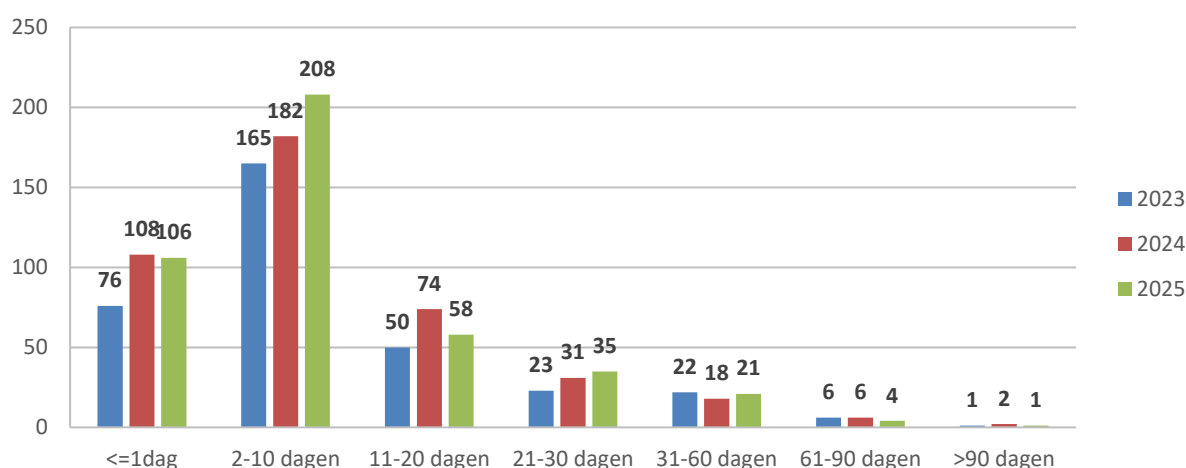
Grafiek 3.8: inhoud klacht algemeen



Doorlooptijd (grafiek 3.9):

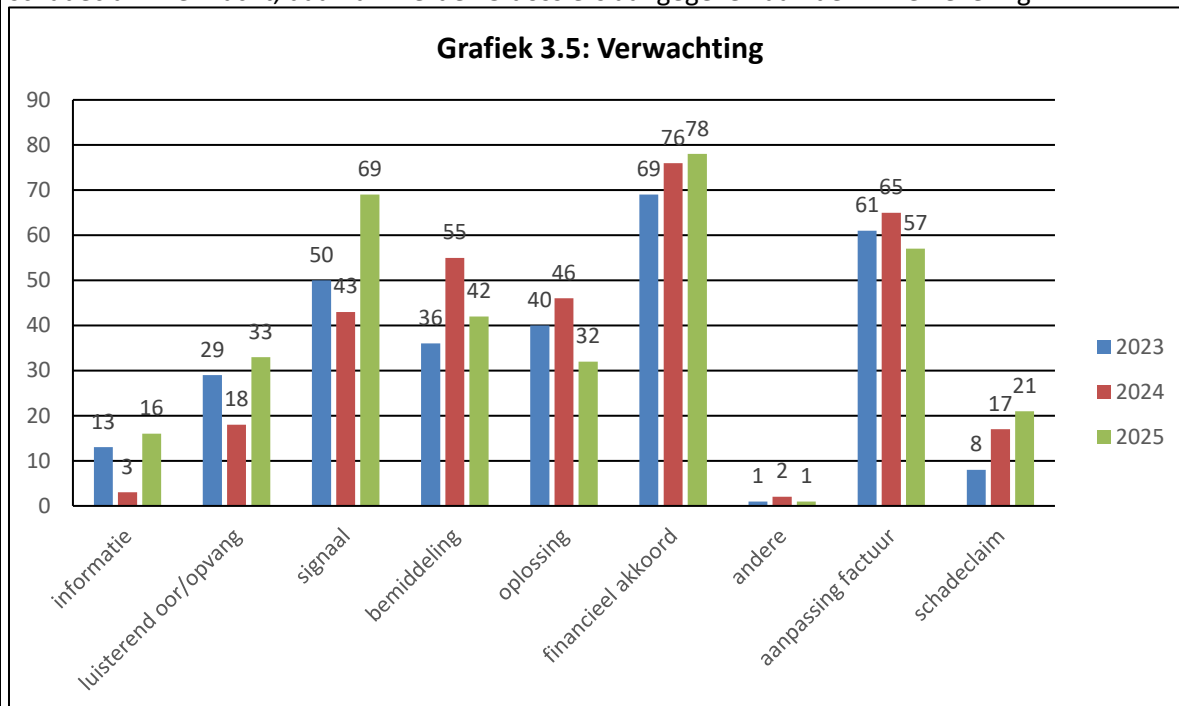
Dit is de tijd tussen de datum van registratie (aanmelden van een contact) en de datum van afhandeling van het dossier. Zo'n 24% van de contacten wordt binnen 1 dag afgehandeld. Zo'n 73% van de contacten wordt binnen de 10 dagen afgehandeld en 94% binnen een maand. Alle contacten worden afgehandeld omdat de dossiers die naar de verzekering gaan worden afgesloten op het moment dat ze aan de verzekering worden overgedragen. Afschriften van dossiers worden binnen de wettelijke termijn van 15 dagen afgehandeld.

Grafiek 3.9: doorlooptijd afhandelen klachten



Verwachting

In grafiek 3.5 wordt geregistreerd wat men wil bereiken met de klacht. De verdere opvolging en de eventueel te ondernemen acties hangt af van de verwachting die van de patiënt uit komt. In sommige gevallen moet er meer informatie worden verstrekt om het ongenoegen te kunnen wegnemen. Vaker was er de vraag naar een luisterend oor. Ook wil men vaker een signaal geven voor de organisatie om te vermijden dat anderen hetzelfde moeten meemaken. Soms vraagt men een oplossing. De vraag naar bemiddeling (dit houdt meestal pendeldiplomatie in) is terug gedaald. De vraag naar een financieel akkoord als compensatie voor iets wat volgens de melder verkeerd is gelopen, is nog een beetje gestegen. De vraag naar een financieel akkoord wordt uitgesplitst in de laatste 2 kolommen. Meestal wil men een aanpassing van de factuur en 21 keer werd er een schadeclaim verwacht, daarvan werden 5 dossiers aangegeven aan de BA-verzekering.



Samengevat voor 2025:

In 2025 registreerde de Ombudsdienst **444 contacten**, een stijging van 9% ten opzichte van 2024, met het grootste aandeel klachten (244), gevolgd door vragen over medische dossiers (71), infovragen (63), proactieve meldingen (23) en overige contacten (43). De meeste klachten betroffen de **kwaliteit van dienstverlening en informatieverstrekking**, met een verschuiving naar klachten los van de Patiëntenrechtenwet. Patiënten op de **polikliniek** meldden de meeste klachten, gevolgd door hospitalisatie, en daghospitaal met een toename en voor spoed een afname. Klachten werden bijna gelijk verdeeld door patiënten zelf (226) en derden zoals familie of zorgverleners (218), en steeds vaker **schriftelijk** ingediend. De meeste klachten gingen rechtstreeks naar de Ombudsdienst, en de verwachting van klagers betrof vooral een luisterend oor, een signaal voor de organisatie of een oplossing, terwijl bemiddeling daalde en financiële compensatie licht steeg.

Inhoudelijk ging het vaak over **medische aspecten**, gevolgd door verpleegkundige, organisatorische, administratieve, facilitaire en paramedische aspecten. De doorlooptijd was kort: 26% werd binnen één dag afgehandeld, 68% binnen 10 dagen en 93% binnen een maand, met overhandigen van medische dossiers binnen de wettelijke termijn van 15 dagen.

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor 2026 gebaseerd op het jaarrapport van 2025

Op basis van de klachten, casussen en signalen uit zowel de eerste als de tweede helft van 2025 worden onderstaande aanbevelingen geformuleerd. Ze zijn gericht op het versterken van zorgkwaliteit, patiëntbeleving, interne samenwerking en de preventie van klachten en escalaties.

Het aantal meldingen bij de Ombudsdienst blijft relatief beperkt en betreft voornamelijk individuele casuïstiek. Per registratie kunnen meerdere aanbevelingen worden geformuleerd, die thematisch worden gebundeld tot één samenhangend geheel. **Het aantal aanbevelingen weerspiegelt dan ook vooral een kwaliteitsgerichte analyse van signalen uit de praktijk, en niet noodzakelijk een structurele toename van klachten.**

Daarnaast dient te worden benadrukt dat sommige aanbevelingen op het moment van rapportering reeds (gedeeltelijk) zijn achterhaald, aangezien tijdens de afhandeling van klachten vaak al acties werden ondernomen of knelpunten werden opgelost. De aanbevelingen behouden in dat geval hun waarde als reflectie- en leerinstrument.

1. Communicatie en informatievoorziening

Heldere, tijdige en herhaalde communicatie blijft één van de belangrijkste pijlers om klachten te voorkomen. Uit klachten en meldingen blijkt dat onduidelijke, laattijdige of onvolledige informatie een belangrijke bron van ontevredenheid is. Transparante, consistente en patiëntgerichte communicatie over zorgprocessen, medische dossiers en kosten is essentieel om vertrouwen te versterken, misverstanden te voorkomen en escalaties te vermijden.

- **Voorzie duidelijke, volledige en transparante informatie** over afspraken, opnamemomenten, wachttijden, onderzoeken, risico's, kosten en facturatie (o.a. daghospitalisatie, implantaten, NMR, no-show, spoed zonder verwijsbrief).
- **Communiqueer expliciet praktische randvoorwaarden**, zoals bereikbaarheid van het onthaal en opname uur, beschikbaarheid van toiletten en verloop van onderzoeken.
- **Zorg voor correct en consequent gebruik van Informed Consent (IC)**, met duidelijke uitleg over inhoud en kostprijs, om betwistingen achteraf te vermijden.
- **Combineer mondelinge uitleg met schriftelijke ondersteuning** (folders, website, digitale platformen).
- **Structureer medische verslaggeving**: vermijd copy-paste, actualiseer historiek en stem af met de patiënt over voorgeschiedenis.
- Blijf patiënten correct informeren over **medische dossiers**: aanvraagprocedure, bewaartermijnen, internationale aanvragen en nood aan expliciete toestemming.

2. Respectvolle omgang, empathie en patiëntbeleving

De manier waarop zorg wordt ervaren, is minstens even bepalend als de zorg zelf. Empathie vormt een fundamentele bouwsteen van kwaliteitsvolle, patiëntgerichte zorg. Patiënten hechten groot belang aan zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Een respectvolle, empathische benadering verhoogt het gevoel van veiligheid en tevredenheid, zelfs wanneer de zorg inhoudelijk correct verloopt maar emotioneel zwaar is.

- **Investeer blijvend in empathische communicatie**, zeker bij kwetsbare situaties (diagnose, miskraam, overlijden, emotionele stress).
- **Erken de perceptie van de patiënt**, ook wanneer de zorg inhoudelijk correct was.
- **Vermijd aannames of minimalisering van klachten of emoties**.
- **Ondersteun medewerkers bij moeilijke of conflictueuze patiënten**, en stel duidelijke grenzen bij grensoverschrijdend of agressief gedrag.
- Blijf inzetten op **persoonlijke zorg**, ook in een drukke en tijdsintensieve werkomgeving.

3. Afspraken, wachttijden en bereikbaarheid

Onduidelijkheid over afspraken, wachttijden en bereikbaarheid leidt vaak tot frustratie en gevoelens van machteloosheid bij patiënten. Heldere communicatie en goede interne afstemming zijn noodzakelijk om verwachtingen realistisch te houden en het zorgproces vlotter te laten verlopen.

- **Communiceer helder over afspraken, wachttijden, wijzigingen en opbeltijden**.
- **Maak duidelijke afspraken rond “te laat komen” versus “no-show”**, in overleg met artsen en rekening houdend met de drukte.
- **Verbeter interne afstemming tussen diensten** om misverstanden te vermijden.
- **Versterk bereikbaarheid** van telefonie, consultaties en financiële diensten. Zorg voor correcte informatie op de antwoordapparaten.

4. Administratie, facturatie en juridische aspecten

Financiële en administratieve onduidelijkheid blijft een terugkerend aandachtspunt in klachten. Tijdige, duidelijke en toegankelijke informatie over kosten, facturatie en mandaten is essentieel om onzekerheid, betwistingen en wantrouwen te voorkomen.

- **Zorg voor maximale transparantie in facturatie**: supplementen, ambulant vs. dagopname, implantaten, vervoer, parking, no-show en spoedkosten.
- **Registreer annulaties en wijzigingen correct** om foutieve facturen te vermijden.
- **Informeer patiënten actief over digitale opvolging van facturen** en mogelijke problemen met postbedeling.
- **Volg betwistingen en vragen van ziekenfondsen snel en correct op**.
- **Mandaat van de patiënt is verplicht** bij klachten of dossieropvraging via familie of derden – dit moet consequent worden nagegaan en gecommuniceerd.

5. Klinische en praktische zorgprocessen

Naast de medische inhoud is ook de praktische organisatie van zorg bepalend voor de patiëntbeleving. Comfort, duidelijke begeleiding, goede afstemming bij ontslag en tijdige opvolging bij afwijkingen dragen bij aan veilige en kwaliteitsvolle zorg.

- **Zorg voor comfort, privacy en duidelijke begeleiding** tijdens onderzoeken en procedures.
- **Interne afstemming bij ontslag** is essentieel: voorschriften, documenten, instructies en opvolging moeten duidelijk zijn.

- **Bij vermoeden van ernstige afwijkingen:** directe afstemming tussen radioloog en behandelend arts.
- **Volg voedingskeuzes en -problemen actief op,** met regelmatige betrokkenheid van de diëtist.
- Besteed extra aandacht aan **preoperatieve informatie, medicatie en implantaten.**

6. Veiligheid en preventie

Incidenten en grensoverschrijdend gedrag hebben een grote impact op zowel patiënten als medewerkers. Een consequente toepassing van veiligheidsprocedures en preventieve maatregelen is noodzakelijk om schade, escalaties en psychosociale belasting te beperken.

- **Versterk diefstalpreventie en herhaal interne procedures** rond melding en opvolging.
- **Preventie van medische incidenten** (bv. extravasatie van contraststof) door correcte techniek en toezicht. Volg de procedure bij problemen en verwijs naar de website voor informatie rond burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering.
- Wees extra waakzaam bij **fragiele patiënten**, zeker bij transport tussen diensten.

7. Organisatie, infrastructuur en omgeving

De fysieke en organisatorische omgeving beïnvloedt rechtstreeks het gevoel van veiligheid, privacy en comfort van patiënten. Duidelijke bewegwijzering, aangepaste infrastructuur en aandacht voor privacy dragen bij aan een professionele en patiëntgerichte zorgcontext.

- **Verbeter bewegwijzering en informatie over verbouwingen of nieuwbouw.**
- **Optimaliseer kamercomfort en wachtruimtes** (temperatuur, privacy, rust).
- Herhaal de **richtlijnen voor personeel** rond mondkmaskers, piercings, tattoos en professionele uitstraling.
- Blijf aandacht hebben voor **privacy tijdens onderzoeken, consultaties en overdrachten.**

8. Samenwerking met familie, huisartsen en externe zorgverleners

Goede samenwerking en duidelijke communicatie met familie en externe zorgverleners zijn essentieel, binnen het wettelijke kader van patiëntenrechten en mandaat. Heldere rolafspraken voorkomen misverstanden en versterken de continuïteit van zorg.

- **Betrek familie waar zinvol**, maar bewaak steeds de wettelijke grenzen en het mandaat.
- **Versterk de communicatie tussen huisarts en specialist** over diagnose en opvolging.
- Stimuleer in- en extern **intercollegiaal overleg bij twijfel**, in plaats van communicatie via de patiënt.
- Blijf huisartsen **sensibiliseren over verwijsbrieven bij spoedopname** om onverwachte kosten en klachten te vermijden.

9. Digitalisering en dossiervorming

Digitalisering verhoogt de transparantie, maar stelt ook hogere eisen aan correctheid en actualiteit van informatie. Zorgvuldige, objectieve en up-to-date dossiervorming is cruciaal om vertrouwen te behouden en fouten te vermijden.

- **Optimaliseer interne communicatiesystemen** om fouten in planning en administratie te beperken.
- **Artsen en diensten kunnen best hun digitale communicatie actief opvolgen**
- **Documentbeheer up-to-date houden** (folders, richtlijnen, versies, auteursrechten).
- **Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger:** er is nood aan een centrale databank (overheid).

10. Interne samenwerking, cultuur en kwaliteitszorg

Een open, respectvolle en consistente interne cultuur is noodzakelijk voor duurzame kwaliteitszorg. Duidelijke afbakening van rollen, ondersteuning van medewerkers en een constructieve omgang met klachten dragen bij aan preventie, vertrouwen en continue verbetering.

- **Moedig artsen aan om klachten correct te kanaliseren**, via ontvangstbevestiging of doorverwijzing naar de ombudsdienst.
- **Versterk de proactieve rol van de Ombudsdienst.** Een bereikbare en laagdrempelige aanwezigheid creëert ruimte voor vroegtijdige signalering van mogelijke knelpunten en voor het tijdig ondersteunen van patiënten, naasten en medewerkers.
- **Bescherm de rol en afbakening van de ombudsdienst**, zeker bij aanhoudende druk van families (bv. bij BA-dossiers). Een expliciete communicatie over wat de ombudsdienst wél en niet kan betekenen, draagt bij aan realistische verwachtingen en een transparante werking.
- **Zet gericht in op afdelingen en disciplines met de meeste meldingen**, via opleiding, feedback en bijsturing.
- **Professioneel gedrag en communicatie** (intern én extern, inclusief sociale media) moeten blijvend worden bewaakt en bespreekbaar gemaakt.

Jaarverslag van ombudsdienst A.Z. Rivierenland
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Rivierenland
Adres	's Herenbaan, 172-2840 Rumst
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	104
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	Totaal aantal bedden: 429
Aantal campussen	3
Naam ombudsperso(o)n(en)	Campus Rumst : Nicole Caremans Campus Bornem/Willebroek : Linda Gijsbrechts
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Campus Rumst: 01/04/2010 Campus Bornem/Willebroek: 01/04/2023
Bestaffing	Jobtime per ombudsdienst: 24u/week

Lokalisatie dienst	Campus Rumst: inkomhall, route 130 Campus Bornem/Willebroek: gelijkvloers, route 143
Registratiesysteem	Total Patient Safety Company
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Voor beide camp: - Website AZR: https://www.azrivierenland.be/ombudsdienst-AZR - Geactualiseerd op 23/06/2022
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Beiden Ombudspersonen: <u>Mediv</u> → Opleiding bemiddelaar, UA/AHLEC → Postgraduaat gezondheidsrecht - modules aansprakelijkheid, patiëntenrechten, beroepsbeoefenaars, aansprakelijkheid
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Studiedag gezondheidsrecht Het ultieme en volledige boek over het Patiëntendossier, Beroepsgeheim, GDPR en EHDSR van collega's Thierry Vansweevelt en Nils Broeckx.
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>	Beide campussen: - Mandaat en ruime opdracht voor elk type klacht, ook die klachten die buiten de wet PR vallen. (Financiële klachten, organisatorische klachten zoals extern vervoer, parking, verloren voorwerpen enz...) - Samenwerking met de diensten Kwaliteit en Communicatie voor wat betreft de preventieve opdracht → "Voorkomen van klachten" - Afschrift dossier wordt volledig beheerd door het medisch archief conform de wet PR en staat organisatorisch los van de ombudsdienst. <u>Vanaf 2025 in samenwerking met de juridische dienst van het ziekenhuis.</u> - Ondersteuning vanuit juridische dienst voor wat betreft inzage en afschrift dossiers en voor verzekeringen. - Ook alle "Varia"-vragen worden door de ombudsdienst behandeld. Nauwe samenwerking met de financiële diensten.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Beide camp: Ontvangst klacht – Confirmatie van ontvangst – Analyse door OD – contacteren van de interne betrokkene(n) en verzamelen van elementen van antwoord – feedback naar de melder + zo nodig bijkomend gesprek al of niet met zorgverlener – indien noodzakelijk verwijzen naar alternatieven – Afsluiten dossier – Regelmatige rapportage naar directie van top-5 aan interne knelpunten, niet nominatief.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Vertrouwelijk, pragmatisch, maar ook signaalfunctie binnen de organisatie. Organisatie bewust maken van de knelpunten, van de hiaten in de kwaliteit van zorg. We proberen daar waar nodig er steeds een leermoment uit te halen en bezorgen die bij de juiste dienst/persoon.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)
We merken meer en meer persistentie vanuit de kant van de patiënt die steeds moeilijker om te buigen valt naar een vorm van "begrip". In 2025 hebben we meer dan andere jaren moeten verwijzen naar "Alternatieven".

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
- Zeer veel persistentie ondervonden, patiënten zijn niet altijd tevreden met een 1^e antwoord, resulteert vaak in heropening van een dossier - Door de jaren heen zien we een verschuiving gebeuren nl. dat medewerkers klachten hebben over het gedrag en communicatie van patiënten/familie naar hen toe, de omgekeerde beweging dus. Vaak wordt de vraag gesteld welk aanspreekpunt zij hiervoor krijgen... - Er zijn dan ook bijzonder veel agressiemeldingen binnen de organisatie in dit verband. Sommige van deze meldingen komen ook bij de OD terecht. - De pat. betreft hoe langer hoe meer zijn "netwerk" in zijn zorg. De zorgverleners dienen bijgevolg met meerdere partijen rekening gaan houden, meer dan enkel met de patiënt alleen. Zij zijn hier nog onvoldoende op voorbereid en vraagt van hen een nieuwe mindset. - Attitude en communicatiestijl blijft een persistente herhalingsklacht, binnen alle beroepsgroepen van de organisatie. Het ziekenhuis neemt hiervoor reeds maatregelen op verschillende niveaus. Is een complex thema. Klachten over attitude & bejegening doorheen alle beroepsgroepen wordt ook opgevolgd als KPI. - Bereikbaarheid en respons van de beroepsbeoefenaars is soms problematisch	
Aantal klachtendossiers	Aantal: 445 Campus Bornem: 216 Campus Rumst: 224 Campus Willebroek: 5
Aantal infodossiers	3

Aantal pro actieve dossiers	10
Aantal opvragingen patiëntendossier	Opvraging: 135 FMO: 11 Parket: 13 Inzage dossiers: 3
Aantal 'andere'	0

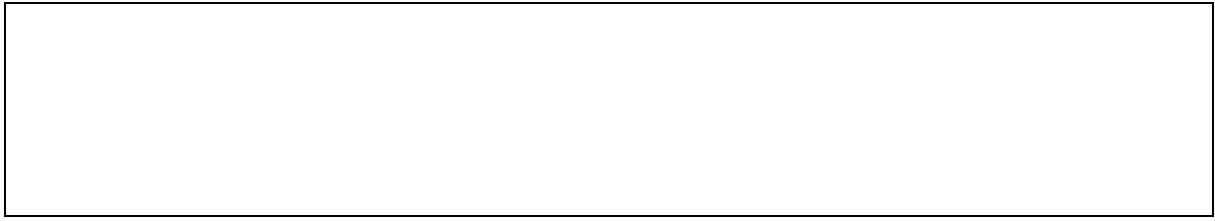
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
Totaal aantal klachten volgens de Wet Patiëntrechten:	419
Varia:	36

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	370
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	34
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	2
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	4
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	2

Tabellen/grafieken; klachtenratio:
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)
- Voortdurende optimalisatie van de informatieverstrekking voorafgaande aan een interventie (uitbreiding info op website, affichering in wachtzalen, digitale borden, SMS naar pat....) - Meer inleving en betrokkenheid bekomen bij medewerkers en spoedartsen - Afdelingen bewust maken dat ongenoegen in de eerste instantie ter plaatse moeten kunnen worden opgelost. Probleemsituaties worden al te gemakkelijk verschoven naar de ombudsdienst. Mogelijks zijn hier verschillende redenen voor: gebrek aan communicatieve vaardigheden, angst voor confrontaties, gebrek aan tijd, gebrek aan inzicht.... - Blijven inzetten op vormingen rond communicatie en eigen persoonlijk inzicht voor alle beroepsgroepen. - Aan de overheid: Uniformiteit in de terugbetalingsmodaliteiten onder de verschillende mutualiteiten - Aan de overheid: meer ondersteuning van de ziekenhuizen i.k.v. de wervingsmogelijkheden van zorgpersoneel op de arbeidsmarkt

Aanbevelingen

Verzoeningsresultaten
Pat. is het vaakst tevreden met: - De nodige informatie, begrip en toelichting rond een bepaalde situatie - Correctie van de factuur - Aanbieden van excuses en info over de genomen maatregelen



Jaarverslag van ombudsdienst Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria Halle
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025- 31.12.2025

1. Instellingsgebonden Informatie

a. Gegevens betreffende de zorginstelling

Naam van de zorginstelling	Algemeen Ziekenhuis Sint Maria vzw
Adres	Ziekenhuislaan 100 1500 Halle
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	106
Erkenningsnummer	AZ
Aantal bedden	350 (erkende klassieke bedden excl. Daghospitalisatie)
Aantal campussen	1

b. Gegevens betreffende de Ombudsdienst

Naam ombudsperso(o)n(en)	Christine Van Bockstael
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	18-09-2023
Bestaffing	0.5 VTE
Lokalisatie dienst	De dienst is gevestigd in blok F (kantoorcontainers). Bereikbaar via het onthaal, richting uitgang dagziekenhuis , kantoorcontainer uiterst links.
Registratiesysteem	Eigen registratiesysteem (in Excel)

Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	- Raadpleegbaar aan de onthaalbalie - Op de website www.sintmaria.be
Vormingen i.k.v. bemiddeling	- Basisopleiding bemiddeling via Mediv - Provinciale en nationale initiatieven via VVOVAZ - Verbindende communicatie - Communiceren met Impact
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- 20/6/2025: Algemene ledenvergadering VVOVAZ + vorming rond de nieuwe wet rond beschermende observatiemaatregel + workshops - 4 bijeenkomsten met de Provinciale werkgroep Vlaams Brabant VVOVAZ (inclusief intervisie en casus bespreking) - Literatuur rond conflicthantering: Anatomie van de vrede - Literatuur rond juridische aspecten voor de zorgprofessional: boek De zorgpocket

b.1 Werkingsterrein van de Ombudsdienst

Het werkterrein en takenpakket van de Ombudsdienst is t.o.v. vorig jaar niet gewijzigd en is nog steeds breder dan louter het bewaken van de patiënten rechten. De Ombudsdienst fungeert eveneens als centraal aanspreekpunt voor allerlei meldingen en vragen van de cliënt en diens familie.

- Klachtenbemiddeling vanuit het mandaat KB 8/7/2003
- Behandeling van verloren voorwerpen
- Advies en begeleiding aan Centraal Medisch Archief voor afschrift patiëntendossier
- Vragen rond administratieve, financiële , organisatorische aspecten (met interne doorverwijzingen conform huishoudelijk reglement)
- Sinds september 2023 is de Ombudsdienst:
 - lid van het kwaliteitsteam cliënten beleving en participatie met als doel proactief mee te werken aan het jaarlijks beleidsplan
 - lid van de werkgroep VMS (veilig incident meldsysteem) met als doel de kwaliteit rond veiligheid te verbeteren
 - lid van de werkgroep rond agressiebeleid (2025)
- In het kader van klachtenpreventie geeft de Ombudsdienst vorming over de werking van de dienst en de rechten van de patiënt tijdens onthaaldagen voor de nieuwe medewerkers.
- Vragen van patiënten allerlei : voor meldingen of vragen waarvoor de patiënt contact opneemt met de Ombudsdienst (OD) zal de OD actie ondernemen door deze door te sturen naar de afdeling of zorgverlener die verantwoordelijke is voor de verdere afhandeling met de patiënt .
- Indienen en opvolgen van verzekeringsdossiers en schadeclaims.

b.2 . Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de Ombudsdienst?

Een klacht kan op verschillende manieren ingediend worden:

- Schriftelijk (per brief of via email)
- Mondeling (telefonisch of tijdens een persoonlijk contact)
- Via de website www.sintmaria.be

- De klacht wordt geregistreerd en krijgt een dossiernummer.

Na ontvangst van de klacht wordt de melder ingelicht over de goede ontvangst van de klacht. Nadien start een eerste bevraging met de melder met als doel een totaal en duidelijk overzicht te bekomen van de situatie, de verwachtingen van de melder helder te krijgen en de vervolgaanpak te bespreken.

Vervolgens wordt contact opgenomen met de betrokken gezondheidszorgbeoefenaar (schriftelijk of mondeling) met de vraag naar diens relaas over de aangehaalde feiten . Ook de vervolgaanpak wordt besproken .

Indien de partijen tot een akkoord komen , de communicatie hersteld is of een oplossing werd aangeboden kan het dossier afgesloten worden.

Indien geen oplossing bereikt wordt, oriënteert de ombudspersoon de patiënt of melder naar een andere mogelijkheid van conflictafhandeling intern of extern.

Voor verdere duiding wordt verwezen naar het huishoudelijk reglement .

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Als ombudspersoon zelf is het belangrijk om steeds volgende basishoudingen in acht te nemen met alle betrokken partijen bij de behandeling van een klacht en deze zeer goed te bewaken • Strikte neutraliteit en onpartijdigheid : geen oordeel, geen partij kiezen • Erkenning en vertrouwen opbouwen met alle betrokkenen • Empathisch zijn , contact maken , in verbinding gaan met alle partijen • Onafhankelijk en belangeloos zijn • Objectief zijn • Het beroepsgeheim respecteren : geen gegevens meedelen aan derden • Vertrouwelijkheidsplicht : beschermen van documenten en communicaties - De <u>werkwijze</u> rond afhandelen van klachten : - Wij adviseren de melder om vragen, opmerkingen of problemen in eerste instantie en zo vlug mogelijk te bespreken met de rechtstreekse zorgverlener (vb. de arts, de hoofdverpleegkundige). Een goed gesprek kan veel ophelderen en oplossen. - Afhankelijk van de verwachtingen en belangen die door de contacten met beide partijen besproken werden zijn verschillende opties mogelijk om tot een oplossing te komen van de klacht (gesprek , schriftelijke of mondelinge toelichting, informatie verstrekking, enz) - Voor de volledige procedure rond klachtenbemiddeling verwijs ik verder naar het huishoudelijk reglement op de website www.sintmaria.be

Wat het resultaat van de klachten betreft :

- In het algemeen kan naar mijn eigen aanvoelen, het merendeel van de klachten op een correcte manier afgehandeld worden , d.w.z. dat er een overeenkomst kan worden bereikt waarin beide partijen zich kunnen vinden.
- Indien toch geen bevredigend resultaat kan worden bekomen, trachten we de melder steeds verder te helpen door deze door te verwijzen naar andere alternatieven buiten onze Ombudsdienst

Moeilijkheden:

Steeds meer patiënten maken gebruik van AI-gegenereerde teksten om klachten of meldingen in te dienen. Hoewel dit de drempel kan verlagen om een melding te doen, blijkt in de praktijk dat klachten daardoor ook vaak onnauwkeurig en onnodig complex worden en vaak met verkeerde verwachtingen gericht worden naar de Ombudsdienst. Het is daarom van belang om als ombudspersoon steeds duidelijk de rol te verduidelijken bij afhandeling van de klachten en een blijvende uitdaging om de verwachtingen van de melder helder te krijgen.

2. Cijfergegevens

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Totaal aantal meldingen	355
Aantal klachtendossiers	258
Aantal infodossiers	78
Aantal verzoeken tot afschrift van een medisch dossier	23
Aantal 'andere'	3 schadeclaims (aangiften bij IC Verzekeringen)

Het totaal aantal Ombudsdossiers is gestegen van 331 naar 355 (+ 7,25 %)

Hoewel het totaal aantal Ombudsdossiers lichtjes gestegen is in ons ziekenhuis, zien we geen expliciete verklaring hiervoor. Er zijn geen opvallende uitersten binnen een bepaald departement.

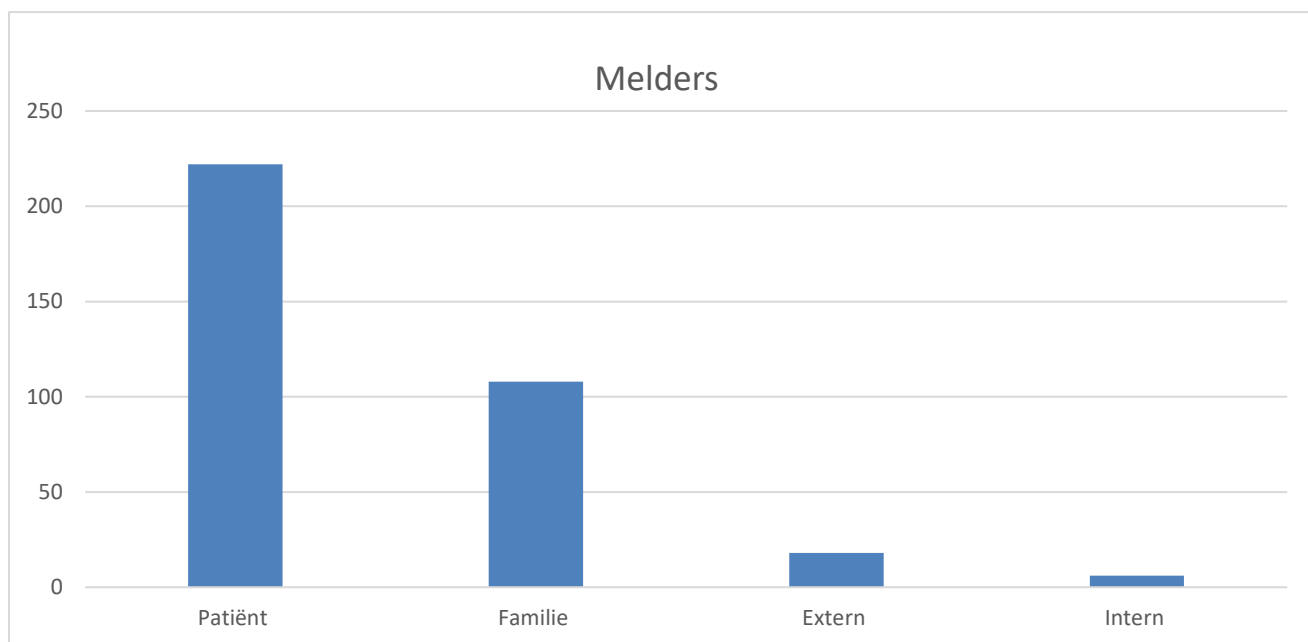
De nood aan informatie en een heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt blijven een aandachtspunt. Patiënten en hun familie worden graag nauw betrokken bij het zorgproces. Bovendien nemen melders meer om meer een signaalfunctie aan met als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Melders vragen ook vaker naar welke lessen zijn getrokken uit hun melding en welke verbeterprocessen de organisatie zal starten om toekomstige gelijkaardige klachten te vermijden.

Het aantal verzoeken tot afschrift van een medisch dossier , ontvangen t.a.v. de Ombudsdienst, is gedaald . Dit is o.a. het gevolg van de interne procedure waar aanvragen nu rechtstreeks kunnen worden ingediend t.a.v. het medisch archief. Enkel in geval van ontbrekende of onduidelijke aanvragen wordt de Ombudsdienst ingeschakeld.

Klachtendossiers: **165** kaderen in de Wet 'Rechten van de patiënt'

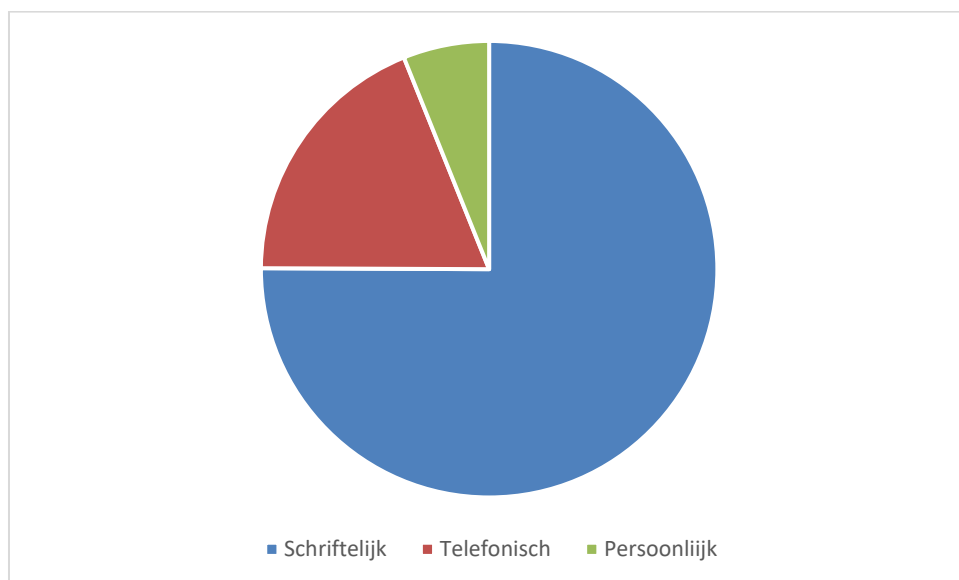
In de geformuleerde klachten behandelt de Ombudsdienst ook klachten die geen rechtstreeks verband houden met patiëntenrechten.

Wie zijn de melders?



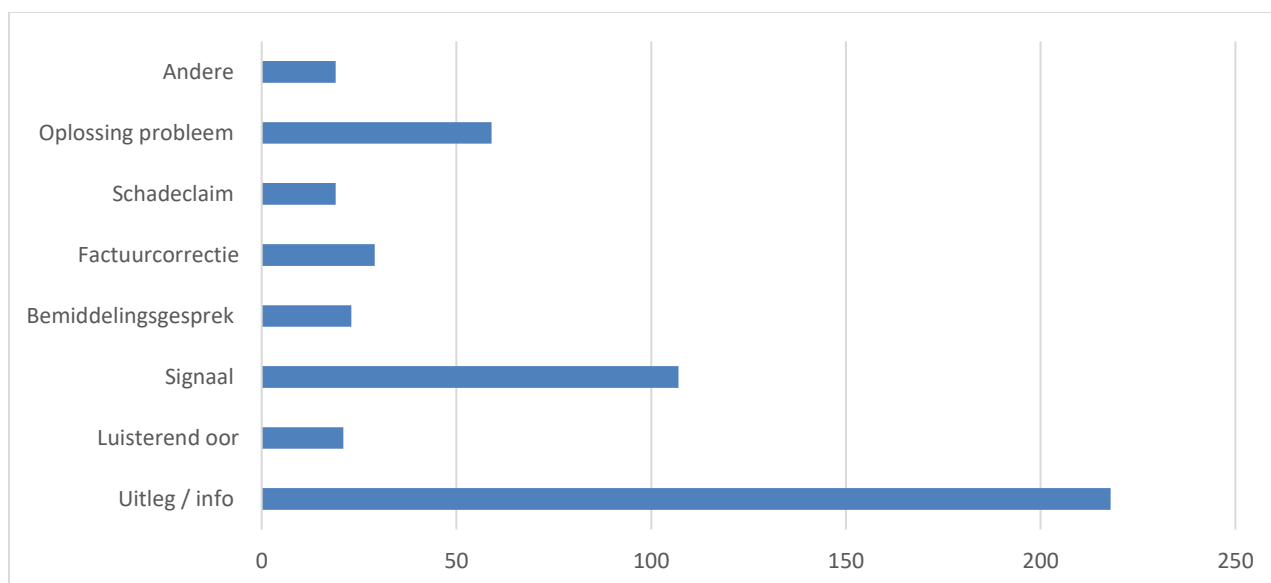
Naast de patiënt zelf gebeuren de meldingen ook door de familie (zoon – dochter – partner – ouder).

Vorm van aanbrengen van de klacht



In de meeste gevallen worden we schriftelijk gecontacteerd , doorgaans per mail of via het contactformulier op de website van het ziekenhuis .

Verwachtingen van melders bij 1^e contact name met de Ombudsdienst



Per melding kunnen er meerdere verwachtingen naar boven komen of ontstaan.

Melders vragen vaak naar informatie of uitleg van een zorgverlener via de Ombudsdienst naar aanleiding van een klacht wanneer zij nood hebben aan meer toelichting over een uitgevoerde behandeling, onderzoek, verzorging, nazorg of ontslag. Dit geldt ook voor financiële vragen of betwistingen, vragen rond het patiëntendossier, procedures, beleidsvragen en klachtenbehandeling. Het betreft meestal om informatie die onvoldoende werd verkregen via eerste lijn.

Melders nemen vaker een signaalfunctie op met als doel mee te werken aan verbetering van de kwaliteit van de zorg en uit bezorgdheid voor mede patiënten. Meer en meer vragen melders naar feedback over waartoe hun melding effectief heeft geleid, vb welke verbeteracties, oplossingen of lessons learned er zijn ondernomen.

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

165 klachtenmeldingen in verband met de rechten van de patiënt (207 dossier in 2024)

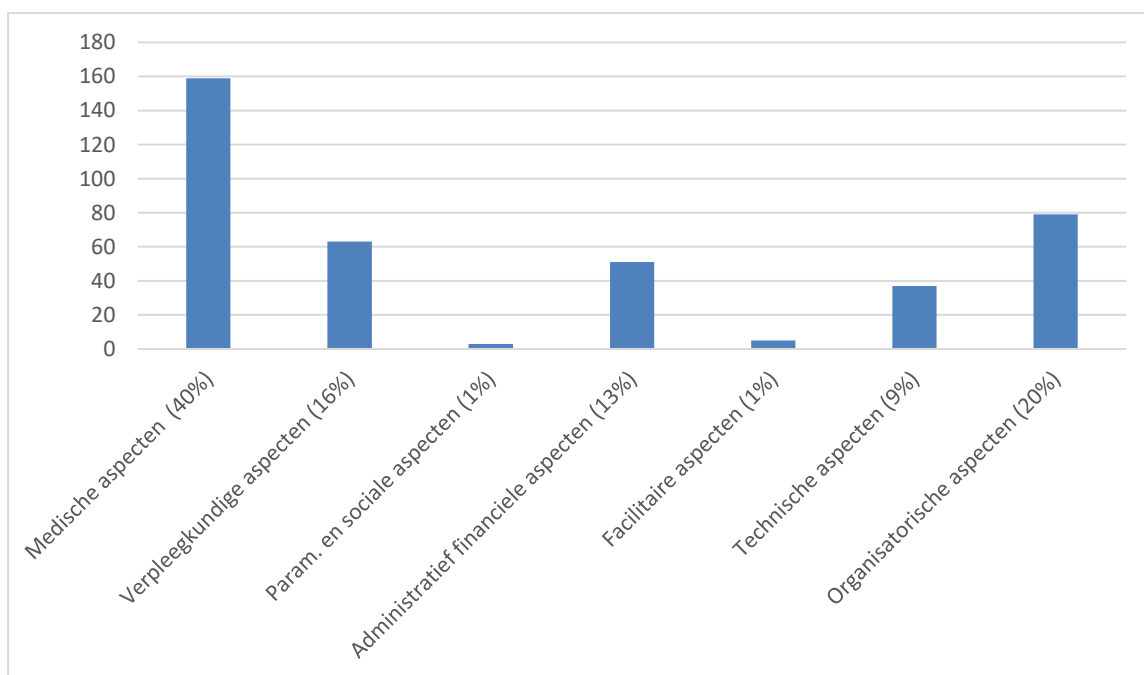
1 dossier kan inhoudelijk gaan over verschillende rechten van de patiënt

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	133
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0

Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	23
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	4
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	7
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	4
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	6
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

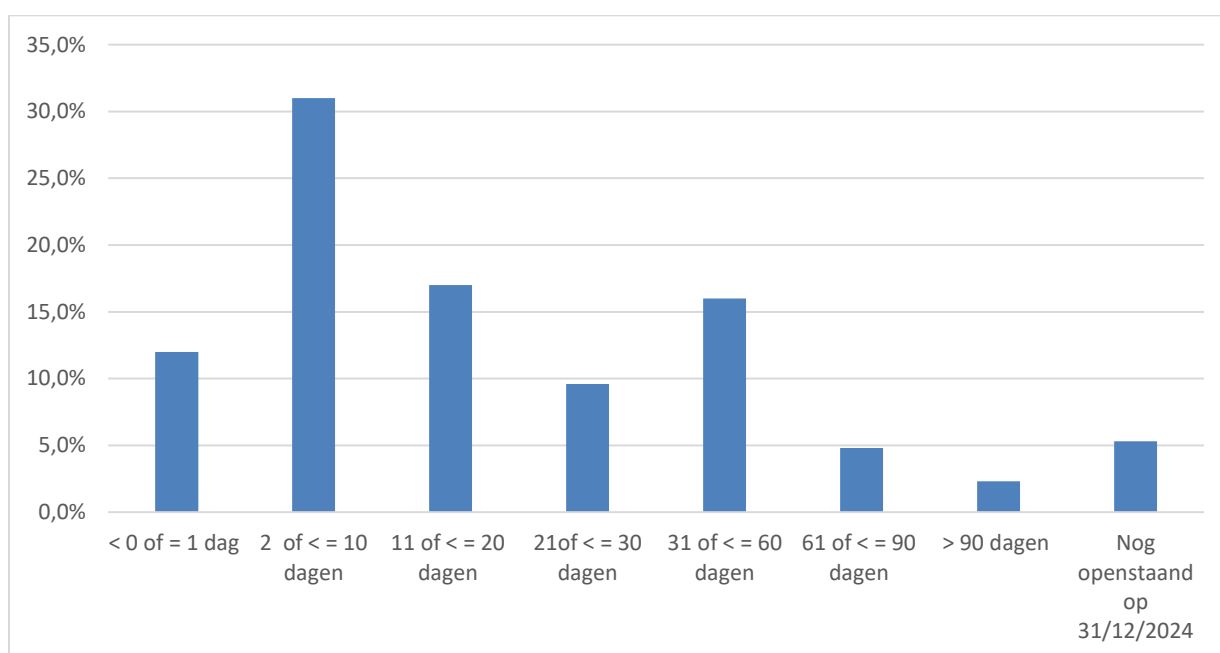
Het aantal meldingen die kaderen in de Wet van de patiëntenrechten is gedaald t.o.v. vorig jaar (van 207 -> 165)

Klachten per departement



- Medische klachten gaan vooral over ontevredenheid over een behandeling, onderzoek of ingreep en een tekort aan medische informatie aan de patiënt of diens naasten.
- Verpleegkundige klachten situeren zich vooral rond het ontvangen van onvoldoende informatie rond de verpleegkundige zorgen en rond de communicatiestijl van medewerkers.
- Onder de administratief – financiële klachten behoren voornamelijk de facturatieklachten en ontvangen van onvoldoende informatie (betwistingen en prestaties)
- Technische meldingen gaan in hoofdzaak over de parkingtarieven.
- Op organisatorisch vlak vinden we vooral klachten rond afsprakenregeling , wachttijden voor telefonie en onderzoeken en verloren voorwerpen

Doorlooptijd



70% van de klachten worden afgehandeld binnen de 30 dagen na melding.

3. Aanbevelingen

Aanbevelingen

- **Aanbevelingen voor de kwaliteit van de dienstverlening**

Om de kwaliteit van de zorg te verhogen kan aandacht gegeven worden aan :

Betere en heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt: zorg voor duidelijke, open , eerlijke , respectvolle en empathische communicatie over de behandeling, procedures en verwachte resultaten. Dit vorm nl. de basis voor vertrouwen in de zorg en versterkt therapeutische relaties.

Patiënt en familie tijdig en volledig Informer en betrekken bij het zorgproces zodat ze ook vragen kunnen stellen.

Investeren in een betere voor en nazorg: inclusief duidelijke instructies, contactmogelijkheden en follow-up afspraken, zodat patiënten zich beter ondersteund voelen.

Patiëntgerichte aanpak: Betrek patiënten en familie actief bij beslissingen over de behandeling en luister naar hun wensen en zorgen. Dit bevordert vertrouwen en tevredenheid.

- **Aanbevelingen rond informatieverstrekking**

Het is nodig om terug tijd te nemen voor gesprekken met de patiënt (en diens naasten) ook al is de werkdruk hoog .

Duidelijke informatievoorziening: gebruik maken van brochures, digitale platforms of informatiebijeenkomsten om uitleg te geven over behandelingen, ingrepen en nazorg

Maak duidelijk aan de patiënt en de familie over welke aspecten van het zorgproces er wel informatie mag gegeven worden door verpleegkundigen (verzorging, medicatie, voeding, geplande onderzoeken)

- **Aanbevelingen rond communicatie :**

Goede communicatie in de zorg vraagt vaardigheden, tijd, ondersteuning en een veilige feedbackcultuur. Door in te zetten op training, feedback en empathie verhoogt niet alleen de patiënttevredenheid, maar ook het welzijn van zorgpersoneel zelf.

Training en coaching van personeel: in communicatie, empathie en patiëntgerichtheid, zodat beter kan ingespeeld worden op de behoeften en zorgen van patiënten en familie. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Betrek communicatievaardigheden in evaluatiegesprekken

Aanbevelingen rond financiële informatie

Vaak zijn patiënten vooraf onvoldoende op de hoogte over het aanrekenen van supplementen . Het is belangrijk om vooraf duidelijke en transparante uitleg aan te bieden rond de facturatie en de berekeningen.

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en naasten , zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Integreer financiële transparantie expliciet in opnameprocessen door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen, supplementen, enz.

- **Aanbevelingen rond organisatorische aspecten:**

Telefonie:

Het is aanbevolen om gebruik te maken van een wachtrij- en doorverwijssysteem: Implementeer een duidelijk gestructureerd systeem dat patiënten informeert over hun positie in de wachtrij en de verwachte wachttijd, en bied opties voor doorverbinding of terugbellen.

Het is aanbevolen om gebruik te maken van automatische berichten die patiënten informeren over de wachttijd en alternatieve contactmogelijkheden, zodat ze niet onnodig wachten zonder informatie.

Men kan het gebruik van online portals, e-mail of chat voor vragen en verzoeken stimuleren , zodat niet alle communicatie via de telefoon hoeft te verlopen.

Rond afsprakenregeling en wachttijden: informeer de patiënt rond de wachttijden en eventuele vertragingen. Maak eventueel gebruik maken van KPI's rond annulaties, wachttijden, ...

4. Verzoeningsresultaten

Verzoeningsresultaten

Klachtendossiers worden vaak schriftelijk of mondeling afgerond.

Niet elke melder geeft een reactie over het resultaat .

Een aanpak wordt overwegend als tevreden beschouwd indien de patiënt zich gehoord voelt, er oplossingen of verbeteracties aangereikt werden, de gevraagde informatie werd gegeven , enz.

In de meeste dossiers wordt via pendelbemiddeling gestreefd naar begrip, verduidelijking, ophelderen van misverstanden of onduidelijkheden.

Daarnaast kan het aanbieden van een concrete oplossing of een financiële tussenkomst maken dat een consensus wordt bereikt.

Alleen ga je sneller, samen gaan we verder

Jaarverslag Ombudsdienst 2025
Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart
Leuven

Vanesa Smeulders - ombuds



Inhoud

Inleiding	3
1. Algemene informatie.....	4
1.1. Zorginstelling	4
1.2. Ombudsdienst	4
1.3. Traject van een melding	5
2. Cijfers 2025.....	7
2.1. Aantal meldingen.....	7
2.2. Type melding	8
2.3. Klachten	10
3. Analyse	14
3.1. Belang van heldere communicatie	14
3.2. Voldoende geïnformeerd zijn is maatwerk	15
3.3. Meer aandacht voor patiëntendossier	15
3.4. Transparante financiële informatie	15
3.5. Wederzijds Respect	16
4. Aanbevelingen.....	17
4.1. Aanbeveling m.b.t. de eigenlijke meldingsprocedure	17
4.2. Aanbevelingen m.b.t. de WPR-gerelateerde klachten	17
4.3. Aanbevelingen m.b.t. de niet-WPR-gerelateerde klachten.....	19
Slotbeschouwing	21

Inleiding

Voor je ligt het jaarverslag van de ombudsdienst over werkjaar 2025, mijn eerste jaar als ombudspersoon-bemiddelaar. Het was een intens en boeiend jaar waarin ik de organisatie, haar medewerkers en de vele stemmen van patiënten en hun naasten van dichtbij leerde kennen. Een jaar vooral ook van luisteren, verbinden en samen zoeken naar oplossingen.

Dit verslag blikt terug op de dossiers die in 2025 afgesloten werden.

Opnieuw vonden meer patiënten, familieleden én zorgverleners de weg naar de ombudsdienst. Deze evolutie is positief: ze wijst op groeiend vertrouwen in de ombudsdienst als toegankelijke en neutrale gesprekspartner wanneer vragen, bezorgdheden of spanningen in de zorgrelatie ontstaan. Elke melding beschouwen we als een kans om een probleem om te buigen naar een oplossing: door te luisteren, te bemiddelen, te verduidelijken en waar nodig bij te sturen. Op deze manier draagt een open meldcultuur bij aan vertrouwen, reflectie en kwaliteitsvolle zorg en ontstaat een positieve wisselwerking tussen melden en verbeteren.

In dit eerste werkjaar werd sterk ingezet op kennismaking, zichtbaarheid en toegankelijkheid voor beide zijden van de zorgrelatie. Heldere communicatie, wederzijds begrip en het behouden of herstellen van verbinding staan daarbij centraal, niet alleen wanneer het moeilijk loopt, maar ook preventief. Op die manier willen we elke dag mee vorm geven aan 'dichtbij beter' in de praktijk.

Mijn oprechte dank gaat uit naar mijn voorgangster, Ann Willemans, voor de warme overdracht, en naar alle patiënten, familieleden, zorgverleners, artsen en medewerkers voor hun vertrouwen, openheid en bereidheid tot dialoog. Verbinden en bemiddelen doe je immers nooit alleen. Het is een proces dat enkel kan slagen dankzij gezamenlijke inzet en wederzijds engagement. Alleen ga je sneller, maar samen gaan we verder.

Heb je na het lezen van dit verslag vragen of nood aan toelichting, dan kan je steeds bij de ombudsdienst terecht.

Vanesa Smeulders

Ombudspersoon – bemiddelaar

1. Algemene informatie

1.1. Zorginstelling

Het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven, Naamsestraat 105 te Leuven, behoort tot het Vlaamse gewest (instellingsnummer 108), en is een algemeen ziekenhuis met 287 erkende bedden.

1.2. Ombudsdienst

Ligging: Administratief gebouw, route 213 (2e verdieping)

Contactmogelijkheden: - via webformulier: www.hhleuven.be
- via e-mail: ombudsdienst@hhleuven.be
- telefonisch: 016/20 92 08
- persoonlijk gesprek: na afspraak

Openingsuren: maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag van 9.00 tot 17.00 uur

Ombudspersoon

Vanessa Smeulders (80% mandaat)

- jurist
- certificaat erkende basisopleiding bemiddelaar (MEDIV)
- lid VVOVAZ Beroepsvereniging vzw (actieve deelname aan provinciaal overleg & intervisie)
- lid patiëntenpanel
- lid Commissie Medische Ethiek
- lid werkgroep agressie

Huishoudelijk reglement

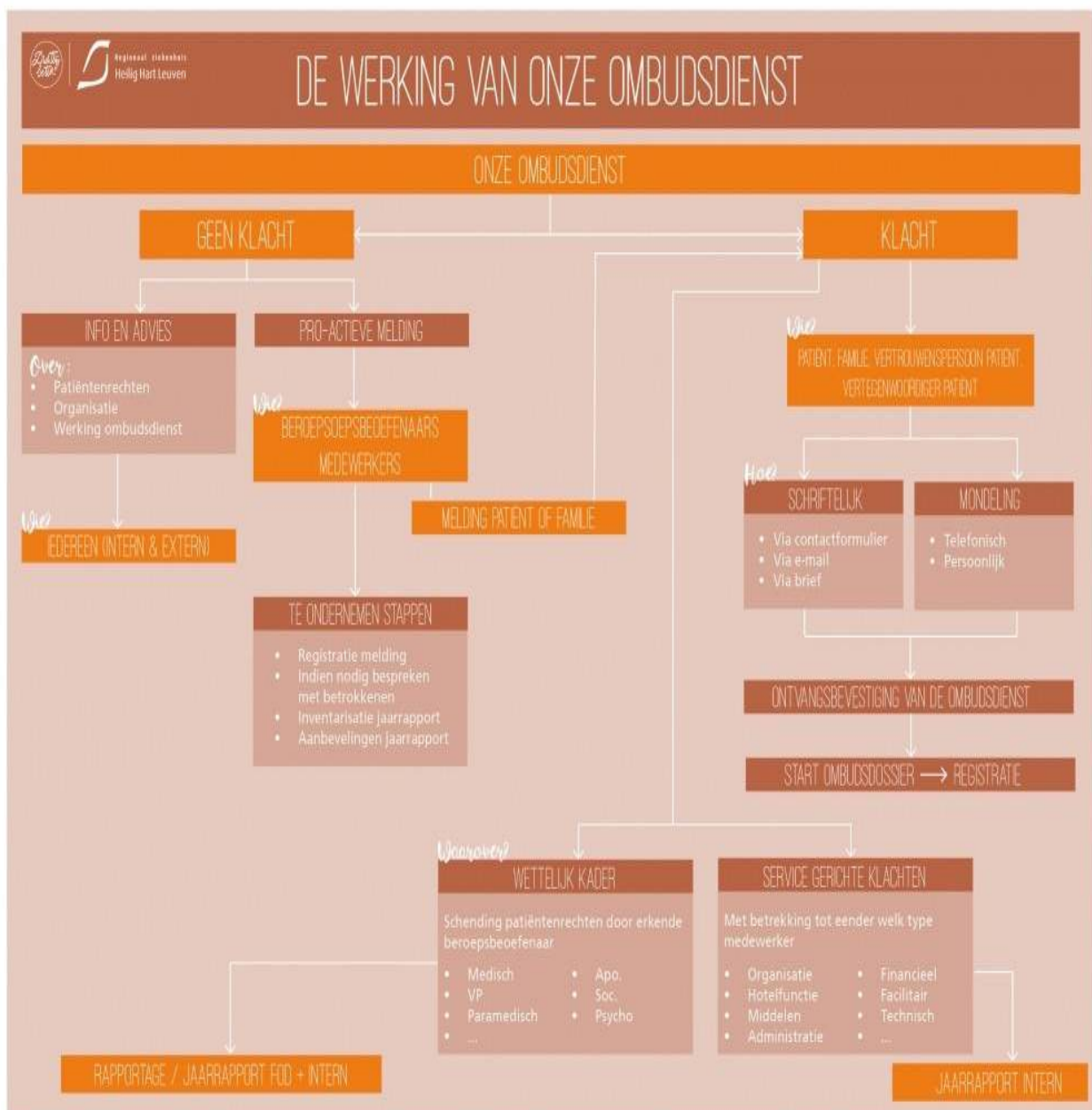
Het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst is raadpleegbaar via de website van het ziekenhuis, via Hartlink intranet (voor medewerkers) en bij de ombudsdienst zelf

Werkingssterrein van de ombudsdienst

De opdrachten van de ombudsdienst reiken verder dan de louter wettelijke klachtenbemiddeling en omvatten onder meer:

- **Klachtenbemiddeling**, binnen en buiten het kader van de Wet Patiëntenrechten
- **Begeleiding bij inzage en afschrift van patiëntendossiers**, met administratieve ondersteuning via het directiesecretariaat en de dienst KWS voor vragen rond het elektronisch patiëntendossier (Mynexuzhealth)
- **Preventieve en adviserende rol**, door het verstrekken van advies en informatie aan patiënten, familieleden, zorgverleners en artsen
- **Beleidsgerichte terugkoppeling**, door toelichting van het jaarverslag in beleidsorganen, betrokkenheid bij verbetertrajecten voortvloeiend uit aanbevelingen en tussentijdse advisering van het ziekenhuisbeleid op basis van signalen en tendensen
- **Vorming en sensibilisering, intern** door het geven van ziekenhuisbrede vorming en toelichting rond patiëntenrechten

1.3. Traject van een melding



De ombuds ontvangt een klacht en stuurt de melder een ontvangstbevestiging. Tegelijk wordt afgestemd hoe de melder verder wenst te werken met deze melding. Na akkoord van de melder wordt een dossier geopend en worden de betrokkenen bij de klacht geïnformeerd over de werkwijze van de ombudsdienst. Patiënten en zorgverleners worden vanaf het begin geïnformeerd dat er gewerkt wordt met een neutrale, meerzijdige benadering en dat de ombuds geen partij kiest.

Alle benodigde vaardigheden en gesprekstechnieken worden ingezet om het gesprek tussen de partijen te verhelderen, te begeleiden en te ondersteunen, met als doel een vergelijk en herstel van vertrouwen. De melder kan ervoor kiezen niet zelf in gesprek te gaan, maar dit via de ombuds te laten verlopen (pendeldiplomatie). In dat geval ontvangt de melder achteraf feedback. De klacht kan ook schriftelijk worden afgehandeld.

De ombuds verzamelt de nodige informatie en kan vrij contact opnemen met alle betrokkenen. Deze werkwijze waarborgt de vertrouwelijkheid van de bemiddeling. Gedurende het volledige proces worden melder en betrokkenen op de hoogte gehouden van de voortgang.

Als de melder tevreden is met het resultaat, wordt het dossier afgesloten en geregistreerd. Indien geen bevredigend resultaat wordt bereikt, wordt samen met de patiënt verder afgestemd over alternatieve mogelijkheden om de patiëntenrechten te waarborgen.

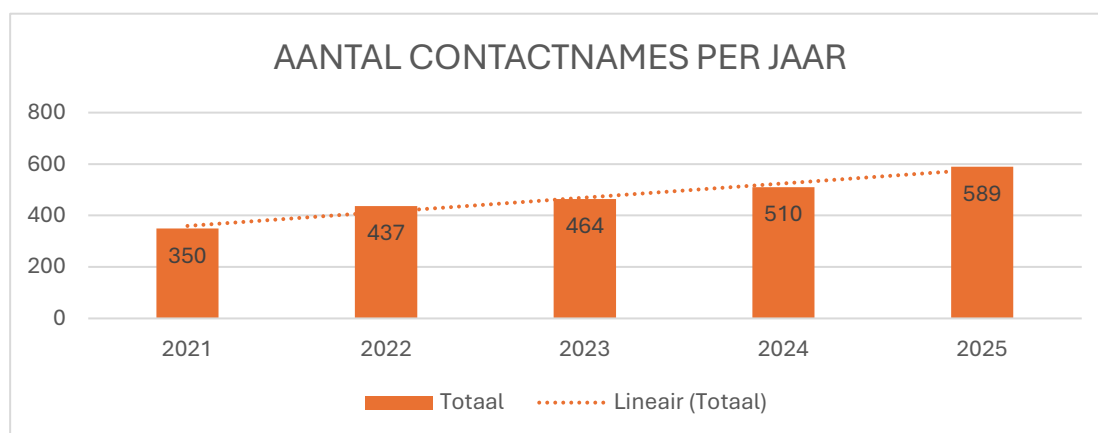
Als het gaat om een financiële kwestie die geen bemiddeling vereist, wordt de situatie -mits goedkeuring van de melder- doorverwezen naar de financiële dienst voor verdere afhandeling.

Bij vragen over de aansprakelijkheid van de zorgverlener wordt in eerste instantie een vergelijk gezocht in het gebeuren. Voldoet dit niet aan de verwachtingen van de patiënt wordt de melder geadviseerd een schriftelijk verzoek in te dienen voor een aangifte van burgerlijke aansprakelijkheid. Vervolgens neemt de juridische dienst van het ziekenhuis de situatie verder in behandeling.

De ombuds streeft ernaar de melder te versterken tijdens het bemiddelingsproces, zodat deze bij toekomstige zorgcontacten zelf kan aangeven dat hij vragen of bedenkingen heeft. Ook wordt de betrokken zorgverlener gevraagd om de aangegeven aandachtspunten van de patiënt in acht te nemen bij toekomstige zorgcontacten. Beide partijen worden gestimuleerd om zich in de toekomst open te stellen en bij te dragen aan een waarderende en constructieve zorgrelatie.

2. Cijfers 2025

2.1. Aantal meldingen



Grafiek 1: Evolutie aantal meldingen 2021-2025 (uitgedrukt in absolute aantallen)

Relatieve stijging totaal aantal meldingen

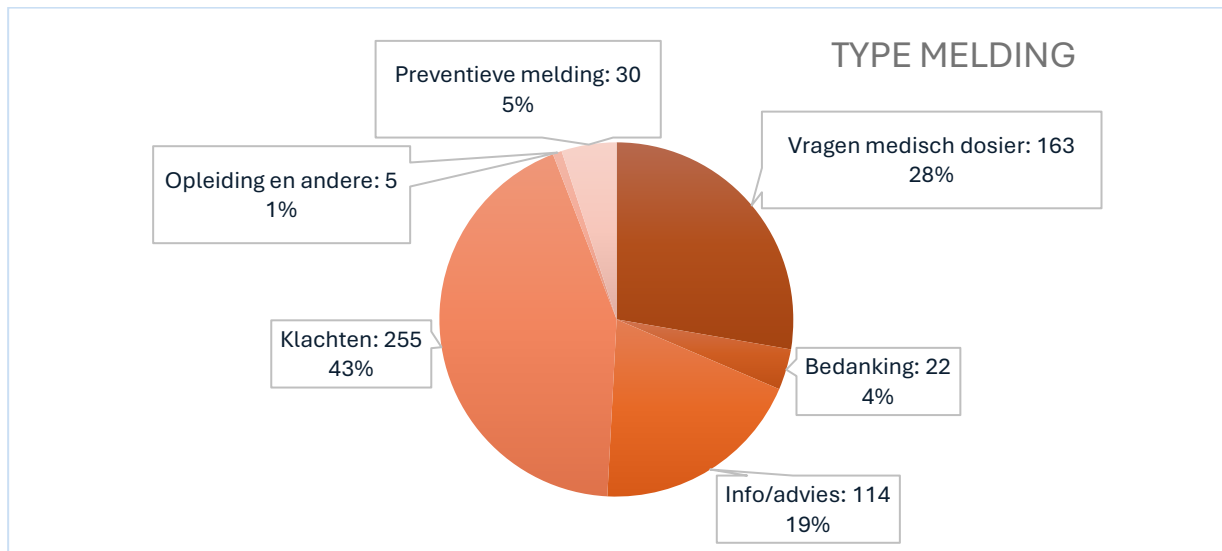
In 2025 registreerde de ombudsdienst **589 meldingen**, een stijging van **15% ten opzichte van 2024** en **26% ten opzichte van 2023**.

Deze stijging hangt deels samen met de groeiende ziekenhuisactiviteit (2025: 22.267 spoedcontacten, 10.632 opnames, 206.019 raadplegingen, 1.160 bevallingen). In verhouding tot deze stijgende zorgactiviteit blijft klachtratio relatief stabiel, al neemt de werklust voor de ombudsdienst merkbaar toe.

De verdere toename kan ook verklaard worden door de laagdrempelige werking en groeiende bekendheid van de ombudsdienst. In het kader van de wissel van ombudspersoon in 2025 werd actief ingezet op kennismaking en informatieverstrekking naar zowel zorgverleners (interne vorming patiëntenrechten, infomomenten), als naar patiënten en bezoekers (informatieverstrekking, naamkaartjes, deelname aan Open Bedrijvendag).

De stijging van het aantal meldingen wordt daarom niet als een negatief gegeven beschouwd, maar eerder als een indicatie van vertrouwen in de dienstverlening en van een groeiende open meldcultuur binnen het ziekenhuis. Een hogere meldingsgraad vraagt ook aandacht voor capaciteit en efficiënte werkprocessen.

2.2. Type melding



Grafiek 2: Type melding in 2025 (uitgedrukt in aantallen en percentages)

Preventieve tussenkomst voorkomt escalatie

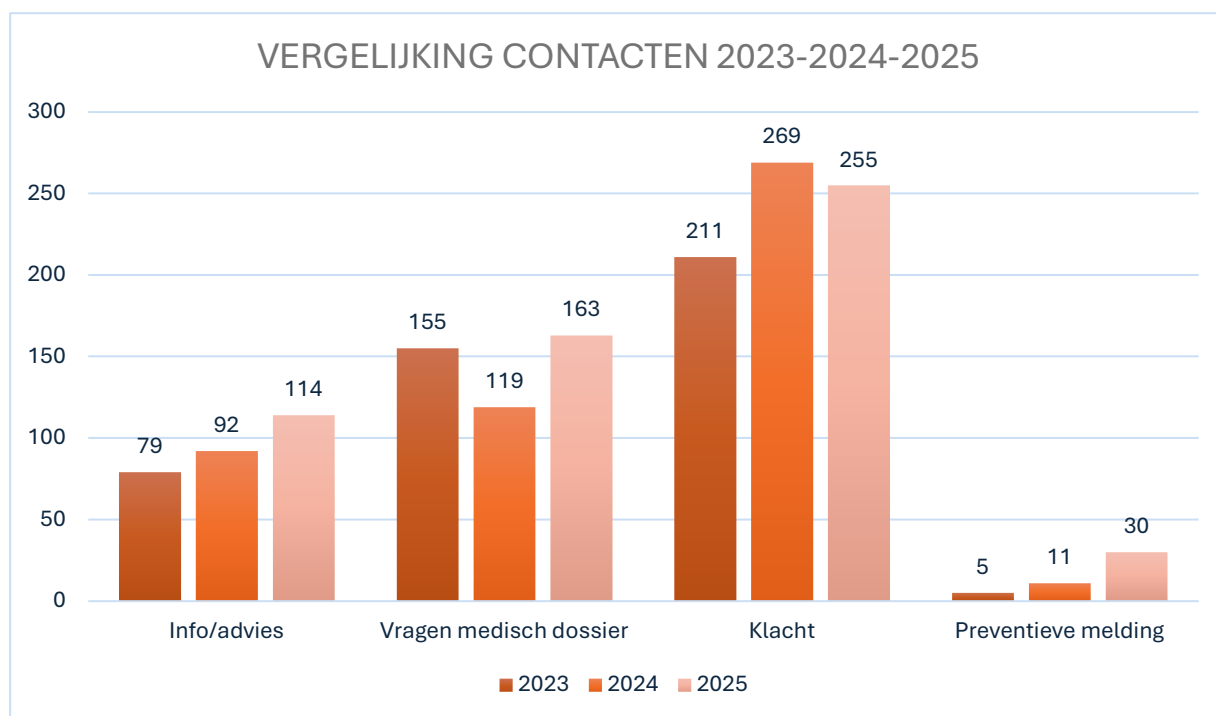
Ondanks de stijging van het totaal aantal meldingen daalde het absolute aantal klachten licht: van 269 in 2024 naar 255 in 2025. Tegelijk nam het aantal preventieve meldingen toe van 5 naar 30 en steeg het aantal informatie- en adviesvragen van 92 naar 114. Deze evolutie bevestigt de groeiende rol van de ombudsdienst als preventief aanspreekpunt en ondersteunende partner binnen de zorgrelatie. Door tijdig in te zetten op informatie, verduidelijking en bemiddeling kan escalatie in bepaalde situaties voorkomen worden en blijft het aantal formele klachten beperkt.

Toenemende betrokkenheid patiënten bij medisch dossier

In 2025 ontving de ombudsdienst veel vragen rond **afschrift** van het patiëntendossier (**100**), **koppelingen** via Mynexuzhealth (**30**: meer bepaald ouder/kind: 22, vertrouwenspersoon: 6, andere: 2) en **toevoeging** van gegevens aan het dossier (**13**). Deze stijging hangt samen met de grotere digitale toegankelijkheid van medische gegevens en de actieve betrokkenheid van patiënten bij hun zorgtraject. Het inkijken van het dossier roept vaak bijkomende vragen op, onder meer over oudere, nog niet gedigitaliseerde informatie of over het koppelen van accounts voor opvolging van naasten. De verwachting is dat door rechtstreekse digitale inzage het aantal formele aanvragen op termijn zal verminderen, maar bijkomende ondersteuning blijft nodig, zeker ook voor oudere of niet-gedigitaliseerde gegevens.

Waardering en erkenning van inzet van onze zorgverleners

De zon lijkt altijd nét iets harder te schijnen wanneer er lovende woorden binnenkomen bij de ombudsdienst. Ook bij dankwoorden wordt ervoor gezorgd dat ze onmiddellijk worden doorgegeven aan de juiste dienst en zorgverlener, zodat het applaus ook daadwerkelijk aankomt. In 2025 mochten we een mooie stijging registreren: in totaal ontvingen we **22 bedankingen**, een bewijs dat inzet en engagement niet onopgemerkt blijven.



Grafiek 3: Vergelijking van het aantal meldingen over 3 jaar (uitgedrukt in absolute aantallen)

Groei van ondersteunende rol ombuds

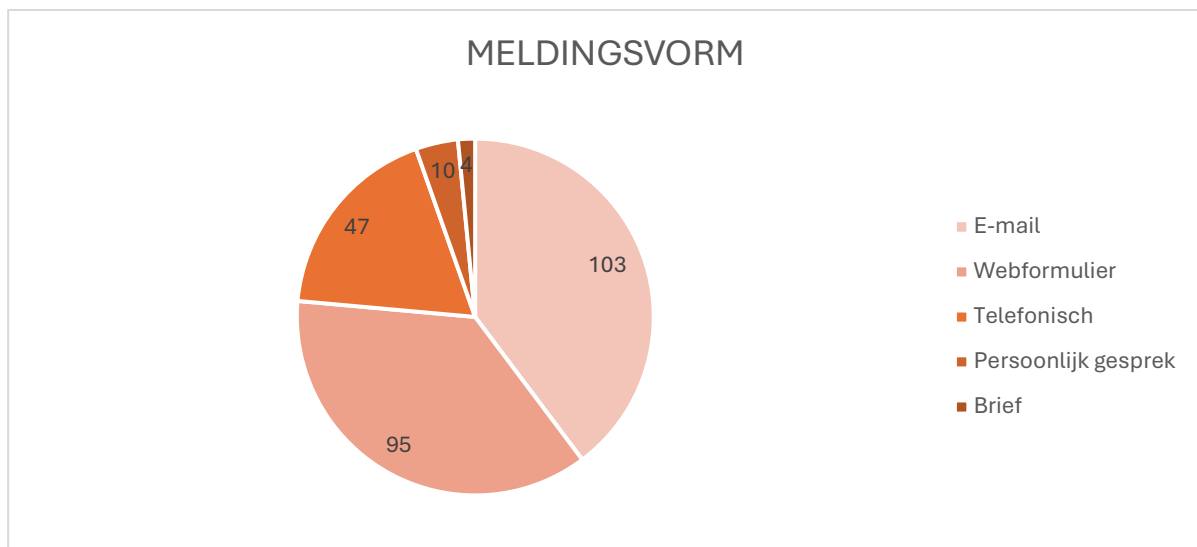
De vergelijking over de afgelopen 3 jaar toont een **daling van het aandeel formele klachten** en een duidelijke **stijging van ondersteunende en preventieve contacten**. Dit bevestigt dat de ombudsdienst steeds vaker in een vroeg stadium wordt betrokken, wat bijdraagt aan conflictpreventie en kwaliteitsverbetering.

2.3. Klachten

In 2025 registreerde de ombudsdienst **255 klachten**.

Bij de interpretatie van deze cijfers moet worden opgemerkt dat één klacht meerdere inhoudelijke aspecten kan bevatten, die afzonderlijk worden geregistreerd. De cijfers weerspiegelen de beleving en interpretatie van de betrokkenen en vormen geen uitspraak over de (on)gegrondheid van de klacht. Een klacht betekent dan ook niet noodzakelijk dat er effectief een fout werd gemaakt, maar signaleert een ervaren probleem of spanning in de zorgrelatie.

2.3.1. Meldingsvorm



Grafiek 4: meldingsvorm in 2025 (uitgedrukt in absolute aantallen)

Noodzaak diverse contactmogelijkheden

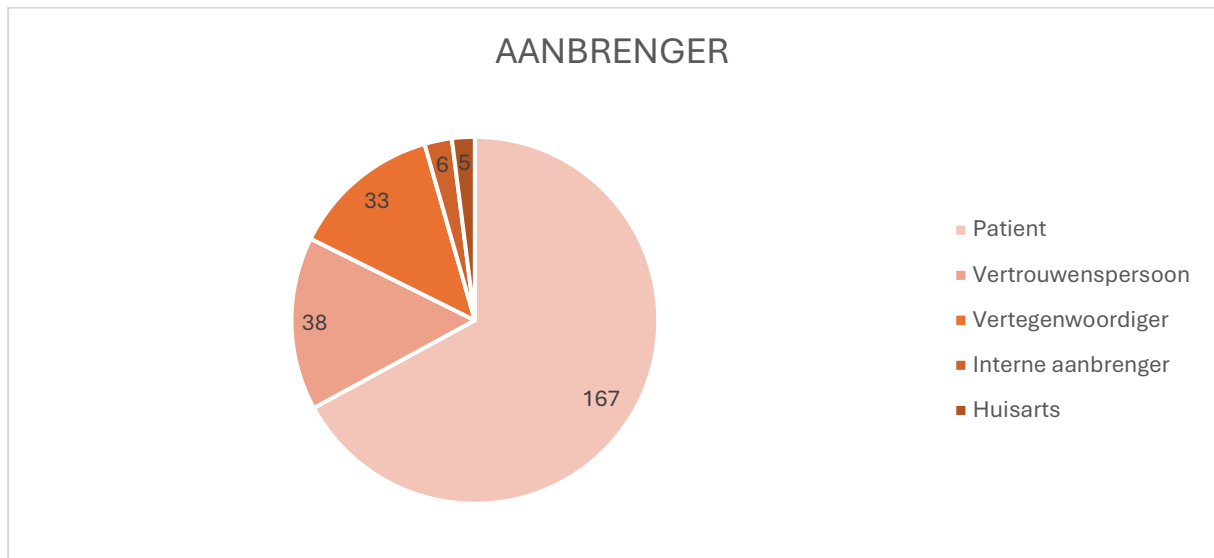
E-mail (103) en het **webformulier** (95) blijven in 2025 de meest gebruikte contactkanalen en zijn samen goed voor **78%** van alle meldingen. Dit bevestigt het belang van laagdrempelige, snelle en permanent beschikbare digitale communicatiemogelijkheden.

Telefonische meldingen (47 of **18%**) blijven eveneens relevant, vooral voor patiënten die minder vertrouwd zijn met digitale tools (leeftijd, taalbarrières, complexiteit, ...). Zij worden uitgenodigd om hun klacht schriftelijk te formuleren of langs te komen voor een persoonlijk gesprek.

Klachten via persoonlijke gesprekken (10) betreffen voornamelijk opgenomen patiënten of personen die nood hebben aan een meer uitgebreide toelichting. Handgeschreven brieven blijven uitzonderlijk (4).

De cijfers onderstrepen het belang van een laagdrempelige en veelzijdige bereikbaarheid van de ombudsdienst. Digitale toegankelijkheid vormt de basis maar moet aangevuld blijven met telefonische en persoonlijke bereikbaarheid om inclusiviteit te waarborgen.

2.3.2. Aanbrenger



Grafiek 5: aanbrenger van de klacht (uitgedrukt in absolute aantallen)

De patiënt, al dan niet bijgestaan door de vertrouwenspersoon, neemt de teugels in handen

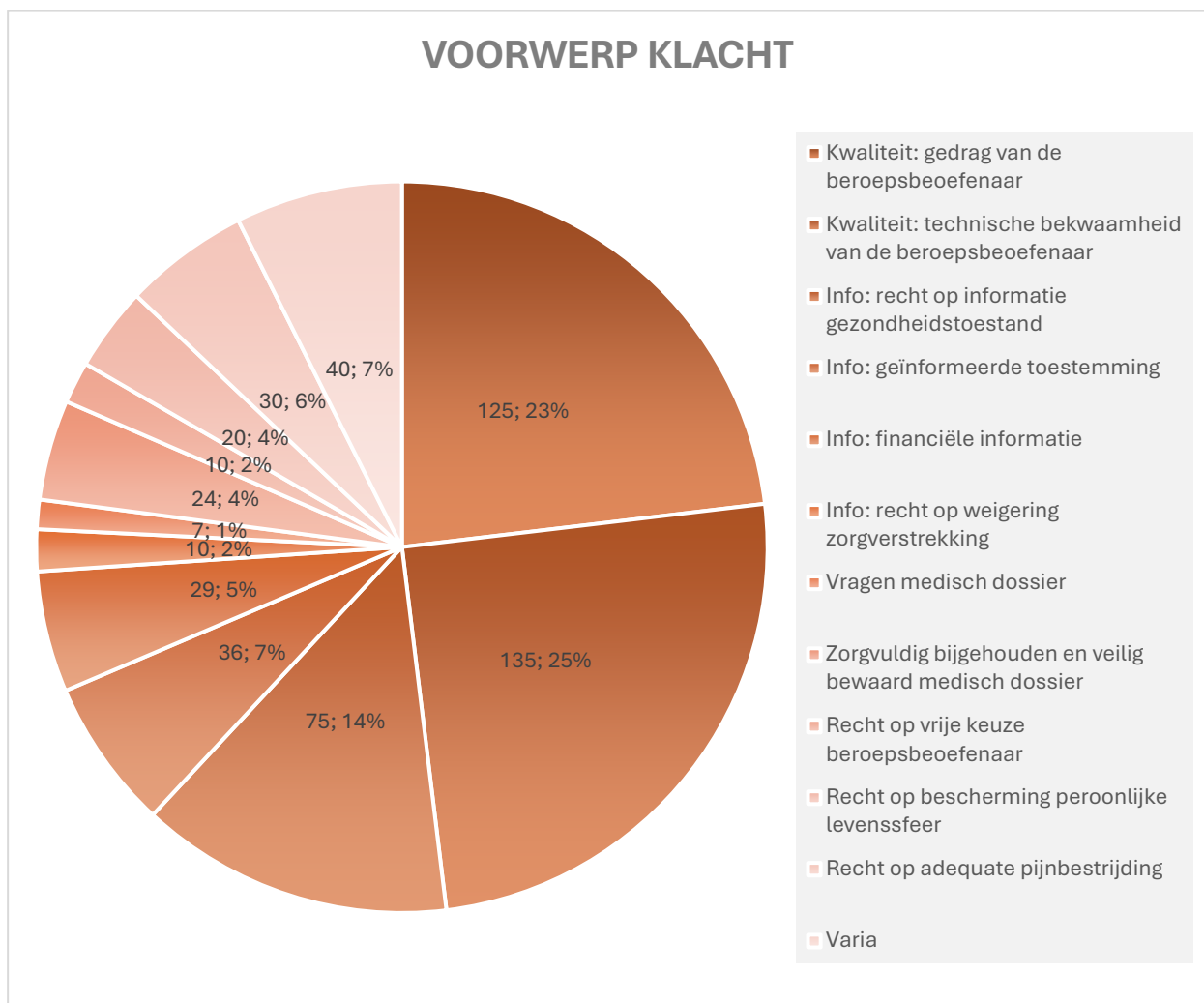
In 2025 werden klachten hoofdzakelijk ingediend door de **patiënt** zelf (**167**), gevolgd door **vertrouwenspersonen** (**38**) en **vertegenwoordigers** (**33**). Deze vertegenwoordigers betreffen voornamelijk (pleeg)ouders van minderjarige of wilsonbekwame patiënten; professionele, niet-familiale vertegenwoordigers komen minder frequent voor.

Deze verdeling sluit aan bij het uitgangspunt van de wet patiëntenrechten, waarin de patiënt in eerste instantie zelf zijn rechten uitoefent, maar zich kan laten bijstaan door een vertrouwenspersoon wanneer dit wenselijk is, bijvoorbeeld bij fysieke zwakte, emotionele belasting, taalbarrières of complexe zorgsituaties.

Wanneer een melding door een derde wordt ingediend, ziet de ombudsdienst er steeds op toe dat de belangen en wensen van de patiënt zelf centraal blijven staan.

De cijfers tonen dat patiënten en hun naasten steeds mondiger worden en hun bezorgdheden vlotter delen.

2.3.3. Voorwerp



Grafiek 6: voorwerp van de klacht (uitgedrukt in absolute aantallen)

Uit de geregistreerde gegevens blijkt dat enkele thema's regelmatig terugkeren.

Zorgkwaliteit (48 %)

Klachten hebben vaak betrekking op de manier waarop zorg wordt ervaren, met bijzondere aandacht voor communicatie en bejegening. Patiënten geven aan zich soms onvoldoende gehoord of empathisch benaderd te voelen. Factoren zoals tijdsdruk, routinegevoel, niet vriendelijk of geen begrip, gebrek aan aandacht en complexiteit van zorg kunnen hierbij een rol spelen. Wanneer communicatie moeilijk verloopt, kan dit leiden tot twijfel over de professionele bekwaamheid en tot verminderd vertrouwen.

Informatie en geïnformeerde toestemming (21 %)

Het recht op duidelijke informatie en geïnformeerde toestemming komt regelmatig aan bod. In verschillende dossiers blijkt dat informatie wel werd verstrekt, maar niet steeds voldoende werd begrepen of onthouden. Ziekte, emotionele belasting, hoeveelheid en de complexiteit of hoeveelheid van informatie kunnen hierbij een rol spelen.

Financiële informatie (5 %)

In een aantal dossiers wordt gevraagd om duidelijkere financiële informatie. Ook hier is de complexiteit van tarieven, supplementen en tussenkomsten maakt het voor patiënten niet altijd eenvoudig om de financiële impact van zorg vooraf correct in te schatten. Ook hier blijkt duidelijke duiding en herhaling belangrijk.

Recht op adequate pijnbestrijding (6 %)

Patiënten, maar ook hun naasten hechten veel belang aan erkenning van pijn en discomfort. Onzekerheid over pijnbehandeling of wachttijden kan ongerustheid of frustratie veroorzaken. Heldere communicatie over mogelijkheden en beperkingen blijft hier essentieel.

Privacy en patiëntendossier (8 %)

Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer werd in 20 dossiers (4 %) expliciet vermeld. Dit betreft zowel de fysieke zorgcontext (bijvoorbeeld gehorigheid van ruimtes) als vragen rond correcte registratie en beheer van het patiëntendossier.

Daarnaast komen sporadisch thema's aan bod zoals de vrije keuze van zorgverlener en enkele structurele en organisatorische aspecten.

2.3.4. Verwachtingen melder

De meeste melders zijn in eerste instantie op zoek naar **erkenning** en een **luisterend oor**. Ze willen hun verhaal kunnen doen en hun ervaringen ventileren. Niet zelden geven melders aan dat het voor hen al waardevol is 'om het een keer gezegd te hebben' en te weten dat het geregistreerd staat.

Een belangrijk deel van de melders heeft behoefte aan **herstel van dialoog** met de betrokken zorgverlener. Dit kan via een **bemiddelingsgesprek of via pendeldiplomatie**. In dergelijke trajecten zoeken patiënten antwoorden op openstaande vragen, duiding bij gebeurtenissen of verduidelijking van wederzijdse verwachtingen. Een bemiddeling leidt dus niet noodzakelijk tot een zogenaamde 'verzoening', maar draagt wel bij tot wederzijds begrip en het voorkomen van verdere escalatie.

Daarnaast bestaat er een duidelijke behoefte aan **informatie** over patiëntenrechten, procedures en mogelijke vervolgstappen. Slechts een beperkt aantal melders verwacht **aangifte bij de verzekering**.

Soms bestaan er misverstanden over de rol en bevoegdheden van de ombudsdienst. Zo leeft soms de verwachting dat de ombuds sancties kan opleggen of financiële vergoedingen kan voorstellen. In deze context wordt regelmatig toelichting gegeven over het onderscheid tussen de begrippen 'complicatie' en 'medische fout' toegelicht, net als 'resultaatsverbintenis' en 'inspanningsverbintenis'.

De ombudsdienst vervult binnen de organisatie dan ook een gecombineerde rol: signalerend, bemiddelend, ondersteunend en informierend.

3. Analyse

3.1. Belang van heldere communicatie

Zorgkwaliteit = techniciteit + beleving

De meldingen bevestigen dat ervaren zorgkwaliteit niet uitsluitend wordt bepaald door medische en technische expertise, maar in belangrijke mate ook door de manier waarop zorg wordt gecommuniceerd en beleefd.

In het ziekenhuis wordt hoogstaande medische en verpleegkundige zorg verleend. Het beperkte aantal schadeclaims wijst erop dat de technische kwaliteit van diagnose en behandeling in essentie op een hoog niveau ligt. Toch wordt deze kwaliteit niet altijd zo ervaren door patiënten. Onvrede heeft in veel gevallen minder betrekking op de medische handeling zelf en vaker op communicatie, houding en de wijze waarop expertise wordt overgebracht.

Wanneer patiënten zich onvoldoende gehoord, begrepen of empathisch benaderd voelen, kan dit leiden tot twijfel over de professionaliteit van de zorgverlener en tot verminderd vertrouwen in de zorgrelatie. Dit heeft niet alleen impact op patiënttevredenheid, maar kan ook therapietrouw, informatie-uitwisseling en samenwerking beïnvloeden. Naast medische kennis, blijft heldere, respectvolle communicatie daarom een cruciale factor voor kwaliteitsvolle zorg.

De hoge werkdruk en nood aan efficiëntie creëren een context waarin uitgebreide communicatie niet altijd evident is. Tegelijk blijkt uit meldingen dat het vaak niet zozeer gaat om méér tijd, maar om afgestemde communicatie: duidelijke uitleg, verwachtingen benoemen en erkenning geven aan beleving. Vooral in complexe situaties, bijvoorbeeld bij taalbarrières, psychiatrische problematiek of grote emotionele belasting, nemen de communicatieve uitdagingen toe en is gerichte ondersteuning des te belangrijker.

Specifieke context: spoeddienst

De spoeddienst blijft een omgeving met verhoogd risico op spanningen en klachten. Patiënten komen er vaak onverwacht terecht, in een toestand van angst, pijn of stress. Het triagesysteem, waarbij medische urgentie de volgorde van behandeling bepaalt, leidt regelmatig tot aanzienlijke wachttijden voor minder dringende zorgvragen. Wanneer de uiteindelijke zorg voor patiënten beperkt lijkt in verhouding tot de wachttijd, ontstaat gemakkelijk ontevredenheid.

Lang wachten zonder duidelijke communicatie of zicht op de wachttijd vergroot de onrust. Wanneer de dispatch tijdelijk onbemand is, voelen patiënten zich soms niet gezien of vergeten in de wachtruimte. Spoedmedewerkers fungeren daarbij vaak als eerste aanspreekpunt voor ongenoegen, ook wanneer vertragingen het gevolg zijn van factoren buiten de spoeddienst zelf (wachttijden voor onderzoeken, specialistische consulten of bedden capaciteit).

Deze context verhoogt het risico op escalatie en grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van medewerkers. Hoewel begrip bestaat voor de spanning die een spoedsituatie met zich meebrengt, blijft het belangrijk duidelijke grenzen te bewaken en medewerkers hierin te ondersteunen.

3.2. Voldoende geïnformeerd zijn is maatwerk

Informatie wordt vaak uitgebreid verstrekt, maar wordt door complexiteit, emotionele belasting of de toestand van de patiënt niet altijd goed begrepen of onthouden. Heldere taal, herhaling en het betrekken van naasten versterken het begrip en voorkomen misverstanden en valse verwachtingen. Enkel informatie die afgestemd is op de patiënt en effectief begrepen wordt, garandeert een vrijwillige en geïnformeerde toestemming.

Naasten nemen vaak een belangrijke rol op vóór en na een opname, maar worden tijdens het zorgtraject nog te weinig als volwaardige partner betrokken. Het evenwicht tussen familiebetrokkenheid en respect voor beroepsgeheim en privacy blijft daarbij een aandachtspunt. Ook externe hulpverleners die na ontslag betrokken zijn bij verdere zorg, hebben nood aan tijdige en duidelijke informatie om continuïteit te garanderen.

Afstemming van informatie op maat van de patiënt -als een maatpak- en structurele aandacht voor overdracht en nazorgcommunicatie zijn essentieel om misverstanden en ontevredenheid te vermijden.

3.3. Meer aandacht voor het patiëntendossier

Patiënten hebben steeds vaker digitale toegang tot hun dossier en volgen dit actief op. Dit verhoogt de nood aan duidelijke, objectieve en zorgvuldig geformuleerde verslaggeving. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als stigmatiserend of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dit kan leiden tot vragen tot schrapping of aanpassing en tot een verminderde vertrouwensrelatie.

Niet alleen het schrijven in het dossier, maar ook de registratie vraagt grote zorgvuldigheid. Wanneer patiënten meerdere profielen hebben, kan cruciale informatie verloren gaan. Het opladen van medische informatie in een fout profiel doet niet alleen medische informatie verloren gaan, maar vormt ook een ernstige privacy-inbreuk.

Daarnaast neemt het aantal vragen toe rond het toevoegen van documenten, zoals medische verslagen, zorgvolmachten, vertegenwoordigers, vertrouwenspersonen of negatieve wilsverklaringen. Er is ook nood aan een duidelijke, centrale plaats in het dossier voor essentiële documenten (zoals negatieve wilsverklaringen, zorgvolmachten, vertegenwoordigers en vertrouwenspersonen). Deze ontbreken nog te vaak, zeker bij patiënten die minder digitaal vaardig zijn, waardoor niet altijd rekening kan worden gehouden met hun wensen. Ook uniformiteit in registratie van rollen en rechten blijft belangrijk.

Hoewel patiënten digitale gegevensdeling steeds meer aanvaarden, nemen de vragen over privacy, toegangsrechten en inzage toe. De vernieuwde wet patiëntenrechten en de mogelijkheid om informatie toe te voegen of af te schermen versterken deze evolutie. Heldere communicatie over wie welke gegevens kan raadplegen en binnen welke zorgrelatie is essentieel om vertrouwen te behouden.

Zorgvuldige, objectieve en actuele dossierregistratie wordt dus steeds belangrijker in een context van digitale transparantie en actieve patiëntenbetrokkenheid. Uniformiteit en duidelijke registratie van rollen en documenten zijn hierbij essentieel.

3.4. Transparante financiële informatie

Naast informatie over medische en verpleegkundige zorg willen patiënten ook inzicht in de financiële aspecten van hun zorgtraject. Meldingen tonen aan dat onduidelijkheid over kosten vaak pas aan het licht komt bij ontvangst van de factuur, wanneer het te betalen bedrag hoger blijkt dan verwacht.

Hoewel prijsinformatie via verschillende kanalen beschikbaar is, blijft het voor veel patiënten moeilijk om deze te verzamelen of correct te interpreteren. Zorgverleners zijn bovendien niet altijd volledig op de hoogte van kostprijs of terugbetaalbaarheid van onderzoeken en behandelingen, zeker bij wijzigingen. Financiële informatie maakt nog niet systematisch deel uit van elk zorgcontact. Complexe begrippen zoals conventiestatus, ereloonsupplementen en daghospitalisatie blijven voor patiënten moeilijk te begrijpen, wat kan leiden tot onrealistische verwachtingen.

Ondanks inspanningen van onthaal en spoeddienst blijken patiënten soms nog onvoldoende geïnformeerd over de financiële verschillen tussen kamerkeuzes. Aangezien informatie niet altijd even goed wordt opgenomen, blijven structurele herhaling en bevestiging noodzakelijk.

3.5. Wederzijds Respect

De evolutie naar een actieve en betrokken patiënt is positief: patiënten zijn expert over hun eigen lichaam en volwaardige partner in het zorgproces. Tegelijk vraagt dit om duidelijke wederzijdse verwachtingen en respectvolle communicatie. Concordante zorg, waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissingen nemen op basis van gedeelde informatie en waarden, vormt hierbij een belangrijk uitgangspunt.

Spanningen ontstaan soms door misverstanden, uiteenlopende verwachtingen of grensoverschrijdend gedrag. Zorgverleners geven aan dat grensoverschrijdend gedrag, onheuse opmerkingen of voortdurende discussie over professionele beslissingen belastend kunnen zijn en impact hebben op motivatie en werkbeleving. Het is belangrijk dergelijke situaties niet te normaliseren en medewerkers te ondersteunen in het omgaan met moeilijk gedrag.

Een duidelijke positionering van het ziekenhuis, zoals het standpunt rond 'non-discriminatie en vrije keuze van zorgverlener' biedt hierbij een belangrijk kader.

4. Aanbevelingen

4.1. Aanbeveling m.b.t. de eigenlijke meldingsprocedure

De open meldcultuur, zichtbaarheid en laagdrempelige werking van de ombudsdienst, samen met de actieve betrokkenheid van patiënten, leiden tot een stijging van het aantal meldingen. Dit wijst op vertrouwen in de dienstverlening, maar verhoogt tegelijk de druk op de dagelijkse werking. Het takenpakket gaat bovendien verder dan de strikt wettelijke opdracht, waardoor blijvende aandacht voor efficiëntie en werkbaarheid essentieel is.

Digitalisering en automatisering kunnen bijdragen aan een efficiëntere werking en een beheersbare administratieve last, zodat voldoende ruimte blijft voor het mensgerichte aspect.

Bij analyse van de bestaande klachtenprocedure zal onderzocht worden in welke mate een meer **gedigitaliseerde verwerking** kan leiden tot een vlottere **administratie en registratie**, weliswaar zonder het vertrouwelijk karakter en het beroepsgeheim van de ombudsdienst in het gedrang te brengen.

Het invoeren van een **automatische ontvangstbevestiging** voor meldingen via webformulier of mailbox kan een meerwaarde zijn. Hierin kan een korte toelichting over het verdere verloop van de procedure worden opgenomen en kan gepeild worden naar verwachtingen van de melder. Dit kan de behandeling gericht en efficiënter maken zonder de persoonlijke aanpak te verliezen. Momenteel vangt de ombuds dit manueel op via individuele e-mailberichten.

Er wordt vastgesteld dat sommige patiënten **AI-gegenereerde teksten** gebruiken om meldingen in te dienen. Hoewel dit drempels kan verlagen, leidt het soms tot onnauwkeurige of juridisch onjuiste informatie en verkeerde verwachtingen. Aangezien de werking van de ombudsdienst steeds vertrekt vanuit de verwachting van de patiënt bemoeilijkt dit de behandeling en vraagt het extra verduidelijking. De ombudsdienst blijft daarom inzetten op persoonlijk contact en duidelijke communicatie over haar mandaat en rol, zodat verwachtingen bij patiënten en medewerkers realistisch blijven en de werking transparant is.

4.2. Aanbevelingen m.b.t. de WPR-gerelateerde klachten

4.2.1. Kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)

Blijven investeren in heldere en empathische communicatie

Vriendelijkheid maakt verbinding. Een luisterend oor en duidelijke communicatie zijn essentieel voor vertrouwen. Ondanks de hoge werkdruk kan een korte, empathische benadering – zich voorstellen, oogcontact maken, erkenning geven en tijd nemen voor een open gesprek – een groot verschil maken. Goede communicatie vraagt niet noodzakelijk meer tijd, maar wel een bewuste en afgestemde aanpak. Men tracht het maximum uit het moment te halen. Duidelijke communicatie is ook zeggen wat je doet en waarom; ook wat je niet doet en waarom.

De ombudsdienst beveelt aan om blijvend te investeren in communicatieve vaardigheden van zorgverleners, onder meer via gerichte opleidingen rond actief luisteren, omgaan met emoties en spanningsvolle situaties, conflictpreventie en de-escalatie, communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten, technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (cognitief, taalbarrières, psychiatrische problematiek). Door medewerkers hierin structureel te ondersteunen, wordt niet alleen de kwaliteit van zorg versterkt, maar ook de samenwerking tussen patiënt, familie en zorgverlener.

Spoeddienst en wachttijdbeleving

De spoeddienst blijft een omgeving met hoge spanning en verwachtingen. Wachttijden, beperkte informatie en emotionele belasting verhogen het risico op ontevredenheid en escalatie. Een patiënt die zich gezien en geïnformeerd voelt, ervaart wachttijd echter minder belastend.

De ombudsdienst beveelt actieve empathische communicatie tijdens wachttijden aan, met regelmatige updates (onder voorbehoud). Bij aanmelding is het nuttig realistische verwachtingen te scheppen over triage en wachttijden, zodat patiënten weloverwogen een keuze kunnen maken. Wanneer wachtruimtes tijdelijk onbemand zijn, kan extra-aandacht voor een veilige omgeving en aanwezigheid vermijden dat patiënten zich vergeten voelen.

Ook op beleidsniveau blijft het versterken van de eerstelijnszorg noodzakelijk; dit komt de zorgkwaliteit ten goede, gezien de spoedhulp en gespecialiseerde zorg ontlast worden en patiënten sneller de juiste zorg kunnen krijgen, waardoor hun probleem in een vroeger stadium aangepakt kan worden en minder zorg behoeft. Het sensibiliseren rond correct gebruik van spoeddiensten, onder meer via huisartsenposten en het nummer 1733, is eveneens noodzakelijk om de druk op gespecialiseerde zorg te verlagen.

4.2.2. Recht op informatie over de gezondheidstoestand (art. 7) en recht op geïnformeerde toestemming (art. 8)

De ombudsdienst benadrukt het belang van herhaaldelijk te blijven informeren en de nodige tijd te nemen voor opname en intakegesprekken. Ook om herhaald af te stemmen met de patiënt over wat hij begrepen heeft m.b.t. de diagnose, behandeling, verwachtingen en nazorg. Kan hij in eigen woorden herhalen, wat gaat hij straks thuis vertellen? Informatie dient niet alleen correct, maar ook begrijpelijk en afgestemd op het verwerkingsvermogen en de diversiteit van patiënten te zijn, met bijzondere aandacht voor kwetsbare patiënten.

Het gebruik van hulpmiddelen, het actief betrekken van vertrouwenspersonen en naasten kan het begrip en de verwerking van informatie versterken, binnen de grenzen van privacy en beroepsgeheim.

Transparante en zorgzame communicatie, ook wanneer een zorgtraject anders verloopt dan verwacht, draagt bij aan het vertrouwen en de therapeutische relatie en verkleint de kans op ontevredenheid of escalatie.

Financiële informatie aan patiënten: nood aan meer en betere transparantie

Herhaalde en tijdige financiële informatie is noodzakelijk. Offertes bij ingrepen, herbevestiging van keuzes (bijvoorbeeld kamerkeuze), gebruik van een 'informed consent' en aanmoediging om vooraf verzekeringsdekking te controleren kunnen financiële verrassingen beperken.

Ook zorgverleners hebben nood aan voldoende inzicht in kostprijs en terugbetaling, opdat zij patiënten correct kunnen informeren, zeker bij belangrijke kostprijswijzigingen.

4.2.3. Recht op het zorgvuldig bijhouden van het patiëntendossier (art. 9§1)

De ombudsdienst beveelt aan om in te zetten op objectieve, respectvolle en actuele verslaggeving in het dossier, waarbij enkel relevante en medisch noodzakelijke informatie wordt opgenomen en subjectieve interpretaties, persoonlijke meningen of stigmatiserende taal vermeden wordt. Ook het automatisch overnemen van verouderde gegevens dient vermeden te worden, en dossiers moeten regelmatig geactualiseerd worden, waarbij niet-relevante informatie niet overgenomen moet worden.

Cruciale documenten (zoals wilsverklaringen, vroegtijdige zorgplanning, zorgvolmachten, vertrouwenspersonen en wettelijke vertegenwoordigers) dienen centraal en zichtbaar in het patiëntendossier geregistreerd te worden, zodat deze voor alle betrokken zorgverleners eenduidig en veilig raadpleegbaar zijn. Het onderzoeken van mogelijkheden voor een centrale registratie of databank kan hierbij ondersteunend zijn.

Tot slot blijft het belangrijk om patiënten te informeren over hun rechten inzake inzage en correctie van hun dossier. Inclusiviteit vereist rekeninghouden met verschillen in digitale vaardigheden en alternatieven te voorzien voor wie minder digitaal vertrouwd is.

4.2.4. Samenwerkingsplicht tussen arts en patiënt (art. 4)

Patiënten zijn vandaag mondiger en beter geïnformeerd, en willen actief betrokken zijn bij hun zorgtraject. Deze evolutie is positief en sluit aan bij het principe van patiënt empowerment, maar brengt ook nieuwe uitdagingen met zich mee.

Tegelijk hebben zorgverleners nood aan respect, correcte bejegening en ruimte om professioneel en zorgzaam te kunnen werken.

Blijvende dialoog over wederzijds respect, verwachtingen en grenzen is nodig en helpt misverstanden te voorkomen. Zorgverleners moeten ondersteund worden in het omgaan met moeilijk of grensoverschrijdend gedrag via opleiding en intervisie rond communicatie en begrenzing. Aandacht voor psychosociaal welzijn en veiligheid van medewerkers is essentieel om uitval of uitstroom te vermijden.

4.3. Aanbevelingen m.b.t. de niet-WPR-gerelateerde klachten

Ook praktische elementen bepalen mee de zorgbeleving van patiënten. Naast inhoudelijke klachten komen ook terugkerende organisatorische signalen naar voren.

Verloren voorwerpen

Er worden meldingen gedaan over verloren of vermiste persoonlijke bezittingen. In sommige gevallen raken voorwerpen effectief zoek, in andere situaties blijft onduidelijk of deze daadwerkelijk in het ziekenhuis aanwezig waren of dat patiënten zich dit achteraf niet meer precies herinneren.

Aanbeveling: Patiënten blijven aansporen om geen waardevolle of betekenisvolle voorwerpen mee te brengen naar het ziekenhuis. Dubbelchecken met de patiënt of er na onderzoek of raadpleging niets achtergebleven is. Bij onverwachte opnames is het aangewezen patiënten te stimuleren om waardevolle spullen in veilige bewaring mee te geven met naasten of een vertrouwenspersoon.

Parking en toegankelijkheid

De parkeermogelijkheden vormen een belangrijke bron van ergernis voor patiënten en bezoekers, meer specifiek voor mindervalide personen.

De kostprijs van het parkeren, gecombineerd met een gebrek aan onderhoud en het regelmatig defect zijn van liften, wordt vaak aangehaald.

Voor mindermobiele patiënten vormt het tegelijk defect zijn van beide liften zelfs een onoverkomelijke drempel om het ziekenhuis te bereiken. De tijdelijke tegemoetkoming met golfkarretjes bleek niet toereikend, wegens uitsluitend in bepaalde tijdsblokken en zelfs dan soms onbemand. Bovendien is er een tekort aan mindervalidenplaatsen op de site en is de kiss-and-ridezone in de Naamsestraat onopvallend, waardoor vaak onbenut.

Het ontbreken van een eenvoudig proces voor rechtzetting bij dubbele betalingen (app + weekkaart), brengt aanzienlijk meerwerk mee voor de collega's van de technische dienst en de ombudsdienst.

Aanbeveling: Shortline om medewerkers van Q-Park te bereiken in geval van problemen en nauwere opvolging bij de parkeerbeheerder, het verbeteren van de wegmarkering van de kiss-and-ridezone in overleg met de stad, en het onderzoeken van een mogelijke uitbreiding van het aantal mindervalidenplaatsen op de site.

Infrastructuur en onderhoud

Enkele meldingen hebben betrekking op verouderde infrastructuur of defecten in patiëntenkamers.

Aanbeveling: Gezien de hoge bezettingsgraad is het van belang dat defecten en slijtage snel worden gemeld, zodat herstellingen zo spoedig mogelijk kunnen gebeuren en hinder voor volgende patiënten kan worden vermeden.

Nachtlawaaï door luidruchtige ochtendleveringen

Door een buurtbewoner werd melding gemaakt van nachtelijke geluidshinder ten gevolge van vroege leveringen via de Naamsestraat. In dit kader werd bemiddeling opgestart en werd bekeken in welke mate leveringen anders georganiseerd konden worden of meer op de site zelf konden plaatsvinden.

Aanbeveling: gezien onze locatie midden in verstedelijkte context en op beperkt terrein met dichte omwonenden, is het oog hebben voor burens en investeren in preventieve buurtinfo waardevol.

Slotbeschouwing

Het stijgend aantal meldingen toont aan dat zowel patiënten als zorgverleners steeds vlotter de weg vinden naar de ombudsdienst. Deze meldingen zijn kansen om te leren, te verbeteren en te verbinden.

Binnen het ziekenhuis wordt dagelijks met grote inzet en deskundigheid gewerkt aan de best mogelijke zorgverlening.

Veel spanningen en misverstanden kunnen voorkomen of verminderd worden door aandachtig te luisteren naar vragen, verwachtingen en doelstellingen van patiënten en hierover transparant in dialoog te gaan.

De ombuds wil hierin een verbindende rol blijven opnemen: signalerend, bemiddelend en ondersteunend. Door tendensen zichtbaar te maken en constructief samen te werken met zorgverleners en beleid kan de ombudsdienst bijdragen aan het versterken van vertrouwen, samenwerking en kwaliteitsvolle zorg voor elke patient.

HOEVEEL VRAGEN EN MELDINGEN?

- 277 klachtmeldingen
- 23 informatievragen
- 24 proactieve meldingen
- 52 positieve meldingen
- 150 verzoekschriften patiëntendossier

DOOR WIE?

- 61 % aangebracht door patiënt zelf
- 31 % door partner of familie
- 5 % door medewerkers
- 2 % door externe zorgverleners

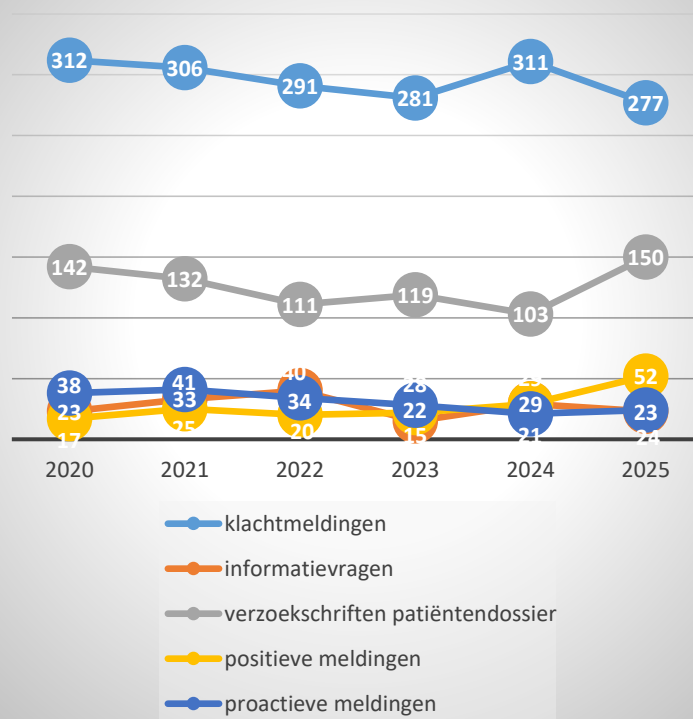
HOE?

- 24 % mondeling: telefonisch of persoonlijk
- 76 % schriftelijk: mail, meldformulier, brief

WAAROVER?

- 33 % over een hospitalisatie
- 29 % over een raadpleging
- 19 % over de dienst Spoedgevallen
- 9 % over een medisch-technische dienst
- 4 % over de financieel-administratieve dienst
- 6 % over andere diensten

Evolutie

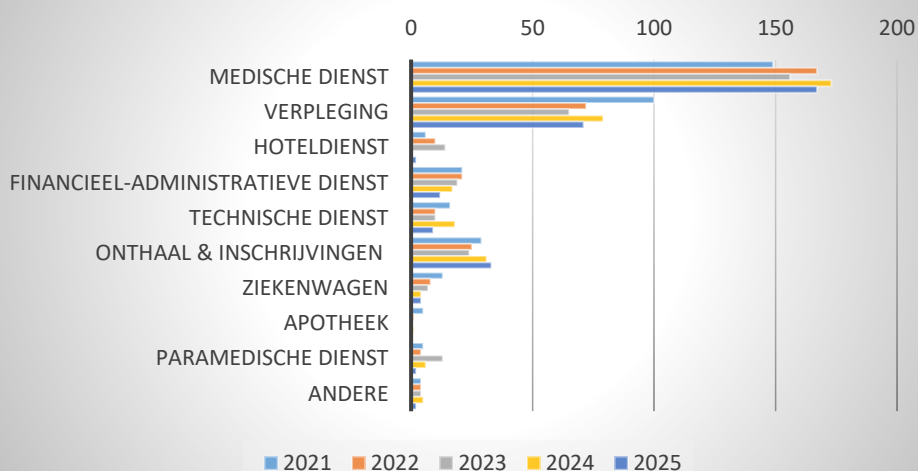


KLACHTMELDINGEN GEVEN DE BELEVING VAN DE PATIËNT WEER EN DOEN GEEN OBJECTIEVE UITSpraak OVER DE KWALITEIT VAN ZORG

BLIKVANGERS

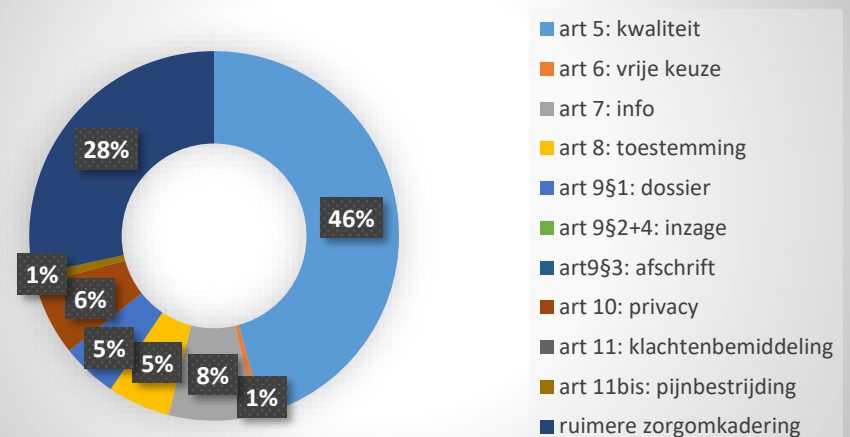
- Hervatting dalende trend klachtmeldingen, ondanks piek in het najaar
- Stijging positieve meldingen door piek in het najaar
- Meer verzoekschriften patiëntendossier
- Klachtenratio: 105 klachten per 100.000 patiëntencontacten (120 in 2024)
- Minder meldingen over spoedgevallen, meer over consultaties
- Geen daling aantal meldingen onthaal en inschrijvingen
- Meldingen rond ongepaste omgang en grensoverschrijdend gedrag
- Meer meldingen door patiënten en familie, minder door externe hulpverleners
- Minder telefonische meldingen, meer via mail
- Meer vraag naar signaalfunctie en luisterend oor
- Iets lager verzoeningsresultaat

Aantal klachtmeldingen per departement



EÉN MELDING KAN KLACHTEN OVER MEERDERE DEPARTEMENTEN BEVATTEN
DALING TEN OPZICHTE VAN 2024

Patiëntenrechten of ruimer?



72 % VAN DE KLACHTEN IS GELINKT AAN PATIËNTENRECHTEN
28 % GAAT OVER DE RUIMERE ZORGOMKADERING

MEDISCH DEPARTEMENT

- 167 klachten in totaal. Het aantal klachten over het medisch departement is **licht gedaald** (173 in 2024, 156 in 2023).
- 49 % van de klachten bevat een aspect rond **onderzoek en behandeling** (82) (70 in 2024, 69 in 2023), bv. geen of te weinig, te kort consult, onjuiste inschatting, schade, ontevreden over resultaat, grensoverschrijdend
- 26 % rond **communicatiestijl** (44) (35 in 2024, 35 in 2023), bv. onvriendelijk, onrespectvol, arrogant, onbeleefd, ongepaste uitspraken
- 23 % rond **aandacht en opvang** (38) (25 in 2024, 21 in 2023), bv. onvoldoende inlevend of behulpzaam, onvoldoende geruststelling, ongepaste omgang
- 17 % rond **informatie** (29) (30 in 2024, 25 in 2023), bv. te weinig info tijdens onderzoek of opname, onvoldoende dialoog met familie
- 11 % rond **privacy** (18) (2 in 2024, 1 in 2023), bv. ongepaste omgang of grensoverschrijdend
- 11 % rond **facturatie** (19) (19 in 2024, 22 in 2023), bv. foutief of onverwacht hoog
- 10 % rond **verslagen** (16) (25 in 2024, 23 in 2023), bv. niet akkoord met inhoud, niet beschikbaar

ONTHAAL & INSCHRIJVINGEN

- 33 klachten in totaal. Dit aantal is **gelijkaardig gebleven** (31 in 2024, 24 in 2023).
- 33 % van de klachten bevat een aspect rond **werking en organisatie** (11) (8 in 2024, 10 in 2023), bv. onjuiste of onvoldoende opvolging, moeilijkheden op vlak van ondertekening opnameverklaring
- 27 % rond **communicatiestijl** (9) (7 in 2024, 5 in 2023), bv. onvriendelijk, geïrriteerd, te weinig discretie
- 18 % rond **informatie** (6) en 12% rond **aandacht en opvang** (4)

VERPLEGING

- 71 klachten in totaal. Het aantal klachten over het verpleegkundig departement is **licht gedaald** (79 in 2024, 65 in 2023).
- 39 % van de klachten bevat een aspect rond **aandacht en opvang** (28) (33 in 2024, 17 in 2023), bv. te weinig hulp aangeboden, lange wachttijd, onvoldoende gerustgesteld, onvoldoende betrekken van familie, te weinig begripvol, onvoldoende zorgzaam
- 34 % rond **verzorging** (24) (27 in 2024, 20 in 2023), bv. niet professioneel, geen correcte zorg, medische schade
- 31 % rond **communicatiestijl** (22) (21 in 2024, 18 in 2023), bv. onvriendelijk, onrespectvol
- 17 % rond **verlies** van persoonlijke bezittingen of **schade** (12) (17 in 2024, 18 in 2023), bv. bril, gebitsprothese, kledij
- 17 % rond te weinig **informatie** (12) (4 in 2024, 10 in 2023)

FINANCIËEL-ADMINISTRATIEVE DIENST

- 12 klachten in totaal. Het aantal klachten **blijft dalen** (17 in 2024, 19 in 2023). Het betreft vooral inningsprocedure (4) en organisatorische aspecten (4).

OVERIGE DIENSTEN

- Klachten over de **technische dienst** (9) zijn gedaald (18 in 2024, 10 in 2023) en gaan hoofdzakelijk over parking (6).
- Een beperkt aantal klachten gaat over de **externe ziekenwagendienst** (4), **paramedische diensten** (2) en de **hoteldienst** (2).

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) (48 %),
- een luisterend oor biedt zonder andere acties (20 %),
- het probleem signaleert opdat het in de toekomst vermeden kan worden (kwaliteitsverbetering, 18 %),
- informatie biedt (9 %),
- een aanpassing vraagt van de factuur (9 %),
- actie onderneemt na verlies (3 %) of schade (2 %).

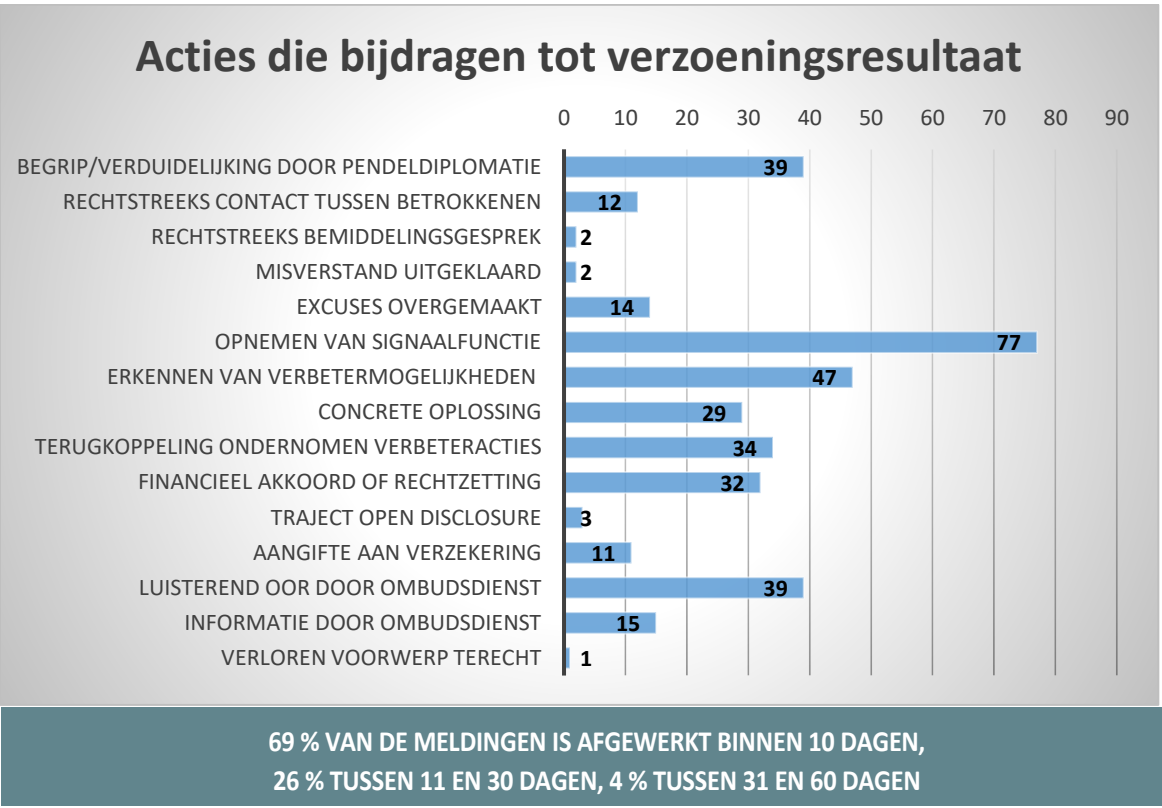
VERZOENINGSRESULTATEN

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 (gedeeltelijke) verzoening bij 217 meldingen (69 %),
- geen verzoeningsresultaat bij 56 meldingen (18 %),
- een onduidelijke inschatting bij 37 meldingen (12 %).

CAMPUS

- 75 % betreft meldingen over campus Mariëndal, 10 % Sint-Jan en 14 % Medisch Centrum Aarschot



VïP?

- 17 % van de klachtmeldingen betreft Vriendelijkheid
- 16 % Inlevendheid
- 66 % Professionaliteit

VERBETERDOMEINEN RZ TIENEN – ONDERNOMEN ACTIES 2025

- Inhoudelijke verbetertrajecten en acties rond bv. inbedding project partner in zorg, privacy patiëntgegevens, verwijfsbrief voor spoeddienst, proactieve info rond supplementen, maximale prijsinformatie bij vervoersaanvraag, gehoorbescherming bij MRI, opnamebeleid spoeddienst voor baby’s, zorgzaam verloop stervensproces, VïP communiceren in KWS, sensibilisering gebruik spoeddienst, zorgzame omgang psychiatrische patiënten, warme drankenautomaat en minder mobiele parking Sint-Jan, ...

VERBETERDOMEINEN RZ TIENEN – AANBEVELINGEN

- Organisatiebrede reflectie naar aanleiding van meldingen rond ongepaste omgang en grensoverschrijdend gedrag
- Inzetten op organisatiecultuur: VïP, open feedback, patiënt en omgeving als partner in zorg - wat hebben medewerkers nodig om hierin te kunnen groeien?

UITNODIGING

- om jezelf te blijven spiegelen aan de VïP-missie
- om de integriteit van de patiënt steeds voor ogen te houden
- om patiënten en collega’s systematisch uit te nodigen tot open feedback
- om open te staan voor signalen van patiënten of collega’s rond je eigen gedrag
- om signalen van patiënten rond het gedrag van collega’s op te pikken
- om met patiënten en collega’s hierrond in open dialoog te gaan
- om te blijven zoeken naar – en gebruik te maken van – kanalen om aan de slag te gaan met deze signalen
- om drempels om te spreken te ontdekken en te helpen verlagen
- om iedereen hier ook toe uit te nodigen

POSITIEVE MELDINGEN

- Dankbetuigingen voor: professionele en deskundige aanpak, menselijkheid, empathie, geruststelling, bezorgdheid, het nemen van tijd, heldere uitleg, correcte en persoonsgerichte aanpak, behulpzaamheid, warme en vriendelijke zorg, ...

WERKING EN ACTIES OMBUDSDIENST 2025 – FOCUS 2026

- Betrokkenheid bij ethisch comité, stuurgroep informatieveiligheid, transmuraal meldpunt, overleg verzekering, samenwerkingsgesprek CM, interdepartementaal overleg, overleg VVOVAZ, overleg gebruik spoeddienst, brainstorm V&I bouwmeesters FlaQuM, verdere implementatie wijzigingen wet patiëntenrechten
- Gevolgde vorming 2025: ontmoetingsdag federale ombudsdienst ‘rechten van de patiënt’, infosessie zorgcentra seksueel geweld, infosessie wijzigingen patiëntrelaties Nexuzhealth, symposium urgentiegeneeskunde, eethiekpauze ‘goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit’, info nieuwe wet beschermende observatieregel, interne e-learning
- Specifieke focus voor 2026: reflectie naar aanleiding van meldingen rond ongepaste omgang en grensoverschrijdend gedrag

BEREIKBAARHEID & CONTACT OMBUDSDIENST

- Ombudsmedewerker: Vanessa Vannijvel
- ombudsdienst@rztienen.be, (t) 016 80 35 65
- Kantoor nabij onthaal van Campus Mariëndal
- Vaste openingsuren: elke werkdag van 9 tot 12.30 uur
- www.rztienen.be/nl/complimenten-en-klachten

OVER RZ HEILIG HART TIENEN

- Algemeen ziekenhuis met erkenningsnummer 109, 288 erkende bedden, www.rztienen.be
- Ongeveer 1.060 medewerkers waaronder een 190-tal artsen en 530 medewerkers in departement Zorg
- 3 campussen: Mariëndal, Sint-Jan, Medisch Centrum Aarschot

RZ Heilig Hart Tienen biedt iedere patiënt professionele zorg aan die als vriendelijk en inlevend ervaren wordt. Met zin voor initiatief en duurzaamheid 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 2025

(Voor 10.02.2025 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

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

Lokalisatie dienst	De ombudsdienst bevindt zich op de gelijkvloerse verdieping. Er is een bewegwijzering voorzien. Er zijn zitmomenten: Maandag: 13.00 – 15.00 u Donderdag: 9.00 – 11.00 u Andere dagen ben ik steeds aanwezig in het centrum, telefonisch bereikbaar en op afspraak. Bij afwezigheid wordt de melder opgevangen door de dienst kwaliteit.
Registratiesysteem	Er wordt geregistreerd via het registratiesysteem Zenya – Infoland.
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement is geactualiseerd en staat ter inzage op de website van www.noorderhart.be. Mensen kunnen het ook inzien aan het onthaal van het revalidatiecentrum.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	In 2025 werd volgende opleiding gevolgd: ○ Aansprakelijkheid van medische beroepsbeoefenaars en zorginstellingen. ○ Studienamiddag: patiëntendossier, beroepsgeheim, GDPR, EHDSR Door mijn beperkte jobtime is het volgen van cursussen eerder beperkt. De leidinggevenden van de sociale dienst vindt de jobtime van de ombudsdienst te beperkt tov de jobtime van de sociale dienst. Aangezien de aangebrachte kennis vaak ook een meerwaarde kan zijn voor de sociale dienst, wordt dit niet zo ervaren door het management.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	VVOVAZ: update wetgeving via de beroepsvereniging. 4x/jaar samenkomst met de ombudsdiensten op provinciaal niveau voor intervisie en voor afstemming van de wetgeving en werking. 1x/jaar wordt er ook aan teambuilding gedaan om zo tot meer verbinding te kunnen komen tussen de verschillende ombudsdiensten en om zorg te dragen tussen de verschillende ombudspersonen. Op deze manier is er een meervoudige gedragenheid van de ombudspersonen ook in geval van moeilijkheden.

	Deze samenkomsten werden 3 maal bijgewoond. De interviews werden geannuleerd wegens een gebrek aan deelnemers.
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>	• 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/informereren 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 vormingen over de functie van de ombudspersoon en de werking van de ombudsdienst. Eveneens het geven van vormingen in het kader van de wet van de rechten van de patiënt, voor medewerkers • ...
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	• De meldingen komen binnen op de ombudsdienst via verschillende kanalen. (website van ziekenhuis/persoonlijk/telefonisch/klachtenbus/mail/...). • De ombudsdienst handelt via een methodiek van bemiddeling. 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 van ontvangst van de melding. • Als ombudspersoon kan ik mij vrij, autonoom en onafhankelijk bewegen binnen de organisatie. Ik heb toegang met ieder personeelslid in gesprek te gaan. • Als infrastructuur heb ik een eigen lokaal om mensen te kunnen ontvangen. Dit zorgt voor een duidelijke bereikbaarheid naar de melders toe en duidelijke visualisering van mijn neutraliteit. • De klachtenbehandeling wordt meegenomen in de beleidsdoelstellingen. • Ik word jaarlijks uitgenodigd om mijn jaarverslag op de Raad van Bestuur en het directiecomité, bij de artsen, toe te lichten.	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
• Meldingen kunnen 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 de brug tussen de verschillende partijen te herstellen 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. Hier wordt er beroep gedaan op pendelbemiddeling.	
Per kwartaal is er een overleg met de algemeen directeur om de klachten te bespreken.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
Als ombudsdienst hebben wij zicht op hoeveel verbeterdoelen er voortvloeien uit klachten en uit aanbevelingen die er gedaan zijn in functie van de ombudsdienst. Het is belangrijk om een klacht niet als negatief te zien, maar als een doel dat verbeterd kan worden. Op deze manier gaat ook de kwaliteit van de werking van het centrum verbeteren. De diensthoofden krijgen vaak het aanbeveling om een verbeterdoel aan te maken om herhaling van de problemen te voorkomen. Uit de cijfers zien wij dat er weinig tot geen verbeterdoelen tot stand komen. Hiervoor is er geen duidelijk oorzaak te beschrijven.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	40
Aantal infodossiers	6
Aantal pro actieve dossiers	9
Aantal opvragingen patiëntendossier	2
Aantal 'andere'	5

Toelichting

- De meldingen van 2025 tot 2024 zijn ongeveer gelijk gebleven qua aantal. Al zien we wel een verschuiving in de meldingen.
- Er zijn meer mensen die contact opnemen voor het opvragen van informatie omdat zij dit niet kunnen terugvinden.
- Er is ook een duidelijke vermeerdering van de pro-actieve klachten door het medisch personeel. Hier zien wij een verderzetting van de trend tot 2025 door de aanpassingen van de wet van de patiëntenrechten in 03/2024. Artsen geven aan angst te hebben hoe zij in een verstaanbare taal nog hun objectieve bevindingen kunnen neerschrijven. Zij geven aan dat zij elk woord moeten wikken en wegen omdat zij angst hebben dat zij een klacht gaan krijgen. Deze toename van pro-actieve meldingen kan te wijten zijn aan het wegvallen van de persoonlijke nota's van de artsen.

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

Opmerkingen:

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

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	18
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
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)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	2
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	5
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

Toelichting

- Het aantal klachten betreffende kwaliteit van zorg is erg toegenomen tov voorgaande jaren. Mogelijke oorzaken liggen bij de vele administratieve taken die erbij zijn gekomen voor de verpleegkundigen/zorgkundigen. Al de tijd die hieraan wordt gespendeerd is tijd die niet geïnvesteerd kan worden in kwaliteit van zorg voor het personeel. De klachten gaan vooral over de kwaliteit van zorg, verzorging, aandacht en opvang.
- Er is een duidelijke toename van het aantal klachten i.v.m. de medische functie. Vaak gaat het over de kwaliteit van de behandeling. Mensen hadden zich een ander eindresultaat voorgesteld. De klachtinhoud gaat vaak over de wederzijdse communicatie en bejegening van de patiënt naar de arts.
- De werkdruk voor het personeel neemt ook toe, wat de stress doet verhogen. Verhoging van stress geeft vaak dat het personeel minder tijd heeft om met de patiënt een conversatie aan te gaan, of wat extra aandacht te geven voor mangomomenten. Mocht de werkdruk minder zijn, dan zouden de klachten betreffende bejegening en communicatie mogelijk ook kunnen verminderen.
- Er is ook een toename in de klachten van geïnformeerd te worden over zijn gezondheidstoestand. Melders geven aan dat zij niet gehoord worden over hun medische voorgeschiedenis, of dat daar geen aandacht aan geschonken wordt. Zij vinden dat zij ook te lang moeten wachten op informatie. Begrijpen niet steeds wat de inhoud van de boodschap is, omdat het niet op taalniveau van de patiënt wordt gebracht. Mensen met NAH hebben vaak ook cognitieve moeilijkheden, waardoor dingen vaak verkeerd geïnterpreteerd worden. Het duidelijker afstemmen van de inhoud op de patiënt en diens wettelijke vertegenwoordiger of vertrouwenspersoon, zou al veel misverstanden kunnen wegwerken.

Rechten van de patiënt:

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

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

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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	43												
Klachten niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt													
<table><tr><td>Medische functie</td><td>41</td></tr><tr><td>Verpleegkundige functie</td><td>33</td></tr><tr><td>Administratie / financieel</td><td>7</td></tr><tr><td>Hotelfunctie</td><td>1</td></tr><tr><td>Technische Functie</td><td>2</td></tr><tr><td>Organisatorische functie</td><td>2</td></tr></table>		Medische functie	41	Verpleegkundige functie	33	Administratie / financieel	7	Hotelfunctie	1	Technische Functie	2	Organisatorische functie	2
Medische functie	41												
Verpleegkundige functie	33												
Administratie / financieel	7												
Hotelfunctie	1												
Technische Functie	2												
Organisatorische functie	2												

Toelichting

- De medisch- en verpleegkundige functies zullen het hoogste score in het klachtenratio die niet gerelateerd zijn aan de rechten van de patiënt.
Zij zijn de grootste groep van het ziekenhuis en vooral bij een opname zitten de patiënten en het verpleegkundig personeel 24/24 u bij elkaar, waardoor ergernissen snel kunnen ontstaan. Hierin valt duidelijk op, dat mensen het belangrijk dat zij niet als een bednummer worden gezien, maar als een persoon. Als er iets fout loopt, in de communicatie ed, zijn de minimale verwachtingen dan ook excuses.
- Als ombudsdienst is het belangrijk om de communicatie en de dialoog tussen de patiënt en diens zorgverlener terug op gang te brengen. Het belangrijk om aandacht te hebben voor de zorg van de patiënt enerzijds, en anderzijds informatie geven en proberen een situatie meer duidelijker te kaderen of een oplossing te zoeken voor een probleem.

- Er is ook een duidelijke vermeerdering van de financiële klachten. Het gaat dan over het teveel aanrekenen, onduidelijkheid betreffende de rekening en het geen zicht hebben op wat de kost van de behandeling juist inhoud.

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

Wijze van aanmelding:

De meeste aanmeldingen gebeuren met het meldformulier dat terug te vinden is op de website van Noorderhart (39 meldingen). Het omvat meer dan de helft van de meldingen.

Gemiddelde doorlooptijd

De gemiddelde doorlooptijd bedraagt tussen de 2 – 10 dagen (17 dossiers) en 11-20 dagen (15 dossiers). De gemiddelde tijd bedraagt zoveel tijd omdat de gesprekken met de personen van de melding en mijn andere jobinhoud niet steeds samenvallen om alles vlot achter elkaar af te werken. Daarnaast brengt tijd ook soms raad, en laat dit ook soms de gemoederen zakken. Hierdoor creëer je jezelf wat extra tijd om dingen extra goed na te kijken en te bevragen.

Aard van het verzoek

Belangrijkste punt wordt aangegeven dat mensen een signaal willen geven aan organisatie	33
Melders bellen om bijkomend informatie te verkrijgen	24
Luisterend oor zijn voor de melder	25
Een klein deel wilt graag een oplossing	10

Wordt er voldaan aan de verwachtingen

In 97 % is er voldaan aan de verwachting van de melder
In 24 % is er niet voldaan aan de verwachting van de melder.

Gegronde/Ongegronde

Van het aantal klachten die er zijn geweest kwamen volgende cijfers naar voor:

Gegronde van de klacht: 29
Ongegronde van de klacht: 16

Aanbevelingen

- ✓ Bij het begin van de opname of opstart van ambulante therapie is het belangrijk dat de **verwachtingen** van beide partijen duidelijk op elkaar worden **afgestemd**. Hierdoor kunnen moeilijkheden op communicatief vlak beter en sneller worden bijgestuurd als er moeilijkheden ontstaan in de communicatie.
- ✓ Neerleggen van multiple klachten, komen vaak bij de ombudsdienst als de patiënten al in ontslag zijn. De patiënten geven aan dat zij angst hebben dat dit een grote weerslag heeft op de kwaliteit van zorg. Hierdoor zijn er patiënten het voorbije jaar eerder in ontslag gegaan, dan de vooropgestelde 3 maanden bij MS patiënten. De kans van een bemiddelingsgesprek en zo te komen tot een **herstelgesprek**, werd niet meegenomen in het opnameproces, noch door de zorgverlener, noch door de patiënt. De ombudsdienst is echter aanwezig om een dergelijk gesprek bij te staan en/of te begeleiden om zo de communicatie tussen beide partijen te vergemakkelijken.
- ✓ Er is een duidelijke toename van **verbaal geweld** van de melders. Zeker wanneer het eindresultaat niet voldoet aan de verwachtingen van de melders. Vaak zit er nog veel onduidelijkheid tussen wat een complicatie is en wat een medische fout. Er wordt vaak bedreigd met het plaatsen van klachten in het openbaar of op social media.
- ✓ Er is geen duidelijk beleid binnen het ziekenhuis voor het personeel, om hen te ondersteunen bij meldingen op **social media**. Een **gedragen en geborgen beleid** ikv zorg voor het personeel, zorgt ook voor meer erkenning van het personeel naar de leidinggevenden toe.
- ✓ Wanneer artsen onderwerp zijn van **second victim**, is het belangrijk om 'peer support' aan te geven aan de zorgverleners. Sommige handelingen van patiënten of ongewilde handelingen van artsen, kunnen een grote invloed hebben op het psychisch en emotioneel welzijn van de zorgverlener. Ondersteuning zou voor (jongere) artsen, hierin zeker een meerwaarde kunnen zijn.

OMBUDSDIENST JAARVERSLAG 2025



INHOUD

INHOUD	2
VOORAF	3
1. WERKWIJZE OMBUDSDIENST	4
2. WERKING	5
3. GEGEVENS WERKJAAR 2025	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. VOORKOMEN VAN KLACHTEN DOORHEEN HET JAAR	10
5. AANBEVELINGEN AZ DELTA	11
CONTACT	14

VOORAF

Als ombudsdienst leggen wij ons jaarverslag voor.

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 2025 tot en met 31 december 2025.

1. WERKWIJZE OMBUDSDIENST

AZ Delta is een algemeen ziekenhuis dat over 1358 erkende bedden beschikt en sinds juni 2020 over 4 campussen verspreid is. Twee campussen bevinden zich in Roeselare, de andere campussen bevinden zich in Torhout en Menen.

De ombudsdienst bestaat uit 2,5FTE ombudspersonen: mevrouw Decroix Aquita, werkzaam als ombudsvrouw sinds 18 december 2017, mevrouw Maaïke Deveeuw, werkzaam als ombudsvrouw sinds 1 februari 2022 en mevrouw Vermeersch Els, werkzaam als ombudsvrouw sinds 1 januari 2008.

Mevrouw Deveeuw heeft de basisopleiding bemiddeling gevolgd in 2022, mevrouw Decroix in 2019 en mevrouw Vermeersch in 2015-2016. Deze basisopleiding bemiddeling werd gevolgd bij Mediv.

In 2024 zijn wij vanuit de ombudsdienst gestart met de begrippen vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger te verduidelijken naar zowel patiënt als zorgverlener. In 2025 zijn wij hiermee verder gegaan. Op Q-morrowland, een opleidingsdag binnen AZ Delta, werd er een sessie georganiseerd rond wie zijn de naasten rond de patiënt. Vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, zorgvolmachtdrager, ... werden verder uitgediept. Aan de sociale dienst van AZ Delta werd er een dienstspecifieke opleiding gegeven rond deze begrippen. Deze begrippen zijn heel belangrijk binnen de gezondheidszorg, er blijft nog een uitdaging om de kenbaarheid te vergroten.

De ombudspersonen nemen deel aan het provinciaal overleg van VVOVAZ binnen West-Vlaanderen. Mevrouw Decroix is intervisor binnen het provinciaal overleg, mevrouw Vermeersch is penningmeester van VVOVAZ.

De ombudsdienst heeft zitdagen op de vier campussen. Op campus Rumbeke bevindt de locatie van de ombudsdienst zich in de onthaalzone. 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 Zenya 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 8 juli 2020. Dit huishoudelijk reglement is raadpleegbaar aan de onthalen van AZ Delta en via de website: [Recht op klachtenbemiddeling/de ombudsdienst](#).

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 ondersteunt het aanmaken van koppeling voor vertrouwenspersonen en “ouder en kind” binnen het zorgportaal van AZ Delta.

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 ([Recht op klachtenbemiddeling/de ombudsdienst](#)).

Verder staat de ombudsdienst in voor het vergroten van de kennis van de rechten van de patiënt zowel bij medewerkers als bij patiënten.

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 periodieke overlegmomenten.

De directie en het bestuur van AZ Delta zien klachten als een welgekomen feedback die men ontvangt van hun patiënten. Vanuit deze feedback probeert men de kwaliteit en klantgerichtheid binnen het ziekenhuis te vergroten en te verbeteren.

3 GEGEVENS WERKJAAR 2025

3.1 ALGEMENE GEGEVENS

Rekening 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:

	2021	2022	2023	2024	2025
Aantal klachtendossier	1004	1133	981	1300	1347
Aantal informatiedossiers	115	124	122	145	138
Aantal pro actieve dossier	133	118	159	185	164
Aantal opvragingen patiëntendossier	232	247	257	296	311
Aantal andere	217	208	164	152	136
Totaal aantal dossiers	1701	1830	1683	2078	2096

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.

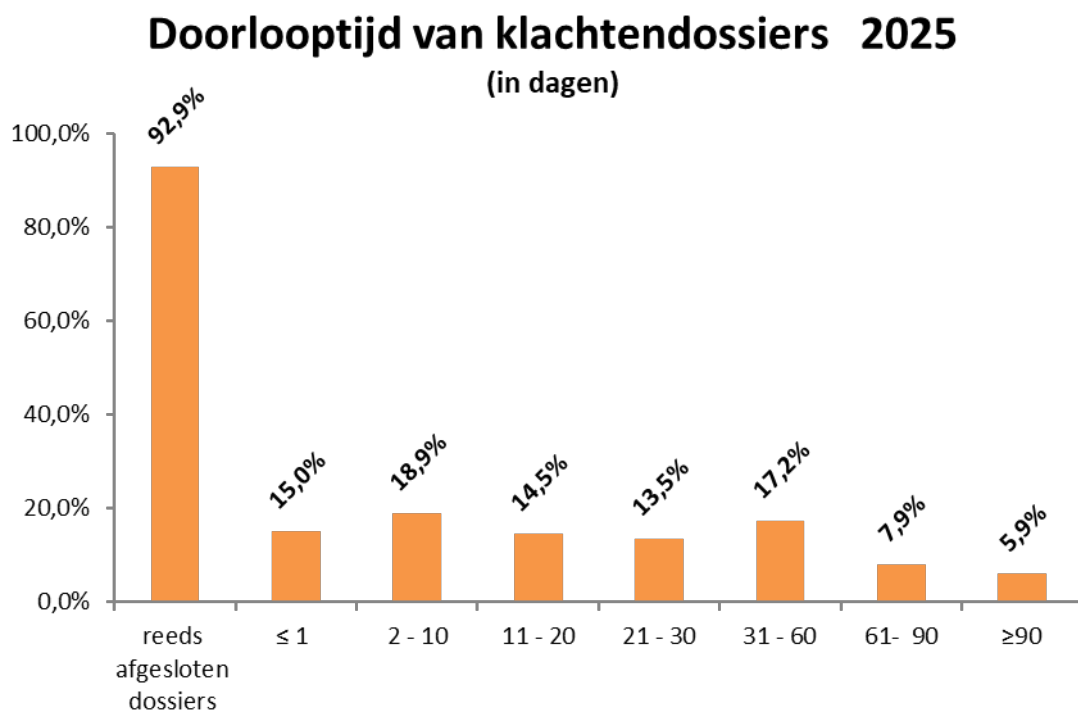
	2021	2022	2023	2024	2025
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)*	483	574	550	691	734
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (art. 6)	11	13	18	10	11
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (art. 7)	99	72	92	97	71
Recht op geïnformeerde toestemming (art. 8)**	68	55	71	229	212
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (art. 8/1)	0	0	0	0	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (art. 9§1)	30	33	29	35	54
Recht op inzage van het patiëntendossier (art. 9§2)	0	3	3	0	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (art. 9§3)	1	0	1	2	3
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)	35	37	35	32	39
Recht op het neerleggen van een klacht (art. 11)	2	1	0	5	0
Recht op pijnbestrijding (art. 11bis)	9	10	8	14	7
Andere klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	266	324	207	223	229

**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

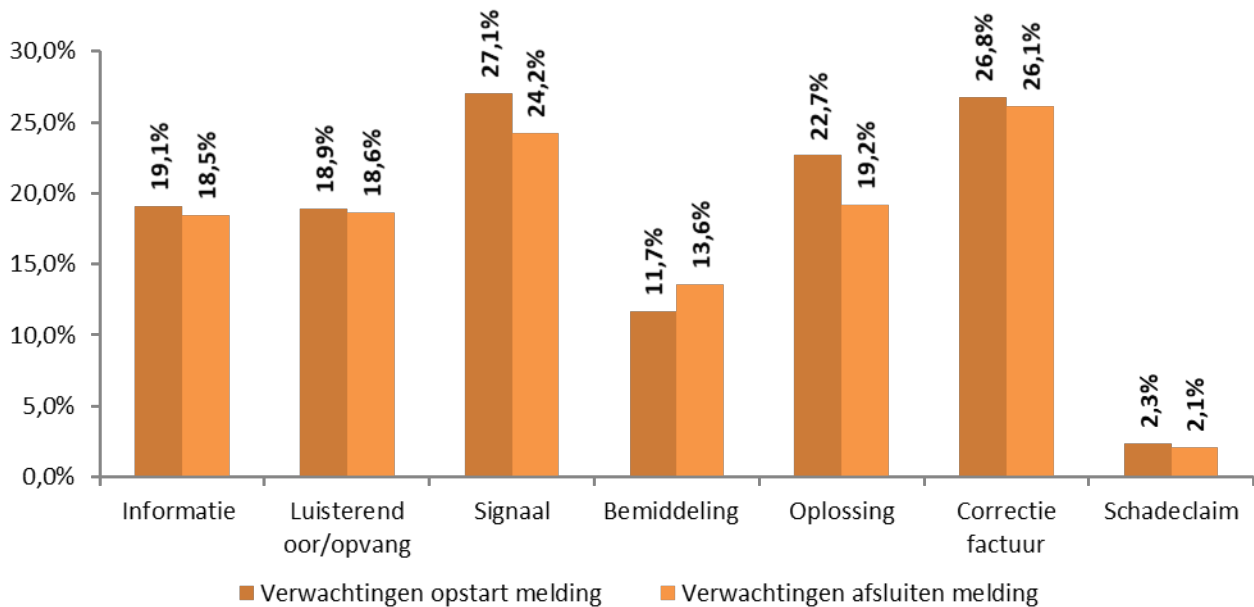


Grafiek 21: doorlooptijd klachtendossiers in dagen

61,8% van de ontvangen klachtendossiers werden binnen de periode van 1 maand (=30 kalenderdagen) afgesloten, binnen een periode van 2 maanden (=60 kalenderdagen) werden er 79,1% afgesloten. In totaal waren reeds 92,9% van de ontvangen melding in 2025 afgesloten op 6 januari 2026.

3.4 VERWACHTINGEN

Verwachting bij melding



Op bovenstaande grafiek merken we dat de verwachtingen die door de ombudspersoon geregistreerd worden bij aanvang en bij afsluiten van een dossier fluctueren. Na een tussenkomst door de ombudsdienst zien we het aandeel stijgen bij bemiddeling en dalen bij signaal en oplossing.

3.5 VERZOENINGSRESULTAAT

Op vraag van de Vlaamse ombudsdienst wordt er sinds 2019 bij het afsluiten van een melding geregistreerd als er een verzoeningsresultaat werd bereikt.

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 een handeling, betekenisvolle stap werd gesteld die anders niet zou worden gesteld. 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 701 (60,2%) dossiers een verzoeningsresultaat geregistreerd. Bij deze 701 dossiers zijn wij op de hoogte dat er een verzoeningsresultaat is geweest. In de andere dossiers kunnen er verzoeningsresultaten zijn waar wij als ombudsdienst niet van op de hoogte zijn gesteld.

Enkele voorbeelden van verzoeningsresultaten:

- Bezorgen van informatie waardoor er duidelijkheid komt;
- Aanpassing factuur;
- Correctie / aanpassing patiëntendossier;
- Melder neemt zelf terug contact op met zorgverlener, vertrouwensrelatie hersteld;
- Aanpassen van procedures / workflow;
- Gesprekken met verschillende partijen samen / bemiddelingsgesprek;
- Zorgverlener neemt zelf contact op met melder;
- Excuses overmaken aan melder;
- Geluidswerend maken van wachtuimtes;
- Vergissing bevestigd;
- Erkenning ontvangen;
- Communicatie terug hersteld;
- Suggesties opgenomen in toekomstige wijzigingen;
- Dienst kijkt om privacy te optimaliseren.

4. VOORKOMEN VAN KLACHTEN DOORHEEN HET JAAR

In de loop van 2025 zijn verschillende gesprekken gevoerd, zijn er wijzigingen gebeurd naar aanleiding van trends die waarneembaar waren in de ontvangen meldingen. Bij het vaststellen van een trend, werd er in overleg gegaan met de betrokken verantwoordelijken om de problematiek samen te bekijken.

Door deze trends op te nemen, konden verdere klachten rond bepaalde elementen vermeden worden. Het opnemen van deze signalen voorkomt verder ongenoegen.

- Regelmatige rapportage van aantal meldingen betreffende wijziging in aanrekening medische beeldvorming en overleg met verschillende mutualiteiten om werking te verduidelijken.
- Extra en hernieuwde communicatie betreffende wijziging in tussenkomst van RIZIV in PCR-testen in ambulante setting. De voorschrijvende artsen op de hoogte stellen om patiënten of hun vertegenwoordigers op voorhand correct te informeren over de kost, zodat er een geïnformeerde keuze kan gemaakt worden.
- Bespreking kamerkeuze mogelijkheden voor dagziekenhuizen, nazicht of de juiste infrastructuur aanwezig is om verschillende mogelijkheden aan te bieden.
- Aandacht voor taalbarrière bij ondertekenen van documenten.
- Dienstspectifieke deelverslagen van jaarverslag op vraag.

5. AANBEVELINGEN AZ DELTA

Artikel 16/1, §1, 5^e van de Wet patiëntenrechten bepaalt dat de ombudsdienst onder andere als opdracht heeft om aanbevelingen te formuleren ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht.

INFORMATIEVERSTREKKING

- Open en eerlijke communicatie (open disclosure) is heel belangrijk, zeker op momenten dat de zorg niet verlopen is zoals verwacht. De communicatie is zeker noodzakelijk op het moment dat er complicaties zijn of als er nood is aan een onvoorziene ingreep.

Onze aanbeveling is te blijven inzetten op goede en duidelijke communicatie, zeker op momenten dat de zorg niet verloopt zoals verwacht. Open disclosure is een krachtige tool, door deze open communicatie is de patiënt en zijn vertrouwenspersoon of de vertegenwoordiger goed op de hoogte en kunnen misverstanden en ongenoegens vermeden worden.

- Patiënten hechten veel belang aan het beluisterd worden en duidelijke informatie te ontvangen. Zowel bij het medisch als het verpleegkundig departement is er een stijging omtrent het aantal meldingen waar patiënten aangeven dit niet goed ervaren te hebben. Verschillende elementen omtrent het luisteren en communiceren worden aangehaald.

Onze aanbeveling is een goede communicatie te doen omtrent het zorgplan dat er is voor de patiënt.

Verder dient de patiënt op de hoogte te zijn van de kosten die de geplande zorg met zich meebrengt (supplementen, niet vergoedbare prestaties / producten, kosten ten laste van de patiënt), zo kan er een geïnformeerde keuze gemaakt worden. Het doorverwijzen naar de facturatedienst voor een prijsraming kan altijd.

Het overlopen en meegeven van een recente folder is een meerwaarde. Alle informatie die besproken werd, kan nagelezen worden.

Een laatste element binnen deze aanbeveling is de patiënt te ondersteunen in het overbrengen van informatie naar zijn vertrouwenspersoon op het moment dat de patiënt hier zelf niet toe in staat is (emotioneel geladen boodschap, cognitief niet sterk genoeg, ...). Actief betrekken van de vertrouwenspersoon, met toestemming van de patiënt, is een meerwaarde.

WIJZE VAN OMGAAN MET PATIËNTEN

- Respectvol omgaan met elkaar is een basisverwachting. Een basisverwachting die van iedereen verwacht wordt. Dit is belangrijk in de manier van hoe er gecommuniceerd wordt met elkaar, beleefd, correct maar eveneens in hoe er wordt omgegaan met elkaar. Een patiënt bevindt zich in een afhankelijkheidspositie en is hierdoor kwetsbaarder. Hoe een patiënt hier mee omgaat kan zich op verschillende manieren uiten. Er voor zorgen dat de patiënt zich niet geïntimideerd voelt, kan zorgen voor rust en begrip.

Onze aanbeveling is om op een respectvolle manier om te gaan met elkaar, zowel in communicatie als in omgang. Een blijvende inzet op respectvol omgaan met elkaar is belangrijk. Dit is een aanbeveling die wederzijds is, zowel voor zorgverleners als voor zorgvragers wordt er verwacht respectvol om te gaan met elkaar.

TOEGANKELIJKE ZORG

- Wachttijden op spoed, wachttijden bij geplande consultatie, wachttijd voor het verkrijgen van een bed bij een geplande opname, ... al deze wachttijden zorgen ervoor dat het zorgproces niet vlot verloopt. Een zorgvuldige en tijdige opvolging is een verwachting van de patiënt.

Onze aanbeveling is een goede planning te maken voor geplande opnames en consultaties, zodat frustraties vermeden kunnen worden.

Verder is er nood aan een goede communicatie omtrent de verwachtingen rond wachttijden op een spoedgevallendienst in het kader van overbelasting van de dienst, zodat de patiënt goed geïnformeerd is.

Bij het vaststellen van onvoorziene of lange wachttijden, is het van belang om tussentijds hierover in communicatie te gaan met de wachtende. Door over de juiste informatie te beschikken kunnen misverstanden vermeden worden.

VEILIGE ZORG

- Patiënten komen met een foutieve perceptie en/of verwachting naar de dienst spoedgevallen. Soms heeft de patiënt zelf een foutieve perceptie, soms ontvangt de patiënt vanuit een andere zorgverlener de boodschap “meldt u aan op de spoedgevallendienst”. Patiënten verwachten dat men snel wordt behandeld op spoed, indien er nood is aan een opname verwacht de patiënt dat men snel naar een verblijfsafdeling zal gebracht worden. Deze foutieve percepties en verwachtingen zorgen voor heel wat ongenoegens bij de patiënt en soms ook bij de betrokken zorgverleners.

Onze aanbeveling is om de communicatie rond “waarvoor” naar een spoedgevallendienst te gaan duidelijk te maken. Verder is het belangrijk om de huisarts(enwachtpost) te promoten als eerste aanspreekpunt.

WIJZE OMGAAN MET EPD/PRIVACY

- Patiënten lezen hun verslagen online mee, patiënten kunnen via het zorgportaal meevolgen welke discipline toegang heeft gehad tot hun patiëntendossier. De patiënt kijkt altijd mee over onze schouder.

Onze aanbeveling is om altijd objectieve verslaggeving te maken.

Inloggen in het patiëntendossier mag enkel als er een zorgrelatie is.

ANDERE

- De begrippen vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, mantelzorger, zorgvolmachtdrager, ... zijn termen die veel gehoord worden, maar het is niet altijd duidelijk wie welke rol opneemt voor de patiënt of wie welke verantwoordelijkheden werd toegewezen.

Onze aanbeveling is om actief aan de patiënt na te vragen wie is de vertrouwenspersoon en dit correct te registreren onder contactpersonen zodat er hier meer duidelijkheid rond is.

Een centrale, toegankelijke databank vanuit de overheid zou een meerwaarde betekenen voor de zorgverleners omtrent vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, zorgvolmachtdrager, ...

- Patiënten beschikken frequent over wilsverklaringen waar wij als ziekenhuis niet van op de hoogte zijn, hierdoor kunnen er misverstanden ontstaan.

Onze aanbeveling is om patiënten die over een wilsverklaring beschikken aan te moedigen een kopie te delen met het ziekenhuis, zodat dit kan toegevoegd worden aan hun patiëntendossier.

Hier pleiten wij eveneens voor een centrale, toegankelijke databank vanuit de overheid, waar de patiënt zijn wilsverklaring kan registreren. Op deze wijze is een wilsverklaring ter beschikking voor de verschillende gezondheidszorgberoepsbeoefenaars.

CONTACT

Ombudsdienst

AZ Delta
Deltalaan 1
8800 Roeselare

t 051 23 62 46
e ombudsdienst@azdelta.be

Jaarverslag van ombudsdienst Sint-Jozefskliniek Izegem
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Sint-Jozefskliniek Izegem
Adres	Ommegangstraat nr. 7, 8870 Izegem
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	124
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	271
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Ann Herman
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1/11/2003
Bestaffing	1 ombudsvrouw, bij afwezigheid beluistert een collega van de sociale dienst de meldingen.

Lokalisatie dienst	Binnen het ziekenhuis
Registratiesysteem	Er wordt gewerkt met het registratieprogramma (Access) opgemaakt door de Vlaamse Beroepsvereniging Ombudspersonen van alle Zorgvoorzieningen. (VVOVAZ) Dit jaar werd een dubbel registratie uitgevoerd, dit zowel in Access als in Zenya. Dit als proef tot verdere implementatie in 2026 waar we enkel nog met de applicatie binnen Zenya zullen werken.
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Juli 2024 Het huishoudelijk reglement kunnen de artsen en de medewerkers inkijken via het intranet. (Zenya - Idoc) Het ligt ter inzage op de inschrijvingsdienst en de ombudsdienst voor patiënten, naasten en bezoekers. Men kan het ook nalezen op onze website Ombudsdienst Sint Jozefskliniek
Vormingen i.k.v. bemiddeling	In 2020 volgde de ombudsvrouw de opleiding “Bemiddeling” via Mediv (Mediation Instituut Vlaanderen) en volgde in 2022 nog een extra vorming omtrent bemiddeling. De ombudsvrouw is lid van VOVVAZ en volgt de algemene vergaderingen. Daarnaast is zij lid van de provinciale werkgroep van VOVVAZ. Deze werkgroep biedt intervisie aan en wisselt informatie uit.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	• Opleiding Hospitality: patiëntgerichte communicatie az groeninge op 15 januari 2025 • Uitdagingen, verbonden aan de (nieuwe) wet “Rechten van de patiënt” en de bemiddelingspraktijken werden besproken. vrijdag 17 januari 2025 FOD Volksgezondheid • Opleiding Hospitality: patiëntgerichte communicatie Sint-Jozefskliniek Izegem 8 december 2025 • Nieuwe wet: beschermende observatieregeling voorstelling door PSYCHE: Raïssa Van den Auwelant 20 juni 2025 VOVVAZ
Werkingssterrein van de ombudsdienst	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 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 alternatieve mogelijkheden voor de afhandeling van de 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 worden voorgesteld in de veiligheidscel, aan de kwaliteitscoördinator, 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 en biedt concrete toelichting over mynexuzhealth. - opvolgen verlies/schade van persoonlijk materiaal van de patiënt/bezoeker - opvolgen van verzekeringsdossiers na melding - het beluisteren van proactieve meldingen van medewerkers en artsen - preventieve opdracht door deelname aan diverse werkgroepen nml. beleidsgroep, veiligheidscel, werkgroep JCI in functie van het luik Patient Centered Care (PCC), overleg dienstverantwoordelijken en de informele contacten op de hospitalisatieafdelingen en andere diensten. Het is als ziekenhuis belangrijk om ervaringen/suggesties van patiënten te vernemen. Hierbij maakt SJKI gebruik van een bevraging via mail of de patiënt kan ook tijdens de opname een feedback kaartje invullen met zijn/haar ervaringen. Deze informatie komt terecht bij de kwaliteitscoördinator. Wanneer een klacht/melding gemaakt via deze weg, dan wordt deze bezorgd aan de ombudspersoon, waarbij zij op haar beurt de klager opbelt of uitnodigt op gesprek en hier hetzelfde traject volgt als bij een andere melding.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	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. Beluisteren van de klacht De ombudsdienst beluistert de klacht bij voorkeur via een persoonlijk contact. Behandeling van de klacht Na de intake van de klacht gaat de ombudsdienst na : - Welke personen en diensten er betrokken zijn en/of betrokken moeten worden in het klachtendossier - De feiten die door de klager worden aangeklaagd - Zo nodig welke normen of wetgeving van toepassing zijn De ombudsdienst contacteert 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 (onze voorkeur gaat uit naar een schriftelijke

	formulering), luistert naar het verhaal/reactie van de beklaagde en stelt verduidelijkende vragen. Bij de behandeling/beslissing van de klacht gelden wettelijke bepalingen (zoals de wet op de patiëntenrechten, de privacywetgeving, beroepsgeheim, ...) interne reglementen en procedures binnen SJKI. Bemiddelen In het bemiddelingsproces poogt de ombudsdienst een voor alle partijen aanvaardbare oplossing of resultaat te bereiken. Daarbij kan het advies gevraagd worden aan bepaalde diensten en/of personen. De ombudsdienst formuleert een voorstel van oplossing in overleg met de beklaagde en klager. Indien geen aanvaardbare oplossing kan bereikt worden tussen de klager en beklaagde, informeert de ombudsdienst de klager inzake de verdere mogelijkheden/alternatieven voor de afhandeling van zijn klacht.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten? Het ziekenhuis heeft een open houding t.a.v klachten. De organisatie faciliteert de ombudsdienst om klachten te beluisteren. Bij knelpunten wordt de ombudsdienst regelmatig om advies gevraagd door artsen en medewerkers. De organisatie maakt de wet op de patiënten rechten bekend via de TV schermen en de nieuwe brochures Wet “rechten van de patiënt” samen in gesprek, samen voor de zorg’. De rechten van de patiënt en de mogelijkheid om een klacht neer te leggen is ook opgenomen in de onthaalbrochure en op de website. De ombudsdienst registreert de klachten. De ombudsvrouw maakt jaarlijks een jaarverslag (presentatie met concrete cijfers, knelpunten, suggesties, verbeteracties ...) en verduidelijkt dit aan de raad van bestuur. (2 september 2025) 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 aan de directie, de raad van bestuur en werkt nauw samen met de kwaliteitscoördinator en af en toe ook met de DPO. (Data Protection Officer) De ombudsfunctie staat dicht bij de patiënten en kan vanuit deze positie goed meewerken aan het zoeken naar de knelpunten in de ziekenhuisorganisatie. Door lid te zijn van diverse werkgroepen krijgt de ombudsdienst de kans de wet op de patiëntrechten te waarborgen binnen de organisatie.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...) - In 2025 hadden wij een audit van de JCI auditoren en dit van 19 tem 23 mei 2025. Dit gaf ons de kans om een extra opleiding te geven aan al onze medewerkers omtrent de nieuwe wet op de patiënten rechten, tevens werden de aangepaste documenten verduidelijkt over de rol van de vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger. Het is belangrijk regelmatig de accenten binnen de wet toe te lichten en waar nodig verbeteracties op te zetten. - Waar nodig werden alle procedures nagelezen en aangepast. - Het blijft belangrijk om als ziekenhuis samen met de ombudsdienst en bv. ook de dienst kwaliteit in te zetten op duidelijke, in een klare taal en eenduidige informatie aan de patiënt, de medewerkers en de artsen. Dit kan zowel mondeling als schriftelijk zijn.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Aantal klachtendossiers	149
Aantal infodossiers	38
Aantal pro actieve dossiers	10
Aantal opvragingen patiëntendossier	22
Aantal 'andere'	29

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	109
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	5
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	2
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	0
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

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

De doorlooptijden kunnen soms oplopen in bepaalde dossiers bv. in verzekeringsdossiers of in dossiers waarbij de klager of beklaagde soms bedenktijd vraagt ifv evt. verdere stappen. We merken ook dit jaar een vrij lange doorlooptijd op, dit door de drukte op de dienst zelf en ook de complexere klachten, maar in vergelijking met vorig jaar, toch een lichte daling.

Aanbevelingen

Door VVOVAZ werden een aantal aanbevelingen genoteerd. De knelpunten en de aanbevelingen die aansluiten bij ons ziekenhuis noteren we hierbij, aangevuld met een aantal persoonlijke opmerkingen.

Aanbevelingen van VVOVAZ en persoonlijke aanvullingen

Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen 'zachte' bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling: Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het open disclosure-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Dit vraagt van de organisatie een open cultuur, zo hadden we binnen ons ziekenhuis in de week van de patiëntveiligheid in november het project

Samen sterk in speak-up!

Een speak up-cultuur betekent dat iedereen zich vrij voelt om vragen te stellen, bezorgdheden te uiten en risico's aan te kaarten, ongeacht hiërarchie of functie. Er werden diverse toolkits ifv communicatie ontwikkeld.

Aanbeveling: Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende :

-Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.

-Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.

-Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn

Hier willen we in de toekomst ook investeren in ons ziekenhuis door vorming te geven en concreet op weg te gaan met deze aanbevelingen.

Aanbeveling: Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging, omgaan met familieconflicten en beroepsgeheim komen in klachten en casussen regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden, waaronder:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden

- omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- conflictpreventie en de-escalatie
- communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties, wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie.

Dit jaar organiseerden wij voor onze ziekenhuismedewerkers een opleiding Hospitality: patiëntgerichte communicatie, waarin de diverse bovenstaande technieken via een toneel aanbod kwamen en de medewerkers zelf actief konden oefenen en mee nadenken. Via deze opleiding proberen we medewerkers te stimuleren na te denken over hoe je empathisch kan omgaan met patiënten. We hebben tevens een samenvatting gemaakt van deze bijscholing met beknopte tips en opgenomen in ons personeelsmagazine.

Aanbeveling: Versterken van de proactieve rol van de ombudsdienst

Het is aan te bevelen om de ombudsdienst niet uitsluitend reactief, maar ook expliciet proactief te positioneren binnen de zorgorganisatie. Een zichtbare, bereikbare en laagdrempelige aanwezigheid van de ombudsdienst creëert ruimte voor vroegtijdige signalering van mogelijke knelpunten en voor het tijdig ondersteunen van patiënten, naasten en medewerkers.

Daarnaast kan de ombudsdienst een belangrijke bijdrage leveren door themagerichte initiatieven rond patiëntenrechten te organiseren, zoals infomomenten, interne vorming, sensibilisering of samenwerking met andere diensten. Dit versterkt het bewustzijn binnen de organisatie en stimuleert een cultuur waarin patiëntenrechten actief worden bewaakt.

Een structurele betrokkenheid van de ombudsdienst bij complexe casuïstiek en bij de voorbereiding van moeilijke gesprekken kan bovendien leiden tot betere onderlinge afstemming, het voorkomen van escalaties en een duurzamere opbouw van vertrouwen tussen alle betrokken partijen.

Tot slot is het essentieel om het mandaat en de rol van de onafhankelijke ombudspersoon duidelijk(er) af te bakenen en intern te communiceren. Heldere verwachtingen — zowel richting patiënten als richting medewerkers — zijn noodzakelijk om misverstanden te vermijden. Een expliciete communicatie over wat de ombudsdienst wél en niet kan betekenen, draagt bij aan realistische verwachtingen en een transparante werking.

Wij merken binnen het ziekenhuis dat de beroepsgroep artsen op regelmatige tijdstippen moeilijke gesprekken niet uit de weg gaat en zij hiervoor voorafgaand aan het gesprek beroep doen op de ombudsdienst om advies in te winnen en tips te vragen over het hoe en wat in een dergelijk gesprek.

Aanbeveling: Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

Financiële transparantie is cruciaal maar niet evident, door wijzigingen in de RIZIV materie, door artsen die geconventioneerd en niet geconventioneerd, ereloonsupplementen op éénpersoonkamers, diverse soorten hospitalisatieverzekeringen ... als ombudsdienst hebben we een belangrijke taak om het ziekenhuis en de betrokken medewerkers de juiste informatie te geven aan patiënten. Een vereenvoudiging van alle systemen zou een meerwaarde zijn voor iedereen.

Aanbeveling: Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

In dit verband werden alle procedures nog eens herbekeken en de juiste documenten op ons platform geplaatst. Het blijft echter soms een speurtocht naar de juiste documenten. Het zou ook handig zijn indien mensen deze documenten ook automatisch kunnen opladen in hun gezondheidszorgplatform. Hierbij denk ik aan COZO, mynexuzhealth of kunnen consulteren via het burgerprofiel.

Aanbeveling: Agressiebeleid en psychosociaal welzijn van medewerkers

Er wordt een duidelijke toename vastgesteld van verbaal en fysiek grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zorgverleners en ombudspersonen. Dit heeft niet alleen impact op de veiligheid, maar ook op het psychisch welzijn, het werkplezier en het behoud van medewerkers binnen de zorg.

Daarom wordt aanbevolen om een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast agressiebeleid te installeren, dat door alle afdelingen gedragen wordt.

Dit beleid omvat bij voorkeur: heldere richtlijnen, uniforme registraties, onmiddellijke opvolging van incidenten en een duidelijke rolverdeling bij escalaties. Daarnaast is het belangrijk om het agressiebeleid actief te communiceren naar patiënten en hun naasten, bijvoorbeeld via affiches, brochures en digitale kanalen, zodat verwachtingen vooraf duidelijk zijn en grensoverschrijdend gedrag ondubbelzinnig wordt afgekeurd.

Verder is het essentieel om structureel te investeren in het psychosociaal welzijn van medewerkers. Dit kan onder meer door gerichte trainingen (o.a. de-escalatie, omgaan met emotioneel beladen situaties), laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning. Een veilig werkklimaat draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg en het behoud van gemotiveerde medewerkers.

Binnen ons ziekenhuis werden de eerste stappen gezet om een werkgroep rond agressie te installeren nadat wij een reeks opleidingen organiseerden omtrent agressie.

Het is tevens de bedoeling de operatie alert.be op te nemen binnen onze organisatie. Tevens is het belangrijk om debriefings te organiseren na confrontatie met agressie of intens gedrag van patiënten, naasten en bezoekers.

Aanbeveling: wachtlijsten en versterking van de eerstelijnszorg

Door toenemende wachtlijsten voor bepaalde specialismen in ziekenhuizen en beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops van huisartsen vinden patiënten meer en meer moeilijk tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Het is daarom belangrijk om dit probleem ook op federaal niveau te agenderen en in te zetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert te zijn voor de realiteit van wachttijden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.

Aanvullende ervaringen en suggesties

- patiënten en naasten voelen dat er een enorme druk zit op de gezondheidszorg: te weinig personeel aan het bed van de patiënt, verregaande besparingen, meerkosten op bepaalde onderzoeken op bepaalde tijdstippen (hierbij verwijst naar de dienst radiologie) Het is belangrijk dat de overheid weet heeft van de ervaringen van de patiënten en rekening houdt met de kwetsbare mensen in de samenleving (mensen met beperking vragen meer tijd, mensen met een laag inkomen kunnen supplementen moeilijk betalen ...)
- er is duidelijk nood aan een soort ombudsdienst voor de medewerkers en ook voor artsen. Het is belangrijk dat zij op regelmatige tijdstippen kunnen ventileren over de complexiteit in de zorg en er geluisterd wordt naar hun persoonlijke noden. Tevens is het belangrijk dat medewerkers en artsen durven melden aan patiënten hoe ze zich voelen en dit op een discrete manier kunnen meedelen om zo in open communicatie te gaan en een wederzijds begrip te creëren.
- de uitoefening van het inzage-recht na overlijden blijft een complex gegeven. We stellen problemen vast bij de aanstelling van een gezondheidszorgbeoefenaar zeker als deze niet dichtbij woont. Mensen vinden deze procedure soms te complex en vinden het te complex om deze procedure in te zetten.

Verzoeningsresultaten

- In diverse dossiers werd een verzoeningsresultaat gerealiseerd door dat de ombudsdienst aan de hand van de uitvoerige feedback van de zorgverleners toelichting en duiding kan geven aan de patiënt. Hierdoor ontstaat bij de melder een andere perceptie wat aanleiding geeft tot begrip voor de situatie
- In bepaalde dossiers vond er tussen zorgverlener en melder/patiënt een gesprek plaats in aanwezigheid van de ombudsdienst, zodat een en ander kon besproken worden en bijkomende vragen konden beantwoord worden met al dan niet een vervolg van de behandelrelatie
- In verschillende dossiers werd via tussenkomst van de ombudsdienst een oplossing aangereikt voor het probleem waarmee de patiënt werd geconfronteerd.
- In sommige dossiers was er een financiële tussenkomst door het ziekenhuis na duiding van de vraag/klacht van de patiënt of melder door de ombudsdienst.
- Er werden een aantal dossiers aangegeven bij de verzekeringsmaatschappij.
- In enkele dossiers werd uitdrukkelijk erkenning gegeven voor hetgeen er was gebeurd en werden er excuses aangeboden. Dit is in de meeste situaties helend voor beide partijen, maar in uitzonderlijke situaties ook niet.



AZORG Aalst
JAARVERSLAG 2025
Ombudsdienst

Medewerkers:
Els Meeussen
Ann Hoviele
Julie De Nys

Inhoudsopgave

1.	Inleiding: een pleidooi voor verbondenheid en geloof in de kracht van het veilige woord.....	3
2.	Instellingsgebonden informatie	4
3.	Situering ombudsdienst	4
	Huishoudelijk reglement, werking van de bemiddelingsdienst	5
5.	De ombudsdienst streeft naar professionalisering	6
6.	Traject van een klacht binnen de ombudsdienst.....	7
	Onze basishouding	7
	Klachten ontvangen	8
	Klachten behandelen	9
	Overzicht van soorten geformuleerde meldingen en klachten:.....	10
	Afronding klachtenprocedure	11
7.	Cijfers van 2025.....	14
	Aantal meldingen	14
	Type meldingen.....	14
	Lokalisatie patiënt op moment van de klacht.....	16
	Is de patiënt zelf de melder van de klacht?	17
	Vorm van aanbrengen van de klacht.....	17
	Verwachtingen van de patiënt bij klachtvorming	18
	Doorlooptijd van een klacht	19
	Klachten tegen de rechten van de patiënt.....	20
	Klachten tegen de rechten van de patiënt per beroepsbeoefenaar	20
	Voorwerp van de klacht tegen de rechten van de patiënt	21
	Type klacht.....	22
	Verzoeningsresultaat van de klacht	24
	Klachten per campus	25
	Klachten per departement	26
		26
8.	LESSEN	27
	Samenvatting cijfers.....	27
	Communicatiestijl/opvang en aandacht.....	27
	Financiële informatie en transparantie aan patiënten.....	28
	Organisatorische aspecten.....	29
	Informeren.....	30
	Bewustwording van verschillende indicatoren en onze rol als ombudsdienst	30
	Grenzen aangeven als medewerker en hierrond voldoende ondersteuning krijgen	31
	Aandacht voor wat er wel allemaal goed gaat.....	31
9.	Verwachting van actie.....	32
	Evaluatie van onze acties uit de jaarplannen van 2024	32
	Actiepunten ombudsdienst 2026	32
	Verwachting van actie vanuit alle lagen van het ziekenhuis.....	33
10.	Slotwoord: verderzetting van ons pleidooi voor verbondenheid en geloof in de kracht van het veilige woord.....	35

1. Inleiding: een pleidooi voor verbondenheid en geloof in de kracht van het veilige woord

Dit jaarverslag beschrijft de geboorte van een nieuw team en een nieuwe werking. We streefden er naar best practices vanuit het verleden te behouden, echter lijkt enige voorzichtigheid bij vergelijkingen met voorbije jaren geboden.

Medewerkers, teams, directie, patiënten, hun context, de partners van het ziekenhuis en wijzelf leefden het afgelopen jaar in een wereld vol verandering.

In het artikel “The resilient innovation team: A study of teams coping with critical incidents during innovation projects” beschrijft Oeij (2018) dat wanneer de onzekerheid door verandering toeneemt, leiders vaak terugvallen op controle en dat teams vaak voorzichtig worden. Ze beschermen zichzelf en gaan risico’s vermijden, precies de omstandigheden die innovatie kwetsbaar maken. Het tegengif is niet meer druk of strengere dashboards. Het is het creëren van omstandigheden waarin teams open en alert kunnen blijven en in staat zijn om bij te sturen. Echte verbondenheid binnen teams is cruciaal voor dit succes. Verbondenheid betekent dat medewerkers zich gezien, gehoord en gesteund voelen, en dat ze vertrouwen hebben in hun collega’s en leidinggevendenden.

In het boek “taal van de mediator” (2024) wordt beschreven hoe veilige taal (respectvolle woorden, toon, erkenning) de basis is voor echte verbondenheid tussen partijen. Woorden die luisteren en begrip uitstralen creëren een ruimte waar verschillen worden onderzocht, emoties gedeeld en samenwerking oprecht kan worden opgebouwd.

Dit jaarplan mag u dan ook opvatten als een pleidooi voor verbondenheid en het veilige woord. Laat ons durven via de juiste woorden de mens te zien achter de andere en laat ons vandaar uit in verbinding gaan zodat we veel van de andere kunnen leren.



2. Instellingsgebonden informatie

Met trots werd op 01/01/25 de officiële fusie aangekondigd tussen het A.S.Z. en het OLV Ziekenhuis, die samen verdergaan onder de naam AZORG. Dit nieuwe ziekenhuis, het derde grootste van Vlaanderen met erkenningsnummer 126, hoopt een toekomst te belichamen waarin zorg, innovatie en patiëntgerichtheid centraal staan. Met de zes campussen Moorselbaan Aalst, Merestraat Aalst, Asse, Geraardsbergen, Ninove en Wetteren, en een indrukwekkend zorgvolume van jaarlijks 1 miljoen consultaties, 115.000 dagbehandelingen, 1200 erkende bedden, 5000 medewerkers en 80.000 operaties, lijkt AZORG klaar om een toonaangevende rol te spelen in de regionale en nationale zorgsector.

De ombudsdienst wordt bemand door 3 ombudspersonen:

Els Meeussen (0,8 FTE)

Ann Hoviele (1 FTE)

Julie De Nys (0,3 FTE)

3. Situering ombudsdienst

De bureaus van de ombudsdienst Moorselbaan zijn sinds september 2025 gevestigd in het klooster, Q + 1. Er is een centraler gelegen ontvangslokaal voorzien op A+0, om zo gesprekken in een neutraal en veilig kader aan te bieden.

Het bureau van de ombudsdienst Merestraat is gevestigd in ZONE L+1 (gebouw Rimbaut). Hier kunnen ook gesprekken plaats vinden. Voor bemiddelingsgesprekken wordt er uitgeweken naar beschikbare vergaderlokalen.

Op de campussen Asse, Ninove, Geraardsbergen en Wetteren wordt er op afspraak gewerkt.

Onze contactgegevens en contactmogelijkheden kunnen teruggevonden worden via onze webpagina en ook een digitale melding is mogelijk.

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.

Het jaarverslag van de ombudsdienst wordt overgemaakt aan het directiecomité, Raad van Bestuur 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 van de ombudsdienst van AZORG, waarin de specifieke modaliteiten van de organisatie, werking en klachtenprocedure zijn vastgelegd, is volop in ontwikkeling. We hopen dit in februari 2026 te finaliseren.

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

5. De ombudsdienst streeft naar professionalisering

Vormingen in het kader van bemiddeling (2025):

Intervisie en vergaderingen VVOVAZ	VVOVAZ
BANABA Zorgmanagement (tweede jaar)	HO Gent

De ombudspersonen zijn lid van de VVOVAZ beroepsvereniging vzw (Vlaamse Vereniging Ombudsfuncties van Alle Zorgvoorzieningen). 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 voor ombudspersonen, in samenwerking met MEDIV, jaarlijks te organiseren.

Vanuit VVOVAZ worden onder andere provinciale vergaderingen en intervisiemomenten georganiseerd die de nodige ondersteuning bieden in het uitvoeren van de ombudsfunctie.

6. Traject van een klacht binnen de ombudsdienst

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, 2022).

Dit met als doel de rechtspositie van patiënten te waarborgen en tot een betere kwaliteit van de zorg te komen.

Onze basishouding

Als ombudspersoon is het van fundamenteel belang om vanuit een grondhouding van meerzijdig partijdige betrokkenheid te handelen.

Alle kaarten op tafel, voor elke betrokkene. Deze openheid en transparantie kan enkel bijdragen tot vertrouwen en het creëren van een veilige omgeving waaruit bruggen kunnen gebouwd worden. Ze dient er niet toe om de “boel” over te nemen of te orkestreren.

We hebben aandacht voor de onderliggende emoties en erkennen deze. We zijn als bemiddelaar authentiek, tonen respect, spreken helder en duidelijk, doen geen beloftes die we niet kunnen waarmaken en laten ons niet voor iemands kar spannen.

Onze onafhankelijkheid plaatst ons in de positie dat we noch iets te winnen noch iets te verliezen hebben, wat de outcome van het proces ook mag zijn. De uitkomst is ook niet de verantwoordelijkheid van de bemiddelaar.

We duiken in het probleem, we checken of we het goed begrepen hebben door de verkregen informatie samen te vatten en terug te koppelen. We peilen naar verwachtingen, belangen, doelen en helpen te zeggen wat moet gezegd worden. We werken met wat er is. De kunst is met het één been erin staan en het andere eruit, zodat we voldoende mee zijn met wat er beweegt maar tegelijk voldoende afstand nemen om het overzicht te kunnen bewaren.

We proberen ons niet te laten impacteren door de “chaos”, maar trachten een context te creëren waarin er vertraagd kan worden, zodat de grond onder de voeten terug voelbaar wordt. We lopen niet voorop of achterop maar helpen de weg te zoeken en bieden een perspectief voor alternatieve scenario's. Het is ondanks de spanning toch in beweging blijven en met mildheid de zaken overschouwen.

We verduidelijken vanaf het eerste contact onze bemiddelende rol/mandaat en bouwen empowerment en commitment bij de betrokkenen op om zo tot mogelijke oplossingen te komen. Een oplossing kan bijvoorbeeld evengoed het herstel in communicatie, bekomen van informatie/duiding of afsluiten van een therapeutische zorgrelatie zijn.

Klachten ontvangen

We streven naar een laagdrempelige en toegankelijke dienstverlening.

De patiënt of melder, die niet noodzakelijk éénzelfde persoon is, kan schriftelijk, digitaal of mondeling een klacht of vraag om informatie in alle vertrouwen aan de ombudsdienst formuleren.

Binnen het AZORG ziekenhuis is er voor gekozen om de klachtenbemiddeling ruimer te bekijken dan voorzien in het KB van 08/07/2003. Ons takenpakket is veel ruimer dan enkel meldingen of klachten over zorgverstrekkers of patiëntenrechten. Zo krijgen we ook meldingen binnen die technisch, facilitair of organisatorisch van aard zijn.

Tevens staan we in voor afschriften van patiëntendossiers, zijn we betrokken op onrechtstreekse inzages na overlijden, zijn we betrokken op uitsluitingen, fungeren we vaak als tussenpersoon bij verloren of kapotte voorwerpen,...

Ook geloven we sterk in een preventieve aanpak, onder andere door een participatie in een aantal (bestuurs)organen doorheen het jaar + via dit jaarverslag.

Wij zijn telefonisch, elektronisch & persoonlijk beschikbaar of per brief.

De contactgegevens zijn via de algemene website van het ziekenhuis onder de rubriek "Ombudsdienst" terug te vinden.

Wie bij ons langskomt krijgt altijd ons visitekaartje mee naar huis met onze contactgegevens.

Elke ontvankelijke melding wordt geregistreerd (behalve anonieme) en vanuit het perspectief van de patiënt/melder benaderd.

Melders willen in eerste instantie hun ervaring(en) delen of verzuchtingen kwijt om een signaal te geven over hoe ze de aangeboden dienstverlening ervaren hebben. Of ze streven naar antwoorden op hun vragen of een oplossing voor hun problemen of kwaliteitsverbetering voor andere patiënten.

Wanneer de verwachtingen niet stroken met de feiten kan er een probleem ontstaan. Los van het feit of een behandeling/consult correct is verlopen. Duidelijke, open en neutrale communicatie hierrond is belangrijk. Mensen erkennen in de beperkingen van wat een ombudsdienst kan betekenen kan een sleutel zijn.

Klachten behandelen

Bij het ontvangen van een klacht gaan wij zo snel als mogelijk een ontvangstbevestiging aan de melder bezorgen. Hierin wordt het volgende opgenomen: de ontvankelijkheid, korte toelichting van de neutrale werking van de ombudsdienst en een peiling naar het verwachtingspatroon van de melder. Zo kunnen we misverstanden vermijden, doelstellingen formuleren en een actieplan opstellen in het digitale dossier.

Dit om zo te komen tot een minnelijke overeenkomst of een vergelijk tussen beide partijen, idealiter binnen een zo kort mogelijke doorlooptijd.

Wij vinden het belangrijk dat er buiten de “klacht” ook voldoende ruimte is voor de melder (= mensgerichte focus), waarbij we vanuit het contextuele kader erkenning geven voor het recht en onrecht van de patiënt. Er wordt gehandeld vanuit een kader van respect, empathie, toegankelijkheid, gelijkwaardigheid en meerzijdige partijdigheid. Zonder daarbij de empowermentgedachte + de plichten van de patiënt uit het oog te verliezen.

We hopen op deze manier het vertrouwen van de patiënt, context of zorgverlener te herstellen.

Soms is het zo dat melders zich rechtstreeks tot de ombudsdienst wenden, terwijl het “probleem” zich binnen de eerste lijn kan oplossen. Het is dan ook wenselijk dat de klachten aan de oorsprong van hun ontstaan behandeld worden. Soms worden er zelfs klachten gemeld bij de ombudsdienst zonder dat hiervan eerst melding werd gemaakt op de betrokken afdeling of bij de betrokken medewerker. Hierop inzetten en bijsturen kan al vaak probleemoplossend werken.
(Empowermentgedachte)

In sommige gevallen werkt het ook omgekeerd en worden er vanuit de afdelingen proactieve meldingen gemaakt aan de ombudsdienst.

In andere gevallen is pendeldiplomatie binnen de tweede lijn noodzakelijk. Wij gaan de betrokken partijen horen en om feedback vragen, zodat we deze zo goed als mogelijk kunnen terugkoppelen. Wanneer wij binnen de twee weken nog altijd geen reactie ontvangen hebben, sturen wij een herinnering.

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

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

Vaak dienen melder 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 de 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 andere externe diensten, een gemiste kans binnen de klachtenbemiddeling.

We sluiten driemaandelijks aan op het comité incidenten patiëntenveiligheid en we worden graag uitgenodigd op vergaderingen op alle niveaus om onze onderbouwde visie te delen.

Voor de fusie hadden we nog enkele vaste overlegmomenten die we zeer zinvol vonden. Vanuit een streven naar verbinding hopen we dit in de toekomst terug te kunnen opnemen.

Registratie, want “*meten is weten*”, is essentieel. Klachten en contacten worden gerapporteerd volgens de gestandaardiseerde richtlijnen van VVOVAZ.

Deze elektronische verwerkingsmanier in Zenya geeft een gestructureerd overzicht van de verschillende stappen en de outcome van een gerapporteerde melding.

Cijfers en grafieken kunnen hieruit getrokken en gekanaliseerd worden voor rapportering in het jaarverslag en in functie van het opstellen van aanbevelingen.

Overzicht van soorten geformuleerde meldingen en klachten:

- Omtrent de medische behandeling of technische aspecten uit de zorg(verlening).
- Omtrent relationele aspecten, zoals bijvoorbeeld de manier waarop 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 informatie beschikken. Wanneer er moeilijkheden met betaling van een factuur zijn proberen wij een oplossing op maat te vinden, bijvoorbeeld door het aanbieden van een afbetalingsplan.
- Met betrekking tot verloren, waardevolle voorwerpen in het ziekenhuis.
- Informatieve vragen en adviezen allerlei.

- Vragen rond afschriften of inzages in medische patiëntendossiers, uitsluiting van zorgverleners, betwistingen over wat er in een medisch verslag werd opgenomen, aanwijzingen vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger & koppelen ouder/kind.

Afronding klachtenprocedure

Een belangrijke en soms laatste stap is de terugkoppeling van de verkregen feedback aan de melder. In sommige gevallen kan deze zich hiermee niet verzoenen. In dat geval kunnen we alternatieven aanbieden aan de patiënt zoals het FMO, ledenverdediging/juridische diensten van het ziekenfonds, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en Federale Ombudsdienst “Rechten van de patiënt”.

Uit klachtenverwerking kunnen we vervolgens aanbevelingen extraheren, o.a. via een participatie in het comité incidenten patiëntveiligheid, die voor awareness 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.

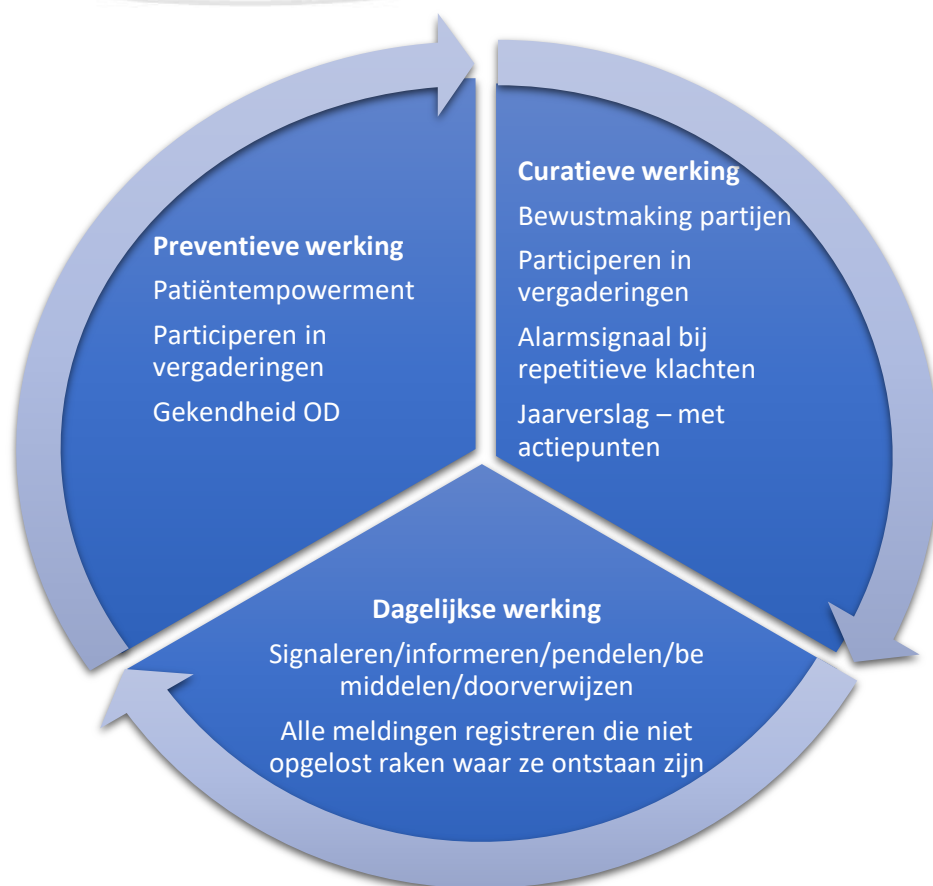
Er wordt getracht om een 3tal werkpunten uit het jaarverslag van de ombudsdienst vast te pakken, waar verder ziekenhuis breed aan gewerkt kon en kan worden. Dit met de ondersteuning van de dienst kwaliteit van het ziekenhuis.

We geloven rotsvast in de preventieve functie van onze ombudsdienst.
Onze lijfspreuk is niet voor niets de volgende:

Elke kans

Een kans

Om samen iets uit te leren.



Meerzijdige partijdigheid
en contextuele gedachtegoed



Patiëntempowerment

Verbondenheid



Preventief en curatief

SAMEN AAN HET STUUR



Rechtstreekse, geweldloze communicatie



7. Cijfers van 2025

Aantal meldingen



In 2025 ontving de ombudsdienst in totaal 1791 meldingen.

Ter vergelijking ontving ex-OLV in 2024 685 meldingen en ex-ASZ 783, wat een totaal geeft van 1468 meldingen. We komen dus uit op een stijging van 323 dossiers of 22%.

Type meldingen

Type melding	Aantal	Aandeel
TOTALEN	1 791	100,0%
Klacht	1 422	79,4%
Afschrift	161	9,0%
Andere	120	6,7%
Informatie	71	4,0%
Proactieve melding	17	0,9%

Wanneer we kijken naar het type van de meldingen, want elke melding is geen klacht, dan kunnen we vaststellen dat 79% van de meldingen klachten zijn.

In ex-OLV mochten we in 2024 480 klachten noteren en in ex-ASZ 665 klachten, wat een totaal geeft van 1145. We zien dus een verschil van 277 klachten t.o.v. vorig jaar. Dit is een toename van 24,2%.

Er zijn melders die ons aanmoedigingen of complimentjes overmaken, anoniem wensen te blijven, na het eerste contact toch geen officiële klacht wensen in te dienen, na onze ontvangstbevestiging het contact éézijdig afbreken of klachten hebben die niet ontvankelijk zijn. Daar wordt geen dossier rond geopend.

Het aantal aanvragen rond afschriften is aanzienlijk gestegen tot gemiddeld 3 per week.

Zo kwamen we in 2024 in ex-olv maar uit op 65 dossiers rond afschriften.

Wanneer men een afschrift van zijn/haar medisch dossier wenst te bekomen, trachten wij in eerste instantie te verwijzen naar en in te zetten op de platformen van MyNexuzHealth en COZO. Op die manier kan de patiënt rechtstreeks gezondheidsinformatie consulteren. Wanneer dit niet lukt of niet mogelijk is, kan er een schriftelijke aanvraag ingediend worden.

Hieruit kunnen we leren dat nog niet alle mensen vinden hun weg via de digitale kanalen.

Bij de proactieve meldingen zien we jammer genoeg een negatieve evolutie.

In 2024 kwamen we in ex-olv alleen al aan 24 meldingen.

Mede door de fusie en lateralisaties lijkt de bekendheid van de ombudsdienst + de mogelijkheid voor medewerkers tot het doorgeven van proactieve meldingen waardoor wij ons beter kunnen verhouden tot eventuele klachten die daarop volgen naar de achtergrond verdwenen te zijn.

Onder “andere” begrijpen wij suggesties, aanvragen inzage in het dossier van een overledene, aanvragen uitsluiting zorgverlener of aanwijzingen van vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger, loggings van dossiers e.d..

Lokalisatie patiënt op moment van de klacht

Lokalisatie patiënt 	Aantal	Aandeel
Totalen	1 422	100,0%
Polikliniek	562	39,5%
Hospitalisatie	459	32,3%
Spoed	195	13,7%
Daghospitalisatie	156	11,0%
Andere	50	3,5%

Bij de klachten met betrekking tot de polikliniek ontstaan de meldingen voor, tijdens of na een consultatie. We denken hierbij aan klachten over de behandeling of diagnose, wachttijden, communicatiestijl, problemen bij de afsprakenregeling, telefonische bereikbaarheid van diensten, ontevredenheid over de behandeling, ...

Wanneer men tijdens de hospitalisatie melding wil maken van bepaalde gebeurtenissen, trachten we in eerste instantie te adviseren om dit met de hoofdverpleegkundige/arts te bespreken (empowermentgedachte + problemen aanpakken bij de bron). Vaak worden deze klachten echter pas geuit na het ontslag.

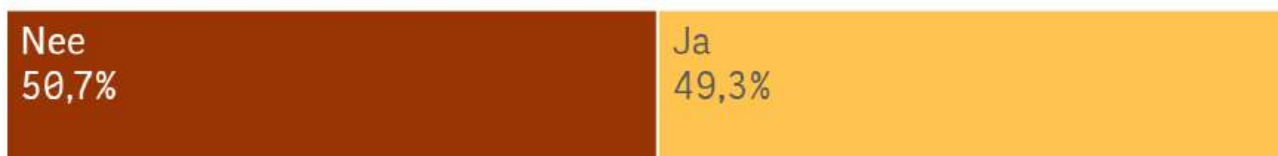
De spoedafdeling van het ziekenhuis is voor veel patiënten de toegangspoort voor het ziekenhuis. Het is een complexe dienst, aangezien er een grote patiënt turnover is.

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.

Klachten rond de dagziekenhuizen zijn regelmatig gekoppeld aan organisatorische aspecten. We denken daarbij aan wachttijden, het dienen te wachten in een wachtzaal ipv op een kamer, wachttijden op recovery, aanbod van (soms kleine) maaltijden, onbeschikbaarheid van een eenpersoonskamer,...

Onder "andere" verstaan we meldingen met betrekking tot onthaal, administratieve diensten, parking, debiteuren,

Is de patiënt zelf de melder van de klacht?



De patiënt hoeft per definitie niet zelf de melder van een klacht te zijn.

Is de patiënt zelf niet de melder dan gaat het in de meeste gevallen over een familielid of vertrouwenspersoon van de patiënt. Inzake financiële transparantie wordt er ook geregeld contact gelegd via de ledenverdediging van de mutualiteiten.

Vorm van aanbrengen van de klacht

Vorm	Aantal	Aandeel
Totalen	1 422	100,0%
Schriftelijk	1 058	74,4%
Telefonisch	306	21,5%
Persoonlijk	58	4,1%

Uit de cijfers blijkt dat we steeds meer worden gecontacteerd per mail. Ook de voorbije jaren was dit het meest gebruikte kanaal.

Aangezien veel mensen over een computer of mailadres beschikken en op die manier makkelijk hun verhaal of vraag kunnen formuleren, is dit een veel gekozen en laagdrempelig kanaal.

We zien een duidelijke daling bij het aantal telefonische en persoonlijke meldingen.

Hierdoor ontstaat de uitdaging om voldoende in verbinding te blijven gaan met de patiënten en hun context.

Verwachtingen van de patiënt bij klachtvorming

Verwachting	Aantal	Aandeel
Totalen	1 422	100,0%
Signaal	1 135	79,8%
Informatie	627	44,1%
Luisterend oor/ opvang	595	41,8%
Financieel akkoord	374	26,3%
Pendeldiplomatie	371	26,1%
Oplossing	366	25,7%
Correctie factuur	308	21,7%
Bemiddeling	306	21,5%
Samenbrengen van partijen	116	8,2%
Schadeclaim	89	6,3%
Andere	32	2,3%
Afschrift	9	0,6%
Inzage	1	0,1%

Per geformuleerde klacht kunnen er meerdere verwachtingen aan bod komen, daarom is het belangrijk om vanaf het eerste contact hier goed naar te peilen.

Melders willen hun verhaal kwijt en dit bij iemand die in eerste instantie niet rechtstreeks bij de feiten betrokken is en hen wil beluisteren.

In de meeste gevallen vraagt men om verduidelijkende informatie en om te signaleren aan de medewerkers dat er iets niet verlopen is zoals verwacht of gewenst, ter verbetering naar de toekomst.

Vragen naar correctie(s)/het schrappen van de factuur/het vragen naar een schadeclaim valt onder de categorie van financieel akkoord.

De registratie van de verwachtingen blijft een subjectief gegeven en kan dus wat verschillen per ombudsvrouw.

Doorlooptijd van een klacht

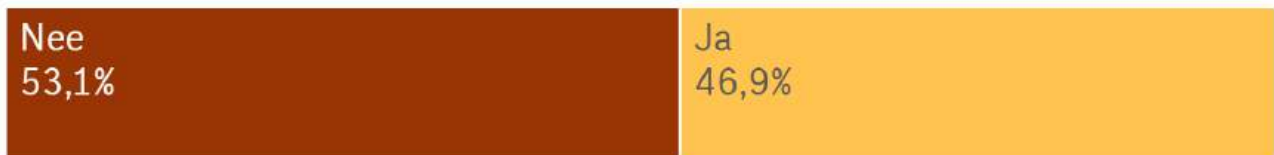
Doorlooptijd 	Aantal	Aandeel
TOTALEN	1 422	100,0%
<= 1 dag	346	24,3%
> 90 dagen	6	0,4%
2 - 10 dagen	628	44,2%
11 - 20 dagen	159	11,2%
21 - 30 dagen	117	8,2%
31 - 60 dagen	108	7,6%
61 - 90 dagen	22	1,5%
Niet ingevuld	36	2,5%

De doorlooptijd van een dossier is afhankelijk van verschillende factoren: de complexiteit van het dossier, aantal betrokken partijen, tijd die nodig is om feedback te verkrijgen, aansprakelijkheid, al dan niet te bespreken op het maandelijks financieel/juridisch overleg, ...

Uit de cijfers kunnen we besluiten dat de meeste meldingen zeer snel afgehandeld kunnen worden. Vanzelfsprekend heeft dit te maken met een efficiënte werking van de ombudsdienst, maar ook met de bereidwilligheid en warme betrokkenheid van de medewerkers doorheen het ziekenhuis.

Dossiers met een langere doorlooptijd zijn vaak “zware” dossiers waar veel tijd in wordt geïnvesteerd om de nodige gesprekken en onderzoek te voeren, verzekeringsdossiers of het moeilijk verkrijgen van duiding van de betrokken melder of medewerker(s).

Klachten tegen de rechten van de patiënt

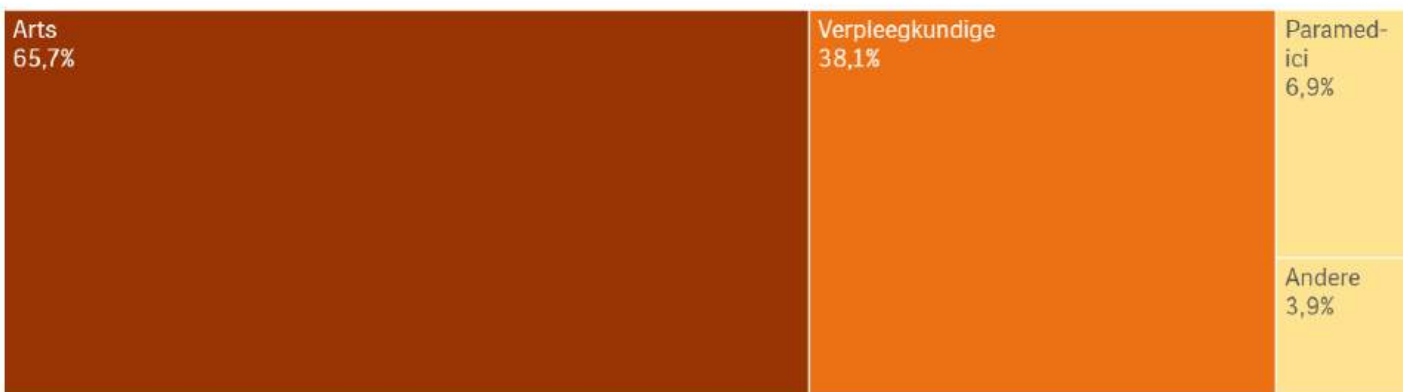


De klachten zijn tegen de rechten van de patiënt wanneer er volgens de melder aangevoeld wordt dat 1 van de 7 patiëntenrechten niet werd gerespecteerd of geschonden.

Onder de andere klachten vallen klachten rond wachttijden, (financiële) administratie, bereikbaarheid van diensten, verloren voorwerpen, ...

Deze klachten kunnen zeker ook een correlatie hebben met de termen kwaliteit en gastbeleving.

Klachten tegen de rechten van de patiënt per beroepsbeoefenaar



De beroepscategorie arts is het meest vertegenwoordigd.

Onder “andere” verstaan we bijvoorbeeld een administratief medewerker of onthaalmedewerker. Vanzelfsprekend zijn zij wettelijk gezien niet gebonden aan de wet op de rechten van de patiënt. Toch kan dit ook voor hen een leerkans inhouden.

Ter interpretatie van de grafiek: het kan gebeuren dat er in één bepaalde casus een inbreuk tegen één van de rechten gepleegd wordt door bijvoorbeeld zowel een arts als door een verpleegkundige. Hierdoor kunnen de totalen per beroepscategorie hoger liggen dan het initieel aantal klachten.

Voorwerp van de klacht tegen de rechten van de patiënt

Voorwerp van de klacht	Aantal	Aandeel
TOTALEN	667	100,0%
art.5: Kwaliteit	559	83,8%
art. 7: Info	61	9,1%
art. 9.1: Dossier	50	7,5%
art. 10: Privacy	28	4,2%
art. 8: Toestemming	11	1,6%
art. 6: Keuze	4	0,6%
art. 9.3: Afschrift	3	0,4%

Meldingen met betrekking tot het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening en op het recht op informatie scoren het hoogste.

Met betrekking tot kwaliteit gaat dit bijvoorbeeld over het niet krijgen van de correcte behandeling of diagnose, ontevredenheid over communicatiestijl/bejegening of verwarring omtrent de begrippen complicatie versus medische fout.

Bij informatie gaat het bijvoorbeeld over een gebrek aan medische informatie tijdens/na de opname of over transparantie over de kostprijs van een behandeling of opname.

Type klacht



We zien duidelijk veel klachten rond het medische en administratieve luik.

Een verfijning van de medische aspecten geeft het volgende:



Ter interpretatie van de grafiek: per casus kunnen meerdere aspecten aangevinkt worden.

Naast de behandeling zelf, wordt communicatiestijl/aandacht en opvang vaak aangegeven als reden tot het uiten van een klacht.

Een verfijning van de administratieve aspecten geeft het volgende:

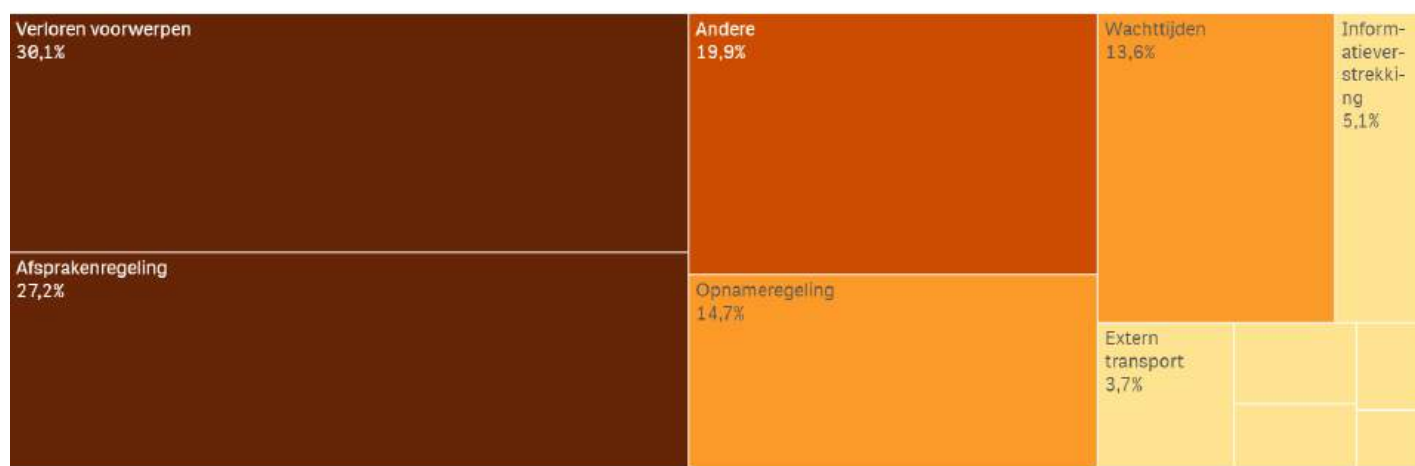


Het aantal klachten rond facturatie is opvallend hoog.

De interpretatie van de factuur is voor sommige patiënten niet evident en roept vragen op. Hier valt ook de transparantie van de supplementen/accomodatiekost en conventiestatuten onder. We merken ook dat patiënten of hun context geregeld met de ombudsdienst contact opnemen wanneer ze niet tijdig of onvoldoende antwoord krijgen binnen het financieel departement.

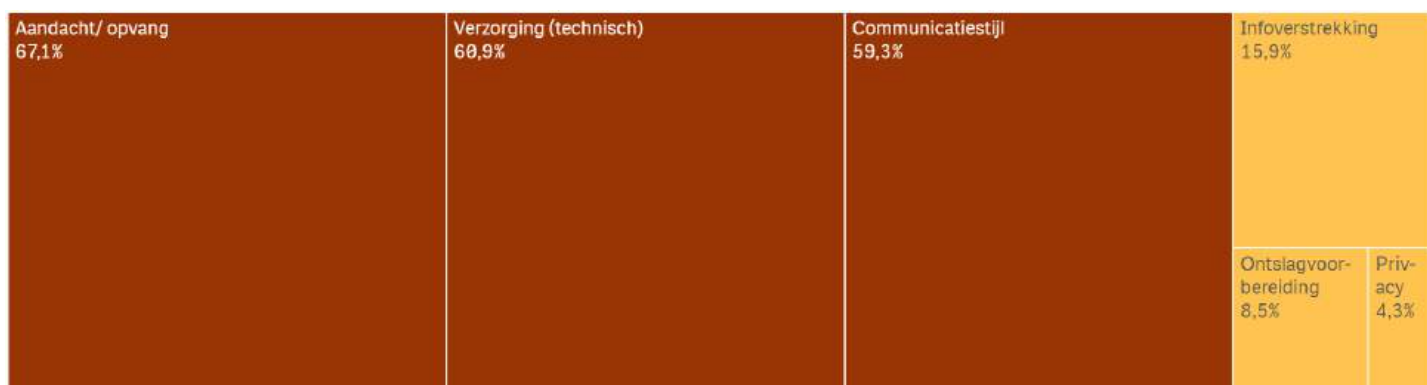
Het ontevreden zijn over de verkregen dienstverlening of het volgens de patiënt niet voldoende geïnformeerd zijn over de kostprijs uit zich soms ook in "ik betaal de factuur niet, ik wil geen factuur ontvangen."

Een verfijning van de organisatorische aspecten geeft het volgende:



Er werden 82 meldingen gedaan aan de ombudsdienst van verloren voorwerpen.

Ook bij de verpleegkundige aspecten zien we een opvallende trend.



Aandacht en opvang worden het meest aangegeven als reden tot het uiten van een klacht. Ook het aspect communicatiestijl wordt in veel klachten aangehaald.

Verzoeningsresultaat van de klacht

Signaal aan zorgverlener/ dienst	633	44,5%
Feedback van zorgverlener/ dienst	624	43,9%
Niet ingevuld	517	36,4%
Het geven van verhelderende informatie	433	30,5%
Emotionele ondersteuning/ luisterend oor	184	12,9%
Andere	79	5,6%
Financiële tegemoetkoming	59	4,1%
Wijziging/ schrapping ereloon	48	3,4%
Inzage of afschrift dossiers	8	0,6%
Bemiddelingsgesprek	4	0,3%
Uitsluiting zorgverleners	1	0,1%

Onder een verzoeningsresultaat verstaan we: “de stap die de instelling of zorgverlener gezet heeft, die zonder tussenkomst van een ombudspersoon, niet zou plaatsgevonden hebben.

Er vonden in 2025 maar 4 fysieke bemiddelingsgesprekken plaats in aanwezigheid van de verschillende partijen. Opvallend!

Er werden 79 financiële tegemoetkomingen/dadingen en 59 wijzigingen of schrappingen van erelonen verwezenlijkt. Het valt op dat deze verwachting vaak gesteld wordt, maar dat hier vaak na doorlichting van de melding niet op wordt ingegaan.

Onder “andere” vallen de dossiers die door de ombudsdienst afgehandeld werden. Enkele voorbeelden: emotionele ondersteuning, het geven van verhelderende informatie, inzage in dossiers, aanwijzing vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers, eenzijdige afbreking van de bemiddeling door de patiënt, doorverwijzingen naar een andere dienst, ...

Klachten per campus

Campus	Aantal
Totalen	1 422
Campus Moorselbaan	449
Campus Merestraat	394
Overkoepelend	384
Campus Asse	90
Campus Geraardsbergen	85
Campus Wetteren	39
Campus Ninove	15

Klachten per departement

Departement 	Aantal
Totalen	1 422
01 Patiëntenzorg departement	1 046
05 Financieel-administratief departement	245
13 Andere locaties (bv. parking, cafetaria, ...)	39
-	39
07 Departement ICT	19
06 Departement infrastructuur en technische diensten	16
03 Facilitair departement	9
04 Medisch departement	8
02 Departement apotheek	1

8. LESSEN

Samenvatting cijfers

In 2025 ontving de ombudsdienst in totaal 1791 meldingen.

Ter vergelijking ontving ex-OLV in 2024 685 meldingen en ex-ASZ 783, wat een totaal gaf van 1468 meldingen.

79% hiervan zijn klachten.

Dit is een toename t.o.v. 2024 van 24,2%.

De beroepscategorie arts is het meest vertegenwoordigd. Meldingen met betrekking tot het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening en op het recht op informatie scoren het hoogst.

Er worden veel klachten weerhouden rond het medische en financiële luik.

De diensten neurologie en de financiële dienst komen binnen onze werking vaak aan bod.

Communicatiestijl/aandacht en opvang worden ziekenhuisbreed vaak aangegeven als reden tot het uiten van een klacht.

Communicatiestijl/opvang en aandacht

Er zijn heel wat klachten waarbij de communicatiestijl/ opvang en aandacht van de medewerker als negatief ervaren wordt. Een stijl vanuit een veilig taalgebruik waarbij men op een passende toon, ondanks de werkdruk, wat vertraagt op maat van de patiënt lijkt een mooi streven. Elke keer opnieuw. Een vriendelijk woord, even aftoetsen bij de patiënt hoe hij iets heeft beleefd, een korte erkenning van zijn (on)recht,... hoeft vaak echt niet lang te duren. Maar het kan voor de patiënt een wereld van verschil betekenen.

Bijsturen van de verwachtingen van bij de start kan nodig zijn, maar kan perfect op een geweldloze en respectvolle manier. Grenzen mogen zeker worden aangereikt en dit vanuit een veilig taalgebruik.

Er dient ook voor gezorgd te worden dat de familie tijdig op de hoogte wordt gebracht van een transfert van de patiënt naar een andere campus. Hierbij dient er ook op gelet te worden dat de familie verwittigd wordt van de geldende bezoeken op de afdeling waarnaar patiënt werd getransfereerd. De bezoeken zijn immers niet gelijklopend per campus/dienst. Deze informatie is ook terug te vinden op de website. Maar men dient er bedacht op te zijn dat (nog) niet iedereen hiermee vertrouwd is. Het is een kleine moeite maar wel een groot gebaar naar de familie die op het moment heel wat aan hun hoofd hebben. Een evolutie naar ziekenhuisbrede uniforme bezoeken lijkt in deze een mooi streven.

Zich als medewerker inleven in de leefwereld van de patiënt en zich bewust aanpassen aan de mogelijkheden van de patiënt lijkt nodig. Er is een duidelijk verschil tussen iets horen en iets begrijpen. Herhaling van informatie en nagaan of er effectief iets begrepen wordt lijkt cruciaal in een zorgproces.

Financiële informatie en transparantie aan patiënten

Patiënten hebben recht op financiële informatie voor, tijdens en na hun zorgproces. Enerzijds is er nog steeds nood aan engagement van de zorgvoorziening en zorgverstrekkers inzake het informeren van patiënten omtrent de kosten verbonden aan hun gezondheidszorg. Anderzijds dienen patiënten gesensibiliseerd te worden om de financiële impact van de geleverde zorg (pro)actief te bevragen.

Er is een kloof tussen de communicatiekanalen die de patiënt verkiest om informatie te ontvangen en deze die medewerkers prefereren.

Bijvoorbeeld: afficheren van ereloonsupplementen/conventiestatus aan het desbetreffende secretariaat/wachtaal vs. telefonische informatie met betrekking tot ereloonsupplementen/conventiestatus bij het maken van een afspraak.

Blijven sensibiliseren van alle (administratieve) medewerkers om patiënten volledig te informeren over de kostenimpact van een gekozen kamerkeuze is uiterst belangrijk. Met specifieke aandacht voor de supplementen bij éénpersoonkamers en niet-geconventioneerde artsen. 150% ereloon is vaak een te abstracte voorstelling die onvoldoende de financiële impact op de factuur kan duiden.

Het conventiestatuut van zorgverleners is niet altijd duidelijk voor de patiënt, medewerkers dienen blijvend gestimuleerd te worden om dit bijvoorbeeld expliciet aan te geven bij het maken van een afspraak.

Patiënten maken afspraken bij artsen uit vertrouwen en omwille van expertise. Het niet kennen van het conventiestatuut van de arts leidt bij facturatie vaak tot vragen of breuken in het vertrouwen.

We kregen ook veel klachten en vragen omtrent de accommodatieforfaits.

Het feit dat patiënten bij opname dienen te kiezen in comfortniveau met de nodige financiële gevolgen, zonder enig praktisch gevolg op de kamer voelt zeer dubbel en niet patiëntvriendelijk.

Patiënten en hun context voelen zich niet altijd gehoord door de financiële dienst. Men klaagt dat er te laat, niet passend of niet geantwoord wordt.

Aanbevelingen:

- Bij het maken van een afspraak (telefonisch of via mail of ter plaatse in het ziekenhuis) de patiënt de nodige informatie geven over de kostprijs, de conventiestatus van de gekozen arts, de mogelijkheid om ook voor een geconventioneerde arts te kiezen + de nodige info over de extra supplementen en kosten.
Afficheren in het ziekenhuis zelf of op de website wordt als onvoldoende ervaren.
- Wanneer de patiënt een bevestiging krijgt van de afspraak of opname via mail of sms zou het nuttig zijn dat de conventiestatus, kamerkeuze en de betrokken campus vermeld wordt.
- Het laagdrempelig aanbieden van duidelijke kostenramingen zou een enorme vooruitgang kunnen betekenen.
- Door bij opname meer uitleg te geven over verzekeringen en/of dagforfaits kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en onzekerheden al worden verminderd.
- Financiële informatie dient een onderdeel te zijn van het behandelplan. Het is geen uiting van disrespect om open en klaar prijzen in de zorg te leren benoemen. Zeker niet gezien de hoogte van de bedragen.
- Bewaken van een kwaliteitsvolle, klantgerichte en efficiënte opvolging bij de (financieel) administratieve diensten.

Organisatorische aspecten

Het afgelopen jaar kregen we heel wat meldingen rond (telefonische) bereikbaarheid van diensten. Dit blijft een belangrijk patiënt- en partnerschapsgericht aandachtspunt.

Ook het optrekken van de parkeertarieven + de drukte in de ondergrondse parking van de Moorselbaan hoorden we geregeld.

De doorstroom van mensen van op de spoeddiensten of de doorstroom van en naar de OK's en recovery gaven de nodige frustraties bij verschillende partijen.

Patiënten lijken het ook lastig te vinden om voor een ingreep te moeten wachten in een wachtkamer in plaats van op een echte kamer, zeker wanneer er werd gevraagd om een eenpersoonskamer.

Als ombudsdienst worden we ook geregeld geconfronteerd met verloren of kapotte voorwerpen: identiteitskaarten, hoorapparaten, kunstgebitten, kledingstukken, gsm's, juwelen,...

Naast de impact hiervan op en de frustraties bij de patiënten, brengt dit extra werk met zich mee voor de betrokken afdeling, de ombudsdienst en de juridische dienst.

We zijn van mening dat een uitbreiding van de preventie hierrond veel zou kunnen betekenen.

Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg.

Het niveau van tevredenheid wordt bepaald door wat de patiënt verwacht en ervaart. We zien binnen de gehele maatschappij een enorme stijging van verwachtingen, contradictorisch aan de zorg die onder druk staat. Daarom is het van belang om aan de patiënten en hun context zo vroeg mogelijk aan te geven wat zij kunnen verwachten en wat ook niet. Op die manier worden de percepties afgestemd op het aanbod in het ziekenhuis.

Onze beroepsvereniging VVOVAZ geeft aan dat uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie. Zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht, is het zeer belangrijk om de patiënt en/of familie goed te informeren. Dit kan de kans op escalatie en ontevredenheid al aanzienlijk verminderen.

Aanvullend lezen we een artikel van Dafne Frau (2024) over een studie waarin werd onderzocht wat de invloed is van het stellen van de vraag “heeft u nog vragen” naar het einde van het onderzoek toe bij spoedartsen.

Er werd besloten dat het richten van de aandacht van artsen op het vragen van patiënten of zij nog vragen hebben kort voor ontslag de algehele patiënttevredenheid inzake medische communicatie op de spoeddiensten kan verbeteren en leiden tot blijvende veranderingen in de klinische praktijk van artsen. We zouden durven vermoeden dat dit ook enorm helpend kan zijn bij andere medewerkers en andere diensten.

Bewustwording van verschillende indicatoren en onze rol als ombudsdienst

Vanzelfsprekend zijn we ons bewust van de verschillende indicatoren binnen een organisatie: structuurindicatoren, procesindicatoren en outcomeindicatoren. De tevredenheid van patiënten en hun context staat daar eigenlijk nog naast, waardoor men het kan bekijken als een vierde indicator.

Het is daarbij belangrijk om te kunnen blijven zien waarop we als medewerker betrokken zijn, maar vooral ook om te kunnen blijven zien waarop we als medewerker invloed kunnen hebben.

Zo zal een medewerker vaak geen invloed kunnen hebben op de noodzaak van een organisatie of een overheid om kostenbewuster te zijn, met tal van gevolgen. De vermarkting van de zorg en bepaalde evoluties binnen onze maatschappij maken ook dat de verwachtingen van patiënten hoog kunnen zijn. Ook hier is de invloed van de medewerker eerder beperkt.

Het is in dat kluwen belangrijk dat ook medewerkers de weg kennen en vooral dat zij zich vlot tot de ombudsdienst kunnen wenden wanneer zij er niet zelf in slagen de patiënt tevreden te stellen. Hoe beter de ombudsfunctie gekend is, hoe meer medewerkers zelf proactief meldingen gaan doen bij de ombudsdienst betreffende potentiële problemen. Het aantal proactieve meldingen varieert van jaar tot jaar, maar het zijn er zeker sinds de fusie beduidend weinig.

Grenzen aangeven als medewerker en hierrond voldoende ondersteuning krijgen

Ondanks onze contextuele basishouding, die uitgaat van verbinding met patiënten en de empowermentgedachte van patiënten, wensen we ook niet blind te zijn voor de soms ongepaste manier waarop sommige patiënten of hun context vanuit hun rugzak over de grenzen van een medewerker kan gaan.

Geweldloos verzet en geweldloze communicatie lijken hier algemeen gezien een antwoord op te kunnen geven. Het is dan wel uiterst belangrijk dat elke medewerker voldoende ondergedompeld kan worden in deze materie.

En soms kan de rugzak van de patiënt zo groot zijn, dat zelf dat niet voldoende is. En ook dan dient “het ziekenhuis” de medewerker voldoende te ondersteunen. Ziekenhuisbrede procedures hierrond zijn noodzakelijk.

Aandacht voor wat er wel allemaal goed gaat

Er zijn heel wat diensten waarover we weinig meldingen krijgen. Puur rond kwaliteitsvol handelen zien we ook amper negatieve tendensen.

We zien bij de meeste zorgverleners ook een enorme betrokkenheid wanneer er meldingen binnenkomen. Dit geeft ons energie en maakt de kans groot dat er snel een oplossing gevonden kan worden die passend is voor alle partijen.

We merken ook op dat klachten vaak dubbelledig zijn. Enerzijds wordt er melding gemaakt van alles wat goed liep en wordt er aangegeven dat ze over heel wat tevreden zijn, waarna er een signaal wordt gegeven over wat nog beter kan.

9. Verwachting van actie

Evaluatie van onze acties uit de jaarplannen van 2024

- We hebben geprobeerd om elkaar beter te leren en van elkaar te leren om zo tot verbinding en veiligheid te komen binnen het team. We hebben mogen ervaren dat dit toch wat tijd kost. Stapje per stapje!
- Dit geldt ook voor het leren kennen van nieuwe collega's en diensten. De afstand voelt soms (te) groot. Soms voelt het aan alsof we te veel op een eiland zitten terwijl we net streven naar het tegenovergestelde.
- Er werd ook hard gewerkt om vanuit best practices een nieuwe visie en de daarbijhorende procedures uit te werken.

Actiepunten ombudsdienst 2026

- We willen graag stapje per stapje verder bouwen aan een krachtig team o.a. door ook te durven gaan kijken naar de onderstroom.
- We willen echt geen eiland zijn en willen ons onafhankelijk plekje binnen het ziekenhuis verder verkennen. We hopen van daaruit vanuit vertrouwen en verbinding te komen tot meer proactieve meldingen en tot meer uitnodigingen op overlegmomenten.
- De procedure verloren voorwerpen zouden we in 2026 graag ziekenhuisbreed hervormen met de nodige aandacht voor preventie.
- We willen blijven investeren in opleidingen. Gerichte vorming kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij de medewerkers. Door medewerkers op die manier te ondersteunen, wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt maar ook de samenwerking tussen zorgverleners, patiënt en hun naasten.

Verwachting van actie vanuit alle lagen van het ziekenhuis

- Communicatiestijl/opvang en aandacht van medewerkers: wordt te vaak als negatief ervaren door patiënten en hun context. Daarom adviseren wij net zoals onze beroepsvereniging VVOVAZ om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.
Voldoende aandacht en tijd nemen voor informatieverstrekking en transparante communicatie is nodig. De simpele vraag “heeft u nog vragen” kan een verschil maken. Zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht is het essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het open disclosure-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.
- Uitbreiding van de financiële informatie en financiële transparantie aan patiënten, dit als een onderdeel van het zorgproces (zie ook pg. 29).
- Ondersteuning van diensten die het moeilijk hebben. We denken hierbij aan de dienst neurologie en de financiële dienst.
- Verdere uitrol van de bereikbaarheid van de diensten.
- Efficiëntie in de doorstroom van patiënten naar andere afdelingen.
- Vormgeving van een nieuwe ziekenhuisbrede procedure rond verloren voorwerpen met de nodige aandacht voor preventie.
- Voldoende ondersteuning van de medewerker bij grensoverschrijdend gedrag. Het is essentieel om structureel te investeren in het psychosociaal welzijn van medewerkers. Dit kan onder meer door gerichte trainingen (o.a. de-escalatie, omgaan met emotioneel beladen situaties), laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning. Een veilig werkklimaat draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg en het behoud van gemotiveerde medewerkers.

- Versterken van de proactieve rol van de Ombudsdienst: vanuit onze beroepsvereniging VVOVAZ wordt aanbevolen om de Ombudsdienst niet uitsluitend reactief, maar ook expliciet proactief te positioneren binnen de zorgorganisatie. Een zichtbare, bereikbare en laagdrempelige aanwezigheid van de Ombudsdienst creëert ruimte voor vroegtijdige signalering van mogelijke knelpunten en voor het tijdig ondersteunen van patiënten, naasten en medewerkers. Daarnaast kan de Ombudsdienst een belangrijke bijdrage leveren door thema gerichte initiatieven rond patiëntenrechten te organiseren, zoals infomomenten, interne vorming, sensibilisering of samenwerking met andere diensten. Dit versterkt het bewustzijn binnen de organisatie en stimuleert een cultuur waarin patiëntenrechten actief worden bewaakt. Een structurele betrokkenheid van de Ombudsdienst bij complexe casuïstiek en bij de voorbereiding van moeilijke gesprekken kan bovendien leiden tot betere onderlinge afstemming, het voorkomen van escalaties en een duurzamere opbouw van vertrouwen tussen alle betrokken partijen.



10. Slotwoord: verderzetting van ons pleidooi voor verbondenheid en geloof in de kracht van het veilige woord

Shapiro (2020) stelt dat echte verbondenheid binnen teams en organisaties cruciaal is voor succes. Verbondenheid betekent dat medewerkers zich gezien, gehoord en gesteund voelen, en dat ze vertrouwen hebben in hun collega's en leidinggevendenden. Shapiro benadrukt dat het creëren van een verbonden cultuur niet alleen "leuk is", maar directe effecten heeft op het welzijn van medewerkers, teamcohesie en samenwerking, innovatie en prestaties en retentie van talent. Wat natuurlijk op zijn beurt kan leiden tot eigenaarschap, tot meer tevreden en geïnformeerde patiënten die weten wat ze mogen verwachten binnen hun zorgproces.

Veilig taalgebruik (Schutte en de Griendt, 2024) naar leidinggevendenden/collega's/partners/patiënten en hun context kunnen daar toe bijdragen. Taal en woorden zijn helemaal niet neutraal en hebben de kracht om veiligheid te creëren.

Elk jaar opnieuw voelt het vanuit die zoektocht naar verbondenheid en veiligheid voor alle partijen als een enorme eer om via het jaarverslag ons steentje bij te dragen aan de kwaliteit van het ziekenhuis.

Zonder al onze partners zou dit niet mogelijk zijn. We willen dan ook graag een woord van dank uitspreken aan alle medewerkers, directie, patiënten en partners van het ziekenhuis.



Jaarverslag van ombudsdienst AZ Sint-Lucas BRUGGE
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

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% (FTE)

Lokalisatie dienst	Gelijkvloers, bij onthaal
Registratiesysteem	ZENYA, softwarepakket waar een aparte rubriek voor Ombudsdienst in zit
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Te raadplegen op website van ziekenhuis en bij de ombudsdienst, laatste versie 2024
Vormingen i.k.v. bemiddeling	“Bemiddeling” via Mediv (Mediation Instituut Vlaanderen) in 2010
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	geen vormingen gevolgd in 2025; tenzij voordrachten tijdens ledenbijeenkomsten van vereniging VVOVAZ
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;...	Mijn opdracht als ombudsvrouw in het ziekenhuis is ruimer dan louter het mandaat beschreven in KB van 2003. Dit ruimer mandaat staat beschreven in het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst: “ De ombudsdienst van deze instelling is echter ook bevoegd voor de behandeling van klachten van de patiënt, zijn verwanten of bezoekers omtrent alle andere aspecten van een ziekenhuisbezoek of-opname zoals: - hotelfunctie/accommodatie (bv. comfort kamer, maaltijden,...) - financiële zaken (bv. erelonen, prestaties,...) - administratieve zaken (bv. persoonsgegevens, facturatie,...) - organisatorische zaken (bv. afspraken, wachttijden,...)”
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	1. Klachtintake: ontvangen, beluisteren, klachtendossier openen 2. Behandelen klacht 3. Bemiddelen 4. Terugkoppelen 5. Afsluiten en klasseren Uitgebreide toelichting in ‘Klachtenprocedure’ als bijlage

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
De ombudsdienst is in principe een 2^{de}-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 behandigd. De ombudsvrouw stelt elk jaar een jaarverslag op voor intern gebruik. Het intern jaarverslag wordt overgemaakt aan de voorzitter van het bestuursorgaan van het ziekenhuis, alle leden van het directiecomité, de voorzitter van de medische raad en de leden van het management-team.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Aantal dossiers: (=aantal klachtendossiers plus aantal infodossiers): 358 dossier	
Aantal klachtendossiers	289
Aantal infodossiers	69
Aantal pro actieve dossiers	/
Aantal opvragingen patiëntendossier	34
Aantal 'andere'	/

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

Er werden **185 klachten** opgetekend met betrekking tot de rechten van de patiënt. Daarnaast werden er **104 klachten** opgetekend die geen betrekking hebben op de patiëntenrechten. Samen werden dus **289 klachten** opgetekend. Hieronder een opdeling van de 185 klachten m.b.t. de rechten van de patiënt en dit volgens recht.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	155
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	/
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	2
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	11
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	5
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	/
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	10
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	/
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	/

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

Klachtenaspecten:

Medische aspecten	111
Verpleegkundige aspecten	51
Paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten	2
Administratief-financiële aspecten	40
Facilitaire aspecten	7
Technische aspecten	31
Organisatorische aspecten	36
Andere	11
TOTAAL	289

Klachtenratio:

Klachtratio (aantal klachten per 10.000 patiëntencontacten)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Algemene	9	9	9	8	7	7	10	11
Klassieke hospitalisatie	90	92	77	60	79	61	53	64
Daghospitalisatie	4	5	8	4	8	8	10	9
Poliklinisch	3	3	4	6	3	3	5	6
Spoed	21	18	24	12	19	21	19	18

Aanbevelingen

Deze aanbevelingen zijn opgesteld binnen mijn beroepsvereniging VVOVAZ en zijn dus opgemaakt vanuit de input van de verschillende leden die werken als ombudspersoon in een zorgvoorziening in Vlaanderen. Het bestuur van onze beroepsvereniging heeft deze input dan verzameld. Ik haal hier in mijn verslag de aanbevelingen aan die ik ook vanuit de klachten die ik heb behandeld kan ondersteunen voor zorgverleners/ziekenhuis, overheid en ombudspersonen zelf. Ik heb zelf nog de aanbeveling aan de patiënten toegevoegd.

Aanbevelingen aan de zorgverleners/ziekenhuis

Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het *open disclosure*-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende :

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn

Aanbevelingen aan de overheid

Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

Wachttijsten en versterking van de eerstelijnszorg

Door toenemende wachttijsten voor bepaalde specialismen in ziekenhuizen en beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops van huisartsen vinden patiënten meer en meer moeilijk tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Het is daarom belangrijk om dit probleem ook op federaal niveau te agenderen en in te zetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert te zijn voor de realiteit van wachttijden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.

Aanbeveling aan de patiënten

Respect is een houding die we de laatste jaren helaas meer en meer (extra) onder de aandacht moeten brengen. Het verbaast me steeds weer welke verhalen ik meer en meer hoor van zorgverleners en ondersteunende diensten zoals medisch secretariaten over het gebrek aan respect van sommige patiënten. En hoe ze beschrijven dat 'dit vroeger toch anders was'. Ik behoed me zoveel mogelijk voor boutades als 'vroeger was alles beter' maar ik moet bekennen dat wat respect betreft ik me vaak betrap op pessimisme hierover. Ook ik ervaar dit meer en meer in mijn contact met patiënten en hun familie.

Maar het is niet alleen het gebrek aan de basishouding respect dat mij treft, maar ook de steeds meer 'IK'-gerichtheid van sommige patiënten/families waardoor er minder respect is voor de algemene richtlijnen in een ziekenhuis (zoals bezoeken, richtlijnen wat betreft ziekenhuishygiëne, wachttijden eigen aan een ziekenhuiscontext,...). Patiënten mogen terecht een individuele benadering verwachten van de zorgverleners naar hun individuele zorg toe, maar het ziekenhuis heeft een verantwoordelijkheid naar alle patiënten toe en dient hiervoor ook algemeen geldende afspraken en richtlijnen uit te spreken om de organisatie op een efficiënte, veilige en kwalitatieve manier te organiseren. Als alle patiënten menen dat zij 'de uitzondering op de regel zijn' en dat bepaalde richtlijnen voor hen niet gelden of moeten aangepast worden, kan een organisatie deze aspecten van de zorg niet garanderen aan iedereen en in het bijzonder aan de meest kwetsbare patiënten voor wie vele van deze maatregelen in het leven zijn geroepen. Patiënten stappen als dusdanig binnen in een organisatie en gebouw waar bepaalde zaken nu eenmaal geregeld zijn om een zo vlot én veilig mogelijke zorg voor iedereen te kunnen bieden. Dus ook voor patiënten die meer tijd nodig hebben door hun situatie (waardoor er dus bijvoorbeeld wachttijden kunnen ontstaan in de consultaties), ook voor die patiënten die onmiddellijke zorg nodig hebben (en dus eerder worden geholpen op de spoeddienst), ook voor de patiënten die acuut slecht nieuws te horen krijgen en veel vragen hebben (waardoor de arts bijvoorbeeld zijn planning voor de volgende patiënten moet omgooien), ook voor de patiënt die er alleen voor staat en dus wat meer ondersteuning nodig heeft,...

Respect wordt dus gevraagd aan de patiënten om niet alle richtlijnen continue in vraag te stellen en hier zorgverleners en andere ziekenhuismedewerkers vriendelijk naar te vragen als iets niet duidelijk is. Patiënten stellen dezer dagen schijnbaar alles in vraag en spreken hier de zorgverleners en medewerkers vaker op aan. En dit dan ook nog eens op een niet respectvolle manier. Dat is uitputtend voor de medewerkers en zorgverleners en geeft hen het gevoel dat ze zich steeds moeten verantwoorden of niet genoeg hun best doen voor de patiënt.

En tot slot: zorgverleners en iedereen werkzaam in het ziekenhuis zijn in de eerste plaats mensen. Dat wil zeggen: ook zij hebben hun goede en slechte dagen, hun onzekerheden, dingen ze goed en minder goed onder de knie hebben,...Sommige patiënten lijken dit te vergeten en verwachten een zorg die 7/7, 24/24 steeds perfect en vlekkeloos verloopt. Dat is natuurlijk niet mogelijk, zoals in geen enkele organisatie. Elkaar daarin respecteren en mild zijn voor de ander: ik denk dat de zorg dat verdient.

Aanbeveling aan de ombudspersonen

Invloed van AI bij het indienen van een klacht

Steeds meer patiënten maken gebruik van AI-gegenereerde teksten om klachten of meldingen in te dienen. Hoewel dit de drempel kan verlagen om hulp te zoeken, brengt het ook nieuwe uitdagingen met zich mee. In de praktijk blijkt dat informatie die door AI wordt aangeleverd vaak onnauwkeurig, onnodig complex of juridisch feitelijk onjuist is en patiënten ons vaak met verkeerde verwachtingen aanspreken. Aangezien we steeds vertrekken vanuit de verwachting van de patiënt bemoeilijkt dit de klachtbehandeling en is er veel verduidelijking rond de rol van de Ombudsdienst nodig.

We roepen de ombudspersonen op bewust te zijn van de invloed van AI-gegenereerde klachten en in dialoog te gaan met patiënten om steeds hun werkelijke vraag en verwachting helder te krijgen, alsook de mogelijkheden binnen de ombudsfunctie. AI is een goede hulp om de drempel te verlagen om een melding te doen, maar we mogen het menselijke aspect van een bemiddeling niet uit het oog verliezen.

Verzoeningsresultaten

Intern opgelost: dit zijn de dossiers waarbij de klachtmelder het antwoord , dat hij/zij kreeg via de ombudsdienst van het ziekenhuis of zorgverlener, voldoende vond (antwoord, excuses, financieel akkoord,...) of waarbij er een aangifte bij de verzekering van arts of ziekenhuis gebeurde.

Niet (intern) opgelost zijn deze dossiers waarbij de klachtmelder van de tussenkomst ombudsdienst een irrealistische verwachting had, de klachtmelder na een eerste aanmelding het contact verder eenzijdig verbrak, een oplossing bij voorbaat niet mogelijk leek, er geen gevolg werd gevraagd of een doorverwijzing naar de mutualiteit gebeurde.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Intern opgelost	88%	83%	82%	93%	93%	94%	98%	93%
Niet (intern) opgelost	12%	17%	18%	7%	7%	6%	2%	7%

Noot: Ik deel dit nog op deze wijze mee want ik worstel nog steeds met het begrip ‘verzoeningsresultaat’. Ik blijf het moeilijk beoordelen vinden of de patiënt en ‘beklaagde’ zonder tussenkomst van ombudsdienst elkaar ook zouden gevonden hebben of het resultaat anders zou geweest zijn.

Ook de vergelijking van deze cijfers met deze van collega’s in andere zorginstellingen vind ik dan ook moeilijk.

OMBUDSDIENST JAARVERSLAG 2025

1. CONTACTGEGEVENS OMBUDSDIENST EN BEREIKBAARHEID:

DE OMBUDSPERSONEN UZ BRUSSEL:

- Katelijne Delmal, 80 % FTE:
 - Erkenning door de Federale Bemiddelingscommissie als bemiddelaar burgerlijke en handelszaken, erkenningsnummer 4568
 - Opleiding bemiddeling levenseinde en laatste levensfase
 - Opleiding intervisie VVOVAZ
 - Opleiding Deep Democracy Level 1 & 2
- Stijn Linsen, 80% FTE:
 - Erkenning door de Federale Bemiddelingscommissie als bemiddelaar sociale zaken, erkenningsnummer 5059

Beiden zijn werknemers van het UZ Brussel.

Beiden zijn bestuursleden van **VVOVAZ**: Vlaamse beroepsVereniging Ombudspersonen Van Alle Zorgvoorzieningen.

BEREIKBAARHEID OMBUDSDIENST UZ BRUSSEL:

- Persoonlijk alle werkdagen tijdens kantooruren en na (telefonische) afspraak:
 - Ombudsdienst UZ Brussel
 - Laarbeeklaan 101
 - 1090 Brussel
 - Route 715, Landmark-gebouw
- Telefonisch op het nummer 02 477 70 70
- Via briefwisseling
- Via het contactformulier op de website van het UZ Brussel
- Via mail: ombudsdienst@uzbrussel.be

2. REGLEMENTAIR KADER & ROL VAN DE OMBUDSPERSOON

2.1. REGLEMENTAIR KADER:

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en haar uitvoeringsbesluiten, in uitvoering van het artikel 70 quater van de ziekenhuiswet, rekening houdend met de Deontologische code voor Ombudspersonen in gezondheidzorgvoorzieningen VVOVAZ en AMIS.

De wet betreffende de rechten van de patiënt werd met ingang van 4 maart 2024 gewijzigd door de wet van 6 februari 2024.

Samengevat gaat het over de volgende basisrechten:

- Recht op kwaliteitsvolle zorg;
- Recht op vrije keuze van zorgverlener;
- Recht op informatie over de gezondheidstoestand en ook over mogelijke behandelingen en de risico's en kostprijs ervan zodat de patiënt een goed geïnformeerde beslissing kan nemen;
- Recht op toestemming: de patiënt moet toestemming kunnen geven voor een onderzoek of behandeling en kan die ook weigeren;

- Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard medisch dossier; recht op toelichting, inzage en afschrift van het patiëntendossier;
- Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer: wat met de zorgverleners besproken wordt en in het medisch dossier staat is vertrouwelijk;
- Recht om klacht neer te leggen en klachtbemiddeling door een bevoegde Ombudsdienst;
- Recht om zich te laten bijstaan door een of meerdere vertrouwenspersonen: dat is iemand waaraan de patiënt officieel de toestemming geeft om hem bij te staan in al zijn contacten met de gezondheidszorg. De patiënt heeft het recht om de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon te vragen tijdens de zorgverstrekking.
De vertrouwenspersoon kan in principe niet in de plaats van de patiënt rechten uitoefenen of in zijn plaats beslissen tenzij via schriftelijk mandaat om:
 - Te informeren over de gezondheidstoestand;
 - Te informeren naar een voorziene tussenkomst;
 - Inzage of afschrift te vragen van het patiëntendossier.
- Recht op pijnbehandeling.

De wet regelt ook de vertegenwoordiging van de patiënt als die zelf niet meer in staat is om zijn rechten uit te oefenen.

Door de wetswijziging werden er een aantal nieuwe principes ingelast zoals de samenwerkingsplicht tussen patiënt en zorgverlener, doelgerichte zorg met aandacht voor de levensdoelen en voorkeuren van de patiënt en de rol van de naasten van de patiënt. De samenwerkingsplicht als patiënt betekent onder meer dat hij zelf correcte en volledige informatie geeft over zijn gezondheidstoestand, medicatie en medische voorgeschiedenis, en dat hij de adviezen en instructies van de zorgverleners zo goed mogelijk opvolgt. Dat is essentieel voor een goede diagnose en resultaatgerichte behandeling.

- De Ombudsdienst is verplicht voor de ziekenhuizen.
- De rol en de taken zijn wettelijk vastgelegd.

2.2. OPDRACHTEN VAN DE OMBUDSDIENST:

1. Het **voorkomen** van klachten door de communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener te bevorderen.
2. **Informeren** over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie.
3. Het **bemiddelen** bij klachten om de vertrouwensrelatie te herstellen en een oplossing te bereiken.
4. Bij gebrek aan een oplossing, inlichtingen geven aan de klager over **alternatieve mogelijkheden** voor de afhandeling van de klacht.
5. Ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten, worden **aanbevelingen** geformuleerd
6. Een **jaarverslag** opstellen.

Samengevat moet de Ombudspersoon neutraal en onafhankelijk klachten onderzoeken, in gesprek gaan met de betrokken zorgverleners, informeren over het gevolg dat het ziekenhuis geeft aan klachten en kan bemiddelen. De Ombudsdienst moet correct doorverwijzen als de klachtenbehandeling of bemiddeling niet tot resultaat leidt.

De Ombudspersoon is gebonden door het beroepsgeheim.

De bemiddeling is onderhevig aan het **principe van vertrouwelijkheid**, waardoor documenten en communicatie, die in het kader van en met het oog op de bemiddeling werden uitgewisseld, niet gebruikt mogen worden buiten de context van de bemiddeling. Ze kunnen dus bijvoorbeeld niet gebruikt worden in een gerechtelijke, administratieve of disciplinaire procedure. De vertrouwelijkheidsplicht kan, mits schriftelijke instemming van de partijen, worden opgeheven.

Patiënten en zorgverleners worden, zo nodig, **intern** doorverwezen naar de geschikte dienst, instantie of persoon voor:

- Conflicten tussen UZ-medewerkers onderling.
- Vragen over de inhoud, de betaling en de invordering van facturen.
- Vragen naar inzage en afschrift van het patiëntendossier.
- Vragen over bescherming van persoonsgegevens.
- Vragen naar schadevergoeding.
- Vragen als er een juridische procedure loopt.

Patiënten worden, zo nodig, **extern** doorverwezen:

- Orde der Artsen
- Ziekenfonds
- Toezichtscommissie Kwaliteitswet
- Fonds voor Medische Ongevallen
- Juridische eerste- en tweedelijnsbijstand.

Meer informatie over de patiëntenrechten en de rol van de Ombudsdienst is te vinden op:

- www.patientrights.be
- <https://www.departementzorg.be/nl/patientenrechten-en-klachtbemiddeling-het-ziekenhuis>

De Ombudspersonen in het UZ Brussel werken breder dan het wettelijk kader van de rechten van de patiënt. Ontevredenheid gerelateerd aan andere aspecten van de dienstverlening, vindt ook zijn weg naar de Ombudsdienst.

3. REGISTRATIE MELDINGEN OMBUDSDIENST:

3.1. GEGEVENS PER MELDING:

Per melding worden minstens de volgende gegevens geregistreerd:

- De identiteit van de patiënt en eventueel de bewindvoerder, vertegenwoordiger, vertrouwenspersoon, zorgvolmachthouder, ...
- Datum van ontvangst.
- Aard en inhoud van de melding.
- Datum van afhandeling.
- Resultaat van de tussenkomst.

3.2. BEWAARTERMIJN GEGEVENS:

De gegevens mogen slechts bewaard worden gedurende de tijd nodig voor de behandeling van de melding en voor het opstellen van het jaarverslag.

4. HUISHOUDELIJK REGLEMENT:

Het Koninklijk besluit van 8 juli 2003 bepaalt de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie moet voldoen, waaronder het opstellen van een huishoudelijk reglement (artikel 10).

Het huishoudelijk reglement werd goedgekeurd door het Directiecomité op 7/9/2022 en door het Bestuurscollege van 16/02/2023.

Het ligt ter inzage van de patiënten, de medewerkers van het ziekenhuis en van elke belanghebbende in het kantoor van de Ombudsdienst. Het is online te raadplegen op de website van UZ Brussel en op InSite.

5. JAARVERSLAG 2025:

5.1 INHOUD JAARVERSLAG:

Het jaarverslag bevat een overzicht van het **aantal** klachten, het **voorwerp** van de klachten, de **evolutie van die klachten** en het **resultaat** van het optreden van de Ombudspersonen.

Ook vermelden de Ombudspersonen:

1. De moeilijkheden die ze bij de uitoefening van de opdracht ondervinden.
 2. De aanbevelingen tot kwaliteitsverbetering.
- Het verslag mag geen elementen bevatten waardoor een van de natuurlijke personen betrokken bij de afhandeling van de klacht kunnen worden geïdentificeerd.
 - Het verslag wordt voorgesteld aan het Bestuurscollege, de hoofdarts, de directie en aan de medische raad van het UZ Brussel.
 - Het verslag wordt voor 10 februari naar de Vlaamse Ombudsvrouw gestuurd.

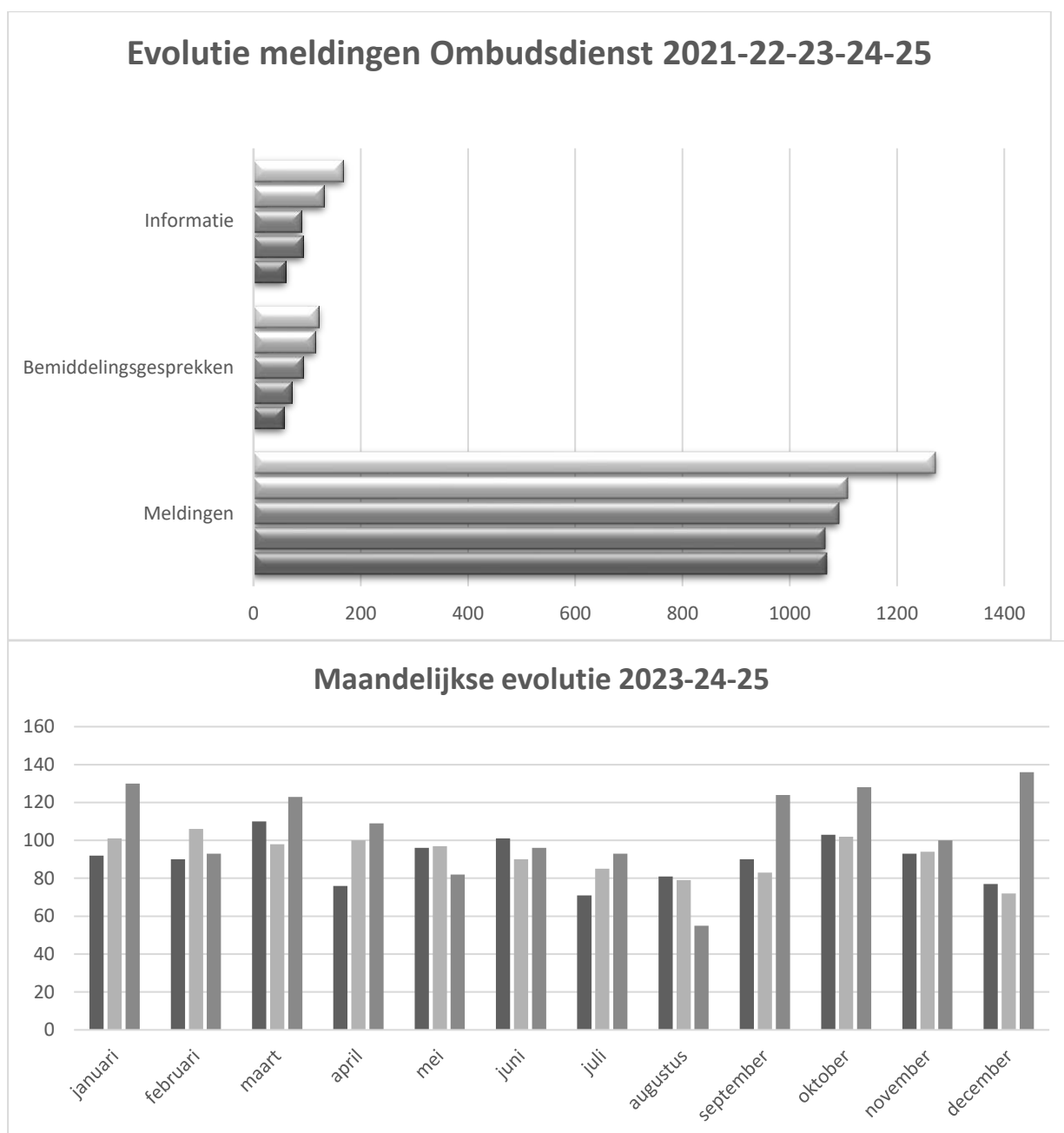
5.2 EVALUATIE VAN 1 JANUARI T.E.M. 31 DECEMBER 2025:

5.2.1 Aantal meldingen: 1269

Het aantal meldingen is ten opzichte van 2024 met **16,00 % gestegen**.

Daarbij moet vermeld worden dat er geen specifieke rubriek die stijging verklaart. Het aandeel van de stijging is procentueel over de verschillende rubrieken verdeeld.

Het is duidelijk dat de bemiddelende rol van de Ombudspersoon belangrijker wordt.



- **(Bemiddelings)gesprekken: 121**
 Er is een stijgend aantal persoonlijke contacten, die resulteren in een stijgend aantal bemiddelingsgesprekken.
 Het aantal is niet substantieel veranderd ten opzichte van 2024.
- **Wie meldt een klacht?**
 - Meestal gaat de melding uit van de **patiënt zelf: 55 %**
 - Zo niet, gaat het meestal over de partner (5 %), familieleden (25 %).
 - Opmerkelijk: de medewerkers van UZ Brussel melden zelf ook klachten (11%)
 - Andere actoren zoals mutualiteiten, advocaten, ... (4%)
- **Hoe wordt een melding aan de Ombudsdienst gemaakt?**
 - De meeste meldingen zijn schriftelijk:

- Via mail: 51 %;
 - Webpagina: 12 %;
 - info@UZ: 2,50 %;
 - Post: 0,50 %.
- Gevolgd door telefonische (25 %) meldingen.
- 9 % kwam persoonlijk naar de Ombudsdienst.
- Dat is een kleine terugval t.o.v. het jaar 2024.
- De klachten bereiken de Ombudsdienst meestal rechtstreeks maar ook via andere diensten zoals bv. Directie, info@UZ en Hello Customer.
- **Taalgroepen** van meldingen:
 - 63 % Nederlandstalige contacten,
 - 34 % Franstalige contacten,
 - 3 % Engelstalige contacten.
- **41 %** van de klachten kunnen op **dezelfde dag** afgehandeld worden, **62 %** wordt **binnen een week** afgehandeld. De overige klachten kunnen een doorlooptijd van meer dan een week tot langer dan 3 maanden hebben.

5.2.2 Voorwerp:

Het aantal klachten dat over de in de wet omschreven (patiënten)rechten gaat, ligt lager dan de meldingen die niet in het kader van de wet op de rechten van de patiënt passen.

Vaak behelst een melding, meerdere facetten van de zorg- en/of de dienstverlening bv. zowel medische- als paramedische aspecten.

Medische klachten gaan soms over verschillende stadia in het zorgtraject en over verschillende diensten.

DE VOLGENDE RUBRIEKEN WERDEN GEREgistREERD:

- **Medische klachten: 23 %**
 - *Stijging ten opzichte van 2024: 1,5 %*

De meldingen gaan vooral over:

 - Gemiste diagnoses.
 - Complicaties en vermeende fouten.
 - Coördinatie en miscommunicatie tussen medische diensten.
 - Miscommunicatie rond het levenseinde en overlijden.
 - Bejegening, zorg, empathie en respect voor (kwetsbare) patiënten.
 - Onvoldoende onderzoeken, informatie, follow-up.
- **Klachten gerelateerd aan de facturatie en invorderingsprocedure: 16 %**

De klachten gaan vooral over:

 - Bereikbaarheid, wachttijden en bejegening.
 - Facturatie voor raadpleging van de dienst spoedgevallen zonder verwijzing door een huisarts.
 - Laattijdige facturatie waardoor problemen voor terugbetaling door de verzekeraar.
 - Korte betalingstermijn.
 - Aanrekening supplementen, kosten zonder voorafgaande informatie.

- Factuur/herinnering niet ontvangen, snelle invordering en hoge boetebedingen.
- **Bejegening & miscommunicatie: 14%**
 - Klachten over houding en gedrag aan de telefoon en in persoon: onbeleefd, geen respect, behandeld als een nummer, niet "au sérieux" genomen worden, onmenselijk, gediscrimineerd, ongepast...
- **Informatie: 13 %**
- **Patiëntendossier: 11 %**

Patiënten vragen hun medisch dossier op via de Ombudsdienst of schrijven de Ombudsdienst aan bij niet respecteren van de aflevertermijn van het gevraagde dossier, ontbrekende elementen in het dossier, ...
- **Wachttijden** aan de telefoon, in de wachtzalen, in de dienst spoedgevallen, om een afspraak te bekomen: **7%**
- **Kwaliteitsvolle dienstverlening: 6 %**

Daaronder werden klachten geregistreerd over:

 - Klachten over infrastructuur
 - Communicatieproblemen en misverstanden bv. gebrekkige informatiedoorstroming bij ontslag van de patiënt, niet nagekomen afspraken...
- **Verpleegkundige klachten: 3 %**

Daarbij dient opgemerkt te worden dat het enkel om specifieke klachten m.b.t. de verpleging gaat. Klachten behelzen vaak meerdere facetten van de zorg- en/of dienstverlening.
- **Parking & mobiliteit: 2 %**
- **Verloren voorwerpen: 2%**
- **Privacy gerelateerd: 1 %**
- **Agressie: 1 %**
- **Verzekeringen: 0,5%**
- **Varia: 0,5%**
 - Dit zijn vragen met verbetervoorstellen, incidentmeldingen, ...

5.2.3 Resultaat:

Initiatieven van het UZ Brussel naar aanleiding van aanbevelingen van de Ombudsdienst:

- Er is een werkgroep opgericht over het praktisch uitoefenen van het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier.
- Het patiënten portaal, **My UZ Brussel**, is geactualiseerd en eenvoudiger in gebruik.
- Agressiebeleid en -opleidingen daarrond.
- Intern **Supportief Team** bij **Emotievolle** en **Uitzonderlijke Noodgevallen (STEUN)**, dat opvang biedt aan medewerker (s) en/of team na een impactvolle gebeurtenis.

5.2.4 Aandachtspunten:

- Respect voor het integrale recht op inzage en afschrift van het medisch dossier binnen de wettelijk voorziene termijn.
- Uniforme organisatie en transparantie om een afspraak op een raadpleging te bekomen. Onvoldoende informatie over de wachttijden en de voorwaarden om een afspraak te bekomen, en over de daaraan verbonden supplementen. Afspraken worden automatisch gegeven en verplaatst.

- Voorafgaande informatie over de kosten verbonden aan de behandeling bv. informatie over de impact van de keuze van een 1-pk en over de supplementen.
- Open, respectvolle communicatie op maat van de patiënt: open disclosure.

5.2.5 Algemene aanbevelingen:

Dienst gerelateerde aanbevelingen worden intern aan de dienstverantwoordelijken gericht.

PATIENT:

- Betere afstemming tussen (medische) diensten, bv.:
 - Bij communicatie met patiënt/familie als patiënt niet in de geëigende dienst gehospitaliseerd is.
 - Begeleiding van patiënt en familie bij zorgtraject over verschillende diensten.
 - Tussen de dienst spoedgevallen, de hospitalisatie eenheden en de raadplegingen.
 - Ownership bij betrokkenheid van verschillende diensten bv. één arts of casemanager als aanspreekpunt bij multidisciplinaire cases.
 - Opnamebeleid spoedgevallen en andere (medische) diensten.
- Bijstand en begeleiding van bepaalde patiëntengroepen:
 - Communicatie met directe omgeving van patiënten met bijzondere zorgnoden.
 - Aangepast kader voor volwassen patiënten met een mentale beperking.
 - Rollator ter beschikking stellen (in bijv. consultatieruimtes).
- Het menselijk aspect voor ogen houden: beleefdheid, respect, bejegening, zich voorstellen...
 - Bijv. vermelden functie binnen het UZ Brussel?
- Open en transparante communicatie: open disclosure.
- Communicatietools op maat van de patiënt.
- Recht op privacy:
 - Het voeren van gevoelige gesprekken tussen zorgverstrekker en patiënt in een meerpersoonskamer.
 - Recht op weigering bijwonen van onderzoeken/ingrepen door student.

DOSSIER:

- Centrale eenduidige procedure invoeren om het recht op afschrift van het integraal medisch dossier te respecteren binnen de wettelijk voorziene termijn.
- Opnemen van de verschillende mandaten (vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, bewindvoerder, zorgvolmacht, ...) en legale documenten i.f.v. zorgbeslissingen (DNR, euthanasie, ...) in het (digitale) patiëntendossier.
- Erover waken dat de in het medisch dossier opgenomen medicatielijst correct én actueel is.

FACTURATIE EN INVORDERING:

- Voorafgaande informatie over de kosten verbonden aan de behandeling bv. informatie over de impact van de keuze van een 1-pk en over de supplementen, opnameverklaring.
- Het ontvangen van facturen van het UZ Brussel in de Ebox van de patiënt.
- Tussenkomsst van incassobureau Modero.

INFORMATIE:

- Optimaliseren van het recht op aan de behandeling voorafgaande informatie, in het bijzonder over de kosten verbonden aan de behandeling bv. niet-terugbetaling van medicatie, conventiestatus van artsen, (ereloon)supplementen, kosten voor een éénpersoonskamer, realistische en volledige ramingen in overeenkomsten...
- Tijdige verslaggeving na consultatie en of ziekenhuisopname.
- Ontbrekende informatie bij ontslag en opname in een WZC, prikongeval, uitstel van geplande ingreep, infectiepreventie...

RAADPLEGINGEN:

- Wachttijden: informatie over de wachttijden en de voorwaarden om een afspraak op de raadplegingen te bekomen, en de ev. daaraan verbonden supplementen.
- Niet éénzijdig wijzigen van afspraaktijdstip zonder patiënt erbij te betrekken: het automatisch geven en verplaatsen van afspraken zonder overleg met de patiënt.
- Garanderen dat er een afspraak kan genomen worden bij een geconventioneerde arts.

MEDEWERKER:

- Aandacht voor veerkracht en veiligheid door bv. installatie van noodknoppen bij onthaal KIO's, balies, loket van facturatie en boekhouding.

5.2.6 Moeilijkheden bij de uitoefening van de opdracht:

- **Weinig coöperatieve houding** van sommige diensten.
- De **rol van de Ombudsfunctie** is onvoldoende gekend (cf. recente persartikels):
 - Die is bemiddelend, neutraal, onpartijdig en onafhankelijk. Dat impliceert dat de Ombudspersoon zich niet over de gegrondheid van de klacht kan uitspreken.
 - Aangezien de Ombudspersoon verplicht is het beroepsgeheim te respecteren, mag hij aan derden geen gegevens meedelen, die de patiënt of de beroepsbeoefenaar toevertrouwd hebben, dan mits hun uitdrukkelijk akkoord.
- **Evenwicht** tussen vertrouwelijkheid van de rol van Ombudspersoon enerzijds en beleidsondersteuning anderzijds.
- Nood aan een **bijkomend aanspreekpunt**.
- De geplande nieuwe **lokalisatie** van de Ombudsdienst in de Zorgboulevard moet stroken met de reglementering, i.z. het KB van 8 juli 2003 op de werking van de Ombudsdienst, met andere woorden met de vereisten van onpartijdigheid, vertrouwelijkheid en het beroepsgeheim.

6 CONCLUSIE:

Zowel de patiënt als de zorgverstrekker vinden hun weg naar de Ombudsdienst van het UZ Brussel voor allerhande klachten. Een evaluatie na 5 werkjaren laat echter geen opmerkelijke wijzigingen zien in de aard van die klachten.

Het aantal persoonlijke contacten met zowel zorgverstrekkers als met patiënten stijgt jaarlijks, net zoals het aantal bemiddelingsgesprekken. Er worden opmerkelijk meer interne verwijzingen (binnen het UZ Brussel) naar de Ombudsdienst gedaan.

We zien ook een aantal aandachtspunten en aanbevelingen jaarlijks terugkomen, waaruit we kunnen afleiden dat gedegen informatie, communicatie en bejegening op mensenmaat in de zorg van cruciaal belang is.

De opkomst én de invloed van AI op het werk van de Ombudsdienst van het UZ Brussel wordt duidelijk voelbaar. De democratisering van de verschillende AI-tools laat toe dat mensen sneller in de pen kruipen om een ongenoegen te uiten. Het faciliteert het schrijven van een klacht. Opmerkelijk daarbij is dat er ook meteen actiepunten en concrete verwachtingen aangebracht worden.

Jaarverslag van ombudsdienst AZ OUDENAARDE
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Oudenaarde
Adres	Minderbroedersstraat 3 9700 Oudenaarde
Gewest	Oost-Vlaanderen
Erkeningsnummer	170
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	235
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Mylène Lagaert
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/05/2021
Bestaffing	0,5

Lokalisatie dienst	Administratief gebouw
Registratiesysteem	Eigen systeem/vanaf 07/10/24 ZENYA
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	- Zenya 15/10/2024
Vormingen i.k.v. bemiddeling	-
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Postgraduaat Zorgethisch coach - Medische behandeling getuigen van Jehova - Leiderschapstraject: introductie DISC - Belfius MAHA presentatie - Werkveldcommissie HoGent Opleiding Verpleegkunde - Workshop AI Gamification - Simulatietraining - Zorgen voor zorg en welzijn: mag het iets meer wel zijn? - Digitaal wijzer communiceren met anderstaligen in de zorg - Omgaan met andere culturele achtergronden - De toekomst van onze gezondheidszorg start vanuit preventie - AZ Oudenaarde: een ziekenhuis waar je ook naartoe gaat om gezond te blijven - De hervorming van de verpleegkunde in de wet: genoteerd! - Nu tijd voor duurzame strategische keuzes - Studiedag Geriatrie ZNG - Klinisch redeneren - Wetgeving basisverpleegkunde
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>	- vanuit mandaat KB 08/07/2003 - Begeleiding afschrift patiëntendossier

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Alle klachten worden door de ombudspersoon behandeld, ook zij die niet rechtstreeks betrekking hebben op de wet op de patiëntenrechten. De ontvangst, registratie en opvolging van de klacht gebeurt door de ombudsvrouw. Na ontvangst van de klacht, krijgt de klager een ontvangstbevestiging. Aan de klager wordt 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. Indien blijkt dat de ombudsdienst niet bevoegd is voor de behandeling van een klacht, wordt dit (schriftelijk) meegedeeld aan de klager en indien mogelijk doorverwezen naar de bevoegde instantie. 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.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Elke bemiddeling is vertrouwelijk. Een klacht kan mondeling of schriftelijk geuit worden. Er wordt een gesprek georganiseerd met de klager (eventueel vergezeld van familieleden of vertrouwenspersoon), betrokken beroepsbeoefenaar(s) en de ombudspersoon. De klacht wordt rechtstreeks afgehandeld. De klacht wordt besproken met de betrokken beroepsbeoefenaar(s) of de verantwoordelijke van de afdeling. Het registratiedocument wordt doorgemailed, met eventueel een brief of andere bijlagen van de klager (bv. foto's, medische verslagen...) 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 maandelijks overleg met de algemeen directeur, hoofdarts en verpleegkundig directeur. Deze commissie stelt een oplossing voor. Deze oplossing wordt doorgegeven aan beide partijen (klager en beroepsbeoefenaar/verantwoordelijke). De ombudsdienst poogt een voor alle partijen haalbare oplossing te bereiken en houdt alle partijen op de hoogte (schriftelijk of mondeling) over het resultaat van de bemiddeling. Wanneer de klager zich niet kan verzoenen met het resultaat van de klachtenbemiddeling informeert de ombudspersoon over de mogelijkheden voor de verdere afhandeling van zijn klacht en wordt de klager doorverwezen naar externe alternatieven voor verdere klachtenbehandeling.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Aantal klachtendossiers	157
Aantal infodossiers	11
Aantal pro actieve dossiers	6
Aantal opvragingen patiëntendossier	26

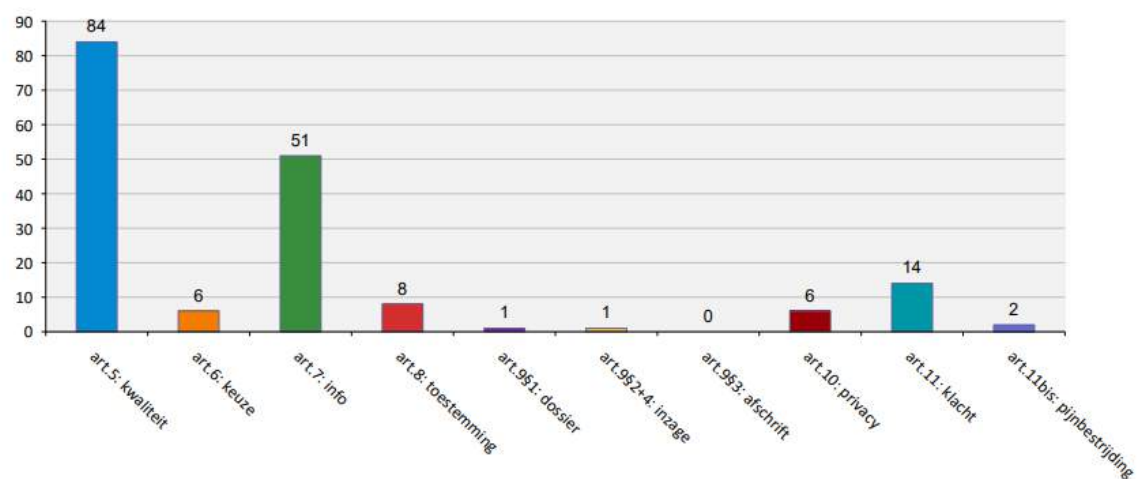
Aantal 'andere'	

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

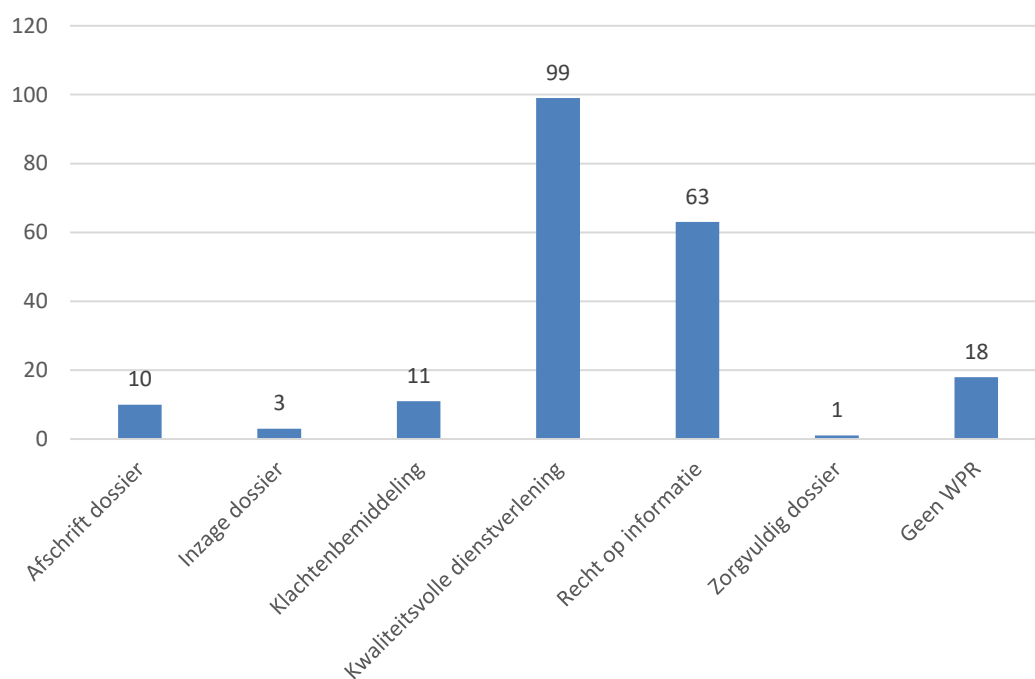
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	84
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	6
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	51
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	8
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	26
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	6
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	14
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	2

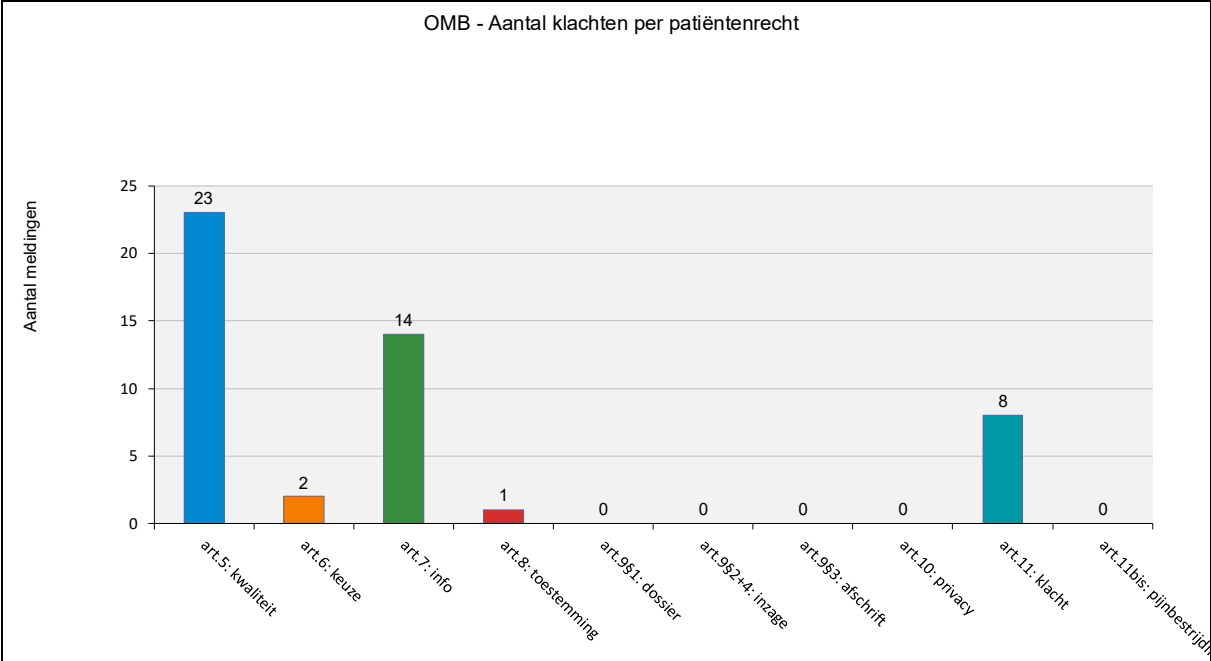
Aantal klachten per patiëntenrecht 2025

OMB - Aantal klachten per patiëntenrecht

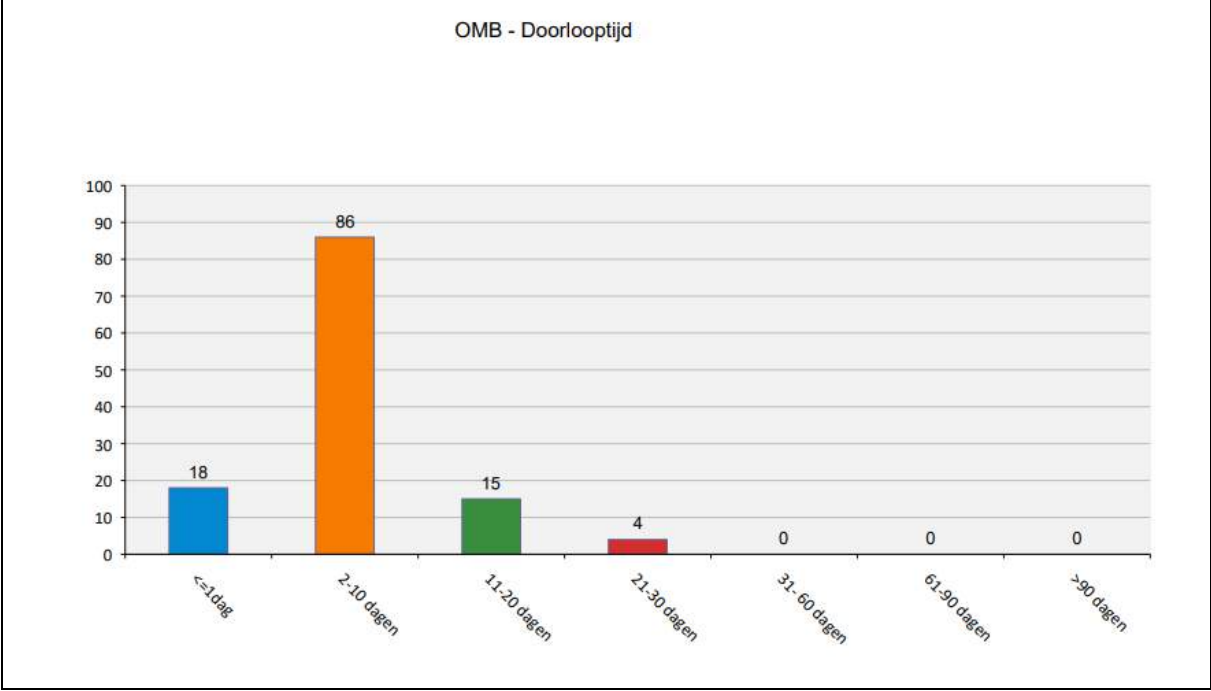


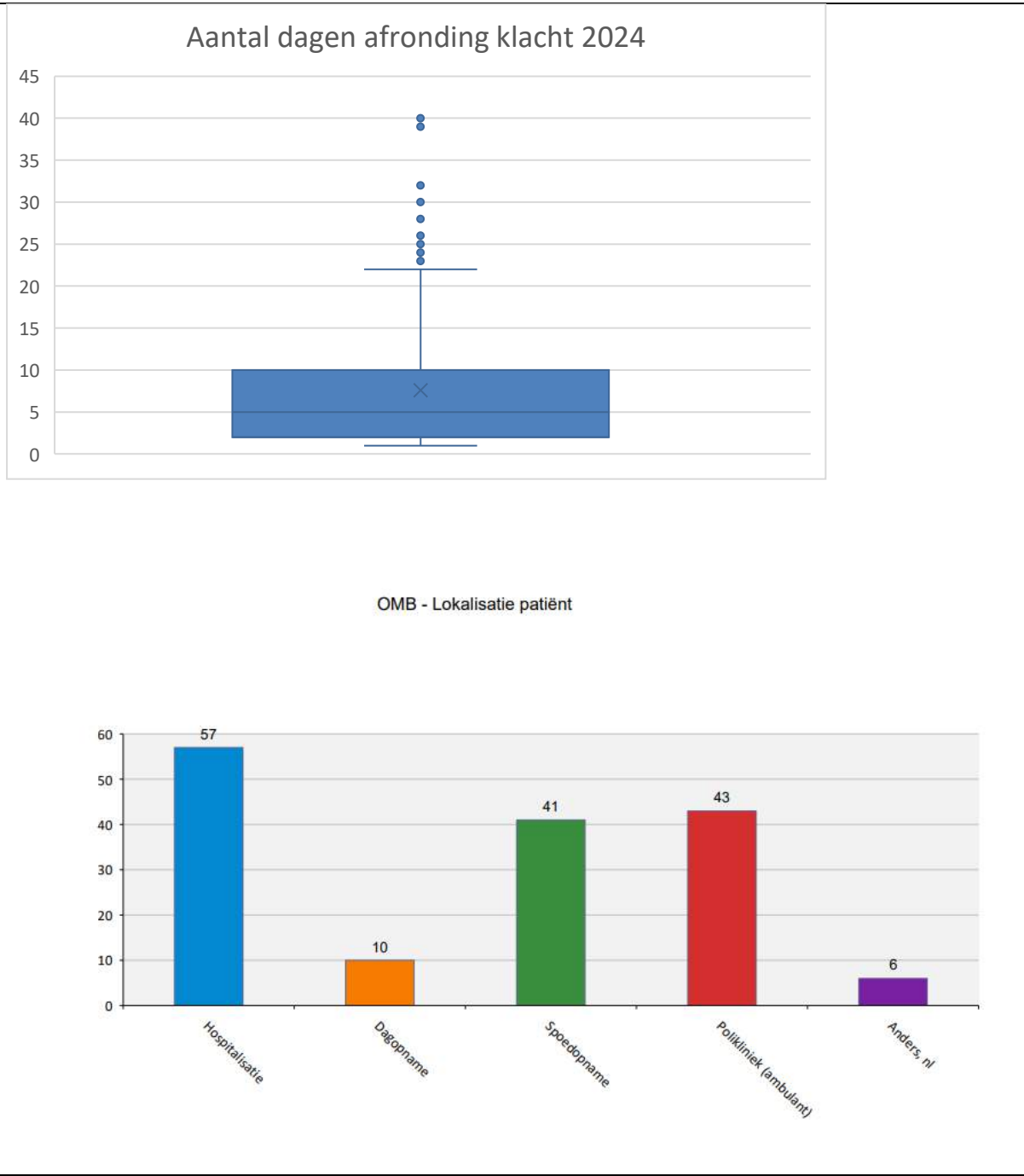
Aantal per patiëntenrecht 2024



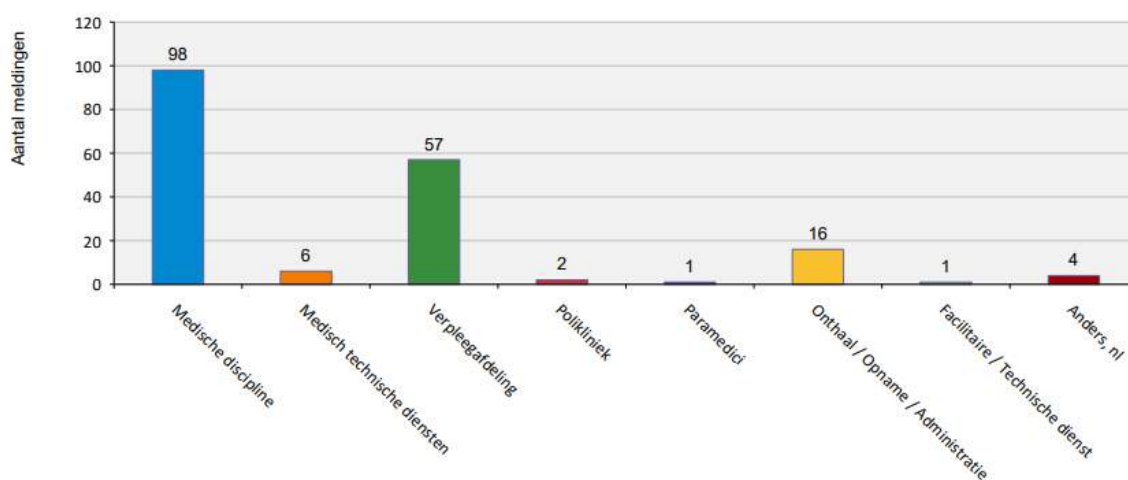


Doorlooptijden 2025

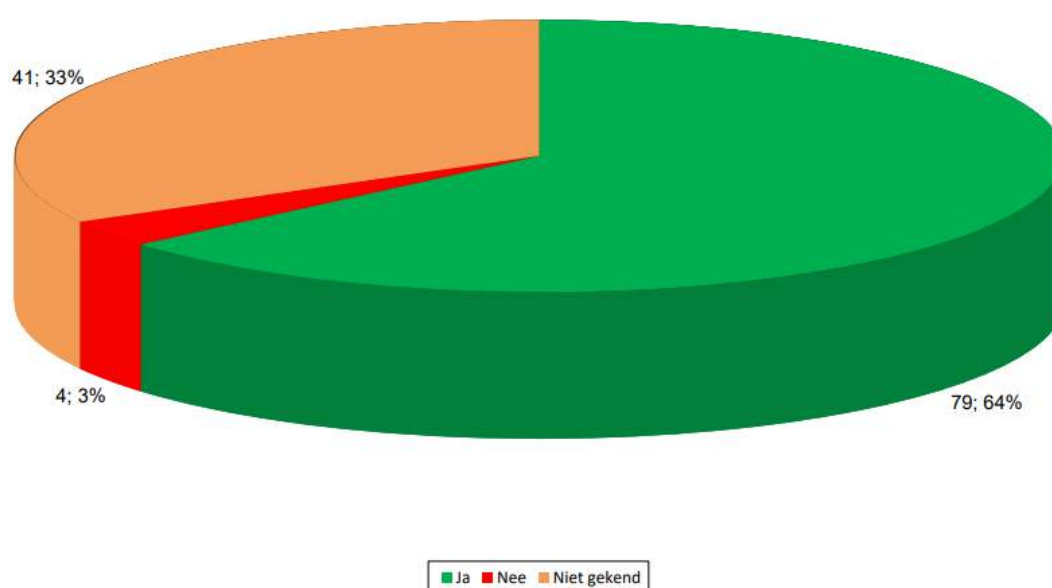




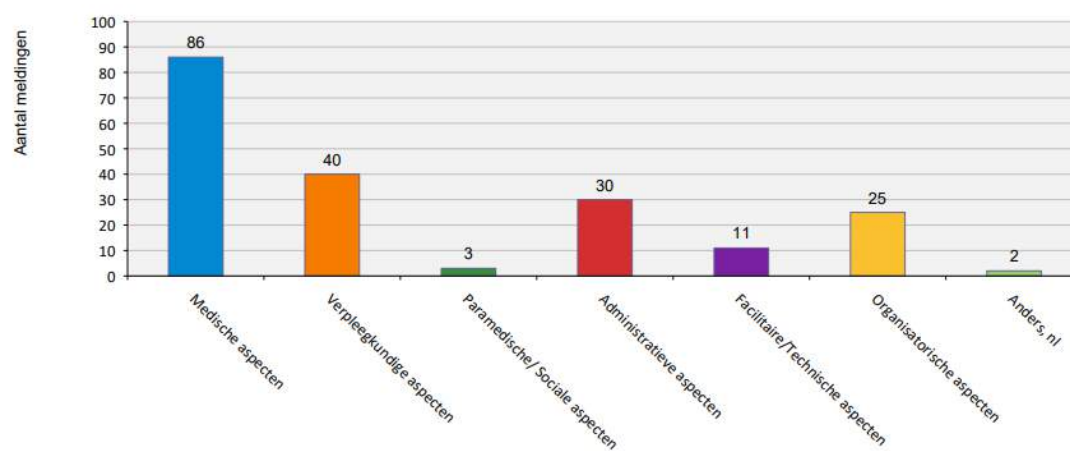
OMB - Lokalisatie van de klacht



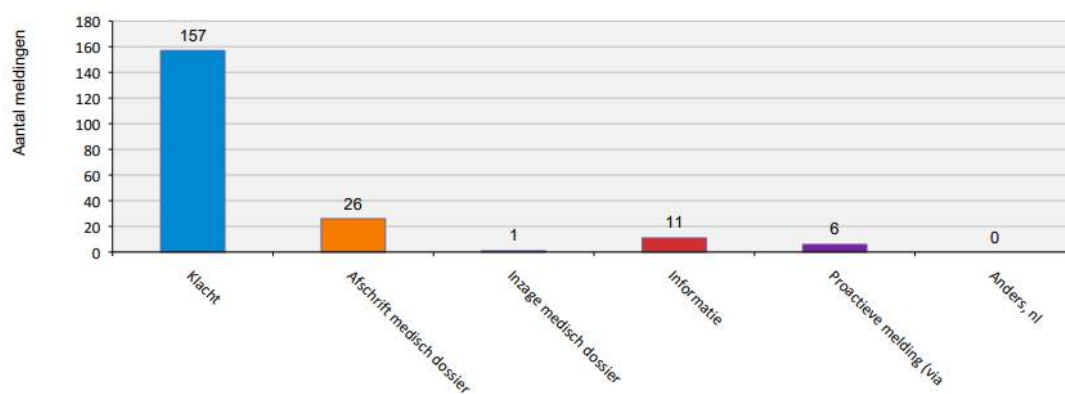
OMB - Tevredenheid afhandeling klacht



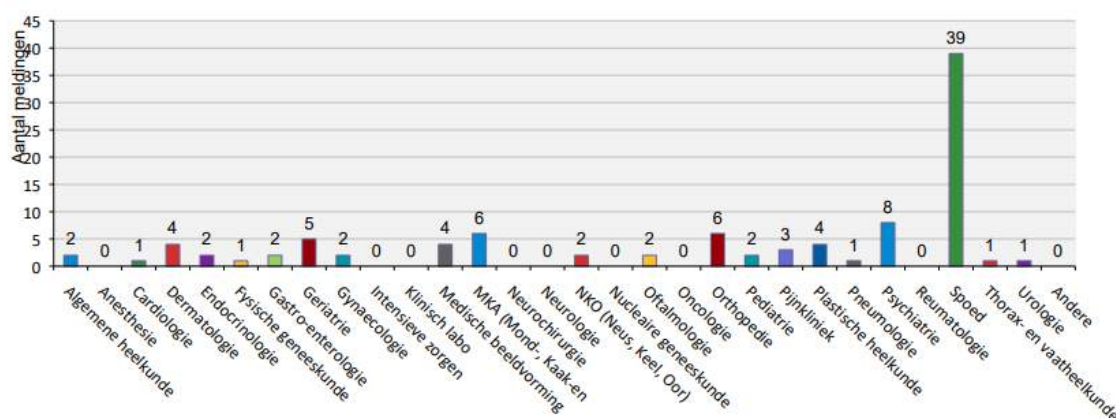
OMB - Type klacht



OMB - Type melding (klacht/info/dossieraanvraag)



OMB - Discipline arts



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

De meest voorkomende aspecten in de klachten hebben te maken met een correcte bejegening tov de patiënt en een gestructureerde informatie.

In de zorg is het van essentieel belang dat de relatie tussen zorgverlener en patiënt gebaseerd is op wederzijds respect. Beide partijen hebben hun eigen verantwoordelijkheden en verwachtingen, en het is belangrijk dat deze in balans zijn om een optimale zorg te bieden. De zorgverlener heeft de taak om professionele en empathische zorg te verlenen, terwijl de patiënt zich gehoord, begrepen en ondersteund wil voelen.

Het komt echter steeds vaker voor dat patiënten hun ongenoegen uiten over de manier waarop ze behandeld worden. Veelal gaat dit om het gevoel dat ze niet voldoende tijd krijgen voor hun vragen of dat de zorg te gehaast overkomt. Patiënten kunnen zich dan niet altijd voldoende serieus genomen voelen of het idee hebben dat hun klachten niet volledig begrepen worden. Dit kan leiden tot frustratie en een verminderde tevredenheid over de zorg.

Daarnaast heeft de patiënt vaak een ander verwachtingspatroon dan de zorgverlener. Door de grote druk in de zorgsector kan het zijn dat zorgverleners zich genoodzaakt voelen om efficiënt te werken, wat ten koste kan gaan van de tijd die ze per patiënt besteden. Aan de andere kant verwacht de patiënt vaak een meer persoonlijke benadering, waarbij er aandacht is voor hun emotionele en fysieke welzijn. Dit verschil in verwachtingen kan voor miscommunicatie zorgen, waardoor de relatie onder druk komt te staan.

Voor de spoeddiensten en diensten waar een langere verblijfsduur is hebben hiermee af te rekenen. Het zorgzaam kunnen werken wordt echter met regelmaat doorkruist door gedrag van naasten van patiënten.

Zorgverleners vragen waar zij terecht kunnen als patiënten over hun grenzen gaan. Kunnen ook zij terecht bij de ombudspersoon en kan een ombuds eveneens bemiddelen als een zorgverlener zich niet gehoord voelt?

Binnen de rubriek van meldingen aangaande kwaliteit van zorg neemt het aandeel van de spoeddiensten een grote plaats in. Wachten op de spoeddiensten is voor de meeste patiënten een opgave. Een spoeddienst wordt vaak beleefd als een dienst waar op een spoedige manier hulp wordt geboden terwijl de spoeddiensten, met een triagesysteem van severity werken, dat wachttijden voor minder dringende letsels sterk kan doen uitlopen. Patiënten op de spoeddienst zijn emotioneel erg geladen. Iets onverwacht overkomt hen en kan een breuk in hun dagelijkse routine betekenen.

Niet snel worden gehoord of geholpen laat onrust toenemen wat de kans op ontevredenheid enkel laat stijgen.

Uit de meldingen en gesprekken die de ombudsdienst het afgelopen jaar ontving, blijkt dat verschillende aandachtspunten nauw aansluiten bij de aanbevelingen die in dit verslag worden geformuleerd. Een eerste belangrijk thema betreft de nood aan blijvende aandacht voor respectvolle en verbindende communicatie tussen medewerkers. In situaties waarin spanningen, misverstanden of meningsverschillen ontstaan, blijkt dat een zorgvuldige en open onderlinge communicatie een cruciale rol speelt in het voorkomen van escalaties en in het waarborgen van een veilige en professionele werkomgeving. Deze communicatieve basis vormt bovendien een belangrijke voorwaarde voor kwaliteitsvolle zorg.

Daarnaast werd duidelijk dat interne communicatie – ook wanneer deze niet rechtstreeks aan patiënten gericht is – een aanzienlijke invloed heeft op hun vertrouwen in de zorg. Patiënten en bezoekers nemen vaak subtiele signalen waar, waardoor onderlinge interacties tussen medewerkers sneller worden opgemerkt dan verwacht. Het blijft daarom essentieel om medewerkers bewust te maken van de impact van hun woorden, houding en non-verbale communicatie. In dat kader is het belangrijk om consequent uit te dragen dat er in het bijzijn van patiënten en hun naasten niet negatief wordt gesproken over collega's, teams of beleidsbeslissingen. Een professionele basishouding draagt bij aan een gevoel van stabiliteit, deskundigheid en betrouwbaarheid.

Verder kwam in verschillende dossiers naar voren dat patiëntgerichtheid expliciet benoemd moet blijven als gedeelde kernwaarde. Ondanks verschillen in visie, aanpak of professionele achtergrond blijft de patiënt het gezamenlijke uitgangspunt. Het regelmatig onderstrepen van deze waarde helpt om de focus op mensgerichte, samenhangende en kwalitatieve zorg te behouden, zeker in een context van toenemende complexiteit en verandering.

Ook op infrastructuureel vlak werden aandachtspunten gesignaleerd. Zo biedt de huidige onthaalomgeving niet altijd voldoende privacy, waardoor vertrouwelijke gesprekken soms ongewild hoorbaar zijn. Investeren in een meer afgeschermd en discrete onthaalruimte sluit aan bij de ambitie om patiënten en hun naasten een veilige, respectvolle en vertrouwelijke zorgervaring te bieden. Een onthaal dat privacy garandeert, draagt bovendien bij aan een positieve eerste indruk en een gevoel van veiligheid.

Tot slot werd opnieuw aandacht gevraagd voor het zorgvuldig omgaan met verloren voorwerpen. Patiënten en bezoekers hechten veel belang aan een correcte en transparante opvolging wanneer persoonlijke bezittingen zoekraken. Een duidelijke procedure, goede registratie en tijdige communicatie zijn essentieel om frustraties te vermijden en het vertrouwen in de organisatie te versterken. Het systematisch opvolgen van dergelijke meldingen biedt bovendien kansen om structurele verbeteringen door te voeren.

Deze bevindingen bevestigen het belang van de geformuleerde aanbevelingen en onderstrepen de noodzaak om zowel op communicatief, organisatorisch als infrastructuureel niveau te blijven investeren in een zorgomgeving waarin respect, veiligheid, professionaliteit en patiëntgerichtheid centraal staan.

Aanbevelingen

1. Versterken van respectvolle en verbindende communicatie binnen de organisatie:

De ombudsdienst beveelt aan om blijvend en structureel te investeren in respectvolle en verbindende communicatie tussen alle medewerkers. Een open en veilige communicatiecultuur vormt een essentieel fundament voor een gezonde werkomgeving en draagt rechtstreeks bij aan de kwaliteit van de dienstverlening. In het voorbije jaar werd opnieuw duidelijk dat spanningen, misverstanden of meningsverschillen vaak ontstaan in situaties van hoge werkdruk, onduidelijke verwachtingen of beperkte afstemming. Dergelijke situaties kunnen escaleren wanneer medewerkers zich niet gehoord, begrepen of gesteund voelen.

Daarom is het van belang om niet enkel te focussen op het oplossen van concrete incidenten, maar ook op het versterken van de onderliggende communicatieve vaardigheden en attitudes. Dit omvat onder meer:

- **Actief luisteren en empathie tonen**, zodat medewerkers zich erkend voelen in hun perspectief, ook wanneer standpunten verschillen.
- **Constructieve feedbackcultuur stimuleren**, waarbij feedback tijdig, helder en respectvol wordt gegeven, met aandacht voor zowel inhoud als relatie.
- **Ruimte creëren voor dialoog**, zeker in situaties waarin spanningen oplopen of meningsverschillen dreigen te verharderen. Het vroegtijdig bespreekbaar maken van zorgen voorkomt escalatie en bevordert wederzijds begrip.
- **Leidinggevend ondersteunen in hun voorbeeldrol**, aangezien hun communicatiestijl en aanpak een belangrijke invloed hebben op de teamdynamiek en de manier waarop medewerkers met elkaar omgaan.
- **Gerichte vorming en intervisie aanbieden**, zodat medewerkers handvatten krijgen om moeilijke gesprekken te voeren, emoties te reguleren en conflicten op een professionele manier te hanteren.

Door consequent in te zetten op deze elementen kan de organisatie een cultuur versterken waarin respect, vertrouwen en samenwerking centraal staan. Dit komt niet alleen het welzijn van medewerkers ten goede, maar verhoogt ook de efficiëntie, de interne samenhang en de kwaliteit van de dienstverlening aan burgers en partners.

2. Bewustwording vergroten over de impact van interne communicatie op patiënten en hun naasten

De ombudsdienst beveelt aan om binnen de organisatie actief bewustwording te creëren rond de manier waarop interne communicatie tussen medewerkers doorwerkt naar patiënten en hun naasten. In verschillende dossiers werd duidelijk dat niet alleen de inhoud van de zorg, maar ook de wijze waarop medewerkers onderling communiceren, een directe invloed heeft op het vertrouwen dat patiënten in de zorgverlening stellen.

Wanneer interne afstemming onvoldoende is, boodschappen tegenstrijdig zijn of medewerkers zichtbaar onderling spanning ervaren, kan dit bij patiënten en hun familieleden gevoelens van onzekerheid, onveiligheid of wantrouwen oproepen. Omgekeerd versterkt heldere, respectvolle en goed afgestemde communicatie tussen zorgverleners het gevoel van continuïteit, professionaliteit en betrouwbaarheid.

Het is daarom essentieel om:

- **Transparantie en consistentie in interne communicatie te bevorderen**, zodat patiënten en hun naasten niet geconfronteerd worden met tegenstrijdige informatie of onduidelijke boodschappen.
- **Medewerkers bewust te maken van hun voorbeeldrol**, aangezien hun onderlinge interacties – ook wanneer patiënten deze slechts gedeeltelijk opvangen – de perceptie van zorgkwaliteit sterk beïnvloeden.
- **Teamafspraken te verduidelijken en te borgen**, zodat iedereen weet wie welke informatie verstrekt, hoe overdrachten verlopen en hoe men omgaat met vragen of bezorgdheden van patiënten.
- **Opleiding en reflectiemomenten te voorzien**, waarin medewerkers kunnen stilstaan bij de impact van hun communicatie op de beleving van patiënten en hun naasten.
- **Een cultuur van onderlinge steun en respect te stimuleren**, omdat een positief intern klimaat zich vertaalt in meer rust, duidelijkheid en vertrouwen aan het bed van de patiënt.

Door deze bewustwording te versterken en structureel te verankeren, kan de organisatie bijdragen aan een zorgomgeving waarin patiënten en hun naasten zich gehoord, veilig en goed geïnformeerd

voelen. Dit vormt een belangrijke pijler voor het behoud en het versterken van vertrouwen in de zorg.

3. Afspraken maken over professioneel spreken in het bijzijn van patiënten en hun naasten

De ombudsdienst beveelt aan om binnen de organisatie duidelijke en gedragen afspraken te maken over de wijze waarop medewerkers spreken over collega's, teams en beleidsbeslissingen wanneer patiënten en hun naasten aanwezig zijn. In verschillende meldingen werd zichtbaar dat negatieve of kritische opmerkingen, zelfs wanneer ze terloops of onbedoeld worden geuit, een aanzienlijke impact kunnen hebben op het vertrouwen van patiënten in de zorgverlening. Patiënten en hun familieleden bevinden zich vaak in een kwetsbare positie. Zij zijn sterk afhankelijk van de deskundigheid, samenwerking en betrouwbaarheid van het zorgteam. Wanneer zij getuige zijn van onderlinge spanningen, kritiek of twijfel aan beleid, kan dit gevoelens van onzekerheid, onveiligheid of wantrouwen versterken. Het risico bestaat dat zij de indruk krijgen dat de zorg niet goed afgestemd is, dat er interne problemen spelen of dat hun behandeling niet optimaal wordt opgevolgd.

Om dit te voorkomen, is het belangrijk om:

- **Heldere teamafspraken te formuleren** over hoe medewerkers zich uitlaten in de nabijheid van patiënten en hun naasten, zowel in kamers, gangen als andere gedeelde ruimtes.
- **Een professionele en respectvolle basishouding te bewaken**, waarbij interne meningsverschillen of frustraties nooit in het bijzijn van patiënten worden besproken.
- **Medewerkers bewust te maken van de impact van hun woorden**, ook wanneer deze niet expliciet aan patiënten gericht zijn. Non-verbale signalen en onderlinge interacties worden vaak sneller opgemerkt dan verwacht.
- **Een veilige interne cultuur te stimuleren**, waarin medewerkers ruimte hebben om zorgen, kritiek of spanningen intern te bespreken via de juiste kanalen, zonder dat dit onbedoeld naar patiënten doorsijpelt.
- **Leidinggevendenden te ondersteunen in hun voorbeeldrol**, zodat zij actief bijdragen aan een constructieve en professionele communicatiestijl binnen hun teams.

Door deze afspraken expliciet te maken en consequent uit te dragen, kan de organisatie bijdragen aan een zorgomgeving waarin patiënten en hun naasten vertrouwen ervaren in de samenwerking, deskundigheid en stabiliteit van het zorgteam. Dit vertrouwen vormt een essentieel onderdeel van kwalitatieve en mensgerichte zorg.

4. Medewerkers stimuleren om een ambassadeursrol op te nemen voor de organisatie

De ombudsdienst beveelt aan om medewerkers actief te stimuleren om, ook in complexe of veranderende contexten, een ambassadeursrol op te nemen voor de organisatie en de zorg die gezamenlijk wordt aangeboden. In een omgeving waar zorgprocessen voortdurend evolueren en waar medewerkers regelmatig geconfronteerd worden met nieuwe verwachtingen, uitdagingen en veranderingen, is het van groot belang dat zij zich gesteund voelen in hun rol als vertegenwoordigers van de organisatie.

Patiënten en hun naasten vormen hun beeld van de zorg niet alleen op basis van medische handelingen, maar ook op basis van de manier waarop medewerkers spreken over hun werk, hun team en de organisatie als geheel. Wanneer medewerkers vertrouwen, betrokkenheid en trots uitstralen, draagt dit rechtstreeks bij aan een positieve beleving van de zorg. Omgekeerd kan twijfel, frustratie of negatieve communicatie – zelfs wanneer deze subtiel of onbedoeld is – het vertrouwen van patiënten ondermijnen.

Daarom is het belangrijk om:

- **Medewerkers te ondersteunen in het begrijpen van hun impact**, zodat zij zich bewust zijn van de rol die hun houding en communicatie spelen in de perceptie van patiënten en hun naasten.

- **Een cultuur van gedeelde verantwoordelijkheid te versterken**, waarin elke medewerker – ongeacht functie of dienst – zich erkend voelt als een belangrijke schakel in het geheel van de zorgverlening.
- **Transparante en tijdige interne communicatie te voorzien**, zodat medewerkers voldoende geïnformeerd zijn om veranderingen te duiden en vragen van patiënten op een correcte en constructieve manier te beantwoorden.
- **Ruimte te creëren voor dialoog en reflectie**, zodat medewerkers zorgen of onzekerheden intern kunnen bespreken en niet onbedoeld uitdragen naar patiënten.
- **Leidinggevend en te ondersteunen in hun voorbeeldrol**, aangezien hun houding en communicatie een belangrijke invloed hebben op hoe medewerkers hun eigen ambassadeurschap invullen.
- **Trots en verbondenheid te versterken**, bijvoorbeeld door successen te delen, waardering zichtbaar te maken en medewerkers te betrekken bij verbeterinitiatieven.

Door medewerkers te stimuleren en te ondersteunen in het opnemen van een ambassadeursrol, kan de organisatie bijdragen aan een zorgomgeving waarin vertrouwen, professionaliteit en samenhang centraal staan. Dit komt niet alleen de beleving van patiënten en hun naasten ten goede, maar versterkt ook de interne samenwerking en het draagvlak voor verandering.

5. Patiëntgerichtheid expliciet blijven benoemen als gedeelde kernwaarde

De ombudsdienst beveelt aan om patiëntgerichtheid blijvend en expliciet te verankeren als gedeelde kernwaarde binnen de organisatie. In de dagelijkse praktijk blijkt dat verschillen in visie, aanpak of professionele achtergrond soms kunnen leiden tot uiteenlopende interpretaties van wat goede zorg inhoudt. Hoewel dergelijke diversiteit waardevol kan zijn, blijft het essentieel dat de patiënt steeds het gezamenlijke uitgangspunt vormt waar alle medewerkers zich achter scharen. Patiënten en hun naasten ervaren de zorg als één geheel, ongeacht de interne organisatie of taakverdeling. Wanneer medewerkers vanuit verschillende disciplines of teams handelen, verwachten zij dat deze zorg naadloos op elkaar aansluit en gedragen wordt door een gedeelde focus op hun noden, veiligheid en welzijn. Het expliciet blijven benoemen van patiëntgerichtheid helpt om deze gezamenlijke verantwoordelijkheid zichtbaar en voelbaar te houden, ook in periodes van verandering, groei of verhoogde werkdruk.

Om dit te ondersteunen, is het belangrijk om:

- **Patiëntgerichtheid regelmatig te benadrukken in communicatie, overleg en besluitvorming**, zodat het een herkenbaar en richtinggevend principe blijft voor iedereen.
- **Ruimte te creëren voor dialoog over verschillen in aanpak**, met aandacht voor hoe deze verschillen kunnen worden overbrugd vanuit het gedeelde belang van de patiënt.
- **Teams te stimuleren om beslissingen te toetsen aan de vraag: “Wat betekent dit voor de patiënt?”**, zodat de impact op de zorgbeleving centraal blijft staan.
- **Voorbeelden van goede patiëntgerichte zorg zichtbaar te maken**, zodat medewerkers zich gesterkt voelen in hun rol en trots kunnen putten uit gezamenlijke successen.
- **Leidinggevend en te ondersteunen in hun rol als cultuurdragers**, zodat zij patiëntgerichtheid actief uitdragen en verankeren in hun teams.

Door patiëntgerichtheid expliciet te blijven benoemen en te bewaken als gedeelde kernwaarde, kan de organisatie een zorgomgeving creëren waarin consistentie, vertrouwen en mensgerichtheid centraal staan. Dit komt niet alleen de kwaliteit van de zorg ten goede, maar versterkt ook de samenwerking en verbondenheid tussen medewerkers.

6. De ombudsdienst positioneren als laagdrempelige partner voor het tijdig opvangen van signalen

De ombudsdienst beveelt aan om haar rol als laagdrempelige en toegankelijke partner binnen de organisatie verder te versterken. Door medewerkers actief aan te moedigen om signalen rond

communicatie, samenwerking en beleving vroegtijdig te delen, kan de ombudsdienst bijdragen aan het voorkomen van escalaties en het bevorderen van een constructieve dialoog.

In de praktijk blijkt dat medewerkers vaak als eerste merken wanneer spanningen ontstaan, wanneer communicatie hapert of wanneer patiënten en hun naasten signalen geven die wijzen op onzekerheid, onduidelijkheid of ontevredenheid. Wanneer deze signalen tijdig worden opgevangen en bespreekbaar gemaakt, kunnen teams sneller bijsturen en kan de kwaliteit van de zorgervaring aanzienlijk verbeteren.

Om deze rol optimaal te vervullen, is het belangrijk om:

- **De zichtbaarheid en toegankelijkheid van de ombudsdienst te vergroten**, zodat medewerkers weten dat zij met vragen, twijfels of signalen terecht kunnen zonder drempel of oordeel.
- **Een cultuur te stimuleren waarin het normaal is om vroegtijdig te signaleren**, ook wanneer het gaat om subtiele of nog niet volledig uitgekristalliseerde zorgen.
- **Actief in te zetten op samenwerking met teams en leidinggevenden**, zodat signalen niet alleen worden opgevangen, maar ook gezamenlijk worden geanalyseerd en opgevolgd.
- **Regelmatische terugkoppeling te voorzien**, zodat medewerkers ervaren dat hun meldingen bijdragen aan concrete verbeteringen en dat hun betrokkenheid wordt gewaardeerd.
- **De expertise van de ombudsdienst te benutten** in het faciliteren van gesprekken, het duiden van patronen en het ondersteunen van teams bij het versterken van communicatie en samenwerking.

Door de ombudsdienst expliciet te positioneren als een laagdrempelige partner voor het tijdig opvangen en bespreken van signalen, kan de organisatie proactiever inspelen op noden van zowel medewerkers als patiënten. Dit draagt bij aan een open cultuur, een betere samenwerking en een zorgomgeving waarin beleving en kwaliteit centraal staan.

7. Infrastructuur verbeteren om privacy aan het onthaal te waarborgen

De ombudsdienst beveelt aan om infrastructuureel te investeren in het verbeteren van de privacy aan het onthaal, zodat gesprekken met patiënten en hun naasten in een voldoende afgeschermd en vertrouwelijke omgeving kunnen plaatsvinden. Uit meldingen en observaties blijkt dat het huidige onthaal niet altijd de nodige discretie biedt, waardoor gevoelige informatie ongewild hoorbaar kan zijn voor andere bezoekers of voorbijgangers. Dit kan leiden tot ongemak, terughoudendheid om vragen te stellen en een verminderd gevoel van veiligheid en vertrouwen. Een onthaalomgeving die privacy respecteert, vormt een essentieel onderdeel van patiëntgerichte en menswaardige zorg. Het is vaak het eerste contactpunt met de organisatie, en de manier waarop dit contact verloopt, beïnvloedt sterk de verdere beleving van de zorg.

Om dit te realiseren, is het belangrijk om:

- **Fysieke aanpassingen te overwegen**, zoals schermen, afscheidingen of aparte gespreksruimtes waar vertrouwelijke informatie in alle rust kan worden besproken.
- **De logistieke inrichting te herbekijken**, zodat wachtrijen en doorstroom niet leiden tot onbedoelde inkijk of meeluisteren.
- **Duidelijke signalisatie te voorzien**, die patiënten en bezoekers informeert over waar zij terecht kunnen voor een discreet gesprek.
- **Medewerkers te ondersteunen in het bewaken van privacy**, bijvoorbeeld door hen te stimuleren om gevoelige vragen niet aan het loket te stellen wanneer anderen kunnen meeluisteren, maar patiënten te begeleiden naar een meer afgeschermd ruimte.
- **Regelmatig te evalueren of de getroffen maatregelen effectief zijn**, en waar nodig bij te sturen op basis van feedback van patiënten, naasten en medewerkers.

Door te investeren in een onthaalomgeving die privacy garandeert, versterkt de organisatie het vertrouwen van patiënten en hun naasten en draagt zij bij aan een zorgervaring waarin respect, veiligheid en discretie centraal staan.

Verzoeningsresultaten

Als blijkt dat er geen duidelijk bewijs is dat de patiënt adequaat is geïnformeerd over de zorg die hij of zij heeft ontvangen — bijvoorbeeld door onvoldoende uitleg, een gebrek aan schriftelijke documentatie of onduidelijke communicatie — kan dit leiden tot onduidelijkheden of misverstanden. In zulke gevallen, wanneer het niet mogelijk is om te bevestigen dat de patiënt correct en volledig op de hoogte is gesteld, wordt er besloten om de factuur te herzien. Dit proces van factuurcorrectie is een manier om zowel de rechten van de patiënt te beschermen als het vertrouwen in de zorgverlening te waarborgen. Het benadrukt het belang van goede communicatie tussen zorgverlener en patiënt en onderstreept dat de zorginstelling zich inzet voor eerlijke en verantwoorde zorgverlening.

Patiënten geven vaak aan dat ze niet alleen een oplossing voor hun probleem wensen, maar ook behoefte hebben aan een signaal of een luisterend oor. Het gaat hen er vaak niet alleen om dat de klacht wordt aangepakt, maar ook om het gevoel dat ze serieus genomen worden. Ze willen gehoord en begrepen worden in hun zorgen en frustraties, en ervaren het als belangrijk dat hun gevoelens erkend worden.

Zorgverleners spelen hierin een essentiële rol. Het aanbieden van excuses en het tonen van empathie in de afhandeling van een klacht is een belangrijk onderdeel van het proces. Patiënten hebben vaak de verwachting dat er erkenning wordt gegeven aan hun ervaring, en dat er oprechte excuses worden aangeboden voor de situatie. Dit kan helpen om het vertrouwen te herstellen en de relatie tussen zorgverlener en patiënt te verbeteren. In het voorbije jaar organiseerde de ombudsdienst meerdere verzoeningsgesprekken met betrokken zorgverleners. Tijdens deze gesprekken werd de situatie zorgvuldig uitgeklaard, met aandacht voor zowel de feitelijke gang van zaken als de onderliggende verwachtingen en beleving. Door ruimte te creëren voor open dialoog konden misverstanden worden opgehelderd en werd wederzijds begrip versterkt.

Daarnaast werden patiënten en hun naasten actief bevraagd over hun ervaring. Hun perspectief werd rechtstreeks teruggekoppeld aan de zorgverleners, zodat zij inzicht kregen in hoe hun handelen, communicatie en aanwezigheid werden ervaren. Deze uitwisseling droeg bij aan meer bewustwording, leermomenten en concrete verbeteracties binnen de teams.

De combinatie van dialoog met zorgverleners en het actief betrekken van patiënten zorgde ervoor dat verschillende situaties op een constructieve manier konden worden afgerond en dat het vertrouwen tussen alle partijen werd hersteld of versterkt.

Daarnaast is het van belang dat zorginstellingen blijven investeren in de kwaliteit van zorg en de communicatie met patiënten. Om deze reden worden er regelmatig vormingen en trainingen georganiseerd voor zorgverleners, zodat zij hun kennis en vaardigheden kunnen bijspijkeren en verbeteren.

Door zowel actief te luisteren naar de zorgen van de patiënt, als door proactief te investeren in de professionele ontwikkeling van zorgverleners, kan de zorgrelatie verbeteren en kan er worden gewerkt aan een respectvolle, transparante en zorgzame benadering voor alle betrokkenen.



AZ JAN PORTAELS
Algemeen Ziekenhuis Vilvoorde

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2025

AZ JAN PORTAELS VILVOORDE

VANESSA DE GREEF - OMBUDSDIENST

3 Inhoudstafel

.....	1
1. Inleiding. Instellingsgebonden informatie	1
1.1. Gegevens betreffende de zorginstelling	1
1.2. Gegevens betreffende de Ombudsdienst	1
1.3. Werkingsterrein van de Ombudsdienst	2
1.4. Traject van de klachten geformuleerd aan de Ombudsdienst	4
1.5. Aanpak door het AZIP van de klachten/signalen van structurele aard aangeleverd door de Ombudsdienst	4
2. Cijfergegevens	5
2.1. Aantal geregistreerde meldingen	5
2.2. Klachten gerelateerd aan de rechten van de patiënt (99/366) :	6
2.3. Klachten niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt: 267/366	6
2.4. Doorlooptijd van geregistreerde meldingen	7
2.5. Verwachtingen bij contactname met de Ombudsdienst	7
2.6. Klachtenratio	9
3. Aanbevelingen	9
3.1. Communicatievaardigheden structureel verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod	9
3.2. Verder uitwerken en implementeren van het agressiebeleid	10
3.3. Aandacht voor het psychosociaal welzijn van de zorgverlener	11
3.4. Sensibiliseringscampagne rond de opdracht/functie van de spoeddienst	11

1. Inleiding. Instellingsgebonden informatie

Dit verslag bevat de gegevens van het werkjaar 2025 (01/01/2025 tot en met 31/12/2025) van de Ombudsdienst van het AZ Jan Portaels Ziekenhuis te Vilvoorde.

Naast de instellingsgebonden informatie, worden er in dit verslag algemene cijfers weergegeven over het aantal en het soort dossiers, dat werd geopend op de Ombudsdienst tijdens het werkjaar 2024. Er worden eveneens aanbevelingen geformuleerd.

1.1. Gegevens betreffende de zorginstelling

Naam van de zorginstelling	AZ Jan Portaels (AZJP)
Adres	Gendarmeriestraat 65, 1800 Vilvoorde
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	204
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal erkende bedden	406
Aantal campussen	1

1.2. Gegevens betreffende de Ombudsdienst

Naam ombudsperso(o)n(en)	Vanessa De Greef
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	20 januari 2020
Bestaffing	1 x 50 %
Lokalisatie dienst	In blok F, eerste verdieping.
Registratiesysteem	Iprova VVOVAZ
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Geactualiseerd op 18 juni 2020 op het Bestuursorgaan van het AZ Jan Portaels,

	beschikbaar via Spencer/Links/Documentbeheer Sharepointbibliotheek en op de site van het AZ

1.3. Werkingsterrein van de Ombudsdienst

De rol van de Ombudsdienst in het AZJP is ruimer dan omschreven in het mandaat vervat in het KB 8/7/2003.

De interne klachtenprocedure verduidelijkt welke klachten door de Ombudsdienst behandeld worden, dit wordt niet beperkt tot klachten met betrekking tot de rechten van de patiënt.

Klacht:

Iedere uiting van ongenoegen of ontevredenheid met een behandeling of bejegening die door de betrokkene (klager) als onjuist wordt ervaren of iedere uiting van ongenoegen of ontevredenheid betreffende het zorgproces van patiënten in het ziekenhuis.

Dit vanaf het moment van het maken van een afspraak of het verkrijgen van informatie, tot het moment van ontslag uit onze instelling en alles wat hierop betrekking heeft (aanrekening van het bezoek, facturatie).

Het valt op dat hoe langer hoe meer gebruik gemaakt wordt van artificiële intelligentie (AI) bij het opstellen van een klacht/melding. Vanuit het standpunt van de patiënt is dit zeer begrijpelijk omdat dit de drempel om zijn stem te laten horen verlaagt, wat goed is. Echter wijst de praktijk uit dat de door AI gegenereerde informatie niet altijd feitelijk en/of juridisch juist is, de patiënt hierdoor soms niet realistische verwachtingen heeft en de klachtenbehandeling enigszins wordt bemoeilijkt. Het is de rol van de Ombudsdienst steeds in dialoog te gaan met de patiënt, de werkelijke vraag en verwachting achter zijn klacht/melding helder te krijgen en aan te geven welke hulp hierbij, al dan niet, kan worden geboden. Omdat de tendens om met AI te werken bij de klachtenformulering zich zal verder zetten en allicht nog zal toenemen is het daarbij van cruciaal belang nooit het menselijke aspect achter elke klacht of melding uit het oog te verliezen en de communicatielijnen tussen de verschillende actoren, van mens tot mens, altijd open te houden.

Naast het behandelen van individuele klachten heeft de Ombudsdienst nog taken:

- In het kader van klachtenpreventie geeft de Ombudsdienst vorming over de werking van de Ombudsdienst en de rechten van de patiënt tijdens onthaaldagen voor de nieuwe medewerkers.

- Deelname aan de werkgroep kwaliteit en patiëntveiligheid: maandelijks komt deze werkgroep samen om de incidenten met betrekking tot patiëntveiligheid te bespreken alsook andere aspecten rond kwaliteitsvolle dienstverlening. Er worden geen gegevens of informatie met betrekking tot individuele klachten uitgewisseld tenzij op vraag van de klager zelf. De Ombudsdienst 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 en ervaring van de Ombudsdienst.
- De informatietaak van de Ombudsdienst staat los van de klachtenbehandeling doch levert eveneens een positieve bijdrage voor de patiënt/familie. De Ombudsdienst voegt op dat moment iets toe voor de patiënt wat er anders niet geweest zou zijn. Zaken worden verhelderd, het vertrouwen wordt zoveel als mogelijk hersteld, men wordt doorverwezen, er wordt een voorzet gemaakt naar een andere interne dienst, er wordt informatie over de wetgeving of ander vormen van klachtbehandeling gegeven etc.
- De Ombudsdienst informeert patiënten over het al dan niet indienen van een verzekeringsdossier door 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 onafhankelijke houding te kunnen bewaken.
- Afschriften van patiëntendossiers worden administratief (de uitvoering van het zoeken en bezorgen van afschriften) niet uitgevoerd door de Ombudsdienst. Dit wordt uitgevoerd door de dienst Centraal Medisch Archief.
De Ombudsdienst maakt dergelijke verzoeken tot bekomen afschrift/inzage patiëntendossier wel over aan de bevoegde dienst. Ook staat de Ombudsdienst in voor het informeren over en het behandelen van klachten m.b.t. inzage en afschrift patiëntendossier.
- De Ombudsdienst is tussenpersoon bij het faciliteren van de registratie in het Elektronisch Patiëntendossier van de documenten ter aanstelling van vertrouwenspersoon, wettelijk vertegenwoordiger.
- De Ombudsdienst van het AZJP behandelt geen zuiver (dus zonder dat er bijkomend klachten over de geleverde zorg zijn) financiële klachten in eerste lijn. De Ombudsdienst behandelt wel deze zuiver financiële klachten in tweede lijn, t.t.z. wanneer een 'puur' financiële klacht in eerste lijn niet afgehandeld is geraakt zal de Ombudsdienst, op vraag van de klager, een dossier op de Ombudsdienst openen.
- De Ombudsdienst heeft op regelmatige basis overleg met directie, management, leidinggevend. De Ombudsdienst kaart tijdens deze overlegmomenten structurele aspecten aan (preventief of curatief). *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.

1.4. Traject van de klachten geformuleerd aan de Ombudsdienst

Vooraleer de Ombudsdienst te contacteren, is het aangewezen dat de patiënt het probleem eerst bespreekt of probeert te bespreken met de betrokken persoon of dienst.

Indien dit geen resultaat oplevert stelt de Ombudsdienst een dossier samen en vraagt de betrokken dienst of persoon om uitleg en brengt de patiënt hiervan op de hoogte.

Bij het onderzoek van de klacht gelden alle wettelijk bepaalde regels zoals privacy, beroepsgeheim, patiëntenrechten, ... evenals de eigen reglementen en procedures van het ziekenhuis gepubliceerd op de website.

1.5. Aanpak door het AZJP van de klachten/signalen van structurele aard aangeleverd door de Ombudsdienst

Het AZJP zal signalen van structurele aard afkomstig van de Ombudsdienst oppikken en vertalen naar een aanpassing van het beleid en/of de praktijk.

AZJP is een regionaal ziekenhuis waar de Ombudsdienst gemakkelijk toegang heeft tot het hiërarchisch hoogste niveau. Het is logisch dat de Ombudsdienst vooral in contact staat met het zorgdepartement en de medische directie. Daarnaast spelen ook het financiële departement en de algemene directie eveneens een belangrijke rol. De IT, en technische en logistieke diensten kunnen ook rechtstreeks geconsulteerd worden door de Ombudsdienst. De betrokken diensthoofden binnen de respectievelijke departementen worden, als experts binnen hun vak, wel voorafgaand gevraagd om hun advies en inschatting te geven.

Enerzijds worden structurele zaken aangekaart in rechtstreeks overleg met de betrokken directie en zijn/haar diensthoofden of managers. Anderzijds wordt dit mee gekanaliseerd binnen de dienst kwaliteit en patiëntveiligheid. Dit gebeurt onder meer in het kader van een maandelijks overleg.

De wijze waarop wordt omgegaan met de signalen/klachten van structurele aard aangehaald door de Ombudsdienst varieert 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 het gedetecteerd structureel probleem op te lossen. De Ombudsdienst, samen en in overleg met het team kwaliteit en patiëntveiligheid blijft de gedetecteerde structurele problemen én de

verbeteracties opvolgen tot wanneer er zich hierover geen (of minstens veel minder) klachten over voordoen.

***Voorbeeld :** de vaststelling wordt gedaan dat zowel op de Facturatiedienst als op de Ombudsdienst regelmatig klachten komen met betrekking tot een aangerekend supplement. Deze aanrekening blijkt conform de wetgeving te zijn, maar de klagers geven aan hiervan op voorhand niet voldoende geïnformeerd te zijn. De Ombudsdienst onderzoekt deze problematiek in overleg met alle betrokkenen. Voorafgaand aan een gezamenlijk overleg worden alle bij de structurele klacht betrokken partijen door de Ombudsdienst individueel geconsulteerd. Uit dit onderzoek blijkt dat de patiënt informatie krijgt via de website en in de wachtkamer. Volgens 'de letter van de wet' volstaat dit. Uit de klachten blijkt echter dat dit voor sommige patiënten niet voldoende zou zijn. Er wordt daarom in gemeenschappelijk overleg beslist dat patiënt het wordt vermeld door het door patiënt te ondertekenen screeningformulier, 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 dienst facturatie.*

Het is dus steeds de bedoeling klachten niet enkel casuïstisch maar ook structureel te onderzoeken én aan te pakken.

2. Cijfergegevens

2.1. Aantal geregistreerde meldingen

Totaal aantal geregistreerde en afgesloten meldingen : 528	
<u>Opmerkingen:</u> ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.	
Overzicht van de geregistreerde meldingen	
Klachtendossiers	366 (=99 + 267)
Vragen om informatie	112
Pro-actieve meldingen	24
Vragen i.v.m. patiëntendossier/afschriften	26

TOTAAL geregistreerde meldingen	528

2.2. Klachten gerelateerd aan de rechten van de patiënt (99/366) :

Opmerkingen: ✓ 1 geregistreerde melding kan meerdere rechten van de patiënt betreffen	
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)	76
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	23
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)	1
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	4
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	8
Recht op klachtenbehandeling (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

2.3. Klachten niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt: 267/366

Opmerkingen: ✓ 1 geregistreerde melding kan meerdere klachten betreffen	
Medische aspecten	151
Administratieve aspecten	105
Organisatorische aspecten	77
Verpleegkundige aspecten	80
Facilitaire/technische aspecten	12
Paramedische/sociale aspecten	6

2.4. Doorlooptijd van geregistreerde meldingen

Doorlooptijd van het moment van registratie op de Ombudsdienst tot dag van afhandeling	
<= 1dag	131
2-10 dagen	212
11-20 dagen	72
21-30 dagen	59
31- 60 dagen	35
61-90 dagen	10
>90	9

De duur van de afhandeling van een dossier zegt niets over de kwaliteit van de behandeling van dit dossier. De 'echte' bemiddelingsdossiers vergen vaak veel tijd. Het aantal deelnemers speelt hierin een rol, alsook het verloop van de pendeldiplomatie die hieraan vooraf gaat. Indien bijvoorbeeld verschillende familieleden en artsen alsook nog eens verpleegkundigen samen in een bemiddelingsgesprek terecht komen, vergt dit een hele organisatie om de agenda's op elkaar afgestemd te krijgen.

2.5. Verwachtingen bij contactname met de Ombudsdienst

Verwachtingen van de melder	
<u>Opmerkingen:</u> ✓ 1 melding bevat vaak meerdere verwachtingen	
Signaal	160
Oplossing	104
Informatie	5
Luisterend oor	13
Bemiddeling, pendeldiplomatie, samenbrengen van partijen	314

Financieel akkoord	103
Correctie factuur	74
Schadeclaim	29

Het bieden van een “luisterend oor” door de ombudsdienst is van grote, niet te onderschatten waarde. Immers, het feit “present” te zijn voor de klager, te ‘luisteren’ naar wat men heeft meegemaakt en hoe men het heeft ervaren is vaak ook al helend voor de betrokkene(n). “Op verhaal kunnen komen” is een eerste stap in de richting van herstel van hetgeen in de beleving van betrokkene is misgelopen. Het laat ook toe zijn gedachten te ordenen, de dingen in perspectief te plaatsen en te helpen zijn/haar verwachtingen duidelijk te krijgen. Het is vaak in de eerste plaats een kwestie van het krijgen van “erkenning”.

Een klacht is ook vaak bedoeld als “signaal”. Enerzijds omdat men wil ‘gehoord’ worden, anderzijds omdat men een stem wil bieden aan diegene die zich niet kan laten horen. Vaak geeft de melder dan ook als motivatie voor zijn melding/signaal dat men niet wil dat iemand anders ook een gelijkaardige, negatieve ervaring moet ondergaan. Vaak betreft het dan ook een signaal dossier in combinatie met een klacht.

Naast het geven van een signaal, willen klagers ook vaak een oplossing. De vraag om annulering of aanpassing van de factuur komt regelmatig voor. Ook gebeurt het dat de melder een schadeclaim uit. “Oplossingen” kunnen daarnaast ook zijn: informatie krijgen die men tot dan toe gemist heeft of een aangenamer contact met de zorgverstrekker op de afdeling (indien de patiënt nog aanwezig is in het ziekenhuis), het terug vinden van verloren voorwerpen, het aangeboden krijgen van welgemeende excuses etc.

Voor sommige klachten is geen instant oplossing mogelijk. Wat gebeurd is, is gebeurd en kan niet teruggedraaid worden. Ook en misschien vooral in die situaties blijft luisteren, pendeldiplomatie, bemiddeling, geven van informatie en samenbrengen van partijen essentieel.

Ook mag men niet uit het oog verliezen dat vele zaken niet gemeld worden omdat het doen van een melding een toch wel niet onbelangrijke inspanning vraagt, men denkt “dat het toch niets gaat uithalen” of omdat patiënten/familie, (ten onrechte) vrezen voor “represailles”. Dit is jammer omdat er enerzijds vanzelfsprekend geen sprake is van “represailles” naar aanleiding van het doen van een melding en anderzijds veel, ook voor het AZ, nuttige feedback verloren gaat.

Het verder, bij een zo breed mogelijk publiek, bekend maken van de Ombudsdienst en van de patiënten rechten, via de verspreiding van de respectievelijke informatiebrochures over alle diensten van het AZ, werkt “drempelverlagend”.

Een melding, ongeacht de vorm (signaal/klacht/vraag tot oplossing/betwisting) bevat vaak structurele verbeterementen, nuttig voor de patiënt, andere patiënten én het AZ.

Een melding kan wel degelijk verandering teweeg brengen in het ziekenhuis. Elke melding moet dan ook gezien worden als “feedback”, een geboden kans tot verbetering en dus “een geschenk aan het AZ”. De melder houdt een spiegel voor, verzoekt erin te kijken en te zien vanuit het perspectief van de melder.

2.6. Klachtenratio

De klachtenratio wordt bepaald door het aantal klachtendossiers te delen door de som van het totaal aantal consultaties, daghospitalisaties en hospitalisaties, zonder de Medisch Technische Diensten) opgenomen patiënten (= inclusief forfaits chirurgisch dagziekenhuis) + het aantal dag klinische patiënten (exclusief forfaits chirurgisch dagziekenhuis) + het aantal ambulante patiënten. De klachtenratio wordt uitgedrukt in een percentage.

Klachtenratio (al dan niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt)	
Aantal klachtendossiers	366 (minus 34: Medisch Technische Diensten)=332
Aantal patiëntenbezoeken (zonder de Medisch Technische Diensten)	232.095
Klachtenratio	0,143%

3 Aanbevelingen

3.1. Communicatievaardigheden structureel verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod

Aan de basis van veel klachten ligt het gegeven dat de patiënt zich niet gehoord, gezien en/of begrepen voelt. Met andere woorden, dat de patiënt zich niet gerespecteerd voelt.

De snel veranderende en steeds complexer wordende maatschappij vraagt nog meer dan voorheen om grote communicatieve vaardigheden, waaronder:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden
- omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- conflictpreventie en de-escalatie
- communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Ook is het aan te bevelen verder te investeren in taallessen, Franse les maar ook Nederlandse les. Dit laatste is nuttig voor anderstaligen zorgverleners. Niet enkel de patiëntenpopulatie diversifieert, ook het zorgpersoneel is niet meer altijd Nederlandstalig.

Het beheersen van de voertaal en goede communicatieve vaardigheden dankzij constante, structurele opleiding draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat. Het komt de intermenselijke relaties en zodoende ook de kwaliteit van de patiëntgerichte zorgverlening ten goede.

3.2. Verder uitwerken en implementeren van het agressiebeleid

De Wet Patiëntenrechten bepaalt dat de patiënt en de gezondheidszorgbeoefenaar zich respectvol gedragen tegenover elkaar. Het feit dat dit bij wet opgelegd wordt bewijst op zich dat dit (helaas) niet langer vanzelfsprekend is.

Het tot voor kort ondenkbare is gebeurd. De verruwing in en van onze samenleving is ook binnen geslopen in de gezondheidszorg. Ook dit jaar ziet men (opnieuw) een toename van zowel verbaal (zoals impliciet of expliciet dreigen met fysiek geweld) als daadwerkelijk fysiek grensoverschrijdend gedrag vanwege de patiënt (of diens naasten) ten aanzien van de zorgverlener. Nochtans zou de werkplaats te allen tijde een veilige haven moeten kunnen zijn.

Deze nieuwe tendens heeft dan ook een grote impact op het veiligheidsgevoel, het psychisch welzijn, de motivatie en het werkplezier, zowel bij zij die direct als zij die indirect betrokken zijn bij agressie.

Ook omdat men kan vrezen dat de huidige tendens zich zal verder zetten is het aan te bevelen:

- een voor éénieder goed gekend agressiebeleid met duidelijke richtlijnen, consequente registratie en onmiddellijke opvolging van de agressiemeldingen verder uit te werken.
- eens op punt gesteld, het agressiebeleid actief te communiceren naar de patiënten/hun naasten toe. Dit met de duidelijke boodschap dat grensoverschrijdend gedrag niet wordt getolereerd. Dit kan via de digitale kanalen, banners, affiches, brochures,...

- de weerbaarheid van de zorgverlener te vergroten dankzij het verder uitwerken van opleidingen in geweldloze communicatie, hoe omgaan met agressie, assertiviteitstraining, ...
- het voorzien van laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning

3.3. Aandacht voor het psychosociaal welzijn van de zorgverlener

Daar het psychosociaal welzijn van de zorgverlener van invloed is op de kwaliteit van hun werk is het aan te bevelen hier voldoende aandacht voor te hebben. Het stimuleren van een goede verstandhouding tussen collega's (ook over de verschillende diensten heen), voldoende ontspanningsmomenten, ook tijdens de dienst, het aanmoedigen van een goed evenwicht werk en privé leven draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg én het behoud van gemotiveerde medewerkers. Het welzijn van de zorgverlener en het welzijn van de patiënt zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

3.4. Sensibiliseringscampagne rond de opdracht/functie van de spoeddienst

Jaar na jaar ziet men een toename van de wachtlijsten voor bepaalde specialismen, patiëntenstop en beperkte bereikbaarheid van huisartsen.

Hieraan gekoppeld (het is zoals communicerende vaten) ziet men de tendens dat patiënten (vaak stellende dat zij geen huisarts meer vinden of omdat zij menen te lang te moeten wachten voor een specialistenconsult) zich tot de spoeddienst wenden. Zij aanzien de spoeddienst zodoende als vervanging van de huisarts of als een snelle toegang tot de specialist.

Het is te vrezen dat deze tendensen zich in de komende tijd zullen bestendigen en mogelijks ook toenemen. Hierdoor komt de spoeddienst onder druk te staan. Dit verhoogt de wachttijden op spoed voor de patiënt, de werkdruk voor de zorgverlener en zet de relatie patiënt zorgverlener onder druk. Dit alles brengt uiteindelijk voor iedereen bijkomende stress met zich mee en heeft mogelijks een impact op de kwaliteitsvolle zorgverlening.

Het is daarom aan te bevelen via een sensibiliseringscampagne (digitaal, affiches,...) de patiënt inzicht te geven in de opdracht en functie van de spoeddienst.

2 februari 2026

Vanessa De Greef - Ombudsdienst

Jaarverslag van ombudsdienst AZ Sint-Elisabeth Ziekenhuis Zottegem
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	01/01/2025 – 31/12/2025

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)	Emily Motte
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/07/2024
Bestaffing	1 medewerker voor 0,8 VTE

Lokalisatie dienst	Apart bureau in het hoofdgebouw, gelijkvloers, route 12
Registratiesysteem	Zenya (Infoland)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum augustus 2024 Voor de medewerkers: - het huishoudelijk reglement ombudsdienst is beschikbaar op het intranet onder procedures. Voor de patiënt: - het kan door de patiënt of bezoeker opgevraagd worden aan een medewerker in het ziekenhuis. - het is te consulteren via de website
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisopleiding tot Bemiddelaar (najaar 2025)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Specialisatie Bemiddeling in Sociale Zaken (voorjaar 2026) Tweedaagse georganiseerd door VVOVAZ (april 2026) VVOVAZ bijeenkomsten
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>	Uittreksel uit het huishoudelijk reglement: • Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie; • Het voorkomen van misnoegdheid en klachten door de communicatie tussen de klager en de beroepsbeoefenaar te bevorderen; • Het opvangen en registreren van klachten, alsook het bemiddelen met het oog op het bereiken van een oplossing of herstel; • Het informeren van de klager over de mogelijkheden voor de verdere afhandeling van zijn klacht en/of informeren over eventuele alternatieve mogelijkheden; • Het formuleren van aanbevelingen om herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten te voorkomen; • Het beheren van documenten en gegevens in verband met klachten en de werking van de dienst; • Het opmaken van een jaarverslag overeenstemmend met de geldende wettelijke bepalingen terzake , met een overzicht van

	het aantal en het voorwerp van de klachten en het resultaat van de tussenkomsten tijdens het voorbije kalenderjaar • Naast de taak van bemiddeling bij klachten staat de ombudspersoon ook in voor de verwerking van vragen naar inzage dossier en afschrift dossier, tenzij dit rechtstreeks door de beroepsbeoefenaar wordt geregeld. Tenslotte, fungeert de ombudspersoon ook als tussenpersoon bij de opstart en opvolging van relevante verzekeringsdossiers en deze van het FMO.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Alle klachten worden door de ombudspersoon behandeld, ook zij die niet rechtstreeks betrekking hebben op de wet op de patiëntenrechten. Uittreksel uit het huishoudelijk reglement: Ontvangst van een klacht Een klacht kan mondeling of schriftelijk geuit worden. Ook ongenoegen of mistevredenheid die (anoniem) geuit wordt in de tevredenheidsenquêtes wordt als klacht geregistreerd. 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. Anonieme klachten (= zonder identificatie van de klager) worden geregistreerd en eventueel onderzocht. Ze worden niet teruggekoppeld aan de klager, ook al kan de identiteit van de klager achterhaald worden aan de hand van de casus. In het geval klagers zich persoonlijk naar het ziekenhuis begeven is het onthaal van het ziekenhuis het eerste aanspreekpunt. Zij verwittigen de ombudspersoon telefonisch. De ombudspersoon werkt zo veel mogelijk op afspraak bij het voeren van persoonlijke gesprekken met de klager. Indien een klacht wordt geuit aan een medewerker van het ziekenhuis en de betrokken medewerker/zorgverstrekker slaagt er niet zelf in de ontevredenheid van de patiënt weg te nemen, dan moet aan de klager gemeld worden dat er een ombudspersoon in het ziekenhuis beschikbaar is. De klager beslist dan zelf of hij zijn klacht bij deze uit. De betrokken medewerker/zorgverstrekker en klager worden steeds aangemoedigd zelf de verantwoordelijkheid in het dispuut te nemen en de confrontatie in eerste instantie met elkaar aan te gaan. Patiënten worden geïnformeerd over hun recht om een klacht te uiten via informatie op de ziekenhuiswebsite, in brochures of op informatieschermen. Afhandeling van de klacht Afhankelijk van de situatie of de wijze van uiten van de klacht wordt de klager gehoord. In deze fase wordt aan de klager 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. Indien blijkt dat de ombudsdienst niet bevoegd is voor de behandeling van een klacht, wordt dit (schriftelijk) meegedeeld aan

	de klager en indien mogelijk doorverwezen naar de bevoegde instantie. De ombudspersoon heeft geen onderzoeksbevoegdheid wat betreft de grond van de zaak en kan zich niet uitspreken over de aard van de problematiek (wel of geen medische fout, therapeutisch risico of toeval, schuld ...). Dit vraagt een afzonderlijke deskundigheid. Elk geformuleerd voorstel staat dan ook volledig los van genoemde aard, en vormt op zichzelf geen erkenning of bevestiging van fout, schuld en dergelijke meer. Afhankelijk van de inhoud van de klacht wordt een rechtstreeks of onrechtstreekse bemiddeling gevoerd. <u>Rechtstreeks bemiddeling</u> Er wordt een gesprek georganiseerd met de klager (eventueel vergezeld van familieleden of vertrouwenspersoon), betrokken beroepsbeoefenaar(s) en de ombudspersoon. De klacht wordt rechtstreeks afgehandeld. <u>Onrechtstreeks bemiddeling</u> De klacht wordt besproken met de betrokken beroepsbeoefenaar(s) of de verantwoordelijke directeur. Het registratiedocument wordt doorgemailed, met eventueel een brief of andere bijlagen van de klager (bv. foto's, medische verslagen...) 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). De ombudsdienst poogt een voor alle partijen haalbare oplossing te bereiken en houdt alle partijen op de hoogte (schriftelijk of mondeling) over het resultaat van de bemiddeling. Wanneer blijkt dat een klacht ook mogelijk financiële implicaties heeft, kan de ombudspersoon de facturen die betrekking hebben op de klacht bij de dienst boekhouding laten blokkeren. Bij het afsluiten van het ombudsdossier zal de ombudspersoon de facturen laten deblokken en bij een akkoord de facturen laten aanpassen. Indien de klager tijdens of na het bemiddelingsproces een schadeclaim uit, meldt de ombudspersoon de klacht aan de betrokken arts en zal diens verzekeraar ingeschakeld worden. Opvolging na meedelen besluit Indien de klager akkoord gaat met het voorstel, wordt het dossier afgesloten. Indien hij niet akkoord gaat wordt gezocht naar een andere oplossing of wordt de klager voorgesteld welke andere mogelijkheden er zijn om zijn klacht te behandelen. Binnen een termijn van maximaal 3 maanden, tellend vanaf het moment van het uiten van de klacht, moet, behoudens onvoorziene omstandigheden, een oplossing gevonden zijn/een alternatief geboden zijn die voor partijen aanvaardbaar is. Verwerking, verslag, aanbevelingen Alle klachten worden geregistreerd in een elektronische databank <i>Zenya</i>, dat uitsluitend door de ombudspersoon kan geraadpleegd worden. Driemaandelijks wordt door de ombudspersoon anoniem verslag uitgebracht in het Directiecomité over afgewerkte klachten of klachten waarbij er een nieuwe, belangrijke evolutie is. Klachten waarin een beslissing door het Directiecomité dient te worden

	genomen, worden telkens meegenomen naar het eerst mogelijke Directiecomité. De klachten die in het Directiecomité werden besproken (ter besluitvorming of alleen als rapportage) worden geanonimiseerd opgenomen in het verslag van het Directiecomité. Uit de gegevens van de databank wordt het jaarverslag opgemaakt. Uit de resultaten worden aanbevelingen gedaan aan het directiecomité om te vermijden dat de klacht zich herhaalt. Aanbevelingen kunnen ook gebeuren op het periodiek overleg met het directiecomité, en hoeven niet te wachten tot het jaarverslag is opgemaakt.

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

- Elke ontvangen klacht wordt gelezen/gehoord en beantwoord.
- De verwachtingen van de patiënt worden bevraagd.
- Bij het uiten van een klacht wordt de klager geïnformeerd over patiëntenrechten, de procedure en/of mogelijkheden van afhandeling van de klacht.
- De betrokken arts, zorgverlener, medewerker of voorziening en diensten m.b.t. het administratief, facilitair of een ander departement en eventueel leidinggevende wordt namens ombudsdienst (via mail of telefonisch) ingelicht dat een klacht werd ingediend.
 - › Indien de klager zijn klacht uit tegenover een arts wordt de arts daarvan op de hoogte gesteld alsook de hoofddarts, indien de patiënt dit wil.
 - › Indien de klager zijn klacht uit tegenover de zorgverlener wordt de hoofdverpleegkundige van de betrokken afdeling en de zorgmanager daarvan op de hoogte gesteld, alsook de verpleegkundig directeur, indien de patiënt dit wil.
 - › 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', in samenwerking met de directie.
- De ombudspersoon verzamelt en documenteert informatie en bevraagd 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 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.
- De ombudspersoon streeft naar een oplossing of herstel, maar kan niet garanderen dat dit ook gerealiseerd wordt.
- Alle stappen worden geregistreerd in Zenya (Infoland)

Gedurende het bemiddelingsproces is de ombudsdienst onderstaande basisprincipes indachtig:
Uittreksel uit het huishoudelijk reglement:

Basisprincipes

De opdracht van de ombudspersoon is een inspanningsverbintenis en geen resultaatsverbintenis ten aanzien van partijen. Dit betekent dat de ombudspersoon streeft naar een oplossing of herstel, maar niet kan garanderen dat dit ook gerealiseerd wordt.

De ombudspersoon

- is niet verantwoordelijk voor het al dan niet bereiken van een aanvaardbare oplossing;
- mag niet betrokken geweest zijn bij feiten of personen waarop een klacht betrekking heeft; is verplicht het beroepsgeheim te respecteren en een strikte neutraliteit en onpartijdigheid te bewaren. Tijdens het proces van bemiddeling mag deze geen standpunt innemen.

- heeft een onafhankelijke positie ten aanzien van de directie en het bestuur van het ziekenhuis. De ombudspersoon is geen verantwoording verschuldigd over het bemiddelingsproces, maar heeft wel een informatieplicht ten aanzien van de directie en het bestuur van het ziekenhuis;
- werkt zelfstandig, vrij en onafhankelijk;
- vervult een staffunctie rechtstreeks onder de ziekenhuisdirecteur, zonder dat dit de onafhankelijkheid schaadt; heeft in de uitvoering van de functie ongehinderd toegang tot alle personen die bij een klacht betrokken zijn, en tot alle relevante informatie. De ombudspersoon legt de verworven informatie voor aan de bij de bemiddeling betrokken partijen, zonder daarbij een standpunt in te nemen.
- kan niet worden gesanctioneerd wegens daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van zijn opdracht stelt;
- respecteert een strikte neutraliteit en onpartijdigheid, en streeft naar een voor alle betrokkenen aanvaardbare oplossing;
- heeft enkel toegang tot gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van zijn/haar wettelijke opdracht

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

Het registratieformulier werd aangepast en is in werking vanaf 01/01/2025. Dit is uitgebreider en diepgaander in vergelijking met vorig jaar.

Ombudsdienst merkt op dat patiënten vaker gebruik maken van AI-toepassingen om hun klacht of melding te formuleren. AI is een goede hulp om de drempel te verlagen om een melding te doen, maar we mogen het menselijke aspect van bemiddeling niet uit het oog verliezen.

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

Opmerkingen:

- 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- Er is sinds 01/01/2025 een nieuw formulier voor de verloren / beschadigde voorwerpen. Deze worden dus niet langer onder 'klachten>organisatorische aspecten' geregistreerd.
- 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	311
Aantal infodossiers	68
Aantal pro actieve dossiers	14
Aantal opvragingen patiëntendossier	78 (70 afschrift medische dossier en 8 inzage medisch dossier)
Aantal 'andere'	11

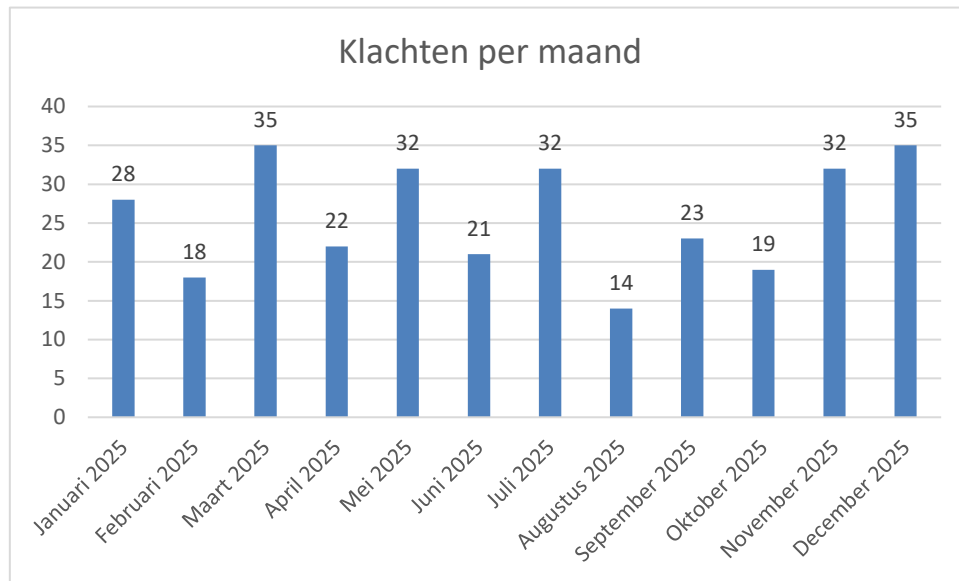
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

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.
- Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	120
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	7
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	4
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	7
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

KLACHTEN PER MAAND

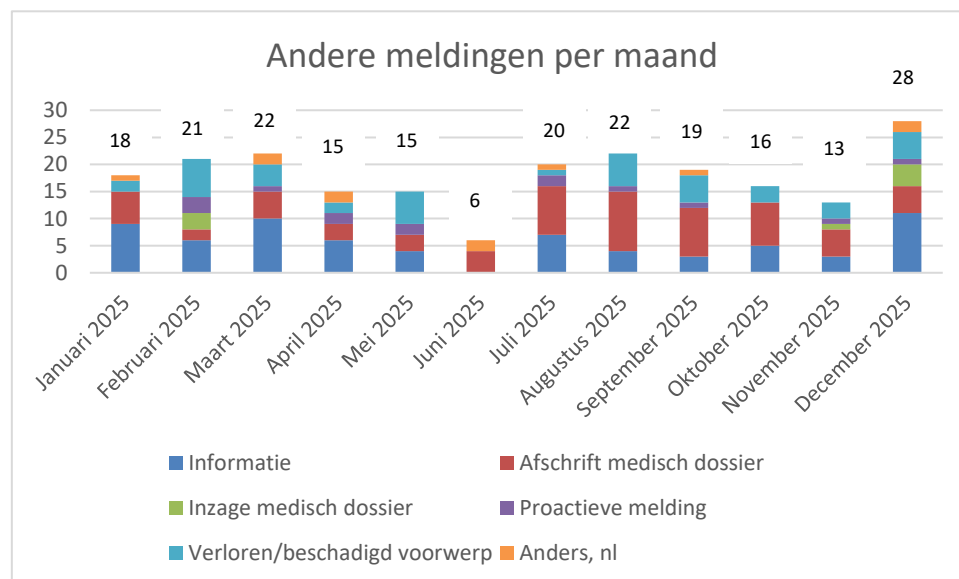


Op basis van deze cijfers zijn er gemiddeld 26 klachten per maand.

Het verschil tussen de maanden met de meeste klachten (35) en die met de minste (14) bedraagt 21. Dit toont aan dat er een grote variatie is, wat betekent dat de werkdruk per maand sterk kan wisselen. Het is moeilijk te stellen dat een bepaalde periode druk of minder druk is.

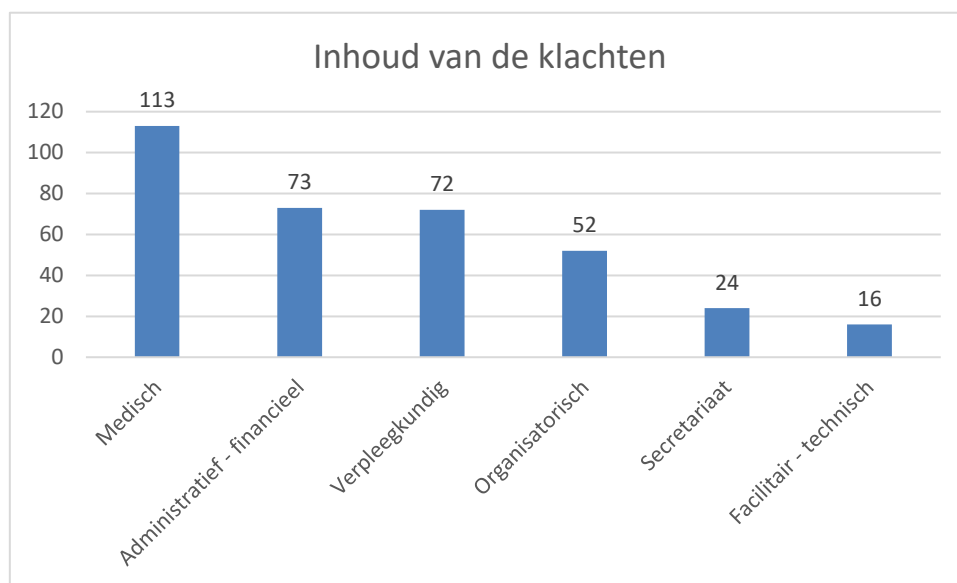
Als we vergelijken met vorig jaar dan zien we een stijging van het totaal aantal klachten met 5% (296 in 2024 ten opzichte van 311 in 2025). Er dient wel opgemerkt te worden dat de verloren/beschadigde voorwerpen in 2024 onder 'klachten > organisatorisch' werden geregistreerd, daar waar er in 2025 een apart formulier voor opgemaakt is. In 2025 waren er 44 meldingen van verloren/beschadigde voorwerpen. In principe zal de totale stijging dus meer zijn dan 5%.

ANDERE MELDINGEN PER MAAND



Naast klachten ontvangt de ombudsdienst ook verscheidene andere meldingen. Op basis van deze cijfers zijn er gemiddeld 18 andere meldingen per maand.

INHOUD VAN DE KLACHTEN



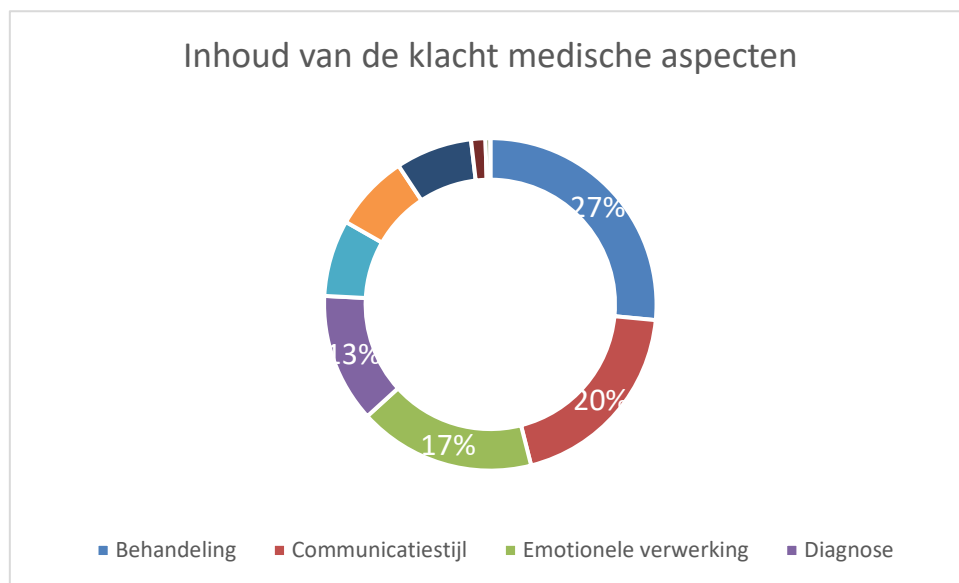
Drie grootste aspecten zijn:

- de medische aspecten (23% stijging t.o.v. 2024)
- de administratief – financiële aspecten (7% stijging t.o.v. 2024)
- de verpleegkundige aspecten (53% stijging t.o.v. 2024)

Organisatorische aspecten zijn gedaald met 38%, wat te verklaren valt door het feit dat verloren/beschadigde voorwerpen sinds 01/01/2025 worden geregistreerd in een ander formulier. Facilitair technisch zien we ook een daling met 54% t.o.v. 2024.

De klachten met betrekking tot de secretariaten worden sinds 2025 bijgehouden. Een vergelijking met vorig jaar is dus niet mogelijk.

INHOUD VAN DE KLACHT – MEDISCHE ASPECTEN



Wanneer er dieper wordt ingegaan op de klachten medische aspecten, valt op dat het merendeel van deze klachten betrekking heeft op de behandeling (27%). Dit wordt gevolgd door communicatiestijl (20%) , emotionele verwerking (17%) en diagnose (13%).

In 2025 werd in de registratie een opsplitsing gemaakt tussen behandeling en diagnose, daar waar er in 2024 enkel werd geregistreerd op behandeling.

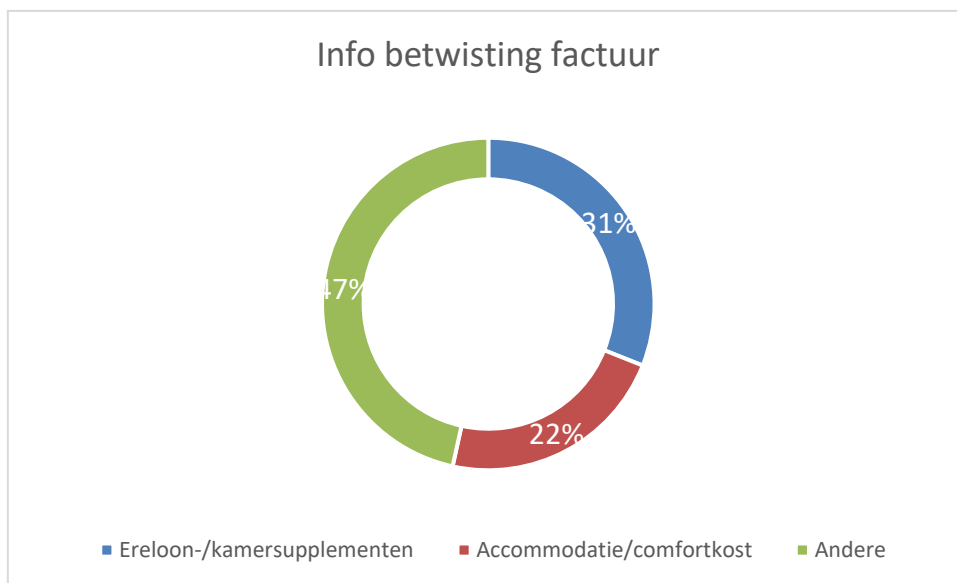
In vergelijking met 2024 komen dezelfde knelpunten naar boven:

- behandeling (en diagnose) – stijging 15% t.o.v. 2024
- communicatiestijl – stijging 17% t.o.v. 2024
- aandacht/opvang (emotionele verwerking) - stijging 106% t.o.v. 2024

De 'top 3' van knelpunten is dezelfde als in 2024.

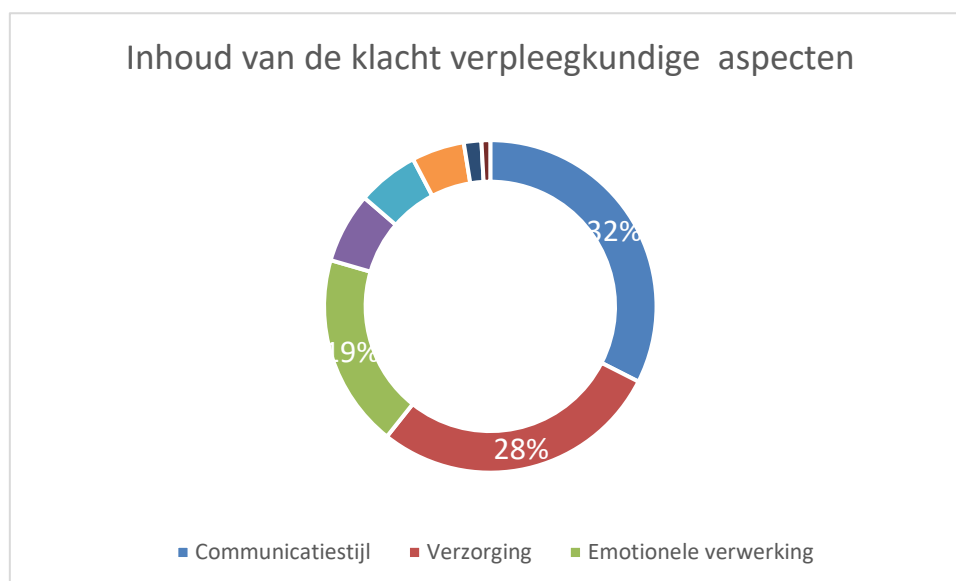
INHOUD VAN DE KLACHT – ADMINISTRATIEF - FINANCIËLE ASPECTEN

83% van de klachten omtrent administratief/financiële aspecten betreft het factuurbedrag. Ook in 2024 hadden de meeste klachten omtrent administratief/financieel betrekking op de facturatie.



Het grootste deel omvat hier het luik 'andere' waarbij het dan gaat om bv: betwisting van sommige forfaits, kostprijs van onderzoeken, onderzoeken op zich, maar soms ook een fout in de factuur.

INHOUD VAN DE KLACHT – VERPLEEGKUNDIGE ASPECTEN



Wanneer er dieper wordt ingegaan op de klachten verpleegkundige aspecten, valt op dat het merendeel van deze klachten betrekking heeft op de communicatiestijl (32%). Dit wordt gevolgd door verzorging (28%) en emotionele verwerking (19%).

In vergelijking met 2024 komen dezelfde knelpunten naar boven:

- verzorging – stijging 37% t.o.v. 2024
- communicatiestijl – stijging 27% t.o.v. 2024
- aandacht/opvang (emotionele verwerking) - stijging 20% t.o.v. 2024

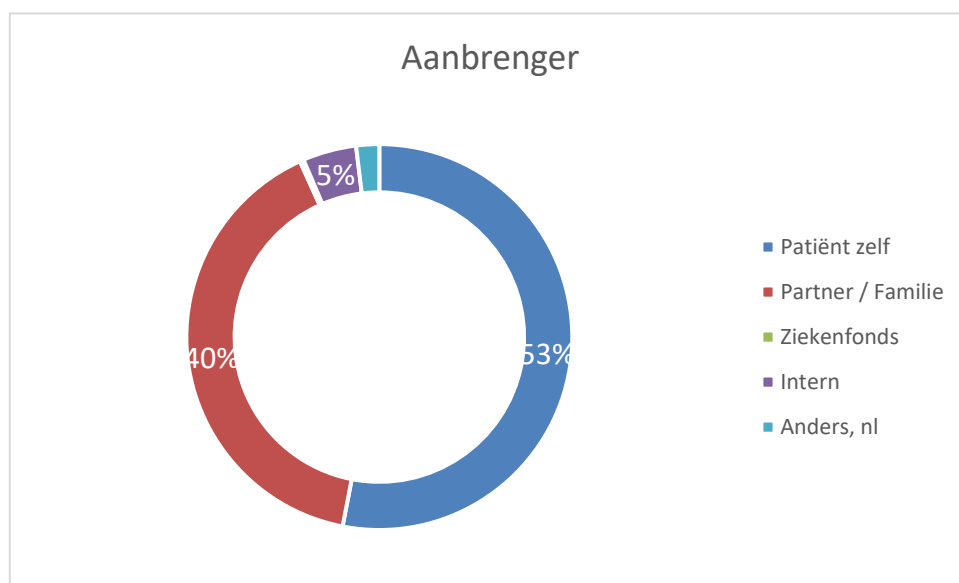
Met de kanttekening dat de 'top 3' van de knelpunten wel licht anders is:

2024	2025
1. verzorging	1. communicatiestijl
2. communicatie	2. verzorging
3. aandacht/opvang	3. emotionele verwerking

Als dieper wordt ingaan op de medische en verpleegkundige klachten, valt op dat de drie belangrijkste knelpunten overeenkomen, namelijk

- behandeling (27%) /diagnose (13%) en verzorging (28%)
- communicatiestijl medisch (20%) en verpleegkundig (32%)
- emotionele verwerking medisch (17%) en verpleegkundig (19%)

AANBRENGER

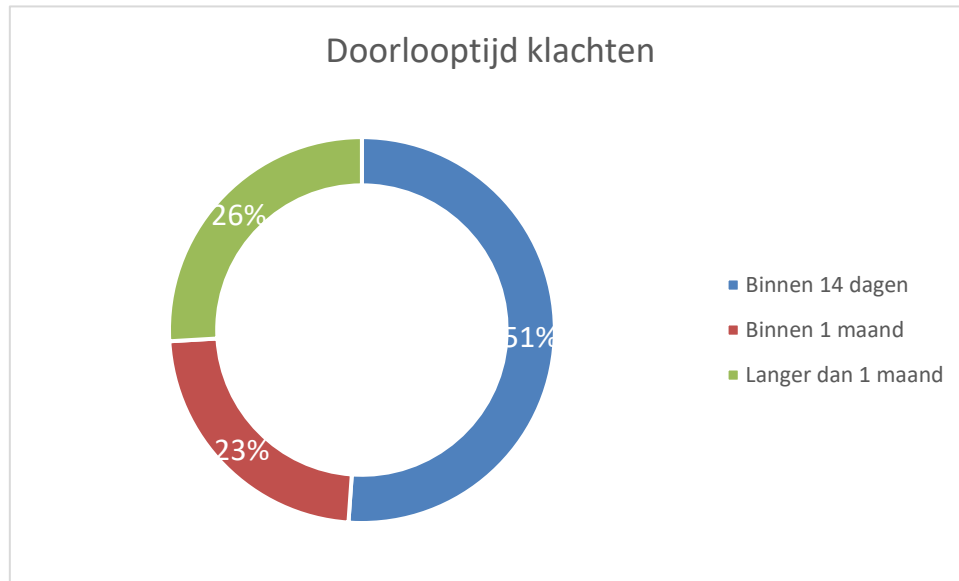


Net zoals vorig jaar is het vooral de patiënt of de familie van de patiënt die het grootste deel uitmaken van de aanbrenger.

Er is een heel kleine verschuiving ten opzichte van 2024:

- patiënt -1%
- familie + 1%

DOORLOOPTIJD



Net meer dan de helft van de klachten wordt binnen de 14 dagen afgehandeld. 49% heeft een langere doorlooptijd waarvan 26% langer dan 1 maand.

In vergelijking met 2024 kan gesteld worden dat de doorlooptijd voor de klachten langer wordt.

Een verklaring hiervoor is:

- toenemend aantal klachten;
- meer tijdsinvestering in behandeling van klachten, i.e. moeilijker, complexere en intensievere dossiers;
- andere meldingen naast klachten: in 2025 waren er in totaal 526 meldingen waarvan 59% klachten en 41% met betrekking tot informatie, afschrift medisch dossier, inzage medisch dossier, pro-actieve meldingen, verloren/beschadigde voorwerpen en andere (cfr. pag.9);
- Als enige medewerker op de ombudsdienst (0,8 VTE) is het een bijkomende moeilijkheid om na periodes van afwezigheid, waarbij de instroom aan meldingen niet stopt, deze te verwerken en de reeds lopende verder op te volgen.

In het registratieformulier werden enkele zaken aangepast waardoor er voor 2026 uit de cijfers kan gehaald worden (aan de hand van meerdere parameters) hoe complex een dossier is en de invloed hierop op de doorlooptijd. Dit om aan te tonen dat het vaak om veel meer gaat bij een ombudsdienst dan één melding en één eenmalige terugkoppeling.

Aanbeveling spoed

De Spoedgevallendienst is 24/7 open voor dringende medische hulp. Soms wordt deze echter door patiënten en diens familieleden als het ware beschouwd als een *drive-in*.

Het reguliere systeem wordt niet gebruikt en de toegankelijkheid van de spoeddienst (mis-) of verkeerdelijk gebruikt, i.e. een onrechtmatig gebruik.

Uit de klachten en meldingen kan echter ook worden afgeleid dat de patiënt vaak het gevoel heeft niet gehoord te worden, *aux sérieux* genomen te worden, i.e. dat er van uitgegaan wordt dat de patiënt er 'niet rechtmatig' is.

Daarom adviseert de ombudsdienst voor een duidelijke campagne, informatie vanuit de overheid inzake het gebruik van de spoeddienst en in te zetten op de toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg.

Aanbeveling empathie en communicatie

Naast de effectieve zorg zijn empathie en communicatie ook een belangrijke pijler in de zorg voor patiënten.

Uit de klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen en serieus genomen worden. Wanneer zorgverleners hier op inzetten, verhoogt niet alleen het vertrouwen maar ook de tevredenheid. Empathische communicatie kan misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Transparante communicatie via een open, eerlijk en respectvol dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg, bij elk contact.

Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Daarnaast is informeren over praktische en organisatorische zaken ook van grote waarde om (on)realistische verwachtingen te kunnen bijsturen en het risico op opgekropte (onuitgesproken) frustraties te minimaliseren.

Daarom adviseert de ombudsdienst om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling perceptie en beleving.

Een klacht bestaat meestal niet uit één iets. Vaak gaan er meerdere gebeurtenissen mee gepaard, of haalt een patiënt of familie er andere gebeurtenissen van vroeger bij.

Deze gebeurtenissen zijn vaak klein t.o.v. de initiële klacht, bv. de wachttijd, de manier van aanspreken, kunnen kiezen voor de maaltijd, als familie kunnen helpen bij bv eten, tanden poetsen...

Door aandacht te besteden aan de beleving en de perceptie, kan de zorg beter aansluiten bij de behoeften en verwachtingen van de patiënt en zijn familie.

Daarom adviseert de ombudsdienst om ook aandacht te hebben voor de totaalbeleving in het ziekenhuis van zowel patiënt als familie. Niet alleen de medische uitkomst, maar ook de manier waarop zorg wordt aangeboden. Inspraak van patiënten en diens familie kunnen waardevolle inzichten opleveren voor het verbeteren van processen en dienstverlening.

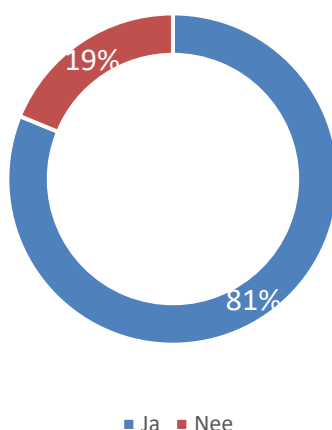
Aanbeveling verslaggeving

Patiënten hebben vandaag de dag eenvoudig toegang tot hun medisch dossier. Dit maakt verslaggeving transparanter, maar ook vatbaar voor discussie.

Daarom adviseert de ombudsdienst om hier met de nodig aandacht mee om te gaan.

Verzoeningsresultaten

Verzoeningsresultaat



Bij 81% van de klachten werd een verzoeningsresultaat behaald.

Het is echter moeilijk om verzoeningsresultaten objectief te beoordelen. Soms zijn mensen wel tevreden met de tussenkomst van de ombudsdienst maar niet met de ontvangen terugkoppeling of finaal resultaat.

Daarnaast gebeurt het ook dat mensen een melding maken en eenzijdig afbreken door geen respons meer te geven. Deze vallen ook onder de 19% geen verzoeningsresultaat.

In 2024 werden hierover geen concrete cijfers bijgehouden en is het dus niet mogelijk om een vergelijking te maken.

Jaarverslag van de ombudsdienst van Revalidatieziekenhuis RevArte
t.a.v. de Vlaamse ombudsvrouw
KALENDERJAAR 2025

(Vóór 10.02.2026 op te sturen naar jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

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 het Geriatriesch Dagziekenhuis
Aantal campussen	1
Naam ombudsfunctionaris	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 (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Huishoudelijk Reglement Ombudsdienst dd. 22/11/2018. Te raadplegen via de website van het ziekenhuis of bij de ombudspersoon zelf.
VVOVAZ	-In 2025 vond 1 Algemene vergadering plaats: °20/06/2025 (Muntpunt Brussel) <i>Agenda: lopende contacten en projecten (financiële stavaza met voorstelling jaarrekening, leden, opleidingsprogramma's, werkgroep peter-meterschap, werkgroep registratie en benchmarking, stavaza lopende contacten met onze belangrijke partners zoals de Vlaamse Ombudsdienst, Federale ombudsdienst, Agentschap Zorg, Vlaams patiëntenplatform) en lopende projecten, vertrouwelijkheid van de ombudswerking, voorstelling provinciale werking, ...)</i>
Regionale vergaderingen, vormingen, lezingen in kader van bemiddeling in betrokken kalenderjaar	-In 2025 vonden 4 provinciale overlegmomenten plaats bij VVOVAZ provincie Antwerpen: °06/03/2025 - AZ Imelda, Bonheiden <i>AGENDA: Bespreking nieuw voorzitterschap prov. Antwerpen, geen benchmark in 2025, aanbevelingen jaarverslag, forfaitaire aanrekening voeding en drank aan patiënt, zorgvolmacht, CM rondgang in ziekenhuizen, rol ombudspersoon bij aangifte verzekeringen.</i> °06/05/2025 – AZ Rivierenland - Reet <i>AGENDA: Nieuwe voorzitter prov. Overleg Antwerpen, werkgroep peter-/meterschap, werkgroep registratie, alternatieven voor opleidingen, vermelden interessante studiedagen, casusbespreking, wie mag er klacht indienen, delen patiëntendossier, aanpak intervisie, beleid verloren voorwerpen.</i> °11/09/2025 – Cadix - ZAS ziekenhuis, Antwerpen <i>AGENDA: Filmpje Rechten van de patiënt van de firma CAST-animation, werking VVOVAZ provincie Antwerpen, nieuwe aanpak met AI, whatsapp-groep prov. Antwerpen, gastspreker(s), enquêtes, informeel moment, studiedagen en vormingen, resultaat bevraging ombudspersonen, wat met zich excuseren namens het team, intervisie in een nieuw kledje.</i> °09/12/2024 - AZ Herentals <i>AGENDA: Werking prov. Antwerpen, inspiratie en vorming, AI toepassen in onze werking, casuïstiek en prangende vragen, alternatieven na bemiddeling, zorgvolmacht & bewindvoerder hoe registreren.</i> -Deelname aan vormingen/lezingen: * 12/09/2025: Studienamiddag UA i.s.m. Antwerp Health Law & Ethics Chair. "Patiëntendossier anno 2025, Beroepsgeheim, GDPR & EHDSR.

Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling, louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer. Ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiënten dossier); preventieve opdracht..</i>	-Behandeling van melding/klachten i.v.m. de wet op de patiëntenrechten dd. 22/08/2002 (aangepast op 6/02/2024 en gepubliceerd in het BS op 23/02/2024). alsook: -behandeling van meldingen/klachten niet gerelateerd aan de wet op de patiëntenrechten (bijv. klachten die te maken hebben met ongenoegen en ontevredenheid rond administratieve en financiële aspecten (bijv. facturatie, bep. dienstverlenings-tarieven..), facilitaire aspecten (bijv. maaltijden, schoonmaak), technische aspecten (bijv. kamercomfort, parking, lawaaihinder), en organisatorische aspecten (bijv. afsprakenregeling, ontslagregeling, opnameregeling, wachttijden...); -begeleiding inzage/afschrift patiëntendossier.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	-Verwijzing naar het Huishoudelijk Reglement van de ombudsdienst dd. 22/11/2018 - zie website: https://www.revarte.be/nl/patient/patientgerichte-aanpak/ombudsdienst-revalidatieziekenhuis-revarte/ .

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
-Patiënten worden geadviseerd om bij problemen, ontevredenheid.. zich in 1^{ste} instantie te richten tot de beklaagde (betrokken zorgverlener, andere medewerker...) bij wie de klacht of de reden tot ongenoegen/frustratie ontstond. 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 patiënttevredeheidsenquêtes, die ze bij ontslag ontvangen. O.b.v. deze enquêtes maakt de instelling (via de kwaliteits-coördinator) analyses. In het jaarverslag formuleert de ombudspersoon een besluit 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 2025.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier <u>niet</u> 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.	
Totaal aantal ombudsdossiers	Totaal: 129 dossiers; waarvan 52 gerelateerd aan de wetgeving betreffende de patiëntenrechten.
Aantal infodossiers	41
Aantal verzoeningsdossiers	48
Aantal pro actieve dossiers	5
Aantal dossiers als signaal	36
Aantal opvragingen patiëntendossier	Zie verder.
Aantal 'andere'	Van de 129 dossiers waren er 77 dossiers niet gerelateerd aan de wet op de patiëntenrechten.

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

Opmerkingen:

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

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	21
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over de bevoegdheid & bekwaamheid van de zorgverstreker (Art. 6 §2)	0
Recht op informatie over de verzekeringsdekking van de zorgverstreker (Art. 6 §3)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (inzicht & evolutie ervan) (Art. 7§1)	1
De gezondheidszorgbeoefenaar informeert zich over de situatie en voorkeuren van actuele en toekomstige zorg van de patiënt (op maat-voldoende tijd en kans tot vraagstelling-evt. schriftelijke info) (Art. 7§2)	0
Recht om niet te weten (therapeutische exceptie) (Art. 7§3)	0
Gradueel meedelen van info aan de patiënt door de gezondheidszorgbeoefenaar (indien nadeel voor gezondheid van de patiënt aanwezig) (Art. 7§4)	0
Recht op geïnformeerde toestemming & streven samen tot een beslissing te komen (Art. 8§1)	3
Recht op voorafgaandelijke, tijdige informatie i.v.m. de voor- genomen tussenkomsten (Art. 8§2)	2
Recht op weigering van een tussenkomst of tot intrekking van de geïnformeerde toestemming (Art. 8/1)	0
Recht tot opname van de wilsuiting over een tussenkomst i.k.v. een moment waarop de patiënt niet meer in staat is zijn rechten uit te oefenen in een voorafgaande wilsverklaring (Art. 8/2§1)	0

De gezondheidszorgbeoefenaar houdt rekening met de voorafgaande wilsverklaring en eerbiedigt deze weigering (Art. 8/2§2)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage en toelichting over de inhoud van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	4
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	17
Recht op onrechtstreekse, gemotiveerde inzage van het patiëntendossier na overlijden door een gezondheidszorgbeoefenaar (Art. 9 §4)	1
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	5
Recht op het neerleggen van een klacht bij de bevoegde ombudsfunctie (Art. 11§1)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Toelichting bij de patiëntenrechten:

Voor meer info zie: [Je rechten als patiënt](#) | [FOD Volksgezondheid](#)

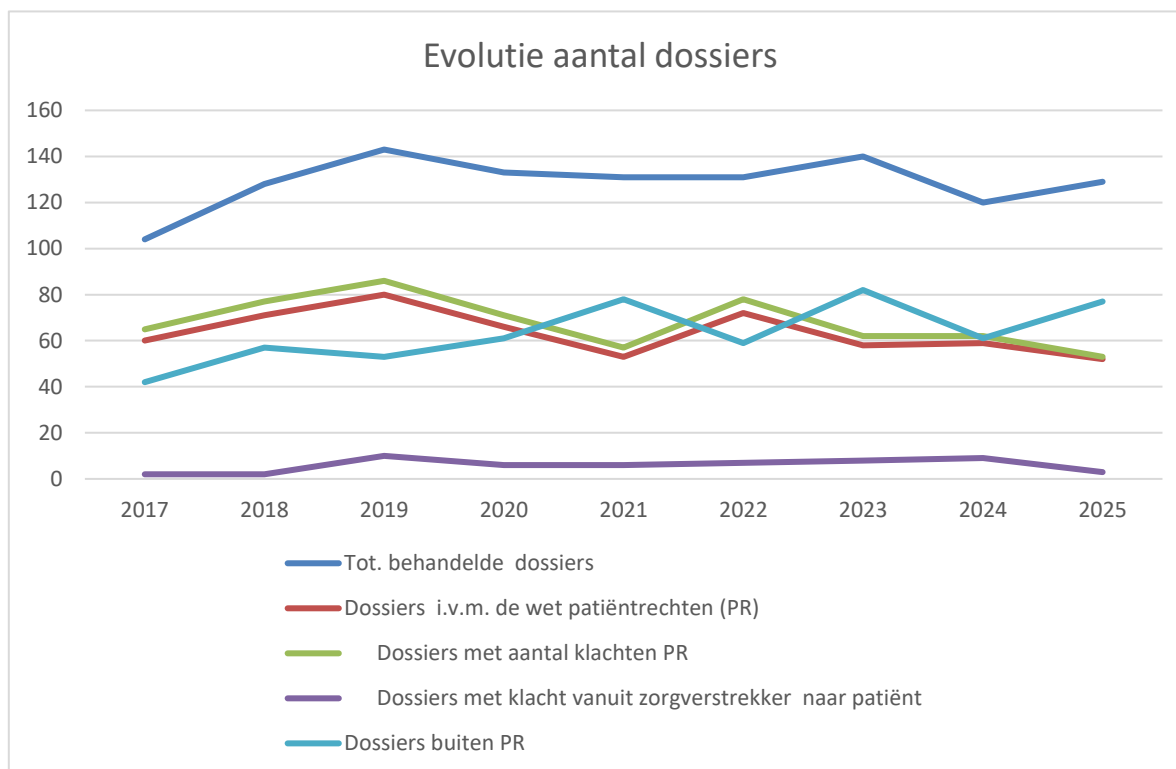
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt

74

Tabellen/grafieken.....:

Algemeen overzicht behandelde meldingen/klachten:

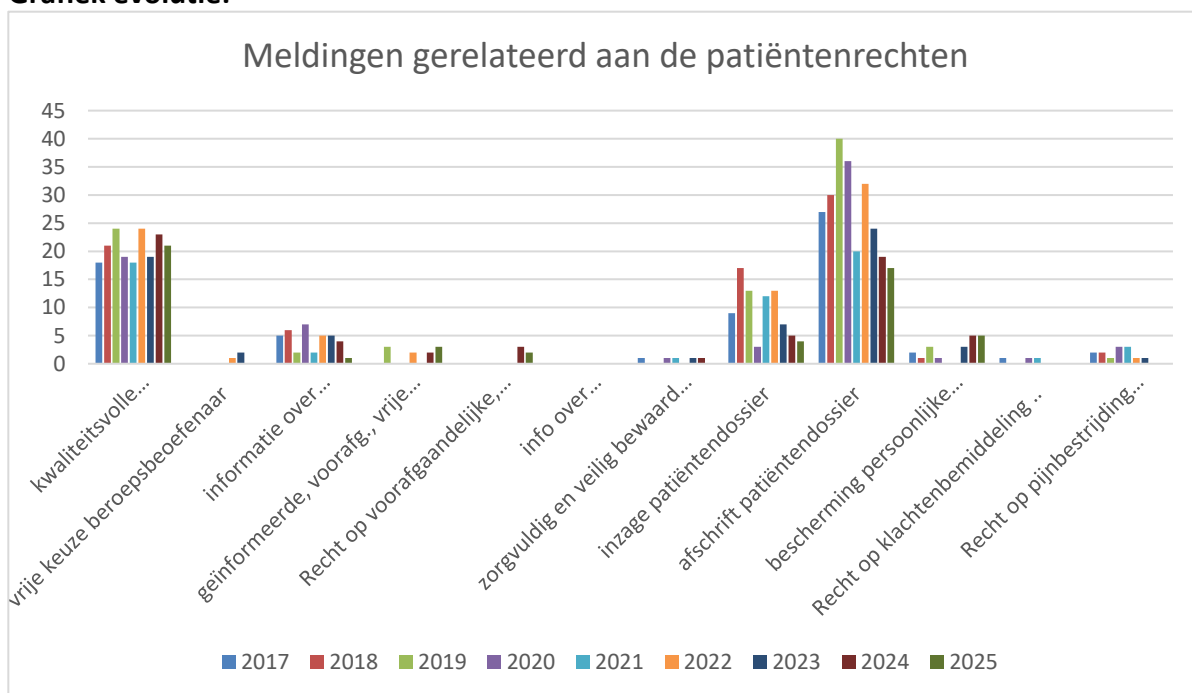
	2025
Behandelde dossiers	129
Dossiers i.v.m. de wet patiëntenrechten (WPR)	52
met aantal klachten WPR	53
Dossiers met klacht vanuit zorgverstrekker naar patiënt	3
Dossiers buiten WPR	77



Overzicht aantal meldingen/klachten gerelateerd aan de patiëntenrechten:

	2025
kwaliteitsvolle dienstverlening	21
vrije keuze beroepsbeoefenaar	0
informatie over gezondheidstoestand	1
Geïnformeerde vrije toestemming	3
Recht op voorafgaandelijke, tijdige informatie i.v.m. de voorgenomen tussenkomsten	2
zorgvuldig en veilig bewaard patiëntendossier	0
inzage patiëntendossier	4
afschrift patiëntendossier	17
bescherming persoonlijke levenssfeer	5
Recht op klachtenbemiddeling	0
Recht op pijnbestrijding gerichte zorg	0

Grafiek evolutie:



Bijkomende informatie/opmerkingen:

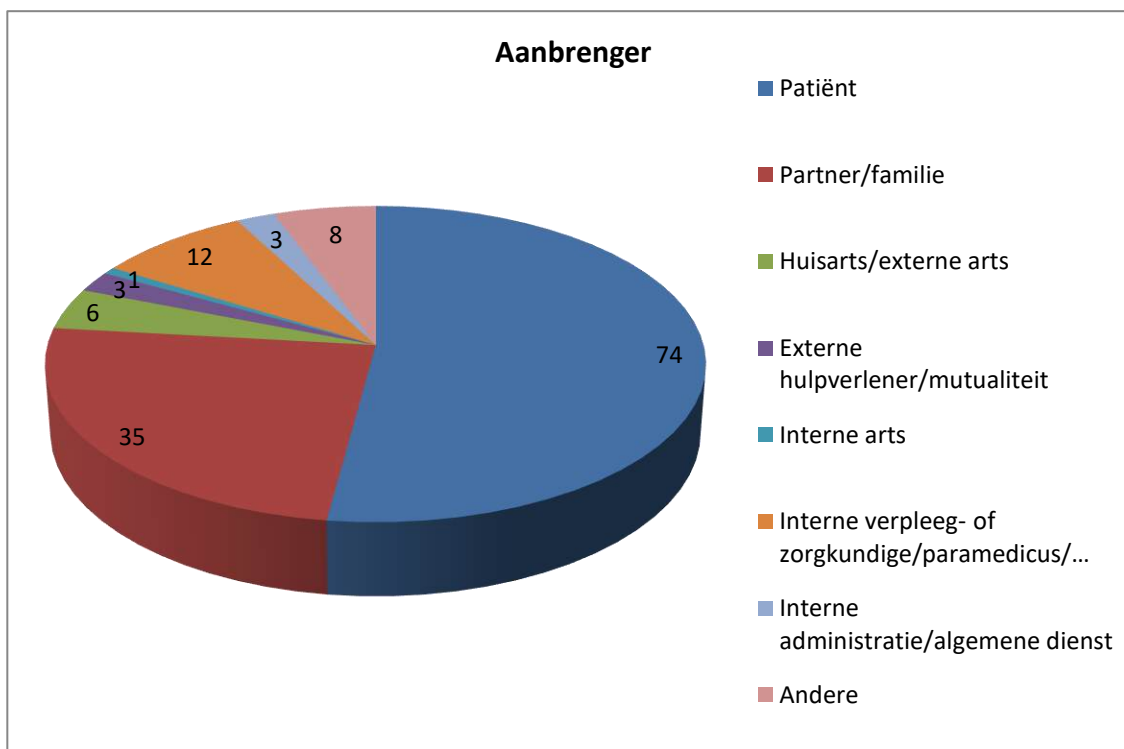
AANBRENGER

2025

In 2025 waren het voornamelijk **de patiënten zelf** die een klacht uiten of een vraag stelden over hun verzorging, behandeling, administratieve aspecten,....

In tweede instantie was het **de partner of een familielid/naaste van de patiënt** die een melding deed bij de ombudsdienst.

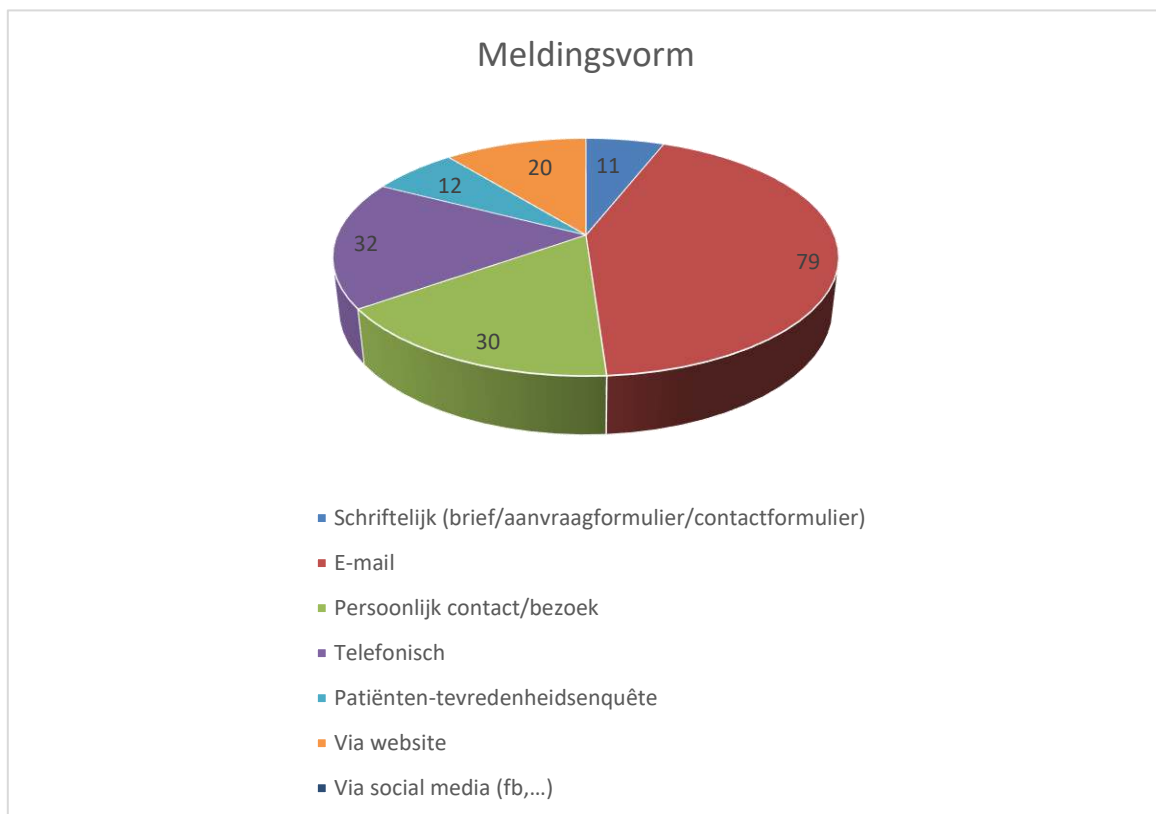
Patiënt	74
Partner/familie/naaste	35
Huisarts/externe arts	6
Externe hulpverlener/mutualiteit	3
Interne arts	1
Interne verpleegkundige/paramedicus...	12
Interne administratie/algemene dienst	3
Andere	8



WIJZE VAN AANBRENGING/MELDINGSVORM

	2025
Schriftelijk (brief/aanvraag-/contactformulier..)	11
E-mail	79
Persoonlijk contact/bezoek	30
Telefonisch	32
Patiënten-tevredenheidsenquête	12
Via website	20
Via sociale media (fb,...)	0

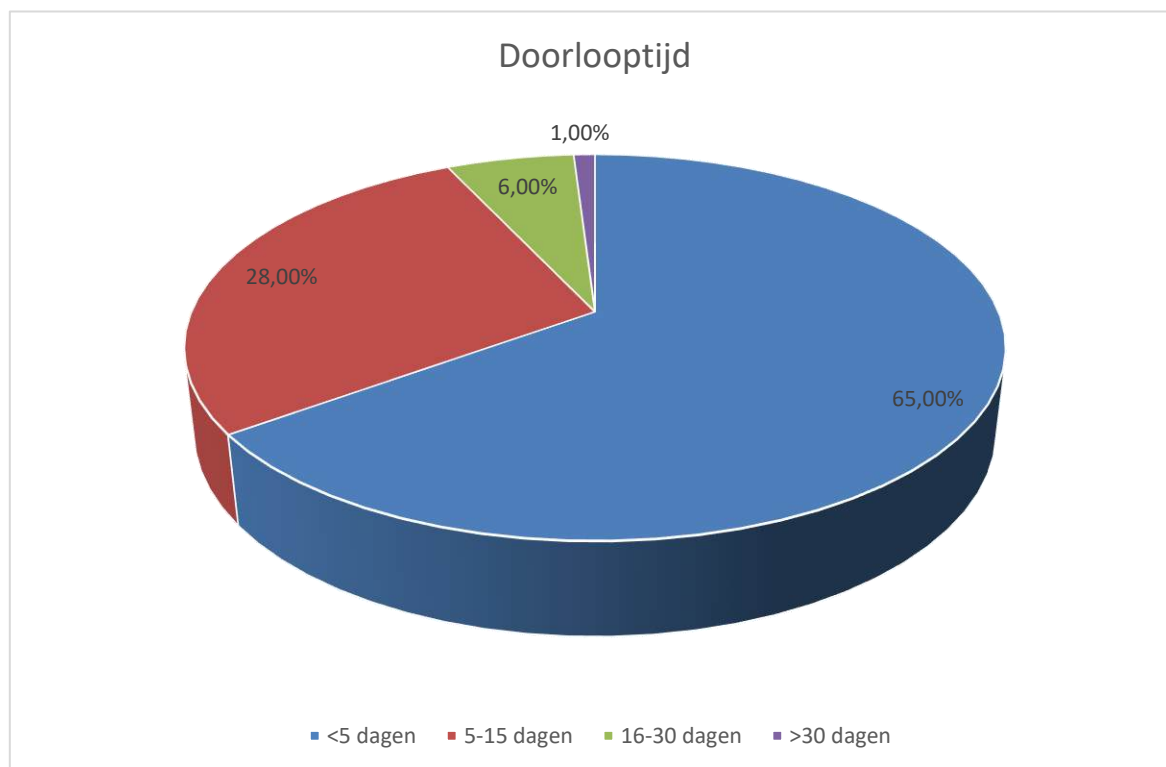
Samengevat kan gesteld worden dat de meeste klachten of meldingen **in hoofdzaak via e-mail** gebeuren, wat een makkelijke en snelle weg is. In 2^{de} instantie werden de meldingen via een **persoonlijk bezoek** aan de ombudspersoon of via **telefoon** overgemaakt.



Bemerking: hier zijn overlappings mogelijk → een melding kan per dossier op verschillende manieren ontvangen worden.

DOORLOOPTIJD

<5 dagen	65,00%
5-15 dagen	28,00%
16-30 dagen	6,00%
>30 dagen	1,00%



In 2025 werden de meeste dossiers binnen de 15 dagen afgehandeld. Een snelle afhandeling is in het voordeel van de finale perceptie van de melder. Uiteraard blijven we streven naar een zo snel mogelijke oplossing/afhandeling.

Bemerking: 3 dossiers liepen nog door aanvang 2026.

Besluit & Aanbevelingen

Het totale aantal dossiers in 2025 is licht gestegen: van 120 in 2024 naar **129** in 2025.

Algemeen kan gesteld worden dat 2025 een redelijk normaal jaar was qua ombudsmeldingen. Het feit dat er in 2025 een lichte stijging van het aantal dossiers was is echter niet het belangrijkste. Het belangrijkste is de inhoud van de dossiers: waarover gaat het precies, is er een trend te constateren en hoe gaan we met de werkpunten om. Verder is het ook zo dat sommige dossiers inhoudelijk meer wegen en daarom een intensievere behandeling vergen dan andere. We mogen ons daarom niet blind staren op cijfers.

Doordat de ombudsdienst niet rechtstreeks voor de patiënt bereikbaar (cf. gang naar het kantoor enkel toegankelijk via een i-button), kan dit een verborgen afremming betekenen voor de patiënt. Zich eerst moeten aanmelden aan het onthaal zou de patiënt kunnen weerhouden om zijn klacht te uiten. Er is echter een duidelijke evolutie dat de patiënt (of zijn vertegenwoordiger of naaste) meer neigt naar andere contactvormen dan een bezoek (digitaal contact blijkt laagdrempeliger).

Het vermelde aantal klachten/meldingen in dit jaarverslag is slechts een deel van het totaal aantal meldingen die in het revalidatieziekenhuis ingediend worden. De **tevredenheidsenquêtes** bij ontslag geven hierop een aanvullend overzicht. De dienst kwaliteit maakt hiervan kwartaal-analyses.

Het in kaart brengen van de ombudsmeldingen verschaft het ziekenhuis inzicht waardoor het de kwaliteit van zorg kan bewaken. Het gaat er bovendien niet om te weten te komen 'wie al of niet iets fout deed'. Individuele klachten mogen we 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 belangrijke opdracht om onze focus te houden op de verhoging van de efficiëntie, oog te blijven hebben voor de ervaringen van de patiënt en daarop in te zetten.

Belangrijke onderwerpen & aanbevelingen - bijkomende informatie/opmerkingen:

Bijzondere melding(en): nvt.

VANUIT DE MELDINGEN/KLACHTEN/SIGNALLEN ONTVANGEN IN 2025 WORDEN VOLGENDE PUNTEN GEADVISEERD:

• Het **verstrekken van een kwaliteitsvolle dienstverlening** (art. 5 Patiëntenrechten) blijft een zeer belangrijk dagdagelijks aandachts- en werkpunt in de zorgrelatie.

Communicatie tussen zorgpersoneel (ook niet-zorgpersoneel) en patiënten (en naasten) is hier het belangrijkste aspect.

Enerzijds behandel ik als ombudspersoon regelmatig klachten van patiënten die zich niet respectvol behandeld voelen. Anderzijds ontvang ik elk jaar opnieuw signalen van zorgverleners die een tekort aan respect van patiënten of hun naasten ervaren. Zij worden geconfronteerd met meer agressie, niet willen meewerken, de ziekenhuis-regels niet willen volgen, neerbuigende houdingen. Dit zorgt voor een emotionele belasting van alle partijen, wat een goede zorgrelatie kan hypothekeren.

Vanuit deze context volgen volgende aanbevelingen:

Aanbeveling1: Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen ‘zachte’ bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom is een **structurele verankering van empathische communicatie in het opleidings- en vormingsaanbod** aangewezen. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling2: Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het *open disclosure*-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners **duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen**, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. **Transparantie** verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Aanbeveling3: Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Voor thema's zoals omgaan met familieconflicten, beroepsgeheim, vertegenwoordiging, wilsonbekwaamheid welke om een degelijke en actuele basiskennis vragen, is het nuttig om gerichte vorming in deze domeinen te krijgen, wat kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het **opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden**, waaronder:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden
- omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- conflictpreventie en de-escalatie
- communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties, wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie.

Aanbeveling4: Een promotiecampagne rond wederzijds respect tussen zorgverlener en patiënt

(via bijv. affiches) kan mogelijk sensibiliserend werken. Het zou zinvol en mooi zijn mocht een dergelijke campagne geïnitieerd worden vanuit de zorgkoepel of de overheid.

Verdere aanbevelingen:

Aanbeveling5: duidelijke indentificatie van de zorgverlener

Het is belangrijk dat de zorgverlener zich bij aanvang van de opname of behandeling aan hem/haar voorstelt. De patiënt wil weten met wie hij te maken heeft. Jezelf met jouw voornaam voorstellen als zorgverlener kadert in patiëntgericht handelen. Verder is het aangewezen dat de voornaam van de zorgverlener duidelijk leesbaar is op de werkkledij.

Aanbeveling6: Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en tijdig voorafgaand aan opname of behandeling op toegankelijke wijze beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over bijv. dag-forfaits, terugbetalingen, no show beleid, verzekeringen, ... kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

Aanbeveling7: hitteplan met een duurzame oplossing voor patiënten

Het is aangewezen dat een gestandaardiseerd uitwijkplan naar koelere ruimtes/zones wordt verankerd in het hitteplan (cf. langdurige hete periode in de zomer); vnl. voor de patiënten op de bovenste verdieping (rechtstreeks onder het dak).

Aanbeveling8: Blijvende opvolging van de kwaliteit van de aangeboden maaltijden.

Het belang van een lekkere smaakvol uitzienende gezonde maaltijd, met een juiste timing (afgestemd op de zorg en de therapietijd) mag niet worden onderschat. Patiënten in revalidatie verblijven meestal langere tijd in het ziekenhuis en kijken uit naar het maaltijdmoment. De vaak terugkomende bemerkingen en werkpunten werden opgenomen met de verantwoordelijke Manager Hoteldiensten. Daar ons ziekenhuis de kwaliteit van de maaltijden erg belangrijk vindt werd dit in een project gegoten waarbij de werkpunten worden geanalyseerd en in kaart gebracht door de werkgroep maaltijdgebeuren (met feedback aan de directie). Er wordt vooropgesteld dat in 2026 de nodige en organisatorisch haalbare patiëntgerichte maatregelen/beslissingen zullen worden genomen.

Aanbeveling9: Nood aan blijvende alertheid bij schoonmaak

Een blijvende opvolging van de poetsfrequentie en de nauwgezetheid bij het poetsen is aangewezen: regelmatige evaluatie door de verantwoordelijken d.m.v. steekproeven. Opvolgen of de prioritaire plekken (bijv. sanitaire unit, vuilbakjes, doucheputje, aanvulling wc-rollen..) worden meegenomen. Opvolgen dat nieuwkomers goed gebriefd worden; maar ook het poetsteam blijven sensibiliseren.

Aanbeveling10: “streven” naar een vaste therapeut per revalidant

Om frustraties of niet ingeloste verwachtingen te vermijden bij onze revalidanten is het aangewezen dat vanaf de start van de therapie/bij intake er wordt gemeld dat we streven naar zoveel mogelijk dezelfde therapeut bij dezelfde patiënt; maar dat wissels mogelijk zijn door bijv. vakantieperiodes of door overmachtsituaties zoals ziekte. Bijkomend is het zinvol te melden dat de patiënt niet louter een 1 op 1 behandeling therapeut/patiënt mag verwachten, gezien de vele patiënten die dagdagelijks therapie dienen te volgen. Het werken met meerdere therapeuten kan ook voordelen bieden omdat elke therapeut eigen expertise, invalshoeken en technieken meebrengt, wat de revalidatie kan verrijken en de patiënt op een bredere manier kan ondersteunen.

Algemene aanbeveling: Versterken van de proactieve rol van de Ombudsdienst

Het is aan te bevelen om de Ombudsdienst niet uitsluitend reactief, maar ook proactief te positioneren binnen de zorgorganisatie. Een zichtbare, bereikbare en laagdrempelige aanwezigheid van de Ombudsdienst creëert ruimte voor vroegtijdige signalering van mogelijke knelpunten en voor het tijdig ondersteunen van patiënten, naasten en medewerkers. Daarnaast kan de Ombudsdienst een belangrijke bijdrage leveren door thema-gerichte initiatieven rond patiëntenrechten te organiseren, zoals infomomenten, eventuele interne vorming, sensibilisering of samenwerking met andere diensten. Dit versterkt het bewustzijn binnen de organisatie en stimuleert een cultuur waarin patiëntenrechten actief worden bewaakt. Tot slot is het essentieel om het mandaat en de rol van de onafhankelijke ombudspersoon duidelijk(er) af te bakenen en intern te communiceren. Heldere verwachtingen — zowel richting patiënten als richting medewerkers — zijn noodzakelijk om misverstanden te vermijden. Een expliciete communicatie over wat de Ombudsdienst wél en niet kan betekenen, draagt bij aan realistische verwachtingen en een transparante werking.

Bemerking rond het advies en werkpunten uit vorig jaarverslag:

Nood aan het uitwerken van een degelijk rookbeleid. Dit punt werd uitgewerkt en toegepast begin anno 2025 (cf. vernieuwde regelgeving i.v.m. rookbeleid op publieke plaatsen zoals ziekenhuizen, wzc's met ingang vanaf 01/01/2025).

Dank alle collega's (zorg- en niet-zorgverleners) voor hun constructieve en bereidwillige medewerking in 2025!

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

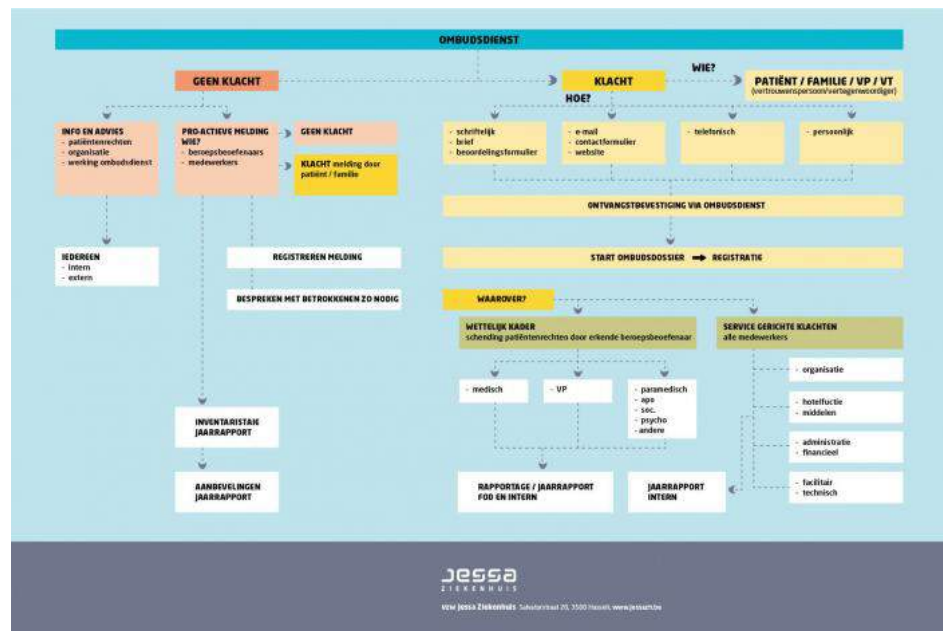
KALENDERJAAR 2025

(Voor 10.02.2026 op te sturen naar jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	VZW JESSA ZIEKENHUIS  Het <u>Jessa ziekenhuis</u> maakt deel uit van het ziekenhuisnetwerk Andreaz.
Adres	Salvatorstraat 20, 3500 HASSELT info@jessazh.be www.jessazh.be
Gewest	Limburg
Erkenningsnummer	Erkenningsnummer Jessa ziekenhuis: 243 ✓ Vestigingsnummer Campus Salvator: 3570 ✓ Vestigingsnummer Campus St.-Ursula: 3580 ✓ Vestigingsnummer campus Virga Jesse: 3590
Type instelling	AZ
Aantal campussen	3 (+1 logistieke campus Ekkelgarden)
Naam ombudspersonen Datum aanvraag werkzaamheden als ombudspersoon	 Raymonda Jermei 01-02-2011  Frank Iven 14-09-2014

Bestaffing	2 FTE
Lokalisatie dienst	✓ Campus VJ: inkomhal gelijkvloers ✓ Campus SA: 1ste verdieping, paarse pijl ✓ Campus SU: op afspraak
Registratiesysteem	Klachtenregistratie-app van The Patient Safety Company 
Huishoudelijk reglement	http://www.jessazh.be/patienten/ombudsdienst/huishoudelijk-reglement
Vorming i.k.v. bemiddeling	Raymonda Jermei: gecertificeerd Coach-Trainer (individueel /organisatie), Bemiddeling (MEDIV) + erkend volgens wetsart. 1727 §6 = definitieve erkenning bemiddelaar in “Sociale zaken en arbeidsrelaties” volgens FBC Frank Iven: Gerechtelijk expert in de verpleegkunde, Bemiddeling (MEDIV)
Werkingsterrein van de ombudsdienst	✓ We bewegen ons doorheen de gehele organisatie op elk niveau ✓ Wij behandelen alle klachten over alle erkende beroepsbeoefenaars en daarnaast ook alle servicegerichte organisatie klachten. (alle medewerkers en hulpverleners) ✓ FOCUS ligt op bemiddelen tussen alle partijen. ✓ We behandelen allerhande infovragen/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 à 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 meerzijdig partijdig – nemen geen standpunten in.

Adviserende rol naar beleidsmakers van alle departementen binnen de organisatie.

KLACHTENTREND IN 2025

Klachtentrend 2025



- Daling in het aantal dossiers en klachtendossiers
- Daling van klachten "patiëntenrechten": 1.Kwaliteit/2.Info
- Algemene daling klachten BB, vnl. medisch

TOP 5 klachtenaspecten BB:

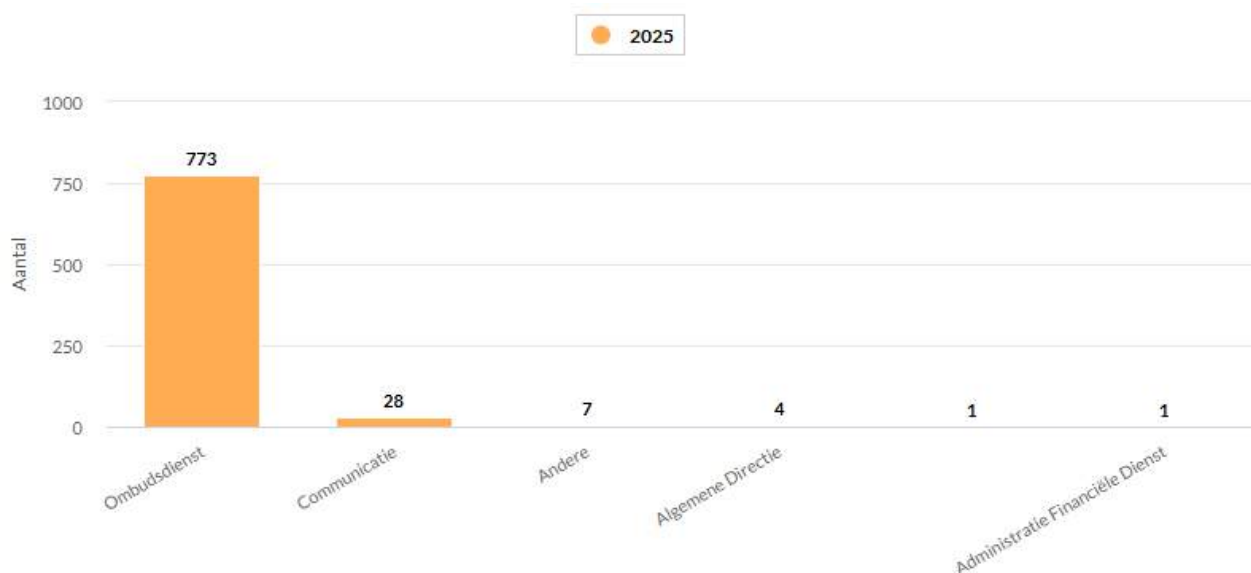
- 1 BEJEGENING
- 2 BEHANDELING/VERZORGING
- 3 INFO
- 4 VERSLAGGEVING
- 5 PIJNBEHANDELING

TOP 5 servicegerichte klachtenaspecten :

- 1 FACTUURBETWISTING
- 2 PARKEERBELEID EN KOSTPRIJS
- 3 WACHTTIJDEN
- 4 AFSPRAKEN
- 5 OPNAMEREGELING

JESSA
ZIEKENHUIS

KLACHT GERICHT AAN



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, enz.... om ons jaarverslag persoonlijk te komen toelichten en er is ruimte tot dialoog met alle aanwezigen.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

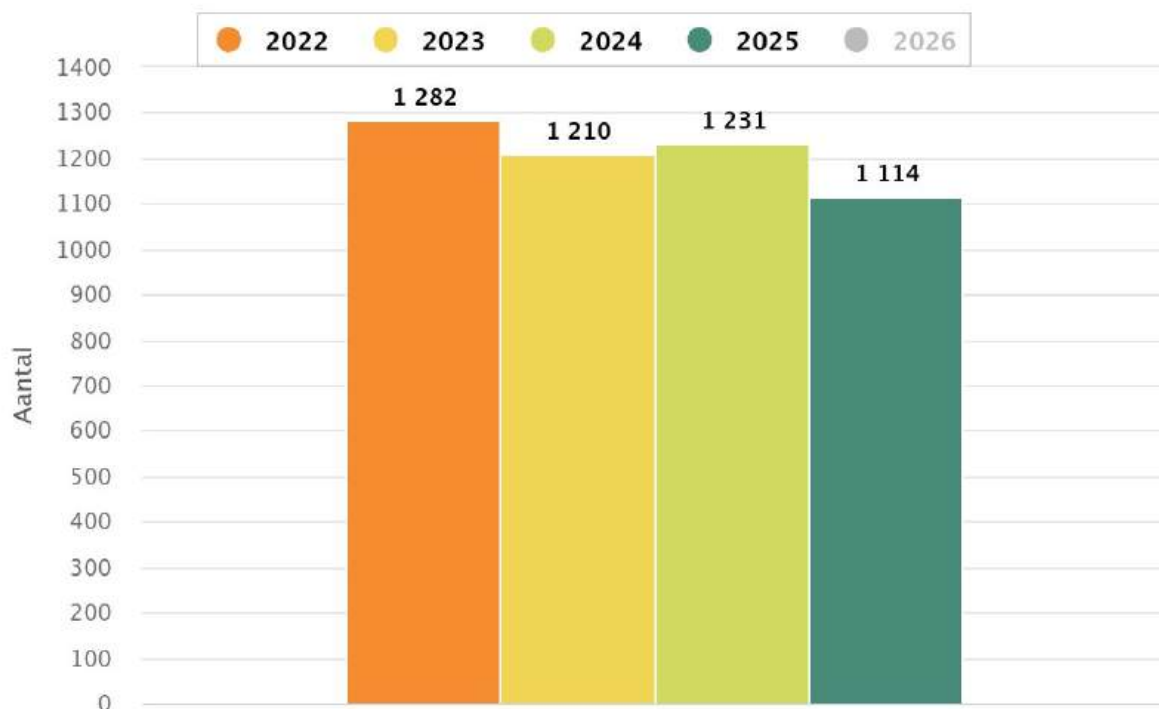
- ✓ (volledigheidshalve zie ook huishoudelijk reglement)
- ✓ We stimuleren alle partijen de klachten aan te pakken daar waar de klacht ontstaat à rechtstreekse dialoog creëren.
- ✓ Een klacht is een kans op GROEI van kwaliteit, openheid en transparantie!
- ✓ Onze **FOCUS** ligt op **bemiddeling** en 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

OVERZICHT VAN DE MELDINGEN T.A.V. DE OMBUDSDIENST

Opmerkingen:

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

TOTAAL AANTAL DOSSIERS PER JAAR



AANTAL DOSSIERS VOLGENS CONTACTTYPE PER JAAR



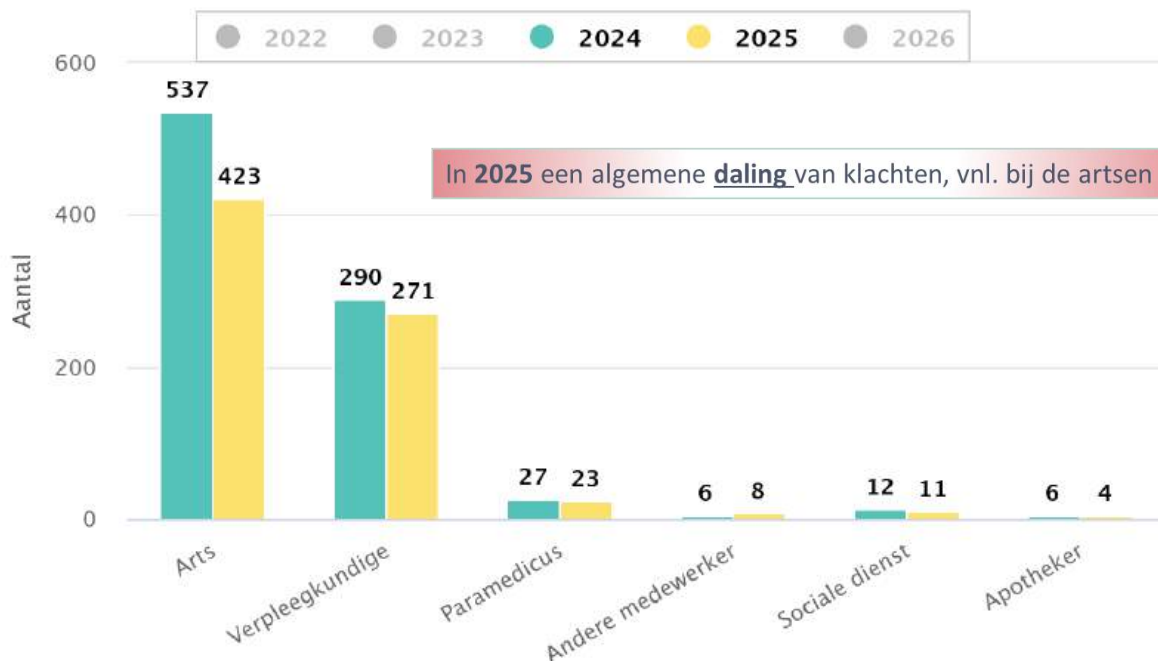
KLACHTEN PATIENTENRECHTEN BIJ BEROEPSBEOEFENAARS

Jaar	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Totaal klachten BB	690	777	792	690	803	968	806	878	739
Kwaliteit	483	546	570	516	546	682	581	633	558
Keuze	8	2	1	1	6	1	3	2	2
Info	238	267	316	202	235	293	235	274	191
Toestemming	43	31	24	8	37	42	38	32	22
Dossier	49	56	40	33	65	67	69	97	80
Inzage	0	0	0	0	3	0	0	2	2
Afschrift	8	5	7	5	6	2	6	8	15
Privacy	11	9	8	9	21	14	15	17	11
Pijn	22	18	30	20	28	31	32	33	36
Klacht	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Aantal opvragingen patiëntendossier	120 à worden er steeds meer in totaal ZH Patiënten die via de ombudsdienst (rechtstreeks via de beroepsbeoefenaar afschrift in bemiddeling bekomen of wij hebben hen hierin begeleid en doorgegeven aan medisch 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’	4 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 men in de klachtenafhandeling).
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.

KLACHTENASPECTEN PER DOELGROEP PER JAAR

Aantal klachten volgens BB per jaar *



Algemene klachtenaspecten per jaar

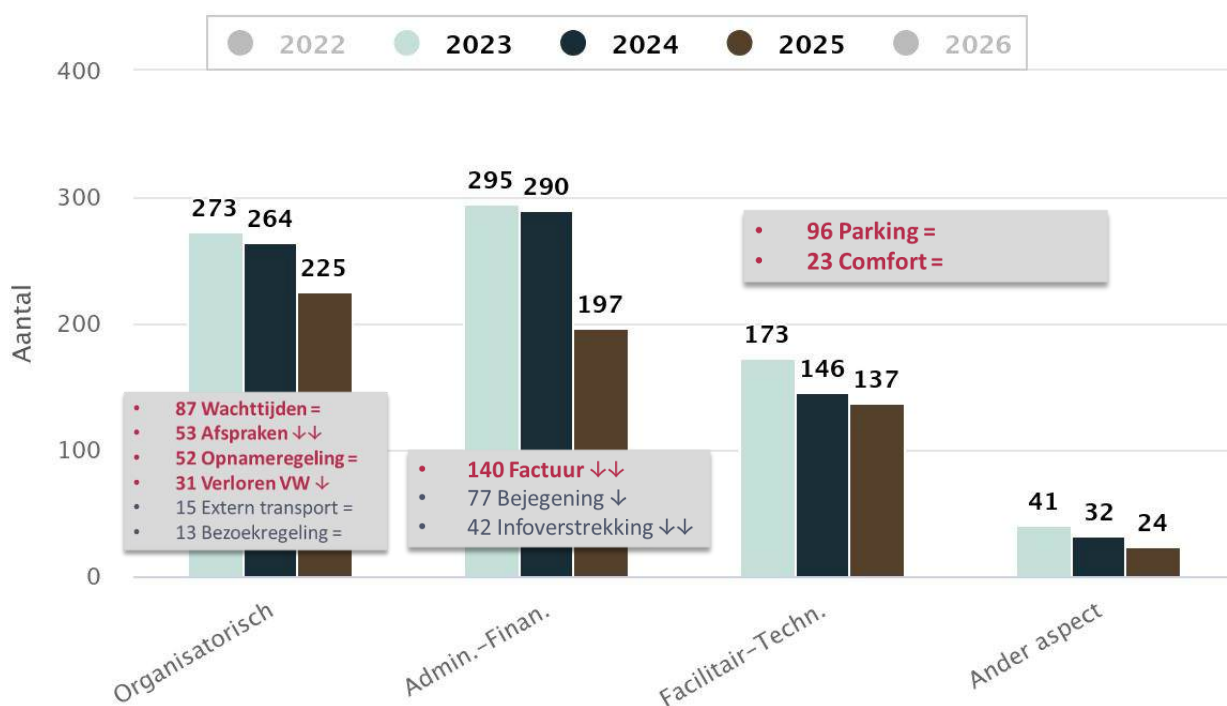


AANTAL KLACHTENDOSSIERIERS NIET GERELATEERD AAN DE RECHTEN VAN DE PATIENT

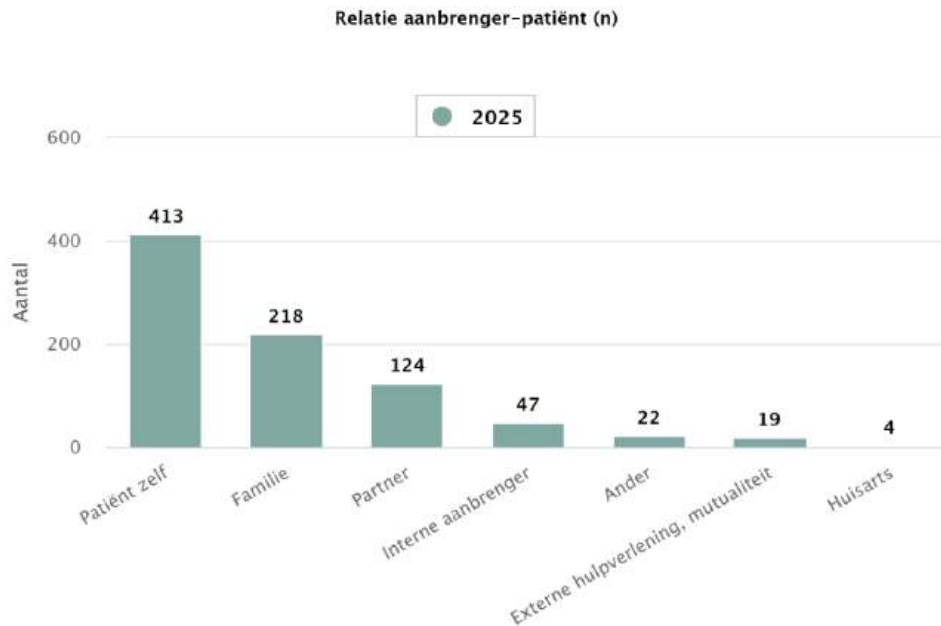
Jaar	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Aantal klachten	595	541	614	637	884	782	732	583

Daling in de servicegerichte klachten, vooral een daling in factuurbetwistingen

SERVICEGERICHTE KLACHTEN ZIEKENHUISBREED



WIE DOET DE KLACHTMELDING IN 2025 BIJ DE OMBUDSDIENST?



Familie/partner doen even vaak een melding als van de patiënt zelf.

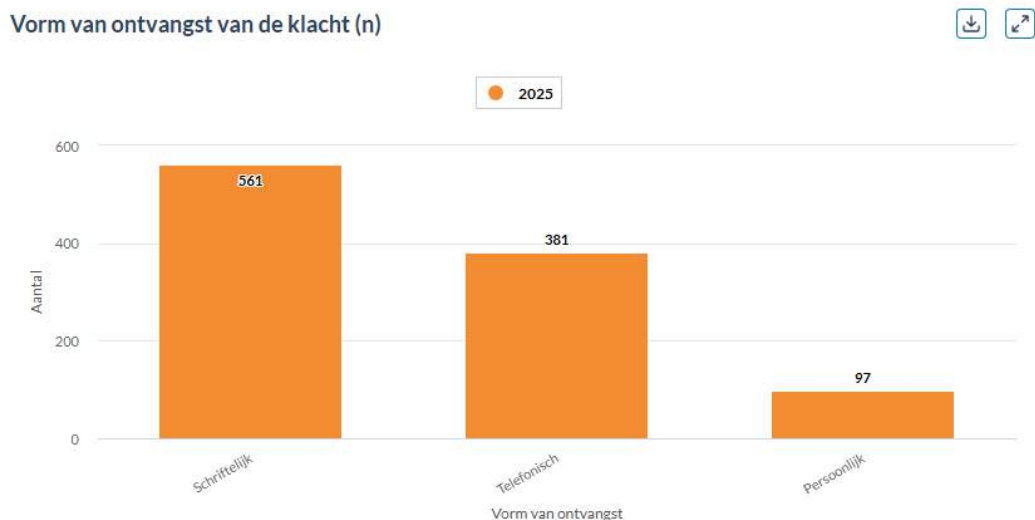
Interne melder n=47. Hier werd eerst door een interne melder een proactieve melding gedaan.

HOE ONTVANGEN WE DE KLACHT BIJ DE OMBUDSDIENST?

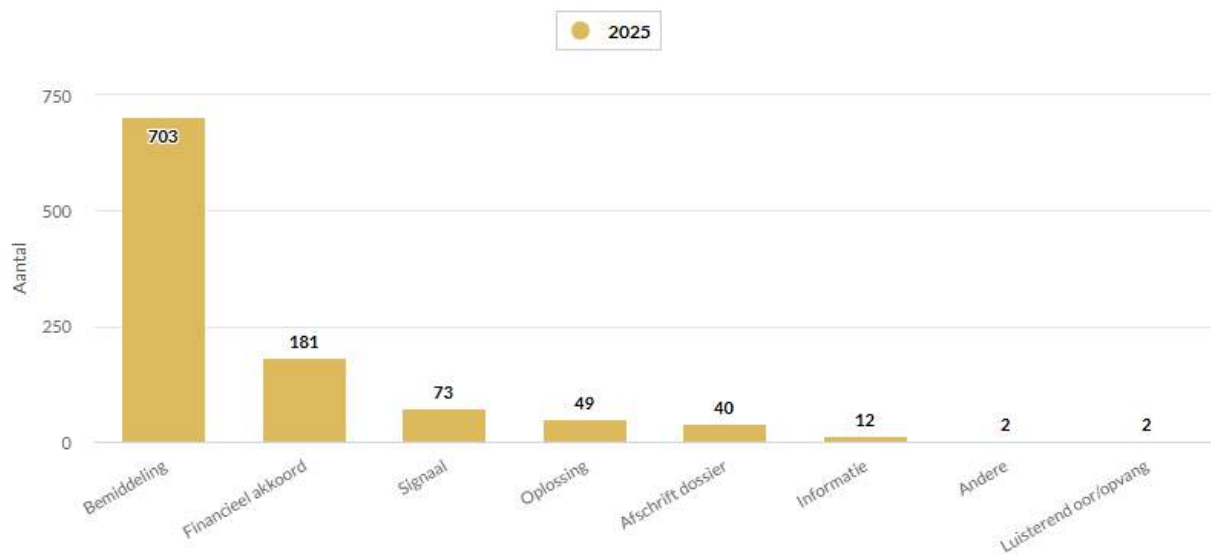
Ontvangst klacht:

- Schriftelijk: mail, contactformulier via website, beoordelingsformulier, brief.
- Telefonisch en voicemail mogelijkheid
- Persoonlijk: zonder of met afspraak

Ongeacht de vorm van ontvangst gaan we altijd persoonlijk in dialoog met de patiënt/melder en betrokkenen.



MET WELKE VERWACHTING KOMT DE MELDER NAAR DE OMBUDSDIENST?

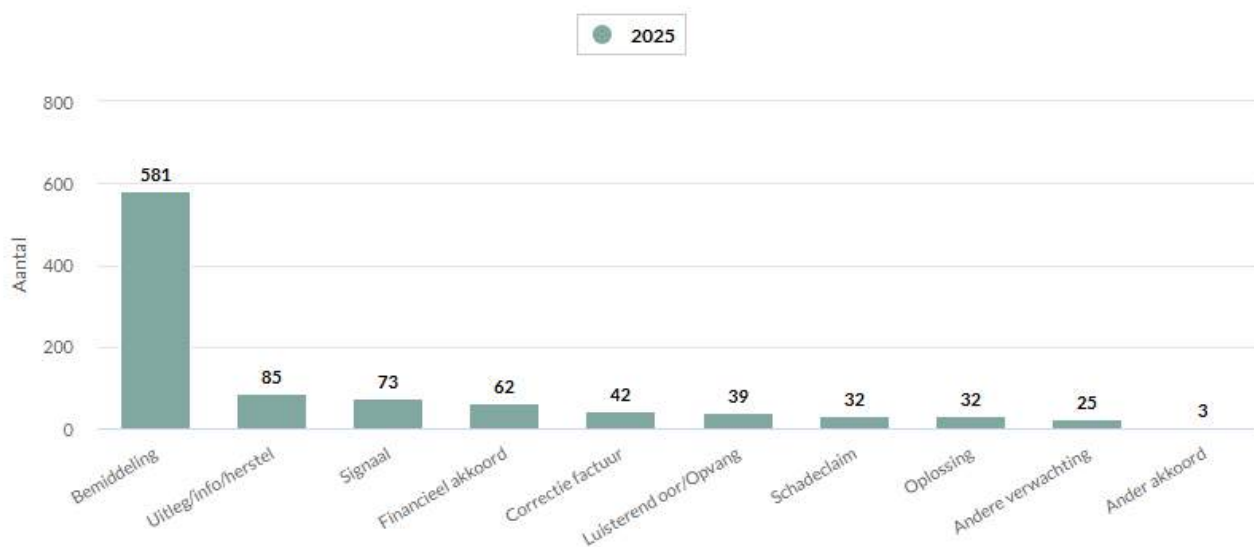


Doordat we steeds met de melder in dialoog gaan bij ontvangst van de klacht en bemiddeling voorstellen, kiest de meerderheid van de melders voor een vorm van bemiddeling.
(pendeldiplomatie/bemiddeling)



→ In 2025 op 803 klachtendossiers hebben we 581x een vorm van bemiddeling toegepast = **72,4%**.

AARD VAN DE OPLOSSING NA KLACHTMELDING BIJ DE OMBUDSDIENST?



In 2025 was 95,5% van de klagers tevreden (767 op 803 klachten) over onze interventie **(I)** als ombudspersoon en zich kan vinden met het bekomen resultaat **(R)** .
 In 24 gevallen was de klager **niet** tevreden met het **resultaat** maar wel met de interventie van de ombudsdienst.
 In **4** gevallen was de klager **niet** tevreden van het **resultaat** en ook **niet** van de **interventie**.

Wij informeren de pat/melder steeds over de **mogelijke alternatieven** → buitengerechtelijke en gerechtelijke procedures.

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 en vaak de **factuur betwist** wordt.

DOORLOOPTIJDEN KLACHTDOSSIERS

		2023		2024		2025
< = 1 dag	298	32,7%	241	26,3%	222	27,7%
2-10 dagen	410	45,0%	388	42,4%	345	43,0%
11-20 dagen	107	11,7%	128	14,0%	95	11,9%
21-30 dagen	50	5,5%	66	7,2%	59	7,4%
31-60 dagen	32	3,5%	71	7,7%	55	6,9%
61-90 dagen	4	0,4%	9	1,0%	13	1,6%
> 90 dagen	2	0,2%	4	0,4%	10	1,3%

82,6% van alle klachten wordt afgehandeld binnen de 20 dagen. (in 2024 = 82,7%)

Reden langere doorlooptijd:

- wachten op antwoord/bijkomende info van de melder of betrokken hulpverleners.
- bemiddelingsgesprekken vergen meer tijd

AANBEVELINGEN 2025

1. Aanbeveling: verbeteren van voorafgaande informatie aan patiënten over behandelplan en kostprijs

Probleemstelling

Uit klachtenanalyses blijkt dat patiënten en hun vertrouwenspersonen vaak **onvoldoende geïnformeerd worden over het behandelplan en de bijhorende kosten**.

Dit kan leiden tot onzekerheid, wantrouwen en financiële verrassingen, wat de tevredenheid en het vertrouwen in de zorg negatief beïnvloedt.

Patiënt:

Bij het ondertekenen van een “informed consent” is er soms onvoldoende tijd om vragen te stellen over hetgeen ze gaan ondertekenen.

Hoewel er veel prijsinformatie te vinden is o.a. op website, in brochures, bij mutualiteit of hospitalisatieverzekering, blijft het **verzamen van deze prijsinformatie** een opdracht voor de patiënt.

Patiënten blijven aanlopen tegen begrippen als **conventie en niet-conventie** en de financiële gevolgen hiervan. Patiënten die door hun artsen worden verwezen voor onderzoeken krijgen niet altijd de conventiestatus van deze artsen mee.

Ereloonsupplementen van 150% zijn voor patiënten moeilijk te vatten.

Behandelingen via **daghospitalisatie** levert een ziekenhuisforfait op waarbij verzekering vaak niet tussenkomt in de kosten. Het is een moeilijk te begrijpen systeem voor de patiënt.

Patiënten hebben niet altijd zicht op de **terugbetaalbaarheid van de kosten** door ziekenfondsen en verzekeringen en komen dan te rade bij de ombudsdienst.

Zorgverstrekkers:

Anderzijds zijn artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners zelf niet altijd op de hoogte van de kostprijs van hun diensten en de terugbetaalbaarheid ervan.

Doel:

Meer transparantie geeft minder klachten over onverwachte kosten en een betere betrokkenheid van patiënten bij hun zorgtraject.

Aanbeveling:

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

Acties voor de zorgverstrekker:

- ✓ Voorzie **voorafgaand en tijdig** aan de behandeling informatiemomenten waarin de behandeling en de kostprijs in een begrijpelijke taal worden toegelicht met de mogelijkheid om een **kostenraming** te vragen en te ontvangen via de dienst facturatie zodat de patiënt **een weloverwogen keuze** kan maken.
- ✓ De patiënt dient geïnformeerd te worden over de belangrijke **persoonlijk bijdragen** bv. persoonlijke kosten ingreep of onderzoeken waarvoor geen tussenkomst door het RIZIV.
- ✓ Informatie geven over de **conventiestatus** maar ook over de grootte van het **supplement** bij niet-conventie.
- ✓ Documenteer de toestemming van de patiënt in het dossier na het ontvangen van volledige informatie, conform wettelijke verplichtingen

Acties voor de zorginstelling en overheid:

- ✓ Overwegen van een front-office kan een oplossing bieden voor allerhande (ook financiële) vragen van patiënten
- ✓ Campagne voeren vanuit de overheid en verzekeringen om patiënten beter te informeren.
- ✓ Train zorgverleners in communicatie over financiële aspecten en waar deze info beschikbaar is.

2. Aanbeveling: versterken van familieparticipatie en vroegtijdige zorgplanning in het zorgproces

Probleemstelling

In het kader van de steeds kortere opnameduur en de recente hervorming van de Wet patiëntenrechten, waarbij patiënten meerdere vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers mogen aanstellen, stellen we vast dat zowel patiënten als hun vertrouwenspersonen **onvoldoende betrokken worden bij het behandelplan**. Dit kan leiden tot verminderde tevredenheid en suboptimale continuïteit van zorg.

Vroegtijdige zorgplanning is een vrijwillig, continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en zorgverlener(s) waarbij uiteindelijk toekomstige zorgdoelen besproken en gepland kunnen worden. Het doel van dit proces is het expliciteren van de waarden en voorkeuren van de patiënt over zijn toekomstige zorg. Hierdoor dient het de **besluitvorming te bevorderen op het ogenblik dat de patiënt niet meer in staat is om zijn wil te uiten**.

Doel:

Door familieparticipatie te bevorderen en te versterken kan het ziekenhuis en de zorgverstrekkers inspelen op de veranderende zorgcontext, de **autonomie van de patiënt versterken** en de **klachten** rond onvoldoende betrokkenheid **verminderen**.

Aanbeveling:

Ontwikkel een ziekenhuisbreed beleid dat familie en vertrouwenspersonen actief betreft bij het opstellen en opvolgen van een behandelplan, zowel tijdens de opname als in de nazorgfase.

Acties:

- ✓ Plan vaste overlegmomenten met patiënt en vertrouwenspersonen bij opname en ontslag waarbij ze geïnformeerd worden over beslissingen en zorgopties.
- ✓ Voorzie opleidingen voor artsen en verpleegkundigen om hen te ondersteunen in het faciliteren van familieparticipatie, het respecteren van de nieuwe wettelijke kaders en het bevorderen van gedeelde besluitvorming. Opleiding rond communicatieve vaardigheden, waaronder:
 - Actief luisteren en gespreksvaardigheden
 - Omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
 - Conflictpreventie en de-escalatie
- ✓ Evalueer regelmatig via feedback van patiënten en vertrouwenspersonen

3. Aanbeveling: zorgvuldige, kwaliteitsvolle en transparante verslaggeving

Probleemstelling

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante (niet-)medische informatie en interpretaties die als ongepast en onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden. Patiënten ervaren frustratie door foute of ontbrekende verslagen en eisen kortere, duidelijke opvolging.

Aanbeveling:

Om de kwaliteit en transparantie van verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, volgende adviezen:

Acties:

- ✓ Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- ✓ Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- ✓ Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn.
- ✓ Valideer tijdig het eindverslag van een raadpleging of hospitalisatie zodat de patiënt en zijn huisarts inzage hebben in het verslag.

4. Aanbeveling: borgen van diverse bestaande mandaten binnen het overkoepelende gezondheidsportaal www.mijngezondheid.be , het patiëntendossier en achterliggende administratieve systemen

Probleemstelling

Er is vandaag een veelheid aan mandaten – bewindvoerder over de goederen en/of persoon, zorgvolmacht, aanwijzingen van meerdere vertrouwenspersonen/vertegenwoordigers “rechten van de patiënt”, wilsverklaringen....

Bewindvoering over de goederen en/of de persoon wordt uitgesproken door de Vrederechter en is terug te vinden in het Belgisch Staatsblad. De zorgvolmacht dient opgenomen te worden in het Centraal Register van de lastgevingsovereenkomsten door de notaris of de griffie van de rechtbank. Voor de andere mandaten die opgenomen zijn in wilsverklaringen, aanwijzingen enz., dient de patiënt zelf het initiatief te nemen om de nodige personen in kennis te stellen.

Een mandaat als bewindvoerder over de persoon, een zorgvolmacht of een aanwijzing van vertegenwoordiger “rechten van de patiënt” speelt vaak een cruciale rol bij ingrijpende (zorg)beslissingen wanneer de patiënt niet meer wilsbekwaam is. Belangrijk hierbij is dat zorgverleners zicht moeten hebben op het bestaan van deze mandaten en op de inhoud van deze beslissingen gezien dit voor elke patiënt anders kan zijn. Men moet bijvoorbeeld duidelijkheid hebben over welke aspecten van de zorg de bewindvoerder over de persoon of de zorgvolmachtdrager (lasthebber) zijn inbreng moet hebben.

Het borgen van deze inhoud en het deskundig vertalen ervan naar de zorgverstrekkers vormt voor de gezondheidszorg, de gezondheidszorgverstrekkers en de zorginstellingen de komende jaren een belangrijke uitdaging. Meer en meer worden wij op ons werkteerrein hiermee geconfronteerd.

Er is nood om deze cruciale documenten (zorgvolmacht, bewindvoering, vertrouwenspersoon /vertegenwoordiger) **transparant en op een duidelijk zichtbare locatie** ter beschikking te krijgen in ‘**mijn gezondheidsportaal**’ en deze eveneens te borgen binnen het geïnformatiseerd **patiëntendossier**. Het is niet evident om deze aspecten bijkomend te borgen in achterliggende administratieve systemen.

Deze noodzaak blijkt op niveau van de zorginstelling ook vaak bij de ondertekening van de **opnameverklaring**, het opsturen van de facturen naar de bewindvoerder – de lasthebber van de zorgvolmacht of de patiënt ...

Aanbeveling:

Acties:

- ✓ Een algemene informatiecampaagne over de mandaten en de wettelijke bevoegdheden die er aan verbonden zijn zou zowel voor patiënten als zorgverleners een meerwaarde betekenen.
- ✓ Eenduidigheid waar het mandaat kan worden bewaard binnen het patiëntendossier.
- ✓ Ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van de mandaten eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

5. Aanbeveling: agressiebeleid en psychosociaal welzijn van zorgverleners

Probleemstelling

Er wordt een duidelijke toename vastgesteld van verbaal en fysiek grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zorgverleners en ombudspersonen. Dit heeft niet alleen impact op de veiligheid, maar ook op het psychisch welzijn, het werkplezier en het behoud van medewerkers binnen de organisatie.

Aanbeveling:

Acties:

- ✓ Implementeer een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast zerotolerance agressiebeleid. Dit omvat: heldere richtlijnen, uniforme registratie, onmiddellijke opvolging van incidenten en duidelijke rolverdeling bij escalaties.
- ✓ Het beleid actief communiceren naar patiënten en hun naasten via affiches, brochures en digitale kanalen.
- ✓ Investeer in het psychosociaal welzijn van medewerkers. Dit kan door gerichte trainingen (de-escalatie, omgaan met emotioneel beladen situaties), laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning. Een veilig werkklimaat draagt rechtstreeks bij aan een kwaliteitsvolle zorg en het behoud van gemotiveerde medewerkers.

5. Aanbeveling: agressiebeleid en psychosociaal welzijn van zorgverleners

Probleemstelling

Door toenemende wachtlijsten voor bepaalde specialismen in ziekenhuizen en beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops van huisartsen vinden patiënten meer en meer moeilijk tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Aanbeveling:

Acties:

- ✓ Problematiek op Federaal niveau agenderen en inzetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert zijn voor de realiteit van wachttijden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op de ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.
- ✓ Onderzoek teleconsultatie en triage-oplossingen om niet-urgente zorgvragers sneller te behandelen.

Ombudsdienst Jessa Ziekenhuis Hasselt

Raymonda Jermei – Frank Iven

T: +32 11 33 54 90: campus Virga Jesse, Salvator, St. Ursula

ombudsdienst@jessazh.be

<http://www.jessazh.be>



Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsdienst
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	01/01/2025 – 31/12/2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	
Adres	Groenebriel 1 – 9000 Gent
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	290 Algemeen Ziekenhuis St Lucas
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	779 hospitalisatie 153 dagziekenhuis
Aantal campussen	1 campus + 3 medische centra
Naam ombudsperso(o)n(en)	Biebuyck Leni
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	26/06/2024
Bestaffing	1 VTE
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Actualisatiedatum 08/12/2025 Te raadplegen aan het algemeen onthaal + via de website

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten. ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	626
Aantal infodossiers	49
Aantal pro actieve dossiers	19
Aantal opvragen patiëntendossier	121
Aantal 'andere'	217
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
✓ <u>Opmerkingen:</u> De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in	

deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklust 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)*	154
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	6
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	29
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	29
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	18
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)	8
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	17

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	396

Tabellen/grafieken:

Na het terugkoppelen van feedback aan de klager wordt genoteerd of de tussenkomst van de ombudsdienst al dan niet tot een verzoening heeft geleid. Dit betreft een héél subjectief gegeven. Voor ons is een verzoening als wij aanvoelen of teruggekoppeld krijgen dat men de bekomen informatie of de genomen stappen als toegevoegde waarde ervaart; dit staat echter los van het bekomen resultaat. Wanneer we hier niet volledig zeker over waren, hebben we dit aangeduid als 'niet gekend'.

Verzoening	2025	2024	Verschil 2025 - 2024	Verschil 2025 - 2024 (%)
Ja	567	493	+ 74	+ 15
Nee	34	51	- 17	- 33
Niet gekend	4	25	- 21	- 84

	Verwachting	Resultaat
Informatie	183	410
Luisterend oor / opvang	176	200
Terechtwijzing	64	16
Signaal	200	41
Bemiddeling	5	11
Oplossing	156	70
Financieel akkoord	172	72
Voorval zonder schadeclaim	0	2
Andere	7	7

Totale doorlooptijd	2025	2024
<= 1 dag	145	88
< 1 week	248	224
< 14 dagen	133	122
< 1 maand	136	121
< 2 maand	72	69
<= 3 maand	8	29
> 3 maand	19	18

Aanbevelingen

Empathische en heldere communicatie als hoeksteen van patiëntvriendelijke zorg.

Een vrouw bevalt in het ziekenhuis van haar eerste kind. Tijdens het verblijf van de vrouw en haar kind op de dienst materniteit komt de pediater langs om de baby te onderzoeken. De pediater stelt zich voor als 'de kinderarts', maar geeft geen naam waardoor de mama hier later niet naar kan verwijzen. Tijdens de onderzoeken test de pediater onder meer de schrikreflex van de baby wat voor sommige kersverse mama's (emotioneel) moeilijk is om te aanschouwen. De pediater is druk bezig en de mama geeft aan dat ze vertrouwen heeft in de arts, maar krijgt geen uitleg. De mama vertelt nadien dat ze zelf ook medisch (hoog)opgeleid is en door haar eigen achtergrondkennis kon meevolgen met wat de pediater precies aan het doen was. Niet alle ouders hebben dit privilege.

Dit is maar één van de vele verhalen die we jaarlijks te horen krijgen bij de ombudsdienst die duidt op het belang van een empathisch en helder contact met patiënten. Het gaat om zeer eenvoudige zaken, die helaas nog te vaak vergeten worden: jezelf voorstellen wanneer je een kamer binnenkomt, de patiënt of diens naasten informeren wat je komt, uitleg geven tijdens een onderzoek, checken of de patiënt/diens naasten begrepen heeft wat er gezegd werd, ... We begrijpen dat zorgmedewerkers regelmatig onder grote druk staan, maar ook de simpele vraag: “Hoe gaat het met u?”, maakt voor patiënten een wereld van verschil. Dit is een jaarlijks terugkerende aanbeveling, maar we kunnen niet genoeg blijven hameren op het belang ervan.

Cultuursensitieve zorg.

Net zoals vorige jaar willen we opnieuw de aandacht vestigen op de grote diversiteit die heerst binnen het AZ Sint-Lucas en de mogelijke uitdagingen die dit met zich meebrengt. We merken dat patiënten of bezoekers met een migratieachtergrond of die het Nederlands niet voldoende beheersen, onaangename ervaringen nog steeds vaak toeschrijven aan racisme of discriminatie. Dit wordt bevestigd door een verkennend onderzoek van Unia uit 2024 ([Onderzoek: raciale ongelijkheid en toegang tot zorg \(2024\) | Unia](#)). In 2025 startte Unia – in samenwerking met de Christelijke Mutualiteit – op basis van dit verkennend onderzoek een meer uitgebreid (kwalitatief en kwantitatief) onderzoek naar de impact van racisme op de toegang tot zorg. De resultaten van dit onderzoek worden eind 2026 verwacht en zullen ons vermoedelijk waardevolle inzichten opleveren.

Zorgvuldige verslaggeving in het patiëntendossier.

Patiënten zijn zich steeds bewuster wat betreft de mogelijkheden tot het raadplegen van hun eigen patiëntendossier via onder meer CoZo of de mijnsintlucas-applicatie. We merken dit ook op in het aantal aanvragen tot een afschrift van patiëntendossiers dat we ontvangen. Hoewel we hierbij steeds eerst doorverwijzen naar de eerder genoemde digitale platformen, registreerden we in 2025 een stijging van 36% in vergelijking met 2024. Het gaat hierbij vaak om patiënten die oude verslagen opvragen of mensen die niet digitaal vaardig zijn. Ook kan het gaan om patiënten die vermoeden dat er iets niet honderd procent correct verlopen is in hun zorgproces en dit aan de hand van hun patiëntendossier verder willen uitzoeken.

Naast de aanvragen tot afschriften, ontvangt de ombudsdienst ook klachten van patiënten over het laattijdig beschikbaar stellen van verslagen op de digitale platformen, en over de inhoud van verslagen. Patiënten contacteren ons regelmatig omdat ze van mening zijn dat er incorrecte of irrelevante informatie opgenomen wordt in hun patiëntendossier. Sommige patiënten geven aan dat ze bezorgd zijn dat deze informatie eventuele toekomstige zorgverlening negatief zou beïnvloeden. Het gaat hier bijvoorbeeld om inschattingen over de psychologische of intellectuele toestand van patiënten (“pt geeft een weinig stabiele indruk”, “pt lijkt intellectueel beperkt”), vermeldingen met betrekking tot het gedrag van patiënten (“pt is manipulatief”, “pt wil niet meewerken en weigert onderzoeken”) en het automatisch overnemen van oude psychiatrische inschattingen of diagnoses.

Deze trend werd ook in andere ziekenhuizen opgemerkt en vanuit VVOVAZ werd dan ook volgende aanbeveling opgesteld: noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.

Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie.

Patiënten blijven met veel vragen zitten over de kosten van de zorgverlening en begrijpen hun factuur niet altijd goed. Sommige patiënten geven aan dat ze niet digitaal vaardig zijn en daarom niet kunnen opzoeken welke artsen wel of niet-geconventioneerd zijn en welke bijkomende kost er voor een bepaald onderzoek wordt aangerekend binnen een bepaald tijdslot. Andere patiënten geven dan weer aan dat ze nog nooit over het begrip ‘conventie’ gehoord hebben totdat ze zagen dat er een supplement

aangerekend werd voor een consultatie. Deze patiënten geven allen aan dat ze het zouden appreciëren mochten de secretariaatsmedewerkers hier patiënten proactiever over zouden informeren. Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel mondeling als schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden vermindert.

Wachlijsten en versterking van de eerstelijnszorg. (VVOVAZ)

Door toenemende wachlijsten voor bepaalde specialismen in ziekenhuizen en beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops van huisartsen vinden patiënten meer en meer moeilijk tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Het is daarom belangrijk om dit probleem ook op federaal niveau te agenderen en in te zetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert te zijn voor de realiteit van wachttijden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.

Meldingen gegenereerd met artificiële intelligentie.

Net zoals in andere sectoren en het brede sociaal-maatschappelijke leven, wordt er ook voor het indienen van meldingen bij de ombudsdienst steeds vaker gebruik gemaakt van artificiële intelligentie. Positief hieraan is dat dit voor bepaalde patiënten of naasten de drempel tot het maken van een melding en het zoeken van hulp kan verlagen. Niettemin zijn hier ook verschillende nieuwe uitdagingen aan verbonden. We zien regelmatig dat de informatie die AI-modellen genereren onnauwkeurig, onnodig complex en zelfs juridisch of feitelijk onjuist is. Daarbovenop formuleren de AI-modellen verwachtingen die niet thuishoren in een ombuds-/bemiddelingscontext en waaraan derhalve niet tegemoet kan worden. Dit zorgt er enerzijds voor dat patiënten (onterecht) het gevoel hebben dat ze op van alles aanspraak maken en anderzijds dat de teleurstelling en frustratie des te groter is wanneer dit niet het geval blijkt. We roepen patiënten dan ook op om zelf te blijven stilstaan bij hun melding: wat is de essentie en wat willen ze hiermee bereiken? Uiteraard kan en moet het gebruik van AI-modellen niet volledig geband worden, maar door met patiënten en dienst naasten in gesprek te gaan hebben we al gemerkt dat de door AI-geformuleerde verwachtingen (of eisen) niet altijd overeenstemmen met waar de patiënt of diens naasten echt nood aan hebben.

Patiënten met een autismespectrumstoornis (ASS).

Het afgelopen jaar werden we verschillende keren gecontacteerd door patiënten of naasten/ouders van patiënten met ASS. Hoewel deze mensen aangaven dat er niets fundamenteel was fout gelopen in hun zorgproces, wilden ze toch aankaarten dat hun patiëntenbeleving met enkele (kleine) aanpassingen naar een hoger niveau getild zou kunnen worden. Enkele voorstellen die hierbij aan bod kwamen:

- Heldere en open communicatie: iedereen die in contact komt met de patiënt stelt zich voor, vertelt wat zij/hij zal doen en informeert de patiënt stap voor stap.
- Prikkelarme ruimtes, geen felle kleuren en lichten, het voorzien van oordoppen.
- Afleidmogelijkheden voorzien voor tijdens lange wachttijden.
- Visuele informatie over de dagplanning om het gevoel van vertrouwdheid en voorspelbaarheid te versterken.
- Voor kinderen: informatieve video's die uitleggen wat een patiënt te wachten staat tijdens een opname of onderzoek.

Jaarverslag van ombudsdienst Universitair Ziekenhuis Antwerpen
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2025

(Voor 10.02.2026 op te sturen naar jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Universitair Ziekenhuis Antwerpen
Adres	Drie Eikenstraat 655 – 2650 Edegem
Gewest	Vlaams gewest
Erkenningsnummer	300
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Universitair Ziekenhuis
Aantal bedden	593
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	Via The Patientsafety Company, module klachtenregistratie
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement is te raadplegen in Docbase nr. 00086677, actualisatiedatum 02/10/2023
Vormingen i.k.v. bemiddeling	- Basisopleiding bemiddeling in samenwerking met MEDIV (Mediation Instituut Vlaanderen) - Opleiding specialisatie bemiddeling in Burgerlijke- en Handelszaken in samenwerking met MEDIV - Interne opleiding culturele bemiddeling - Externe opleiding: Geweldige communicatie level 1 in samenwerking met MEDIV - Externe opleiding: Geweldige communicatie level 2 in samenwerking met MEDIV - Postgraduaat Gezondheidsrecht en Gezondheidsethiek, module 3 'De rechten van patiënt' in samenwerken met U-Antwerpen
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 KB 8/7/2003 - Bezorgen van afschriften patiëntendossiers - Begeleiden van inzagen patiëntendossiers - Begeleiden van terugbetalingen parking indien foute betaling - Stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid - Werkgroep patiëntentevredenheid - Begeleiden gesprekken met traumapatiënten om hun bevindingen te horen. - Verwerking tevredenheidsenquêtes

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

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	1052
Aantal infodossiers	187
Aantal pro actieve dossiers	46
Aantal opvragingen patiëntendossier	834
Aantal 'andere'	29
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
318	
<u>Opmerkingen:</u> ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...) ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.	
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	184
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	8
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	30

Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	43
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	31
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	19
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)).*

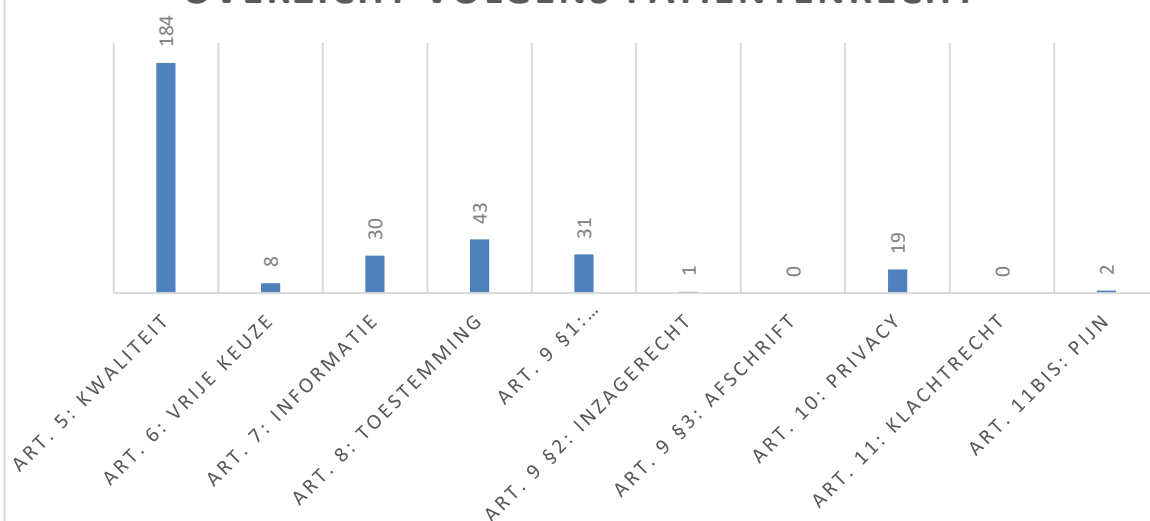
***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *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

745

OVERZICHT VOLGENS PATIËNTENRECHT



Klachtenratio:

Aantal contactnames: 790.267 (= verblijven met/zonder overnachting + amb. activiteiten)

Aantal klachten: 1052

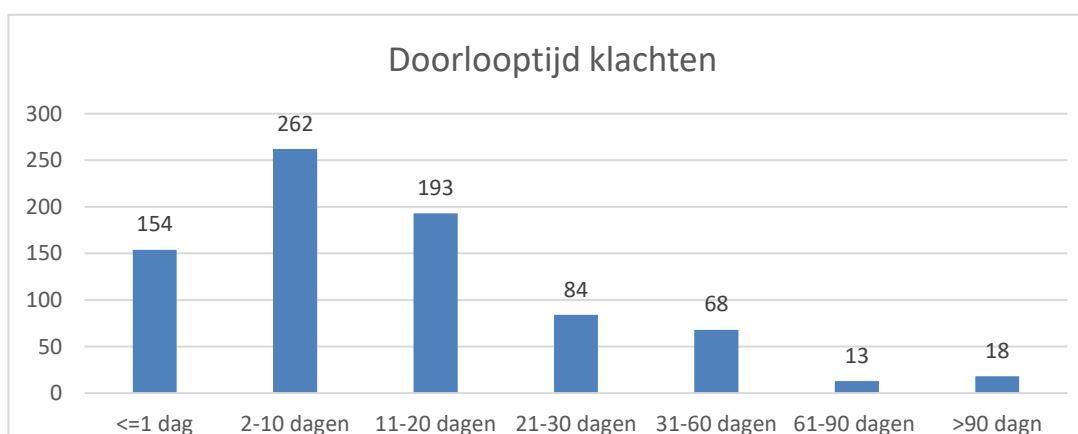
Klachtenratio: 0.133 %

Bijkomende informatie/opmerkingen:

Doorlooptijd:

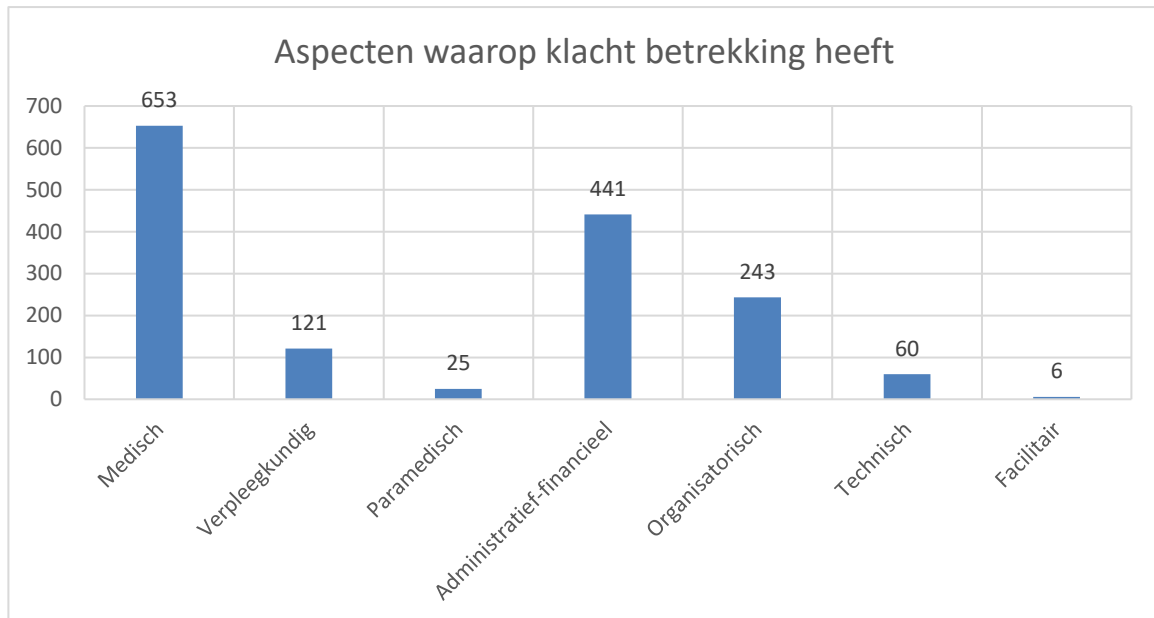
- 154 dossier: ≤ 1 dag
- 262 dossiers: 2-10 dagen
- 193 dossier: 11-20 dagen
- 84 dossiers: 21-30 dagen
- 68 dossiers: 31-60 dagen
- 13 dossiers: 61-90 dagen
- 18 dossiers: > 90 dagen

Doorlooptijd klachten



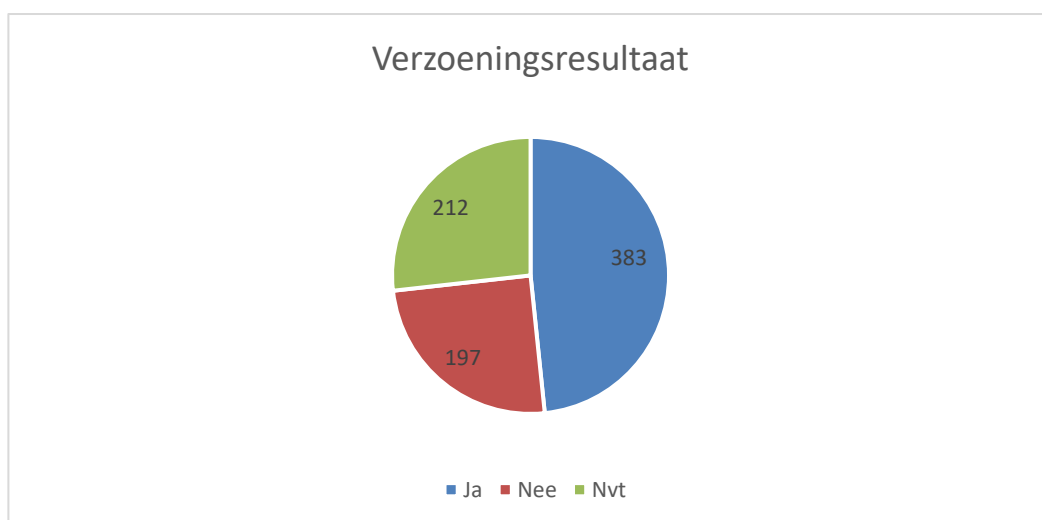
Meest voorkomende aspecten:

- Medische aspecten
- Administratief-financiële aspecten
- Organisatorische aspecten



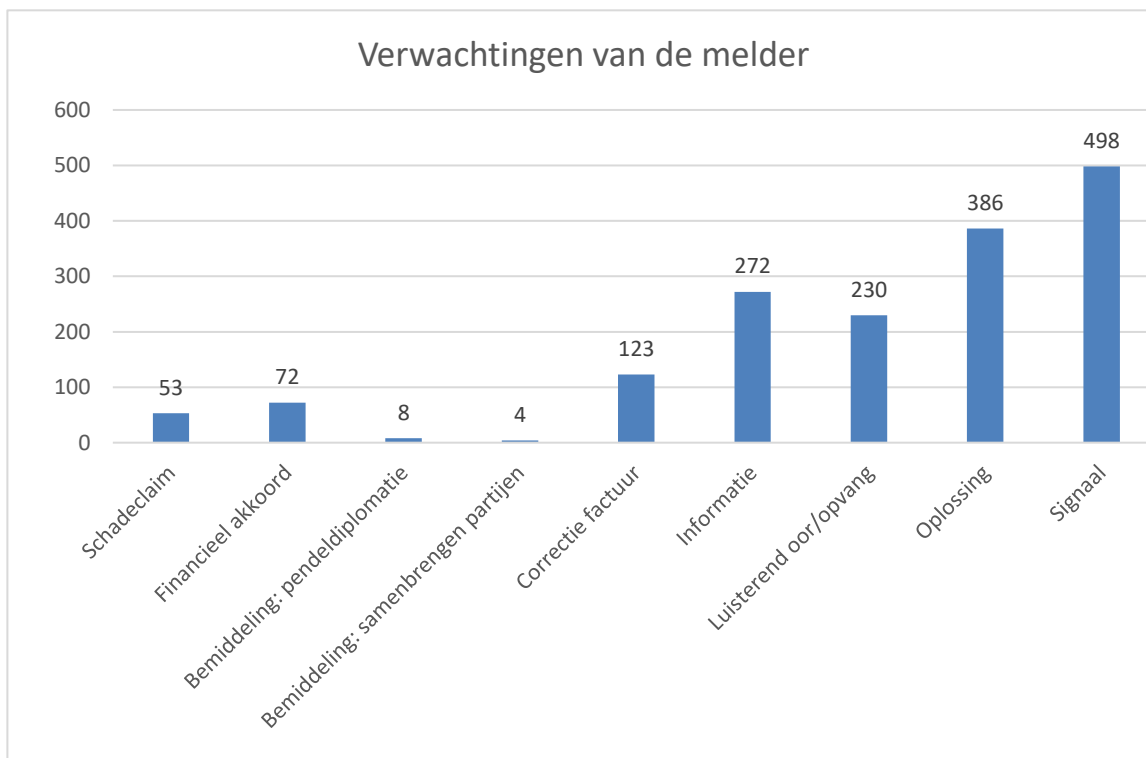
Verzoeningsresultaat bekomen:

- Ja: 383
- Nee: 197
- Niet van toepassing : 212

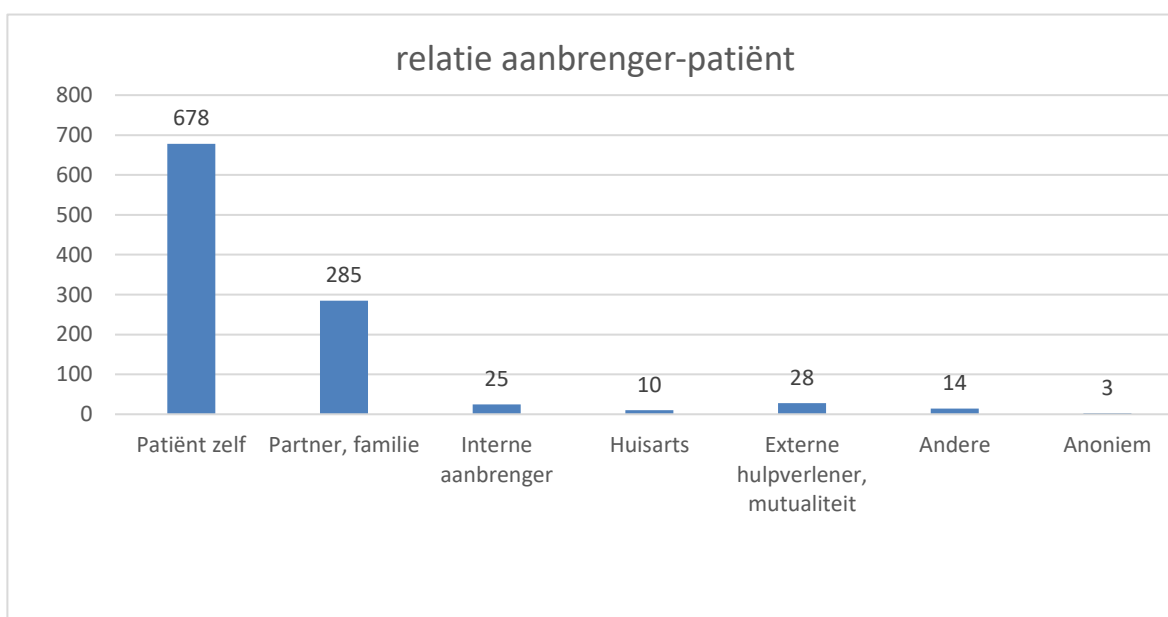


Verwachtingen van de klager top 3:

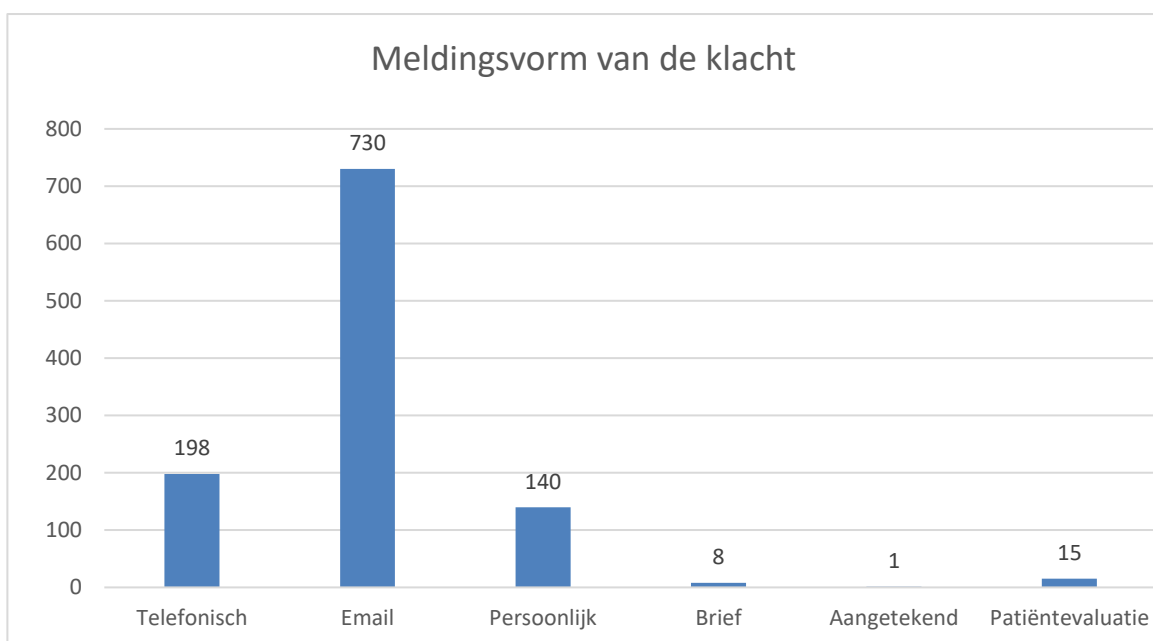
- Signaal
- Oplossing
- Informatie



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 contacteert.



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



Welke evoluties, probleemgebieden, onduidelijkheden werden opgemerkt bij de ombudspersonen in zorgvoorzieningen het voorbije jaar 2025? Wat vraagt er om verdere uitwerking, verdieping en kader om zowel patiënten als zorgverleners beter te ondersteunen?

Aanbeveling: Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen ‘zachte’ bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling: Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het *open disclosure*-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Aanbeveling: Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende :

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn.

Aanbeveling: Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals **wilsonbekwaamheid** en **vertegenwoordiging**, omgaan met **familieconflicten** en **beroepsgeheim** komen in klachten en casussen regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden, waaronder:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden
- omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- conflictpreventie en de-escalatie
- communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties, wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie.

Aanbeveling: Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

Aanbeveling: Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

Aanbeveling: Invloed van AI bij het indienen van een klacht

Steeds meer patiënten maken gebruik van AI-gegenereerde teksten om klachten of meldingen in te dienen. Hoewel dit de drempel kan verlagen om hulp te zoeken, brengt het ook nieuwe uitdagingen met zich mee. In de praktijk blijkt dat informatie die door AI wordt aangeleverd vaak onnauwkeurig, onnodig complex of juridisch feitelijk onjuist is en patiënten ons vaak met verkeerde verwachtingen aanspreken. Aangezien we steeds vertrekken vanuit de verwachting van de patiënt bemoeilijkt dit de klachtbehandeling en is er veel verduidelijking rond de rol van de Ombudsdienst nodig.

We roepen de ombudspersonen op bewust te zijn van de invloed van AI-gegenereerde klachten en in dialoog te gaan met patiënten om steeds hun werkelijke vraag en verwachting helder te krijgen, alsook de mogelijkheden binnen de ombudsfunctie. AI is een goede hulp om de drempel te verlagen om een melding te doen, maar we mogen het menselijke aspect van een bemiddeling niet uit het oog verliezen.

Aanbeveling: Agressiebeleid en psychosociaal welzijn van medewerkers

Er wordt een duidelijke toename vastgesteld van verbaal en fysiek grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zorgverleners en ombudspersonen. Dit heeft niet alleen impact op de veiligheid, maar ook op het psychisch welzijn, het werkplezier en het behoud van medewerkers binnen de zorg.

Daarom wordt aanbevolen om een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast agressiebeleid te installeren, dat door alle afdelingen gedragen wordt. Dit beleid omvat bij voorkeur: heldere richtlijnen, uniforme registraties, onmiddellijke opvolging van incidenten en een duidelijke rolverdeling bij escalaties. Daarnaast is het belangrijk om het agressiebeleid actief te communiceren naar patiënten en hun naasten, bijvoorbeeld via affiches, brochures en digitale kanalen, zodat verwachtingen vooraf duidelijk zijn en grensoverschrijdend gedrag ondubbelzinnig wordt afgekeurd.

Verder is het essentieel om structureel te investeren in het psychosociaal welzijn van medewerkers. Dit kan onder meer door gerichte trainingen (o.a. de-escalatie, omgaan met emotioneel beladen situaties), laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning. Een veilig werkklimaat draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg en het behoud van gemotiveerde medewerkers.

Aanbeveling: wachtlijsten en versterking van de eerstelijnszorg

Door toenemende wachtlijsten voor bepaalde specialismen in ziekenhuizen en beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops van huisartsen vinden patiënten meer en meer moeilijk tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Het is daarom belangrijk om dit probleem ook op federaal niveau te agenderen en in te zetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert te zijn voor de realiteit van wachttijden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.

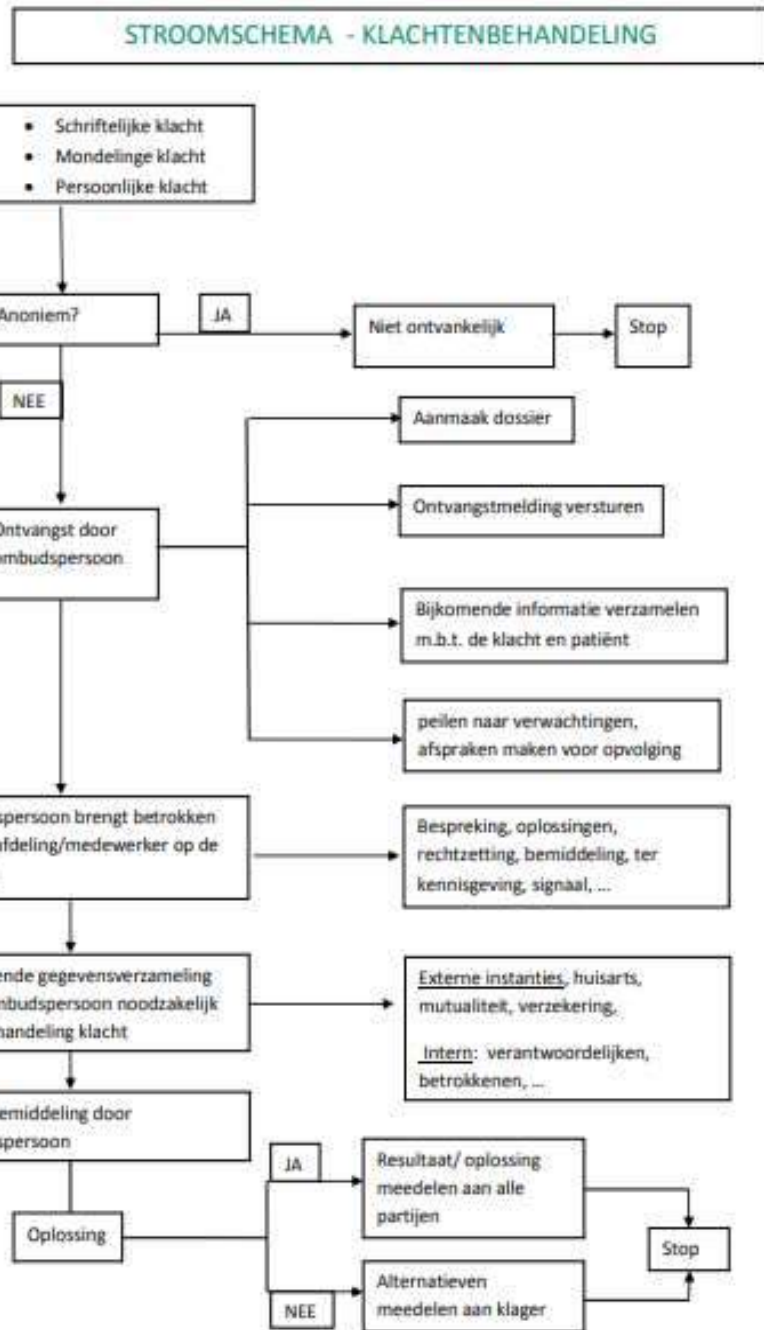
Jaarverslag van ombudsdienst Sint-Elisabeth ziekenhuis Herentals
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ St.-Elisabeth
Adres	Nederrij 133 - 2200 Herentals
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	308
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	243
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Linda Schueremans
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01-06-2008
Bestaffing	0,6 VTE ombudspersoon 0,1 VTE medewerker ombudsdienst voor administratieve taken

Lokalisatie dienst	AZ Sint- Elisabeth Herentals– administratieve gebouw Gesprekslokaal -inkomhal
Registratiesysteem	Volgens de richtlijnen opgemaakt door VVOVAZ – via software Zenya
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement ligt ter inzage aan het onthaal van het ziekenhuis. Bovendien is het intern te raadplegen in het documentbeheersysteem en is het voor externen terug te vinden op de website van het ziekenhuis.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	- Basisopleiding bemiddeling – MEDIV - Specialisatie in sociale zaken, in burgerlijke- en handelszaken en in familiale zaken, MEDIV - Diverse opleidingsdagen voor bemiddelaars, georganiseerd door VVOVAZ - Specialisatie bemiddeling binnen de jeugdzorg, Agentschap Opgroeien en UCLL
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Creatief denken in bemiddeling, Nexus, oktober 2025 - Recente inzichten in kwaliteit en patiëntveiligheid, second victim en open disclosure, LIGB, 1 december 2025 en 15 januari 2026 (workshop)
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: - Klachtenbemiddeling en klachtenafhandeling in het kader van de wet op de patiëntenrechten - Informatieve opdracht in het kader van de wet op de patiëntenrechten - Afleveren patiëntendossier bij opvragen afschrift; begeleiding bij inzage in het dossier van een overledene - 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 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 hoofddarts, 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.

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

De ziekenhuizen werken meer en meer samen binnen een ziekenhuisnetwerk. Dit betekent dat ook patiënten die zich tot een ziekenhuis wenden, in de verschillende ziekenhuizen van het netwerk kunnen terecht komen. Klachtenbehandeling breidt zich uit over meerdere ziekenhuizen. Casussen worden complexer en dat zal nog toenemen. Onze beroepsvereniging VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsdiensten Alle Zorgvoorzieningen) faciliteert de netwerking onder de ombudspersonen. Op die manier kunnen we vaak toch tot een vlotte afhandeling van het dossier overgaan en om advies vragen bij collega's in dezelfde rol.

De meeste klachten kunnen afgehandeld worden door de ombudsdienst. Ook de korte communicatielijnen en de voordelen van de ombudspersoon om intern aan het ziekenhuis verbonden te zijn, zijn helpend om een resultaat te bekomen. Indien er geen oplossing bekomen wordt, kan de ombudspersoon alternatieven aanbieden.

Het klachtenregistratiesysteem dat werd opgemaakt door VVOVAZ en gebruikt wordt door de meeste ombudspersonen in de Vlaamse ziekenhuizen, wordt momenteel herwerkt en zal ook aan de nieuwe wetgeving aangepast worden. Daardoor zijn er geen benchmarkgegevens beschikbaar.

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

Aantal klachtendossiers	317
Aantal infodossiers	108
Aantal pro actieve dossiers	18 (2 dossiers worden klacht; 16 blijven proactieve meldingen)
Aantal opvragingen patiëntendossier	39
Aantal 'andere'	5 (anoniem → niet ontvankelijk)

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

Hieronder zijn enkel de klachten terug te vinden die over een artikel uit de Wet PatiëntenRechten (WPR) gaan. De informatieve dossiers die over dit betreffende recht gaan, zijn hier niet mee opgenomen.

Een klachtendossier kan meerdere items bevatten (ook verschillende rechten).

Klachtendossiers worden ingediend door ontevreden patiënten of hun wettelijke vertegenwoordigers. Het is vanuit hun perceptie dat geregistreerd werd. Het geeft een beoordeling vanuit het standpunt van de patiënt over de situatie. Het is geen staving dat dit recht met de voeten getreden werd.

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)	25
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	21
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	21
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	5
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	15
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	6
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	5

1. Overzicht meldingen bij de ombudsdienst

Het aantal patiënten of familie van patiënten die zich wenden tot een ombudsdienst is laag. Het zijn 8 patiënten op 10 000, die hun negatieve ervaring neerleggen bij de ombudsdienst. Bij 5 op 10 000 patiënten gaat de inhoud van de melding over de Wet Patiëntenrechten (WPR)

Overzicht aantal dossiers AZ Herentals	2025	2024
Aantal klachtendossiers	317	330
Klachten –WPR	225	228
Klachten- overig	116	118
Aantal informatiedossiers	108	111
Info-WPR	61	69
Info- overig	10	25
afschriften	39	27
Totaal te behandelen dossiers	417	436
Anoniem	5	4
Proactief	16 (18; 2 klachten)	13 (16; 3 klachten)
Totaal geregistreerde dossiers	438	453
Aantal patiëntencontacten	414 446	395 107
Klachtenratio (klachten – WPR)	0,054%	0,057%
Klachtenratio (alle klachten)	0,076%	0,083%

Het totaal aantal geregistreerde en te behandelen dossiers is licht gedaald t.o.v. 2024. Zo gaat het ook met de klachten en informatieve dossiers. Er werden in 2025 wel iets meer afschriften gevraagd (n=39), waarvan 2 afschriften uit dossiers van overleden minderjarigen, zoals de vernieuwde WPR voorziet. Via de website is er een contactformulier beschikbaar specifiek voor het aanvragen van afschriften. De aanvragen die via het contactformulier toekomen, zijn hier niet opgenomen.

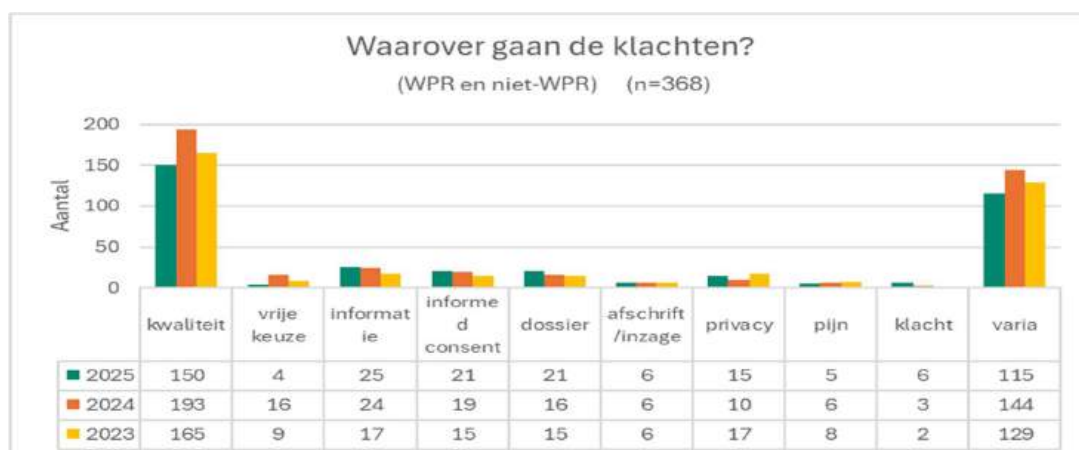
21 geregistreerde dossiers kennen geen behandeling. Het zijn proactieve meldingen, gemeld door zorgverleners, maar niet door patiënten of hun naasten. Van alle proactieve meldingen door zorgverleners dienden ook 2 patiënten een melding in, waardoor ze als klacht behandeld werden. Anonieme meldingen zijn onontvankelijk voor een ombudsdienst. Bijna alle anonieme meldingen (4/5) gaan over bejegeningssklachten. De afhankelijkheidsrelatie t.a.v. zorgverleners speelt mee in de vraag om anoniem te kunnen blijven.

2. Waarover gaan de klachten?

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening is het recht dat het meest wordt aangehaald van de artikels uit de wet op de patiëntenrechten (WPR). Het is een artikel dat veel omvat o.a. meldingen over medische en verpleegkundige (be) handelingen, meldingen over een respectvolle benadering. De tweede grootste groep bevat de variaklachten. In deze groep komen klachten voor, die niet over de inhoud van de WPR gaan zoals organisatorische, administratieve, financiële, technische en facilitaire aspecten.

Procentueel gezien vallen deze twee grote groepen ook wat terug t.o.v. de twee voorgaande jaren (-6%). Dit percentage is voor 2025 terug te vinden in de andere categorieën, recht op o.a. een zorgvuldig bijgehouden dossier, privacy en neerleggen van een klacht bij de bevoegde

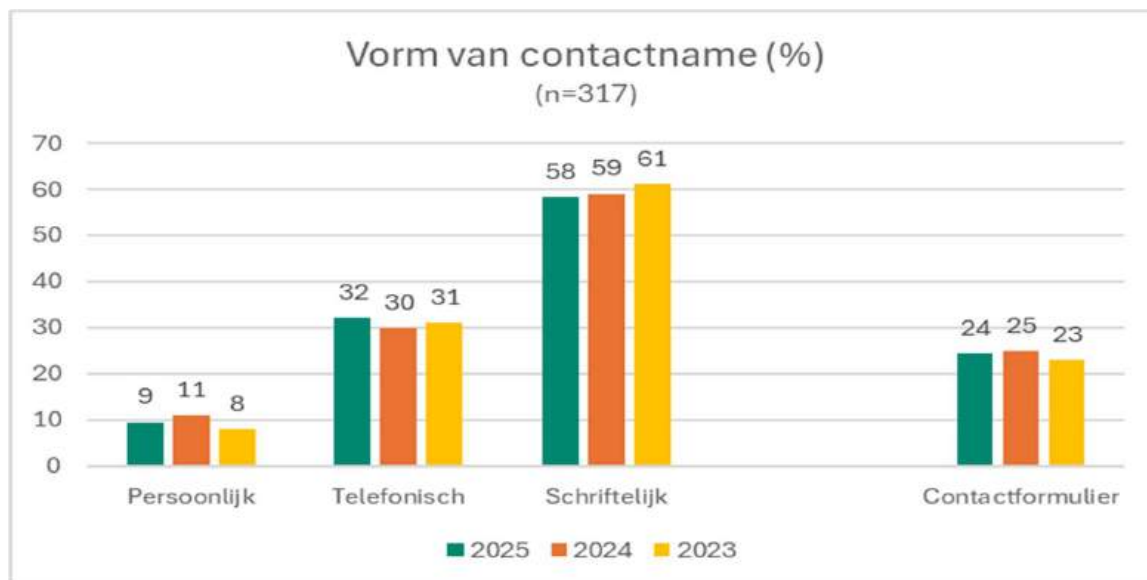
ombudsdienst. Onder deze laatste categorie vallen enkele meldingen waarvan iemand uit de omgeving van de patiënt een klacht wilde melden, zonder dat de wilsbekwame patiënt dit wilde.



3. Contactname met de ombudsdienst

93% van de melders richten zich rechtstreeks tot de ombudsdienst. Overige 7% komt via andere diensten van het ziekenhuis toe (voornamelijk financiële en sociale dienst). Minder dan 1% richtte zich in eerste instantie tot de directie.

Bij 65% van de klachten is de melder de patiënt zelf. Nog eens 33% is partner of familie van de patiënt. Daarnaast is er nog een kleinere groep (2%) interne en externe hulpverleners (huisartsen, medewerkers mutualiteiten) die meldingen bij de ombudsdienst neerleggen.

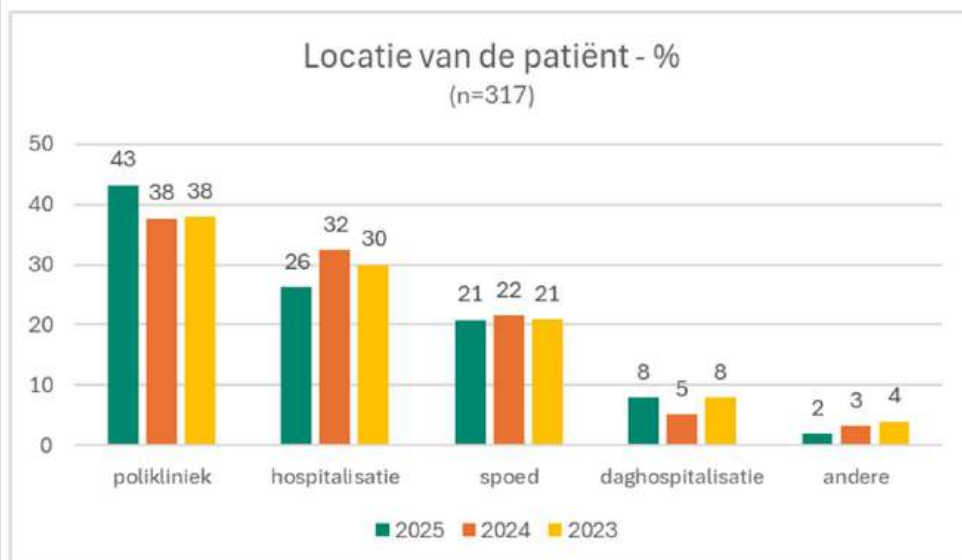


De meeste melders kiezen voor een schriftelijk contact met de ombudsdienst (58%), waarvan 24% daarvoor het contactformulier op de website gebruikt. 32% legt het eerste contact telefonisch en nog een groep van 9% wil op gesprek komen voor het neerleggen van een melding.

Het afgelopen jaar kwamen 121 vragen terecht bij de ombudsdienst, die in de eerste lijn buiten het ziekenhuis of op de afdelingen en diensten in het ziekenhuis thuishoren. Het zijn vragen om een afspraak te annuleren, voorschriften of attesten op te maken. Dat duidt toch op het makkelijk bereikbaar zijn van de ombudsdienst.

4. Lokalisatie van de patiënt

De grafiek 'lokalisatie van de patiënt' geeft een overzicht van het type hospitalisatie waarin de patiënt, die onderwerp van de klacht is, zich bevindt. De patiënten die melden, komen voor 43% uit de polikliniek, voor 26% uit het hospitaalgedeelte, voor 1/5^e uit spoed. T.o.v. de 2 voorgaande jaren is er een toename van klachten vanuit de ambulante zorg en een vermindering van klachten bij de gehospitaliseerde patiënten. Administratief-financiële aspecten in klachten worden meer gemeld door ambulante patiënten dan door gehospitaliseerden.



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

5. Verwachtingen van de patiënt

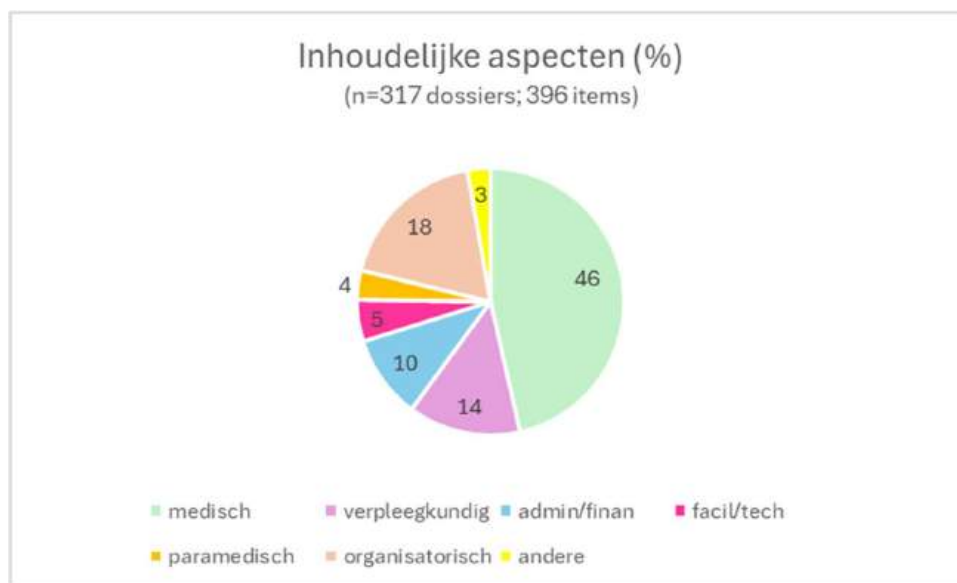
De verwachting wordt telkens door de ombudspersoon bevestigd. Het is als het ware het afsluitstuk van het in ontvangst nemen van een melding. De ombudsdienst vertrekt vanuit de verwachtingen van de patiënt/familie om acties af te stemmen die passend zijn en die tot oplossing kunnen leiden.

Verwachtingen melder	2025	2024
Info/uitleg/herstel	67	49
Signaal	40	27
Luisterend oor/opvang	49	32
Financieel akkoord	5	8
Schadeclaim	19	21
Correctie factuur	33	51
Pendeldiplomatie	47	88
Samenbrengen partijen	17	8
Oplossing	68	57
Andere	15	11

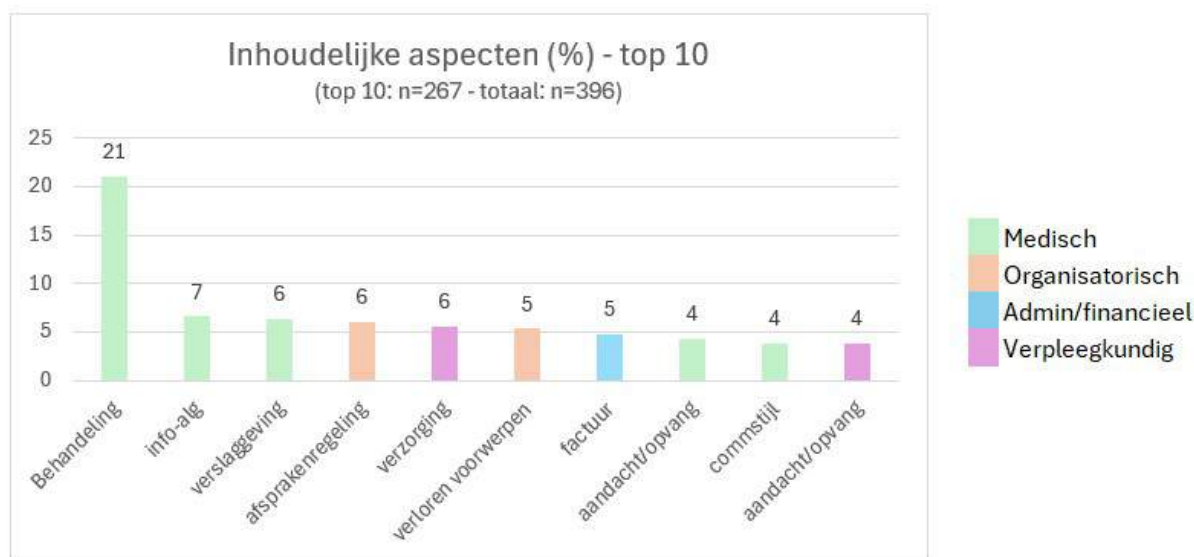
Het uiten van verwachtingen is geen garantie dat aan de verwachtingen tegemoet zal gekomen worden. Bv. wanneer een patiënt verwacht dat een hulpverlener zijn excuses aanbiedt, kan het zijn dat deze patiënt na een gesprek toch tevreden de deur uitgaat, zonder dat de hulpverlener excuses aangeboden heeft.

Komt men na behandeling bij de ombudsdienst niet tot een aanvaardbare oplossing, dan is het de taak van de ombudsdienst om de patiënt door te verwijzen naar alternatieve klachtenafhandelingsmogelijkheden. Dat is 16 keer gebeurd in 2025, waarvan het meest frequent werd doorverwezen naar de dienst ledenverdediging van de mutualiteit.

6. Inhoudelijke aspecten van klachten

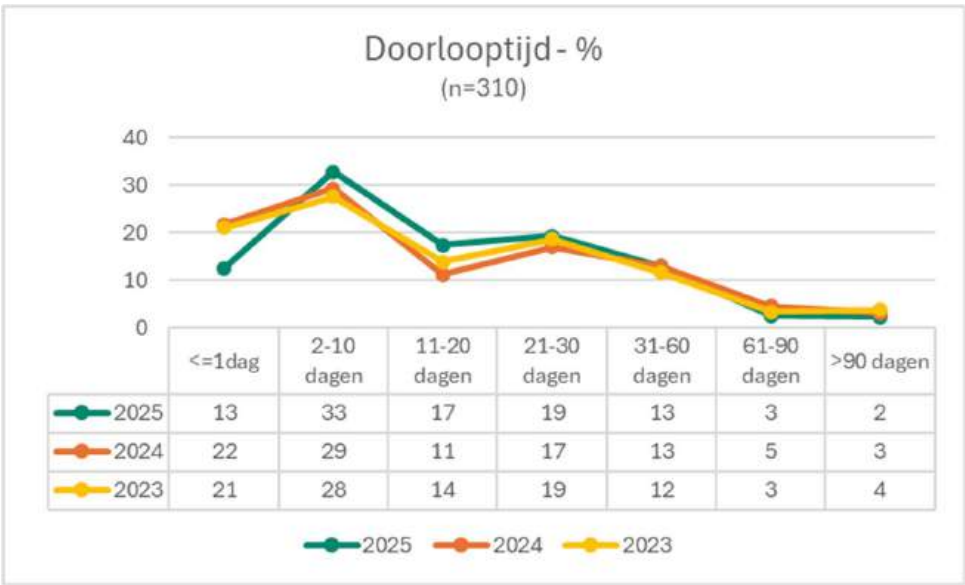


De medische aspecten komen het meest voor in de klachtmeldingen (46%), gevolgd door organisatorische (18%) en verpleegkundige aspecten (14%).



Inhoudelijke aspecten gerangschikt naar voorkomen, beginnend met de meest voorkomende geeft de bovenstaande top 10. Deze top 10 capteert 67% van de inhoudelijke aspecten. Er is een groot verschil tussen het meest voorkomende aspect (21%) en het volgende meest voorkomende aspect (7%).

7. Doorlooptijd



Het streefdoel is om 80% van de meldingen binnen de maand af te handelen. Dat is in 2025 in 82% van de meldingen gelukt.

Aanbevelingen

8. Aanbevelingen

6+3=9 en 3+6= 9.

Het is niet omdat je van mening verschilt, dat één van beide verkeerd is

2025: aan de slag met vernieuwingen in de wet

In 2025 wordt de vernieuwde wetgeving verder in praktijk verkend. In het begin van het jaar zijn de ombudspersonen van de ziekenhuizen uitgenodigd door de aanspreekpunten van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt. De nieuwe wetgeving werd op een praktische manier toegelicht en er kon in dialoog gegaan worden over de problematieken waar de ombudspersonen mee kampen.

Binnen het netwerk van de Kempense ziekenhuizen werd een begrijpelijke tekst aangaande de vernieuwde Wet Patiëntenrechten voor op de website ontwikkeld en een e-learning voor intern gebruik. Zo worden zowel de patiënten als de artsen en medewerkers van het ziekenhuis geïnformeerd over de vernieuwde wetgeving.

Een werkgroep 'registratiesysteem' binnen VVOVAZ (Vlaamse Vereniging van Ombudspersonen Van Alle Zorgvoorzieningen) is bezig met het ontwikkelen van een nieuw registratiesysteem, waarbij de nieuwe wetgeving in het jaarverslag nauwkeuriger naar voor kan komen. Deze werkgroep is van start gegaan in 2025. In 2026 wordt het nieuwe systeem gefinaliseerd en uitgetest binnen een kleine groep, vooraleer het aan alle leden aangeboden wordt. Dan zal benchmarking opnieuw opgezet worden.

Naar goede gewoonte heeft VVOVAZ aanbevelingen geformuleerd, die een samenvatting zijn van de moeilijkheden, die in meerdere Vlaamse ziekenhuizen terug te vinden zijn. In AZ Herentals zijn dezelfde tendensen opgemerkt.

AI doet zijn intrede

Uit casuïstiek:

Uit de meldingen van het afgelopen jaar blijkt dat er regelmatig eenzelfde structuur in het schrijven van patiënten terug te vinden is. Het zijn AI-gegenereerde berichten waarin een lijstje aan verwachtingen opgenomen zijn. Het zijn soms ook verwachtingen van een ombudsdienst, waaraan we wettelijk gezien niet kunnen beantwoorden (bv. het vragen om een onderzoek in te stellen).

Aanbeveling:

- Hoe de melding ook tot bij de ombudsdienst komt. Ombudspersonen dienen de dialoog aan te gaan met de melders (patiënten en hun naasten) om de gedragen verwachtingen op te pikken en de menselijkheid in de meldingen niet te vergeten.

De patiënt bijstaan of vertegenwoordigen

Aan de vernieuwde wetgeving (herziening, 2024) zijn art. 12 en art.14 toegevoegd, die over de vertegenwoordiging van de patiënt gaan.

Ook de bijstand die een patiënt kan krijgen van een vertrouwenspersoon is uitgebreid. Er kunnen nu meerdere vertrouwenspersonen aangeduid worden door de patiënt en deze kan ook specificeren voor welke rechten hij/zij bijstand wenst. Enkele rechten kunnen uitgeoefend worden door de vertrouwenspersoon zonder aanwezigheid van de patiënt. Ook deze rechten kan de patiënt zelf bepalen, via een schriftelijk document 'aanwijzing van een vertrouwenspersoon'.

Uit casuïstiek:

- Een pluspapa neemt contact op. Er is een factuur toegekomen, waaruit blijkt dat de 17-jarige dochter, die bij haar vriend is ingetrokken, op spoed is geweest. Er is momenteel geen contact meer met de dochter en de pluspapa wil weten wat de reden van de spoedopname is en of ze hulp nodig heeft.
- De vader van een 16 jarige dochter uit zijn ontevredenheid omdat hij zijn dochter niet mag begeleiden tot in de operatiezaal. De dochter vindt het niet nodig dat vader haar vergezelt tot in de operatiezaal.

- De zoon van een 80-jarige patiënt meldt dat zijn moeder niet goed behandeld wordt. Er wordt onvoldoende aandacht besteed aan de pijn en mobiliteit van moeder, terwijl ze haar klachten meermaals verteld heeft tegen verschillende zorgverleners. Er is nog weinig vertrouwen in de arts en het team. De ombudspersoon neemt contact op met de patiënt zelf. De patiënt laat zich niet zo negatief uit over de behandelende arts. Ze neemt zelf contact op met haar behandelende arts. Het vertrouwen in arts-patiëntrelatie blijft.

Verbetering:

- Door toevoeging van artikel 12 en 14 in de vernieuwde wetgeving wordt de rol van vertegenwoordiger expliciet gemaakt.
- De vernieuwde voorbeeldformulieren voor het aanwijzen van een vertrouwenspersoon en het aanwijzen van een vertegenwoordiger zijn gelanceerd begin 2025. Naast het invulformulier is er ook een toelichting voorzien. Het is een meerwaarde om daar naar te kunnen verwijzen.
- In het formulier 'aanwijzen van een vertrouwenspersoon' staan de rechten, waarvoor een vertrouwenspersoon bijstand kan geven, geëxpliciteerd. De patiënt duidt die rechten aan waarvoor hij/zij bijstand wenst van een vertrouwenspersoon. Daarnaast zijn er enkele rechten die kunnen uitgeoefend worden door de vertrouwenspersoon zonder aanwezigheid van de patiënt. Het recht om een klacht neer te leggen, dient te gebeuren in aanwezigheid van de wilsbekwame patiënt.

Aanbeveling:

- De rol van de patiënt bij het neerleggen van een klacht is door de wetgever uitdrukkelijk beschreven. Het is voor de ombudspersonen van belang om zich niet spontaan te richten tot de melder, maar telkens weer op zoek te gaan naar de wens/verwachtingen en het mandaat van de patiënt.
- De voorbeeldformulieren worden vlot gevonden, maar zijn soms niet volledig ingevuld, met name voor welke gezondheidszorgbeoefenaars het recht geldt. Het formulier is echter wel duidelijk opgesteld.

Uit casuïstiek:

- Een vrouw vraagt toegang tot het patiëntendossier van haar blinde moeder en haar dementerende tante. Voor beide personen is zij zorgvolmachtdrager.
- Pleegouders vragen toegang tot het patiëntendossier. Zij dienen daarvoor een attest voor te leggen van pleegzorg of van gezinssamenstelling. Er staat geen einddatum op het attest. Het is zo mogelijk om voor onbepaalde tijd toegang te hebben.
- Ouders gebruiken de toegang tot het patiëntendossier om een overzicht van de contactmomenten te hebben.

Verbetering:

- Op het nieuwe formulier voor het aanwijzen van een vertrouwenspersoon is een volledige pagina gewijd aan toelichting over de functie van een vertrouwenspersoon.
- De werkgroep 'patiëntenrelaties' van het patiëntendossier (binnen Nexuzhealth-KWS), heeft juristen, informatici en ombudspersonen betrokken om de terminologie van de vernieuwde wet vorm te geven in het patiëntendossier. Er is ook een aparte zone binnen het patiëntendossier gecreëerd, waar documenten met betrekking tot 'relaties met rechten' kunnen bewaard worden. Ze worden niet bewaard bij de andere documenten in het patiëntendossier, omdat ze een bepaalde gevoeligheid bevatten (bv. attesten pleegzorg, vonnissen, zorgvolmachten)

Aanbeveling:

- Zouden administratieve gegevens (bv. facturen, overzicht afspraken, ...) in een patiëntendossier kunnen gescheiden worden van medische verslagen en onderzoeksresultaten?
- Pleegouders kunnen tijdelijk de wettelijke vertegenwoordiger van het kind zijn. De rechtbank heeft een vonnis uitgesproken over het pleegouderschap en de duur ervan. Het vonnis bevat meer dan de essentiële informatie, die nodig is in het kader van de vertegenwoordiging van de patiënt. Het hele vonnis hoort niet thuis in het patiëntendossier. Het zou een meerwaarde zijn indien een attest van pleegzorg ook een einddatum zou bevatten. Dan kan dit document opgenomen worden in het patiëntendossier.
- Ook de zorgvolmachten zijn documenten die heel wat persoonlijke, niet relevante informatie bevatten voor zorgverleners, in het kader van vertegenwoordiging van de patiënt. Het is mogelijk om een bewijs van zorgvolmacht bij de notaris te verkrijgen, waarop staat tussen welke partijen het afgesloten is. Het is wenselijk dat het attest ook de noodzakelijke informatie bevat i.v.m. rechten over de persoon. Is er desnoods een centrale databank waarin deze documenten terug te vinden zijn?
- Het is ook een uitdaging om deze documenten die rechten van patiënten duiden, te kunnen delen met alle betrokken zorgverleners, over de ziekenhuismuren heen. Daarvoor wordt in het toelichtingsformulier de verantwoordelijkheid bij de patiënt gelegd. Maar ook binnen de ziekenhuismuren dient de zorgverlener deze relaties met rechten makkelijk terug te kunnen vinden.

Kloof tussen verwachtingen van een patiënt op spoed en het aanbod van een spoeddienst.

Uit casuïstiek:

- Patiënt komt naar spoed en verwacht medische beeldvorming. Na klinisch onderzoek van de spoedarts wordt medische beeldvorming in urgentie niet nodig geacht.
- De patiënt met griepale symptomen vindt een wachttijd van 4u vooraleer de arts de patiënt naar huis ontslaat, te lang. Zorgverleners rekenen op begrip van patiënten voor de wachttijd op spoed.
- De spoedarts schrijft 2 dagen arbeidsongeschiktheid voor een kneuzing voor en verwijst bij aanhoudende last door naar de huisarts. Patiënt verwacht een arbeidsongeschiktheid gedurende de ganse herstelperiode van het letsel.
- Een patiënt heeft een afspraak bij een arts in een ander ziekenhuis voor een voetletsel. Ze wil toch ook een second opinion in AZ Herentals. Daarvoor begeeft ze zich naar de spoedafdeling om zo op een snelle manier aan een afspraak te geraken. De spoedarts vangt acute pathologie op. Een patiënt die zich aanbiedt voor een second opinion op spoed, behoort niet tot de doelgroep van een spoedpatiënt.

Verbeteringen:

- In de wachtzaal van de afdeling spoedgevallen wordt een filmpje afgespeeld dat informeert over de triage. Daardoor weet de patiënt dat patiënten ook niet behandeld worden in volgorde van toekomen, maar wel naargelang de ernst van de kwetsuren.
- In 2026 zal de huidige spoedafdeling gedeeltelijk naar een nieuwbouw verhuizen. Daarin is ruimte voor de integratie van de spoedafdeling met de huisartsenwachtpost. De

samensmelting van deze twee diensten op één afdeling, zal de overload aan patiënten op spoed en het oneigenlijk gebruik van de spoed door patiënten die geen urgente zorg nodig hebben, mogelijks (en hopelijk) terugdringen. Een doorverwijzing van eerstelijnszorg naar een spoedafdeling en vice versa is eenvoudig realiseerbaar.

- Er is voor enkele disciplines een aanbod om digitaal een afspraak te maken. Dit geldt nog niet voor de spoedafdeling.

Aanbevelingen:

- De overheid kan bijdragen in het bijsturen van de visie van burgers over de eerstelijnszorg en spoedafdelingen. Met wat kan je waar terecht? Een voorbeeld, zoals o.a. met het telefoonnummer 1733
- Het oneigenlijk bezoek aan de dienst spoedgevallen dient onder de aandacht van de bevolking te worden gebracht. Het is een reactief proces: patiënten bezoeken onterecht spoed. Daardoor is de druk op de spoedafdeling hoger. Er ontstaan wachttijden. Dit leidt tot frustraties, zowel bij patiënten en hun begeleiders als bij zorgverleners en andere medewerkers. Dit resulteert in onaangepaste communicatiestijl en daardoor voelen patiënten zich niet goed opgevangen. In een minderheid van de aanmeldingen stappen patiënten zelf terug op en gaan elders op zoek naar hulp.

De zorg: een uitdagend werkveld in een sterk veranderend landschap

Het applaus waar de zorgsector op kon rekenen tijdens de coronaperiode ligt achter ons.

Prestatiegericht, veeleisend, tijdsdruk zijn enkele kernbegrippen die de huidige maatschappij kenmerken. Er is veel behoefte aan geruststelling, vertragen, empathie.

Uit meldingen blijkt dat een miscommunicatie of een gebrek aan informatie aan de basis van een negatieve ervaring ligt. Gebrek aan empathie, prestatiedruk, elkaar verkeerd begrijpen leidt al eens tot een bejegeningproblematiek of een defensieve houding. Het komt het vertrouwen tussen patiënt en zorgverlener niet ten goede.

Uit casuïstiek:

- Discriminerende taal en houding wordt in beide richtingen ervaren, van zorgverlener naar patiënt en van patiënt naar zorgverlener.
- Patiënten voelen zich vernederd, niet begrepen, gekwetst door taalgebruik van zorgverleners en andere medewerkers.
- Zorgverleners en andere medewerkers worden verbaal onder druk gezet door patiënten of familieleden van patiënten of er wordt dreigende taal gebruikt om iets te bekomen.

Verbetering:

- Er worden jaarlijks opleidingen georganiseerd over communicatie voor zorgverleners en andere medewerkers waarin handvaten aangereikt worden om tot een constructieve dialoog met patiënten en familieleden te komen.
- AZ Herentals zet fel in op open disclosure gesprekken, waarbij op een open en transparante manier gecommuniceerd wordt over wat er anders is gelopen dan verwacht. Door deze gesprekken wordt het vertrouwen in de relatie patiënt-zorgverlener vaak behouden.
- Nieuwe projecten zoals bedside briefing zorgen er voor dat patiënten goed geïnformeerd zijn en zetten sterk in op verbinding tussen patiënt- zorgverlener.
- Via een postercampagne “Zie elkaar” tegen agressie werd aandacht gevraagd voor een open en positieve houding tegenover elkaar. Vriendelijk zijn kost niets. Met “Een glimlach doet deugd” werden zowel zorgverleners en patiënten, maar ook zorgverleners en medewerkers onder elkaar en patiënten onder elkaar, gestimuleerd om een warme houding tegenover elkaar aan te nemen (elkaar te zien).

Aanbeveling:

- Agressie tegenover zorgverleners wordt regelmatig in de media onder de aandacht gebracht. Het is van belang dat de overheid en de maatschappij agressie blijft verwerpen. Zijn campagnes voldoende om hier verandering in te brengen?
- In de Wet Patiëntenrechten wordt gesteld dat er tussen gezondheidszorgbeoefenaars en patiënten een respectvolle omgang dient te zijn. Men spreekt voornamelijk over de rechten van de patiënt. De rechten voor de gezondheidszorgbeoefenaar worden niet genoemd. Er rijst meer en meer de vraag vanuit zorgverleners waar zij staan in het hele verhaal (bij ontevredenheden). Bij wie kunnen zij terecht en welke rol kan een ombudsdienst daarin opnemen?

Kwetsbare groepen vergen een aangepaste aanpak

Uit casuïstiek:

- Er wordt over de hoofden van het kind gepraat i.p.v. met het kind.
- Ik voelde mij als psychiatrische patiënt benaderd i.p.v. als een patiënt met een psychische kwetsbaarheid die zich aanmeldt met een somatische problematiek
- Als slechtziende is het niet eenvoudig om zonder begeleiding via het (visuele) oproepsysteem met badge tot in de juiste raadplegingsruimte te geraken

Verbetering:

- Er wordt door individuele zorgverleners en medewerkers getracht om zoveel mogelijk aandacht te hebben voor kwetsbare groepen. En er is ook aandacht om structureel zorg voor kwetsbare patiënten te verbeteren, zoals bv op pediatrie met het PROSA project (Procedurele sedatie en analgesie) dat fel inzet op pijnreductie bij kinderen. Een CKB – team vanuit de geestelijke gezondheidszorg komt in het ziekenhuis ondersteuning bieden voor patiënten met een psychische kwetsbaarheid.

Aanbeveling:

- Het bespreekbaar maken van negatieve ervaringen en wat het betekent voor een patiënt met een bepaalde kwetsbaarheid om door het zorgproces te gaan, kan het inzicht van zorgverleners en medewerkers verruimen. Zo kan er aandacht ontstaan voor specifieke kwetsbare groepen.
- Een patiëntenpanel kan helpen om bv. de toegankelijkheid tot zorg voor kwetsbare groepen een plaats te geven in de organisatie.
- Zorgnet – Icuuro start een project rond equity. AZ Herentals is lid van deze koepelorganisatie en volgt de ontwikkelingen mee op.

Verslaggeving met aandacht voor de lezers

Uit casuïstiek:

- In het verslag van mijn dochter zijn opmerkingen die ik uitte t.a.v. de arts opgenomen. Ik ben beschaamd dat dit door andere zorgverleners kan bekeken worden. Het is geen medisch relevante informatie. Ik wil dat het uit het verslag verdwijnt.
- In het verslag staat genoteerd dat ik wekelijks een bezoek breng aan een fastfoodrestaurant. Dit is niet wat ik gezegd heb. Ik ga éénmaal per maand. Ik wil dat dit gecorrigeerd wordt.
- De arts verwoordt mijn verhaal niet correct. Ik wens een aanpassing van het verslag.
- Ik ben naar het ziekenhuis gekomen voor mijn geplande afspraak. De wachttijd liep op en ik heb gemeld dat ik zoveel pijn had dat ik niet langer kon wachten en ben naar huis

vertrokken. Hierover is er een verslag in mijn dossier opgenomen. De arts heeft mij niet eens gezien. Ik wil geen verslag.

Verbetering:

- De vernieuwde wetgeving voorziet dat een patiënt meer aandeel opneemt in zijn/haar zorg en moedigt aan dat patiënten vlot aan de verslaggeving in hun patiëntendossier kunnen (digitalisering). Dat gebeurt ook.

Aanbeveling:

- De keerzijde van de medaille is dat patiënten zich soms ook uitspreken over het al dan niet akkoord gaan met de notities in het verslag. Hun vraag tot wijzigen is daarbij soms verregaand. Het is aan de zorgverlener die geconsulteerd werd o.w.v. zijn/haar expertise om het verslag op te maken.
- Er dient bewustwording te groeien bij de zorgverleners dat patiënten mee lezen in de verslaggeving. Het is aangewezen om feitelijk te noteren en te weten dat bepaalde formuleringen gevoelig (stigmatiserend) kunnen liggen.
- De oudere versie van de wet voorzag in een luik 'persoonlijke notities', waar zorgverleners een notitie konden achterlaten, die enkel voor henzelf bestemd was. Met de vernieuwde wetgeving is dit luik weggefallen. Zorgverleners hebben nog even tijd nodig om opnieuw hun weg te vinden.

Nood aan transparantie over financiële informatie

Uit casuïstiek:

- Door de economische crisis kijken patiënten bewuster facturen na en vragen meer informatie over de ingewikkelde coderingen. Een factuur is niet leesbaar voor patiënten. Dit bevordert het vertrouwen in de ziekenhuizen niet.
- Er zijn meldingen over het spoedconsult met of zonder verwijsbrief. Patiënten die telefonisch contact hadden met een huisarts alvorens naar de spoedgevallendienst te komen, voelen zich wel degelijk doorverwezen en betwisten de factuur. Of patiënten willen zich verantwoorden waarom ze naar spoed kwamen zonder eerst langs de huisarts te passeren. Door het aanrekenen van een spoedconsult zonder verwijzing, voelen ze zich aangesproken en financieel afgestraft voor iets wat ze redelijk vinden.
- Zorgverleners melden patiënten dat een behandeling zal doorgaan in daghospitalisatie. Patiënten, die verzekerd zijn voor een verblijf in daghospitalisatie gaan ervan uit dat hun verblijf dan in aanmerking komt voor tegemoetkoming vanuit de verzekering. Als de behandeling enkel een ziekenhuisforfait genereert, zal de verzekeringsmaatschappij meestal niet tussenkomen in de kosten. Dat is voor patiënten moeilijk te begrijpen. In deze context verwijst de term 'daghospitalisatie' eerder naar de locatie waar de behandeling zal doorgaan.

Verbetering:

- Op de website van AZ Herentals is een informatief filmpje terug te vinden waarin op een duidelijke manier informatie over de ziekenhuisfactuur verstrekt wordt.
- Er is heel wat informatie beschikbaar voor patiënten. Maar patiënten vinden niet altijd hun weg naar die informatie. We verwachten mogelijks nog teveel dat patiënten zelf achter informatie vragen in plaats van het aan te bieden. Uit een bevraging van patiënten blijkt dat patiënten zich niet goed geïnformeerd voelen over de kostprijs. In AZ Herentals is een kleine werkgroep actief die onderzoekt hoe we op een proactieve manier financiële informatie tot bij de patiënt krijgen.

Aanbeveling:

- De facturen verdienen een heldere duidelijke taal, zodat patiënten inzicht krijgen in hoe het systeem werkt. (cfr. vermelding spoedconsult met en zonder verwijsbrief).
- Het is van belang dat patiënten ook gestimuleerd worden om zich zo goed mogelijk over het financiële aspect van gezondheidszorgen te informeren, voorafgaandelijk aan de hospitalisatie. Ziekenfondsen en hospitalisatieverzekeringen kunnen hier een belangrijke rol in opnemen.
- Dat is tevens een aandachtspunt voor de zorgverleners en medewerkers. Zij kunnen niet op de hoogte zijn van alle informatie die financiële gevolgen heeft voor de patiënt. Het is wel hun taak om de patiënt daarvan op de hoogte te brengen en te verwijzen naar die kanalen die de informatie wel kennen.

Administratieve formaliteiten

Er zijn nog een hoop (een substantieel aandeel van de contactnamen met de ombudsdienst) mails en telefonische oproepen die vragen om het aanleveren of aanpassen van administratieve formaliteiten. Dit zorgt voor veel overlast en niet alleen voor de ombudsdienst.

Uit casuïstiek:

- Op een voorschrift voor kinesithérapie ontbreken gegevens. Vanuit de mutualiteit werden al mails verstuurd die onbeantwoord bleven. Daardoor ontvangt de patiënt geen terugbetaling van de kinebeurten.
- Arbeidsongeschiktheidsattesten, attesten terugbetaling medicatie bevatten foutieve data. Er zijn pogingen ondernomen om dit met de betrokken arts/dienst op te nemen. Vermits er geen reactie komt, wordt er contact genomen met de ombudsdienst.
- Patiënten vergeten documenten mee te nemen naar de raadpleging of bij opname en contacteren, als ze terug thuis zijn, de ombudsdienst om de formaliteiten in orde te brengen.

Verbetering:

- Met het digitaliseren van de elektronische voorschriften is een grote stap gezet, met positief resultaat.
- Preoperatieve vragenlijsten digitaal laten invullen werkt. Het doet de berg aan papieren documenten verminderen en het zorgt ervoor dat de informatie aanwezig is op het moment dat de zorgverlener het nodig heeft.

Aanbeveling:

- Deze digitalisering dient verder doorgevoerd en gestimuleerd worden door de overheid.

Verzoeningsresultaten

9. Verzoeningsresultaten

Verzoening klachtendossiers (%)	2025	2024	2023
Verzoend	59	62	68
Niet verzoend	41	38	32

De acties die een ombudspersoon uitvoert, zijn gericht op verzoening, op het herstellen van vertrouwen. Hier wordt een verzoeningsresultaat genoteerd wanneer zorgverleners en ziekenhuismedewerkers een betekenisvolle daad stellen door tussenkomst van een

ombudspersoon. Het betekent niet noodzakelijk dat beide partijen het eens met elkaar zijn, na afhandeling van het dossier.

Niet elk klachtendossier leent zich ertoe om een verzoeningsresultaat te bekomen. Dat was bij 53 dossiers zo.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2025

(Voor 10.02.2026 op te sturen naar jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

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	234
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)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 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. Opvraagbaar in het onthaal az West en in de ombudsdienst.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	De vergaderingen, georganiseerd door VVOVAZ, en de trimesteriele deelname aan de vergaderingen van VVOVAZ West-Vlaanderen Basisopleiding 'bemiddelaar' in samenwerking met MEDIV (Mediation Instituut Vlaanderen)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	
Werkingsterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De ombudspersoon is bevoegd om kennis te nemen van alle klachten die betrekking hebben op de dienstverlening in het ziekenhuis. Het gaat dus niet enkel om klachten in het kader van de patiëntenrechten. De ombudspersoon fungeert als centraal aanspreekpunt voor uitingen van ongenoegen en/of klachten over het zorgproces of de omkadering van het zorgproces in het ziekenhuis. Ook kunnen ziekenhuismedewerkers op (pro)actieve wijze problemen melden in het concrete zorgproces van patiënten. Klachten die een schadeclaim inhouden worden behandeld door de medewerker, tot wiens bevoegdheid het verzekering gerelateerde domein behoort. De ombudspersoon treedt niet op als bemiddelaar bij klachten van of tussen personeelsleden en/of zorgverleners onderling (incl. vrijwilligers), tenzij een klacht afkomstig is van een personeelslid/zorgverlener in zijn/haar hoedanigheid van een patiënt met een klacht. De ombudspersoon mag niet betrokken geweest zijn bij de feiten en de perso(o)n(en) waarop de klacht betrekking heeft. Indien deze situatie zich voordoet wordt de klacht afgehandeld door een ander bemiddelaar. Verzoek tot inzage en/of afschrift van een patiëntendossier:

	Patiënten en/of hun vertegenwoordigers hebben conform het KB van 22.08.2002 recht op inzage en/of afschrift van het dossier (art. 9,§2 en §3). In regel gebeurt het verzoek tot inzage en/of afschrift van het dossier via de behandelend geneesheer-specialist voor het medisch luik en via de hoofdverpleegkundige voor het verpleegkundig luik. Wanneer de patiënt of vertegenwoordiger dit niet wenst kan de vraag gebeuren via de ombudspersoon: ☐ Invullen van een verzoekformulier met de benodigde gegevens (patiënt – ouder –voogd – verwant van de overleden patiënt); ☐ De vraag tot terbeschikkingstelling van het dossier wordt gesteld aan de betrokken geneesheer. Bij problemen wordt de hoofdgeneesheer betrokken; Taken van de ombudspersoon 1. Preventie: ☐ Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen. ☐ Het formuleren van aanbevelingen om herhaling van tekortkomingen, die aanleiding kunnen geven tot een klacht of die de kwaliteit van het zorgproces kunnen verbeteren, te voorkomen. 2. Het in ontvangst nemen van: ☐ 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. ☐ Bij het ontvangen van een klacht wordt aan de patiënt onverwijld een schriftelijke ontvangstmelding overgemaakt. 3. Het verstrekken van informatie: ☐ Over de organisatie. ☐ Over de werking en procedureregels van de ombudsfunctie. ² ☐ Over de wet op de patiëntenrechten. 4. Het opzetten van een bemiddeling teneinde de verstoorde relatie tussen de patiënt en zijn zorgverstrekker of ziekenhuis te herstellen. 5. Het informeren en advies geven over verdere proceduremogelijkheden wanneer interne bemiddeling geen oplossing is of geboden heeft. 6. Het systematisch verzamelen van gegevens teneinde: ☐ Aanbevelingen te formuleren ter voorkoming van herhaling van de tekortkomingen, die aanleiding gaven tot het formuleren van een klacht. De ombudspersoon is alert op het structureel voorkomen van klachten. Door middel van terugkoppeling brengt hij advies uit aan de ziekenhuisorganisatie en aan de betrokkenen met betrekking tot verbeteringspunten; ☐ Tegen 1 mei van elk jaar wordt een jaarverslag over de werking van de ombudsdienst verstuurd aan de beheerder, aan de hoofdarts, aan de directie, aan de Medische Raad en aan de dienst Q&S van het ziekenhuis.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Zie klachtenprocedure, vermeld hieronder, onder het punt 'Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?'
Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
Az West gaat uit van een constructieve visie op het verschijnsel 'klacht'. Klachtenmanagement op een juiste manier gebruikt, is een uniek instrument om de kwaliteit en de klantgerichtheid binnen het ziekenhuis te vergroten en te verbeteren. Bij de ombudsdienst kan de patiënt terecht met vragen, klachten of suggesties. Een klachtenprocedure kan alleen maar werken als ze gedragen wordt door alle medewerkers van het ziekenhuis.	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
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 <i>mondeling als schriftelijk</i> 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.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	265
Aantal infodossiers	70
Aantal pro actieve dossiers	68
Aantal opvragingen patiëntendossier (is een onderdeel van "infodossiers")	28

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

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

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	134
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	7
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	0
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

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

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

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

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	200

Aanbevelingen

Aanbeveling: Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen 'zachte' bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve patiëntgerichte zorg. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken. Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling: Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het *open disclosure*-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk. Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Aanbeveling: Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging, omgaan met familieconflicten en beroepsgeheim komen in klachten en casussen regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Aanbeveling: Versterken van de proactieve rol van de Ombudsdienst

Het is aan te bevelen om de Ombudsdienst niet uitsluitend reactief, maar ook expliciet proactief te positioneren binnen de zorgorganisatie. Een zichtbare, bereikbare en laagdrempelige aanwezigheid van de Ombudsdienst creëert ruimte voor vroegtijdige signalering van mogelijke knelpunten en voor het tijdig ondersteunen van patiënten, naasten en medewerkers. Daarnaast kan de Ombudsdienst een belangrijke bijdrage leveren door thema-gerichte initiatieven rond patiëntenrechten te organiseren, zoals infomomenten, interne vorming, sensibilisering of samenwerking met andere diensten. Dit versterkt het bewustzijn binnen de organisatie en stimuleert een cultuur waarin patiëntenrechten actief worden bewaakt. Een structurele betrokkenheid van de Ombudsdienst bij complexe casuïstiek en bij de voorbereiding van moeilijke gesprekken kan bovendien leiden tot betere onderlinge afstemming, het voorkomen van escalaties en een duurzamere opbouw van vertrouwen tussen alle betrokken partijen. Tot slot is het essentieel om het mandaat en de rol van de onafhankelijke ombudspersoon duidelijk(er) af te bakenen en intern te communiceren. Heldere verwachtingen — zowel richting patiënten als richting medewerkers — zijn noodzakelijk om misverstanden te vermijden. Een expliciete communicatie over wat de Ombudsdienst wél en niet kan betekenen, draagt bij aan realistische verwachtingen en een transparante werking.

Aanbeveling: Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen. Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt. Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

Aanbeveling: Invloed van AI bij het indienen van een klacht

Steeds meer patiënten maken gebruik van AI-gegenereerde teksten om klachten of meldingen in te dienen. Hoewel dit de drempel kan verlagen om hulp te zoeken, brengt het ook nieuwe uitdagingen met zich mee. In de praktijk blijkt dat informatie die door AI wordt aangeleverd vaak onnauwkeurig, onnodig complex of juridisch feitelijk onjuist is en patiënten ons vaak met verkeerde verwachtingen aanspreken. Aangezien we steeds vertrekken vanuit de verwachting van de patiënt bemoeilijkt dit de klachtbehandeling en is er veel verduidelijking rond de rol van de Ombudsdienst nodig.

Aanbeveling: Agressiebeleid en psychosociaal welzijn van medewerkers

Er wordt een duidelijke toename vastgesteld van verbaal en fysiek grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zorgverleners en ombudspersonen. Dit heeft niet alleen impact op de veiligheid, maar ook op het psychisch welzijn, het werkplezier en het behoud van medewerkers binnen de zorg. Daarom wordt aanbevolen om een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast agressiebeleid te installeren, dat door alle afdelingen gedragen wordt. Dit beleid omvat bij voorkeur: heldere richtlijnen, uniforme registraties, onmiddellijke opvolging van incidenten en een duidelijke rolverdeling bij escalaties. Daarnaast is het belangrijk om het agressiebeleid actief te communiceren naar patiënten en hun naasten, bijvoorbeeld via affiches, brochures en digitale kanalen, zodat verwachtingen vooraf duidelijk zijn en grensoverschrijdend gedrag ondubbelzinnig wordt afgekeurd. Verder is het essentieel om structureel te investeren in het psychosociaal welzijn van medewerkers. Dit kan onder meer door gerichte trainingen (o.a. de-escalatie, omgaan met emotioneel beladen situaties), laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning. Een veilig werkklimaat draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg en het behoud van gemotiveerde medewerkers.

Bron: VVOVAZ

Jaarverslag van ombudsdienst
UZ Leuven
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	UZ Leuven
Adres	Herestraat 49 3000 Leuven
Gewest	Vlaams gewest
Erkenningsnummer	322
Type (AZ, UZ, PZ,...)	UZ
Aantal bedden	1738
Aantal campussen	3
Naam ombudsperso(n)en	Sabine Denis Carla Mondelaers Nathalie Renneboogh Katrien Nys
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	November 2011
Bestaffing	2,95 VTE ombudspersonen 1,10 VTE administratieve ondersteuning

Lokalisatie dienst	Centraal gelegen in campus Gasthuisberg Inkomhal Oost, vlakbij het onthaal
Registratiesysteem	Filemaker
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	- De actuele versie van het huishoudelijk reglement werd goedgekeurd op de klachtencommissie dd. 04/12/24, het directiecomité dd. 09/12/24 en het bestuurscomité dd. 16/12/24 - Raadpleegbaar op website UZ Leuven (extern - https://www.uzleuven.be/nl/ombudsdienst/klachten-suggesties) en intranet UZ Leuven (intern)
Vormingen i.k.v. bemiddeling	- Provinciale werkgroep VVOVAZ Vlaams-Brabant - Algemene vergadering VVOVAZ
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Interne opleidingen UZ Leuven: - E-learning ziekenhuisnoodplanning - E-learning mijn veilige werkomgeving - E-learning discretieplicht - Palliatieve zorg - hoe begeleid je beslissingen bij levenseinde
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;...	- Klachtenbemiddeling vanuit mandaat KB - Uitvoeren van procedure afschrift en inzage (dienst afschrift medisch dossier is onderdeel van de ombudsdienst) - Deelname aan interne werkgroepen - Opdracht om klachtenvoorkomend te werken: lesgeven aan artsen en andere UZ Leuven-medewerkers en aan externe instanties o.a. Sint Franciscusinstituut Leuven
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	• De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest met de feiten en de perso(o)nen waarop de klacht betrekking heeft. • De ombudspersoon vertrekt vanuit de beleving van de patiënt/vertrouwenspersoon. Indien de melder van de klacht niet de patiënt zelf is, bevraagt de ombudspersoon of de patiënt op de hoogte is en akkoord is met de melding. • 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 urgentie van het probleem het toelaat - gevraagd naar een schriftelijke formulering: dit in functie van een zo accuraat mogelijke verwoording van de ervaringen. • Per klacht wordt een dossier aangelegd waarin de persoonsgegevens van de patiënt, de identiteit van de aanmelder, de datum, de probleemstelling, de ondernomen stappen en de uiteindelijke resultaten worden geregistreerd. Deze registratie is enkel toegankelijk

	voor de ombudsdienst en biedt de nodige garantie tot het bewaren van het beroepsgeheim. • Bij elke schriftelijke klachtmelding per e-mail wordt een automatische ontvangstmelding aan de melder verstuurd. Hierin wordt gesteld dat de melding aan de ombudsdienst goed ontvangen werd, dit verder opgenomen wordt en dat de melder op de hoogte gehouden wordt. • Afhankelijk van de urgentie, 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. • 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 betrokken medewerker. De ombudspersoon verzoekt hierbij om elementen voor een oplossing of antwoord aan te reiken. Op basis daarvan wordt door de ombudspersoon een uiteindelijk antwoord geformuleerd aan de melder of wordt door de betrokken medewerker zelf contact opgenomen met de melder van de klacht. • Tenzij de ombudspersoon de tussenkomst van andere instanties of personen noodzakelijk acht, zal de ombudspersoon enkel bemiddelen tussen de melder en de betrokken medewerker(s), op wie de klacht betrekking heeft. Zo kan de ombudspersoon het bijvoorbeeld noodzakelijk achten in contact te treden met: • de supervisor, indien de klacht betrekking heeft op een arts-specialist in opleiding, • de leidinggevende van de betrokken medewerker(s), indien de kwaliteit van zorg in gevaar is, • de leidinggevende van de betrokken medewerker(s), indien de identiteit van deze laatste niet gekend is, • de leidinggevende van de betrokken medewerker(s), indien deze, ondanks herhaalde aanmaningen (cf. infra), nalaat te antwoorden op vragen van de ombudspersoon. • 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 in overleg met de melder 'ter kennisgeving' overgemaakt, in functie van de optimalisering van de zorg en om herhaling van soortgelijke situaties te voorkomen. • Indien aangewezen of op vraag van één van de partijen, kan een bemiddelingsgesprek georganiseerd worden. Dit gebeurt steeds op vrijwillige basis. • De ombudspersoon streeft ernaar om klachten binnen een redelijke termijn af te handelen. Wanneer er na 3 weken geen toelichting gegeven werd door de betrokken medewerker die aangeschreven werd, wordt een eerste herinnering gestuurd. Wordt er na de daaropvolgende 2 weken nog geen antwoord ontvangen, dan wordt opnieuw een herinnering gestuurd met ditmaal de leidinggevende in cc. Indien daarop opnieuw geen antwoord komt, wordt na 2 weken een derde herinnering gestuurd, met de hoofddarts in cc, wanneer het om medische aangelegenheden gaat en de directeur verpleegkunde en patiëntenbegeleiding in cc, wanneer het om verpleegkundige en paramedische aangelegenheden gaat. • De ombudsdienst streeft bij dit alles naar een optimale objectiviteit en een onbevooroordeelde benadering volgens de methodiek van meerzijdige partijdigheid, waarbij getracht wordt om de vertrouwensbreuk tussen de zorgverlener en de patiënt of diens vertegenwoordiger maximaal te herstellen.

	• De ombudsdienst gaat een inspannings- en geen resultaatsverbintenis aan. Ze kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing. • Wanneer er via bemiddeling door de ombudsdienst geen bevredigende oplossing of consensus bereikt wordt, licht de ombudspersoon de patiënt 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. • Bij vragen/klachten die de aansprakelijkheid van het ziekenhuis betreffen of die een schadeclaim inhouden wordt de patiënt doorverwezen naar de juridische dienst van het ziekenhuis die dit verder zal bekijken en eventueel aangifte zal doen bij de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid voor nader onderzoek.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
- Alle klachten zijn ontvankelijk - Klachten worden anoniem als casussen gebruikt in vormingen die door de ombudspersonen worden gegeven - Het merendeel van de klachten werd in 2025 schriftelijk gemeld (73%), en werd tevens door de ombudsdienst schriftelijk afgesloten (73%) - De ombudsdienst organiseerde in 2025 12 bemiddelingsgesprekken en zorgde in 221 situaties voor een rechtstreeks contact tussen de 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 2025 werd 4% van de klachten heropend; omwille van bijkomende vragen, ontoereikend antwoord of verdere doorverwijzing. In 18% van de klachtendossiers ontvingen we een expliciete bedanking voor de bemiddeling.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	1769
Aantal infodossiers	Vragen/meldingen: 446 Info/opleiding: 195 Info medisch dossier: 170 Aanwijzing vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger: 386 Totaal: 1197
Aantal pro actieve dossiers	90
Aantal opvragingen patiëntendossier	Aantal aanvragen afschrift: 759 Aantal aanvragen inzage na overlijden: 21 Aantal inbeslagnames: 9 Totaal: 789
Aantal 'andere'	Positieve meldingen: 72 Vragen naar audit trails: 27 Totaal: 99

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, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	652
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	9
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	108
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	61
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	117
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)	59
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	13

	2024	2025	Vershil 2025- 2024	Vershil 2025- 2024 (%)
Totaal absolute cijfers	1735	1769	+34	+2%
Medische aspecten	760	793	+33	+4%
. infoverstreking	142	184	+42	+30%
. informatie kostprijs	20	22	+2	+10%
. behandeling	383	446	+63	+16%
. communicatiestijl	60	79	+19	+32%
. aandacht en opvang	103	122	+19	+18%
. ontslagvoorbereiding	22	24	+2	+9%
. verslaggeving	160	127	-33	-21%
. andere	52	61	+9	+17%
Verpleegkundige aspecten	146	167	+21	+14%
. infoverstreking	23	32	+9	+39%
. verzorging (technisch)	55	64	+9	+16%
. communicatiestijl	41	52	+11	+27%
. aandacht en opvang	60	69	+9	+15%
. ontslagvoorbereiding	9	6	-3	-33%
. personeelstekort	3	2	-1	-33%
. andere	2	5	+3	+150%
Paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten	34	38	+4	+12%
. infoverstreking	4	6	+2	+50%
. behandeling	13	15	+2	+15%
. communicatiestijl	6	9	+3	+50%
. aandacht en opvang	6	11	+5	+83%
. ontslagvoorbereiding	1	4	+3	+300%
. andere	10	1	-9	-90%
Organisatorische aspecten	474	475	+1	+0,2%
. infoverstreking	9	9	=	=
. opnameregeling	80	83	+3	+4%
. ontslagregeling	2	5	+3	+150%
. afsprakenregeling	209	213	+4	+2%
. bezoekenregeling	16	16	=	=
. wachttijden	90	84	-6	-7%
. intern transport	2	2	=	=
. extern transport	15	12	-3	-20%
. verloren voorwerpen	30	43	+13	+43%
. verloren dossier/resultaten	1	4	+3	+300%
. beschadigde voorwerpen	3	6	+3	+100%
. lichamelijke schade	17	9	-8	-47%
. diefstal	5	1	-4	-80%
. roken	7	5	-2	-29%
. communicatiestijl	1	6	+5	+500%
. andere	8	9	+1	+12,5%
Administratieve aspecten	234	247	+13	+6%
. infoverstreking	48	58	+10	+21%
. communicatiestijl	44	52	+8	+18%
. aandacht en opvang	13	7	-6	-46%
. identificatie	2	7	+5	+250%

. factuur	136	123	-13	-10%
. andere	12	32	+20	+167%
Technische aspecten	260	216	-44	-17%
. comfort	27	25	-2	-7%
. defecten	9	11	+2	+22%
. lawaaihinder	3	8	+5	+167%
. signalisatie	10	18	+8	+80%
. telefonische bereikbaarheid	63	25	-38	-60%
. parking	142	130	-12	-8%
. communicatiestijl	1	0	-1	-100%
. andere	13	15	+2	+15%
Facilitaire aspecten	33	15	-18	-55%
. infoverstreking	0	1	+1	/
. maaltijden	18	9	-9	-50%
. dieetkeuken	4	3	-1	-25%
. schoonmaak	6	2	-4	-67%
. communicatiestijl	3	1	-2	-67%
. andere	4	0	-4	-100%
Andere aspecten	132	153	+21	+16%
. privacy en beroepsgeheim	56	80	+24	+43%
. racisme en discriminatie	8	7	-1	-12%
. (hand)hygiëne	9	14	+5	+56%
. mynexuzhealth	61	42	-19	-31%
. andere	8	19	+11	+137%

Klachtratio 2025

180 per 100 000 patiëntencontacten (opnames, dagopnames, ambulante contacten)

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

Doorlooptijden voor klachtenbehandeling, cumulatief

Doorlooptijd	2025
< 0 of = 1 dag	42%
< 10 dagen	64%
< 20 dagen	75%
< 30 dagen	82%
< 60 dagen	90%
< 90 dagen	96%
> 90 dagen	97%

Op 31/12/2025 waren er nog 78 openstaande klachtdossiers (4%).

Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is meer dan een zachte vaardigheid: het is een essentiële pijler van patiëntgerichte zorg, het verbindt, versterkt het vertrouwen en verhoogt de kwaliteit van zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten nood hebben aan een persoonlijke benadering, zich gehoord en begrepen willen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, begrip tonen en communiceren vanuit respect, neemt niet alleen het vertrouwen, maar ook de tevredenheid over de zorg toe.

Wij bevelen aan om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidingsaanbod. Investeren in deze vaardigheden draagt bij aan een cultuur van menselijkheid, vermindert klachten en versterkt de kwaliteit van de zorgverlening.

Communicatie tussen de zorgverlener en de patiënt

Een open en eerlijke dialoog is de basis van vertrouwen in de zorg. Het “open disclosure proces”, dat bedoeld is om transparant te communiceren wanneer iets anders verloopt dan gepland of wanneer een incident leidt tot schade bij een patiënt, verdient meer bekendheid en toepassing.

Uit klachten blijkt dat hoe transparanter en respectvoller de communicatie tussen de zorgverlener en de patiënt verloopt – met wederzijdse aandacht en luisteren – hoe groter het begrip is en hoe kleiner de kans op klachten over de verleende zorg is. Transparantie creëert niet alleen vertrouwen, maar versterkt ook de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener.

Daarom bevelen we aan om blijvend te investeren in communicatievaardigheden binnen het opleidingsaanbod. Dit is niet enkel een vaardigheid, maar een sleutel tot betere kwaliteit van zorg en een cultuur van openheid en menselijkheid.

Verslaggeving

Via de verschillende digitale platformen hebben patiënten rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Ze signaleren hun klachten en opmerkingen over de inhoud van die verslagen: subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante informatie en interpretaties die niet altijd gepast zijn.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te verbeteren en het vertrouwen van patiënten te versterken, bevelen wij het volgende aan:

- Schrijf enkel relevante en objectieve informatie en vermeld in verslagen daarom enkel gegevens die medisch noodzakelijk en feitelijk correct zijn. Vermijd subjectieve interpretaties, irrelevante details of persoonlijke meningen.
- Wees kritisch bij het maken van elk nieuw verslag en beoordeel zorgvuldig welke informatie uit eerdere verslagen relevant blijft en welke niet. Vermijd automatische overname van volledige historische gegevens en overloop de anamnese regelmatig met de patiënt.

Afsprakenregeling

Het is belangrijk om afspraken zorgvuldig in te plannen en wijzigingen tijdig aan de patiënt te communiceren. Nu komen bevestigingsbrieven te laat, zijn voorgestelde nieuwe data niet gepast en stijgen de vragen naar compensatie voor nutteloze ritten en nutteloos opgenomen verlofdagen.

We moedigen aan om patiënten te betrekken bij het proces van het verplaatsen van afspraken. Een telefonische benadering met informatie over de reden van de wijziging en het aanbieden van alternatieve mogelijkheden met aandacht voor de voorkeuren van de patiënt kan frustratie voorkomen.

Een analyse van de huidige afsprakenplanning kan mogelijke knelpunten identificeren en de nodige verbeteringen aanbrengen.

Invloed van AI bij het indienen van een klacht

Steeds meer patiënten maken gebruik van AI-gegenereerde teksten om klachten of meldingen in te dienen. Hoewel dit de drempel kan verlagen om hulp te zoeken, brengt het ook nieuwe uitdagingen met zich mee. In de praktijk blijkt dat informatie die door AI wordt aangeleverd vaak onnauwkeurig, onnodig complex of juridisch onjuist is en patiënten ons vaak met verkeerde verwachtingen aanspreken. Aangezien we steeds vertrekken vanuit de verwachting van de patiënt, bemoeilijkt dit de klachtbehandeling en is er veel verduidelijking rond de rol van de Ombudsdienst nodig.

We roepen de ombudspersonen op zich bewust te zijn van de invloed van AI-gegenereerde klachten en in dialoog te gaan met patiënten om steeds hun werkelijke vraag en verwachting helder te krijgen, alsook de rol van de ombudsfunctie. AI is een goede hulp om de drempel te verlagen om een melding te doen, maar we mogen het menselijke aspect van een bemiddeling niet uit het oog verliezen.

Verzoeningsresultaten

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van het aantal en de inhoud van de verzoeningsresultaten in 2025.

Verzoeningsresultaten		
Begrip/verduidelijking gecreëerd door pendeldiplomatie	700	40%
Rechtstreeks contact tussen betrokkenen	221	13%
Concrete oplossing	184	11%
Opnemen van signaalfunctie door ombudsdienst	177	10%
Informatie/verduidelijking door ombudsdienst	163	9%
Financiële aanpassing	159	9%
Verwijzing juridische dienst/aangifte aan verzekering	120	7%
Excuses overgemaakt	110	6%
Niet van toepassing	92	5%
Luisterend oor door ombudsdienst	78	4%
Erkennen van verbetermogelijkheden door betrokken professionals	68	4%
Verwijzing andere	55	3%
Verbeteracties ondernomen	22	1%
Rechtstreeks bemiddelingsgesprek	12	1%
Verwijzing medische administratie	12	1%
Verloren voorwerp terecht	7	0,4%
Misverstand uitgeklaard	6	0,3%
Verwijzing sociaal werk	5	0,3%
Andere	3	0,2%

De som van deze verzoeningsresultaten kan hoger zijn dan het aantal klachten, gezien er meerdere verzoeningsresultaten mogelijk zijn in één klacht.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2025

(Op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Ziekenhuis Oost-Limburg
Adres	1 Campus Sint-Jan Synaps Park 1 3600 Genk 2 Campus Sint-Barbara Bessemmerstraat 478 3620 Lanaken 3 Medisch Centrum André Dumont Stalenstraat 2a 3600 Genk
Gewest	Limburg
Erkenningsnummer	371
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	805 bedden voor hospitalisatie 278 dagklinische plaatsen
Aantal campussen	3
Naam ombudsperso(n)en	Kim Moors Anneleen Minnekeer Els Deneyer

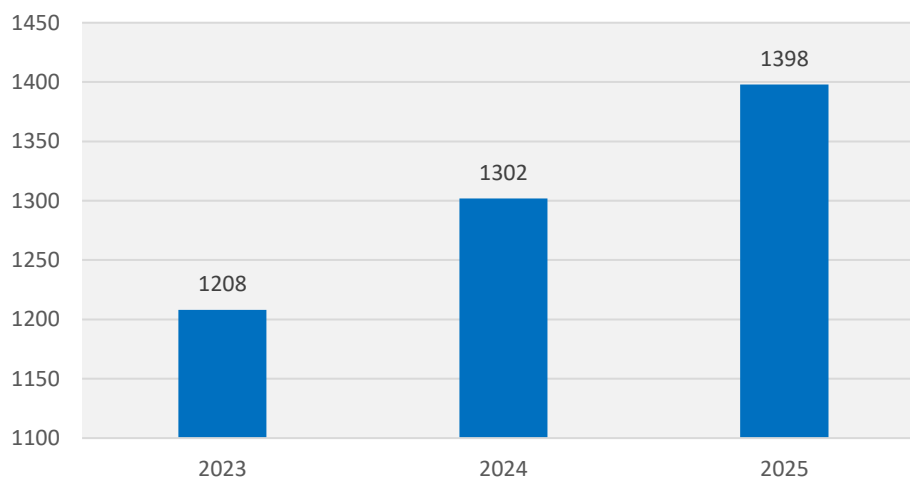
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Kim Moors: 01/09/2007 Anneleen Minnekeer: 17/04/2023 Els Deneyer: 1/05/2022
Bestaffing	1,6 FT
Lokalisatie dienst	ZOL Campus Sint-Jan, gelijkvloers, J0.30
Registratiesysteem	VVOVAZ, Zenya
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	14/01/2025 Te raadplegen op de website: https://www.zol.be/ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Kim Moors: - Basiscursus bemiddeling, MEDIV Anneleen Minnekeer: - Postgraduaat familiale bemiddeling, KU Leuven - Juridische opleiding Gerechtsdeskundige, KU Leuven Els Deneyer: - Juridische expertises voor verpleging en vroedkunde (bemiddeling was onderdeel), NVKVV
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Provinciaal Overleg VVOVAZ Limburg Intervisie: regionale ombudspersonen Limburg (4x/jaar) ...

Werkingsterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	- 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.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	- 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, financiële of administratieve dienst,...) 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?	
- Binnen ZOL wordt geadviseerd om klachten zo vlug mogelijk met de rechtstreeks betrokkenen - arts, (hoofd)verpleegkundige of andere medewerkers - te bespreken. - Als dit niet mogelijk is kunnen patiënten terecht bij de ombudsdienst om hun klacht te behandelen. - Medewerkers kunnen ook steeds terecht bij de ombudsdienst om proactieve meldingen te doen of advies te vragen bij specifieke casussen.	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
- 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 aangeraden. 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 in 2025	
Aantal klachtendossiers	953
Aantal infodossiers	254
Aantal proactieve dossiers	109
Aantal opvragingen patiëntendossier	82
Totaal aantal meldingen	1398

Totaal aantal contacten



In 2025 werden in totaal 1398 meldingen behandeld.
Dit is een stijging in vergelijking met voorgaande jaren.

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)	604

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	434
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	13
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	73
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	17
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0

Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	10
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	8
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	32
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	15

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	451

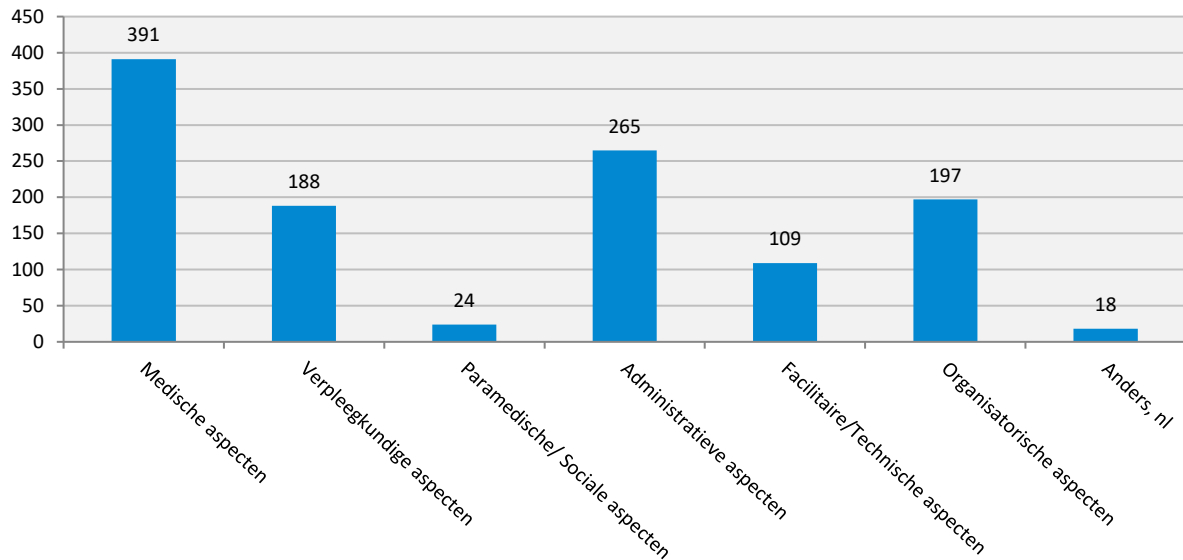
De meeste klachten gerelateerd aan de rechten van de patiënt blijven verbonden aan kwaliteit (Art. 5) en informatieverstrekking (Art. 7).

Bijkomende informatie:

Inhoud van de klachten

In vergelijking met 2024 zijn alle aspecten in 2025 (licht) gestegen met uitzondering van de administratieve aspecten en de andere aspecten.

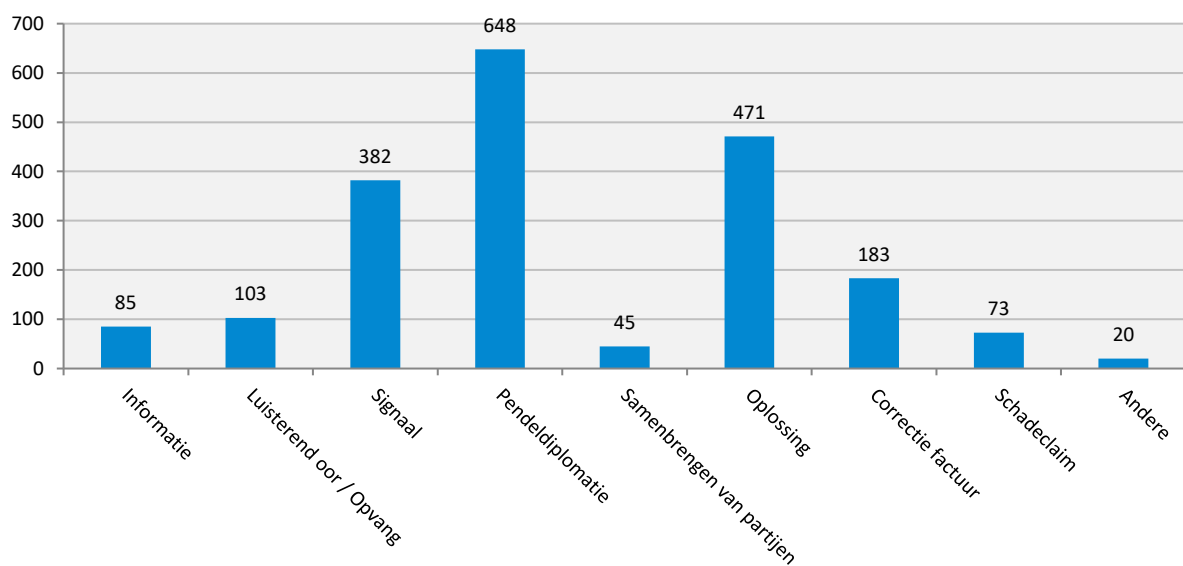
Inhoud van de klachten



Aard van de oplossing

In 2025 zijn alle verwachtingen gestegen, met uitzondering van factuurcorrecties en schadeclaims, die zijn gedaald.

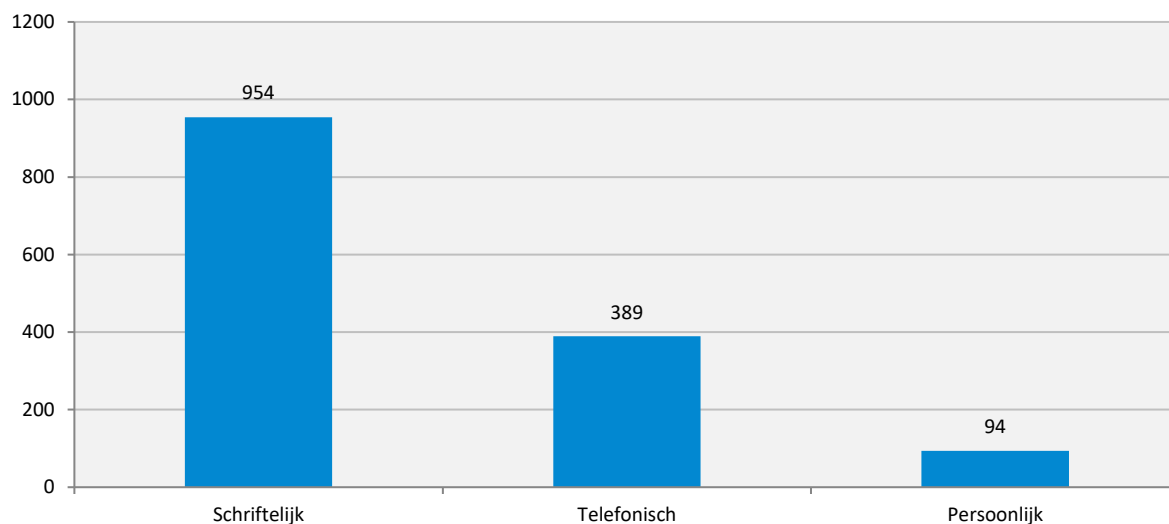
Verwachting patiënt



Hoe komt de melding binnen bij de ombudsdienst

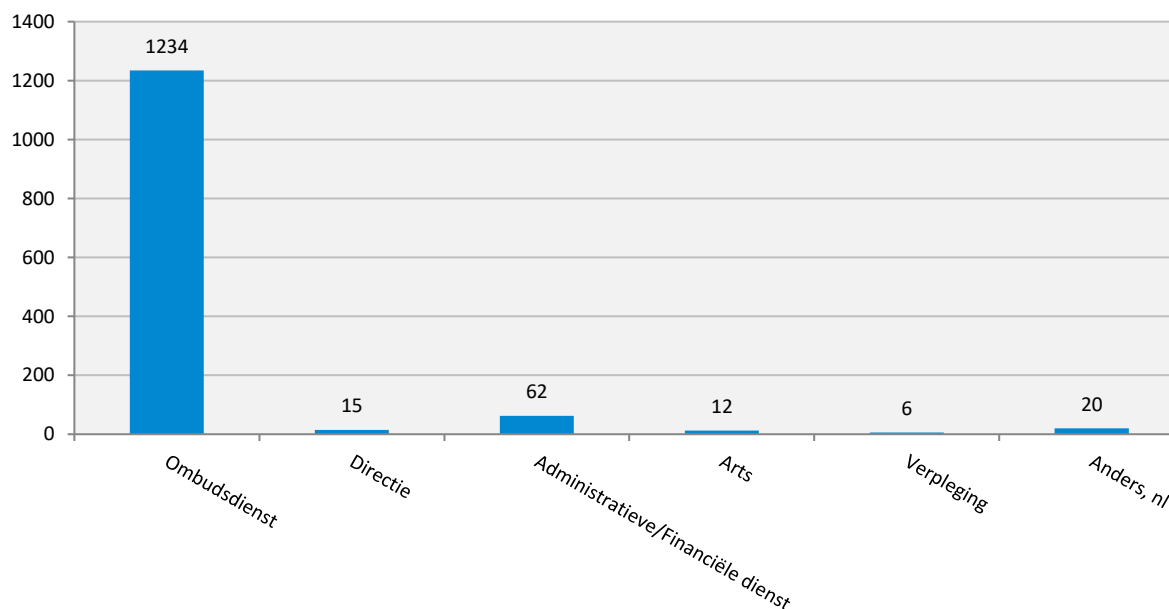
In 66.4% van de gevallen komt de melding schriftelijk binnen op de ombudsdienst, tegenover 27.1% telefonisch en 6.5% persoonlijk.

Vorm waarin melding werd aangeleverd



In 85.9% van de gevallen was het contact rechtstreeks gericht aan de ombudsdienst. Daarbuiten waren de contacten vooral gericht aan een financiële of administratieve dienst.

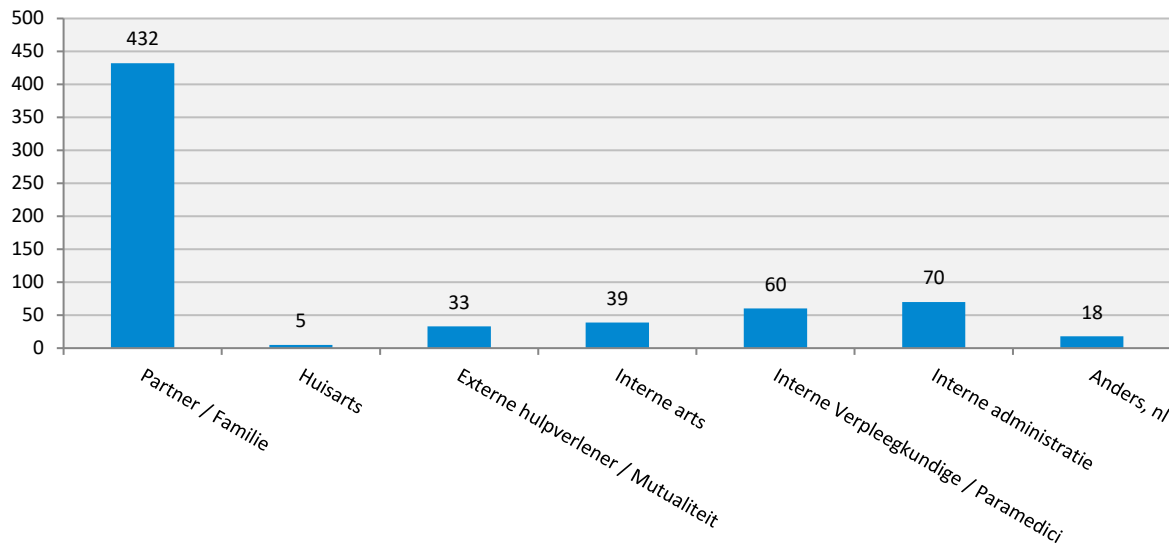
Melding is gericht aan



Wie doet de melding

In 48.2% (616 dossiers) is de patiënt zelf de aanbrenner van de melding; in 51.8% (663 dossiers) wordt de melding aangebracht door iemand anders dan de patiënt, waarbij het voornamelijk de partner of een familielid is die de melding doet.

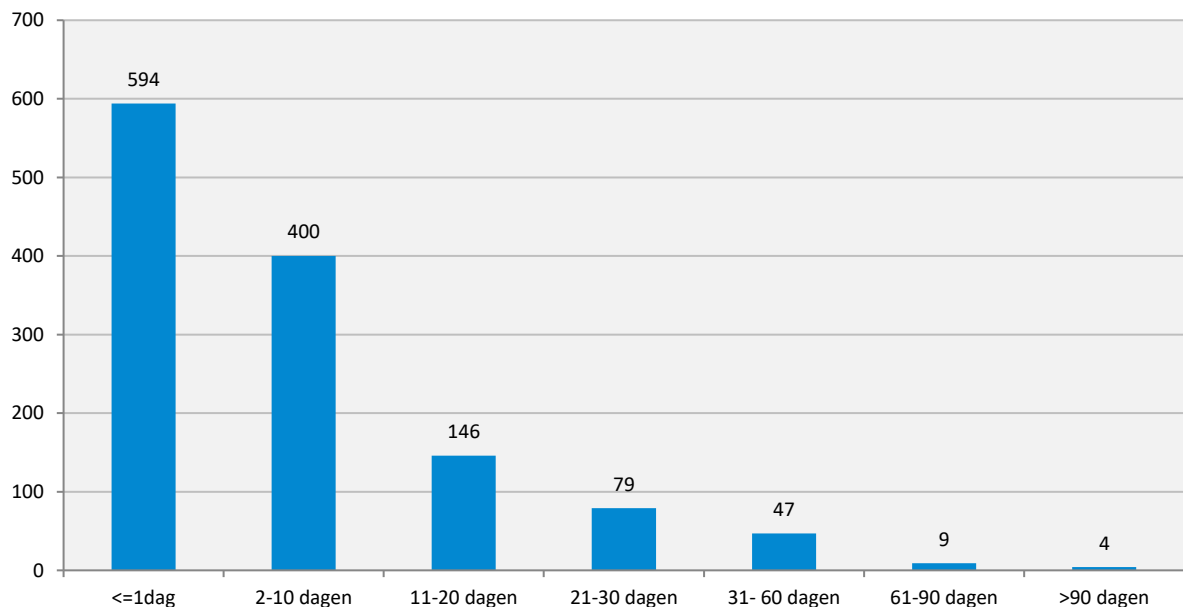
Relatie melder tot patiënt



Doorlooptijd

In 2025 werden 89.1% van de klachten binnen de 20 dagen opgenomen en behandeld.

Doorlooptijd



Aanbevelingen

Aanbeveling: Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen ‘zachte’ bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling: Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het *open disclosure*-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Aanbeveling: Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende:

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn

Aanbeveling: Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals **wilsonbekwaamheid** en **vertegenwoordiging**, omgaan met **familieconflicten** en **beroepsgeheim** komen in klachten en casussen regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden, waaronder:

- Actief luisteren en gespreksvaardigheden
- Omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- Conflictpreventie en de-escalatie
- Communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- Specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties, wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie.

Aanbeveling: Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Financiële transparantie is moeilijk te realiseren door de complexiteit van overheidsregels, wat het voor patiënten bemoeilijkt om inzicht te krijgen in de kostenstructuur.

Aanbeveling: Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

Aanbeveling: Agressiebeleid en psychosociaal welzijn van medewerkers

Er wordt een duidelijke toename vastgesteld van verbaal en fysiek grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zorgverleners en ombudspersonen. Dit heeft niet alleen impact op de veiligheid, maar ook op het psychisch welzijn, het werkplezier en het behoud van medewerkers binnen de zorg.

Daarom wordt aanbevolen om een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast agressiebeleid te installeren, dat door alle afdelingen gedragen wordt. Dit beleid omvat bij voorkeur: heldere richtlijnen, uniforme registraties, onmiddellijke opvolging van incidenten en een duidelijke rolverdeling bij escalaties. Daarnaast is het belangrijk om het agressiebeleid actief te communiceren naar patiënten en hun naasten, bijvoorbeeld via affiches, brochures en digitale kanalen, zodat verwachtingen vooraf duidelijk zijn en grensoverschrijdend gedrag ondubbelzinnig wordt afgekeurd.

Verder is het essentieel om structureel te investeren in het psychosociaal welzijn van medewerkers. Dit kan onder meer door gerichte trainingen (o.a. de-escalatie, omgaan met emotioneel beladen situaties), laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning. Een veilig werkklimaat draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg en het behoud van gemotiveerde medewerkers.

Aanbeveling: wachtlijsten en versterking van de eerstelijnszorg

Door toenemende wachtlijsten voor bepaalde specialismen in ziekenhuizen en beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops van huisartsen vinden patiënten meer en meer moeilijk tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Het is daarom belangrijk om dit probleem ook op federaal niveau te agenderen en in te zetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert te zijn voor de realiteit van wachttijden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.



JAARVERSLAG 2025 - OMBUDSDIENST AZ ZENO

OVER AZ ZENO

- 327 **bedden**
- 3 **campussen**
 - o Knokke-Heist, Kalvekeetdijk 260
 - o Blankenberge, Dr. F. Verhaeghestraat 1
 - o Maldegem, Brugse Steenweg 183E

WAARDEN AZ ZENO



OMBUDSDIENST AZ ZENO

Ombudspersoon: Anne-Sophie Denys
Kantoor: verd. -1, campus Knokke-Heist
✉ ombudsdienst@azzeno.be
☎ 050 53 42 00

BEVOEGDHEID VAN DE OMBUDSDIENST

De ombudsdienst heeft als belangrijkste taak de uitoefening van het klachtrecht van de patiënten van de instelling te garanderen betreffende de rechten van de patiënt, zoals beschreven in de wet van 22 augustus 2002 en gewijzigd bij wet van 6 februari 2024, meer bepaald:

- het recht op het ontvangen van een **kwaliteitsvolle dienstverlening** (art. 5);
- het recht op **vrije keuze** van de beroepsbeoefenaar (art. 6);
- het recht op de **informatie** die nodig is om inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand (art. 7);
- het recht om **vrij en geïnformeerd toe te stemmen** met iedere tussenkomst (art. 8);
- het recht op een zorgvuldig bijgehouden en bewaard **patiëntendossier** (art. 9);
- het recht op bescherming van de **persoonlijke levenssfeer** (art. 10);
- het recht op een **pijnbehandeling** (art. 11bis).

De ombudsdienst is ook bevoegd voor de behandeling van klachten omtrent andere aspecten van een ziekenhuisbezoek of -opname, zoals over de accommodatie (bijv. comfort kamer, maaltijden,...), administratieve aspecten (bijv. persoonsgegevens, facturatie,...) of organisatorische aspecten (bijv. afspraken, wachttijden,...).

OPDRACHT VAN DE OMBUDSDIENST

De ombudsdienst vervult de volgende taken:

- 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 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 deze wettelijke opdrachten vervult de ombudsdienst ook de volgende taken:

- Behandeling van aanvragen tot afschrift/ inzage van patiëntendossiers in het kader van overleden patiënten, FMO-dossiers en inbeslagnames;
- Beheer van **verliesdossiers**;
- Beheer van **schadedossiers**.

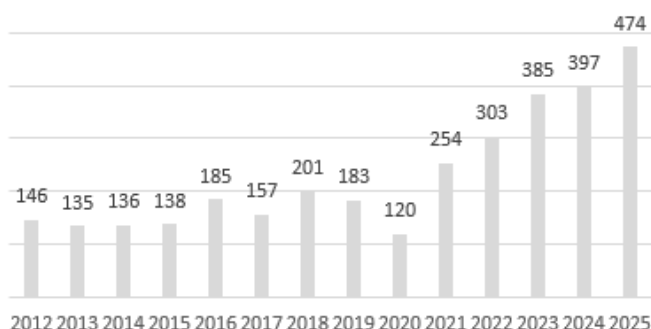
AANTAL MELDINGEN IN 2025

- **474 meldingen**, waarvan:
 - o 350 klachten (2024: 287) (↗ **22%**)
 - o 50 informatievragen (2024: 48)
 - o 43 proactieve meldingen (2024: 44)
 - o 31 positieve meldingen (2024: 18) (↗ **72%**)

AANTAL AANVRAGEN AFSCHRIFT/INZAGE PATIENTENDOSSIER IN 2025

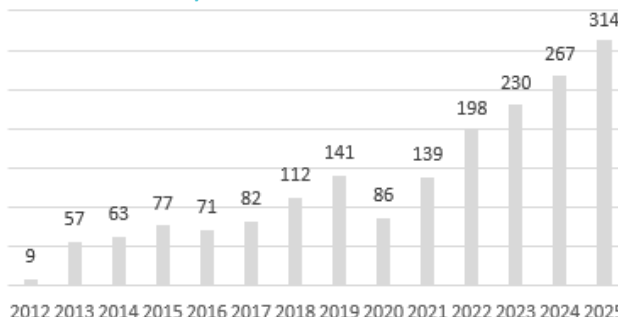
- **314 aanvragen**, waarvan:
 - o 162 o.v.v. een verzekering (73 BE, 58 NL, 31 BUI) (2024: 267) (↘ **39%**)
 - o 106 in het kader van een medische opvolging (2024: 75) (↗ **41%**)
 - o 23 voor een andere of onbekende reden
 - o 17 aanvragen dossierinzage overleden patiënt (2024: 7) (↗ **143%**)
 - o 6 inbeslagnames/FMO-aanvragen (2024: 10) (↘ **40%**)

EVOLUTIE AANTAL MELDINGEN



In 2025 is het aantal meldingen **met 19,4% gestegen** ten opzichte van 2024, waarmee de consistente opwaartse trend van de laatste 5 jaar duidelijk wordt voortgezet.

EVOLUTIE AANTAL AANVRAGEN VOOR EEN INZAGE/ AFSCHRIFT VAN EEN PATIENTENDOSSIER



In 2025 is het aantal aanvragen voor patiëntendossiers **met 17,6% gestegen** ten opzichte van 2024, waarmee de groei sinds 2021 wordt voortgezet.

KLACHTENRATIO

De klachtenratio wordt bepaald door het aantal klachten in 2025 te delen door de som van het totaal aantal opgenomen patiënten, het aantal dagklinische patiënten en het aantal ambulante patiënten (incl. spoedcontacten) in 2025.

De klachtenratio wordt exclusief de PCR-screenings en RX- en nucleaire onderzoeken berekend.

De klachtenratio in 2025 bedraagt **0,13%** (2024: 0,12 %; 2023: 0,15%; 2022: 0,16%; 2021: 0,15%).

Hoewel dit een **lichte stijging** is ten opzichte van 2024 (0,12%), blijft de klachtenratio **lager dan in de voorgaande jaren** (2021–2023), wat erop wijst dat het aantal klachten ook in 2025 relatief laag is ten opzichte van het totaal aantal behandelde patiënten.

In de onderstaande weergave omvat het begrip 'meldingen' uitsluitend 'klachten' en 'informatievragen'.

WIE?

- 62% de patiënt zelf
- 30% partner/ familie
- 8% extern (bijv. ziekenfonds, huisarts)

De meerderheid van de meldingen wordt door de patiënt zelf ingediend, gevolgd door een aanzienlijke bijdrage van partners en familie.

HOE?

- 73% schriftelijk (brief, e-mail)
- 17% telefonisch
- 10% persoonlijk contact

Het merendeel van de meldingen werd schriftelijk ingediend; In vergelijking met het voorgaande jaar boden minder melders zich persoonlijk aan.

AAN WIE?

- 86% ombudsdienst
- 8% administratieve dienst
- 4% directie en 2% anderen

Het overgrote deel van de melders is op de hoogte van en volgt de juiste weg om een melding in te dienen.

VERWACHTING VAN DE MELDER

- dat het probleem **gesignaleerd** wordt (94) (24%);
- een concrete **oplossing** (99) (24%);
- een **bemiddeling** (74) (19%);
- een **correctie** van de factuur (56) (14%);
- **vergoed** te worden voor zijn schade (42) (11%);
- **informatie** te krijgen (35) (8%).

VERZOENINGSRESULTATEN

Een verzoeningsresultaat is een betekenisvolle stap door de organisatie, de zorgverlener, de patiënt, enz. die zonder tussenkomst van de ombudsdienst niet zou gezet zijn.

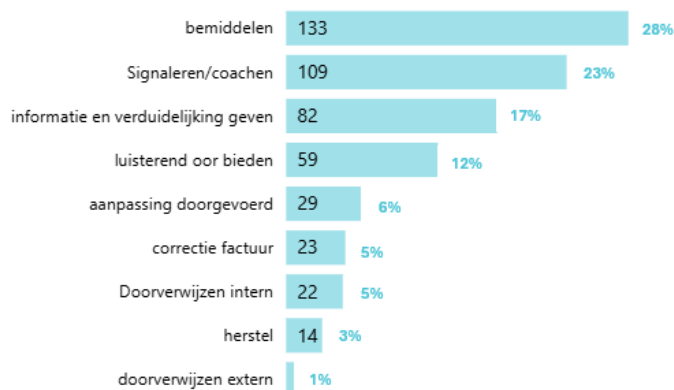
- Bij **69%** van de meldingen is een (gedeeltelijk) verzoeningsresultaat behaald;
- Bij **30%** was de inschatting van het resultaat moeilijk of niet mogelijk;
- Bij **2%** van de meldingen werd geen verzoeningsresultaat behaald.

DOORLOOPTIJD BEHANDELING OMBUDSDOSSIER

22% van de meldingen is de **dag zelf** afgewerkt; 36% binnen de **10 dagen**; 20% tussen **11 en 30 dagen** en 22% **>30 dagen**.

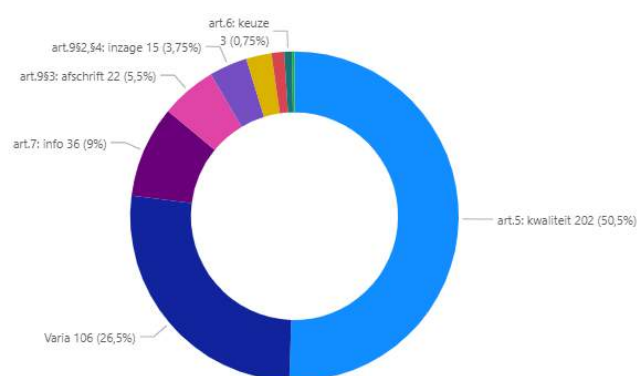
RESULTAAT VAN DE TUSSENKOMST VAN DE OMBUDSDIENST

*voor alle meldingen



De ombudspersoon treedt het vaakst **bemiddelend** op, door patiënten, hun vertrouwensperso(o)n(en), alsook de gezondheidszorg-beoefenaar en het ziekenhuispersoneel te stimuleren, te begeleiden en te ondersteunen om bij meldingen in een open en opbouwende sfeer - al dan niet rechtstreeks - in communicatie te treden, en hen ertoe te brengen een aanvaardba(a)r(e) en bevredigend(e) oplossing/resultaat uit te werken.

WAAROVER?



294 meldingen zijn gelinkt aan de **patiëntenrechten** (73%).

106 meldingen gaan over een **ruimere zorgomkadering** (27%), waaronder meldingen omtrent extern vervoer, betwistingen van facturen en over de parking.

Het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening** (202 meldingen) (51%) is een patiëntenrecht dat heel wat terreinen bestrijkt. Onder deze noemer worden o.a. meldingen ondergebracht waarbij patiënten ontevreden zijn over de behandeling van een arts, over de verzorging van een verpleegkundige, maar ook over de manier waarop ze bejegend worden, over ontslagvoorbereiding of over medicatiebeleid,...

38 meldingen (10%) hadden betrekking op rechten in verband met het **patiëntendossier**, omtrent het ontbreken van een medisch verslag, omtrent het raadplegen van hun dossier op het platform COZO of omtrent onjuiste of onvolledige informatie in hun administratief dossier of in de verslaggeving.

Verder waren **36 meldingen** gelinkt aan het recht op **informatie** (9%), **10 meldingen** gelinkt aan het recht op **vrij en geïnformeerd toe te stemmen** (5%), 5 meldingen hadden betrekking op het recht op **privacy** (1%) en een beperkt aantal meldingen (**3**) omtrent het recht op **vrije keuze** van de

Ombudsmeldingen geven de beleving van de patiënt weer en doen geen objectieve uitspraak over de kwaliteit van de zorg(voorzieningen).

AANTAL MELDINGEN PER DEPARTEMENT ("ASPECTEN")



De ombudsmeldingen worden in kaart gebracht om inzicht te verschaffen en zodoende de kwaliteit van de dienstverlening te bewaken en te verbeteren.

De meldingen mogen we niet als een bedreiging beschouwen, maar wel als een onderdeel van een permanent leerproces en een kwaliteitsvolle zorg.

Elke klacht is een kans voor het ziekenhuis om te groeien en om samen de zorg beter te maken.

MEDISCHE ASPECTEN

- ➔ 125 meldingen in totaal (36%). Het aantal meldingen is **gestegen** (2024: 31% (119); 2023: 26% (96); 2022: 26% (78); 2021: 26% (65));
- 36% (46) heeft betrekking op de **behandeling** en op het stellen van een **diagnose**, bijv. niet voldoende/correct onderzocht worden, een gemiste diagnose, schade lijden en niet het verwachte resultaat bekomen (2024: 28%; 2023: 39%; 2022: 42%; 2021: 34%);
- 21% (27) rond de volledigheid en tijdigheid van het verstrekken van **informatie** over de diagnose, de behandeling en de kostprijs van een behandeling of een opname, de prijs van het materiaal dat gebruikt wordt, het aanrekenen van supplementen (2024: 16%; 2023: 21%; 2022: 30%; 2021: 32%);
- 18% (21) rond **aandacht en opvang**, bijv. het krijgen van erkenning, betrokkenheid of steun (2024: 18%; 2023: 13%; 2022: 15%; 2021: 11%);
- 12% (15) over **communicatiestijl** (2024: 6%; 2023: 5%; 2022: 4%; 2021: 6%);
- 12% (15) rond de **verslaggeving**, bijv. het ontbreken van een verslag, omtrent de volledigheid ervan, de vermelding van subjectieve elementen of van niet-relevante antecedenten (2024: 37%; 2023: 18%; 2022: 5%; 2021: 14%) en 1% (1) rond het respecteren van de **privacy** van de patiënt.

VERPLEEGKUNDIGE ASPECTEN

- ➔ 61 meldingen in totaal (17%). Het aantal meldingen is **gestegen** (2024: 13% (50); 2023: 11% (42); 2022: 18% (54); 2021: 15% (38));
- 41% (25) rond onvoldoende **aandacht en opvang**, bijv. omtrent de betrokkenheid en bezorgdheid, het bieden van een luisterend oor, het geven van geruststellende woorden of het aanbieden van praktische hulp (2024: 58%; 2023: 36%; 2022: 46%; 2021: 42%);
- 31% (19) rond een onvriendelijke of een niet respectvolle **communicatiestijl** (2024: 20%; 2023: 26%; 2022: 15%; 2021: 16%);
- 15% (9) rond de **technische verzorging**, bijv. onvoldoende of niet de juiste verzorging verstrekken (2024: 6%; 2023: 26%; 2022: 13%; 2021: 28%);
- 7% (4) rond de **ontslagvoorbereiding**, bijv. over het correct aanvragen van vervoer (2024: 6%; 2023: 10%; 2022: 7%; 2021: 8%), 2% (3) rond **informatieverstrekking** (2024: 8%; 2023: 2%; 2022: 10%; 2021: 3%) en 2% (1) rond de **privacy** van de patiënt.

FACILITAIRE ASPECTEN

- = 25 meldingen in totaal (7%). Het aantal meldingen is **gelijk gebleven** (2024: 26 (7%); 2023: 10% (36); 2022: 6% (18); 2021: 6% (16));
- 36% (9) over de **parking** (2024: 54%; 2023: 62%; 2022: 61%);
- 20% (5) over **defecten**, 12% (3) over **schoonmaak en onderhoud**, 16% (4) over **informatieverstrekking**, 8% (2) over **signalisatie**, 4% (1) over **comfort**, 4% (1) over het **eten**.

ADMINISTRATIEVE- EN FINANCIËLE ASPECTEN

- ➔ 82 meldingen in totaal (23%). Het aantal meldingen is **gestegen** (2024: 20% (75); 2023: 24% (90); 2022: 24% (72); 2021: 27% (69));
- 34% (28) rond het verstrekken van voldoende **informatie** (2024: 24%; 2023: 19%; 2022: 35%; 2021: 46%), waarvan 16 betwistingen van de aanrekening van kamer- en ereloon-supplementen bij een **eenpersoonskamer** (2024: 14; 2023: 14; 2022: 13; 2021: 23) (10 kwijtscheldingen);
- 31% (25) heeft betrekking op de **factuur**, bijv. een betwisting van aanrekening van niet geleverde diensten, van niet geleverd materiaal of producten, betwisting van een **'no-show fee'** (2024: 48%; 2023: 66%; 2022: 43%; 2021: 49%);
- 17% (14) rond de **communicatiestijl** (2024: 12%; 2023: 8%; 2022: 11%; 2021: 3%);
- 10% (8) rond de **identificatie** van de patiënt (bijv. naam, adres) (2024: 7%; 2023: 6%; 2022: 10%);
- 7% (6) rond de **aandacht en opvang** van de patiënt en 1% (1) rond de **privacy** van de patiënt.

ORGANISATORISCHE ASPECTEN

- ➔ 49 meldingen in totaal (14%). Het aantal meldingen is **gedaald** (2024: 27% (102); 2023: 24% (91); 2022: 21% (63); 2021: 23% (59));
- 33% (16) heeft betrekking op **verloren of beschadigde voorwerpen**, bijv. het verlies van een medisch hulpmiddel, een identiteitskaart, een juweel, geld of thuismedicatie (2024: 21% (22); 2023: 45%; 2022: 30%; 2021: 29%);
- 23% (11) rond **wachttijden**, bijv. een lange wachttijd voor een consultatie of om een afspraak te krijgen (2024: 11%; 2023: 10%; 2022: 11%; 2021: 4%);
- 27% (13) rond de **opname- en ontslagregeling** (2024: 24%; 2023: 8%; 2022: 14%; 2021: 18%);
- 15% (7) rond de **afsprakenregeling**, bijv. de communicatie rond de annulatie en het verplaatsen van een afspraak (2024: 22%; 2023: 11%; 2022: 22%; 2021: 10%);
- 1% (1) rond het **extern transport** (2024: 10%; 2023: 22%; 2022: 8%; 2021: 11%) en 1% (1) rond verloren **dossier/resultaten**.

PARAMEDISCHE- EN SOCIALE ASPECTEN

- = 8 meldingen in totaal (2%). Het aantal meldingen is **gelijk gebleven** (2024: 2% (7); 2023: 3% (10); 2022: 5% (14); 2021: 3% (7));
- 38% (3) rond **ontslagvoorbereiding**, 25% (2) over de **behandeling**, 25% (2) over **informatieverstrekking** en 12% (1) rond **aandacht en opvang**.

COMPLIMENTEN en DANKWOORDEN (2025: 31; 2024: 18; 2023: 12; 2022: 4):

'Voelde mij meteen welkom, 'Wat mij bijzonder opviel, was de collegiale samenwerking en de warme sfeer binnen het team. Een zeer positieve ervaring!', 'ik wil az zeno een dikke pluim geven', 'De afdeling is prima georganiseerd en iedereen is op elkaar afgestemd, daarboven is het een heel vriendelijk team', 'Jullie hebben mijn leven gered, nogmaals mijn eeuwige dank, 'De snelle interventie en de nazorg zijn perfect verlopen', 'Discreet en vriendelijk ontvangen' 'De operatie zelf verliep perfect en ook de controle nadien werd zorgvuldig en met veel aandacht uitgevoerd.', 'Bedankt AZ Zeno voor jullie warme onthaal, vanaf de balie, de vrijwilligster die de mensen tot op de juiste plek begeleidt', 'attente en vriendelijke behandeling' 'J'ai été très bien soigné, tout le personnel est très aimable et serviable, soins impeccables' 'De operatie met de Da vinci robot is achteraf veel minder pijnlijk.', 'Het eten was inderdaad zoals de reviews melden: lekker!', 'Zo een goede arts ben ik nog nooit tegengekomen'.

TENDENSEN 2025

- **Stabilisering** aantal informatievragen, en proactieve meldingen, **stijging** klachten en **sterke toename** positieve meldingen
- Afschriften worden minder opgevraagd voor **verzekeringsdoeleinden**, meer voor **medische opvolging** en **na overlijden**
- De **klachtenratio** ligt in 2025 hoger dan in 2024 maar lager dan in de jaren 2021–23
- Medische klachten blijven vooral **behandeling- en diagnosegericht**
- De klachtfocus bij verpleegkundige- en paramedische zorg blijft de **aandacht**, de **bejegening** en de **communicatiestijl**
- **Facturatie** en **informatie** vormen het grootste deel van de administratieve klachten
- **Eenpersoonskamer** factuurbetwistingen blijven stabiel
- Aantal **verloren voorwerpen** blijft dalen
- Afname meldingen **medische dossiers**
- Toename meldingen over **wachttijden**
- Toename van **positieve feedback**: waardering voor de deskundige - en persoonsgerichte zorg

KERNINZICHTEN

ZIEKENHUISBREED

- De blijvende inzet van zorgverleners op **proactieve meldingen** wordt gewaardeerd. Door het inzetten op deze proactieve meldingen kunnen signalen tijdig worden opgevangen, wordt de kennis van patiëntenrechten versterkt en wordt bijgedragen aan een constructieve afstemming tussen patiënten, naasten en medewerkers.
- Samen meldingen blijven omzetten naar **verbeteracties**: ombudsmeldingen vormen een systematische bron van leren, sturen gerichte acties aan en bevorderen een cultuur van continue kwaliteitsontwikkeling. Dit wordt mogelijk gemaakt door de gezamenlijke inzet van alle betrokkenen binnen de organisatie.
- Grensoverschrijdend gedrag tegenover zorgverleners vormt een blijvende druk op de veiligheid en het welzijn van zorgverleners. Dit onderstreept het belang om samen verder te investeren in een gedragen en verankerd **agressiebeleid**, met gekende meldingskanalen, structurele opvolging van incidenten, een eenduidige rol- en taakverdeling en persoonlijke ondersteuning na incidenten.
- Warm en begrijpelijk **communiceren** als fundament van kwaliteitsvolle zorg: Patiënten voelen zich gehoord en veilig wanneer zorgverleners duidelijk, respectvol en open communiceren, ook in (medisch) complexe of emotioneel beladen situaties. Deze manier van communiceren voorkomt misverstanden en escalaties en versterkt de samenwerking met patiënten en naasten. Daarnaast draagt het proactief delen van informatie bij aan het helder maken van verwachtingen en het verminderen van onzekerheid. Door systematische verankering in opleiding, begeleiding en dagelijkse praktijk wordt deze communicatiestijl tastbaar en duurzaam binnen de organisatie.

ZIEKENHUISOVERSTIJGEND

- Versnippering doorbreken met een **centrale databank** waarin vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders worden geregistreerd en die door zorginstellingen raadpleegbaar is. Het versnipperd bijhouden van deze informatie leidt ertoe dat patiënten hun gegevens op meerdere momenten en in verschillende contexten opnieuw moeten doorgeven en dat instellingen deze herhaaldelijk bevragen en dienen te verwerken, wat extra administratieve lasten creëert en de efficiëntie kan beperken. Een centrale databank maakt het mogelijk de zorg beter af te stemmen op de individuele situatie van de patiënt en ondersteunt een consistente en transparante betrokkenheid van naasten, die ook wordt versterkt door de vernieuwde wet patiëntenrechten.

MEDISCH – VERPLEEGKUNDIG

- Kwaliteit en objectiviteit van (medische) **verslaggeving**. Met directe digitale toegang tot medische verslagen zijn transparantie en patiëntbetrokkenheid groter dan ooit, wat het belang van accurate, relevante en objectieve verslaggeving versterkt. (Medische) verslagen bevatten enkel (medisch) noodzakelijke informatie, gebaseerd op klinische bevindingen en relevante observaties, zonder subjectieve interpretaties, persoonlijke meningen of stigmatiserende taal. Daarbij wordt elk verslag kritisch geactualiseerd, waarbij alleen relevante informatie uit eerdere documenten wordt overgenomen en afgestemd op de actuele situatie. Regelmatige verificatie van gegevens met de patiënt waarborgt de correctheid en volledigheid van de verslaggeving.
- Validatie van medische verslaggeving **bij elk contact** met de patiënt zodat deze meteen toegankelijk is voor patiënten en andere (externe) zorgverleners.

GEVOLGDE OPLEIDINGEN - GROEI -

- Bijeenkomst georganiseerd door de federale ombudsdienst rechten van de patiënt voor ombudspersonen van de verenigingen AMIS en VVOVAZ;
- Provinciale overlegmomenten van VVOVAZ;
- Leiderschapstraject, coaching en mentoring;
- Workshop zelfverdediging in de zorg;
- Infoavond 'de belofte en de bezorgdheid rond AI in de zorg';
- Opleiding van AHLEC 'Patiëntendossier, beroepsgeheim, GDPR en EHDSR'.

GEGEVEN OPLEIDINGEN - DELEN -

- Interne opleiding 'Open disclosure bij ernstige incidenten', dr. Van Hoecke;
- Interne opleiding over de vernieuwde wet patiëntenrechten aan hoofdverpleegkundigen in 'Quality-time';
- Interne opleiding patiëntenrechten en communicatie met patiënten en naasten binnen het opleidingstraject 'ouderenzorg in AZ Zeno';
- Lezing op het 'Congress Ophthalmologia Belgica': 'De la plainte à une issue constructive : comment gérer les plaintes des patients'.

Voor het afgelopen jaar 2025 wens ik de patiënten en hun familie, het bestuur, de directie, de artsen, verpleegkundigen, paramedici, administratieve- en andere ziekenhuismedewerkers in AZ Zeno opnieuw uitdrukkelijk te bedanken voor hun blijvend vertrouwen en hun medewerking om samen de meldingen op een constructieve manier aan te pakken.

In 2026 blijf ik mij als ombudspersoon inzetten om bruggen te bouwen, dialoog te stimuleren en begrip te bevorderen, zodat we samen oplossingen realiseren die de belangen van alle betrokkenen respecteren en versterken.

1. WERKWIJZE OMBUDSDIENST

In 2025 werd de ombudsdienst ingevuld door de ombudspersoon met een bestaafing van 0,40 VTE.

De kernopdracht blijft ongewijzigd: het garanderen van de patiëntenrechten voor iedereen die ons ziekenhuis bezoekt. Naast de formele klachtenprocedure behandelt de dienst alle vragen, suggesties en opmerkingen van patiënten, naasten en bezoekers.

De werking is gestoeld op het herstellen van de dialoog. Patiënten worden gestimuleerd om eerst rechtstreeks met de zorgverlener in gesprek te gaan.

Indien gewenst start de ombudsdienst een bemiddelingstraject tussen de betrokken partijen om tot een verzoening te komen. Wanneer interne verzoening niet mogelijk blijkt, wordt de patiënt geïnformeerd over externe bemiddelingsmogelijkheden.

Daarnaast is de ombudspersoon verantwoordelijk voor de opvolging van dossiers rond beroepsaansprakelijkheid en faciliteert zij de aanvragen voor inzage of afschriften van patiëntendossiers.

De ombudsdienst speelt een actieve rol in het voorkomen van incidenten door:

- Sensibilisering: Ondersteuning en advies aan zorgverleners bij escalaties of complexe communicatieve situaties.
- Structurele aanbevelingen: Op basis van klachtenanalyse worden concrete verbeterpunten geformuleerd en voorgelegd aan de Klachtencommissie en het Comité Kwaliteit & Patiëntveiligheid

Om de expertise binnen de dienst te borgen, werden in 2025 diverse initiatieven genomen:

- De ombudspersoon voltooide een EFM-mediation opleiding bij Stichting EFT Nederland en volgde bemiddelingsgerichte bijscholingen via Mediv.
- Actieve deelname aan het provinciaal overleg en de nationale ledenvergadering van de Vlaamse Vereniging van Ombudspersonen in de Gezondheidszorg (VVOVAZ).

Vanuit haar vakgebied, heeft de ombudsvrouw een ziekenhuisbrede e-learning over patiëntenrechten en zorgmandaten uitgewerkt. Ook tijdens introductiedagen voor nieuwe medewerkers wordt telkens de werking van de dienst toegelicht. Voor VVOVAZ draagt zij bij als lid van de metergroep voor startende ombudspersonen. Dit alles in functie van bekendheid en toegankelijkheid van het vak.

Verder wordt de drempel naar de ombudsdienst zo laag mogelijk gehouden via:

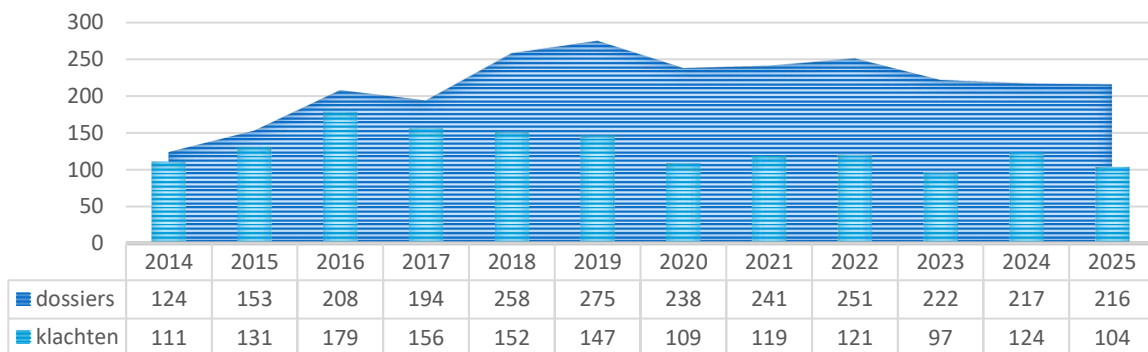
- Informatie in de onthaalbrochure en op de website van het ziekenhuis.
- Een animatiefilmpje over patiëntenrechten dat continu getoond wordt op de schermen in de wachtzalen van de poliklinieken.

2. ACTIVITEITEN OMBUDSDIENST

2.1. AANTAL DOSSIERS

Klachten (104)

In 2025 heeft de ombudsdienst van het Sint-Andriesziekenhuis 216 **meldingen** ontvangen, waarvan 104 **klachtendossiers** (48% van het totaal). Er is een licht dalende trend in het aantal dossiers.



Infovragen (43)

Patiënten vinden hun weg naar de ombudsdienst voor uiteenlopende vragen. Of ze nu rechtstreeks aankloppen of zijn doorverwezen, de ombudsdienst wordt gezien als centraal aanspreekpunt voor gericht advies en informatie over diverse thema's.

Meldingen (20)

Bij deze meldingen staat het delen van een ervaring centraal, zonder dat daar een verdere opvolging of terugkoppeling aan gekoppeld hoeft te worden. Het doel voor de melder is vooral dat de organisatie op de hoogte is van hun verhaal.

Aanvragen inzage/afschrift patiëntendossier (21)

De ombudsdienst faciliteert aanvragen voor dossierinzage of een kopie (afschrift). Wij verwittigen de betrokken zorgverlener, die vervolgens zelf instaat voor de bezorging. Dit jaar ontvingen we 20 verzoeken voor een afschrift en één vraag voor inzage na overlijden. Opvallend is dat steeds meer patiënten hun verslaggeving consulteren via www.mijngezondheid.be en Cozo. Die inzages leiden dan weer naar een stijging van het aantal meldingen die verband houden met de medische verslaggeving.

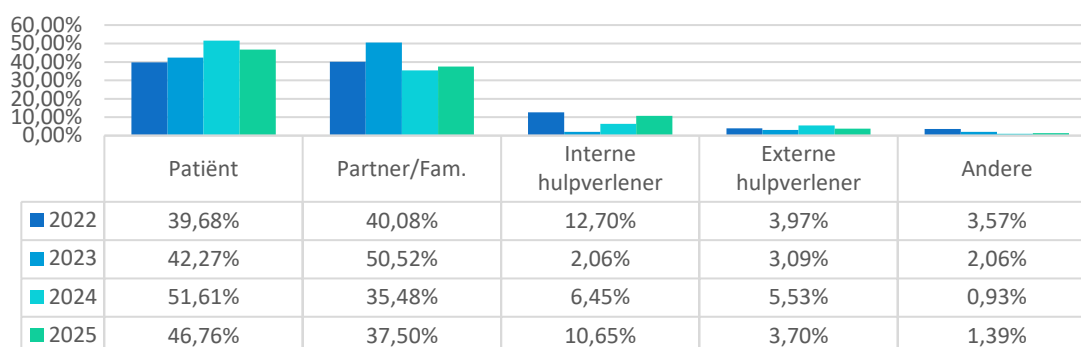
Pro-actieve meldingen (21)

In 4 gevallen ging een pro-actieve melding vanuit de organisatie samen met een melding door de patiënt of een verwant bij de ombudsdienst. De overige gevallen betroffen interne signalen over ongenoegen bij patiënt of naaste, of situaties waarbij een patiënt aanvankelijk een klacht overwoog maar deze uiteindelijk niet heeft ingediend.

Klachtenratio: cijfers nog niet bekend.

2.2. RELATIE MELDER

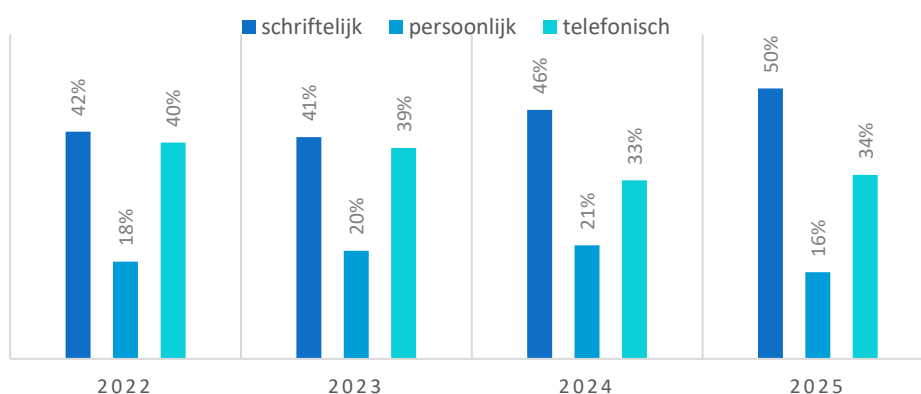
Net als vorig jaar waren het in 2025 opnieuw voornamelijk de patiënten en naasten die zich richtten tot de ombudsdienst.



2.3. AANMELDING

In 2025 bleef de **schriftelijke weg** de meest gekozen methode om contact op te nemen. Van de 109 schriftelijke meldingen kwamen er 99 binnen via e-mail. Daarnaast wisten 35 personen de weg naar de fysieke ombudslocatie te vinden, terwijl 72 melders de voorkeur gaven aan een eerste telefonisch contact.

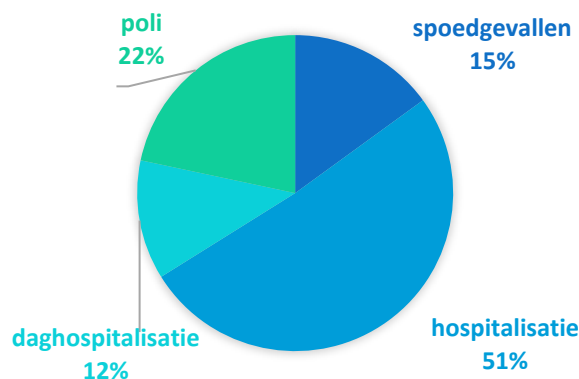
Er is sinds 2025 een eigen routenummer voor de ombudsdienst, waardoor de locatie makkelijker te vinden is. Omwille van de deeltijdse bereikbaarheid van de ombudsdienst is er bij afwezigheid steeds een antwoordapparaat in dienst. De openingsuren van de dienst hangen aan de deur van het kantoor. Dringende meldingen worden bij afwezigheid van de ombudspersoon door het diensthoofd van de sociale dienst opgevangen.



Vanaf hier worden niet de meldingen, maar specifiek de klachten gerapporteerd.

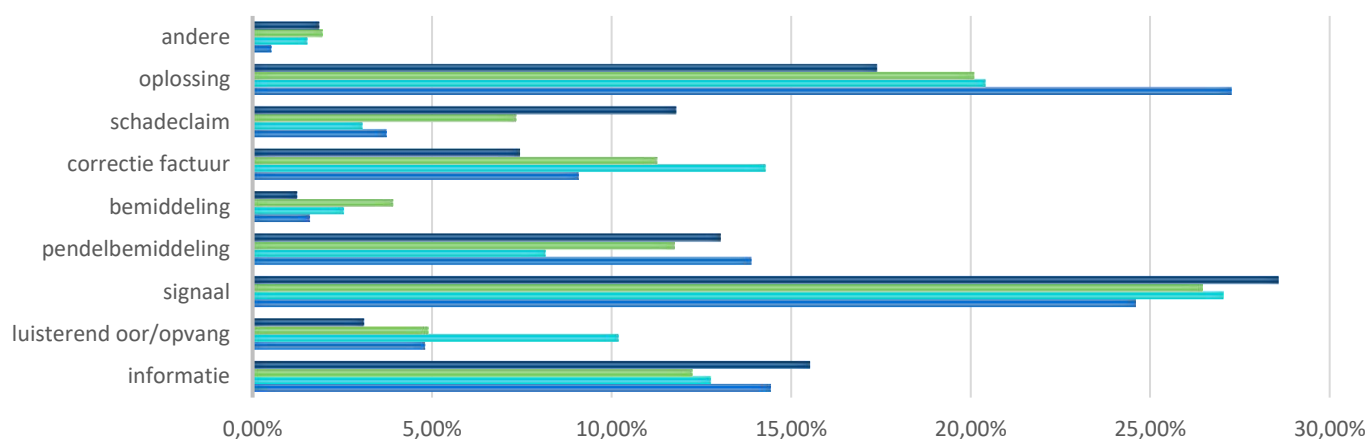
2.4. LOKALISATIE PATIENT

Meer dan de helft van de klachten komen van personen die gehospitaliseerd werden. Er is in 2025 een stijging van het aantal klachten vanuit het dagziekenhuis (22, 2024: 7), waar ook een toename is in het aantal opnames.



2.5 VERWACHTING BIJ KLACHTEN

Melders hebben soms meerdere verzoeken m.b.t. de opvolging van hun klacht. De verschillende verwachtingen worden per dossier geregistreerd.

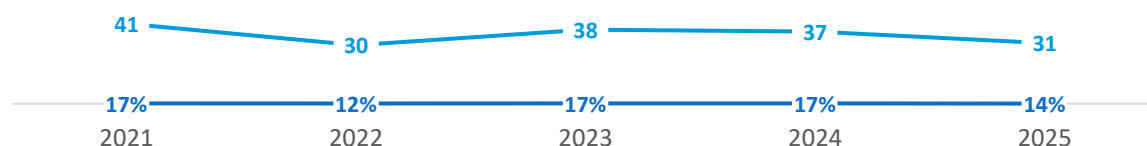


Het aantal verzoeken tot een **bemiddelingsgesprek** daalt. In 2 dossiers kwam de klachtmelder zelf met de vraag om in gesprek te kunnen gaan met de betrokken zorgverlener. Na een eerste gesprek met de ombudsdienst stijgt dit aantal voorzichtig naar 5. Op alle 5 de vragen naar een bemiddelingsgesprek werd ingegaan door de betrokken zorgverleners.

Er is duidelijk een verharding in standpunten, meer 'eisende' verzoeken naar sancties en schadevergoedingen en minder vraag naar verzoening, oplossing en bemiddeling.

De stijging in het aantal **schadeclaims** houdt aan. In 19 dossiers was er een verzoek naar een schadevergoeding. Dit in tegenstelling tot het aantal vragen naar een correctie van de factuur, wat sterk daalt in 2025 naar 12 dossiers (2024: 23 dossiers).

FINANCIEEL VERZOEK



PATIENTENRECHTEN

Klachten met betrekking tot de rechten van de patiënt

	2021	2022	2023	2024	2025
Kwaliteitsvolle dienstverlening	54	56	36	57	51
Vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	6	0	0	0
Informatie over BA	0	0	0	0	0
Informatie gezondheidstoestand	22	20	15	21	10
Toestemming tussenkomst	10	3	2	11	6
Volledig patiëntendossier	0	3	6	4	10
Inzage patiëntendossier	0	0	0	0	0
Afschrift patiëntendossier	0	0	2	1	0
Privacy	0	0	3	2	4
Klachtenbehandeling	0	0	1	0	0
Pijnbestrijding	0	4	6	2	3
Totaal	90	92	71	98	84

Deze klachten hebben betrekking op een bepaalde groep zorgverleners, genaamd 'gezondheidszorgbeoefenaars' (i.k.v. KB 78 van 10 november 1967). **52%** van de dossiers in 2025, heeft betrekking op de Wet patiëntenrechten.

De klachten i.v.m. **kwaliteitsvolle zorgverlening** zijn het meest vertegenwoordigd (51). Deze patiënten geven aan dat de behandeling en/of zorg niet voldoet aan hun verwachtingen of behoeften.

"Ik kwam naar het Sint-Andriesziekenhuis na een val van een ladder, met pijn aan hoofd en schouder. Er werd een RX genomen, waarmee een breuk werd uitgesloten. Er werd geen verder onderzoek gedaan naar andere letsels en geen afspraak gegeven bij een orthopedist. Terwijl ik wel voelde en aangaf dat er iets niet in orde was. De week erop bleek, in een ander ziekenhuis, het ligament van mijn schouder afgescheurd te zijn."

Op de 2^{de} plaats staan klachten betreffende het **recht op informatie** (10) alsook klachten die verband houden met een **onvolledig patiëntendossier**.

"Moeder 12 dagen opgenomen. Sinds dan wachten we op informatie van de arts. Na meermaals bellen met de vraag naar contact met de arts, lukt dit niet. Op vraag van mijn moeder die de uitleg niet begrijpt, zou de arts ons bellen om samen op afspraak te komen, niemand terug gehoord. Gisteren

nogmaals via verpleging bevraagd. Na een dag wachten krijgen we te horen dat de arts het zal vergeten zijn.”

Vooraleer een tussenkomst wordt opgestart, dient de gezondheidszorgbeoefenaar daartoe **de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt** te verkrijgen. De patiënt wordt vooraf duidelijk geïnformeerd over de karakteristieken van de beoogde tussenkomst. Er waren 6 klachten hieromtrent. Melders vonden de nodige info ontbreken om te kunnen toestemmen, dat er onvoldoende tijd aan het informeren werd besteed of onvoldoende ruimte was om vragen te stellen.

“Tijdens een consult in het ziekenhuis werd een behandeling voorgesteld en toegelicht. De kostprijs werd besproken, die zou meevallen. Men legde mij een informed consent voor waarop stond dat er een hoog persoonlijk aandeel aan verbonden was. Ik heb aangegeven dit niet te kunnen betalen. Enkele dagen voor de vooropgestelde datum werd ik opgebeld ivm de geplande behandeling. Ik had hier geen akkoord voor gegeven en ben dus ook niet bereid om een factuur of annulatievergoeding te betalen.”

Tenslotte zijn er ook 4 melding die verband houden met de privacy van de patiënt en 3 meldingen over pijnbestrijding.

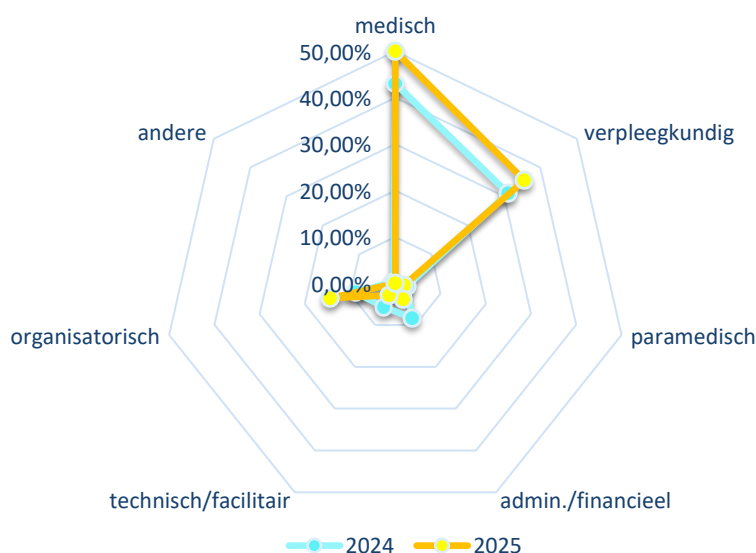
“Tijdens een mondelinge evaluatie door mijn werkgever, blijkt die op de hoogte te zijn van details van mijn medisch dossier: de laatste behandeling, de geplande stappen en uitspraken omtrent arbeidsongeschiktheid.”

“Mijn papa heeft tijdens zijn laatste nacht voor zijn overlijden onnodig veel pijn gehad. Er was nood aan zwaardere medicatie/sedatie en dat werd niet gegeven. Waarom is er geen arts bij gekomen als de pijn niet onder controle was? Wij voelde ons onmachtig... konden niets voor hem doen.”

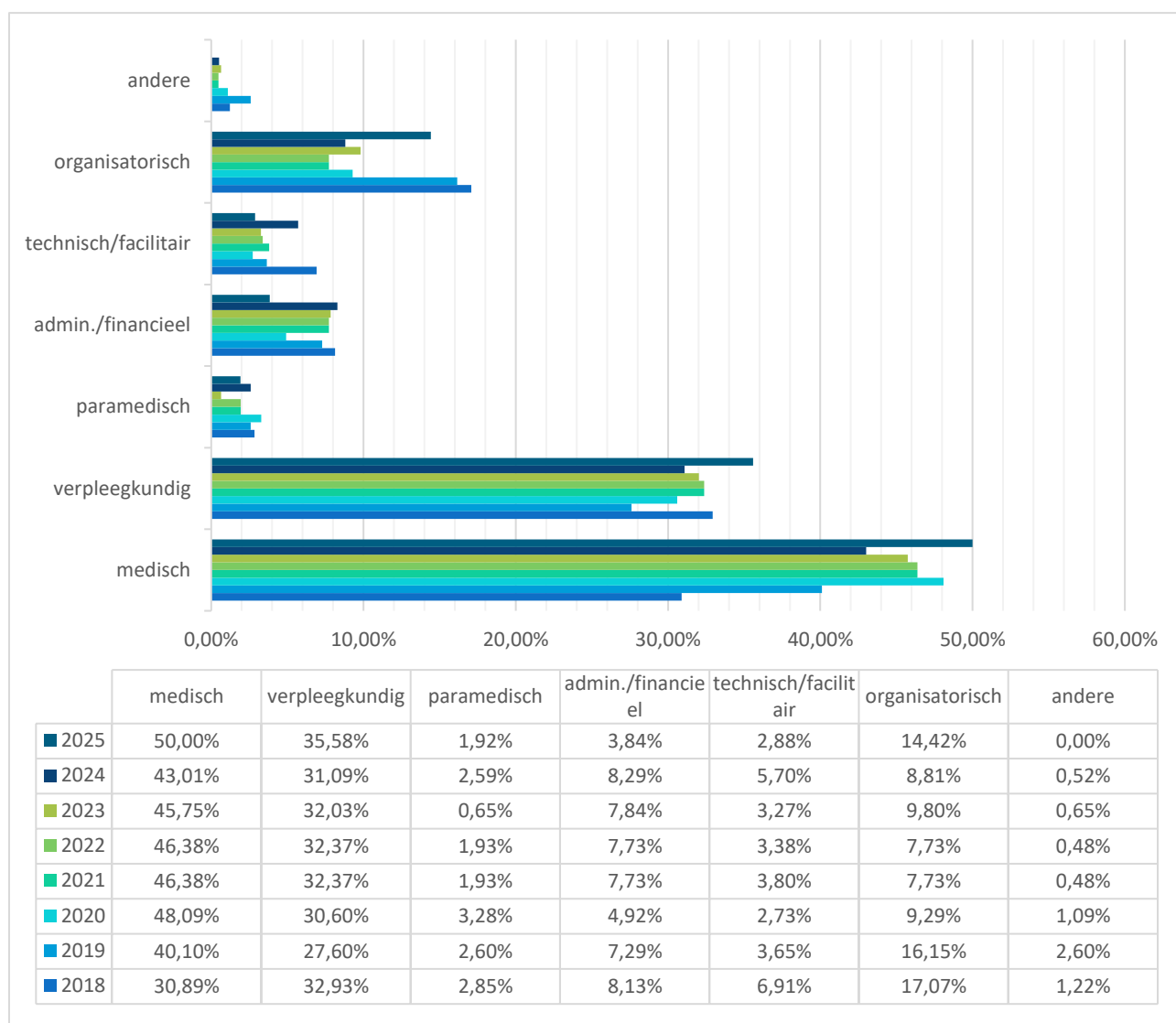
Klachten zonder verband met de rechten van de patiënt

48% van de klachten in 2024 houden geen verband met de rechten van de patiënt.

2.6. INHOUD KLACHTEN



Evolutie



Medische aspecten

	2024	2025	#
1. Medische aspecten	43.01%	50.00%	52
1.1 Inforestrekking algemeen	6.22%	12.5%	13
1.2 Inforestrekking kostprijs	4.15%	2.88%	3
1.3 Behandeling	15.54%	17.31%	18
1.4 Communicatiestijl	5.15%	7.69%	8
1.5 Aandacht, opvang	3.11%	5.77%	6
1.6 Privacy	0.52%	2.88%	3
1.7 Ontslagvoorbereiding	2.07%	2.88%	3
1.8 Verslaggeving	4.66%	13.46%	14
1.9 Andere	1.55%	0.00%	0

Verpleegkundige aspecten

	2024	2025	#
2. Verpleegkundige aspecten	31.09%	35.58%	37
2.1 Inforestrekking	4.15%	3.85%	4
2.2 Verzorging (technisch)	6.22%	11.54%	12
2.3 Communicatiestijl	7.77%	13.46%	14
2.4 Aandacht, opvang	8.81%	14.42%	15
2.5 Privacy	0.00%	0.96%	1
2.6 Ontslagvoorbereiding	2.59%	0.96%	1
2.7 Andere	1.55%	0.00%	0

Paramedische aspecten

	2024	2025	#
6. Paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten	2.59%	1.92%	2
6.1 Inforestrekking	1.04%	0.00%	
6.2 Behandeling	0.00%	0.00%	
6.3 Communicatiestijl	0.00%	0.00%	
6.4 Aandacht, opvang	0.52%	0.96%	1
6.5 Privacy	0.00%	0.00%	
6.6 Ontslagvoorbereiding	0.52%	1.92%	2
6.7 Andere	0.52%	0.00%	

Administratief-financiële aspecten

	2024	2025	#
4. Administratief-financiële aspecten	8.29%	3.84%	4
4.1 Inforestrekking	3.11%	0.00%	0
4.2 Factuur	2.59%	0.96%	1
4.3 Communicatiestijl	0.52%	1.92%	2
4.4 Aandacht / opvang	1.04%	0.96%	1
4.5 Privacy	0.52%	0.00%	0
4.6 Identificatie	0.00%	0.96%	1
4.7 Andere	0.52%	0.00%	0

Technisch-facilitaire aspecten

	2024	2025	#
5. Facilitaire en technische aspecten	5.70%	2.88%	3
5.1 Inforestrekking	0.00%	0.00%	0
5.2 Maaltijden	1.04%	0.00%	0
5.3 Dieetkeuken	0.00%	0.00%	0
5.4 Schoonmaak	2.59%	0.96%	1
5.5 Communicatiestijl	0.52%	0.00%	0
5.6 Comfort	0.00%	0.96%	1

5.7 Defecten	0.00%	0.00%	0
5.8 Lawaaihinder	0.00%	0.00%	0
5.9 Signalisatie	0.00%	0.96%	1
5.10 Telefonie	0.00%	0.00%	0
5.11 Parking	1.55%	0.00%	0
5.12 Privacy	0.00%	0.00%	0
5.13 Andere	0.00%	0.96%	0

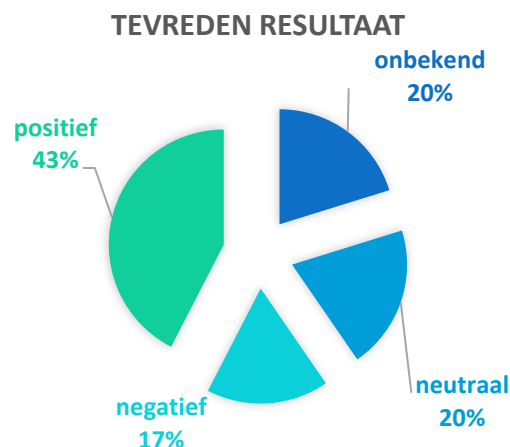
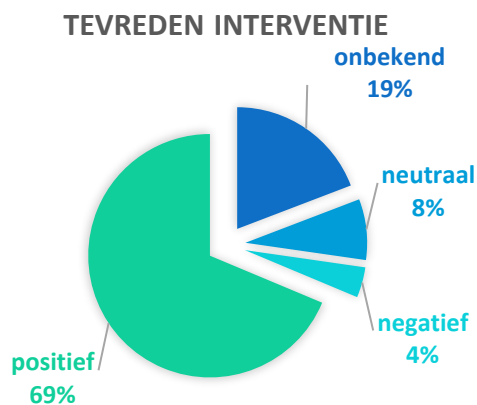
Organisatorische aspecten

	2024	2025	#
3. Organisatorische aspecten	8.81%	14.42%	15
3.1 Opnameregeling	1.55%	0.96%	1
3.2 Ontslagregeling	0.00%	0.00%	0
3.3 Afsprakenregeling	1.55%	4.81%	5
3.4 Bezoekregeling	0.55%	0.00%	0
3.5 Wachttijden	1.55%	1.92%	2
3.6 Intern transport	0.00%	0.96%	1
3.7 Extern transport	1.04%	0.96%	1
3.8 Verloren voorwerpen*	1.55%	2.88%	3
3.9 Verloren dossiers	0.00%	0.96%	1
3.10 Roken	0.00%	0.96%	1
3.11 Communicatie	0.00%	0.00%	0
3.12 Informatieverstrekking	0.00%	0.00%	0
3.13 Andere	1.55%	0.00%	0

2.7. VERZOENINGSRESULTATEN

Door de tussenkomst van de ombudsdienst werd in 88% van de gevallen (92 van de 104 klachten) een verzoeningsresultaat bereikt.

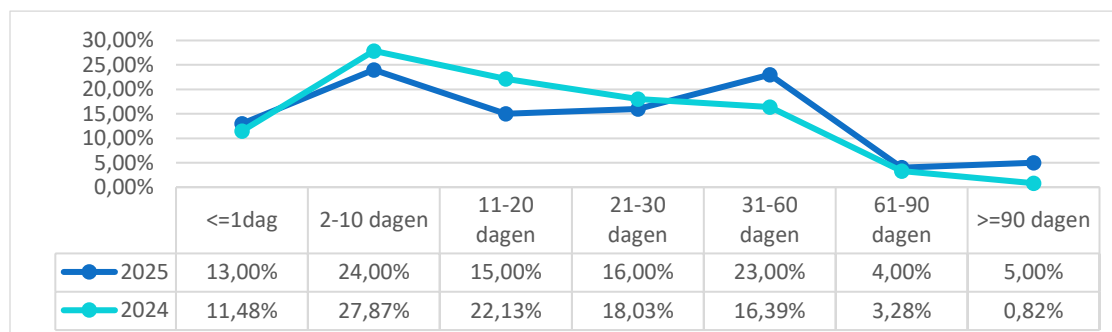
Slechts bij 12 klachten kon geen directe oplossing worden geboden. In alle andere dossiers leidde de bemiddeling tot tastbare resultaten, variërend van menselijk herstel (zoals excuses, erkenning en hersteld contact) tot praktische oplossingen (zoals aangepaste facturatie of concrete afspraken). Daarnaast fungeert de ombudsdienst als motivator voor kwaliteitsverbetering die leidt tot aangepaste werkwijzen, verbeterprojecten en gerichte adviezen.



De aangereikte oplossing is echter niet altijd wat de melder beoogde.

Doorlooptijd

In 2025 werd 68% van de klachten afgerond **binnen de maand** na het eerste contact met de ombudsdienst. Dit percentage ligt 12% lager dan in 2024 (80%). De deeltijdse tewerkstelling en bereikbaarheid van de ombudspersoon is hieraan gelinkt. 91% van de meldingen was afgerond binnen de 60 dagen, wat in 2024 nog 96% was.



Klachtencommissie

De klachtencommissie, bestaande uit de directie (algemeen, medisch, verpleegkundig en paramedisch), de kwaliteitscoördinator en de ombudspersoon, zet zich sinds 2016 in voor een verbetering van de zorgkwaliteit. Door anonieme klachten te analyseren, vertaalt de commissie praktijkervaringen naar concreet beleid. Hierbij krijgen de adviezen van de ombudsdienst een centrale plek; deze worden constructief getoetst en - waar mogelijk - in de praktijk gebracht.

In 2025 kwam de klachtencommissie viermaal bijeen. De voortgang en de geformuleerde actiepunten werden op vaste tijdstippen teruggekoppeld aan het Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid.

3. MOEILIKHEDEN IN DE UITVOERING VAN DE OPDRACHT

Invloed van AI bij het indienen van een klacht

Steeds meer patiënten maken gebruik van AI gegenereerde teksten om klachten of meldingen in te dienen. Hoewel dit de drempel kan verlagen om hulp te zoeken, brengt het ook nieuwe uitdagingen met zich mee. In de praktijk blijkt dat informatie die door AI wordt aangeleverd vaak onnauwkeurig, onnodig complex of juridisch feitelijk onjuist is en patiënten ons vaak met verkeerde verwachtingen aanspreken. Aangezien we steeds vertrekken vanuit de verwachting van de patiënt bemoeilijkt dit de klachtbehandeling.

Er is nood om de dialoog aan te gaan met patiënten om steeds hun werkelijke vraag en verwachting helder te krijgen, alsook de mogelijkheden binnen de ombudsfunctie.

Autonomie versus samenwerking

Het functioneren als eenmansbezetting op de ombudsdienst is een uitdaging die een mate van veerkracht en expertise vereist. Om de kwaliteit van de bemiddeling te waarborgen, is het essentieel dat de ombudsvrouw kan reflecteren over bemiddelingsopties en complexe casuïstiek. Sparren met collega's is helpend voor een objectieve oordeelsvorming. Daarnaast valt of staat de effectiviteit van de dienst met een optimale bereikbaarheid voor patiënten. Er is geen juridische dienst om dossiers te toetsen aan de wetgeving. Tot slot is de bereidheid tot samenwerken door alle gezondheidszorgbeoefenaars een noodzakelijke voorwaarde; zonder hun actieve medewerking en transparantie kan de ombudsfunctie zijn rol als onafhankelijk bemiddelaar niet naar behoren vervullen.

4. AANBEVELINGEN

Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende :

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn

Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het open disclosure-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade

veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging, omgaan met familieconflicten en beroepsgeheim komen in klachten en casussen regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden, waaronder:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden
- omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- conflictpreventie en de-escalatie
- specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties, wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie.

Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

Beleid omtrent sedatieve medicatie

In het licht van de groeiende bewustwording rond de risico's van benzodiazepinen en de noodzaak tot gerichte afbouw, is het raadzaam om ons beleid rond sedatieve medicatie te evalueren. Omwille van 3 meldingen in een periode van 2 maanden omtrent overmatige versuffing bij patiënten, is het aanbevolen om de huidige interne procedures en delierschema's (bij alcoholverslaving) proactief te toetsen aan de meest recente wetenschappelijke literatuur. Dit waarborgt dat onze zorgstandaarden blijven aansluiten bij de actuele richtlijnen inzake patiëntveiligheid.

Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

BRONNEN

Eigen registratie van meldingen 2025.

Aanbevelingen vanuit de beroepsvereniging VVOVAZ.

CONTACT

Ombudsdienst

Sint-Andriesziekenhuis Tielt

Bruggestraat 84

8700 Tielt

T. 051 42 52 00

E. ombudsdienst@sintandriestielt.be



VERWIJZINGEN

- 👉 [Huishoudelijk reglement ombudsdienst](#)
- 👉 [Patiëntenrechten](#)
- 👉 [Werking ombudsdienst](#)

Jaarverslag
t.a.v. Vlaamse ombudsman

lokale ombudsdienst
az groeninge kortrijk

kalenderjaar 2025



INHOUD

Instellingsgebonden informatie	3
Wettelijk kader	6
Huishoudelijk reglement ombudsfunctie az groeninge	6
Werking van de ombudsdienst	7
Procedure bij klachten	8
Vernieuwde wet patiëntenrechten – 6 februari 2024	9
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	10
a. Aantal aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge	11
b. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge kalenderjaar 2025: overzicht categorieën	11
c. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge: evolutie over de categorieën 2023-2024-2025	12
d. Vorm van het eerste contact met de ombudsdienst az groeninge: evolutie 2023-2024-2025	13
Klachtendossiers 2025 ombudsdienst az groeninge	14
Verwachtingen en verzoeningsresultaten in klachtendossiers (2023, 2024 en) 2025	18
Kennismaking met de vrijwilligerswerking ombudsdienst	20
Aanbevelingen ombudsdienst az groeninge	21
Aanbevelingen VVOVAZ	22

Jaarverslag van de lokale ombudsdienst 'az groeninge kortrijk'
t.a.v. de Vlaamse ombudsman

KALENDERJAAR 2025

(Uiterlijk 10.02.2026 op te sturen naar jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)

I n s t e l l i n g s g e b o n d e n i n f o r m a t i e

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 31-12-2025)	1.044
Aantal campussen	1: campus kennedylaan (1.038 erkende bedden) (stadscampus reepkaai werd in september 2025 definitief gesloten) + 6 bedden kinderdagpsychiatrie fysisch opgesteld in kliniek Heilige Familie Kortrijk
Naam ombudsperso(o)n(en)	Mevr. Elien Demarré (100 %) Mevr. Axelle Smet (90%)
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Mevr. Elien Demarré: 14 april 2014 Mevr. Axelle Smet: 10 maart 2025
Bestaffing	Ombudsdienst: 2,9 FTE - Ombudspersonen: 1,9 FTE (1 FTE + 0,9 FTE) - Medewerkers ombudsdienst: 1 FTE (1/2 FTE + 1/2 FTE)

Lokalisatie dienst	Sedert 7 december 2016 gelokaliseerd op campus kennedylaan, President Kennedylaan 4 – 8500 Kortrijk
Registratiesysteem	Binnen de ombudsdienst az groeninge wordt sedert 2013 een registratiepakket gehanteerd binnen de applicatie Zenya. Dit pakket leunt aan bij het door de Vlaamse beroepsVereniging Van Ombudsfunctie Van Alle Zorgvoorzieningen vzw (VVOVAZ vzw) 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. De registratie-items worden indien nodig geactualiseerd.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<u>Mevr. Elien Demarré:</u> - Attest basisopleiding 'Bemiddeling' MEDIV –VVOVAZ vzw (2012) - Attest specialisatie "Bemiddelaar in familiale zaken" (VIVES) (2016)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Bijdragen: <u>Mevr. Elien Demarré:</u> 27/3/2025: 'Omgaan met klachten' - BanaBa zorgmanagement + 3/4/2025 VIVES Trimestrieel: Toelichting werking van de ombudsdienst aan nieuwe leidinggevendenden. <u>Ombudspersonen i.s.m. juridische dienst az groeninge:</u> 12/03/2025 Interne opleiding 'vernieuwde wet patiënten-rechten' (zie verder)
	Opleidingen: <u>Mevr. Elien Demarré:</u> - 17/01/2025: Evenement FOD Volksgezondheid betreft wet 'rechten van de patiënt' - 6/2/2025: opleiding 'Toegankelijk ziekenhuis' - az groeninge - 13/05/2025: 'Van kritiek naar kansen' - VIVES - 10/06/2025: 'Klare Taal' - az groeninge - 20/06/2025: algemene vergadering VVOVAZ + nieuwe wet beschermende observatieregulering + workshops - Voorjaar 2025: opleidingstraject 'Leiding geven' <u>Mevr. Axelle Smet:</u>

	- 23/04/2025: 'Workshop omgaan met klachten' - Mediv - 13/05/2025: 'Van kritiek naar kansen' - VIVES - 10/06/2025: 'Klare Taal' - az groeninge - 20/06/2025: algemene vergadering VVOVAZ + nieuwe wet beschermende observatieregel + workshops - 26/11/2025: '4 manieren om met een probleem om te gaan' - Mediv
Vrijwilligerswerking ombudsdienst	Sedert eind 2020 zijn aan de ombudsdienst een aantal vrijwilligers 'toegekend' om samen met de ombudsdienst een gerichte opvolging van gevonden en verloren voorwerpen binnen az groeninge uit te bouwen. Het initiële team van drie vrijwilligers kende ondertussen verder uitbreiding en bestaat in 2025 uit zeven vrijwilligers. Zes vrijwilligers werken ½ dag per week, één vrijwilliger werkt 2 x ½ dag per week.

- 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.

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’.

- 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 meest actuele versie van het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst az groeninge Kortrijk dateert van 6 mei 2025.

Het wettelijk vastgelegd werkdomein beperkt zich tot de *rechten van de patiënt* ten aanzien van *(welomschreven) beroepsbeoefenaars*.

az groeninge kent onder de rubriek ‘voorwerp van het reglement’ in het huishoudelijk reglement aan de ombudsfunctie expliciet de bevoegdheid toe *om klachten te behandelen die betrekking hebben op de gezondheidszorg beoefend door beroepsbeoefenaars in az groeninge alsmede klachten betreffende de omkadering van deze zorg*.

Het huishoudelijk reglement expliciteert verder onder meer de identiteit van de ombudspersonen en –medewerkers, en legt onder de rubriek ‘bereikbaarheid’ concreet de locatie, openingsuren en coördinaten vast.

Het huishoudelijk reglement benadrukt dat in de *werking van de ombudsdienst az groeninge* het *accent ligt op ‘bemiddeling’* eerder dan op ‘behandeling’.

De ombudspersoon treedt hierbij in contact met alle bij de klacht betrokken personen en/of diensten, met transparantie als onderliggende filosofie. Eens een ombudsdossier geopend, blijft de ombudspersoon eigenaar van het dossier en coördineert deze het verder verloop.

- Werking:

De ombudsdienst az groeninge stelt zich zoals wettelijk bepaald bemiddelend op vanuit een neutrale, onpartijdige houding met respect voor het beroepsgeheim.

Dit houdt onder andere in dat indien de aanmelder een klacht formuleert naar de directie en de klacht door de directie ter verdere opvolging wordt overgemaakt aan de ombudsdienst, er bij de aanmelder steeds wordt afgetoetst of de ombudsdienst een mandaat krijgt ter verdere opvolging.

Aanmeldingen die louter een sanctie verwachten, kunnen na het helder stellen van de verwachtingen, desgewenst doorverwezen worden naar de directe lijnverantwoordelijken of directie.

De ombudsdienst poogt bij elke aanmelding steeds persoonlijk contact op te nemen met de aanmelder, ook in geval de aanmelding initieel via mail gebeurt (belangrijk aandeel, zie p. 13). Hierbij worden de verdere verwachtingen afgetoetst. Indien de aanmelder niet de patiënt is, wordt gepeild in welke mate de klacht/het ongenoegen ook gedeeld wordt door de patiënt. De ombudsdienst beschouwt de vertrouwensrelatie patiënt – zorgverstrekker als een belangrijk gegeven en wil deze niet schaden of in het gedrang brengen door interventies vanuit de ombudsdienst. 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, tot een 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, enz.

Er wordt afgetoetst of er ruimte is tot rechtstreeks gesprek/communicatie. Vaak wordt er pendelbemiddeling tussen de partijen opgestart. Bij voorkeur 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 (zorgverstrekker–medewerker) te contacteren; absoluut bij bejegeningssklachten (die vallen voor beroeps-beoefenaars 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 (**43 % van de verwachtingen bij klachtmeldingen in 2025**).

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.

- Procedure bij klachten: de ombudsdienst als tweede lijn

De principes van de ombudsdienst situeren zich binnen het kader van de “**procedure bij klachten**” in az groeninge.

Binnen az groeninge wordt van iedere zorgverstreker en medewerker een actieve rol verwacht bij elke vorm van ontevredenheid of klacht. Er wordt van uit gegaan dat deze **nulde lijn** binnen haar mogelijkheden een inspanning doet om ongenoegen of vragen naar informatie op te vangen en hierover actief te communiceren.

Op niveau van de **eerste lijn** kunnen de dienst, de arts-titularis, de directe lijnverantwoordelijke (vb. hoofdverpleegkundige, medisch diensthoofd, afdelingshoofd) een belangrijke rol spelen in de opvang van ongenoegen of klachten.

Onder andere het onthaal en het financieel infopunt 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 *financieel infopunt* (persoonlijk bereikbaar) fungeert 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 / het financieel infopunt/ de apotheek / de ombudsdienst) bestaan afspraken in functie van onderlinge afstemming.

- Vernieuwde wet patiëntenrechten – 6 februari 2024

Begin 2024 werd de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt gewijzigd. De ombudspersonen ontwikkelden in samenwerking met de juridische dienst van het ziekenhuis een opleiding om deze vernieuwde wetgeving ziekenhuisbreed kenbaar te maken.

In de loop van 2024 werden in het ziekenhuis, op een toegankelijke en laagdrempelige manier, 20 opleidingssessies gebracht. Er werden hiermee ± 1300 zorgverleners bereikt (verpleegkundigen, artsen, onthaalmedewerkers...).

Naar aanleiding van deze opleiding ontstonden er vanuit verschillende diensten binnen het ziekenhuis vragen om nog wat ruimere toelichting te geven (o.a. dagziekenhuis, sociale dienst, geriatrie, ...). De vragen betroffen vooral de toegangsmodaliteiten tot het patiëntendossier (wanneer kan/mag dit correct), GDPR-regelgeving ...

Deze opleiding wordt nu jaarlijks twee maal herhaald voor nieuwe medewerkers / artsen / studenten binnen az groeninge.

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

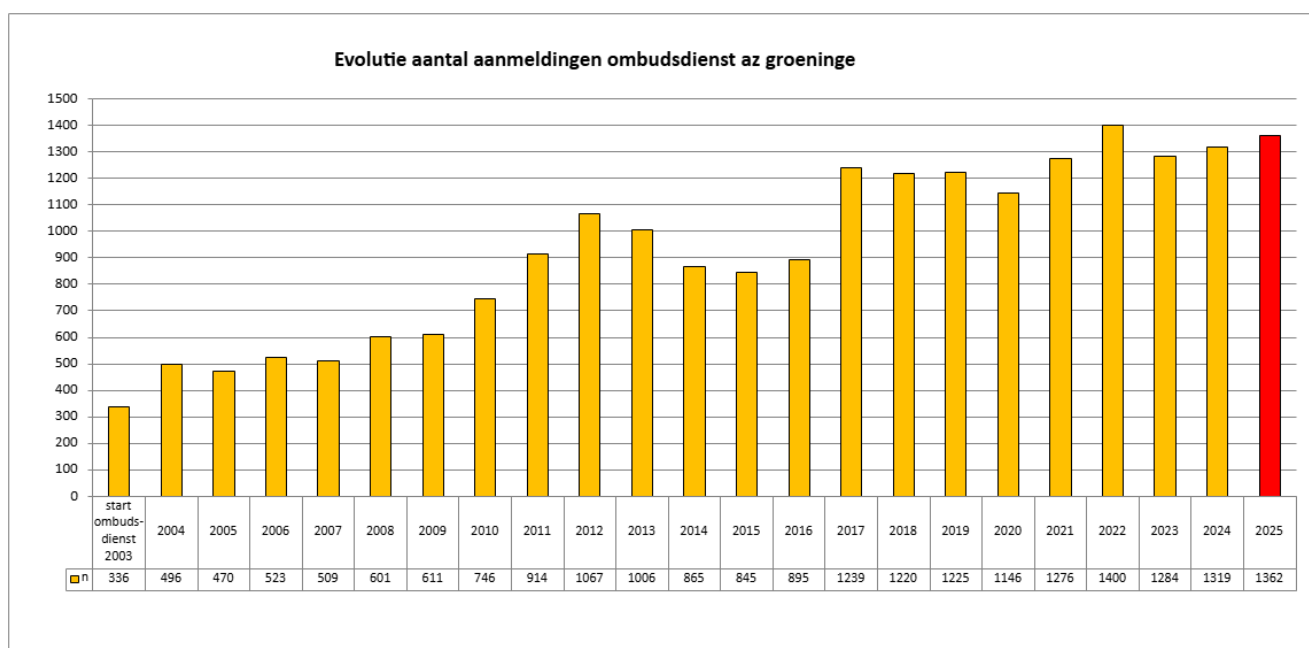
De ombudsdienst az groeninge kreeg in 2025 **1362** aanmeldingen (2024: 1319 - 2023: 1284 - 2022: 1400).

Daar de eindcijfers van de ziekenhuisactiviteit 2025 nog niet ter beschikking zijn, kunnen wij onze gegevens hieraan nog niet spiegelen (vb. klachtenratio).

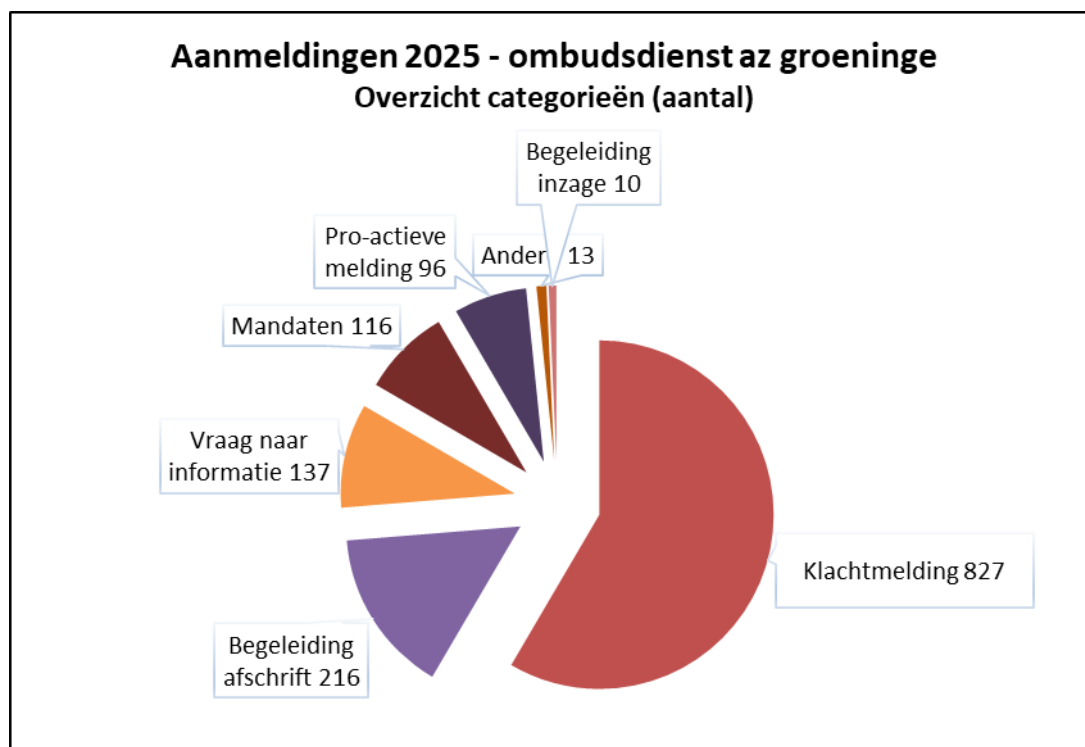
827 van de 1362 aanmeldingen werden als **klacht** geregistreerd (zie verder).

<u>Opmerkingen:</u> ✓ De meldingen worden opgedeeld in categorieën (klacht / info / begeleiding afschrift / begeleiding inzage / pro-actieve melding / mandaten (sedert 2024) / andere). <i>Overlapping over de verschillende categorieën is mogelijk</i> (vb. een pro-actieve melding wordt in een latere fase een effectieve klacht). ✓ 1 melding (= dossier) kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt/aanmelder. Over de gegrondheid / ongegrondheid van een klacht wordt geen uitspraak gedaan. De (on)gegrondheid van de klacht is hier dus niet in weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	827
Aantal vragen naar informatie	137
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)	96
Aantal opvragingen patiëntendossier (= begeleiding afschrift & begeleiding inzage)	226 (=216 ‘afschrift’ + 10 ‘inzage’)
Mandaten (vertrouwenspersoon / bewindvoerder / vertegenwoordiger / zorgvolmacht) (aparte categorie sedert 2024)	116
Aantal ‘andere’	13 (o.a. 4 suggesties)

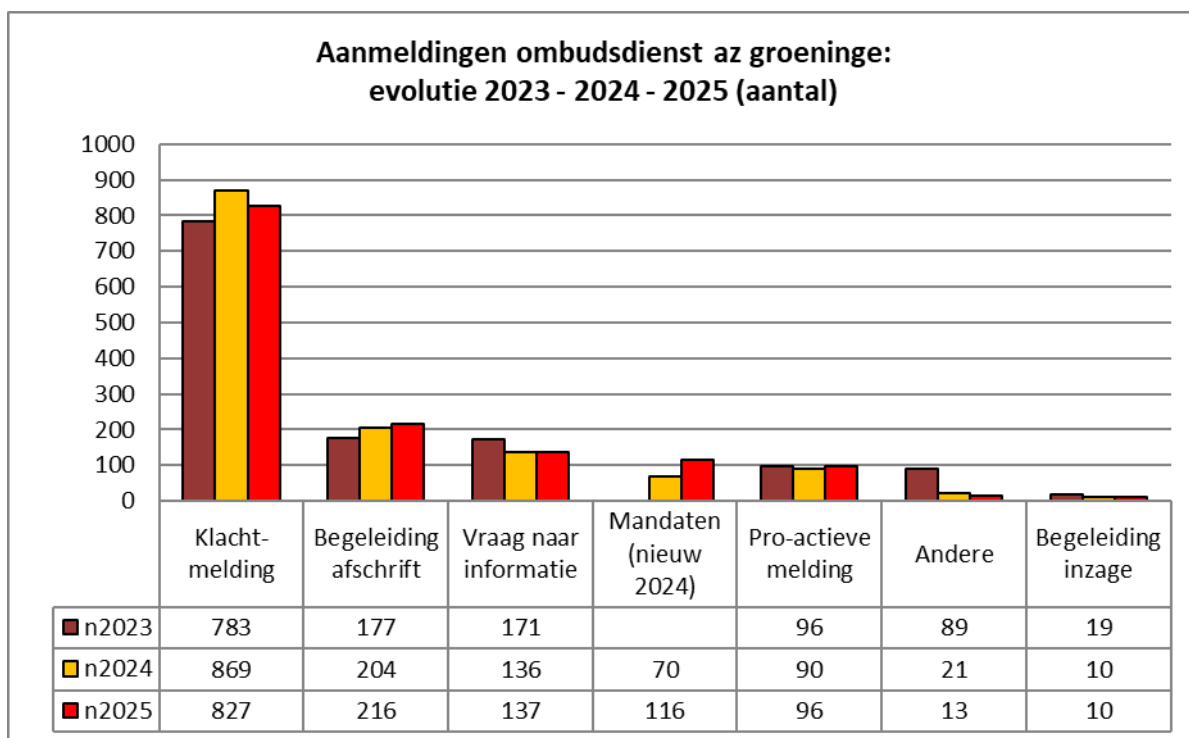
a. Aantal aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge



b. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge kalenderjaar 2025: overzicht categorieën
(meerdere categorieën in 1 aanmelding mogelijk)

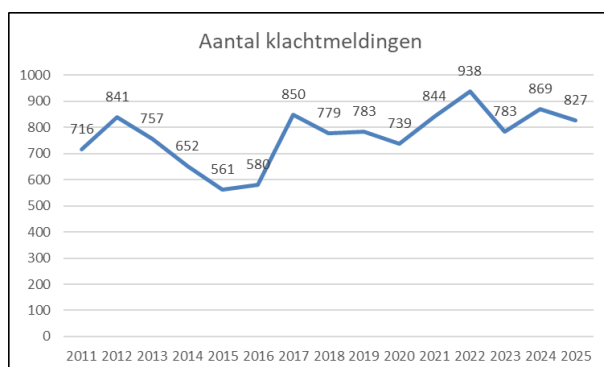


c. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge - evolutie over de categorieën 2023 – 2024 – 2025



(basis: totaal aanmeldingen bij de ombudsdienst: 2025: n=1362 - 2024: n=1319 - 2023: n=1284)

- Afname van het aantal **'klachtmeldingen'** in 2025.
We merken dat over de jaren heen, het aantal klachtmeldingen fluctueert:



- Verdere toename dossiers **'begeleiding afschrift'**.
Bij de vragen tot afschrift van het patiëntendossier wordt de aanvrager steeds geïnformeerd over de mogelijkheid van het online Mynexuzhealth-dossier. Wij stellen vast dat de vragen naar afschrift door patiënten vaak stukken betreffen die nog niet raadpleegbaar zijn via Mynexuzhealth (vb. stukken van vóór 2016, psychiatrische verslaggeving, ...).
Om de administratieve belasting bij de overdracht van afschriften van het patiëntendossier te verminderen, wordt maximaal ingezet op beveiligde digitale overdracht via Zivver en Tresorit.

Bij de 216 vragen tot begeleiding afschrift patiëntendossier, noteren wij als 'resultaat' in 162 dossiers (75 %) onze effectieve begeleiding bij het aanleveren van het afschrift.

Veelal dient de ombudsdienst in opvolging van een vraag tot afschrift

- een informerende rol op te nemen (n=23) door vb. de aanvrager naar het mynezuzhealth-platform of overige gezondheidsplatformen te leiden (cfr. supra).
- het contact te leggen om de aanmelder rechtstreeks te kunnen doorverwijzen naar de gezondheidszorgbeoefenaar waar de stukken op een minder formele manier (en sneller) rechtstreeks kunnen ter beschikking gesteld worden (en waardoor soms ook de communicatie hersteld wordt).
- na te kijken of de aanvrager wel effectief het mandaat heeft om dit op te vragen (vb. ouder van 15-jarig kind, gescheiden ouders, wils(on)bekwame patiënt...).

• Rubriek ‘**mandaten**’:

In 2024 werd binnen het registratiepakket een nieuwe rubriek ‘mandaten’ aangemaakt omwille van de begeleidende en ondersteunende rol die de ombudsdienst binnen az groeninge (sedert 2024 formeel) opneemt bij aanmeldingen i.v.m. de aanduiding van diverse soorten wilsverklaringen en de borging ervan in het elektronisch patiëntendossier en de achterliggende administratieve systemen (vb. vertrouwenspersoon rechten van de patiënt).

Deze vragen komen bij de ombudsdienst terecht zodat wij kunnen nakijken of deze formulieren correct zijn ingevuld. Het aanduiden van een vertrouwenspersoon bijvoorbeeld is een persoonlijk recht. We kijken na of de formulieren effectief door de patiënt zelf zijn ingevuld en of deze voldoende op de hoogte is van de draagwijdte hiervan. Vb. Bij 15-jarige patiënten is dit een belangrijk aandachtspunt.

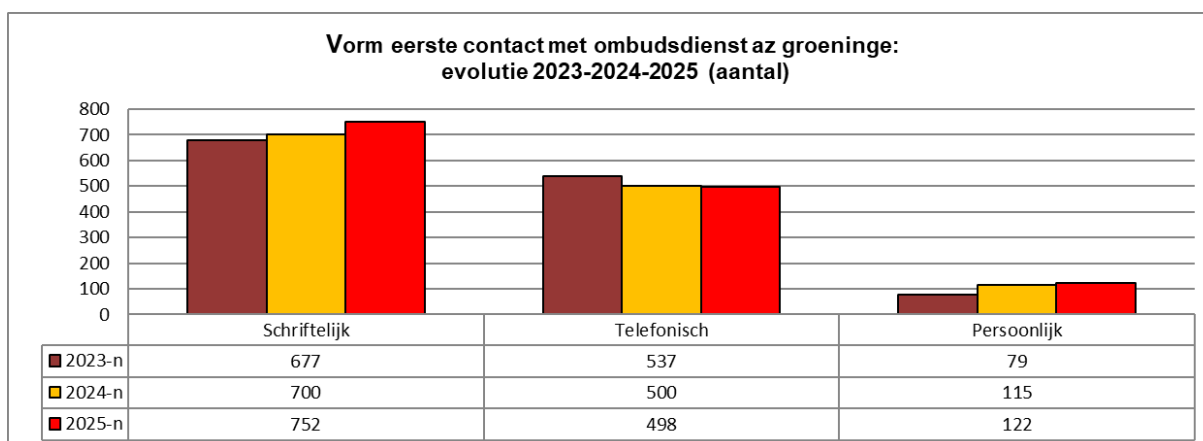
We noteren in 2025 een forse toename van het aantal aanmeldingen m.b.t. mandaten (+ 46!).

We kunnen dit toeschrijven aan de uitbouw van het ‘digipunt’ binnen az groeninge in 2025.

Dit laagdrempelig punt wordt bemand door vrijwilligers en staat patiënten bij om de mynexuzhealth-app te installeren en inlichtingen te verschaffen. De vraag naar koppeling tussen twee patiënten is dan ook een vaak gestelde vraag op het digipunt.

Tot en met 2023 werden deze opvolgingen onder de rubriek ‘**andere**’ geregistreerd, wat de daling binnen deze rubriek vanaf 2024 verklaart.

d. Vorm van het eerste contact met de ombudsdienst az groeninge: evolutie 2023-2024-2025



(basis: totaal aanmeldingen op ombudsdienst: 2025: n=1362 - 2024: n=1319 - 2023: n=1284)

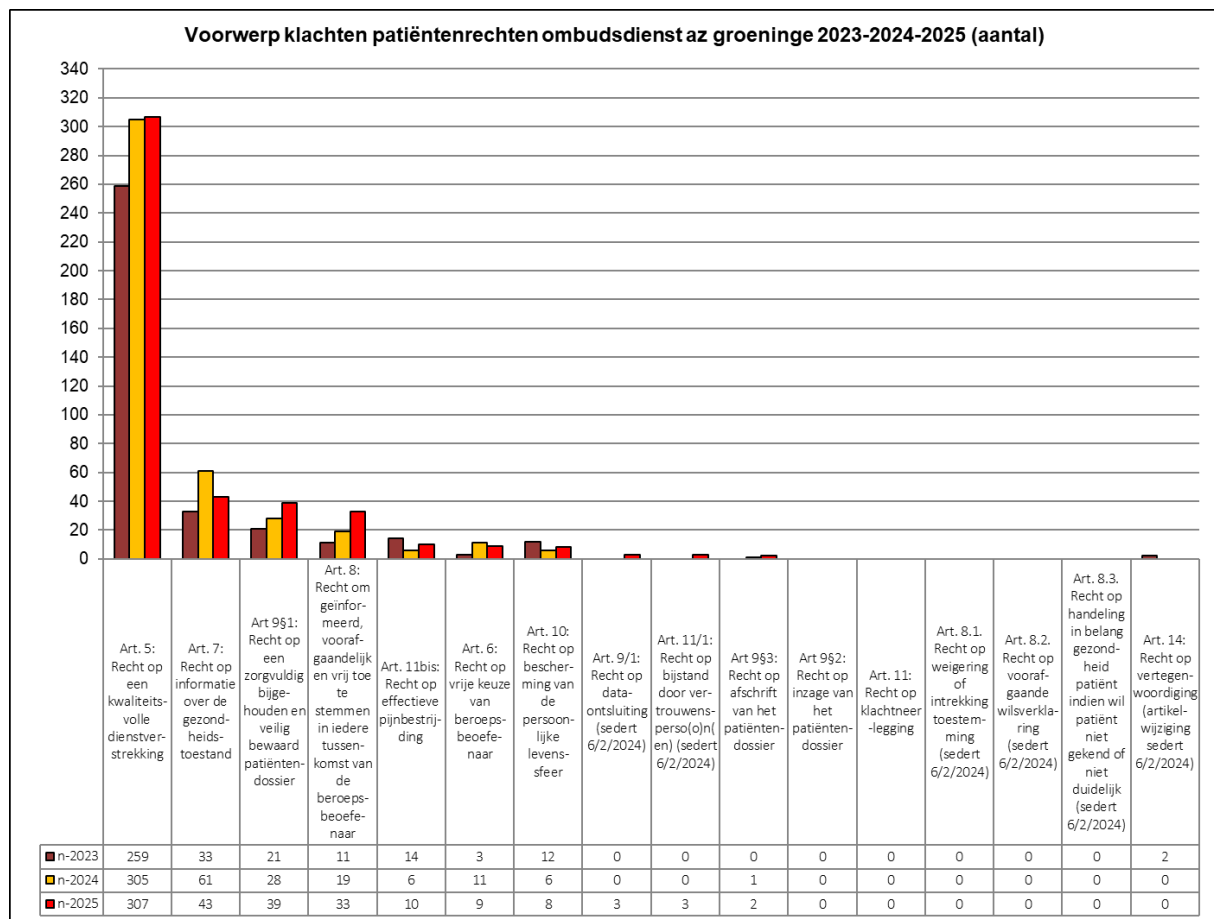
Van de 752 **schriftelijke** eerste contacten, kwamen er in 2025 90% via e-mail binnen (n= 675).

Klachtendossiers 2025 ombudsdienst az groeninge

Totaal aantal klachtendossiers 2025 ombudsdienst az groeninge: 827
Aantal klachtendossiers m.b.t. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars binnen de gecoördineerde wet op de uitoefening van de gezondheidszorg beroepen 10 mei 2015 (voorheen KB nr. 78 10 november 1967)): 396* (48 %)
Aantal klachtendossiers <u>niet</u> gerelateerd aan de RECHTEN VAN DE PATIËNT (ruimer werkingsterrein van de ombudsdienst az groeninge): 429 (52 %)

	2023	2024	2025
Totaal aantal aanmeldingen	1284	1319	1362
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. zuivere andere contacten)	783 (100 %)	869 (100 %)	827 (100 %)
Klachtendossiers wet patiëntenrechten m.b.t. beroepsbeoefenaars gecoördineerde wet op de uitoefening van de gezondheidszorg beroepen (Federale Commissie Rechten van de Patiënt)	302 (= 39 %) (waarin 355 'rechten' door de aanmelder als geschonden ervaren)	377 (= 43 %) (waarin 437 'rechten' door de aanmelder als geschonden ervaren)	*396 (= 48 %) (waarin 457 'rechten' door de aanmelder als geschonden ervaren)
Klachtendossiers niet gerelateerd aan wet patiëntenrechten	481 (= 61 %)	492 (= 57 %)	429 (= 52 %)

*RECHTEN VAN DE PATIËNT als geschonden ervaren (beroepsbeoefenaars gecoördineerde wet op de uitoefening van de gezondheidszorg beroepen 10 mei 2015): 457 (in 396 klachtdossiers)	
<i>(chronologie conform artikelnummering)</i>	
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)	307
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	9
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	43
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)	33
<i>Recht op weigering of intrekking toestemming (Art. 8.1.) (sedert 6/2/2024)</i>	0
<i>Recht op voorafgaande wilsverklaring (Art. 8.2.) (sedert 6/2/2024)</i>	0
<i>Recht op handeling in belang gezondheid patiënt indien wil patiënt niet gekend of niet duidelijk (Art. 8.3.) (sedert 6/2/2024)</i>	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier (Art. 9 §1)	39
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	2
<i>Recht op data-ontsluiting (Art.9/1)</i>	3
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	8
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
<i>Recht op bijstand door vertrouwensperso(o)n(en) (Art. 11/1) (sedert 6/2/2024)</i>	3
Recht op effectieve pijnbestrijding (Art. 11bis)	10
Recht op vertegenwoordiging (Art. 12-15 in wet 22/2/2022 – vnl. Art. 14 sedert 6/2/2024)	0



(basis: totaal klachtendossiers wet patiëntenrechten: 2025: n=396 - 2024: n= 377 - 2023: n=302 – aantal rechten dat als geschonden werd ervaren)

In 2025 kwamen op de ombudsdienst az groeninge **827** aanmeldingen binnen die als **klacht** werden geregistreerd.

Klachtenbeeld ‘rechten van de patiënt’: **48 %** van het aantal klachtendossiers dat de ombudsdienst az groeninge het afgelopen kalenderjaar heeft ontvangen, staat in relatie tot de uitoefening van de wet patiëntenrechten door gezondheidszorgberoepsbeoefenaars die onderhevig zijn aan de gecoördineerde wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. We zien dit aandeel de laatste jaren licht toenemen.

Een klachtendossier **binnen de materie patiëntenrechten** situeert zich meestal sterk binnen de individuele relatie zorgverstreker - patiënt.

Deze **396 aanmeldingen/dossiers** resulteerden in 457 patiëntenrechten die door de aanmelder als geschonden werden ervaren.

De klachten die in relatie staan tot het “*recht op kwalitatieve zorgverlening (art. 5)*” vormen zoals steeds het grootste aandeel.

We noteren in 2025 een belangrijke toename van de klachten m.b.t. “*het recht op geïnformeerde voorafgaandelijke en vrije toestemming*” (art. 8). Ook de aanmeldingen m.b.t. “*het recht op een zorgvuldig bijgehouden en bewaard patiëntendossier*” (art. 9§1) namen verder toe.

Anderzijds valt de daling van het aantal klachten binnen het “*recht op informatie over de gezondheidstoestand*” (art. 7) op.

Het sedert de vernieuwde wet op de patiëntenrechten d.d. 6 februari 2024 ingevoerde “recht op data-ontsluiting” (art. 9/1) zien we in 2025 voor het eerst in onze cijfers, evenals het “recht op bijstand door vertrouwensperso(o)n(en)” (art. 11/1).

Het aandeel **klachtendossiers niet gerelateerd aan wet patiëntenrechten** vertegenwoordigt ook in 2025 nog meer dan de helft van de klachtendossiers (52 %), maar de verhouding al dan niet gerelateerd aan de wet patiëntenrechten lijkt – zoals voorgaande jaren - naar fifty-fifty te neigen.

Alle klachtendossiers (= 827 in 2025) worden geanalyseerd vanuit een breed aspectenkader waarbinnen respectievelijk de rubrieken organisatorische aspecten, medische aspecten, aspecten patiëntenzorg, administratief-financiële aspecten, infrastructurele-technische aspecten, facilitaire aspecten (maaltijden, catering, schoonmaak) en aspecten patiëntgebonden lichamelijke schade zijn opgenomen.¹

De **klachtendossiers** van az groeninge die patiënten en/of familie in 2025 hebben gemeld, hebben vooral betrekking op

medische aspecten (behandeling, diagnose, verslaggeving, aandacht/opvang, infoverstrekking over de kostprijs...)

organisatorische aspecten (verlies persoonlijk materiaal, wachttijden, parkeerbeleid, ontslagregeling, coördinatie/afstemming tussen zorgverstrekkers, ...)

aspecten patiëntenzorg (aandacht/opvang, communicatiestijl, verzorging, infoverstrekking, ...)

administratief-financiële aspecten (factuurbedrag, facturatieproces, infoverstrekking administratief-financieel, identificatie, ...) en

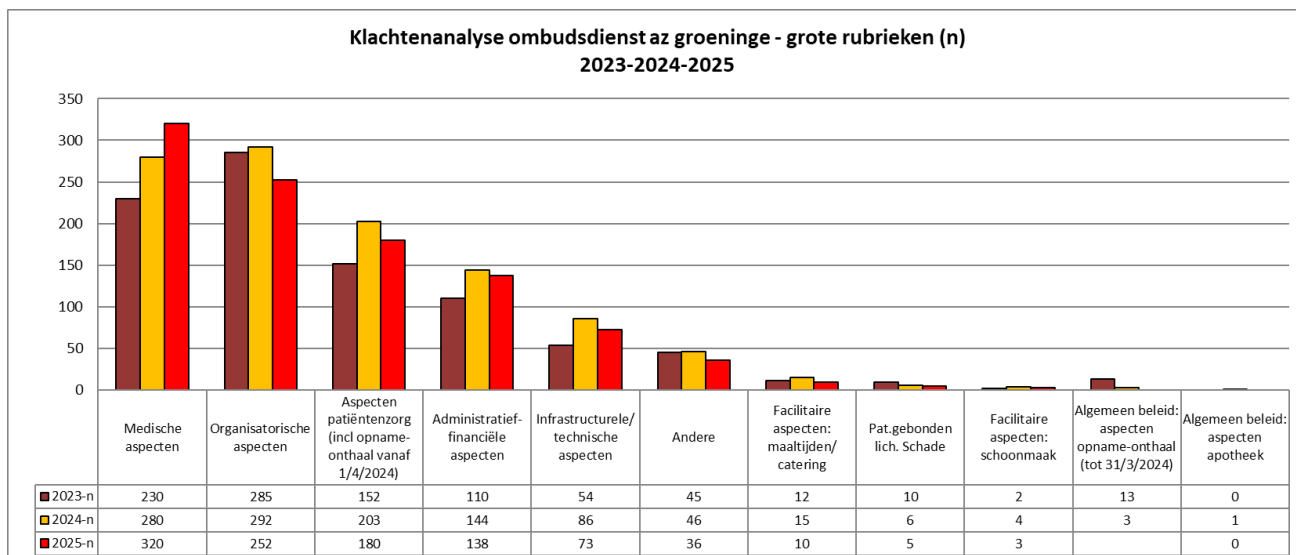
infrastructurele-technische aspecten (defecten, comfort, parking infrastructureel, ...).

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 vzw (VVOVAZ vzw) 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: 2025: n=827 - 2024: n=869 - 2023: n=783)

Verwachtingen en verzoeningsresultaten in klachtendossiers (2023, 2024 en) 2025

Wanneer een patiënt of familie van een patiënt zich tot de ombudsdienst wendt, is dit steeds met een bepaalde **verwachting**. Deze wordt specifiek bevraagd 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 2025**. In één ombudsdossier kunnen meerdere verwachtingen geregistreerd worden.

Deze verwachtingen worden geregistreerd na het eerste contact met de aanmelder. Deze percentages zeggen niets over de *uitkomst* van een ombudsdossier. Bijvoorbeeld: een aanmelder kan als verwachting ‘een financieel akkoord’ hebben, maar dit wil niet zeggen dat dit ook het resultaat van het dossier zal zijn.

Verwachting	2025
Signaal	43,1 %
Financieel akkoord (correctie, aanpassing, annulering factuur, tussenkomst verlies of schade persoonlijk materiaal, tussenkomst n.a.v. parkingproblematiek, tussenkomst vervoer, ...)	27,0 %
Oplossing	15,3 %
Informatie	8,6 %
Bemiddeling (pendeldiplomatie / samenbrengen van partijen)	2,7 %
Luisterend oor / opvang	2,4 %
Andere	1,0 %

(basis: totaal klachtendossiers: 2025: n=827)

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 nemen louter **de (afgehandelde) klachtendossiers** in beschouwing. In één ombudsdossier kunnen meerdere 'soorten' verzoeningsresultaten bereikt zijn.

Verzoeningsresultaten over de diverse jaren			
	Aantal klachtendossiers	Afgehandelde klachtendossiers op 31/12 registratiejaar	Afgehandelde klachtendossiers met verzoeningsresultaat op 31/12 registratiejaar
2022	938	818 (= 87 %)	512 (= 63 % van 818)
2023	783	687 (= 88 %)	492 (= 72 % van 687)
2024	869	782 (= 90 %)	521 (= 67 % van 782)
2025	827	733 (= 89 %)	468 (= 64 % van 733)

Verzoeningsresultaat (meerdere mogelijk per afgehandelde klacht)	Klachtendossiers 2025 met afhandeling tot 31/12/2025 (n=733)
Feedback na initiatief	157
Verzekering opvolging signaal	112
Rechtstreekse opvolging door derden	69
Informatieverstrekking / toelichting / duiding	60
Financieel akkoord: wijziging factuur (correctie of aanpassing)	48
Luisterend oor / opvang	35
Doorverwijzing extern	32
Doorverwijzing intern	22
Financiële tussenkomst n.a.v. parkingproblematiek	21
Herstel communicatie	15
Concrete individuele oplossing	15
Financieel akkoord: annulering factuur	14
Andere	8
Financiële tussenkomst n.a.v. schade aan persoonlijk materiaal	7
Financiële tussenkomst n.a.v. verlies persoonlijk materiaal	6
Aanmelding door aanmelder éénzijdig afgebroken	3
Verloren materiaal teruggevonden in az groeninge - terugbezorgd	2
Financieel akkoord n.a.v. schadeclaim (n.a.v. zorgincident)	2
Herziening invorderingskosten	1
Verloren materiaal teruggevonden bij/door patiënt/familie/aanmelder	1
Pro-actief ombudsdossier gemaakt	0

(basis: op 31/12/2025 afgehandelde klachtendossiers 2025 (totaal klachtendossiers 2025: n=827))

Kennismaking met de vrijwilligerswerking ombudsdienst (operationeel vanaf 2021)

Eind 2020 werd een vrijwilligerswerking binnen de ombudsdienst opgestart. Deze werking staat in voor het ophalen, registreren en stockeren in een centrale locatie van de **gevonden voorwerpen of persoonlijke materialen** in az groeninge, én voor het zoveel mogelijk terugbezorgen van toewijsbaar persoonlijk materiaal aan de eigenaar.

Alles wordt geregistreerd binnen een ziekenhuisbrede centrale digitale databank '**gevonden voorwerpen**'. Deze is ook raadpleegbaar voor alle medewerkers van het ziekenhuis. Alle medewerkers/diensten van az groeninge kunnen ook zelf registreren/melden, waarna de gevonden voorwerpen/persoonlijke materialen worden opgehaald door de vrijwilligerswerking van de ombudsdienst.

Na ophalen wordt de eigenaar (of een contactpersoon) van het *toewijsbare* gevonden voorwerp gecontacteerd en worden er gerichte afspraken gemaakt inzake het terugbezorgen. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met en ondersteund door de ombudsdienst.

Inzake het *niet-toewijsbare* worden er gerichte interne afspraken gemaakt in overeenstemming met de bepalingen in de procedure 'Bewaring waardevolle verloren en gevonden voorwerpen'.

Naast de centrale databank gevonden voorwerpen is er ook een ziekenhuisbrede centrale digitale databank voor **verloren voorwerpen** ter beschikking. Hier wordt wat als verloren gemeld wordt, geregistreerd, en wordt de databank gevonden voorwerpen systematisch gecheckt.

Enkele cijfers:

GEVONDEN VOORWERPEN	2023	2024	2025
Aantal geregistreerd	1462	1541	1740
Afgehandeld* tussen 1/1 en 31/12 zelfde kalenderjaar	288 (= 19,7 %)	392 (= 25,4 %)	476 (= 27,4 %) (waarvan met gekende eigenaar: 416 (208 effectief terugbezorgd), bovendien konden van de 60 afgehandelde gevonden voorwerpen met oorspronkelijk niet-gekende eigenaar er toch nog 43 aan de eigenaar bezorgd worden!)

VERLOREN VOORWERPEN	2023	2024	2025
Aantal geregistreerd	245	247	265
Afgehandeld** tussen 1/1 en 31/12 zelfde kalenderjaar	32 (= 13,1 %)	32 (= 13,0 %)	38 (= 14,3 %)

*'Afgehandeld' gevonden voorwerp = terugbezorgd aan eigenaar/contactpersoon – aan apotheek bezorgd (vb. vervallen medicatie) – vernietigd (o.a. op vraag eigenaar) – overige (vb. kringloopwinkel, sociale dienst, goed doel, ...)

**'Afgehandeld' verloren voorwerp = teruggevonden in ziekenhuis, in wasserij, bij patiënt zelf

Patiënt leest mee

Dit is een nagel waar we de afgelopen jaren al op geklopt hebben, maar uit de jaarcijfers blijkt dat we hier ook dit jaar moeten blijven op kloppen.

Het gemakkelijk toegankelijk stellen van het patiëntendossier zorgt voor heel wat opportuniteiten. Wanneer men vroeger een verslag nodig had voor bijvoorbeeld de adviserend arts of de werkgever, diende men dit steeds op te vragen aan de medische centra. Door deze verslaggeving gemakkelijk toegankelijk te stellen, worden de medische centra hierdoor ontlast.

Echter, artsen zijn er zich nog te weinig bewust van dat de patiënt mee leest en dat deze moeite heeft met subjectieve verwoordingen, antecedenten die niet meer correct zijn...

We volgen hierin ook volledig de aanbeveling van VVOVAZ (zie p. 22 en 23).

Communicatie en informatie van en over de patiënt

De verschillende mandaten (vertrouwenspersoon / vertegenwoordiger / bewindvoerder / zorgvolmacht) zijn de afgelopen jaren als champignons uit de grond gekomen. Dit zorgt ervoor dat men 'op de vloer' vaak niet weet aan wie men wat nu precies mag communiceren.

We zien dan ook nog regelmatig dat er informatie gegeven wordt over de patiënt aan familieleden / zorgezede mantelzorgers... die hier eigenlijk geen recht op hebben.

Deze info wordt veelal vanuit een bezorgdheid gecommuniceerd, maar kan in bepaalde gevallen een schending van de privacy tot gevolg hebben.

Wij raden hierbij aan dat er bij het begin van de hospitalisatie steeds gevraagd wordt wie de contactpersoon is en welke informatie deze persoon mag krijgen.

Ombudsdienst: van 'klachtendienst' naar coachende rol

In az groeninge heeft de ombudsdienst een tweedelijnsfunctie, maar nog al te vaak worden we aangesproken over zaken die men in een eerstelijnsfunctie kon opnemen.

We zien dat we in 2025 96 keer werden gecontacteerd door een interne zorgverlener / arts om een voorval te melden en / of advies te vragen.

Deze pro-actieve meldingen evolueren zelden tot een effectieve klacht omdat de zorgverlener / arts dit communicatief correct en empathisch aanpakt.

Door onze pro-actieve rol te versterken, menen we dat we het aantal effectieve klachten zullen kunnen doen dalen.

Ook hier treden wij de aanbeveling van VVOVAZ volledig bij (zie p. 23).

Elien Demarré
ombudspersoon / manager ombudsdienst

Axelle Smet
ombudspersoon

Annick Desramaults
medewerker

Ingeborg Vandeputte
medewerker

Een aantal aanbevelingen werden ook dit jaar **vanuit de Vlaamse beroepsvereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen vzw (VVOVAZ vzw) geformuleerd**, deze kunnen **ook wij onderschrijven en zijn ook herkenbaar binnen de werking van az groeninge**.

Problematiek en aanbevelingen vanuit de beroepsvereniging voor bemiddelaars in zorgvoorzieningen VVOVAZ 2025

Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen ‘zachte’ bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het open disclosure-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende:

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.

- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn.

Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging, omgaan met familieconflicten en beroepsgeheim komen in klachten en casussen regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden, waaronder:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden
- omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- conflictpreventie en de-escalatie
- communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties, wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie.

Versterken van de proactieve rol van de ombudsdienst

Het is aan te bevelen om de ombudsdienst niet uitsluitend reactief, maar ook expliciet proactief te positioneren binnen de zorgorganisatie. Een zichtbare, bereikbare en laagdrempelige aanwezigheid van de Ombudsdienst creëert ruimte voor vroegtijdige signalering van mogelijke knelpunten en voor het tijdig ondersteunen van patiënten, naasten en medewerkers.

Daarnaast kan de ombudsdienst een belangrijke bijdrage leveren door thema-gerichte initiatieven rond patiëntenrechten te organiseren, zoals infomomenten, interne vorming, sensibilisering of samenwerking met andere diensten. Dit versterkt het bewustzijn binnen de organisatie en stimuleert een cultuur waarin patiëntenrechten actief worden bewaakt.

Een structurele betrokkenheid van de ombudsdienst bij complexe casuïstiek en bij de voorbereiding van moeilijke gesprekken kan bovendien leiden tot betere onderlinge afstemming, het voorkomen van escalaties en een duurzame opbouw van vertrouwen tussen alle betrokken partijen.

Tot slot is het essentieel om het mandaat en de rol van de onafhankelijke ombudspersoon duidelijk(er) af te bakenen en intern te communiceren. Heldere verwachtingen — zowel richting patiënten als richting medewerkers — zijn noodzakelijk om misverstanden te vermijden. Een expliciete communicatie over wat de ombudsdienst wél en niet kan betekenen, draagt bij aan realistische verwachtingen en een transparante werking.

Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsdienst
KALENDERJAAR 2025

(Tegen 10.02.2026 op te sturen naar jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	O.L.V. 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	266
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 T.h.v. onthaal materniteit Op de website van het ziekenhuis onder ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Bemiddelingsfunctie
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Tgv de combinatie van verschillende functies naast ombudsdienst alsook door de sterke stijging van het aantal ombudsdossiers de laatste jaren en bijkomende administratieve registratie geen ruimte voor veel bijkomende vormingen. Gevolgd in 2025 Intervisie methodiek
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 - 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: - Rechtsreeks aan de ombudsdienst - Via hoofdarts binnen & doorgegeven aan de ombudsdienst

	- Via interne dienst of arts doorgegeven aan ombudsdienst - Via de directie binnen en doorgegeven aan de ombudsdienst - Vanuit externe dienst gericht aan de ombudsdienst Vb. via mutualiteit/ Raadsman Pt / Verzekeraar Pt/... b) Er wordt steeds binnen de 1 a 3 dagen een schriftelijke ontvangstmelding naar klager gestuurd c) Melding wordt opgenomen met betrokkenen / leidinggevende / verantwoordelijke departementshoofden / directie d) Terugkoppeling (schriftelijk of in gesprek) aan klager via de ombudsdienst

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
De ombudsdienst kan onafhankelijk en correct conform de vigerende wetgeving handelen. Het beleid staat zeer open om verbeteracties te koppelen n.a.v. klachten en meldingen	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
Elke klacht / melding of vraag wordt onmiddellijk opgenomen. Nastreven van korte doorlooptijden. Samenwerking met de cel kwaliteit en diverse departementen in het kader van verbeteracties vanuit klachten en meldingen.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
Alle partijen krijgen correcte feedback inzake afhandeling van de casus. Moeilijkheden: door de jaarlijkse sterke toename van het aantal meldingen op ombudsdienst wordt het zeer arbeidsintensief, ook op vlak van administratief werk, binnen de 50 % worktime. De sterk veranderde attitude van bepaalde patiënten/familie inzake beleefdheid, communicatie en agressie. Het meer en meer veranderde verwachtingspatroon van de klager.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen/vragen bevatten. (bv er kan een klacht zijn inzake het medische luik gecombineerd met verpleegkundig luik en of organisatorische luik , enz...) Dit wordt genoteerd als 1 klachtendossier van dezelfde melder die op hetzelfde tijdstip gebracht zijn.	
Aantal klachtendossiers	225 formele klachtendossiers

Aantal infodossiers	63 dossiers
Aantal pro actieve dossiers	19 pro actieve dossiers (waaruit 4 formele klachten gekomen zijn)
Aantal opvragingen. patiëntendossier	75 dossiers
Aantal 'andere'	klachtendossiers niet gerelateerd aan de patiëntenwet Waarvan 18 meldingen van ongenoegen (→ geen formele klachtmelding door melder) Inzage dossier bij leven: 0 inzagen Post Mortem Inzage dossier: 10 inzagen Gerechtelijke inbeslagname dossier: 2 inbeslagnames Opvraging dossier via cel FMO v/h RIZIV: 6 opvragingen
Anonieme meldingen	5 meldingen

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 / volledige 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 is sterk toegenomen. Daarop kan er sneller geanticipeerd en actie ondernomen worden. 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)*	86
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2

Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	60
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)	10
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	75
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)	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	166
Deze ombudsdossiers hebben meestal betrekking op: <u>Organisatorische aspecten:</u>	

Wachttijden consultaties, wachttijden verkrijgen van consult voor bepaalde specialismen, wachttijden spoedgevallendienst, parkeerbeleid, verlies persoonlijk materiaal, beschikbaarheid CoZo, digitaal aanvragen consulten, bezoekenregeling, scannen van verwijsbriefjes i.f.v opmaak factuur, enz...

Administratief-financiële aspecten:

Facturatiebedrag, ereloonsupplementen, infoverstrekking, factuurbetwisting, communicatie, enz...

Infrastructurele & technische aspecten:

Defecten, comfort, lawaaihinder, telefonie, signalisatie, enz...

Facilitaire aspecten:

Maaltijden, TV signaal, schoonmaak, enz...

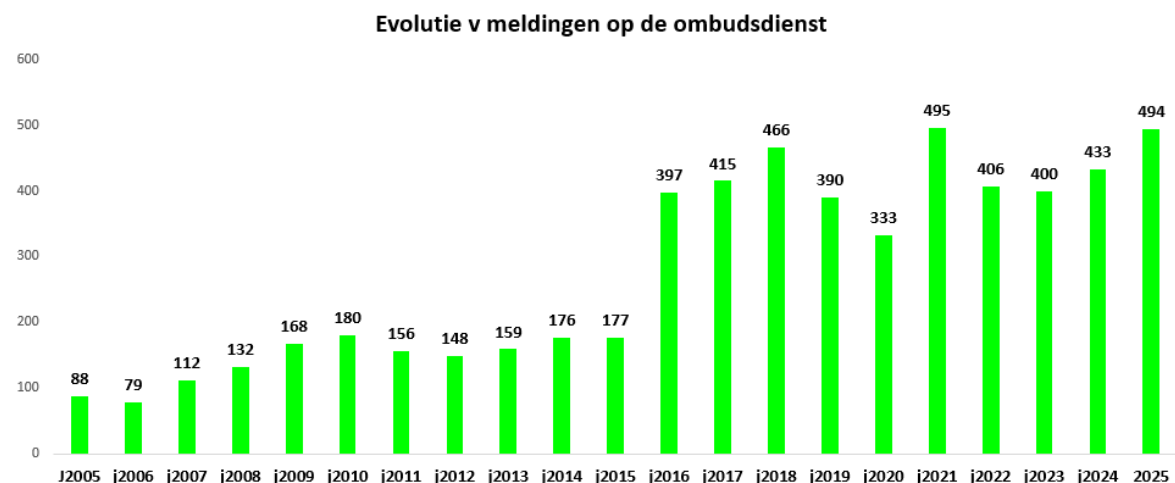
Andere:

De organisatie van niet dringend ziekenvervoer buiten de werkuren

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

Doorlooptijd alle meldingen / dossiers 2025	
< = 1 dag	30,6%
2-10 dagen	34,2%
11-20 dagen	14,4%
21-30 dagen	7,3%
31-60 dagen	11,0%
61-90 dagen	2,1%
> 90 dagen	0,4%

Doorlooptijd alle klachten / dossiers 2025	
< = 1 dag	17,6%
2-10 dagen	43,1%
11-20 dagen	16,9%
21-30 dagen	9,7%
31-60 dagen	9,7%
61-90 dagen	2,6%
> 90 dagen	0,4%

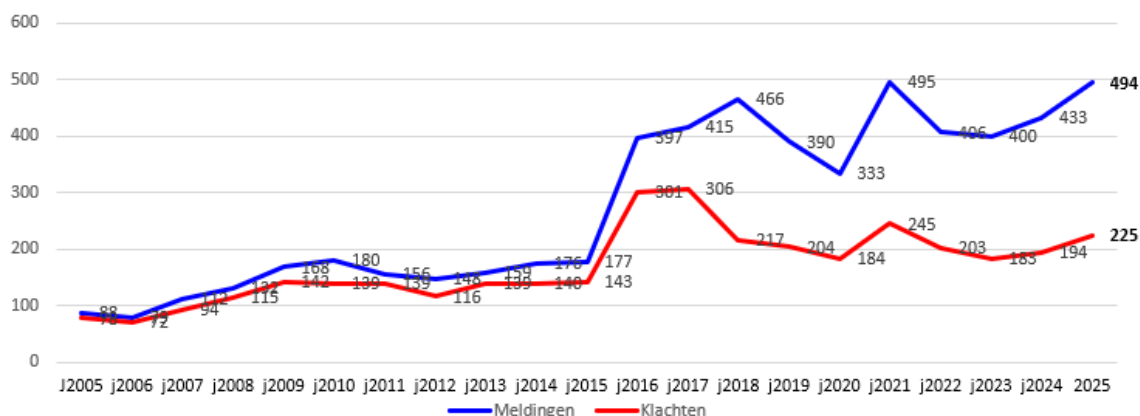


Op 31/12/2025 waren 98% van alle dossiers afgewerkt en afgesloten.

2% van de dossiers uit 2025 waren nog in behandeling worden verder opgenomen en afgehandeld in 2026.

In 2025 werd de ombudsdienst 494 keer gecontacteerd. Dit omvat klachten, meldingen, preventieve meldingen, actieve meldingen, afschriften, dossier inzagen, enz.....)

Evolutie ombudsdienstl



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, juwelen, ID, enz...)
- Ongenoegens van organisatorische aard (wachttijden, telefonische bereikbaarheid secretariaten, 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 is het sinds 01/01/2020 mogelijk voor patiënten om hun laboresultaten, medische beeldvorming en de brieven van de artsen te raadplegen. Het aantal formele klachten op de ombudsdienst steeg in 2025 met 31 en is ongeveer evenredig met de toename van het aantal in 2025.
- Het verlies van persoonlijke zaken van de patiënt is fel gereduceerd na het invoeren 4 jaar geleden van een goed uitgewerkte procedure door onze cel kwaliteit. Doch komt het nog regelmatig voor.
- De dossierzwaarte blijft vergelijkbaar.
- Het aantal formele klachtendossiers blijft vrij 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 ook irrealistische verwachtingen gesteld.

- Ervaring leert ons dat communicatie / informatieaspecten en de ervaren bejegening veelal de trigger zijn tot het formuleren van ongenoegens en klachten.
- Lange telefonische wachttijden op sommige secretariaten
- Lange wachttijden voor bepaalde specialismen
- Onvoldoende geïnformeerd zijn bij kamerkeuze inzake ereloon-supplementen
- Wachtdienststelsel tussen ziekenhuizen voor bepaalde specialismen
- Overdracht naar WZC.
- Digitale communicatie met tandartsen afstemmen
- Geen transfers naar WZC 's nachts vanuit spoed. Kijken voor tijdelijke opname op spoed tot 's morgens niet dringend ziekenvervoer beschikbaar is.

Aanbevelingen

- Wachttijden te beperken door optimalisatie en efficiëntie.
- Wachttijden vooraf duidelijk te communiceren aan de patiënten.
- Informatierecht inzake Covid testen (spoed)
- 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-, beademde- & 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 inzake haar of zijn gezondheidstoestand, kostprijs, complicaties, enz.. (inzake kostprijs werd er reeds op de website onder tab patiënten een rubriek kostprijs voorzien.
- 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
- Blijvende 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. Procedure op technische onderzoeksafdelingen inzake bewaring juwelen van de patiënt.
- Het niet dringend ziekenvervoer via MUTAS blijft een actueel probleem. Soms wordt een niet dringend vervoer, aangevraagd via MUTAS, op het laatste moment door MUTAS afgebeeld en moet de sociale dienst en de spoedgevallendienst

zelf heel veel tijd steken in het vinden van een oplossing of een bereidwillige ambulancedienst te vinden die dit vervoer wil uitvoeren.

Patiënten blijven dan onnodig lang wachten in het ziekenhuis voor ontslag.

- Het aan ziekenhuismedewerkers duidelijk maken 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.
- Patiënt – en family empowerment.
- Lange telefonische wachttijden op secretariaten in kaart brengen en evalueren.
- Ongenoegens omtrent informatieverstrekking vooraf inzake de ziekenhuisfactuur . Er werd eerder reeds een brochure uitgewerkt.
- Ongenoegens m.b.t. geen bestaand beleid bij consultaties van slechthorende patiënten → werd een procedure uitgewerkt maar Pt of familie / mantelzorger dient dit vooraf door te geven.
- Medicatielijsten van WZC / Pt steeds goed controleren op naam & geboortedatum en versiedatum vooraleer over te nemen in het patiëntendossier van de thuismedicatie.(cf. opnamebeleid)
- Ontslagbeleid opnieuw in kaart brengen en zien waar kan bijgeschaafd worden.
- Overdracht naar WZC verder optimaliseren via transmurale zorgpaden met eerste lijn. Standaardiseren en uniformeren maar aandacht blijven hebben voor de individuele casus en noden.
- Gebruik van daartoe bestemde papieren zak voor persoonlijke zaken van de patiënt ook op de spoedopname gebruiken. → Voorzien van een identificatieklever en de opnamedatum.

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. Wordt tevens besproken met de cel kwaliteit.

Ook vanuit het artsenkader en hoofdverpleegkundigen worden aanbevelingen vanuit de ombudsdienst gewaardeerd en opgenomen ter kwaliteitsverbetering.

Het brengen van het jaarverslag van de ombudsdienst wordt elk jaar geagendeerd op:

- Het Directiecomité
- Raad van Bestuur
- De Medische Raad
- De Algemene vergadering
- De Medische Staf
- De Cel kwaliteit
- De Hoofdverpleegkundigenvergadering

Er is periodiek overleg met de cel kwaliteit waarbij de repetitieve meldingen worden besproken en er nagedacht wordt naar oplossingen om deze te voorkomen.
Acute zaken worden meteen opgenomen wanneer ze zich stellen.

Jaarverslag 2025

Ombudsdienst



Jaarverslag van Revalidatieziekenhuis Inkendaal voor het kalenderjaar 2025

Dit is het jaarverslag van de ombudsdienst van Revalidatieziekenhuis Inkendaal voor de registratieperiode 1.1.2025 tot en met 31.12.2025

Jaarverslag van Ombudsdienst Revalidatieziekenhuis Inkendaal t.a.v. de Vlaamse ombudsman KALENDERJAAR 2025

(op te sturen naar jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)

1. INLEIDING

Begin 2024 betekende een kantelpunt in de zorgsector: na meer dan twintig jaar werden de langverwachte wijzigingen aan de Wet Patiëntenrechten (WPR) doorgevoerd. Deze hervorming, met de invoering van een nieuw artikel 4, legt een expliciete **samenwerkingsverplichting** tussen patiënt en zorgverstreker op. Het doel is helder: patiënten actiever betrekken bij hun zorgtraject en hen vandaaruit zelfstandiger, krachtiger en mondiger maken. Dit principe van 'patiënt empowerment' vormt sindsdien de rode draad doorheen alle zorgprocessen.

Inkendaal heeft deze evolutie resoluut omarmd. Patiëntgerichtheid stond er steeds centraal, maar in 2025 werden verdere stappen gezet om deze visie te operationaliseren. Naast het realiseren van een aantal aanbevelingen uit het jaarverslag van 2024, trachtte de ombudsdienst anno 2025 zich te positioneren als een laagdrempelige, nabije en ondersteunende partner voor patiënten en voor medewerkers. Niet controlerend of berispelend, maar begeleidend, anticiperend en toegankelijk. Deze heroriëntatie sluit nauw aan bij de gewijzigde patiënt-zorgverlenerrelatie die de nieuwe WPR vooropstelt.

De hervormde wet heeft namelijk niet alleen een impact op patiënten en zorgverleners, maar ook op de rol en werking van ombudspersonen binnen zorginstellingen. Hun dienstverlening dient maximaal afgestemd te worden op de meer dynamische en participatieve zorgrelatie.

Binnen Inkendaal waren een aantal inspanningen, waar in dit jaarverslag dieper wordt op ingegaan, nodig om de uitdagingen van de vernieuwde wetgeving het hoofd te bieden.

Tegelijkertijd werd duidelijk dat de aard van klachten evolueert: iets minder in aantal, maar complexer en meer verweven met beleid, financiën en communicatie.

Tegen deze achtergrond biedt het vervolg van dit jaarverslag een tweeluik. Enerzijds wordt een overzicht gegeven van de concrete aanpassingen en initiatieven die binnen Inkendaal werden doorgevoerd om de werking af te stemmen op zowel de letter als de geest van de gewijzigde Wet Patiëntenrechten. Anderzijds wordt het klachtenbeeld van 2025 belicht, met aandacht voor de vastgestelde tendensen en een toelichting bij de aanbevelingen die de ombudsdienst hieruit formuleert. Tot slot wordt aan het einde van dit jaarverslag vooruitgeblikt en een overzicht

geschetst van de strategische koers die de ombudsdienst in 2026 wenst te varen, met het oog op een verdere versterking van een transparante, participatieve en patiëntgerichte zorgverlening.

2. INSTELLINGSGEBONDEN INFORMATIE

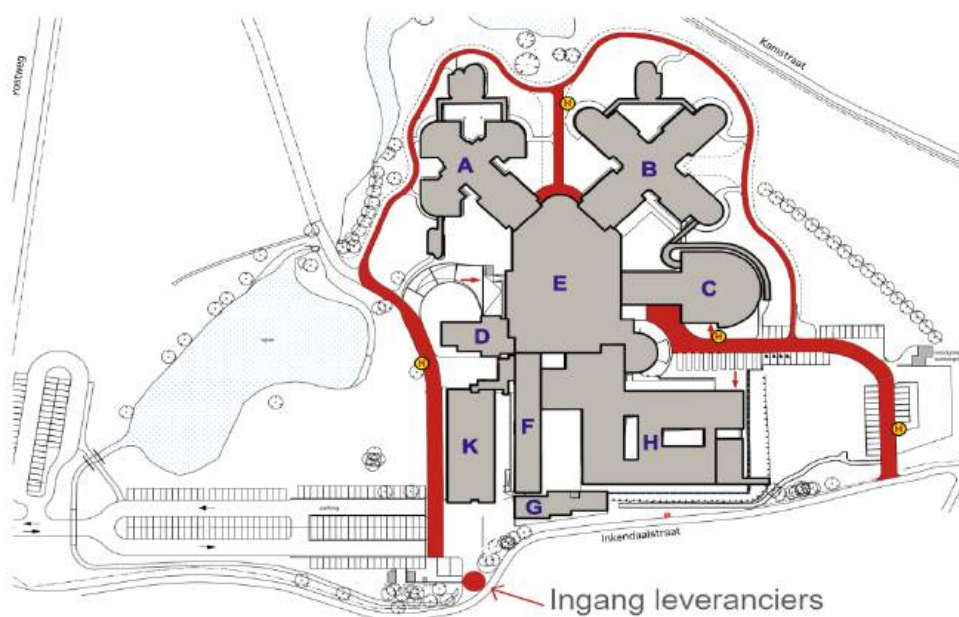
Revalidatieziekenhuis Inkendaal – Koninklijke Instelling VZW (erkeningsnummer 499) gelegen te 1602 Vlezenbeek, Inkendaalstraat 1, is een revalidatieziekenhuis met 178 bedden, allen gesitueerd binnen één centrale campus.

De ombudsfunctie wordt sinds 01.06.2024 ingevuld door mevrouw Linsay Schoukens.

3. DE OMBUDSDIENST – BEREIKBAARHEID VOOR DE PATIËNT EN ZIJN NAASTEN

De ombudsfunctie binnen Inkendaal wordt omwille van de kleinschaligheid van het ziekenhuis niet op voltijdse basis waargenomen (0.25 FTE). De ombudspersoon is drie dagen per week aanwezig in het ziekenhuis en na afspraak steeds bereikbaar voor de patiënten of hun naasten.

De ombudsdienst is gevestigd in BLOK D van het ziekenhuis, op de tweede verdieping, onmiddellijk links naar de lift.



Gesprekken werden tot begin 2025, rekening houdend met de beperkte mobiliteit van onze patiënten, vaak georganiseerd op de kamer of in een afzonderlijke consultatieruimte. De ombudsdienst beschikt intussen over een individueel bureau en er werd een **toegankelijke en goed zichtbare consultatieruimte voor patiënten** ingericht in de hallerbox in de patio. Hierdoor is de ombudsdienst vandaag beter fysiek bereikbaar en zichtbaarder binnen het ziekenhuis.

De contactgegevens en beschikbaarheden van de ombudsdienst kunnen geraadpleegd worden via de website van het ziekenhuis: <https://www.inkendaal.be/patient/ombudsdienst/contactgegevens>.

Meldingen bij de ombudsdienst kunnen gebeuren via **mondelinge** weg (persoonlijk of telefonisch) of **schriftelijk** (per e-mail of per brief). In 2026 is het wenselijk verder werk te maken van het uittekenen en implementeren van duidelijke **flows voor het digitaal melden van klachten via de website**.

Anonieme meldingen of klachten zijn niet ontvankelijk.

4. DE OMBUDSPERSOON BINNEN DE ZIEKENHUISORGANISATIE

De ombudspersoon werkt, zoals de wet en het KB het voorschrijven, **autonoom** en **onafhankelijk**. Zij bekleedt een staffunctie en staat rechtstreeks onder de ziekenhuisdirecteur, zonder dat dit haar onafhankelijkheid schaadt. De ombudspersoon rapporteert tijdens een maandelijks overleg met de ziekenhuisdirecteur op anonieme wijze over de moeilijkheden en struikelblokken binnen de functie.

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

Het jaarverslag van de ombudsdienst wordt overgemaakt aan het directieteam, het bestuursorgaan en de medische raad van het ziekenhuis. Tevens dient het jaarverslag overgemaakt te worden aan de Vlaamse Ombudsman.

Het huishoudelijk reglement waarin de specifieke modaliteiten van de organisatie, werking en klachtenprocedure zijn vastgelegd kan geraadpleegd worden via de website van het ziekenhuis of kan worden opgevraagd aan het onthaal van het ziekenhuis of bij de ombudsdienst.

De laatst herwerkte versie dateert van **03.07.2025** en is te consulteren in bijlage van dit jaarverslag.

5. STREVEN NAAR PROFESSIONALISERING

De ombudspersoon van Revalidatieziekenhuis Inkendaal, mevrouw Linsay Schoukens vervult deze functie sinds juni 2024. Bij aanvang van haar functie heeft zij reeds de **erkenning als bemiddelaar** behaald binnen het kader van haar eerdere loopbaan. In het kader van professionalisering en binnen de context van levenslang leren heeft de ombudspersoon ook in 2025 deelgenomen aan diverse opleidingen, vormingen en bijeenkomsten, waarbij zij in 2025 gepoogd heeft de opgedane kennis te delen met de medewerkers via een aantal sessies interne permanente vorming.

Daarnaast is de ombudsdienst van Inkendaal ook lid van de **VVOVAZ Beroepsvereniging VZW**. De centrale missie van deze beroepsvereniging bestaat erin om te voorzien in een optimale ondersteuning van hun leden bij de uitvoering van hun taken als ombudspersoon. Sinds september 2025 neemt de ombudspersoon binnen de provinciale werking van VVOVAZ voor Vlaams-Brabant het voorzitterschap op. Binnen de Vlaams-Brabantse werking wordt er viermaal per jaar een vergadering georganiseerd, waarbij de focus wordt gelegd op het delen van best practices, intervisie en het bespreken van nieuwe relevante wetgeving, rechtsleer en rechtspraak.

6. TRAJECT VAN EEN KLACHT

Artikel 11 § 1 van de nieuwe wet op de patiëntenrechten stelt 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”. Dit met als doel de rechtspositie van patiënten te waarborgen en tot een betere kwaliteit van de zorg te komen.

Basishouding van de ombudspersoon

Ook in 2025 bleef de basishouding van de ombudspersoon ongewijzigd. De ombudspersoon stelt zich te allen tijde **neutraal en betrokken** op en **faciliteert, vanuit een bemiddelende en onafhankelijke rol, de communicatie** tussen de betrokken partijen met het oog op het zoeken naar een gedragen oplossing. De ombudspersoon is hierbij strikt gebonden aan het **beroepsgeheim** voor alle feiten en gegevens die in het kader van een casus aan bod komen.

Vanuit openheid, transparantie en respect draagt de ombudspersoon bij aan het creëren van vertrouwen en een veilige omgeving, waarin ruimte is voor ieders verhaal, vragen en noden. **Er is bijzondere aandacht voor het erkennen van onderliggende emoties en belevingen, als essentiële bouwstenen voor herstel en wederzijds begrip.**

De ombudspersoon waakt erover dat de communicatie helder, correct en respectvol verloopt, dat er geen **onrealistische verwachtingen** worden gecreëerd en dat er geen sprake is van eenzijdige beïnvloeding. Vanuit deze onafhankelijke positie worden verwachtingen verkend, belangen gedetecteerd en doelen verduidelijkt, met als doel vastgelopen situaties te ontmijnen.

Zonder te oordelen over de inhoud of gegrondheid van de klacht, tracht de ombudspersoon te herkaderen en perspectief te bieden, zodat ruimte ontstaat voor mogelijke – ook alternatieve – oplossingsrichtingen. Op die manier wordt elke klacht niet alleen een moment van bemiddeling, maar ook een kans om te leren, te groeien en de zorg verder te versterken.

Eigenlijke klachtenbehandeling

Binnen Inkendaal wordt een laagdrempelige en toegankelijke klachtenbehandeling gehanteerd.

Klachten worden bij voorkeur zo dicht mogelijk bij hun oorsprong behandeld, met name op de eerste lijn door de betrokken zorgverlener. Deze **informele klachtenbehandeling bleef ook in 2025 het uitgangspunt**. In dergelijke situaties is de ombudsdienst doorgaans beperkt of niet betrokken, of vervult zij louter een ondersteunende of bemiddelende rol.

Formele klachten kunnen worden gemeld bij de ombudsdienst door patiënten en/of hun familie, door externe partijen (zoals ziekenfondsen of huisartsen) en door interne medewerkers, die de ombudsdienst ook proactief kunnen contacteren.

Na ontvangst van een klacht informeert de ombudsdienst de betrokken. In eerste instantie wordt ingezet op bemiddeling via overleg en zorgvuldige terugkoppeling naar alle betrokken partijen, met aandacht voor dialoog, wederzijds begrip en herstel van de zorgrelatie.

Indien bemiddeling binnen Inkendaal niet tot een oplossing leidt, licht de ombudsdienst de melder in over mogelijke alternatieve stappen en instanties voor verdere behandeling, naast of na de ombudsdienst van Inkendaal.

Met het oog op de toekomst en in het licht van de gewijzigde wet op de patiëntenrechten, bleef ook de ombudsdienst niet achter en werd de klachtenbehandeling verder verfijnd.

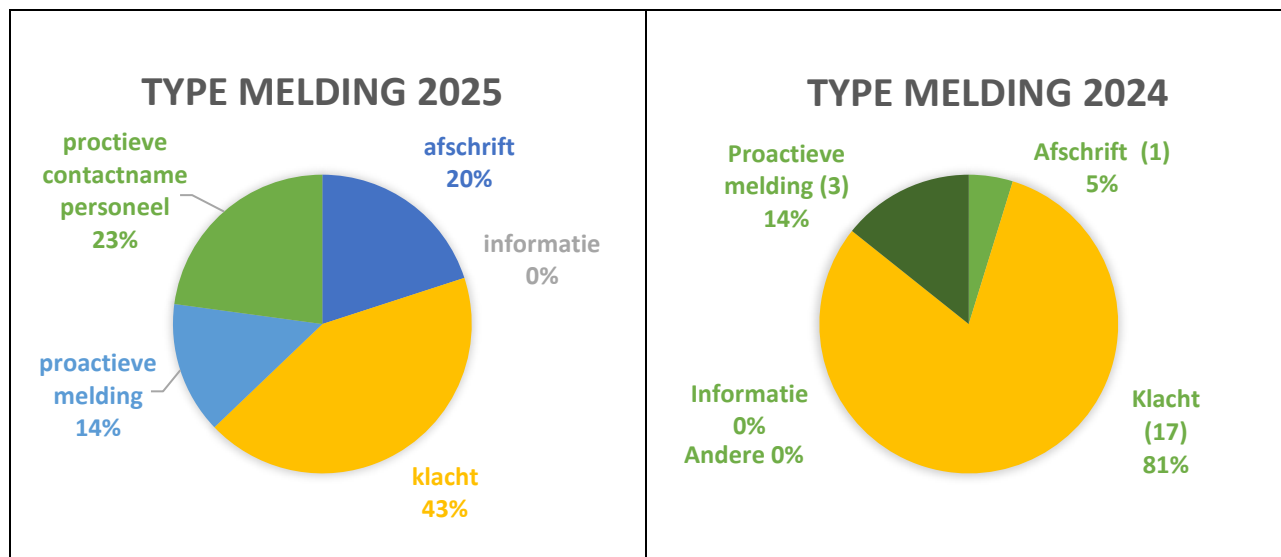
Vertrekkend vanuit de aanbevelingen van 2024 werd het **huishoudelijk reglement inzake klachtenbehandeling herwerkt, met als doel de werking verder te verduidelijken, te structureren en af te stemmen op de geldende wetgeving en goede praktijken**. Hierbij werd expliciet rekening gehouden met de versterkte aandacht van de wetgever voor de vertrouwelijkheid en het beroepsgeheim van de ombudspersoon, evenals voor het belang van een kwaliteitsvolle en duurzame zorgrelatie tussen patiënt en zorgverlener.

Voor een meer gedetailleerde toelichting inzake de herwerking van het huishoudelijk reglement wordt verwezen naar de pagina's 14 e.v. hiernavolgend en bijlage 1.

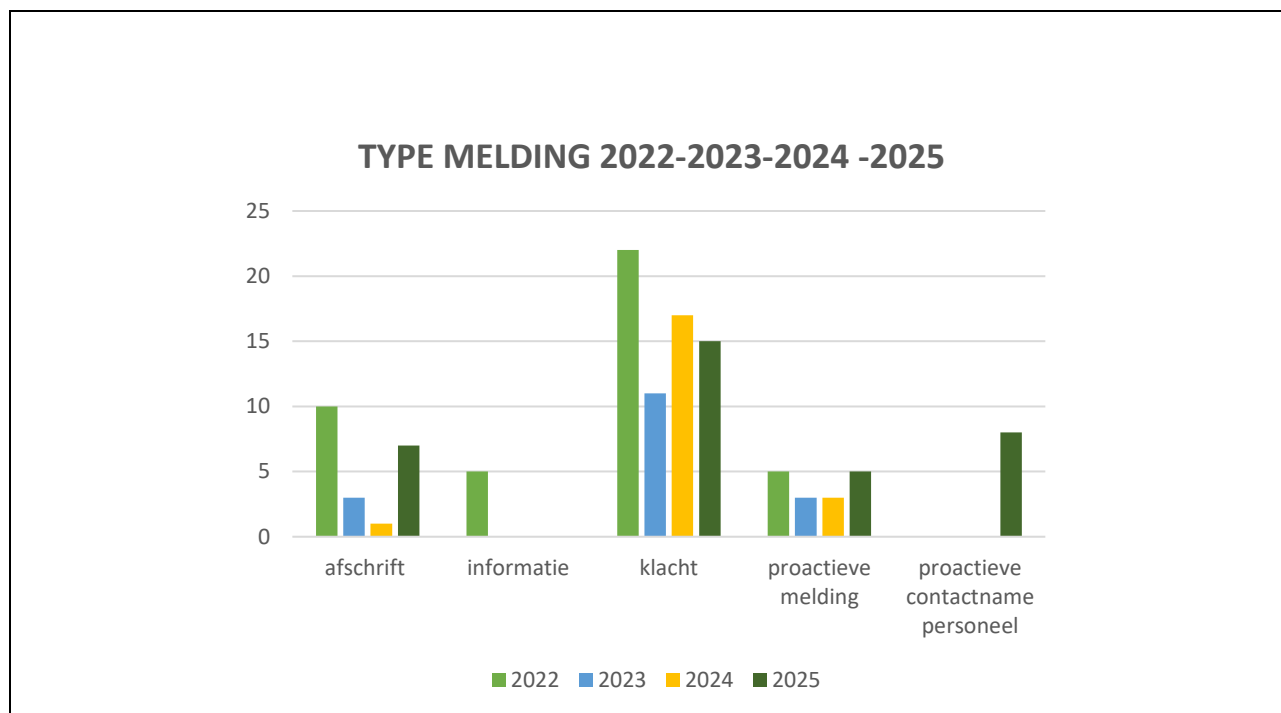
7. CIJFERS – OVERZICHT EN TOELICHTING BIJ DE MELDINGEN

7.1. Type meldingen

In **2025** behandelde de ombudsdienst **27 dossiers waarvan 15 klachten, 5 proactieve meldingen en 7 aanvragen tot afschrift of inzage van het patiëntendossier**. Hiermee heeft meer dan **43%** van alle ombudsdossiers in 2025 betrekking op een effectieve klacht. Deze hebben te maken met diverse vormen van ongenoegen.



Van alle **15 ontvangen klachten** waren er **9 gegronde klachten, 4 gedeeltelijk gegronde klachten, 1 ongegronde klacht** en **1 klacht werd eenzijdig afgebroken door de (familie van de) patiënt zelf**.



De bovenstaande grafieken (1 en 2) zouden kunnen doen vermoeden dat de ombudsdienst in 2025 een sterke daling van het aantal klachten kende. Dit is echter niet het geval. Het aantal effectief ontvangen klachten bleef in 2025 nagenoeg stabiel ten opzichte van 2024 (17 in 2024 tegenover 15 in 2025).

De daling die zichtbaar is in het gele gedeelte van de cirkeldiagrammen kan worden verklaard door het feit dat in 2025 voor het eerst een bijkomende parameter werd geregistreerd, namelijk het aantal proactieve contacten van medewerkers met de ombudsdienst.

De ombudsdienst koos er bewust voor **om deze proactieve contactnames vanaf 2025 als een afzonderlijke parameter op te nemen binnen het globale klachtenbeeld**, om twee redenen: enerzijds sluit dit aan bij de gewijzigde invulling van de rol van de ombudspersoon binnen de vernieuwde wet patiëntenrechten; anderzijds past deze keuze binnen de koers van nabijheid, transparantie en visibiliteit die de ombudsdienst in 2025 bewust heeft gevolgd (“de ombudspersoon is geen waakhond, maar een assistentiehond”).

Deze aanpak heeft ertoe geleid dat medewerkers in 2025 **acht keer proactief contact** opnamen met de ombudsdienst om advies in te winnen bij patiënten- of familiecontacten waarbij zij moeilijkheden of spanningen ervaarden. Het is aannemelijk dat een deel van deze situaties zonder dit proactieve optreden zou zijn uitgemond in een formele klacht.

Waar in 2024, tegen de verwachtingen in, een daling werd vastgesteld in het aantal aanvragen tot afschrift en/of inzage van patiëntendossiers, is in 2025 opnieuw **een duidelijke stijging** merkbaar. De ombudsdienst werkte hiervoor samen met de ICT-dienst aan de uniformisering van de aanvraagprocedure en startte met het informeren

van het medisch secretariaat. Hierdoor werden de ontvangen aanvragen opnieuw gecentraliseerd bij de ombudsdienst.

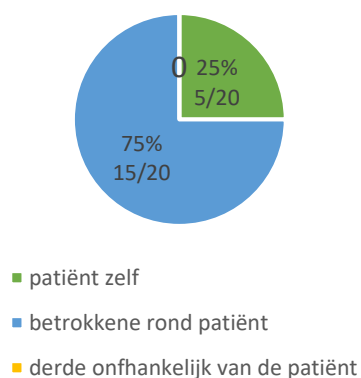
7.2. Identiteit van de melder

Wat de identiteit van de melder betreft, stellen we een duidelijke verschuiving vast. **In 2025 wordt maar liefst 75% van de meldingen ingediend door familieleden of naasten, tegenover ongeveer 53% in het voorgaande jaar.** Deze stijging kan worden verklaard door het feit dat een groter aandeel van de ontvangen meldingen betrekking heeft op wilsonbekwame of minderjarige patiënten.

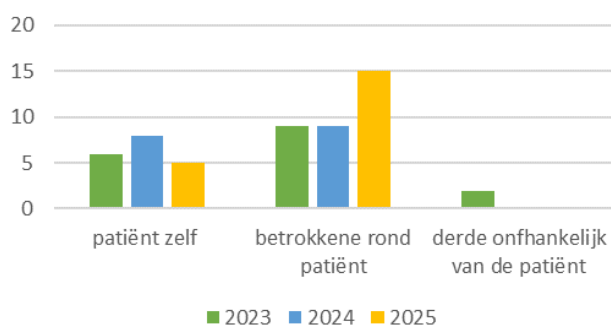
Net zoals in de voorgaande jaren blijven meldingen door vertrouwenspersonen, wettelijk vertegenwoordigers die geen familieleden zijn, of raadslieden eerder uitzonderlijk.

De ombudsdienst benadrukt blijvend dat wanneer familieleden zich tot de ombudsdienst wendt, het essentieel is om aandacht te hebben voor de mogelijk uiteenlopende belangen van de patiënt enerzijds en die van de familielid-melder of -klager anderzijds. Binnen de specifieke context van Inkendaal blijft dit onderscheid jaar na jaar een belangrijke uitdaging.

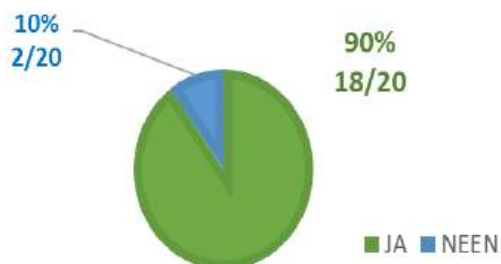
WIE ZIJN DE MELDERS ?



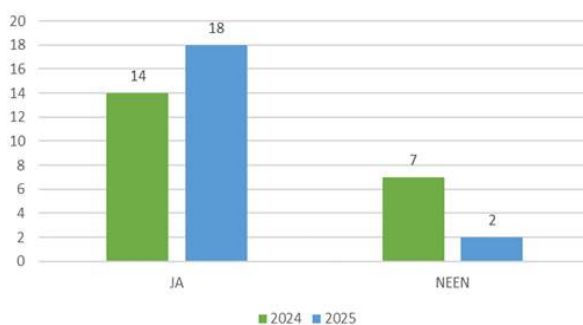
WIE ZIJN DE MELDERS ? 2023-2024-2025



HOSPITALISATIE PATIËNT BIJ MELDING 2025



HOSPITALISATIE PATIËNT BIJ MELDING?



In 2025 wordt maar liefst 90% van de meldingen door de ombudsdienst ontvangen terwijl de patiënt nog in Inkendaal is gehospitaliseerd. Dit betekent een stijging van 20% ten opzichte van 2024. Reeds vorig jaar sprak de ombudsdienst van een positieve evolutie, in die zin dat patiënten mondiger worden en hun ongenoegen steeds sneller durven te uiten, zonder vrees voor negatieve gevolgen voor de zorg die zij ontvangen.

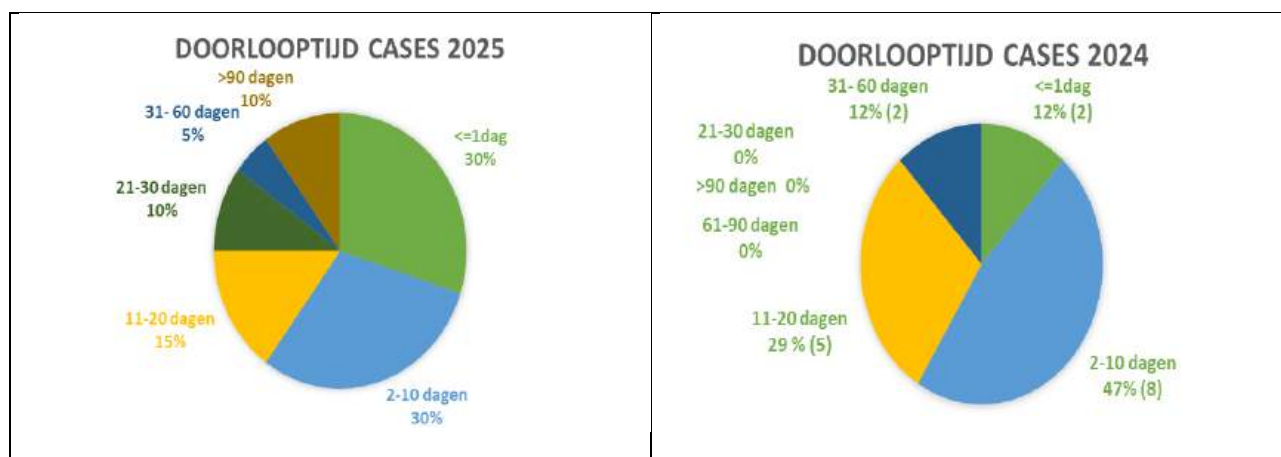
Deze verdere stijging onderstreept duidelijk dat Inkendaal ook in 2025 consequent is blijven inzetten op het creëren van een open en transparant klimaat, waarin zorg maximaal bespreekbaar wordt gemaakt tussen patiënten, familieleden en zorgverleners.

7.3. Gemiddelde doorlooptijd van de ombudsdossiers en verwachtingen melders

Uit de analyse van de gemiddelde doorlooptijd van alle ombudsgerelateerde dossiers blijkt dat ook dit jaar **60% van de dossiers binnen een termijn van tien dagen wordt afgehandeld**. De ombudsdienst streeft er consequent naar om, na het beluisteren van ontevreden patiënten of familieleden, zo snel en adequaat mogelijk op de situatie in te spelen.

In 2025 kreeg de ombudsdienst echter ook te maken met een aantal **complexe dossiers** die betrekking hadden op financiële kwesties of beleidsmatige aspecten. In dergelijke gevallen is het noodzakelijk om meerdere betrokken partijen en beleidsorganen grondig te bevragen en om tot een diepgaandere afstemming te komen, wat de **doorlooptijd onvermijdelijk verlengt**.

Niettemin toonden klagers hiervoor doorgaans begrip, mede dankzij de bewuste keuze van de ombudsdienst om hen actief en transparant te informeren over de stand van zaken gedurende het verloop van het dossier.



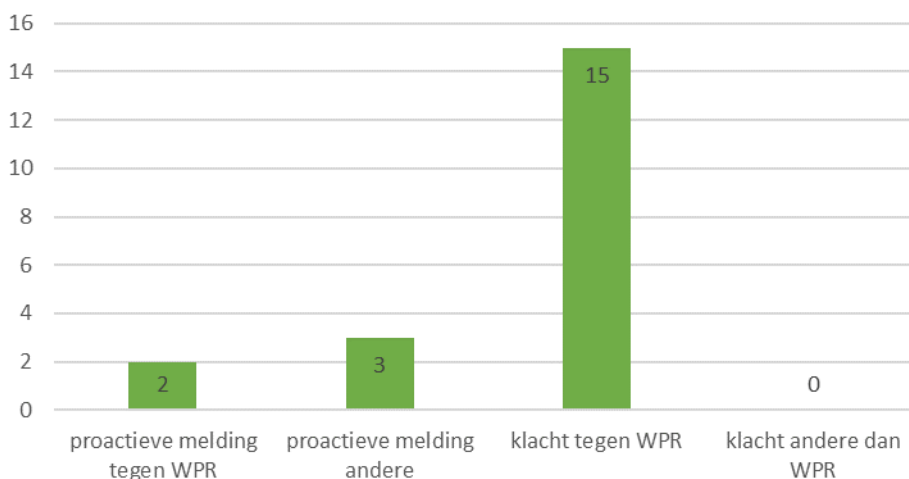
7.4. Inhoud van de meldingen/klachten

Het merendeel van de klachten had dit jaar betrekking op **financiële en beleidsmatige aangelegenheden**. In het bijzonder werd een **gebrek aan transparantie inzake financiële informatie en opnamebeleid – waaronder kamertoekenning en comfortkosten** – het vaakst aangehaald. Daarnaast werd een **lichte stijging** vastgesteld in klachten met betrekking tot **de kwaliteit van de dienstverlening**.

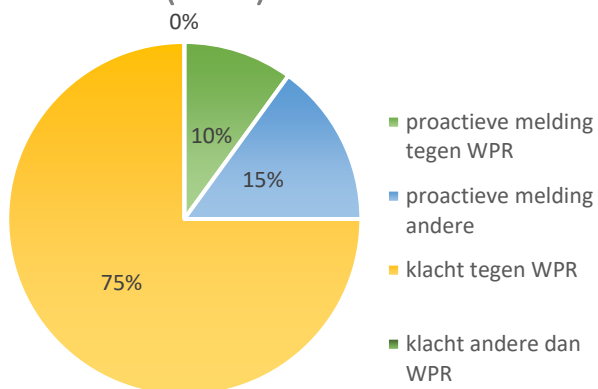
De ombudsdienst wenst in dit kader te benadrukken dat klachten **over facturatie en financiële informatie**, in het licht van de gewijzigde wet op de patiëntenrechten, kunnen worden gekwalificeerd **onder artikel 8** van de vernieuwde wet op de patiëntenrechten. Deze bepaling stelt uitdrukkelijk dat het verstrekken van voldoende en duidelijke financiële informatie integraal deel uitmaakt van het recht van de patiënt op geïnformeerde toestemming.

Tot slot stelt de ombudsdienst vast dat er dit jaar **zeer weinig klachten werden ontvangen die rechtstreeks betrekking hadden op de medische of verpleegkundige zorgverlening**. Voor zover patiënten een negatieve patiëntenbeleving ervaren hebben, situeert dit zich nog steeds op het vlak van **aangepaste communicatie op maat van de patiënt**.

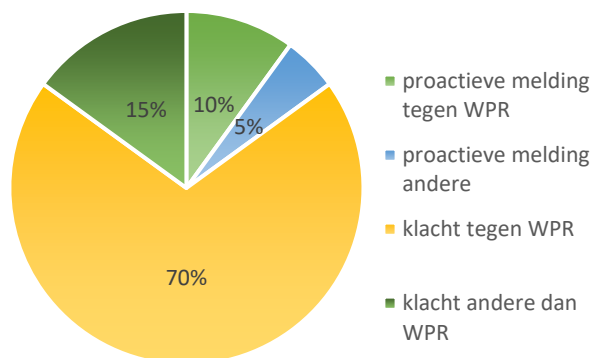
MELDINGEN/KLACHTEN TEGEN WPR - 2025



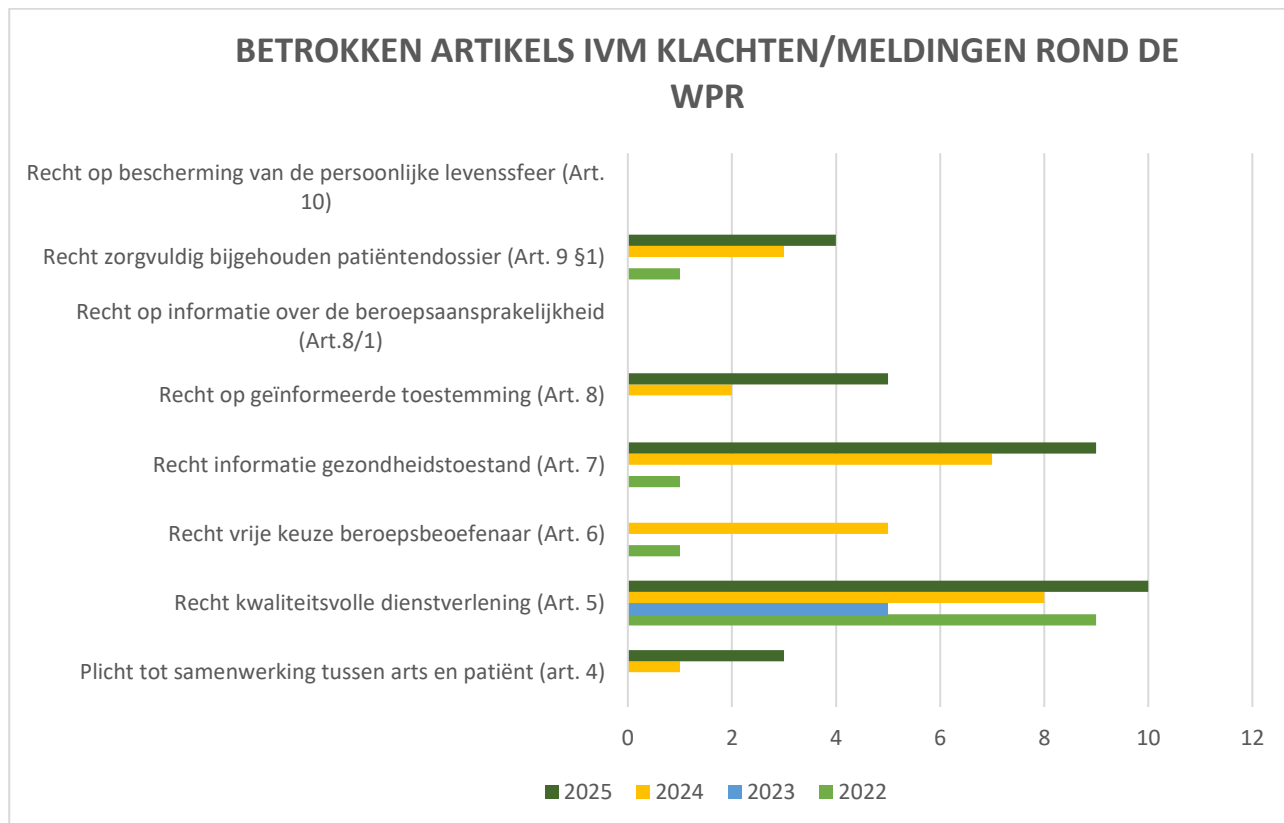
MELDINGEN EN KLACHTEN - (NIET) WPR 2025



MELDINGEN EN KLACHTEN - (NIET) WPR 2024



a. Klachten gerelateerd aan de Wet op de Patiëntenrechten



Het **klachtenbeeld** kende reeds een duidelijke **verschuiving** tussen 2023 en 2024, een evolutie die zich in 2025 verder heeft doorgezet. Hoewel het totale aantal formele klachten opnieuw daalde, namen de **inhoudelijke complexiteit van de dossiers en de doorlooptijd ervan toe**. **Klachten hebben steeds vaker betrekking op beleidsmatige keuzes, financiële regelingen en organisatorische afspraken die meerdere diensten en disciplines overstijgen.**

Bij een aanzienlijk deel van de klachten blijkt dat patiënten **onduidelijkheden** ervaren in de **communicatie** en een gebrek aan uniformiteit vaststellen in de toepassing van beleid tussen verschillende diensten.

Bij een artikelsgewijze analyse van de klachten en meldingen volgens de vernieuwde wet op de patiëntenrechten (WPR) blijft ook dit jaar een – weliswaar beperkte – stijging merkbaar in klachten met betrekking tot een kwaliteitsvolle dienstverlening.

Daarnaast stelt de ombudsdienst vast dat klachten over het **recht op geïnformeerde toestemming (artikel 8)** en **het recht op informatie over de gezondheidstoestand (artikel 7)** jaar na jaar toenemen. Dit sluit aan bij een bredere tendens waarbij patiënten steeds beter geïnformeerd zijn over hun rechten en hier ook actiever op terugvallen.

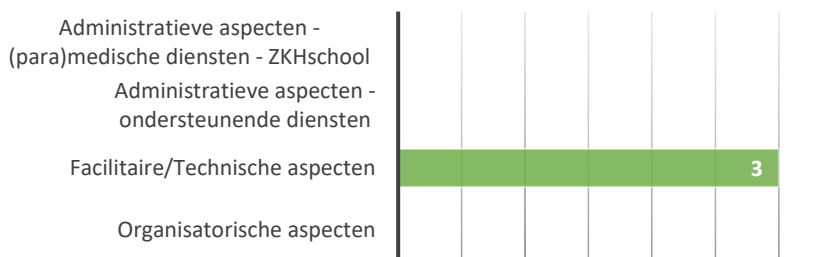
In dezelfde lijn ligt de vaststelling dat patiënten en hun naasten steeds meer aandacht hebben voor het **zorgvuldig bijhouden van het patiëntendossier en hierover sneller hun bezorgdheden of ongenoegen uiten**.

Waar in het jaarverslag 2024 reeds werd gewezen op het belang van het **nieuwe artikel 4 van de WPR**, dat de samenwerkingsplicht tussen arts en patiënt verankert, detecteerde de ombudsdienst in 2025 **drie klachten die rechtstreeks verband hielden met spanningen en onenigheden binnen deze zorgrelatie**.

Tot slot werd een **toename** vastgesteld in het **aantal vragen tot inzage en afschrift van patiëntendossiers**. Deze evolutie past binnen de visie dat patiënten en hun naasten zich steeds meer positioneren als volwaardige partners in de zorg en streven naar transparantie en betrokkenheid bij hun zorgtraject.

b. Klachten niet gerelateerd aan de Wet op de Patiëntenrechten

TYPE KLACHT/MELDING NIET WPR - 2025



De klachten of proactieve meldingen die niet rechtstreeks gelinkt zijn aan de WPR zijn ook in 2025 opnieuw zeer beperkt gebleven en zijn als volgt te omschrijven:

Twee meldingen werden ontvangen vanwege een **te koude temperatuur en tocht in de patio**. Patiënten gaven hierbij aan dat de patio vaak de enige plaats is (omwille van de tafelinrichting in de refter) waar zij met hun familieleden enige privacy hebben en rustig een maaltijd kunnen nuttigen. De **patiëntenbeleving** lijkt hierbij een grotere en belangrijkere rol te spelen dan de effectieve instellingen van de verwarming.

Een derde melding had betrekking tot de **maaltijden** waarbij de salade die wordt geserveerd bij de maaltijden op de dienst als slap werd ervaren.

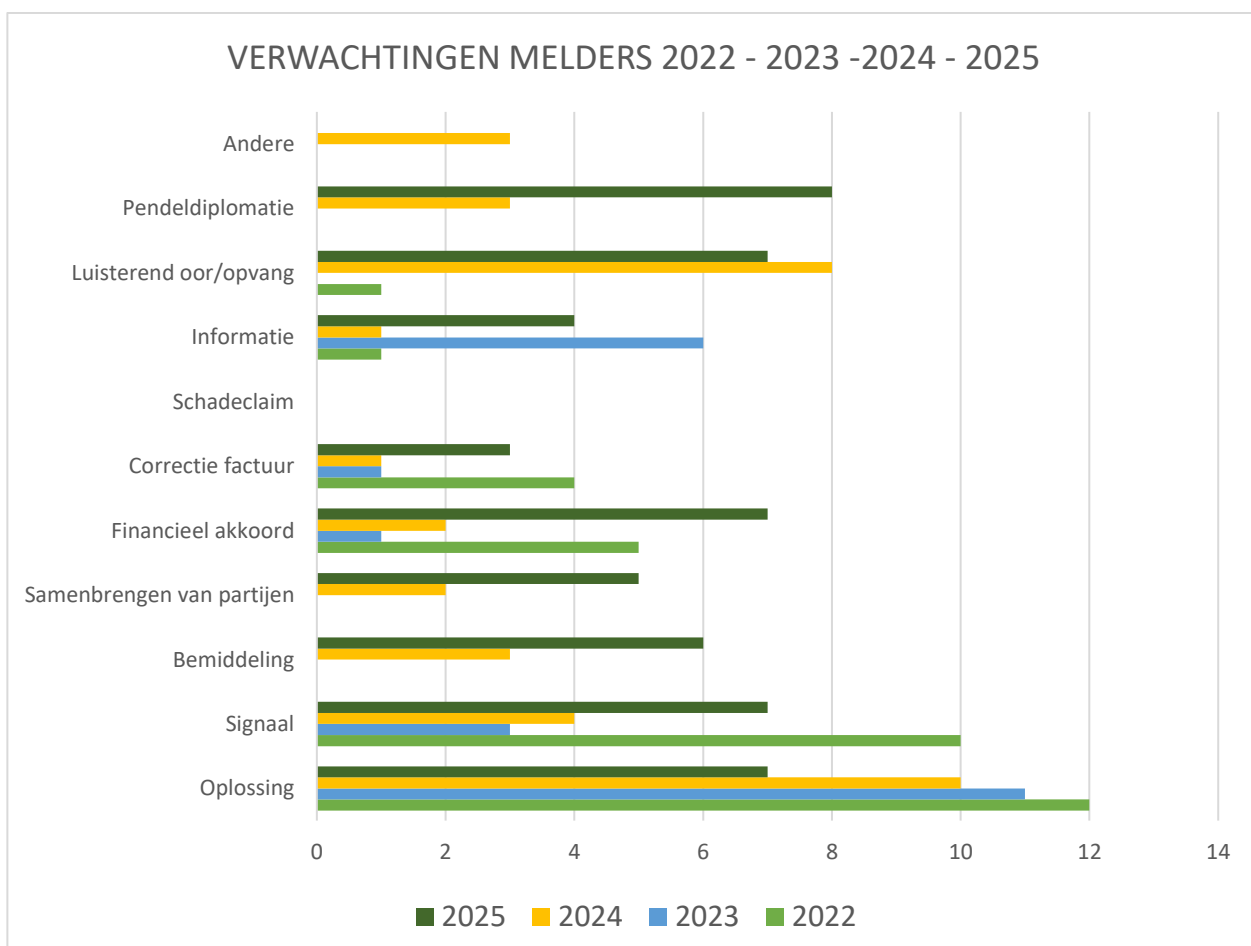
7.5 Verwachtingen van de melders en verzoeningsresultaten

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 een handeling, betekenisvolle stap gesteld werd die anders niet gesteld zou worden. Tot 2024 werd binnen Inkendaal mede omwille van de kleinschaligheid van het ziekenhuis niet gerapporteerd over de verzoeningsresultaten.

Vanaf 2024 wordt vanuit de ombudsdienst onderstaand een overzicht meegegeven van enerzijds de verwachtingen van de melders bij aanvang van hun melding of klacht en daarnaast een aantal behaalde verzoeningsresultaten. De ombudsdienst wijst erop dat binnen eenzelfde melding meerdere verwachtingen kunnen worden geuit en meerdere verzoeningsresultaten kunnen worden bekomen.

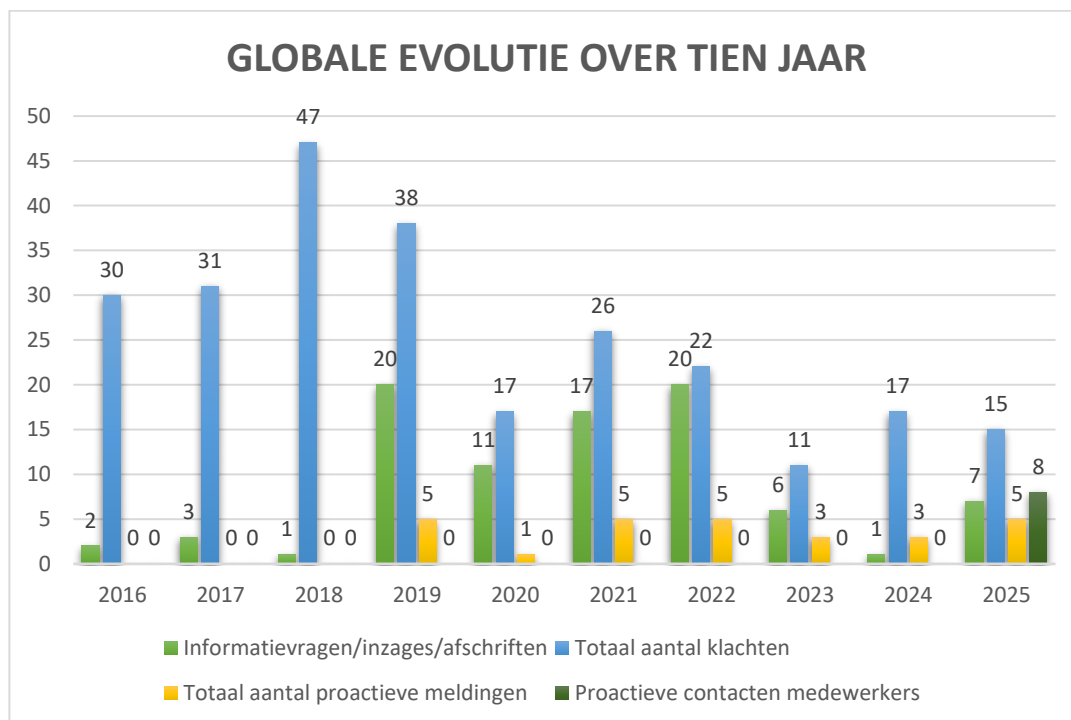


Opsomming van een aantal gerealiseerde verzoeningsresultaten:

- Excuses naar de patiënt/melder toe;
- Correctie op de factuur
- Samenbrengen van de partijen in bemiddeling waar door verduidelijking begrip stijgt;

- Zorgverlener contacteert zelf de reeds ontslagen patiënt na ontvangen bericht van ombudsdienst
- Aanzet tot herziening bepaalde procedures of flows binnen de werking van een dienst

7.6. Globaal overzicht



8. AANBEVELINGEN

8.1. Aanbevelingen rond de bereikbaarheid van de ombudsdienst

Zoals reeds in het voorgaande jaar werd benadrukt, is een **vlotte bereikbaarheid van de ombudsdienst** niet alleen een wettelijke vereiste, maar tevens een essentiële voorwaarde voor patiënten en hun omgeving. Vanuit deze visie en in opvolging van de aanbevelingen opgenomen in het jaarverslag 2024, werden binnen Inkendaal in 2025 **meerdere concrete maatregelen genomen om de toegankelijkheid en zichtbaarheid van de ombudsdienst structureel te verbeteren en te versterken.**

Naar aanleiding van eerdere signalen van patiënten dat de ombudsdienst in 2024 als onvoldoende zichtbaar en moeilijk toegankelijk werd ervaren, werd inmiddels een afzonderlijke consultatieruimte ingericht in de hallerbox, centraal gelegen in de patio van het ziekenhuis. De ombudsdienst organiseert hier wekelijks een open contactmoment tussen 14.00 en 17.00 uur, waar patiënten, hun naasten en medewerkers zonder voorafgaande afspraak terechtkunnen met klachten, meldingen of vragen.

Daarnaast werd in 2025 voorzien in een **eigen, niet-gedeelde werkplek** voor de ombudspersoon. Deze aanpassing draagt bij aan een verhoogde discretie, betere waarborging van de vertrouwelijkheid en een meer professionele werking van de ombudsdienst.

Deze infrastructurele ingrepen zorgen samen voor een laagdrempelige, veilige en herkenbare toegang tot de ombudsdienst, niet alleen voor patiënten en hun naasten, maar ook steeds vaker voor medewerkers.

De **centrale inbedding van een afzonderlijke consultatie- en spreekruimte** in de patio heeft de zichtbaarheid en bereikbaarheid aanzienlijk vergroot en verlaagt de drempel tot spontaan contact. Dit bevordert informele verheldering en maakt tijdig ingrijpen bij beginnende misverstanden mogelijk. De fysieke verankering van de ombudsdienst onderstreept bovendien dat dialoog en bemiddeling een wezenlijk onderdeel vormen van de zorgcultuur binnen Inkendaal.

Voor 2026 strekt het tot de aanbeveling **verder werk te maken van** het plaatsen van een aantal duidelijk herkenbare brievenbussen voor de ombudsdienst en het verder uitwerken en implementeren van de digitale meldingsmogelijkheid bij klachten of meldingen. Hiermee kan definitief tegemoet worden gekomen aan de nood van **een eenvoudig en zichtbaar meldpunt voor patiënten en bezoekers**.

8.2. Aanbevelingen rond de klachtenbehandeling en de rol van de ombudspersoon in het licht van de Wet op de Patiëntenrechten.

Het eerdere huishoudelijk reglement van de ombudsdienst binnen Inkendaal dateerde van vóór de inwerkingtreding van artikel 16/1 van de nieuwe wet op de patiëntenrechten (WPR). Gelet op de draagwijdte van deze bepaling, die de bevoegdheden van de ombudsdienst en het beroepsgeheim van de ombudspersoon expliciet wettelijk verankert, bleek het bestaande reglement niet langer toereikend.

Om de werking van de ombudsdienst volledig in overeenstemming te brengen met het actuele wettelijke kader, werd het huishoudelijk reglement grondig herzien en volledig herschreven. De herziene versie verduidelijkt de rol, positie en grenzen van de ombudsdienst en waarborgt de onafhankelijkheid en vertrouwelijkheid van de ombudspersoon.

Binnen de vernieuwde versie werd volledig de nadruk gelegd op vertrouwelijkheid. **Klachten worden niet automatisch gedeeld met leidinggevenden of directie en worden niet opgenomen in het personeelsdossier, behoudens duidelijk omschreven uitzonderingsgevallen.**

Daarnaast brengt het nieuwe reglement ook **meer duidelijkheid rond beslissingen met betrekking tot eventuele financiële compensaties, dewelke voortaan worden genomen op directieniveau (DT)**. Dit draagt eveneens bij aan uniformiteit, transparantie en rechtszekerheid.

De volledig herziene versie van het huishoudelijk reglement is opgenomen als bijlage 1 bij dit jaarverslag.

8.3. Aanbevelingen in verband met de eigenlijke klachtenprocedure

Reeds in het jaarverslag van vorig jaar werd gewezen op het ontbreken van een **automatische ontvangstbevestiging** binnen het interne meld- en leersysteem bij het indienen van een klacht. Tot op heden werd dit aandachtspunt nog niet technisch uitgewerkt of geïmplementeerd en blijft dit een belangrijke aanbeveling voor het komende jaar.

Het versturen van een automatische ontvangstbevestiging, waarin kort wordt toegelicht of de klacht ontvankelijk is, hoe het verdere verloop van de procedure eruitziet en waarin tevens wordt gepeild naar de initiële verwachtingen van de klager, wordt als essentieel beschouwd voor een transparante en vlotte klachtenbehandeling.

In afwachting van een structurele digitale oplossing tracht de ombudsdienst dit momenteel op te vangen door zelf actief en manueel e-mailberichten te versturen naar melders. Verdere digitalisering en automatisering van dit proces zou niet alleen bijdragen aan een verhoogde efficiëntie, maar ook aan een uniforme en tijdige communicatie met patiënten en hun omgeving.

Hoewel dit operationele pijnpunt nog niet werd opgelost, werd de **klachtenprocedure inhoudelijk wel verder verfijnd en verduidelijkt in het vernieuwde huishoudelijk reglement van de ombudsdienst**. Deze herwerking zorgt voor een duidelijker kader en een meer consistente toepassing van de procedure, in afwachting van bijkomende digitale ondersteuning.

Tot slot dient nog te worden vermeld dat de ombudsdienst ook het afgelopen jaar signalen ontving **er ruimte is voor verbetering wat betreft de terugkoppeling en de opvolging en uitkomst van meldingen en klachten**.

Reeds in het voorgaande jaarverslag werd aanbevolen om “korter op de bal te spelen” door te evolueren naar een meer frequente, bij voorkeur trimestriële rapportering, in nauwe samenwerking met de dienst kwaliteit. Deze aanbeveling werd binnen Inkendaal als **waardevol en ondersteunend onthaald**. In de praktijk is evenwel gebleken dat deze werkwijze in 2025 **nog niet ten volle kon worden gerealiseerd**, waardoor opportuniteiten om sneller in te spelen op terugkerende of beleidsmatige signalen gedeeltelijk onbenut zijn gebleven.

Het strekt dan ook tot de aanbeveling voor het komende jaar **verder werk te maken** van een regelmatige en gedeelde terugkoppeling en tot gezamenlijke reflectie hierover en dit via bestaande overlegstructuren. Enkel op deze manier kan er bijgedragen worden aan een tijdigere herkenning van knelpunten. Een meer regelmatige uitwisseling biedt bovendien de mogelijkheid om per periode gerichte aandachtspunten te formuleren en hier ziekenhuisbreed rond te werken, met ondersteuning van de dienst kwaliteit.

Een dergelijke aanpak kan bijdragen aan een gedeelde leercultuur, waarin meldingen en klachten worden benaderd als waardevolle signalen voor kwaliteitsverbetering en waarin samenwerking en wederzijds vertrouwen centraal blijven staan.

8.4. Aanbevelingen inzake de afschriften en inzagen van het patiëntendossier

Zoals in eerdere jaarverslagen werd aangegeven, was het aantal aanvragen tot inzage en afschrift van patiëntendossiers aanvankelijk eerder beperkt. In 2025 werd echter een **spectaculaire stijging** vastgesteld in het aantal aanvragen. Deze evolutie wijst erop dat patiënten en hun naasten steeds beter hun weg vinden in het wettelijk kluwen en in toenemende mate op de hoogte zijn van hun rechten met betrekking tot inzage in en afschrift van hun patiëntendossier.

De vernieuwingen binnen de wet op de patiëntenrechten voorzagen in een verruimd en vereenvoudigd recht op inzage en afschrift van het elektronisch patiëntendossier (EPD).

Om deze toename in aanvragen op een kwalitatieve en uniforme manier te kunnen opvangen, werd in samenwerking met de ICT-dienst de aanvraagprocedure voor inzage en afschrift **volledig gedigitaliseerd** en werd een uniforme

aanvraagflow ontwikkeld. Het volledige medische departement werd betrokken bij de afbakening van de documenten die tot een afschrift behoren. Daarnaast kreeg het medisch secretariaat gerichte opleiding om deze nieuwe werkwijze correct en consequent toe te passen.

Voor 2026 blijft het evenwel aangewezen om blijvend in te zetten op het **consequent en correct gebruik van het Klinisch Werkstation**, met het oog op de volledigheid, transparantie en kwaliteit van het patiëntendossier. In dit kader blijft verdere opleiding en structurele monitoring aanbevolen.

8.5. Aanbevelingen omtrent de inhoud van de WPR-gerelateerde klachten

In het jaarverslag 2024 rapporteerde de ombudsdienst verschillende klachten die verband hielden met één of meerdere patiëntenrechten. Per betrokken artikel van de wet op de patiëntenrechten (WPR) werden toen pijnpunten en aanbevelingen geformuleerd, rekening houdend met de wettelijke vernieuwingen die in 2024 van kracht werden.

De aandacht ging daarbij onder meer uit naar kwaliteitsvolle dienstverlening, communicatie en bejegening, het recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar, het recht op informatie en geïnformeerde toestemming, het zorgvuldig bijhouden van het patiëntendossier en de nieuw ingevoerde samenwerkingsplicht tussen arts en patiënt.

Bovenstaand werd reeds aangehaald dat de verschuiving van het klachtenbeeld een evolutie is die zich ook in 2025 heeft doorgezet. Waar de cijfers 2024 – 2025 enigszins stabiel bleven, nam de inhoudelijke complexiteit van de dossiers en de doorlooptijd ervan toe. **Klachten raken steeds vaker aan beleidskeuzes, financiële regelingen en organisatorische afspraken die meerdere diensten en disciplines overstijgen.**

Parallel hiermee werd in 2025 een **duidelijke toename vastgesteld in het aantal vragen tot inzage en afschrift** van patiëntendossiers. Deze evolutie sluit aan bij de bredere tendens waarbij patiënten en hun naasten zich steeds meer positioneren als volwaardige partners in de zorg en beter geïnformeerd willen worden over hun zorgtraject en rechten.

Uit de analyse van de klachten en meldingen blijkt dat verschillende beleidsmatige thema's verdere herziening of verduidelijking vragen. Dit betreft onder meer de regeling rond comfortkosten, de inhoud en begrijpelijkheid van de opnameverklaring en de beschikbaarheid en toewijzing van éénpersoonsskamers.

Minstens even bepalend voor het klachtenbeeld blijft **de manier waarop hierover gecommuniceerd wordt. Onvoldoende, laattijdige of inconsistente informatie leidt tot misverstanden en frustraties.**

Daarnaast tonen de klachten in 2025 eveneens aan dat financiële informatie voor patiënten en hun omgeving geregeld onvoldoende duidelijk is. Dit betreft onder meer tussenkomsten van hospitalisatieverzekeringen, terugbetalingen via mutualiteiten en de aanrekening van dagforfaits, onder meer binnen PDH.

De ombudsdienst beveelt daarom aan om verder in te zetten op **herziening van het beleid rond (comfort)kosten, éénpersoonsskamers en opnameverklaring, dit in combinatie met heldere en uniforme brochures, digitale informatie in duidelijke en toegankelijke taal, aangevuld met vaste gespreksleidraden voor medewerkers.**

Tenslotte ontving de ombudsdienst, in tegenstelling tot eerdere jaren, **opvallend minder klachten over de algemene verpleegkundige verzorging**. Wel kwamen meldingen binnen met betrekking tot **bejegening en communicatie**.

Hierbij ging het onder meer om het **over het hoofd praten van patiënten, te weinig non-verbale of andere duidelijke communicatie bij patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden, onderlinge communicatie tussen zorgverleners in een andere taal in het bijzijn van de patiënt, en storend gsm-gebruik door medewerkers in gemeenschappelijke ruimtes zoals de refter.**

Vanuit deze optiek blijft de ombudsdienst herhalen dat een verhoogde gevoeligheid nodig is **voor non-verbale signalen en het belang van ‘vertragen op maat van de patiënt’**. Emoties verdienen erkenning zonder erin mee te gaan, met aandacht voor de onderliggende noden en verwachtingen.

Voor patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden is een rustige, duidelijke uitleg, aangevuld met het gebruik van tekens of signalen, **essentieel om gevoelens van onveiligheid en onzekerheid te voorkomen.**

8.6. Aanbevelingen omtrent de inhoud van de NIET- WPR-gerelateerde klachten

De ombudsdienst ontving dit jaar **slechts drie meldingen/klachten**, niet rechtstreeks gerelateerd aan de wet op de patiëntenrechten met name de temperatuur in de patio en de versheid van de salade geserveerd bij de maaltijden in de refter.

Beide klachten werden onmiddellijk doorgegeven aan de betrokken diensten en op een correcte manier bejegend, waardoor de ombudsdienst op dit vlak geen aanbevelingen heeft te formuleren.

Wel valt het te betreuren dat de aanbeveling van 2024 voor het dragen van een wegwerphaarnetje bij de bedeling van de soep in de refter, na herhaaldelijke klacht van contaminatie, niet ter harte werd genomen. De ombudsdienst hoop hier alsnog verandering in vast te stellen.

9. KOERS VOOR 2026 – VAN KLACHT NAAR KRACHT

9.1 2025

In 2025 gaf de ombudsdienst concreet invulling aan het rolbeeld **‘de ombudspersoon.... Assistent voor patiënt en zorgverlener’**. **De werking werd bewust nabij, ondersteunend en anticiperend georganiseerd.** Dit vertaalde zich onder meer in de inrichting van een centrale spreekruimte in de patio, een duidelijke toename van proactieve consultaties door zorgverleners en een gericht opleidingsaanbod rond thema’s zoals wilsonbekwaamheid, vertegenwoordiging, familieconflicten en beroepsgeheim.

Daarnaast werd de basis gelegd voor de digitalisering van inzage- en afschriftprocedures, met heldere afspraken over dossierinhoud en correct gebruik van het KWS. Ook het huishoudelijk reglement werd herwerkt met expliciete waarborgen voor vertrouwelijkheid, en beslissingen omtrent financiële compensaties werden verankerd op directieniveau.

Deze aanpak maakte zichtbaar hoe nabijheid en ondersteuning bijdragen aan vertrouwen, vroegtijdige afstemming en conflictpreventie.

9.2. 2026

Vanuit dit stevige fundament kiest de ombudsdienst in 2026 bewust voor een volgende stap met de slogan **‘Van klacht naar kracht’**. Daarmee wordt benadrukt dat **klachten en signalen niet enkel worden behandeld, maar systematisch worden benut als leer- en verbeterkansen, als hefboomen voor groei.**

In 2026 is het wenselijk dat de focus ligt op verdieping: verdere uitbouw van opleidingen, versterking van communicatieve vaardigheden, duidelijke en consequent toegepaste beleidskaders en patiëntvriendelijke, juridisch correcte digitale processen.

Volgende accenten worden hierbij gelegd:

1. Versterken en verdiepen van opleiding en communicatieve vaardigheden

In 2025 werden opleidingen georganiseerd rond wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging, omgaan met familieconflicten en beroepsgeheim. Bijna honderd medewerkers, goed voor ongeveer 25% van het personeelsbestand, namen hieraan deel.

De positieve evaluaties tonen aan dat deze vormingen het zelfvertrouwen van medewerkers kunnen versterken, de communicatie kunnen verbeteren en kunnen bijdragen aan het voorkomen van escalaties. Het wordt aanbevolen om dit opleidingsaanbod verder uit te bouwen en te verdiepen met bijkomende modules rond communicatieskills, actief luisteren, omgaan met emoties, conflictpreventie en maatschappelijke thema's binnen de revalidatiecontext en met bijzondere aandacht voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden.

2. Verdere uitbouw van de proactieve rol van de ombudsdienst

Het wordt aanbevolen om de proactieve aanwezigheid van de ombudsdienst verder te versterken via het behoud van de open spreekuren in de patio en de organisatie van thematische momenten rond patiëntenrechten. Daarnaast kan een structurele betrokkenheid van de ombudsdienst bij complexe casuïstiek en bij de voorbereiding van moeilijke gesprekken bijdragen aan vroegtijdige afstemming, het voorkomen van escalatie en het duurzaam versterken van vertrouwen tussen patiënten, naasten en zorgverleners.

3. Verankeren van digitalisering en KWS-kwaliteit

Er kan worden ingezet op het verder ontwikkelen van de digitale kanalen voor het indienen van meldingen en klachten, met het oog op een verhoogde bereikbaarheid en toegankelijkheid van de ombudsdienst. Ook digitale procedures voor inzage en afschrift van patiëntendossiers vragen een duidelijke verankering via heldere richtlijnen, afspraken en systematische kwaliteitscontroles. Parallel hieraan kan worden ingezet op gerichte opleiding rond het patiëntendossier, zodat de kwaliteit, volledigheid en uniformiteit ervan blijvend worden versterkt.

4. Herziening van aantal beleids- en financiële aspecten, gekoppeld aan versterking van patiëntgerichte communicatie

Aanbevolen wordt om relevante beleidsdocumenten, zoals die rond comfortkosten, opnameverklaring en éénpersoonkamers, verder te herbekijken en waar nodig te actualiseren, aangevuld met bijkomende geïnformeerde-toestemmingsformulieren, onder meer rond vaccinatie.

Tegelijk is het essentieel dat beleidsmatige en financiële informatie voor patiënten en hun naasten snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is, zowel schriftelijk als digitaal. Door financiële transparantie expliciet te integreren in

opname- en ontslagprocessen en heldere toelichting te geven over hospitalisatieverzekeringen, mutualiteitsterugbetalingen en dagforfaits (inclusief PDH), kunnen verwachtingen beter worden afgestemd.

Het uitwerken van vaste gespreksleidraden en een duidelijke rolverdeling in de communicatie ondersteunt medewerkers bij het empathisch, consequent en begrijpelijk overbrengen van complexe of gevoelige informatie en draagt bij aan het voorkomen van onduidelijkheden en spanningen.

10. BESLUIT

De gerealiseerde inspanningen in 2025, in samenhang met de aanbevelingen en ambities voor 2026, tonen een consistente en breed gedragen evolutie: van nabij en ondersteunend werken naar krachtgericht en structureel verbeteren. Door blijvend in te zetten op zichtbare aanwezigheid, proactieve samenwerking, deskundigheidsbevordering, heldere communicatie en een doordachte digitale verankering, wordt verder gebouwd aan een zorgomgeving waarin meldingen en klachten niet louter worden behandeld, maar bewust worden benut als waardevolle signalen en hefboom voor veiligheid, begrip en kwaliteitsvolle zorg.

Door klachten en signalen systematisch te analyseren en te vertalen naar beleid, processen en organisatiecultuur, versterkt de ombudsdienst haar proactieve rol en draagt zij, samen met patiënten, naasten en medewerkers, bij aan een zorgomgeving waarin dialoog, transparantie en wederzijds vertrouwen centraal staan.

Linsay Schoukens
Ombudspersoon Inkendaal
19 januari 2026

BIJLAGE 1: HUISHOUDELIJK REGLEMENT OMBUDSDIENST VERSIE 03.07.2025

Huishoudelijk reglement ombudsdienst – herwerkte versie 2025

INLEIDING

De Wet van 22.08.2002 betreffende de Rechten van de patiënt (B.S. 26.09.2002, zoals gewijzigd B.S 23.02.2024) stelt onder meer dat de patiënt het recht heeft een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet, neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.

De voorwaarden waaraan de ombudsfunctie moet voldoen, werden beschreven bij Koninklijk Besluit (KB) van 08.07.2003 (B.S. 26.08.2003). Deze omschrijving betreft de onafhankelijkheid, het beroepsgeheim, de deskundigheid, de juridische bescherming, de organisatie, de werking, de financiering, de procedureregeling en de gebiedsomschrijving.

Artikel 10 van het KB van 08.07.2003 legt de ombudspersoon de verplichting op een huishoudelijk reglement op te stellen “waarin de specifieke modaliteiten van de organisatie, werking en klachtenprocedure van de ombudsfunctie worden vastgelegd”

Het huishoudelijk reglement werd goedgekeurd op het Directiecomité op datum van 26/06/2025 en later door het Bestuursorgaan en vervangt integraal het voorgaande laatst goedgekeurde reglement van april 2022.

Dit reglement wordt tevens ter informatie bezorgd aan de Federale commissie ‘Rechten van de patiënt’. Binnen het ziekenhuis ligt het reglement ter inzage van de patiënten, de medewerkers van het ziekenhuis en iedere belangstellende. Online is het reglement tevens consulteerbaar voor derden via de website www.inkendaal.be en voor medewerkers via het intranet.

DE OMBUDSDIENST – CONTACTGEGEVENS EN BEREIKBAARHEID

De ombudsfunctie wordt binnen het ziekenhuis waargenomen door mevrouw Linsay Schoukens.

De ombudspersoon is drie dagen per week in het ziekenhuis aanwezig. **U kan zonder afspraak bij de ombudsdienst terecht elke dinsdagnamiddag tussen 14.00u en 16.30u.** Op andere momenten kan de ombudsdienst u te woord staan na voorafgaandelijke afspraak.

U kan de ombudspersoon contacteren langs volgende kanalen:

- Persoonlijk: de ombudspersoon staat tot uw dienst, spreek haar gerust aan in de wandelgangen en deel uw bezorgdheden.
- Via e-mail: ombudsdienst@inkendaal.be
- Via telefoon: 02 531 51 23
- Via briefwisseling gericht aan de ombudsdienst (locatie brievenbus volgt)
- Via het contactformulier op de website van het ziekenhuis (link volgt)

Het bureel van de ombudsdienst is gevestigd in **BLOK D** van het ziekenhuis, op de **eerste verdieping**, onmiddellijk rechts naar de lift. De consultatiemomenten met de ombudsdienst vinden **plaats in de spreekbox centraal in de patio van het ziekenhuis**.

Voor korte afwezigheden wordt de telefoon tijdelijk doorgeschakeld naar het onthaal van het ziekenhuis. Bij lange afwezigheden is er een vervanging voorzien zoals intern afgesproken.

DE OMBUDSPERSOON BINNEN DE ZIEKENHUISORGANISATIE

De ombudsfunctie wordt toevertrouwd aan een door de beheerder van het ziekenhuis benoemde ombudspersoon.

De ombudspersoon werkt, zoals de wet en het KB het voorschrijven, **autonoom en onafhankelijk**.

Teneinde de onafhankelijkheid van de ombudsfunctie te garanderen, is de functie van ombudspersoon **onverenigbaar** met:

- een leidinggevende functie of beheersfunctie zoals de functie van directeur, hoofdgeneesheer, hoofd van het verpleegkundig departement of voorzitter van de medische raad
- een functie in het kader waarvan gezondheidszorg wordt verstrekt als beroepsbeoefenaar bedoeld in de Wet Patiëntenrechten
- een functie of activiteit in een vereniging die de verdediging van de belangen van patiënten tot doel heeft

Daarnaast moet, met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van diens opdracht, de ombudspersoon de mogelijkheid krijgen om ongehinderd in contact te treden met alle bij de klacht betrokken personen en kan deze niet worden gesanctioneerd wegens daden in het kader van de correcte uitoefening van diens opdracht.

De ombudspersoon is hierbij verplicht het **beroepsgeheim** te respecteren en een strikte **neutraliteit** en **onpartijdigheid** in acht te nemen. De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest bij de feiten en de personen waarop de klacht betrekking heeft. Mocht dit toch het geval zijn dan dient de bemiddeling te worden overgenomen door een door het ziekenhuis aangesteld gekwalificeerd persoon.

De vertrouwelijkheid van de bemiddeling strekt zich eveneens uit naar alle communicatie die wordt opgemaakt in het kader van een ombudsdossier. De documenten opgemaakt en de schriftelijke of mondelinge mededelingen gedaan door de ombudspersoon of de betrokken partijen mogen niet worden gebruikt buiten de context van de

bemiddeling in het bijzonder in een gerechtelijke, administratieve, disciplinaire of arbitrale procedure of in enige andere procedure voor de oplossing van het conflict en zijn niet toelaatbaar als bewijs.

Het is de taak van de ombudspersoon de betrokken verantwoordelijken erop te wijzen dat de gevoerde communicatie niet gebruikt mag worden buiten de context van de bemiddeling en niet mag worden opgenomen in het patiëntendossier of het personeelsdossier van de betrokken medewerker.

De ombudspersoon zal op een zorgvuldige en professionele wijze alles doen om tot een voor alle partijen aanvaardbaar antwoord of aanvaardbare oplossing te komen, waarbij de opdracht van de Ombudspersoon ten allen tijde een inspanningsverbintenis blijft en geen resultaatverbintenis. De ombudspersoon kan dan ook niet verantwoordelijk gesteld worden voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbaar antwoord of aanvaardbare oplossing.

OPDRACHTEN VAN DE OMBUDSPERSOON

De Ombudspersoon heeft als belangrijkste taak aan de patiënten de uitoefening van hun klachtrecht te garanderen in het kader van de wet rechten van de patiënt (artikel 11 en artikel 16/1), dewelke als volgt zijn bepaald:

1. Het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening.
2. Het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar.
3. Het recht op informatie met betrekking tot de gezondheidstoestand van de patiënt en de evolutie ervan.
4. Het recht op geïnformeerde toestemming
5. Het recht op een zorgvuldig bijgehouden, inzage en afschrift van het patiëntendossier
7. Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer
8. Het recht op neerleggen van een klacht bij de ombudsdienst.
9. Het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg.

Binnen het kader van de wet heeft de Ombudspersoon de volgende opdrachten:

1. Informeren en adviseren

De ombudspersoon verstrekt informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsdienst. Er wordt getracht zoveel mogelijk vragen en klachten te voorkomen door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar proactief te bevorderen. De ombudspersoon kan hierbij adviezen geven aan zowel patiënten als zorgverleners.

Daarnaast is de ombudspersoon het aanspreekpunt voor vragen in verband met de patiëntenrechten en worden de aanvragen tot inzage of afschrift van het patiëntendossier bij de ombudsdienst ingediend.

2. Bemiddelen

Bij het bemiddelen van klachten zal de ombudspersoon trachten het herstel van de zorgrelatie tussen de betrokken partijen zoveel mogelijk te bewerkstelligen en te streven naar een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.

3. Doorverwijzen

Indien er geen oplossing kan bereikt worden, zal de ombudspersoon inlichtingen verschaffen over alternatieve mogelijkheden voor de verdere afhandeling van de klacht. Daarnaast kan de ombudspersoon ook binnen het ziekenhuis de patiënt doorverwijzen naar de juiste dienst, instantie of persoon aangaande problemen die buiten de bevoegdheid van de ombudsdienst vallen.

4. Formuleren en signaleren van aanbevelingen

De ombudspersoon zal lopende het werkingsjaar evenals in het jaarverslag overgaan tot het formuleren van aanbevelingen om herhaling van tekortkomingen die aanleiding hebben gegeven tot een klacht of proactieve melding te voorkomen en als signaal voor kwaliteitsverbetering.

5. Registratie

De ombudspersoon legt per melding een dossier aan waarin de ondernomen stappen, de bevindingen en verzoeningsresultaten worden geregistreerd.

Overeenkomstig het KB van 8 juli 2003 dienen minstens volgende zaken te worden geregistreerd:

- De identiteit van de patiënt – de melder en eventueel deze van de vertrouwenspersoon
- De datum van ontvangst
- Aard en inhoud
- Datum van afhandeling
- Resultaat van afhandeling

De persoonsgegevens in het dossier zijn enkel toegankelijk voor de ombudsdienst en worden slechts bewaard gedurende de tijd nodig voor de behandeling van de melding en voor het opstellen van het jaarverslag. Elk afgesloten dossier wordt eveneens onmiddellijk geanonimiseerd.

6. Opstellen jaarverslag

De ombudsdienst is wettelijk verplicht een jaarverslag op te maken dat een overzicht biedt van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat van de bemiddeling. Daarnaast zijn in het jaarverslag ook de aanbevelingen tot kwaliteitsverbetering terug te vinden.

De ombudspersoon waakt erover dat in het jaarverslag geen elementen terug te vinden zijn waardoor betrokken personen bij de behandeling van klachten zouden kunnen worden geïdentificeerd.

Het jaarverslag wordt elk jaar uiterlijk neergelegd op 15 januari en goedgekeurd voor 1 februari van elk kalenderjaar.

Het jaarverslag wordt tevens besproken op het directieteam, het bestuursorgaan, de medische raad en het dienstenverantwoordelijkenoverleg. Het wordt tenslotte uiterlijk 10 februari van het volgend kalenderjaar overgemaakt aan de Vlaamse Ombudsman.

Het jaarverslag is ten allen tijde consulteerbaar voor de Zorginspectie.

KLACHTENPROCEDURE

Definitie en indiening

Een klacht is “de uiting van ongenoegen of ontevredenheid over de subjectieve beleving van de patiënt of zijn familie van zijn verblijf in het ziekenhuis, van zijn behandeling en verzorging, onafgezien of er ook objectief een tekort is in deze zorg”.

Bijgevolg behandelt de ombudspersoon klachten betreffende het zorgproces en de gezondheidszorg door beroepsbeoefenaars in Revalidatieziekenhuis Inkendaal alsmede klachten betreffende de omkadering van deze zorg.

De ombudspersoon treedt niet op voor

- Klachten tussen beroepsbeoefenaars en/of personeelsleden onderling. Hiervoor wordt verwezen naar de personeelsdienst en/of de preventieadviseur.
- Informatieve vragen over de inhoud, betaling en invordering van facturen. Hiervoor wordt verwezen naar de diensten facturatie en boekhouding: facturatie@inkendaal.be
- Vragen over de bescherming van persoonsgegevens. Hiervoor wordt verwezen naar de (interne) DPO van het ziekenhuis: privacycoach@inkendaal.be
- Klachten of vragen in verband met zorgverlening die geleid heeft tot eventuele lichamelijke of materiële schade waarvoor aangifte bij de verzekeraar noodzakelijk is worden doorverwezen naar verzekering@inkendaal.be
- Vragen over een klacht waaromtrent een gerechtelijk geschil bestaat of een (juridische) procedure lopende is, zullen door de ombudsdienst doorverwezen worden naar de hiervoor bevoegde directie -of stafmedewerkers.

Voor het indienen van een klacht of maken van een proactieve melding kan de patiënt steeds worden bijgestaan door een vertrouwenspersoon. Klachten en/of meldingen worden mondeling of schriftelijk (via telefoon, e-mail, per brief of het digitaal formulier) ingediend. Anonieme klachten zijn niet ontvankelijk.

Klachtenbehandeling

Procedure

Klachten worden het best opgelost op de plaats waar ze ontstaan, in overleg met wie hierin betrokken is. Openheid, correctheid en een respectvol omgaan met klachten van patiënten is daarbij voor iedereen essentieel. De aandacht voor vragen, klachten en reacties van patiënten maakt deel uit van het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis.

In overeenstemming met het principe van de eerstelijns klachtenbehandeling, stimuleert de ombudsdienst de melder van de klacht om in een open en constructieve sfeer de klacht te bespreken met de betrokken zorgverlener of medewerker, zodat op die manier het vertrouwen kan hersteld worden.

Indien de relatie en/of communicatie verstoord is of indien de klachtenbehandeling in eerste lijn geen oplossing biedt, treedt de ombudsdienst op als tweedelijns klachtenbemiddelaar.

Meldingen en/of klachten bij de ombudsdienst worden als volgt behandeld:

- Elke ingediende klacht of melding wordt zo snel mogelijk geregistreerd, waarna de patiënt een ontvangst-en registratiebevestiging ontvangt
- De ombudspersoon beluistert de melder, peilt naar de verwachtingen en informeert over de rol en werking van de ombudsdienst.
- De ombudspersoon vertrekt vanuit de beleving en de belangen van de patiënt. Indien de melder van de klacht niet de patiënt zelf is, bevraagt de ombudspersoon of de patiënt op de hoogte is en desgevallend akkoord is met de melding.
- De ombudspersoon beluistert vervolgens de andere bij de klacht of melding betrokken partijen en onderzoekt verder de inhoud van de klacht of melding.
- Op basis van de verwachtingen van de melder wordt door de ombudspersoon een antwoord gegeven aan de melder.
- Om de dialoog tussen melder en zorgverlener te herstellen kan de ombudspersoon een bemiddelingsgesprek voorstellen. Dit gesprek kan enkel op vrijwillige basis plaatsvinden.
- Indien men tot een oplossing komt wordt het dossier afgesloten, zo niet ontvangt de melder voldoende inlichtingen omtrent verdere mogelijkheden voor de behandeling van diens klacht. De melder wordt hiervan steeds door de ombudsdienst schriftelijk op de hoogte gesteld.

Behandelingstermijn

De ombudsdienst streeft er naar om elke klacht binnen een redelijke termijn te behandelen.

Van de betrokken zorgverlener wordt verwacht de nodige inspanningen en medewerking te verlenen, teneinde de ombudspersoon toe te staan de klacht correct en tijdig te kunnen behandelen.

Indien er binnen de twee weken, na herinnering, geen toelichting komt door de betrokken zorgverlener, indien er geen bereidheid bestaat tot medewerking van de zorgverlener of indien er bij dienstoverschrijdende kwesties te weinig medewerking wordt ervaren, wordt de leidinggevende van de betrokkene hiervan op de hoogte gesteld.

Vertrouwelijkheid van de melding/klacht

Tenzij de ombudspersoon de tussenkomst van andere instanties of personen noodzakelijk acht, zal de ombudspersoon enkel bemiddelen tussen de melder en de betrokken medewerker op wie de klacht betrekking heeft.

De ombudspersoon kan, indien dit noodzakelijk wordt geacht, wel in contact treden met

- De supervisor indien de klacht betrekking heeft op een arts-specialist in opleiding
- De leidinggevende van de betrokkene indien de melder de identiteit van de betrokkene niet wenst bekend te maken.

- De leidinggevende indien de betrokken medewerker nalaat om te antwoorden op vragen van de ombudspersoon.

In volgende gevallen wordt onverwijld de ziekenhuisdirectie ingelicht:

- Bij ernstige feiten van mogelijks grensoverschrijdend gedrag
- Bij herhaalde klachten tegen dezelfde zorgverlener
- Bij dreiging met het mediatiseren van het dossier of publiekmaking via (sociale) media-kanalen
- Bij structurele of veiligheidsproblemen
- Klachten waarbij de aansprakelijkheid van het ziekenhuis of een beroepsbeoefenaar in het gedrang kan komen.

Indien de verwachting van de melder erin bestaat een financiële compensatie te ontvangen of indien er betwistingen zijn rond de facturatie, wordt steeds de facturatedienst op de hoogte gebracht evenals het directiecomité. Enkel het directiecomité is als enige bevoegd een beslissing te nemen omtrent het toekennen van een financiële compensatie. Elke briefwisseling dienaangaande wordt uitsluitend ondertekend door de algemeen of financieel directeur en is als enige bindend.

Herhalingsklachten, structurele problemen en voorstellen tot verbetering die op basis van klachten verzameld worden en die niet ten gronde door de verantwoordelijken (kunnen) aangepakt worden, kunnen op aanbeveling van de ombudspersoon op een anonieme manier aangebracht worden bij een breder draagvlak in het ziekenhuis voor verbetering en preventiemaatregelen. (o.a kwaliteitscommissie en veiligheidscommissie)

KLACHTEN OMTRENT DE WERKING VAN DE OMBUDSDIENST

Indien de klager van oordeel is dat de ombudspersoon de klacht onvoldoende of niet correct heeft afgehandeld, kan hij zich wenden tot de FOD Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, specifiek de Federale commissie 'Rechten van de patiënt'.

Deze commissie heeft onder meer tot taak:

- het evalueren van de toepassing van de rechten van de patiënt bepaald in de wet van 22.08.2002
- het evalueren van de werking van de ombudsfuncties
- behandeling van klachten omtrent de werking van een ombudsfunctie.

Jaarverslag van ombudsdienst AZ Oostende
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	01.01.2025 -31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Oostende (Damiaan / Serruys)
Adres	Damiaan: Gouwelozestraat 100 8400 Oostende Serruys: Kaïrostraat 84 8400 Oostende
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	Damiaan: 525 Serruys: 067
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	Damiaan: 544 Serruys: 265
Aantal campussen	1 campus (2 sites)
Naam ombudsperso(n)en	Katie Goormachtigh Cindy Barbarin
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Katie Goormachtigh : 01/02/2011 Cindy Barbarin : 01/11/2023
Bestaffing	Katie Goormachtigh : 50% FTE Cindy Barbarin : 80% FTE

Lokalisatie dienst	Damiaan : Route 9, nabij het onthaal Serruys: Route 11, nabij het onthaal
Registratiesysteem	Zenya
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	- AZO huishoudelijk reglement ombudsdienst - versie 2024 - ondertekend.pdf
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Katie Goormachtigh: Basisopleiding bemiddelaar (Mediv via VVOVAZ, 219)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	• Toelichting “Klare Taal” dr. Wablieft –centrum voor duidelijke taal (provinciaal overleg VVOVAZ 08/06/2025)
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	KLachtenbemiddeling vanuit het mandaat KB 8/7/2003
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Ontvangst schriftelijke of mondelinge klacht OD. Bij mondelinge klacht, telefonisch of persoonlijk, eerste opvang door ombudsdienst. Bij een schriftelijke klacht wordt een ontvangstmelding gestuurd. Navraag standpunt zorgverlener(s) - communicatie en of bemiddeling tussen partijen – finaliseren en registreren dossier – waar nodig doorverwijzing naar alternatieven en /of formuleren van aanbevelingen.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
633 ombudsdossiers <u>Opmerkingen:</u> • 1 melding kan meerdere klachten /bemerkingen bevatten • Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	523
Aantal infodossiers	68
Aantal pro actieve dossiers	9
Aantal opvragingen patiëntendossier	18 (verloop via afschrift@azoostende.be)
Aantal 'andere'	15

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)
250
<u>Opmerkingen:</u> • 1 melding kan meerdere klachten /bemerkingen bevatten betreffende WPR • Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	218
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	8
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	34
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	14
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	32
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)	10
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	2

Aanbevelingen

De ombudsdienst formuleert jaarlijks interne aanbevelingen binnen de volgende departementen:

- Aanbevelingen algemeen en medisch departement
- Aanbevelingen departement patiëntenzorg
- Aanbevelingen departement facilitair beheer
- Aanbevelingen departement administratie

We onderschrijven voor 2025 volgende globale aanbevelingen vanuit VVOVAZ:

Aanbeveling: Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen ‘zachte’ bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling: Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het open disclosure-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Aanbeveling: Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere

verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende :

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn

Aanbeveling: Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging, omgaan met familieconflicten en beroepsgeheim komen in klachten en casussen regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichtte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden, waaronder:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden
- omgaan met emoties en spanningsvolle situatie
- conflictpreventie en de-escalatie
- communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties, wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie.

Aanbeveling: Versterken van de proactieve rol van de Ombudsdienst

Het is aan te bevelen om de Ombudsdienst niet uitsluitend reactief, maar ook expliciet proactief te positioneren binnen de zorgorganisatie. Een zichtbare, bereikbare en laagdrempelige

aanwezigheid van de Ombudsdienst creëert ruimte voor vroegtijdige signalering van mogelijke knelpunten en voor het tijdig ondersteunen van patiënten, naasten en medewerkers.

Daarnaast kan de Ombudsdienst een belangrijke bijdrage leveren door thema-gerichte initiatieven rond patiëntenrechten te organiseren, zoals infomomenten, interne vorming, sensibilisering of samenwerking met andere diensten. Dit versterkt het bewustzijn binnen de organisatie en stimuleert een cultuur waarin patiëntenrechten actief worden bewaakt.

Een structurele betrokkenheid van de Ombudsdienst bij complexe casuïstiek en bij de voorbereiding van moeilijke gesprekken kan bovendien leiden tot betere onderlinge afstemming, het voorkomen van escalaties en een duurzamere opbouw van vertrouwen tussen alle betrokken partijen.

Tot slot is het essentieel om het mandaat en de rol van de onafhankelijke ombudspersoon duidelijk(er) af te bakenen en intern te communiceren. Heldere verwachtingen — zowel richting patiënten als richting medewerkers — zijn noodzakelijk om misverstanden te vermijden. Een expliciete communicatie over wat de Ombudsdienst wél en niet kan betekenen, draagt bij aan realistische verwachtingen en een transparante werking.

Aanbeveling: Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

Aanbeveling: Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

Aanbeveling: Invloed van AI bij het indienen van een klacht

Steeds meer patiënten maken gebruik van AI-gegenereerde teksten om klachten of meldingen in te dienen. Hoewel dit de drempel kan verlagen om hulp te zoeken, brengt het ook nieuwe uitdagingen met zich mee. In de praktijk blijkt dat informatie die door AI wordt aangeleverd vaak

onnauwkeurig, onnodig complex of juridisch feitelijk onjuist is en patiënten ons vaak met verkeerde verwachtingen aanspreken. Aangezien we steeds vertrekken vanuit de verwachting van de patiënt bemoeilijkt dit de klachtbehandeling en is er veel verduidelijking rond de rol van de Ombudsdienst nodig.

We roepen de ombudspersonen op bewust te zijn van de invloed van AI-gegenereerde klachten en in dialoog te gaan met patiënten om steeds hun werkelijke vraag en verwachting helder te krijgen, alsook de mogelijkheden binnen de ombudsfunctie. AI is een goede hulp om de drempel te verlagen om een melding te doen, maar we mogen het menselijke aspect van een bemiddeling niet uit het oog verliezen.

Aanbeveling: Agressiebeleid en psychosociaal welzijn van medewerkers

Er wordt een duidelijke toename vastgesteld van verbaal en fysiek grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zorgverleners en ombudspersonen. Dit heeft niet alleen impact op de veiligheid, maar ook op het psychisch welzijn, het werkplezier en het behoud van medewerkers binnen de zorg.

Daarom wordt aanbevolen om een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast agressiebeleid te installeren, dat door alle afdelingen gedragen wordt. Dit beleid omvat bij voorkeur: heldere richtlijnen, uniforme registraties, onmiddellijke opvolging van incidenten en een duidelijke rolverdeling bij escalaties. Daarnaast is het belangrijk om het agressiebeleid actief te communiceren naar patiënten en hun naasten, bijvoorbeeld via affiches, brochures en digitale kanalen, zodat verwachtingen vooraf duidelijk zijn en grensoverschrijdend gedrag ondubbelzinnig wordt afgekeurd.

Verder is het essentieel om structureel te investeren in het psychosociaal welzijn van medewerkers. Dit kan onder meer door gerichte trainingen (o.a. de-escalatie, omgaan met emotioneel beladen situaties), laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning. Een veilig werkklimaat draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg en het behoud van gemotiveerde medewerkers.

Aanbeveling: wachtlijsten en versterking van de eerstelijnszorg

Door toenemende wachtlijsten voor bepaalde specialismen in ziekenhuizen en beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops van huisartsen vinden patiënten meer en meer moeilijk tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Het is daarom belangrijk om dit probleem ook op federaal niveau te agenderen en in te zetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert te zijn voor de realiteit van wachttijden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.

Jaarverslag 2025

Psychiatrisch Ziekenhuis Heilige
Familie Kortrijk

*Onafhankelijke Ombudsdienst
Geestelijke Gezondheidszorg*

Floor Inghelbrecht



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De Wet op de Patiëntenrechten van augustus 2022 (gewijzigd door de Wet van 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse Overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten informeren over hun mogelijkheden om een klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Patiënten informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren ten aanzien van voorzieningen.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal uitgebracht worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien. OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On! Dit is een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG

Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

INHOUD

Over OOGG	2
Voorwoord	3
1. Inleiding	6
2. Werking ombudsdienst	7
3. Aanbevelingen en uitdagingen	8
3.1. Algemeen	8
3.2. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (artikel 5 Wet Patiëntenrechten)	9
3.3. Het recht op inzage of afschrift van een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (artikel 9 Wet Patiëntenrechten)	11
3.4. Het recht op informatie (artikel 7 Wet Patiëntenrechten)	12
4. Aanmeldingen	14
4.1. Aanmeldingen en aanmelders	14
4.2. Vorm van aanmelden	17
4.3. Inhoud van de aanmelding	20
4.4. Hoofdinterventie	33
4.5. Afsluiting	35
5. Besluit	37

1. Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG) voor het Psychiatrisch Ziekenhuis Heilige Familie Kortrijk. Dit jaarverslag heeft in eerste instantie tot doel de aanbevelingen en aandachtspunten van het afgelopen jaar in kaart te brengen. Daarbij worden de bepalingen van de Wet betreffende de Patiëntenrechten als uitgangspunt genomen.

Daarnaast onderbouwt het onderstaande cijfermateriaal de aanbevelingen en uitdagingen die in dit verslag worden geformuleerd. Voor de registratie maken wij gebruik van het registratiesysteem Go Between.

Het is belangrijk te benadrukken dat wij als ombudsdienst de klachten registreren zoals deze door de patiënten bij ons worden aangebracht. Wij doen geen uitspraak over de waarheidsgetrouwheid van de gemelde feiten. Het is dan ook essentieel om dit in gedachten te houden bij het raadplegen van dit verslag. Het verslag wordt bovendien mondeling toegelicht, waarna ruimte wordt gecreëerd voor dialoog en het delen van eventuele vragen of bedenkingen.

Door het formuleren van aanbevelingen trachten wij elementen te belichten waar volgens ons groeimogelijkheden liggen, met als doel de kwaliteit van de zorg verder te optimaliseren.

Tot slot willen wij de directie, medewerkers, patiënten en hun naasten oprecht bedanken voor hun constructieve medewerking en het vertrouwen dat zij in ons als ombudsdienst stellen.

2. Werking ombudsdienst

Binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis Heilige Familie is de ombudsdienst een laagdrempelige en zichtbare partner voor patiënten. Als externe ombudspersoon ben ik wekelijks op vrijdag aanwezig in het ziekenhuis en daarnaast bereikbaar via de brievenbus, mail en telefoon. Tijdens deze aanwezigheid kunnen patiënten en afdelingen contact opnemen voor vragen of een gesprek.

Het afgelopen jaar stond in het teken van kennismaking en verbinding. Ik heb veel patiënten en medewerkers leren kennen en blijf de organisatie en haar werking verder ontdekken. Deze kennismakingen versterken het vertrouwen en de samenwerking.

De ombudspersoon luistert, informeert, coacht, verwijst door en bemiddelt waar nodig. Daarnaast heeft de ombudsdienst een preventieve rol: door tijdig in gesprek te gaan en signalen ernstig te nemen, kunnen kleine misverstanden vaak worden omgebogen voordat ze tot klachten leiden. Op die manier ondersteunt de ombudsdienst een open gesprekcultuur en een zorgomgeving waarin respect, betrokkenheid en patiëntenrechten centraal staan.

3. Aanbevelingen en uitdagingen

3.1. Algemeen

Voordat we overgaan tot de aanbevelingen en aandachtspunten, is het belangrijk enkele nuances te benadrukken. Sinds april 2025 ben ik actief als externe ombudspersoon in het ziekenhuis. Dit betekent dat we ons nog in een overgangperiode bevinden. En dit na een tijd waarin de aanwezigheid van de ombudspersoon eerder beperkt was. Mogelijks heeft dit invloed op de geregistreerde cijfers, al is dat niet met zekerheid te zeggen. Indien relevant wordt er een vergelijking gemaakt met het jaar 2024.

In 2025 registreerde de ombudsdienst 33 **aanmeldingen** van 15 **verschillende personen**. 58% kwam van individuele patiënten. De overige 42% werd ingediend door familieleden, partners, kennissen of personeelsleden. Het merendeel van de meldingen – 48% – gebeurde schriftelijk, 21% telefonisch, 15% persoonlijk tijdens het spreekuur en 12% via de brievenbus.

Wat het **initiële verzoek** van patiënten betreft zien we vooral het volgende: 36% wenste dat een beslissing van het team of de rechtbank ongedaan werd gemaakt. 24% wou een signaal geven en bij 21% van de meldingen werd de vraag naar het verwerven van informatie gesteld. In 2024 was dit niet het geval; toen werd vooral de vraag naar een luisterend oor gesteld (53%).

Opvallend is dan in 73% van de gevallen de betrokken discipline een multidisciplinair team is. Terwijl dit in 2024 meer verspreid was over verschillende categorieën van disciplines (psychiater, verpleging & voedingsdienst).

3.2. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (artikel 5 Wet Patiëntenrechten)

Het merendeel van de meldingen (72%) heeft betrekking op het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening**, een trend die sinds 2024 zichtbaar is, maar in 2025 licht is afgenomen.

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening kan verder worden onderverdeeld in zeven **subcategorieën**:

- Respectvolle bejegening
- Goede behandeling of begeleiding
- Kwaliteitsvol verblijf of wonen
- Goede hotelservice
- Betalende diensten
- Juiste factuur of correct geldbeheer
- Beschermende maatregelen.

In 2025 had 52% van de meldingen betrekking op ‘goede behandeling of begeleiding’, en 19% op ‘beschermende maatregelen’. Deze cijfers laten zien dat patiënten zich vooral richten op de kern van de zorg: de behandeling, begeleiding en de manier waarop zij bejegend worden. Tegelijk tonen ze dat het werk van de ombudsdienst een belangrijke signaalfunctie vervult. Door het registreren, analyseren en bespreken van deze meldingen kunnen we trends herkennen, aandachtspunten identificeren en bijdragen aan een zorgomgeving waarin patiëntenrechten, kwaliteit en betrokkenheid centraal staan.

Hoewel de wijziging van de Wet Patiëntenrechten dateert van 2024, blijft de toepassing van de nieuwe uitgangspunten actueel en belangrijk. In dit kader verdient de manier waarop patiënten en zorgverleners met elkaar in dialoog gaan bijzondere aandacht.

Een fundamenteel aspect van kwaliteitsvolle dienstverlening is de dialoog tussen patiënt en zorgverlener. Een constructief gesprek maakt het mogelijk om de zorg af te stemmen op de behoeften van de patiënt, binnen de grenzen van de therapeutische vrijheid van de behandelend zorgverlener. Dit vraagt van beide partijen een actieve rol: patiënten delen

relevante informatie en hun eigen wensen, terwijl zorgverleners luisteren, uitleg geven en afwegen hoe zorg het best kan aansluiten bij de patiënt.

In de praktijk botsen patiënten en zorgverleners soms op elkaar. Sommige patiënten hebben de overtuiging dat het team alle beslissingen neemt en dat hun eigen inbreng minder relevant is. Het is de rol van de ombudspersoon om patiënten te ondersteunen om deze overtuigingen te herzien en hen te begeleiden in een constructieve dialoog. Tegelijk is het belangrijk dat zorgverleners voldoende tijd en luisterbereidheid hebben om dit gesprek effectief mogelijk te maken.

Een gelijkwaardige dialoog betekent niet dat patiënt en zorgverlener dezelfde verantwoordelijkheden dragen. De therapeutische vrijheid van de zorgverlener blijft cruciaal, omdat deze verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid omvat voor het resultaat van de zorg.

Patiënten geven daarnaast aan dat beschikbaarheid van de behandelend arts een belangrijke rol speelt in hun gevoel van vertrouwen en herstel. Tegelijk is het belangrijk dat patiënten weten dat zij voor bepaalde vragen ook bij andere zorgverleners terecht kunnen. Helderheid hierover versterkt het vertrouwen en bevordert actieve participatie in het zorgproces.

Aanbevelingen voor de voorziening:

- Zorgverleners voldoende tijd en ruimte geven om in dialoog te gaan met patiënten.
- Scholing voorzien in verbindende communicatie en patiëntgerichte zorg.
- Een open feedbackcultuur verder stimuleren waarin patiënten hun ervaringen vrij kunnen delen.
- Patiënten als volwaardige partners benaderen in hun zorgproces.
- Bewustwording creëren over (onbewuste) vooroordelen binnen teams.
- Inzetten op de inbreng van ervaringsdeskundigen om zodoende te achterhalen wat patiënten als respectvolle zorg ervaren.

Door het versterken van deze elementen kan het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking concreet worden ingevuld, waardoor patiënten zich gehoord en betrokken voelen, en de zorgomgeving zowel respectvol als herstelgericht verder kan evolueren.

3.3. Het recht op inzage of afschrift van een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (artikel 9 Wet Patiëntenrechten)

Een andere grote groep van aanmeldingen (10%) is gelinkt aan het recht op inzage of afschrift van het patiëntendossier. Opvallend is dat hieromtrent in het voorgaande jaar geen enkele klacht werd geregistreerd.

Tijdens gesprekken met de ombudsdienst merken we dat patiënten zich geregeld afvragen wat er precies over hen wordt genoteerd in hun patiëntendossier. Tegelijk zien we dat het opvragen en inzien van het dossier steeds vaker voorkomt. Dit sluit aan bij de bredere beweging van patiëntenparticipatie, waarbij het patiëntendossier wordt gezien als een gezamenlijk werkinstrument van zorgverlener en patiënt.

Een belangrijke **aanbeveling** is om patiënten actief te betrekken bij hun dossier. Concreet kan dit op de volgende manieren:

- Samenvatting van gesprekken: Zorgverleners noteren samen met de patiënt kort de kernpunten van het gesprek, zodat het duidelijk is wat er besproken werd.
- Feedback en correcties: Patiënten krijgen de mogelijkheid om bedenkingen of aanvullingen door te geven die in het dossier kunnen worden opgenomen.
- Toegankelijkheid: Patiënten actief blijven geïnformeerd over hoe en wanneer zij hun dossier kunnen raadplegen

Door deze concrete acties kunnen patiënten niet alleen beter volgen wat er in hun dossier staat, maar draagt dit ook bij aan transparantie, medeverantwoordelijkheid en het voorkomen van misverstanden of klachten.

3.4. Het recht op informatie (artikel 7 Wet Patiëntenrechten)

Het recht op informatie houdt in dat de patiënt alle informatie ontvangt die nodig is om zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan te begrijpen. In 2025 ging ongeveer 10% van de aanmeldingen bij de ombudsdienst over dit recht. Hierbij ging het vaak niet om het ontbreken van informatie, maar om de manier waarop deze werd verstrekt: onvoldoende afgestemd op de individuele patiënt of zonder voldoende gelegenheid tot overleg.

Patiënten geven aan dat tijdige en begrijpelijke informatie hen helpt om keuzes te maken, onzekerheid te verminderen en actief deel te nemen aan hun zorgproces. In de praktijk merken we dat patiënten vaak behoefte hebben aan:

- Heldere uitleg over diagnose en behandeling, inclusief risico's, voordelen en alternatieven.
- Mogelijkheid tot dialoog, zodat vragen gesteld kunnen worden en persoonlijke voorkeuren duidelijk worden.
- Toegankelijke informatie, bijvoorbeeld in de vorm van schriftelijke samenvattingen, visuele hulpmiddelen of digitale ondersteuningsmiddelen, zodat patiënten de informatie ook later kunnen teruglezen.

Het recht op informatie is dus nauw verbonden met vertrouwen, betrokkenheid en medezeggenschap. Wanneer de informatieverstrekking niet goed verloopt, kan dit bij patiënten leiden tot onzekerheid of een gevoel van machteloosheid. De ombudsdienst ondersteunt patiënten door hen te begeleiden in het formuleren van vragen en het voorbereiden van constructieve gesprekken met zorgverleners. Tegelijk is het belangrijk dat zorgverleners voldoende tijd, luisterbereidheid en communicatieve vaardigheden inzetten om het gesprek effectief te laten verlopen.

Aanbevelingen voor de voorziening

- **Duidelijke en toegankelijke communicatie:** informatie begrijpelijk maken en waar nodig ondersteunen met schriftelijke of visuele samenvattingen.
- **Ruimte voor dialoog:** voldoende tijd inplannen zodat patiënten vragen kunnen stellen en hun voorkeuren kunnen bespreken.
- **Feedback en continu verbeteren:** patiënten stimuleren om terugkoppeling te geven over de manier van informatieverstrekking, zodat processen kunnen worden verbeterd.

Door het recht op informatie op deze manier concreet in te vullen, worden patiënten beter geïnformeerd, voelen zij zich gehoord en actief betrokken, en wordt het zorgproces transparanter en meer participatief.

4. Aanmeldingen

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 20/01/2025, de laatste op 09/12/2025.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 33, het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 32.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Categorie	2022	2023	2024	2025
Aanmeldingen	22	27	19	33
Aanmelders	17	21	17	15

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van 2025 met deze van 2024.

4.1. Aanmeldingen en aanmelders

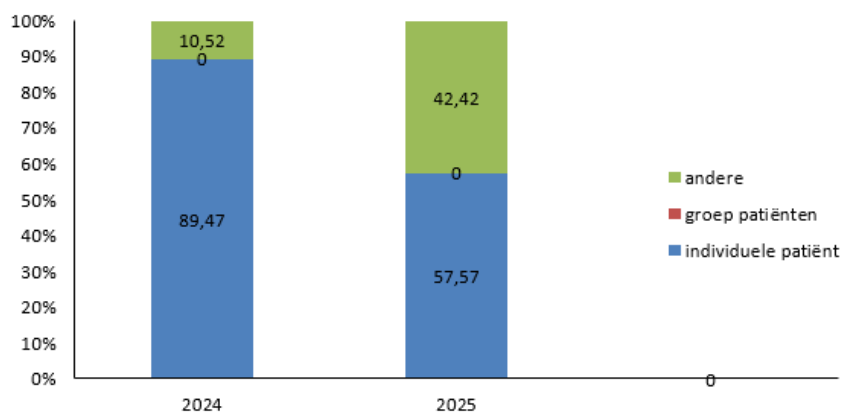
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Aanmeldingen	19		33	
Aanmelders	17		15	
Tijd tussen aanmelding en eerste persoonlijk contact				
Aantal aanmeldingen met eerste persoonlijk contact				
Op dezelfde datum	12	75,00	15	45,45
Binnen de week	4	25,00	17	51,51
Binnen de twee weken	-	-	1	3,03
Binnen de 4 weken	-	-	-	-
Later dan 4 weken	-	-	-	-
Totaal	16	100	33	100

Aantal persoonlijke contacten per aanmelding				
Aantal aanmeldingen met				
<i>Geen enkel contact</i>	3	15,78	-	-
<i>1 contact</i>	11	57,89	5	15,15
<i>2 contacten</i>	3	15,78	12	36,36
<i>3 contacten</i>	-	-	2	6,06
<i>Meer dan 3 contacten</i>	2	10,52	14	42,42
Totaal	19	100	33	100
Grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		7	
Verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
Totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	18		32	

De **33** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 15 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Individuele patiënt	17	89,47	19	57,57
Groep patiënten	-	-	-	-
Andere	2	10,52	14	42,42
Totaal	19	100	33	100

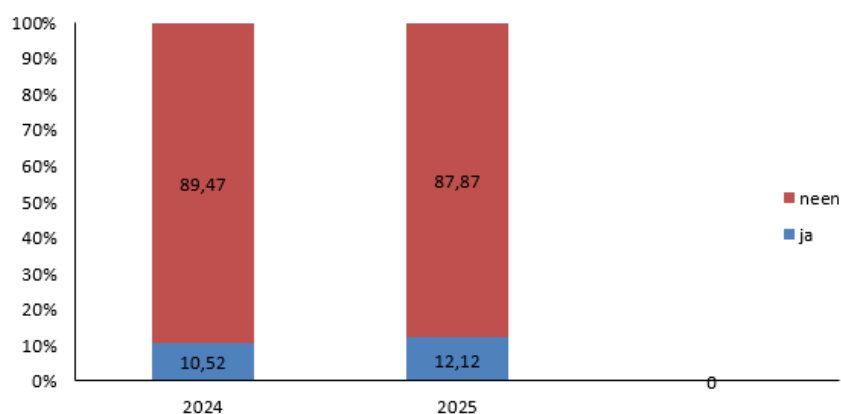
Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



Initiële aanmelder indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Familielid/partner	1	50,00	14	100,00
Kennis	1	50,00	-	-
Personeelslid	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-
Totaal	2	100	14	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



4.2. Vorm van aanmelden

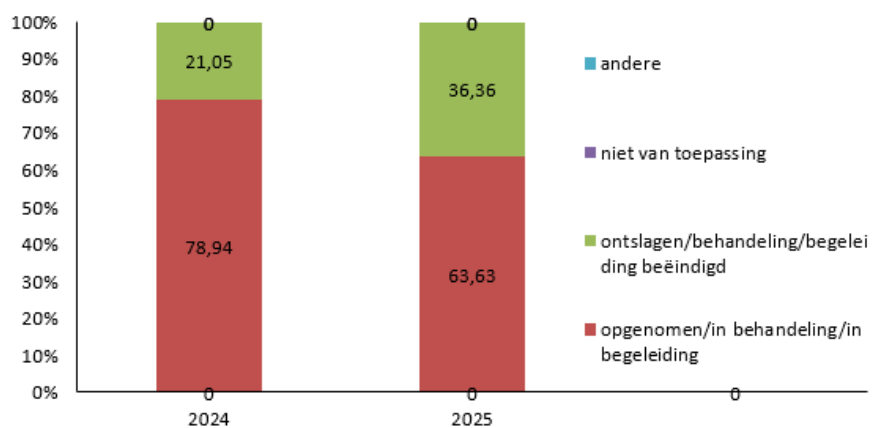
Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Direct contact	-	-	5	15,15
Schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	2	10,52	16	48,48
Telefonisch	8	42,10	7	21,21
Chat	-	-	1	3,03
Algemeen mailadres	-	-	-	-
Schriftelijk: brievenbus	9	47,36	4	12,12
Totaal	19	100	33	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	2	10,52	7	21,21
Luisterend oor	10	52,63	2	6,06
Signaal	3	15,78	8	24,24
Bemiddeling: pendeldiplomatie	2	10,52	-	-
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	1	5,26	-	-
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	1	3,03

Financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	1	3,03
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	1	5,26	12	36,36
Sanctie/represaille	-	-	2	6,06
Andere	-	-	-	-
Totaal	19	100	33	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
Opgenomen/in behandeling/in begeleiding	15	78,94	21	63,63
Ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	4	21,05	12	36,36
Niet van toepassing	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-
Totaal	19	100	33	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



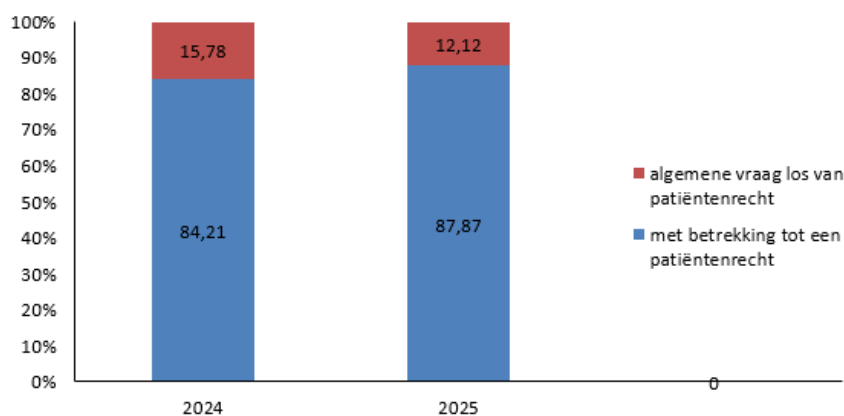
4.3. Inhoud van de aanmelding

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Geen	6	31,57	2	6,06
Psychiater	5	26,31	2	6,06
Huisarts	-	-	1	3,03
Andere arts	-	-	-	-
Apotheker	-	-	-	-
Verpleging	2	10,52	1	3,03
Persoonlijke begeleider	-	-	1	3,03
Sociale dienst	-	-	-	-
Psycholoog	1	5,26	-	-
Therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	-	-
Diëtist	-	-	-	-
Multidisciplinair team	1	5,26	24	72,72
Administratieve dienst	-	-	2	6,06
Technische dienst	-	-	-	-
Voedingsdienst	3	15,78	-	-
Poetsdienst	1	5,26	-	-
Directie	-	-	-	-

Bewindvoerder	-	-	-	-
Ombudspersoon	-	-	-	-
Wasserij	-	-	-	-
Beleid	-	-	-	-
Afdelingsverantwoordelijke	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-
Totaal	19	100	33	100

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 patiëntenrechten.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

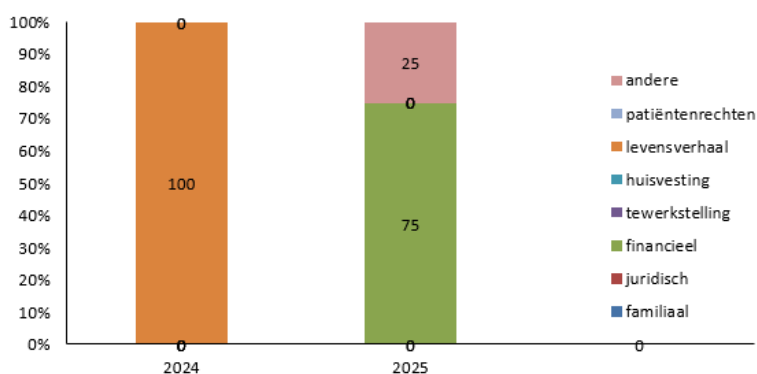


Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Familiaal	-	-	-	-
Juridisch	-	-	-	-

Financieel	-	-	3	75,00
Tewerkstelling	-	-	-	-
Huisvesting	-	-	-	-
Levensverhaal	3	100,00	-	-
Patiëntenrechten	-	-	-	-
Andere	-	-	1	25,00
Totaal	3	100	4	100

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. Kwaliteitsvolle dienstverlening	14	87,50	21	72,41
2. Vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. Informatie	2	12,50	3	10,34
4. Geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. Inzage patiëntendossier	-	-	3	10,34

6. Bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. Klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. Wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. Vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. Pijnbestrijding	-	-	2	6,89
Totaal	16	100	29	100

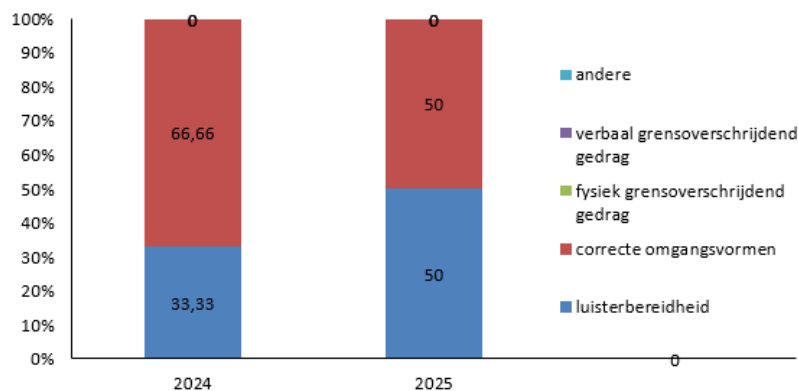
Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening wordt in de volgende tabellen opgesplitst in subcategorieën. Elke subcategorie wordt verder gepreciseerd.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. Respectvolle bejegening	3	21,42	2	9,52
1.2. Goede behandeling/begeleiding	3	21,42	11	52,38
1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	7,14	2	9,52
1.4. Goede hotelservice	5	35,71	1	4,76
1.5. Betalende diensten	-	-	-	-
1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	1	4,76
1.7. Beschermende maatregelen	2	14,28	4	19,04
Totaal	14	100	21	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Luisterbereidheid	1	33,33	1	50,00
Correcte omgangsvormen	2	66,66	1	50,00
Fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
Verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-
Totaal	3	100	2	100

1.1. Respectvolle bejegening



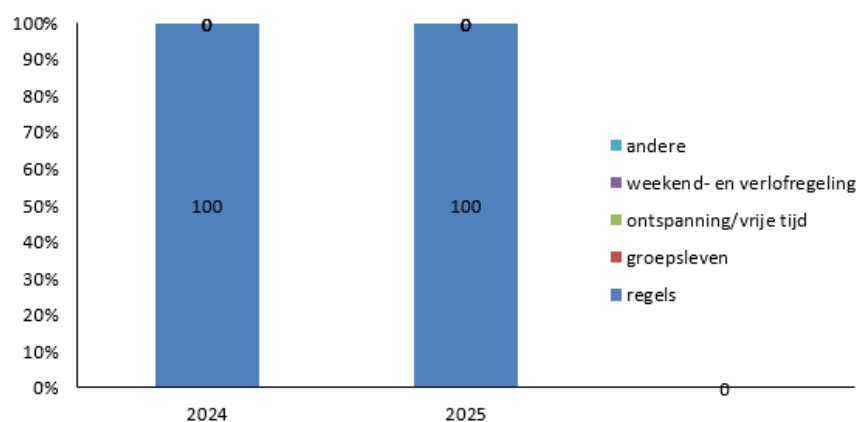
1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Diagnose	1	33,33	-	-
Somatische verzorging	-	-	-	-
Medicatie	1	33,33	-	-
Individuele therapie	-	-	4	36,36
Groepstherapie	-	-	-	-
Voldoende beschikbaarheid	-	-	2	18,18
Betrokkenheid familie	-	-	2	18,18
Start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
Beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	3	27,27
Overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
Overplaatsing naar een andere voorziening	1	33,33	-	-
Andere	-	-	-	-
Totaal	3	100	11	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Regels	1	100,00	2	100,00
Groepsleven	-	-	-	-
Ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
Weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-
Totaal	1	100	2	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

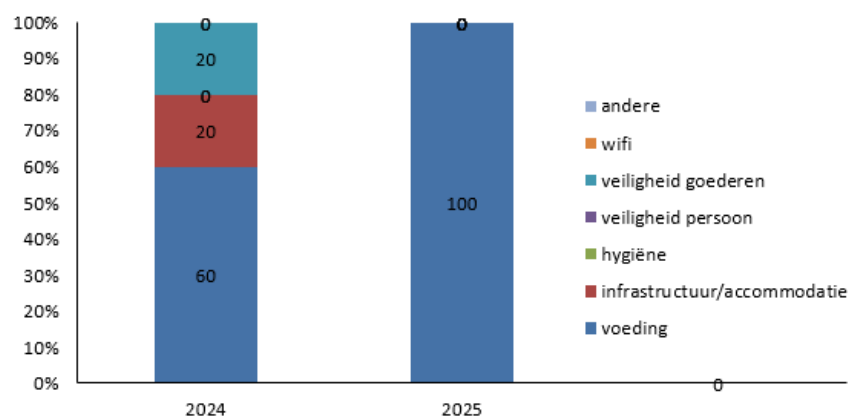


1.4. Goede hotelservice

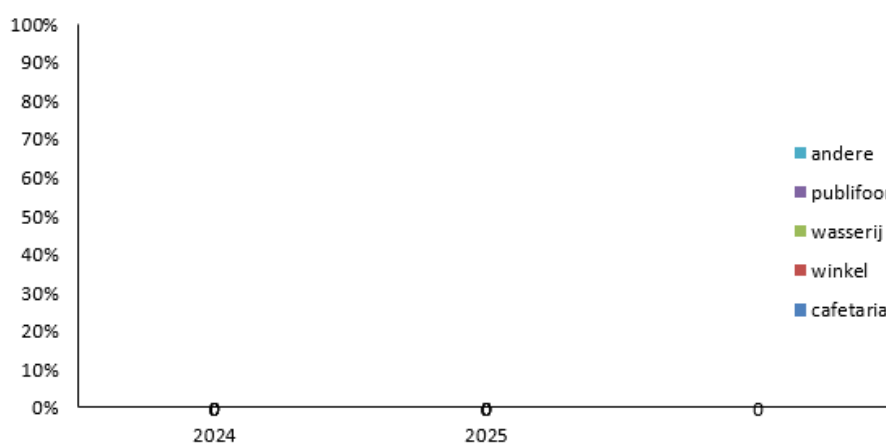
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Voeding	3	60,00	1	100,00
Infrastructuur/accommodatie	1	20,00	-	-
Hygiëne	-	-	-	-

Veiligheid persoon	-	-	-	-
Veiligheid goederen	1	20,00	-	-
Wifi	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-
Totaal	5	100	1	100

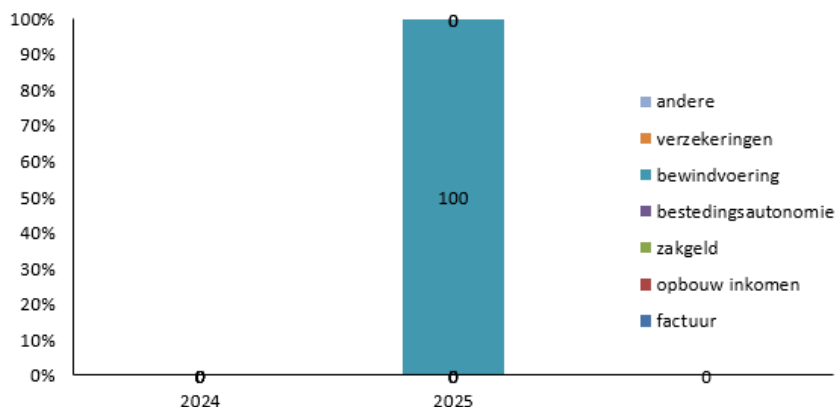
1.4. Goede hotelservice



1.5. Betalende diensten



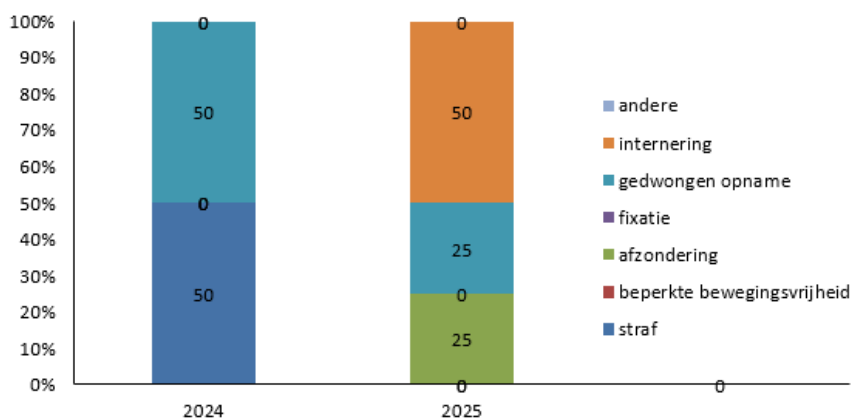
1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer



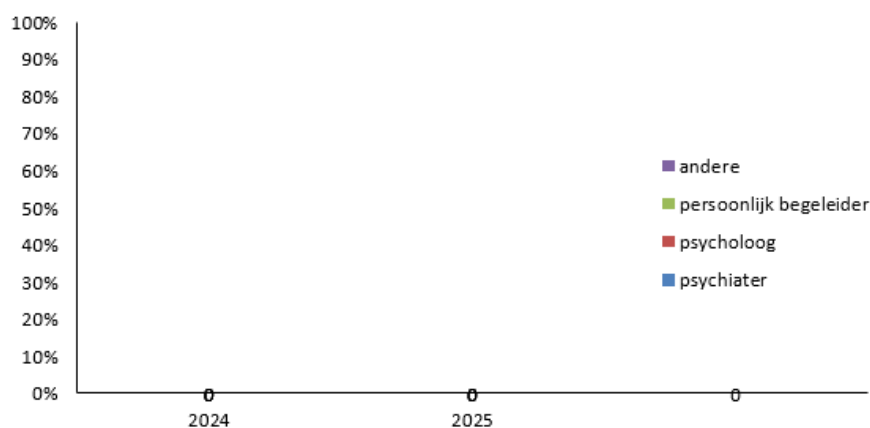
1.7. Beschermende maatregelen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Straf	1	50,00	-	-
Beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
Afzondering	-	-	1	25,00
Fixatie	-	-	-	-
Gedwongen opname	1	50,00	1	25,00
Internering	-	-	2	50,00
Andere	-	-	-	-
Totaal	2	100	4	100

1.7. Beschermende maatregelen



2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

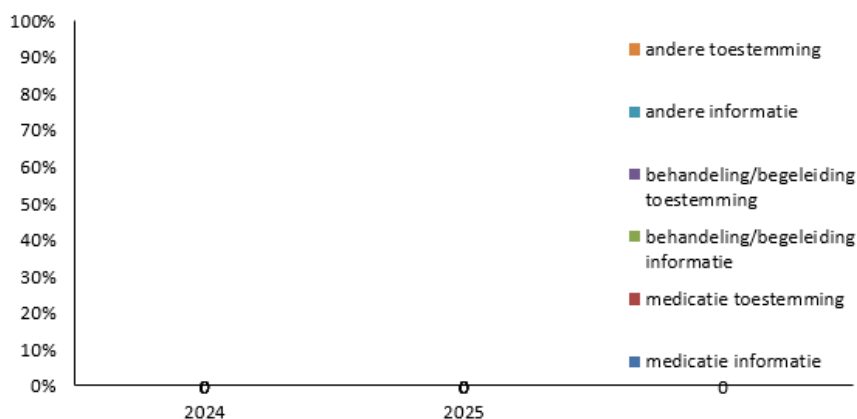


3. Recht op informatie

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Diagnose	-	-	-	-
Duur	-	-	-	-
Kosten	-	-	-	-
Tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
Alternatieven	-	-	-	-
Andere	2	100,00	3	100,00

Totaal	2	100	3	100

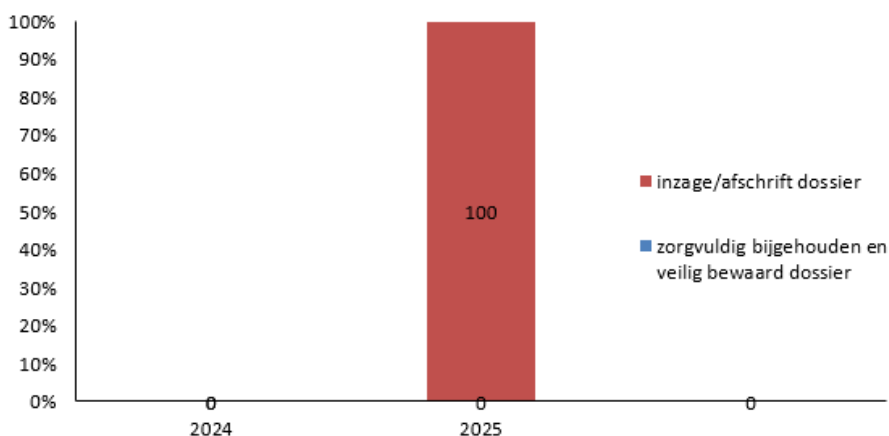
4. Recht op geïnformeerde toestemming



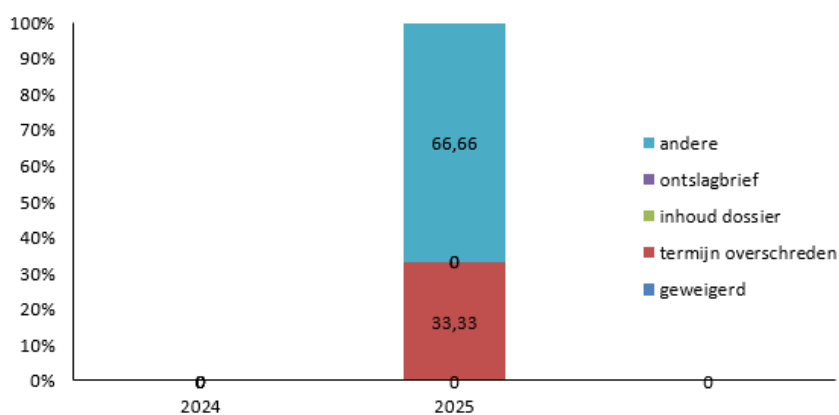
5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
Inzage/afschrift dossier	-	-	3	100,00
Totaal	-	-	3	100

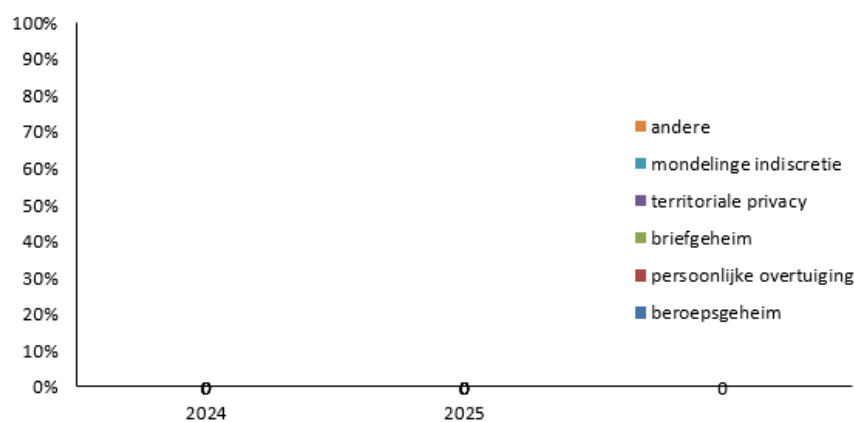
5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier



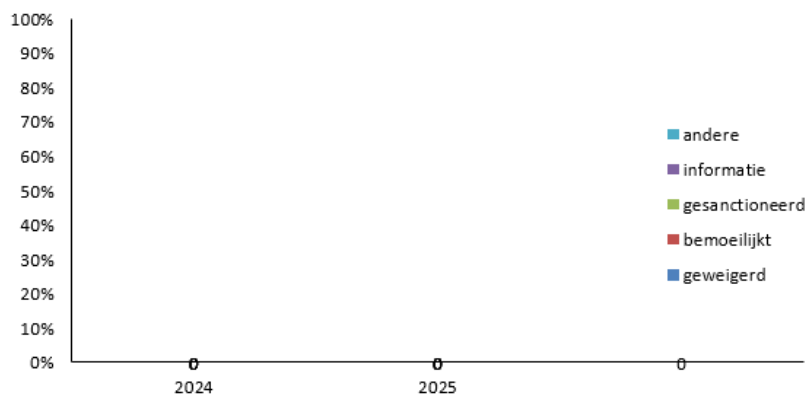
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Geweigerd	-	-	-	-
Termijn overschreden	-	-	1	33,33
Inhoud dossier	-	-	-	-
Ontslagbrief	-	-	-	-
Andere	-	-	2	66,66
Totaal	-	-	3	100



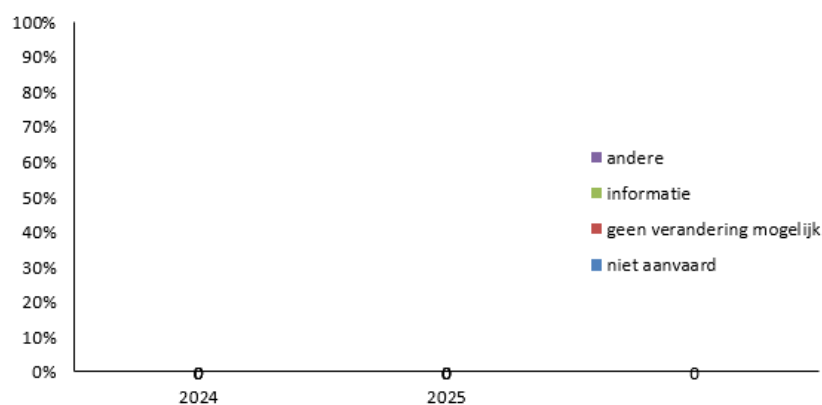
6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer



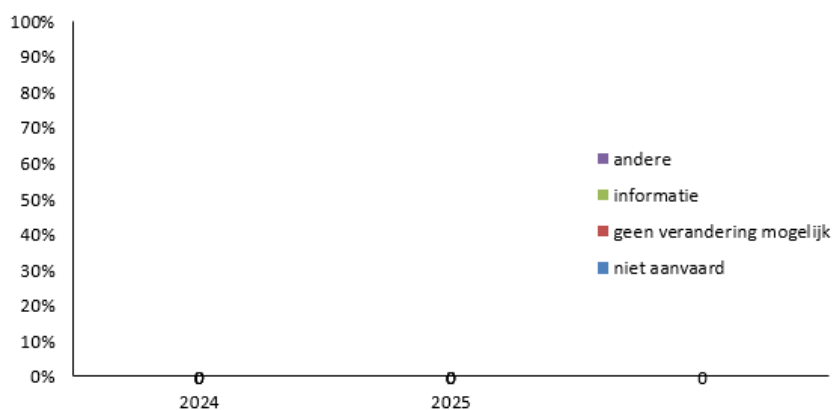
7. Recht op klachtenbemiddeling



8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger



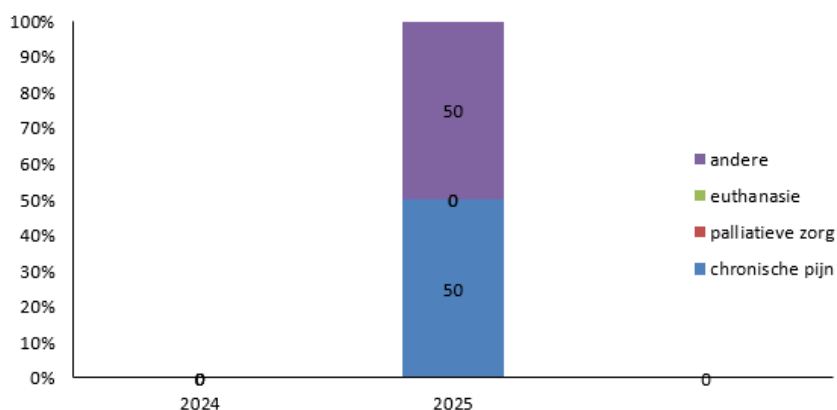
9. Recht op een vertrouwenspersoon



10. Recht op pijnbestrijding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Chronische pijn	-	-	1	50,00
Palliatieve zorg	-	-	-	-
Euthanasie	-	-	-	-
Andere	-	-	1	50,00
Totaal	-	-	2	100

10. Recht op pijnbestrijding



4.4. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten meldingen (32). 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 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. We registreren slechts de belangrijkste interventie en dus niet alle die er eventueel aan vooraf gaan.

Hoofdinterventie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Luisteren	8	44,44	6	18,75
Doorverwijzen intern	1	5,55	2	6,25
Doorverwijzen extern	-	-	-	-
Informereren	6	33,33	7	21,87
Signaleren	-	-	1	3,12
Coachen	2	11,11	3	9,37
Pendelbemiddeling	-	-	13	40,62
Samenbrengen van de partijen	1	5,55	-	-
Verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	-	-
Totaal	18	100	32	100

4.5. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Op dezelfde datum als de aanmelding	5	27,77	1	3,12
Binnen de week	6	33,33	9	28,12
Binnen de twee weken	-	-	2	6,25
Binnen de vier weken	2	11,11	10	31,25
Later dan vier weken	5	27,77	10	31,25
Totaal	18	100	32	100

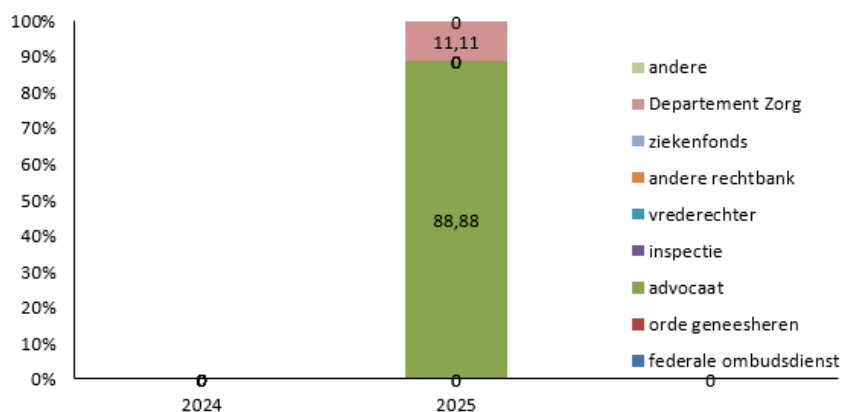
Aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	9	21

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 in beslag kan nemen.

Tot slot geven we de eventueel door de ombudspersoon voorgestelde 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Federale ombudsdienst	-	-	-	-
Orde geneesheren	-	-	-	-
Advocaat	-	-	8	88,88
Inspectie	-	-	-	-
Vrederechter	-	-	-	-
Andere rechtbank	-	-	-	-
Ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	1	11,11
Andere	-	-	-	-
Totaal	-	-	9	100

Voorgestelde verdere stappen



5. Besluit

We leven in een tijd waarin veel mensen hoge verwachtingen koesteren, zowel ten aanzien van zichzelf als van de wereld om zich heen. Soms uit dit zich in een vraag naar gesprek, bemiddeling of een voorstel tot verbetering. Tegelijk kan dit zich ook uiten in een verlangen naar sancties als manier om opnieuw grip te krijgen op een situatie of rechtvaardigheid te ervaren. In die context is het de opdracht van de ombudspersoon om ruimte te maken voor alle perspectieven en deze samen te brengen in een constructief en verbindend verhaal.

Dat verhaal kunnen wij niet alleen schrijven. Het vraagt partnerschap en wederzijds engagement. Elke dag opnieuw ervaren wij dat patiënten en zorgverstrekkers blijven investeren in de relatie met elkaar en dat onze rol als ombudsdienst daarin wordt gewaardeerd. Het vertrouwen dat wij dagelijks ontvangen van patiënten, zorgverleners, directies en overheid vormt daarbij een onmisbare basis. Hiervoor willen wij iedereen oprecht bedanken.

De ombudsdienst blijft een cruciale schakel tussen patiënten en hulpverleners. Klachten en meldingen worden niet enkel geregistreerd, maar krijgen ook betekenis als waardevolle signalen die bijdragen aan reflectie en structurele verbeteringen.

Wij hopen dat dit verslag bijdraagt aan een voortdurende dialoog en aan verdere gezamenlijke inspanningen om de rechten, het welzijn en het vertrouwen van patiënten te blijven versterken.

Jaarverslag van ombudsdienst AZ Voorkempen
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Voorkempen
Adres	Oude Liersebaan 4, 2390 Malle
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	71053686
Type	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	250 klassieke bedden
Aantal campussen	Eén
Naam ombudspersoon	Elke Van Passel
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	06/01/2020
Bestaffing	0,5 FTE

Registratiesysteem	Zenya
Huishoudelijk reglement	24/01/2025
Vormingen 2025	EHBO (4 u) Lunchseminarie Sint Maarten: getuigenis belang van informatie Nexus: Creatief denken in Bemiddeling (4u)
Werkingssterrein van de ombudsdienst	Klachtenbemiddeling Aangiften verzekering BA Lid stuurgroep patiëntenparticipatie Lid VVOVAZ Ondersteuning initiatief "Coffee with the Emergencyteam" Preventieve acties: opleiding Grenzen, Wet Patiëntenrechten en werking ombudsdienst Deelname inscholingsdagen nieuwe medewerkers
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	De ombudsdienst aanhoort de klacht De ombudsdienst bevraagt wat de melder zelf al heeft geprobeerd en bespreekt eventuele mogelijkheden De ombudsdienst onderzoekt de klacht De ombudsdienst kijkt samen met de betrokkenen welke bemiddelingsacties aangewezen en mogelijk zijn De ombudsdienst plant deze acties en begeleidt waar aangewezen De ombudsdienst voorziet steeds een terugkoppeling De ombudsdienst verwijst door in het geval van ontevredenheid over de bemiddeling of het resultaat De ombudsdienst formuleert concrete aanbevelingen

Behandeling van klachten en onvrede

De ombudsdienst neemt kennis van de meldingen. Telefonische en persoonlijk gebrachte meldingen worden direct besproken. Bij schriftelijke meldingen en bij meldingen via het antwoordapparaat wordt de melder zo snel mogelijk (meestal binnen de twee dagen) gecontacteerd. Eerst en vooral wordt afgetoetst of de betrokken patiënt op de hoogte is en akkoord gaat met de melding. Als dat niet zo is, kan de melder zijn gerieven wel kwijt, maar worden er verder geen stappen gezet. Via vraagstelling probeert de ombudsdienst een zo helder mogelijk beeld te krijgen van de ontevredenheid van de melder en van diens verwachtingen. Indien nodig worden verwachtingen bijgesteld. Vervolgens wordt de “andere partij” gecontacteerd en wordt de melding aan hem voorgelegd. Er wordt gevraagd om te reageren op de melding. Er is ruimte om de situatie vanuit het eigen standpunt te duiden. Vervolgens gaat de ombudsdienst op zoek naar antwoorden, verduidelijkingen, rechtzettingen, excuses enzovoort die nodig zijn om het vertrouwen van de melder in het ziekenhuis te herstellen. Er gebeurt steeds een terugkoppeling naar de melder alvorens een melding af te ronden. Elke melding wordt geregistreerd in Zenya.

De meeste meldingen kunnen afgerond worden op een manier waarover beide partijen naar inschatting tevreden zijn. Opvallend is dat melder na de terugkoppeling per mail zelden de tijd nemen om te laten weten dat ze tevreden zijn. Als zij ontevreden zijn, hoort de ombudsdienst dat doorgaans wel en wordt er verder gezocht naar mogelijke antwoorden of wordt er verwezen naar alternatieven na de ombudsdienst.

Sommige meldingen maken zaken zichtbaar waar verbetering mogelijk of nodig is. In onderling gesprek komen die zaken boven drijven en het zijn meestal de afdelingsverantwoordelijken, artsen of directie die deze verbeteracties initiëren. De ombudsdienst ervaart hier een grote bereidwilligheid om te doen wat binnen de mogelijkheden ligt.

Sommige meldingen leggen dieperliggende problemen bloot, denk maar aan personeelstekort of de toenemende druk op de zorg. Als ombudsdienst vervullen we soms de rol op van klankbord of zijn we een veilige plaats waar even kan geventileerd worden.

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

Aantal klachtendossiers	266
Aantal infodossiers	20
Aantal pro actieve dossiers	36
Aantal opvragingen patiëntendossier	8
Aantal ‘andere’	4
TOTAAL	344

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	121
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)**	3
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	13
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)	17

Tabellen/grafieken; klachtenratio:						
C	D	E	G	M	SPLOCO	TOTAAL
60	87	20	48	15	20	250
Klachtenratio = 1/1000						
Totaal aantal opgenomen patiënten			18036			
Totaal aantal dagopnames/dagziekenhuispatiënten			21705			
Totaal aantal ambulante patiënten			246234			
Totaal			285975			

Vorm van de klacht

Schriftelijk	210
Telefonisch	83
Persoonlijk	28

Verwachtingen van de klager

Informatie	10
Luisterend oor / opvang	70
Signaal	120
Pendelbemiddeling	39
Rechtstreekse bemiddeling	8
Oplossing	82
Schadeclaim	21
Correctie factuur	39
Andere	1

Doorlooptijd van de klachtenbemiddeling

< 24 u	107
2-10 dagen	151
11-20 dagen	38
21-30 dagen	15
31-60 dagen	4
61-90 dagen	2
Meer dan 90 dagen	0

Aanbevelingen

Grenzen aangeven: Ik raad medewerkers en patiënten aan om naar elkaar, maar ook onderling te praten over wat niet goed voelt, aan te geven wat energie vreet en grenzen aan te geven waar nodig. Een sfeer van openheid, het besef dat mensen verschillen én het durven aangeven van grenzen zijn erg belangrijk voor een vlotte samenwerking die het welzijn van de patiënt zal vergroten.

Empowerment: Wanneer medewerkers met een hiërarchische positie tegenover medewerkers die “onder” hen staan geloof en vertrouwen hebben, maakt dit mensen sterker en komen hun kwaliteiten beter tot hun recht. Dit geloof, dit vertrouwen in elkaars kunnen, zal vervolgens automatisch haar weg vinden naar de relatie tussen de medewerker en de patiënt. Zo creëren we een omgeving waarin iedereen kan ontwikkelen in het belang van de goede zorg voor patiënten.

Hoofd én hart: In de drukte van de dag, de hectiek en de propvolle agenda's zouden we tijd moeten maken om regelmatig even te voelen. Het hoofd neemt over wanneer het druk is en we moeten overleven: procedures, richtlijnen, kennis en wetenschap. Patiënten en hun naasten zijn vaak een en al emotie: angst, verdriet, pijn en boosheid. Als gezondheidszorgbeoefenaars er niet in slagen om geraakt te worden als mens door een geëmotioneerde patiënt, ontstaat er letterlijk kortsluiting. En daar zijn geen procedures voor!

Open Disclosure: Speel open kaart wanneer er iets niet loopt zoals gepland. Doe dit zelf en snel. Het is helend voor iedereen als er samen gerouwd kan worden over iets wat verloren is: het gevoel in een been, de hoop op volledig herstel, een mooi juweel, tijd die verloren gaat bij een herstelgreep. Open Disclosure is een mooie term voor transparantie. Vertel wat er is fout gegaan, hoe dit precies is kunnen gebeuren en zeg ook dat je het erg vindt. Als er aansprakelijkheid betrokken zou kunnen zijn, doe daar dan geen uitspraken over maar zorg ervoor dat de verzekering wordt ingeschakeld.

Afstemming: Een goede relatie met een patiënt vraagt tijd en investering. Een pre-operatief consult, een nazorg-consult, de bedside briefing, de informele babbeltjes en even tijd maken om over koetjes en kalfjes te praten zijn allemaal manieren om te groeien in dat afstemmingsproces dat zo belangrijk is om te kunnen inschatten welke informatie voor welke patiënt van belang is, welk zorgtraject voor deze patiënt het meest aangewezen is en waar je als gezondheidszorgbeoefenaar voor deze patiënt rekening mee moet houden. De patiënt verandert in een mens als je als gezondheidszorgbeoefenaar investeert in de relatie.

Informed Consent: Ik doe de aanbeveling om vanaf een bepaald bedrag gebruik te maken van een gestandaardiseerd Informed Consent document én om bij de ondertekening van het kamerkeuzeformulier meer transparantie te beogen dan de eenvoudige aanduiding dat artsen ereloonsupplementen kunnen aanrekenen tot 200 procent.

Medische verslagen: Ik doe de aanbeveling aan artsen om samen een soort reflectiekader uit te werken om na te denken over de impact van een medisch verslag, over het verschil tussen medisch relevant en niet medische relevant, over de verantwoordelijkheid van een arts wanneer hij stukken uit verslagen van andere artsen overneemt.

Pijnbeleving: Mijn aanbeveling blijft dat we met ons allen gevoelig moeten blijven voor de pijnbeleving van de ander, dat we ons handelen goed moeten kaderen en dat we naar afstemming moeten blijven zoeken tussen de beleving van de patiënt en de deskundigheid van de gezondheidszorgbeoefenaar.

Jaarverslag van ombudsdienst AZ Glorieux Ronse
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Glorieux
Adres	Glorieuxlaan 55 9600 Ronse
Gewest	Vlaams Gewest
Erkeningsnummer	550
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	340 erkende bedden
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Lamoral Emmilie
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	02/11/2021
Bestaffing	1 medewerker aan 0.7 FTE

Lokalisatie dienst	Het bureau is gescheiden van de gespreksruimte. De gespreksruimte bevindt zich aan het onthaal van het ziekenhuis. Op deze manier hoeft de patiënt zich niet te verplaatsen doorheen het ziekenhuis. Bij aanmelding aan de balie haal ik de patiënt op en neem hem mee naar de gespreksruimte.
Registratiesysteem	Zenya
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Laatste versie; augustus 2024. Voor de patiënt terug te vinden op de website van het ziekenhuis; Meldingen en klachten - azGlorieux of op te vragen aan een medewerker. Intern raadpleegbaar bij de procedures.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisopleiding bemiddeling MEDIV voorjaar 2025.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	VVOVAZ bijeenkomsten
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>	Uittreksel uit het huishoudelijk reglement: • Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie; • Het voorkomen van misnoegdheid en klachten door de communicatie tussen de klager en de beroepsbeoefenaar te bevorderen; • Het opvangen en registreren van klachten, alsook het bemiddelen met het oog op het bereiken van een oplossing of herstel; • Het informeren van de klager over de mogelijkheden voor de verdere afhandeling van zijn klacht en/of informeren over eventuele alternatieve mogelijkheden; • Het formuleren van aanbevelingen om herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten te voorkomen; • Het beheren van documenten en gegevens in verband met klachten en de werking van de dienst; • Het opmaken van een jaarverslag overeenstemmend met de geldende wettelijke bepalingen terzake , met een overzicht

	van het aantal en het voorwerp van de klachten en het resultaat van de tussenkomsten tijdens het voorbije kalenderjaar • Naast de taak van bemiddeling bij klachten staat de ombudspersoon ook in voor de verwerking van vragen naar inzage dossier en afschrift dossier, tenzij dit rechtstreeks door de beroepsbeoefenaar wordt geregeld. • Tenslotte, fungeert de ombudspersoon ook als tussenpersoon bij de opstart en opvolging van relevante verzekeringsdossiers en deze van het FMO.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Uittreksel uit het huishoudelijk reglement; Alle klachten worden door de ombudspersoon behandeld, ook zij die niet rechtstreeks betrekking hebben op de wet op de patiëntenrechten. 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. 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. Anonieme klachten (= zonder identificatie van de klager) worden geregistreerd en eventueel onderzocht. Ze worden niet teruggekoppeld aan de klager, ook al kan de identiteit van de klager achterhaald worden aan de hand van de casus. In het geval klagers zich persoonlijk naar het ziekenhuis begeven is het onthaal van het ziekenhuis het eerste aanspreekpunt. Zij verwittigen de ombudspersoon telefonisch. De ombudspersoon werkt zo veel mogelijk op afspraak bij het voeren van persoonlijke gesprekken met de klager. Indien een klacht wordt geuit aan een medewerker van het ziekenhuis en de betrokken medewerker/zorgverstreker slaagt er niet zelf in de ontevredenheid van de patiënt weg te nemen, dan moet aan de klager gemeld worden dat er een ombudspersoon in het ziekenhuis beschikbaar is. De klager beslist dan zelf of hij zijn klacht bij deze uit. De betrokken medewerker/zorgverstreker en klager worden steeds aangemoedigd zelf de verantwoordelijkheid in het dispuut te nemen en de confrontatie in eerste instantie met elkaar aan te gaan. Patiënten worden geïnformeerd over hun recht om een klacht te uiten via informatie op de ziekenhuiswebsite, in brochures of op informatieschermen. Afhandeling van de klacht Afhankelijk van de situatie of de wijze van uiten van de klacht wordt de klager gehoord. In deze fase wordt aan de klager 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. Indien blijkt dat de ombudsdienst niet bevoegd is voor de behandeling van een klacht, wordt dit

	(schriftelijk) meegedeeld aan de klager en indien mogelijk doorverwezen naar de bevoegde instantie. De ombudspersoon heeft geen onderzoeksbevoegdheid wat betreft de grond van de zaak en kan zich niet uitspreken over de aard van de problematiek (wel of geen medische fout, therapeutisch risico of toeval, schuld ...). Dit vraagt een afzonderlijke deskundigheid. Elk geformuleerd voorstel staat dan ook volledig los van genoemde aard, en vormt op zichzelf geen erkenning of bevestiging van fout, schuld en dergelijke meer. Afhankelijk van de inhoud van de klacht wordt een rechtstreeks of onrechtstreekse bemiddeling gevoerd. <i>Rechtstreeks bemiddeling</i> Er wordt een gesprek georganiseerd met de klager (eventueel vergezeld van familieleden of vertrouwenspersoon), betrokken beroepsbeoefenaar(s) en de ombudspersoon. De klacht wordt rechtstreeks afgehandeld. <i>Onrechtstreeks bemiddeling</i> De klacht wordt besproken met de betrokken beroepsbeoefenaar(s) of de verantwoordelijke directeur. Het registratiedocument wordt doorgemailed, met eventueel een brief of andere bijlagen van de klager (bv. foto's, medische verslagen...) 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). De ombudsdienst poogt een voor alle partijen haalbare oplossing te bereiken en houdt alle partijen op de hoogte (schriftelijk of mondeling) over het resultaat van de bemiddeling. Wanneer blijkt dat een klacht ook mogelijk financiële implicaties heeft, kan de ombudspersoon de facturen die betrekking hebben op de klacht bij de dienst boekhouding laten blokkeren. Bij het afsluiten van het ombudsdossier zal de ombudspersoon de facturen laten deblokken en bij een akkoord de facturen laten aanpassen. Indien de klager tijdens of na het bemiddelingsproces een schadeclaim uit, meldt de ombudspersoon de klacht aan de betrokken arts en zal diens verzekeraar ingeschakeld worden. Opvolging na meedelen besluit Indien de klager akkoord gaat met het voorstel, wordt het dossier afgesloten. Indien hij niet akkoord gaat wordt gezocht naar een andere oplossing of wordt de klager voorgesteld welke andere mogelijkheden er zijn om zijn klacht te behandelen, Binnen een termijn van maximaal 3 maanden, tellend vanaf het moment van het uiten van de klacht, moet, behoudens onvoorziene omstandigheden, een oplossing gevonden zijn/een alternatief geboden zijn die voor partijen aanvaardbaar is. Verwerking, verslag, aanbevelingen Alle klachten worden geregistreerd in een in een elektronisch bestand (Sharepoint/Intranet), dat uitsluitend door de ombudspersoon kan geraadpleegd worden.

	Driemaandelijks wordt door de ombudspersoon anoniem verslag uitgebracht in het Directiecomité over afgewerkte klachten of klachten waarbij er een nieuwe, belangrijke evolutie is. Klachten waarin een beslissing door het Directiecomité dient te worden genomen, worden telkens meegenomen naar het eerst mogelijke Directiecomité. De klachten die in het Directiecomité werden besproken (ter besluitvorming of alleen als rapportage) worden geanonimiseerd opgenomen in het verslag van het Directiecomité. Uit de gegevens van de databank wordt het jaarverslag opgemaakt. Uit de resultaten worden aanbevelingen gedaan aan het directiecomité om te vermijden dat de klacht zich herhaalt. Aanbevelingen kunnen ook gebeuren op het periodiek overleg met het directiecomité, en hoeven niet te wachten tot het jaarverslag is opgemaakt.
Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
1) Er wordt gewerkt vanuit de volgende ingesteldheid; elke ontvangen klacht wordt bekeken en beantwoord. De ombudspersoon streeft naar een oplossing of herstel, maar kan niet garanderen dat dit ook gerealiseerd wordt. 2) Het vertrekpunt van de klacht is steeds vanuit het perspectief van de patiënt; hierbij is het belangrijk om van de patiënt een duidelijk beeld van de klacht te krijgen. 3) De verwachtingen van de patiënt worden bevraagd en hiermee komt ook de rol van de ombudsdienst ter sprake. 4) Indien het gaat om een klacht tegenover een zorgverlener; wordt gevraagd of de betrokken zorgverlener al aangesproken werd en wat zijn/haar reactie was. Als dit niet gebeurde, wordt gevraagd naar de redenen hiertoe. Indien mogelijk wordt de klager aangemoedigd om in eerste instantie zelf contact op te nemen met de zorgverlener. 5) Er komt aan bod welke stappen genomen zullen worden vanuit de ombudsdienst en met welke termijn de patiënt rekening dient te houden. 6) De betrokken personen in het ziekenhuis worden door de ombudsdienst gecontacteerd. Een dialoog met de betrokken zorgverleners wordt gestart. Hierbij wordt gepoogd om tot een oplossing te komen die voor alle betrokkenen aanvaardbaar is en goed voelt. 7) Terugkoppeling naar alle partijen ivm de oplossing of het herstel. Indien de patiënt niet tevreden is met het resultaat, dan volgt een terugkoppeling en wordt gekeken om beide partijen samen aan tafel te krijgen. Als de ombudsdienst niets meer kan doen voor de patiënt en deze zich daarbij niet kan neerleggen, volgt een doorverwijzing naar een andere instantie zoals de mutualiteit of het FMO. 8) Alle stappen van het proces worden ondertussen geregistreerd op Sharepoint. 9) Met het motto dat we uit fouten leren worden adviezen aan de directie geformuleerd ter preventie van klachten. Gedurende het bemiddelingsproces is de ombudsdienst onderstaande basisprincipes indachtig; Uittreksel uit het huishoudelijk reglement; Basisprincipes De opdracht van de ombudspersoon is een inspanningsverbintenis en geen resultaatsverbintenis ten aanzien van partijen. Dit betekent dat de ombudspersoon streeft naar een oplossing of herstel, maar niet kan garanderen dat dit ook gerealiseerd wordt. De ombudspersoon	

- is niet verantwoordelijk voor het al dan niet bereiken van een aanvaardbare oplossing;
- mag niet betrokken geweest zijn bij feiten of personen waarop een klacht betrekking heeft; is verplicht het beroepsgeheim te respecteren en een strikte neutraliteit en onpartijdigheid te bewaren. Tijdens het proces van bemiddeling mag deze geen standpunt innemen.
- heeft een onafhankelijke positie ten aanzien van de directie en het bestuur van het ziekenhuis. De ombudspersoon is geen verantwoording verschuldigd over het bemiddelingsproces, maar heeft wel een informatieplicht ten aanzien van de directie en het bestuur van het ziekenhuis;
- werkt zelfstandig, vrij en onafhankelijk;
- vervult een staffunctie rechtstreeks onder de ziekenhuisdirecteur, zonder dat dit de onafhankelijkheid schaadt; heeft in de uitvoering van de functie ongehinderd toegang tot alle personen die bij een klacht betrokken zijn, en tot alle relevante informatie. De ombudspersoon legt de verworven informatie voor aan de bij de bemiddeling betrokken partijen, zonder daarbij een standpunt in te nemen.
- kan niet worden gesanctioneerd wegens daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van zijn opdracht stelt;
- respecteert een strikte neutraliteit en onpartijdigheid, en streeft naar een voor alle betrokkenen aanvaardbare oplossing;
- heeft enkel toegang tot gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van zijn/haar wettelijke opdracht

De ombudspersoon kan zich laten bijstaan door een of meerdere medewerkers. Deze medewerkers bieden administratieve ondersteuning bij het afhandelen van klachten. Eveneens kan een medewerker inhoudelijke taken verrichten zonder dat de medewerker zelf tot bemiddeling overgaat. De eindverantwoordelijkheid blijft bij de ombudspersoon.

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

- De ombudsdienst werkt sinds dit jaar met een nieuw registratiesysteem. Dat nieuwe systeem werd uitgerold eind februari, waardoor er een achterstand was in het registreren. De registraties van klachten werden voor de eerste jaarhelft door een administratieve hulp uitgevoerd en niet door de ombudspersoon zelf.
- Daarnaast werd gevraagd, na overleg met de directie, om vanaf september ook telefonische contacten en vragen te registreren, dit is uiteraard zichtbaar in de cijfers.
- Patiënten maken vaker gebruik van IA toepassing om hun klacht of melding te formuleren. Het is een goede hulp om de drempel te verlagen maar we mogen het menselijke aspect van de bemiddeling niet uit het oog verliezen.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
De ombudsdienst kreeg 626 aanmeldingen binnen in 2025. Extra bemerkingen; • 1 melding kan meerdere klachten/onderdelen bevatten • Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hierin niet weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	279
Aantal infodossiers	207
Aantal pro actieve dossiers	16
Aantal opvragingen patiëntendossier	87
Dossiers verloren voorwerpen	27
Aantal 'andere'	10

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

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)	7
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	0
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	15
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	7
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	11
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	6
Recht op bijstand door vertrouwenspersonen (Art. 11/1)	1

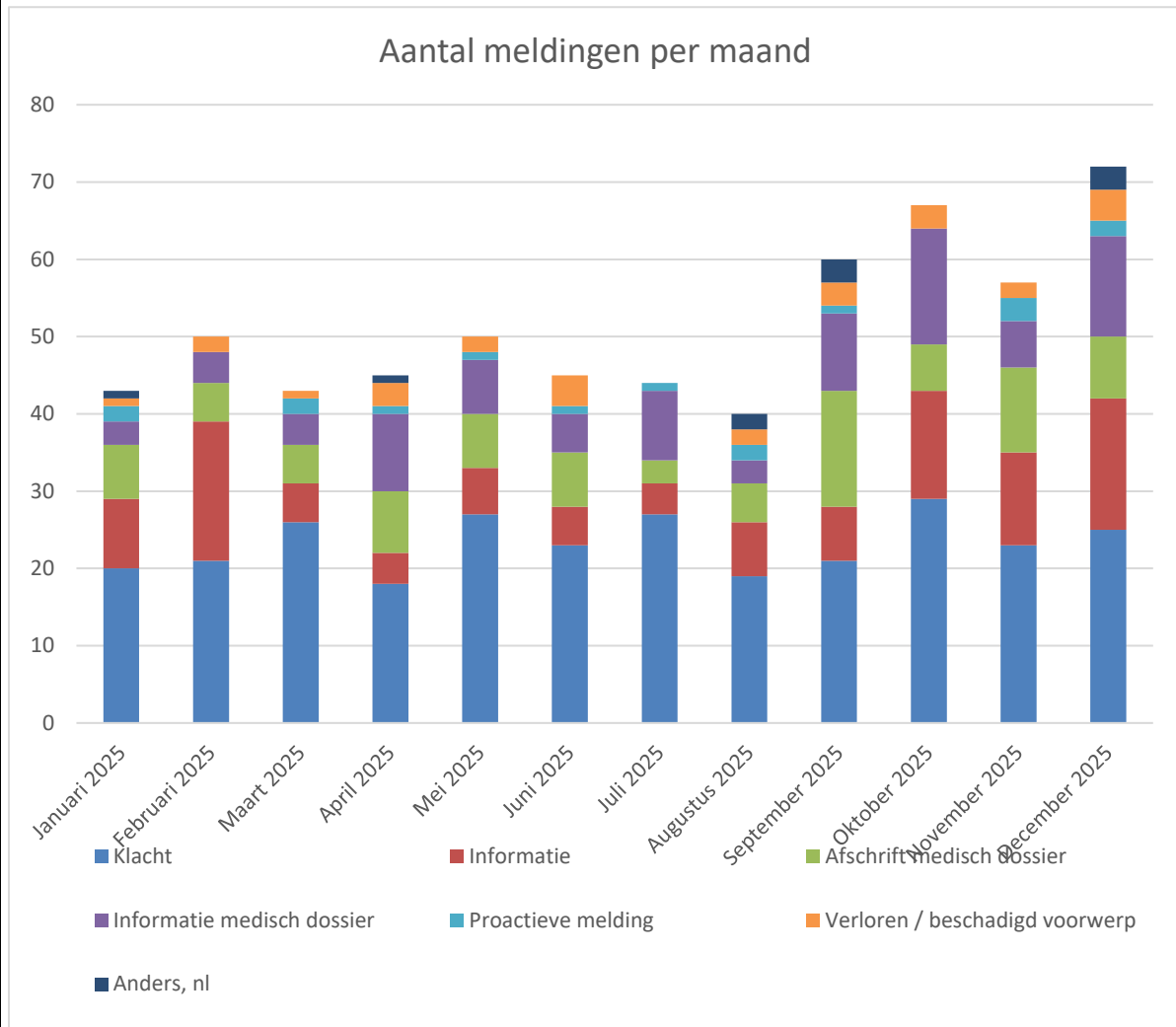
1) Klachten en aanmeldingen

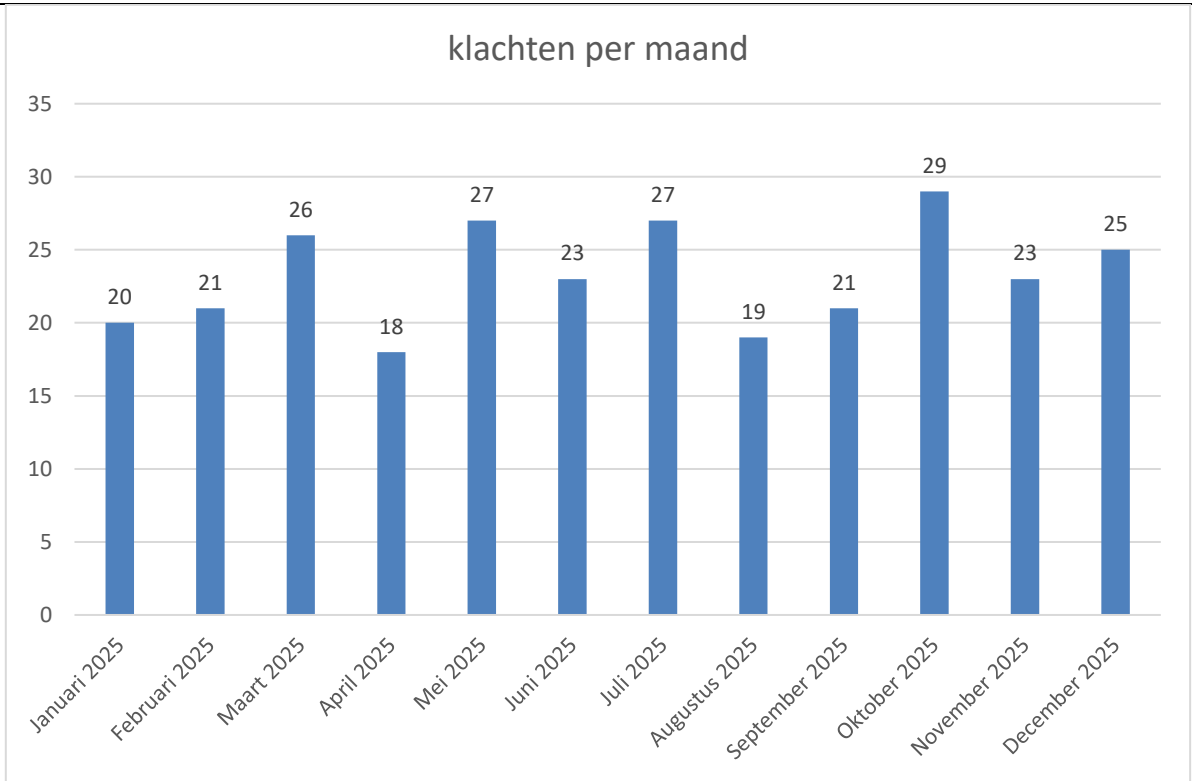
De traditionele terugval met de paasvakantie, de zomervakantie en het eindejaar was het afgelopen jaar veel minder voelbaar dan de voorbije jaren.

Klachten en vragen blijven het hele jaar door binnenstromen en de zogenoemde kalmere periodes verdwijnen.

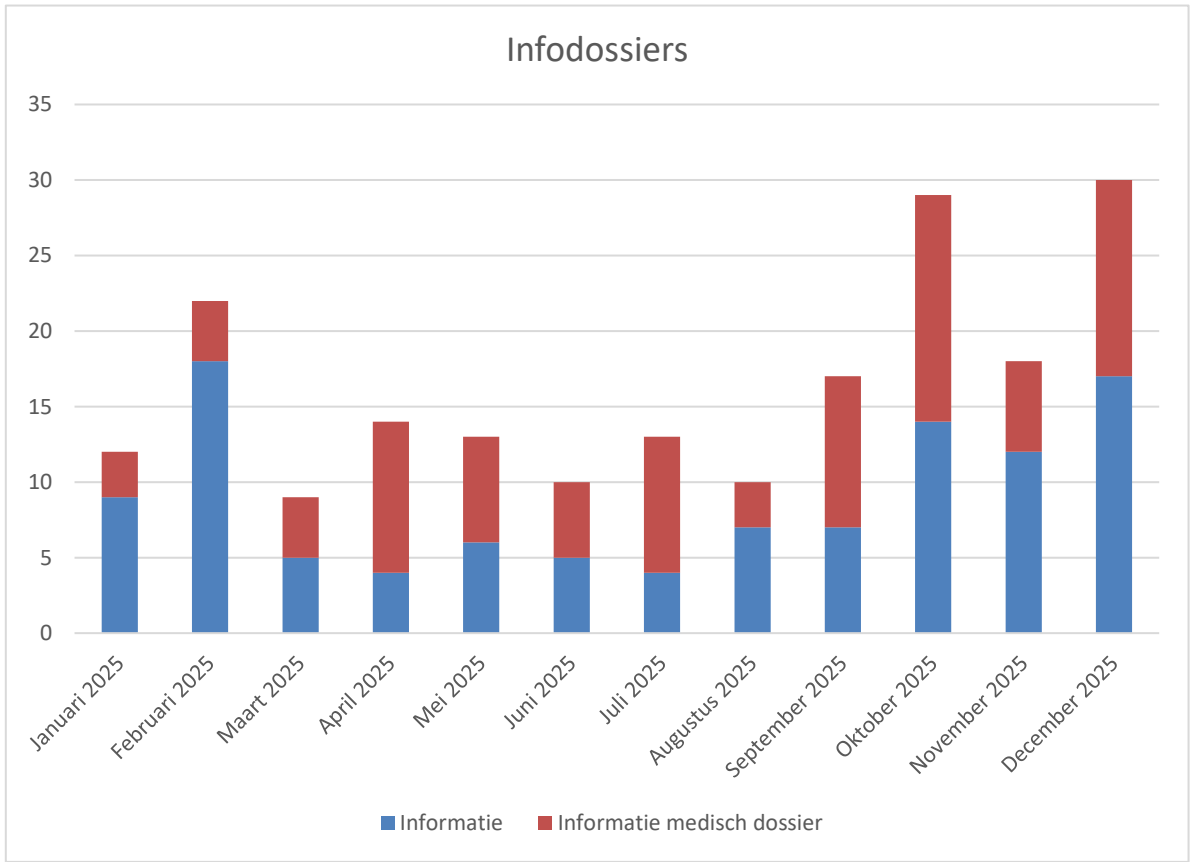
Onderstaande grafiek toont alle meldingen die de ombudsdienst ontvangen heeft in 2025 op maandbasis.

Binnen deze aanmeldingen vallen vooral het aantal klachten en de hoeveelheid informatiedossiers op.





Gemiddeld worden maandelijks 23 klachten door de ombudsdienst behandeld.



Gemiddeld worden maandelijks 17 informatiedossiers door de ombudsdienst behandeld.

Omwille van het nieuwe registratiesysteem is het heel moeilijk om vergelijkingen te maken met de voorbije jaren. Klachten en informatiedossiers konden niet opgesplitst worden in de mate waarop het vandaag wel kan. Daarnaast werden ook verloren voorwerpen als klachten geregistreerd, terwijl deze nu een eigen rubriek hebben.

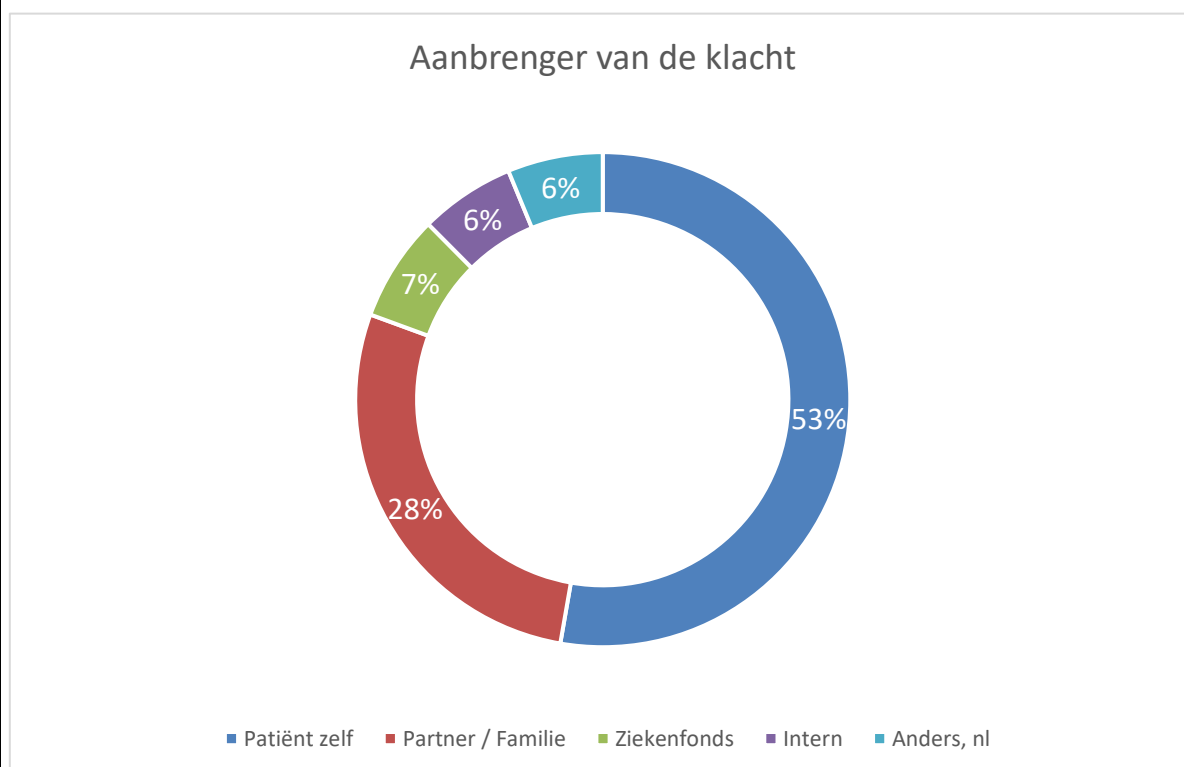
Het totaal aantal ontvangen / behandelde meldingen kunnen we wel vergelijken.

Namelijk 572 behandelde dossiers in 2024, tov 626 in 2025.

Dit betreft **een stijging van 8,6% tov het jaar voordien**.

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

2) Aanbrenger van de klacht



De grafiek toont dezelfde tendens als vorig jaar.

In eerste instantie komt de melding van de patiënt, gevolgd door zijn familie/partner.

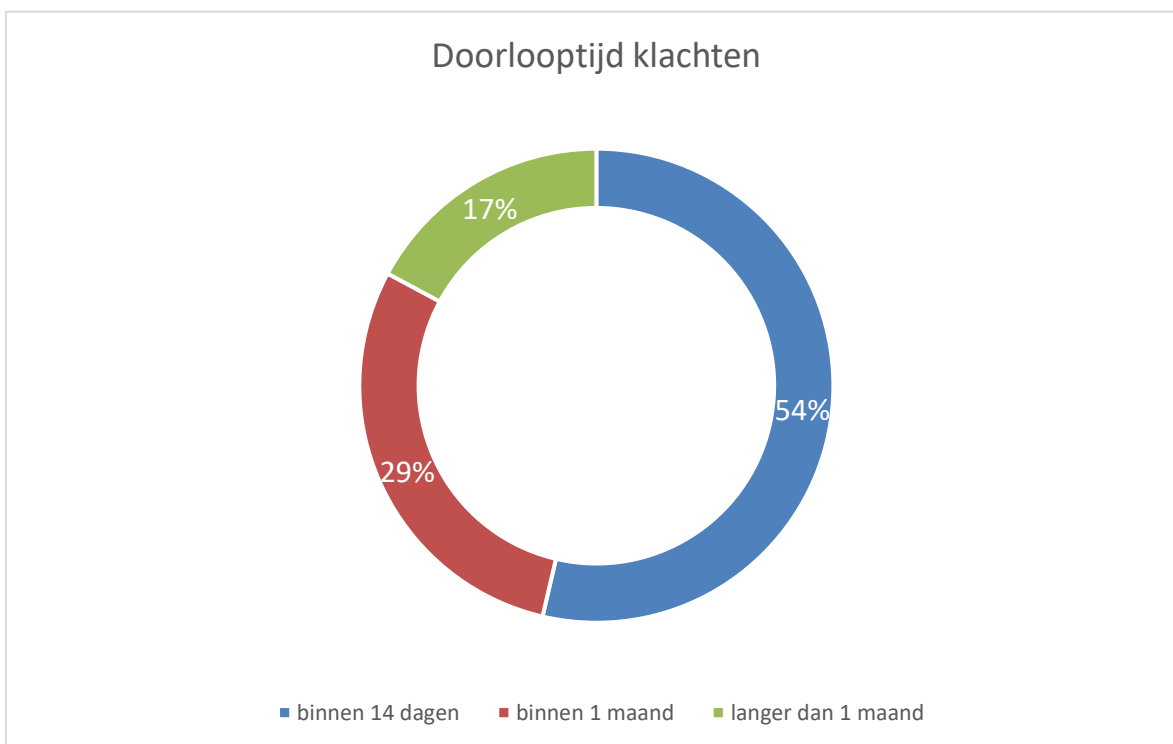
Toch wil ik ook belichten dat ongeveer 1 op de 5 meldingen niet van de patiënt of zijn familie komt.

De meldingen vanuit het ziekenfonds zijn hoofdzakelijk financiële betwistingen naar aanleiding van een ontvangen factuur.

Interne meldingen worden door de ombudsdienst niet pro actief in behandeling genomen maar tonen wel de interne betrokkenheid en zij zeker een meerwaarde voor de ombudsdienst. Ze zorgen ervoor dat er bij een effectieve melding sneller op de bal kan gespeeld worden en minder onderzoekswerk aan te pas komt.

Tot slot nog enige duiding over de noemer 'andere'. Hieronder valt onder meer de vertrouwenspersoon, een betrokken buurman, een vriend aan huis,...

3) Doorlooptijd van klachten



Vorig jaar werden 69% van de aanmeldingen binnen de 2 weken na ontvangst afgesloten, op vandaag is dat 54%.

Ik wil hier wel een nuance aan toevoegen; zoals eerder aangegeven verliep de verwerking van de geregistreerde aanmeldingen vorig jaar op een andere manier.

Als ik de doorlooptijd van de overige aanmeldingen van 2025 bekijk dan valt op dat 80% van deze meldingen binnen de 14 dagen afgesloten worden.

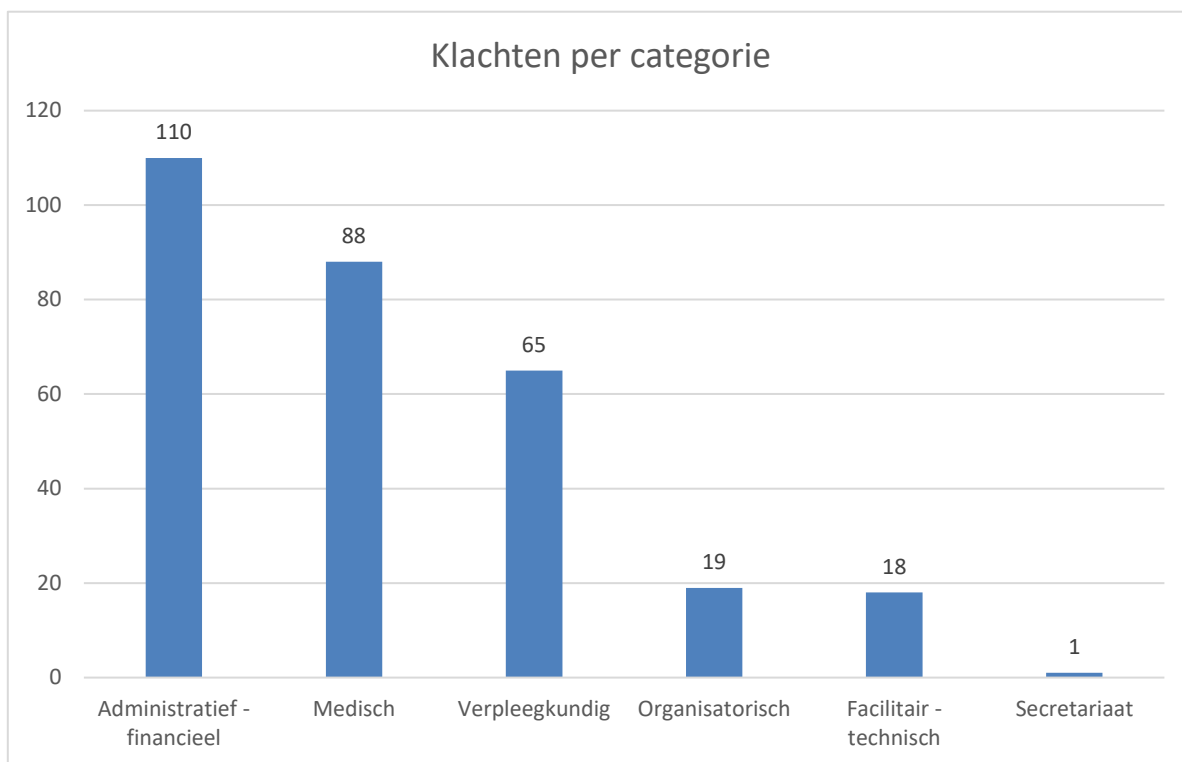
Als we beide grafieken combineren dan wordt 68% van de aanmeldingen binnen de 2 weken na ontvangst behandeld.

In verband met de doorlooptijd wil ik nog even onderstaande informatie meegeven;

- De ombudsdienst is afhankelijk van de input van derden (medewerkers, artsen,...).
- Vaak zijn meerder contacten noodzakelijk en ook de opvolging vergt de nodige tijdsinvestering.
- De inhoudelijke complexiteit van dossiers neemt toe.
- Als enige medewerker (0.7 VTE) is het een bijkomende moeilijkheid om na een periode van afwezigheid, waarbij de instroom aan meldingen niet stopt, deze snel te verwerken alsook de lopende verder op te volgen.

In de registraties werden enkele zaken aangepast waardoor er vanaf 2026 uit de cijfers zal kunnen gehaald worden (aan de hand van meerdere parameters) hoe complex een dossier is en welke invloed dat heeft op de doorlooptijd. Dit om aan te tonen dat het vaak om veel meer gaat bij een ombudsdienst dan een melding en eenmalige terugkoppeling.

4) Inhoud klacht;



Ik start hier nogmaals met de melding dat vergelijken met het voorbije jaar niet kan omwille van de wijziging in registratie.

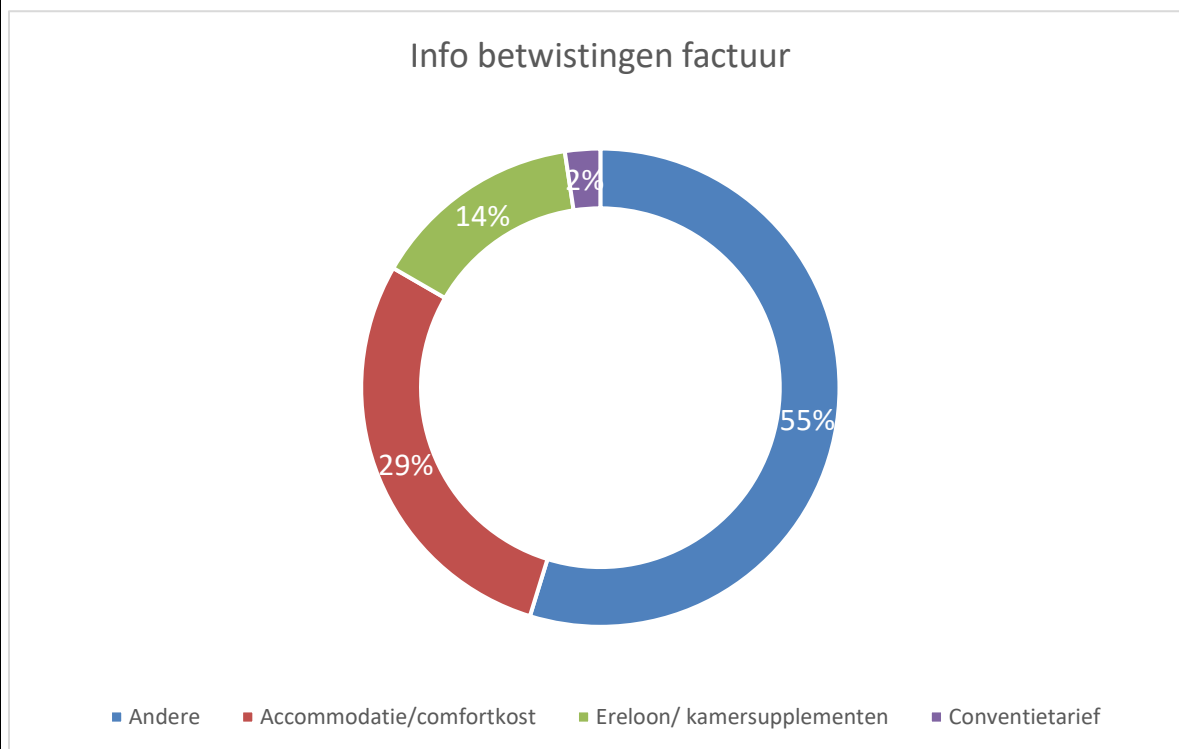
Wel valt op dat dezelfde knelpunten naar boven komen als ik de klachten specifiek ga bekijken. Zo blijft er een hoog aandeel aan klachten omtrent facturatie, ook medische handelingen, zorg en communicatie komen opnieuw als aandachtspunt naar boven.

Hieronder iets meer informatie over de top 3 per categorie namelijk;

- 1) Administratief financieel
- 2) Medisch
- 3) Verpleegkundig

Over de klachten onder de rubriek organisatorisch en Facilitair technisch ga ik op het jaarverslag niet verder uitweiden. Deze komen wel aan bod bij de presentatie van het jaarverslag binnen de organisatie.

4.1) Inhoud klacht; administratief/ financieel.



91% van de ontvangen meldingen onder deze rubriek gaat over het factuurbedrag.

Ik zoom even in op de ontvangen betwistingen van de factuur.

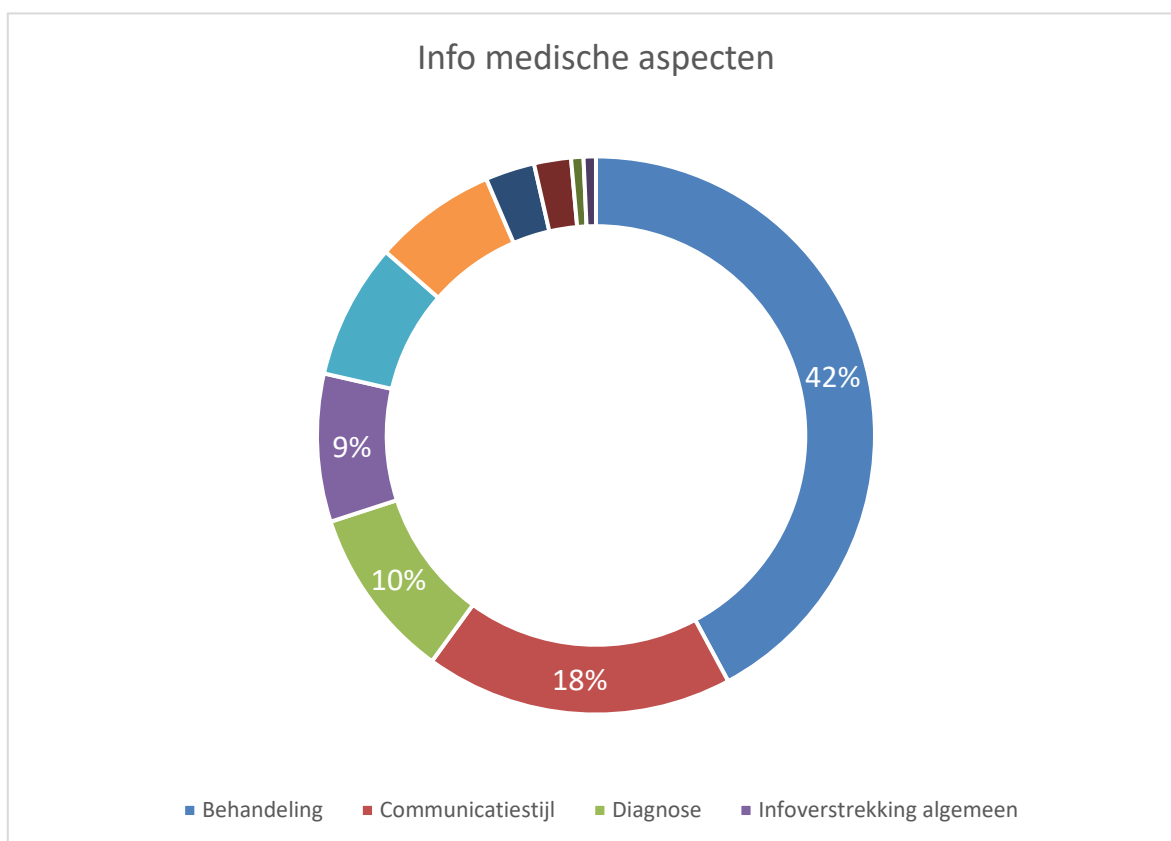
Het grootste aandeel hierbinnen valt onder 'andere' betwistingen.

Dit omvat onder meer;

- betwisting uitgevoerde onderzoeken
- betwisting kostprijs onderzoeken
- betwisting gebruikte RIZIV- codes
- betwisting omschrijving op de factuur
- Betwisting aangerekende kosten van het water
- ...

Naast deze noemer blijven ook de aangerekende accommodatiekosten vaak een hekelpunt. Het ziekenhuis deed hier de nodige administratieve aanpassingen op het opnamedocument maar vooral mutualiteiten blijven dit vaak betwisten.

4.2) Inhoud klacht; medisch

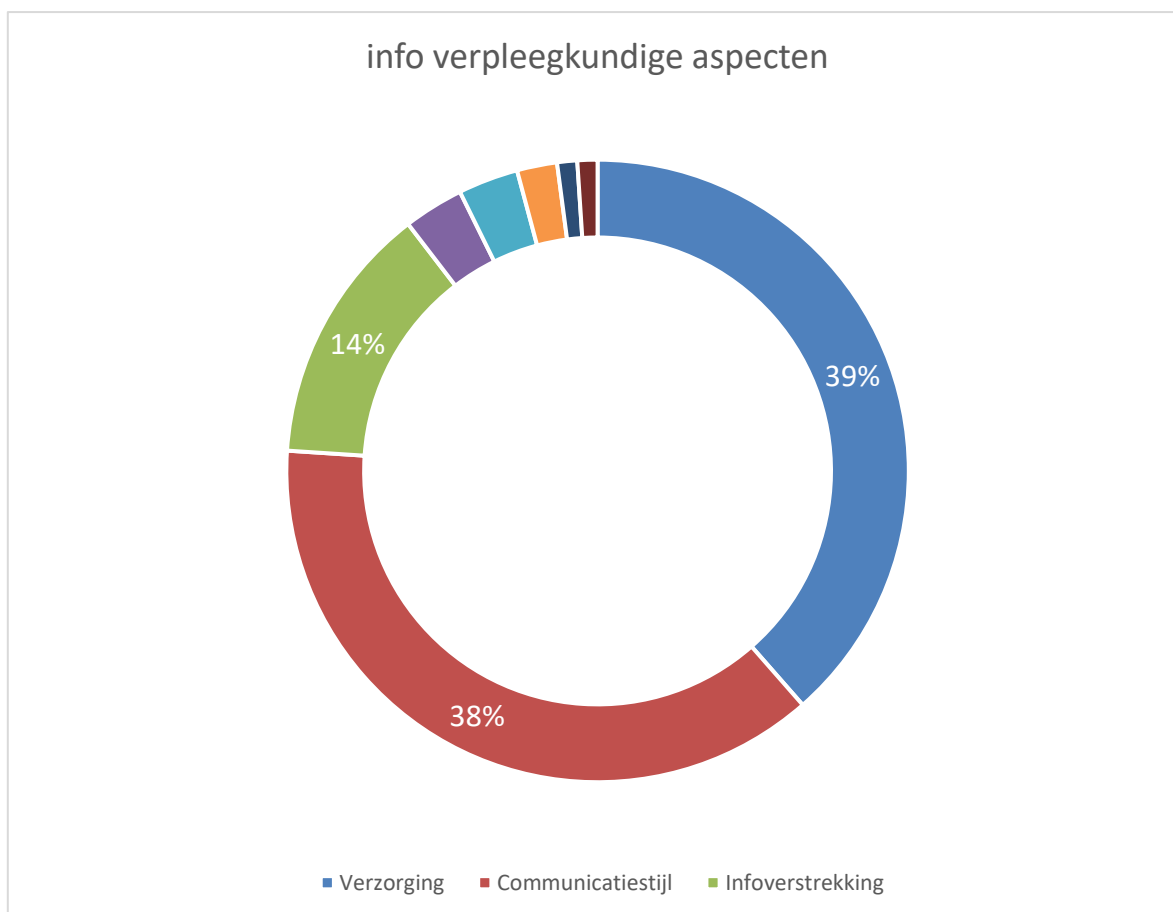


Dit zijn de klachten tov de artsen.

Het merendeel van de klachten heeft betrekking op de behandeling (42%) en de communicatiestijl (18%). Daarnaast springen ook de Diagnose en informatieverstrekking in het oog.

Het hoge aandeel van klachten omtrent de behandeling toont aan dat de patiënt anno 2025 hierin steeds meer inspraak vraagt.

4.3) Inhoud klacht; verpleegkundig



Dit zijn de klachten tov de verpleegkundigen.

Het merendeel van de klachten heeft betrekking op de verzorging (39%), de communicatiestijl (38%) en de inforestrekking (14%).

Ik merk op dat als de medische en de verpleegkundige grafieken naast elkaar gelegd worden, dat hieruit (grotendeels) dezelfde moeilijkheden naar voor komen namelijk;

- de behandeling/zorg
- de communicatie
- de inforestrekking

Aanbevelingen

1) Spoed

Vorig jaar werd aangekaart dat patiënten vaak onrechtmatig gebruik maken van de spoeddienst. Ze hanteren het reguliere systeem niet en maken gebruik van de toegankelijkheid van de spoeddienst, ook om sneller een afspraak te krijgen bij een specialist. Deze bemerking blijft zeker ook in 2025 van kracht. Echter is het ook zo dat ze er op de spoeddienst te vaak van uit gaan dat de patiënt er 'niet rechtmatig' is. De patiënt wordt hierop aangesproken zonder dat hij eerst beluisterd wordt. We blijven op onze honger zitten ivm een duidelijke campagne, informatie vanuit de overheid inzake het gebruik van de spoeddienst.

De ombudsdienst heeft aangeraden om de informatie inzake de huisartsenwachtpost en 'wanneer kom ik naar de spoeddienst' toe te voegen op de website van het ziekenhuis (onder de rubriek van de spoeddienst) en om dit ook toe te voegen aan de informatieschermen in de wachtzaal (van de spoeddienst).

2) Parkeerbeleid

Ons ziekenhuis heeft nood aan een duidelijk en gestructureerd parkeerbeleid en dit naast de kostprijs van de parking. Er zijn op vandaag bepaalde doelgroepen die zich benadeeld voelen door het huidige systeem en oproepen tot enige menselijkheid. Dat werd doorgegeven aan de directie die open staat om hier verder aan te werken.

3) Empathie en communicatie

Naast de effectieve zorg zijn empathie en communicatie ook belangrijke pijlers in de zorg voor patiënten. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral de behoefte hebben aan een persoonlijke benadering. Ze willen zich gehoord voelen maar willen ook begrepen en serieus genomen worden.

Het versterkt de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener en kan misverstanden voorkomen. Transparante communicatie via een open, eerlijk en respectvol dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg, bij elk contact.

Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor de vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid. Daarnaast is informeren over praktische en organisatorische zaken ook van grote waarde om de (on)realistische verwachtingen te kunnen bijsturen en het risico op opgekropte (onuitgesproken) frustraties te minimaliseren.

Daarom adviseert de ombudsdienst om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

4) Verslaggeving

Patiënten hebben vandaag de dag eenvoudig toegang tot hun medisch dossier. Dat maakt verslaggeving transparanter maar ook vatbaarder voor discussie. Daarom adviseert de ombudsdienst om hier met de nodige aandacht mee om te gaan.

5) Perceptie en beleving.

Een klacht bestaat meestal niet uit één item. Vaak gaan er meerdere gebeurtenissen mee gepaard, of haalt een patiënt of familie er andere (eerdere) gebeurtenissen bij.

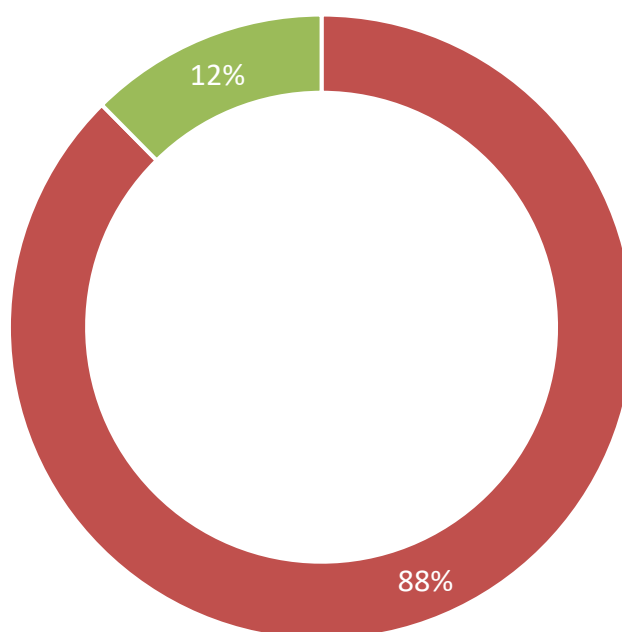
Deze bijkomende gebeurtenissen zijn vaak klein, t.o.v. de initiële klacht, bv. de wachttijd, de manier van aanspreken, tanden poetsen, het eten,...

Door aandacht te besteden aan de beleving en de perceptie, kan de zorg beter aansluiten bij de behoeften en verwachtingen van de patiënt en zijn familie.

Daarom adviseert de ombudsdienst om ook aandacht te hebben voor de totaalbeleving in het ziekenhuis van zowel patiënt als familie. Niet alleen de medische uitkomst, maar ook de manier waarop zorg wordt aangeboden. Inspraak van patiënten en diens familie kunnen waardevolle inzichten opleveren voor het verbeteren van processen en dienstverlening.

Verzoeningsresultaten

Verzoeningsresultaten



■ Verzoeningsresultaat ■ Ja ■ Nee

De grafiek geeft het belang van de ombudsdienst als tussenpersoon weer. Patiënten kunnen ergens terecht met hun frustraties en krijgen een terugkoppeling. Sommige patiënten geven aan dat ze zich niet kunnen vinden in het antwoord maar uiten wel dat ze tevreden zijn over de tussenkomst van de ombudsdienst.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	01.01.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	VITAZ
Adres	Moerlandstraat 1 – 9100 Sint-Niklaas
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	595
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	971
Aantal campussen	6
Naam ombudsperso(o)n(en)	Insaf Afellad Kelsey De Tender Marianne Callebaut (tijdelijke medewerker)
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	03/10/2022 19/06/2023 01/09/2025
Bestaffing	1,4 FTE
Lokalisatie dienst	Apart bureau net voorbij de inkomhal aan de Moerlandstraat 1, straat 744.
Registratiesysteem	Registratiesysteem uitgewerkt en onderhouden door de ICT-dienst van het ziekenhuis zelf.
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Aanpassing van het huishoudelijke reglement in 2025, voorgesteld op het Bestuursorgaan op 08.05.2025. Het huishoudelijk reglement is te raadplegen op de website van Vitaz.

Vormingen i.k.v. bemiddeling	Insaf voltooide in 2024 de opleiding tot bemiddelaar. Kelsey zal in de toekomst de opleiding tot bemiddelaar nog volgen.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	De ombudspersonen kregen een interne opleiding omtrent het toewijzen van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers in KWS.
Werkingssterrein van de ombudsdienst	- Klachtenbemiddeling ruimer dan wet patiëntenrechten - Begeleiding afschrift/inzage patiëntendossier - Deelname aan interne werkgroepen - Opleiding startende medewerkers (patiëntenrechten, beroepsgeheim) - Beantwoorden informatievragen van patiënten en medewerkers - In 2026 staat een interne opleiding rond werking klachtenbehandeling/ombudsdienst op de planning voor de medewerkers van het ziekenhuis
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	- Klachtintake: ontvangen, beluisteren, klachtendossier openen/registreren - Behandelen klacht: de klacht wordt onderzocht, de ombudspersoon contacteert de betrokken partijen - Bemiddelen: er wordt gezocht via bemiddeling naar een voor alle partijen aanvaardbare oplossing of resultaat - Terugkoppelen - Klacht afsluiten: het resultaat wordt in het klachtendossier geregistreerd

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

De organisatie respecteert het monopolie van de Ombudsdienst om klachten te behandelen. Klachten worden doorgegeven aan de ombudsdienst, die deze vanuit een neutraal standpunt verwerkt. De klachtenprocedure is bedoeld om de melder de mogelijkheid te bieden om op een laagdrempelige manier zijn ongenoegen te uiten over het zorgproces in het ziekenhuis. Door het opzetten van een transparante klachtenprocedure wordt geprobeerd om de vertrouwensband tussen de patiënt, het ziekenhuis en de betrokken medewerkers in stand te houden of te herstellen. De organisatie zet daarom maximaal in op het betrekken van de ombudsdienst wanneer er een klacht is.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

Indien de medewerker aanvoelt dat een klacht niet kan worden opgelost of de oplossing als ontoereikend wordt ervaren door een patiënt/familielid/... wordt men doorverwezen naar de ombudsdienst voor verdere opvolging en bemiddeling.

Zodra de ombudsdienst een klacht ontvangt, zal zij de klacht onderzoeken en contact opnemen met de betrokken personen om feedback te vragen. Indien nodig kan de ombudsdienst aanvullende informatie opvragen en documenten toevoegen aan het dossier.

In ernstige gevallen kan de ombudsdienst ervoor kiezen om de algemeen directeur en/of de medisch directeur of het directielid van wacht te contacteren.

De juridisch stafmedewerker kan, op aanwijzing van de ombudsdienst, aangifte doen bij de verzekeraar burgerlijke aansprakelijkheid van het ziekenhuis of de betrokken zorgverlener indien deze is aangesloten bij de groepspolis van het ziekenhuis, indien dit noodzakelijk wordt geacht. Na deze stappen wordt het dossier bij de ombudsdienst afgesloten en worden de contactgegevens van de juridisch stafmedewerker aan de melder verstrekt.

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

Moeilijkheden:

✓ Tijdsdruk / lange doorlooptijd:

- Samenwerking: Het is belangrijk om duidelijke communicatiekanalen te hebben met zorgverleners en hen aan te moedigen om tijdig te reageren en feedback te geven. Het kan ook nuttig zijn om richtlijnen en deadlines vast te stellen voor het indienen van informatie.
- Arbeidsintensief en administratief werk: Het is belangrijk om efficiënte processen en systemen te implementeren om de administratieve last te verminderen. Dit kan bijvoorbeeld worden gedaan door het optimaal gebruiken van digitale tools en automatisering.
- Dossiers met een complex karakter.
- Pieken in toestroom dossiers waarbij de nodige flexibiliteit nodig is om de verschillende partijen te horen en de informatie die daaruit vloeit, te verwerken.

✓ Om tot een snelle, adequate of efficiënte oplossing of resultaat te komen, is het van belang dat alle betrokkenen bereid zijn mee te werken. Het is voor de ombudsdienst niet altijd evident dit doel te realiseren.

✓ De attitude van bepaalde patiënten/familie en medewerkers inzake beleefdheid, communicatie en agressie. Men wordt steeds veeleisender.

✓ Bewaken van de eigen neutraliteit.

✓ De perceptie van de melder is niet steeds gekend na afwerken dossier, zodat het niet steeds duidelijk is of de patiënt tevreden is met de terugkoppeling.

✓ De ombudsdienst merkt dat de twee partijen vaak tegengestelde ervaringen hebben. Het is voor de ombudsdienst soms moeilijk om te bemiddelen tussen beide partijen in zo'n situatie.

Resultaten:

✓ Het meldformulier van de ombudsdienst werd gebruiksvriendelijker gemaakt.

✓ Wij zijn als ombudsdienst kritischer naar wat effectief als een officiële klacht wordt geregistreerd.

✓ Er wordt voor de opstart van een dossier gepeild naar de verwachting van de melder, zodat kan worden nagegaan of dit binnen de bevoegdheid van de Ombudsdienst valt.

✓ Een dienstverlening die soms hapert o.i.v. redenen die organisatorisch, administratief, personeel gerelateerd ... zijn. In een ziekenhuis worden zorgen verleend voor mensen door mensen. De kans dat het soms anders loopt dan voorzien, is reëel en menselijk. Dat neemt niet weg dat we kwaliteitsvolle zorg hoog in het vaandel dragen en de ombudspersonen elke klacht met grote zorgvuldigheid behandelen en opvolgen, teneinde er telkens een les uit te trekken.

✓ Verderzetten van de maandelijkse overlegmomenten met de dienst Quality and safety.

✓ Er is een structureel overlegmoment met het medisch diensthoofd Spoedgevallen en met de CEM (Customer Excellent Manager). Daarnaast wordt er indien nodig een overleg gepland met de algemeen directeur en/of de medisch directeur van het ziekenhuis.

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

Opmerkingen:

✓ 1 Melding kan meerdere klachten/bemerkingen/aspecten/verwachtingen bevatten.

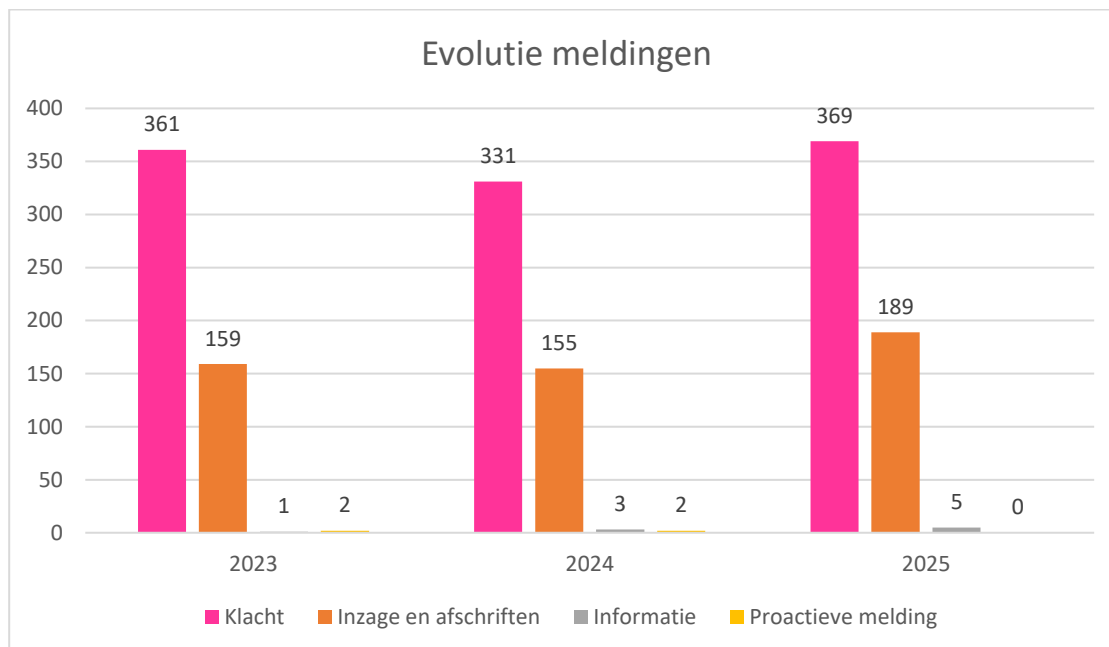
✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	369
Aantal afschriften en inzages	189
Aantal infodossiers	5
Aantal pro actieve dossiers	0
Totaal geregistreerde meldingen	563
Aantal positieve meldingen	19
Aantal niet geregistreerde meldingen	211

De ombudsdienst heeft in het totaal ook 19 positieve meldingen ontvangen van patiënten of bezoekers, deze meldingen zijn bezorgd aan de betrokken afdelingen, diensten en zorgverleners.

De hoofdtaak van de ombudspersonen blijft het behandelen van de klachtendossiers 65,54%.

Evolutie in het aantal behandelde dossiers



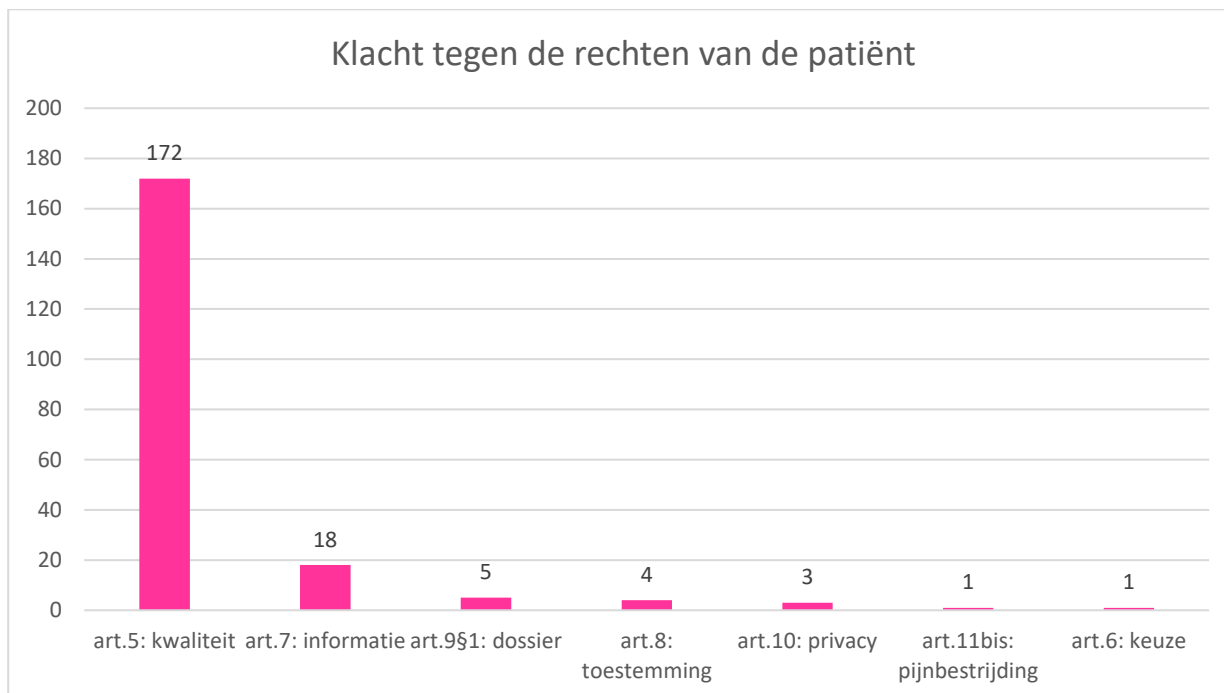
We zien ten aanzien van 2023 en 2024 opnieuw een stijging in het aantal klachten en een exponentiële stijging in het aantal inzage en afschriften.

De Ombudsdienst stelt opnieuw vast dat de vragen tot afschrift van het patiëntendossier zijn gestegen, hoewel de patiënt de mogelijkheid heeft om zijn dossier online te raadplegen. De afschriftvragen gaan echter vaak over oudere dossiers die niet online ter beschikking zijn in de toepassing. De Ombudsdienst verklaart deze stijging door de grotere betrokkenheid van de patiënt bij zijn dossier en dus de bijhorende vraag naar informatie.

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

De ombudsdienst behandelde in 2025 in totaal 204 klachten t.a.v. rechten van de patiënt, waarvan het merendeel (84,31%) over art. 5, recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	172
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	18
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	4
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	5
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

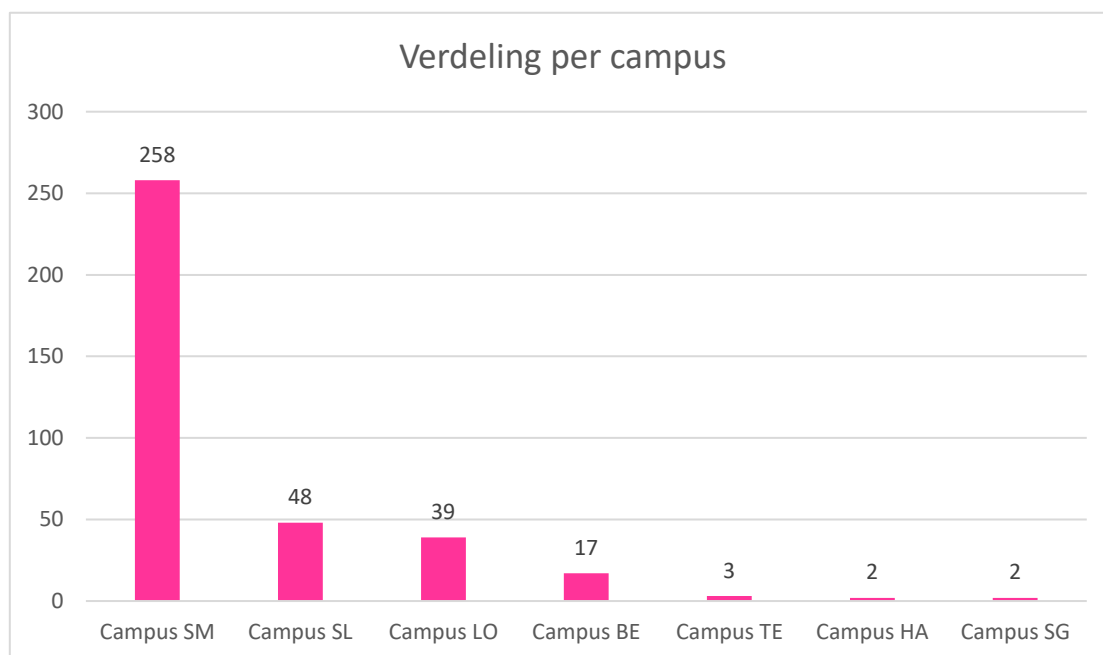


Klachtenratio

Klachtenratio 2025:	Aantal contactnames: 756 702 (waarvan 32 354 hospitalisaties en 723 348 ambulant) Klachtenratio: 0,05%

De totale klachtenratio kende in 2025 percentueel een lichte stijging ten opzichte van 2024 (0,04%).

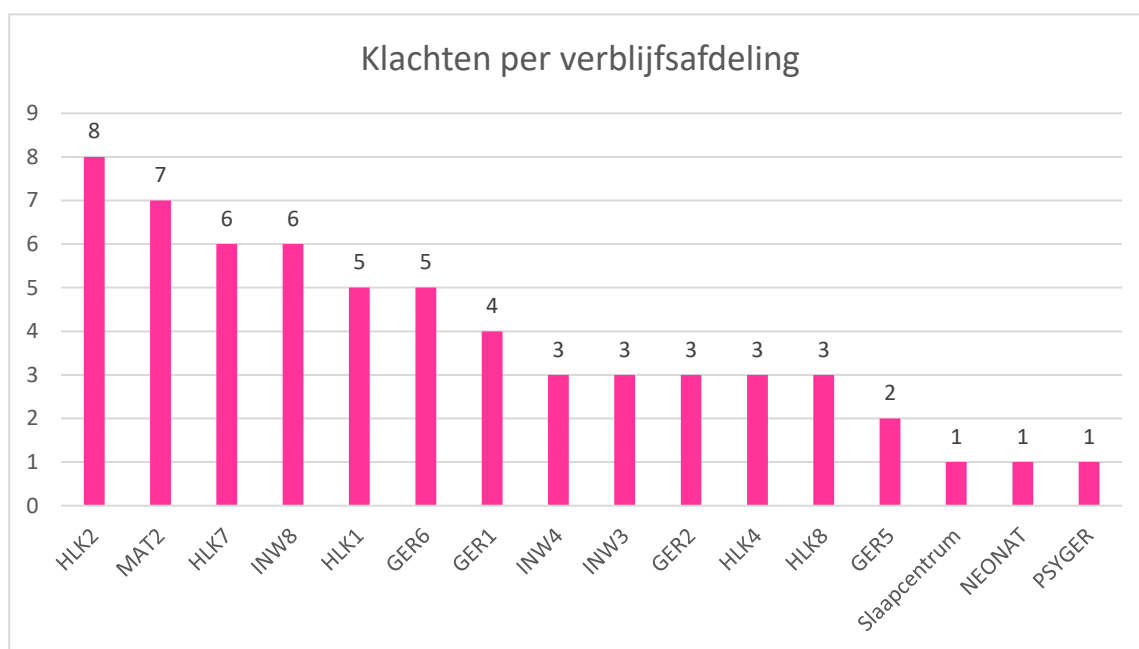
Verdeling klachten



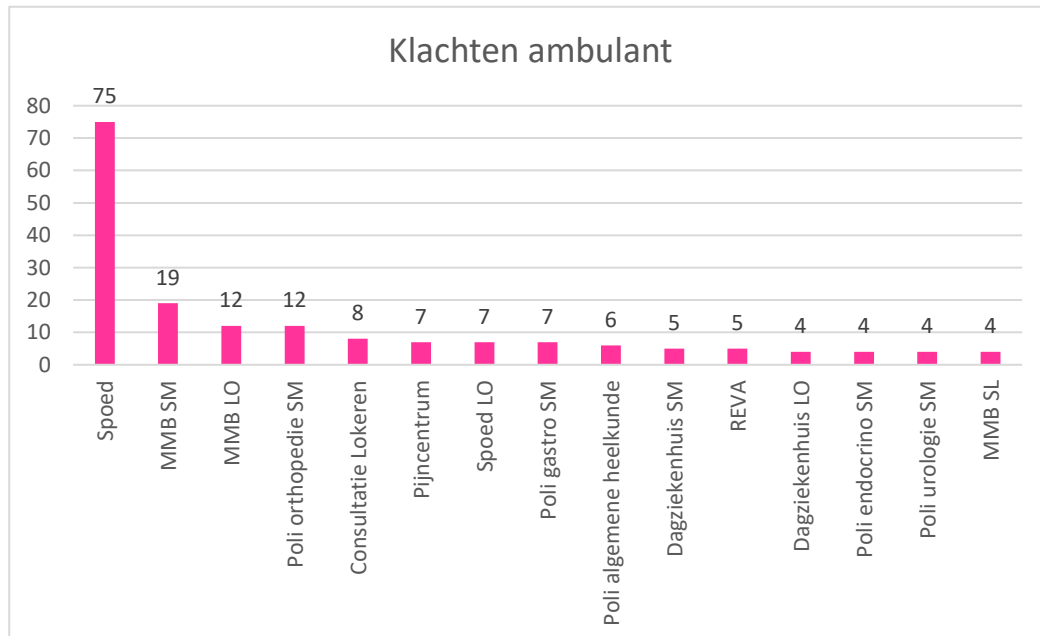
Sinds 2025 kunnen we de verdeling van het aantal klachten per campus nauwgezet opvolgen door een aanpassing in onze klachtenregistratie. De klachten voor de campus Sint-Niklaas kunnen we beter opdelen tussen de campus Moerlandstraat (SM) en de campus Lodewijk De Meesterstraat (SL). Het valt op dat we beduidend meer klachten ontvangen over de campus SM dan de campus SL. De Ombudsdienst vermoedt dat dit te maken heeft met de indeling van meer (kritieke) diensten op campus SM.

Voor de 369 klachten kunnen we de volgende verdeling maken waar de patiënt aanwezig was op het moment van het zich voordoen van de klacht:

Bij 97 meldingen was de patiënt aanwezig op een verblijfsafdeling:



Van de overige 272 klachten kunnen we nog 210 klachten toeschrijven aan ambulante consultaties.

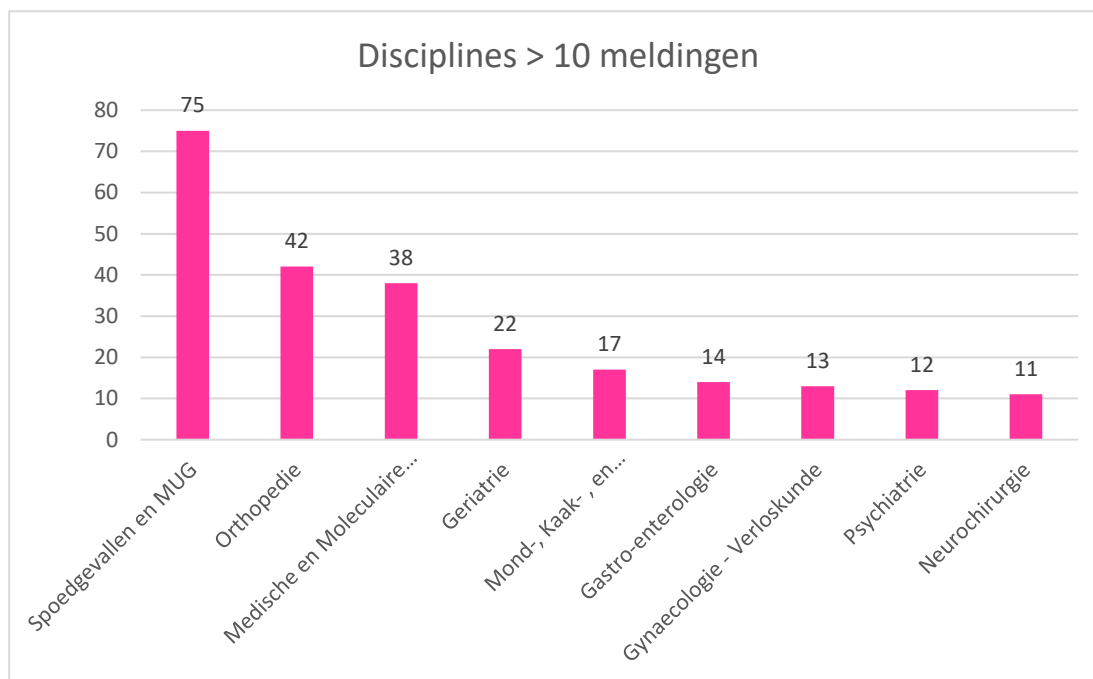


Het valt dus op dat van 369 klachten het merendeel zich voordoet op een ambulante consultatie (56,91 %).

Dit is geen weergave van alle 210 klachten, enkel afdelingen met meer dan drie klachten zijn opgenomen in de grafiek.

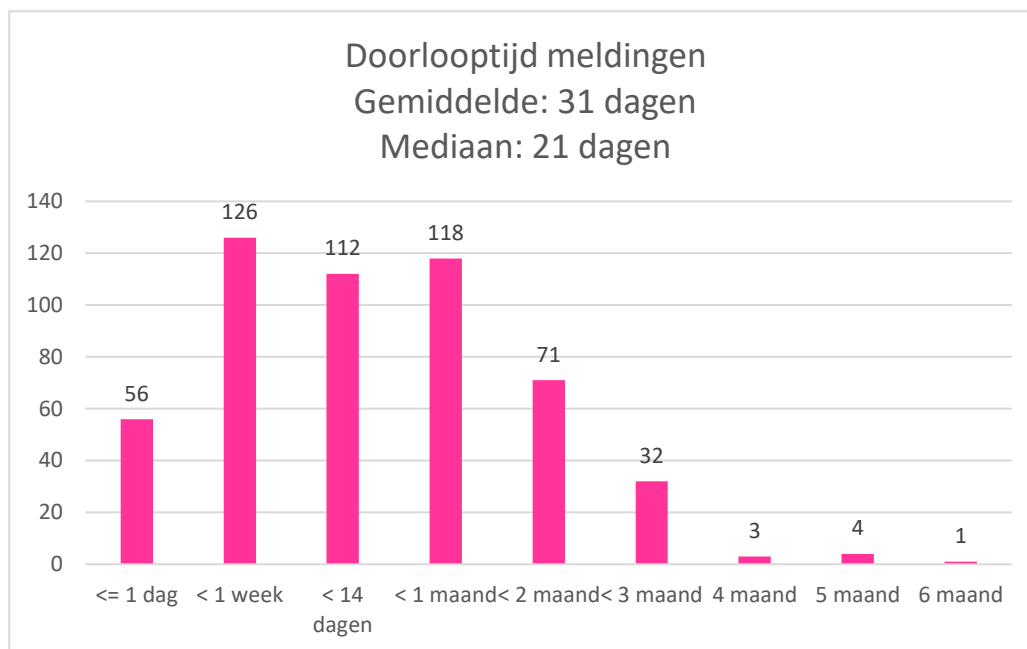
De overige 62 meldingen kunnen toegeschreven worden aan meldingen na een consultatie, op de parking, het onthaal, de cafetaria, etc..

Van 369 meldingen werden bij de volgende medische disciplines 10 of meer meldingen geregistreerd:



De meeste meldingen waren gerelateerd aan spoedgevallen en MUG (75), gevolgd door orthopedie (42) en medische en moleculaire beeldvorming (38). Dit overzicht helpt om in kaart te brengen welke medische specialismen de meeste meldingen genereren en waar verbeteracties nodig kunnen zijn. Hierbij moet rekening gehouden worden dat dit enkel absolute cijfers zijn en deze niet werden vergeleken met het aantal patiëntencontacten per discipline.

Totale doorlooptijd (van 528 gesloten dossiers):

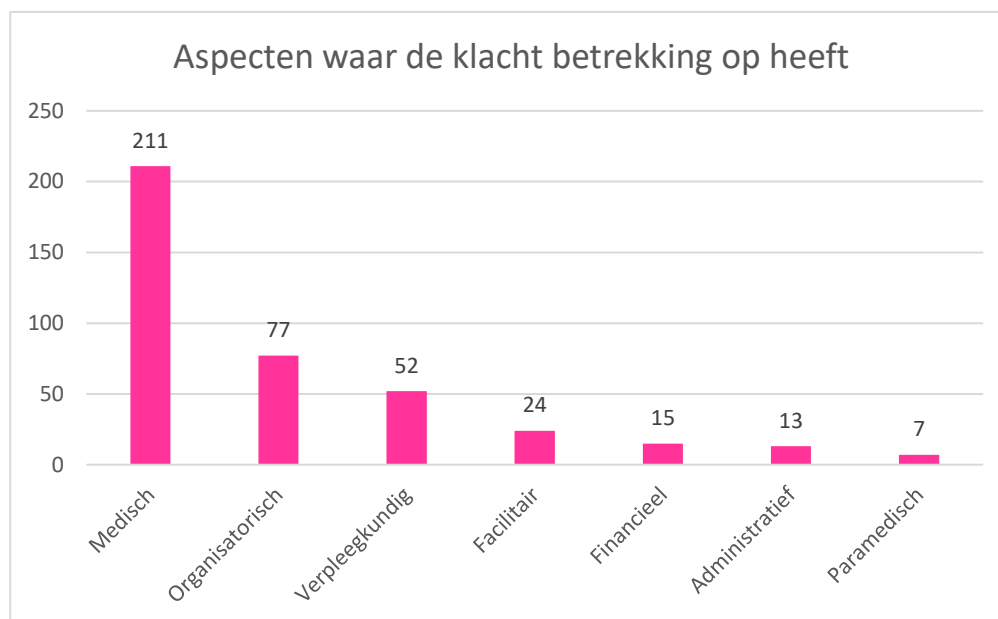


In 2025 bedroeg de gemiddelde doorlooptijd van een melding 31 dagen, terwijl dit in 2024 nog 29 dagen was. De mediaan in 2025 is 21 dagen.

De mediaan ligt 10 dagen lager dan het gemiddelde. Dat wil zeggen dat een groot deel van de meldingen en aanvragen sneller opgevolgd wordt en dat er een aantal uitschieters zijn met een hogere doorlooptijd. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:

- Complexe klachten die een langere tijd vragen om uit te klaren
- Lange wachttijd voor de Ombudsdienst interne terugkoppeling krijgt (met heel uitzonderlijk gevallen waar geen terugkoppeling komt).

De verdeling voor de aspecten waarop de klacht betrekking heeft kunnen we als volgt verdelen (één klacht kan op meerder aspecten betrekking hebben):



De meeste klachten waren medisch gerelateerde (211) klachten. We merken op dat we tegenover 2024 méér medisch gerelateerde klachten hebben ontvangen. De meeste klachten gaan over de behandeling van de patiënt (148), nood aan meer informatie (69), aandacht en opvang (56) en communicatie(stijl) (46).

Op de tweede plaats staan de organisatorische klachten (77). Het merendeel van de klachten gaat over verloren voorwerpen (22), gevolgd door de afsprakenregeling (18) en opnameregeling (12). Dit is ook een stijging tegenover 2024.

Daarnaast waren verpleegkundige aspecten (52) de derde meest voorkomende bron van meldingen. De melders maakten de meeste meldingen over de verzorging (30) van de patiënt, gevolgd door aandacht en opvang van de patiënt (25) en tot slot de communicatiestijl (23). De meldingen over verpleegkundige aspecten zijn gedaald tegenover 2024.

Op de vierde plaats staan de technisch en facilitaire (24) aspecten als veelvoorkomende bronnen van klachten. De meeste van die klachten gaan voornamelijk over de parking (9). Het aantal meldingen tegenover 2024 is stabiel gebleven.

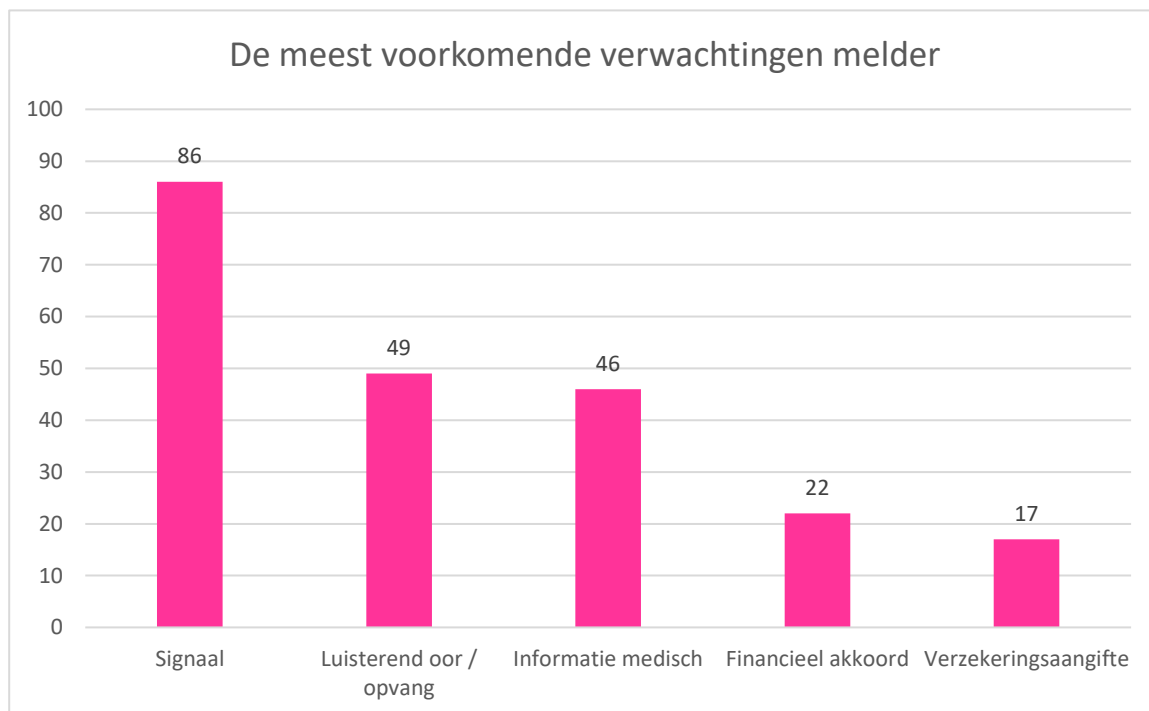
De financiële meldingen (15) zijn licht gestegen tegenover 2024. Daar merken we op dat we vooral klachten hebben ontvangen met betrekking tot de kamer en ereloonsupplementen (6).

De administratieve (13) en de paramedische (7) zijn gedaald tegenover 2024.

De administratieve klachten gaan voornamelijk over de factuur (5) en infoverstrekking (4).

Voor de paramedische aspecten hebben we voornamelijk klachten ontvangen over de behandeling (5) op de diensten.

De vijf meest voorkomende verwachtingen van de klager zijn (indien gekend):

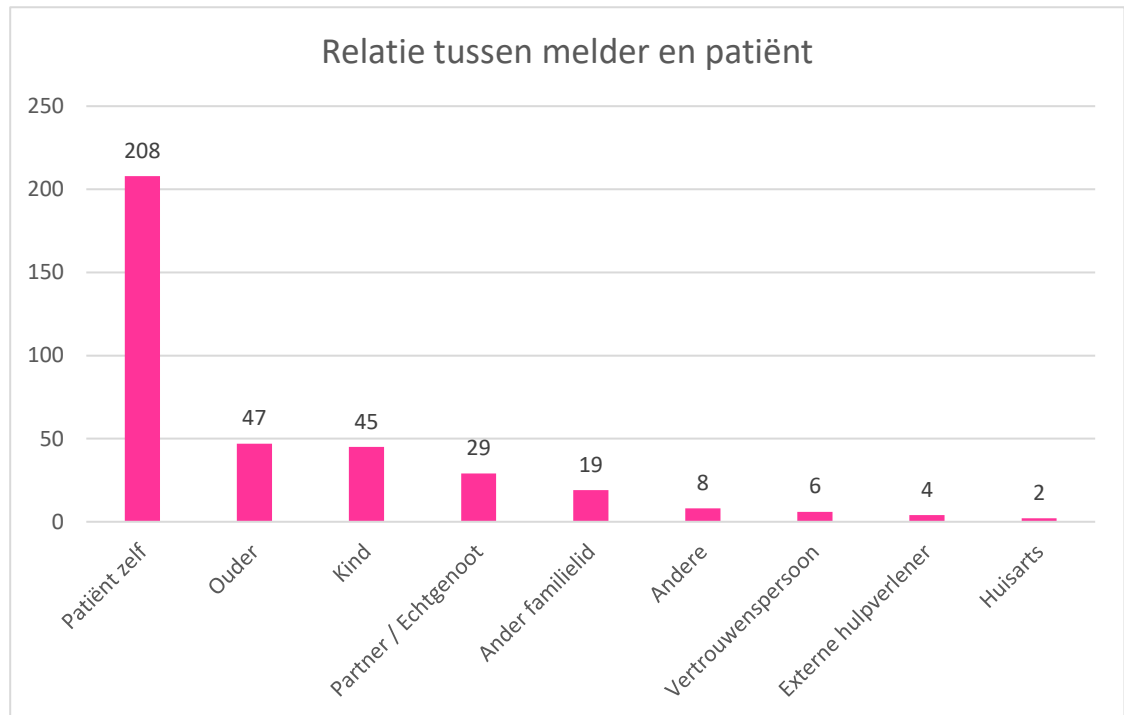


Uit de binnengekomen meldingen blijkt dat de meeste mensen contact opnemen om een signaal te geven. In 86 gevallen gaven melders aan een probleem of knelpunt onder de aandacht te willen brengen, zonder per se een directe oplossing te verwachten. Dit benadrukt de rol van de ombudsdienst als schakel voor interne verbetering.

Daarnaast gaven melders vooral aan hun verhaal te willen doen en op zoek te zijn naar een luisterend oor. Dit kwam tot uiting in 49 meldingen. Verder zochten 46 melders medische informatie en 22 meldden zich met een vraag over een financieel akkoord. Dit wijst op een grote behoefte aan duidelijkheid over rechten, procedures en mogelijke vervolgstappen. Bij een kleiner aantal meldingen, namelijk 17, werd verwacht dat er een verzekeringsaangifte zou volgen.

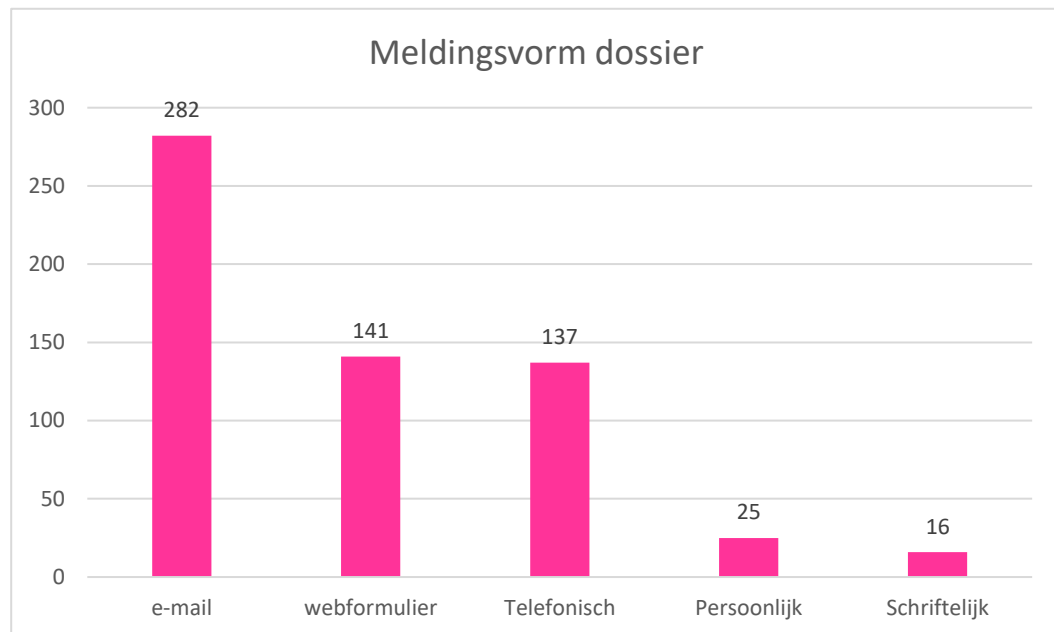
Deze cijfers bevestigen dat de ombudsdienst niet alleen een signalerende functie vervult, maar ook een belangrijke bron van informatie en ondersteuning biedt voor de melders.

Relatie tussen melder en patiënt:



De meeste meldingen zijn afkomstig van de patiënt zelf (208), gevolgd door een ouder van een patiënt (47), daarna door een kind van de patiënt (45) en partners of echtgenoten (29). Dit geeft aan dat naaste familieleden het vaakst contact opnemen met de ombudsdienst. Andere familieleden (19), vertrouwenspersonen (6), externe hulpverleners (4) en huisartsen (2) vormen een kleiner deel van de melders, maar spelen toch een rol in het signaleren van problemen.

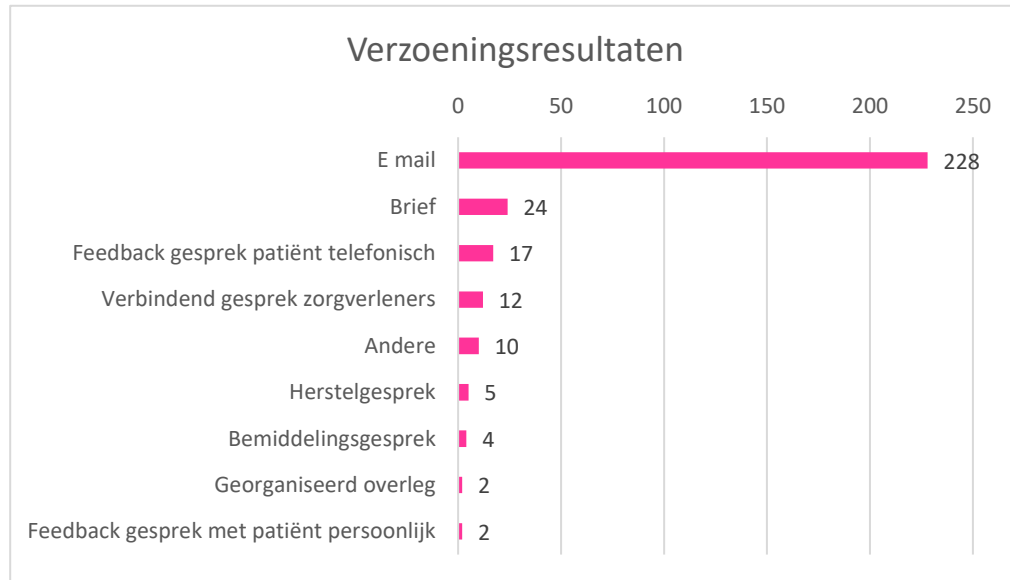
Meldingsvorm dossiers:



E-mail blijft veruit het meest gebruikte communicatiemiddel, met 282 meldingen. Ook het webformulier wordt steeds vaker ingezet voor meldingen, met 141 gevallen. Daarnaast worden meldingen nog steeds telefonisch doorgegeven (137), terwijl persoonlijke (25) en schriftelijke meldingen (16) minder vaak voorkomen. Dit geeft aan dat melders vooral de voorkeur geven aan snelle en toegankelijke manieren van contact. Sommige meldingen werden ons na een telefonisch gesprek, ook schriftelijk bezorgd of omgekeerd.

Sommige meldingen werden zowel per e-mail als telefonisch doorgegeven aan de ombudsdienst. Vooral bij complexe klachten is dit nuttig.

Voor 300 klachten werden de verzoeningsresultaten als volgt geregistreerd:

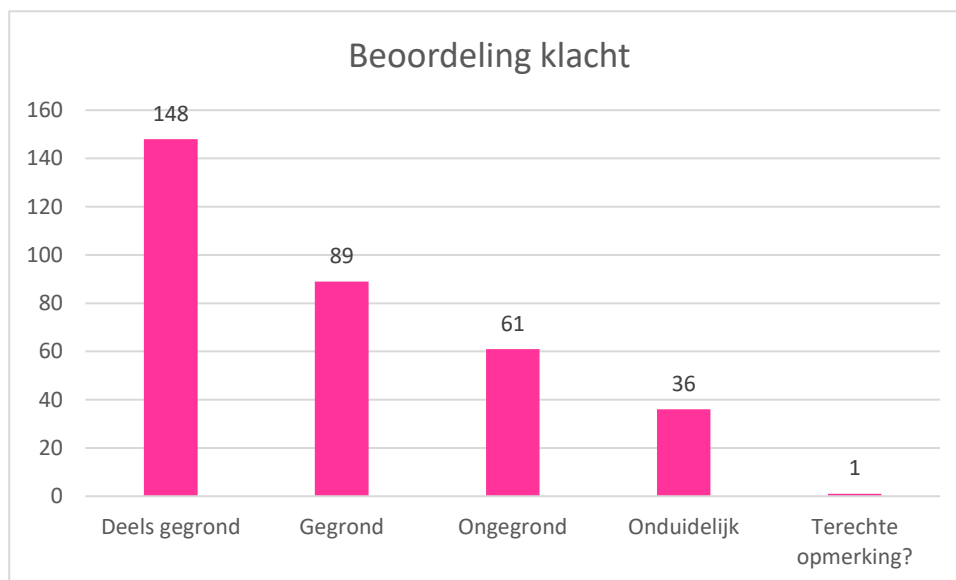


In de meeste gevallen werd een conclusie bereikt via e-mail (228). Daarnaast werden er 24 brieven verstuurd naar patiënten. Telefonisch vonden er 17 feedback gesprekken plaats. In het totaal waren er 12 verbindende gesprekken met zorgverleners en 9 bemiddelingsgesprekken.

We merken op dat we tegenover 2024 het resultaat van de bemiddeling vaker per brief hebben gecommuniceerd aan de patiënten tegenover 2025. In 2024 hebben we meer telefonische feedback gehouden met patiënten tegenover 2025.

Op dit moment heeft de ombudsdienst nog 32 openstaande dossiers waarvan de verzoeningsresultaten niet gekend zijn. Daarnaast werd er voor de overige 43 meldingen geen resultaat ingebracht bij het registreren van de klacht. Dit kan verschillende redenen hebben zoals geen bemiddeling mogelijk, geen feedback ontvangen van de betrokken zorgverlener of dienst, etc....

Voor 335 klachten werd de klacht als volgt beoordeeld door de ombudsdienst:

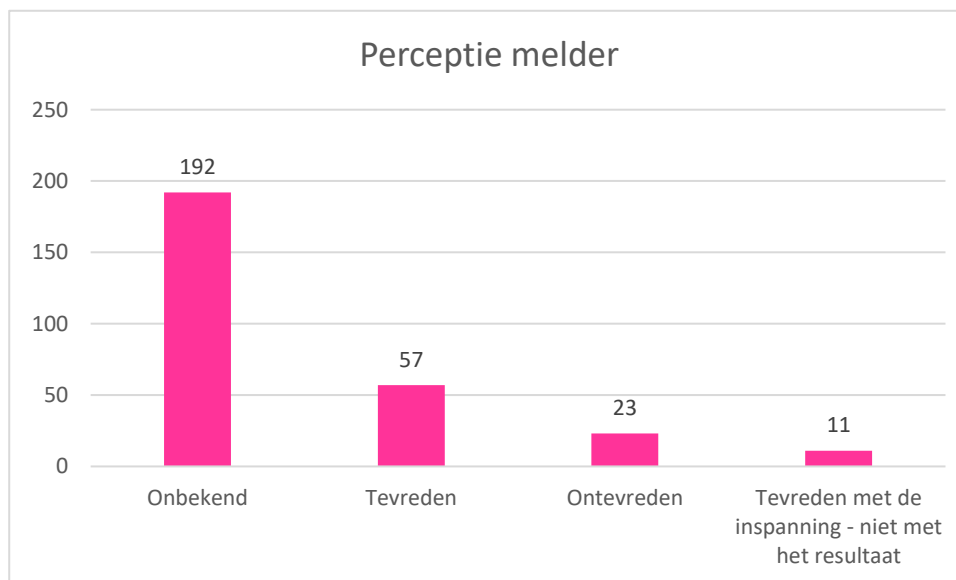


Uit de klachtenanalyse blijkt dat de meeste klachten als deels gegrond (148) of gegrond (89) worden beoordeeld. Dit geeft aan dat een groot aantal klachten (deels) terecht is en er mogelijk ruimte is voor verbeteracties. Voor 43 klachten werd de beoordeling van de klacht niet ingevuld.

Opvallend is dat het afgelopen jaar meer klachten als ongegrond (61) zijn afgesloten. Daarnaast zijn er 36 klachten waarvan de beoordeling onduidelijk is, wat kan wijzen op een gebrek aan informatie of op complexe situaties.

Deze cijfers tonen aan dat klachten vaak waardevolle inzichten bieden voor kwaliteitsverbetering, aangezien het merendeel (deels) gegrond blijkt te zijn. Dit onderstreept het belang van een zorgvuldige en objectieve beoordeling van elke klacht.

Voor 335 klachten werd de perceptie van de melder (bij afhandeling) als volgt beoordeeld:



De grafiek toont de perceptie van melders over hun ervaring. Voor de grootste groep melders, namelijk 192, is de perceptie onbekend, wat suggereert dat ze geen feedback hebben bezorgd aan de ombudsdienst over de behandeling of het resultaat van hun melding.

Van de melders die wel een oordeel gaven, waren er 57 die aangaven tevreden te zijn. Er waren ook 23 melders die zich ontevreden voelden met het proces en 11 melders gaven aan tevreden te zijn over de inspanning, maar niet over het resultaat te zijn.

Deze cijfers geven inzicht in de variëteit aan ervaringen van melders over de uitkomst van de bemiddeling tussen hen en het ziekenhuis.

Van 55 meldingen werd de perceptie van de melder niet geregistreerd.

Aanbevelingen

De ombudsdienst ontvangt jaarlijks klachten, vragen en signalen van patiënten en hun naasten over hun ervaringen in het ziekenhuis. Deze meldingen vormen een waardevolle bron van informatie over hoe de zorg en dienstverlening in de praktijk worden beleefd. Ze vormen een belangrijk bron om onze kwaliteit van zorg en dienstverlening te versterken.

Het grootste deel van de klachten gaat over:

- Informatie die ontbrak of anders werd geïnterpreteerd
- Verwachtingen die niet op elkaar afgestemd waren
- Communicatie die als gehaast of onvoldoende empathisch werd ervaren
- Verschillende perspectieven die naast elkaar bestaan en elkaar niet vinden

De Ombudsdienst formuleert op basis hiervan aanbevelingen die kunnen helpen bij het versterken en verbeteren van de dienstverlening. Dit is gebaseerd op gegronde en deels gegronde klachten en herhaalde signalen over meerdere jaren. Het doel is niet om te beoordelen of te sanctioneren, maar om samen met de organisatie te leren en de kwaliteit van de zorg en dienstverlening te versterken.

Wat loopt er goed?

De ombudsdienst is er niet alleen voor klachten, maar ook voor suggesties en complimenten. Die tonen aan waar de zorgverlening echt het verschil maakt en wat een positieve invloed heeft op hoe patiënten de zorg ervaren.

- Aantal ontvangen complimenten: 19
- Wat zijn de meest terugkerende zaken bij deze complimenten:
 - o Empathische en menselijke benadering
 - o Vriendelijkheid en hartelijkheid
 - o Zorgverleners die tijd nemen om te luisteren en mee te denken
 - o Duidelijke uitleg in begrijpelijke taal

Deze feedback bevestigt dat kleine gebaren en aandachtige communicatie een grote impact hebben op de patiëntbeleving.

We stellen vast dat bepaalde aanbevelingen uit vorige jaren minder of niet terugkomen, wat wijst op een positieve evolutie. Het gaat onder meer over:

- Zichtbaarheid ombudsdienst: verschillende artikels en korte filmpjes werden gepost op de website van Vitaz en het Vintranet (intranetsite voor medewerkers) gedurende 2024 en 2025.
- Cultuursensitieve zorg: een vertaalapp werd tijdens 2025 gelanceerd op de website van Vitaz.

- Aandacht voor digitale inclusie bij gebruik van het EPD: opstart van een digipunt in de inkomhal van het ziekenhuis. Er wordt ook gekeken om het *click-call-connect*¹ principe toe te passen in het ziekenhuis. In 2025 hebben 2576 nieuwe gebruikers de MynexuzHealth applicatie geïnstalleerd.
- Wees zorgvuldig in het overnemen van bestaande informatie. Hierover hebben we minder klachten ontvangen.
- Patiënten met vragen of bedenkingen bij verslaginhoud. Hierover hebben we minder klachten ontvangen.

Aanbevelingen voor 2025

We stellen in dit document een aantal centrale en terugkerende thema's voor. Die vullen we aan met concrete, haalbare aanbevelingen die gericht zijn op processen en onderliggende dynamieken zoals communicatie, verwachtingsmanagement en samenwerking.

We delen deze op in:

1. Algemeen niveau: overkoepelende vaststelling
2. Dossier- en interactieniveau
3. Organisatieniveau

We lichten nog enkele terugkerende en concrete punten uit 2023 en 2024 toe en sluiten af met een slotbeschouwing.

1. Overkoepelende vaststelling: communicatie en informatie als rode draad

Over alle thema's zien we twee structurele rode lijnen:

- **Communicatie** (hoe spreken we met patiënten en zij met ons)
- **Informatie** (wat delen we, wanneer en op welke manier)

Veel klachten ontstaan niet door wat er gebeurt, maar door hoe het gebeurt of de manier waarop het wordt uitgelegd. Probeer daarom altijd vanuit een verbindende manier te communiceren met de patiënt, familieleden of met een bezoeker.

2. Aanbevelingen op dossier- en interactieniveau

2.1 Verwachtingsmanagement als preventieve hefboom

Patiënten hebben vaak verwachtingen over wachttijden, onderzoeken, ontslagmomenten of nazorg die niet overeenstemmen met de realiteit van een zorgorganisatie. De meeste patiënten hebben nog geen ervaring in de werking van een zorgorganisatie en weten dan ook niet wat realistisch is en wat niet.

¹ Het voorzien van zowel digitale kanalen, telefonische kanalen en fysieke mogelijkheden voor contact met de patiënt

Aanbevelingen voor de individuele medewerker:

- Geef vooraf duidelijk uitleg over wat patiënten wel en niet mogen verwachten (bij consultaties, opnames, spoed). Dit kan mondeling en via info die ze op papier/mail krijgen, bijvoorbeeld bij een herinnering van de afspraak. De korte duur van consultaties laat het niet altijd toe om uitgebreid uitleg te geven. Peilen naar de verwachtingen en doorverwijzen voor meer informatie, kunnen een groot verschil betekenen in de beleving van de patiënt.
- Overweeg een bredere informatiecampaignedie patiënten helpt om hun verwachtingen te kaderen, bijvoorbeeld aan de hand van informatieve filmpjes die zich afspelen doorheen het ziekenhuis (cfr. de spoedafdeling) of informatiecampaignedie via sociale media. Dit kan een meerwaarde zijn voor elke patiënt en het is een opportuniteit om nog meer in te spelen op de behoeften van specifieke doelgroepen, zoals mensen met neurodiversiteit, kinderen, ... De insteek van dergelijke filmpjes is: "hoe verloopt het traject: waar meld je je aan, wat breng je mee,...?". Zo zien we dat het filmpje van het kinderdagziekenhuis op één jaar tijd 217 keer is bekeken, hetgeen een zeer mooi cijfer is. Ook een virtuele rondleiding kan heel wat stress wegnemen van een patiënt.
- Bekijk informatie niet als een extra last, maar als een manier om patiënten mee eigenaar te maken van hun zorgtraject. Net als de keuze voor een maaltijd tijdens een verblijf, draagt die bij aan hun welzijn en ervaring in het ziekenhuis.

2.2 Teveel informeren bestaat niet

Patiënten geven soms aan dat ze niet wisten wat er ging gebeuren, ook wanneer zorgverleners het gevoel hebben dat ze voldoende uitleg gaven. Stress, spanning en bezorgdheid kan er daarnaast voor zorgen dat een boodschap niet binnen komt.

Aanbevelingen:

- Check systematisch of informatie begrepen is door de patiënt.
- Verplaats je in de patiënt die geen medische voorkennis heeft.
- Vermijd aannames over wat patiënten wel of niet weten. Ook bij mondige of hoogopgeleide patiënten. Of wanneer patiënten de indruk geven dat ze wel iets weten.
- Anderzijds vindt de ombudsdienst dat de verantwoordelijkheid om geïnformeerd te zijn ook bij de patiënt ligt. De patiënt dient geïnformeerd beslissingen te kunnen nemen over zijn/haar gezondheid. Dit vraagt het bundelen van vragen, opmerkingen en feedback en zo wordt een consultatie/opname beter voorbereid door de patiënt.

2.3 Erkenning geven en ernstig genomen worden.

Patiënten benoemen vaak gevoelens van "niet gehoord" of "niet ernstig genomen"

Aanbevelingen:

- Je kan een gevoel of een ervaring erkennen, ook als je het inhoudelijk niet eens bent.

- Gebruik eenvoudige en korte zinnen van erkenning, die maken een groot verschil in hoe de rest van het gesprek verloopt. De informatie die je daarna geeft, komt vaak beter binnen.

2.4 Constructieve aanpak van mondige patiënten

Patiënten zijn meer betrokken en assertiever. Ze hebben toegang tot meer informatie en dit kan spanning geven in de zorgrelatie.

- Geef ruimte aan de patiënt en begrens tegelijk op een constructieve manier.
- Bekijk assertiviteit niet als een bedreiging, maar als een signaal van betrokkenheid
- Probeer te achterhalen van waar dit komt en probeer dit te benoemen. Het is aangenamer om in gesprek te gaan met iemand die bezorgd is, dan iemand die gefrustreerd of agressief is.

Indien nodig kunnen communicatietrainingen hierbij helpen.

2.5 Gebruik van AI en externe informatie door patiënten

Patiënten brengen vaker informatie aan via AI of internet, wat ongerustheid of wantrouwen kan creëren in de patiënt-zorgverlenersrelatie.

Aanbevelingen:

- Reageer geruststellend en informierend
- Benoem dat er een fysiek onderzoek volgt en dat dit een grondig onderzoek is
- Gebruik dit als een kans tot dialoog en verduidelijking.

3. Aanbevelingen op organisatieniveau

3.1 Versterken van een lerende feedbackcultuur

De Ombudsdienst merkt dat zorgverleners soms defensief reageren op meldingen van de ombudsdienst. Wat begrijpelijk is, want het gaat over potentiële kritiek op het werk van zorgverleners die dit vanuit de beste wil doen.

Aanbeveling: bekijk de ombudsdienst als een waardevolle informatiebron binnen de organisatie en een kans om te leren en het nog beter te doen.

3.2 Interne samenwerking rond kwaliteit versterken

Verschillende diensten in het ziekenhuis werken aan kwaliteit, maar deze signalen worden niet altijd structureel samengelegd. Het kan interessant zijn om conclusies en aandachtspunten vanuit de Ombudsdienst meer structureel door te geven aan deze afdelingen (bijvoorbeeld CEM, Q&S, Zorg/clustermanagers). Zodat de afdelingen met het mandaat om verandering te realiseren, ook over deze informatie beschikken.

4. Terugkerende punten (2023 – 2024) en concrete aanbevelingen

4.1 Persoonlijke eigenschappen van patiënten

- Sensibiliseer teams rond zorgvuldig omgaan met persoonlijke spullen.
- Overweeg een systeem met gekleurde pochetten voor belangrijke documenten.
- Informeer patiënten bij opname over hoe met eigendommen wordt omgegaan. Wijs ze ook op hun eigen verantwoordelijkheid. Waar mogelijk kunne dure, niet noodzakelijke spullen meegeven worden met familieleden tijdens een bezoekmoment.

4.2 Financiële transparantie

- Stimuleer zorgverleners om financiële aspecten bespreekbaar te maken.
- Informeer patiënten actief over conventiestatus en kostenramingen op de website. De effectieve bezoekersaantallen van die pagina's kunnen worden gemonitord door de communicatiedienst. Het ziekenhuis stuurt nu ook digitaal de pagina van de kostenramingen naar de patiënten.
- Verwijs financiële vragen consequent door naar het financieel aanspreekpunt.

4.3 Ontslagprocedure en beddendruk

- Veranker het standaard ontslaggesprek als vast moment.
- Houd rekening met de thuissituatie en zorgcapaciteit na ontslag.
- Correct inboeken en communiceren van vervolgafspraken.

Samenvattende aanbevelingen

De signalen van de ombudsdienst tonen aan dat kwaliteitsvolle zorg niet alleen bepaald wordt door medische handelingen, maar in grote mate door communicatie, informatie en afstemming. Veel klachten zijn vermijdbaar door tijdig verwachtingen te verduidelijken, erkenning te geven en patiënten actief te betrekken bij hun zorgtraject.

Concrete aandachtspunten voor de organisatie:

- Maak van duidelijke en herhaalde informatie een standaardonderdeel van zorgprocessen.
- Investeer in communicatievaardigheden als kwaliteitsinstrument, niet als extra belasting.
- Versterk een lerende feedbackcultuur waarin klachten gezien worden als kansen tot verbetering.
- Bundel en deel signalen over diensten heen om structurele patronen te herkennen.
- Blijf inzetten op empathie, begrijpelijke taal en erkenning als kern van patiëntgerichte zorg.

Door deze aandachtspunten structureel te verankeren, kan het ziekenhuis verder bouwen aan een zorgomgeving waarin patiënten zich gehoord, geïnformeerd, ernstig genomen voelen en waarin zorgverleners ondersteund worden in hun dagelijkse praktijk.



JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2025

C. Heymanslaan 10 – B 9000 Gent

Tel: 09/332.52.34 – ombudsdienst@uzgent.be



INHOUDSTABEL

- Inleiding
- Aanmeldingen 2025 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 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 2002/2024). De wet werd in 2024 aangepast met behoud van zijn oorspronkelijke doelstelling: het bevorderen van een duurzaam partnerschap tussen de patiënt en de gezondheidszorgbeoefenaar binnen de zorgrelatie.

Bij de opstelling van het jaarverslag werd het interne registratiesysteem Zenya 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 aangezien één patiënt meerdere klachten kan 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. Klachten worden bij voorkeur in wederzijds respect besproken binnen de zorgrelatie die open communicatie nastreeft zodat incidenten transparant kunnen worden erkend. 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 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 de 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 8u30 tot 12u00 en van 13u00 tot 17u00. 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/bemiddelaar patiëntenrechten (3,5 FTE) ; Ann D'Hoye, Charlotte Hambersin, Marlies Geirnaert 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, nieuwe medewerkers en startende leidinggevenden. Deze infosessies kaderen binnen een continue sensibilisering.

Deelname aan de Europese Dag van de Patiëntenrechten en 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 en provinciale intervisie, voorstelling jaarverslag Vlaamse Ombudsdienst en overleg met de Federale Ombudsdienst "Rechten van de patiënt".

Samenwerking met andere diensten

- Cel Kwaliteit
- Cel Verzekeringen
- Dienst Communicatie
- Dienst Facturatie en Begeleiding Patiënten
- Dienst Mobiliteit
- Juridische Dienst
- Data Protection Officer (DPO)
- Interne Audit
- Dienst ICT

Aanmeldingen als meerwaarde voor de organisatie

Onder aanmelding wordt verstaan 'Elke uiting van ontevredenheid door een patiënt/familie/bezoeker ... over de dienstverlening, omdat deze niet voldoet aan de gestelde verwachtingen.'

- Een aanmelding als leerinstrument

Een melding van het feit dat een verwachting niet werd ingelost. Het is een efficiënte manier om inzicht te krijgen in 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 aanmelding als communicatie-instrument

Een melding biedt mogelijkheden om het vertrouwen arts-patiënt te herstellen en zorgt voor een positieve zorgrelatie. Door bemiddeling kunnen misverstanden worden verhelderd en besproken, 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 meldingen 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

Ann D'Hoye

Marlies Geirnaert

Charlotte Hambersin

Christophe Demeestere

AANMELDINGEN 2025

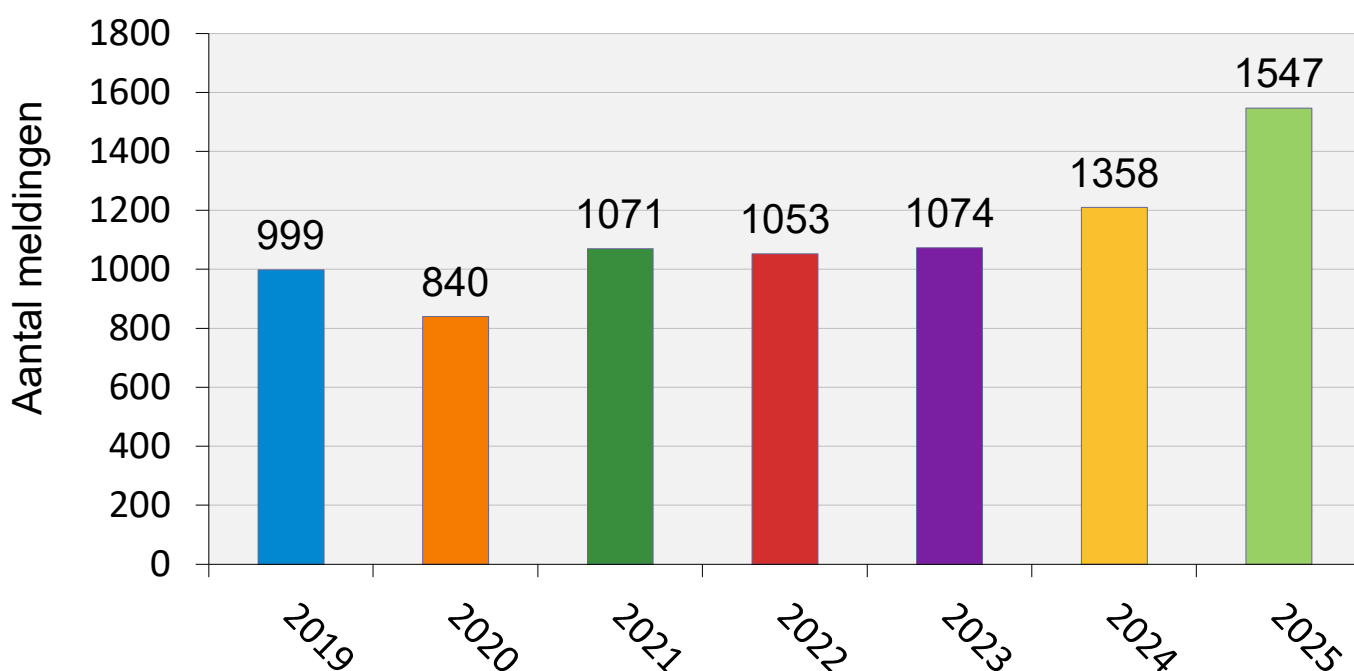
1.1. Inleiding

De Ombudsdienst van het UZ Gent heeft een totaal van 1547 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.

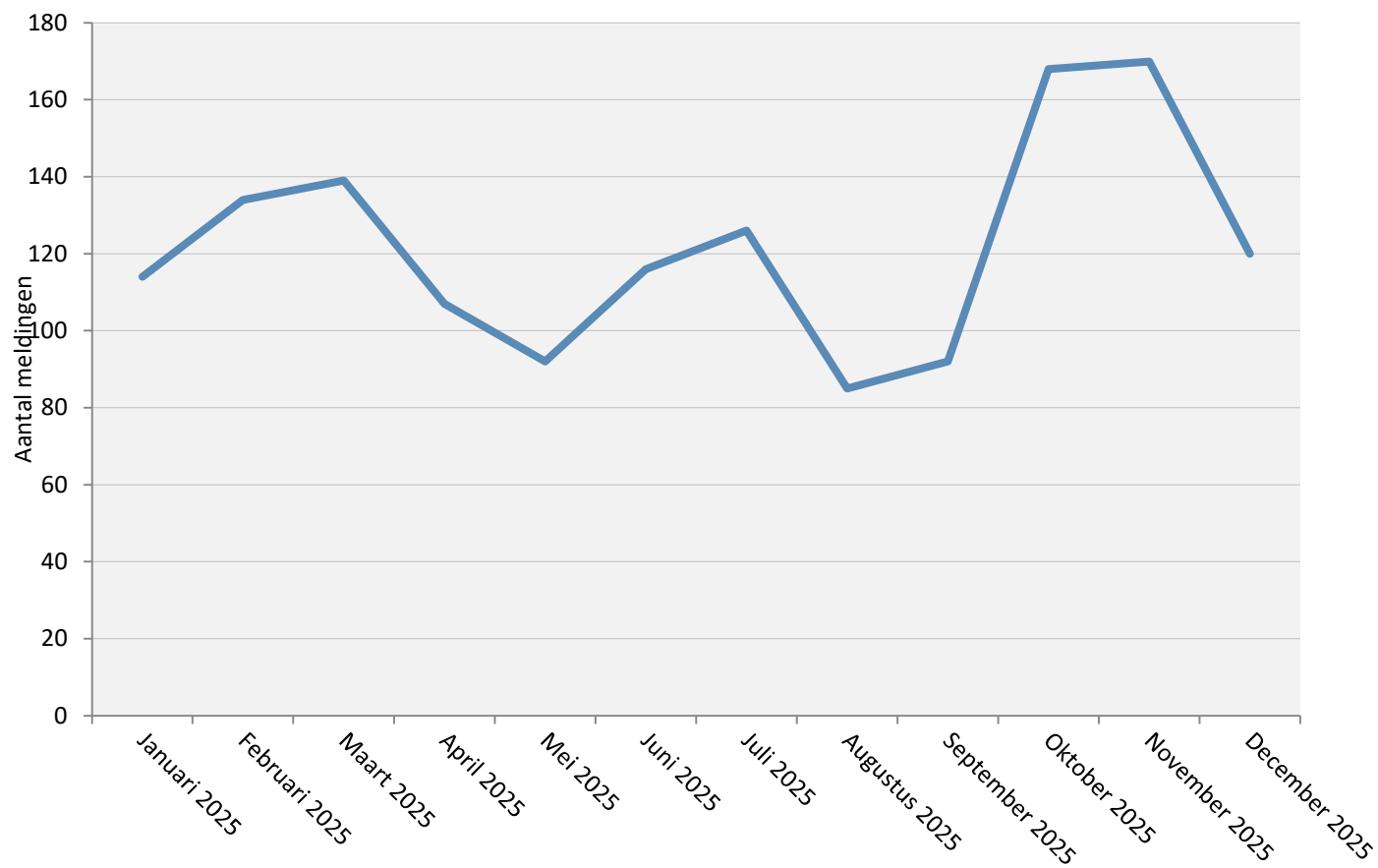
Er wordt een stijging van het aantal aanmeldingen vastgesteld in 2025. In 2024 waren er 1358 aanmeldingen en in het jaar 2023 werden 1074 aanmeldingen geregistreerd. Er wordt strikt op toegezien om enkel meldingen van patiënten te behandelen en niet van medewerkers.

Een overzicht van deze trends wordt weergegeven in Grafiek 1a hieronder.



Grafiek 1a: Overzicht van de evolutie in het aantal aanmeldingen over de periode 2019-2025

Trendlijn aantal aanmeldingen per maand in 2025 in Grafiek 1b hieronder.



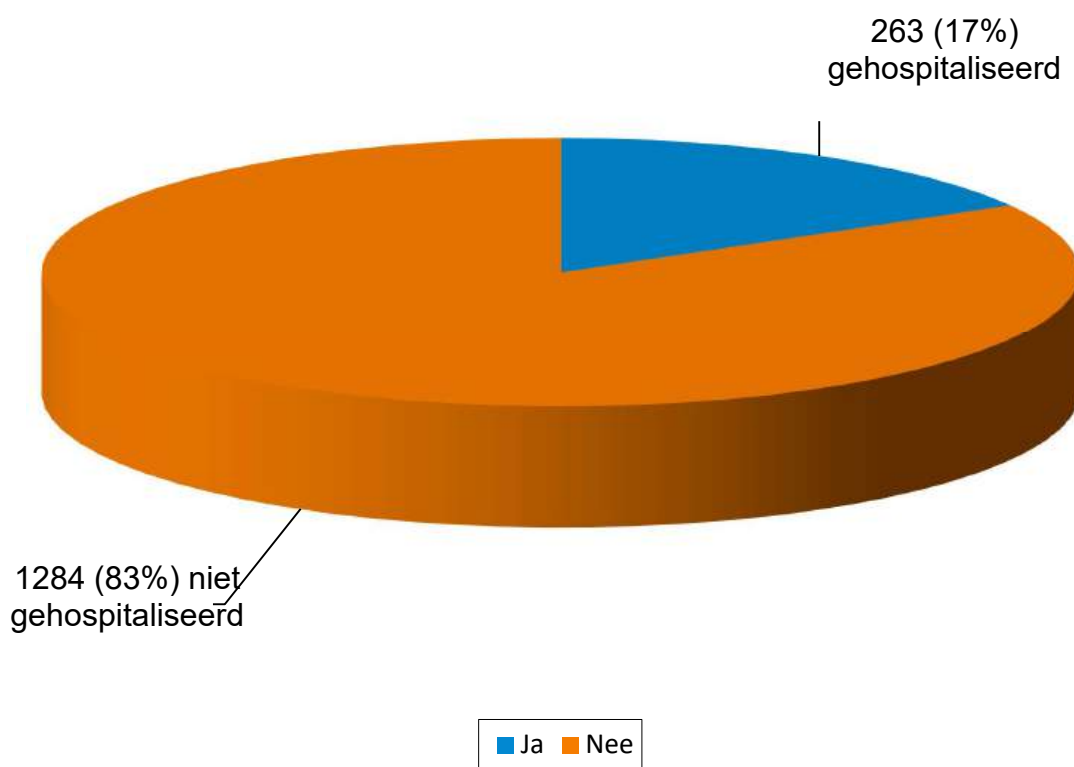
Grafiek 1b: Trendlijn aantal aanmeldingen per maand in 2025

1.2. Analyse van de aanmeldingen

Hierna volgt een globale analyse van de 1547 aanmeldingen.

Van de 1547 aanmeldingen waren 263 (17%) melders gehospitaliseerd in het ziekenhuis op het moment van de klachtmelding. De overige 1284 (83%) melders hebben hun klacht ingediend na het verlaten van het ziekenhuis. Een analyse van het klachtenbeeld biedt een verklaring: bepaalde medische gevolgen, administratief-financiële problemen en/of organisatorisch problemen uitten zich pas op langere termijn. Daarenboven fixeren patiënten zich tijdens hun hospitalisatie of op het moment van ontslagname doorgaans niet onmiddellijk op het neerleggen van een klacht. Negatieve ervaringen en situaties worden eerst overwogen of met familieleden en/of vrienden besproken vooraleer de stap wordt gezet om ook effectief een klacht neer te leggen. Soms worden klachten in eerste instantie niet gemeld om de 'goede zorg' niet in gevaar te brengen.

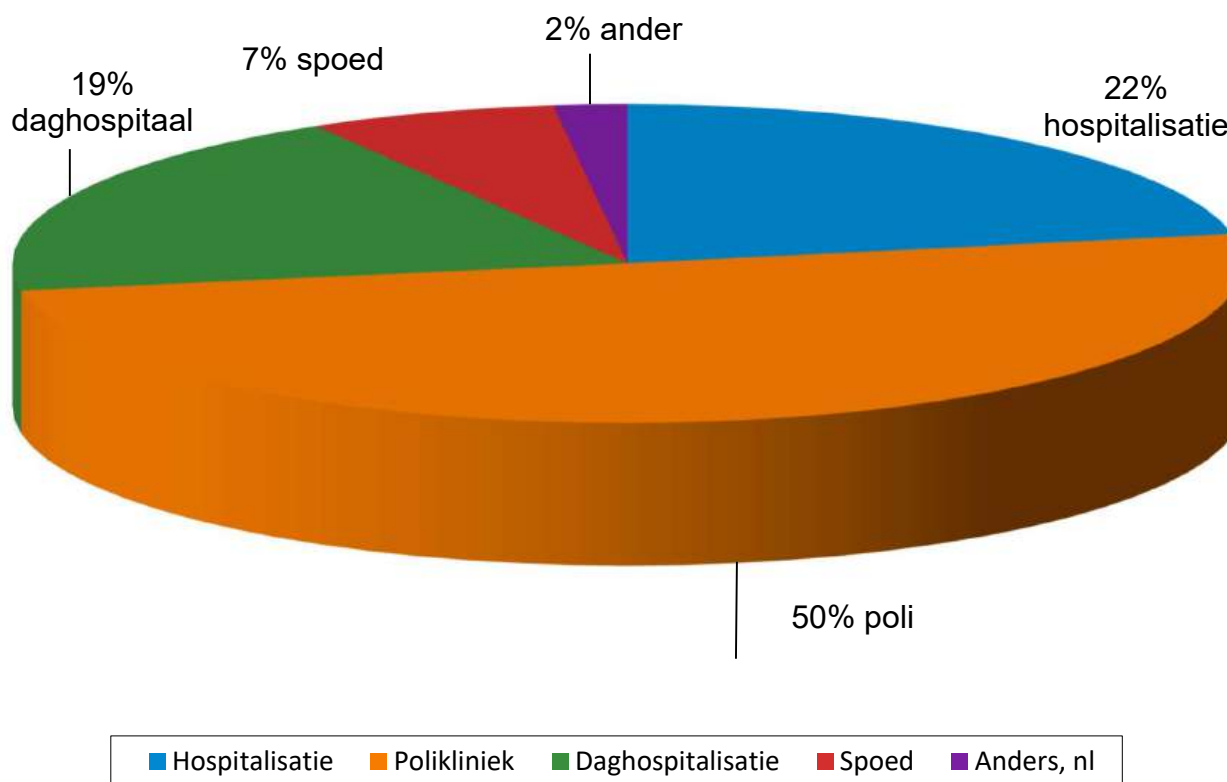
Grafiek 2 biedt een overzicht van het aantal aanmeldingen in het jaar 2025 en de plaats waar de patiënt zich bevindt op het moment van klachtenmelding.



Grafiek 2: Gehospitaliseerd of niet op moment van aanmelding?

Verdere analyse van het klachtenbeeld geeft aan dat klachten geuit worden over hospitalisatie (22%) en poliklinisch consult (50%). Voorts zijn er klachten die ontstaan ter hoogte van de spoedopname (7%), dag-hospitalisatie (19%) en andere (2%).

Grafiek 3 biedt een overzicht van de lokalisatie op het moment van ontstaan van de aanmelding/klacht.

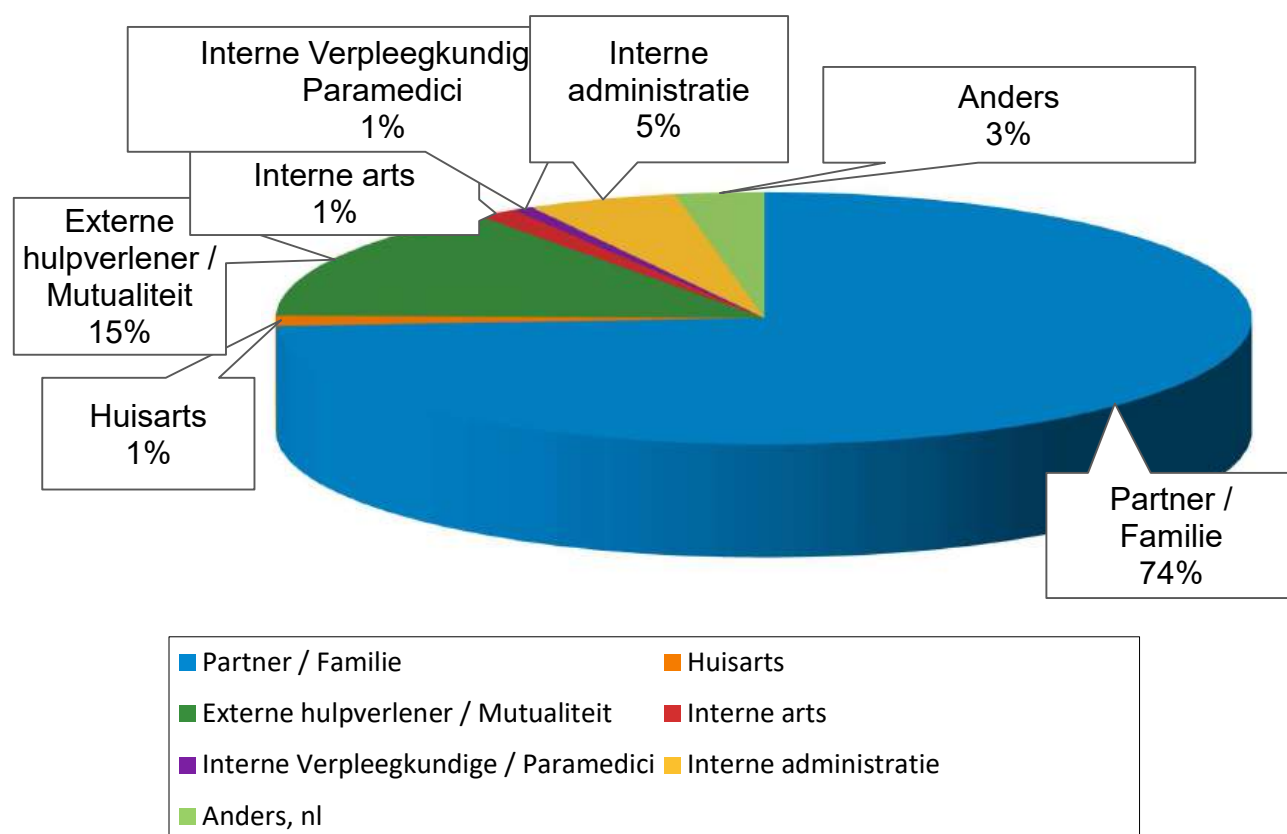


Grafiek 3: Een overzicht van de lokalisatie op het moment van ontstaan van de aanmelding/klacht.

De meeste aanmeldingen Ombudsdienst worden door patiënten zelf gemeld. Wanneer de relatie van de aanbrenger van de klacht t.o.v. de patiënt nader wordt beoordeeld, blijkt dat de klacht in 74% 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 (5%), interne meldingen van verpleegkundigen en paramedici (1%) en artsen (1%) en meldingen van externe hulpverleners of mutualiteiten (15%) en huisarts (1%).

De categorie “anders” betreft aanbrengers van meldingen zoals het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO), politie, advocaten, vrijwilligers, mantelzorgers, second opinion e.d. (3%).

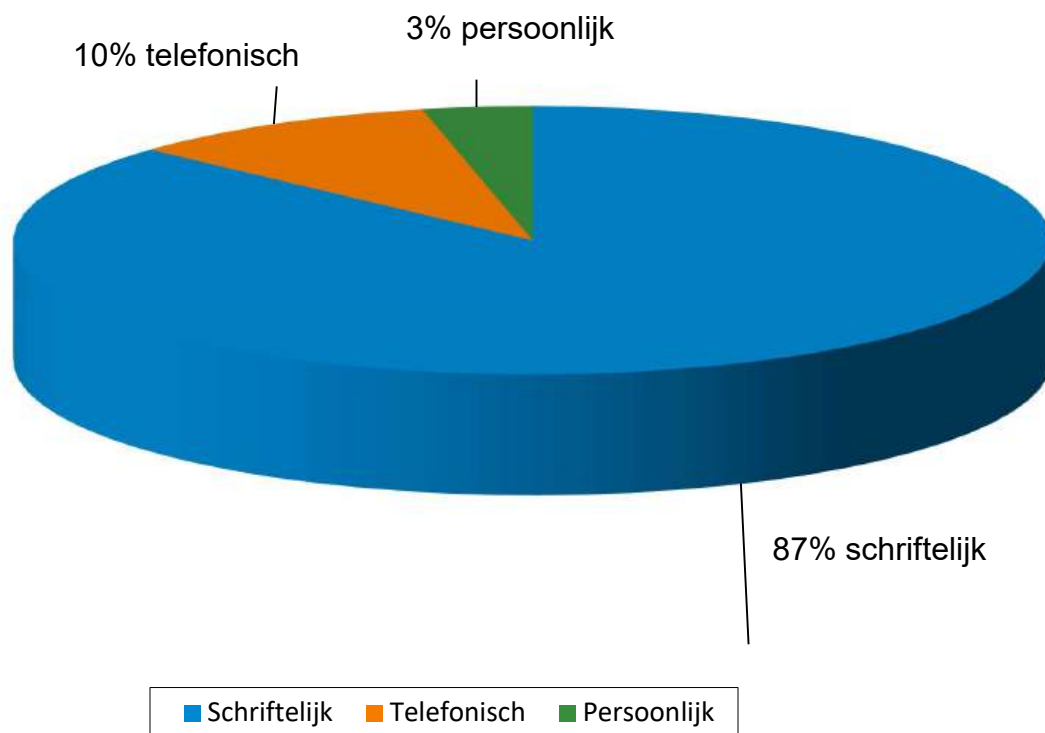
De onderlinge verhoudingen en de verdeling van de relatie aanbrenger-patiënt over het totale klachtenbeeld is vervat in Grafiek 4.



Grafiek 4. Procentuele verdeling van de relatie aanbrenger-patiënt

Het overgrote deel van de klachten (87%) bereikt de Ombudsdienst via e-mail, per brief of via het contactformulier Ombudsdienst via de link op de website UZ Gent. Via telefonische oproep was dat 10% en in 3% 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 meldingen 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.

Een belangrijke verwachting van de patiënt is de mogelijkheid om beroep te kunnen doen op **signalering** (22%) vanuit de Ombudsdienst. Bij signalen wordt meestal geen concrete actie van de Ombudsdienst verwacht, maar hoopt de melder dat in de toekomst gelijkaardige problemen kunnen worden vermeden. Het signaal wordt echter wel overgemaakt aan de betrokken verantwoordelijke. Andere verwachtingen betreffen het **oplossen** (25%) 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** (11%) (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.

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.

Ook poli-prestaties zijn vaak niet geconventioneerd en roepen vragen op bij de patiënt. Voor betwistingen wordt samengewerkt met de dienst facturatie patiënten.

Op regelmatige tijdstippen bespreekt de Ombudsdienst de factuurbetwistingen met de Hoofddarts van het UZ Gent. De Hoofddarts 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** (9%) 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 aantoonst 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 2025 bedraagt het aantal **schadeclaims** 40 (BA)-dossiers. De Juridische Dienst van het UZ Gent maakt dit over aan de Verzekeraar Beroeps Aansprakelijkheid.

De schadeclaims betreffen o.a. ingediende verzoeken om schadeloosstelling in volgende situaties:

- fout bij behandeling met schade en causaal verband tussen fout en schade
- ingestelde behandeling waarbij complicaties zijn opgetreden
- 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
- valincidenten op de campus

Extra aandacht voor bewaring en registratie waardevolle persoonlijke voorwerpen.

Aparte afgesloten bewaarplaatsen voor ID-card, gehoortoestellen, brillen, juwelen,...

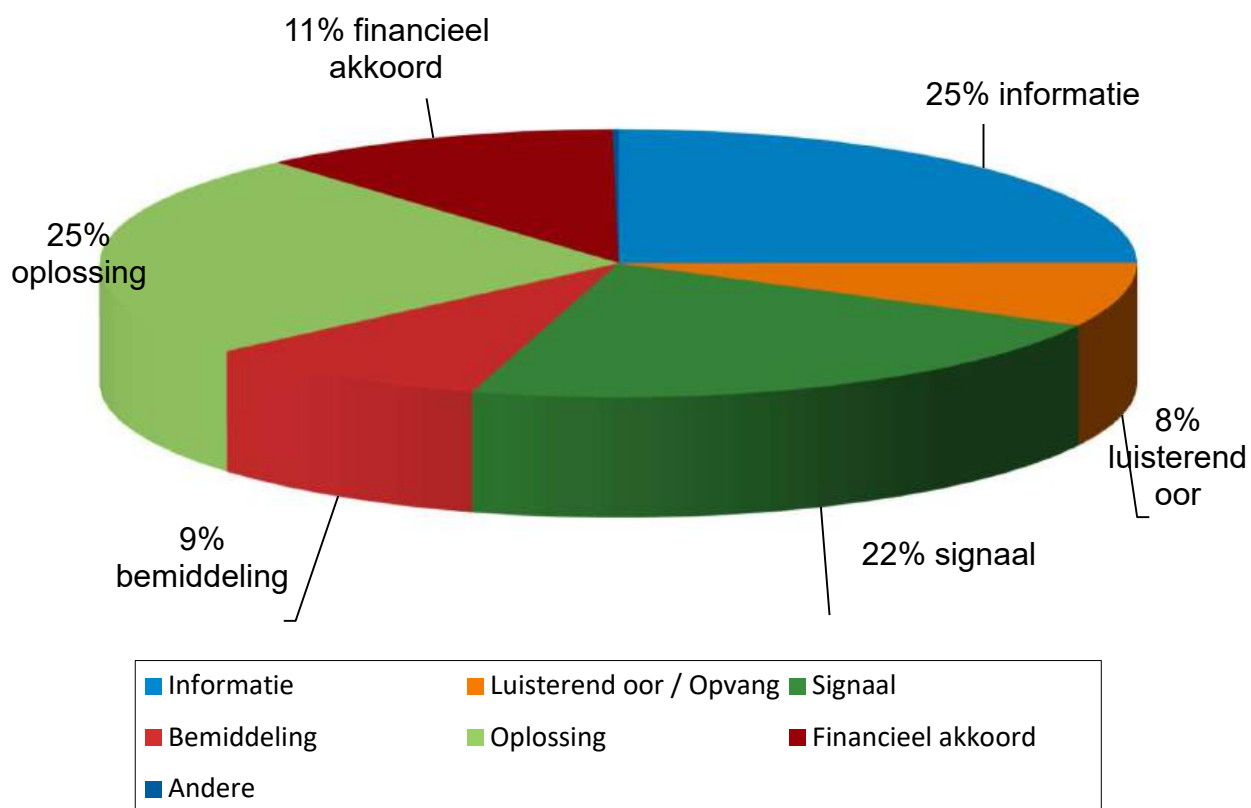
Belang van incidentmelding door zorgverlener en melding aan de Ombudsdienst door patiënt of familie.

De meeste meldingen worden opgelost dankzij de bemiddelingsinspanningen vanuit de Ombudsdienst. Concreet worden in deze casussen **minnelijke schikkingen** getroffen.

Patiënten komen bij de Ombudsdienst aankloppen met allerlei **vragen**. Door het verstrekken van de juiste en volledige **informatie** (25%) aan de patiënt verdwijnt het ongenoegen en wordt de communicatie hersteld. De vragen die hier aan bod komen zijn van medische, organisatorische en administratief-financiële aard.

Ten slotte komt de categorie “**luisterend oor**” (8%). Het betreft ontevreden patiënten die behoefte hebben aan een luisterend oor. Deze patiënten vragen meestal ook een vorm van begeleiding in de formulering en in de afhandeling van de klacht.

De procentuele verhoudingen en de verdeling van de verwachtingen van de melder werden opgenomen in Grafiek 6.



Grafiek 6: Procentuele verdeling verwachting van de melder

Wanneer we de inhoud van de meldingen nader bekijken, dienen we rekening te houden met 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 Hoofddarts 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:

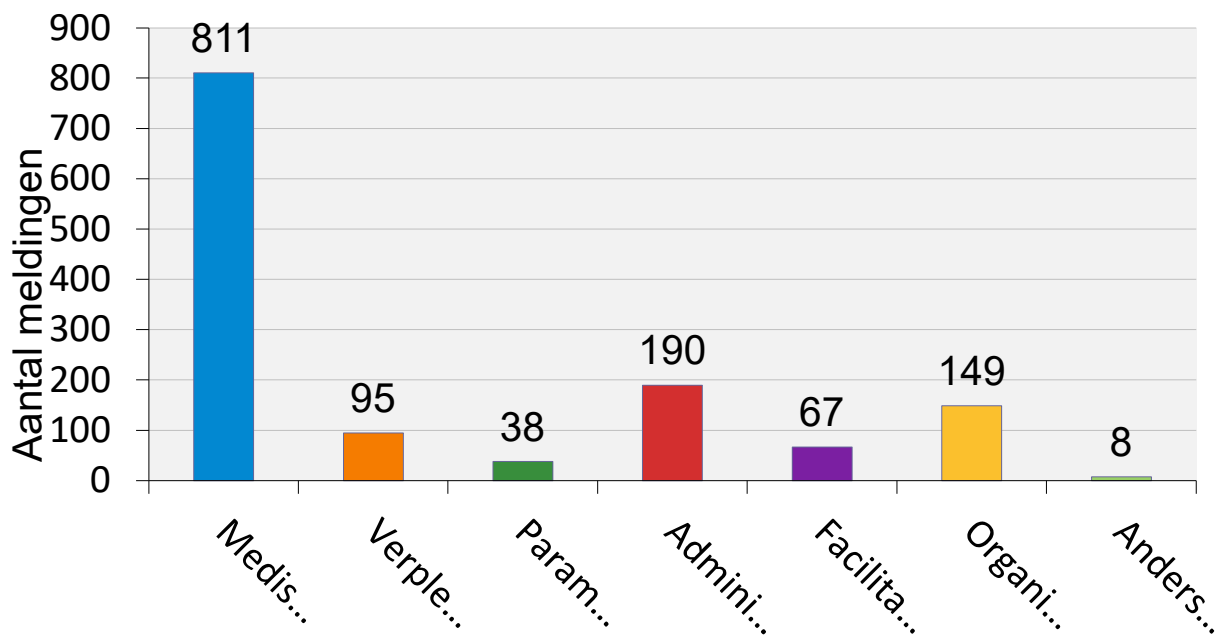
- Medisch
- Verpleegkundig
- Paramedisch en sociale dienst
- Administratief/financieel
- Technisch, facilitaire en hoteldiensten
- Organisatorisch
- Andere

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 2025:

- De belangrijkste categorie van klachten betreft de klachten van medische aard. (811)
- Klachten van organisatorische aard. (149)
- Klachten van administratief-financiële aard. (190)
- Klachten van technische, facilitaire en hoteldiensten. (67)
- Klachten van paramedisch en sociaal verpleegkundige aard. (38)
- Klachten van verpleegkundige aard. (95)
- Andere aspecten; meldingen behandeld m.b.t. incidenten op de campus. (8)

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

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 steeds belangrijker geworden. De klachten vertegenwoordigen een ontevredenheid over de persoonlijke aandacht of empathie van de arts of over de verbale en/of non-verbale communicatie van de arts. Ook het ongenoegen m.b.t. de ontslagvoorbereiding o.a. medicatie en voorschriften, ontevredenheid met betrekking tot het doorsturen van verslagen aan de huisarts of externe specialist of het (onrechtmatig) inkijken van het EPD.

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 sociale aard

Klachten hebben betrekking tot behandeling, ontslagvoorbereiding, aandacht en privacy, informatie en communicatie en regeling patiëntenvervoer.

Deelaspecten administratief financiële klachten

Deze klachten hebben overwegend te maken met facturatie. Facturen worden onder meer geïnteresserd omwille van:

- ontevredenheid over aanrekening ereloon consult, onderzoek, behandeling, follow-up, ...
- ongenoegen betreffende de facturatie los van de zorgverstrekking (protesten wegens laattijdige of niet ontvangen 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 niet dringende heelkundige ingreep of onderzoek wordt uitgesteld door openstaande rekeningen...)
- een gebrek aan informatie, de communicatiestijl en bereikbaarheid van de financieel administratieve diensten.
- vermelding van de naam van het diensthoofd op de factuur en niet van de behandelende arts of ASO.
- vermelding van de naam van de Hoofddarts of naam van arts van de klinisch ondersteunende sector (KOS). Sommige patiënten willen niet betalen omdat ze die arts niet 'gezien' hebben (radioloog, klinisch bioloog,...).

Deelaspecten technische, facilitaire en hoteldienst klachten

Het hoofdaandeel van de klachten rond de hoteldienst verwijst vooral naar de kwaliteit van de maaltijden, de dieetkeuken en klachten inzake schoonmaak. De overige klachten, die weliswaar een heel klein aandeel vormen, betreffen de communicatiestijl en andere.

De technische klachten in 2025 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 worden als te duur ervaren.

Klachten betreffende comfort vertegenwoordigen diverse klachten: gebrek aan éénpersoonsskamers, te kleine éénpersoonsskamers, 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 op eenzelfde dag.

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 verkeer- of parkeerproblemen.

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.

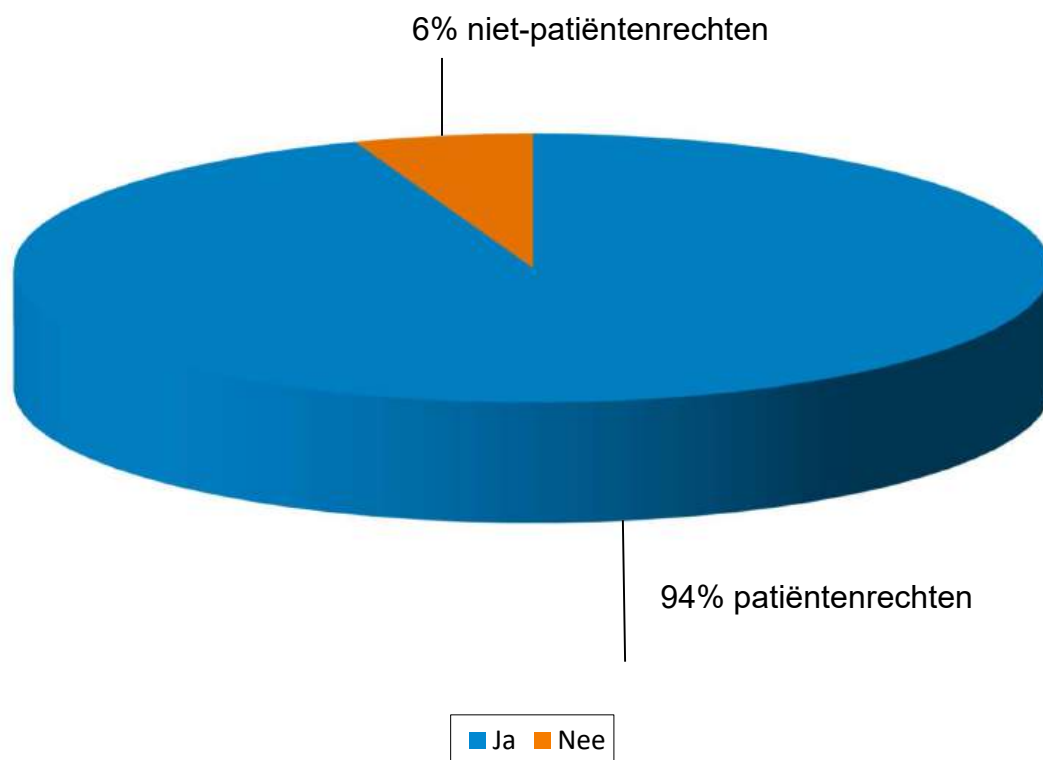
Onder organisatorische klachten vallen ook klachten rond verlies van persoonlijke bezittingen van de patiënt: tablet, smartphone, portable, bankkaart, bril, gebitsprothese, kledij, juwelen, ID-kaart, gehoorapparaat, of andere persoonlijke spullen. De onthaalbrochure vermeldt dat patiënten zo weinig mogelijk 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

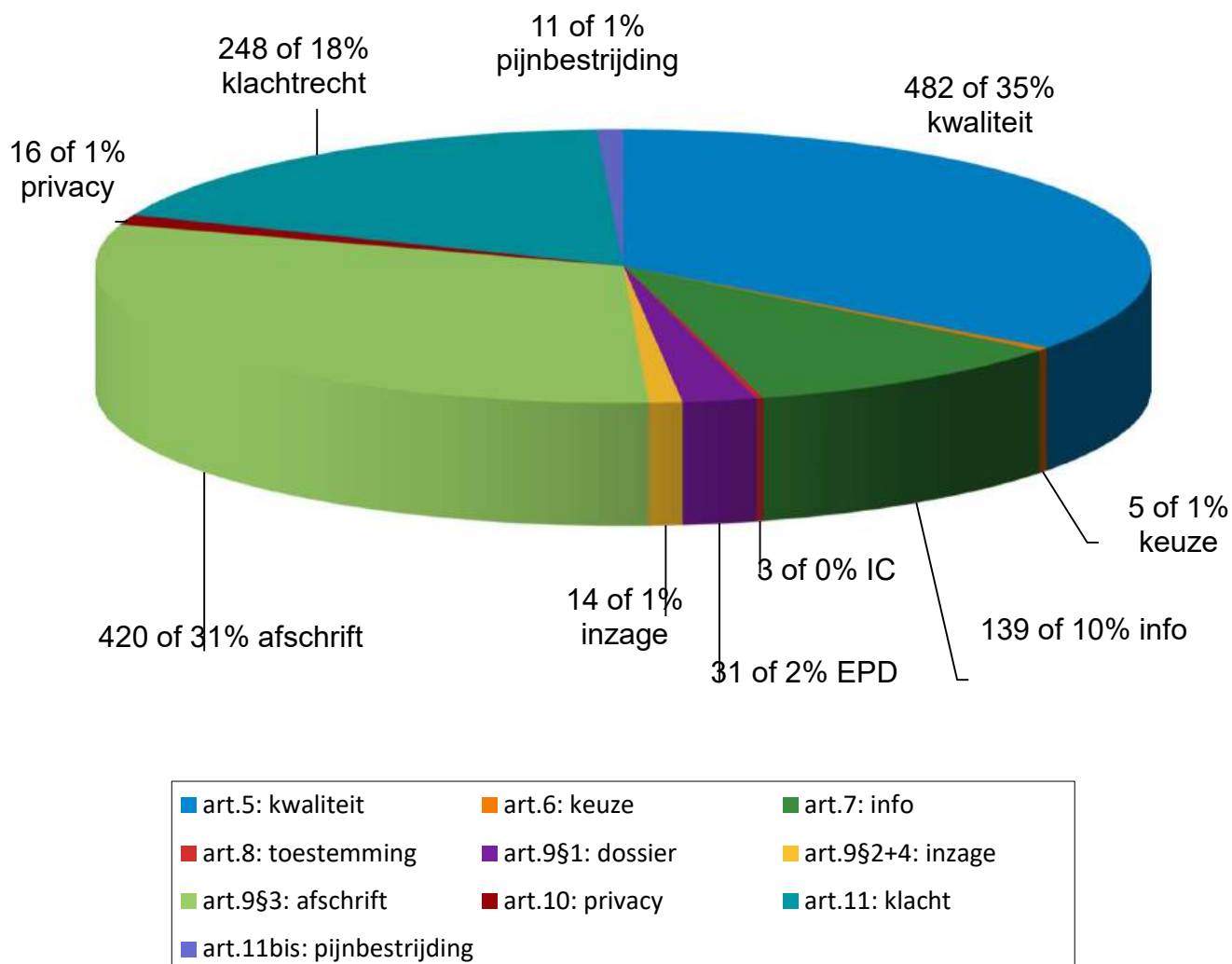
Dit deelaspect vertegenwoordigt klachten over de verbale en non-verbale communicatie van de zorgverstreker of medewerker.

De procentuele verdeling van de inhoud van de klacht m.b.t. patiëntenrechten of niet wordt weergegeven in grafiek 7.b.



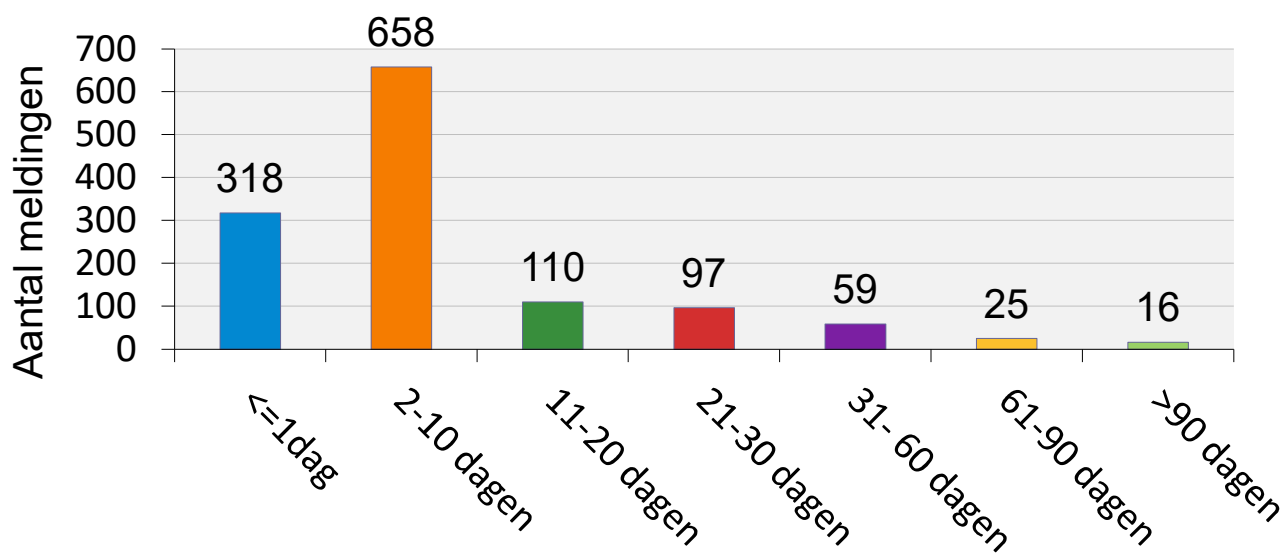
Grafiek 7.b.: Procentuele verdeling van de inhoud van de klacht m.b.t. patiëntenrechten of niet-patiëntenrechten

De absolute en relatieve verdeling van de inhoud van de klacht per patiëntenrecht wordt weergegeven in grafiek 7.c.



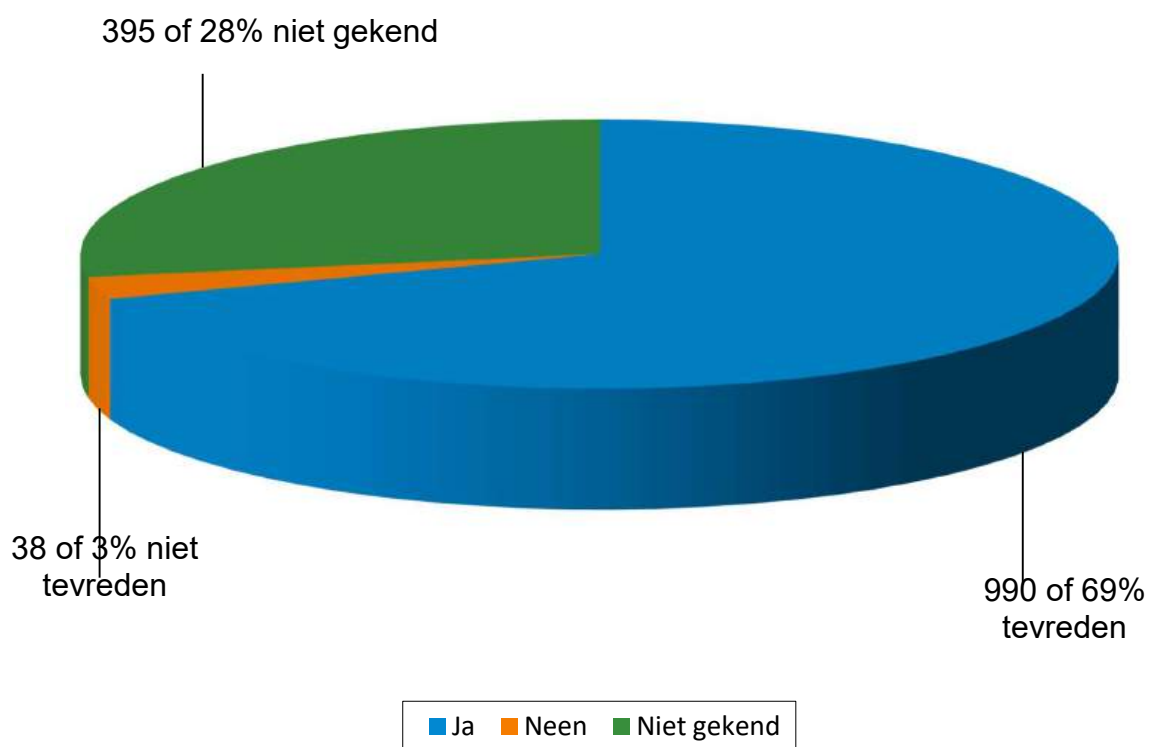
Grafiek 7.c.: De absolute en relatieve verdeling van de inhoud van de klacht per patiëntenrecht

Grafiek 8 toont de doorlooptijd van de aanmeldingen.



Grafiek 8.: De doorlooptijd van de aanmelding.

Grafiek 9 toont de tevredenheid of ontevredenheid van de aanmelders.



Grafiek 9: Tevredenheid versus ontevredenheid van de aanmelders..

BEMERKINGEN, SUGGESTIES EN AANBEVELINGEN

“Your most unhappy customers are the greatest source of learning” Bill Gates

Leren uit klachten. Het UZ Gent als lerende organisatie.

Kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg staat in het UZ Gent voorop. Toch kan het voorkomen dat patiënten niet tevreden zijn. Vanuit het klachtenmanagement wordt aan de aanmelders gevraagd om de klacht eerst te bespreken met de zorgverleners (cascade-systeem en subsidiariteitsprincipe). 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 over 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 verkregen worden. De patiënt heeft ook recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en op klachtenbemiddeling door de Ombudsdienst.

De nieuwe wet patiëntenrechten (2002/2024) is ondertussen een feit en ingeburgerd bij patiënten en zorgverleners. Patiënten raken steeds makkelijker over de drempel van een Ombudsdienst en durven hun vragen en zorgen ventileren. Patiëntenrechten zijn ondertussen gedefinieerd als rechten voor, door en met de patiënt en de belangrijke rol van naasten is duidelijk beschreven onder de vorm van vertegenwoordigers (in welk soort mandaat dan ook) en vertrouwenspersonen.

Zorgverleners zijn ondertussen vertrouwd met het werken met ombudspersonen. Zij werken mee, komen aan tafel zitten om te luisteren en uit te praten, zoeken mee naar oplossingen en delen ook hun kwetsbaarheid. Ombudspersonen voelen geraaktheid, boosheid, verdriet, onrecht en onmacht aan beide zijden van de tafel. Zij faciliteren, helpen met het zoeken naar herstel van vertrouwen of met het respectvol afscheid nemen van elkaar in een zorgrelatie. Ook wij worden uitgedaagd om steeds verder te verdiepen en te verrijken om met vertrouwen en steeds verder gaande professionaliteit te helpen verbinden.

Als rollen worden afgelegd blijven mensen over en komt er ruimte om te luisteren, te spreken en naar mekaar te bewegen.

Aanbeveling: Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen ‘zachte’ bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling: Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het *open disclosure*-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren, excuses aanbieden en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Aanbeveling: Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende :

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.

- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn.
- Patiënt leest mee!

Aanbeveling: Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals **wilsonbekwaamheid** en **vertegenwoordiging**, omgaan met **familieconflicten** en **beroepsgeheim** komen in klachten en casussen regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichtte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden, waaronder:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden
- omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- conflictpreventie en de-escalatie
- communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties, wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie. De Ombudsdienst wil mee-denken met jullie.

Aanbeveling: Versterken van de proactieve rol van de Ombudsdienst

Het is aan te bevelen om de Ombudsdienst niet uitsluitend reactief, maar ook expliciet proactief te positioneren binnen de zorgorganisatie. Een zichtbare, bereikbare en laagdrempelige aanwezigheid van de Ombudsdienst creëert ruimte voor vroegtijdige signalering van mogelijke knelpunten en voor het tijdig ondersteunen van patiënten, naasten en medewerkers.

Daarnaast kan de Ombudsdienst een belangrijke bijdrage leveren door thema-gerichte initiatieven rond patiëntenrechten te organiseren, zoals infomomenten, interne vorming, sensibilisering of samenwerking met andere diensten. Dit versterkt het bewustzijn binnen de organisatie en stimuleert een cultuur waarin patiëntenrechten actief worden bewaakt.

Een structurele betrokkenheid van de Ombudsdienst bij complexe casuïstiek en bij de voorbereiding van moeilijke gesprekken kan bovendien leiden tot betere onderlinge afstemming, het voorkomen van escalaties en een duurzamere opbouw van vertrouwen tussen alle betrokken partijen.

Tot slot is het essentieel om het mandaat en de rol van de onafhankelijke ombudspersoon duidelijk(er) af te bakenen en intern te communiceren. Heldere verwachtingen — zowel richting patiënten als richting medewerkers — zijn noodzakelijk om misverstanden te vermijden. Een expliciete communicatie over wat de Ombudsdienst wél en niet kan betekenen, draagt bij aan realistische verwachtingen en een transparante werking.

Aanbeveling: Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

Aanbeveling: Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

Aanbeveling: Invloed van AI bij het indienen van een klacht

Steeds meer patiënten maken gebruik van AI-gegenereerde teksten om klachten of meldingen in te dienen. Hoewel dit de drempel kan verlagen om hulp te zoeken, brengt het ook nieuwe uitdagingen met zich mee. In de praktijk blijkt dat informatie die door AI wordt aangeleverd vaak onnauwkeurig, onnodig complex of juridisch feitelijk onjuist is en patiënten ons vaak met verkeerde verwachtingen aanspreken. Aangezien we steeds vertrekken vanuit de verwachting van de patiënt bemoeilijkt dit de klachtbehandeling en is er veel verduidelijking rond de rol van de Ombudsdienst nodig.

We roepen de ombudspersonen op bewust te zijn van de invloed van AI-gegenereerde klachten en in dialoog te gaan met patiënten om steeds hun werkelijke vraag en verwachting helder te krijgen, alsook de mogelijkheden binnen de ombudsfunctie. AI is een goede hulp om de drempel te verlagen om een melding te doen, maar we mogen het menselijke aspect van een bemiddeling niet uit het oog verliezen.

Aanbeveling: Agressiebeleid en psychosociaal welzijn van medewerkers

Er wordt een duidelijke toename vastgesteld van verbaal en fysiek grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zorgverleners en ombudspersonen. Dit heeft niet alleen impact op de veiligheid, maar ook op het psychisch welzijn, het werkplezier en het behoud van medewerkers binnen de zorg.

Daarom wordt aanbevolen om een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast agressiebeleid te installeren, dat door alle afdelingen gedragen wordt. Dit beleid omvat bij voorkeur: heldere richtlijnen, uniforme registraties, onmiddellijke opvolging van incidenten en een duidelijke rolverdeling bij escalaties. Daarnaast is het belangrijk om het agressiebeleid actief te communiceren naar patiënten en hun naasten, bijvoorbeeld via affiches, brochures en digitale kanalen, zodat verwachtingen vooraf duidelijk zijn en grensoverschrijdend gedrag ondubbelzinnig wordt afgekeurd.

Verder is het essentieel om structureel te investeren in het psychosociaal welzijn van medewerkers. Dit kan onder meer door gerichte trainingen (o.a. de-escalatie, omgaan met emotioneel beladen situaties), laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning. Een veilig werkklimaat draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg en het behoud van gemotiveerde medewerkers.

Aanbeveling: wachtlijsten en versterking van de eerstelijnszorg

Door toenemende wachtlijsten voor bepaalde specialismen in ziekenhuizen en beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops van huisartsen vinden patiënten meer en meer moeilijk tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Het is daarom belangrijk om dit probleem ook op federaal niveau te agenderen en in te zetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert te zijn voor de realiteit van wachttijden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.

Christophe Demeestere 9/02/2026

Jaarverslag van ombudsdienst [KLIEF](#)
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

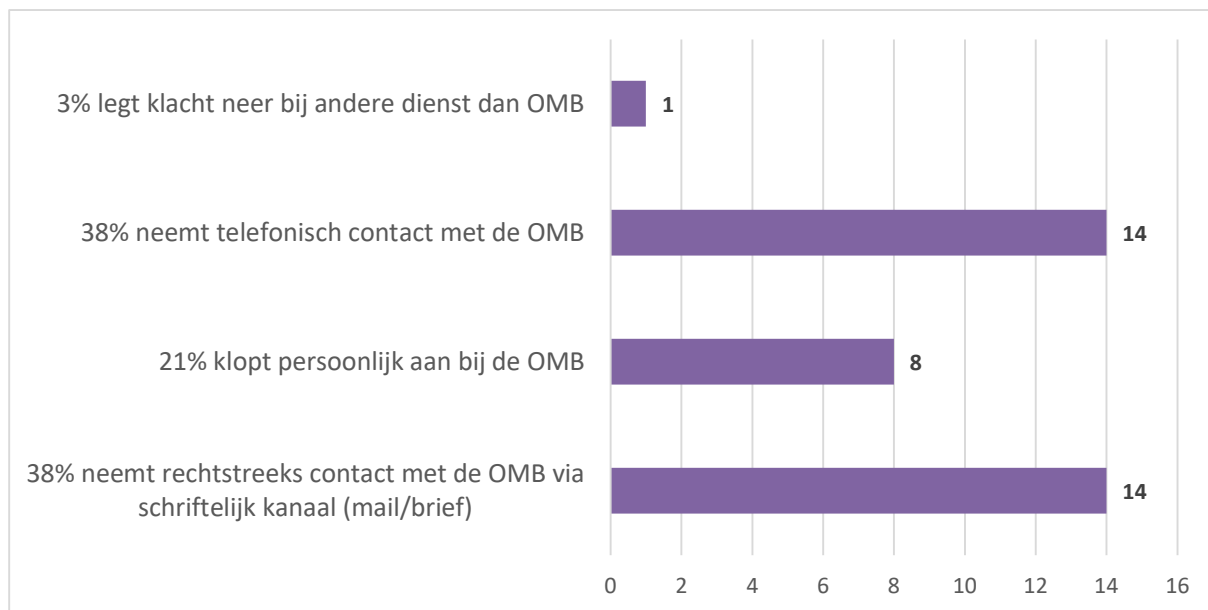
Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	KLIEF
Adres	Zeedijk 286-288 8400 Oostende
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	710/679/40
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Sp locomotorisch
Aantal bedden	125 revalidatieziekenhuis "Klief Zeedijk"
Aantal campussen	2 (klief zeedijk en klief koningstraat)
Naam ombudspersoon(en)	Lysianne Sabbe
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1 januari 2022
Bestaffing	7 % als ombudsdienst

Lokalisatie dienst	Geen vaste bureau. Maar via mail, telefonisch of aan het onthaal van het ziekenhuis kan altijd een afspraak gepland worden bij de ombudsdienst.
Registratiesysteem	Eigen registratiesysteem
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Opvraagbaar aan de receptie van Klief Zeedijk en aan het onthaal van Klief Koningstraat
Vormingen i.k.v. bemiddeling	-
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	-
Werkingssterrein van de ombudsdienst	Naast het garanderen van de rechten van de patiënt en het opvolgen van de klachten m.b.t. de rechten van de patiënt, worden ook andere niet-patiënten-rechten-gerelateerde klachten behandeld door de ombudsdienst. Daarnaast volgt de ombudsdienst ook de aanvragen van patiëntendossiers op.

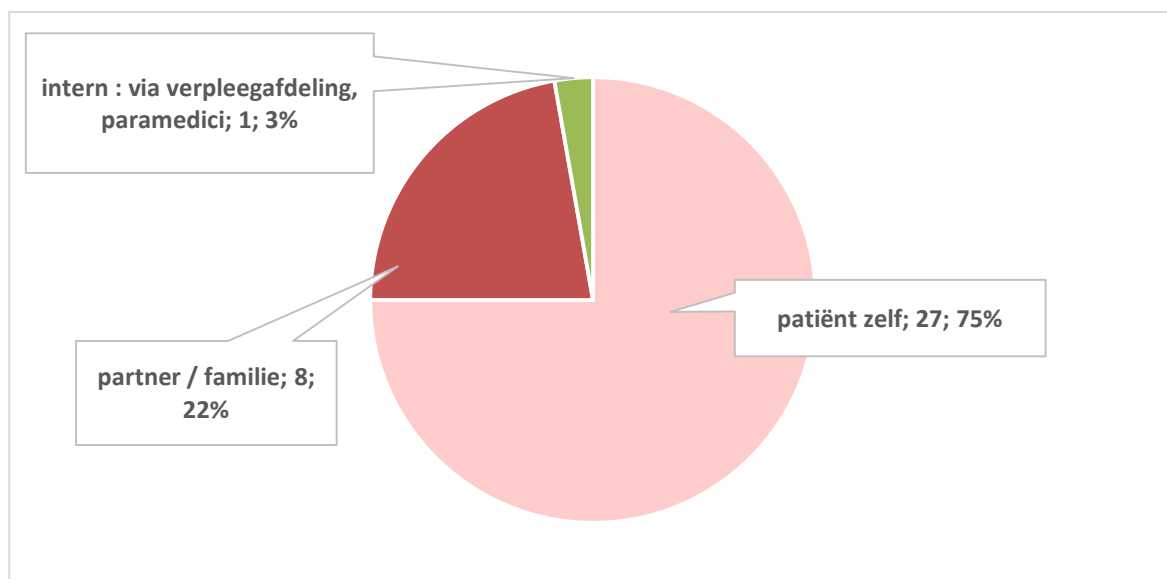
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?

De meeste meldingen komen binnen via mail/brief, dan telefonische contacten en enkelen die rechtstreeks aankloppen bij de ombudsdienst.



*OMB = afkorting ombudsdienst

Initiatiefnemer is in 75% van de gevallen de patiënt zelf.



Behandeling van klachten
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

Problemen worden zoveel als mogelijk eerst op afdelingsniveau bekeken door de revamanager (leidinggevende van de afdeling).

Wanneer dit niet lukt, wordt de patiënt of zijn familie doorverwezen naar de ombudsdienst.

Patiënten en/of familie kunnen ook rechtstreeks contact opnemen met de ombudsdienst.

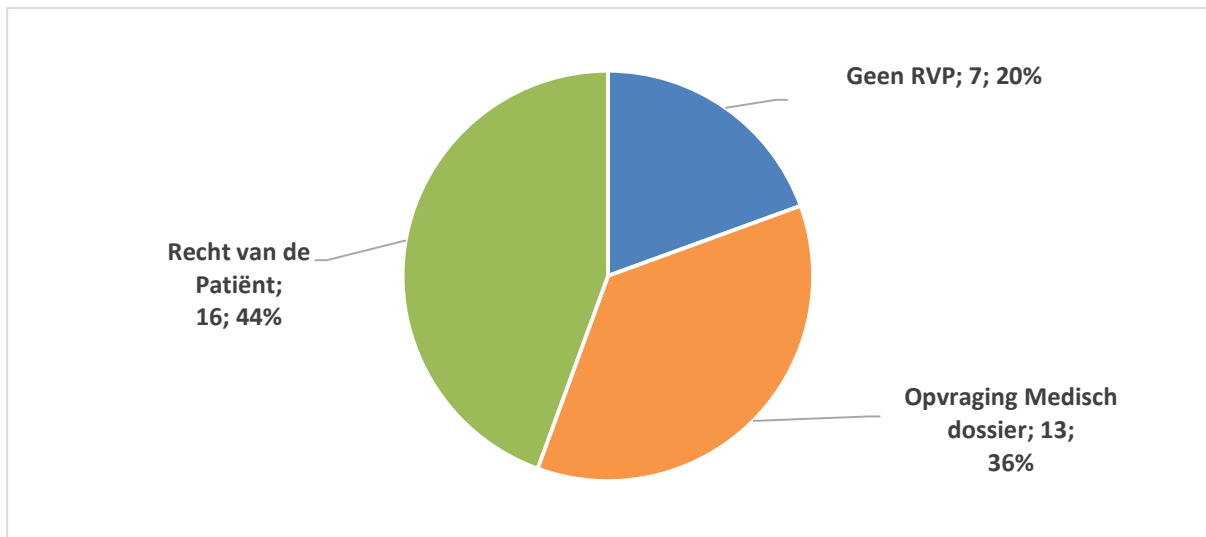
Na ontvangst van een klacht worden de verwachtingen van de klager besproken en worden de verdere stappen toegelicht.

Dit jaar geen noemenswaardige problematische klachten. Alles kon snel opgelost/geregeld/afgehandeld worden.

KLIEF wenst uiteraard klachten te vermijden maar KLIEF gaat om met **een klacht** als **een kans** om waar nodig verbeteringen aan te brengen, minpunten grondig te gaan herbekijken, of om bepaalde processen of beslissingen te herevalueren of in vraag te stellen, ...

Overzicht van de meldingen

Aantal klachtendossiers m.b.t. patiëntenrechten	16
Aantal klachtendossiers die géén betrekking hebben op de patiëntenrechten	7
Aantal opvragingen patiëntendossier	13
Totaal	36



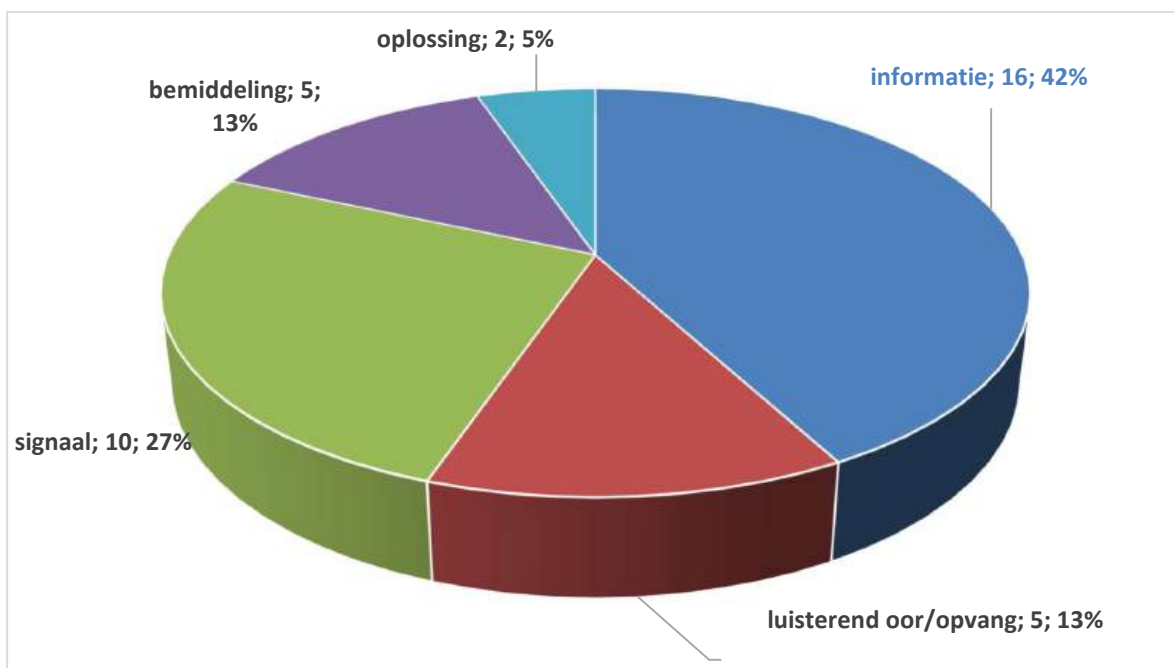
Geen RVP	Opvraging Medisch dossier	Recht van de Patiënt
7	13	16
20%	36%	44%

Verwachting van de klager

27% van de mensen willen een signaal geven met steeds als reden :
ze willen niet dat anderen voorhebben wat zij hebben meegemaakt.

Onder informatie vallen ook de 13 **aanvragen medisch afschrift**.

We zien de afgelopen 2 jaar een stijging in de aanvragen medisch afschrift.
Blijkbaar omdat het VAPH hun eisencriteria hebben verhoogd en nu een uitgebreid revalidatieverslag en ontslagpapieren wenst.

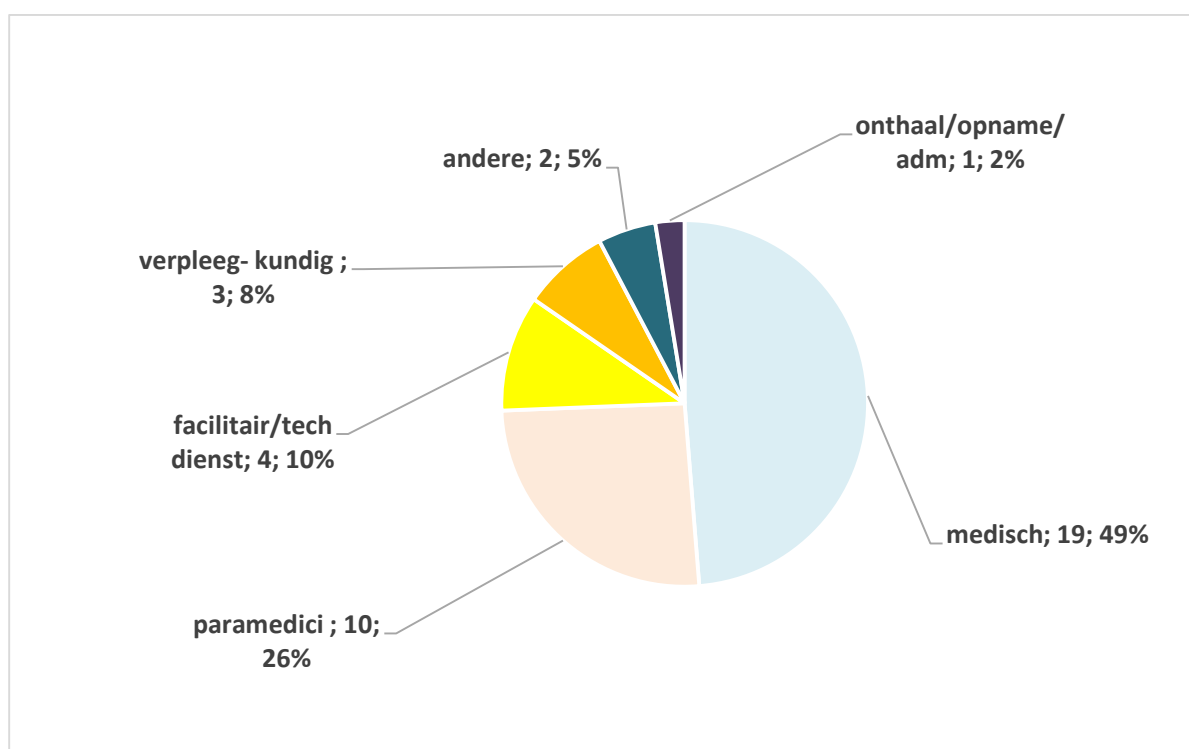


Welke klachten m.b.t. patiëntenrechten :

Klacht m.b.t. welk type patiëntenrecht :

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening	13
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand	0
Recht op geïnformeerde toestemming	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier	0
Recht op inzage van het	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier	13
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer	0
Recht op het neerleggen van een klacht	3
Recht op pijnbestrijding	0
Recht om je te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon	0

Op welke “afdeling” situeren zich de klachten :

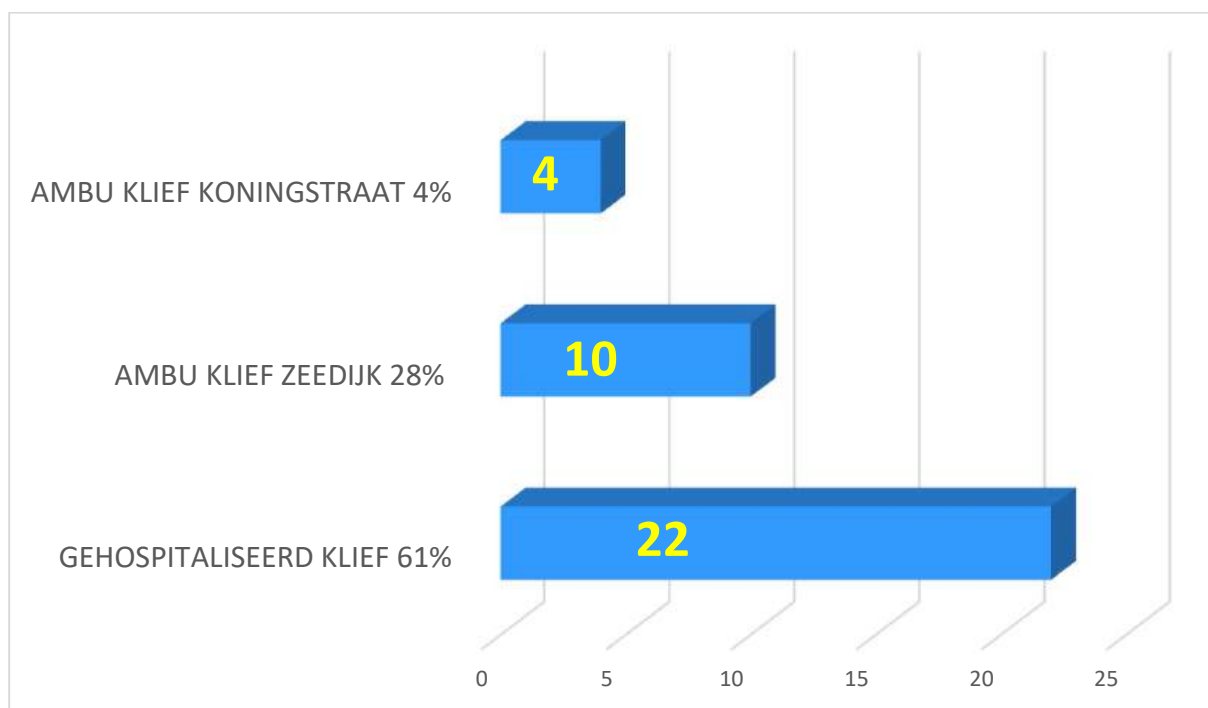


medisch	paramedici	Facilitair / technisch dienst	verpleeg- kundig	andere	onthaal/opname / administratief
19	10	4	3	2	1
39%	32%	3%	17%	1%	8%

Vanuit welke site en welke “type patiënt” legt klacht neer :

We hebben 3 types patiënten en 2 sites :

- ambulante patiënten op de site Klief Zeedijk,
- ambulante patiënten op site Klief Koningstraat en
- gehospitaliseerde patiënten Klief Zeedijk.



Besluit en aanbeveling

Dit jaar geen noemenswaardige problemen en ook geen vaak terugkerende klachten.



Er bestaat een nauwe en goede samenwerking tussen patiënt en zorgverlener, waardoor eventuele problemen of ongenoegens snel kunnen worden gesignaleerd en aangepakt.

Duidelijke en tijdige communicatie vormen hierbij een **essentiële factor** voor kwalitatieve dienstverlening en het voorkomen van klachten.

In dit kader vervult de actieve communicatiedienst een onmisbare en belangrijke rol, die dit jaar merkelijk de niet-patiëntenrechten-gerelateerde klachten flink deed zakken.

De ombudsdienst is bovendien laagdrempelig en toegankelijk. In veel gevallen volstaat een informatief gesprek reeds om tot een oplossing te komen.

Jaarverslag van ombudsdienst Imeldaziekenhuis
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Imeldaziekenhuis
Adres	Imeldalaan 9 2820 Bonheiden
Gewest	Vlaamse
Erkenningsnummer	689
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Az
Aantal bedden	502
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Ilse Creemers
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	December 2012
Bestaffing	1FTE

Lokalisatie dienst	inkomhal
Registratiesysteem	lprova
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	- Laatste update 18/10/2020-Imeldanet
Vormingen i.k.v. bemiddeling	- Basis en vervolgopleidingen bemiddeling 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

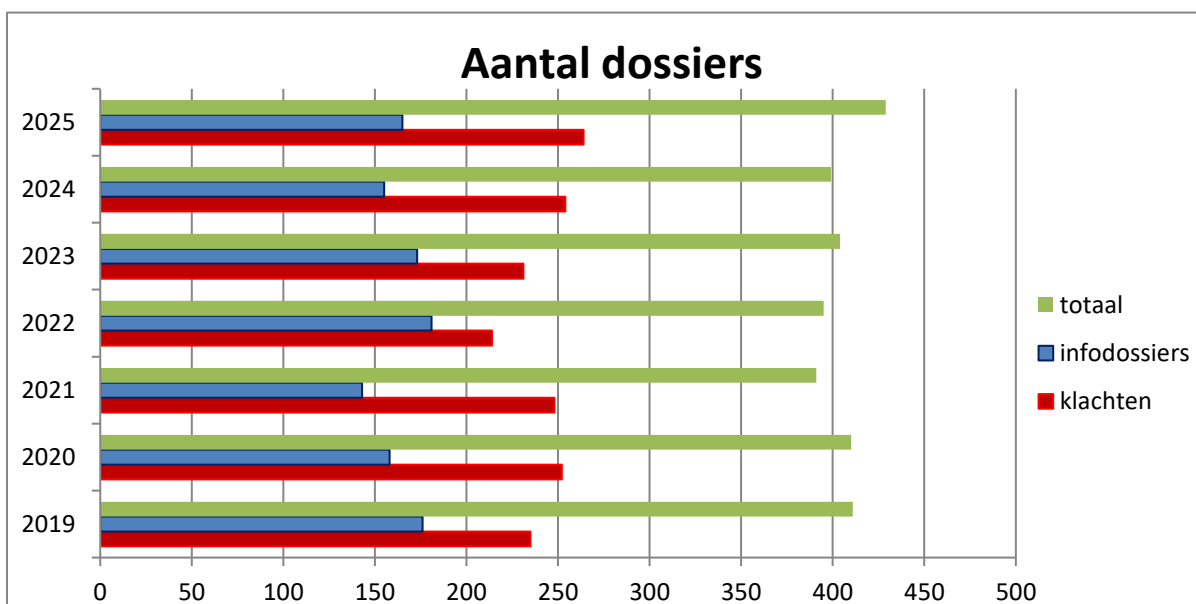
Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
In heel de organisatie wordt iedereen verwacht constructief met klachten te kunnen omgaan. Ombudsdienst wordt gezien als tweedelijns hulp.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)
Meerzijdige partijdigheid De verantwoordelijkheid voor het zoeken van een oplossing bij de partijen leggen

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Aantal klachtendossiers	264
Aantal infodossiers	149
Aantal pro actieve dossiers	16
Aantal opvragingen patiëntendossier	nvt
Aantal 'andere'	nvt

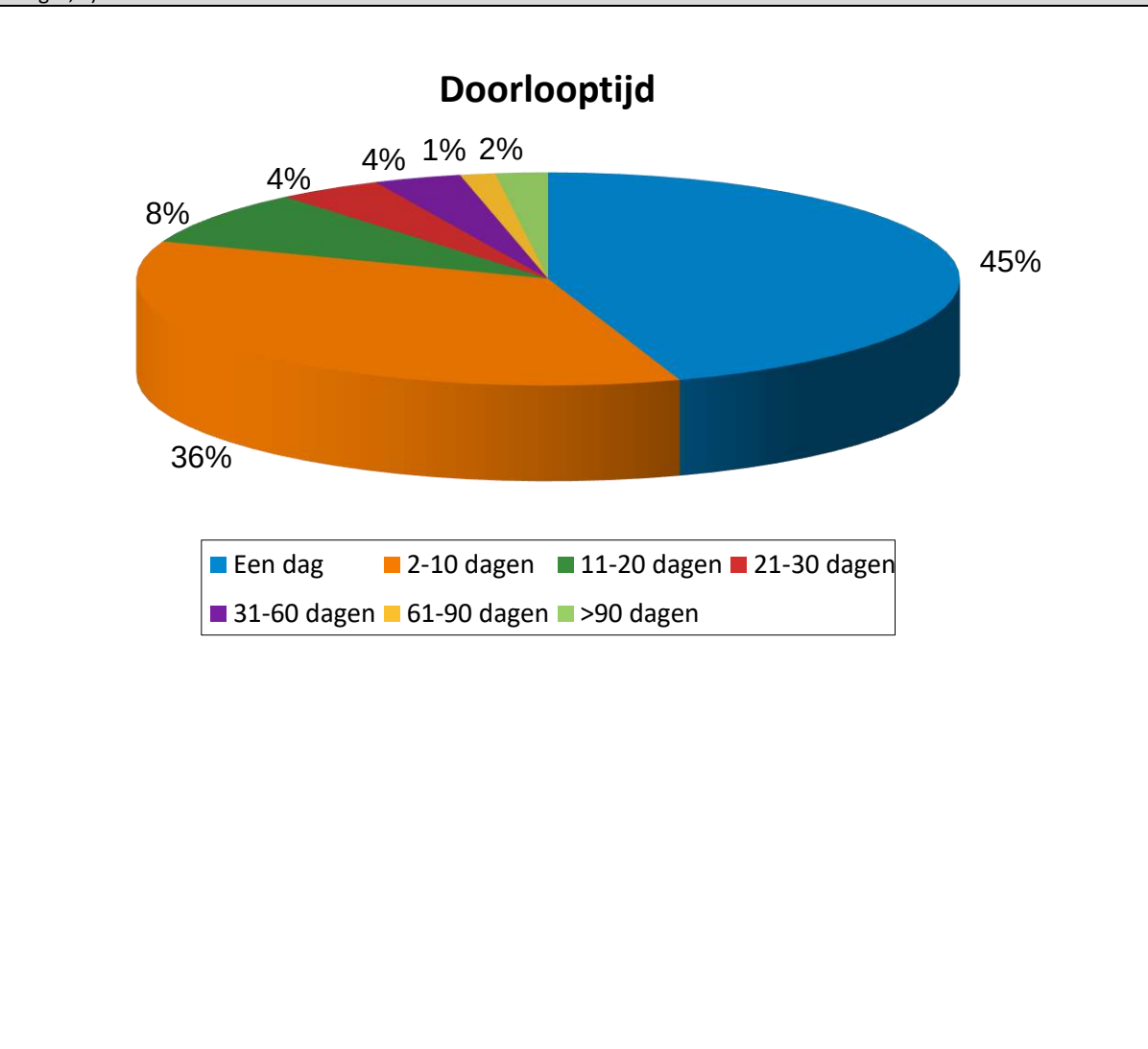
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

193 klachten hebben de rechten van de patiënt als voorwerp.
71 klachten staan los van de rechten van de patiënt.

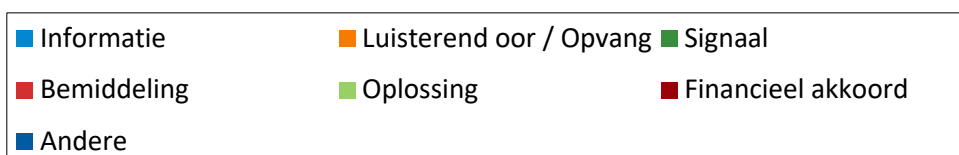
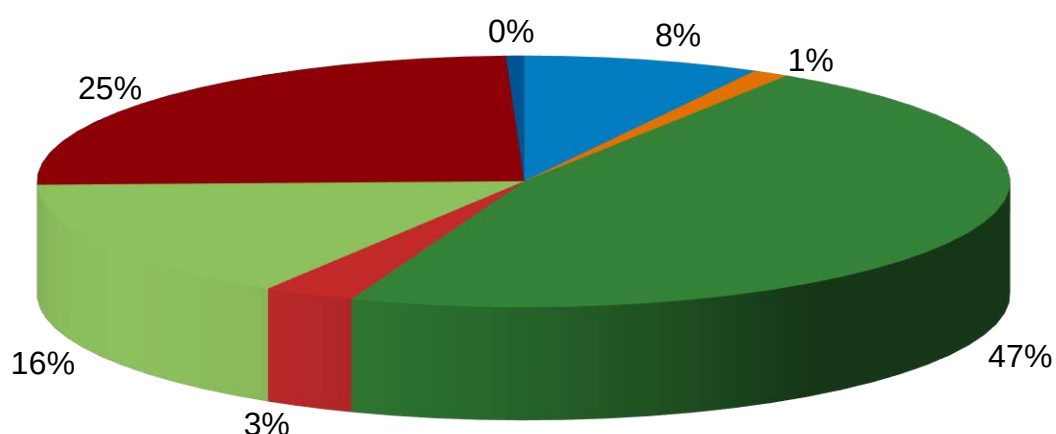
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	127
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	27
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	2
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	25
Recht 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)	8
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	3



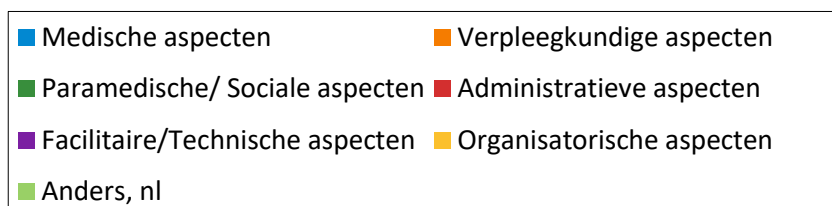
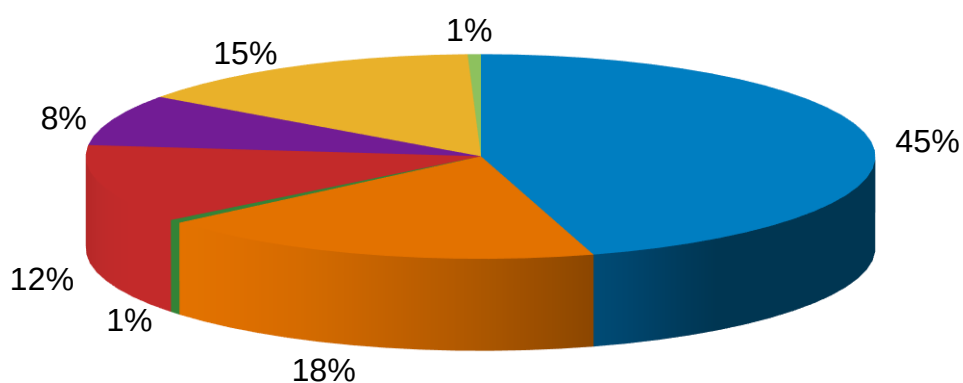
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)



Verwachting van de klager?



Inhoud klachten



Aanbevelingen

-De huidige documenten die door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu worden aangeboden om een vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger aan te wijzen dienen te worden aangepast aan de evolutie in het elektronisch worden van het dossier en dienen ook de mogelijkheid voorzien dat de identiteit van deze persoon gelegitimeerd kan worden. De toevoeging van een rijksregisternummer of een kopie van de identiteitskaart zou dit kunnen opvangen.

De documenten voldoen niet qua inhoud noch qua vorm en kunnen zorgen voor de nodige juridische betwistingen.

Zeker nu via dit formulier aan de vertrouwenspersoon de onbeperkte toegang wordt gegeven tot het elektronisch patiëntendossier van de betrokken patiënt.

- Vertrouwenspersonen, vertegenwoordigers, zorgvolmacht dragers, bewindvoerders, pleegzorgers.. Zowel patiënten als zorgverleners zijn te weinig op de hoogte van de inhoud en betekenis van deze 'titels', laat staan van de verschillende mandaten en wettelijke gevolgen die hieruit voortvloeien.

Een centraal platform waar deze gegevens worden verzameld en tot welk zorgverleners toegang zouden kunnen krijgen zou een hele verbetering zijn.

-Elektronisch patiëntendossier: Waar vindt de patiënt zijn gegevens terug, wat zijn de beperkingen van het dossier (vraag tot schrappingen, wijzigingen..)? Hoe lang duurt het vooraleer een verslag verschijnt? Hoe worden gegevens gedeeld tussen zorgverleners?... Er is nood aan een duidelijke informatiecampagne voor patiënten vanuit de overheid.

Verzoeningsresultaten

Niet geregistreerd in 2025

Jaarverslag van ombudsdienst Nationaal MS Centrum Melsbroek
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

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 patiënten in ambulante zorg
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Katleen Duthoo
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Januari 2024
Bestaffing	Gecombineerde functie ombudsfunctionaris-intercultureel bemiddelaar/pastor

Lokalisatie dienst	De ombudsdienst is gemakkelijk bereikbaar (gelijkvloers, t.h.v. de liften, op een plaats waar veel patiënten langs komen), goed zichtbaar en laagdrempelig. Het bureau van de ombudsdienst is geopend op elke weekdag. (woensdag en vrijdag afwisselend)
Registratiesysteem	Van elke melding bij de ombudsdienst wordt een dossier bijgehouden in een digitaal 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, aangewend verzoeningsresultaat
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Laatste update van het huishoudelijk reglement op 31/07/2025 Het huishoudelijk reglement is ziekenhuisbreed digitaal te consulteren via het documentenbeheerssysteem van het NMSC en via de website
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisopleiding tot bemiddelaar (70 u) bij MEDIV, ism. VVOVAZ succesvol afgerond.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Intervisies binnen de provinciale werkgroep van de beroepsgroep VVOVAZ - Omgaan met agressie (crime control) - Permanente vorming intern - Opleiding beeldschermen (centoview)
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>	- voorkomen van ontevredenheid door bevorderen van communicatie tussen zorgverleners en patiënten - optreden als bemiddelaar indien nodig - inlichten over mogelijkheden voor verdere afhandeling van klachten - informeren over ombudsfunctie - formuleren van aanbevelingen De ombudsdienst staat open voor alle klachten van patiënten, dus niet louter voor klachten mbt rechten vd patiënt.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	- vooraleer een klacht wordt ingediend wordt pt aangespoord om het probleem rechtstreeks met de 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 2025 geen problemen m.b.t. onafhankelijkheid, neutraliteit en beroepsgeheim

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
- In 2025 rapporteerde de ombuds 4 keer met een cijfersverslag ivm de meldingen bij de algemene directeur en had zij maandelijks overleg, rekening houden met het beroepsgeheim en de vertrouwelijkheid van de functie. -Deze cijfers worden telkens door de dienst kwaliteit op het kwaliteitsdashboard gepost. Daardoor is een cijferstijging of daling ook sneller als eventuele trend op te volgen en kan er sneller gehandeld worden dan 1 keer per jaar. -De aanbevelingen vanuit de ombudsdienst worden gebruikt als input voor de strategische prioriteiten van het NMSC voor de komende jaren. Een klachtmelding kan op die manier ook een hefboom zijn. Deze werkwijze toont aan dat er met de meldingen bij de ombudsdienst, naast de individuele aanpak per melding, ook op meso niveau richtlijnen worden ontwikkeld die ernaar streven de kwaliteit in het NMSC te optimaliseren. -De ombudsfunctionaris ondervond geen hinder in het uitoefenen van haar ambt. Zij werd door de directie gestimuleerd tot het volgen van de basisopleiding bemiddelaar en kreeg daarvoor voldoende tijd.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)
-De samenwerking met de verantwoordelijke voor patiëntenparticipatie en met de dienst kwaliteit werd ook in 2025 verder gezet. Er is de tweewekelijkse deelname aan de dialooggroep (groep van en voor patiënten) en het maandelijks patiëntenzorg kwaliteitsoverleg. -De ombudsdienst is niet uitsluitend reactief, maar ook expliciet proactief gepositioneerd binnen het NMSC. Een zichtbare, bereikbare en laagdrempelige aanwezigheid van de ombudsdienst creëert ruimte voor vroegtijdige signalering van mogelijke knelpunten en voor het tijdig ondersteunen van patiënten, naasten en medewerkers. -Een deeltaak van de ombudsdienst is ook het voorkomen van klachten. Meewerken aan initiatieven ivm patiëntenparticipatie is daarom essentieel. Meer en meer wordt in het NMSC bij het nemen van beslissingen ingezet op inspraak van de patiënt en worden afspraken op die manier een gedragen beslissing door alle actoren in de zorgrelatie. Een mooi voorbeeld daarvan is het recent ingevoerde alcoholverbod (8/25) in het centrum, dat tot geen enkele klacht leidde bij de ombudsdienst omdat de beslissing gedragen was door alle betrokkenen.
Overzicht van de meldingen tav. de ombudsdienst

Opmerkingen: -1 dossier (melding) kan meerder klachten bevatten -De cijfers zijn een weergave van de klachten zoals die gepercipieerd worden door de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven - Deze meldingen staan niet in verhouding met de kwaliteitsvolle zorg in het NMSC, wel met de terugkerende revaliderende patiëntenpopulatie die makkelijk de weg vindt naar de ombudsdienst als aanspreekpersoon zowel voor klachtmeldingen als voor suggesties en vragen.	
Aantal klachtendossiers	86
Aantal infodossiers	23 (vragen en suggesties samen)
Aantal pro actieve dossiers	Zijn ingerekend bij vragen en suggesties hierboven
Aantal opvragingen patiëntendossier	Enkel de ' klachten ' mbt dit pt.recht worden opgevolgd door de ombudsdienst. Aantal klachten hierover in 2025: 2
Aantal 'andere'	4 Positieve meldingen betreffende de warme professionaliteit en inzet van de zorgbeoefenaars van het NMSC

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

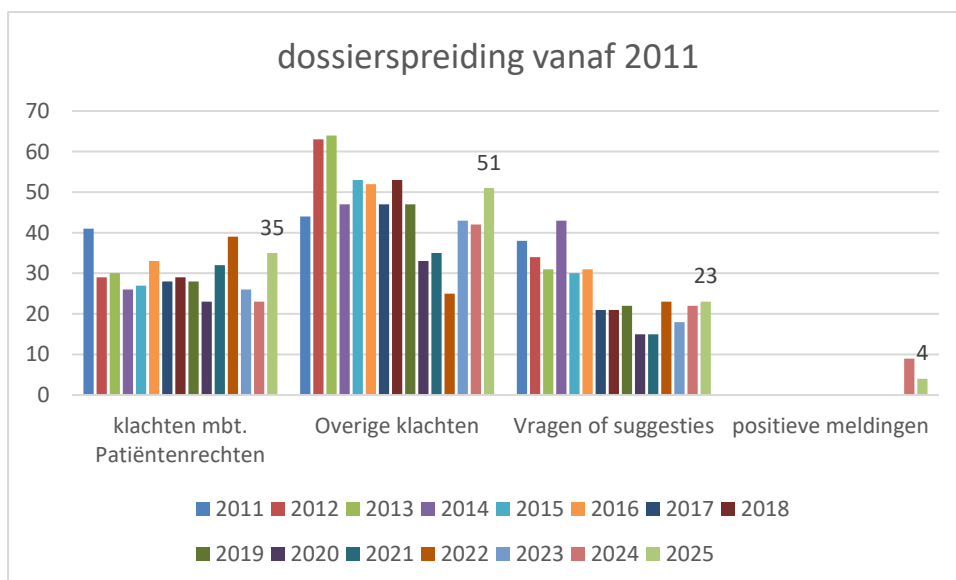
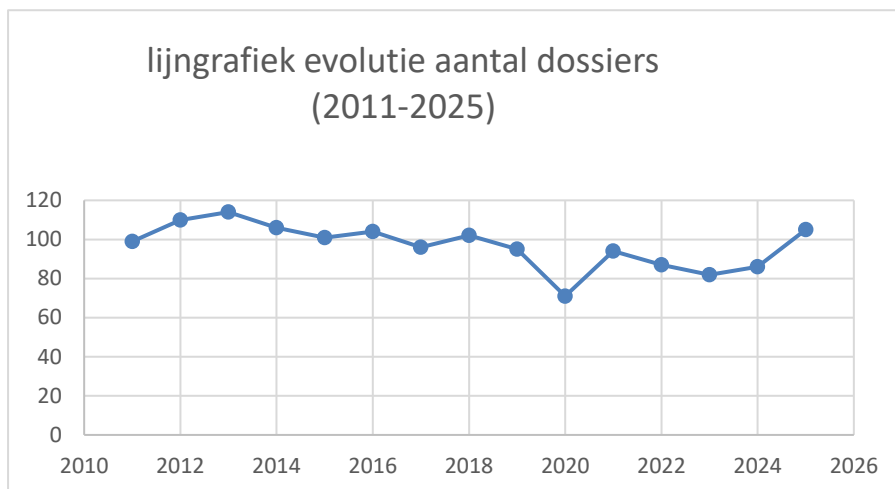
De klachtenmeldingen in 2025 waren gestegen tov. 2024.

-Er zijn **35** klachten geregistreerd met betrekking tot de patiëntenrechten.

-**51** andere klachten hebben niet te maken met schending van de patiëntenrechten, maar met een heel gamma andere aspecten. Deze klachten worden onder de categorie 'andere' geregistreerd. Het gaat over klachten van facilitaire, technische of organisatorische aard, zoals maaltijden, defecten, hinder door lawaai.

Zij krijgen binnen het NMSC ook de nodige tijd en aandacht omdat ze deel uit maken van het revaliderend gebeuren (langere opnames) en de daarbij horende tevredenheid.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	21
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	4
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	1
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	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)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	4



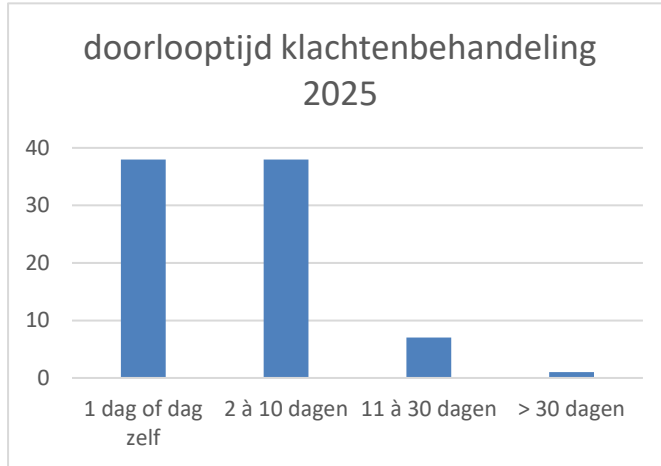
De meldingen gebeuren voor 88,8 % door de patiënt tijdens of na zijn opname. 7,5 % van de meldingen komen van de ambulante patiënten en de overige 3,7 % komt van meldingen die te maken hebben met een consultatie in het NMSC.

De meldingen werden op 1 na alle rechtstreeks gericht aan de ombudsdienst. Meestal persoonlijk in het bureau van de ombudsdienst, 11 maal per mail, 3 telefonisch en één klacht werd aangetekend verstuurd. Dat bewijst de laagdrempeligheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van ombudsdienst conform de wetgeving.

Eén klacht werd eveneens in een brief opgesteld aan de directie.

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

De wet voorziet dat klachten binnen een redelijke termijn dienen afgehandeld te worden. In het NMSC is het streefdoel om 80 procent van de klachten binnen te 10 dagen af te handelen. In 2025 konden we 88,4 % van de klachten binnen de 10 dagen afhandelen, mede dankzij de bereidwillige medewerking van de betrokken professionals of disciplines.



De verwachting van de melders betrof in 36 gevallen 'een signaal geven' en bijvoorbeeld slechts 1 keer 'een schadeclaim'. Deze proactieve houding toont aan dat het voor de melder vooral belangrijk is dat zijn boodschap wordt gehoord en dat hij overtuigd is dat ermee aan de slag wordt gegaan.

Aanbevelingen

-Het multidisciplinair werken (ingeschreven in de patiëntenwet) en uitgesproken aandacht voor het participatieve aandeel van de patiënt in zijn zorgtraject zijn in het NMSC al jaren een troef. Deze kwaliteitsvolle manier van werken kreeg in 2025 een vervolg met projecten zoals 'patiënt in team', of de kwaliteitsmarkt met als thema 'de beste zorg ontstaat in dialoog'.

Deze projecten vragen inzet en tijd van de medewerkers, deze tijd wordt door directie voorzien. Het is aanbevelingswaardig dat ook de overheid deze tijd inschrijft in haar berekeningen ivm zorg, zodat deze gevrijwaard kan worden/blijven.

-Empathische en transparante communicatie komt soms onder druk te staan door tijdsdruk/personeelstekort/onvoldoende kennis van deze communicatievormen.

Kan er vanuit de overheid ook ingezet worden op vormingen daaromtrent en het pleiten voor deze vorm van communicatie als pijler van kwaliteitsvolle zorg?

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het open disclosure-proces, dat

bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Verzoeningsresultaten

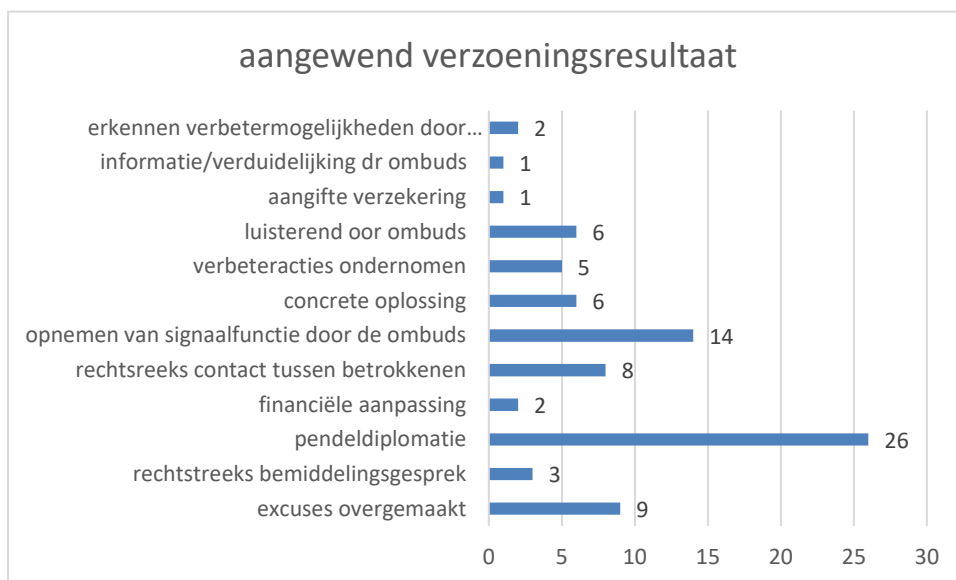
Naast het aantal klachten zijn vooral het aantal 'verzoeningsresultaten' belangrijk.

Uit de jaargegevens van 2025 blijkt dat bij 90,7% 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.

De aangewende verzoeningsresultaten worden hieronder in grafiek weergegeven.

In 1 klachtafhandeling worden soms verschillende opties aangewend.

Pendeldiplomatie was daarbij in 2025 de meest aangewende manier.



Jaarverslag van ombudsdienst Ziekenhuis Geel
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

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: 40% Vibe Hannes 20%
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Ann Verfaillie: 01-01-2009 Vibe Hannes: 01-02-2024
Bestaffing	0.6 FTE

Lokalisatie dienst	De ombudsdienst lokaliseert zich in een consultatiegang van het ziekenhuis.
Registratiesysteem	Er wordt gebruik gemaakt van een elektronisch registratiesysteem van Zenya, dat werd ontwikkeld in samenspraak met VVOVAZ.
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement werd geactualiseerd in 2023 Het is terug te vinden op de website van het ziekenhuis. De personeelsleden kunnen het ook raadplegen via het procedureboek
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Ann Verfaillie: Cursus "Bemiddelen, een kans erbij" Interactie-Academie vzw 2009 Basiscursus bemiddeling MEDIV/VVOVAZ 2010
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Ann Verfaillie: 17-01-2025: Ontmoeting van ombudspersonen" rechten van de patiënt"
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	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 m.b.t. 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. De ombudspersoon probeert klachten te voorkomen door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen. De ombudsdienst formuleert aanbevelingen aan de directie van het ziekenhuis. Die aanbevelingen geven informatie die aangewend kan worden om het kwaliteitssysteem en kwaliteitsbeleid mee te optimaliseren.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	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, indien gewenst, ingelicht over de mogelijke alternatieven. De ombudspersoon doet aanbevelingen om gelijkaardige klachten in de toekomst te voorkomen.

Behandeling van klachten en onvrede	
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, werkt vertrouwelijk en neemt een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
Het ziekenhuis heeft tot doel om zorgzaam en op een professionele manier 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. Klachtmelders contacteren de ombudsdienst met bepaalde verwachtingen. Die verwachtingen worden vaak bijgestuurd tijdens de behandeling van de klacht. Onder het item tabellen en grafieken worden die cijfers weergegeven.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Aantal klachtendossiers	255
Aantal infodossiers	35
Aantal pro actieve dossiers	28
Aantal opvragingen patiëntendossier	5
Aantal 'andere'	3

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

In 146 dossiers werden klachten geuit t.a.v. de rechten van de patiënt.

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

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	126
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	24
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	13
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	7
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	2
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	5
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	4

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	109

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

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

Onderstaande cijfers hebben betrekking op alle klachtendossiers van het jaar 2025. In 2025 werden er 255 klachtendossiers opgestart.

Een klachtendossier kan verschillende klachten bevatten. De klachtmelder kan verschillende verwachtingen uiten binnen 1 dossier. Die verwachtingen worden vaak bijgestuurd tijdens de behandeling van de klacht.

Type melding

Klacht	255
Informatie	35
Proactieve melding	28
Afschrift	5
Anders, nl	3
Totaal	326

Verwachting van de melder

Informatie	33
Luisterend oor / Opvang	9
Signaal	72
Pendeldiplomatie	74
Samenbrengen van partijen	7
Oplossing	50
Correctie factuur	46
Schadeclaim	22
Andere	0
Totaal	313

Eindresultaat klachtenbehandeling

Informatie	55
Luisterend oor / opvang	15
Signaal	40
Praktische oplossing	17
Pendeldiplomatie	106
Samenbrengen van partijen	23
Factuurcorrectie	40
Schadeclaim	10
Totaal	306

Doorlooptijd

<=1dag	31
2-10 dagen	52
11-20 dagen	54
21-30 dagen	52
31- 60 dagen	47
61-90 dagen	11
>90 dagen	8
Totaal	255

Aanbevelingen

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

- ✓ Door de steeds korter wordende ligduur is de turnover van patiënten hoog. Hierdoor wordt de werkdruk in het ziekenhuis steeds groter waardoor de dienstverlening soms onder druk komt te staan. Ondanks de toenemende werkdruk blijft een goede, wederzijdse en respectvolle communicatie tussen de behandelende arts, het zorgpersoneel en de patiënt en zijn/haar familie, vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger belangrijk. Gesprekken hebben met patiënt en zijn/haar familie, vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger tijdens hun opname maakt immers deel uit van een goede dienstverlening. Het verzamelen van informatie over de patiënt, zijn gewoontes en bezorgdheden, zijn aandachtspunten en verwachtingen kan het verloop van de opname vlotter laten verlopen en dit komt de zorgrelatie ten goede. Het is bovendien belangrijk om na te gaan of de patiënt en zijn naasten de gegeven informatie correct begrijpt.
- ✓ Een open en eerlijke communicatie tussen de zorgverlener en de patiënt en zijn/haar familie, vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger vormt de basis van het vertrouwen in de zorg en versterkt de therapeutische relatie. Een transparante communicatie, vooral als het zorgproces anders verloopt als voorzien, is essentieel. Het open disclosure proces waarbij er helder gecommuniceerd wordt over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, moeten meer bekendheid krijgen.
- ✓ Patiënten hebben behoefte aan persoonlijke benadering. Ze willen gehoord, gezien en begrepen worden. Als zorgverleners actief luisteren en proberen rekening te houden met de emoties van de patiënt en zijn/haar familie, vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger, versterkt dit het vertrouwen en de tevredenheid. Een empathische benadering voorkomt vaak misverstanden en versterkt het samenwerken en vertrouwen. Daarom zou een structurele verankering van deze manier van communicatie in het opleidingsaanbod zeker een meerwaarde zijn.

Investeren in deze competenties draagt bij een empathische zorgverlening en dit heeft een positief effect op de kwaliteit van het zorgproces.

- ✓ De nood aan meer transparantie in de kostprijs van de gezondheidszorg blijft verder bestaan. Duidelijke verstaanbare informatie over de kostprijs van de geleverde zorg, persoonlijke bijdragen, supplementen... blijft belangrijk. Zorgverleners moeten leren spreken over kostprijzen van de gezondheidszorg want dit maakt onderdeel uit van het informierend patiëntencontact. Patiënten moeten blijvend gesensibiliseerd worden om pro-actief te vragen naar de financiële impact van de geleverde zorg. Ze moeten aangemoedigd worden om kostenramingen op te vragen vooraleer ze toestemming geven voor een ingrijpende behandeling. Een informatiecampagne vanuit de overheid kan hier een meerwaarde zijn.
- ✓ Patiënten hebben inzagerecht in hun patiëntengegevens en kunnen afschriften vragen. Er is een digitale ontsluiting van hun patiëntengegevens waardoor zij snel kunnen raadplegen wat er in onderzoeken en behandelingen gebeurde. Zij lezen mee wat de zorgverlener noteert en ook op welke manier. Er is soms een spanningsveld tussen de rechten van een patiënt, de privacy van patiënt, het beroepsgeheim van zorgverleners en het dossier als communicatie-instrument tussen hen onderling. Uit meldingen bij de ombudsdienst blijkt dat patiënten regelmatig moeite hebben met subjectieve formuleringen, irrelevante en verouderde niet medische informatie en interpretaties die volgens hen weergegeven worden. Patiënten vragen soms om gegevens (verder dan loutere objectieve feitelijkheden) aan te passen, te corrigeren, te schrappen. Ze gaan niet akkoord met formuleringen door zorgverleners en willen elementen anders verwoord zien om labels te vermijden. Er is nood aan een duidelijke informatiecampagne die patiënten helder uitlegt welke mogelijkheden en beperkingen een patiëntendossier heeft zodat verwachtingen van patiënten meer zijn afgestemd op de wettelijke mogelijkheden ter zake. Anderzijds is het belangrijk dat zorgverleners zoveel mogelijk subjectieve interpretaties, persoonlijke meningen of stigmatiserende taal vermijden. Actualiseer elk verslag en ga bij elk nieuw verslag na of de eerder vermelde informatie nog relevant is. Vermijd het automatisch kopiëren van vroegere anamneses en medische gegevens.
- ✓ De meldingen m.b.t. de spoeddiensten blijven een aanzienlijke plaats innemen. Wachten is vaak een opgave voor patiënten. Een spoeddienst wordt vaak beleefd als een dienst waar op een snelle manier hulp wordt geboden terwijl de spoeddiensten, met een triagesysteem van severity werken, dat wachttijden voor minder dringende letsels sterk kan doen uitlopen. Patiënten op de spoeddienst zijn emotioneel erg geladen. Iets onverwacht overkomt hen en kan een breuk in hun dagelijkse routine betekenen. Niet snel worden gehoord of geholpen laat onrust toenemen wat de kans op ontevredenheid enkel laat stijgen. Gebruik van de spoeddiensten vraagt om sensibilisering. Er wordt best duidelijkheid gecreëerd rond wie best een huisarts of huisartsenwachtpost gebruikt en wie een spoedgevallendienst nodig heeft. Bijkomend informeren over het triagesysteem op de spoeddienst zelf, over het indelen van patiënten naar hoogdringendheid en de wachttijden verbonden aan elk van deze stadia blijft belangrijk. Een informatiecampagne vanuit de overheid kan hier een meerwaarde zijn.

- ✓ Het is belangrijk om te investeren in opleidingen over communicatieve vaardigheden en empathie maar ook over het omgaan met allerlei vormen van agressie. Dit is immers essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om mensgerichte zorg te garanderen. Gerichte vorming op die domeinen kan bijdragen tot een betere communicatie met patiënten en hun naasten en tot het voorkomen van escalaties wat de kwalitatieve zorgverlening bevordert.

Verzoeningsresultaten

174

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.

Bijkomend is het belangrijk te melden dat van een aantal klachtendossiers de inhoud van het dossier van dien aard is dat het bekomen van een verzoeningsresultaat niet van toepassing is. Dit was in 67 klachtendossiers het geval.

Jaarverslag van ombudsdienst AZ KLINA Brasschaat
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ KLINA VZW
Adres	Augustijnslei 100 2930 Brasschaat
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	710
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	589
Aantal campussen	Campus Klina Campus De Mick Campus Coda
Naam ombudsperso(o)n(en)	Katelijn Francken
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	16/09/2024
Bestaffing	Voltijds

Lokalisatie dienst	Campus klina De ombudsdienst heeft een eigen bureel in campus klina , gevestigd in de nabijheid van de centrale onthaalzone. Gesprekken met familie en/of patiënten worden hier in een neutrale en veilige plaats gevoerd.
Registratiesysteem	VVOVAZ
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Het huishoudelijk reglement ombudsdienst kan geraadpleegd worden via de website van het ziekenhuis. www.azklina.be Intern is deze te raadplegen via intern platform zenya. Actualisatiedatum : 6/12/2024
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Ontmoeting van de ombudspersonen “rechten van de patiënt” Uitnodiging netwerk klachtenmanagement Provinciale vergadering VVOVAZ Opleiding basis bemiddelaar VVOVAZ/mediv
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Klina beleidsdag- circulaire economie en bouwen
Werkingsterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De dagelijkse werking van de ombudsdienst leert me dat het werkterrein veel uitgebreider is dan louter het bewaken van “ de wet rechten van de patiënt”. De ombudsdienst is een centraal aanspreekpunt is waar meldingen komen over : 1. over het zorgproces dit zijn meldingen van ontevredenheid over de medische of verpleegkundige zorg zoals onvoldoende informatie of communicatie over diagnose, behandeling of nazorg 2. over de organisatie deze gaan over de omringende omstandigheden van zorg zoals : wachttijden (spoed, onderzoeken afspraken maken. 3. Patiëntenrechten klachten die te maken hebben met schending van wettelijke patiëntenrechten zoals, recht op duidelijke informatie,recht op inzage/afschrift van het patiëntendossier, recht op kwaliteitsvolle zorg.

	4. Communicatieproblemen zoals onvoldoende uitleg door zorgverleners, misverstanden in gesprekken, verschillende verwachtingen tussen patiënt en zorgverlener.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	De patiënt of melder kunnen schriftelijk of mondeling een klacht/vraag/signaal om informatie in alle vertrouwen aan de ombudsdienst formuleren. De ombudsdienst is telefonisch, elektronisch, persoonlijk of per brief bereikbaar. Tevens is er een brievenbus voorzien waar klachten of suggesties kunnen gedeponeerd worden. De contactgegevens zijn via de algemene website van het ziekenhuis onder de rubriek “ombudsdienst” terug te vinden. Van elke melding worden de wettelijke gegevens geregistreerd. De ombudsdienst probeert een beeld te krijgen van de situatie, neemt contact op met de melder en bespreekt dit. Nadien wordt er ook contact opgenomen tegen wie er een klacht wordt ingediend. De ombudsdienst neemt de klacht in behandeling en probeert tussen beide partijen te bemiddelen. De patiënt wordt ook aangemoedigd om contact te nemen met de zorgverlener in kwestie. Lukt dat niet, dan neemt de ombudsdienst de klacht in behandeling.

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
Melders willen hun ervaringen of verzuchtingen delen over de manier hoe ze de aangeboden zorg /dienstverlening in het ziekenhuis ervaren hebben. Ze willen een antwoord op hun vragen, een oplossing of een kwaliteitsverbetering voor andere patiënten. Voor de patiënten en hun naasten is een opname of een consult in het ziekenhuis vaak een bange en moeilijke periode. Er spelen veel emoties bij de melders, mensen zoeken naar een luisterend oor, een geruststelling en informatie. Klachten worden vaak direct aan de ombudsdienst gemeld alvorens eerst melding aan de betrokken afdeling of medewerker te doen. Wanneer aangevoeld wordt dat een “direct” in dialoog gaan met afdeling of medewerker een verheldering of verzoenende werking kan hebben, tracht de ombudsdienst dit te organiseren en betrokken partijen in gesprek te organiseren. In andere gevallen is pendeldiplomatie noodzakelijk, aan betrokken partijen wordt feedback gevraagd zodat deze aan de melder kan worden teruggekoppeld.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden,...)	
Resultaten na een bemiddeling / moeilijk gesprek geven vaak wel een verlichting bij de melder. Ze hebben hun verhaal kunnen delen over een ervaring in het ziekenhuis. Dit geeft rust bij de melder. De registratie van klachten gebeurt vanuit het perspectief van de patiënt die een klacht heeft . Onderstaand overzicht doet geen uitspraak over juiste of foutieve hulpverlening maar wel over de manier waarop de hulpverlening wordt ervaren door de patiënt.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Totaal aantal meldingen : 448	
Aantal klachtendossiers	257
Aantal infodossiers	62
Aantal pro actieve dossiers	1
Aantal opvragingen patiëntendossier	113
Aantal 'andere'	15

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)
Totaal aantal klachten 180

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	148
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	12
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	1
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	1
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	14

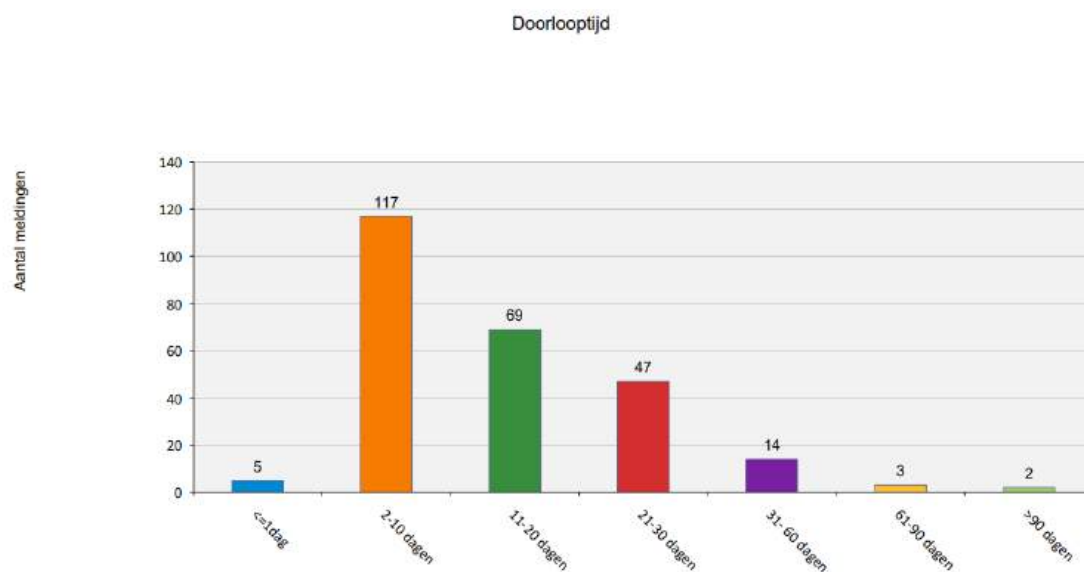
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)

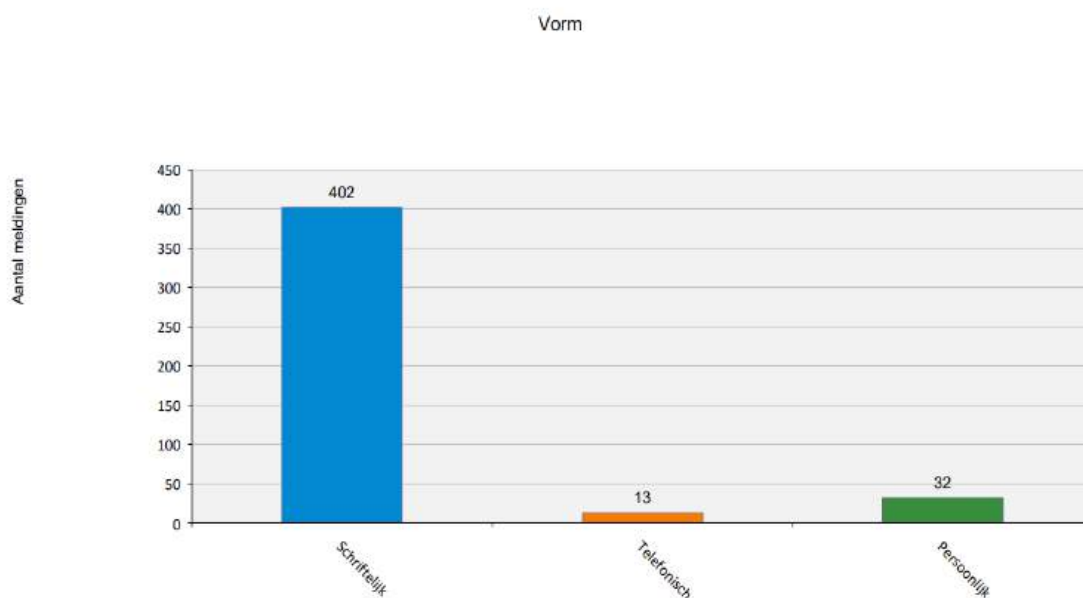
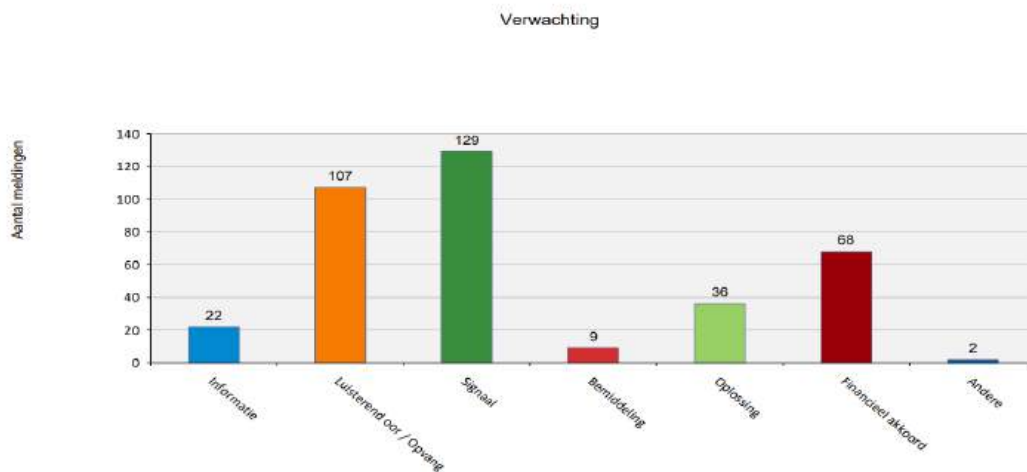
2

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

Jaar	Aantal meldingen	Aantal klachten	Klachten WPR
2019	661	374	213
2020	615	365	187
2021	575	405	264
2022	628	464	238
2023	719	492	303
2024	523	381	247
2025	448	257	180

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





De meeste klachten zijn op een aanvaardbare termijn afgesloten.

Wij merken dat de patiënt en hun naasten vaker hun ongenoegen laten merken tijdens de opname. Dit kan soms op een vrij verbaal dreigende soms agressieve manier zijn.

Indien een goed gesprek op de betrokken afdeling niet mogelijk is zal de medewerker de klager doorverwijzen naar de ombudsdienst.

Ernstige klachten die de aansprakelijkheid van het ziekenhuis of één van medewerkers in gedrang stelt, gebruikt de ombudsvrouw de informatieplicht om directie en/of de juridische dienst in te lichten .

Bij de medische aspecten gaat het meestal over de kwaliteit van de behandeling en over de communicatiestijl.

Voor patiënten is het onderscheid tussen fout en complicatie moeilijk te begrijpen, de schade voor de patiënt blijft hetzelfde. Hierdoor komt de vertrouwensrelatie enorm onder druk te staan, ondanks eerlijke communicatie tussen de partijen.

Binnen de rubriek van meldingen aangaande kwaliteit van zorg neemt het aandeel van de spoeddienst een grote plaats in. Een spoeddienst wordt vaak beleefd als een dienst waar op een spoedige manier hulp wordt geboden terwijl de spoeddiensten, met een triagesysteem werken, dat wachttijden voor minder dringende letsels sterk kan doen uitlopen. Patiënten op de spoeddienst zijn emotioneel erg geladen. Iets onverwacht overkomt hen en kan een breuk in hun dagelijkse routine betekenen. De klachten gaan over wachttijden, teleurstelling als ze doorverwezen worden voor verdere opvolging/behandeling via de gewone consultatie, of ontgoocheling omdat ze niet worden opgenomen.

Aanbevelingen

Aanbeveling : 1. empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen bijkomstige “zachte” vaardigheid, maar een essentieel fundament van kwaliteitsvolle en werkelijk patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral verlangen naar een warme, persoonlijke benadering: ze willen dat er écht naar hen wordt geluisterd, dat ze worden gezien en dat hun situatie wordt begrepen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en respectvol communiceren, versterkt dat niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien helpt empathische communicatie misverstanden voorkomen en bevordert het een vlottere samenwerking tussen patiënt en zorgverlener.

Daarom raadt ik aan om empathische communicatie structureel op te nemen in opleidingen en vormingstrajecten. Investeren in deze vaardigheden creëert een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, verlaagt het aantal klachten en verbetert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling: 2. Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis voor vertrouwen in de zorg.

Transparante communicatie zeker wanneer een zorgtraject anders verloopt dan verwacht is daarbij onmisbaar. Ze helpt patiënten om goed geïnformeerd te blijven, zich betrokken te voelen en gerustgesteld te worden. Het open-disclosureproces dat bedoeld is om helder en eerlijk te communiceren over onverwachte gebeurtenissen of incidenten met mogelijke schade, verdient daarom meer bekendheid én een consequente toepassing binnen de zorgpraktijk. Uit klachten en meldingen blijkt dat een transparante, empathische en tweerichtingscommunicatie een groot verschil maakt in hoe patiënten situaties begrijpen en ervaren. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en de tijd nemen voor vragen verkleint dat de kans op misverstanden, escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Openheid versterkt niet alleen het vertrouwen maar draagt ook bij aan een sterke en veilige therapeutische relatie.

Aanbeveling: 3. Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende :

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn

Aanbeveling: 4. Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals wilsonbekwaamheid, omgaan met familieconflicten en beroepsgeheim komen in klachten regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden, waaronder:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden
- omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- conflictpreventie en de-escalatie
- communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie.

Aanbeveling: 5. Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Behandelingen in ziekenhuizen die doorgaan in daghospitalisatie (met of zonder gebruik te maken van een bed) leveren een ziekenhuisforfait op maar blijft een moeilijk te begrijpen systeem voor patiënten. Ook al zijn ze aanwezig in een ruimte die daghospitaal heet, hun verzekering komt niet altijd tussen.

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

Het is noodzakelijk meer transparantie te brengen in de kostprijs van gezondheidszorg in een taal verstaanbaar voor alle patiënten en zonder een weg af te leggen waarbij het bos en de bomen niet meer te onderscheiden zijn.

Zorgverleners hebben training en opleiding nodig om, zonder gevoel dat zij een commerciële houding aannemen te spreken over kostprijs van gezondheidszorg. Ook dit hoort bij een open en informierend patiëntencontact.

Verzoeningsresultaten

Zorgverleners zijn ondertussen vertrouwd met het werken met de ombudsdienst. Zij werken mee, komen aan tafel zitten om te luisteren en uit te praten, zoeken mee naar oplossingen en delen ook hun kwetsbaarheid.

De ombudsdienst ervaart een open houding bij de directie, kwaliteitsdienst, artsen, hoofdverpleegkundigen, ... om in gesprek te gaan over de meldingen van de patiënten en familie.

De financiële informatie over een ingreep of behandeling is van groot belang voor de patiënten.

In het AZ klina werden grote inspanningen gedaan om dit te verbeteren. Het project “warm onthaal” is een succes. Er werden loketten geopend in de hal van het ziekenhuis waar patiënten terecht kunnen voor financiële vragen. De dienst facturatie stuurt een kostenraming bij vele geplande ingrepen.

Dit voorkomt veel problemen bij ontvangen van de factuur, de patiënt kan weloverwogen een kamerkeuze maken.

In AZ klina wordt een melding/klacht veelal gezien als een kans op groei van kwaliteit, openheid en transparantie.

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2025



INSTELLINGSGEBONDEN INFORMATIE

Naam van de zorginstelling	AZ Diest
Adres	Statiestraat 65, 3290 Diest
Gewest	Vlaams Brabant
Erkenningsnummer	710712
Type	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	224
Aantal campussen	Statiestraat 65,3290 Diest
Naam ombudsperso(o)n(en)	Edith Hallet Bij afwezigheid (Sofie en Wendy, voor ontvangst van de melding)
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	September 2003
Bestaffing	0.4 FTE

INSTELLINGSGEBONDEN INFORMATIE

Lokalisatie	Campus Statiestraat, kantoor bij onthaal
Registratiesysteem	FileMaker Pro, registratiesysteem VVOVAZ EXCEL korte versie
Huishoudelijk reglement (<i>actualisatiedatum; waar te raadplegen</i>)	Beschikbaar https://www.azdiest.be/files/BrochureOmbudsdienst_2013.pdf
Vormingen i.k.v. bemiddeling	VVOVAZ vergadering en regionale ombudsvergaderingen; Agressie in de zorg
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Ad hoc intervisie, vorming voor leidinggevenden bij AZ Diest, Lean opleiding, zingeving opleiding.

INSTELLINGSGEBONDEN INFORMATIE

Werkingsterrein van de ombudsdienst

(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...

Klachtenbemiddeling vanuit het mandaat 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,...)
- De info dossiers worden ook afgewerkt.
- Bij verzoek voor afschrift van dossiers doe ik begeleiding tot bij het secretariaat van de hoofdarts indien ik de vraag ontvang.
- Ik verwijs door naar alternatieve pistes indien relevant.

INSTELLINGSGEBONDEN INFORMATIE

- Ik behandel geen anonieme klachten (niet ontvankelijk) ook niet direct via facebook, wel indien de klacht toch bij OD komt via... (geef echter wel info en aanbevelingen naar organisatie indien repetitief of onveilig gedrag).
- Proactieve meldingen neem ik mee en behandel indien nodig – informerende/educatieve rol.
- Verzekeringsdossiers worden niet door mij beheerd, ad hoc nog wel de communicatie voor- en achteraf.
- Financiële issues worden in samenspraak met financiële afdeling verwerkt, communicatie vaak via mij, zeker als het ook een vraag over behandeling inhoudt.

INSTELLINGSGEBONDEN INFORMATIE

Na ontvangst van de klacht
(persoonlijk, schriftelijk of telefonisch):

VOORWAARDE:
geen standpunt innemen, beroepsgeheim bewaren.

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

- Ontvangstmelding (schriftelijk indien relevant)
Communicatie bevorderen en vertrouwen trachten te herstellen
- Afhandeling

INSTELLINGSGEBONDEN INFORMATIE

Welk traject van de afhandeling wordt er gevolgd?

- Polsen naar verwachting, vooral polsen naar onderliggende verwachting.
- Bemiddeling indien gewenst (afgelopen jaren vooral tel/pendelinfo).
- Oplossing mee formuleren.
- Indien relevant alternatieven buiten ombudsdienst voorstellen.
- Registreren van de klachten/assistentie Sofie
- Formuleren van aanbevelingen/acties (voor afdeling en/of organisatie).
- Opstellen van jaarrapport en dit rapport ad hoc voorstellen (directie, ethische commissie,...).
- Indien gewenst/nodig klachtbespreking met directie/diensthooften.

KLACHT



Een klacht is een **mogelijkheid** voor de organisatie om **vertrouwen en relaties te verbeteren, een opportuniteit tot leren**

JAARRAPPORT 2025

Hoe gaat de ombudsdienst met klachten om? (Algemeen)

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.
- Kan vrij en onafhankelijk werken zoals de wet het voorschrijft.
- Het is voor mij erg belangrijk dat iedereen de weg vindt naar de ombudsdienst.
- De dienst goed duidelijk kenbaar maken vind ik een must! Zichtbaar op online leerplatform te finaliseren 2026.
- Indien mogelijk meld ik me rechtstreeks tot de betrokken persoon als de klager het toestaat. Soms ben ik genoodzaakt via het diensthoofd te werken omdat ik de betrokken persoon niet ken, de klager kent bijvoorbeeld de naam niet...
- Mondelinge communicatie is zeker **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 nog andere ontevredenheden, onvervulde verwachtingen, tegenvallende ervaringen geweest in het verleden.

JAARRAPPORT 2025

HOE GAAT DE ORGANISATIE OM MET KLACHT?

- Klachten worden “open minded” naar de ombudsdienst doorgestuurd vanuit directie, artsen en afdelingen.
- Een opportuniteit om acties te ondernemen en procedures en werkwijzen te verbeteren. Open communicatie met afdelingen bieden een kans tot “leren” en verbeteren. Nieuwe Quicksan, Lean opleiding en nieuwe aanpak missie en visie.
- Medewerkers hebben volgens mij vertrouwen in de ombudsdienst, vooral in de neutrale houding, het is een **serieuze meerwaarde** dat je “**het huis**”, de systemen, de werking kent. Dit zou niet mogelijk zijn als je geen medewerker bent. Ik vind immers zelf mijn weg, ben niet louter afhankelijk van wat men mij vertelt,...ik ken de diensten...
- Ad hoc en indien relevant ook de nodige communicatie met de ziekenhuishygiënist en de kwaliteitsafdeling.
- Ik heb ook besef van de drukte en hoe dit kan wegen...zonder partijdig te zijn

JAARVERSLAG 2025

BIJKOMENDE INFORMATIE/OPMERKINGEN

Het blijft belangrijk om klachten tijdig te registreren. Tijdens het gesprek met de melder doe ik dit echter niet, zodat ik mijn volle aandacht kan geven aan de klager. Dat blijft een waardevolle tip uit een opleiding van Dirk De Wachter. Registratie vraagt veel tijd, terwijl ik mijn energie vooral wil inzetten voor patiënten, families en aanbevelingen, evenals voor bemiddelingsopdrachten. Daarom ben ik dankbaar voor de administratieve ondersteuning en vervanging bij afwezigheid. Klachten worden persoonlijk behandeld: in gesprek, telefonisch of per mail, steeds met respect voor de rechten van de patiënt. Inleving blijft hierbij essentieel. De wetgeving is uitgebreid ik wil deze nog beter bekendmaken binnen de organisatie. De nieuwe folders zijn beschikbaar. Daarnaast ben ik vrijwilligersverantwoordelijke. Een aantal vrijwilligers voeren extra gesprekken met mensen die dit wensen. Via hen hoor ik soms dat patiënten of familieleden een gesprek met de ombudsdienst wensen.

JAARVERSLAG 2025

Toelichting

- De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen volledig 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, ...) projecten mee opvolgt.

Verder zijn er veel vragen in verband met ehealth. Je moet als ombuds bijna een IT specialisatie hebben.

De info over vertrouwenspersonen komt ook bij ombuds en moet ingebracht worden in KWS; dit moet eigenlijk via inschrijvingen.

JAARVERSLAG 2025

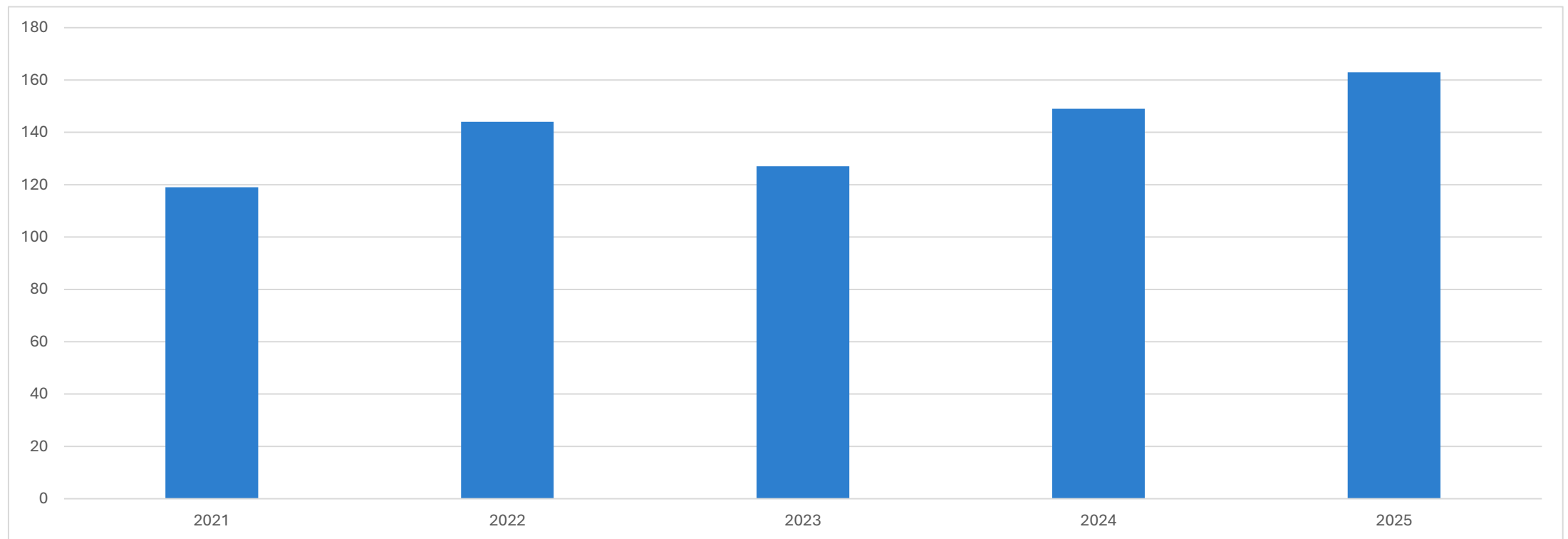
Opmerkingen :

- 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.

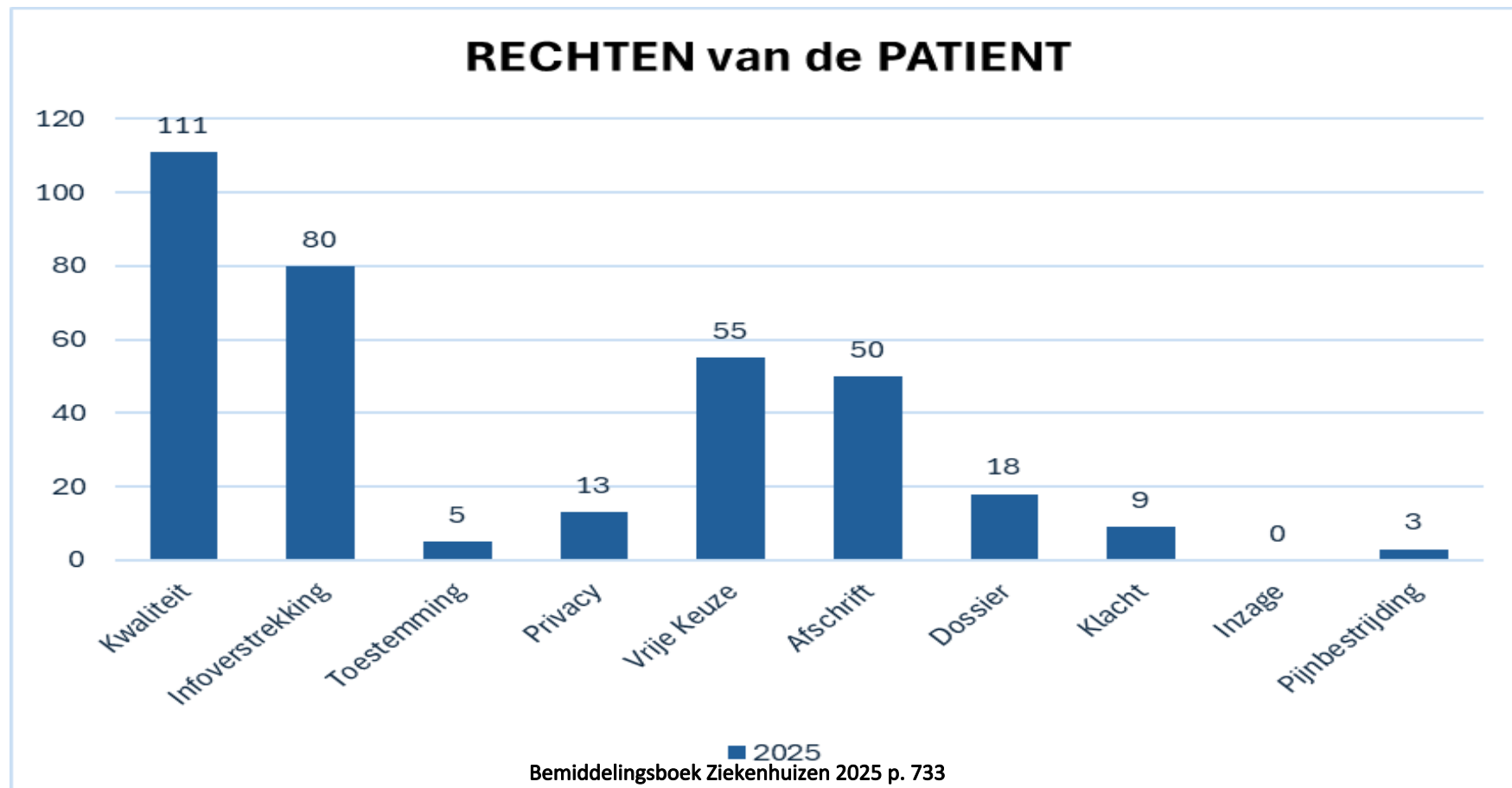
Aantal dossiers (totaal)	163
Aantal infodossiers (soms ook gecombineerd met klacht)	28
Proactieve meldingen	4
Aantal opvragingen patiëntendossier	Nvt, onder bevoegdheid van hoofdarts, ik coördineer de aanvragen/verwijs door naar dir.secr. Momenteel kunnen patiënten hun eigen dossier raadplegen via mynexuzhealth. Daar geef ik wel de nodige informatie over. Wordt vaker en vaker gevraagd. Extra hulp van een groepje vrijwilligers specifiek voor mynexuzhealth
Aantal andere	Ik registreer de anonieme klachten niet, geef het wel door aan de betrokken diensten indien repetitief gedrag of indien de veiligheid in het gedrang komt.

JAARVERSLAG 2025

EVOLUTIE DOSSIERS PER JAAR

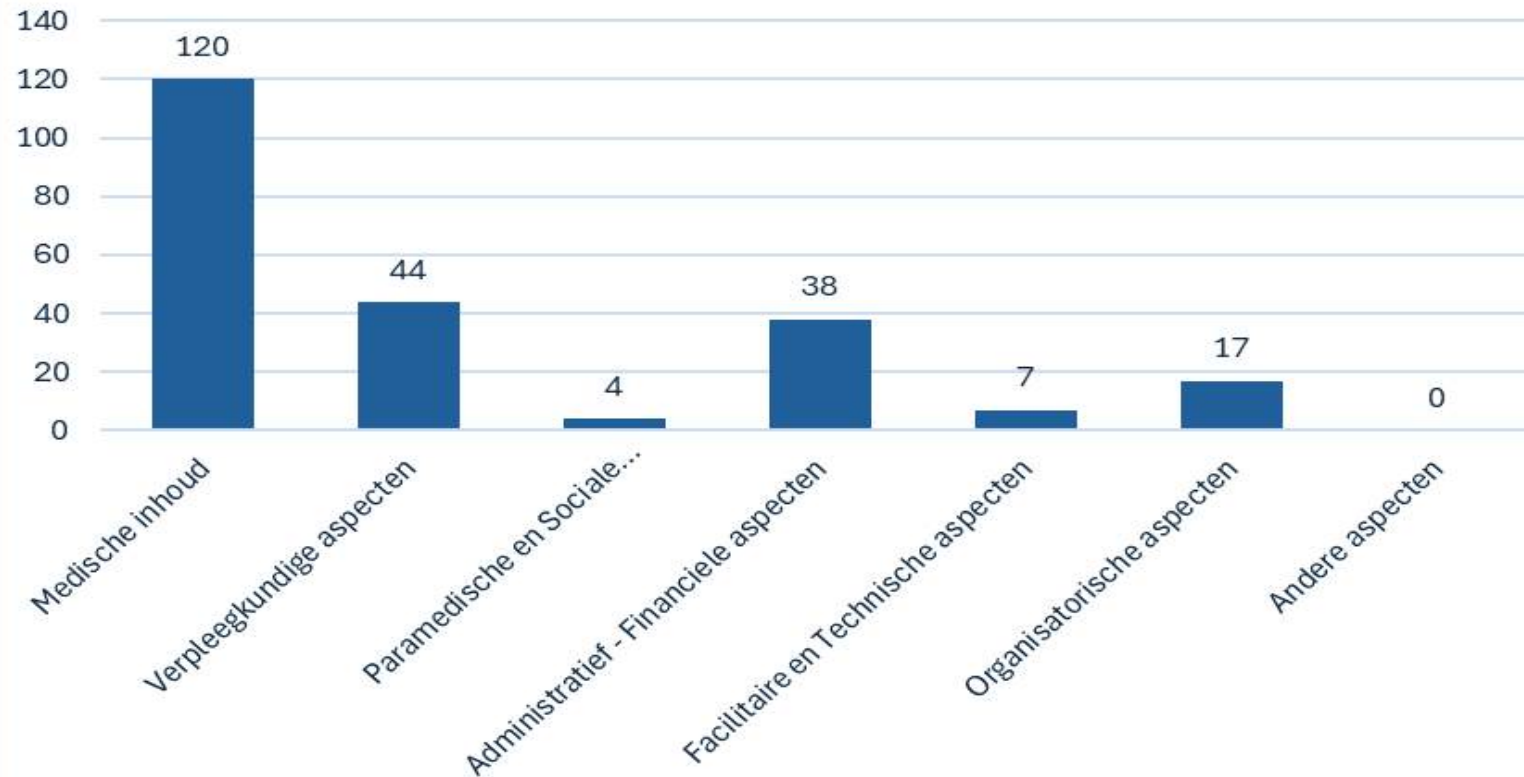


JAARVERSLAG 2025

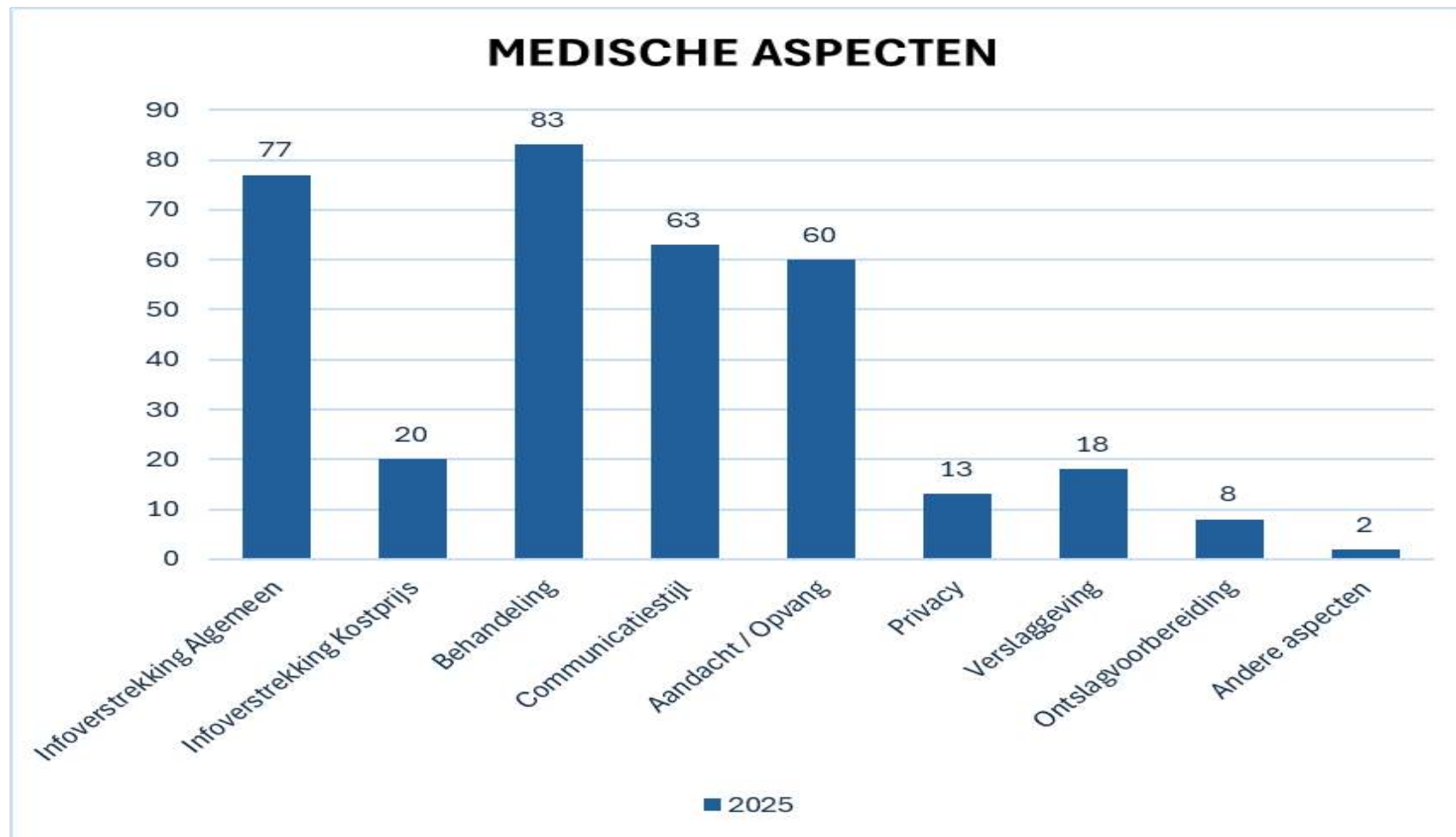


JAARVERSLAG 2025

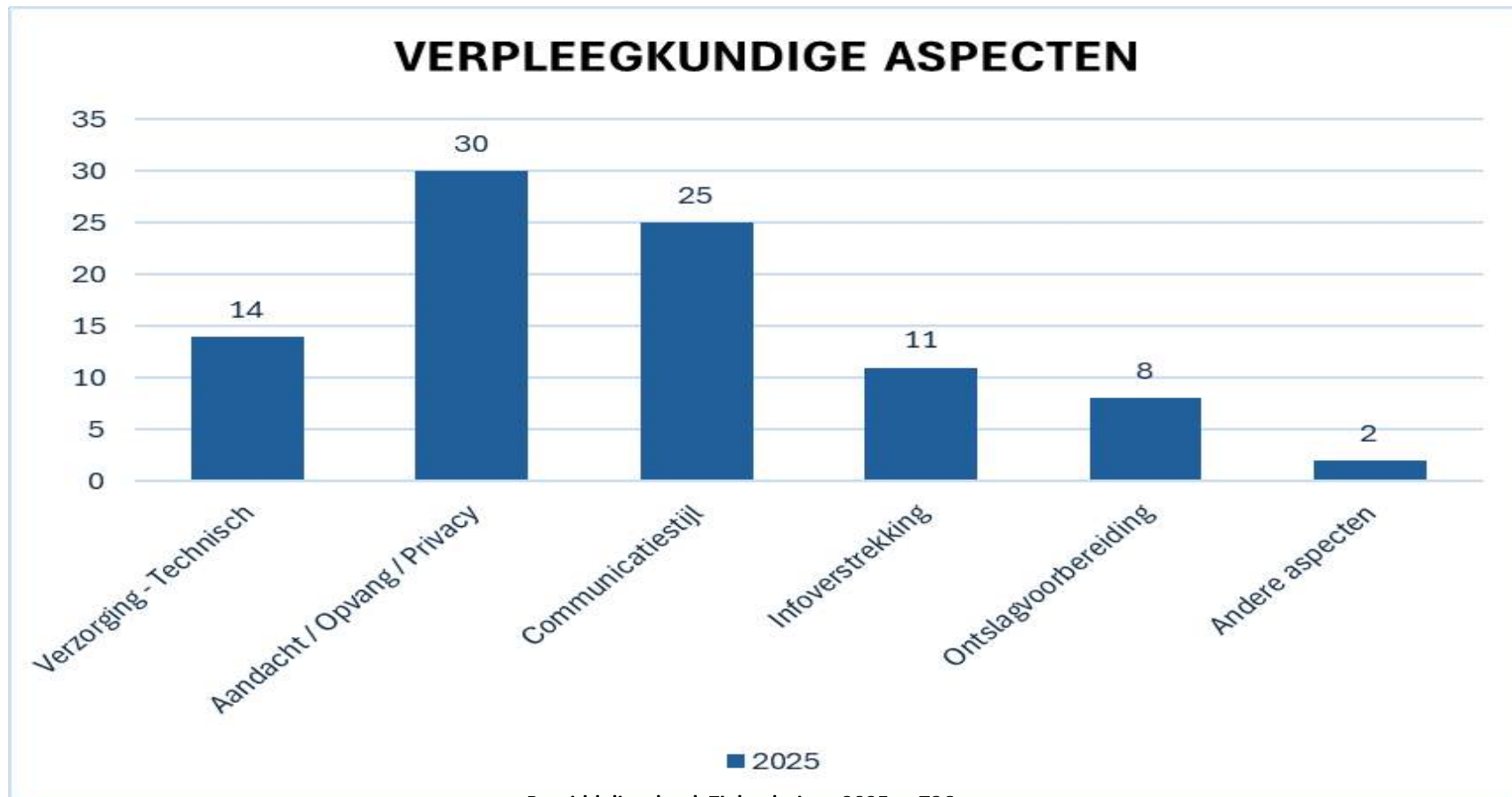
INHOUD van de KLACHT



JAARVERSLAG 2025



JAARVERSLAG 2025



JAARVERSLAG 2025

NIET GERELATEERD AAN DE RECHTEN VAN DE PATIENT

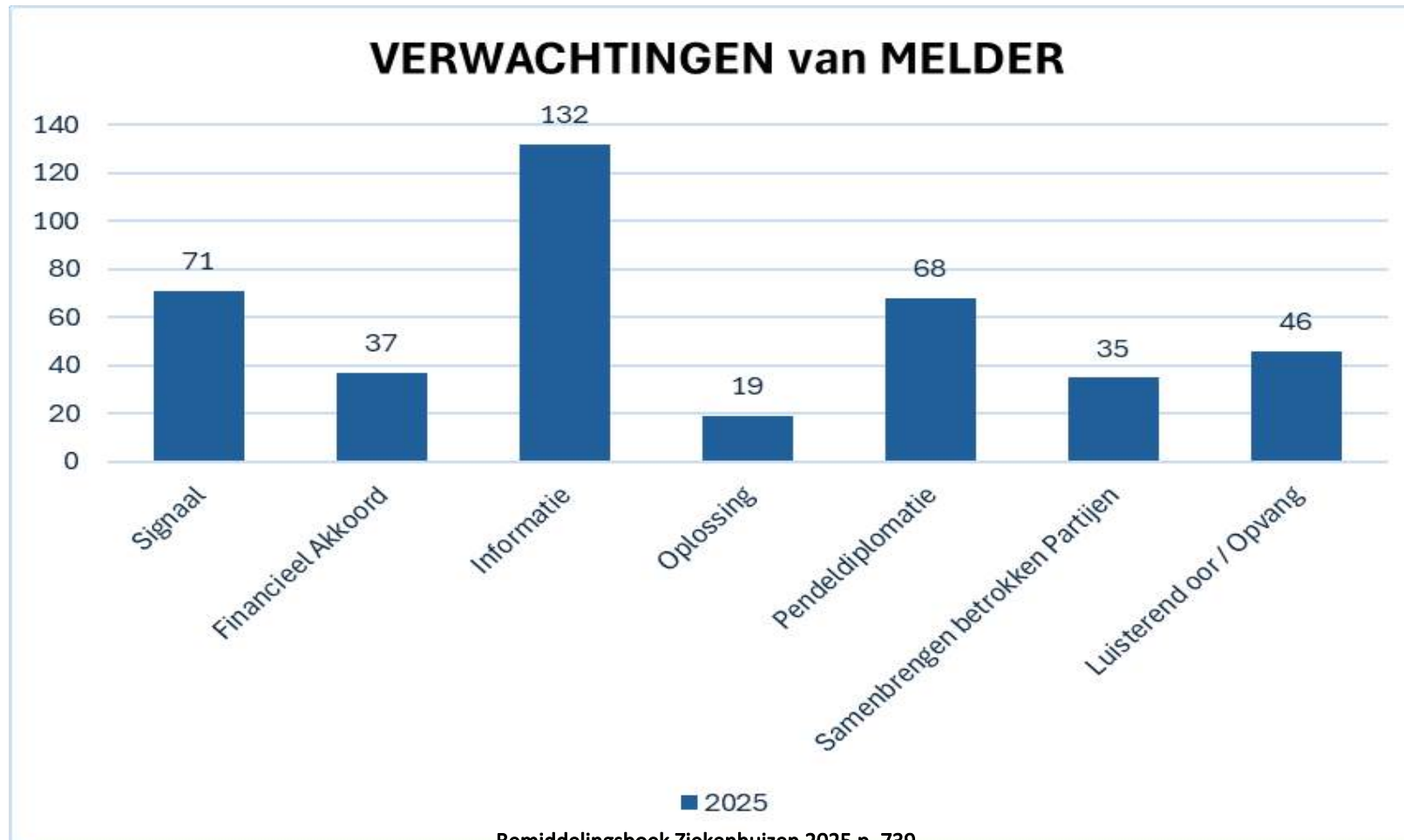
- Administratief / financiële aspecten : 38 klachten
 - Factuur en info
- Facilitaire / technische aspecten : 7 klachten
 - Maaltijden
 - Defecten
 - Communicatiestijl
 - Schoonmaak
- Organisatorische aspecten : 17 klachten
 - Bezoekregeling
 - Parking en signalisatie in en extern
 - Informatie
 - Wachttijden
 - Extern transport
 - Verloren voorwerpen
 - Afspraakregeling

JAARVERSLAG 2025

MEEST VOORKOMENDE KLACHTEN NIET GERELATEERD AAN DE RECHTEN VAN DE PATIËNT

- Sinds sept 2025 gewijzigde signalisatie en organisatie in nieuwbouw, heel 2025 bereikbaarheid, pendel, parking...
- Financiële betwistingen, vooral door onduidelijkheid / geen goede begripbaarheid wat betreft ereloonsupplementen, zeker bij NMR onderzoeken en NO SHOW facturen die volgens melder wel afgemeld werden

JAARVERSLAG 2025



JAARVERSLAG 2025

DOORLOOPTIJD AFHANDELING KLACHT

- 1 dag : 66 klachten
- 2-10 dagen : 46 klachten
- 11-20 dagen : 14 klachten
- 21-30 dagen : 7 klachten
- 31-60 dagen : 12 klachten
- 61-90 dagen : 10 klacht
- => 90 dagen : 5 klacht
- Enkele niet afgesloten of niet duidelijk 3

JAARVERSLAG 2025

RESULTAAT VAN DE KLACHTEN

- Tevreden 104x
 - Vertrouwen terug hersteld, duidelijkheid geschept, oplossing (samen) bedacht, daarom niet altijd de verwachting ingelost doch wel wederzijds respect, eventuele werkpunten doorgegeven, signaal naar organisatie...de melder voelt zich gehoord, excuses aangeboden
- Onbekend 54x (ook onduidelijk en niet afgesloten)
 - Er is niet geweten wat het uiteindelijke resultaat is. De melder reageert niet terug op mails of op telefoons...wel afhandeling maar geen verdere communicatie
- Ontevreden 5x (expliciet aangegeven)
 - Duidelijk door klager aangegeven dat er meer verwacht werd, dat de pat/familie niet akkoord gaat met resultaat of aanpak, dat er verdere stappen ondernomen worden

JAARVERSLAG 2025

KLACHTEN EN AANBEVELINGEN

- **Communicatie & empathie** (prioriteit): Versterk de relationele zorg door meer tijd, duidelijke uitleg en een empathische houding. Dit blijft het meest bepalende en terugkerende aandachtspunt voor patiënten. Meer tijd voor opleiding in patiëntgerichte communicatie en empathische maar heldere transparante info.
- No-showfacturen: Voorzie één uniform en transparant systeem voor registratie van annuleringen.
- Toegankelijkheid: optimaliseer de signalisatie en parkeermogelijkheden/prijzen.
- **Inspraak**: Versterk structurele participatie van patiënten en familie, zeker omwille van de gewijzigde wet. Patiënten zijn minder lang aanwezig in het ziekenhuis en kunnen meerdere vertrouwenspersonen hebben, geef info en inspraak waar mogelijk. Ook beter systeem om de vertrouwenspersonen in het systeem kenbaar te maken, wie doet wat?
- **Kostprijs** & ereloonsupplementen: Maak totale kostprijs en supplementen vooraf duidelijker **zichtbaar**, zodat patiënten bewuste keuzes kunnen maken.

JAARVERSLAG 2025

KLACHTEN EN AANBEVELINGEN

- **Agressiebeleid en psychosociaal welzijn:** Voorzie een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast agressiebeleid ter bescherming van medewerkers. De nodige opleidingen en coaching organiseren!
- We willen de “**pluimen**” zichtbaarder maken, met onder meer een nieuw formulier dat gepland staat als doelstelling voor 2026.
- Invloed van AI bij het sturen van een melding, dieper ingaan op de achterliggende gronden, contacteren van de patiënten en familie.
- Tot slot voorzien we ziekenhuisbreed extra communicatie over de nieuwe wet op de patiëntenrechten, onder andere via herhalende schermpresentaties.
- **Privacy & EPD:** Verduidelijk toegangsrechten, communiceer helder over gegevensgebruik, gebruik begrijpbare en kwaliteitsvolle taal in het EPD en verhoog de zichtbaarheid van het privacybeleid. Werk aan begeleiding.

JAARVERSLAG 2025

- **Luisterend oor** blijft belangrijk, peilen naar verwachtingen en dieperliggende oorzaken.
- Verwachting i.v.m. wijze van behandelen en diagnose stellen!
- **Communicatie en bejegening, vooral ernstig nemen van de klacht/patiënt.**
- **Meer duidelijkheid scheppen over rol van vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger en herwerkte wet.**
- Hoge werkdruk van de zorgverleners: vaak de basis van het ongenoegen van de patiënt.



Jaarverslag van ombudsdienst AZ JAN PALFIJN GENT
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

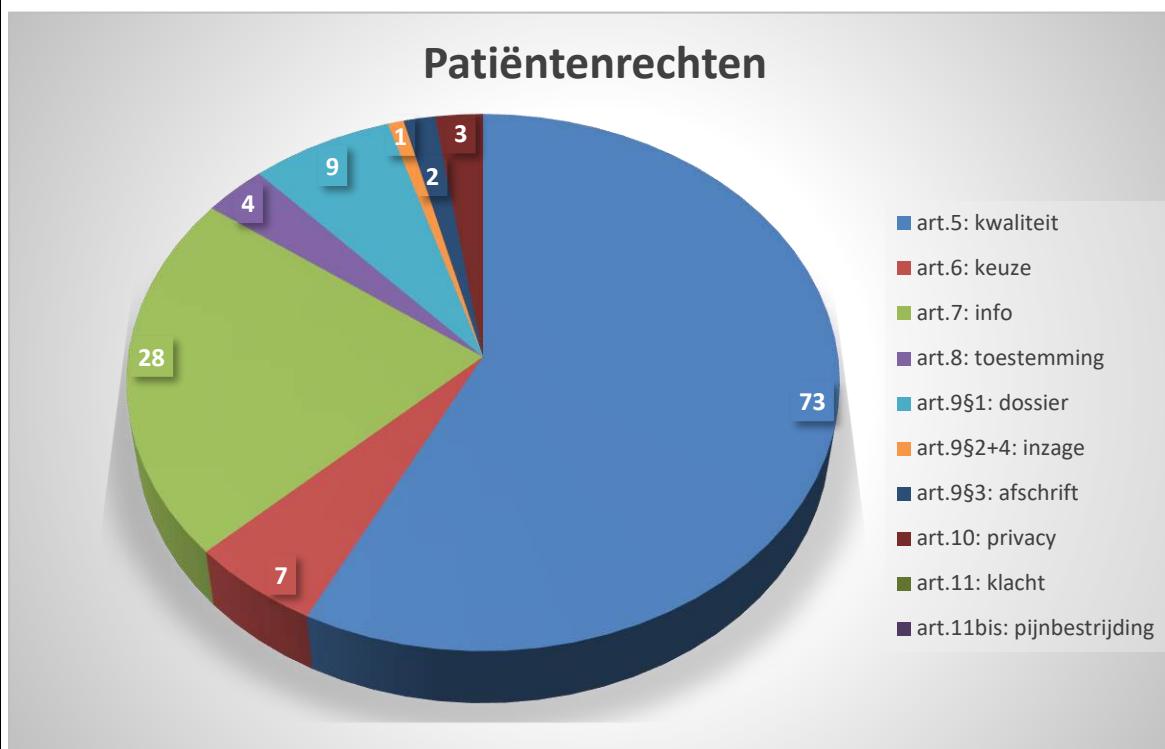
Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	 AZ JAN PALFIJN GENT AZ Jan Palfijn Gent AV
Adres	Watersportlaan 5 9000 Gent
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	713
Type (AZ, UZ, PZ...)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	526
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Christine Vande Walle Philippe De Clerck
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	03/06/2025 Christine Vande Walle 22/03/2021 Philippe De Clerck
Bestaffing	1 FT

Lokalisatie dienst	In het ziekenhuis
Registratiesysteem	Zenya
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Actualisatiedatum oktober 2025 Website en ter inzage bij de ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Omgaan met agressie Patiënten veiligheid Open disclosure
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...	• Klachtenbemiddeling vanuit het mandaat Koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende de vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen • Begeleiding aanvragen afschrift en inzage van het medisch dossier • Kleinere verzekeringsdossiers behandelen en opvolgen
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	De klachtmelder kan een klacht kenbaar maken op volgende wijzen: • Schriftelijk (door het sturen van een brief) • Een e-mail of meldingsformulier op de website • Telefonisch of door een persoonlijk gesprek. De klacht wordt geregistreerd in een digitaal registratieprogramma 'Infoland'. Bij ontvangst van de klacht wordt aan de patiënt een schriftelijke ontvangstmelding overgemaakt. Wanneer de klacht ontvankelijk wordt bevonden, onderzoekt de ombudspersoon de klacht. De ombudspersoon onderzoekt de feiten die door de klager worden aangeklaagd en gaat na welke personen en/of diensten

	betrokken moeten worden in het klachtendossier. De klager wordt binnen een redelijke termijn schriftelijk en/of telefonisch op de hoogte gebracht van het resultaat van de klachtenbemiddeling. Als bij uitputting van de bemiddelingspogingen van de ombudspersoon de klager zich niet kan verzoenen met het resultaat van de klachtenbemiddeling, informeert de ombudspersoon de klager over mogelijkheden voor de verdere afhandeling van zijn klacht.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Klachten worden beschouwd als een wake up call, een item waar verbetering of aandacht voor nodig is.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden...)
Als de ombudsdienst niet tot een aanvaardbare oplossing komt, worden klagers doorverwezen naar andere diensten: • Ledenverdediging mutualiteit • Fonds voor Medische Ongevallen • ...

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Aantal klachtendossiers	290
Aantal infodossiers	85
Aantal proactieve dossiers	6
Aantal opvragingen patiëntendossier	159
Aantal 'andere'	16

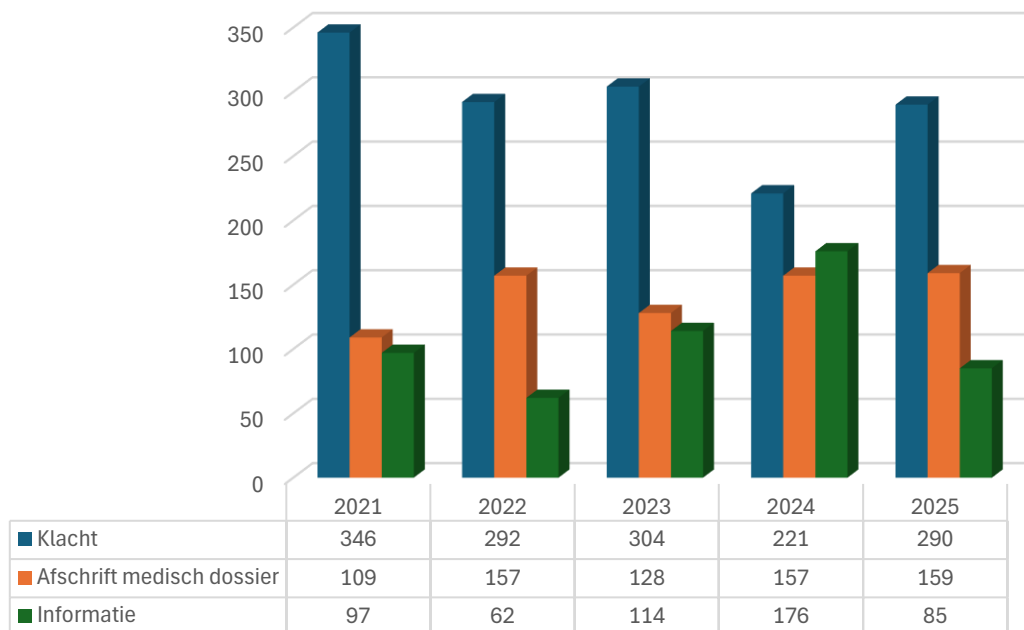


Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5) *	73
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	7
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	28
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8) **	4
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	9
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	2

Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

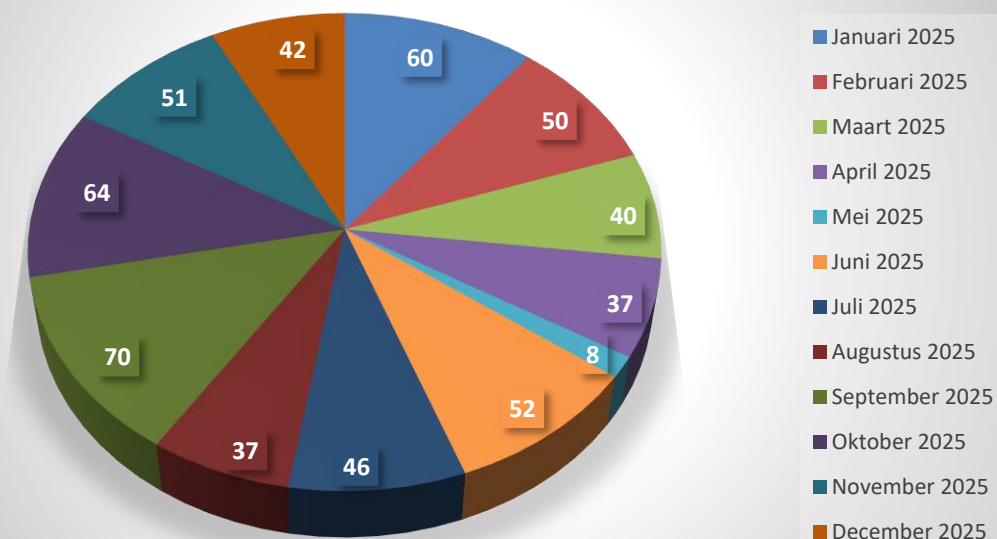
Aantal klachten niet gerelateerd aan de RECHTEN VAN DE PATIËNT
Er werden 38 klachten geregistreerd die niet gerelateerd waren aan de rechten van de patiënt.

Evolutie aantal ombudsdossiers



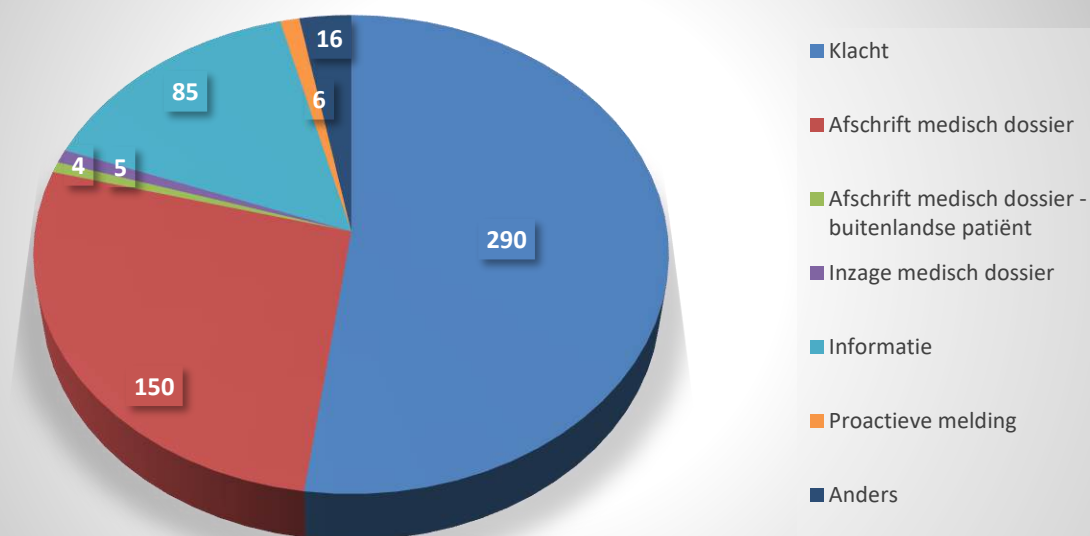
In 2025 werden er in totaal 556 dossiers geregistreerd. De klachtendossiers vertegenwoordigen 52,06% van de dossiers bij de ombudsdienst. Het aantal vragen naar een afschrift van het patiëntendossier is tegenover 2024 licht gestegen. Deze dossiers vertegenwoordigen 28,5% van de dossiers bij de ombudsdienst. De infodossiers vertegenwoordigen 15,2% van de dossiers bij de ombudsdienst.

Overzicht aantal dossiers per maand



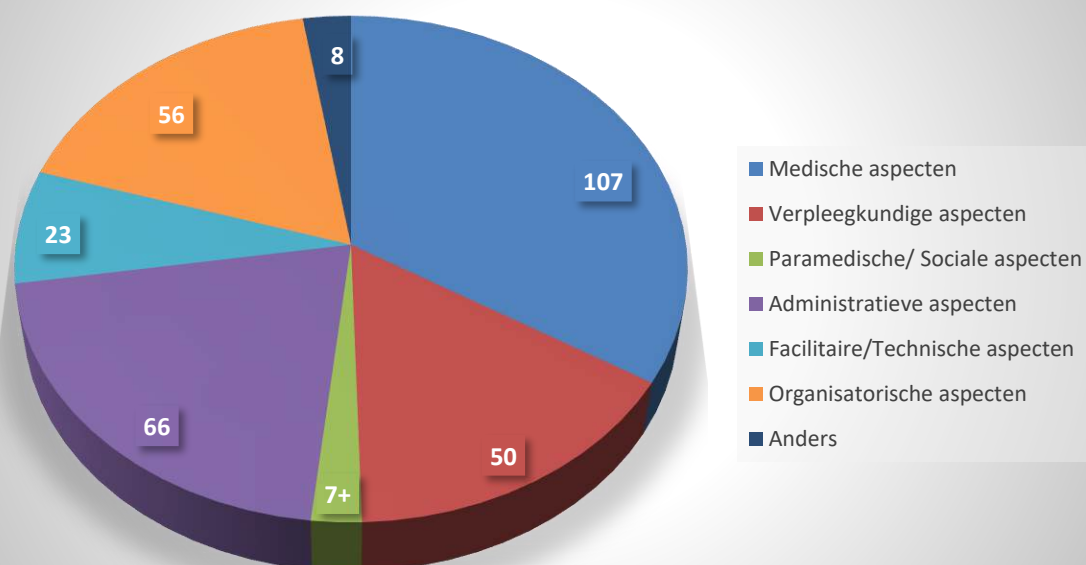
In 2025 werden er 556 dossiers bij de ombudsdienst geopend. Dit is een gemiddelde van 46 dossiers per maand.

Soort ombudsdossiers



De klachtendossiers zijn gestegen, terwijl de informatiedossiers gedaald zijn. Verder is er een lichte stijging te zien van de opvraging van een afschrift van medische dossiers

Inhoud van de klacht



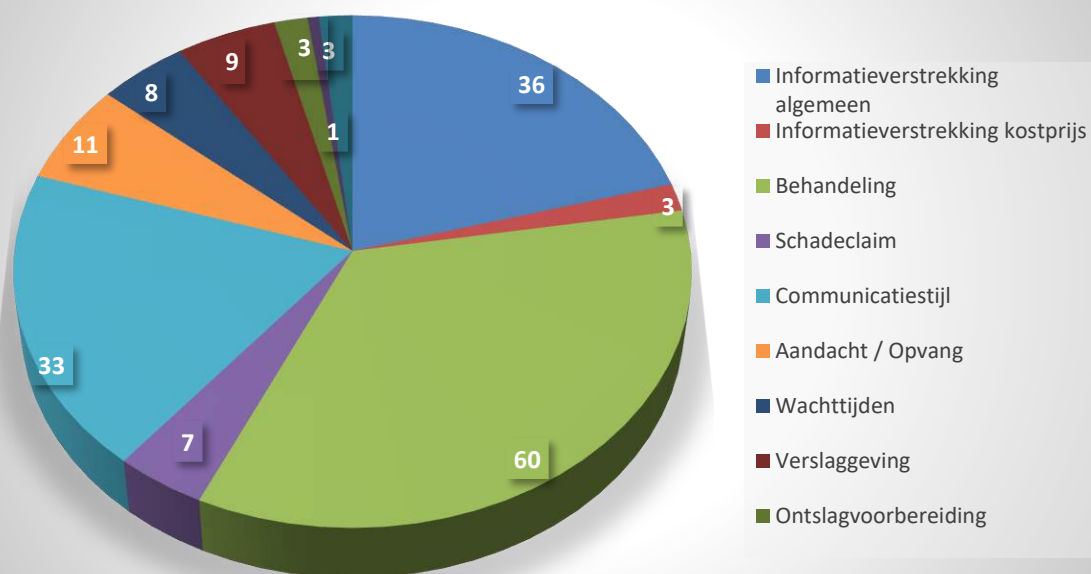
De inhoud van een klacht wordt gesorteerd per aspect waarop de klacht betrekking heeft, namelijk

- Administratieve aspecten
- Medische aspecten
- Facilitaire aspecten en technische aspecten
- Verpleegkundige aspecten
- Paramedische aspecten

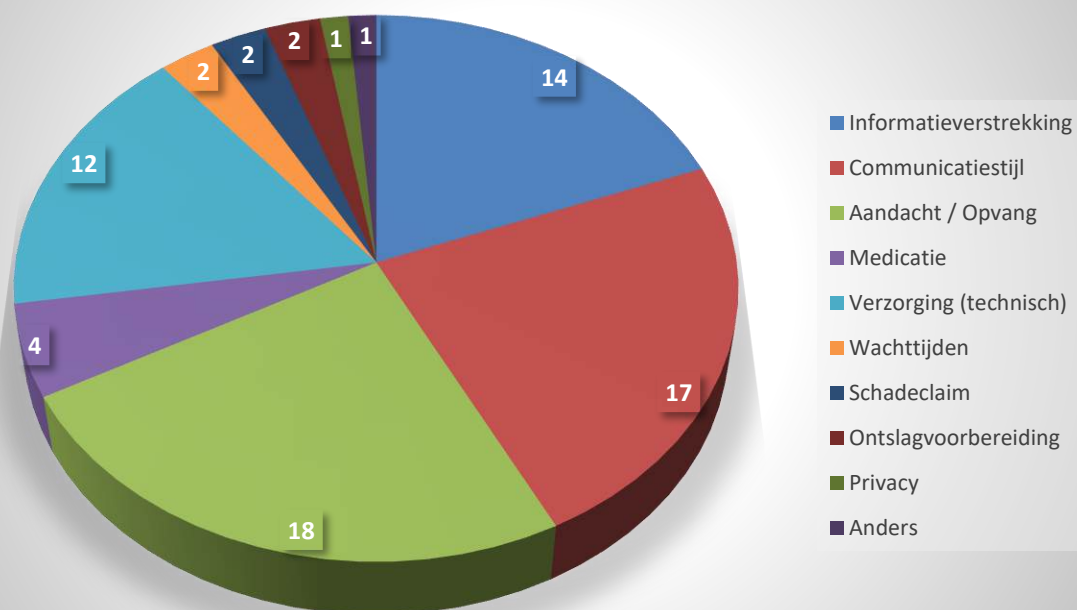
In één melding kunnen verschillende aspecten aan bod komen.

De top drie van meest voorkomende aspecten is: Medische aspecten die het meest voorkomen, gevolgd door de administratieve aspecten en de verpleegkundige aspecten.

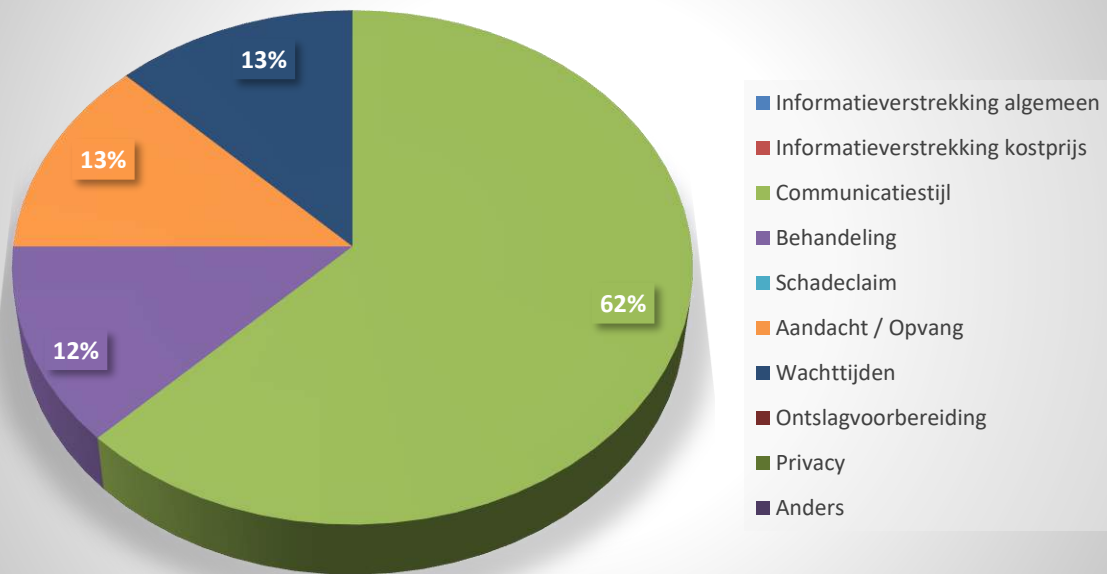
Details medische aspecten



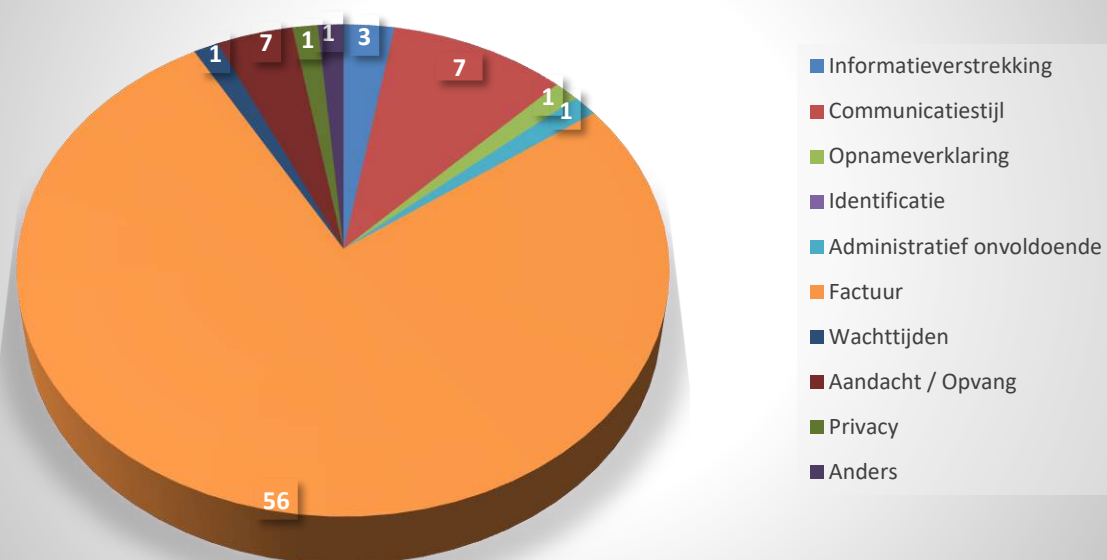
Details verpleegkundige aspecten



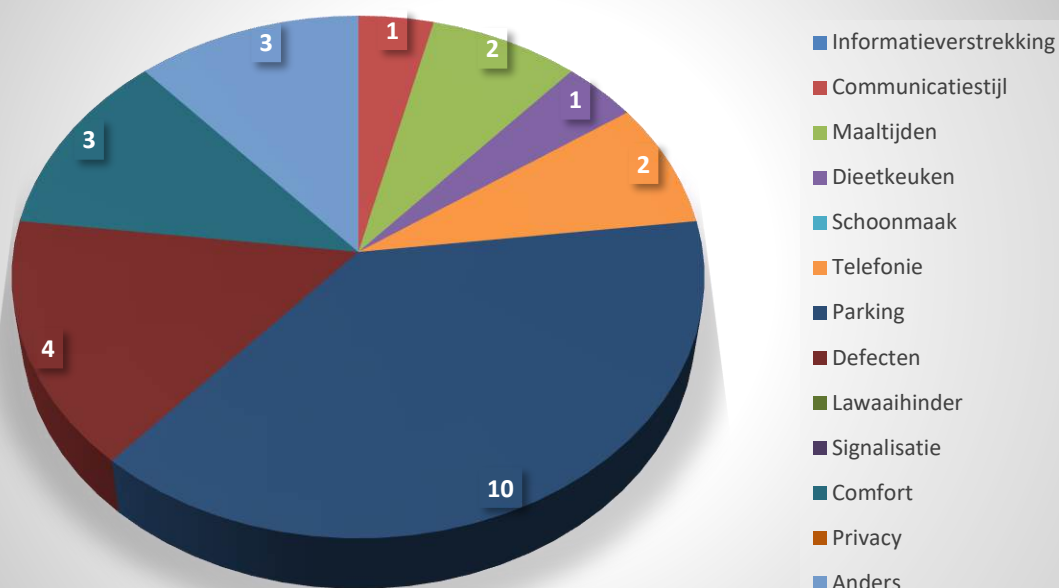
Details paramedische aspecten



Details organisatorische aspecten

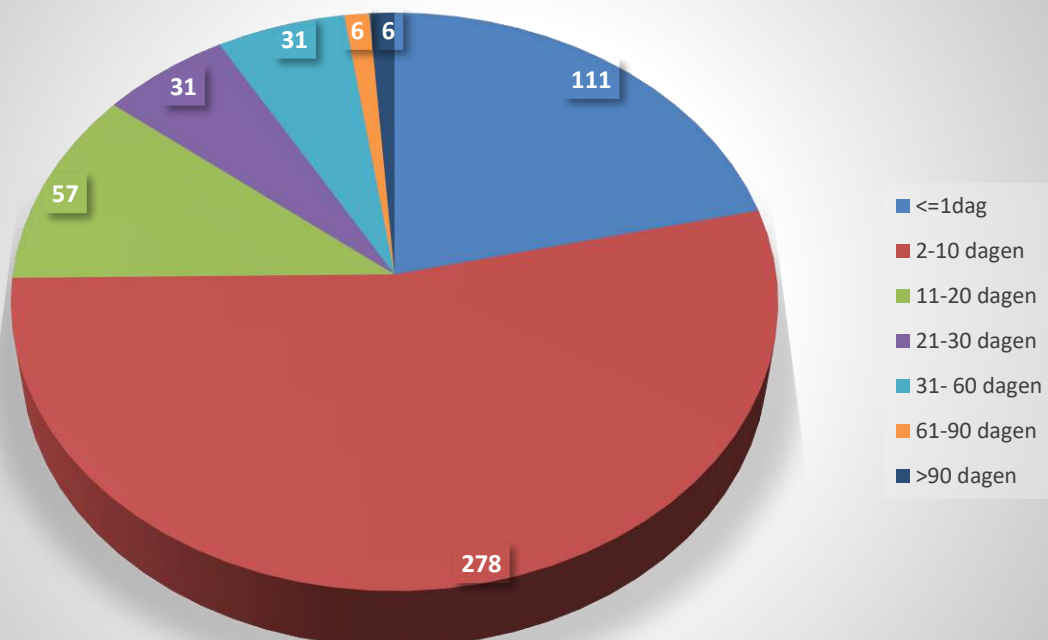


Details facilitair/technische aspecten



Algemeen zijn het aantal klachten met betrekking tot de facilitair/technische aspecten gestegen. Vooral de klachten met betrekking tot de parking zijn sterk gestegen (38,4%). De klachten in verband met de maaltijden zijn dan gedaald. Er werden geen klachten gesignaleerd over schoonmaak, privacy en informatieverstrekking.

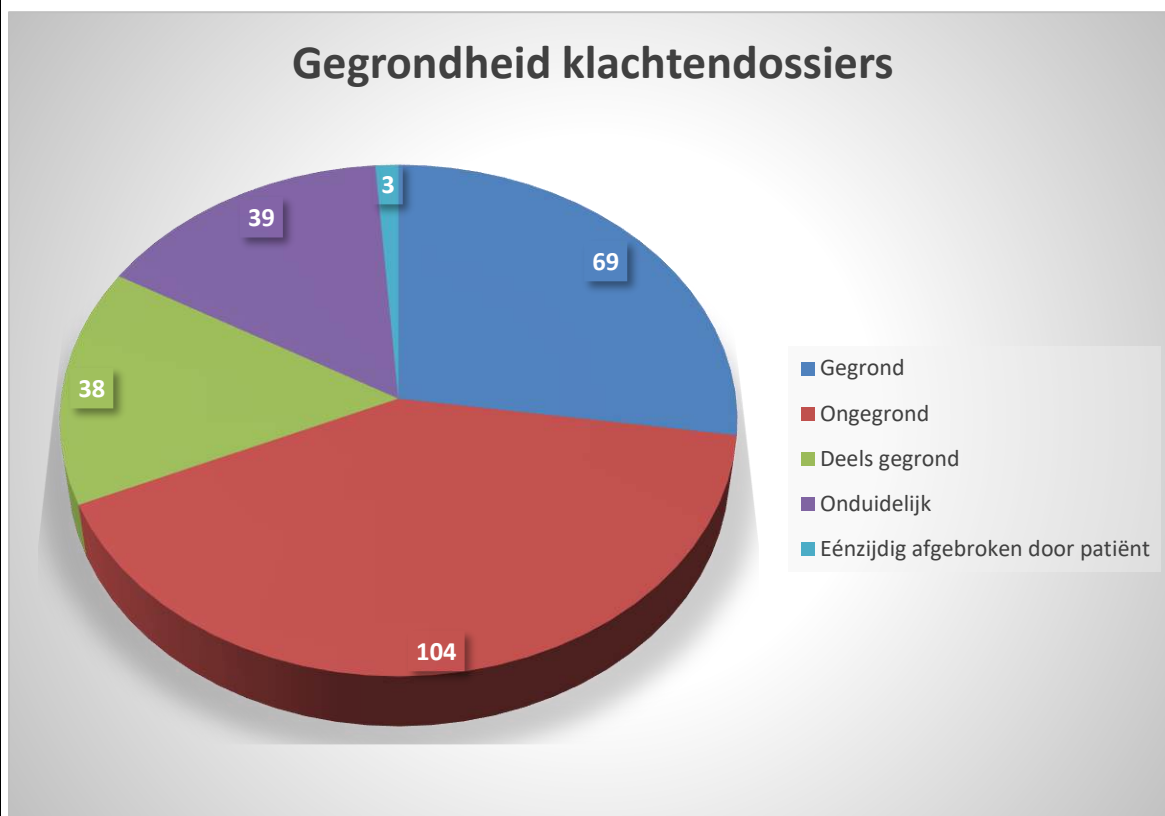
Doorlooptijd afgewerkte dossiers



21% wordt op 1 dag afgehandeld
51% wordt binnen 10 dagen afgehandeld

11% wordt binnen 20 dagen afgehandeld
 6% wordt binnen 30 dagen afgehandeld
 6% wordt binnen 60 dagen afgehandeld
 1% wordt binnen 90 dagen afgehandeld
 1% duurt langer dan 90 dagen.

Conclusie: 99% van de klachten worden behandeld binnen de 3 maanden



Aanbevelingen

Artikel 11, §2 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt voorziet de mogelijkheid om aanbevelingen te formuleren ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten.

Klachten moeten in de eerste plaats worden gezien als waardevolle feedback die kansen biedt om processen te verbeteren en de zorgcontinuïteit te versterken. Hierbij enkele aanbevelingen van de ombudspersonen op basis van behandelde dossiers in 2025 die hiertoe kunnen bijdragen.

- **Blijven investeren in opleiding**

Empathie als fundament voor een sterke patiëntgerichte zorg

Uit analyse van de klachten blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord en begrepen voelen. Empathische

communicatie kan misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Veel klachten hebben te maken met ontbrekende informatie, vaak in een context van tijdsdruk.

Toch blijft het belangrijk om ruimte te maken voor patiëntvragen.

Wij adviseren om **empathische communicatie** structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod voor startende medewerkers. Investeren in deze competentie draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat. Het vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Het regelmatig volgen van doe-vormingen met focus op rollenspel en inleving in praktijksituaties. Omstaanderstraining, wij discrimineren (niet), LGBTI+ sensitieve zorg aanbieden, aanbevelen bij medewerkers. Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules waarbij specifieke technieken worden aangeleerd voor het in gesprek gaan met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden o.a. door taalbarrières of door een psychiatrische problematiek.

Vorming rond specifieke thema's zoals wilsonbekwaamheid, aanduiden van een vertegenwoordiger, een vertrouwenspersoon, omgaan met familieconflicten kan versterkend zijn. Deze problematiek komt in de casussen regelmatig terug en vraagt een actuele basiskennis.

- **Heldere communicatie**

Patiënt informeren over de rol van een vertrouwenspersoon

Het is in het voordeel van de patiënt dat er geen ruis zit op de communicatie met de zorgverleners. Hoewel het de patiënt is die beslist of informatie gedeeld wordt, kan het de communicatie vergemakkelijken wanneer er nog één contactpersoon (vertrouwenspersoon) is naast de patiënt. Het kan helpen om de communicatieflow tussen gezondheidszorgbeoefenaar, patiënt en familie te stroomlijnen. Wij adviseren patiënten over deze mogelijkheid te informeren en de naam van deze aangestelde persoon te registreren op een duidelijke en toegankelijke plaats in het patiëntendossier.

Transparante financiële informatie

Patiënten ervaren of hebben de perceptie dat er niet tijdig of niet transparant genoeg wordt gecommuniceerd over de kostprijs van behandelingen. Deze klachten worden vooral geformuleerd bij het ontvangen van de factuur. Het te betalen bedrag wijkt af van hetgeen patiënten verwachten.

Het is daarom aan te bevelen dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk is voor patiënten en hun familie. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dag-forfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd. Dit zal het aantal klachten na facturatie doen dalen en de schulden van de patiënt niet laten oplopen.

Wij adviseren patiënten te sensibiliseren ook zelf te vragen naar de financiële impact van de geleverde zorg. Patiënten kunnen worden gestimuleerd om (bvb. via webformulier) kostenramingen te vragen alvorens toe te stemmen in ingrijpende behandelingen.

Zorgvuldige en sneller beschikbare verslaggeving in het patiëntendossier

Patiënten hebben inzagerecht in hun patiëntengegevens en kunnen afschriften vragen van hun medisch dossier. Zij hebben vandaag via digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook

hogere verwachtingen met zich mee. Zij lezen mee wat de zorgverlener noteert en op welke manier. Patiënten vragen, via de ombudsdienst, de arts gegevens te corrigeren of zelfs te schrappen. Ze gaan niet akkoord met formuleringen en willen elementen anders verwoord zien om labels te vermijden. Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij taal te vermijden die stigmatiserend kan overkomen. Bijkomende aandacht wordt gevraagd voor het sneller valideren van verslagen.

Inzetten op transparantie rond wachttijden op poli

Het actief communiceren van wachttijden draagt bij aan een positievere patiëntervaring. Het invoeren van een systeem dat actuele wachttijden duidelijk weergeeft, wordt door patiënten als klantvriendelijk ervaren.

Verbeteren opvolging bij slaaponderzoek

In sommige gevallen doen zich problemen voor bij de registratie van slaaponderzoeken. Dit leidt ertoe dat er geen bruikbare gegevens beschikbaar zijn en geen diagnose kan worden gesteld. Dit veroorzaakt vertraging in de verdere behandeling van de patiënt. Het is aangewezen patiënten proactief te informeren wanneer een onderzoek door een technisch probleem niet kon worden uitgevoerd of geanalyseerd worden. Daarnaast verdient het aanbeveling onmiddellijk een nieuwe afspraak op korte termijn te plannen en te vermijden dat patiënten in onzekerheid blijven over het verdere verloop van hun zorgtraject. Een transparante en tijdige communicatie zorgt voor vertrouwen.

Versterken van de kwaliteit en zorgvuldigheid binnen de ontslagprocedure

Om een vlotte, correcte en patiëntgerichte ontslagprocedure te garanderen is het aangewezen systematisch een ontslaggesprek te plannen, eventueel in aanwezigheid van een vertrouwenspersoon, zodat onduidelijkheden of tekortkomingen tijdig kunnen worden gedetecteerd. De patiënt dient alle relevante documenten, zoals de ontslagbrief, de medicatielijst, informatie over vervolgspraken, ziektebriefje en richtlijnen voor verdere thuiszorg, gebundeld en overzichtelijk te ontvangen.

Daarnaast is het essentieel om te controleren of de medicatie correct werd geregistreerd op de identiteitskaart. In de communicatie over thuiszorg en vervolgbehandeling moet steeds een neutrale houding worden gegarandeerd, in lijn met de keuzevrijheid van de patiënt. Tot slot wordt aanbevolen het gevoerde ontslaggesprek zorgvuldig te registreren in het patiëntendossier, zodat de continuïteit en transparantie van de zorg optimaal worden gewaarborgd.

Versterken van directe en zorgvuldige communicatie bij weigering van zorg

Wanneer een beslissing wordt genomen om zorg te weigeren of een tijdelijke of permanente time-out op te leggen wegens veiligheidsrisico's voor patiënten en personeel, is het aangewezen dat deze boodschap rechtstreeks door een arts of bevoegde medewerker van de organisatie wordt gecommuniceerd. Het overdragen van deze verantwoordelijkheid aan externe partijen, zoals een justitie-assistent, kan leiden tot misverstanden en vermindert de transparantie. Door de communicatie intern te houden, wordt de boodschap zorgvuldiger, duidelijker en met de nodige professionele omkadering overgebracht, wat bijdraagt aan een respectvolle en correcte afhandeling van moeilijke situaties.

- **Versterken van het toezicht op waardevolle persoonlijke bezittingen**

Om verlies, schade of discussies rond persoonlijke eigendommen te voorkomen, is het aangewezen het beleid rond waardevolle spullen verder te versterken. Patiënten dienen er bij opname actief over geïnformeerd te worden geen waardevolle voorwerpen mee te brengen naar het ziekenhuis. Indien dit toch gebeurt, moeten deze items, geëtiketteerd, veilig worden opgeborgen via de hoofdverpleegkundige. Wij adviseren het systematisch bijhouden van een register van alle overhandigde bezittingen met vermelding datum in- en uit, naam van het betrokken personeelslid en naam van de patiënt, voorzien van handtekeningen. Dit verhoogt de transparantie en traceerbaarheid en draagt bij aan een veilige en betrouwbare zorgomgeving.

- **Valpreventie op de campus**

Om de veiligheid van patiënten en bezoekers te waarborgen, is het aangewezen het bestaande winterplan voor het onderhoud van de parking verder bij te sturen. Dit omvat een systematische aanpak voor tijdig sneeuwruimen en het preventief strooien van de parkeerzones en toegangswegen. Door vroegtijdig in actie te komen en het terrein consequent te onderhouden, wordt het risico op valincidenten aanzienlijk verminderd.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2025

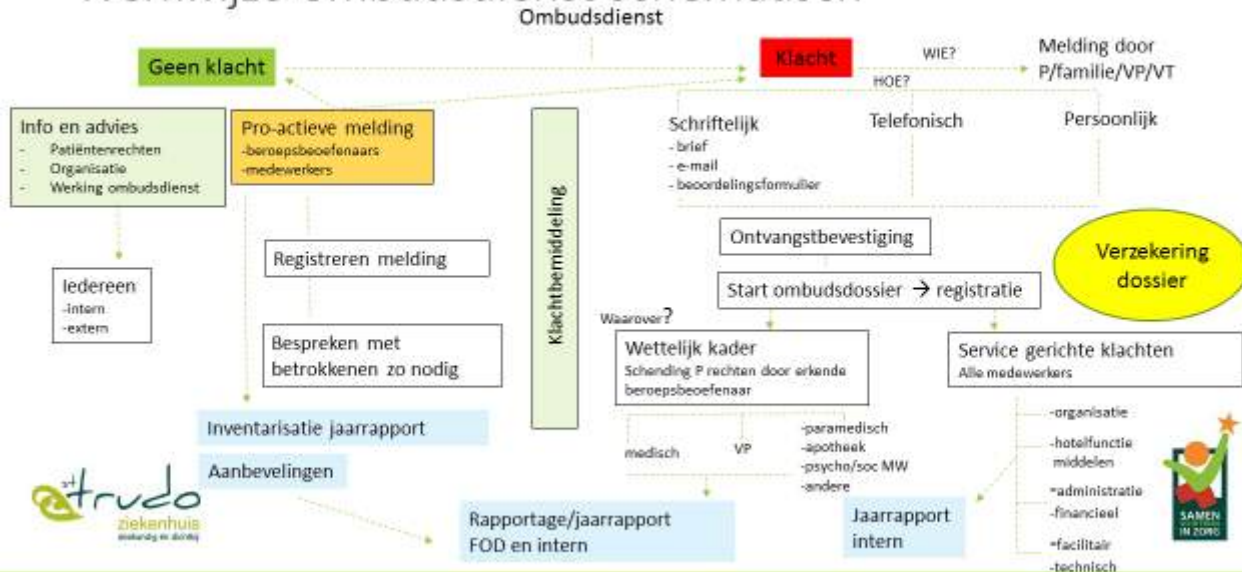
(Voor 10.02.2026 op te sturen naar jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	SINT-TRUDO ZIEKENHUIS 
Adres	DIESTERSTEENWEG 100 www.sint-trudo.be info@sint-trudo.be
Gewest	LIMBURG
Erkenningsnummer	ERKENNINGSNUMMER SINT-TRUDO ZIEKENHUIS: 715
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	310 BEDDEN
Aantal campussen	1 (+ 1 logistieke campus Rummenweg)
Naam ombudspersoon	Ann Ector
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Ann Ector sinds 01.09.2020
Bestaffing	0.5 FTE (1x ADV4/maand)

Lokalisatie dienst	Bureel thv de personeelsadministratie. Gelijkvloers en toegankelijk. Nieuwe wayfinding (route 96) vanaf de hoofdingang. Ik begeleid steeds persoonlijk mensen vanaf het onthaal naar mijn bureel. Duidelijke info via website.
Registratiesysteem	The Patient Safety Company (nieuwe release mei 2025) 
Huishoudelijk reglement (actualisatiedatum; waar te raadplegen)	Sinds 2011 te raadplegen op intranet en op de website van het ziekenhuis http://www.sint-trudo.be/patiënt/ombudsdienst Actualisatiedatum: 1/12/2020
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Ann Ector: • Basisopleiding Bemiddeling (Mediv)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	• VVOVAZ - VTO en update wetgeving: zelfstandig infobronnen doorgenomen • Intervisie en vergadering Regionale werkgroep Limburg VVOVAZ : 11/2 – 13/5 – 03/6 – 23/9- 25/11 van 12u -17u • WG VVOVAZ registratie (1u'): 12/5 – 19/6 – 15/9 - 13/10 - 3/11 - 16/12 • 27/3: Documentbeheer en MS Teams (1u') • 08/5 en 20/10 12u-14u: Beleidsvergadering STZH • 19/5 14u-16u: samenwerkingsoverleg dienst ledenverdediging CM en financieel-administratieve diensten STZH • 7/11: VTO Trudonet / ombudspagina (1u') • 02/10 en 18/11 (2u'): VTO Migratie van TPSC naar Zenya Flow
Werkingsterrein van de ombudsdienst	• Het werkingsterrein in de organisatie omvat klachten mbt alle erkende beroepsbeoefenaars en ook servicegerichte organisatie klachten. • FOCUS ligt op bemiddelen tussen alle partijen. De klacht wordt teruggebracht naar plaats van oorsprong en vandaaruit opgenomen. • Anonieme dossiers worden niet behandeld. • Een zeer breed gamma van info-vragen/klachten komt op de ombudsdienst terecht ook aangaande externe voorzieningen (huisartsenwachtpost, privé-consultaties van artsen, vervoersdiensten,...). • Er wordt info gegeven of doorverwezen naar alternatieve externe pistes. • Begeleiden/informerende aanvragen over inzage en afschrift van het patiëntendossier ism medisch secretariaat hoofdGH volgens procedure. • Contactpersoon met verzekeraar ziekenhuis ikv aangifte/opvolging schadedossiers zowel ikv patiëntendossiers als voor het ziekenhuis zelf. • Uitdaging 2026: ✓ Sensibilisatie: - VTO 'vernieuwde' patiëntenrechten/tips & tricks omgaan met klachten - proactieve meldingen met educatieve/informerende /ondersteunende rol door ombudspersoon ✓ Rol opnemen als intervisor binnen VVOVAZ WG Limburg ✓ WG Registratie door ombudspersonen VVOVAZ

Werkwijze ombudsdienst schematisch



Werkwijze klachtenbemiddeling

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

- Klacht: mondeling (TC) / schriftelijk (brief, email): schriftelijke ontvangstmelding
- Open opstelling = gesprekspartner met erkenning en begrip voor de klager
- Klachtenanalyse: WAT is er fout gelopen ipv WIE is hier in de fout gegaan
- Bevorderen van rechtstreekse communicatie op plek waar 'klacht' ontstond
 - contact / verbinding - eerstelijnscommunicatie
 - open houding – empathie
- Bemiddeling bij klachten tussen verschillende betrokken partijen
 - peilen naar verwachting → herstelcommunicatie → bereiken van oplossing
 - herstellen van vertrouwensrelatie (coaching, ondersteuning)
- Binnen redelijke termijn (max. 3mnd uitz: verzekeringsdossiers)
- Vergoeding? Verzekeringsdossier?
- Terugkoppeling over voortgang dossier



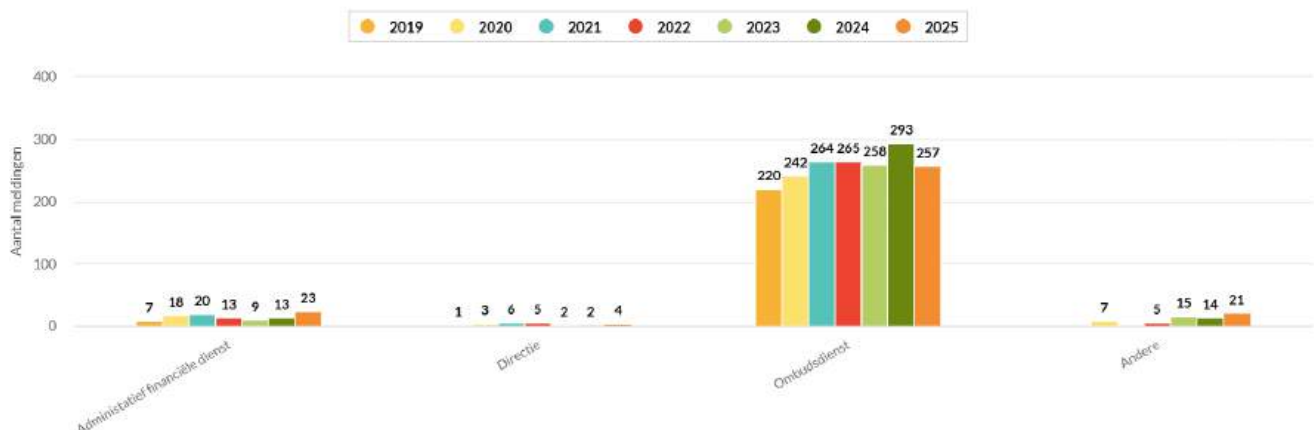
Werkwijze klachtenbemiddeling

- Formuleren van suggesties/aanbevelingen onmiddellijk aan betrokken zorgbeoefenaar ikv bewustwording en voorkomen van incidenten dmv onmiddellijke acties op microniveau
- Bespreken van (geanonimiseerde) klachten met dienst kwaliteit ikv incidentanalyse en kwaliteitsverbetering dmv acties ziekenhuisbreed
- Bespreken van (geanonimiseerde) klachten met directeur patiëntenzorg en medisch directeur ikv aansturing tot aanpassing in het ziekenhuisbeleid
- Registratie van klachten in Patiënt Safety Company
- Verwerking van alle gegevens in het jaarverslag



Waar (meldplaats) komt de klacht binnen in 2025:

Grafiek - Klachten gericht aan



Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

- Klachten blijven overwegend toekomen bij de ombudsdienst. Er is een duidelijke stijging wat betreft klachten die doorgegeven worden vanuit de administratief/financiële dienst. Verder worden steeds meer klachten gemeld via de infomail onthaal-inschrijvingen welk een laagdrempelige contact biedt met het ziekenhuis. De onthaalmedewerkers zorgen voor rechtstreekse communicatie met de ombudsdienst en/of bezorgen de contactgegevens.
- Er is een lichte daling naar aantal klachten (319 naar 298) én dit blijft beperkt in verhouding tot het totaal aantal patiëntencontacten in het ziekenhuis. Er is geen zicht op de klachten die op de diensten of bij de zorgverleners zelf worden geuit en opgevangen. Via de Vlaamse Patiëntenpeiling worden de patiëntervaringen in het ziekenhuis bevraagd. Daarnaast loopt een specifieke bevraging voor bv. Spoed.

- De organisatie staat zeker open voor klachten.
- De dienst communicatie volgt berichten via de sociale media op. Dit is bij uitstek het kanaal om ongenoegen ‘anoniem en ongefilterd’ te ventileren. Met de juiste ‘tone of voice’ wordt gereageerd op negatieve reviews waarbij uitgenodigd wordt tot contact met de ombudspersoon. Slechts sporadisch volgt contact. Onterechte beoordelingen veroorzaken stress en spanning, zelfs frustraties bij de zorgverleners en leiden al zeker niet tot verbetering van zorgkwaliteit.
- Als ombudspersoon kan ik me vrij, neutraal, autonoom bewegen binnen het ziekenhuis en beschik ik over middelen en infrastructuur om mijn job te kunnen uitvoeren.
- Met de meeste afdelingen, medewerkers en artsen is er een open communicatie en er wordt snel (binnen de week) gereageerd op een vraag van de ombudsdienst tot klachtenbemiddeling.
- Het aantal pro-actieve meldingen is verder gestegen naar 25.
Deze meldingen laten toe om een klacht voor te zijn en hierop inzetten is belangrijk. In 2025 heb ik daar ook getracht ‘voelbaar’ aanwezig te zijn, vertrouwen te winnen en een informerende, ondersteunende rol op te nemen aan de patiëntzijde zodat communicatie mogelijk werd met de betrokken zorgverlener(s). Daarnaast is het coachen van betrokken zorgverlener(s) belangrijk om gepast te communiceren bij ontevredenheid en/of moeilijke situaties. Als dit lukt, ervaren ze zelf dat ze ‘tools’ in handen hebben inzake kwaliteitszorg en patiënttevredenheid.
- Tot oktober was er wekelijks overleg met het diensthoofd kwaliteit rond aanbevelingen die best structureel door de organisatie aangepakt worden als een informeel luisterend oor. Momenteel kan ik hiervoor terecht bij de directeur patiëntenzorg.
- Er is betrokkenheid naar klachtenmanagement vanuit directie dmv maandelijks overleg met de medisch directeur en de directeur patiëntenzorg.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

- Zie huishoudelijk reglement – bovenstaande ppt Werkwijze Klachtenbemiddeling
- De ombudsdienst is het centrale aanspreekpunt voor klachtenmanagement ikv patiëntenrechten.
- Als ombudspersoon werk ik onafhankelijk en wil een actief luisterende, empathische gesprekspartner zijn met erkenning en begrip voor iedere partij.
- Een klacht wordt **steeds teruggekoppeld naar de plaats van oorsprong** zodat er een dialoog tot stand kan komen.
- De focus ligt op **neutrale bemiddeling** en **communicatie faciliteren** zodat beide partijen kunnen komen tot een **WIN – WINSituatie**.
- Een klacht biedt steeds kans op herstel van vertrouwen of kwaliteitsverbetering.
- Meldingen die meermaals voorkomen worden uitvoeriger besproken in overleg met betrokken partijen en met de cel kwaliteit. Vanuit incidentanalyse worden verbeteracties geformuleerd.
- Er is een structureel overleg met de cel kwaliteit, de medisch directeur en directeur patiëntenzorg om daar trends/pijnpunten te bespreken en eveneens aanbevelingen te geven.
- Het hoogste doel is vanuit klachtenmanagement komen tot verbeteracties inzake kwaliteitsvolle zorg en bevorderen van klant/patiëntgerichte zorg!

- De organisatiestructuur in het ziekenhuis is duidelijk.
De interne samenwerking is aangenaam en een klacht is bespreekbaar.
Pro-actieve meldingen gebeuren in de hoop dat dit kan opgenomen worden voordat verdere spanning ontstaat of omdat men als zorgverlener ook ‘verhaal’ wil brengen voor de klacht komt.
Er is vertrouwen naar mij als ombudspersoon waardoor info vlot verkregen wordt en/of gedeeld wordt in het bijzijn van de patiënt/familie en mezelf.
Mijn ervaring als sociaal verpleegkundige/leidinggevende in de zorg maakt dat ik de info/dossiervorming begrijp, kan lezen en interpreteren en ‘vertalen’ naar de patiënt/familie.
Daarnaast biedt mijn expertise ook een houvast voor zorgmedewerkers in de exploratie naar cliëntbehoeften en eerste opvang van klachten.
- Meer ZH medewerkers brengen in ‘vertrouwen’ een verhaal met de vraag dit te anonimiseren of geen verder gevolg hieraan te geven. Ze zijn op zoek naar een luisterend oor, erkenning of advies.
- Er leeft geen open meldcultuur in het ziekenhuis.
Vermoedelijk vanuit een combinatie van factoren: angst voor sancties (disciplinaire maatregelen, reputatieschade, juridische vervolging), gebrek aan vertrouwen, onvoldoende ondersteuning en educatie, druk en werkbelasting.
Hier wordt best op ingezet om zo een lerende organisatie te bereiken.
- Er is een beleidsplancycclus die verder doorloopt in het jaar 2026.
Sinds augustus 2025 is er opnieuw een directeur patiëntenzorg die een sleutelrol heeft in het aansturen van het verpleegkundig departement naar een kwaliteitsvolle en mensgerichte zorg.
Belangrijk is dat doelstellingen en verbeteracties mbt kwalitatieve/patiëntveilige zorg concreet worden uitgewerkt. Naar mijn gevoel kijken tot nu toe verschillende actoren naar elkaar ikv verantwoordelijkheid en concrete realisatie van bijsturing en verbeteracties.

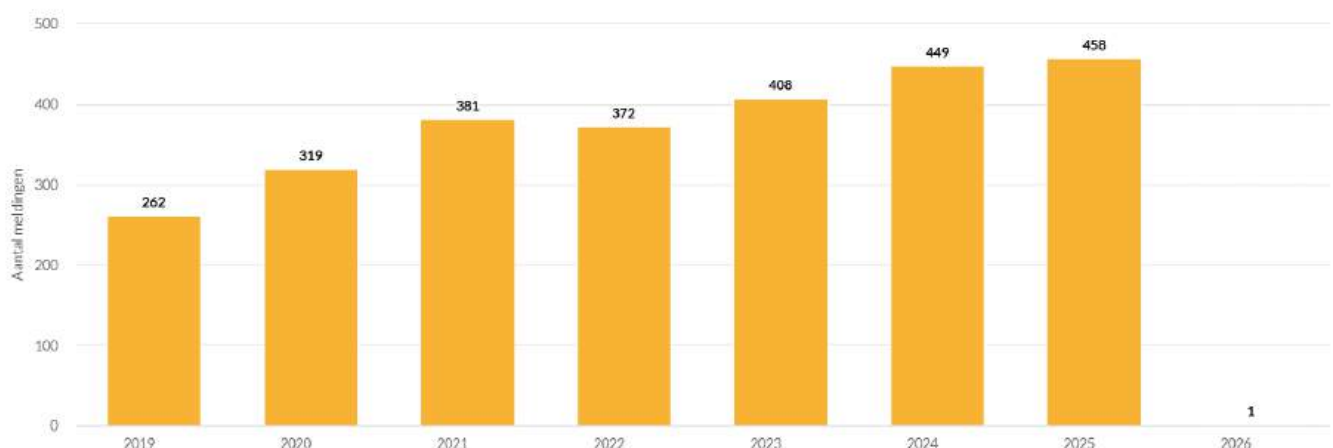
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

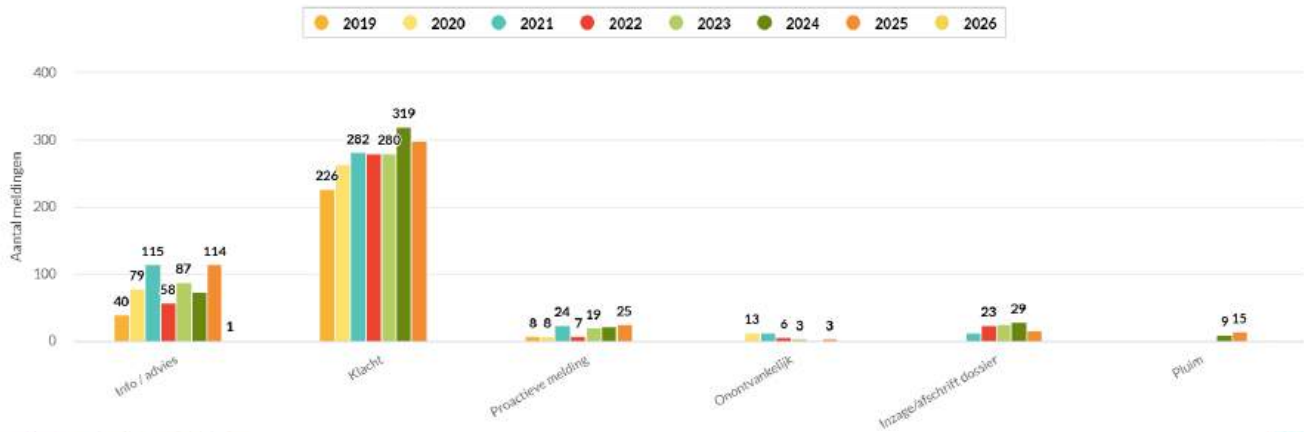
- ✓ 1 melding of dossier kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten en/of ook de vraag naar info/advies
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Het aantal ombudsdossiers stijgt verder van 449 naar 458.

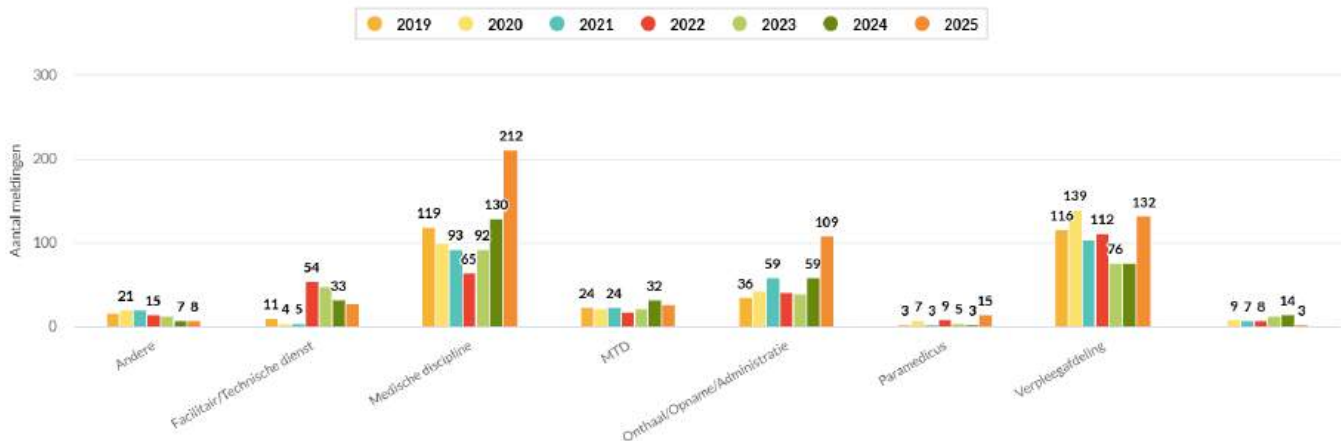
Grafiek - Aantal meldingen per jaar



Grafiek - Type melding



Grafiek - Lokalisatie klacht



2025

Aantal klachtendossiers

298 ↘

Aantal infodossiers

114 ↗

Aantal proactieve dossiers

25 ↗

Aantal opvraging patiëntendossier

19 ↘

Aantal 'andere'

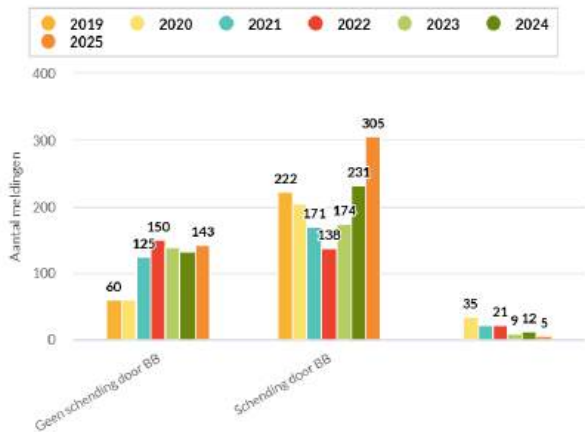
3 onontvankelijke dossiers
15 pluim

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

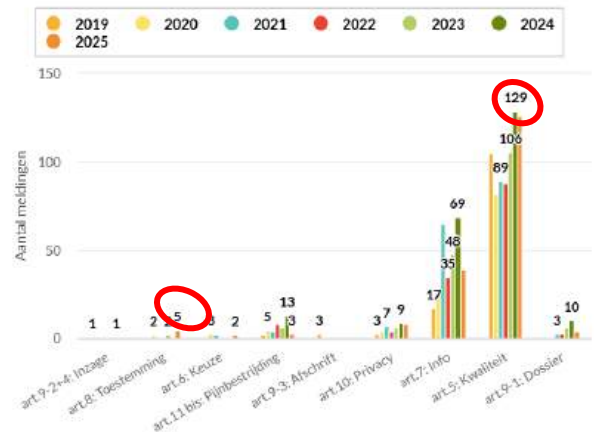
Opmerkingen:

- ✓ 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 ze niet de gehele werklust van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ad hoc oplossing, ...).
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Grafiek - Schending door BB



Grafiek - Type schending BB



Recht op een kwakeitstvolle dienstverlening (Art. 5)*	127
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)	10
Recht op inzage/ afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §2,§3)	4
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	7
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	3

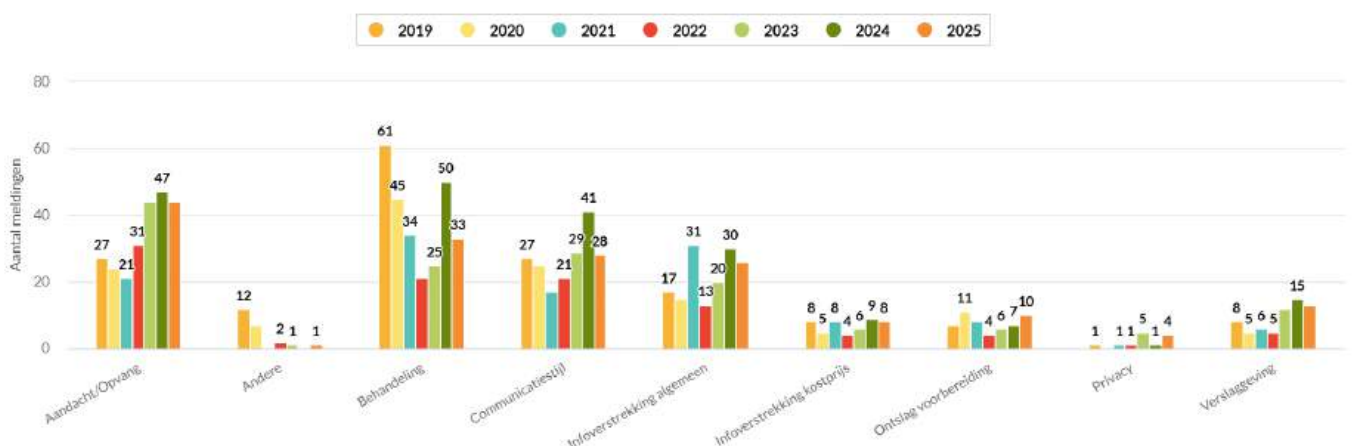
Rechten van de patiënt:

*Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening ikv 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:**

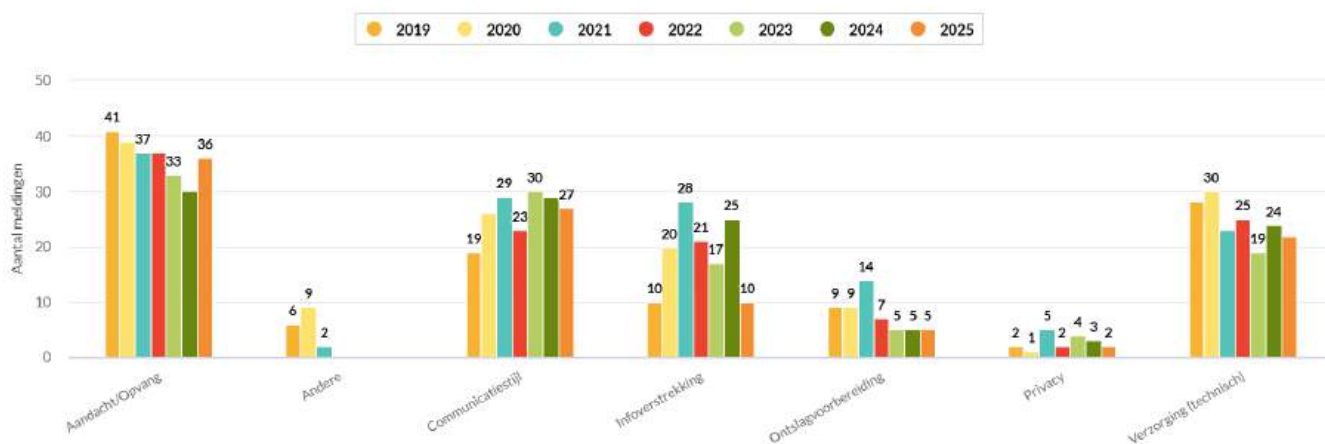
- Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.
 - Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de 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.
- In 2025 zien we in het algemeen een stijging van alle type van meldingen. Het klachtrecht en de weg naar de ombudsdienst is steeds meer bekend. Er was een continuïteit in aanwezigheid.
 - Het grootste aantal betreft het item **'kwaliteitsvolle dienstverlening'**. Het betreft zowel **klachten** aangaande de **medische en verpleegtechnische zorg** die door beroepsbeoefenaars verleend wordt als over het **gedrag en communicatiestijl**. In praktijk is zichtbaar dat zorg gegeven wordt door te weinig, minder ervaren en/of geschoold personeel. De werkdruk maar zeker de verwachtingen die gesteld worden zijn hoog waardoor het personeel zelf onder druk komt te staan. Dit uit zich in **onvoldoende/verkeerd begrepen informatie, aandacht en opvang** van de patiënt/familie. Agressie en woede zijn inherent verbonden aan een stressvolle werkomgeving. Zonder de juiste aanpak kunnen deze emoties escaleren en leiden tot conflicten en een negatieve werksfeer. Het aanwerven van voldoende gekwalificeerd personeel is moeilijk en de **gezondheidszorg staat onder druk**.
 - Er wordt **'informatie'** mbt de gezondheidstoestand gegeven doch familie ervaart vooral geen betrokkenheid. Uit de praktijk blijkt dat er te weinig tijd genomen wordt voor overleg en duiding van de medische en verpleegzorg met de mantelzorgers/vertrouwenspersonen. De organisatie van contact- en communicatiemomenten zijn uitermate belangrijk ikv erkenning van de patiënt en mantelzorger en vergroten van hun betrokkenheid en inspraak en daarnaast de ontwikkeling van een vertrouwensrelatie met de zorgverlener.
 - Het item **'privacy'** kwam opnieuw aan bod. Het feit dat 'vertrouwelijke' persoonlijke gegevens zichtbaar zijn voor en gedeeld worden in het patiëntendossier met zorgpartners intern en extern ligt gevoelig. Patiënten ervaren dat dit een impact kan hebben op hun persoonlijke integriteit en neutrale blik van de zorgverlener.
 - Het recht op **'geïnformeerde toestemming'** kwam voor het eerst aan bod. Ook hier casuïstiek waarin wel info gegeven wordt doch er onvoldoende betrokkenheid is mbt de behandelaanpak en later onbegrip mbt behandelresultaat.

Grafiek - Medische aspecten

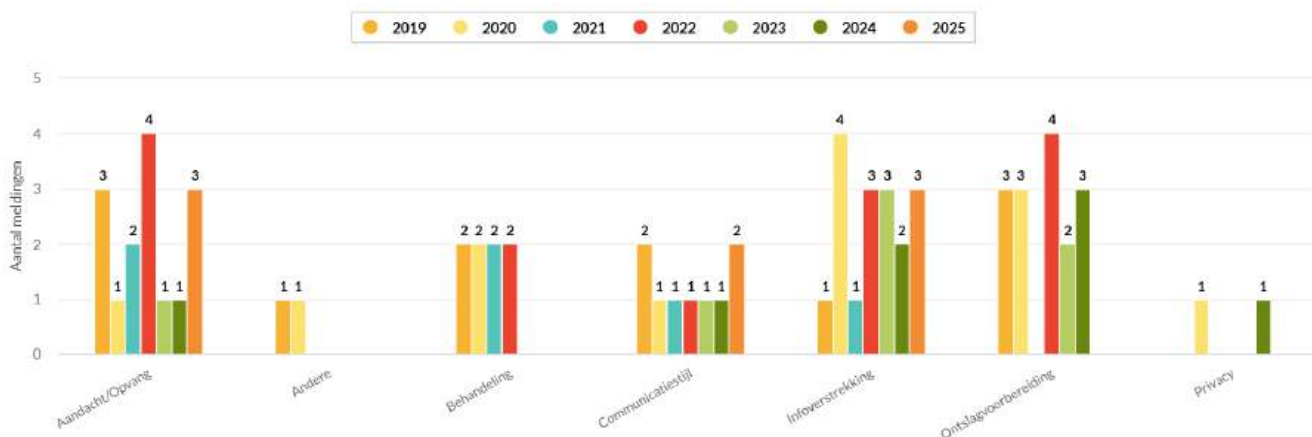


- Klachten mbt **medische aspecten** betreffen alle aspecten en zijn gelinkt aan de toename van het aantal consultaties, medische handelingen en dus persoonlijke patiëntcontacten. De vraag naar toegankelijke, goed georganiseerde en betaalbare medische zorg neemt toe. Het lukt medici maar ook zorgverstrekkers alsmaar minder om tegemoet te komen aan soms irreële verwachtingen mbt behoud en herstel gezondheid.
- Van de klachten die geregistreerd werden, handelden het grootste percentage over de **aandacht/opvang** die ze kregen van de arts als de **behandeling** en **communicatiestijl**. Patiënten/familie beschouwen zich als **partner binnen het genezingsproces** met de nodige mondigheid en wensen betrokken te worden in besluitvorming met inspraak. Ze zijn vragende naar een bepaalde behandeling en verslaggeving. In een tijd van 'overbevraagdheid' van de medische zorg en de onmogelijkheid om op alle zorgverwachtingen in te kunnen gaan, dient men verder in te zetten op voldoende **informatie en interpersoonlijke communicatie**.

Grafiek - Verpleegkundige aspecten



Grafiek - Paramedische en sociale aspecten



- Er is een toename van klachten mbt **verpleegkundige en paramedische/sociale aspecten**.
- Het aspect **informatieverstreking** op de verpleegafdeling scoorde beter maar betreft eerder het gebrek aan spontane info/betrokken worden mbt het zorgproces om observaties te begrijpen.

Een punt blijft dat mantelzorgers aangeven dat de (verpleegkundige) zorg niet door iedere zorgmedewerker op eenzelfde niveau wordt uitgeoefend (vb. infuustherapie, infectiepreventie, wondzorg, observatie, pijninschatting, aandacht en communicatie,...).

Het is belangrijk dat de **leidinggevende** een **sterke aansturing** geeft in het team met **focus op specifieke items van kwaliteitsvolle zorg**. Hierbij is **peoplemanagement** met voortdurende **begeleiding en ondersteuning** van de diverse zorgmedewerkers nodig om iedereen gemotiveerd te houden. Er is nood aan **doorgedreven vorming en training op maat** om zorgverstrekkers sterk en weerbaar te maken.

- Het item **aandacht/opvang en communicatiestijl** wordt als minst goed ervaren. Familie/mantelzorgers wensen betrokken te zijn in het zorgverhaal vanuit hun positie als vertrouwenspersoon / ervaringsdeskundige in de zorg rondom de patiënt. Klachten ontstaan als er geen ruimte wordt gegeven aan deze betrokkenheid. Best is dat er communicatiemomenten worden ingepland in het zorgtraject zodat duidelijk is welke communicatie door wie wanneer gebeurt om zo het zorgproces optimaal te begeleiden.

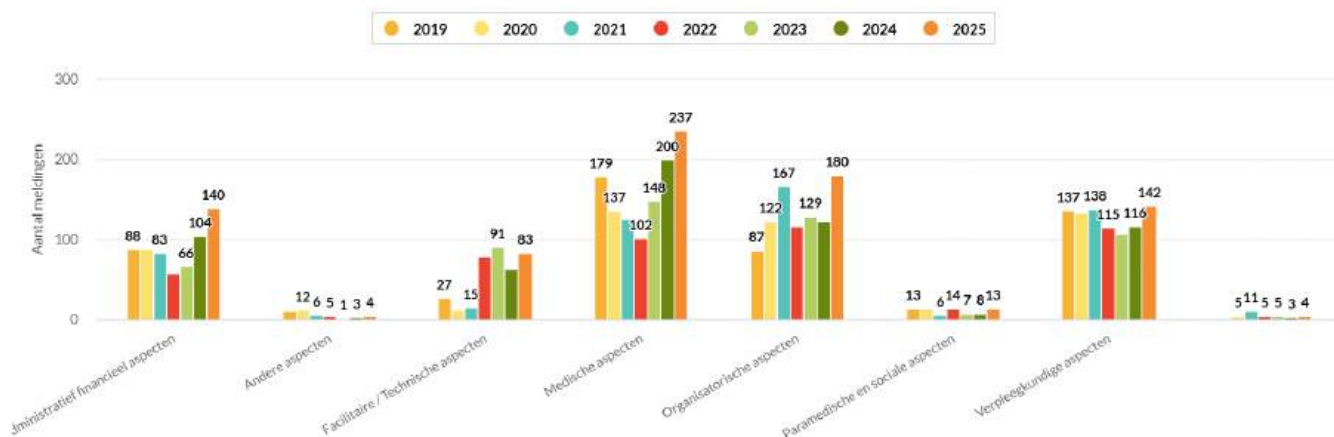
Tijd maken voor communicatie wordt soms uit de weg gegaan. Men verschuilt zich achter GDPR, geen 'medische info' mogen verstrekken, tijdsgebrek,... Bij bemerkingen of problemen is er soms de neiging om verantwoordelijkheid door te schuiven en/of defensief te reageren. Hier start de communicatiecirkel actie-reactie waarbij de communicatie volledig spaak loopt.

Verbale agressie (eisend en dreigend taalgebruik) door de mantelzorger komt veelvuldig voor en vaak wordt hierop niet goed gereageerd door de zorgverleners. Soms ontbreekt gewoon de tijd of missen zorgverleners de nodige **communicatieskills**.

Het is belangrijk dat medewerkers rustig blijven, eventueel het gesprek beëindigen of dit laten overnemen door collega/diensthooft.

Klachtenaspecten voor 2025 per doelgroep/jaar

Grafiek - Inhoudelijke indeling klachten



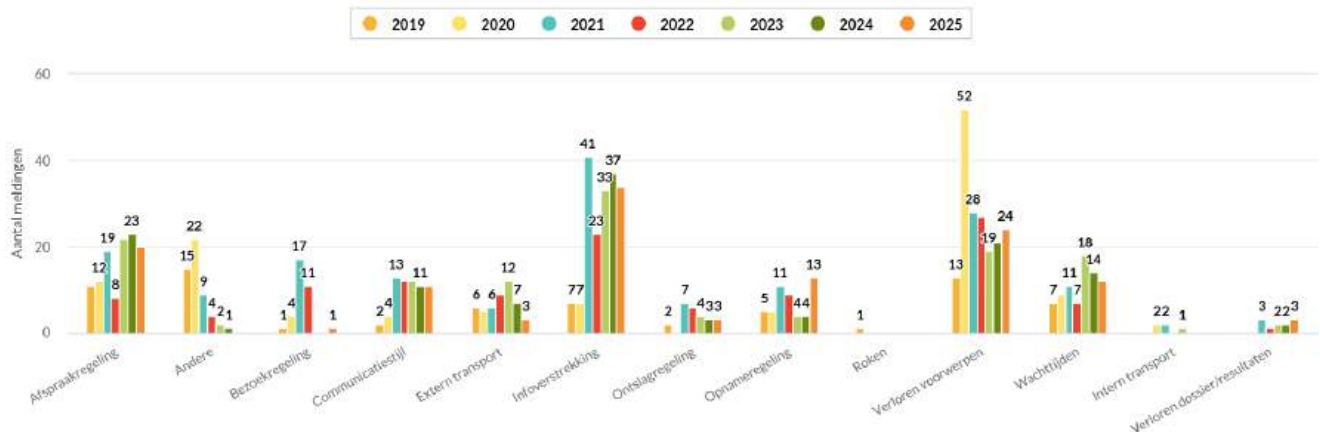
Aantal **klachtendossiers** niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt (omvat meerdere klachtenaspecten)

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

Uitdieping aantal klachtenaspecten naast de Wet patiëntenrechten:

180 organisatorische aspecten

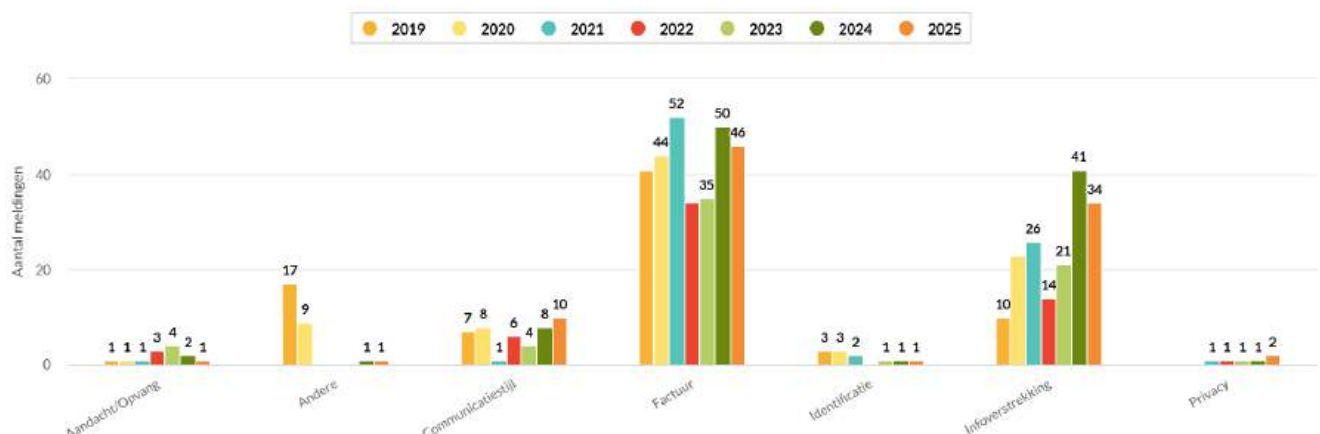
Grafiek - Organisatorische aspecten



- Het aantal klachten mbt **organisatorische aspecten** was groter. De vernieuwde 'wayfinding' maakt hier zeker deel van uit. Er dient volop verder ingezet te worden op **infoverstreking** mbt alle items in de organisatie via allerhande communicatiekanalen. Uiteraard wordt persoonlijke info en duiding als meest positief ervaren, klachten hierover hebben vooral betrekking op telefonisch contact met het callcenter vb. contact met secretariaat, afspraakplanning,.... Er zijn minder klachten mbt wachttijden (voornamelijk Spoed) geregistreerd doch wel over de onduidelijkheid ikv een opnameregeling.
- Er is een lichte stijging wat betreft het aantal **verloren voorwerpen** dan in 2024. Belangrijk is dat het verlies van persoonlijke voorwerpen snel pro-actief gemeld wordt zodat de zoektocht asap kan starten. Er zijn ook heel wat 'gevonden voorwerpen' in het ziekenhuis, een overzicht op de website hiervan biedt mogelijks hulp om alles bij de juiste eigenaar te brengen. Er blijft sprake van **beschadigde of verloren items (bril, gebit-, gehoorprothese,...)**, er wordt doorverwezen naar de ombudspersoon ieder dossier te bekijken ikv schadeloosstelling. Er is nood aan meer duidelijkheid voor de zorgmedewerkers welke communicatie er hierover mag gebeuren ikv aangiftes bij de verzekeraar en de aansprakelijkheid door het ziekenhuis.

140 administratief financiële aspecten

Grafiek - Administratief-financiële aspecten



Er is een stijging wat betreft klachten mbt **administratief – financiële aspecten**.

Belangrijk blijft heldere info verstrekken zodat het duidelijk is wat de patiënt mag verwachten (vb. kamersupplement, ereloon-supplementen, niet terugbetaalde materialen....).

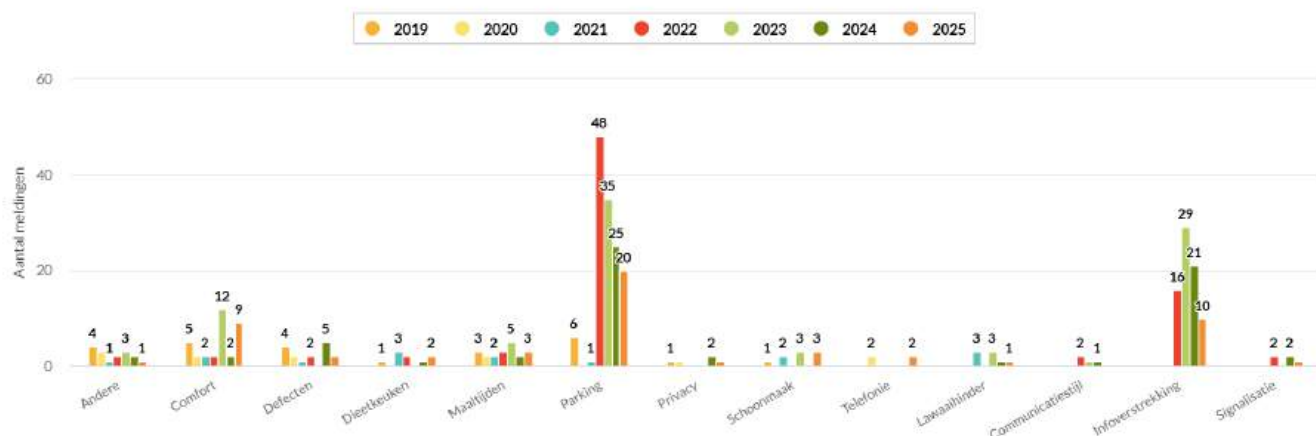
Anderzijds is het goed voelbaar dat het voor patiënten met chronische gezondheidsklachten en/of psychosociale problematiek financieel niet eenvoudig is. Een klacht leidt niet automatisch tot correctie factuur.

Belangrijk is de melding te kunnen opvangen bij (agressieve) communicatie, er met begrip op te reageren en samen te bekijken hoe het financieel geregeld kan worden.

Als ombudspersoon deed ik eveneens bemiddeling in een aantal dossiers van het LGK.

83 facilitair / technische aspecten

Grafiek - Facilitaire/technische aspecten



Er is een stijging wat betreft aantal klachten mbt **facilitaire/technische aspecten**.

Er kwamen meer diverse aspecten aan bod mbt comfort kamer, hygiëne, maaltijden...

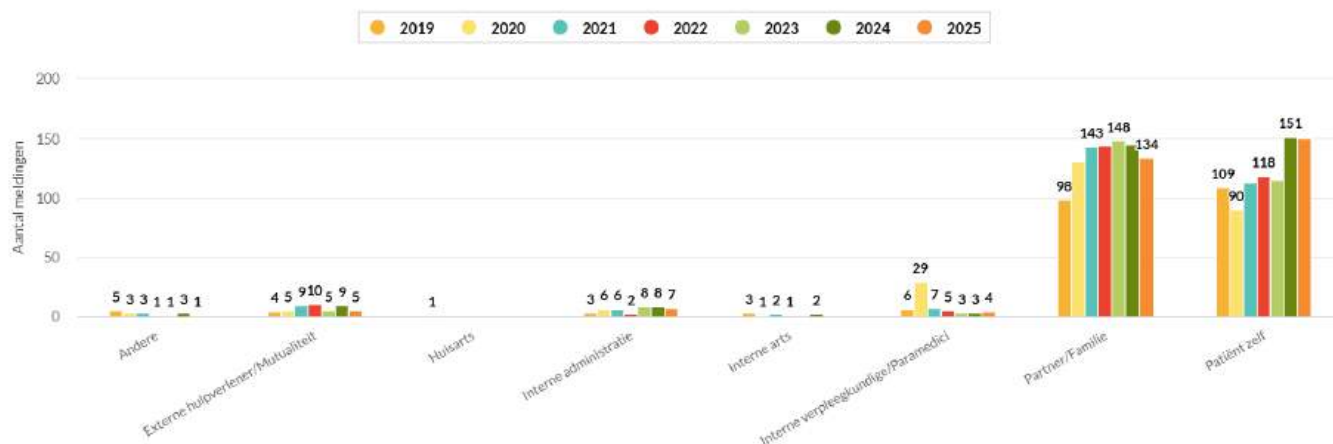
Deze werden gesignaleerd aan de betrokken diensten en hierop werd vaak nog ingespeeld tijdens het ziekenhuisverblijf. Het aantal klachten mbt kiss&ride en parking is verder in dalende lijn.

4 andere aspecten

Hoe komen wij in klachtendossiers tot verzoeningsresultaten in het Sint-Trudo?

Wie doet de klachtmelding in 2025 bij de ombudsdienst:

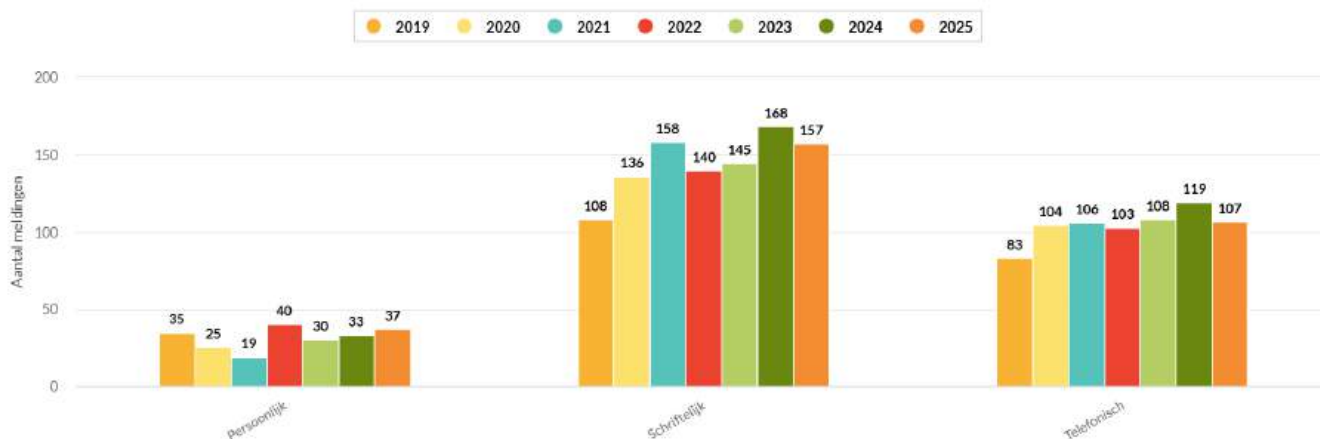
Grafiek - Oorsprong van klachten



De grafiek toont dat er vrijwel evenveel meldingen door partner/familie als de patiënt zelf gebeuren. Deze laatste meldt steeds meer zelf wat duidt op toegenomen mondigheid en durf om te melden.

Hoe komt de klacht binnen bij de ombudsdienst in 2025:

Grafiek - Vorm indienen klacht



Schriftelijk:

- E-mail → **AI gegenereerde teksten** → **onnodig complex of juridisch feitelijk onjuist – agressief !!!**
Bewustzijn hierover is belangrijk - in dialoog gaan ikv vraagverheldering en verwachting!
- Brief (uitzonderlijk soms in combinatie met brief aan directie)

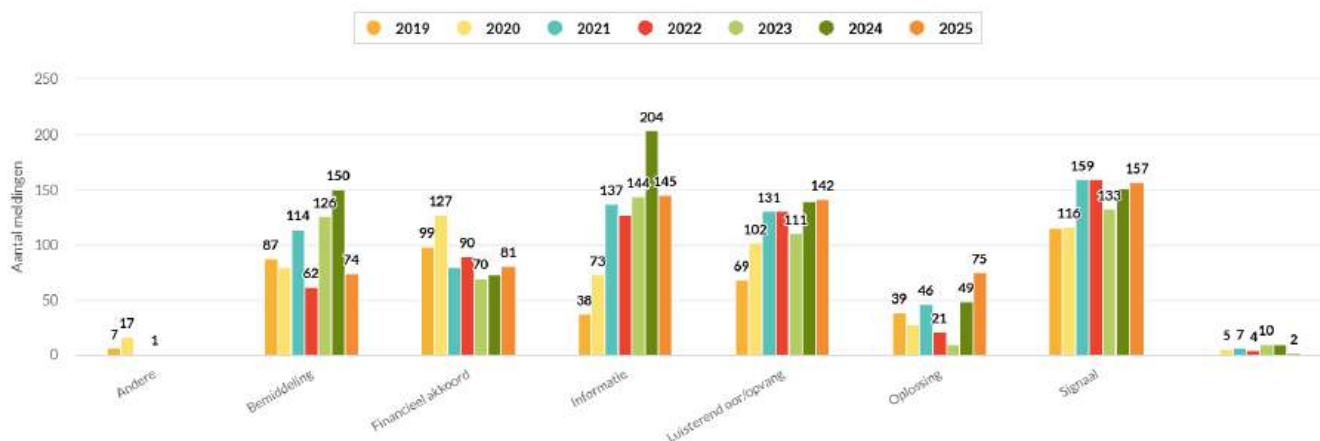
Telefonisch + voicemail mogelijkheid

Persoonlijk: zonder of met afspraak

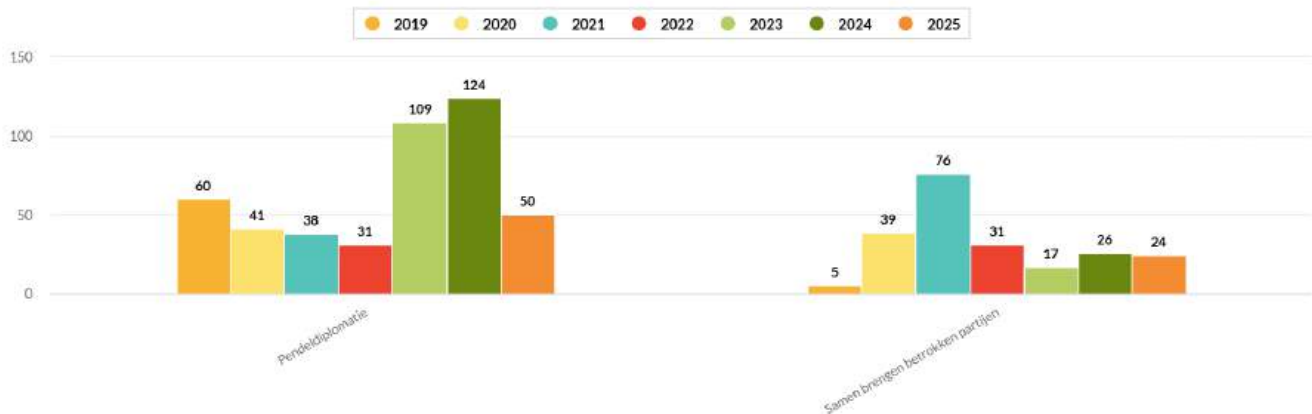
Het indienen van een klacht gebeurt overwegend via mail en/of telefonisch. Het aantal persoonlijke (spontane) aanmeldingen op de ombudsdienst stijgt licht. Dit wordt vaak geïnitieerd vanuit het onthaal en de afdelingen. Het betreft bijna steeds communicatie in stressvolle omstandigheid om agressie verstandig te de-escaleren of heftige emoties om te zetten ikv verder constructief contact met zorgverstrekkers.

Met welke verwachting komt de melder naar de ombuds in 2025:

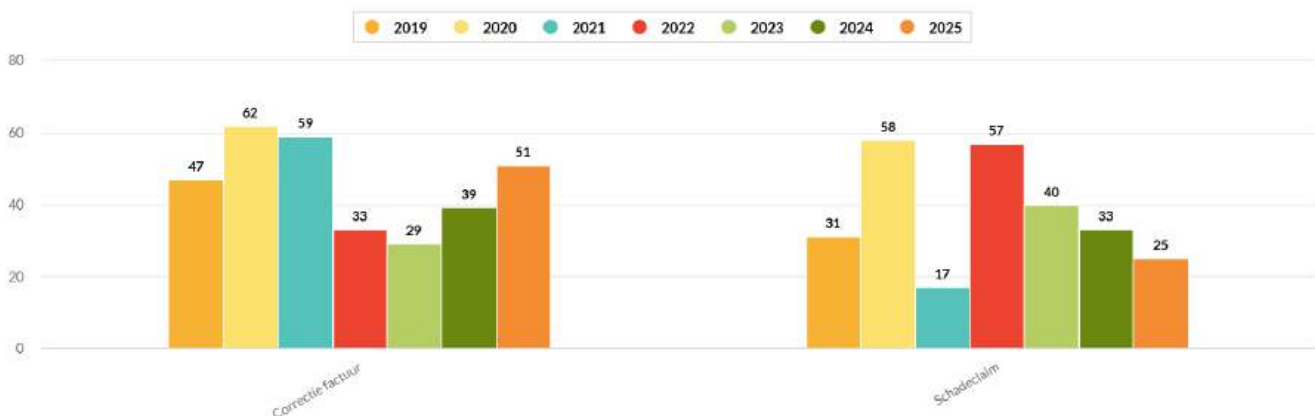
Grafiek - Verwachtingen melder



Grafiek Verwachtingen bemiddeling



Grafiek Verwachtingen - financieel akkoord



Het grootste aantal meldingen gebeurt met als doel een signaal te brengen naar de zorgmedewerkers, de directie en de overheid. Men rekent hierbij ook steeds op een luisterend oor/opvang en erkenning mbt de melding. Er is nood aan het begrijpen van het waarom van de negatieve ervaring.

Via pendeldiplomatie of een persoonlijk contact krijgt de zorgverlener de kans duiding en context te geven. Verdere gesprekken met de ombuds zorgen voor herstel in de zorgrelatie en vernieuwd vertrouwen. Heel wat informatievragen komen terecht bij de ombuds. Men hoopt op een eenduidig antwoord als daarnaast een oplossing mbt praktische problemen.

Uit deze grafiek blijkt dat heel wat 'meldingen' facturatie-items betreft zoals eerder aangehaald.

Ik geef duiding mbt de factuur en biedt een houvast voor mensen met sociaal-financiële problematiek, een correctie factuur volgt enkel als dit 'billijk' lijkt ikv omstandigheid.

De daling in het aantal financiële akkoorden hangt samen met minder geregistreerde terugbetalingen van het parkeergeld als schadeclaims bij de verzekeraar.

Aard van de oplossing na klachtmelding bij de ombudsdienst in 2025:

Als ombudspersoon wil ik een respectvolle en discrete klachtenbehandeling bieden, ongeacht de aanleiding of aard van een klacht of melder. Hierbij wil ik ieder die zich meldt, een luisterend oor bieden, en wie als dienst of individu het voorwerp vormt van een klacht, aanmoedigen zich open te stellen voor de beleving van de patiënt en de bereidheid op te brengen hierover in dialoog te treden of op een andere gepaste wijze gevolg te geven.

De uitkomst van een gesprek is daarbij ondergeschikt aan het feit dat dit kan plaatsvinden. Belangrijk is dat een draagvlak wordt gecreëerd waarin wederzijds ervaringen, perspectieven en argumenten 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.

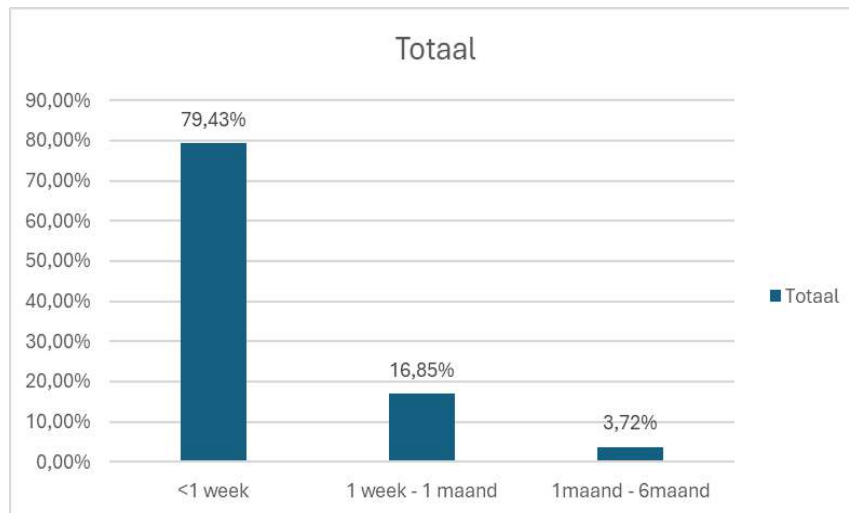
DOORLOOPTIJD afhandeling klachtendossiers in 2025:

Alle meldingen werden behandeld binnen een termijn van 6 maanden waarbij het grootste aantal binnen de week na aanmelding (van 77,35 naar 79,43).

De ombudsdienst is ½ time ter beschikking en de workload is pittig.

Bij momenten is het aantal meldingen zelfs 'moeilijk' behapbaar binnen de voorziene jobtime.

Dit dient verder opgevolgd ism directie.



Er is een vlotte en aangename samenwerking met Vanbreda als verzekeringsmakelaar van het STZH.

Aanbevelingen (lokaal/overheid)

De aanbevelingen voor 2026 liggen volledig in lijn met 2025 en worden ondersteund door VVOVAZ.

✓ Empathische en respectvolle communicatie als basis voor kwaliteitsvolle zorg

Kwaliteit van zorg bevat heel wat fundamentele kenmerken die vanuit ieders perspectief beoordeeld worden. Het zorgaanbod dient veilig, effectief en efficiënt te zijn. Er is de absolute verwachting dat de zorg en behandeling volgens de meest **actuele wetenschappelijke standaarden** wordt geleverd. Belangrijk is dat er steeds **heldere informatie op maat** wordt gegeven mbt alle aspecten van het zorgproces opdat patiënten en familie dit kunnen inschatten en zich betrokken voelen.

Een **open, eerlijke en respectvolle dialoog** vormt de basis van vertrouwen in de zorg.

Transparante communicatie – zeker als een zorgproces anders verloopt dan verwacht – is essentieel om patiënten en familie gerust te stellen en begrip te creëren. Het **open-disclosure** proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient ruimere bekendheid en consequente toepassing in de zorgpraktijk.

Zorg dient verder heel **patiëntgericht** te zijn. Er is de verwachting van een persoonlijke benadering, zorg die aansluit met wat iemand nodig heeft. Men wil zich gehoord, gezien en begrepen voelen.

Als zorgverleners actief luisteren, oprecht aandacht geven, zich inleven en communiceren met respect biedt dit een veilig en vertrouwd gevoel wat bijdraagt aan de algemene tevredenheid.

Een positieve patiëntervaring wordt gevormd door **vriendelijkheid, gastvrijheid en empathie**.

Het is nodig dat alle zorgverleners beseffen welke waarde **interpersoonlijke communicatie** heeft.

Kleine elementen als een vriendelijk woord, glimlach of knipoog, even checken hoe het gaat,... maken een wereld van verschil in de verdere zorgbeleving.

Empathische communicatie dient structureel verankerd te worden in het opleidings- en vormingsaanbod. Als menselijkheid deel uit maakt van de zorgcultuur bevordert dit de algemene kwaliteit van zorgverlening en vermindert het aantal klachten.

✓ **Patiënt/familie actief betrekken in het zorgproces draagt bij aan een kwaliteitsvolle zorg**

Het is aangewezen dat een patiënt **maximaal** kan blijven **participeren** in het zorgtraject, diens **zorgwensen** te kennen als wie de rol van gesprekspartner mag opnemen bij eventueel onvermogen. De vernieuwde wet patiëntenrechten versterkt de rol van de naaste van de patiënt. Zorgverleners krijgen echter te maken met meer complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Het **actief bevragen** wie de **steunfiguren** (vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, bewindvoerder en zorgvolmacht houder,...) zijn en deze opnemen in het dossier draagt bij aan duidelijkheid. Idealiter is er een **centrale digitale databank** waar alle **mandaten veilig** en eenvoudig worden **vastgelegd en geraadpleegd**.

Aandacht hebben voor de patiënt en familie en in dialoog gaan draagt bij aan kwalitatieve zorg.

Helder **communiceren over wederzijdse verwachtingen** is een meerwaarde in het zorgproces én betekent tijdswinst. Het vermijdt dat er relevante zorginformatie ontbreekt en vergroot de betrokkenheid. Het noteren van aandachtspunten in het dossier zorgt voor een betere overdracht van cruciale informatie tussen de zorgverleners.

Best worden persoonlijke contacten en communicatiemomenten **vastgelegd in het zorgtraject**. Werk samen met familie, biedt inspraak in hoe zorg best verleend wordt. Actief luisteren, tijd nemen voor vragen vermindert de kans op ontevredenheid of escalatie aanzienlijk.

Contact met de patiëntenverenigingen om zicht te krijgen op zorgnoden als gestelde verwachtingen is waardevol bij het uitwerken van zorgtrajecten.

✓ **Afstemming verwachting over en realiteit digitaal patiëntendossier, privacy & GDPR**

Patiënten hebben nu via verschillende digitale platvormen rechtstreeks toegang tot hun dossier. Het ontsluiten van deze info biedt voordelen naar **transparantie en openheid** en vergroot de participatiemogelijkheid. Dit brengt ook hogere verwachtingen met zich mee mbt het dossier en gegevens die gedeeld worden. Verslaggeving dient **zorgvuldig en kwaliteitsvol** te zijn om het vertrouwen niet te beschadigen en de **persoonlijke levenssfeer te beschermen**.

Er dient gedurende de opleiding als in de werksetting voldoende aandacht en opvolging te zijn voor volgende richtlijnen:

Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke mening.

Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.

Actualiseer elk verslag zorgvuldig met relevante info zonder kopiëren van historische gegevens.

✓ **Verhoogde aandacht voor psychosociaal welzijn van medewerkers en nultolerantie voor agressie**

Zorgverleners zijn de motor van de gezondheidszorg.

Het is nodig dat de overheid een duidelijk signaal geeft dat **respectvol omgaan** met zorgverleners de norm is en meer **investeert in de zorgorganisatie** (opleiding en begeleiding, werkbelasting, lonen,...) om het psycho-sociaal welzijn van de zorgverleners te verhogen.

Het is essentieel te investeren in **VTO en begeleiding van nieuwe medewerkers** op de werkvloer om hen te ondersteunen in de complexiteit van de zorgtaken. Hierdoor staan ze gesterkt in hun job, ervaren ze werkvreugde en kunnen ze een oprechte keuze maken om te blijven werken in de zorg.

Allereerst dient VTO zich uiteraard te richten op **praktijkvaardigheid** in medisch en verpleegkundige zorgitems zoals hygiëne, wondzorg, infectiepreventie, verpleegtechnieken,...

Daarnaast moeten **thema's** als wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging, omgaan met familieconflicten en beroepsgeheim ook aan bod te komen.

Dit alles draagt bij aan een ruimer denkkader, meer zelfvertrouwen, betere samenwerking tussen teams die elkaar dragen.

Zoals eerder aangehaald dient er een bijzondere aandacht uit te gaan naar modules mbt **communicatieve vaardigheden** zoals:

actief luisteren, communicatie bij een bijzondere nood (oa cognitieve beperkingen, taalbarrière, psychiatrische problematiek), geweldloze communicatie en de-escalatie.

Door medewerkers te ondersteunen in deze competenties versterkt men de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie wat leidt tot een kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg.

Zorg wordt **kritisch geëvalueerd** door patiënt en familie als consument in de gezondheidszorg.

Het zorgzaam kunnen werken wordt regelmatig doorkruist door het gedrag van patiënten.

Hierdoor dient men te wijzen op organisatorische regels, veelvragend gedrag te begrenzen als correct te reageren op het horen van onheuse opmerkingen met bevelende en zelfs dreigende ondertoon.

Zorgverleners hebben onvoldoende veerkracht om steeds gepast te reageren. Dit leidt tot destructieve communicatie, put de zorg uit en neemt de aandacht weg van goede zorgverlening.

Er is een duidelijke toename van **verbaal en fysiek grensoverschrijdend gedrag** tav zorgverleners en medewerkers zeker als ze werkzaam zijn in 'front-office' posities (spoedbalie, triage, onthaal, administratief- financieel). Dit beïnvloedt het werkplezier en persoonlijke inzet maar heeft zeker als het veiligheidsgevoel in gedrang komt een weerslag op psychisch functioneren.

In de maatschappij dient er een **nultolerantie voor agressie** te zijn.

Het is belangrijk dat er door de overheid mbt dit beleid wordt gecommuniceerd (vb. affiches, digitale kanalen) zodat verwachtingen duidelijk zijn en grensoverschrijdend gedrag ondubbelzinnig wordt afgekeurd.

In het ziekenhuis dient een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast **agressiebeleid** te worden uitgewerkt. Dit beleid omvat bij voorkeur: heldere richtlijnen, uniforme registraties, praktische handvaten en duidelijke rolverdeling bij escalatie, onmiddellijke opvolging van incidenten en psycho-sociale ondersteuning van betrokken medewerkers op korte en lange termijn.

Een **veilig werkklimaat** draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg en behoud van medewerkers.

Bijkomende info/opmerkingen:

(vb. Hoe wordt er op aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

- ✓ In 2026 werkt men verder aan kwaliteit en patiënttevredenheid obv het STERK Q-systeem. In 2025 was er een overleg met de verschillende clustermanagers en hoofdverpleegkundigen mbt klachtmeldingen en suggesties voor verbeteracties in het jaaractieplan. Het is een fijne erkenning voor het dagelijks werk als ombuds en ik waardeer dat men inzicht wil krijgen in de aard en reden van meldingen, gebruikersnoden en verbeteropportunities .

Er kan een M&M meeting gevraagd worden ikv uitgebreide evaluatie van het incident met oog op verbeteracties die geïmplementeerd worden op afdelings-en/of instellingsniveau.
- ✓ De cijfers van de ombudsdienst vormen slechts een klein onderdeel in de evaluatie hoe de zorg door de patiënt/familie ervaren wordt. Het lijkt beter te spreken over patiëntervaringen als over 'klachten' want dit komt harder over dan bedoeld is. In de ervaring van zorgvragers, zorgverstrekkers als andere zorgmedewerkers zit wel veel potentieel. Hiernaar luisteren is alvast een goed begin, maar een grote stap blijft: **luisteren omzetten in veranderingen!**

Enkel SAMEN kan men verandering realiseren en werken aan kwaliteitverbetering!

Als ombudspersoon wil ik mijn rol opnemen door aandacht te hebben voor alle zorgpartijen, te faciliteren, helpen met het zoeken naar herstel van vertrouwen of met het respectvol afscheid nemen van mekaar in een zorgrelatie.

Ombudsdienst Sint-Trudo Ziekenhuis Sint-Truiden

Ann Ector

Ombudspersoon Sint-Trudo Ziekenhuis

T:+32 11 69 90 28

ann.ector@stzh.be

<http://www.stzh.be>

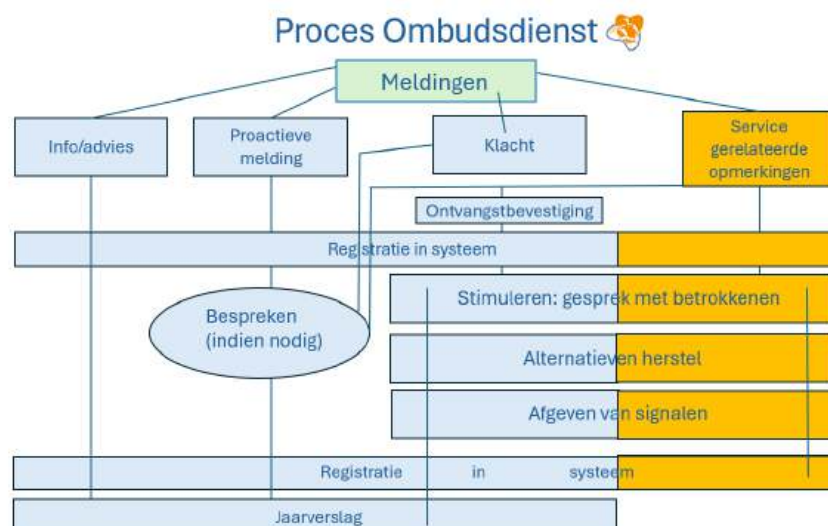
Jaarverslag van ombudsdienst
(AZ Vesalius Tongeren)
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	
Adres	Hazelereik 51 3700 Tongeren www.azvesalius.be
Gewest	Vlaanderen - Limburg
Erkenningsnummer	716
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	326
Aantal campussen	2
Naam ombudsperso(n)(e n)	Hubertine Meers
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Vanaf 16/08/2022

Bestaffing	½ FTE
Lokalisatie dienst	Het bureel van de ombudsdienst vindt u in de inkomhal, gelijkvloers, aan de rechterzijde naast de inschrijvingsloketten, van het a.z. Vesalius Tongeren.
Registratiesysteem	Op maat gemaakt Excelbestand
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Datum: 01/08/2025 Dit huishoudelijk reglement ligt ter inzage voor de patiënten van het a.z. Vesalius en zo ook voor de zorgverstrekkers, medewerkers van het ziekenhuis en iedere belangstellende: - Aan de onthaalbalie van elke campus; - Bij de ombudsdienst; - Op de website van het ziekenhuis: www.azvesalius.be
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Hubertine Meers: Bachelor in de verpleegkunde, sociaal verpleegkunde, Opleiding vertrouwenspersoon (Vlaamse overheid) Lector communicatie lessen PXL Hasselt Interculturele communicatie Hasselt Basis bemiddeling MEDIV
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	2025: regionale werkgroep Limburg VVOVAZ 4/jaar; Intervisie: regionale ombudspersonen Limburg Online Regionale werkgroep Limburg VVOVAZ Webinar: Van Morele Stress naar Morele Veerkracht, december 2025 Rechten van de patiënt, FOD VVVL, januari 2025 Verkozen als ondervoorzitter van 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>	Tweeledig: - De klachten, meldingen die betrekking hebben op de patiëntenrechten voor alle aan het ziekenhuis verbonden patiënten. - Service gerichte klachten en meldingen van patiënten, worden intern besproken met het oog op kwaliteitsverbetering.

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



Voor al deze meldingen wordt er ziekenhuisbreed, op elk niveau, gewerkt. Enkel de betrokken personeelsleden worden één op één aangesproken. De focus ligt op het bemiddelen.

Ook informatieve vragen worden behandeld en indien nodig worden deze doorverwezen naar andere diensten intern of extern.

Aanvragen en informeren voor een inzage en afschrift van patiëntendossier worden begeleid door de ombudspersoon. Maar de verwerking van het medisch dossier gebeurt door het medisch archief.

Bemerkingen over GDPR worden doorgestuurd naar de DPO.

Bij meldingen van agressie worden deze aangegeven.

De vertrouwenspersoon van AZV, wordt erbij gehaald voor het personeel verder op te volgen.

Intern worden er opleidingen gegeven aan alle nieuwe personeelsleden en indien er vraag naar is.

Er worden geen anonieme dossiers behandeld.

Indien we interne proactieve meldingen ontvangen worden de medewerkers op een educatieve, informerende wijze begeleid.

Vertrouwelijke dossiers zijn voor ons niet anoniem, maar kunnen wel anoniem blijven in de organisatie. De betrokkene kan al dan niet de wens uitspreken om dit te communiceren.

Verdere informatie en uitdieping is terug te vinden in het huishoudelijk reglement en in de werking van de ombudsdienst.

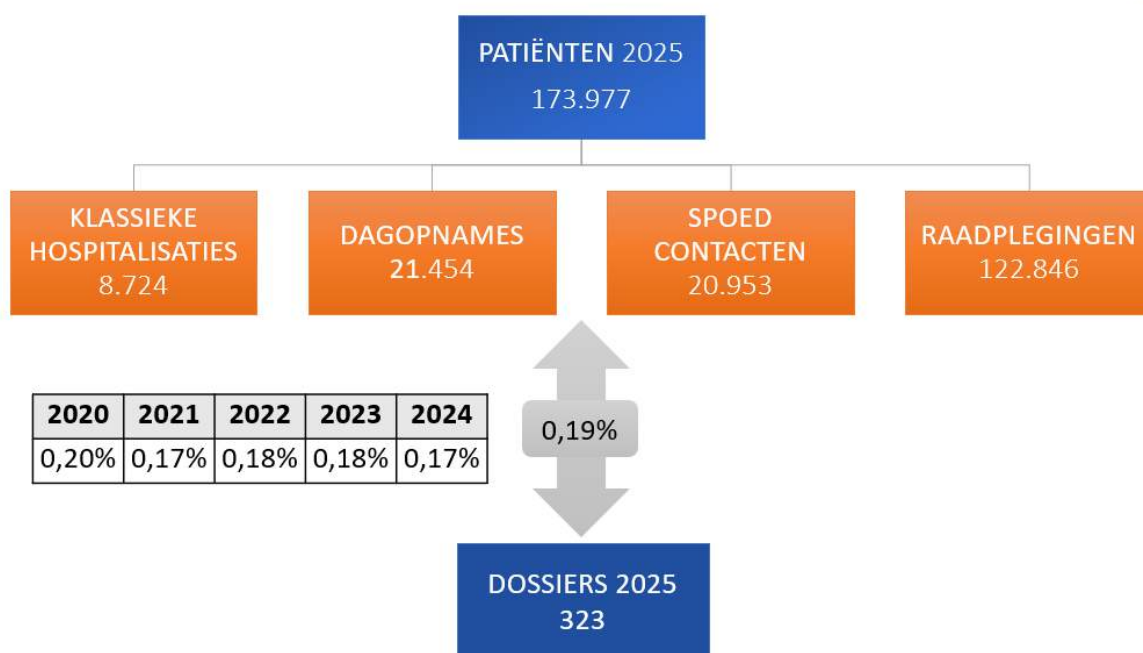
Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten? De klachten komen langs verschillende wegen toe bij de ombudsdienst. Dat kan rechtstreeks in vivo bij de ombudsdienst, maar ook via mail, brief en telefonisch. Enkele klachten zijn rechtstreeks naar de directie, facturatie en andere diensten gericht. Deze meldingen worden vaak overgemaakt aan de ombudsdienst. Elke klacht wordt grondig genoteerd en onderzocht door de ombudspersoon. Ook proactieve meldingen worden geformuleerd naar de ombudsdienst. Deze worden genoteerd en indien nodig in verdere stappen gebruikt. De ombudspersoon verzamelt 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. De ombudspersoon is een onafhankelijke, houdt zich aan het beroepsgeheim en neemt geen standpunt in, in de 2-zijdige partijdigheid. De ombudspersoon neemt een adviserende rol aan, naar beleidsmakers van alle departementen binnen de organisatie. De ombudspersoon heeft om de 14 dagen overleg met de algemeen directeur. ✓ De ombudspersoon tracht elke klacht integer en vertrouwelijk te behandelen. ✓ Naar de patiënt toe is het vooral belangrijk dat de patiënt 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, indien gewenst, 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 dat tegelijkertijd de ombudsdienst 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 geeft. ✓ 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. ✓ Ik volg de afhandeling en genomen actiepunten verder op en formuleren de aanbevelingen die hieruit voortkomen tot op elk niveau binnen de organisatie. ✓ Met alle verantwoordelijken heb ik een persoonlijk overleg waar alle pijnpunten en/of aanbevelingen over hun verantwoordelijkheidsgebied besproken worden. ✓ Tweewekelijks heb ik een structureel overleg met de algemeen directeur en bespreken we daar de trends/pijnpunten en formuleren aanbevelingen.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden,...) De vernieuwde patiëntenrechten door minister Vandenbroucke worden helder en handelbaar bij de patiënt overgebracht te worden. De overheid geeft hier info materiaal voorzien, dewelke ook gebuikt wordt. De communicatie naar de beroepszorgverlener over de nieuwe patiëntenrechten kan de wijzigingen en inzichten verruimen naar de toepasbaarheid van deze aangepaste rechten.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u> ✓ Eén 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. ✓ Het verbaal mondig zijn van patiënten stijgt doorheen alle meldingen.	
Aantal klachtendossiers	190
Aantal infodossiers	107
Aantal pro actieve dossiers	12
Aantal opvragingen patiëntendossier	12
Aantal 'andere'	2

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

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdienst 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.

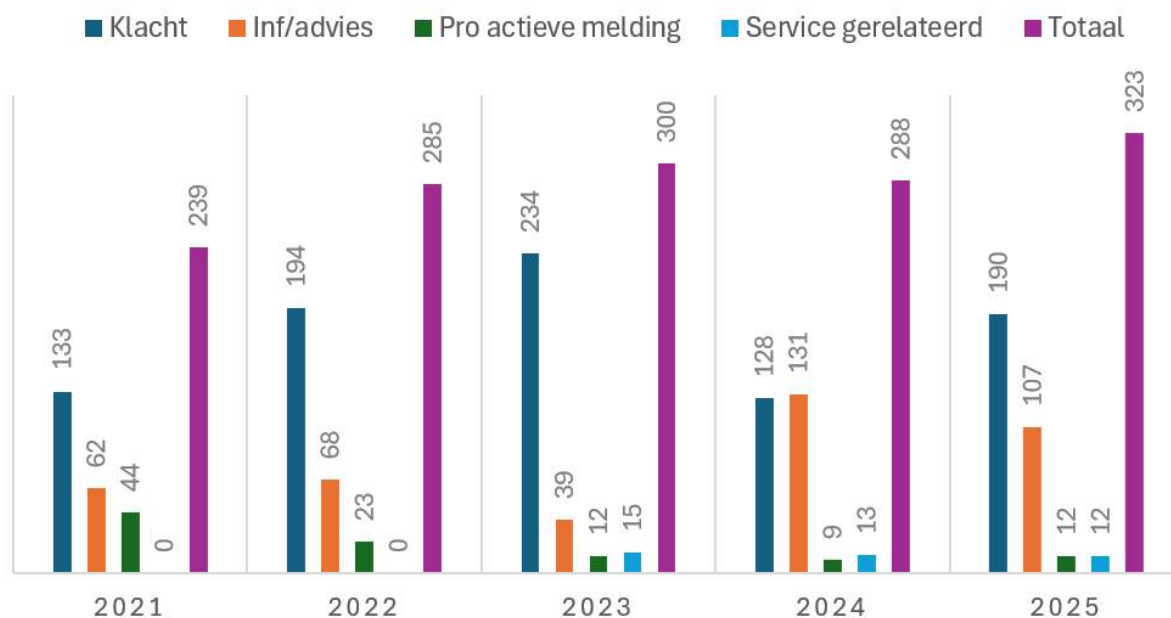
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	198
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	17
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	56
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	8
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	12
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	12
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	6
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	4
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1



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

Soorten meldingen:

AANTAL DOSSIER PER TITEL



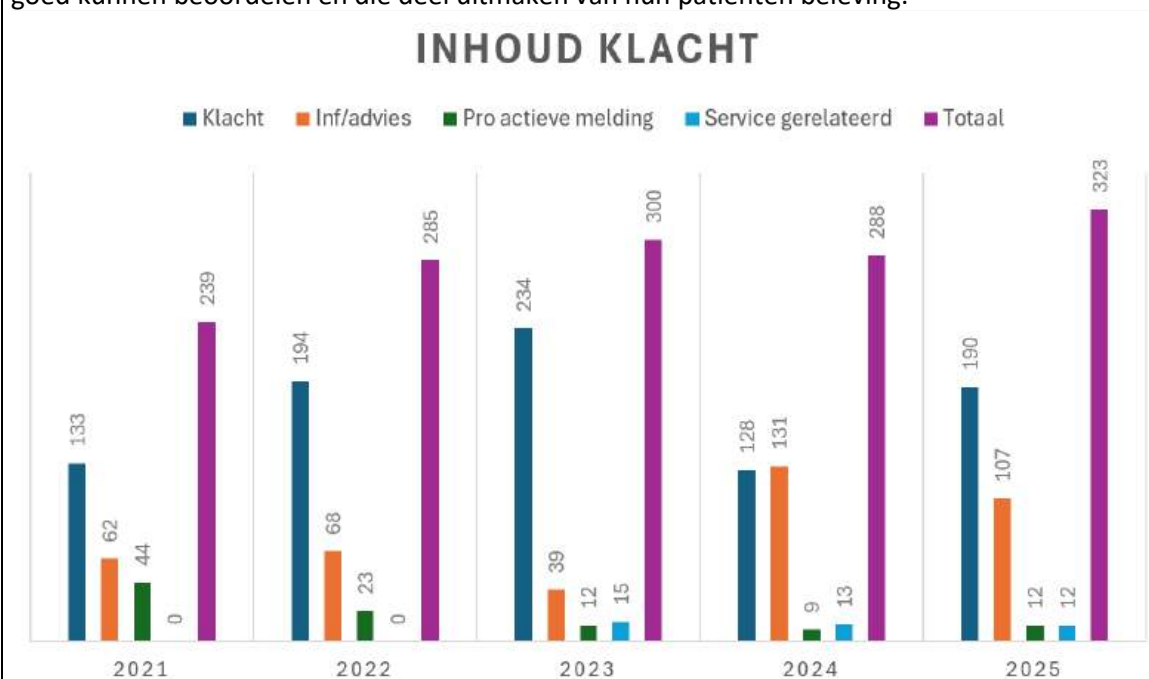
Het totaal aantal klachten, waarbij de rechten van de patiënt meespelen zijn licht gestegen. Patiënten geraken steeds gemakkelijker over de drempel van een ombudsdienst en stellen hun vragen. Vaak melden ze dragingen en “niet uitvoeren” van wat ze eigenlijk willen, omdat arts te lang weg blijft of bepaalde onderzoeken niet dadelijk doet. De zorgen worden geventileerd. De patiënten zoeken meer informatie, ze vragen en zoeken. Vooral vraag naar de juistheid van riziv-codes van facturen

wordt in twijfel gesteld. De kritische patiënt informeert zich of bepaalde onderzoeken nodig zijn en waarom hen de prijs hiervan niet is medegedeeld, daar dit wel een recht is.

De geneesheren zijn zich vaak niet bewust wat de financiële impact is voor sommige. Voorbeeld facturen zijn terug te vinden op de website, hier geldt vooral de doorverwijsfunctie naar deze voorbeelden. De dialoog dient hier verder uitgebouwd te worden. Daarenboven is de patiënt steeds beter geïnformeerd en stelt ook vaker de zorg in vraag.

Kwaliteit van warme zorg wordt door de patiënten van dichtbij opgevolgd. Deze kwaliteit draagt AZ Vesalius hoog in het vaandel ook in hun beleidsplannen.

Patiënten verwachten dat hun zorg en behandeling technisch volgens de huidige wetenschappelijke standaarden wordt geleverd. Zo ook zijn empathie, vriendelijkheid, gastvrijheid, elementen die zij goed kunnen beoordelen en die deel uitmaken van hun patiënten beleving.



Waarover gaan de meldingen?

Van alle meldingen piekken het medische en het administratief/financieële er, zoals in 2023, boven uit. De zorgvrager verwacht kwalitatieve zorg, waar de zorgverlener de nodige tijd voor vrijmaakt en communicatief een verstaanbare uitleg geeft. Dit is niet altijd duidelijk voor de patiënt. De taal kan verstaanbaar overgebracht worden, goed oplettend dat de denkende, bezorgde patiënt dit ook intern kan opnemen.

De bejegening van de zorgverleners piekt bij de klachten. Door de stijgende druk met minder personeel staat de warme zorg soms onder druk.

Vaak kom patiënten nog via spoed omdat ze niet via de huisarts kunnen of willen gaan.

Hierdoor is de druk op spoed hoog met lange wachttijden. De patiënten die normaal bij de huisarts zouden moeten zijn, verwachten “snelle” zorg.

Wat verwacht de patiënt?

De patiënt verwacht van het medisch personeel verstaanbare interactie conform zijn leefwereld. Communicatie kan duidelijk, rustig, verstaanbaar en klantvriendelijk overgebracht worden, teneinde een vertrouwensband te kunnen opbouwen. Ombudspersonen vinden geraaktheid, boosheid, verdriet, gevoel van onrecht en onmacht aan beide zijden van de tafel. Zij faciliteren, helpen met het zoeken naar herstel van vertrouwen of met het respectvol afscheid nemen van mekaar in een zorgrelatie. Vaak is de communicatie te strikt, te ingewikkeld, niet empathisch genoeg zodat er afstand en frustratie ontstaat. Dat kunnen we terug vinden in de cijfers.

VERWACHTING MELDER



Kwaliteit wordt er verwacht in de zorg, samen met de aandacht voor de persoon met de hulpvraag. Aandacht en verzorging gaan samen, als één wegvalt of minder doorschijnt lijkt de zorg niet volledig, vooral op spoed. Het ontbreken van een huisartsenwachtpost in Tongeren laat velen naar spoed komen, met de verwachting van een huisartsconsult.

Ook de niet komen opdagen bij de medisch beeldvorming wegens shopping gedrag, vertegenwoordigde nog een groot deel van dit cijfer. Maar sinds 1 januari 2024 is dit aangepast en hopelijk tot verbetering leiden.

Patiënten vragen naar duidelijkheid over toegangsrechten van zorgverleners tot het dossier en willen zorgverleners kunnen uitsluiten van bepaalde toegangen.

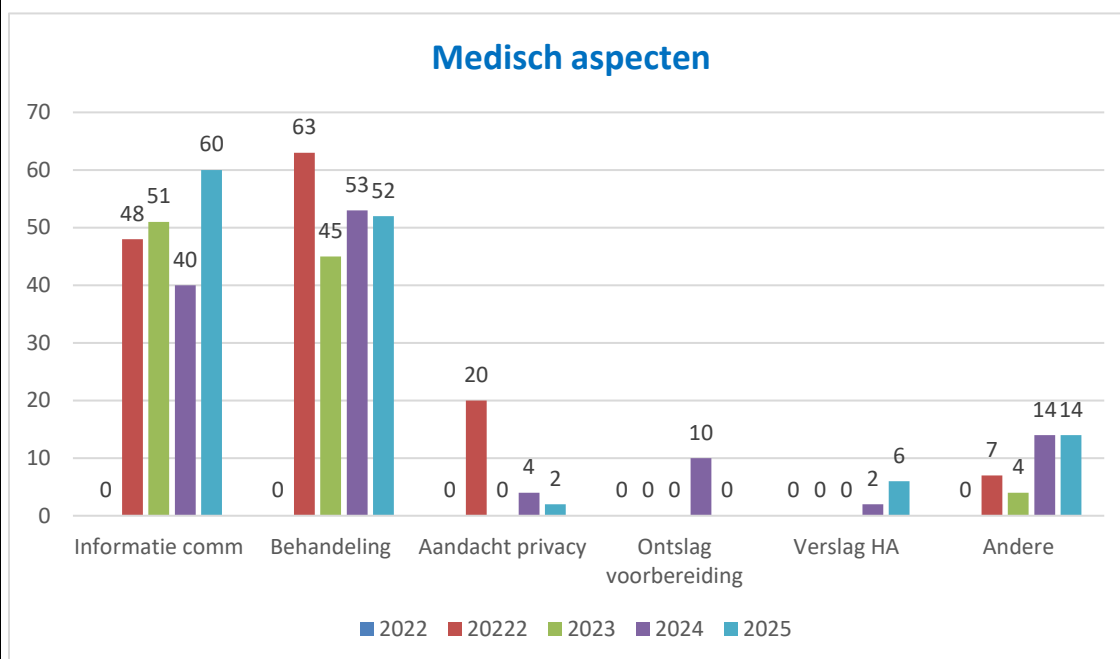
Zorgverleners knippen en plakken in ziektegeschiedenissen van patiënten waardoor een objectieve kijk op de zorgvraag in het gedrang komt. Elk patiëntencontact heeft recht op een objectief oordeel voor de specifiek zorgvraag zonder verder te werken op de analyse van eerdere zorgverleners.

Het is belangrijk dat zorgverleners zicht hebben op de verschillende soorten mandaten en kennis hebben van de wettelijke bevoegdheden die aan deze mandaten gekoppeld zijn. Er is nood om deze cruciale documenten (zorgvolmacht, bewindvoering, aanwijzing vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger) transparant ter beschikking te krijgen en op een duidelijke en toegankelijke plaats in het patiëntendossier op te nemen.

Zorgverleners maken zich zorgen over de informatie die verkeerd wordt geïnterpreteerd alvorens een gesprek met patiënten mogelijk is

Binnen de nieuwe wetgeving werd aangegeven dat er via een KB zou beslist worden tot een databank waar documenten die een patiënt laat opstellen (wilsverklaringen, zorgvolmachten, bewindvoering, pleegzorg-informatie...) te verzamelen. Bevoegdheden over het consulteren van deze documenten zullen bijkomend moeten verduidelijkt worden.

Medisch:



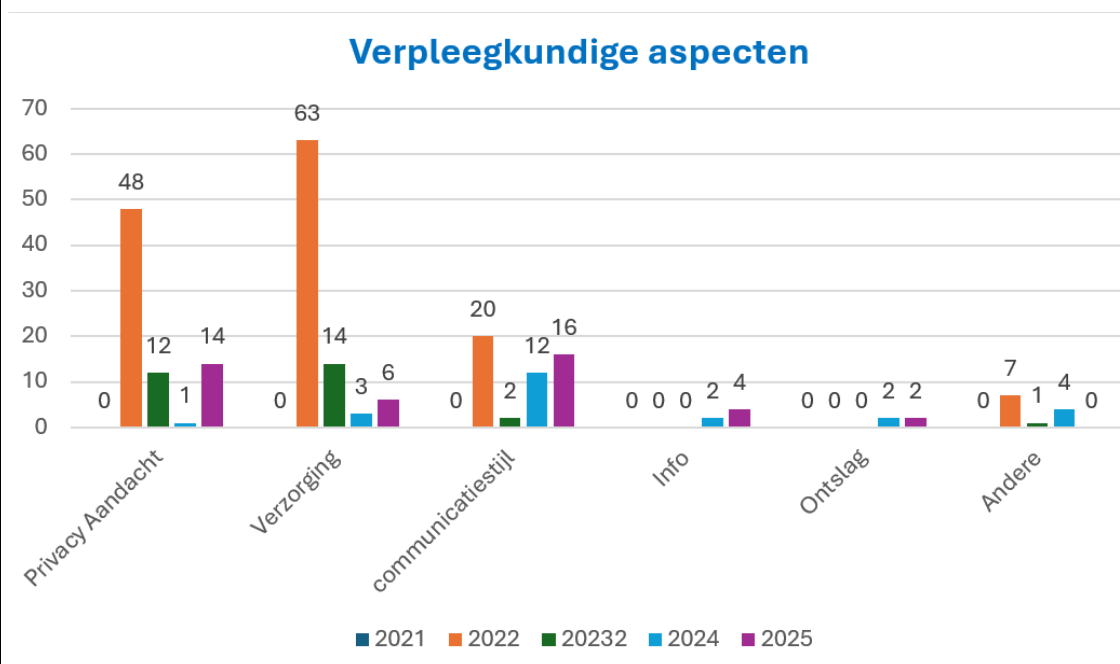
Patiënten hebben het recht op goede en duidelijk verstaanbare informatie. Openheid, eerlijkheid en transparantie zijn basis voor een correcte vertrouwensrelatie die ongetwijfeld effect heeft op medewerking en therapietrouw bij patiënten. Het is noodzakelijk terug tijd te nemen voor opname- of intakegesprekken. Het verzamelen van informatie over de patiënt vormt de basis van een goede relatie. Het actief bevragen van vertegenwoordiging van de patiënt maakt de wensen duidelijk en geeft transparantie in communicatie.

Het is noodzakelijk meer transparantie te brengen in de kostprijs van gezondheidszorg in een taal verstaanbaar voor alle patiënten en zonder een weg af te leggen waarbij het bos en de bomen niet meer te onderscheiden zijn.

Zorgverleners hebben training en opleiding nodig om, zonder gevoel dat zij een commerciële houding aannemen, te spreken over kostprijs van gezondheidszorg. Ook dit hoort bij een open en informierend patiëntencontact.

Sensibiliseren van patiënten om (pro)-actief te vragen naar de financiële impact van de geleverde zorg is absoluut aan de orde. Patiënten kunnen worden gestimuleerd om kostenramingen te vragen alvorens toe te stemmen in ingrijpende behandelingen. Het overwegen van een financiële front-office in een zorginstelling kan een oplossing bieden voor deze vragen van patiënten

Verpleegkundig:



Patiënten verdienen een tegemoetkomende behandeling en zorg, niet enkel professioneel technisch maar eveneens in invoelend vermogen. Zij hebben een mogelijkheid om inbreuken of ervaringen hieromtrent aan te kaarten bij ombudsdiensten.

Zorgverleners zijn mensen aan de andere kant van het verhaal en hebben eenzelfde wens. Het blijvend wijzen op organisatorische regels om zorg mogelijk te houden, het correct leren begrenzen van veel vragende patiënten en vooral hun naasten, het aanhoren van onheuse opmerkingen, de bevelende ondertoon van vragen van patiënten put de zorg uit en neemt aandacht weg van goede behandeling en zorg.

Vooral de spoeddiensten en diensten waar een langere verblijfsduur is hebben hiermee af te rekenen. Het zorgzaam kunnen werken wordt echter met regelmaat doorkruist door gedrag van naasten van patiënten.

Respect voor mekaar maakt sneller, gemakkelijk en professioneel werken zoveel gemakkelijker. De kreet om in te zetten op het psycho-sociaal welzijn van zorgverleners is groter dan ooit tevoren. Niet enkel de tekorten in mandaten spelen parten. De vermoeidheid wordt eveneens meebepaald door de emotionele last die niet correct gedrag met zich meebrengt.

Zorgverleners vragen waar zij terecht kunnen als patiënten over hun grenzen gaan. Kunnen ook zij terecht bij de ombudspersoon en kan een ombuds eveneens bemiddelen als een zorgverlener zich niet gehoord voelt? Een nieuw vraagstuk dat bij ombudspersonen terecht komt en aanleiding geeft tot diepergaand discours.

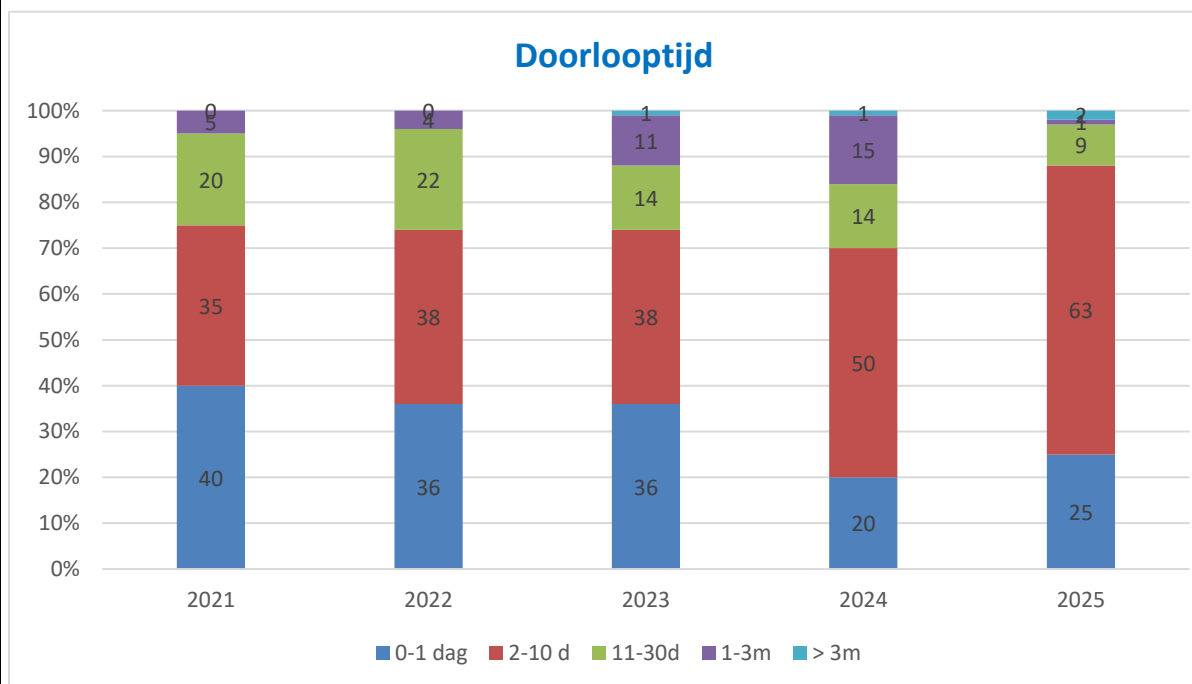
Patiënten hebben hulp nodig om gehoord te worden in hun gezondheidszorgen. Zorgverleners hebben gehoor en correct gedrag nodig in de uitoefening van hun opdracht om zorg te kunnen dragen voor een ander.

Een onderzoek of de bemiddelaars eveneens kunnen optreden als een zorgverlener een melding doet is aan de orde. Daarnaast kan de respectvolle relatie verder worden uitgewerkt in rechten én plichten van de patiënt.

Gebruik van de spoeddiensten vraagt om sensibilisering. Duidelijkheid rond wie best een huisarts of huisartsenwachtpost gebruikt en wie spoedgevallendienst nodig heeft kan klaarheid bieden (gebruik van een triagenummer 1733). Bijkomend informeren over het triagesysteem op spoed dat mensen indeelt naar hoogdringendheid en de wachttijden verbonden aan elk van deze stadia kan bredere informatie gebruiken.

Werking en data van de ombudsdienst:

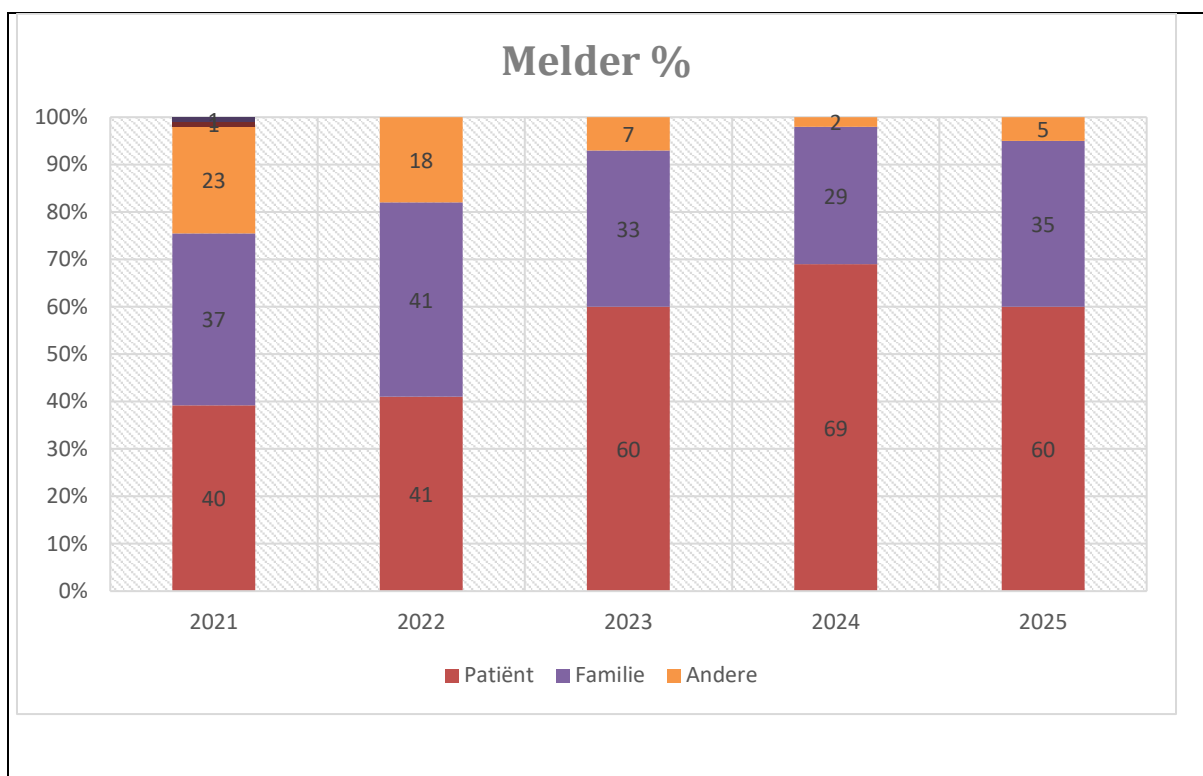
Doorlooptijd:



Wie meldt bij de ombudsdienst?

De patiënten doen zelf een melding bij de ombudsdienst. Ook de ouders van jongere kinderen en de kinderen van ouderen melden zich aan in naam van de minder mondige patiënt.

Vaak is de stap naar de zorgverlener te groot of te beschamend en vinden ze hun weg naar de ombudsdienst. De hulpvraag is dan al zo beladen, waarop de zorgverlener zich afvraagt waarop komen ze niet eerst naar mij. Hier zie je een discrepantie naar toegankelijkheid en bereikbaarheid tussen de twee partijen.



Aanbevelingen

In relatie treden met elkaar in respect en empathie zijn de sleutels tot een goede bemiddeling. Hetgeen niet zo evident is. Het voorzien van een handvaten en leermomenten om de “Emotional Labour” gezond te gebruiken dringen zich op.

Communicatie opent veel deuren en geeft inzichten. De zorgverleners wordt aangespoord om duidelijk en helder te communiceren om kwalitatieve zorg te bieden. De patiënten zijn begripvol als de situatie ook begripvol wordt uitgelegd.

Het profiel van een ombudspersoon erkent men doorheen het zorglandschap nog niet altijd als hulp maar “oei, daar komt een klacht”. Terwijl een ombudspersoon de verbinding tussen twee partijen faciliteert.

Grensoverschrijdend gedrag dient in de kiem gesmoord te worden. Geef de zorgverleners en ombudsdiensten ondersteuning in het uitoefenen van hun job. De overheid kan hier dringend werk van maken, daar het zich breder in de maatschappij ook nestelt.

De verslaggeving door de zorgverleners is digitaal beschikbaar voor de patiënten. Vaak is er nog een copy paste van vroegere feiten naar het heden. Vaak klinken hier subjectieve formuleringen en interpretaties in de dossiers, dewelke de patiënt schade kunnen toebrengen. Het objectief weergeven van de feiten, zonder stigma's, dient hier toegepast te worden.

Financiële duidelijkheid kan transparanter naar de patiënt overgebracht worden. Deze is er wel maar de patiënt kent effect niet op zijn eigen situatie. Het beschikken van een hospitalisatie verzekering dekt niet altijd alle kosten. De verantwoordelijkheid van de patiënt dient ook belicht te worden, daar er honderd verschillende verzekeringen zijn en de ziekenhuisadministratie deze niet allemaal kan weten.

Verzoeningsresultaten

Het merendeel van de meldingen zijn stoom aflatende van frustraties en krom gegroeide relaties. Praten en beluisteren helpt. Open houding en open communicatie geven terug inzicht in situaties en zorgen voor terug een gezonde patiënt – arts verhouding. Bij ernstige feiten laat de zorgvrager het niet bij praten. Verdere stappen worden dan door hun zelf genomen.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2025

(Op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Ziekenhuis Oost-Limburg, campus Maas & Kempen
Adres	ZOL Maas & Kempen Diestersteenweg 425 3680 Maaseik
Gewest	Limburg
Erkenningsnummer	717
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	213 bedden voor hospitalisatie 65 dagklinische plaatsen
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(n)en	Kim Moors Anneleen Minnekeer Els Deneyer
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Kim Moors: 01/09/2007 Anneleen Minnekeer: 17/04/2023 Els Deneyer: 1/05/2022

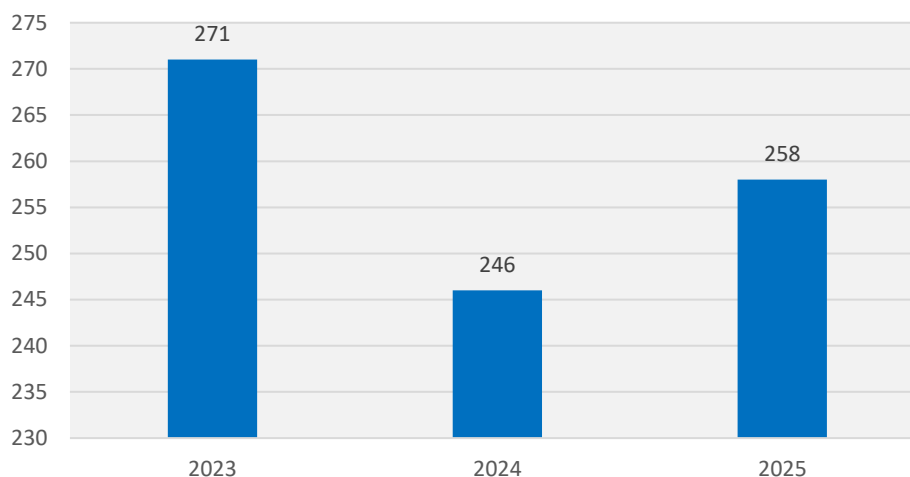
Bestaffing	0.5 FT
Lokalisatie dienst	ZOL Campus Maas & Kempen, B-blok, tweede verdieping
Registratiesysteem	VVOVAZ, Zenya
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	14/01/2025 Te raadplegen op de website: https://www.zol.be/ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Kim Moors: - Basiscursus bemiddeling, MEDIV Anneleen Minnekeer: - Postgraduaat familiale bemiddeling, KU Leuven - Juridische opleiding Gerechtsdeskundige, KU Leuven Els Deneyer: - Juridische expertises voor verpleging en vroedkunde (bemiddeling was onderdeel), NVKVV
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>	- 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.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	- 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, financiële of administratieve dienst,...) 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?	
- Binnen ZOL wordt geadviseerd om klachten zo vlug mogelijk met de rechtstreeks betrokkenen - arts, (hoofd)verpleegkundige of andere medewerkers - te bespreken. - Als dit niet mogelijk is kunnen patiënten terecht bij de ombudsdienst om hun klacht te behandelen. - Medewerkers kunnen ook steeds terecht bij de ombudsdienst om proactieve meldingen te doen of advies te vragen bij specifieke casussen.	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
- 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 aangeraden. 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 in 2025	
Aantal klachtendossiers	186
Aantal infodossiers	41
Aantal proactieve dossiers	23
Aantal opvragingen patiëntendossier	8
Totaal aantal meldingen	258

Totaal aantal contacten



In 2025 werden in totaal 258 meldingen behandeld.
Dit is een lichte stijging in vergelijking met vorig jaar.

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)	123
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	96
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	10
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	2
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0

Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	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)	7
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	4

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	78

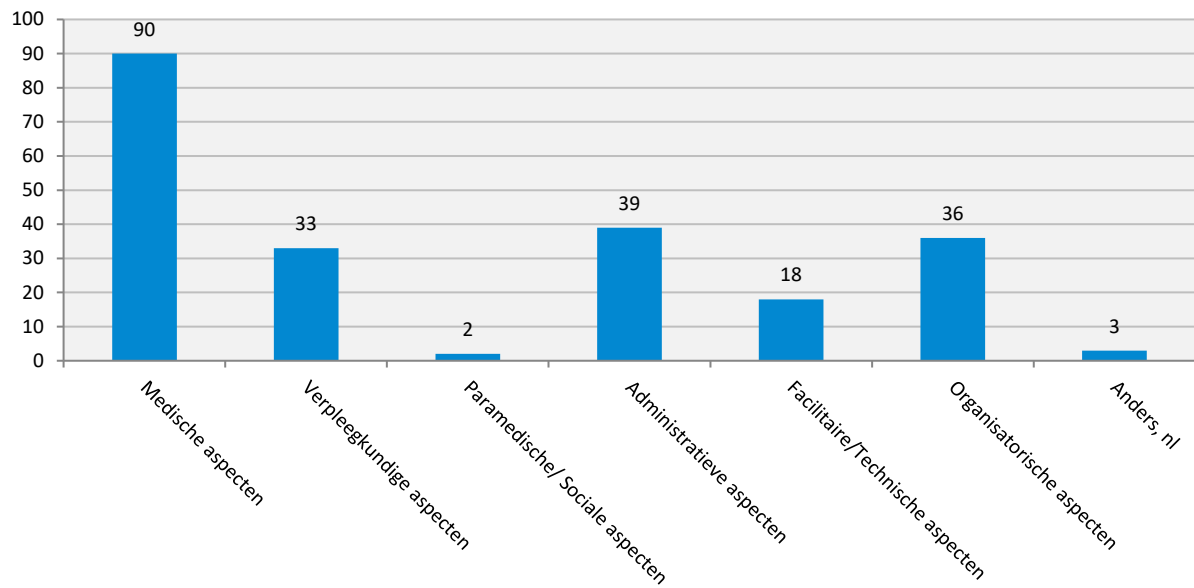
De meeste klachten gerelateerd aan de rechten van de patiënt blijven verbonden aan kwaliteit (Art. 5) en informatieverstrekking (Art. 7).

Bijkomende informatie

Inhoud van de klachten

In 2025 zijn alle aspecten vergelijkbaar met 2024.

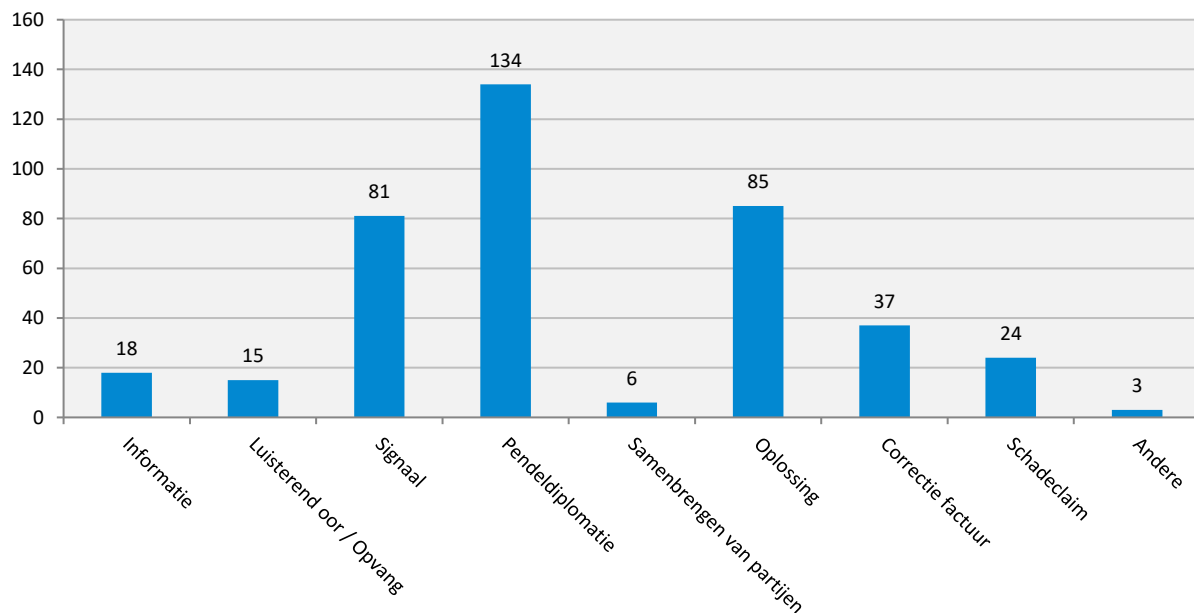
Inhoud van de klachten



Aard van de oplossing

Alle verwachtingen zijn gestegen in 2025, behalve "andere" verwachtingen zijn gedaald.

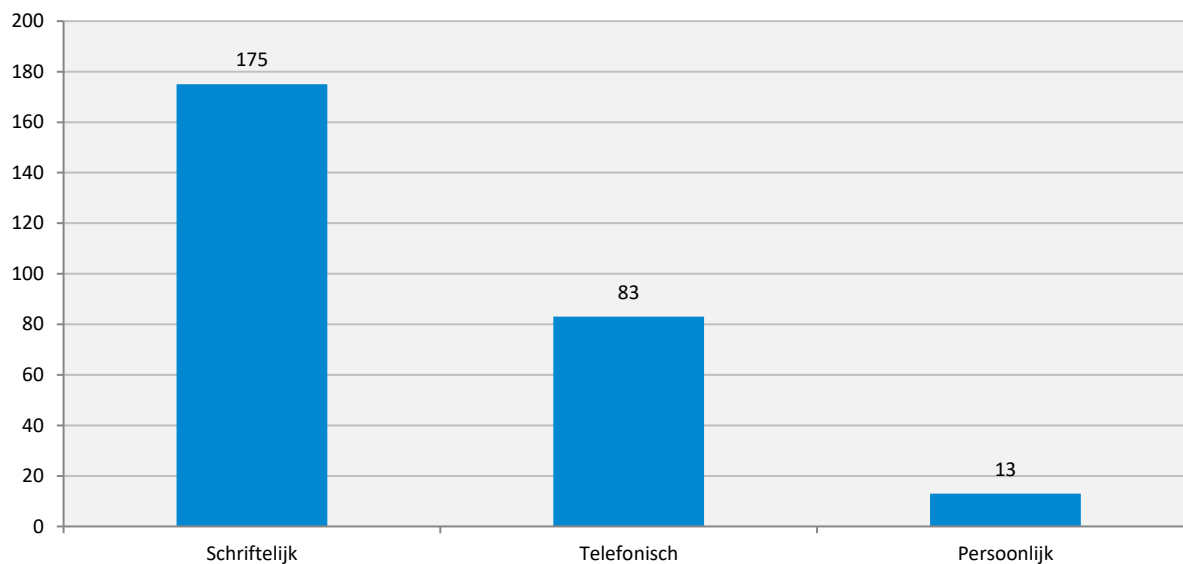
Verwachting patiënt



Hoe komt de melding binnen bij de ombudsdienst

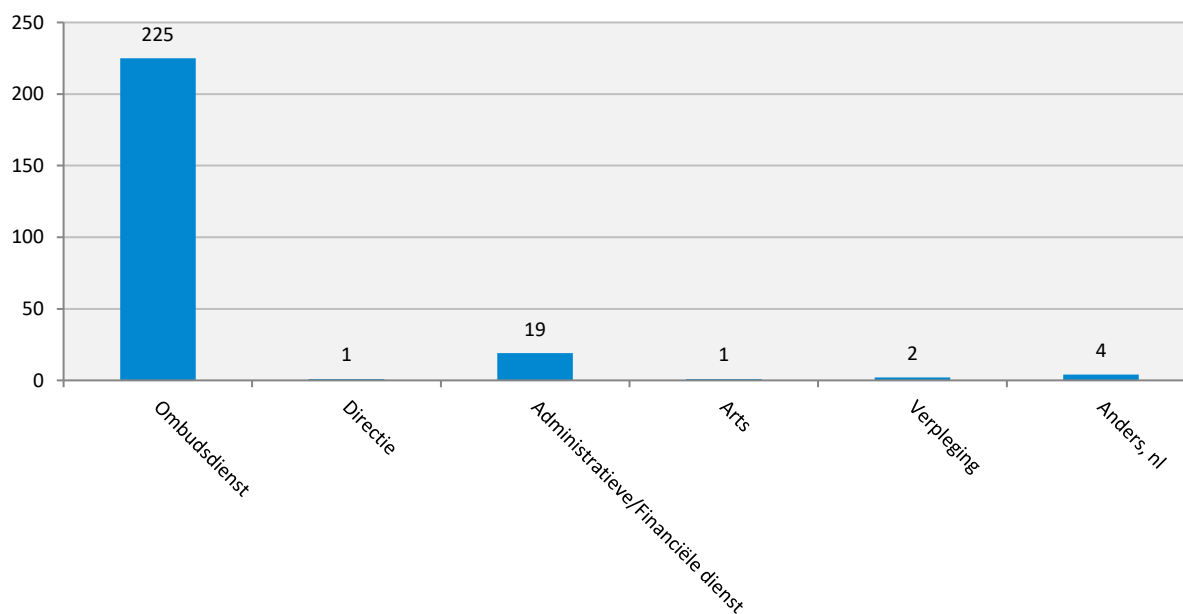
In 64.6% van de gevallen komt de melding schriftelijk binnen op de ombudsdienst, tegenover 30.6% telefonisch en 4.8% persoonlijk.

Vorm waarin melding werd aangeleverd



In 89.3% van de gevallen was het contact rechtstreeks gericht aan de ombudsdienst.

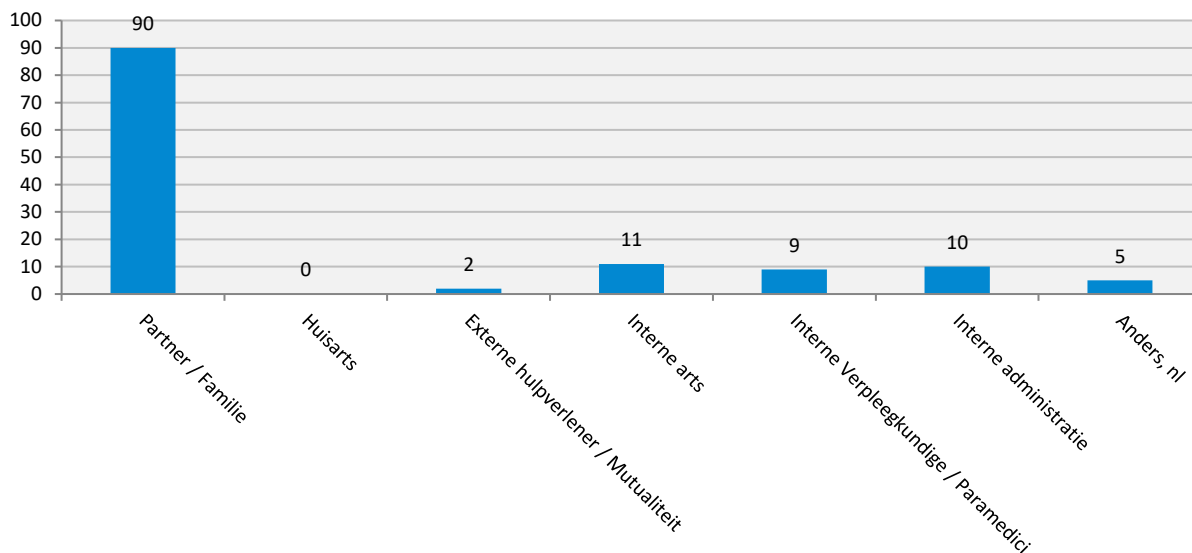
Melding is gericht aan



Wie doet de melding

In 47.1% (114 dossiers) is de patiënt zelf de aanbrengrer van de melding; in 52.9% (128 dossiers) wordt de melding aangebracht door iemand anders dan de patiënt, waarbij het voornamelijk de partner of een familielid is die de melding doet.

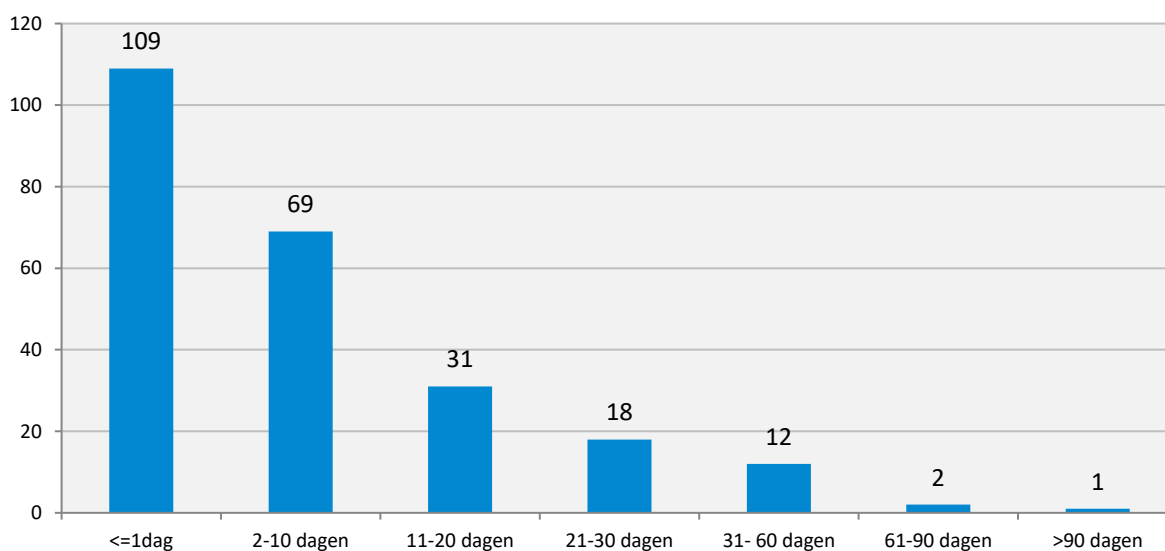
Relatie melder tot patiënt



Doorlooptijd

In 2025 werden 86.4% van de klachten binnen de 20 dagen opgenomen en behandeld.

Doorlooptijd



Aanbevelingen

Aanbeveling: Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen ‘zachte’ bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling: Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het *open disclosure*-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk. Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Aanbeveling: Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden. Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende:

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn

Aanbeveling: Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals **wilsonbekwaamheid** en **vertegenwoordiging**, omgaan met **familieconflicten** en **beroepsgeheim** komen in klachten en casussen regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met verdiepende modules rond communicatieve vaardigheden, waaronder:

- Actief luisteren en gespreksvaardigheden
- Omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- Conflictpreventie en de-escalatie
- Communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- Specifieke technieken voor gesprekken met patiënten met beperkte communicatiemogelijkheden (o.a. cognitieve beperkingen, taalbarrières, psychiatrische problematiek)

Door medewerkers structureel te ondersteunen in deze competenties, wordt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening versterkt, maar ook de samenwerking tussen zorgverlener, patiënt en familie.

Aanbeveling: Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Financiële transparantie is moeilijk te realiseren door de complexiteit van overheidsregels, wat het voor patiënten bemoeilijkt om inzicht te krijgen in de kostenstructuur.

Aanbeveling: Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

Aanbeveling: Agressiebeleid en psychosociaal welzijn van medewerkers

Er wordt een duidelijke toename vastgesteld van verbaal en fysiek grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zorgverleners en ombudspersonen. Dit heeft niet alleen impact op de veiligheid, maar ook op het psychisch welzijn, het werkplezier en het behoud van medewerkers binnen de zorg.

Daarom wordt aanbevolen om een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast agressiebeleid te installeren, dat door alle afdelingen gedragen wordt. Dit beleid omvat bij voorkeur: heldere richtlijnen, uniforme registraties, onmiddellijke opvolging van incidenten en een duidelijke rolverdeling bij escalaties. Daarnaast is het belangrijk om het agressiebeleid actief te communiceren naar patiënten en hun naasten, bijvoorbeeld via affiches, brochures en digitale kanalen, zodat verwachtingen vooraf duidelijk zijn en grensoverschrijdend gedrag ondubbelzinnig wordt afgekeurd.

Verder is het essentieel om structureel te investeren in het psychosociaal welzijn van medewerkers. Dit kan onder meer door gerichte trainingen (o.a. de-escalatie, omgaan met emotioneel beladen situaties), laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning. Een veilig werkklimaat draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg en het behoud van gemotiveerde medewerkers.

Aanbeveling: wachtlijsten en versterking van de eerstelijnszorg

Door toenemende wachtlijsten voor bepaalde specialismen in ziekenhuizen en beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops van huisartsen vinden patiënten meer en meer moeilijk tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Het is daarom belangrijk om dit probleem ook op federaal niveau te agenderen en in te zetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert te zijn voor de realiteit van wachttijden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.

Jaarverslag van ombudsdienst Noorderhart Mariaziekenhuis
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2024 - 31.12.2024

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Noorderhart Mariaziekenhuis
Adres	Maesensveld 1 3900 Pelt
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	719
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	333
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Broekmans Ine
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Broekmans Ine: 20/12/2024
Bestaffing	0.5 FTE

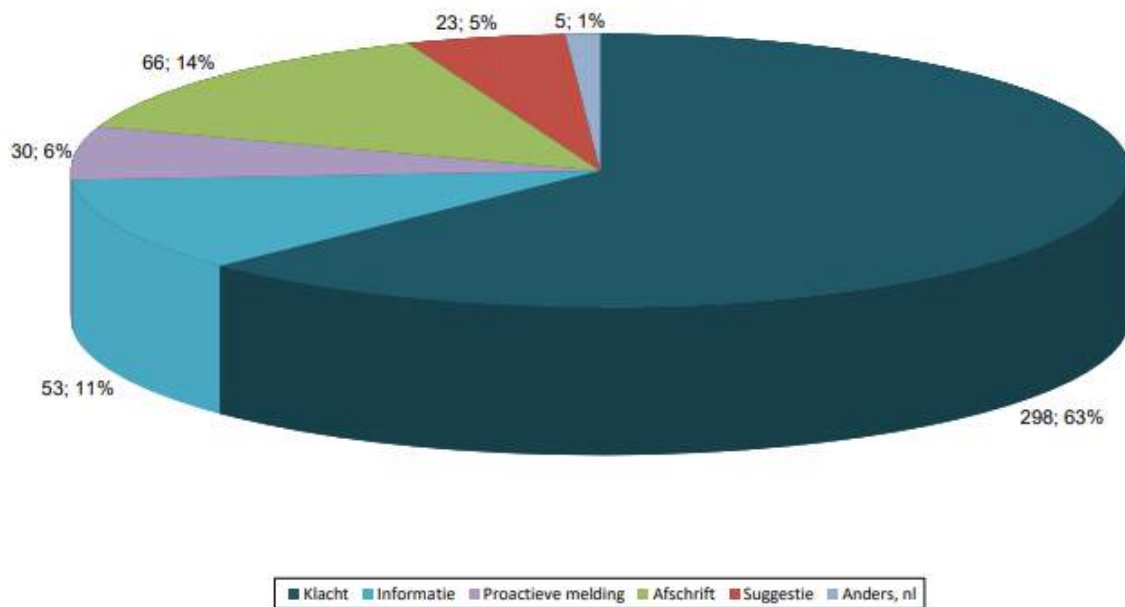
Lokalisatie dienst	Maesensveld 1 3900 Pelt Lokaal ombudsdienst in blok C, 2° verdieping
Registratiesysteem	Zenya
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Huishoudelijk reglement te consulteren via de website van het Noorderhart en ligt ter inzage op het directiesecretariaat.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	17/01: Ontmoeting rechten van de patiënt- FOD Volksgezondheid 05/02: Limburgs event over de organisatie van de Vpk zorg-UHasselt 21/02: Actuele ontwikkelingen gezondheidsrecht-AHLEC 15/09: Mediation week: Kosteloze rechtsbijstand en pro bone bemiddeling 15/09: Mediation week: Emoties in bemiddeling 16/09: Mediation week: kindreflex 16/09: Mediation week: Van trigger tot dialoog 19/09: Mediation week: Instincten als tool voor de bemiddelaar 13/10: Omgaan met agressie & communicatie vanuit pat/familie 02/12: Netwerkvond eerste lijn- een topteam als zorgteam
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	VVOVAZ ➤ Verschillende overlegmomenten en update wetgeving via de beroepsvereniging ➤ Intervisie's
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 ✓ 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,

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Meldingen worden vooral elektronisch via het meldingsformulier of per mail overgemaakt, maar gebeurt ook persoonlijk, per brief of telefonisch. De ombudsdienst neemt contact op met de melder en peilt naar zijn/haar verwachtingen. Indien gevraagd neemt hij contact met voorwerp van de klacht, koppelt terug naar de melder en bemiddelt indien geen tevredenheid. Geeft mogelijke adviezen indien er nog bijkomende vragen zijn.

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
✓ Neemt 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 werkdagen. ✓ Stimuleert rechtstreekse dialoog: bespreking van de klachten daar waar ze zijn ontstaan. ✓ Neemt na akkoord rechtstreeks contact op met de betrokken personen ✓ Hij koppelt (indien gevraagd) 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. ✓ Jaarlijks is er een toelichting voorzien voor het directiecomité en de Raad van bestuur. ✓ Indien geen reactie, wordt de melding na 7 dagen terug onder de aandacht gebracht	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden,...)	
✓ Er is een positief beleid, waarbij er gestreefd wordt om toenadering te zoeken tussen patiënten/families en zorgverstrekkers. ✓ Een vrij en autonoom bewegen binnen de organisatie is mogelijk. ✓ Er is een streven naar uniformiteit van werken tussen de twee campussen. ✓ Vanuit de organisatie is er een informatieronde geweest binnen de zorgteams om het gegeven vertrouwenspersoon/ vertegenwoordiger onder de aandacht te brengen.	

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

1. Type melding (aantallen en percentages)



Aantal klachtendossiers	298
Aantal infodossiers	53
Aantal pro actieve dossiers	30
Aantal opgevraagde patiëntendossiers	66 patiënten hebben via de ombudsdienst een aanvraag voor afschrift patiëntendossier ingediend. De meerderheid heeft betrekking in verband met info tot de aanvraagprocedure, maar ook bemiddeling tot (tijdig) bekomen van het afschrift is een deelaspect. (In de procedure is aangegeven dat een afschrift van het patiëntendossier kan opgevraagd worden via de ombudsdienst)
Aantal 'andere'	28 (5 onder de categorie andere, 23 onder de categorie suggestie)

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

- ✓ Het jaarverslag van de ombudsdienst van een zorgvoorziening geeft geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorziening. Het geeft vooral aan hoe het handelen werd **ervaren**.
- ✓ Bovendien geeft het jaarverslag 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)*	45
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	24
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	3
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)	4
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	10
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	2
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	8

Ombudsdienst - Is het een melding tegen de rechten van de patiënt?	Aantal meldingen
Ja	73

Ombudsdienst - Beroepsbeoefenaar					
Ombudsdienst - Voorwerp algemeen	Arts	Verpleegkundige	Paramedici	Anders, nl	Totaal
art.5: kwaliteit	32	9	1	3	45
art.6: keuze	2	0	0	0	2
art.7: info	15	3	3	3	24
art.8: toestemming	2	1	0	0	3
art.9§1: dossier	3	0	0	0	3
art.9§2+4: inzage	1	0	0	0	1
art.9§3: afschrift	4	0	0	0	4
art.10: privacy	3	2	0	5	10
art.11: klacht	1	0	0	1	2
art.11bis: pijnbestrijding	6	2	0	0	8
Totaal	69	17	4	12	102

Ombudsdienst - Inhoud van de melding	Aantal meldingen
Medische aspecten	171
Verpleegkundige aspecten	66
Paramedische/ Sociale aspecten	18
Administratieve/ financiële aspecten	70
Hoteldiensten	13
Technische aspecten	14
Organisatorische aspecten	62
Afschrift/ inzage patiëntendossier	66
Anders, nl	20
Totaal	500

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

Ombudsdienst - Verwachtingen van de melder - Werd er tegemoet gekomen aan?	Informatie	Luisterend oor / Opvang	Signaal	Bemiddeling	Oplossing	Financieel akkoord	Andere	Totaal
Ja	130	31	169	32	9	43	13	437
Neen	8	2	10	7	4	30	2	63
Totaal	138	33	179	39	13	73	15	500

Ombudsdienst - Totale doorlooptijd	2025	Totaal
<=1dag	86	86
2-10 dagen	231	231
11-20 dagen	76	76
21-30 dagen	43	43
31- 60 dagen	42	42
61-90 dagen	5	5
>90 dagen	7	7
Totaal	490	490

Ombudsdienst - Relatie met patiënt	Aantal meldingen
Partner / Familie	133
Huisarts	0
Externe hulpverlener / Mutualiteit	12
Interne arts	11
Interne Verpleegkundige / Paramedici	13
Interne administratie	4
Anders, nl	10

Aanbevelingen

Binnen de organisatie:

- 45 aanbevelingen geformuleerd naar leidinggevenden/ artsen mbt
 - Communicatie
 - Facturatie
 - Uitvoeren risico analyse proces
 - Opvolging procedures/ afspraken

15. Trendlijn per kwartaal - suggesties gedaan ja/nee

Periode	Ja	Nee
Kwartaal 1 2025	19	100
Kwartaal 2 2025	12	83
Kwartaal 3 2025	7	109
Kwartaal 4 2025	7	121

Algemene aanbevelingen:

- Campagne naar patiënten en hun familieleden over een duidelijk , zichtbaar en consequent toepasbaar agressiebeleid ten opzichte van alle zorgmedewerkers
- Geïnformeerde toestemming financieel: Centrale plaats om deze info te bekomen
- Transparantie in verslaggeving: foute of ontbrekende verslagen- kortere en duidelijkere opvolging
- Wachtlijsten wegwerken- Federaal de eerstelijnszorg optimaliseren zodat mensen bij hun huisarts terecht kunnen
- No showfacturen: Voorzie één uniform en transparant systeem voor registratie van annuleringen

Aard van de afhandeling van de ombudsdossiers in 2025:

Opm.: - een melding kan meerdere items i.v.m. de afhandeling bevatten.

- voor 25% van de meldingen wordt gevraagd naar bemiddeling of een oplossing: gesprek, bekomen afschrift/attesten, factuuraanpassing, ...

In totaal werden er in 2025 voor de 63 meldingen waar de verwachting van de melder niet werd ingelost 16 doorverwijzingen geformuleerd naar onderstaande instanties:

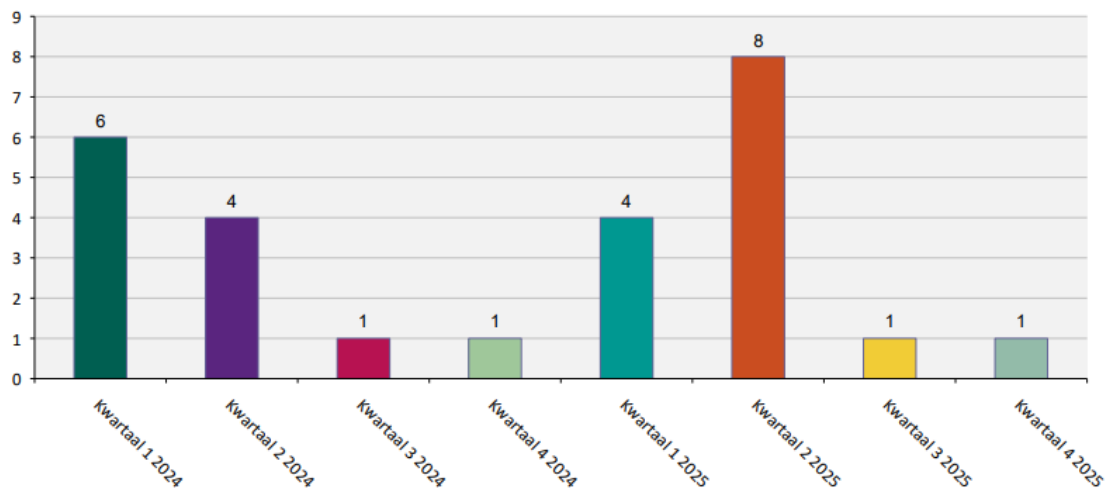
- ✓ Federale commissie Rechten van de patiënt
- ✓ Federale ombudsdienst
- ✓ Juridische dienst ziekenfondsen
- ✓ Provinciale raad Orde van geneesheren

Verwachtingen van de melder:

In totaal is er 437 keer voldaan aan de verwachting van de melder.

ER zijn in totaal 16 doorverwijzingen geweest en 26 verzekeringsaangiftes.

Inspanningen:



- Buiten de positieve bemiddelingen om tot een aanvaardbaar resultaat/oplossing voor de melder te komen, werden er ook bijkomend ziekenhuisbreed 14 verbeterdoelen opgestart naar aanleiding van geregistreerde meldingen.

Jaarverslag van ombudsdienst Sint-Franciscusziekenhuis
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

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(n)en	Ann Dreesen Kris Dexters (back-up)
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	05-09-2023: Ann Dreesen
Bestaffing	0.5 VTE

Lokalisatie dienst	Op het gelijkvloers, in de inkomhal van het ziekenhuis
Registratiesysteem	Zenya (Infoland) – registratie a.d.h.v. VVOVAZ-richtlijnen
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Terug te vinden op de website www.sfz.be Patiënten / algemene informatie / ombudsdienst / werking-ombudsdienst Actualisatie: 2021
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Vertrouwenspersoon via Mensura (Ann Dreesen)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	intervisiemomenten bij 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>	-Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen door opleidingen in deze richting te initiëren. -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 voortvloeiend uit klachten en de werking van zijn dienst. -Het opmaken van een jaarverslag met een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Binnen de organisatie wordt er gestreefd naar de volgende manier van afhandeling van klachten: Eerste lijn: informele klachten ▪ Klachten worden het best opgelost op de plaats waar ze ontstaan in overleg met wie hierin betrokken is. Openheid en vaardigheid in het omgaan met klachten van patiënten is voor iedereen hierbij essentieel. Tweede lijn: formele klachten ▪ Klachten die niet tussen de directe betrokkenen kunnen opgelost worden, worden aan de ombudspersoon voorgelegd. ▪ Patiënten of familieleden kunnen ook rechtstreeks de ombudspersoon contacteren. Zorgvuldig en binnen redelijke termijn Met het oog op een deskundige oplossing voor de klacht, oefent de ombudspersoon zijn bemiddelingsopdracht op een zorgvuldige wijze en binnen een redelijke termijn uit. Het opvragen van een medisch dossier wordt in ons ziekenhuis afgehandeld door een hiervoor aangeduide medewerker. Als ombudspersoon ondersteunen we de patiënten bij het voorbereiden van de aanvraag en geven inlichtingen zodat de afhandeling vlot kan verlopen. De ombudspersoon is de tussenpersoon bij de aangifte aan de verzekeraar. Hij zal de patiënt en/of zijn familie bijstaan bij het invullen van de aanvraag en de toelichting geven bij het verdere verloop. Het directiesecretariaat doet aangifte bij de verzekeraar (aansprakelijkheidsverzekering) zo dit noodzakelijk gevonden wordt en volgt het dossier verder op. Daarnaast geven we informatie aan patiënten wanneer zij hiernaar vragen. Veelal gaat dit over organisatorische afspraken in het ziekenhuis die voor patiënten en familie soms niet duidelijk zijn. Hier zorgen wij voor informatie op maat. De ombudspersoon stelt zich open op bij het ontvangen van de klacht en verzamelt desgevallend bijkomende info rond de klacht. Indien hij het nodig acht, nodigt hij de klager uit voor een persoonlijk onderhoud om zijn verhaal te vertellen of verder toe te lichten en naar zijn verwachtingen te polsen. Bij ontvangst van een schriftelijke klacht wordt er binnen de vijf werkdagen een ontvangstmelding overgemaakt, mits uitzondering bij verlof of ziekte van de ombudspersoon. De ombudspersoon registreert en documenteert de klacht binnen een geïnformeerd registratiepakket en legt een klachtendossier aan. De ombudspersoon gaat na welke personen en/of diensten betrokken moeten worden in het klachtendossier. 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. Eens een ombudsdossier geopend, blijft de ombudspersoon eigenaar van het dossier en coördineert deze de behandeling ervan. Een klacht wordt door de ombudspersoon, hetzij rechtstreeks, hetzij via het verantwoordelijk directielid (algemene, medische, verpleegkundige directie) of departementshoofd gebracht bij diegene die in de klacht betrokken is. In geval van herhaaldelijke tekortkomingen door een ziekenhuisgeneesheer of van structurele nalatigheden die de zorgverlening en de organisatie ervan ernstig in het gedrang brengen, kan de ombudspersoon in overeenstemming met artikel 11, §2, 5° van de wet betreffende de rechten van de patiënt de medisch directeur inlichten. Bovendien kan de ombudspersoon geconfronteerd met zwaarwichtige feiten die de patiënt of de goede werking van de instelling in gevaar kunnen brengen, zich beroepen op de noodtoestand om de medisch directeur toch in te lichten. Ook ingeval van onduidelijkheid in medische situatie kan de ombudspersoon een beroep doen op de medisch directeur om duidelijkheid te krijgen in het dossier. Binnen 14 dagen na ontvangst van de kopie of omschrijving van de klacht, dient de beklagde een voorstel tot verdere afhandeling te formuleren aan de ombudspersoon. De betrokkene arts of andere ziekenhuismedewerker stuurt aan de ombudspersoon een ontwerp van antwoord of een kopie van zijn/haar afhandelend schrijven. 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. Tijdens het verloop van de klachtenprocedure verzorgt de ombudspersoon de opvolging, de terugkoppeling en informatie naar de patiënt, familie of andere aanbrenger. De ombudspersoon informeert de melder en de betrokken ziekenhuismedewerker over het resultaat van de klachtenbemiddeling op de wijze die hij het meest geschikt acht voor het concrete dossier. Het resultaat van de bemiddeling wordt door de ombudspersoon in het klachtendossier geregistreerd. Indien er via bemiddeling geen oplossing bereikt kan worden, informeert de ombudspersoon conform de wettelijke bepalingen (zie Patiëntenrechtenwet) de melder over de verdere mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht.

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
In het eerste contact met de melder, luisteren we naar het verhaal van de melder. Van daar uit gaan we de andere betrokkenen bevragen. Dit gebeurt met de nodige discretie en vertrouwelijkheid. Er wordt altijd rekening gehouden met wat de melder aangeeft dat er kan/mag gedaan worden met de melding. Vanuit deze verkennende fase zoeken we naar de beste afhandeling voor de klacht: een bemiddelingsgesprek, pendeldiplomatie, acties binnen de organisatie, ... De terugkoppeling van het dossier gebeurt naar de betrokkenen zodat ze op de hoogte zijn van de ondernomen acties.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)
Als ombudsdienst trachten we preventief te werken en vanuit eerdere meldingen acties binnen het ziekenhuis te ondersteunen. Vandaar dat we binnen het ziekenhuis sterk inzetten op patiëntparticipatie. We bekijken dit dus ook ruimer, niet enkel naar de patiënt toe, maar ook naar de familie van de patiënt. Wanneer er geen oplossing uit de bus komt, is het vaak niet eenvoudig om een waardig alternatief te kunnen aanreiken. Hier baseren we ons dan op de alternatieven die ons wettelijk aangereikt worden (zie Patiëntenwet). We ondersteunen de melder in zijn zoektocht totdat er een waardig alternatief gevonden wordt.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst (2)	
Aantal klachtendossiers	313
Aantal infodossiers	117
Aantal proactieve meldingen	89
Aantal opvragingen patiëntendossier	Gebeurt merendeels in ons ziekenhuis via afdeling MZG . Aanvragen via ombudsdienst zelf zitten vervat in het aantal infodossiers 20 van de 117
Aantal 'andere' = pluim	9

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

83 van de **313** klachten zijn gerelateerd aan de Patiëntenrechtenwet. Het is vaak voorkomend dat in één melding er verwezen wordt naar meerdere type van inbreuken. Daarom is de optelsom in onderstaande tabel hoger dan het aantal meldingen. In onze interne registratie maken we ook een onderscheid tussen de arts, de verpleegkundige, de paramedicus en andere medewerkers waar de melding over gaat. De cijfers hier onder zijn op een som van de verschillende categorieën.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	49
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	34
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	63
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	20
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	18
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
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)	3
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	2

Tabellen/grafieken; klachtenratio:

klachtenratio	AANTAL MELDINGEN					AANTAL CONTACTEN					RATIO				
	'21	'22	'23	'24	'25	'21	'22	'23	'24	'25	'21	'22	'23	'24	'25
OPNAMES	115	118	109	97	99	10985	11527	11336	11337	11159	1,05%	1,02%	0,96%	0,86%	0,86%
DAG OPNAMES	9	8	21	13	23	21170	25152	27755	27755	29070	0,04%	0,03%	0,07%	0,05%	0,08%
SPOED CONTACTEN	70	82	71	62	58	22693	25083	24313	25152	25873	0,31%	0,33%	0,29%	0,25%	0,23%
POLIKLINIEK	62	73	83	83	112	129129	136235	198424	208182	215580	0,04%	0,05%	0,04%	0,04%	0,05%

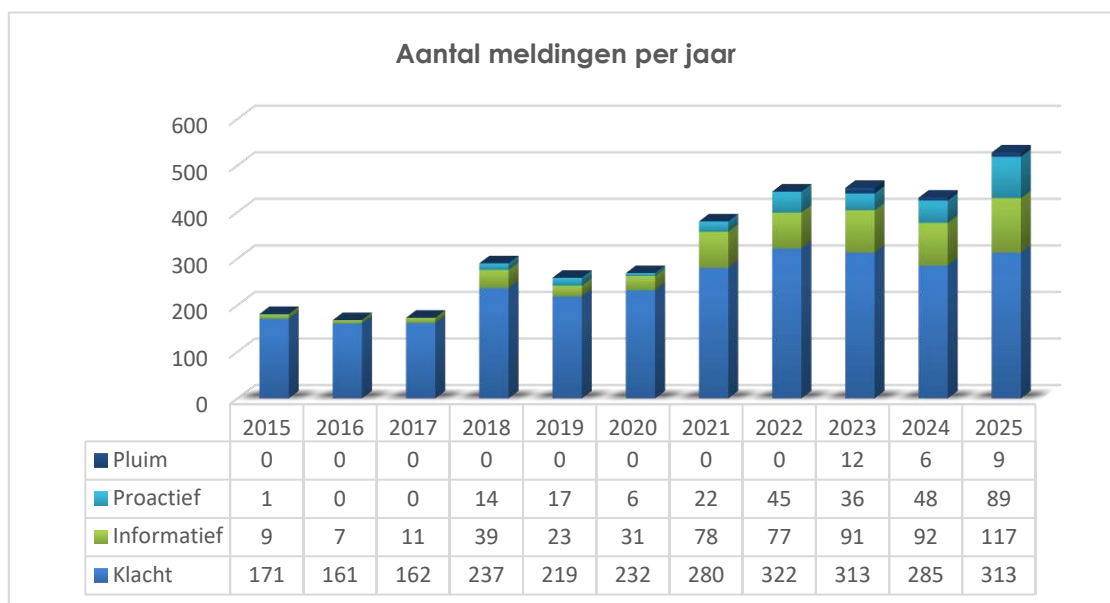
De voorbije 5 jaar blijft de klachtenratio over het algemeen **laag**. Bij **opnames** en **spoed** zien we een **gestage daling** van de klachtenratio. **Polikliniek** houdt de ratio stabiel rond **0,04–0,05%**, ondanks een sterke groei in het aantal contacten. **Dagopnames** schommelen, met een lichte **stijging** van de ratio in 2025.

Sterke punten; duidelijke kwaliteitsevolutie (lagere ratio) bij opnames en spoed. Polikliniek, hier blijft capaciteit en kwaliteit in balans.

Aandachtspunten: dagopnames kent een lichte ratio-stijging in 2025. Gericht opvolgen van piekmomenten en doorlooptijd patiënt alsook patiënten communicatie kan helpen de ratio opnieuw te drukken.

Algemeen genomen is de klachtenratio laag en dalend bij opnames en spoed. Polikliniek ratio houdt stand ondanks volumepiek (aantal contacten stijgt).

Het aantal meldingen per jaar blijft de laatste jaren status quo. Doch groeien hierin het aantal informatieve en proactieve meldingen sterk. (2025: 39% t.a.v. 2024: 32 %) De melder heeft nood aan informatie over zijn rechten als patiënt maar ook collega's binnen ons ziekenhuis hebben nood aan een luisterend oor.



Op een totaal van **528** meldingen waren er **313 klachten**, **117 informatie- of adviesvragen**, **89 proactieve meldingen** door medewerkers van het ziekenhuis en **9 meldingen** over **positieve ervaringen** die we omschrijven als een pluim voor de organisatie en betrokken zorgverleners.

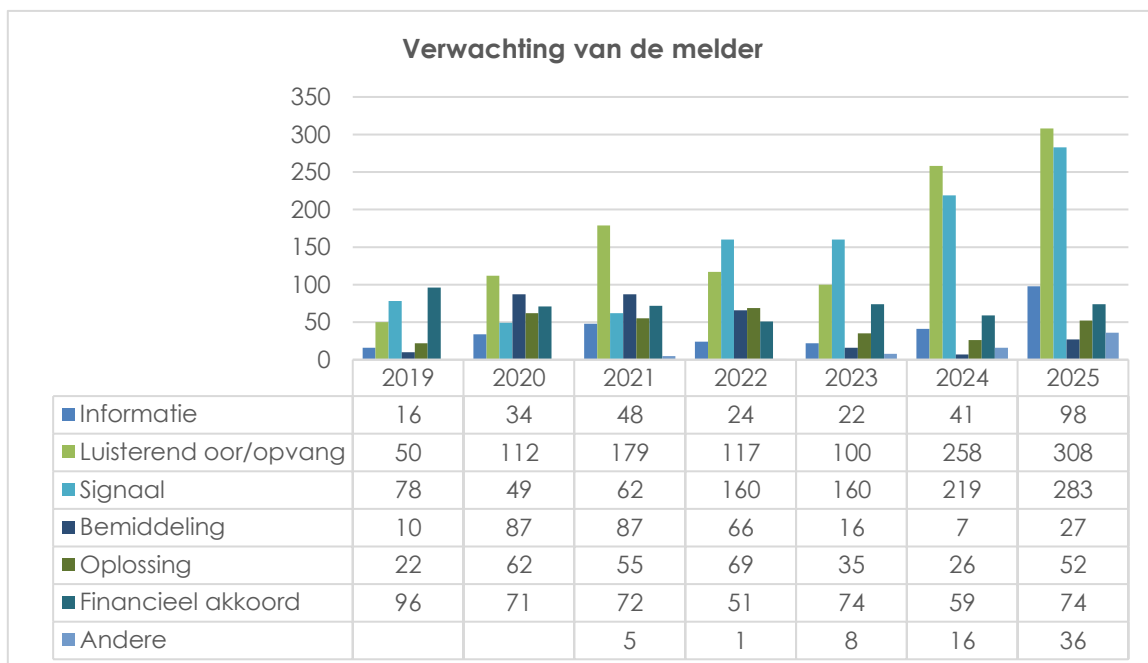
Van het totale aantal waren er **83 klachten gerelateerd met de Rechten van de Patiënt** en de overige 230 klachten handelden over andere zaken.

Als ombudspersoon nemen we hier een luisterende houding aan en patiënt en familie de tijd en ruimte geven om hun verhaal te brengen of hun informatie verschaffen over onduidelijkheden. Bij de zorgverleners blijft de nood toenemen om een proactieve melding te maken, wanneer het contact met de patiënt en zijn/haar familie niet verlopen is zoals ze gewenst hadden. Het feit dat er ook naar hen geluisterd wordt, is vaak voldoende. Enkel bij een melding van de 'andere' partij gaan we met de melding verder aan de slag.

In 2025 heeft de melder **voornamelijk 2 verwachtingen**. Vorige jaren was het vooral een signaal geven, in 2025 is het signaal geven nog altijd belangrijk. Maar ook een luisterend oor en opvang is voor de melder opmerkelijk belangrijk. Ze hopen ook dat dit door hun melding niet meer voorvalt bij henzelf of andere patiënten.

Opvallend in 2025, de informatiemeldingen zitten nog steeds in stijgende lijn. Hierin zitten aanvragen voor medisch dossier verwerkt alsook het registreren van de relatie vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger.

Vragen en/of opmerkingen over de ziekenhuisfactuur blijven ook een belangrijk deel uitmaken van de verwachtingen.



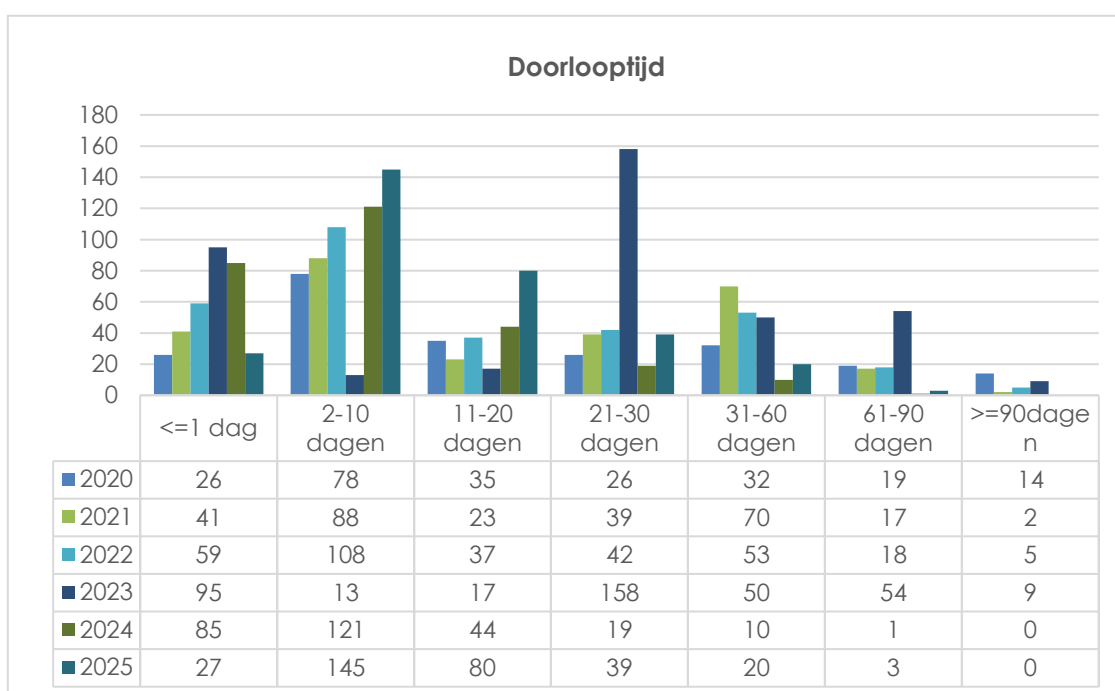
De doorlooptijd is erg variërend, het doel is om de melding zo snel als mogelijk te behandelen, doch dit kan door verschillende factoren verlengd worden.

27 meldingen zijn de dag zelf afgehandeld. Dit betekent dat het om eenvoudige vragen ging waar we als ombudsdienst snel een antwoord of een juiste doorverwijzing konden bieden.

We proberen natuurlijk '*kort op de bal te spelen*', hierdoor zijn de meeste dossiers afgehandeld binnen de 10 dagen (55%). Dit hangt natuurlijk ook af van de respons van de bewuste arts of afdeling. We kunnen hierin stellen dat de respons goed is. Waardoor meer dan de helft van de klachtenmeldingen ook binnen die termijn afgehandeld kan worden.

In het algemeen laten we de melder nog steeds weten dat een dossier mogelijks tussen de 21-30 dagen nodig heeft om afgewerkt te worden. (2 tot 3 weken).

38 % van de meldingen is afgewerkt tussen de 11 dagen en de 30 dagen.



Aanbevelingen

- Het aantal meldingen geeft aan dat mensen nood hebben aan een onafhankelijke instantie om hun vraag of opmerking, bezorgdheid, ... te bespreken en te zoeken naar een antwoord. Door maximaal in te zetten op een goede communicatie en toegankelijke benadering van de patiënt, gaan mensen minder nood hebben aan een contact via ombudsdienst.
- Financiering van onze gezondheidzorg is erg ingewikkeld en moeilijk te begrijpen voor vele patiënten en hun familie. In ziekenhuizen wordt gewerkt aan begrijpbare informatie, van de overheid verwachten we vereenvoudiging en transparantie in de kosten voor gezondheidszorg. Deze aanbeveling nemen we mee van vorig jaar, het blijft ook dit jaar even actueel, gezien we vaststellen dat er een significant aantal meldingen blijft omtrent de facturatie.

Patiënten hebben recht op goede en duidelijke verstaanbare informatie. Nadat alle informatie van belang is overgebracht is het een bijkomend recht van de patiënt om goed geïnformeerde toestemming te geven voor verdere behandeling en zorg. Patiënten zijn tegenwoordig kritische consumenten die geïnformeerd willen zijn over het kostenplaatje verbonden aan hun zorgtraject. Ook de conventiestatus van zorgverleners of de onduidelijkheid hierover blijft zorgen voor heel wat klachten. Als ombudsdienst blijven we dit aankaarten als belangrijk punt.

- Vanuit de vele meldingen op onze dienst, die zijn oorsprong vinden op de dienst spoedgevallen, moeten we vaststellen dat er veel meldingen van spoedgevallen terug te brengen zijn naar de ontevredenheid over de wachttijd. Als ombudsdienst benadrukken we een duidelijke communicatie en respect van zorgverlener naar patiënt en van patiënt naar zorgverlener. Dit maakt sneller en professioneel werken zoveel gemakkelijker. Hierop aanvullend kan ik melden dat sinds december 2025 onze digitale informatieschermen zowel in de boxen als in de wachtzaal van de spoeddienst operationeel zijn. Daarnaast werd in de wachtzaal ook een affiche aangebracht met informatie over de wachttijden. De CEDOCS-score is reeds zichtbaar op de schermen, de weergave van het uitrijden van de MUG-dienst is nog niet operationeel, en zal later nog worden toegevoegd. We hopen dat deze initiatieven zullen bijdragen tot een betere informatievoorziening voor onze patiënten en hun naasten, en dat dit zich het komende jaar zal vertalen in een merkbare daling van meldingen rond wachttijden, onduidelijkheid of communicatie. We volgen dit uiteraard nauwgezet op.
- Om communicatieve misverstanden te vermijden en het ongenoegen bij beide partijen, zorgverlener en patiënt, hier krijgt onze ombudsdienst meer en meer mee te maken, is volgende aanbeveling van belang. Het is nodig om onze zorgverleners bewust te maken en te sensibiliseren om even stil te staan bij elke patiënt, ook al is de werkdruk hoog. Het blijft noodzakelijk om de tijd te nemen voor opname- of intakegesprekken. Het verzamelen van informatie over de patiënt en zijn naasten, gewoonten en bezorgdheden leert veel om op een correcte manier te handelen. En zorgt dan ook voor een bevredigende zorgrelatie en een waarderende verstandhouding om samen het zorgtraject aan te gaan.
- Naar aanleiding van de toenemende agressie t.a.v. onze zorgverleners, hanteren we intern Zenya voor het melden van deze gebeurtenissen. Hier merken we dat deze meldingen niet altijd worden ingegeven door onze zorgverleners. Vandaar dat we het belangrijk vinden om hier rond eventueel ook een campagne te voeren intern voor meer bekendheid en het belang hiervan. Hieraan gekoppeld ijveren we voor een algemeen agressiemeldpunt voor alle zorgverleners uit Vlaanderen. Alsook een lancering van een overheids campagne rond respectvol omgaan en je plichten als patiënte t.a.v. de zorgverleners.

- Andere meldingen die op de ombudsdienst toekomen, gaan over de samenwerking met de eerste lijn. We willen deze samenwerking verder uitbouwen en elkaar ondersteunen om de patiëntenzorg beter te laten verlopen, zowel ambulant als tijdens de opname en in voorbereiding van een ontslag. Op die manier heeft iedereen de kans om de zorg te ontvangen die nodig is, op de juiste plek en binnen een verantwoorde wachttijd. Empathie, vriendelijkheid, gastvrijheid zijn en blijven elementen van kwaliteitsvolle zorg en maken deel uit van de patiënten beleving
- Het merendeel van onze patiënten is intussen op de hoogte en vertrouwd met het feit dat hun patiëntengegevens digitaal worden verzameld en gedeeld. Toch blijft onze ombudsdienst vragen toegestuurd krijgen van patiënten omtrent wie heeft toegang tot mijn dossier? Privacy van patiëntengegevens is nog iets wat mensen zorgen baart...Wat wordt er door de dokter genoteerd in mijn dossier en ben ik het hier mee eens? Soms wensen patiënten dat er bepaalde gegevens geschrapt worden of gecorrigeerd worden. Of wensen gevoelige informatie af te schermen.

Er is dan ook, een dringende sensibiliseringscampagne nodig die zorgverleners leert om gegevens van collega's niet zonder meer over te nemen. Iedere zorgverlener heeft nog altijd eigen onderzoekplicht en analyse. Het feitelijk noteren zonder oordelen zou een belangrijk verschil maken voor de patiënten.

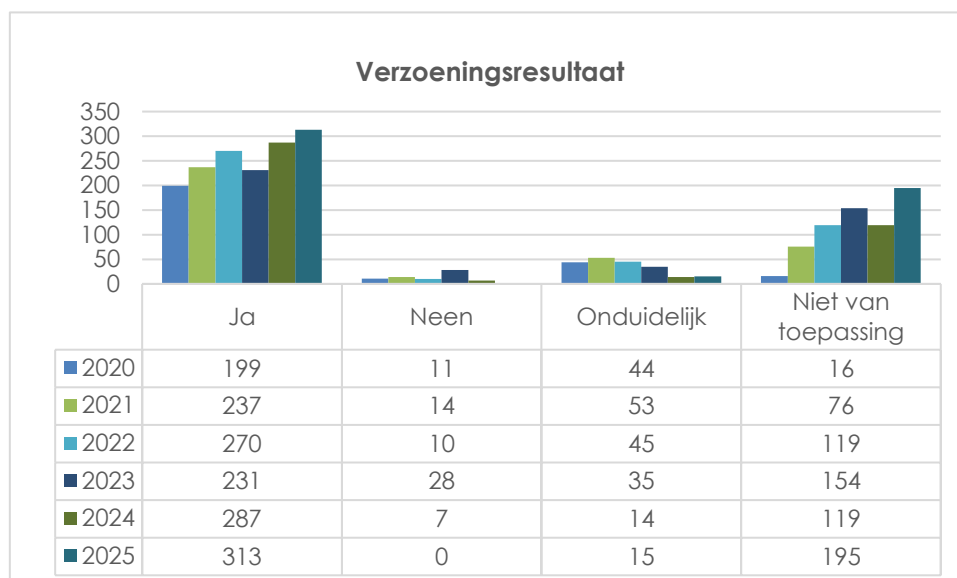
Hieraan gekoppeld is het essentieel dat er ook een infocampagne voor de burgers door de overheid gelanceerd wordt over het bestaan, het gebruik en de opties van het EPD.

- Ook is er nood aan een centraal platform waarin alle mandaten en documenten van de patiënten door de overheid centraal beheerd en verzameld worden. Alsook nood aan een informatiecampagne over de mandaten en hun wettelijke bevoegdheden die eraan verbonden zijn voor zowel patiënten, familie, vertegenwoordigers als voor de zorgverleners.

- **Ons uitgangspunt blijft mensgerichte, veilige en begrijpelijke zorg.**
Door in te zetten op heldere communicatie, kostentransparantie, privacybescherming, participatie, agressiepreventie en sterke samenwerking met de eerste lijn, daalt de nood aan bemiddeling en stijgt het vertrouwen in de zorg.

We vragen dan ook aan de federale en Vlaamse overheden om deze concrete acties te ondersteunen en samen met zorginstellingen en burgers werk te maken van een zorgsysteem waar kwaliteit, respect en duidelijkheid de norm zijn.

Verzoeningsresultaten



In het afhandelen van meldingen kan je als ombudspersoon in de **meeste gevallen** (60%) tot een verzoeningsresultaat komen. De onduidelijke uitkomsten of daar waar het niet mogelijk was, kan je niet anders dan je neerleggen bij het bereikte resultaat. Dit is immers afhankelijk van de betrokkenen en hun mogelijkheid **om begrip** voor ieders situatie **op te brengen** en hiermee aan de slag te gaan.

Bij de **proactieve en informatieve meldingen** is een verzoeningsresultaat niet van toepassing en deze aantallen zijn in 2025 gestegen met 7% t.o.v. 2024.



Jaarverslag PC Dr. Guislain Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Marianne Keppens



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst geestelijke gezondheidszorg.

Dit jaarverslag heeft in eerste instantie als doel om de aanbevelingen en uitdagingen van het afgelopen jaar in kaart te brengen. We gebruiken de artikels van de vernieuwde wet patiëntenrechten als leidraad om deze aanbevelingen en uitdagingen weer te geven. Daarnaast beargumenteren we onze aanbevelingen en uitdagingen met het nodige cijfermateriaal. Wij gebruiken hiervoor het registratiesysteem Go-Between.

Belangrijk om hierbij op te merken is dat we als ombudsdienst de klachten registreren zoals de patiënten ze bij ons aanbrengen. Wij doen niet aan waarheidsbevinding. We raden aan om dit in gedachten te houden bij het lezen van de cijfers. Ook kan het zijn dat een melding betrekking heeft op verschillende rechten terwijl er maar één geregistreerd is.

De aanmeldingen werden door de medewerkers van PC Dr. Guislain in samenwerking met de onafhankelijke ombudspersoon telkens zorgvuldig ter harte genomen. De betrokken zorgverleners waren altijd bereid om het nodige te ondernemen om de zorg en de zorgrelatie te bevorderen.

We hopen alvast dat dit jaarverslag gewikt en gewogen zal worden in de voorziening. Aarzel zeker niet om de ombudspersoon aan te spreken indien er vragen of onduidelijkheden zijn. We willen de directie, medewerkers, patiënten en hun naasten heel erg bedanken voor de constructieve medewerking en het vertrouwen dat ze in ons als ombudsdienst hebben.

Tot slot willen we hier ook nog even vermelden dat dit jaarverslag ook mondeling zal worden toegelicht bij de verantwoordelijken van de voorziening.

Evoluties en aanbevelingen

In 2025 ontving de ombudsdienst 62 meldingen, afkomstig van 55 aanmelders. Dit betekent een stijging van 22 meldingen tov 2024 en 17 tov 2023. Ten opzicht van 2022 gaat het dan weer om een daling van 18 meldingen. De toename van meldingen ten opzichte van 2024 is mogelijks een gevolg van de continuïteit van de ombudspersoon wat een verhoogde zichtbaarheid, vertrouwen en bereikbaarheid met zich meebrengt.

Melders zochten voornamelijk telefonisch (42%), schriftelijk (26%), via direct contact (20%) contact met de ombudsdienst of via de brievenbus (13%).

Hoewel meldingen vaak betrekking hebben op meerdere aspecten van de zorgverlening, werd telkens de belangrijkste betrokken discipline geregistreerd. De psychiater was in 34% van de meldingen de voornaamste betrokkene, in 15 % van de meldingen was dit het afdelingshoofd, gevolgd door de verpleging (10%), en in mindere mate de sociale dienst (6%), de poetsdienst (5%), directie (5%), de administratieve dienst (3%) en de voedingsdienst (3%).

Het merendeel van de meldingen had te maken met kwaliteitsvolle dienstverlening (70%), gevolgd door meldingen over geïnformeerde toestemming (9%), bescherming persoonlijke levenssfeer (9%), recht op informatie (6%), en inzage in patiëntendossier (6%).

We wijzen er hierbij nogmaals op dat wij als ombudsdienst de klachten registreren zoals de patiënten ze bij ons aanbrengen. Wij doen niet aan waarheidsbevinding. We raden aan om dit in gedachten te houden bij het lezen van de cijfers. Ook kan het zijn dat een melding betrekking heeft op verschillende rechten terwijl er maar één geregistreerd is.

Aanbevelingen aan de voorziening

Recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking (art.5)

- De vernieuwde wet patiëntenrechten benadrukt het belang van dialoog en samenwerking tussen patiënt en gezondheidszorgbeoefenaar. De dialoog heeft als doel de zorg maximaal af te stemmen op de levensdoelen en waarden van de patiënt, binnen de grenzen van de therapeutische vrijheid van de zorgverlener (art. 4 KW). Een voorwaarde voor een dergelijke samenwerking is informatie op maat van de patiënt en voldoende tijd en ruimte om naar elkaar te luisteren. Vanuit een wederzijds begrip van elkaars visie en bekommernissen wordt er gekomen tot een gezamenlijke beslissing m.b.t. het zorgtraject. Ook bij het beëindigen van een traject, het overplaatsen naar een andere afdeling of voorziening, of het weigeren van een opname, is het belangrijk om, waar mogelijk, de patiënt te betrekken in de beslissing. Is dit niet mogelijk dan is het belangrijk om de patiënt zo goed mogelijk te informeren over de gemaakte overwegingen. Heldere en tijdige communicatie hierover kan houvast bieden en bijdragen aan een beter begrip van het verdere zorgverloop.
- In 2025 werd de nieuwe beschermende observatiemaatregel ingevoerd. Uit de meldingen van het afgelopen jaar blijkt dat sommige patiënten de maatregel als verwarrend ervaren. Patiënten vragen naar duidelijkheid, zowel over de procedure als over de medische observaties die de nood aan een opname aantonen. Transparante communicatie over de motivering, de evolutie tijdens de opname en de mogelijkheden binnen de beschermende observatiemaatregel, zijn belangrijk om te voorkomen dat patiënten deze bescherming

ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. De ombudspersoon zal in 2026 de nieuwe brochure die de wetgeving op een toegankelijke manier toelicht (zie voorwoord) op de relevante afdelingen beschikbaar maken en toelichten als een tool voor zorgverleners om patiënten te helpen overzicht te krijgen en houden over het hoe, wat en waarom van de beschermende observatiemaatregel.

- De ombudsdienst kreeg in 2025 een aantal meldingen van naasten van patiënten over de mate waarin zij geïnformeerd en betrokken werden in de zorg van hun dierbare en/of de manier waarop er met hen werd omgegaan door zorgverleners. Het beroepsgeheim van zorgverleners, het gegeven dat ook minderjarigen houder zijn van hun patiëntenrechten (wanneer zij daartoe in staat worden geacht door een arts) én het belang van de vertrouwensband met de patiënt, zorgen er soms voor dat naasten weinig tot geen informatie krijgen over de zorg van hun dierbare. Dit wordt door sommige naasten als onrespectvol en afwimpelend ervaren en zet hun vertrouwen in de zorg onder druk. Duiding en reflectie over wat wel en niet kan gezegd worden in gesprek met naasten kan hierbij helpen. Het kan een belangrijke rol spelen in het behouden van het vertrouwen van naasten in de zorg en (waar mogelijk) de verdere opvolgen van het zorgtraject na een opname. De ombudspersoon kan de nodige ondersteuning bieden aan zorgverleners om hierover na te denken.

Recht op vertrouwenspersoon (art. 11/1)

- Uit de infosessies, zowel aan zorgverleners als aan zorgvragers, blijkt nog regelmatig dat de wettelijke steunfiguren van vertrouwenspersoon en wettelijke vertegenwoordiger onvoldoende gekend zijn: Hoe aanduiden? Wat is hun rol en mandaat? Wat is het verschil tussen een wettelijk vertegenwoordiger en een bewindvoerder? ... Dit thema zal ook in 2026 een aandachtspunt blijven in de infosessies en vormingen.

Algemeen besluit

De ombudsdienst is één van de kanalen die bijdragen aan een zo goed mogelijke zorg. Dit staat of valt met de samenwerking tussen zorgverleners, zorgvragers en de ombudsdienst. De ombudsdienst is zowel de zorgverleners als de zorgvragers dankbaar voor de grote bereidheid tot samenwerking, reflectie, herbekijken van situaties en het opnemen van de respectievelijke verantwoordelijkheden.

Aanmeldingen (go between)

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 09/01/2025, de laatste op 31/12/2025. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 62, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 60.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	80	45	40	62
aanmelders	74	43	38	55

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	40		62	
aanmelders	38		55	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	28	87,50	44	73,33
<i>binnen de week</i>	2	6,25	11	18,33
<i>binnen de twee weken</i>	1	3,12	2	3,33
<i>binnen de vier weken</i>	1	3,12	2	3,33
<i>later dan vier weken</i>	-	-	1	1,66
totaal	32	100	60	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	8	20,00	1	1,61
<i>1 contact</i>	18	45,00	33	53,22
<i>2 contacten</i>	11	27,50	25	40,32
<i>3 contacten</i>	1	2,50	3	4,83
<i>meer dan 3 contacten</i>	2	5,00	-	-
totaal	40	100	62	100
grootste aantal contacten bij 1	5		3	

aanmelding				
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten meldingen zonder verwijzingen	33		60	

De **62** meldingen (2025) komen van in totaal 55 melders.

Aantal meldingen versus aantal melders				
	melders		meldingen	
Categorie	n	%	n	%
4	1	1,81	4	6,45
2	4	7,27	8	12,90
1	50	90,90	50	80,64
totaal	55	100	62	100

Initiële melder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	35	87,50	50	80,64
groep patiënten	2	5,00	5	8,06
andere	3	7,50	7	11,29
totaal	40	100	62	100

Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	1	50,00	1	20,00
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	1	50,00	4	80,00
totaal	2	100	5	100

grootste groep	8	19

Initiële melder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	2	66,66	6	85,71
kennis	-	-	-	-

personeelslid	1	33,33	1	14,28
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	7	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	2	66,66	6	85,71
ten persoonlijke titel	1	33,33	1	14,28
totaal	3	100	7	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	33,33	5	71,42
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	1	14,28
terugkoppeling was niet mogelijk	2	66,66	1	14,28
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	3	100	7	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	-	-	1	50,00
Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	1	50,00	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	1	50,00	-	-
Patiënt is overleden	-	-	-	-
Patiënt is onbereikbaar	-	-	1	50,00
totaal	2	100	2	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	3	9,09	4	6,66
neen	30	90,90	56	93,33
totaal	33	100	60	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	9	22,50	12	19,35
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	7	17,50	16	25,80
telefonisch	21	52,50	26	41,93
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	3	7,50	8	12,90
totaal	40	100	62	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	1	2,50	9	14,51
Luisterend oor	9	22,50	8	12,90
Signaal	10	25,00	17	27,41
Bemiddeling: pendeldiplomatie	12	30,00	24	38,70
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	2	5,00	4	6,45
Financieel akkoord: schadeclaim	1	2,50	-	-
Financieel akkoord: betwisting factuur	1	2,50	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	1	2,50	-	-
Sanctie/represaille	1	2,50	-	-
Andere	2	5,00	-	-
totaal	40	100	62	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	1,61
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	32	80,00	51	82,25
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	7	17,50	10	16,12
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	1	2,50	-	-
totaal	40	100	62	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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	8	20,00	2	3,22
psychiater	13	32,50	21	33,87
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	3	7,50	6	9,67
persoonlijke begeleider	1	2,50	1	1,61
sociale dienst	1	2,50	4	6,45
psycholoog	1	2,50	1	1,61
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	1	1,61
diëtist	1	2,50	1	1,61
multidisciplinair team	-	-	1	1,61
administratieve dienst	-	-	2	3,22
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	4	10,00	2	3,22
poetsdienst	1	2,50	3	4,83
directie	1	2,50	3	4,83
bewindvoerder	-	-	1	1,61

ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
beleid	1	2,50	-	-
afdelingsverantwoordelijke	2	5,00	9	14,51
andere	3	7,50	4	6,45
totaal	40	100	62	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	36	90,00	53	85,48
algemene vraag los van patiëntenrecht	4	10,00	9	14,51
totaal	40	100	62	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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	1	11,11
juridisch	-	-	1	11,11
financieel	-	-	1	11,11
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	3	75,00	-	-
patiëntenrechten	-	-	1	11,11
andere	1	25,00	5	55,55
totaal	4	100	9	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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	25	69,44	37	69,81
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	2,77	-	-
3. informatie	2	5,55	3	5,66
4. geïnformeerde toestemming	4	11,11	5	9,43
5. inzage patiëntendossier	1	2,77	3	5,66
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	2	5,55	5	9,43
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	2,77	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	36	100	53	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	7	29,16	10	26,31
1.2. goede behandeling/begeleiding	2	8,33	11	28,94
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	4,16	5	13,15
1.4. goede hotelservice	12	50,00	11	28,94
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	2	8,33	1	2,63
totaal	24	100	38	100

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	14,28	4	40,00
correcte omgangsvormen	6	85,71	5	50,00
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	1	10,00
totaal	7	100	10	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	2	18,18
medicatie	-	-	1	9,09
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	1	9,09
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	2	18,18
overplaatsing naar andere afdeling	1	50,00	2	18,18
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	1	50,00	3	27,27
totaal	2	100	11	100

Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	1	100,00	3	60,00
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	2	40,00
totaal	1	100	5	100

1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	5	41,66	4	36,36
infrastructuur/accommodatie	1	8,33	3	27,27
hygiëne	1	8,33	1	9,09
veiligheid persoon	1	8,33	-	-
veiligheid goederen	3	25,00	2	18,18
wifi	1	8,33	-	-
andere	-	-	1	9,09
totaal	12	100	11	100

1.5. Betalende diensten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publfoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	-	-	1	100,00
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	2	100,00	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	33,33
duur	-	-	1	33,33
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	2	100,00	1	33,33
totaal	2	100	3	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

medicatie informatie	1	33,33	2	40,00
medicatie toestemming	2	66,66	3	60,00
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	3	100	5	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	1	33,33
termijn overschreden	1	100,00	1	33,33
inhoud dossier	-	-	-	-
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	1	100	3	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	50,00	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-

territoriale privacy	1	50,00	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	1	20,00
andere	-	-	4	80,00
totaal	2	100	5	100

7. Recht op klachtenbemiddeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (60). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	11	33,33	6	10,16
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	1	3,03	10	16,94
signaleren	7	21,21	25	42,37
coachen	4	12,12	5	8,47
pendelbemiddeling	9	27,27	10	16,94
samenbrengen van de partijen	1	3,03	3	5,08
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	-	-
totaal	33	100	59	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	8	24,24	10	16,66
binnen de week	10	30,30	16	26,66
binnen de twee weken	7	21,21	13	21,66
binnen de vier weken	4	12,12	9	15,00
later dan vier weken	4	12,12	12	20,00
totaal	33	100	60	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	5	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. 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederichter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Jaarverslag 2025

Psychotherapeutisch en Psychiatrisch
Centrum Pittem

*Onafhankelijke Ombudsdienst
Geestelijke Gezondheidszorg*

Floor Inghelbrecht



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De Wet op de Patiëntenrechten van augustus 2022 (gewijzigd door de Wet van 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse Overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten informeren over hun mogelijkheden om een klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Patiënten informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren ten aanzien van voorzieningen.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal uitgebracht worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien. OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On! Dit is een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG

Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

INHOUD

Over OOGG	2
Voorwoord	3
1. Inleiding	6
2. Werking ombudsdienst.....	7
3. Aanbevelingen en uitdagingen	8
3.1. Algemeen.....	8
3.2. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (artikel 5 Wet Patiëntenrechten)	9
3.3. Het recht op inzage of afschrift van een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (artikel 9 Wet Patiëntenrechten).....	11
4. Aanmeldingen.....	12
4.1. Aanmeldingen en aanmelders	12
4.2. Vorm van aanmelden.....	15
4.3. Inhoud van de aanmelding	17
4.4. Hoofdinterventie.....	27
4.5. Afsluiting.....	28
5. Besluit.....	30

1. Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG) voor het Psychotherapeutisch en Psychiatrisch Centrum Pittem. Dit jaarverslag heeft in eerste instantie tot doel de aanbevelingen en aandachtspunten van het afgelopen jaar in kaart te brengen. Daarbij worden de bepalingen van de Wet betreffende de Patiëntenrechten als uitgangspunt genomen.

Daarnaast onderbouwt het onderstaande cijfermateriaal de aanbevelingen en uitdagingen die in dit verslag worden geformuleerd. Voor de registratie maken wij gebruik van het registratiesysteem Go Between.

Het is belangrijk te benadrukken dat wij als ombudsdienst de klachten registreren zoals deze door de patiënten bij ons worden aangebracht. Wij doen geen uitspraak over de waarheidsgetrouwheid van de gemelde feiten. Het is dan ook essentieel om dit in gedachten te houden bij het raadplegen van dit verslag. Het verslag wordt bovendien mondeling toegelicht, waarna ruimte wordt gecreëerd voor dialoog en het delen van eventuele vragen of bedenkingen.

Door het formuleren van aanbevelingen trachten wij elementen te belichten waar volgens ons groeimogelijkheden liggen, met als doel de kwaliteit van de zorg verder te optimaliseren.

Tot slot willen wij de directie, medewerkers, patiënten en hun naasten oprecht bedanken voor hun constructieve medewerking en het vertrouwen dat zij in ons als ombudsdienst stellen.

2. Werking ombudsdienst

Binnen het Psychotherapeutisch en Psychiatrisch Centrum Pittem is de ombudsdienst een laagdrempelige en zichtbare partner voor patiënten. Als externe ombudspersoon ben ik wekelijks op maandag aanwezig in het ziekenhuis en daarnaast bereikbaar via mail en telefoon. Tijdens deze aanwezigheid kunnen patiënten en afdelingen contact opnemen voor vragen of een gesprek.m

Wekelijks geef ik een infosessie over patiëntenrechten voor patiënten. Hierbij is ruimte voor uitleg, vragen en discussie. Soms werken we met stellingen om concreet stil te staan bij hoe patiëntenrechten in de praktijk worden toegepast.

Het afgelopen jaar stond in het teken van kennismaking en verbinding. Ik heb veel patiënten en medewerkers leren kennen en blijf de organisatie en haar werking verder ontdekken. Deze kennismakingen versterken het vertrouwen en de samenwerking.

De ombudspersoon luistert, informeert, coacht, verwijst door en bemiddelt waar nodig. Daarnaast heeft de ombudsdienst een preventieve rol: door tijdig in gesprek te gaan en signalen ernstig te nemen, kunnen kleine misverstanden vaak worden omgebogen voordat ze tot klachten leiden. Op die manier ondersteunt de ombudsdienst een open gesprekcultuur en een zorgomgeving waarin respect, betrokkenheid en patiëntenrechten centraal staan.

3. Aanbevelingen en uitdagingen

3.1. Algemeen

Voordat we overgaan tot de aanbevelingen en aandachtspunten, is het belangrijk enkele nuances te benadrukken. Sinds april 2025 ben ik actief als externe ombudspersoon in het ziekenhuis. Dit betekent dat we ons nog in een overgangperiode bevinden. En dit na een tijd waarin de aanwezigheid van de ombudspersoon eerder beperkt was. Mogelijks heeft dit invloed op de geregistreerde cijfers, al is dat niet met zekerheid te zeggen. Indien relevant wordt er een vergelijking gemaakt met het jaar 2024.

In 2025 registreerde de ombudsdienst 38 **aanmeldingen** van 24 verschillende **personen**. 71% kwam van individuele patiënten. De overige 29% werd ingediend door familieleden, partners, kennissen of personeelsleden. Het merendeel van de meldingen – 45% – gebeurde schriftelijk, 34% telefonisch en 21% persoonlijk tijdens het spreekuur of de wekelijkse infosessie over patiëntenrechten. Opvallend is dat er zowel in 2024 als dit jaar geen gebruik werd gemaakt van de brievenbus. Ter vergelijking: in 2024 werd slechts 28% schriftelijk aangebracht, 36% kwam langs op kantoor en 36% deed dit telefonisch.

Wat het **initiële verzoek** van patiënten betreft, valt op dat het geven van een signaal in 2025 het meest voorkwam. In 2024 was dit niet het geval; toen werd vooral de vraag naar pendeldiplomatie gesteld. Bij bijna de helft van de meldingen (47%) was een multidisciplinair team betrokken, in 29% van de gevallen had de melding een link met een psychiater.

3.2. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (artikel 5 Wet Patiëntenrechten)

Het merendeel van de aanmeldingen (64%) heeft betrekking op het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening**, een trend die sinds 2024 zichtbaar is en in 2025 zelfs licht is toegenomen.

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening kan verder worden onderverdeeld in zeven **subcategorieën**:

- Respectvolle bejegening
- Goede behandeling of begeleiding
- Kwaliteitsvol verblijf of wonen
- Goede hotelservice
- Betalende diensten
- Juiste factuur of correct geldbeheer
- Beschermende maatregelen.

In 2025 had 57% van de aanmeldingen betrekking op ‘goede behandeling of begeleiding’, en 29% op ‘respectvolle bejegening’. Deze cijfers laten zien dat patiënten zich vooral richten op de kern van de zorg: de behandeling, begeleiding en de manier waarop zij bejegend worden. Tegelijk tonen ze dat het werk van de ombudsdienst een belangrijke signaalfunctie vervult. Door het registreren, analyseren en bespreken van deze aanmeldingen kunnen we trends herkennen, aandachtspunten identificeren en bijdragen aan een zorgomgeving waarin patiëntenrechten, kwaliteit en betrokkenheid centraal staan.

Hoewel de wijziging van de Wet Patiëntenrechten dateert van 2024, blijft de toepassing van de nieuwe uitgangspunten actueel en belangrijk. In dit kader verdient de manier waarop patiënten en zorgverleners met elkaar in dialoog gaan bijzondere aandacht.

Een fundamenteel aspect van kwaliteitsvolle dienstverlening is de dialoog tussen patiënt en zorgverlener. Een constructief gesprek maakt het mogelijk om de zorg af te stemmen op de behoeften van de patiënt, binnen de grenzen van de therapeutische vrijheid van de behandelend zorgverlener. Dit vraagt van beide partijen een actieve rol: patiënten delen

relevante informatie en hun eigen wensen, terwijl zorgverleners luisteren, uitleg geven en afwegen hoe zorg het best kan aansluiten bij de patiënt.

In de praktijk botsen patiënten en zorgverleners soms op elkaar. Sommige patiënten hebben de overtuiging dat het team alle beslissingen neemt en dat hun eigen inbreng minder relevant is. Het is de rol van de ombudspersoon om patiënten te ondersteunen om deze overtuigingen te herzien en hen te begeleiden in een constructieve dialoog. Tegelijk is het belangrijk dat zorgverleners voldoende tijd en luisterbereidheid hebben om dit gesprek effectief mogelijk te maken.

Een gelijkwaardige dialoog betekent niet dat patiënt en zorgverlener dezelfde verantwoordelijkheden dragen. De therapeutische vrijheid van de zorgverlener blijft cruciaal, omdat deze verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid omvat voor het resultaat van de zorg.

Patiënten geven daarnaast aan dat beschikbaarheid van de behandelend arts een belangrijke rol speelt in hun gevoel van vertrouwen en herstel. Tegelijk is het belangrijk dat patiënten weten dat zij voor bepaalde vragen ook bij andere zorgverleners terecht kunnen. Helderheid hierover versterkt het vertrouwen en bevordert actieve participatie in het zorgproces.

Aanbevelingen voor de voorziening:

- Zorgverleners voldoende tijd en ruimte geven om in dialoog te gaan met patiënten.
- Scholing voorzien in verbindende communicatie en patiëntgerichte zorg.
- Een open feedbackcultuur verder stimuleren waarin patiënten hun ervaringen vrij kunnen delen.
- Patiënten als volwaardige partners benaderen in hun zorgproces.
- Bewustwording creëren over (onbewuste) vooroordelen binnen teams.
- Verder blijven inzetten op de inbreng van ervaringsdeskundigen om zodoende te achterhalen wat patiënten als respectvolle zorg ervaren.

Door het versterken van deze elementen kan het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking concreet worden ingevuld, waardoor patiënten zich gehoord en betrokken voelen, en de zorgomgeving zowel respectvol als herstelgericht verder kan evolueren.

3.3. Het recht op inzage of afschrift van een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (artikel 9 Wet Patiëntenrechten)

De tweede grootste groep van meldingen is gelinkt aan het recht op inzage of afschrift van het patiëntendossier, ook in lijn met de voorgaande cijfers.

Tijdens gesprekken met de ombudsdienst merken we dat patiënten zich geregeld afvragen wat er precies over hen wordt genoteerd in hun patiëntendossier. Tegelijk zien we dat het opvragen en inzien van het dossier steeds vaker voorkomt. Dit sluit aan bij de bredere beweging van patiëntenparticipatie, waarbij het patiëntendossier wordt gezien als een gezamenlijk werkinstrument van zorgverlener en patiënt.

Een belangrijke **aanbeveling** is om patiënten actief te betrekken bij hun dossier. Concreet kan dit op de volgende manieren:

- Samenvatting van gesprekken: Zorgverleners noteren samen met de patiënt kort de kernpunten van het gesprek, zodat het duidelijk is wat er besproken werd.
- Feedback en correcties: Patiënten krijgen de mogelijkheid om bedenkingen of aanvullingen door te geven die in het dossier kunnen worden opgenomen.
- Toegankelijkheid: Patiënten actief blijven geïnformeerd over hoe en wanneer zij hun dossier kunnen raadplegen

Door deze concrete acties kunnen patiënten niet alleen beter volgen wat er in hun dossier staat, maar draagt dit ook bij aan transparantie, medeverantwoordelijkheid en het voorkomen van misverstanden of klachten.

4. Aanmeldingen

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 8 januari 2025. De laatste op 26 november 2025.

Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 38. Het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 35.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	39	58	25	38
aanmelders	38	41	25	24

Hierna beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2025 met deze van 2024.

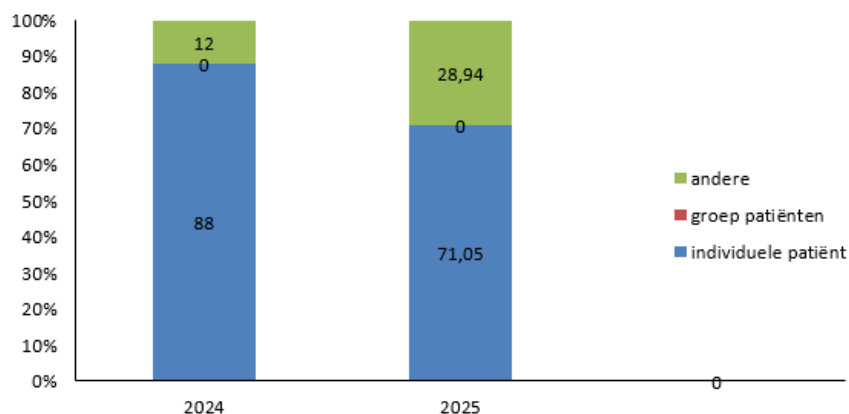
4.1. Aanmeldingen en aanmelders

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Aanmeldingen	25		38	
Aanmelders	25		24	
Tijd tussen aanmelding en eerste persoonlijk contact				
Aantal aanmeldingen met eerste persoonlijk contact op dezelfde datum als de aanmelding	24	96,00	26	68,42
Binnen de week	-	-	12	31,57
Binnen de 2 weken	1	4,00	-	-
Binnen de 4 weken	-	-	-	-
Later dan 4 weken	-	-	-	-
Totaal	25	100	38	100

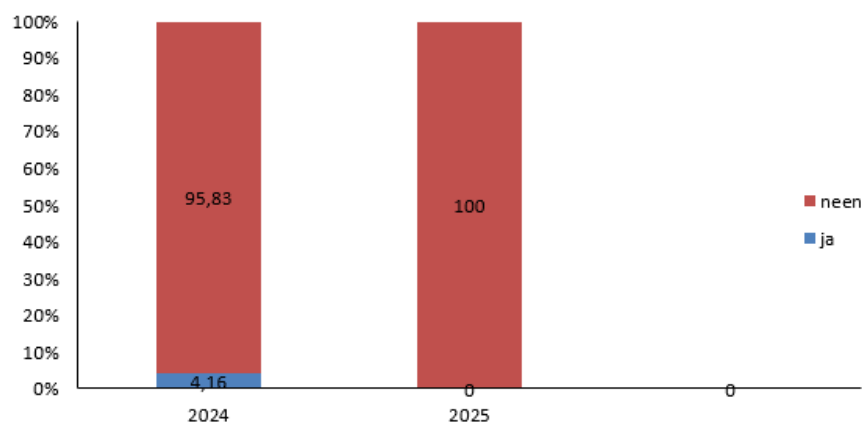
Aantal persoonlijke contacten per aanmelding				
Aantal aanmeldingen met geen enkel contact	-	-	-	-
1 contact	9	36,00	11	28,94
2 contacten	3	12,00	8	21,05
3 contacten	6	24,00	9	23,68
Meer dan 3 contacten	7	28,00	10	26,31
Totaal	25	100	38	100
Grootste aantal contacten bij één aanmelding	9		5	
Verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
Totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	24		35	

De **38** aanmeldingen (2025) komen in totaal van 24 aanmelders.

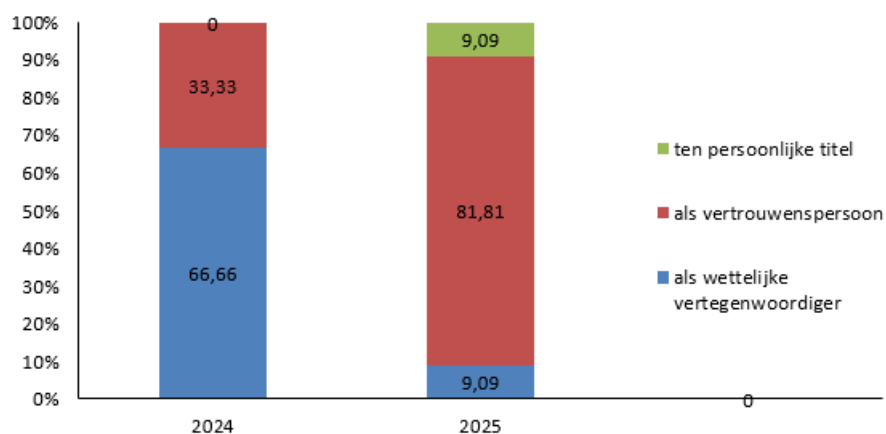
Initiele aanmelder: individueel, groep, andere



Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



Hoedanigheid indien andere



4.2. Vorm van aanmelden

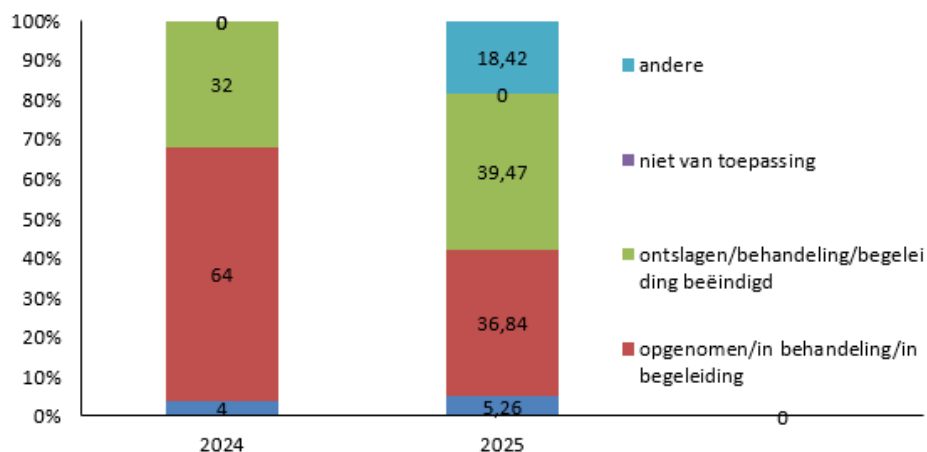
Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Direct contact	9	36,00	8	21,05
Schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	7	28,00	17	44,73
Telefonisch	9	36,00	13	34,21
Chat	-	-	-	-
Algemeen mailadres	-	-	-	-
Schriftelijk: brievenbus	-	-	-	-
Totaal	25	100	38	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	2	8,00	3	7,89
Luisterend oor	8	32,00	2	5,26
Signaal	-	-	19	50,00
Bemiddeling: pendeldiplomatie	13	52,00	5	13,15
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	2	8,00	-	-
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	-	-
Financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	1	2,63

Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	-	-	6	15,78
Sanctie/represaille	-	-	2	5,26
Totaal	25	100	38	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	1	4,00	2	5,26
Opgenomen/in behandeling/in begeleiding	16	64,00	14	36,84
Ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	8	32,00	15	39,47
Andere	-	-	7	18,42
Totaal	25	100	38	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



4.3. Inhoud van de aanmelding

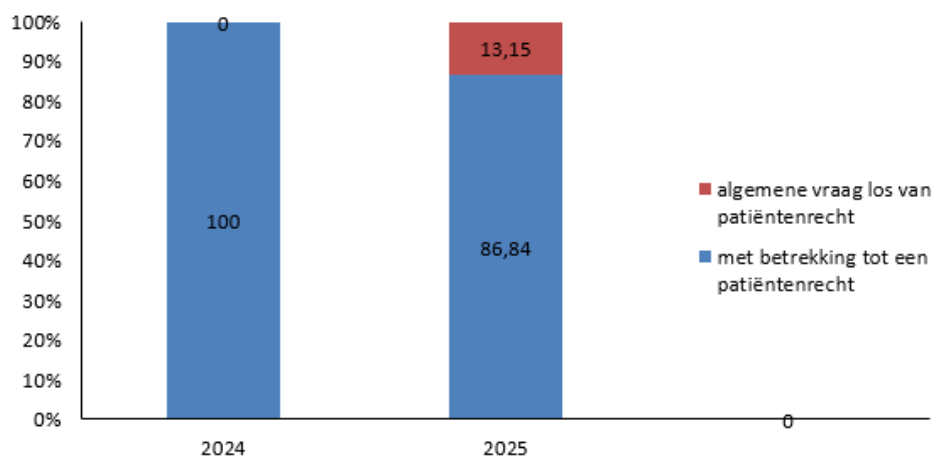
Ook al heeft een aanmelding soms betrekking op meerdere disciplines, toch wordt er slechts één (de belangrijkste, vooral vanuit het perspectief van de patiënt) geregistreerd.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Geen	-	-	1	2,63
Psychiater	13	52,00	11	28,94
Huisarts	-	-	-	-
Andere arts	-	-	-	-
Apotheker	-	-	-	-
Verpleging	3	12,00	2	5,26
Persoonlijke begeleider	-	-	-	-
Sociale dienst	1	4,00	-	-
Psycholoog	-	-	1	2,63
Therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	-	-
Diëtist	-	-	-	-
Multidisciplinair team	1	4,00	18	47,36
Administratieve dienst	3	12,00	-	-
Technische dienst	-	-	3	7,89
Voedingsdienst	2	8,00	-	-
Poetsdienst	-	-	-	-

Directie	-	-	-	-
Bewindvoerder	-	-	-	-
Ombudspersoon	-	-	-	-
Wasserij	-	-	-	-
Beleid	-	-	-	-
Afdelingsverantwoordelijke	-	-	1	2,63
Andere	2	8,00	1	2,63
Totaal	25	100	38	100

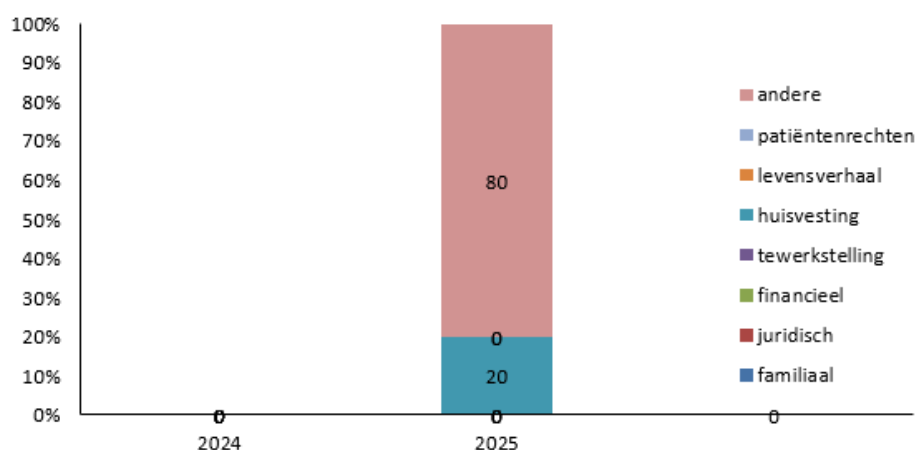
In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen. Elke aanmelding heeft ofwel betrekking op één patiëntenrecht, ofwel betreft het één algemene vraag los van patiëntenrechten.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



Hieronder worden de soorten algemene vragen los van de patiëntenrechten weergegeven. Per aanmelding wordt slechts één categorie geregistreerd.

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



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

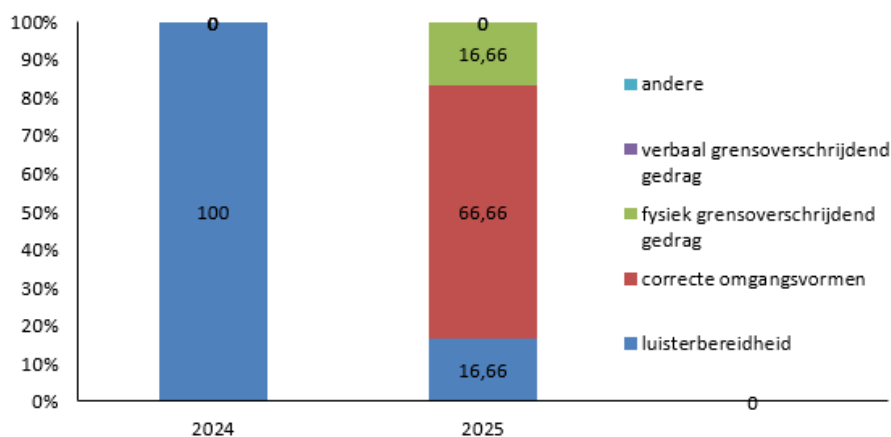
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. Kwaliteitsvolle dienstverlening	13	52,00	21	63,63
2. Vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	3,03
3. Informatie	1	4,00	3	9,09
4. Geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. Inzage patiëntendossier	6	24,00	6	18,18
6. Bescherming persoonlijke levenssfeer	5	20,00	2	6,06
7. Klachtenbemiddeling	-	-	-	-

8. Wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. Vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. Pijnbestrijding	-	-	-	-
Totaal	25	100	33	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. Respectvolle bejegening	1	7,69	6	28,57
1.2. Goede behandeling/begeleiding	4	30,76	12	57,14
1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	15,38	-	-
1.4. Goede hotelservice	4	30,76	2	9,52
1.5. Betalende diensten	-	-	-	-
1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer	2	15,38	1	4,76
1.7. Beschermende maatregelen	-	-	-	-
Totaal	13	100	21	100

1.1. Respectvolle bejegening

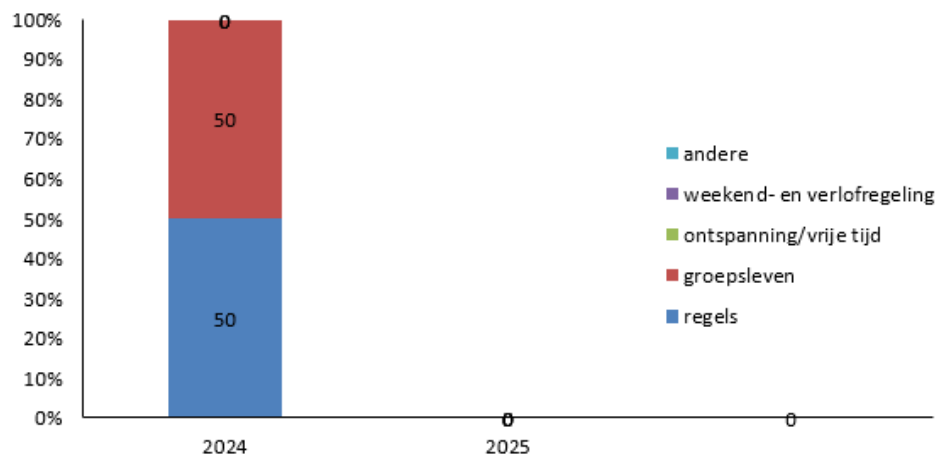


1.2. Goede behandeling/begeleiding

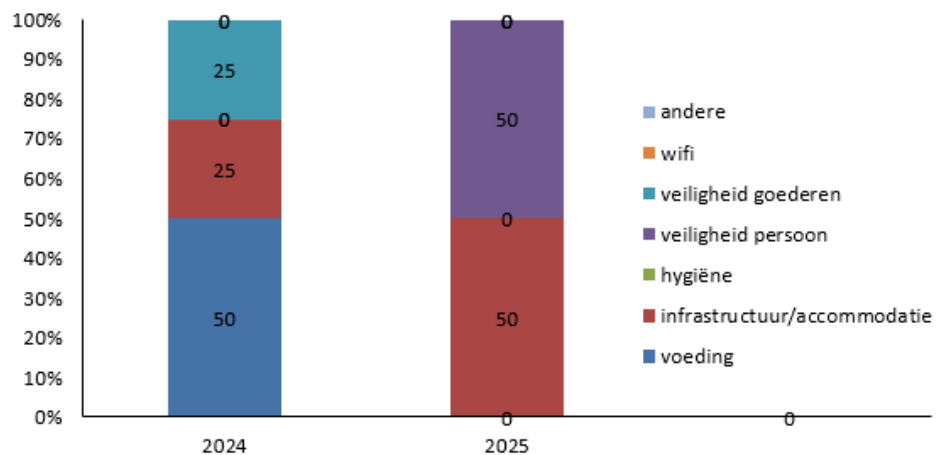
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Diagnose	-	-	1	8,33
Somatische verzorging	1	25,00	-	-
Medicatie	-	-	2	16,66
Individuele therapie	-	-	-	-
Groepstherapie	-	-	1	8,33
Voldoende beschikbaarheid	1	25,00	1	8,33
Betrokkenheid familie	-	-	2	16,66
Start opname/behandeling/begeleiding	1	25,00	2	16,66
Beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	25,00	3	25,00
Overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
Overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-

Andere	-	-	-	-
Totaal	4	100	12	100

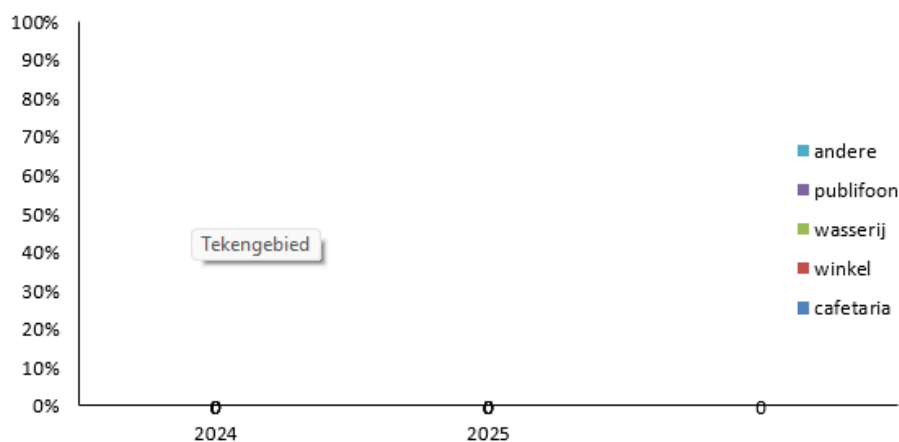
1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen



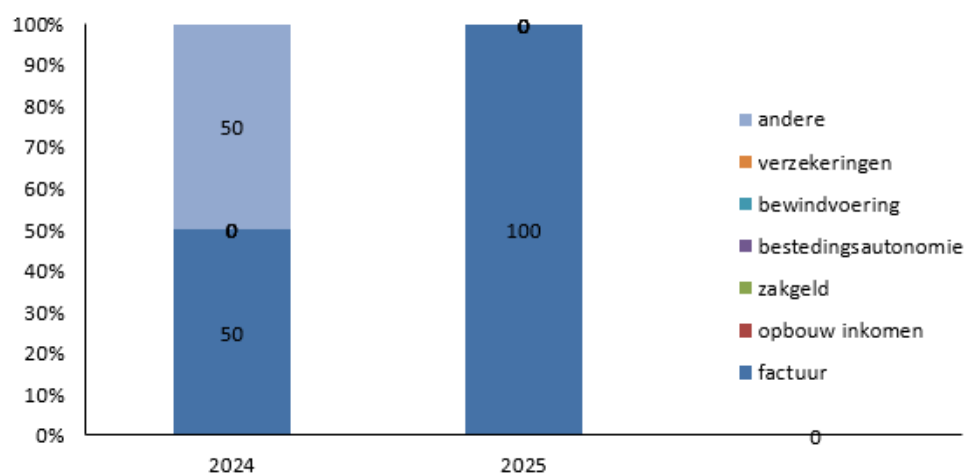
1.4. Goede hotelservice



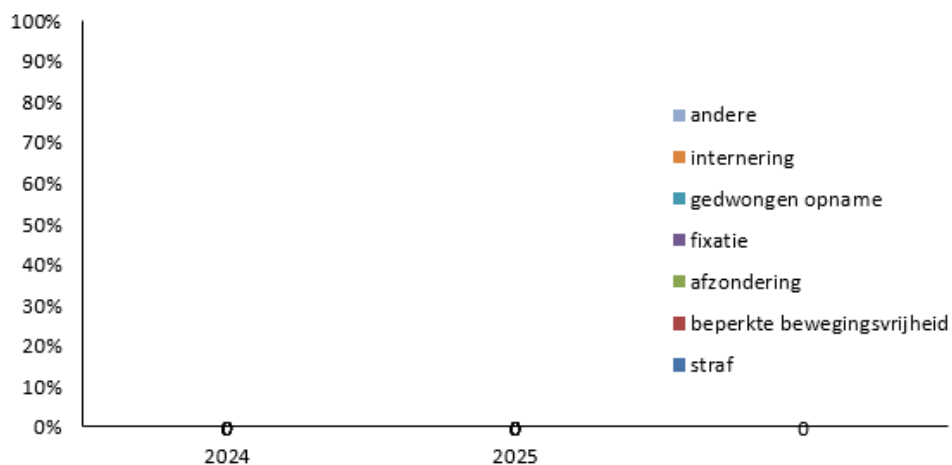
1.5. Betalende diensten



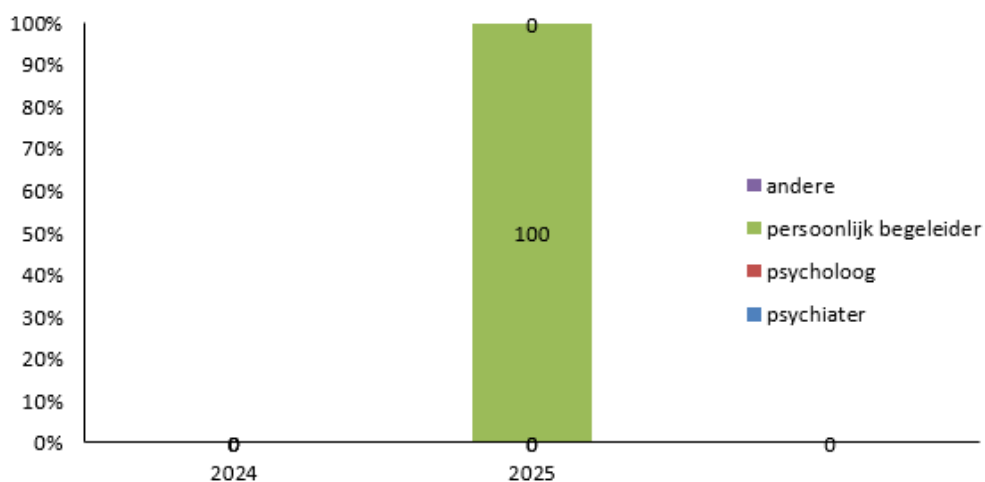
1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer



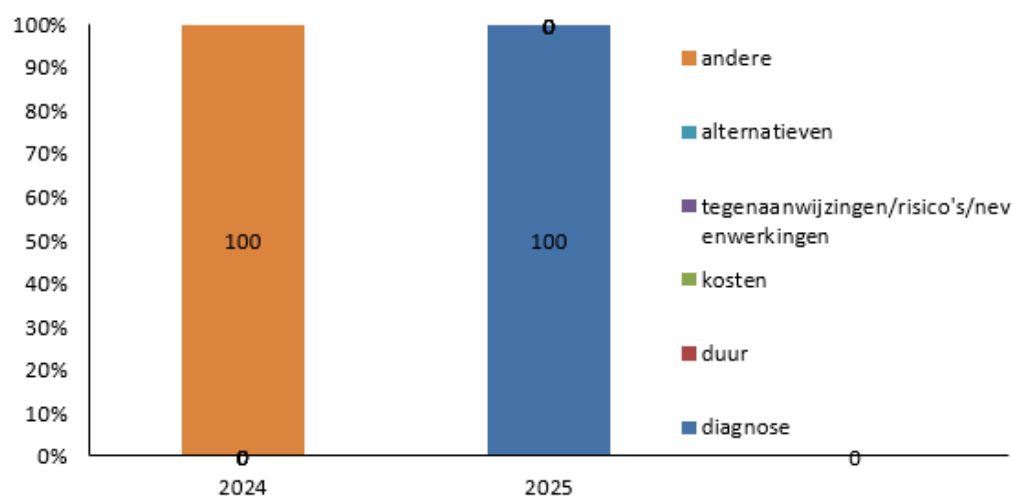
1.7. Beschermende maatregelen



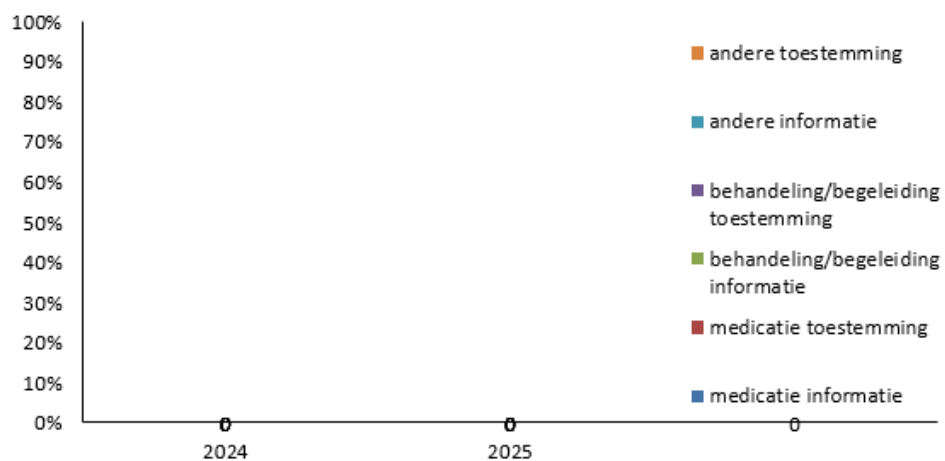
2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar



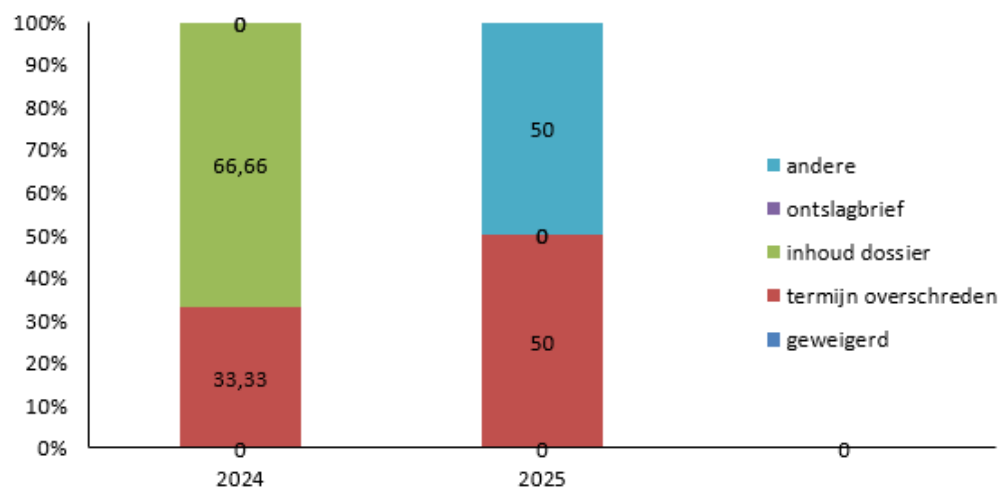
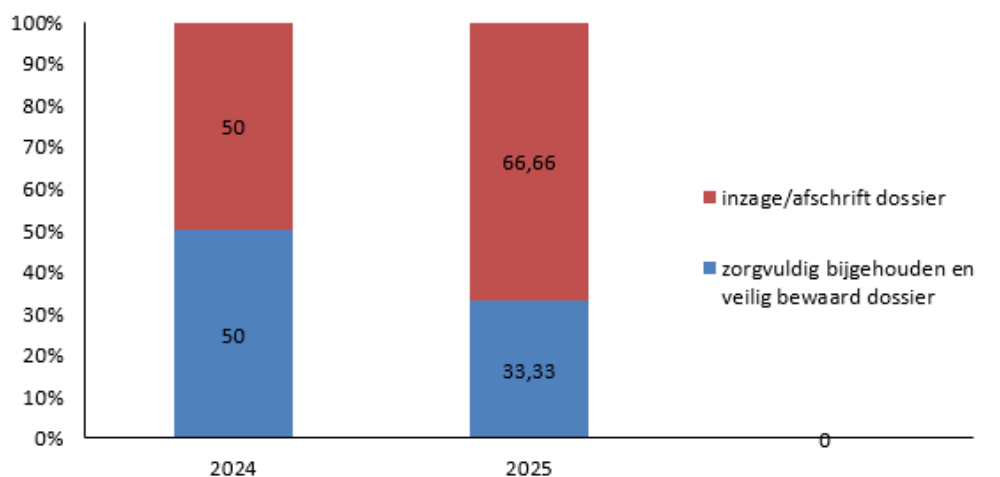
3. Recht op informatie



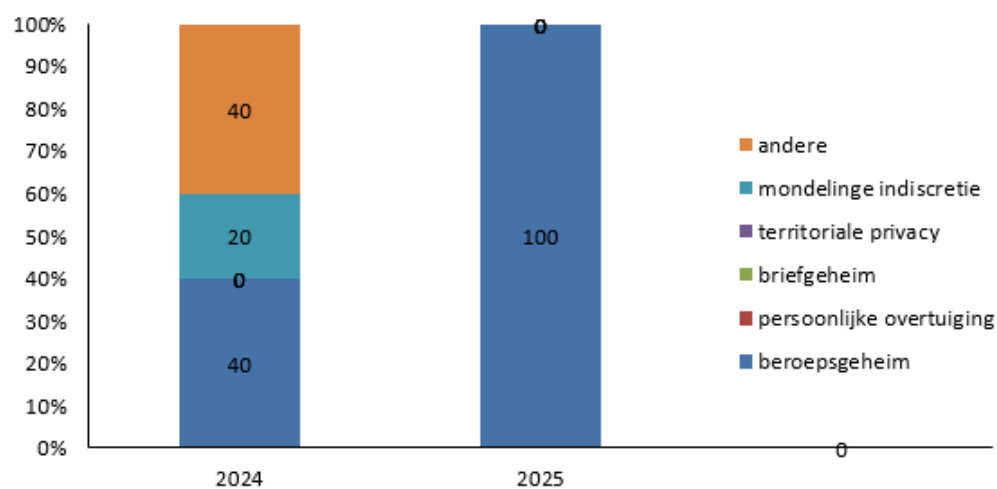
4. Recht op geïnformeerde toestemming



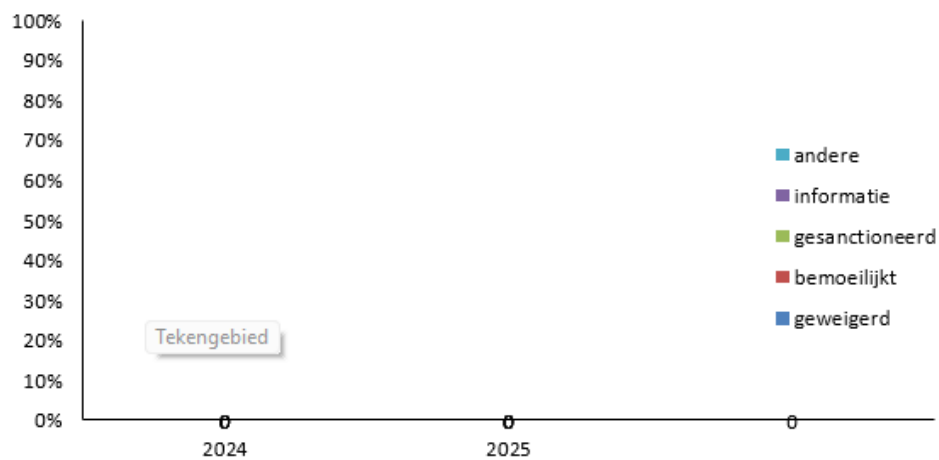
5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier



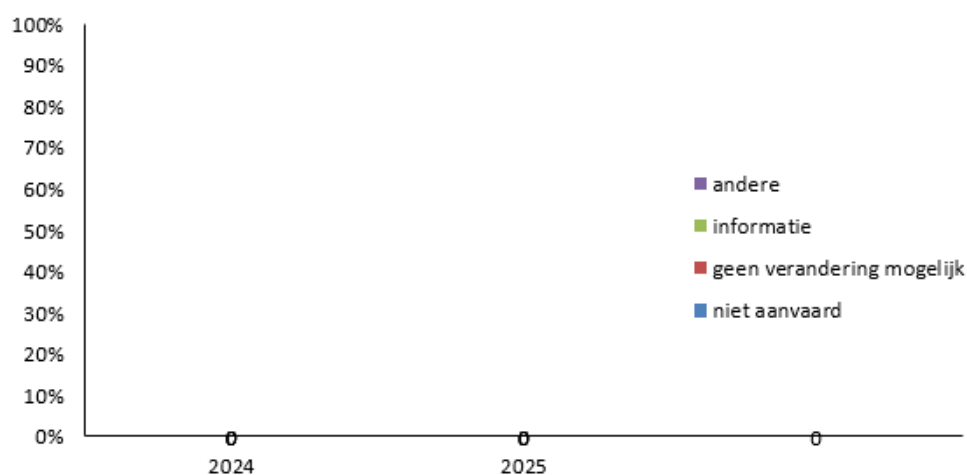
6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer



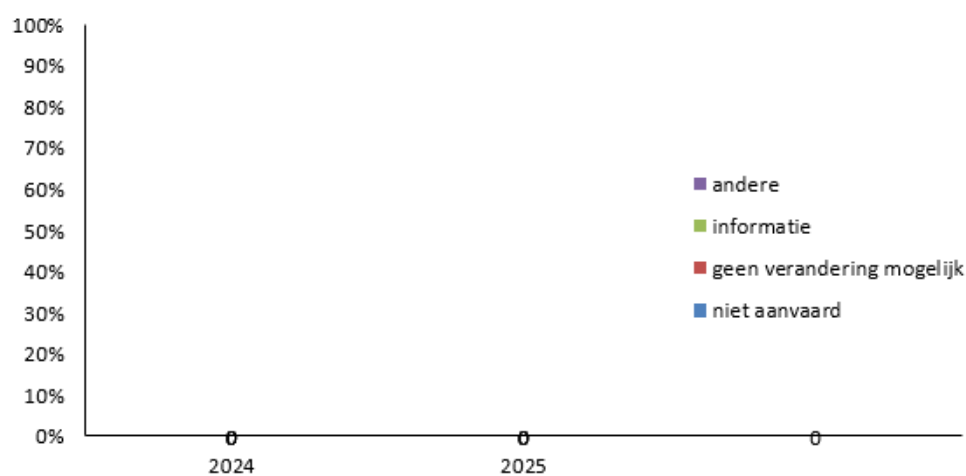
7. Recht op klachtenbemiddeling



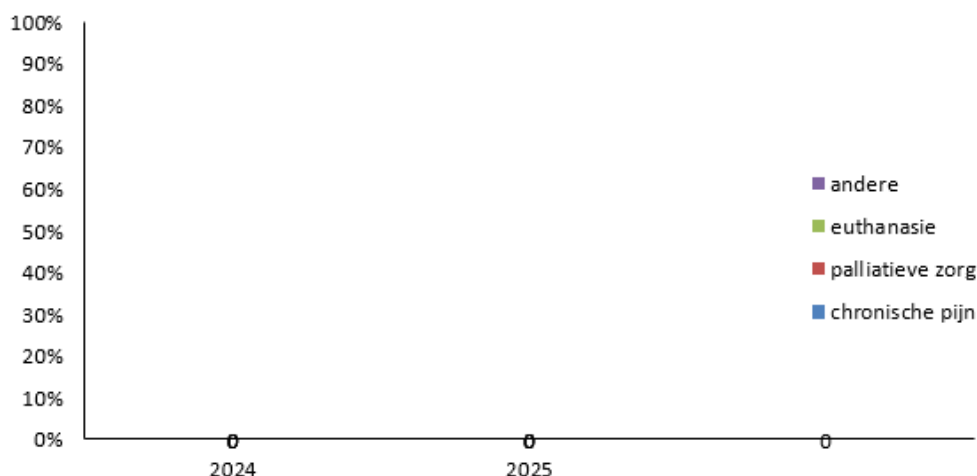
8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger



9. Recht op een vertrouwenspersoon



10. Recht op pijnbestrijding



4.4. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen (35). 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 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. We registreren slechts de belangrijkste interventie en dus niet alle die er eventueel aan vooraf gaan.

Hoofdinterventie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Luisteren	10	41,66	16	45,71
Doorverwijzen intern	-	-	4	11,42
Doorverwijzen extern	-	-	1	2,85
Informeren	1	4,16	2	5,71

Signaleren	-	-	-	-
Coachen	-	-	1	2,85
Pendelbemiddeling	11	45,83	11	31,42
Samenbrengen van de partijen	2	8,33	-	-
Verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	-	-
Totaal	24	100	35	100

4.5. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Op dezelfde datum als de aanmelding	9	37,50	3	8,57
Binnen de week	5	20,83	12	34,28
Binnen de twee weken	8	33,33	6	17,14
Binnen de vier weken	-	-	5	14,28
Later dan vier weken	2	8,33	9	25,71
Totaal	24	100	35	100

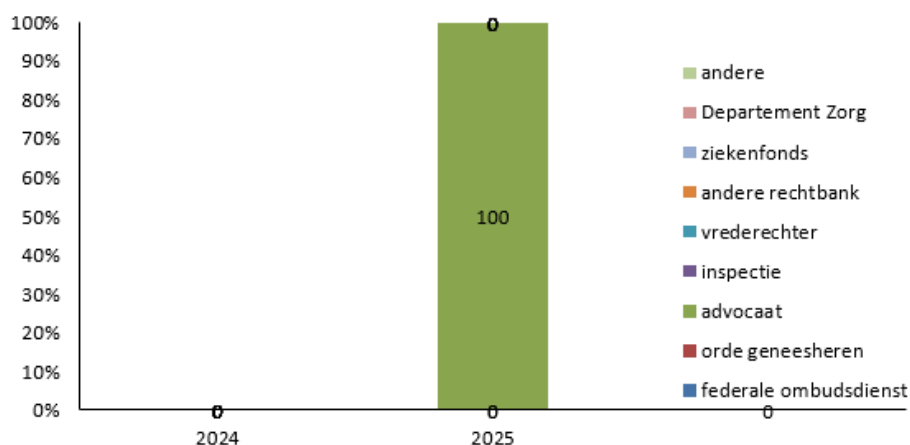
Aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	12	10

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 in beslag kan nemen.

Tot slot geven we de eventueel door de ombudspersoon voorgestelde 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



5. Besluit

We leven in een tijd waarin veel mensen hoge verwachtingen koesteren, zowel ten aanzien van zichzelf als van de wereld om zich heen. Soms uit dit zich in een vraag naar gesprek, bemiddeling of een voorstel tot verbetering. Tegelijk kan dit zich ook uiten in een verlangen naar sancties als manier om opnieuw grip te krijgen op een situatie of rechtvaardigheid te ervaren. In die context is het de opdracht van de ombudspersoon om ruimte te maken voor alle perspectieven en deze samen te brengen in een constructief en verbindend verhaal.

Dat verhaal kunnen wij niet alleen schrijven. Het vraagt partnerschap en wederzijds engagement. Elke dag opnieuw ervaren wij dat patiënten en zorgverstrekkers blijven investeren in de relatie met elkaar en dat onze rol als ombudsdienst daarin wordt gewaardeerd. Het vertrouwen dat wij dagelijks ontvangen van patiënten, zorgverleners, directies en overheid vormt daarbij een onmisbare basis. Hiervoor willen wij iedereen oprecht bedanken.

De ombudsdienst blijft een cruciale schakel tussen patiënten en hulpverleners. Klachten en meldingen worden niet enkel geregistreerd, maar krijgen ook betekenis als waardevolle signalen die bijdragen aan reflectie en structurele verbeteringen.

Wij hopen dat dit verslag bijdraagt aan een voortdurende dialoog en aan verdere gezamenlijke inspanningen om de rechten, het welzijn en het vertrouwen van patiënten te blijven versterken.



Jaarverslag PZ Multiversum Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inleiding

Dit is het jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg voor het Psychiatrisch Ziekenhuis Multiversum met een afdeling in Mortsel en in Boechout. In dit verslag worden de ombudsdossiers die opgestart werden in 2025 besproken, alsook de werking van de ombudsdienst zelf. De concrete cijfers vindt u achteraan in dit verslag.

De focus van het jaarverslag ligt niet zozeer op de cijfers, als wel op aanbevelingen voor volgend jaar. De ombudsdienst heeft ook oog voor “good practices”, voor de inspanningen die gedaan worden om het handelen volgens de wet op de patiëntenrechten zo goed mogelijk in te bedden in de organisatie. Denk hierbij niet alleen groot, maar vooral klein en vaak onzichtbaar en het zijn er heel veel. De aanbevelingen komen tot stand tijdens het behandelen van dossiers en zijn te beschouwen als reflecties over wat er misschien zou aangepast kunnen worden, verscherpt of bijgestuurd zodat bepaalde ontevredenheden bij patiënten of hun familie in de toekomst nog meer vermeden kunnen worden.

De aanbevelingen willen mee richting geven aan verbeteracties, zonder te pretenderen dat ze ontsproten zijn aan alwetendheid. De ombudsdienst vertrekt immers steeds vanuit de beleving van de patiënt en zijn naasten en gaat zo op zoek naar verheldering, verduidelijking en verbinding tussen de verschillende partijen. De ombudsdienst doet niet aan waarheidsdenken en aanbevelingen moeten dus ook in dat kader geplaatst worden.

Voor het formuleren van aanbevelingen vertrekken we vanuit de cijfers, gecombineerd met wat de ombudsdienst doorheen het jaar heeft verzameld als mogelijk interessante invalshoeken. We zouden het kunnen hebben over de dossiers waarin een patiënt het niet eens is met de beslissing van de vrederechter om over te gaan tot een beschermende observatiemaatregel of met de beslissing van de arts om tijdelijk gedwongen medicatie te laten toedienen. Zeker: dit zijn vaak pijnlijke verhalen vol boosheid en onbegrip. Het is echter niet nieuw dat mensen worstelen wanneer hun vrijheid wordt ingeperkt en er beslissingen worden genomen boven hun hoofd. Dat we dit met respect voor de menselijke waardigheid moeten doen, spreekt voor zich. Dat dit soms niet gebeurt, is een feit. In dit jaarverslag focus ik liever op meer concrete aspecten van de o zo complexe zorg voor de mensen onder ons die gedurende een periode van hun leven opgenomen worden in Multiversum, vrijwillig of eerder tegen hun “goesting”, heel kort of een groot deel van hun leven.

Het voorbije jaar kenmerkt zich door een toenadering tussen de medewerkers van Multiversum en hun ombudsdienst: we leerden elkaar beter kennen. Elkaar beter leren kennen is goed: bezorgdheden die een rem zijn voor de samenwerking worden weggenomen en er komt een sfeer van vertrouwen waardoor moeilijkheden vlot besproken kunnen worden en het samen zoeken naar oplossingen in het belang van de patiënt centraal kan komen te staan. Met andere woorden: de energie stroomt in de goede richting.

Aanbevelingen

Aanbeveling 1. Betrek patiënten tijdig bij het tot stand komen van hun diagnose en de betekenis daarvan. Geef hen heldere en duidelijke informatie hierover waarmee zij en hun omgeving verder kunnen. Doe dit op basis van de meest recente wetenschappelijke inzichten.

27 procent van de aanmeldingen in 2025 betreft een klacht over een psychiater van Multiversum. Laat ons daaruit die dossiers vissen die aanleiding kunnen geven tot kritische reflectie en een mogelijke verbeteractie. Zo gaat een aantal van die dossiers over verslaggeving en over heldere informatie over diagnoses. Bij nader onderzoek blijkt dat er twee identificeerbare factoren mee aan de grondslag liggen van deze klachten: enerzijds het gebruik van DSM 4 en anderzijds het niet bespreken van diagnoses tijdens de opname (omdat wij zo niet werken) terwijl zo'n verslag mét diagnose wel noodzakelijk is wanneer het einde van de opname in zicht is: het eindverslag. Het inzetten van de meest recente wetenschappelijke inzichten in de zorg is een wettelijke verplichting en valt onder het recht op kwaliteitsvolle zorg. Het overschakelen naar de meest recente DSM valt hieronder, ook al brengt dit kosten met zich mee. Het bespreken van diagnoses op een heldere en duidelijk manier valt onder het recht op informatie. Deze informatie moet op maat van de patiënt gegeven worden en desnoods in stapjes.

Aanbeveling 2. Het concreter uitwerken en bekend maken van het beleid voor het aanvragen van een afschrift van (een deel van) het patiëntendossier in de hele voorziening. Helderheid scheppen over de te volgen procedure, de in te vullen formulieren en de dienst waarnaar het formulier moet gestuurd worden. Deze procedure publiceren op de website van het ziekenhuis zodat patiënten ze kunnen terugvinden én ze bekend maken bij alle medewerkers zodat iedereen er vlot naar kan verwijzen.

In 2025 waren er 12 klachten over de rechten in verband met het bekomen van een afschrift van het patiëntendossier en 19 in verband met het niet eens zijn met verslagen en diagnoses. Deze klachten gaan over het mogen bekijken van de resultaten van een bloedanalyse (in plaats van de algemene geruststelling dat alles in orde is) tot het willen aanpassen van een medisch verslag en het bekomen van een kopie van het hele dossier. Deze klachten of vragen vallen onder het recht op een zorgvuldig bijgehouden dossier en de rechten in verband met het bekomen van inzage in of een afschrift van het eigen patiëntendossier. De wetgeving is duidelijk over het inzage-recht: patiënten hebben het recht op inzage of een afschrift binnen de 15 dagen na de aanvraag. Voor patiënten is het soms erg onduidelijk op welke manier zij dit recht moeten uitoefenen. Zij geven aan niet te vinden hoe zij dit moeten doen en tot wie zij zich hiervoor moeten richten. Toch zijn er medewerkers op het medisch secretariaat die deze vragen met plezier opnemen en correct en vriendelijk afhandelen binnen de wettelijk voorziene termijn van 15 dagen. Op de website echter worden patiënten verwezen naar directie of de hoofdarts, zonder duidelijkheid over op welke manier zij dit kunnen doen.

Aanbeveling 3. Het uitwerken van een duidelijk beleid rond het inkijken van patiëntengegevens door medewerkers van de zorggroep Multiversum. Dit beleid zou door iedereen gekend en gerespecteerd moeten worden. Het is aan te raden om controles uit te voeren om het beleid kracht bij te zetten in het belang van de privacy van de patiënt in het algemeen.

Er waren een aantal klachten van patiënten over het delen van gegevens uit het patiëntendossier met artsen en verpleegkundigen die niet rechtstreeks betrokken waren bij de opname op dat moment. Ook tijdens vormingssessies kwam dit thema regelmatig aan bod tijdens het bespreken van het recht op privacy. Daarbij merkte de ombudsdienst dat gegevens van alle patiënten van Multiversum vlot te consulteren zijn door alle artsen en verpleegkundigen simpelweg omdat ze er

toegang toe hebben. Dit inkijken van gegevens van patiënten waarmee men geen therapeutische relatie heeft, gebeurt ook wanneer een patiënt aangemeld wordt vanuit een andere afdeling. Soms krijgt een patiënt daardoor zelfs niet de kans om op intake te gaan. Dit soort klachten raakt aan het recht op privacy, het respecteren van het beroepsgeheim en de rechten in verband met de geïnformeerde toestemming. De geïnformeerde toestemming tot het delen van gegevens van bij het begin van de opname volstaat ethisch gezien niet om alle informatiestromen te verantwoorden. De ene afdeling gaat hier meer nadenkend mee om dan de andere.

Aanbeveling 4. De ombudsdienst doet de aanbeveling om patiënten actief mee te beschermen tegen het bekend geraken van onnodige informatie over hun psychische gezondheid naar gezondheidszorgbeoefenaars buiten Multiversum. Hier mee toe bijdragen kan om te beginnen door psychiatrische verslagen zeer zorgvuldig op te stellen (need to know versus nice to know) en door de patiënt te betrekken wanneer beslist moet worden wat gedeeld moet worden en wat eventueel kan voorzien worden van een slotje. Op de website zou verwezen moeten worden naar de mogelijkheid om slotjes te plaatsen en de medewerkers die je hierbij kunnen helpen.

Met betrekking tot het zichtbaar zijn van het patiëntendossier kreeg de ombudsdienst ook vragen van patiënten die niet willen dat artsen van buiten Multiversum (denk aan een algemeen ziekenhuis) hun verslagen kunnen zien wanneer zij daar op consultatie gaan of opgenomen worden. Zij vinden geen informatie over hoe ze dit kunnen regelen. Daardoor worden zij door gezondheidszorgbeoefenaars in een niet-psychiatrische context soms anders behandeld (cognitieve bias). Ik zou dit aspect plaatsen onder het recht op privacy en het recht op kwalitatieve zorg. Misschien evolueren we ook in Vlaanderen nog naar een beleid waarbij meer zeggenschap én verantwoordelijkheid over het patiëntendossier bij de patiënt wordt gelegd. Voorlopig lijkt het erop dat de gezondheidszorgbeoefenaars het patiëntendossier nog als iets van hen zien. Toch zijn er mogelijkheden voor patiënten om zich iets beter te beschermen tegen nieuwsgierige en vooral onwetende blikken van anderen. Een orthopedist heeft soms iets minder voeling met psychische kwetsbaarheid dan een psychiatrisch verpleegkundige en een spoedarts zit soms niet te wachten op de buikpijn van iemand met een depressie.

Aanbeveling 5. Verspreiding van kennis over het bestaan en de rol van de vertegenwoordiger en de vertrouwenspersoon in alle teams. Gebruik van de officiële vernieuwde formulieren van de FOD voor het aanduiden van vertegenwoordigers en vertrouwenspersonen in alle teams. Voorzien van informatie over vertegenwoordigers en vertrouwenspersonen op een goed vindbare plaats op de website van het ziekenhuis en in de informatiebrochures van de afdelingen. Voorzien van de invuldocumenten van de FOD voor het aanduiden van een vertrouwenspersoon of een vertegenwoordiger op een goed vindbare plaats op de website van het ziekenhuis.

Een opgenomen patiënt is meer dan een patiënt. Hij is ook zoon, moeder, broer en vriend. In 2025 werd de ombudsdienst 14 keer gecontacteerd door een naaste van de opgenomen patiënt. Ook zij geven aan er nood aan te hebben om gehoord te worden, betrokken te worden en antwoorden te krijgen. Het wettelijk kader bepaalt dat er geen informatie mag gedeeld worden over de opgenomen patiënt met anderen. Dat is heel duidelijk. Toch is hier nuancering aan te brengen:

- Familie en naasten correct te woord staan en hun verhaal laten doen mag wettelijk gezien altijd. Vaak hebben zij belangrijke informatie die wat vaker als waardevol beschouwd zou mogen worden. Al te vaak voelen naasten zich “gepasseerd” door gezondheidszorgbeoefenaars, alsof de ene meer deskundig is dan de andere. Soms kunnen familieleden ook taken opnemen en letterlijk mee bijdragen aan het welzijn van hun opgenomen naaste. Samen sterk, in de mate van het mogelijke.

- Als de patiënt (tijdelijk) wilsonbekwaam is, zelf geen vertegenwoordiger heeft aangeduid of geen bewindvoerder over de persoon heeft, moet iemand van de familie betrokken worden in hoedanigheid van vertegenwoordiger. Dat is wettelijk gezien zo bepaald.
- Als de patiënt dit wenst, moeten derden betrokken worden bij het zorgtraject. Zij zijn dan vertrouwenspersoon en kunnen bij gesprekken aanwezig zijn. De patiënt zit hier aan het stuur en bepaalt wie er wanneer en op welke manier betrokken wordt.

Aanbeveling 6. Een duidelijk beleid, gestoeld op een heldere visie uitwerken rond het al dan niet kunnen afsluiten van de kamer, rekening houdend met de realiteit op de verschillende afdelingen. Dit beleid communiceren aan de patiënten via de beschikbare kanalen. Hoe dan ook een mogelijkheid voorzien tot het opbergen van waardevolle spullen. Rekening houden met de realiteit op de afdelingen betekent zoveel als het niet belasten van de verpleging met het openen en sluiten van deuren op vraag van patiënten of met het zorgvuldig bewaren van waardevolle spullen van patiënten. We weten dat dit geen garanties biedt en belastend is.

In 2025 waren er 13 dossiers waarin de patiënt te kennen gaf dat zijn territoriale privacy onvoldoende werd gerespecteerd op de afdeling: andere patiënten die op de kamer komen en dingen wegnemen, de deur niet kunnen afsluiten, geen plek hebben om je terug te trekken, verpleging die zonder te kloppen binnen komt terwijl je in de douche bent. Bij navraag blijkt het zo te zijn dat patiënten hun kamer inderdaad niet altijd kunnen afsluiten. Als reden worden hier verschillende factoren aangehaald door aangesproken verpleging: de laatste patiënt heeft de sleutel niet teruggegeven, de sloten moeten eerst vervangen worden, er zijn geen sleutels meer of de directie neemt dit niet op. Op sommige afdelingen voelen patiënten zich onveilig. Een plaats hebben om je terug te trekken kan dan zeer belangrijk zijn. De ombudsdienst weet dat er geïnvesteerd werd in rustige ruimtes en gespreklokaaltjes, maar het blijft een feit dat de eigen kamer en het eigen bed voor de meeste patiënten een bijzondere plek zijn.

Algemeen besluit

2025 was een jaar waarin de ombudsdienst de weg leerde kennen in Multiversum. Er waren voldoende meldingen om iets zinnigs te kunnen teruggeven in dit jaarverslag. De aanbevelingen die geformuleerd worden, worden herkend door collega-ombudsen in andere psychiatrische ziekenhuizen.

De ombudsdienst zou zoveel aanbevelingen kunnen doen, gaande van een eitje voorzien op zondag tot het sneller terug ophangen van gewassen gordijnen. Het moet niet evident zijn om opgenomen patiënt te zijn en een groot deel van je leven en beslissingen over te dragen aan mensen die je niet kent. Ook het samenleven in groep kent zijn uitdagingen: mensen in je buurt die je niet gekozen hebt, geen manieren om te ontsnappen aan die constante nabijheid en getuige moeten zijn van dingen die je nooit eerder zag.

Als ombudsdienst benadruk ik dat het belangrijk is om hier gevoelig voor te blijven en met momenten je hart te blijven volgen, ook al wil je verstand of zelfs je overlevingsmechanisme het overnemen. Ik weet ook dat de druk op de medewerkers alsmaar toeneemt, samen met de onmacht en de twijfel die bij tijden de kop opsteekt.

De ombudsdienst wil een aanspreekpunt zijn voor patiënten, maar wil ook gevoelig blijven voor de dagelijkse inzet van al die mensen die ervoor gekozen hebben om te werken in Multiversum en geld en roem te ruilen voor het mee zorg dragen voor andere mensen. RESPECT!

De cijfers

Aanmeldingen, anmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
Aanmeldingen	65	113	56	141
Aanmelders	55	113	48	98

Deze cijfers tonen niet aan dat er in 2025 minder goede zorg werd gegeven aan de patiënten, ze duiden er wel op dat de ombudsvrouw ondertussen goed ingewerkt is en gekend bij de patiënten. Bovendien is het voor een grote voorziening als Multiversum een gezond teken dat mensen hun stem durven te laten horen en de ombudsdienst weten te vinden. Elke keer dat een patiënt een verhaal brengt bij de ombudsdienst ontstaat er een extra kans om de zorg voor de patiënten nog beter te maken en medewerkers nog beter te ondersteunen bij het aanbieden van deze kwaliteitsvolle zorg.

Aanmeldingstijd

	2024		2025	
<i>op dezelfde datum</i>	45	80,35	106	75,71
<i>binnen de week</i>	8	14,28	20	14,28
<i>binnen de twee weken</i>	2	3,57	12	8,57
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	2	1,42
<i>later dan 4 weken</i>	1	1,78	-	-
totaal	56	100	140	100

Initiële aanmelder

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	42	75,00	121	85,81
groep patiënten	2	3,57	4	2,83
Andere	12	21,42	16	11,34
Totaal	56	100	141	100

Initiële aanmelder indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	6	50,00	13	81,25
Kennis	2	16,66	1	6,25
personeelslid	2	16,66	1	6,25
Andere	2	16,66	1	6,25
Totaal	12	100	16	100

Hoedanigheid indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	2	16,66	4	25,00
als vertrouwenspersoon	-	-	4	25,00
ten persoonlijke titel	10	83,33	8	50,00
Totaal	12	100	16	100

Terugkoppeling indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	-	-	4	25,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	1	11,11	4	25,00
terugkoppeling was niet nodig	8	88,88	8	50,00
Totaal	9	100	16	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Ja	6	10,71	28	19,85
Neen	50	89,28	113	80,14
Totaal	56	100	141	100

Vorm van aanmelden

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	35	62,50	91	64,53
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	5	8,92	15	10,63
Telefonisch	16	28,57	30	21,27
Chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	-	-	5	3,54
Totaal	56	100	141	100

Het initieel verzoek patiënt betreft

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	1	1,78	10	7,09
Luisterend oor	17	30,35	33	23,40
Signaal	7	12,50	24	17,02
Bemiddeling: pendeldiplomatie	14	25,00	34	24,11
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	5	8,92	18	12,76

Financieel akkoord: schadeclaim	1	1,78	1	0,70
Financieel akkoord: betwisting factuur	1	1,78	3	2,12
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	9	16,07	14	9,92
Sanctie/represaille	-	-	2	1,41
Andere	1	1,78	2	1,41
Totaal	56	100	141	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	42	75,00	129	91,48
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	12	21,42	11	7,80
niet van toepassing	2	3,57	1	0,70
Andere	-	-	-	-
Totaal	56	100	141	100

Bij deze aanmelding is vooral de volgende discipline betrokken

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Geen	4	7,14	9	6,38
Psychiater	10	17,85	39	27,65
Huisarts	-	-	1	0,70
andere arts	-	-	1	0,70

Apotheker	-	-	-	-
Verpleging	9	16,07	21	14,89
persoonlijke begeleider	-	-	2	1,41
sociale dienst	3	5,35	1	0,70
Psycholoog	-	-	3	2,12
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	1	1,78	1	0,70
Diëtist	1	1,78	1	0,70
multidisciplinair team	15	26,78	19	13,47
administratieve dienst	-	-	4	2,83
technische dienst	1	1,78	3	2,12
Voedingsdienst	2	3,57	8	5,67
Poetsdienst	-	-	1	0,70
Directie	-	-	8	5,67
Bewindvoerder	-	-	1	0,70
Ombudspersoon	-	-	-	-
Wasserij	-	-	-	-
Beleid	4	7,14	8	5,67
Afdelingsverantwoordelijke	1	1,78	7	4,96
Andere	5	8,92	3	2,12
Totaal	56	100	141	100

Is er een patiëntenrecht betrokken of gaat het over andere zaken?

	2024		2025	
Categorie	n	%	N	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	45	80,35	123	87,23

algemene vraag los van patiëntenrecht	11	19,64	18	12,76
Totaal	56	100	141	100

Algemene vragen los van de patiëntenrechten

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Familiaal	1	9,09	3	18,75
Juridisch	-	-	1	6,25
Financieel	-	-	-	-
Tewerkstelling	-	-	-	-
Huisvesting	-	-	1	6,25
Levensverhaal	3	27,27	6	37,50
Patiëntenrechten	-	-	-	-
Andere	7	63,63	5	31,25
Totaal	11	100	16	100

Aanmeldingen met betrekking tot patiëntenrecht

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	26	59,09	66	53,65
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	2,27	-	-
3. informatie	4	9,09	13	10,56
4. geïnformeerde toestemming	7	15,90	19	15,44
5. inzage patiëntendossier	1	2,27	12	9,75
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	9,09	13	10,56
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-

8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	2,27	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
Totaal	44	100	123	100

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	9	34,61	13	18,57
1.2. goede behandeling/begeleiding	11	42,30	15	21,42
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	7,69	14	20,00
1.4. goede hotelservice	4	15,38	16	22,85
1.5. betalende diensten	-	-	1	1,42
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	4	5,71
1.7. beschermende maatregelen	-	-	7	10,00
Totaal	26	100	70	100

Respectvolle bejegening (x=13)

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Luisterbereidheid	-	-	4	30,76
correcte omgangsvormen	4	44,44	5	38,46
fysiek grensoverschrijdend gedrag	4	44,44	1	7,69
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	3	23,07
Andere	1	11,11	-	-
Totaal	9	100	13	100

Goede behandeling/begeleiding (x=15)

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Diagnose	1	9,09	-	-
somatische verzorging	2	18,18	4	26,66
Medicatie	-	-	1	6,66
individuele therapie	-	-	2	13,33
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	3	27,27	5	33,33
betrokkenheid familie	-	-	2	13,33
start opname/behandeling/begeleiding	1	9,09	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	4	36,36	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
Andere	-	-	1	6,66
Totaal	11	100	15	100

Kwaliteitsvol verblijf/wonen en (x=14)

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Regels	2	100,00	8	57,14
Groepsleven	-	-	5	35,71
ontspanning/vrije tijd	-	-	1	7,14
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-
Totaal	2	100	14	100

Goede hotelservice (x=16)

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Voeding	2	50,00	10	62,50
infrastructuur/accommodatie	-	-	2	12,50
Hygiëne	1	25,00	2	12,50
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	-	-	2	12,50
Wifi	1	25,00	-	-
Andere	-	-	-	-
Totaal	4	100	16	100

Recht op informatie

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Diagnose	-	-	2	15,38
Duur	1	25,00	4	30,76
Kosten	-	-	4	30,76
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	25,00	-	-
alternatieven	1	25,00	-	-
Andere	1	25,00	3	23,07
Totaal	4	100	13	100

Recht op geïnformeerde toestemming

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-

medicatie toestemming	1	14,28	8	42,10
behandeling/begeleiding informatie	-	-	1	5,26
behandeling/begeleiding toestemming	4	57,14	6	31,57
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	2	28,57	4	21,05
Totaal	7	100	19	100

Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier, inclusief het inzagerecht en het recht op een afschrift

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	1	100,00	5	41,66
inzage/afschrift dossier	-	-	7	58,33
Totaal	1	100	12	100

Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	25,00	3	23,07
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
Briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	7	53,84
mondelijke indiscretie	-	-	-	-
Andere	3	75,00	3	23,07
Totaal	4	100	13	100

Hoofdinterventie van de ombudspersoon

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Luisteren	17	30,90	29	21,01
doorverwijzen intern	-	-	2	1,44
doorverwijzen extern	1	1,81	5	3,62
Informereren	7	12,72	15	10,86
Signaleren	4	7,27	8	5,79
Coachen	7	12,72	18	13,04
pendelbemiddeling	13	23,63	28	20,28
samenbrengen van de partijen	6	10,90	22	15,94
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	11	7,97
Totaal	55	100	138	100

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	17	31,48	60	43,16
binnen de week	26	48,14	36	25,89
binnen de twee weken	5	9,25	27	19,42
binnen de vier weken	5	9,25	11	7,91
later dan vier weken	1	1,85	5	3,59
Totaal	54	100	139	100

Voorgestelde verdere stappen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
Advocaat	2	100,00	1	33,33
Inspectie	-	-	-	-
vrede rechter	-	-	1	33,33
andere rechtbank	-	-	-	-
Ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
Andere	-	-	1	33,33
Totaal	2	100	3	100



Jaarverslag *OPZC Rekem* Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

Ingrid Meuwis – Onafhankelijke Ombudspersoon

2025



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiënten rechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiënten rechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiënten rechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiënten rechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiënten rechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiënten rechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiënten rechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiënten rechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Aanbevelingen

Zorg op maat? Een gezamenlijke doelstelling.

In 2025 diende het OPZC Rekem een projectaanvraag *Een warme voormiddag in Café Galop* in bij de Warmste Week, onzichtbaar ziek zijn was het thema 2025. Met dank voor de steun van dit project willen de vrijwilligers en medewerkers van de manege een laagdrempelige ontmoetingsplek creëren voor de zorgvragers en hun zorgverleners, waar verbinding, inclusie en herstelgerichte zorg centraal staan. De zorgvragers, voor wie de manege naast het therapieaanbod ook een plek is om samen te komen, tot rust te komen, waren enthousiast. De drijfveer om acties op te zetten en samen met hun hulpverleners hier hun schouders onder te zetten was hartverwarmend.

Vanaf het begin van een opname komt de focus binnen een zorgrelatie snel te liggen op de kerntaken diagnosestelling, behandeling en ondersteuning. De vernieuwde wet patiënten rechten is terecht ambitieus en vraagt dat de patiënt en zijn gezondheidszorgbeoefenaar samen werken aan de optimale verstrekking van de gezondheidszorg. Dit betekent dat de zorgvrager een actieve rol in het behandeltraject dient op te nemen en toebedeeld krijgt in het OPZC Rekem.

Doorheen de opname is er tijd en ruimte om ook moeilijkere onderwerpen samen met de zorgvrager aan te snijden. Zorgvragers vertellen dat het aanklaarten van deze onderwerpen soms als gevolg heeft dat de zorgverstrekkers oplettender worden voor gevaarsituaties en hierop hun focus leggen doch niet altijd dieper ingaan op hun vragen of hetgeen ze wensen te bespreken. Tijd maken om samen te verhelderen en te verduidelijken is een basisvoorwaarde voor de zorgrelatie. Deze gesprekken resulteren naast de ingangspoort naar herstel ondersteunende zorg ook in de opbouw van een crisisinterventieplan, een crisispreventieplan en/of een signaleringsplan. Tijdig anticiperen op moeilijke situaties en crisis biedt belangrijke opportuniteiten om goed te luisteren en samen afspraken te maken. Anticiperen en proactief afstemmen biedt belangrijke opportuniteiten voor de specifieke zorgcontext, evident ook goed gekaderd in de specifieke richtlijnen die onderdeel zijn van kwaliteitsvolle zorg. Het was ook de afgelopen jaren een aanbeveling voor de zorgverstrekkers en zorgvragers om dit samen te doen, na te denken over de rol van de zorgverstrekker en de zorgvrager tijdens crisismomenten en via dialoog en informatieverstrekking te komen tot een afsprakenkader, de meerwaarde hiervan is ontegensprekelijk. Daarnaast breng ik de zorgvragers graag in herinnering dat de wet patiënten rechten het toelaat om een vertrouwenspersoon aan te duiden die hen kan bijstaan tijdens het volledige verloop van hun behandeltraject.

Voor de overheid is het van belang dat zij de rol van de steunfiguren, zoals voorzien door de wet patiënten rechten, de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger, via allerhande campagnes onder de aandacht blijven brengen. Patiënten en hun betekenisvolle naasten geven geregeld aan dat zij onvoldoende vertrouwd waren met deze begrippen en er voor de eerste keer pas kennis mee maakten tijdens hun opname in het OPZC Rekem. Zij zouden graag ook na de opname kenbaar willen maken aan hun ambulante gezondheidszorgbeoefenaars wie hun vertrouwenspersonen zijn, maar weten niet hoe hieraan te beginnen.

Ondanks alle goede zorgen en afspraken loopt het soms mis. Transparante communicatie na een incident is niet vanzelfsprekend doch wel noodzakelijk om het vertrouwen in de zorg niet nog meer onder druk te zetten. Open en transparant, via bijvoorbeeld "open disclosure", met de zorgvrager of zijn naasten communiceren is de basis voor een kwaliteitsvolle en veilige zorg. Het is een aanbeveling voor het OPZC Rekem om, samen met alle actoren betrokken bij de zorg, een

procedure uit te werken hoe om te gaan met crisiscommunicatie. Ook zorgverstrekkers of de andere zorgvragers op de afdeling die na een incident met vragen zitten en nood hebben aan een luisterend oor of in gesprek wensen te gaan mogen in deze procedure niet vergeten worden.

De wetgever heeft de ombudspersonen in de gezondheidszorg, via de wet patiënten rechten, een resem opdrachten gegeven. Wij krijgen de kans om in gesprek te gaan met alle partijen in een zorgrelatie en via onze aanbevelingen kleine steentjes te verplaatsen of zaadjes te planten en dit telkens met het oog op onder andere de verbetering van de zorgrelatie en de kwaliteit van zorg. Voor alle medewerkers van het OPZC Rekem is het belangrijk om te weten wie de onafhankelijke ombudspersoon is en kennis te maken met de werking van de ombudsdienst en met de onafhankelijke ombudspersoon in dialoog te gaan over de wet patiënten rechten.

In het kader van de opdracht van de ombudspersoon om klachten ter voorkomen blijft het belangrijk dat de onafhankelijke ombudspersoon een bekend en aanspreekbaar gezicht is op de campus. De tv's op de afdelingen, de geregelde aanwezigheid op de afdelingen en de nieuwsgierigheid van de zorgvragers naar de ombudsdienst dragen hieraan bij. Zorgvragers geven te kennen dat ze het op prijs stellen dat het OPZC Rekem de toegankelijkheid naar de onafhankelijke ombudsdienst op generlei wijze onder druk zet.

Dit alles resulteert in vele informele, warme gesprekken en ontmoetingsmomenten met de zorgvragers en hun zorgverstrekkers. Deze momenten laten zich niet vatten in het registratiesysteem van de ombudsdienst doch maken deel uit van het werk van hun onafhankelijke ombudsvrouw op de campus van het OPZC Rekem.

Aanmeldingen (vanuit het registratieprogramma Go Between)

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 06/01/2025, de laatste op 18/12/2025. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2025. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 83, het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 78.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	218	167	187	83
aanmelders	72	80	68	52

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2025 met deze van 2024.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	187		83	
aanmelders	68		52	
Aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	174	93,04	64	77,10
binnen de week	9	4,81	19	22,89
binnen de 2 weken	4	2,13	-	-
later dan 4 weken	-	-	-	-
totaal	187	100	83	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				

geen enkel contact	1	0,53	1	1,20
1 contact	105	56,14	43	51,80
2 contacten	36	19,25	15	18,07
3 contacten	21	11,22	5	6,02
meer dan 3 contacten	24	12,83	19	22,89
totaal	187	100	83	100
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	187		78	

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	166	88,77	70	84,33
groep patiënten	10	5,34	1	1,20
andere	11	5,88	12	14,45
totaal	187	100	83	100

Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
4 personen	2	20,00	-	-
meer dan 4 personen	8	80,00	1	100,00
totaal	10	100	1	100

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	10	90,90	12	100,00
andere	1	9,09	-	-
totaal	11	100	12	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	4	40,00	8	66,66
ten persoonlijke titel	6	60,00	4	33,33
totaal	10	100	12	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	8	72,72	2	16,66
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	3	27,27	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	9	75,00
terugkoppeling was niet nodig	-	-	1	8,33
totaal	11	100	12	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	-	-	1	10,00
Weigering aanmelder	-	-	1	10,00
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	1	10,00
Patiënt is overleden	-	-	5	50,00
Patiënt is onbereikbaar	-	-	2	20,00
totaal	-	-	10	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	63	33,68	9	10,84
neen	124	66,31	74	89,15
totaal	187	100	83	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	98	52,40	38	45,78
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	37	19,78	5	6,02
telefonisch	50	26,73	39	46,98

chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	2	1,06	1	1,20
schriftelijk: brievenbus	-	-	-	-
totaal	187	100	83	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	72	38,50	32	38,55
Luisterend oor	43	22,99	19	22,89
Signaal	19	10,16	3	3,61
Bemiddeling: pendeldiplomatie	12	6,41	14	16,86
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	12	6,41	2	2,40
Financieel akkoord: schadeclaim	7	3,74	2	2,40
Financieel akkoord: betwisting factuur	2	1,06	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	17	9,09	8	9,63
Sanctie/represaille	3	1,60	3	3,61
totaal	187	100	83	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/ behandeling/begeleiding	1	0,53	1	1,20
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	174	93,04	72	86,74
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	12	6,41	9	10,84
niet van toepassing	-	-	1	1,20
totaal	187	100	83	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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	1	0,53	-	-
psychiater	40	21,39	19	22,89
huisarts	1	0,53	-	-
verpleging	32	17,11	8	9,63
persoonlijke begeleider	12	6,41	3	3,61
sociale dienst	4	2,13	2	2,40
psycholoog	4	2,13	1	1,20
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	5	2,67	3	3,61
diëtist	2	1,06	-	-

multidisciplinair team	55	29,41	29	34,93
administratieve dienst	2	1,06	1	1,20
technische dienst	1	0,53	-	-
voedingsdienst	1	0,53	5	6,02
poetsdienst	2	1,06	2	2,40
directie	7	3,74	3	3,61
bewindvoerder	2	1,06	1	1,20
ombudspersoon	5	2,67	1	1,20
afdelingsverantwoordelijke	1	0,53	1	1,20
andere	10	5,34	4	4,81
totaal	187	100	83	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Met betrekking tot een patiënten recht	166	88,77	73	87,95
Algemene vraag los van patiënten recht	21	11,22	10	12,04
totaal	187	100	83	100

Hieronder worden de soorten algemene vragen los van de patiënten rechten 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 patiënten rechten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	1	4,76	-	-
juridisch	4	19,04	1	10,00
financieel	1	4,76	2	20,00
levensverhaal	3	14,28	-	-
patiëntenrechten	8	38,09	5	50,00
andere	4	19,04	2	20,00
totaal	21	100	10	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	91	54,81	41	56,16
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	2,40	2	2,73
3. informatie	14	8,43	4	5,47
4. geïnformeerde toestemming	29	17,46	19	26,02
5. inzage patiëntendossier	8	4,81	2	2,73

6. bescherming persoonlijke levenssfeer	8	4,81	3	4,10
7. klachtenbemiddeling	2	1,20	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	3	1,80	1	1,36
10. pijnbestrijding	7	4,21	1	1,36
totaal	166	100	73	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	18	19,78	3	7,31
1.2. goede behandeling/begeleiding	31	34,06	9	21,95
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	6	6,59	3	7,31
1.4. goede hotelservice	17	18,68	10	24,39
1.5. betalende diensten	1	1,09	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	7	7,69	5	12,19
1.7. beschermende maatregelen	11	12,08	11	26,82
totaal	91	100	41	100

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	16,66	1	33,33
correcte omgangsvormen	8	44,44	1	33,33
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
Verbaal grensoverschrijdend gedrag	7	38,88	-	-
Andere	-	-	1	33,33
totaal	18	100	3	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	4	12,90	-	-
medicatie	4	12,90	-	-
individuele therapie	1	3,22	-	-
voldoende beschikbaarheid	13	41,93	2	22,22
betrokkenheid familie	1	3,22	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	1	3,22	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	6	19,35	4	44,44
overplaatsing naar andere afdeling	1	3,22	3	33,33
totaal	31	100	9	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	6	100,00	4	100,00
geweigerd	-	-	-	-
totaal	6	100	4	100

Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	2	66,66
geweigerd	-	-	1	33,33
totaal	1	100	3	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	3	50,00	1	33,33
groepsleven	-	-	1	33,33
ontspanning/vrije tijd	2	33,33	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	1	33,33
andere	1	16,66	-	-
totaal	6	100	3	100

1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	4	23,52	5	50,00
infrastructuur/accommodatie	2	11,76	-	-
hygiëne	3	17,64	2	20,00
veiligheid persoon	2	11,76	2	20,00
veiligheid goederen	4	23,52	1	10,00
wifi	1	5,88	-	-
andere	1	5,88	-	-
totaal	17	100	10	100

1.5. Betalende diensten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
winkel	-	-	-	-
wasserij	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	1	14,28	1	20,00
opbouw inkomen	1	14,28	1	20,00

zakgeld	1	14,28	-	-
bestedingsautonomie	2	28,57	2	40,00
bewindvoering	2	28,57	-	-
verzekeringen	-	-	1	20,00
totaal	7	100	5	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	7	63,63	6	54,54
afzondering	-	-	1	9,09
gedwongen opname	4	36,36	4	36,36
internering	-	-	-	-
totaal	11	100	11	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	1	25,00	2	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	3	75,00	-	-
totaal	4	100	2	100

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	7	50,00	2	50,00
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	7,14	1	25,00
alternatieven	1	7,14	1	25,00
andere	5	35,71	-	-
totaal	14	100	4	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	5	17,24	8	42,10
behandeling/begeleiding informatie	10	34,48	7	36,84
behandeling/begeleiding toestemming	14	48,27	4	21,05
totaal	29	100	19	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	1	12,50	-	-
Inzage/afschrift dossier	7	87,50	2	100,00
totaal	8	100	2	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	12,50	3	100,00
persoonlijke overtuiging	1	12,50	-	-
territoriale privacy	1	12,50	-	-
andere	5	62,50	-	-
totaal	8	100	3	100

7. Recht op klachtenbemiddeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	2	100,00	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	3	100,00	1	100,00
totaal	3	100	1	100

10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	4	57,14	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	3	42,85	1	100,00
totaal	7	100	1	100

D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen (78). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	8	4,30	-	-
doorverwijzen intern	2	1,07	-	-
doorverwijzen extern	3	1,61	-	-
informeren	26	13,97	11	14,10
signaleren	3	1,61	1	1,28
coachen	15	8,06	7	8,97
pendelbemiddeling	80	43,01	29	37,17
samenbrengen van de partijen	48	25,80	29	37,17
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	1	0,53	1	1,28
totaal	186	100	78	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	96	51,33	33	42,30
binnen de week	33	17,64	15	19,23
binnen de twee weken	11	5,88	7	8,97
binnen de vier weken	16	8,55	9	11,53
later dan vier weken	31	16,57	14	17,94
totaal	187	100	78	100

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.

Tot slot geven we de eventueel door de ombudspersoon voorgestelde verdere stappen weer, als 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	2	66,66	-	-
andere rechtbank	1	33,33	-	-
totaal	3	100	-	-

Ingrid Meuwis

Onafhankelijke Ombudspersoon

10 februari 2026

**Jaarverslag Frapello
Campus Oosterzele en Campus
Zottegem
Onafhankelijke Ombudsdienst
Geestelijke Gezondheidszorg**

2025



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inleiding

In het jaarverslag brengen we de aanbevelingen en aandachtspunten van het voorbije jaar samen. Het jaarverslag wil inzicht geven in wat zorgvragers ons hebben gesignaleerd en welke thema's daaruit naar voren kwamen.

De geregistreerde meldingen bieden een beeld van ervaringen en bezorgdheden die leven bij patiënten en hun naasten. Het aantal meldingen op zich zegt echter weinig over hoe de zorg evolueert binnen een afdeling of voorziening. Meer of minder meldingen kunnen verschillende betekenissen hebben en hangen onder andere samen met bekendheid, toegankelijkheid en vertrouwen in de ombudsdienst. Het jaarverslag wil daarom geen oordeel vellen, maar eerder uitnodigen tot reflectie en dialoog.

Bij het opstellen van dit verslag gebruiken we de artikels van de Wet Patiëntenrechten als leidraad. De meldingen worden geregistreerd in het systeem Go Between, waardoor we trends en aandachtspunten kunnen onderbouwen met cijfermateriaal. Deze cijfers helpen ons om patronen zichtbaar te maken en aanbevelingen concreet te formuleren.

Als ombudspersoon vertrekken we niet vanuit waarheidsvinding, maar vanuit het perspectief van de zorgvrager. Het jaarverslag weerspiegelt hoe patiënten de voorgelegde situaties hebben ervaren. Die beleving vormt het uitgangspunt om, samen met alle betrokken partijen, te zoeken naar constructieve oplossingen en mogelijkheden tot verbetering.

Met dit jaarverslag willen we aangeven waar volgens ons in de komende periode extra aandacht wenselijk kan zijn, met als doel de zorg verder te ondersteunen en te versterken. We hopen dan ook dat dit verslag binnen de voorziening gelezen, besproken en meegenomen wordt in het verdere denken over zorgkwaliteit.

Graag bedanken we directie, medewerkers, patiënten en hun naasten voor de openheid, de samenwerking en het vertrouwen in de ombudsdienst. Onze werking is afhankelijk van de signalen die we ontvangen en van het mandaat dat zorgvragers ons op dat moment toevertrouwen. Aarzel dus zeker niet om de ombudspersoon aan te spreken bij vragen, bedenkingen of onduidelijkheden.

Evoluties

Het totale aantal meldingen is gedaald, maar er werd wel vastgesteld dat klachten complexer en intensiever zijn geworden. Per klacht lagen het aantal contacten per dossier lag hoger.

Het grootste deel van de contacten (55,12 %) kwam tot stand via **rechtstreeks contact**. Dit bevestigt dat de persoonlijke aanwezigheid van de ombudspersoon een duidelijke meerwaarde blijft. Daarnaast wordt ook gebruikgemaakt van de brievenbus op de afdelingen, die instaat voor 12,82 % van de ingediende klachten. Hoewel dit aandeel beperkter is, blijft de brievenbus een belangrijk element binnen de ombudswerking. De zichtbaarheid van de ombudspersoon wordt hierdoor vergroot, onder meer door de regelmatige aanwezigheid op de afdelingen bij het legen van de brievenbus. Bovendien biedt deze mogelijkheid personen een gevoel van veiligheid, aangezien zij op een anonieme manier een klacht kunnen formuleren.

Uit de contacten blijkt dat mensen zich vooral tot de ombudspersoon wenden om een **signaal te geven** (28,20 %), **informatie** te verkrijgen (19,23 %) of op zoek zijn naar een **luisterend oor** (28,20 %). De ombudspersoon wordt niet enkel gezien als informatiebron maar ook als neutraal

aanspreekpunt voor een luisterend oor. Door de onafhankelijke positie van de ombudspersoon is het voor betrokkenen vaak makkelijker om vragen te stellen of hun verhaal te delen. Bij personen onder een beschermende maatregel, kan de perceptie echter ontstaan dat het personeel deel uitmaakt van het systeem dat hun een maatregel oplegt tegen hun wil. Vanuit die beleving wordt de ombudspersoon soms als neutraler ervaren, waardoor informatie of toelichting makkelijker wordt aanvaard. De ombudspersoon fungeert in die zin aanvullend: niet door een andere boodschap te brengen, maar door dezelfde informatie te verduidelijken vanuit een onafhankelijke positie.

Aanbevelingen

Kwaliteitsvolle dienstverlening

De aanmeldingen bij de ombudspersoon worden ingedeeld volgens de verschillende patiëntenrechten. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening is het meest omvattende patiëntenrecht en vormt daardoor elk jaar de categorie waarin de meeste aanmeldingen worden geregistreerd. Ook dit jaar is dat het geval: 94,59 % van de meldingen heeft betrekking op dit patiëntenrecht. Binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening hadden de aanmeldingen voornamelijk betrekking op onderstaande thema's.

Respectvolle bejegening

In het voorbije jaar bleek het thema respectvolle bejegening een belangrijk aandachtspunt binnen de kwaliteitsvolle dienstverlening. 27,14% van de aanmeldingen had betrekking op dit onderwerp. Deze signalen gingen in beperkte mate over luisterbereidheid, maar hadden voornamelijk betrekking op correcte omgangsvormen en professionele communicatie door hulpverleners. Dit onderstreept het belang van een respectvolle, zorgzame en professionele houding in het contact met cliënten. Aandacht voor bejegening blijft dan ook een essentieel onderdeel van kwaliteitsvolle zorg en een blijvend aandachtspunt binnen de werking van de voorziening.

Respectvolle bejegening is binnen de psychiatrie van fundamenteel belang, aangezien patiënten zich vaak in een kwetsbare levensfase bevinden. Psychische kwetsbaarheid kan gepaard gaan met gevoelens van onzekerheid, machteloosheid of wantrouwen. Een respectvolle en correcte omgang door hulpverleners draagt bij aan een gevoel van veiligheid, erkenning en waardigheid bij patiënten.

Wanneer patiënten zich met respect benaderd voelen, ervaren zij meer vertrouwen in de hulpverlening, wat een positieve invloed heeft op de therapeutische relatie en de bereidheid tot samenwerking. Dit kan op zijn beurt het herstelproces ondersteunen en de kwaliteit van de zorg versterken.

Een respectvolle bejegening uit zich niet alleen in luisterbereidheid, maar ook in heldere communicatie, correcte aanspreekvormen, een empathische houding en het serieus nemen van de beleving van de patiënt. Voor patiënten kan dit het verschil maken tussen zich gehoord en begrepen voelen, of zich gereduceerd voelen tot hun problematiek.

Goede behandeling/begeleiding

Het recht op een kwaliteitsvolle zorg blijft een belangrijk aandachtspunt binnen de geregistreerde klachten. In het voorbije jaar had 41,42 % van de meldingen betrekking op het recht op goede behandeling en begeleiding, wat een stijging betekent ten opzichte van vorig jaar.

Binnen deze categorie kwamen vooral twee thema's nadrukkelijk naar voren: vragen en signalen rond somatische verzorging en de ervaren beschikbaarheid van zowel verplegend als

therapeutisch personeel. Beide onderwerpen raken rechtstreeks aan de dagelijkse zorgpraktijk en aan de manier waarop patiënten ondersteuning, veiligheid en betrokkenheid ervaren. De onderstaande paragrafen gaan dieper in op deze twee terugkerende aandachtspunten.

Aandacht voor somatische zorg binnen de psychiatrie blijft een essentieel onderdeel van kwaliteitsvolle hulpverlening. Uit aanmeldingen blijkt dat patiënten niet altijd het gevoel hebben dat hun lichamelijke klachten voldoende ernstig worden genomen of dat deze voldoende aandacht krijgen.

Somatische klachten bij psychiatrische patiënten kunnen reëel en urgent zijn, maar ze kunnen ook beïnvloed of versterkt worden door psychische factoren, zoals angst, stress of wanen. Deze verwevenheid maakt een zorgvuldige en genuanceerde benadering noodzakelijk. Tegelijkertijd bestaat het risico dat lichamelijke klachten te snel worden toegeschreven aan een psychiatrische problematiek, waardoor ernstige somatische aandoeningen mogelijk worden onderschat of later herkend.

Daarnaast kunnen somatische klachten bij sommige patiënten, mede door hun psychische toestand, onder de radar blijven. De perceptie en beleving van pijn, ziekte en lichamelijk ongemak kan sterk verschillen, wat het inschatten van klachten en het voorzien van gepaste begeleiding complexer maakt.

Deze signalen onderstrepen het belang van blijvende aandacht voor somatische zorg binnen de psychiatrische setting, met oog voor zowel lichamelijke als psychische factoren. Een geïntegreerde benadering draagt bij aan het gevoel van erkenning, veiligheid en vertrouwen bij patiënten en ondersteunt een meer volledige en kwaliteitsvolle zorgverlening.

Voldoende beschikbaarheid van zowel verplegend als therapeutisch personeel is van essentieel belang binnen de psychiatrische zorg. Voor patiënten is het belangrijk zich gezien en gehoord te voelen, en niet gereduceerd te worden tot een dossier of een nummer. Beschikbaarheid betekent hierbij meer dan louter fysieke aanwezigheid: het gaat ook om aanspreekbaarheid, betrokkenheid en betrouwbaarheid in het dagelijks contact.

Deze beschikbaarheid impliceert geenszins dat aan elke vraag onmiddellijk of onvoorwaardelijk moet worden voldaan. Wel draagt een heldere en realistische communicatie bij aan vertrouwen. Het nakomen van gemaakte afspraken en het zorgvuldig formuleren van verwachtingen zijn hierin cruciaal. Wanneer iets wordt aangekondigd of beloofd, maar later moet worden uitgesteld, kan dit voor patiënten bijzonder belastend zijn. Transparante communicatie, ook wanneer zaken niet meteen mogelijk zijn, helpt patiënten zich erkend en ernstig genomen te voelen.

Investeren in personeel blijft daarom noodzakelijk, niet alleen om continuïteit van zorg te waarborgen, maar ook om hulpverleners de ruimte te geven om zowel emotioneel als fysiek aanwezig te zijn. In een context van krappe budgetten en toenemende druk om met beperkte middelen te werken, mag niet uit het oog worden verloren dat het personeel in grote mate de zorgervaring van patiënten bepaalt. Hulpverleners die zich ondersteund en gewaardeerd voelen, zijn beter in staat om kwalitatieve en mensgerichte zorg te bieden.

Daarnaast vormt de inzet van ervaringsdeskundigheid een belangrijke meerwaarde. Ervaringsdeskundigen kunnen het gevoel van luisterbereidheid versterken en fungeren als brug tussen patiënten en hulpverleners. Door situaties vanuit een ander perspectief te bekijken, dragen zij bij aan wederzijds begrip en verrijken zij zowel de beleving van patiënten als het handelen van het zorgteam.

Beschermende maatregelen:

Er kwamen dit jaar enkele meldingen binnen over fixatie. Fixatie is een ingrijpende maatregel die binnen de psychiatrische zorg enkel mag worden toegepast wanneer dit strikt noodzakelijk is om de veiligheid van de patiënt of zijn omgeving te waarborgen. Het gebruik ervan kan voor patiënten een grote impact hebben en gevoelens van angst, machteloosheid of verlies van controle oproepen.

Om die reden is het vermijden van fixatie een belangrijk aandachtspunt binnen kwaliteitsvolle en menswaardige zorg. Door tijdig signalen van spanning of escalatie te herkennen, in te zetten op de-escalerende communicatie en alternatieve interventies toe te passen, kan het gebruik van fixatiemaatregelen vaak worden voorkomen of beperkt.

Wanneer fixatie toch noodzakelijk blijkt, is nazorg en nabespreking van groot belang. Een open en respectvolle nabespreking biedt patiënten de kans hun beleving te delen en helpt om gevoelens van onbegrip of traumatisering te verminderen. Daarnaast laat het hulpverleners toe samen met de patiënt te reflecteren over mogelijke uitlokkende factoren en alternatieven voor de toekomst.

Ook voor het team vormt nabespreking een waardevol moment van reflectie en leren. Het structureel inzetten op nazorg en nabespreking draagt bij aan herstelgericht werken, versterkt de therapeutische relatie en ondersteunt het streven naar een zo beperkt en zorgvuldig mogelijk gebruik van fixatie.

Beschermende maatregelen

Het bieden van een duidelijk perspectief bij het toepassen van beschermende maatregelen is van groot belang binnen de psychiatrische zorg. Patiënten ervaren tijdens een opname of behandeling vaak dat er veel beslissingen over hun hoofd heen worden genomen, wat het gevoel van controleverlies en machteloosheid kan versterken.

Wanneer beschermende maatregelen worden ingezet zonder voldoende toelichting of toekomstgericht kader, kan dit leiden tot onzekerheid, angst en verminderd vertrouwen in de hulpverlening. Het expliciet benoemen van het doel, de duur en de voorwaarden van een maatregel, evenals de stappen richting afbouw, helpt patiënten om de situatie beter te begrijpen en opnieuw houvast te vinden.

Het bieden van perspectief, hoe klein ook, kan bijdragen aan een gevoel van inspraak, voorspelbaarheid en eigen regie. Dit ondersteunt niet alleen het emotioneel welbevinden van de patiënt, maar versterkt ook de therapeutische relatie en het herstelgericht karakter van de zorg. Aandacht voor perspectief bij beschermende maatregelen onderstreept het belang van een respectvolle, transparante en menswaardige benadering, waarin veiligheid wordt gecombineerd met aandacht voor autonomie en vertrouwen.

Dit jaar trad de nieuwe wetgeving m.b.t. de beschermende maatregelen in werking. De gewijzigde regelgeving brengt nieuwe uitdagingen met zich mee. Patiënten gaan zelf actief op zoek naar informatie, onder meer via zoekmachines en AI-tools, waar helaas ook foutieve of onvolledige informatie circuleert. De overgang naar de nieuwe wetgeving zorgt daardoor soms voor verwarring. Oude en nieuwe regels worden door elkaar gebruikt, wat kan leiden tot onzekerheid en wantrouwen. In sommige gevallen ervaren patiënten dit als tegenstrijdige of onduidelijke communicatie, met het gevoel dat informatie wordt achtergehouden of niet volledig wordt gedeeld. Dit benadrukt de nood aan duidelijke, transparante en consistente uitleg, afgestemd op het begripsniveau van de patiënt.

Om hierin te ondersteunen, werd recent een nieuwe brochure uitgebracht door OOGG in samenwerking met Te Gek?!. Deze brochure biedt een helder overzicht van de beschermende maatregelen en vormt een waardevol hulpmiddel om correcte informatie te verstrekken en

misverstanden te voorkomen. Het gebruik van deze brochure wordt dan ook warm aangemoedigd. De brochures zullen via de ombudspersoon worden bezorgd op de relevante afdelingen, waarbij tevens toelichting zal worden gegeven over het gebruik ervan. Op die manier wordt ingezet op heldere communicatie en het versterken van het vertrouwen bij patiënten.

Besluit

Als onafhankelijke ombudsdienst willen we graag bijdragen aan een constructieve dialoog tussen de verschillende actoren in de geestelijke gezondheidszorg. Ons doel is dat patiënten hun stem kunnen laten horen, terwijl we tegelijkertijd de perspectieven en noden van hulpverleners niet uit het oog verliezen. Dankzij onze unieke positie als neutrale partij kunnen we het perspectief van elke betrokken partij belichten.

Bij het lezen van dit jaarverslag is het belangrijk het huidige maatschappelijke klimaat in het oog te houden. Uitdagingen zoals hervormingen in de zorg, toenemende juridisering, de opkomst van AI en veranderende verwachtingen van patiënten en hun omgeving maken dat de geestelijke gezondheidszorg voortdurend moet innoveren en dat nieuwe uitdagingen blijven ontstaan. Juist in dit complexe en dynamische landschap is het essentieel om te blijven communiceren, reflecteren en in gesprek te blijven met alle betrokkenen. De ombudsdienst wil hierin een actieve rol blijven spelen door signalen te verzamelen, constructief terug te koppelen en zo bij te dragen aan een zorgomgeving waarin patiënten gehoord worden en hulpverleners ondersteund blijven.

Aanmeldingen

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 03/01/2025, de laatste op 21/12/2025.

Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2025. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 78, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 77.

Dit is minder dan in 2024.

Dit is meer dan in 2023

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	46	52	86	78
aanmelders	30	40	65	56

Toelichtingen bij de cijfers

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	86		78	
aanmelders	65		56	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	52	91,22	67	87,01
<i>binnen de week</i>	4	7,01	10	12,98
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	1	1,75	-	-
totaal	57	100	77	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	21	24,41	1	1,28
<i>1 contact</i>	38	44,18	46	58,97

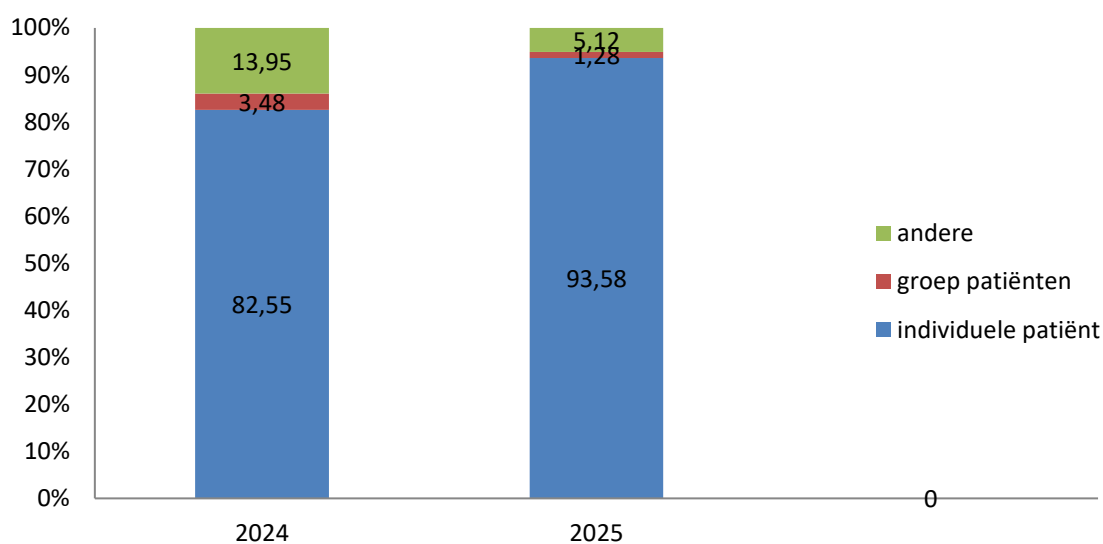
<i>2 contacten</i>	15	17,44	12	15,38
<i>3 contacten</i>	5	5,81	9	11,53
<i>meer dan 3 contacten</i>	7	8,13	10	12,82
totaal	86	100	78	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		32	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten meldingen zonder verwijzingen	51		77	

De **78** meldingen (2025) komen van in totaal 56 aanmelders.

Aantal meldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		meldingen	
Categorie	n	%	n	%
4	2	3,57	8	10,25
3	3	5,35	9	11,53
2	10	17,85	20	25,64
1	41	73,21	41	52,56
totaal	56	100	78	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	71	82,55	73	93,58
groep patiënten	3	3,48	1	1,28
andere	12	13,95	4	5,12
totaal	86	100	78	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

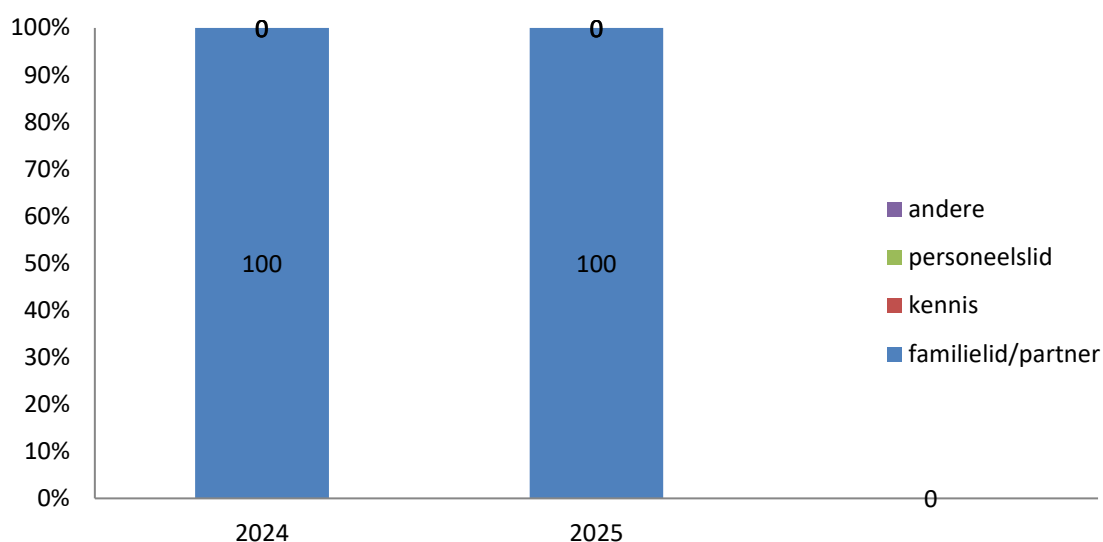


Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	1	33,33	-	-
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	2	66,66	1	100,00
totaal	3	100	1	100

grootste groep	10	5

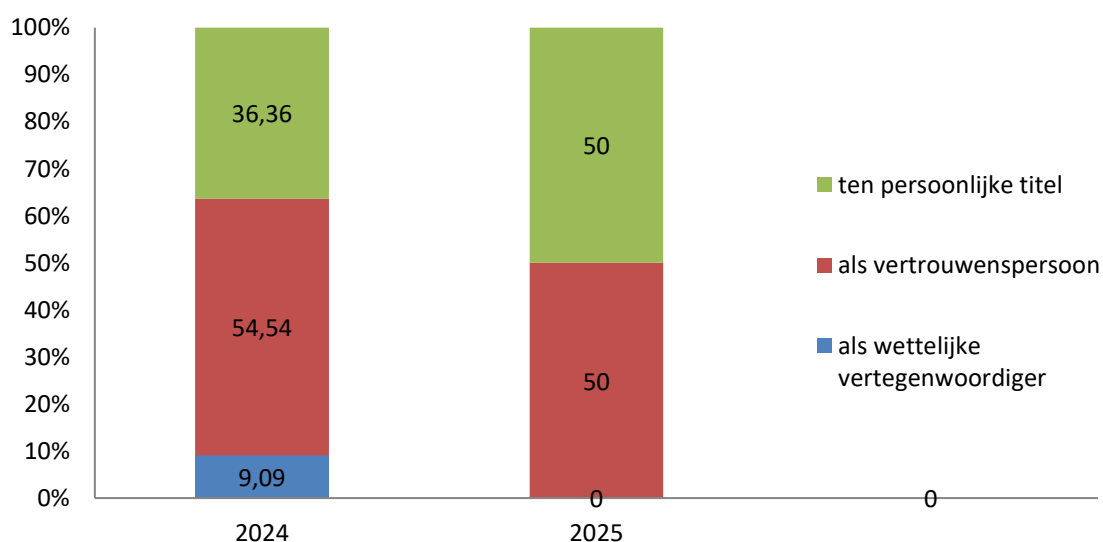
Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	12	100,00	4	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	12	100	4	100

Initiële aanmelder indien andere



Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	9,09	-	-
als vertrouwenspersoon	6	54,54	2	50,00
ten persoonlijke titel	4	36,36	2	50,00
totaal	11	100	4	100

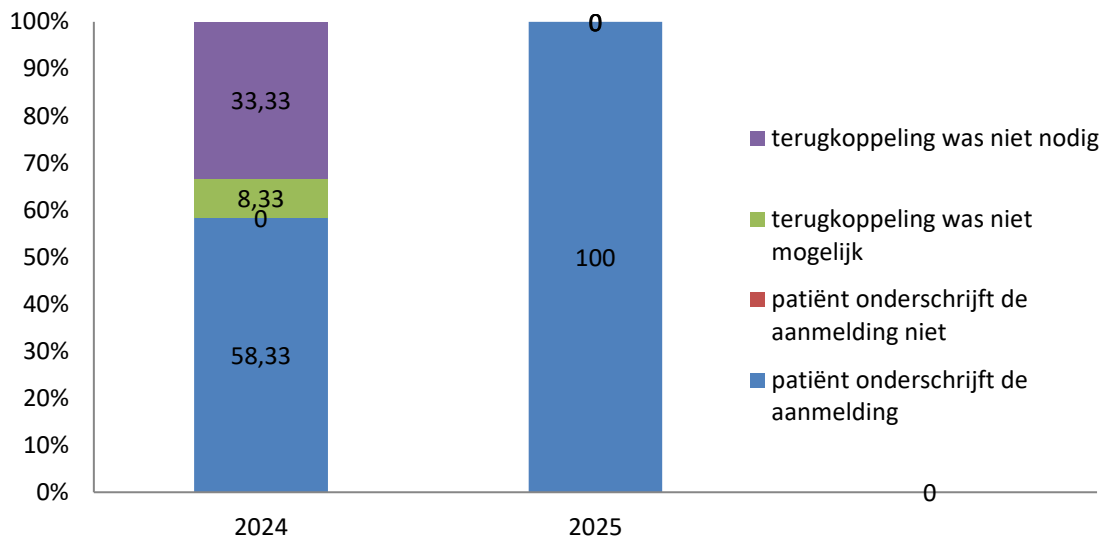
Hoedanigheid indien andere



Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de	7	58,33	4	100,00

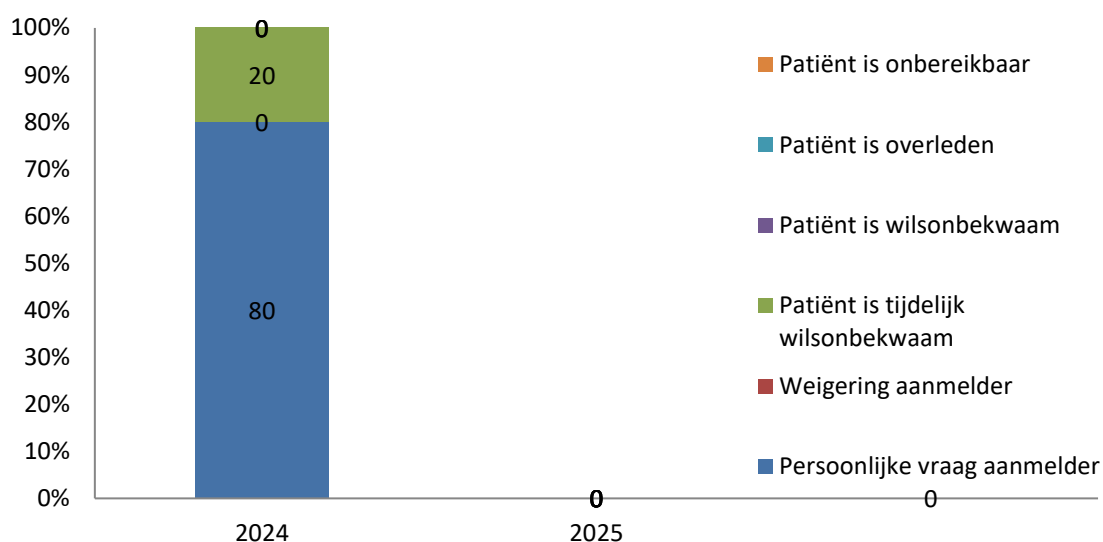
aanmelding				
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	1	8,33	-	-
terugkoppeling was niet nodig	4	33,33	-	-
totaal	12	100	4	100

Terugkoppeling indien andere



Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	4	80,00	-	-
Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	1	20,00	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is overleden	-	-	-	-
Patiënt is onbereikbaar	-	-	-	-
totaal	5	100	-	-

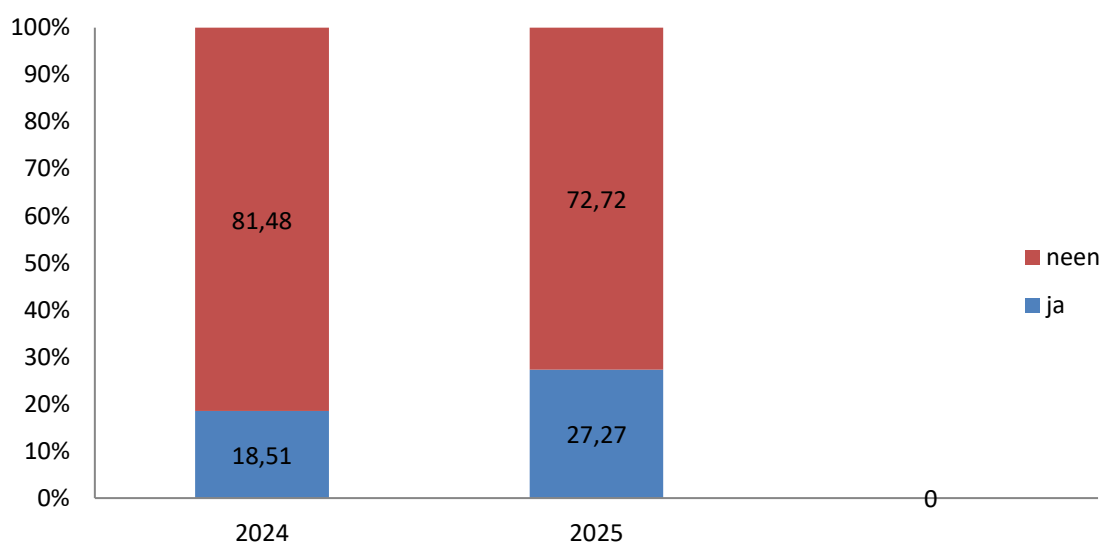
Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden



Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	15	18,51	21	27,27
neen	66	81,48	56	72,72
totaal	81	100	77	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?

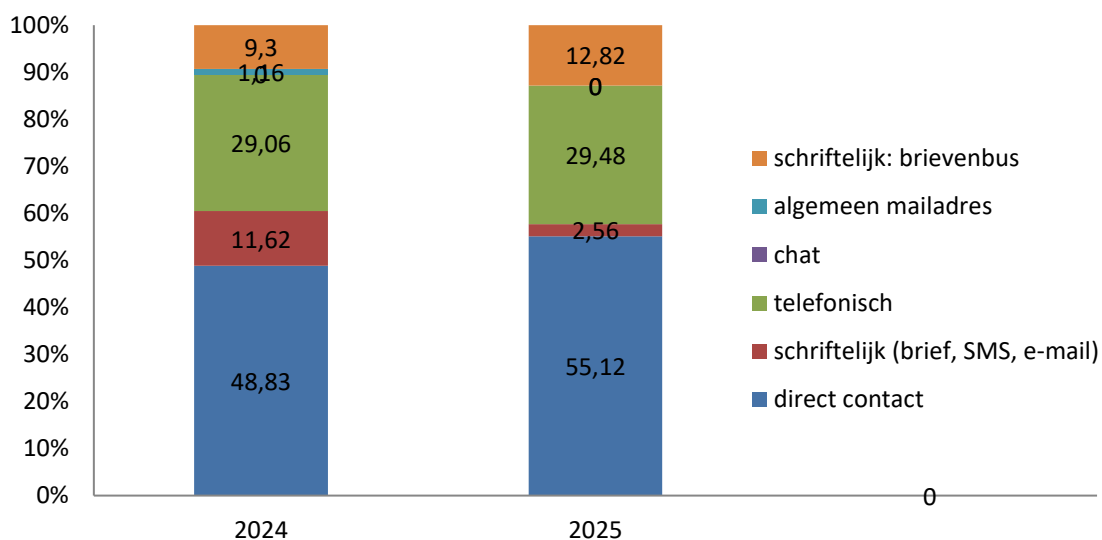


B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

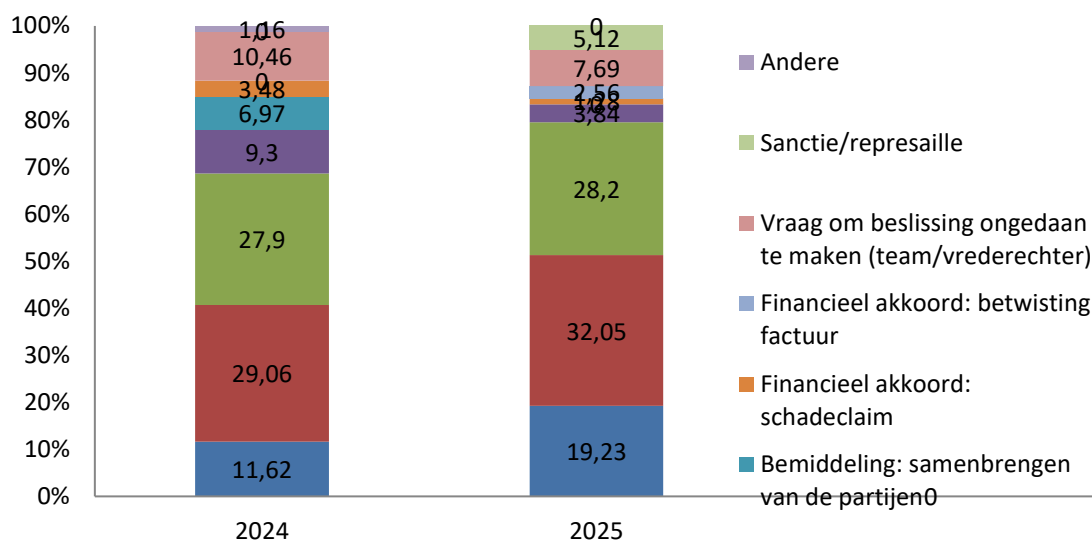
direct contact	42	48,83	43	55,12
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	10	11,62	2	2,56
telefonisch	25	29,06	23	29,48
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	1	1,16	-	-
schriftelijk: brievenbus	8	9,30	10	12,82
totaal	86	100	78	100

Vorm van aanmelden



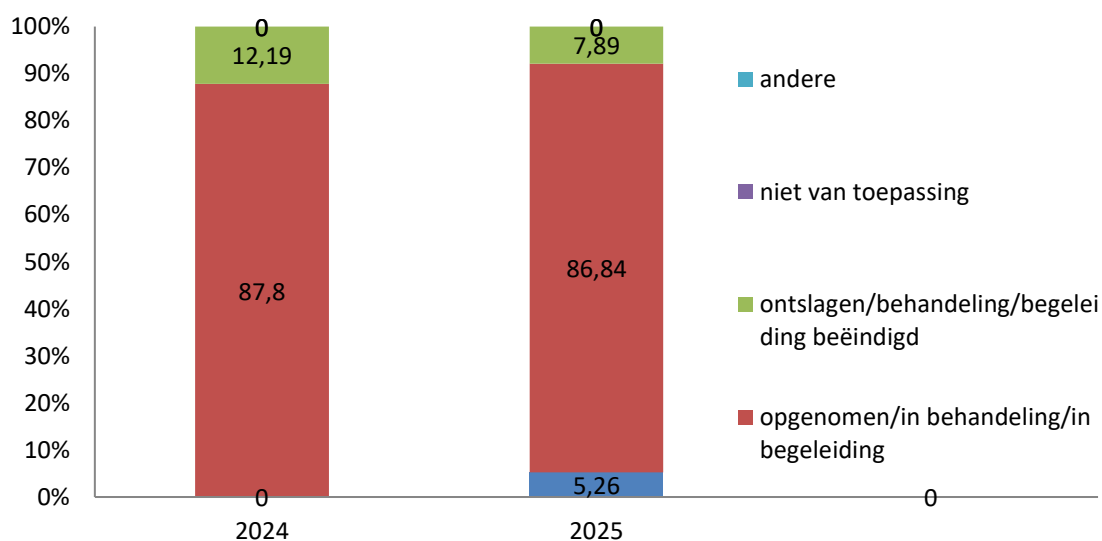
Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	10	11,62	15	19,23
Luisterend oor	25	29,06	25	32,05
Signaal	24	27,90	22	28,20
Bemiddeling: pendeldiplomatie	8	9,30	3	3,84
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	6	6,97	-	-
Financieel akkoord: schadeclaim	3	3,48	1	1,28
Financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	2	2,56
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	9	10,46	6	7,69
Sanctie/represaille	-	-	4	5,12
Andere	1	1,16	-	-
totaal	86	100	78	100

Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	4	5,26
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	72	87,80	66	86,84
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	10	12,19	6	7,89
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	82	100	76	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



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.

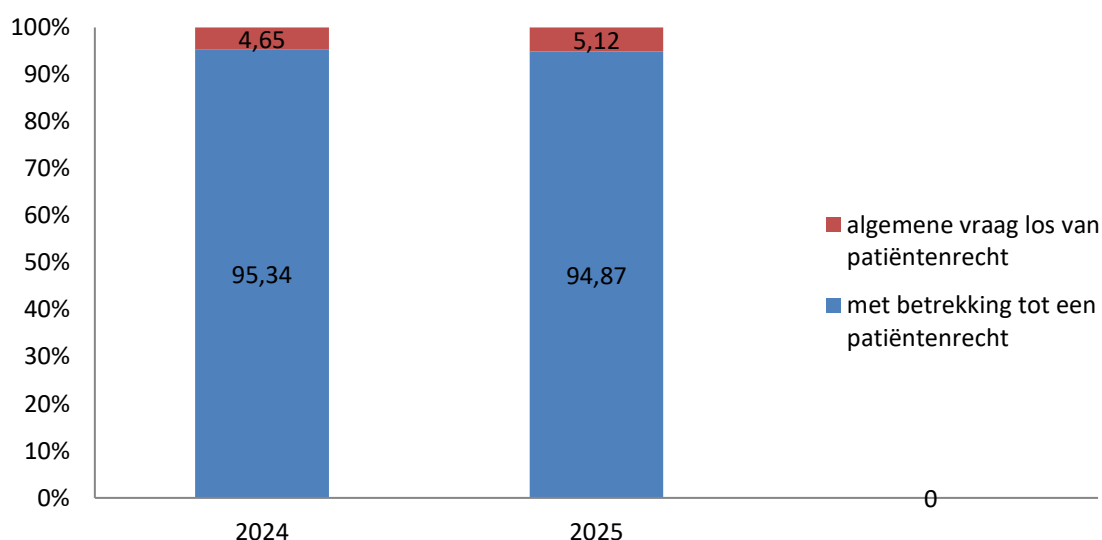
Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	14	16,27	30	38,46
psychiater	31	36,04	21	26,92
huisarts	3	3,48	3	3,84
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	11	12,79	14	17,94
persoonlijke begeleider	1	1,16	-	-
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	3	3,48	2	2,56
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	3	3,48	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	9	10,46	3	3,84
administratieve dienst	1	1,16	-	-
technische dienst	3	3,48	-	-
voedingsdienst	3	3,48	3	3,84
poetsdienst	-	-	1	1,28
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	1	1,28
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
beleid	4	4,65	-	-
afdelingsverantwoordelijke	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	86	100	78	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	82	95,34	74	94,87
algemene vraag los van patiëntenrecht	4	4,65	4	5,12
totaal	86	100	78	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

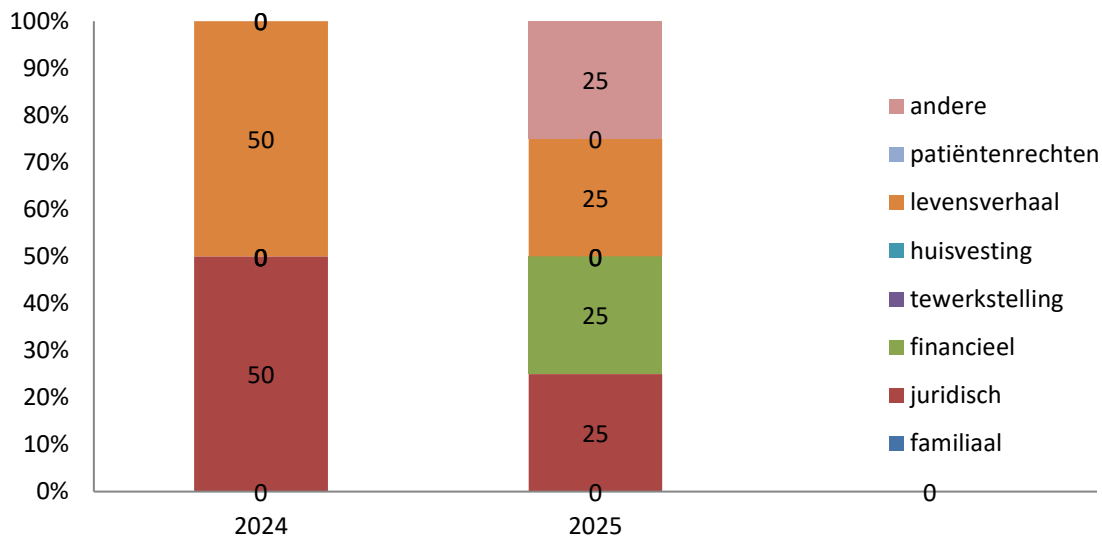


Hieronder worden de soorten **algemene vragen** los van de patiëntenrechten weergegeven. Per aanmelding wordt slechts één categorie geregistreerd. Verstrekt de ombudspersoon informatie over meerdere categorieën, dan wordt de vraag van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aanmeldingen.

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	2	50,00	1	25,00
financieel	-	-	1	25,00

tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	2	50,00	1	25,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	1	25,00
totaal	4	100	4	100

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



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

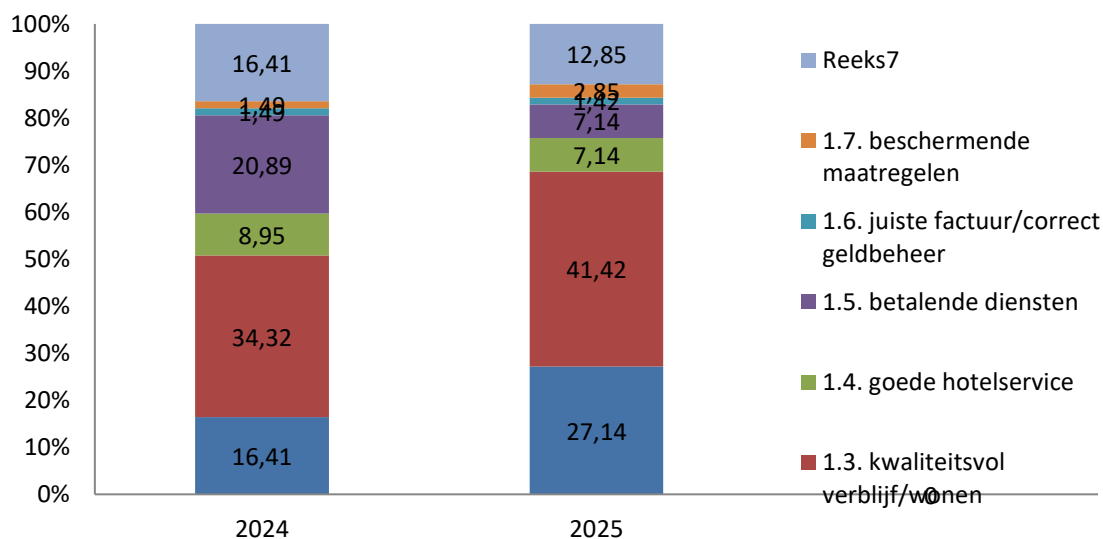
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	67	81,70	70	94,59
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	3,65	-	-
3. informatie	-	-	1	1,35
4. geïnformeerde toestemming	8	9,75	1	1,35
5. inzage patiëntendossier	2	2,43	2	2,70
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	1,21	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	1,21	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-

totaal	82	100	74	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	11	16,41	19	27,14
1.2. goede behandeling/begeleiding	23	34,32	29	41,42
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	6	8,95	5	7,14
1.4. goede hotelservice	14	20,89	5	7,14
1.5. betalende diensten	1	1,49	1	1,42
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	1,49	2	2,85
1.7. beschermende maatregelen	11	16,41	9	12,85
totaal	67	100	70	100

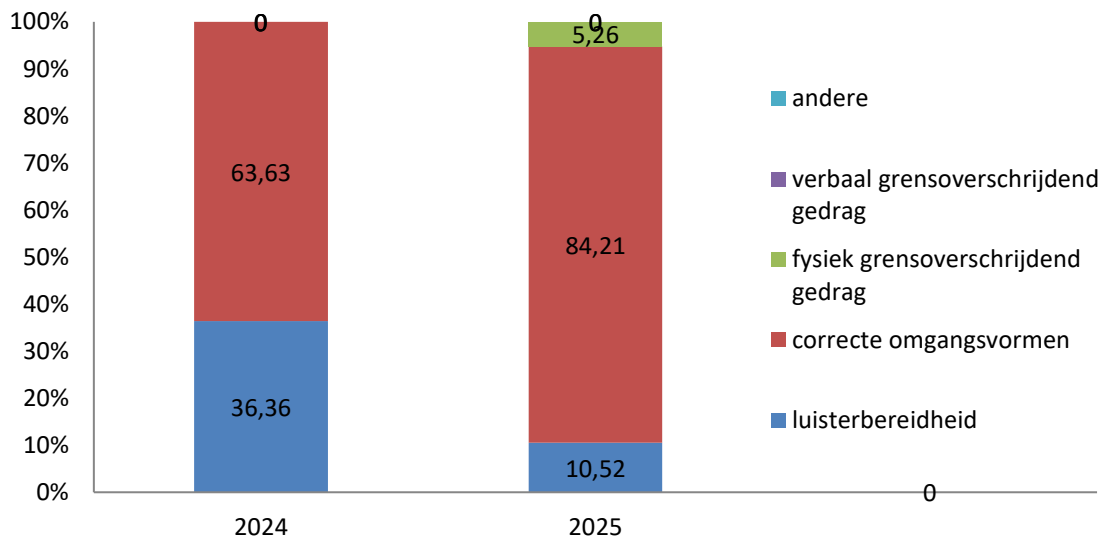
1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	4	36,36	2	10,52
correcte omgangsvormen	7	63,63	16	84,21

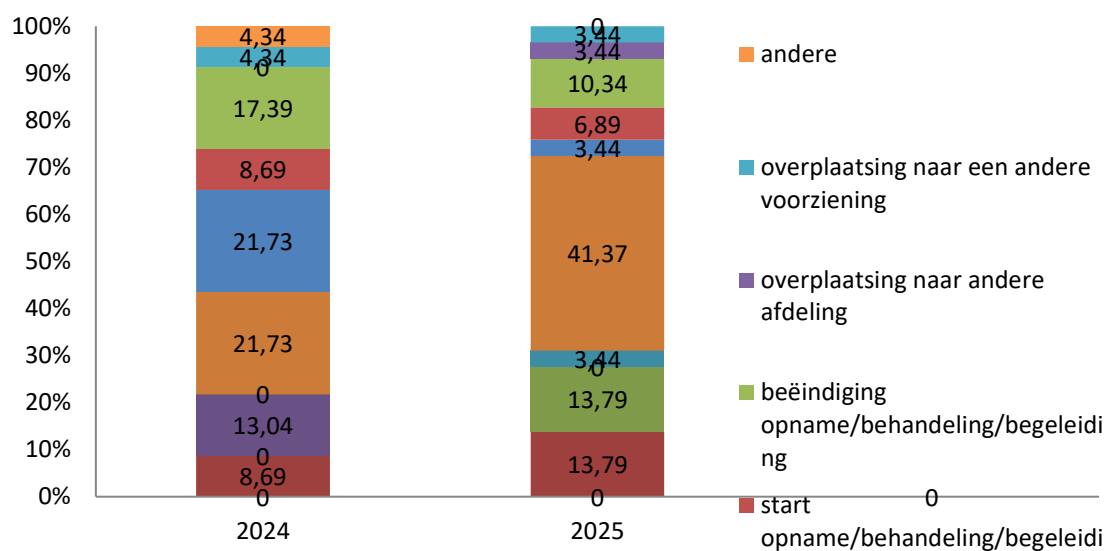
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	1	5,26
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	11	100	19	100

1.1. Respectvolle bejegening



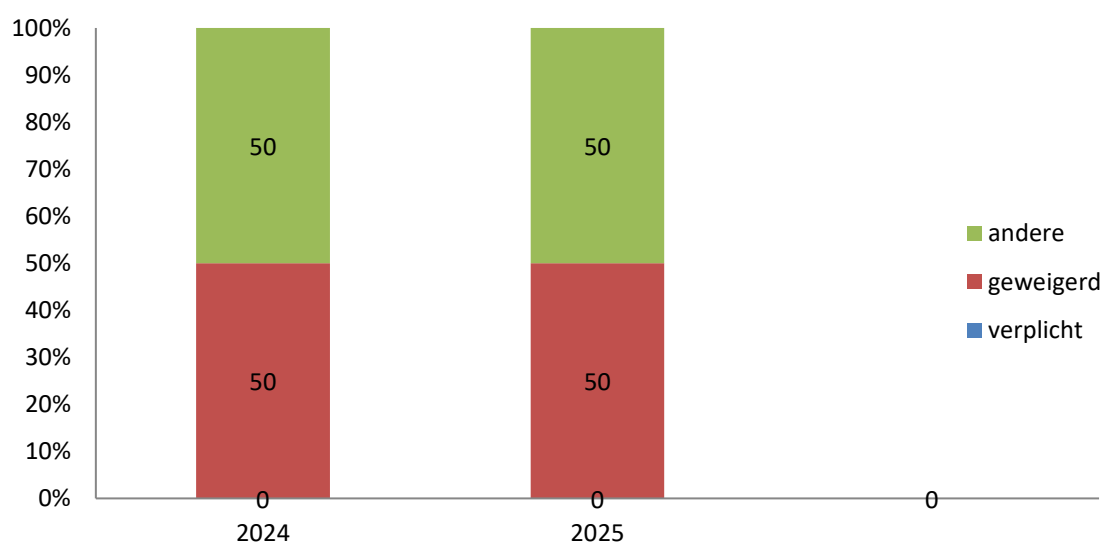
1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	2	8,69	4	13,79
medicatie	-	-	4	13,79
individuele therapie	3	13,04	-	-
groepstherapie	-	-	1	3,44
voldoende beschikbaarheid	5	21,73	12	41,37
betrokkenheid familie	5	21,73	1	3,44
start opname/behandeling/begeleiding	2	8,69	2	6,89
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	4	17,39	3	10,34
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	1	3,44
overplaatsing naar een andere voorziening	1	4,34	1	3,44
andere	1	4,34	-	-
totaal	23	100	29	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding



Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	50,00	1	50,00
andere	1	50,00	1	50,00
totaal	2	100	2	100

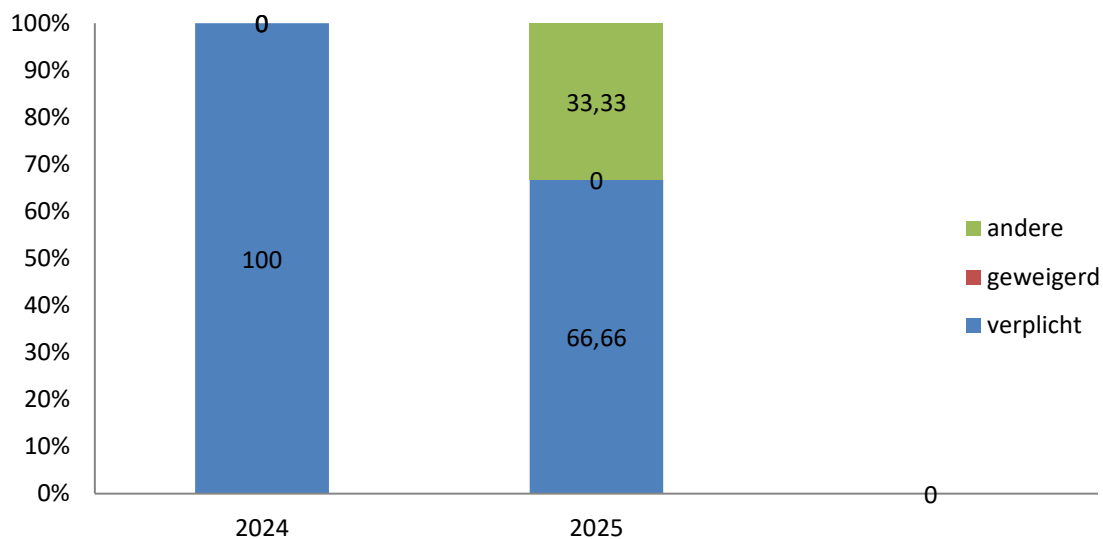
Start opname/behandeling/begeleiding



Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

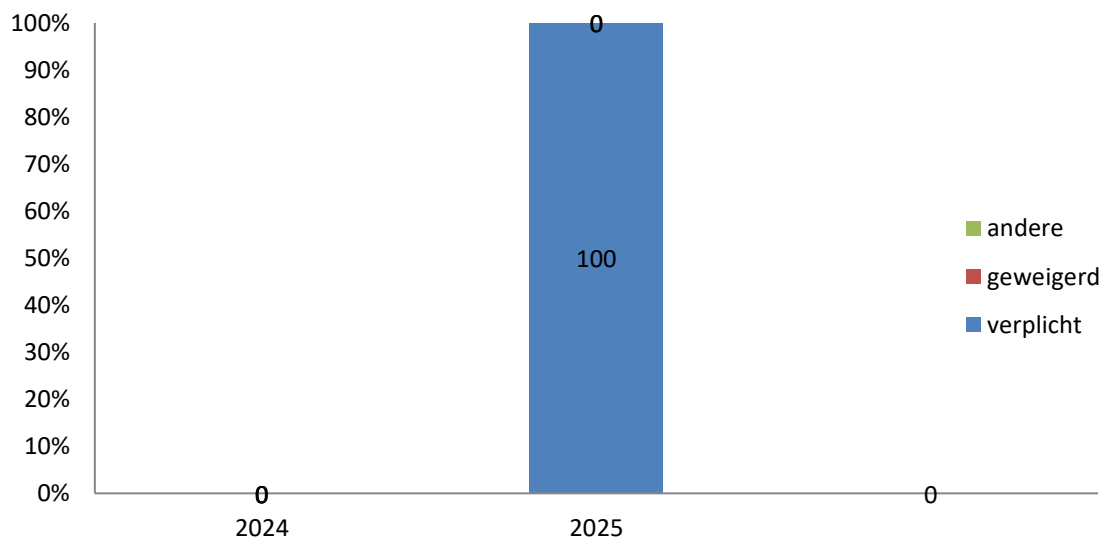
verplicht	2	100,00	2	66,66
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	2	100	3	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding



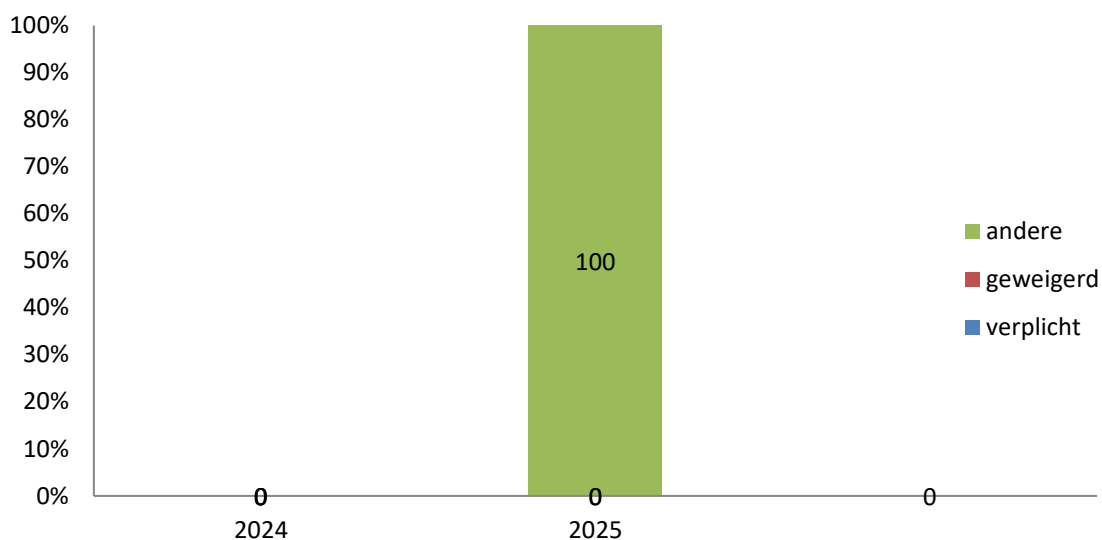
Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Overplaatsing naar andere afdeling



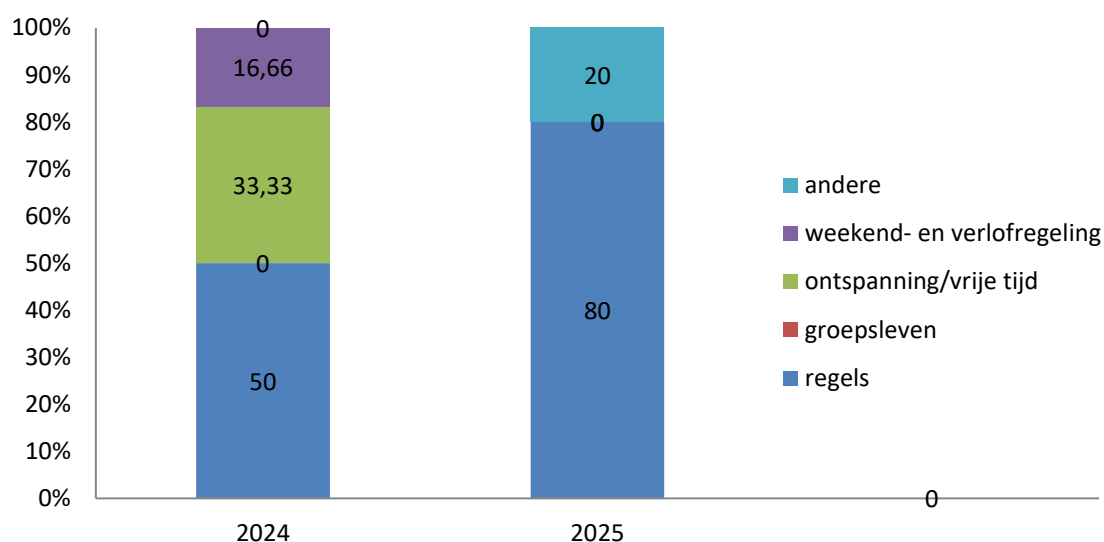
Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Overplaatsing naar andere voorziening



1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	3	50,00	4	80,00
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	2	33,33	-	-
weekend- en verlofregeling	1	16,66	-	-
andere	-	-	1	20,00
totaal	6	100	5	100

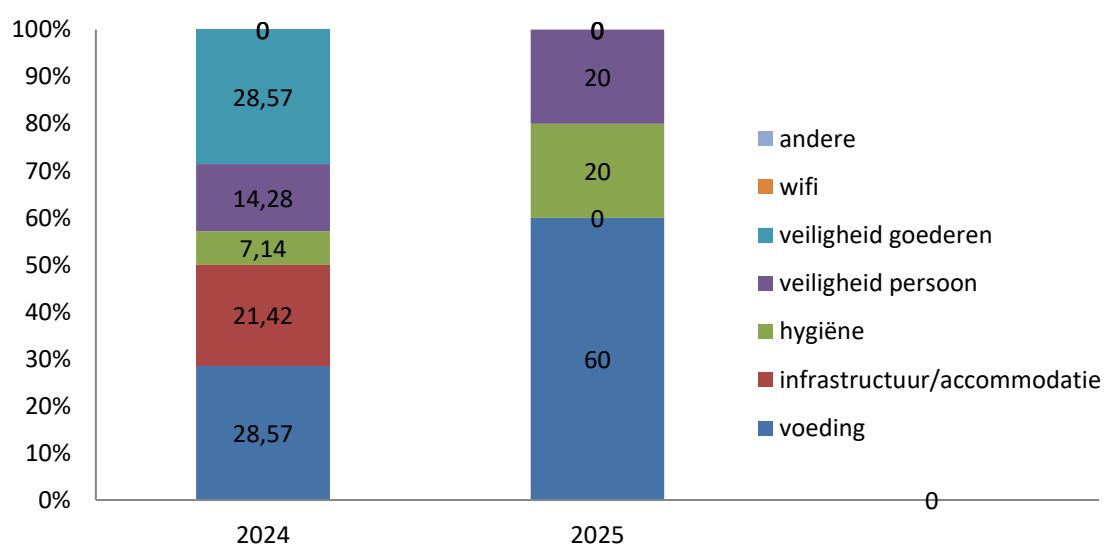
1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen



1.4. Goede hotelSERVICE

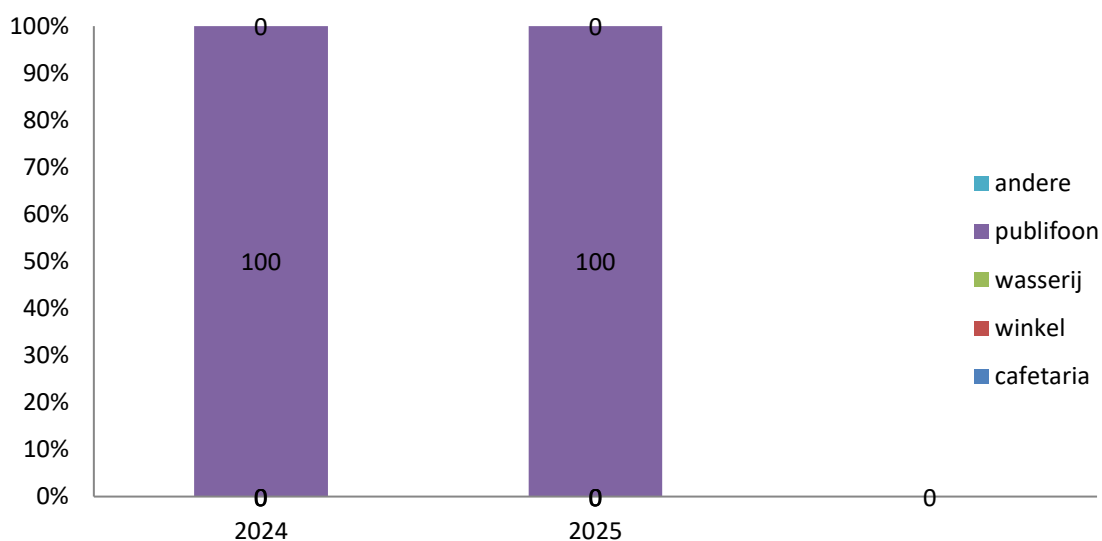
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	4	28,57	3	60,00
infrastructuur/accommodatie	3	21,42	-	-
hygiëne	1	7,14	1	20,00
veiligheid persoon	2	14,28	1	20,00
veiligheid goederen	4	28,57	-	-
wifi	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	14	100	5	100

1.4. Goede hotelSERVICE



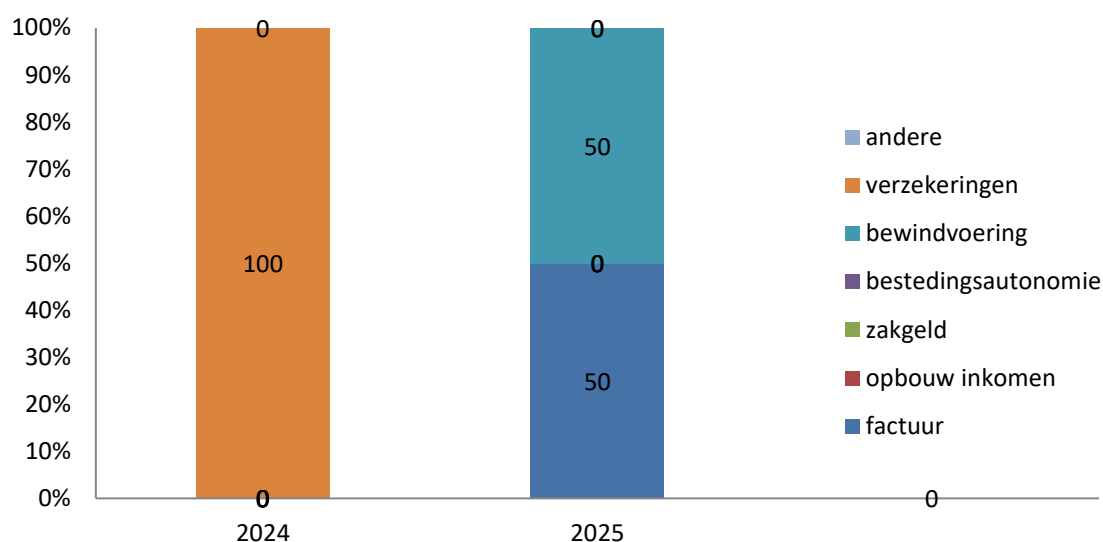
1.5. Betalende diensten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	1	100,00	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

1.5. Betalende diensten



1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	1	50,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	1	50,00
verzekeringen	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

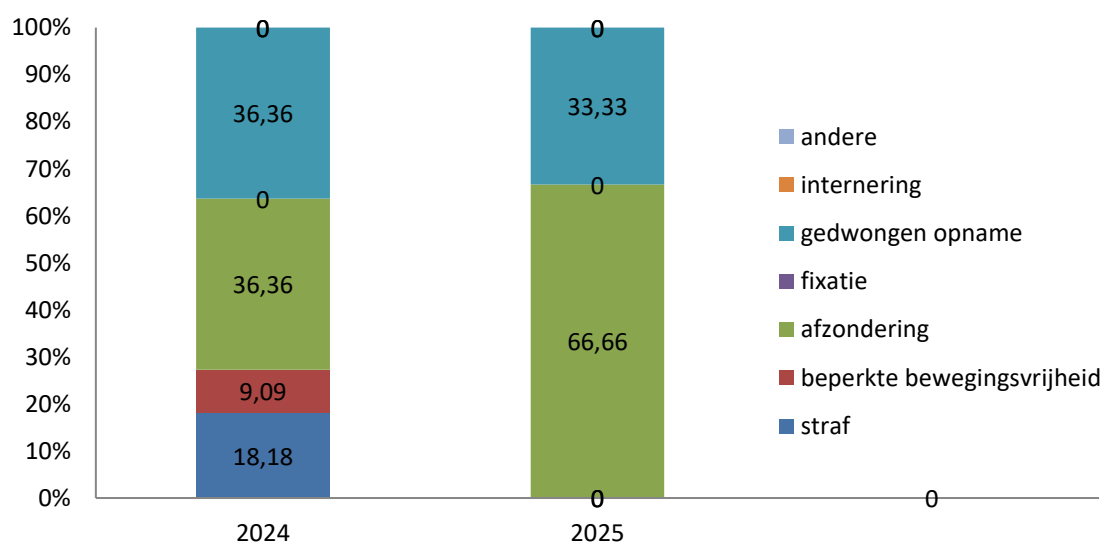
1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer



1.7. Beschermende maatregelen

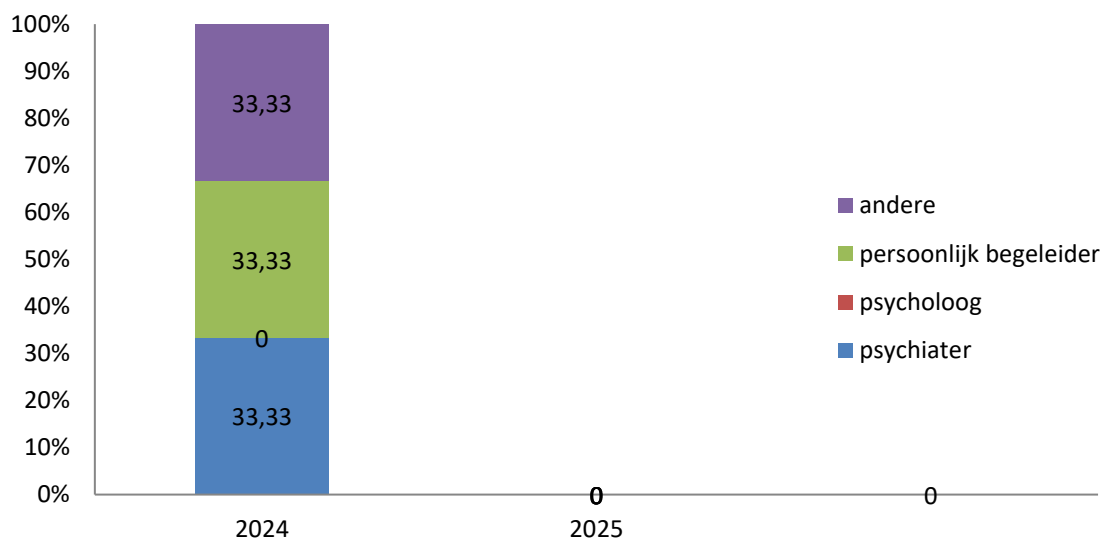
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	2	18,18	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	9,09	-	-
afzondering	4	36,36	6	66,66
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	4	36,36	3	33,33
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	11	100	9	100

1.7. Beschermende maatregelen



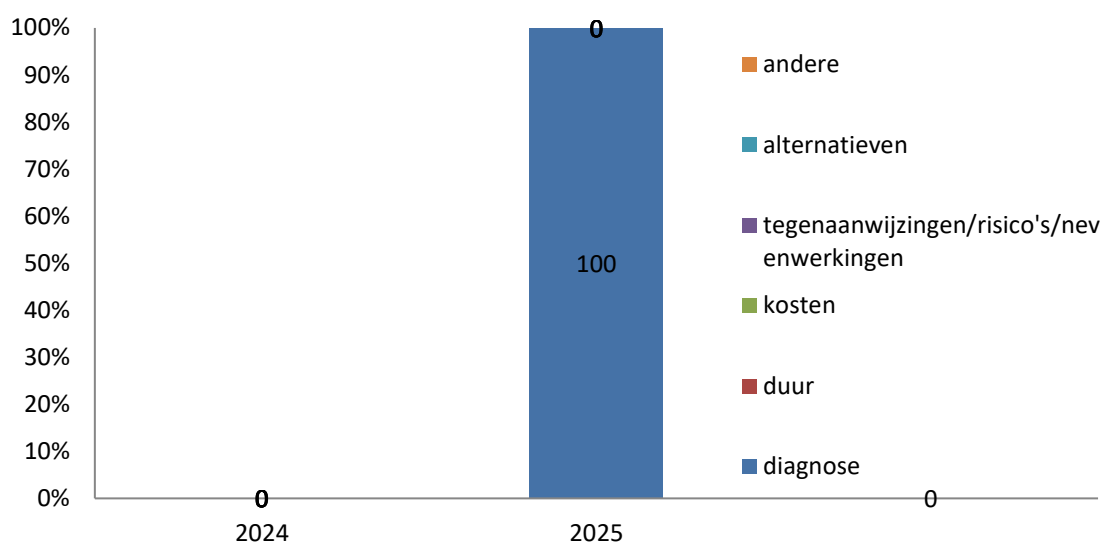
2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	1	33,33	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	1	33,33	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	-	-

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar



3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	100,00
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

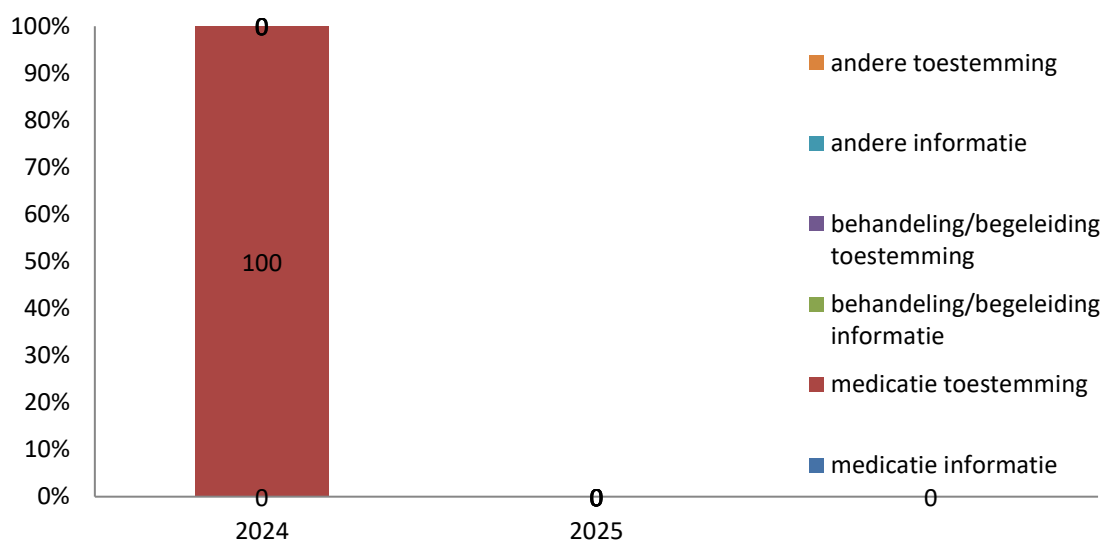
3. Recht op informatie



4. Recht op geïnformeerde toestemming

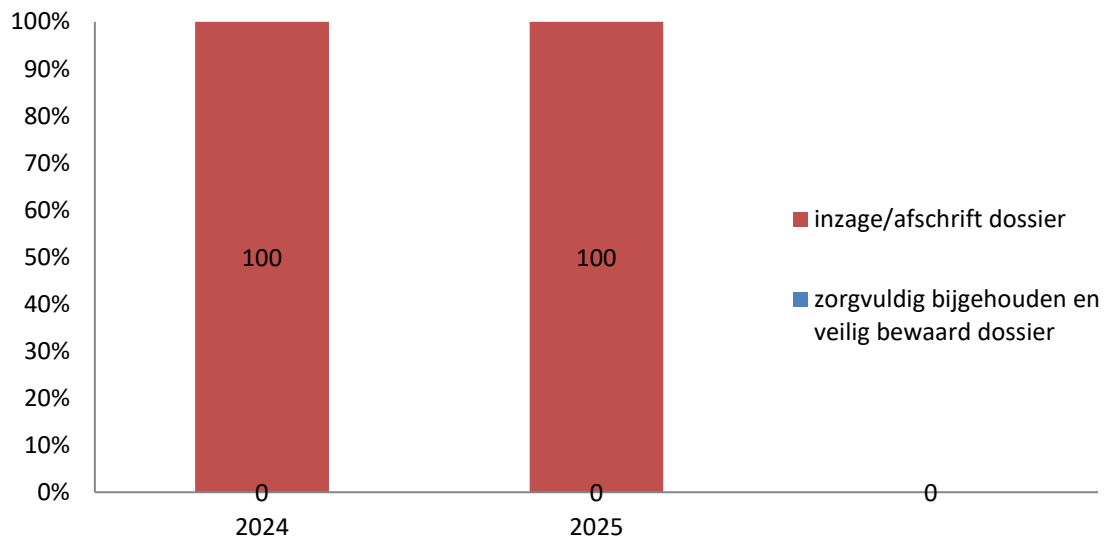
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	8	100,00	-	-
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	8	100	-	-

4. Recht op geïnformeerde toestemming



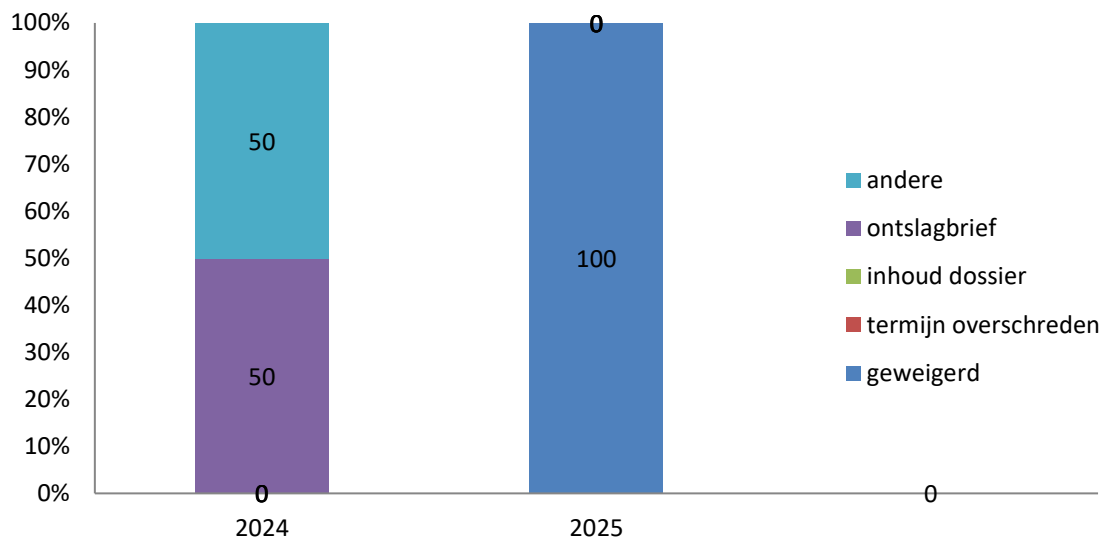
5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	2	100,00	2	100,00
totaal	2	100	2	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier



5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	2	100,00
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	-	-	-	-
ontslagbrief	1	50,00	-	-
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	2	100

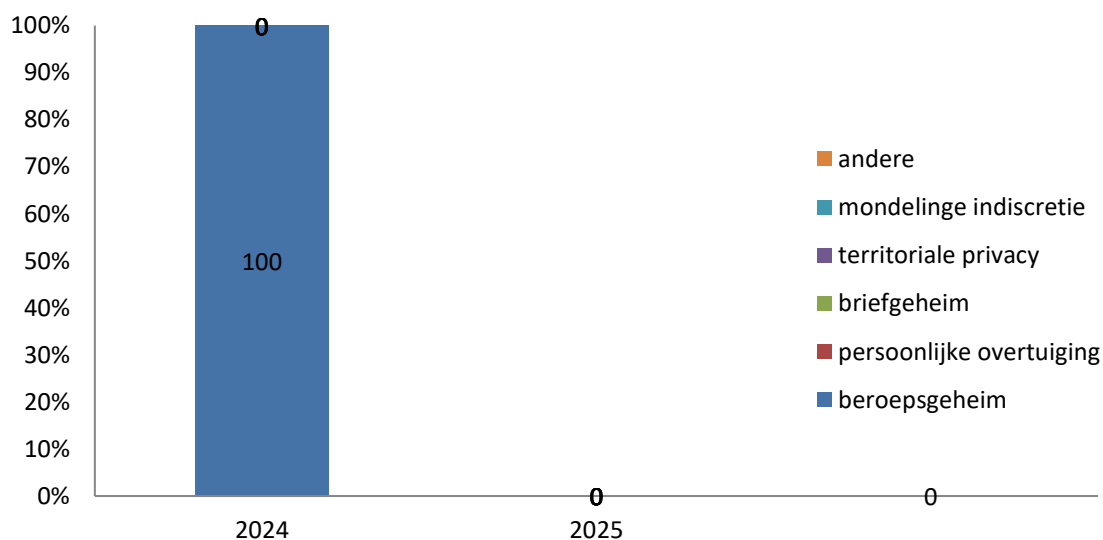
5.A. Recht op inzage of afschrift



6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	100,00	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

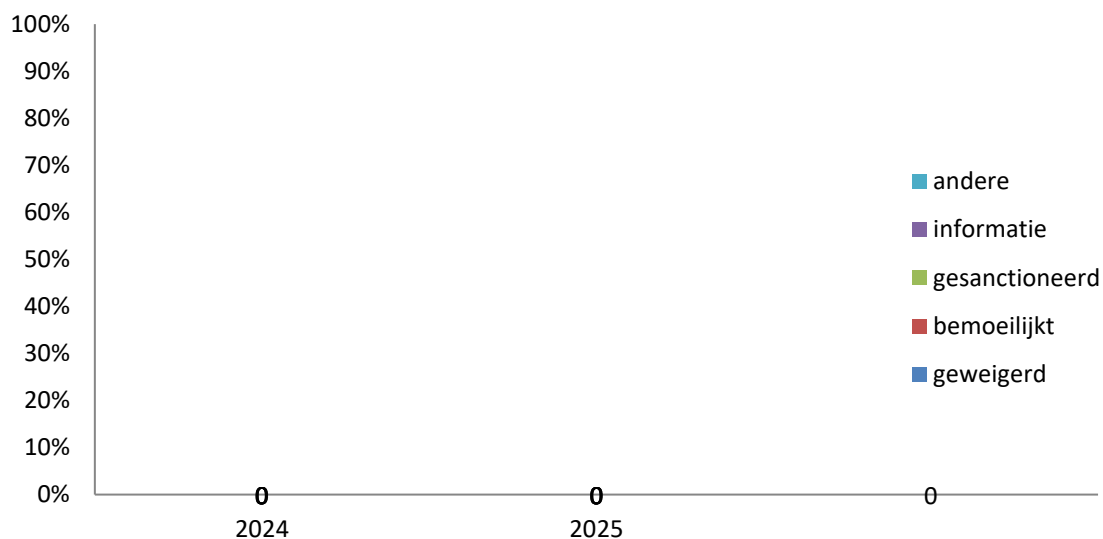
6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer



7. Recht op klachtenbemiddeling

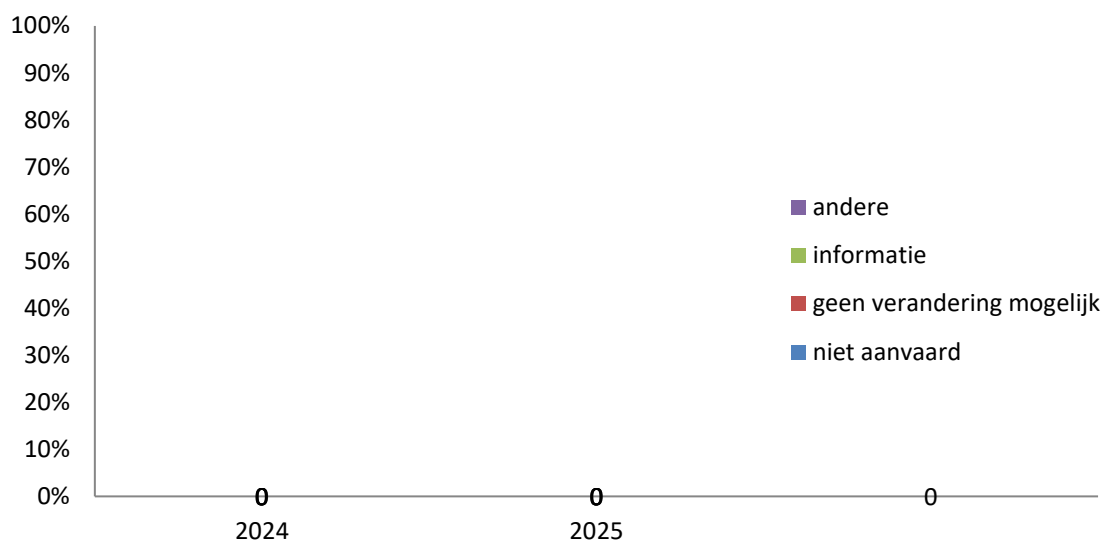
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

7. Recht op klachtenbemiddeling



8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

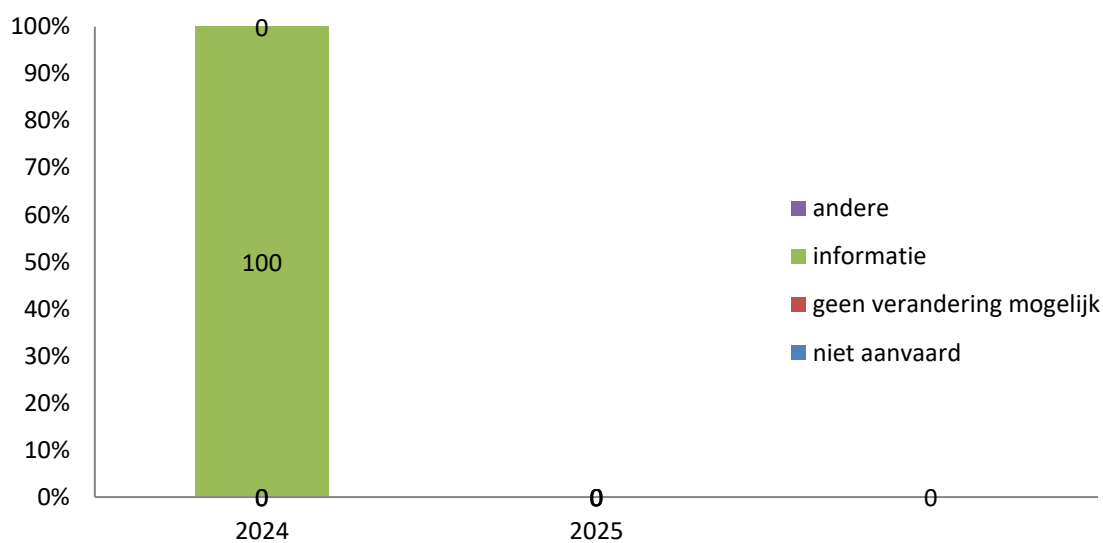
8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger



9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

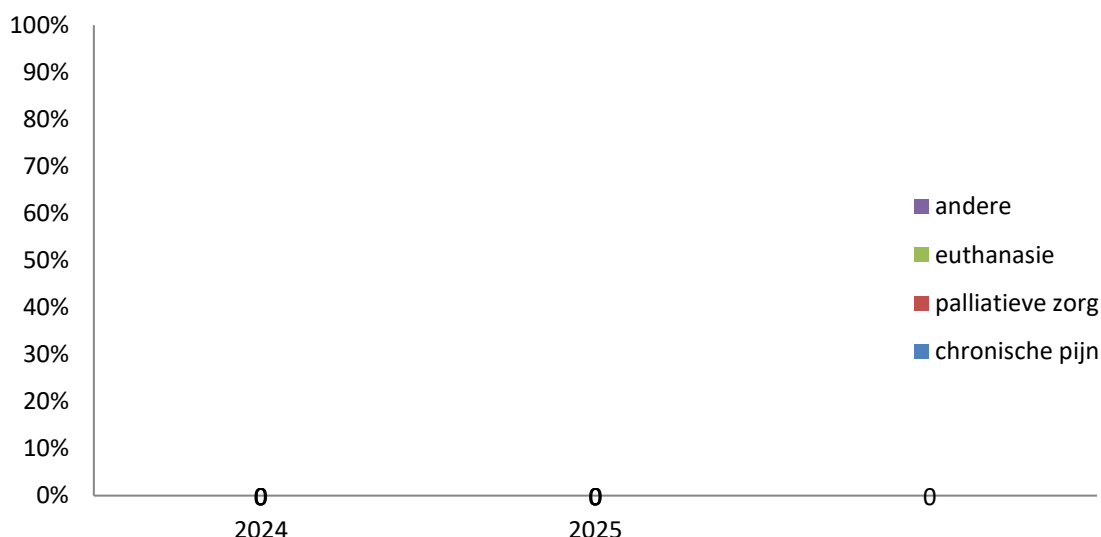


10. Recht op pijnbestrijding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding



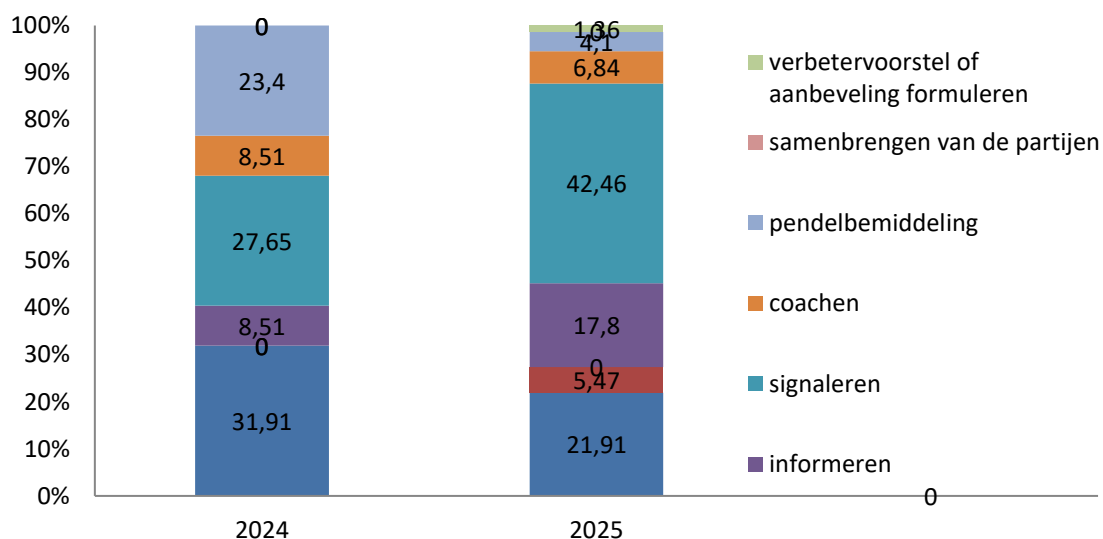
D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (77). De **interventie** van de ombudspersoon is bij heel wat aanmeldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het ombudswerk. Soms verlangt de patiënt niets meer. Soms volstaat informeren of het doorverwijzen naar een hulpverlener of een dienst. Soms verkiest de patiënt zelf de nodige stappen te ondernemen en is de rol van de ombudspersoon beperkt tot coachen. Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al of niet samen met hem/haar. Soms wil de patiënt vooral een signaal geven of vindt de ombudspersoon het belangrijk dat dit signaal - mits akkoord van de patiënt - gegeven wordt, meestal aan de direct betrokkene, soms aan de directie. De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden. We registreren slechts de belangrijkste interventie en dus niet al diegene die er eventueel aan vooraf gaan.

Hoofdinterventie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	15	31,91	16	21,91
doorverwijzen intern	-	-	4	5,47
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	4	8,51	13	17,80

signaleren	13	27,65	31	42,46
coachen	4	8,51	5	6,84
pendelbemiddeling	11	23,40	3	4,10
samenbrengen van de partijen	-	-	-	-
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	1	1,36
totaal	47	100	73	100

Hoofdinterventie



E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	18	36,00	2	2,66
binnen de week	12	24,00	3	4,00
binnen de twee weken	7	14,00	21	28,00
binnen de vier weken	4	8,00	15	20,00
later dan vier weken	9	18,00	34	45,33
totaal	50	100	75	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	14	57

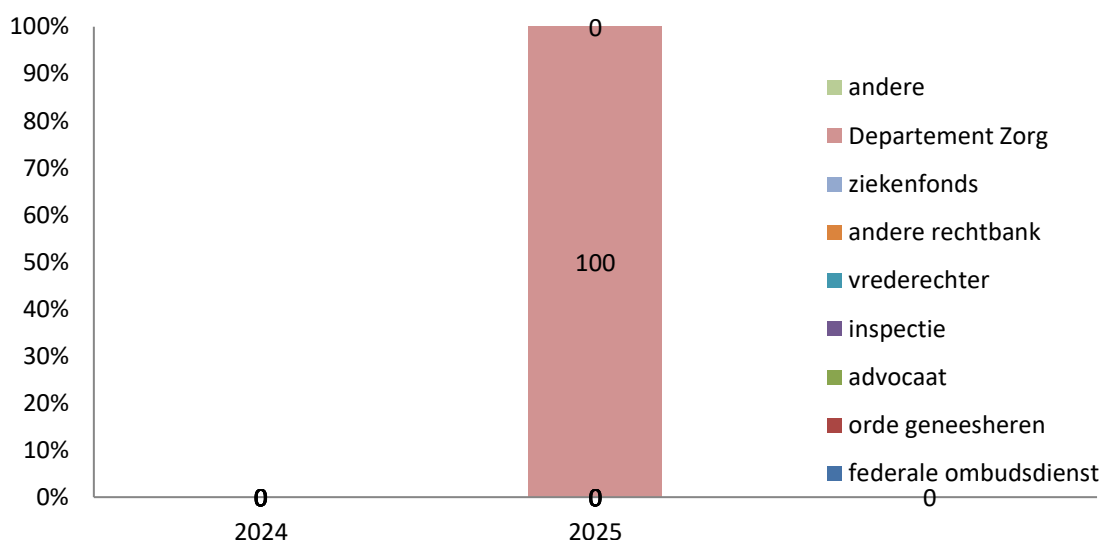
Wanneer een aanmelding definitief is afgehandeld, is niet steeds duidelijk te bepalen, zeker in deze gevallen waar er geen feedback is. De ombudspersoon ontvangt soms nog bijkomende informatie nadat hij een aanmelding had afgesloten. Het afsluiten

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.

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	5	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	5	100

Voorgestelde verdere stappen





Jaarverslag PC St Hiëronymus Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Peter De Clercq



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

1

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inleiding

2025 was een jaar met weinig uitgesproken klachten, zowel in aantal als qua type klacht.

In het jaarverslag 2024 gingen we uitgebreid in op de vernieuwende elementen van de vernieuwde wet patiëntenrechten en de flankerende wetgevingen.

In dit jaarverslag beperken ons tot volgende aandachtspunten nl.

- Informatie, sensibilisering, responsabilisering patiënten en medewerkers vernieuwde wetgeving(en)

- Kwaliteitsvolle zorg

 - Leefklimaat en leefregels

 - Vrijheidsbeperkende maatregelen

 - Opname- en ontslagbeleid

- Klachtrecht en participatie

In bijlage geven we meer casusinfo rond het type van aanmeldingen. Bij de bespreking van het jaarverslag geven we hierover duiding en waar mogelijk de hiermee verbonden aandachtspunten.

Cijfers kort

Het aantal aanmeldingen blijft eerder laag en vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Het aantal aanmeldingen via familie/context blijft erg beperkt (n=2).

Kwaliteitsvolle zorg blijft met driekwart van het totaal aantal aanmeldingen (n=23) de grootste categorie.

Behandeling (n=11)

Medicatie (n=4)

Beschermende maatregelen (n=4)

De helft van de aanmelders neemt in eerste instantie telefonisch contact op.

Aanmelders maken weinig gebruik van de brievenbus.

Bijna alle aanmelders (90%) worden gecontacteerd binnen de week en 2/3 krijgt een antwoord/reactie/oplossing binnen de twee weken.

Aanbevelingen/Aandachtspunten: algemeen

We hernemen hier een aantal aandachtspunten zoals die in het jaarverslag 2024 en eerdere jaarverslagen werden meegegeven.

Kwaliteitsvolle zorg

-Vorming en coaching (informatie en duiding, sensibilisering, responsabilisering) van medewerkers rond wet patiëntenrechten en de flankerende wetgeving(en).

Het aanbod van persoonlijke toelichting op vraag van de afdelingen of werkgroepen gaat samen met de mogelijkheid om gebruik te maken van de binnen Psyche ontwikkelde e-learningen.

Recht op informatie

-Informatie-uitwisseling als basis voor respectvolle samenwerking.

-Van dialoog naar geïnformeerde toestemming: waardevol én uitdagend kader met potentieel, om zorg te bereiken waar patiënten zich door geholpen voelen.

-Zorgplanning/wilsverklaring: Praten is 'goed', onthouden 'beter'? Het meenemen van geschreven informatie vermijdt dat patiënt meermaals verhaal moet doen.

-Informatie en duiding van mogelijkheden en beperkingen in het behandelaanbod.

-Duidelijke informatie rond functie (opdracht en kwalificaties).

Dossier en digitalisering

-Zorgvuldigheid bij het beschikbaar maken en delen van privacygevoelige informatie.

-Nazicht privacygevoelige informatie voor afschrift of deling (aanpassingen in E-dossier)

-Helder en respectvol spreken/schrijven.

-Stilstaan bij mogelijke effecten van exclusie en stigma.

-Richtlijnen voor medewerkers rond aanpassingen en toevoegingen.

-Heldere informatie aan patiënten over de (on)mogelijkheden t.a.v aanpassingen en toevoegingen in het patiëntendossier.

Klachtrecht

-Ruimte (blijven) maken voor vertrouwelijkheid, spreekruimte voor patiënten en medewerkers.

- Afstemmen klachtenopvang op afdelingsniveau en klachtenbeleid op voorzieningsniveau.
- Respect voor de basisprincipes, waaronder vertrouwelijkheid en het recht op antwoord.
- Aandacht voor drempelverhogende effecten met overregulering en hiërarchische benadering als valkuil.

Aandachtspunten en goede praktijk voorziening St Hieronymus

-Informatie, sensibilisering, responsabilisering patiënten en medewerkers t.a.v. vernieuwde wetgeving(en).

Het aanbod van persoonlijke toelichting op vraag van de afdelingen of werkgroepen gaat samen met de mogelijkheid om gebruik te maken van de binnen Psyche ontwikkelde e-learningen.

Als de voorziening dit wenst kan het via monitoring (cijfers aangeleverd door Psyche) het aantal gebruikers van deze vormingskansen opvolgen.

Afdelingen worden ook aangemoedigd om zelf proactief patiënten te informeren (praktisch en inhoudelijk) over patiëntenrechten en ombudswerking. Zie ook Klachtrecht en participatie.

Zoals al vermeldt in het voorwoord geven we nog eens extra mee dat de brochure over de invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel, gemaakt in samenwerking met Te Gek, beschikbaar is.

-Kwaliteitsvolle zorg

-Leefklimaat en leefregels

Elke afdeling heeft nood aan afspraken en deze staan vaak rechtstreeks in verbinding met de hectiek en zorgzwaarte op de afdeling. Streven naar een leefklimaat waar respect, verbinding, dialoog, rust, maar ook ruimte voor proberen en falen, autonomie en zelfredzaamheid met elkaar verzoend kunnen worden is een permanente uitdaging en zoektocht die zich niet laat overreguleren of structureren.

Patiënten hebben soms moeite met de veelheid aan allerlei regels en afspraken die gericht zijn op het vermijden van hectiek, en het trachten onder controle te houden van potentiële conflictstof of discussies.

Gezond verstand en empathisch vermogen aan beide zijden kan hier zeker aan bijdragen. Behandelteams mogen patiënten ook aanmoedigen, ondersteunen en waar nodig individueel bijsturen om respectvol, empathisch deel te nemen aan het groepsleven.

Verwachtingen van patiënten en hun context t.a.v zorg evolueren en zijn dus per definitie geen statisch gegeven. Regelmatige evaluatie van de leefregels en afspraken is blijvend nodig om deze op hun meerwaarde of noodzaak te toetsen. Zo kan er meer ruimte gemaakt worden voor individuele vragen en noden, die geen afbreuk doen aan het leefklimaat.

Het werken aan een openfeedbackcultuur met lage drempel om klacht, ongenoegen, vragen en bedenkingen veilig bespreekbaar te kunnen stellen blijft een werk in uitvoering.

Niet alle afdelingen staan even ver in dit groeiproces. Opvolging en ondersteuning blijven nodig. Dialoog met patiënten is nodig om van regels naar gedragen afspraken te kunnen evolueren.

Alle afdelingen werden in 2025 uitgenodigd om via werfvergaderingen hun behandelklimaat, met alle elementen die hierop hun invloed kunnen hebben (opnieuw) in kaart te brengen. De 10 vuistregels om (leef-)regels te toetsen en waar nodig bij te sturen was hierbij een helpend kader.

Waar de patiëntenraden eerder gericht zijn op dagdagelijkse besommeringen wordt in sommige settings gewerkt met het concept 'spiegelgesprekken', vaak in samenwerking met de ervaringsdeskundigen.

Deze keuze voor systematische feedback gaat verder dan praktische besommeringen, ook de werking en visie van de afdeling en thema's door patiënten zelf aangebracht komen aan bod. Dit is soms confronterend maar ook leerrijk. Het doet meer stilstaan bij het effect van wat we doen en laat blinde vlekken zien.

-Vrijheidsbeperkende maatregelen

De groeiende aandacht voor respectvolle, humane zorg is voelbaar en klachten rond overmatig fysiek of verbaal geweld in de zorg komen steeds minder voor.

Opgelegde zorg valt patiënten zwaar en vraagt om informatie en duiding rond de behandel mogelijkheden, alternatieven en het zoeken naar de minst ingrijpende zorg.

Werken in een gesloten crisissetting met zeer verschillende en complexe zorgvragen, vraagt van medewerkers een bijzondere motivatie, vaardigheden en expertise.

Naast de feedback van ontevreden patiënten is er ook positieve feedback van patiënten en hun context.

Het bieden van rust, structuur, nabijheid, luisterbereidheid, informatie en perspectief wordt vaak als helpend benoemd.

Inzetten op permanente vorming en teamondersteuning en waar nodig individuele coaching is een noodzaak die ter harte wordt genomen.

De voorziening investeert structureel in vorming en coaching, in het bijzonder t.a.v vrijheidsbeperkende maatregelen. Het praktijkboek voor klinische intensieve en forensische zorg – van Petra Schaftenaar en Minco Ruiter: "De-escalatie en dwangreductie" wordt als basisliteratuur meegegeven aan medewerkers.

Ook t.a.v medicatie wordt overleg en het streven naar coöperatie maximaal ingezet om intrinsieke motivatie, ziekte-inzicht en waar mogelijk geïnformeerde toestemming te bereiken.

Wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van medicatie, het delen van goodpractices, meer openheid naar multidisciplinaire evaluatie en second opinion kunnen de drempels naar therapie en medicatietrouw helpen verminderen.

De vernieuwde wetgeving bescherming persoon, met meer aandacht voor overleg en multidisciplinaire evaluatie en samenwerking, kan hier hopelijk aan bijdragen.

Zoals al vermeldt in het voorwoord geven we nog eens extra mee dat de brochure over de invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel, gemaakt in samenwerking met Te Gek, beschikbaar is.

-Opname-en ontslagbeleid

Klachten rond het opstarten of beëindigen van behandelingstrajecten komen regelmatig aan bod. Dit kan te maken hebben met de impact van responsabilisering, samenwerkingsbereidheid, agressiebeleid maar evenzeer met opnamedruk en afbakening van het behandelaanbod.

Ook in deze voorziening waren er enkele aanmeldingen rond de criteria/argumenten om geen behandeling op te starten, maar is er geen sprake van een opvallende stijging.

Klachtrecht (en participatie)

-Dialoog rond zorgbeleving en ruimte voor (on)tevredenheid of klacht.

-Afstemmen klachtenopvang op afdelingsniveau aan klachtenbeleid op voorzieningsniveau.

De voorziening investeert structureel in vorming en coaching, in het bijzonder t.a.v vrijheidsbeperkende maatregelen. Verschillen tussen afdelingen in de concrete benadering wordt door patiënten als moeilijk, verwarrend benoemd.

De wijze waarop afdelingen omgaan met klachtrecht en participatie ligt niet altijd in lijn met het verwachte organisatie brede beleid.

Feedback van patiënten: niet overal met open geest, enthousiasme en overtuiging onthaald.

Enkele aandachtspunten uit voorgaande jaarverslagen:

→ *De keuze van de patiënt voor een driegesprek is een belangrijk signaal en kan wijzen op nood aan 'bijstand' (eerdere (mislukte) pogingen tot gesprek, drempelvrees, vrees voor tegenreactie ...)*

→ *Aan elke bemiddeling zijn meerdere (gemiste) kansen op rechtstreekse communicatie voorafgegaan. Hoe langer deze communicatiestoringen blijven 'hangen', hoe groter de opgebouwde frustraties en de hiermee gepaard gaande 'strijdbaarheid' bij de klachtbrenger. M.a.w. hoe vroeger onvrede, ongenoegen (h)erkent wordt, hoe meer kans op positief effecten van klachtenopvang en/of klachtenbemiddeling.*

→ *Hoe meer praktijk er bestaat op afdelingsniveau rond het bespreekbaar stellen van patiëntenrechten, hoe minder deze informatie verloopt via de ombudspersoon. Anderzijds zal de behoefte om de aangebrachte informatie te toetsen bij een onafhankelijke bron bij sommige patiënten aanwezig blijven.*

→ *Als personeel proactief en open communiceert over patiëntenrechten zal dit sterk positieve effecten hebben op de drempels om hierover te praten en in bepaalde gevallen de ombudspersoon hierover te spreken.*

→ *Systematischer inbouwen van feedbackmomenten.*

Algemeen besluit

Het aantal meldingen blijft laag en gelijklopend met voorgaande jaren.
2025 was een jaar met weinig uitgesproken klachten, zowel in aantal als qua type klacht.

We formuleren met de nodige voorzichtigheid enkele aandachtspunten en aanbevelingen.

De bereidheid bij medewerkers om in dialoog te gaan rond meldingen is positief.

De samenwerking met de interne contactpersoon verloopt professioneel en constructief.

We danken de directie en de medewerkers voor hun bereidheid tot dialoog en kijken uit naar een verderzetting van de samenwerking.

Aanmeldingen

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 13/01/2025, de laatste op 12/12/2025.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 30, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 30. Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	32	28	32	30
aanmelders	32	28	31	30

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	32		30	
aanmelders	31		30	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	14	50,00	19	63,33
<i>binnen de week</i>	14	50,00	8	26,66
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	3	10,00
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	28	100	30	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	4	12,50	-	-

<i>1 contact</i>	17	53,12	13	43,33
<i>2 contacten</i>	10	31,25	13	43,33
<i>3 contacten</i>	1	3,12	2	6,66
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	2	6,66
totaal	32	100	30	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		5	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	30		30	

De **30** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 30 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
1	30	100,00	30	100,00
totaal	30	100	30	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	29	90,62	28	93,33
groep patiënten	-	-	-	-
andere	3	9,37	2	6,66
totaal	32	100	30	100

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	2	66,66	2	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	2	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	33,33	-	-
als vertrouwenspersoon	2	66,66	2	100,00
ten persoonlijke titel	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	33,33	1	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	1	33,33	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	1	50,00
terugkoppeling was niet nodig	1	33,33	-	-
totaal	3	100	2	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
persoonlijke vraag aanmelder	1	50,00	1	100,00
weigering aanmelder	1	50,00	-	-
patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
patiënt is wilsonbekwaam	-	-	-	-
patiënt is overleden	-	-	-	-
patiënt is onbereikbaar	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	1	3,22	6	20,00
neen	30	96,77	24	80,00
totaal	31	100	30	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	9	28,12	8	26,66
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	5	15,62	8	26,66
telefonisch	15	46,87	14	46,66
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	3	9,37	-	-
totaal	32	100	30	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
informatie	5	15,62	5	16,66
luisterend oor	2	6,25	1	3,33
signaal	4	12,50	2	6,66
bemiddeling: pendeldiplomatie	11	34,37	-	-
bemiddeling: samenbrengen van de partijen	3	9,37	2	6,66
financieel akkoord: schadeclaim	-	-	-	-
financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	1	3,33
vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	2	6,25	8	26,66
sanctie/represaille	2	6,25	2	6,66
andere	3	9,37	9	30,00

totaal	32	100	30	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	1	3,12	4	13,33
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	24	75,00	18	60,00
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	6	18,75	5	16,66
niet van toepassing	1	3,12	2	6,66
andere	-	-	1	3,33
totaal	32	100	30	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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	-	-	-	-
psychiater	10	31,25	11	36,66
huisarts	-	-	-	-
andere arts	1	3,12	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	9	28,12	-	-
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	1	3,12	-	-
psycholoog	-	-	1	3,33
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	2	6,66
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	6	18,75	9	30,00
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	-	-	1	3,33
voedingsdienst	-	-	1	3,33
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	3	10,00
bewindvoerder	1	3,12	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-

beleid	-	-	-	-
afdelingsverantwoordelijke	2	6,25	1	3,33
andere	2	6,25	1	3,33
totaal	32	100	30	100

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	18	56,25	23	76,66
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	3,33
3. informatie	6	18,75	3	10,00
4. geïnformeerde toestemming	2	6,25	-	-
5. inzage patiëntendossier	1	3,12	2	6,66
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	4	12,50	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	3,12	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	1	3,33
totaal	32	100	30	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	2	10,52	1	4,34
1.2. goede behandeling/begeleiding	7	36,84	11	47,82
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	4	21,05	3	13,04
1.4. goede hotelservice	3	15,78	2	8,69
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	5,26	2	8,69
1.7. beschermende maatregelen	2	10,52	4	17,39
totaal	19	100	23	100

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	50,00	-	-
correcte omgangsvormen	1	50,00	-	-
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	9,09
somatische verzorging	1	14,28	-	-
medicatie	-	-	4	36,36
individuele therapie	1	14,28	2	18,18
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	1	14,28	1	9,09
betrokkenheid familie	1	14,28	1	9,09
start opname/behandeling/begeleiding	1	14,28	1	9,09
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	14,28	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	1	9,09
andere	1	14,28	-	-
totaal	7	100	11	100

Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	3	75,00	2	66,66
groepsleven	1	25,00	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	1	33,33
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	3	100

1.4. Goede hotelSERVICE				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	-	-	1	50,00
infrastructuur/accommodatie	-	-	-	-
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	2	66,66	1	50,00
veiligheid goederen	-	-	-	-
wifi	-	-	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	2	100

1.5. Betalende diensten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-

wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	1	50,00
bewindvoering	1	100,00	1	50,00
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	1	25,00
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	2	50,00
gedwongen opname	-	-	1	25,00
internering	-	-	-	-
andere	2	100,00	-	-

totaal	2	100	4	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	1	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

3. Recht op informatie

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	33,33
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	1	33,33
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	6	100,00	1	33,33
totaal	6	100	3	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	2	100,00	-	-

behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,00	2	100,00
totaal	1	100	2	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	-	-	-	-
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	1	100,00	2	100,00
totaal	1	100	2	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	1	25,00	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	3	75,00	-	-
totaal	4	100	-	-

7. Recht op klachtenbemiddeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	1	100,00	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

D. Hoofdinterventie

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	-	-	3	10,00
doorverwijzen intern	2	6,66	4	13,33
doorverwijzen extern	2	6,66	2	6,66
informeren	2	6,66	4	13,33
signaleren	4	13,33	6	20,00
coachen	4	13,33	3	10,00
pendelbemiddeling	11	36,66	3	10,00
samenbrengen van de partijen	4	13,33	3	10,00
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	1	3,33	2	6,66
totaal	30	100	30	100

Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	3	10,00	4	13,33
binnen de week	9	30,00	7	23,33
binnen de twee weken	11	36,66	9	30,00
binnen de vier weken	4	13,33	6	20,00
later dan vier weken	3	10,00	4	13,33
totaal	30	100	30	100

aantal weken langste looptijd	6	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.

Tot slot geven we de eventueel door de ombudspersoon voorgestelde **verdere stappen** weer, als 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	1	25,00	1	20,00
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	3	75,00	4	80,00
totaal	4	100	5	100



Jaarverslag PZ Bethanië en Elim Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

ELISE VAN LINT



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Inhoud

Over OOGG en onze taken	3
Voorwoord	4
1. Inleiding.....	5
2. Werking Ombudsdienst	6
2.1 Algemeen	6
2.2 Initiële aanmelder	6
2.3 Vraag en interventie	6
2.4 Afhandeling	7
3. Aanbevelingen.....	8
3.1 Aandachtspunten bij registratie	8
3.2 Algemeen overzicht.....	8
3.3 Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening nader bekeken	8
a. Goede behandeling: cruciale punten in de zorg	8
b. Respectvolle bejegening: luisterbereidheid en correcte omgangsvormen	9
c. Beschermende observatiemaatregel.....	9
d. Goede hotelservice en veiligheid.....	9
e. Wonen en geldzaken.....	9
3.4 Het recht op 'neen'	9
3.5 Ik mag toch kiezen.....	9
3.6 Mijn privacy, uw beroepsgeheim.....	10
3.7 Overige meldingen samengevat.....	10
a. Recht op informatie.....	10
b. Inzage en afschrift dossier	10
c. Recht op klachtenbemiddeling	10
4. Conclusie.....	11
5. Algemeen besluit	12
Bijlagen	13

Over OOGG en onze taken

De **O**nafhankelijke **O**mbudsdienst **G**eestelijke **G**ezondheidszorg is een deelwerking van Psyche VZW met de steun van de Vlaamse overheid. Elke ombudsdienst is bevoegd voor bepaalde GGZ voorzieningen. We werken onafhankelijk van deze voorzieningen volgens afspraken vast gelegd in een Service Level Agreement. De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet van 6 februari 2024) geeft zorggebruikers het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon en is het basiskader voor onze bemiddelingsgerichte werking. Bij OOGG werken we vanuit een neutrale houding of meerzijdige partijdigheid zonder voor één van de betrokkenen partij te kiezen. Alles wat tot bij ons komt valt onder de vertrouwelijkheid van een bemiddelingsgericht proces met als doel de partijen, waar mogelijk in onderling overleg, tot een uitkomst te laten komen. Wij doen niet aan waarheidsbevinding. De stappen die gezet worden, vertrekken met medeweten van de aanmelder. De melding zelf wordt geregistreerd zoals ze bij ons wordt aangebracht.

- Bij vragen en klachten trachten wij de communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- We werken bemiddelingsgericht bij meldingen met betrekking tot patiëntenrechten met het oog op een uitkomst.
- We informeren patiënten over andere mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die uitkomst er toch niet komt.
- We informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- In een jaarverslag wordt een overzicht gepubliceerd van de klachten en hoe deze werden opgevolgd.
- Van hieruit formuleren we aanbevelingen om meldingen over de uitoefening van patiëntenrechten te voorkomen.

(zie artikel 16/1 WPTR = Wet Patiëntenrechten)

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek! werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Kris Bruyninckx
Teamcoördinator OOGG

1. Inleiding

Bij dit tweeëntwintigste jaarverslag is het belangrijk enkele aandachtspunten te benoemen. Binnen de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG) vonden het voorbije jaar interne wijzigingen plaats. Vanaf begin mei ben ik, Elise Van Lint, gestart als ombudspersoon voor onder meer PZ Bethanië en Elim.

Tijdens de periode waarin de vaste ombudspersoon afwezig was, werd vanuit het OOGG-team zo goed mogelijk in vervanging voorzien. Wissels brengen echter onvermijdelijk een overgangperiode met zich mee. Dit heeft als gevolg dat een deel van de meldingen in dit verslag niet door mijzelf werd geregistreerd of opgevolgd.

Desondanks vinden wij het binnen OOGG waardevol om de beschikbare informatie te delen. Met dit verslag wil ik een eerste beeld schetsen van deze startperiode en tegelijk een basis leggen waarop in de komende jaren verder kan worden gebouwd.

2. Werking Ombudsdienst

2.1 Algemeen

De tussenkomst van de ombudspersoon verschilt sterk per aanmelding en kan meerdere vormen aannemen. De kern van het ombudswerk bestaat uit actief luisteren en tijd nemen voor het onderliggende verhaal met erkenning voor de beleving van de aanmelder. Voor sommige patiënten is dit op zich al voldoende.

In andere situaties helpt het om samen het probleem te verduidelijken, verdere stappen te bespreken of informatie te geven. Daarnaast kan de ombudsdienst een actievere rol opnemen, bijvoorbeeld door pendelbemiddeling tussen betrokkenen of door een gezamenlijk bemiddelingsgesprek te organiseren.

Soms wil een aanmelder enkel een signaal doorgeven, zonder veel verdere communicatie of opvolging. In alle gevallen begeleidt de ombudsdienst het proces, maar worden er nooit stappen gezet zonder de uitdrukkelijke toestemming van de aanmelder.

2.2 Initiële aanmelder

In 2025 werden 83 meldingen geregistreerd, afkomstig van 66 aanmelders. In 2024 ging het om 74 meldingen door 71 aanmelders.

Van de meldingen in 2025 kwamen er 64 rechtstreeks van patiënten zelf. Negentien meldingen kwamen vanuit het netwerk rond de patiënt, meestal familie of partner. In slechts zes van deze gevallen trad de aanmelder op als vertegenwoordiger of vertrouwenspersoon. In de overige dertien situaties ging het om een persoonlijke vraag vanuit het netwerk.

De meeste meldingen worden aangemeld via telefoon of e-mail. Daarnaast volgden er ook meldingen na persoonlijk contact en werden er enkele briefjes in de brievenbus aangetroffen.¹

2.3 Vraag en interventie

De oorspronkelijke vraag van de aanmelder verschilt vaak van de uiteindelijke tussenkomst van de ombudsdienst. De initiële vragen waren als volgt:

1. Signaal doorgeven (25)
2. Luisterend oor (16)
3. Samen in gesprek gaan (11)
4. Informatie vragen (10)
5. Pendelbemiddeling (9)
6. Beslissing ongedaan maken (8)
7. Sanctie (1)
8. Financieel akkoord (1)

¹ Zie bijlage 1

Van de afgesloten meldingen resulteerden de eigenlijke actie van de ombudsdienst in volgende interventies:

1. Luisteren (21)
2. Coachen (11)
3. Pendelbemiddeling (10)
4. Informeren (8)
5. Bemiddelingsgesprek (6)
6. Overbrengen van een signaal (4)
7. Doorverwijzing: intern (5) en extern (2)

Dit betekent concreet dat 51 meldingen werden afgehandeld via gesprek met de aanmelder alleen (luisteren, coachen, informeren, signaal of doorverwijzing). Slechts bij 16 meldingen was er sprake van een actieve tussenkomst met medewerkers via bemiddeling.²

2.4 Afhandeling

De afhandeling van meldingen varieert van één gesprek tot meerdere interventies over een langere periode, afhankelijk van de complexiteit en impact van de situatie. In 2025 kon het grootste aantal meldingen worden afgerond op dezelfde dag of binnen één week (34).

Voor 26 meldingen was een periode van vier weken of langer nodig. Zes meldingen werden binnen twee weken afgerond. Tien meldingen werden doorverwezen naar een andere instantie, meestal een andere ombudsdienst. Daarnaast werd één melding doorverwezen naar een advocaat, één naar het ziekenfonds en één naar de vrederechter.³

² Zie bijlage 2

³ Zie bijlage 3

3. Aanbevelingen

3.1 Aandachtspunten bij registratie

Meldingen worden geregistreerd op basis van hoe patiënten of hun netwerk de situatie aanbrengen en beleven. Dit heeft twee belangrijke gevolgen:

- De registratie vertrekt volledig vanuit het perspectief van de aanmelder.
- Het is vervolgens de taak van de ombudspersoon om deze melding te koppelen aan één of meerdere patiëntenrechten.

3.2 Algemeen overzicht

In 2025 situëren de meeste meldingen zich, vanuit het perspectief van zorggebruikers, binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (52).

Er waren nog 19 registraties voor andere patiëntenrechten, namelijk:

- Kwaliteitsvolle dienstverlening (52)
- Geïnformeerde toestemming (5)
- Vrije keuze van beroepsbeoefenaar (4)
- Bescherming van de persoonlijke levenssfeer (4)
- Recht op informatie (2)
- Pijnbestrijding (2)
- Inzage in het dossier (1)
- Klachtenbemiddeling (1)

Er werden geen meldingen ontvangen over het recht op een vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger.⁴

3.3 Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening nader bekeken

a. Goede behandeling: cruciale punten in de zorg

Dit recht is het meest omvattend binnen de wet patiëntenrechten. Het merendeel van de meldingen (24) heeft betrekking op goede behandeling en begeleiding, met bijzondere aandacht voor het opstarten, wijzigen of beëindigen van een behandeling.

Ten opzichte van 2024 is het aantal meldingen hierover gedaald (van 35 naar 24). Opstart, transfer en ontslag blijven cruciale momenten die extra aandacht vragen. Opvallend is dat er in 2025 geen meldingen waren over betrokkenheid van familie, tegenover zeven in 2024.⁵

⁴ Zie bijlage 4

⁵ Zie bijlage 5

b. Respectvolle bejegening: luisterbereidheid en correcte omgangsvormen

In 2025 werden 11 meldingen geregistreerd over respectvolle omgang, tegenover 3 in 2024. Deze registraties volgen vooral op meldingen waarbij patiënten of familie zich onvoldoende gehoord of erkend voelen. Daarnaast werden twee meldingen gedaan van fysiek grensoverschrijdend gedrag. Verbaal grensoverschrijdend gedrag werd niet gemeld.⁶

c. Beschermende observatiemaatregel

In 2025 kwamen hierover 6 meldingen binnen, tegenover 15 in 2024. Dit kan erop wijzen dat vragen hierover vaker op afdelingsniveau worden opgevangen.⁷

d. Goede hotelservice en veiligheid

Het aantal meldingen blijft stabiel. Veiligheid van de eigen persoon wordt het vaakst genoemd, naast enkele meldingen over infrastructuur en hygiëne.⁸

e. Wonen en geldzaken

Er werden meldingen geregistreerd over groepsleven, verlofregeling, zakgeld en verzekering. Deze cijfers blijven vergelijkbaar met 2024.⁹

3.4 Het recht op 'neen'

Na het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening blijft het recht op geïnformeerde toestemming een uitdaging binnen de complexiteit van de geestelijke gezondheidszorg. Discussies over behandeling en medicatie komen vaak voor. De geregistreeerde meldingen tonen waarschijnlijk slechts een beperkt deel van de werkelijke vragen en spanningen. Ten opzichte van 2024 is er een lichte stijging.¹⁰

3.5 Ik mag toch kiezen

Patiënten zijn zich vaak bewust van het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar en ervaren de beperkingen van de praktijk. In 2025 werden vier meldingen hierover geregistreerd, tegenover geen in 2024.¹¹

⁶ Zie bijlage 6

⁷ Zie bijlage 7

⁸ Zie bijlage 8

⁹ Zie bijlage 9

¹⁰ Zie bijlage 10

¹¹ Zie bijlage 11

3.6 Mijn privacy, uw beroepsgeheim

Bescherming persoonlijke levenssfeer, of meer bekend onder de termen privacy en beroepsgeheim, vragen voortdurende afwegingen, zeker in een gedeelde zorgcontext. Bovendien zijn er vele werkingen waar mensen samen op een afdeling of kamer vertoeven, deze ruimten ook toegankelijk moeten zijn voor zorg en informatiestromen hun ronde doen. Hoe ga je hier dan correct mee om? In 2025 werd 1 melding gedaan met betrekking tot beroepsgeheim en 3 met betrekking tot territoriale privacy. In 2024 waren er geen meldingen, wat deze cijfers minder representatief maakt voor deze moeilijke kwesties.¹²

3.7 Overige meldingen samengevat

Er werden nog meldingen geregistreerd over:

- Recht op informatie (2)
- Inzage en afschrift van het dossier (1)
- Klachtenbemiddeling (1)

a. Recht op informatie

Als het gaat over het recht op informatie valt de melding vaak te kaderen binnen een situatie waar patiënten of familie niet goed begrijpen wat er gaande is, waarover het allemaal gaat en hoe de toekomst er uit ziet. Voor zorgverleners blijft het altijd een bewustwording dat wat voor hen vaak heel logisch is, dit voor zorggebruikers vaak allerminst het geval is. Uitleg op maat en herhaling wordt vaak gevraagd en is nodig.

b. Inzage en afschrift dossier

Hoewel het hier slechts over één melding gaat, heeft het recht op inzage en afschrift van het dossier ook vaak te maken met nood aan informatie. Als mensen het niet goed begrijpen of niet eens zijn, denken ze antwoorden te vinden in hun dossier. Gezien wat er soms in dossiers wordt opgetekend en de manier waarop, kan dit situaties vooral ook veel gecompliceerder maken. Dat dit niet zo uit deze cijfers spreekt, ligt mogelijks aan de manier van registeren. Als er conflicten zijn over patiënten die het niet eens zijn met de zienswijze van de arts of het team, worden deze eerder onder de noemer, 'Kwaliteitsvolle zorg: luisterbereidheid' geclassificeerd.

c. Recht op klachtenbemiddeling

De ene melding rond het aanbrengen van een klacht bij de ombudsdienst kan ik vanuit mijn ervaring op deze moment moeilijk kaderen.¹³

¹² Zie bijlage 12

¹³ Zie bijlage 13

4. Conclusie

De meeste aanmeldingen komen van patiënten zelf. Maar ook het netwerk rond patiënten, voornamelijk familie, vindt zijn weg naar de ombudsdienst. Dat het merendeel van deze aanmeldingen uit het netwerk voortkomt uit een persoonlijke vraag, is iets om bij stil te staan. Zeker omdat Bethanië over een uitgebreide familie-ervaringsdeskundigen werking beschikt die hier hun steentje in kunnen bijdragen.

De meeste meldingen worden in eerste instantie via telefoon of mail aangebracht en in één op één contact tussen de aanmelder en ombudsdienst uitgeklaard. Wanneer zorgverleners worden betrokken, is er doorgaans veel bereidheid tot samenwerking. Opvallend is het aantal effectieve bemiddelingsgesprekken binnen PZ Bethanië.

Niet alle vaak gemelde rechten gaan gepaard met de zwaarste dossiers. Sommige meldingen vragen vooral uitleg en herhaling (bv. BM wetgeving), terwijl andere, minder frequente dossiers zeer tijdsintensief zijn. Zo heeft één melding over een verzekeringskwestie veel tijd en overleg met verschillende disciplines gevraagd.

Voor andere patiëntenrechten vormen hogere registratiecijfers een duidelijk signaal dat verdere aandacht nodig is. Het gaat daarbij onder meer om de start van een opname, een transfer tussen afdelingen of voorzieningen, en het ontslag. In verschillende zorgprocedures, zoals suïcidepreventie en patiëntenidentificatie, worden deze scharniermomenten expliciet benoemd als cruciaal. Zowel op ziekenhuisniveau als op Vlaams niveau blijkt dat ook net rond deze momenten het aantal meldingen bij de ombudsdienst toeneemt, vooral wanneer er sprake is van een weigering van opname of van een verplichte transfer of ontslag.

Luisterbereidheid en correcte omgangsvormen omvatten een brede waaier aan situaties. Meldingen die onder deze noemer worden geregistreerd, kunnen dan ook overlappen met andere patiëntenrechten. Zo kan een patiënt aangeven zich absoluut niet gehoord te voelen en tegelijk klachten brengen over medicatie en een behandeling waar hij/zij het niet mee eens is. Dit kan ook worden gelinkt aan het recht op geïnformeerde toestemming. In andere gevallen gaat het erover dat een ongepaste houding werd ervaren, bijvoorbeeld door de manier waarop observaties in het patiëntendossier worden genoteerd. Dit voorbeeld kan ook raken aan het recht op een zorgvuldig bijgehouden elektronisch patiëntendossier. Het aantal meldingen wijst er in elk geval op dat luisterbereidheid en correcte omgangsvormen, toch de basishouding van elke zorgverlenersrelatie, soms anders worden ervaren.

5. Algemeen besluit

Verschillen van mening is menselijk en normaal. Hoewel wetgeving een duidelijk kader biedt, betekent dit niet dat iedereen dit kader op dezelfde manier interpreteert. Door verschillen in organisatiecultuur, teamwerking, persoonlijke waarden, familiale context, (therapeutische) kennis, afhankelijkheidsrelaties tussen zorggebruiker en zorgverlener, ziektebeelden en emoties, kan dezelfde situatie op uiteenlopende manieren worden bekeken. In sommige gevallen leidt dit tot meningsverschillen die moeilijk te overbruggen zijn.

In zulke situaties kan het helpend zijn om samen stil te staan bij de onderliggende belangen en de vraag te stellen waarom men er niet uit raakt. Soms is daarbij de ondersteuning van een derde een waardevolle interventie. Iemand die vanuit een neutrale positie betrokken is bij alle partijen, maar niet bij het conflict zelf, en zo kan helpen om standpunten te verduidelijken en wederzijds begrip te bevorderen.¹⁴

Het instappen in een bemiddelingsgericht proces met de ombudsdienst als onpartijdige derde vraagt vertrouwen. We moeten ons ervan bewust zijn dat het voor zorggebruikers vaak een grote stap is om hun probleemsituatie bespreekbaar te maken. Tegelijk vraagt het ook van zorgverleners openheid om via een externe en vaak onbekende derde met een melding geconfronteerd te worden en hier constructief mee aan de slag te gaan. Ik wil dan ook mijn dank uitspreken voor het vertrouwen dat mij tot op heden werd geschonken. Graag blijf ik, samen met directie, medewerkers, patiënten en familie, meewerken aan de verdere uitbouw en ondersteuning van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg binnen PZ Bethanië en Elim.

¹⁴ *Theoriegids bemiddeling*, Kathleen Croes en Anouk Moors, MEDIV, 2021.

Bijlagen

Bijlage 1

Aantal meldingen				
Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	77	101	74	83
aanmelders	67	101	71	66

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	65	87,83	64	77,10
groep patiënten	-	-	-	-
andere	9	12,16	19	22,89
totaal	74	100	83	100

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	8	88,88	16	84,21
kennis	-	-	1	5,26
personeelslid	-	-	-	-
andere	1	11,11	2	10,52
totaal	9	100	19	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	11,11	1	5,26
als vertrouwenspersoon	6	66,66	5	26,31
ten persoonlijke titel	2	22,22	13	68,42
totaal	9	100	19	100

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	6	8,10	13	15,66
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	3	4,05	25	30,12
telefonisch	65	87,83	40	48,19
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	-	-	5	6,02
totaal	74	100	83	100

Bijlage 2

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	12	16,21	10	12,04
Luisterend oor	4	5,40	16	19,27
Signaal	8	10,81	25	30,12
Bemiddeling: pendeldiplomatie	26	35,13	9	10,84
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	3	4,05	11	13,25
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	-	-
Financieel akkoord: betwisting factuur	4	5,40	1	1,20
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	16	21,62	8	9,63
Sanctie/represaille	1	1,35	1	1,20
Andere	-	-	2	2,40
totaal	74	100	83	100

Hoofdinterventie ombudsdienst				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	4	5,55	21	31,34
doorverwijzen intern	1	1,38	5	7,46
doorverwijzen extern	-	-	2	2,98
informereren	10	13,88	8	11,94
signaleren	1	1,38	4	5,97
coachen	27	37,50	11	16,41
pendelbemiddeling	14	19,44	10	14,92
samenbrengen van de partijen	8	11,11	6	8,95
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	7	9,72	-	-
totaal	72	100	67	100

Bijlage 3

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	8	11,11	17	25,75
binnen de week	62	86,11	17	25,75
binnen de twee weken	2	2,77	6	9,09
binnen de vier weken	-	-	16	24,24
later dan vier weken	-	-	10	15,15
totaal	72	100	66	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	2	55

Voorgestelde verdere stappen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	1	7,69
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	1	7,69
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	1	7,69
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	10	76,92
totaal	-	-	13	100

Bijlage 4

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	63	90,00	52	73,23
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	4	5,63
3. informatie	2	2,85	2	2,81
4. geïnformeerde toestemming	3	4,28	5	7,04
5. inzage patiëntendossier	2	2,85	1	1,40
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	4	5,63
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	1,40
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	2	2,81
totaal	70	100	71	100

Bijlage 5

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	3	4,76	11	21,15
1.2. goede behandeling/begeleiding	35	55,55	24	46,15
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	3	4,76	3	5,76
1.4. goede hotelservice	4	6,34	5	9,61
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	3	4,76	3	5,76
1.7. beschermende maatregelen	15	23,80	6	11,53
totaal	63	100	52	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	3	8,57	-	-
somatische verzorging	-	-	3	12,50
medicatie	1	2,85	2	8,33
individuele therapie	1	2,85	-	-
groepstherapie	2	5,71	2	8,33
voldoende beschikbaarheid	2	5,71	3	12,50
betrokkenheid familie	7	20,00	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	4	16,66
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	6	17,14	6	25,00
overplaatsing naar andere afdeling	2	5,71	2	8,33
overplaatsing naar een andere voorziening	3	8,57	2	8,33
andere	8	22,85	-	-

Bijlage 6

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	6	54,54
correcte omgangsvormen	2	66,66	3	27,27
fysiek grensoverschrijdend gedrag	1	33,33	2	18,18
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	11	100

Bijlage 7

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	8	53,33	1	16,66
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	6	40,00	3	50,00
internering	-	-	-	-
andere	1	6,66	2	33,33
totaal	15	100	6	100

Bijlage 8

1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	-	-	1	20,00
infrastructuur/accommodatie	2	50,00	-	-
hygiëne	-	-	1	20,00
veiligheid persoon	2	50,00	3	60,00
veiligheid goederen	-	-	-	-
wifi	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	5	100

Bijlage 9

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	1	33,33	-	-
groepsleven	1	33,33	2	66,66
ontspanning/vrije tijd	1	33,33	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	3	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	2	66,66	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	2	66,66
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	1	33,33	-	-
verzekeringen	-	-	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	3	100

Bijlage 10

4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	-	-	2	40,00
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	3	100,00	2	40,00
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	1	20,00
totaal	3	100	5	100

Bijlage 11

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	1	25,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	2	50,00
andere	-	-	1	25,00
totaal	-	-	4	100

Bijlage 12

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	25,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	3	75,00
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	4	100

Bijlage 13

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	50,00
duur	-	-	1	50,00
kosten	2	100,00	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	2	100

5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	1	100,00	-	-
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

7. Recht op klachtenbemiddeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	1	100,00
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100



Jaarverslag OPZ Geel en GGZ Kempen Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

ELISE VAN LINT



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Inhoud

Over OOGG en onze taken	3
Voorwoord	4
1. Inleiding.....	5
2. Werking Ombudsdienst	6
2.1. Algemeen	6
2.2. Initiële aanmelder	6
2.3. Vraag en interventie	6
2.4. Afhandeling	7
3 Aanbevelingen.....	8
3.1 Aandachtspunten bij registratie	8
3.2 Algemeen overzicht.....	8
3.3 Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening nader bekeken	8
a. Goede behandeling	8
b. Beschermende observatiemaatregel.....	9
c. Respectvolle bejegening: luisterbereidheid en correcte omgangsvormen	9
d. Kwaliteitsvol verblijf en wonen	9
e. Goede hotelservice	9
3.4 Het recht op uitleg op maat	9
3.5 Ik mag toch kiezen	10
3.6 Het recht op 'neen'	10
3.7 Mijn privacy, uw beroepsgeheim.....	10
3.8 Overige meldingen samengevat.....	10
4 Conclusie.....	11
5 Algemeen besluit	12

Over OOGG en onze taken

De **O**nafhankelijke **O**mbudsdienst **G**eestelijke **G**ezondheidszorg is een deelwerking van Psyche VZW met de steun van de Vlaamse overheid. Elke ombudsdienst is bevoegd voor bepaalde GGZ voorzieningen. We werken onafhankelijk van deze voorzieningen volgens afspraken vast gelegd in een Service Level Agreement. De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet van 6 februari 2024) geeft zorggebruikers het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon en is het basiskader voor onze bemiddelingsgerichte werking. Bij OOGG werken we vanuit een neutrale houding of meerzijdige partijdigheid zonder voor één van de betrokkenen partij te kiezen. Alles wat tot bij ons komt valt onder een vertrouwelijk overleg van een bemiddelingsgericht proces met als doel de partijen, waar mogelijk in onderling overleg, tot een uitkomst te laten komen. Wij doen niet aan waarheidsbevinding. De stappen die gezet worden, vertrekken met medeweten van de aanmelder. De melding zelf wordt geregistreerd zoals ze bij ons wordt aangebracht.

- Bij vragen en klachten trachten wij de communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- We werken bemiddelingsgericht bij meldingen met betrekking tot patiëntenrechten met het oog op een uitkomst.
- We informeren patiënten over andere mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die uitkomst er toch niet komt.
- We informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- In een jaarverslag wordt een overzicht gepubliceerd van de klachten en hoe deze werden opgevolgd.
- Van hieruit formuleren we aanbevelingen om meldingen over de uitoefening van patiëntenrechten te voorkomen.

(zie artikel 16/1 WPTR = Wet Patiëntenrechten)

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Kris Bruyninckx
Teamcoördinator OOGG

1. Inleiding

Bij dit tweeëntwintigste jaarverslag is het belangrijk enkele aandachtspunten te benoemen. Binnen de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG) vonden het voorbije jaar interne wijzigingen plaats. Vanaf begin mei ben ik, Elise Van Lint, gestart als ombudspersoon voor onder meer OPZ Geel en verschillende andere voorzieningen binnen GGZ Kempen.

Wissels brengen onvermijdelijk een overgangsperiode met zich mee. Dit heeft als gevolg dat een deel van de meldingen in dit verslag niet door mijzelf werd geregistreerd of opgevolgd. Desondanks vinden wij het binnen OOGG waardevol om de beschikbare informatie te delen. Met dit verslag wil ik een eerste beeld schetsen van deze startperiode en tegelijk een basis leggen waarop in de komende jaren verder kan worden gebouwd.

2. Werking Ombudsdienst

2.1. Algemeen

De tussenkomst van de ombudspersoon verschilt sterk per aanmelding en kan meerdere vormen aannemen. De kern van het ombudswerk bestaat uit actief luisteren en tijd nemen voor het onderliggende verhaal met erkenning voor de beleving van de aanmelder. Voor sommige patiënten is dit op zich al voldoende.

In andere situaties helpt het om samen het probleem te verduidelijken, verdere stappen te bespreken of informatie te geven. Daarnaast kan de ombudsdienst een actievere rol opnemen, bijvoorbeeld door pendelbemiddeling tussen betrokkenen of door een gezamenlijk bemiddelingsgesprek te organiseren.

Soms wil een aanmelder enkel een signaal doorgeven, zonder veel verdere communicatie of opvolging. In alle gevallen begeleidt de ombudsdienst het proces, maar worden er nooit stappen gezet zonder de uitdrukkelijke toestemming van de aanmelder.

2.2 Initiële aanmelder

In 2025 werden 32 meldingen geregistreerd, afkomstig van 26 aanmelders. In 2024 ging het om 40 meldingen door 36 aanmelders. In totaal zijn er dus 10 aanmelders minder tot bij de extern ombudsdienst gekomen.

Van de meldingen in 2025 kwamen er 28 rechtstreeks van individuele patiënten en 1 van een groep patiënten. Drie meldingen kwamen vanuit het netwerk rond de patiënt, in 2 meldingen een ouder die optrad als vertrouwenspersoon en in één melding de partner.

De meeste meldingen worden aangemeld via telefoon (18) of e-mail (9). Daarnaast werden er 4 briefjes gevonden in de brievenbus en was er 1 melding via persoonlijk contact.¹

2.3 Vraag en interventie

De oorspronkelijke vraag van de aanmelder verschilt vaak van de uiteindelijke tussenkomst van de ombudsdienst. De initiële vragen waren als volgt:

1. Pendelbemiddeling (10)
2. Beslissing ongedaan maken (6)
3. Signaal doorgeven (5)
4. Luisterend oor (4)
5. Samen in gesprek gaan (3)
6. Informatie vragen (3)
7. Sanctie (1)
8. Financieel akkoord (0)

¹ Zie bijlage 1

Van de afgesloten meldingen resulteerden de eigenlijke actie van de ombudsdienst in volgende interventies:

1. Pendelbemiddeling (10)
2. Luisteren (7)
3. Overbrengen van een signaal (4)
4. Coachen (3)
5. Informeren (3)
6. Doorverwijzing: intern (3) en extern (0)
7. Bemiddelingsgesprek (1)

Dit betekent concreet dat 20 meldingen werden afgehandeld via gesprek met de aanmelder alleen (luisteren, coachen, informeren, signaal of doorverwijzing). Slechts bij 10 meldingen was er sprake van een actieve tussenkomst met medewerkers via pendelbemiddeling en één bemiddelingsgesprek.²

2.4 Afhandeling

De afhandeling van meldingen varieert van één gesprek tot meerdere interventies over een langere periode, afhankelijk van de complexiteit en impact van de situatie. In 2025 kon het grootste aantal meldingen worden afgerond op dezelfde dag of binnen één week (10).

Voor 9 meldingen was een periode van vier weken of langer nodig. Zeven meldingen werden binnen twee weken afgerond. Wat betreft de doorverwijzingen werden er 2 meldingen voor verder juridisch advies doorverwezen naar een advocaat en 1 naar andere, in casu de bevoegde ombudsdienst.³

² Zie bijlage 2

³ Zie bijlage 3

3 Aanbevelingen

3.1 Aandachtspunten bij registratie

Meldingen worden geregistreerd op basis van hoe patiënten of hun netwerk de situatie aanbrengen en beleven. Dit heeft twee belangrijke gevolgen:

- De registratie vertrekt volledig vanuit het perspectief van de aanmelder.
- Het is vervolgens de taak van de ombudspersoon om deze melding te koppelen aan één of meerdere patiëntenrechten.

3.2 Algemeen overzicht

In 2025 situeren de meeste meldingen zich, vanuit het perspectief van zorggebruikers, binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (22).

Er waren nog 6 registraties voor andere patiëntenrechten, namelijk:

- Kwaliteitsvolle dienstverlening (22)
- Recht op informatie (3)
- Geïnformeerde toestemming (1)
- Vrije keuze van beroepsbeoefenaar (1)
- Bescherming van de persoonlijke levenssfeer (1)
- Pijnbestrijding (0)
- Inzage in het dossier (0)
- Klachtenbemiddeling (0)

Er werden ook geen meldingen ontvangen over het recht op een vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger.⁴

3.3 Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening nader bekeken

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening is het meest omvattende binnen de wet patiëntenrechten. Het merendeel van de meldingen heeft betrekking op goede behandeling (6) en de beschermende observatiemaatregel (6), gevolgd door meldingen over respectvolle bejegening (5), kwaliteitsvol verblijf en wonen (3) en goede hotelservice (2).

a. Goede behandeling

De meldingen betreffende 'goede behandeling' zijn voor het OPZ en GGZ Kempen verdeeld over verschillende subcategorieën met elk 1 melding, namelijk de diagnose, medicatie, voldoende beschikbaarheid, beëindigen van een opname, overplaatsing naar een andere afdeling of andere (NAO).

Ten opzichte van 2024 is het aantal meldingen over 'goede behandeling' in totaal gedaald van 10 naar 6. Voor 2024 waren er nog 2 bijkomende registraties rond somatische zorgen en 1 over de betrokkenheid van familie. Rond medicatie werden voor 2024 2 meldingen gerapporteerd in

⁴ Zie bijlage 4

plaats van 1 in 2025. Rond voldoende beschikbaarheid 3 in plaats van 1. Verder is de spreiding ongeveer gelijk gebleven.⁵

b. Beschermende observatiemaatregel

In 2025 kwamen hierover 6 meldingen binnen, tegenover 3 in 2024. De meeste gingen over de opstart of verlenging van de maatregel zelf en eentje over beperkte bewegingsvrijheid, in casu het uitgangsregime.⁶

c. Respectvolle bejegening: luisterbereidheid en correcte omgangsvormen

In 2025 werden 5 meldingen geregistreerd over respectvolle omgang, tegenover 7 in 2024. Deze registraties volgen vooral op meldingen waarbij patiënten of familie zich onvoldoende gehoord of erkend voelen. Onderverdeeld in subcategorieën gaat het meer concreet over 3 meldingen rond luisterbereidheid en 2 meldingen rond correcte omgangsvormen.⁷

d. Kwaliteitsvol verblijf en wonen

In 2024 waren er geen meldingen over deze subcategorie. In 2025 werden er 3 meldingen gerapporteerd waarvan 1 over regels en 2 betreffende het groepsleven binnen BW Kempen.⁸

e. Goede hotelservice

Er werd één melding geregistreerd over infrastructuur en één over accommodatie. In 2024 was er eentje over de veiligheid van goederen.⁹

3.4 Het recht op uitleg op maat

Voor het recht op informatie werden in totaal 3 meldingen geregistreerd. Deze meldingen vallen vaak te kaderen binnen een situatie waar patiënten of familie niet goed begrijpen wat er gaande is, waarover het allemaal gaat en hoe de toekomst er uit ziet. Voor zorgverleners blijft het altijd een bewustwording dat wat voor hen heel logisch is, dit voor zorggebruikers vaak allerm minst het geval is. Uitleg op maat en herhaling wordt vaak gevraagd en is nodig.¹⁰

⁵ Zie bijlage 5

⁶ Zie bijlage 7

⁷ Zie bijlage 6

⁸ Zie bijlage 8

⁹ Zie bijlage 9

¹⁰ Zie bijlage 10

3.5 Ik mag toch kiezen

Hoewel er in de registratie voor 2025 maar één melding was, zijn patiënten zich vaak bewust van het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar en ervaren ze de beperkingen van de praktijk waarin dit niet zo evident is.¹¹

3.6 Het recht op 'neen'

Ook het recht op geïnformeerde toestemming blijft een uitdaging binnen de complexiteit van de geestelijke gezondheidszorg. Discussies over behandeling en medicatie komen vaak voor. De ene geregistreerde meldingen toont waarschijnlijk slechts een beperkt deel van de werkelijke vragen en spanningen om hierover in dialoog met patiënt en netwerk tot een afgestemd medicatie (2025) en behandelbeleid (2024) te komen.¹²

3.7 Mijn privacy, uw beroepsgeheim

Tot slot was er in 2025 voor het OPZ Geel nog één melding met betrekking tot territoriale privacy. Het recht op bescherming persoonlijke levenssfeer, of meer bekend onder de termen privacy en beroepsgeheim, vragen voortdurende afwegingen, zeker in een gedeelde zorgcontext. Bovendien zijn er vele werkingen waar mensen samen op een afdeling of kamer vertoeven, deze ruimten ook toegankelijk moeten zijn voor zorg en informatiestromen hun ronde doen. Hoe ga je daar altijd correct mee om? Ook hier is het vermoeden dat deze ene melding verre van representatief is voor de complexiteit en aandacht die deze materie vraagt in de praktijk.¹³

3.8 Overige meldingen samengevat

Over het recht op klachtenbemiddeling, pijn bestrijding, de wettelijke vertegenwoordiger en vertrouwenspersoon werden in 2025 geen meldingen ontvangen. In 2024 was er nog één registratie betreffende het recht op een vertrouwenspersoon.

¹¹ Zie bijlage 11

¹² Zie bijlage 12

¹³ Zie bijlage 13

4 Conclusie

Voor de externe OOGG-ombudsdienst werden minder meldingen geregistreerd dan in 2024. Zoals aangegeven in de inleiding heeft enerzijds de overgang naar een nieuwe vaste externe ombudsdienst hier ongetwijfeld een invloed op gehad. Anderzijds is dit rapport onvolledig. Voor een volledig beeld van alle meldingen is het aangewezen deze cijfers naast die van de interne ombudsdienst te leggen.

Voor veel mensen is er een drempel om beroep te doen op de ombudsdienst en om, bovenop hun behandeltraject, de zaken die hen bezighouden ook elders te bespreken. Daarom probeer ik op basis van de voorliggende cijfers een voorzichtige conclusie te formuleren. Want elke geregistreerde melding heeft zijn waarde.

De meeste aanmeldingen kwamen van patiënten zelf, aangevuld met enkele meldingen van ouders of partner die als vertrouwenspersoon optreden. Dat ook het netwerk rond de patiënt de weg naar de ombudsdienst vindt, is bekend. Aangezien OPZ Geel en GGZ Kempen een grote groep kinderen, jongeren en jongvolwassenen tot hun doelpubliek mogen rekenen, kijk ik ernaar uit om de familiewerking verder te leren kennen en mogelijke samenwerking te exploreren.

De meeste meldingen werden in eerste instantie telefonisch of via e-mail aangebracht. Daarnaast waren er enkele schriftelijke meldingen via de brievenbussen. Het merendeel van de meldingen werd opgevangen tijdens één-op-één contact tussen zorggebruiker en ombudsdienst. Voor de helft van de meldingen werden zorgverleners gecontacteerd. Hoewel de kennismakingsfase binnen OPZ Geel en GGZ Kempen nog niet volledig is afgerond, merk ik bij zorgverleners zeker bereidheid om in gesprek te gaan wanneer contact met hen wordt opgenomen.

De meldingen betreffen niet altijd grote verhalen of complexe vragen. Vaak is er vooral nood aan betrokkenheid, uitleg op maat en informatie die meermaals kan worden besproken en herhaald. Dit is bijvoorbeeld vaak het geval bij meldingen over goede behandeling en bij vragen rond de Bijzondere Observatiemaatregel.

Bij respectvolle bejegening staat erkenning centraal. De subcategorieën luisterbereidheid en correcte omgangsvormen omvatten een brede waaier aan situaties, waarbij meldingen onder deze noemers ook kunnen overlappen met andere patiëntenrechten. In essentie gaat het erom dat zorggebruikers zich door bepaalde omstandigheden niet gehoord voelen of een ongepaste houding ervaren.

5 Algemeen besluit

Verschillen van mening is menselijk en normaal. Hoewel wetgeving een duidelijk kader biedt, betekent dit niet dat iedereen dit kader op dezelfde manier interpreteert. Door verschillen in organisatiecultuur, teamwerking, persoonlijke waarden, familiale context, (therapeutische) kennis, afhankelijkheidsrelaties tussen zorggebruiker en zorgverlener, ziektebeelden en emoties, kan dezelfde situatie op uiteenlopende manieren worden bekeken. In sommige gevallen leidt dit tot meningsverschillen die moeilijk te overbruggen zijn.

In zulke situaties kan het helpend zijn om samen stil te staan bij de onderliggende belangen en de vraag te stellen waarom men er niet uit raakt. Soms is daarbij de ondersteuning van een derde een waardevolle interventie. Iemand die vanuit een neutrale positie betrokken is bij alle partijen, maar niet bij het conflict zelf, en zo kan helpen om standpunten te verduidelijken en wederzijds begrip te bevorderen.¹⁴

Het instappen in een bemiddelingsgericht proces met de ombudsdienst als onpartijdige derde vraagt vertrouwen. We moeten ons ervan bewust zijn dat het voor zorggebruikers vaak een grote stap is om hun probleemsituatie bespreekbaar te maken. Tegelijk vraagt het ook van zorgverleners openheid om via een externe en vaak onbekende derde met een melding geconfronteerd te worden en hier constructief mee aan de slag te gaan. Ik wil dan ook mijn dank uitspreken voor het vertrouwen dat mij tot op heden werd geschonken. Graag blijf ik, samen met directie, medewerkers, patiënten en familie, meewerken aan de verdere uitbouw en ondersteuning van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg binnen OPZ Geel en GGZ Kempen.

¹⁴ *Theoriegids bemiddeling*, Kathleen Croes en Anouk Moors, MEDIV, 2021.

Bijlagen

Bijlage 1

Aantal meldingen				
Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	21	55	40	32
aanmelders	13	54	36	26

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	34	85,00	28	87,50
groep patiënten	-	-	1	3,12
andere	6	15,00	3	9,37
totaal	40	100	32	100

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	3	50,00	3	100,00
kennis	2	33,33	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	1	16,66	-	-
totaal	6	100	3	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	3	50,00	-	-
als vertrouwenspersoon	1	16,66	3	100,00

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	26	65,00	1	3,12
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	4	10,00	9	28,12
telefonisch	10	25,00	18	56,25
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	-	-	4	12,50
totaal	40	100	32	100

Bijlage 2

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	4	10,00	3	9,37
Luisterend oor	12	30,00	4	12,50
Signaal	5	12,50	5	15,62
Bemiddeling: pendeldiplomatie	10	25,00	10	31,25
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	4	10,00	3	9,37
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	-	-
Financieel akkoord: betwisting factuur	1	2,50	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	3	7,50	6	18,75
Sanctie/represaille	-	-	1	3,12
Andere	1	2,50	-	-
totaal	40	100	32	100

Hoofdinterventie ombudsdienst				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	12	30,76	7	23,33
doorverwijzen intern	-	-	3	10,00
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informereren	6	15,38	3	10,00
signaleren	1	2,56	4	13,33
coachen	3	7,69	3	10,00
pendelbemiddeling	11	28,20	10	33,33
samenbrengen van de partijen	5	12,82	-	-
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	1	2,56	-	-
totaal	39	100	30	100

Bijlage 3

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	21	55,26	4	13,33
binnen de week	11	28,94	10	33,33
binnen de twee weken	-	-	7	23,33
binnen de vier weken	4	10,52	2	6,66
later dan vier weken	2	5,26	7	23,33
totaal	38	100	30	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	5	13

Voorgestelde verdere stappen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	2	66,66
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	1	100,00	1	33,33
totaal	1	100	3	100

Bijlage 4

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	21	70,00	22	78,57
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	3,57
3. informatie	4	13,33	3	10,71
4. geïnformeerde toestemming	1	3,33	1	3,57
5. inzage patiëntendossier	3	10,00	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	1	3,57
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	3,33	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	30	100	28	100

Bijlage 5

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	7	33,33	5	22,72
1.2. goede behandeling/begeleiding	10	47,61	6	27,27
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	3	13,63
1.4. goede hotelservice	1	4,76	2	9,09
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	3	14,28	6	27,27
totaal	21	100	22	100

Bijlage 6

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	16,66
somatische verzorging	2	20,00	-	-
medicatie	2	20,00	1	16,66
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	3	30,00	1	16,66
betrokkenheid familie	1	10,00	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	1	10,00	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	10,00	1	16,66
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	1	16,66
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	1	16,66

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	3	60,00
correcte omgangsvormen	7	100,00	2	40,00
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	7	100	5	100

Bijlage 7

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	1	16,66
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	2	66,66	5	83,33
internering	-	-	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	6	100

Bijlage 8

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	-	-	1	33,33
groepsleven	-	-	2	66,66
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	3	100

Bijlage 9

1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	-	-	-	-
infrastructuur/accommodatie	-	-	1	50,00
hygiëne	-	-	1	50,00
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	1	100,00	-	-
wifi	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Bijlage 10

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	33,33
duur	1	25,00	-	-
kosten	2	50,00	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	1	25,00	2	66,66
totaal	4	100	3	100

Bijlage 11

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	1	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Bijlage 12

4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	-	-	1	100,00
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	1	100,00	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

Bijlage 13

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	1	100,00
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST OPZ GEEL



J u l i e n n e A e r t s
Ombudsvrouw

2025

Jaarverslag Ombudsdienst OPZ-Geel

Kalenderjaar 2025 – Ombudsdienst -

Executive summary

Dit jaarverslag van de Ombudsdienst over kalenderjaar 2025 bevestigt dat het OPZ-Geel consequent investeert in een laagdrempelige, warme en professionele klachten- en signaalopvang, met duidelijk positieve effecten op patiënten-tevredenheid, klachtenbeleid en zorgkwaliteit.

Belangrijke vaststellingen:

- Het aantal formele klachten blijft zeer beperkt. Het zijn eerder impulsieve ongenoegens of dringende opmerkingen t.a.v. een beleving of ongenoegen. Vaak ook vragen/boosheid gerelateerd aan het ziektebeeld of gewoon het willen ventileren aan een neutrale ombudsdienst.
- Meer dan 96% van de dossiers wordt afgesloten met een positief of verzoenend resultaat. De overgrote meerderheid van de vragen en klachten wordt zeer snel behandeld (89% dezelfde dag).
- Er is een duidelijke verschuiving zichtbaar naar vroegtijdige opvang van onvrede door de zorgteams zelf (0de en 1ste lijn), waardoor escalatie en formalisering van klachten wordt voorkomen.
- Intensieve bemiddelingsgesprekken met families waren in 2025 uitzonderlijk, wat wijst op sterke communicatie en relationele zorg op de leefeenheden en afdelingen.

De ombudsdienst fungeert steeds meer als ontbijter en luisterend oor; een signaalgever en partner van het zorgbeleid, eerder dan louter een klachteninstantie. De resultaten onderstrepen het belang van blijvende investering in empathische communicatie, herstelondersteunende zorg en psychosociaal welzijn.

Dit Jaarverslag reflecteert de ervaringen van de Interne Ombudsvrouw (J. Aerts).

1. Algemene en instellingsgebonden informatie

Zorginstelling: Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel

Adres: Sanodreef 4, 2440 Geel

Rechtsvorm: Extern Verzelfstandigd Agentschap (publiek recht) – Vlaamse Overheid

Erkenningsnummer: 939

Type instelling: Psychiatrisch ziekenhuis

Ombudsdienst

- Julienne Aerts – interne ombudsvrouw (sinds 2000)

Registratieperiode: 1 januari 2025 – 31 december 2025

Lokalisatie: Hoofdgebouw en/of gespreksruimte op de leefeenheden

Het geactualiseerde huishoudelijk reglement van de ombudsdienst is raadpleegbaar aan het onthaal van elke divisie, bij directie en kwaliteitsdienst, en op verzoek verkrijgbaar via de ombudsdienst.

2. Vorming

De ombudsdienst investeert structureel in deskundigheid, met een sterke focus op bemiddeling, communicatie en conflicthantering. Naast eerder gevolgde opleidingen werden in 2025 bijkomende bijscholingen gevolgd, waaronder:

- Opfrissing bemiddelingsmethodieken en bemiddelingsgesprekken
- Conflicthantering
- Webinars rond geestelijke gezondheid en lokale initiatieven
- Deelname aan VVOVAZ-bijeenkomsten

Deze permanente vorming ondersteunt een professionele, empathische en oplossingsgerichte aanpak van klachten en signalen.

3. Mandaat en werkingsterrein van de ombudsdienst

De ombudsdienst is zeer toegankelijk voor patiënten, familieleden, pleegfamilies, belangrijke derden en – in functie van de patiënt – ook voor medewerkers.

Het werkterrein reikt verder dan het strikt wettelijk kader van de Patiëntenrechtenwet (KB 08/07/2003). Naast klachtenbemiddeling vervult de ombudsdienst ook:

- een informatieve functie;
- een signaal- en preventieve functie;
- een educatieve rol;
- een verzoenende en bemiddelende opdracht;
- een doorverwijsfunctie wanneer vragen niet klachtgerelateerd zijn.

Deze brede invulling is afgestemd op het kwaliteitsbeleid en de zorgvisie van het OPZ en draagt bij aan vroegtijdige detectie en preventie van onvrede. Als resultaat van de jarenlange alertheid heb ik dit werkjaar dan ook geen echte verdere structurele aanbevelingen kunnen formuleren.

4. Klachtenbehandeling en klachtenstroom

4.1 Visie op klachten

De ombudsdienst beoordeelt klachten in principe niet op gegrondheid. In een psychiatrische context is het bieden van een luisterend oor, erkenning en verduidelijking vaak essentieel. Het uitgangspunt blijft dan ook: **elke klacht of elk signaal wordt ernstig genomen en aanhoord**.

4.2 Gelaagde klachtenaanpak

Iedereen kan rechtstreeks de ombudsdienst contacteren, via alle kanalen, telefoon, mail, brievenbus, etc. Het OPZ hanteert een gelaagde klachtenstrategie:

- **0^{de} lijn:** onvrede kan rechtstreeks besproken worden op de leefeenheid tussen patiënt en zorgverlener. Deze aanpak wordt actief gestimuleerd en leidt vaak tot onmiddellijke oplossingen. Deze contacten worden niet geregistreerd als formele klachten.
- **1^{ste} lijn:** indien nodig wordt overleg uitgebreid met collega's, artsen, diensthoofden of het team, resulterend in bijkomende acties of informatie.
- **2^{de} lijn:** wanneer bovenstaande stappen onvoldoende soelaas bieden of niet mogelijk zijn, wordt de ombudsdienst ingeschakeld.

De OPZ Ombudsdienst screent normaal niet of de klacht gegrond of niet-gegrond is. Psychiatrische patiënten hebben soms/vaak gewoon een luisterend oor nodig of een gesprek om met een neutrale persoon even te overleggen of bevestiging te krijgen. Vandaar ons moto: **Elke klacht/signaal wordt aanhoord**.

Elke patiënt kan rechtstreeks contact opnemen met de ombudsdienst. Toch is het de bedoeling dat hij of zij eerst zelf probeert de klacht op te lossen. Wanneer een patiënt zijn ongenoegen uit op de leefeenheid, zullen de zorgverstrekkers hier altijd naar luisteren. Ze gaan samen met de patiënt op zoek naar wat helpend kan zijn en pakken de situatie op een oplossingsgerichte manier aan. Waar voorheen klachten vaak direct werden doorverwezen naar de ombudsdienst, is er nu een positieve verschuiving: zorgverleners en patiënten werken eerst samen aan een oplossing. Mocht dit toch niet volstaan, dan wordt de klacht alsnog bij de ombudsdienst ingediend – niet vanuit falen of negativiteit, maar vanuit een positieve betrokkenheid. Dit past in de oorspronkelijke visie: de ombudsdienst uiteindelijk overbodig maken.

Deze klachten zitten natuurlijk niet in de registratiecijfers. We noemen die klachtenbehandeling van de *“0-de lijn”*. Dit is de eerste, kortste en juiste weg in de klachtenbehandeling, omdat de zorgverstrekker onmiddellijk samen met de klachtbrenger anticipeert op een bepaald ongenoegen.

Hier maken onze zorgverstrekkers reeds het verschil tussen een ontevreden patiënt en een (zeer) tevreden patiënt (of cliënt).

Indien de zorgverstrekkers het zelf niet alleen kunnen oplossen, wordt er mogelijks hulp ingeroepen van een collega, arts, diensthoofd, of team van de leefeenheid.

Dit noemen we de “1-ste lijn” in de klachtenbehandeling. Het overleg, in samenspraak met de patiënt, kan resulteren in een plan van aanpak, actie of informatie.

Als deze stappen niet tot tevredenheid leiden -of- als er problemen zijn waar de patiënt nergens anders mee terecht kan, wordt er verwezen naar de ombudsdienst: de “2-de lijn”.

Via verschillende kanalen kan de patiënt of de hulpverlener contact leggen met de ombudsdienst: een kaartje in de (gele) brievenbus, e-mail, telefoon, of persoonlijk contact...

Onze zorgverstrekkers helpen de patiënt ook graag om de afspraak te realiseren, indien nodig. Hierdoor kunnen zij hun vraag op een goede manier afronden en het voor verder gevolg bij de ombudsdiensten leggen.

Uiteraard, is dit stappenplan van de 0-de tot de 2-de lijn niet altijd toepasbaar in de klachtenstrategie. De essentie is echter dat *klachten best worden aangepakt op de plek waar ze zich bevinden en door klachtbrenger zelf*.

We ontvangen veel positieve feedback over deze manier van klachtenstroomlijning, zowel van de patiënten als van de zorgverstrekkers.

Deze aanpak bevordert eigenaarschap, samenwerking en vroegtijdige oplossing van onvrede. Zowel patiënten als zorgverleners geven hierover positieve feedback.

5. Resultaten en cijfers 2025

- **Aantal klachtendossiers:** 89
 - Bij de meeste dossiers was de Patiëntenrechtenwet niet de kern van de vraag maar formuleerden ze eerder ongenoegens.
 - Een aantal gelijkaardige meldingen met eenzelfde technische mankement/oorzaak wordt wel als één groepsklacht geregistreerd.
 - Een aantal klachten gingen over de telefonische onbereikbaarheid van de hulpverlener, over technische mankementen (die nochtans snel werden opgelost) of klachten die gerelateerd waren aan het ziektebeeld (die eveneens aanhoord worden).
- **Aantal infodossiers:** 62
(informatievragen, signalen, verwachtingen of meldingen zonder uitgesproken klacht)
- **Proactieve dossiers:** 2
(preventieve meldingen door zorgverleners)
- **Opvraging patiëntendossier:** geen klachten geregistreerd bij de ombudsdienst; aanvragen verlopen rechtstreeks en vlot via het medisch departement.

Afhandeling

- Meer dan **96%** van de dossiers wordt afgesloten met een positief of verzoenend resultaat.
- **89%** wordt dezelfde dag behandeld, >10% binnen 2 à 3 dagen.

6. Analyse en tendensen

- Het aantal formele klachten blijft dalen ten opzichte van vorige jaren.
- Klachten worden WEL meer en vaak dominant, eisend en brutaal, boos, ... geformuleerd.
- Er waren in 2025 quasi geen intensieve bemiddelingsgesprekken met families nodig.
- Een merendeel van de meldingen betreft emotionele onvrede of spanningen, zelfs dreigementen, die via een luisterend gesprek worden geneutraliseerd.

Deze tendensen onderstrepen het belang van nabijheid, communicatie en relationele zorg.

7. Patiëntenrechten en zorgrelatie

Bij opname wordt elke patiënt geïnformeerd over zijn rechten via een infogesprek en onthaalbrochure. Tegelijk erkent het OPZ dat patiënten zich op dat moment vooral focussen op hun zorgnoden. Daarom wordt gekozen voor een warme, gefaseerde en herhaalde benadering waarbij patiëntenrechten geïntegreerd zijn in de dagelijkse

zorgrelatie. De onthaalbrochure, die bij elke opname mondeling wordt toegelicht is hier wel een steunend en helpend document.

Met de actualisering van de Patiëntenrechtenwet in 2025 wordt blijvend ingezet op informatieverstrekking en sensibilisering van patiënten, familie en medewerkers...

8. Aanbevelingen en beleidsimpact

Reeds gerealiseerde aanbevelingen resulteerden in het verdwijnen van klachten rond o.a. maaltijden, verloren voorwerpen, facturatie, therapie-uitval en milieuaspecten. We noteerden geen klachten van opgelegde afspraken in kader van het ziektebeeld; eveneens ook geen klachten van de familie.

Aanbevelingen voor 2026:

- Blijvende aandacht voor heldere communicatie rond patiëntenrechten.
- OPZ blijft investeren in het bekendmaken en verspreiden van de patiënten-rechtenwet, ook in 2026, via tv schermen, brochures, infomomenten, ...
- Verdere investering in empathische en verbindende communicatievaardigheden blijven leerrijke opfrissingsmomenten.

Een luisterend oor, een verbindend woord, een moment van oprechte erkenning: vaak zijn het net deze subtiele nuances die spanning doen wegsmelten en rust brengen. Het echte verschil zit niet in het aanreiken van oplossingen, maar vooral in respect – in gehoord en gezien worden.

Patiënten vinden vlot hun weg naar de Ombudsdienst: laagdrempelig, toegankelijk en zichtbaar via diverse kanalen. Vanuit een neutrale blik, gedragen door diplomatie en een professionele houding, ontstaat bijna altijd helderheid. In open dialoog en verzoenend gesprek groeit wederzijds begrip en tevredenheid.

Groot of klein, elke vraag en elke stap in het proces doet ertoe. Telkens opnieuw maakt de Ombudsdienst het verschil.

Hierin schuilt een krachtige, positieve boodschap: door doordachte communicatie – een juiste introductie, gerichte aandacht, de juiste vragen en een afgestemde houding – kunnen we écht helpen. De kernvraag blijft steeds dezelfde: *Wat heb jij nodig om hier straks met een goed gevoel buiten te stappen?* Wanneer was dit gesprek voor jou waardevol geweest?

Communicatie is dan ook niet zomaar een middel, maar hét fundament van de Ombudsdienst.

9. Strategische Aandachtspunten & Algemene Reflectie

1. Klachtenstrategie van de 0de- en 1ste-lijns klachtenopvang

De daling van het aantal formele klachten is in belangrijke mate te danken aan de sterke inzet van zorgteams op directe communicatie en probleemoplossing op de leefeenheden.

Deze praktijk verdient verdere borging door:

- blijvende ondersteuning en coaching van teams in gesprekstechnieken; en het nut van persoonlijke begeleiders van onze patiënten
- erkenning van deze informele klachtenopvang als kwaliteitsvolle zorgactiviteit;
- waakzaamheid dat deze inspanningen de draaglast van medewerkers niet onevenredig verhogen.

2. Psychosociaal welzijn en bescherming van zorgverleners

Zorgverleners functioneren steeds vaker in emotioneel beladen en soms verbaal agressieve contexten. Dit vraagt blijvende aandacht voor:

- opleiding in verbindende communicatie en zorgzaam begrenzen;
- duidelijke organisatorische steun;
- alert blijven voor het psychosociaal welzijn en de veerkracht van medewerkers.

3. Ombudsdienst als beleids- en kwaliteitsinstrument

De ombudsdienst genereert waardevolle signalen over patiëntbeleving, zorgrelatie en organisatiecultuur. Een verdere strategische benutting kan overwogen worden door:

- jaarlijkse structurele terugkoppeling van jaarverslag, signalen naar beleids- en verbetertrajecten;
- blijvende positionering van de ombudsdienst als meerzijdig partijdige, laagdrempelige partner.

4. Implementatie en communicatie rond de aangepaste Patiëntenrechtenwet

Met de actualisering van de Patiëntenrechtenwet in 2025 blijft het cruciaal om:

- patiënten en familie blijvend en herhaald te informeren op maat van hun draagkracht;
- medewerkers te ondersteunen via vorming en duidelijke richtlijnen;
- patiëntenrechten verder te integreren in de dagelijkse zorgrelatie, eerder dan louter formeel te benaderen.

5. Bewaken van laagdrempeligheid en rolafbakening

De grote vlotte toegankelijkheid van de ombudsdienst is een sterkte, maar vraagt ook waakzaamheid om te voorkomen dat de ombudsdienst wordt ingezet voor niet-klachtgerelateerde emotionele opvang. Dit bewijst echter dat ombudsdienst zeer laagdrempelig en bekend is.

Algemeen

De positieve en constructieve afhandeling van klachten door de ombudsdienst versterkt het vertrouwen van patiënten in zowel de dienst als het ziekenhuis in de toepassing van de patiëntenrechtenwet. Deze laagdrempelige toegankelijkheid leidt er echter toe dat patiënten bij kleinere ongenoegens of vragen opnieuw contact opnemen met de ombudsdienst, vaak zonder de intentie om een formele klacht in te dienen.

Hoewel deze contacten waardevol zijn, worden ze niet geregistreerd als klachten en komen ze niet tot uiting in de statistieken. Daarnaast stelt zich de vraag of dit gebruik van de ombudsdienst het rechtstreeks bespreken van problemen met zorgverleners soms kan vervangen, terwijl net die directe dialoog essentieel is voor een open en herstelgerichte zorgrelatie.

De ombudsdienst blijft daarom inzetten op het versterken van patiënten in hun eigen communicatie en moedigt hen actief aan om problemen eerst bespreekbaar te maken binnen het behandelteam. De ombudsdienst behoudt hierbij een ondersteunende en vangnetfunctie; cfr. de “0-de lijn”...

In 2026 blijft OPZ inzetten op heldere en toegankelijke communicatie rond patiëntenrechten en het doel ervan. Via verschillende kanalen – zoals televisieschermen, brochures en infomomenten – wordt niet alleen informatie gedeeld over rechten, maar ook over het belang van wederzijdse dialoog en constructieve benadering.

10. Conclusie

De vaststellingen uit dit werkjaar bevestigen dat de ombudsdienst binnen het OPZ een **essentiële en goed ingebedde rol** vervult in het zorglandschap. De stijgende meldingsbereidheid en de snelle contactname door patiënten en hun vertegenwoordigers tonen aan dat de ombudsdienst gekend, toegankelijk en vertrouwenwekkend is. Deze evolutie kan worden geïnterpreteerd als een positieve indicator van patiëntenparticipatie en bewustzijn van patiëntenrechten.

Tegelijkertijd wijzen de vaak emotioneel geladen en scherp geformuleerde meldingen op een toenemende **psychosociale kwetsbaarheid** bij patiënten en hun omgeving, evenals op een behoefte aan erkenning, duiding en nabijheid binnen complexe zorgcontexten. De ombudsdienst fungeert hierin niet louter als klachtenbehandelaar, maar ook als **buffer, bemiddelaar en betekenisgever**.

De ervaringen uit de praktijk tonen aan dat een empathische, tijdsintensieve en mensgerichte benadering van meldingen een aantoonbare impact heeft op de ervaren tevredenheid van patiënten, los van de mate waarin een klacht inhoudelijk kan worden opgelost. Dit onderstreept het belang van het behouden en versterken van de **kwalitatieve dimensie** van de ombudswerking.

Vanuit beleidsmatig oogpunt vragen deze evoluties bijzondere aandacht voor:

- het blijvend waarborgen van **voldoende tijd en middelen** voor de ombudsdienst;
- het erkennen van de ombudsdienst als **signalerend en preventief instrument** binnen kwaliteitsbeleid;
- het verder ondersteunen van initiatieven die inzetten op **duidelijke communicatie, verwachttingsmanagement en relationele zorg**;
- het valoriseren van ombudssignalen als input voor structurele verbeteringen binnen de organisatie.

De ombudsdienst blijft zich engageren om, binnen haar onafhankelijke positie, bij te dragen aan een zorgomgeving waarin dialoog, respect en patiëntenrechten centraal staan, en waarin klachten niet enkel worden behandeld, maar ook worden benut als hefboom voor kwaliteitsverbetering.

Dankwoord

Oprechte dank aan alle patiënten, familieleden, medewerkers en directie voor hun vertrouwen.

Julienne Aerts

Ombudsvrouw OPZ-Geel

Geel, februari 2026

Bijlage 1

Samenvatting: Ombudsdienst OPZ-Geel – Kernpunten 2025

Rol en positionering

- Laagdrempelige, dagelijks vlot bereikbare, ... ombudsdienst met ruime opdracht (klachten, signalen, preventie, bemiddeling).
- Functioneert als kwaliteits- en beleidsinstrument binnen herstelondersteunende zorg.

Cijfers

- 89 klachtendossiers –
- 62 infodossiers, 2 proactieve dossiers.
- >96% positief/verzoenend afgesloten.
- 87% van de dossiers dezelfde dag afgehandeld.

Belangrijkste tendensen

- Meer opvang van onvrede op leefeenheden (0de/1ste lijn).
- Minder escalaties en quasi geen intensieve familie-bemiddelingen. Soms een vraag als bevestiging wat reeds eerder is uitgelegd.
- Klachten worden meer eisend, brutaal geformuleerd maar zo dankbaar en tevreden na tussenkomst ombudsdienst door een ontmijnend gesprek .

Wat werkt

- Nabije, empathische communicatie door zorgteams.
- Snelle beschikbaarheid van de ombudsdienst.
- Integratie van patiëntenrechten in de zorgrelatie.

Aandachtspunten 2026

- Blijven investeren in communicatievaardigheden en welzijn van medewerkers.
- Ombudssignalen benutten in beleid en kwaliteit.

Jaarverslag
Zorggroep Annendael
psychiatrisch ziekenhuis
Onafhankelijke Ombudsdienst
Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Marlies Thonnon



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon. De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inhoudstafel

Over OOGG.....	2
Opdrachten van de externe ombudspersoon.....	2
Voorwoord	3
Inhoudstafel	4
Inleiding	5
Aanbevelingen	6
Algemene bevindingen	6
Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening	7
Recht op informatie en het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier	7
Recht op geïnformeerde toestemming	8
Algemeen.....	8
Aanmeldingen (go between).....	9
Aanmeldingen, aanmelders	9
A. Aanmeldingen en aanmelders	9
Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen	9
B. Vorm van aanmelden	12
C. Inhoud van de aanmelding	13
D. Hoofdinterventie.....	20
E. Afsluiting	21

Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG).

Dit jaarverslag heeft in eerste instantie als doel om de aanbevelingen en uitdagingen van het afgelopen jaar in kaart te brengen. We gebruiken de artikels van de wet Patiëntenrechten als leidraad om deze aanbevelingen en uitdagingen weer te geven.

Daarnaast beargumenteren we onze aanbevelingen en uitdagingen met het nodige cijfermateriaal. Wij gebruiken hiervoor het registratiesysteem Go Between.

We hopen alvast dat dit jaarverslag gewikt en gewogen zal worden in de voorziening. Aarzel zeker niet om de ombudspersoon aan te spreken indien er vragen of onduidelijkheden zouden zijn.

Daarnaast willen we directie, medewerkers, patiënten en hun naasten heel erg bedanken voor de constructieve medewerking en het vertrouwen dat ze in ons als ombudsdienst hebben.

Aanbevelingen

Algemene bevindingen

In 2025 was er een lichte stijging in het aantal meldingen bij de onafhankelijke ombudspersoon (42 meldingen), komende van 30 unieke melders. Er is een stijging in het aantal meldingen via naasten (11 meldingen). De naasten deden een melding ten persoonlijke titel of vanuit hun rol als vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger.

Er is een verschuiving in de vorm van melden. Voorheen gebeurden de meeste meldingen via direct contact. In 2025 bereikten echter 40,47% van de meldingen de ombudspersoon telefonisch. Het direct contact met de ombudsdienst tijdens het permanentiemoment (28,57%) blijft wel een belangrijke toegangspoort. Daarnaast bereikte men de ombudsdienst via mail (23,80%) of via de voorziene brievenbussen (7,14%).

Het grootste deel van de meldingen gaat, zoals we normaal in alle voorzieningen zien, over kwaliteitsvolle dienstverlening. Procentueel gaat dit in 2025 over 69,04%. Daarnaast zijn er vooral meldingen met betrekking op het recht op informatie, het recht op geïnformeerde toestemming en het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier.

Belangrijk om op te merken is dat we als ombudsdienst de klachten registreren zoals de patiënten ze bij ons aanbrengen, wij doen dus niet aan waarheidsbevinding. We raden aan om dit in gedachten te houden en niet te veel op de cijfers te concentreren.

Als ombudspersoon komen we uiteraard veel in aanraking met ontevredenheid, maar we constateren ook dat er veel goede zorg wordt geleverd. Het is belangrijk om zowel de problemen te erkennen als de positieve inspanningen en toewijding in de zorg te waarderen.

Enkele thema's worden verder toegelicht en vragen een aanbeveling.

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

Zorg voor naasten

De gewijzigde Wet op de Patiëntenrechten expliciteert en versterkt de rol van de naasten van patiënten binnen het zorgproces. Steunfiguren, zoals een vertrouwenspersoon of een wettelijke vertegenwoordiger, krijgen hiermee een duidelijker kader om de patiënt te ondersteunen, onder meer bij het begrijpen van informatie, het verwoorden van wensen en het nemen van beslissingen. Deze betrokkenheid kan bijdragen aan meer gedeelde besluitvorming en continuïteit van zorg. In de praktijk blijkt echter dat deze rollen en bijbehorende rechten en mogelijkheden nog onvoldoende bekend zijn bij hulpverleners, patiënten en hun naasten.

Het betrekken van naasten in de zorg betekent niet alleen aandacht voor de patiënt, maar ook oog hebben voor het welzijn van de naasten, die zich vaak in een situatie van machteloosheid of langdurige overbelasting bevinden. De moeilijkheden van de patiënt zijn soms ook de moeilijkheden van andere gezinsleden. Om naasten in staat te stellen hun ondersteunende rol op een constructieve en duurzame manier te vervullen, is het van groot belang dat hulpverleners ook aandacht hebben voor hun noden en grenzen.

Een waardevolle manier om deze ondersteuning vorm te geven, is de inzet van een familie-ervaringsdeskundige. Familie-ervaringsdeskundigen brengen unieke ervaringskennis vanuit het perspectief van naasten in, fungeren als brug tussen naasten en hulpverleners, en bieden herkenning, praktische tips en emotionele steun. Door deze ervaringsdeskundigheid structureel in te schakelen, worden zowel de draagkracht van naasten als de samenwerking tussen naasten en hulpverleners aanzienlijk versterkt, wat het zorgproces voor iedereen ten goede komt.

Recht op informatie en het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier

Er werd in de afgelopen tijd hard ingezet op het verduidelijken van de procedure voor inzage en afschrift van het patiëntendossier. Deze procedure is transparant en beschikbaar doch nog niet altijd onmiddellijk vindbaar voor de patiënt.

Het opvragen van inzage of een afschrift van het patiëntendossier gebeurt vaak vanuit een gevoel van onbegrip, een gemis aan informatie of onuitgeklearde situaties. Het kan wijzen op een tekort aan actieve en duidelijke communicatie tijdens het behandeltraject. Door sterker in te zetten op informeren en het bespreekbaar maken van ingrijpende beslissingen, zoals het beëindigen van een behandeling, kan de nood aan dossierinzage als laatste middel worden verminderd en kan het vertrouwen in de zorgrelatie worden versterkt.

Ook bij de vraag voor het opstarten van een behandeling met aanmeldingen via een doorverwijzer ontstaat regelmatig onbegrip wanneer een patiënt alsnog wordt geweigerd omdat deze niet binnen het behandelprogramma past. Dit onderstreept het

belang van duidelijke communicatie, niet alleen richting de patiënt maar ook naar doorverwijzers, zodat verwachtingen realistisch zijn en afwijzingen beter worden begrepen.

Ten slotte ervaren patiënten schrik of verwarring bij het lezen van hun dossier. Zij worden geconfronteerd met diagnoses, interpretaties of formuleringen die nooit eerder expliciet zijn besproken. Dit kan niet alleen emotioneel belastend zijn, maar ook de kans op vertrouwen in de hulpverlening en het perspectief van hoop in de weg staan.

Recht op geïnformeerde toestemming

De gewijzigde Wet op de Patiëntenrechten legt de nadruk op de samenwerking tussen hulpverlener, patiënt en zijn naasten. Deze samenwerkingsrelatie is essentieel voor een goede zorg, in alle fasen van de behandeling. Dit resulteert in een herstelproces waarbij duidelijk is wat voor elke individuele patiënt werkt en wat niet.

Soms ervaren patiënten nog dat ze onvoldoende betrokken worden in dit proces, dat er te veel wordt ingezet op het behandelen van een probleem of symptoom en niet op het unieke verhaal en de krachten van de patiënt.

Met de beste intenties maken hulpverleners soms beslissingen, terwijl het perspectief van de patiënt onvoldoende wordt meegenomen. Oog hebben voor de zelfbeschikking en de keuzevrijheid van de patiënt is een essentieel onderdeel van mensgerichte zorg. De patiënt verwacht correcte informatie en ondersteuning in het maken van keuzes. Een voorwaarde voor deze zelfbeschikking is de wilsbekwaamheid. In het denkproces dat vooraf gaat aan de shared decision making is de inschatting van deze wilsbekwaamheid en het eventueel betrekken van een vertegenwoordiger belangrijk.

Algemeen

In deze voorziening werd het afgelopen jaar actief ingezet op de bekendmaking van de onafhankelijke ombudsdienst. Dit heeft zich vertaald in de cijfers en de toegankelijkheid die de ombudsdienst heeft mogen ervaren.

Aanmeldingen (go between)

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 09/01/2025, de laatste op 30/12/2025. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 42, het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 41.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	29	34	32	42
aanmelders	23	23	21	30

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2025 met deze van 2024.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	32		42	
aanmelders	21		30	
tijd tussen aanmelding en eerste contact				
<i>op dezelfde datum</i>	25	80,64	34	80,95
<i>binnen de week</i>	4	12,90	8	19,04
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	2	6,45	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	31	100	42	100
aantal contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	1	3,12	1	2,38
<i>1 contact</i>	18	56,25	24	57,14
<i>2 contacten</i>	8	25,00	12	28,57
<i>3 contacten</i>	4	12,50	3	7,14
<i>meer dan 3 contacten</i>	1	3,12	2	4,76
totaal	32	100	42	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		5	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	32		41	

De 42 aanmeldingen (2025) komen van in totaal 30 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	28	87,50	29	69,04
groep patiënten	1	3,12	2	4,76
andere	3	9,37	11	26,19
totaal	32	100	42	100

Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	1	100,00	-	-
3 personen	-	-	1	50,00
4 personen	-	-	1	50,00
meer dan 4 personen	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

grootste groep	2	4

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	2	66,66	11	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	11	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	4	36,36
als vertrouwenspersoon	1	33,33	4	36,36
ten persoonlijke titel	2	66,66	3	27,27
totaal	3	100	11	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	2	66,66	3	27,27
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	1	9,09
terugkoppeling was niet mogelijk	1	33,33	7	63,63
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	3	100	11	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	1	100,00	2	25,00
Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	-	-	6	75,00
Patiënt is overleden	-	-	-	-
Patiënt is onbereikbaar	-	-	-	-
totaal	1	100	8	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	4	12,50	-	-
neen	28	87,50	42	100,00
totaal	32	100	42	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	17	53,12	12	28,57
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	3	9,37	10	23,80
telefonisch	6	18,75	17	40,47
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	2	6,25	-	-
schriftelijk: brievenbus	4	12,50	3	7,14
totaal	32	100	42	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	1	3,12	5	11,90
Luisterend oor	5	15,62	6	14,28
Signaal	8	25,00	6	14,28
Bemiddeling: pendeldiplomatie	2	6,25	5	11,90
Bemiddeling: samenbrengen	-	-	-	-
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	-	-
Financieel akkoord: factuur	1	3,12	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	3	9,37	6	14,28
Sanctie/repesaille	7	21,87	4	9,52
Actie	5	15,62	10	23,80
totaal	32	100	42	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	4	9,52
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	29	90,62	29	69,04
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	3	9,37	9	21,42
niet van toepassing	-	-	-	-
totaal	32	100	42	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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	4	12,50	8	19,04
psychiater	2	6,25	5	11,90
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	3	9,37	1	2,38
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	22	68,75	21	50,00
administratieve dienst	1	3,12	-	-
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	-	-	6	14,28
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	1	2,38
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
beleid	-	-	-	-
afdelingsverantwoordelijke	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	32	100	42	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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	22	68,75	29	69,04
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	1	3,12	2	4,76
4. geïnformeerde toestemming	6	18,75	6	14,28
5. inzage patiëntendossier	-	-	4	9,52
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	2	6,25	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	3,12	1	2,38
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	32	100	42	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	2	8,69	2	6,89
1.2. goede behandeling/begeleiding	10	43,47	9	31,03
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	6	26,08	4	13,79
1.4. goede hotelservice	2	8,69	11	37,93
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	4,34	2	6,89
1.7. beschermende maatregelen	2	8,69	1	3,44
totaal	23	100	29	100

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	50,00	1	50,00
correcte omgangsvormen	1	50,00	1	50,00
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
totaal	2	100	2	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	1	10,00	-	-
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	3	30,00	2	22,22
betrokkenheid familie	2	20,00	2	22,22
start opname/behandeling/begeleiding	1	10,00	2	22,22
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	3	30,00	3	33,33
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	10	100	9	100

Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	100,00	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	2	66,66	2	66,66
geweigerd	1	33,33	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	3	100	3	100

(andere 2025: wachtlijst andere voorziening)

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	3	50,00	1	25,00
groepsleven	2	33,33	3	75,00
ontspanning/vrije tijd	1	16,66	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
totaal	6	100	4	100

1.4. Goede hotelSERVICE				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	-	-	6	54,54
infrastructuur/accommodatie	1	50,00	2	18,18
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	-	-	3	27,27
wifi	1	50,00	-	-
totaal	2	100	11	100

1.5. Betalende diensten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	1	100,00	1	50,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	1	50,00
verzekeringen	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	1	50,00	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	50,00	-	-
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	1	100,00
totaal	2	100	1	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	1	50,00
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
Andere (afspraken)	1	100,00	1	50,00
totaal	1	100	2	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	2	33,33	1	16,66
behandeling informatie	-	-	-	-
behandeling toestemming	4	66,66	5	83,33
totaal	6	100	6	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	4	100,00
totaal	-	-	4	100

5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	-	-	1	25,00
ontslagbrief	-	-	1	25,00
Andere (procedure)	-	-	2	50,00
totaal	-	-	4	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	1	50,00	-	-
mondelinge indiscretie	1	50,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

7. Recht op klachtenbemiddeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	100,00	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen (41). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	4	12,50	7	17,07
doorverwijzen intern	-	-	1	2,43
doorverwijzen extern	-	-	1	2,43
informeren	4	12,50	5	12,19
signaleren	3	9,37	7	17,07
coachen	6	18,75	1	2,43
pendelbemiddeling	13	40,62	19	46,34
samenbrengen van de partijen	2	6,25	-	-
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	-	-
totaal	32	100	41	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	12	37,50	19	46,34
binnen de week	12	37,50	9	21,95
binnen de twee weken	1	3,12	5	12,19
binnen de vier weken	1	3,12	7	17,07
later dan vier weken	6	18,75	1	2,43
totaal	32	100	41	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	9	5

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.

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

**Jaarverslag *UPC Z.ORG KU*
Leuven campus Kortenberg
Onafhankelijke Ombudsdienst
Geestelijke Gezondheidszorg**

2025



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en een voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG) voor UPC Z.org KULeuven, campus Kortenberg.

Dit jaarverslag heeft in eerste instantie als doel om de aanbevelingen en uitdagingen van het afgelopen jaar in kaart te brengen. We gebruiken de artikels van de wet Patiëntenrechten als leidraad om deze aanbevelingen en uitdagingen weer te geven.

Daarnaast beargumenteren we onze aanbevelingen en uitdagingen met het nodige cijfermateriaal. Wij gebruiken hiervoor het registratiesysteem Go Between.

Belangrijk om op te merken is dat we als ombudsdienst de klachten registreren zoals de patiënten ze bij ons aanbrengen, wij doen dus niet aan waarheidsbevinding. We raden aan om dit in gedachten te houden en niet teveel op de cijfers te concentreren.

We hopen alvast dat dit jaarverslag gewikt en gewogen zal worden in de voorziening. Aarzel zeker niet om ons aan te spreken indien er vragen of onduidelijkheden zouden zijn.

Aanbevelingen

Kwaliteitsvolle dienstverlening

Zoals elk jaar kunnen we de meeste meldingen plaatsen onder recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Dit jaar zien we dat we vooral meer meldingen kregen rond respectvolle bejegening en dan meer bepaald rond luisterbereidheid en correcte omgangsvormen.

Luisterbereidheid is een kerncomponent van respectvolle bejegening, ook in situaties waarin patiënten zich eisend opstellen of onmiddellijke respons verwachten. Wanneer patiënten zich gehoord voelen en ervaren dat ze ernstig worden genomen, krijgen ze terug een stuk regie in handen en worden ze effectief een partner in hun zorg. Voor hulpverleners is het een uitdaging om evenwicht te vinden tussen deze erkenning en het aangeven van hun eigen mogelijkheden en grenzen. De inzet van ervaringsdeskundigen kan hierbij een belangrijke meerwaarde bieden. Zij kunnen bruggen slaan tussen patiënten en hulpverleners en bijdragen aan wederzijds begrip.

In het verlengde van luisterbereidheid en communicatie willen we ook de aandacht vestigen op het gebruik van artificiële intelligentie binnen de zorg. We constateren dat patiënten in toenemende mate gebruik maken van uiteenlopende AI-toepassingen om hun vragen te stellen. En vaak vertaalt zich dat in een formeel, pseudo-juridisch schrijven dat niet echt de intenties van de patiënt weerspiegelt. En hoewel AI ertoe kan bijdragen dat de stem van de patiënt meer gehoord wordt, kan een foute toon ertoe bijdragen dat er spanning ontstaat. Het is belangrijk om als hulpverlener dit te herkennen en de onderliggende zorgvraag niet uit het oog te verliezen.

Geïnformeerde toestemming

Geïnformeerde toestemming rond medicatie is niet altijd vanzelfsprekend, zeker bij patiënten met een beperkt ziekte-inzicht. Dit mag echter geen reden zijn om een gesprek over het doel, de werking, de bijwerkingen of alternatieven van medicatie uit de weg te gaan of als formaliteit af te vinken.

Geïnformeerde toestemming is een proces, geen éénmalig moment. Ook wanneer het ziekte-inzicht beperkt is, blijft het essentieel om informatie herhaaldelijk, op maat en in begrijpelijke taal aan te bieden, en om actief na te gaan wat de patiënt wél begrijpt en kan aangeven over zijn of haar behandeling. Ook het tijdig en duidelijk communiceren over kostprijs van behandeling valt hieronder.

Tot slot kan ook op dit vlak een vertrouwenspersoon een belangrijke rol opnemen.

Bescherming persoonlijke levenssfeer

Patiënten ervaren niet altijd evenveel duidelijkheid rond wie toegang heeft tot hun persoonsgegevens, met welk doel en met wie informatie gedeeld wordt. Dit geldt des te meer voor de digitale en online platformen die gebruikt worden voor informatie-uitwisseling tussen hulpverleners. De toestemming om gegevens te delen met andere hulpverleners wordt vaak bij de start van een opname ondertekend door een patiënt, zonder de reikwijdte hiervan te kennen. Mensen zijn op dat moment ook ziek, overweldigd door de opname en niet in staat om alles te capteren wat hen wordt aangereikt. Het is belangrijk om expliciet te benoemen wat de patiënt tekent en dit ook duidelijk uit te leggen.

In dit kader willen we ook de aandacht vestigen op het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim is cruciaal voor de vertrouwensbasis tussen hulpverlener en patiënt. Het is vaak moeilijk om de juiste balans te vinden tussen samenwerking, betrekken van naasten en waakzaam zijn over beroepsgeheim. Om hulpverleners hierin te ondersteunen, werkt Psyche een e-learning uit over alle facetten van beroepsgeheim in de gezondheidszorg.

Privacy staat steeds centraler in het zorgdiscours. Toch is de infrastructuur van veel psychiatrische ziekenhuizen hier niet op afgestemd. Afdelingen waar iedereen een éénpersoonskamer met eigen sanitair kan hebben, zijn eerder de uitzondering. Nochtans kan dit bijdragen tot beleving van veiligheid en waardigheid. We pleiten ervoor om aandacht te hebben voor de infrastructuur waarin patiënten, soms voor langere tijd, moeten verblijven.

Algemeen besluit

De geestelijke gezondheidszorg maakt deel uit van een bredere samenleving die snel evolueert en complexer wordt. Hervormingen in de zorgorganisatie, de uitbouw van netwerken en samenwerkingsverbanden, toenemende regelgeving en de opkomst van nieuwe digitale en technologische toepassingen stellen hulpverleners en voorzieningen voor bijkomende uitdagingen. Hierin blijft de kernopdracht om kwaliteitsvolle, toegankelijke en mensgerichte zorg te blijven verlenen.

De aanbevelingen in dit jaarverslag moeten gekaderd worden in deze realiteit. Thema's zoals de bescherming van de privacy van cliënten, het zorgvuldig en transparant noteren in het patiëntendossier en het belang van een respectvolle bejegening, illustreren dat goede geestelijke gezondheidszorg meer omvat dan klinische expertise alleen.

Zowel UPC Z.Org KU Leuven als de hulpverleners die er werken engageren zich in grote mate om deze verantwoordelijkheden op te nemen, vaak in omstandigheden waarin werkdruk, administratieve lasten en organisatorische complexiteit toenemen. Toch blijft waakzaamheid en reflectie noodzakelijk, zeker wanneer nieuwe werkwijzen of technologieën worden geïntroduceerd.

Met dit jaarverslag wil de ombudsdienst bijdragen aan een constructieve dialoog tussen patiënten, hulpverleners en voorziening. Door het benoemen van knelpunten en het formuleren van aanbevelingen beogen wij een versterking van de zorg.

Aanmeldingen (go between)

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 07/01/2025, de laatste op 16/12/2025.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 108, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 108.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	74	95	102	108
aanmelders	73	93	102	100

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	83	81,37	92	85,18
groep patiënten	3	2,94	2	1,85
andere	16	15,68	14	12,96
totaal	102	100	108	100

Hoedanigheid indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	4	26,66	2	15,38
als vertrouwenspersoon	-	-	1	7,69
ten persoonlijke titel	11	73,33	10	76,92
totaal	15	100	13	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	4	30,76	2	14,28
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	9	69,23	12	85,71
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	13	100	14	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	4	36,36	-	-
Weigering aanmelder	1	9,09	-	-

Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	2	18,18	6	50,00
Patiënt is overleden	3	27,27	2	16,66
Patiënt is onbereikbaar	1	9,09	4	33,33
totaal	11	100	12	100

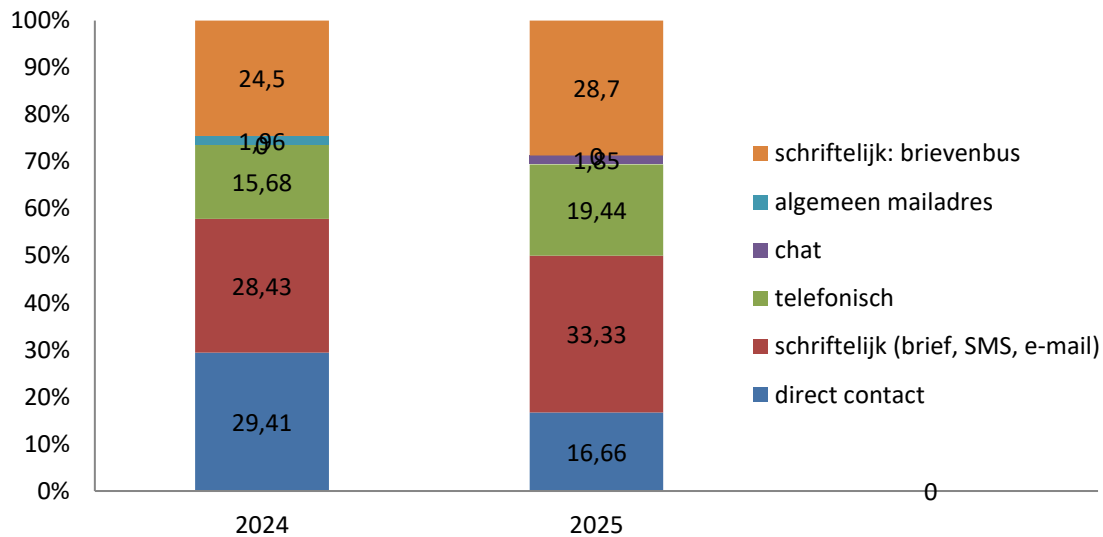
Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	7	6,93	12	11,11
neen	94	93,06	96	88,88
totaal	101	100	108	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	30	29,41	18	16,66
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	29	28,43	36	33,33
telefonisch	16	15,68	21	19,44
chat	-	-	2	1,85
algemeen mailadres	2	1,96	-	-

schriftelijk: brievenbus	25	24,50	31	28,70
totaal	102	100	108	100

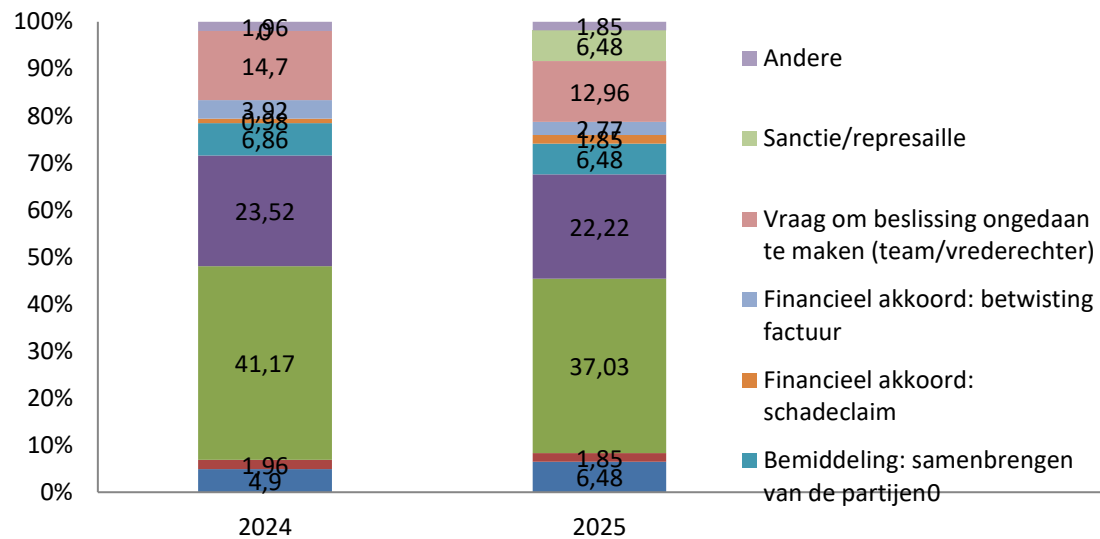
Vorm van aanmelden



Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	5	4,90	7	6,48
Luisterend oor	2	1,96	2	1,85
Signaal	42	41,17	40	37,03
Bemiddeling: pendeldiplomatie	24	23,52	24	22,22
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	7	6,86	7	6,48
Financieel akkoord: schadeclaim	1	0,98	2	1,85
Financieel akkoord: betwisting factuur	4	3,92	3	2,77

Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	15	14,70	14	12,96
Sanctie/represaille	-	-	7	6,48
Andere	2	1,96	2	1,85
totaal	102	100	108	100

Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	2	1,98	3	2,80
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	70	69,30	82	76,63
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	25	24,75	22	20,56
niet van toepassing	1	0,99	-	-

andere	3	2,97	-	-
totaal	101	100	107	100

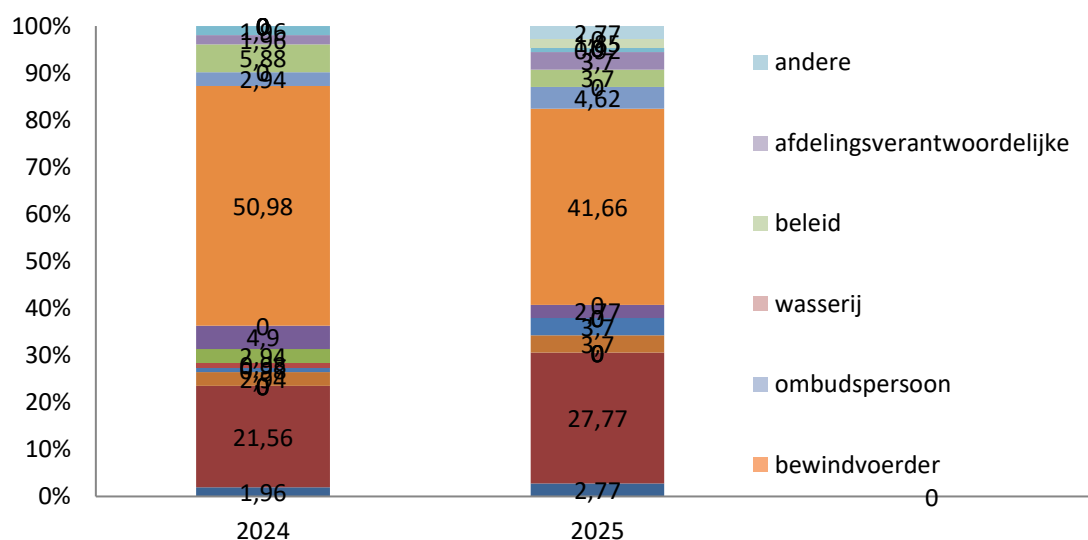
C. Inhoud van de aanmelding

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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	2	1,96	3	2,77
psychiater	22	21,56	30	27,77
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	3	2,94	4	3,70
persoonlijke begeleider	1	0,98	4	3,70
sociale dienst	1	0,98	-	-
psycholoog	3	2,94	-	-

therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	5	4,90	3	2,77
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	52	50,98	45	41,66
administratieve dienst	3	2,94	5	4,62
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	6	5,88	4	3,70
poetsdienst	2	1,96	4	3,70
directie	2	1,96	1	0,92
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
beleid	-	-	2	1,85
afdelingsverantwoordelijke	-	-	-	-
andere	-	-	3	2,77
totaal	102	100	108	100

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken

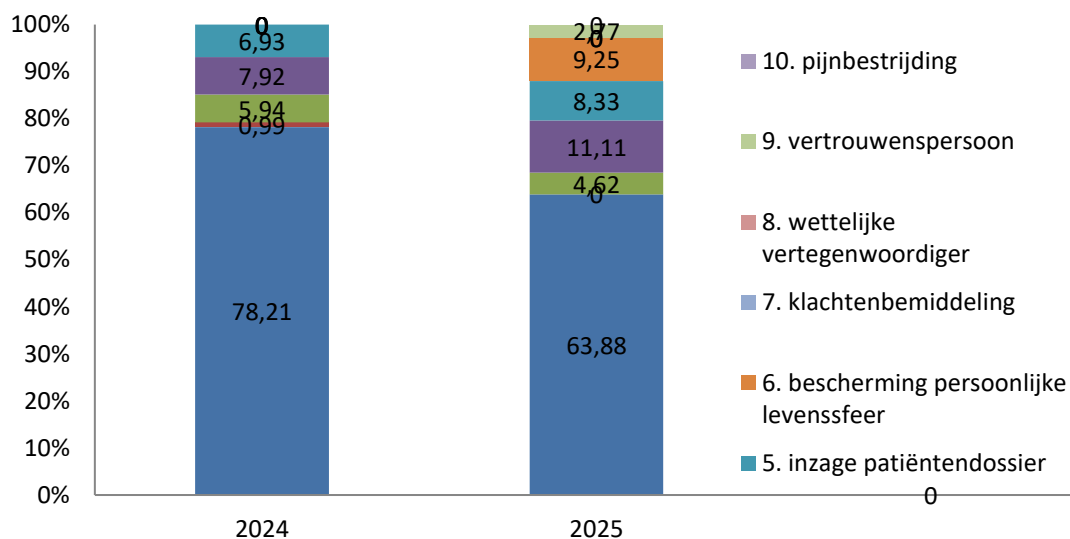


Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	79	78,21	69	63,88
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	0,99	-	-
3. informatie	6	5,94	5	4,62
4. geïnformeerde toestemming	8	7,92	12	11,11
5. inzage patiëntendossier	7	6,93	9	8,33
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	10	9,25
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	3	2,77

10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	101	100	108	100

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

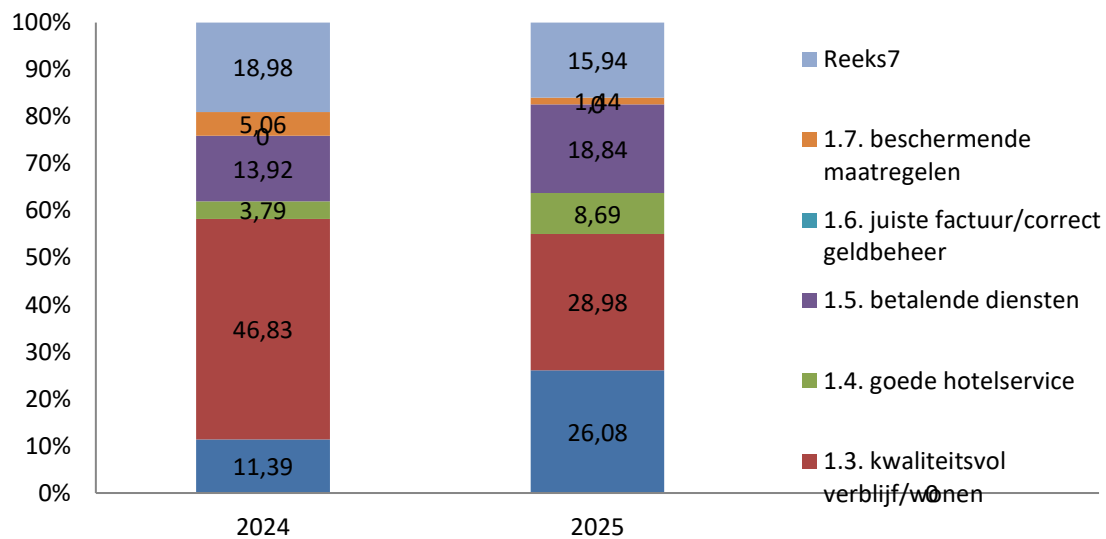


Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening wordt in de volgende tabellen opgesplitst in subcategorieën. Elke subcategorie wordt verder gepreciseerd.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	9	11,39	18	26,08
1.2. goede behandeling/begeleiding	37	46,83	20	28,98
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	3	3,79	6	8,69
1.4. goede hotelservice	11	13,92	13	18,84
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	4	5,06	1	1,44

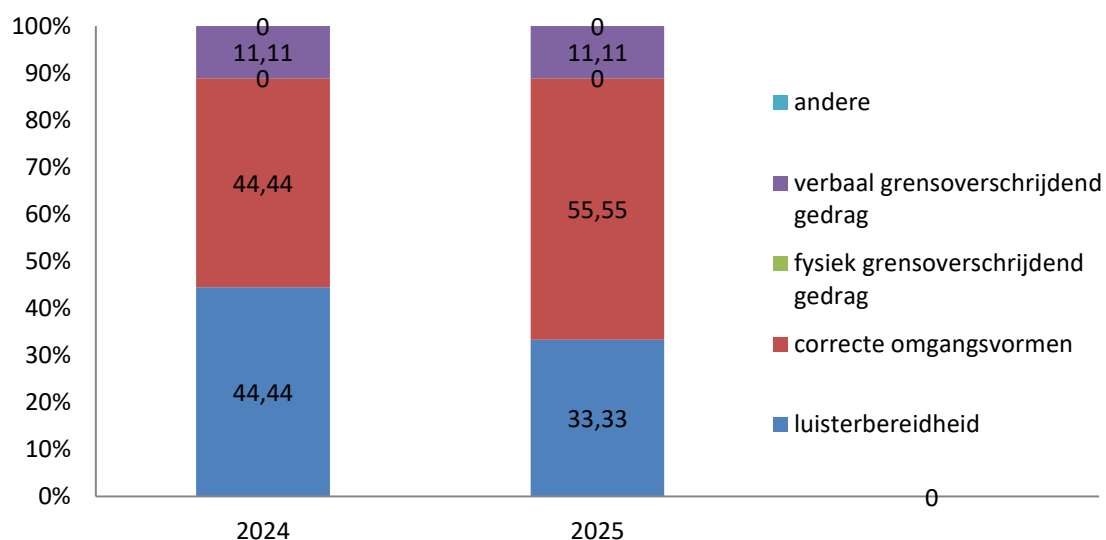
1.7. beschermende maatregelen	15	18,98	11	15,94
totaal	79	100	69	100

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	4	44,44	6	33,33
correcte omgangsvormen	4	44,44	10	55,55
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	1	11,11	2	11,11
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	18	100

1.1. Respectvolle bejegening

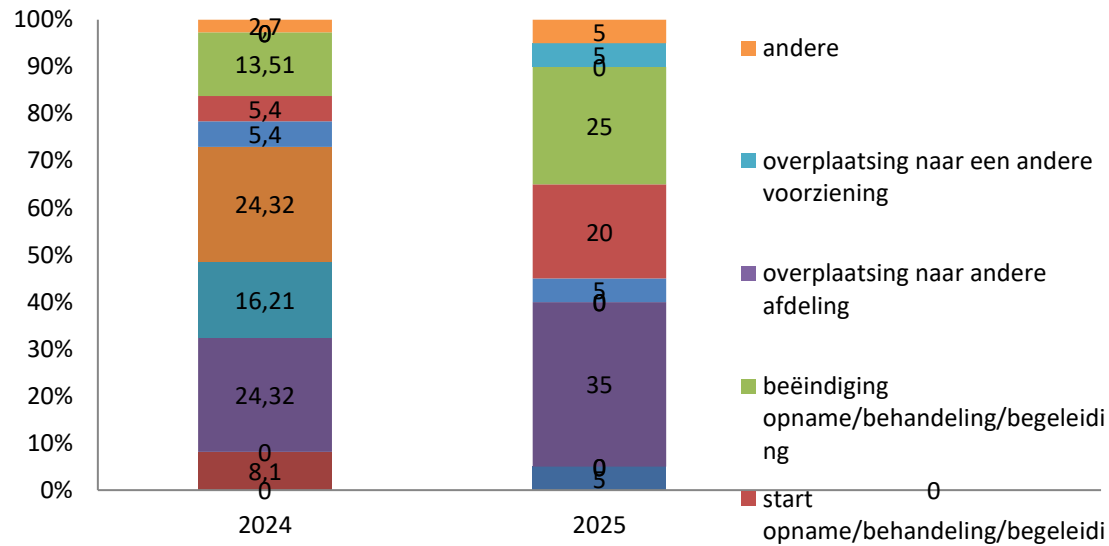


1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	5,00
somatische verzorging	3	8,10	-	-
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	9	24,32	7	35,00
groepstherapie	6	16,21	-	-
voldoende beschikbaarheid	9	24,32	-	-
betrokkenheid familie	2	5,40	1	5,00
start opname/behandeling/begeleiding	2	5,40	4	20,00
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	5	13,51	5	25,00
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-

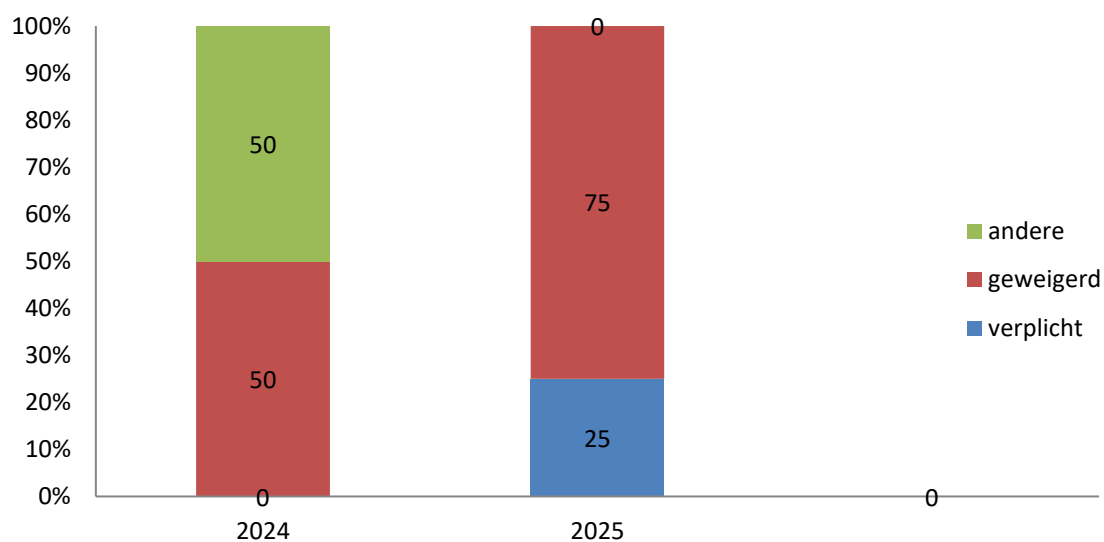
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	1	5,00
andere	1	2,70	1	5,00
totaal	37	100	20	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding



Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	25,00
geweigerd	1	50,00	3	75,00
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	4	100

Start opname/behandeling/begeleiding



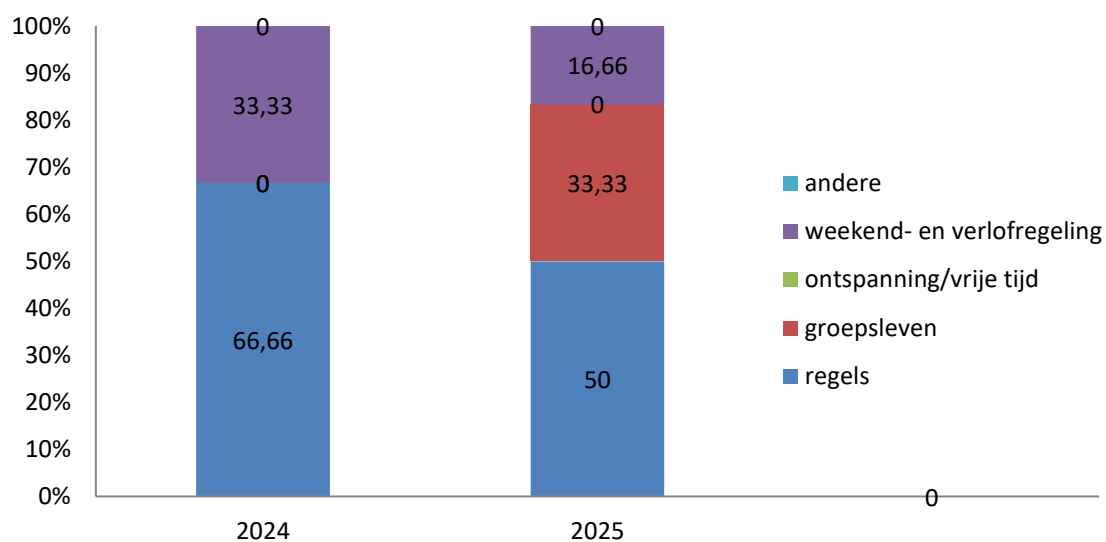
Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	4	100,00	5	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	5	100

Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	2	66,66	3	50,00
groepsleven	-	-	2	33,33
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	1	33,33	1	16,66
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	6	100

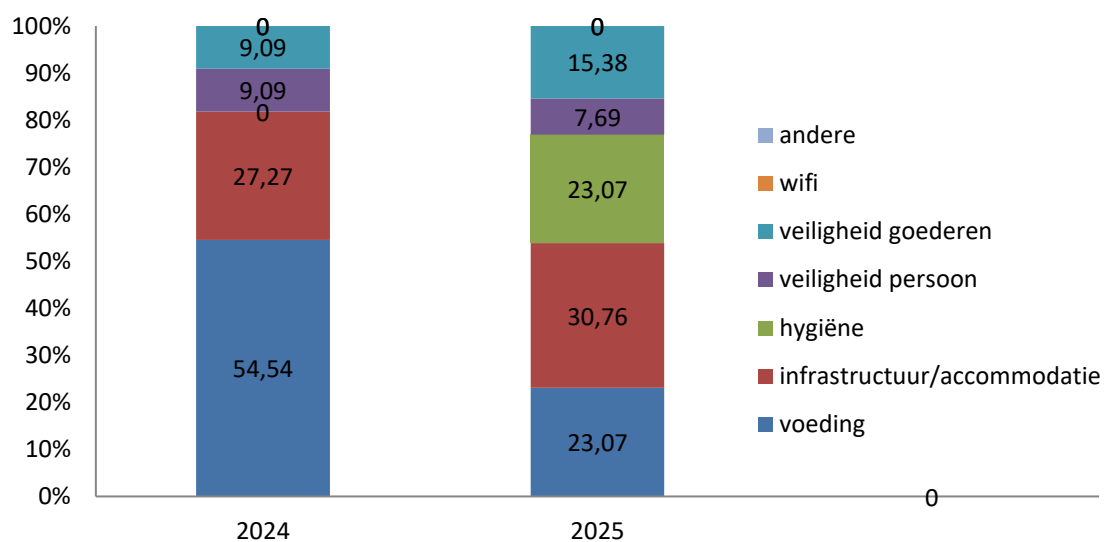
1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen



1.4. Goede hotelservice

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	6	54,54	3	23,07
infrastructuur/accommodatie	3	27,27	4	30,76
hygiëne	-	-	3	23,07
veiligheid persoon	1	9,09	1	7,69
veiligheid goederen	1	9,09	2	15,38
wifi	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	11	100	13	100

1.4. Goede hotelservice



1.5. Betalende diensten

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

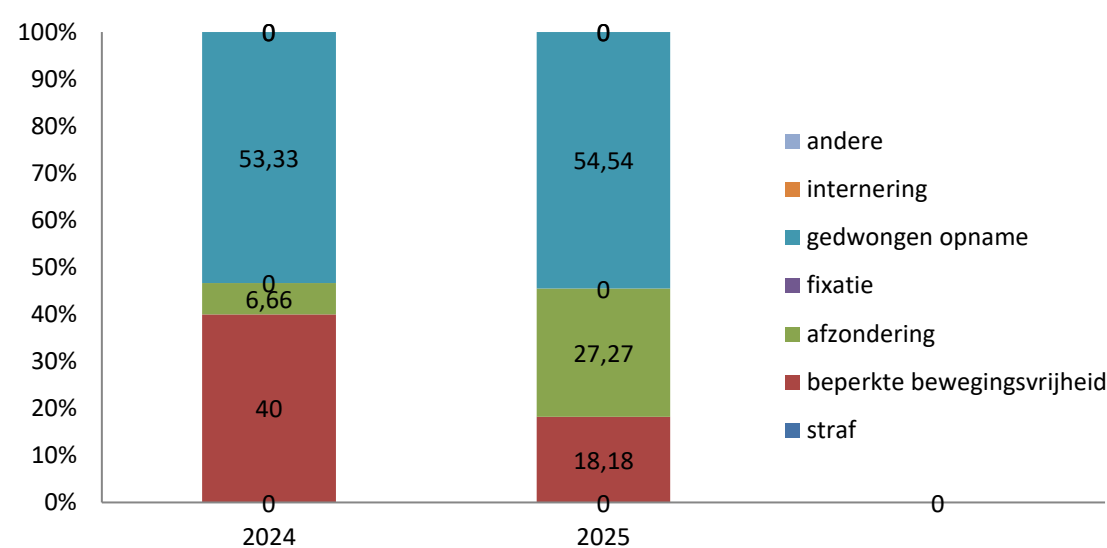
1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	4	100,00	1	100,00

opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	1	100

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	6	40,00	2	18,18
afzondering	1	6,66	3	27,27
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	8	53,33	6	54,54
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	15	100	11	100

1.7. Beschermende maatregelen

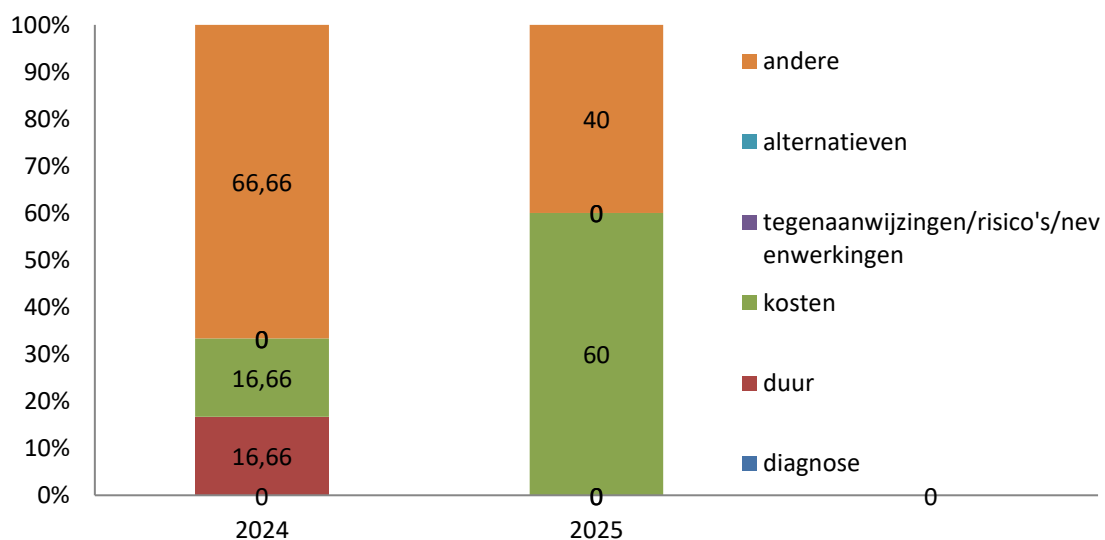


2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-

duur	1	16,66	-	-
kosten	1	16,66	3	60,00
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	4	66,66	2	40,00
totaal	6	100	5	100

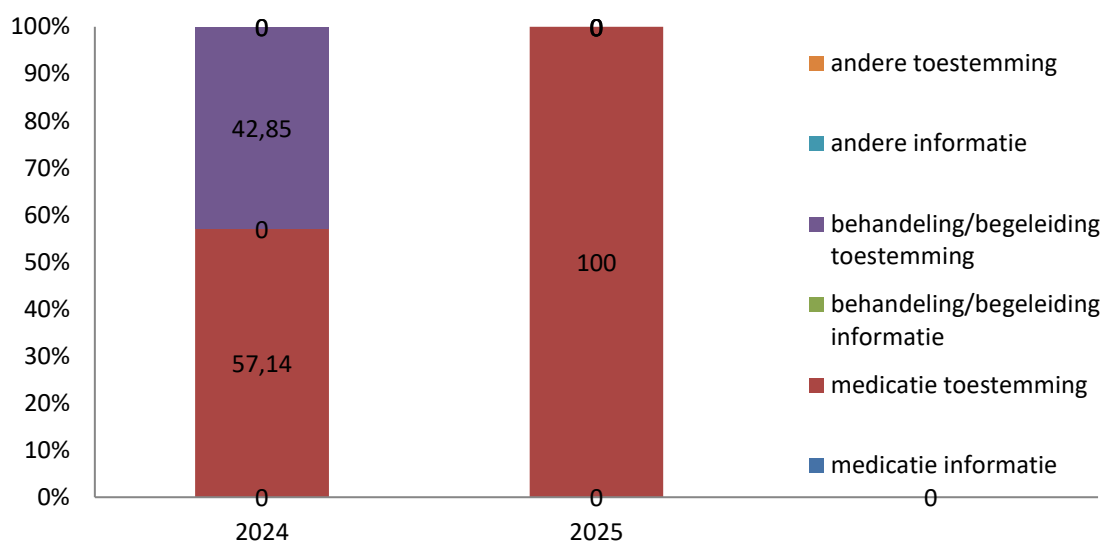
3. Recht op informatie



4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	4	57,14	11	100,00
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-

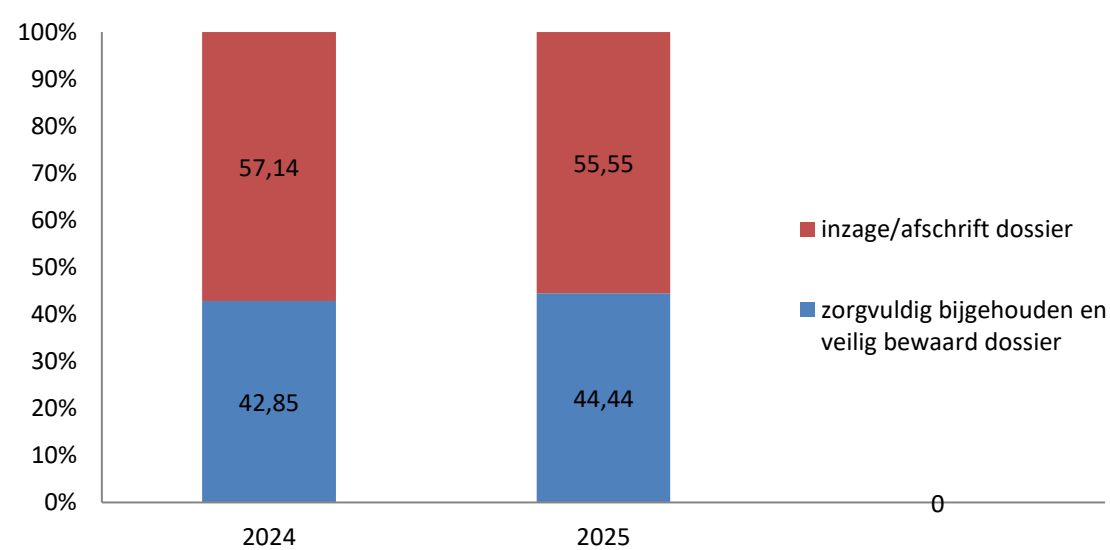
behandeling/begeleiding toestemming	3	42,85	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	7	100	11	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming



5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	3	42,85	4	44,44
inzage/afschrift dossier	4	57,14	5	55,55
totaal	7	100	9	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

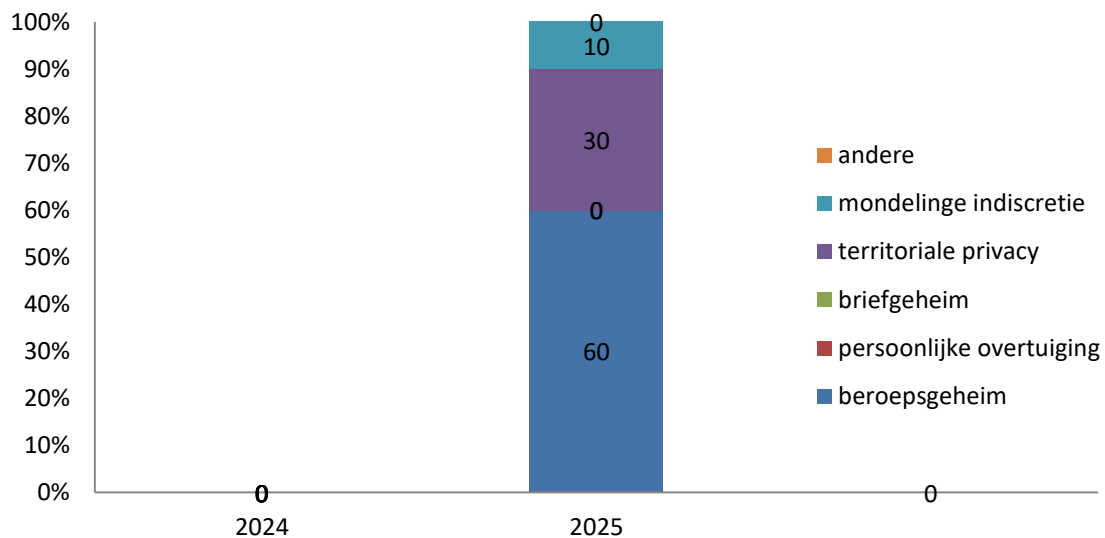


5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	3	60,00
termijn overschreden	1	25,00	-	-
inhoud dossier	-	-	-	-
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	3	75,00	2	40,00
totaal	4	100	5	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

beroepsgeheim	-	-	6	60,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	3	30,00
mondelinge indiscretie	-	-	1	10,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	10	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer



7. Recht op klachtenbemiddeling

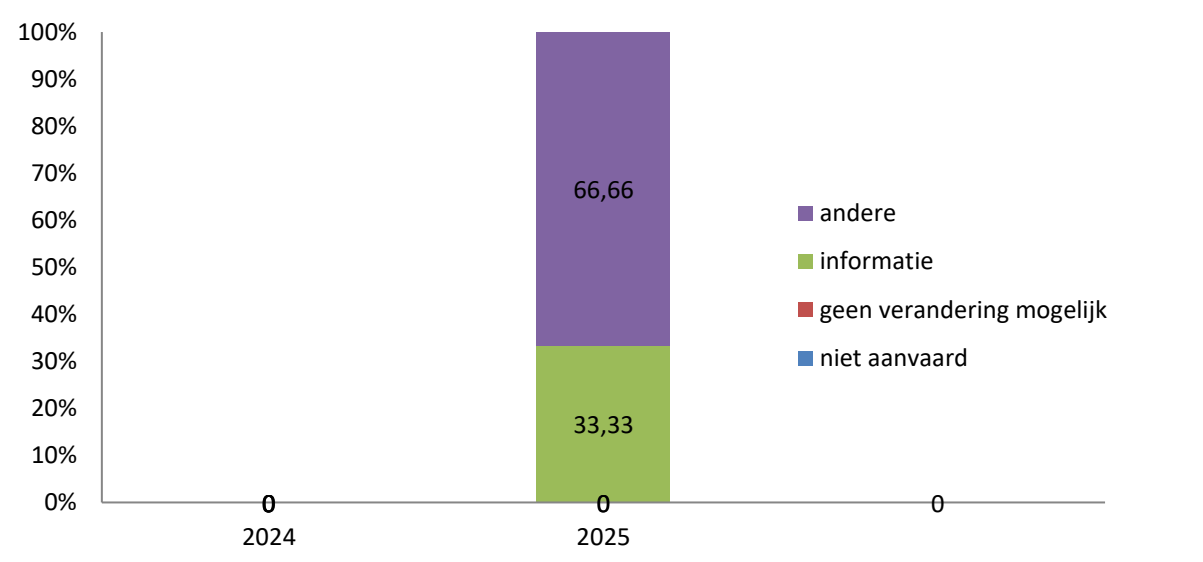
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	1	33,33
andere	-	-	2	66,66
totaal	-	-	3	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon



10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

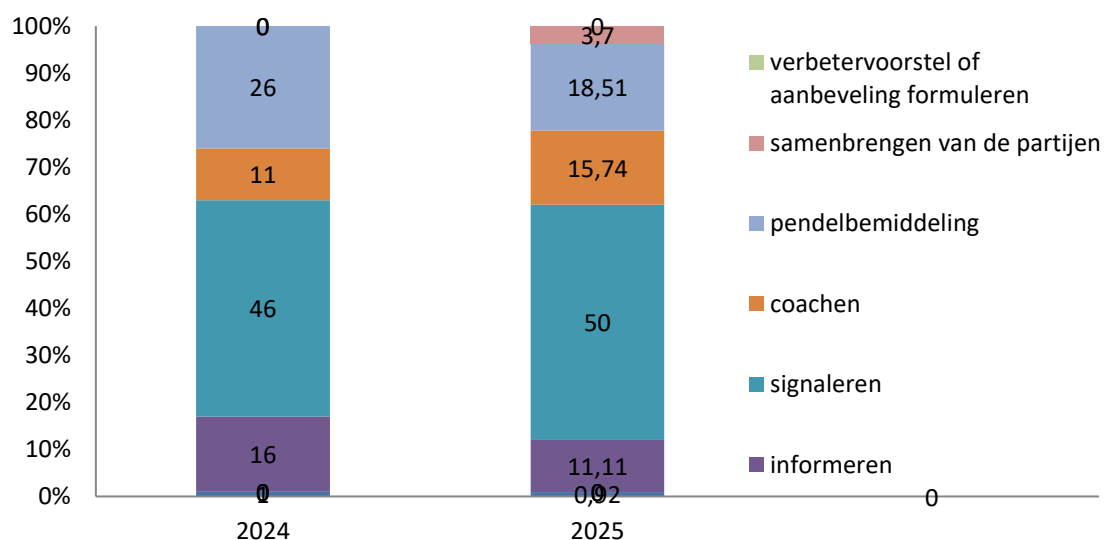
D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen (108). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	1	1,00	1	0,92
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informereren	16	16,00	12	11,11
signaleren	46	46,00	54	50,00
coachen	11	11,00	17	15,74
pendelbemiddeling	26	26,00	20	18,51
samenbrengen van de partijen	-	-	4	3,70
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	-	-
totaal	100	100	108	100

Hoofdinterventie



E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	13	13,00	10	9,25
binnen de week	49	49,00	59	54,62
binnen de twee weken	14	14,00	23	21,29
binnen de vier weken	17	17,00	9	8,33
later dan vier weken	7	7,00	7	6,48
totaal	100	100	108	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	15	16

Wanneer een aanmelding definitief is afgehandeld, is niet steeds duidelijk te bepalen, zeker in deze gevallen waar er geen feedback is. De ombudspersoon ontvangt soms nog bijkomende informatie nadat hij een aanmelding had afgesloten. 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.

Kruistabellen

Discipline * PR - 2025																						
	Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening		Recht op vrije keuze beroepsberoepsberoep		Recht op informatie		Recht op geïnformeerde toestemming		Recht op inzage/ afschrift zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier		Recht op bescherming persoonsgegevens levenssfeer		Recht op klachtenbemiddeling		Recht op wettelijke vertegenwoordiger		Recht op vertrouwenspersoon		Recht op pijnbestrijding		totaal	
Categorie	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
geen	3	4,34	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0,00	3	2,77
psychiater	11	15,94	0	0,00	0	0	11	91,66	8	88,88	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0,00	30	27,77
huisarts		0		0,00		0		0		0		0		0,00		0,00		0		0,00		0
andere arts		0		0,00		0		0		0		0		0,00		0,00		0		0,00		0
apotheker		0		0,00		0		0		0		0		0,00		0,00		0		0,00		0
verpleging	3	4,34	0	0,00	0	0	0	0	0	0	1	10,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0,00	4	3,70
persoonlijke begeleider	3	4,34	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	4	3,70
sociale dienst		0		0,00		0		0		0		0		0,00		0,00		0		0,00		0
psycholoog		0		0,00		0		0		0		0		0,00		0,00		0		0,00		0
therapeut <i>(ergo, kine,	1	1,44	0	0,00	0	0	0	0	0	0	2	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0,00	3	2,77

muziek, andere)																						
diëtist		0		0,0 0	0		0		0		0		0,00		0,0 0		0		0, 00		0	
multidiscipli nair team	36	52, 17	0	0,0 0	2	40 ,0 0	1	8,3 3	1	11, 11	3	30, 00	0	0,00	0	0,0 0	2	66,6 6	0	0, 00	45	41 ,6 6
administrati eve dienst	3	4,3 4	0	0,0 0	1	20 ,0 0	0	0	0	0	1	10, 00	0	0,00	0	0,0 0	0	0	0	0, 00	5	4, 62
technische dienst		0		0,0 0	0		0		0		0		0,00		0,0 0		0		0, 00		0	
voedingsdie nst	3	4,3 4	0	0,0 0	0	0	0	0	0	0	1	10, 00	0	0,00	0	0,0 0	0	0	0	0, 00	4	3, 70
poetsdienst	4	5,7 9	0	0,0 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,0 0	0	0	0	0, 00	4	3, 70
directie	0	0	0	0,0 0	1	20 ,0 0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,0 0	0	0	0	0, 00	1	0, 92
bewindvoer der		0		0,0 0	0		0		0		0		0,00		0,0 0		0		0, 00		0	
ombudspers oon		0		0,0 0	0		0		0		0		0,00		0,0 0		0		0, 00		0	
wasserij		0		0,0 0	0		0		0		0		0,00		0,0 0		0		0, 00		0	
beleid	1	1,4 4	0	0,0 0	1	20 ,0 0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,0 0	0	0	0	0, 00	2	1, 85
afdelingsver antwoordeli jke		0		0,0 0	0		0		0		0		0,00		0,0 0		0		0, 00		0	
andere	1	1,4 4	0	0,0 0	0	0	0	0	0	0	2	20, 00	0	0,00	0	0,0 0	0	0	0	0, 00	3	2, 77
Totaal	69	10 0	0	100	5	10 0	12	10 0	9	100	10	10 0	0	100	0	100	3	100	0	10 0	10 8	10 0
kol %	63, 88		0,00		4, 6 2		11, 11		8,3 3		9, 25		0,00		0,00		2,77		0,0 0		10 0,0 0	

OMBUDSDIENST UPC KU LEUVEN Hilde De Leemans 2025

1. Inleiding

Overal stijgen het aantal meldingen van patiënten. Patiënten geraken steeds gemakkelijker over de drempel van een ombudsdienst en durven hun vragen en zorgen ventileren. Patiëntenrechten zijn ondertussen gedefinieerd als rechten voor, door en met de patiënt en de belangrijke rol van naasten is duidelijk beschreven onder de vorm van vertegenwoordigers (in welk soort mandaat dan ook) en vertrouwenspersonen.

Een patiënt dient de gelegenheid te hebben om klachten in verband met zijn behandeling te formuleren. De communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener wordt verbeterd en er wordt bijgedragen aan de kwaliteit van de zorg wanneer de patiënt de gelegenheid krijgt om zijn stem te laten horen. Het actief betrekken van de patiënt in de communicatie vormt de essentiële basis voor een zorgrelatie die gericht is op partnerschap tussen zorgverlener en patiënt, met de patiënt als centraal middelpunt van de gezondheidszorg.

Dit jaarverslag heeft in eerste instantie als doel om de aanbevelingen en uitdagingen van het afgelopen jaar in kaart te brengen. We gebruiken de artikels van de wet Patiëntenrechten als leidraad om deze aanbevelingen en uitdagingen weer te geven.

Daarnaast beargumenteren we onze aanbevelingen en uitdagingen met het nodige cijfermateriaal.

2. Uitvoering

Behandeling van klachten door de ombudspersoon

- De aanmelding van een klacht kan telefonisch, persoonlijk of schriftelijk.

De klachtenbehandeling is gericht op bemiddeling en oplossingen, maar ook op structurele verbeteringen. Als bruggenmaker proberen we de banden tussen de patiënt en het behandelend team te herstellen. We onderschatten daarbij het belang van interne contacten niet.

Ook samenwerking met het ziekenhuis zelf is essentieel. Het UPC KU Leuven en haar afdelingen zijn steeds in evolutie : 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.

Patiënten van het UPC KU Leuven kunnen kiezen tussen de interne of de externe ombudspersoon. Zo houden we de ombudsfunctie laagdrempelig en toegankelijk . Beiden werken volgens dezelfde principes van discretie, vertrouwelijkheid en onafhankelijkheid. De externe ombudspersoon voor het ziekenhuis is Kris Bruyninckx van Psyche VZW.

- Bij elke elektronische klachtmelding wordt een automatische ontvangstmelding aan de melder overgemaakt. Bij andere vormen van aanmelding gebeurt dit zo spoedig mogelijk.
- 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.
- Klachten over de zorg- en dienstverlening, die in de dienst zelf geuit worden, worden - waar mogelijk - ter plaatse behandeld, door de zorgverlener zelf en/of zijn verantwoordelijke; indien dit onvoldoende tot een oplossing leidt, of indien een betrokkene dit wenst, kan de patiënt zich richten tot de ombudspersoon.
- 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. Klachten die handelen over administratieve aspecten en/of facturatiebetwistingen worden bij voorkeur schriftelijk en rechtstreeks voorgelegd aan de betrokken diensten. De ombudspersoon kan op vraag van de patiënt hier bemiddelend optreden. Wanneer de aanmelder een ontevredenheid aanbrengt over de zorg- of dienstverlening hieromtrent, wordt de klacht voor behandeling overgemaakt aan de Ombudsdienst.

- Klachten die een schadeclaim bevatten en die aansprakelijkheid van het centrum betreffen worden bij voorkeur schriftelijk en rechtstreeks voorgelegd aan de hoofddarts. Deze klachten zullen behandeld worden op het bureau van de dienst waarop de klacht betrekking heeft. Desgevallend wordt deze schadeclaim ook verder behandeld in het directiecomité. Ook hier kan de ombudspersoon, indien gewenst, als bemiddelaar optreden.
- De aanbrenger van een klacht met betrekking tot alle aspecten van de zorg- en dienstverlening kan, zonder verantwoording hierover te hoeven afleggen, verkiezen om in elk van bovengenoemde mogelijkheden rechtstreeks, als eerstelijnsopvang, met de ombudspersoon contact te nemen.
- De ombudspersoon doet niets zonder uitdrukkelijk mandaat van de klachtaanbrenger.
- Indien aangewezen wordt tussen de betrokken partijen een bemiddelingsgesprek georganiseerd met het oog op een afdoende oplossing.
- Steeds wordt gestreefd naar een klimaat waarbij de vertrouwensbreuk tussen zorgverstreker en patiënt kan hersteld worden.
- De ombudspersoon streeft naar een optimale objectiviteit en een onbevooroordeelde benadering en streeft ernaar het dossier binnen een redelijke termijn af te ronden.
- Wanneer er via bemiddeling door de ombudspersoon 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.

Bereikbaarheid van de ombudsdienst:

- *Uit het referentiekader verwachtingen voor psychiatrische ziekenhuizen:*

De ombudsfunctie beschikt over de nodige lokalen en administratieve en technische middelen (communicatiemiddelen, verplaatsingsmiddelen, documentatie en archiveringsmiddelen): De gespreksruimte van de ombudspersoon:

- is fysiek vlot bereikbaar,
- is makkelijk te vinden,
- biedt het nodige comfort,
- biedt voldoende garanties op privacy (goede geluidsisolatie, bereikbaar zonder aan te melden bij of observatie door andere ziekenhuismedewerkers).

De ombudspersoon is goed (fysiek) bereikbaar.

- *Concreet:*

- De gespreksruimte van de ombudspersoon is fysiek goed toegankelijk.
- In de inkomhal is er een duidelijke bewegwijzering of andere affichering die het gesprekslokaal van de ombudspersoon makkelijk vindbaar maakt.
- De ombudspersoon is persoonlijk in het ziekenhuis beschikbaar op uren die het de patiënt makkelijk maken om hem aan te spreken of tot bij hem te komen
- De ombudspersoon is direct bereikbaar, zonder omslachtige procedures, en dit zowel persoonlijk, telefonisch als per e-mail.
- Er is een brievenbus in het ziekenhuis waarin patiënten vragen en klachten kunnen deponeren. Enkel de ombudspersoon ledigt deze brievenbussen.
- Ook op gesloten afdelingen is dergelijke brievenbus beschikbaar; enkel de ombudspersoon ledigt deze brievenbus.

Er is voldoende informatie voor de patiënt die de vlotte bereikbaarheid van de ombudsfunctie garandeert.

Op elke afdeling hangt een affiche met de contactgegevens van de ombudspersoon.

Ook op de website staan de contactgegevens van de ombudspersoon duidelijk aangegeven.

- *In de praktijk :*

- Brievenbussen :
 - Campus Kortenberg

Er hangt in campus Kortenberg voor zowel de externe als de interne ombudspersoon een brievenbus aan de spreekkamer vooraan in het ziekenhuis, aan de ingang van de jeugdvleugel en van de ouderenpsychiatrie, in de gang van de ouderenpsychiatrie, in elke gesloten afdeling, zijnde HIC A en B, MIC, St Goedele, Cog K, Beaufort en Fordulas (nieuw in 2025).

- Campus Gasthuisberg

In campus Gasthuisberg hangt een brievenbus van de interne ombudspersoon in het CIC, Cog G en aan de ingang van vleugel K en aan de ingang van volwassenenpsychiatrie (teruggeplaatst in 2025 nadat die in 2024 was verwijderd).

Deze brievenbussen hebben een sticker met de contactgegevens van de ombudspersoon en worden wekelijks gelicht, wat tegelijkertijd aan de patiënten de gelegenheid geeft om de ombudspersoon aan te spreken voor een babbel of een probleem.

- o Vrij spreekuur :

De interne ombudsvrouw heeft een wekelijks vrij spreekuur.

Op Campus Kortenberg : donderdag 13.30u-15u in het ombudsklokaal naast het onthaal of op afspraak.

Op Campus Gasthuisberg :

vrijdag 10u-11u Vleugel K, derde verdieping, lokaal 9

vrijdag 11u-12u Zilver : er is geen vast lokaal, wat affichering, communicatie en bereikbaarheid complexer maakt.

Telefonisch : 32 2 758 1709 (op donderdag) Buiten deze uren kan een bericht ingesproken worden op het antwoordapparaat.

- o Schriftelijk :

De ombudsdienst is eveneens te bereiken via e-mail Ombudsfunctie.patienten@upckuleuven.be en het contactformulier op de website van UPC KU Leuven

of per post op het adres : Ombudsfunctie, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg

- Affiches en flyers :
- Campus Kortenberg

Er zijn in 2025 affiches en geactualiseerde flyers met de contactgegevens van de ombudspersoon gemaakt. Er liggen flyers in de wachtzaal en in de tijdschrijthouders.

- *Campus Gasthuisberg*

Er zijn in 2025 affiches en geactualiseerde flyers met de contactgegevens van de ombudspersoon gemaakt. Er liggen flyers in de wachtzaal en in de tijdschrijthouders.

In de inkomhal van Zilver is er geen duidelijke bewegwijzering of andere affichering die de aanwezigheid van de ombudspersoon kenbaar maakt.

Dit jaar zal er extra ingezet worden op de zichtbaarheid en toegankelijkheid op campus Gasthuisberg.

- De externe ombudsvrouw is aanwezig op dinsdag in UPC campus Kortenberg en heeft open spreekuur van 12u30 tot 13u30. Zij is eveneens telefonisch bereikbaar op het nummer 0497 47 70 66 en op het mailadres kris.bruyninckx@oogg.be.

Verslaggeving

- Per klacht wordt een dossier aangelegd waarin de probleemstelling en de ondernomen stappen, de resultaten en de bevindingen worden geregistreerd.

In dit jaarverslag 2025 heeft de ombudspersoon dezelfde manier van registreren en gegevensverwerking gebruikt als in haar vorige jaarverslag, nl. Go-Between.

- Dit klachtendossier wordt slechts bewaard gedurende de tijd nodig voor de behandeling van de klacht en de afwerking van het jaarverslag. Nadien worden ze vernietigd.
- Jaarlijks worden alle gegevens verwerkt tot een jaaroverzicht dat wordt bezorgd aan de Vlaamse ombudsman en de hoofdgeneesheer. Het wordt voorgesteld op de Raad van Bestuur en aan het Directiecomité.

Engagementen en opleidingen

De interne en externe ombudspersoon zijn aangesloten bij VVOVAZ. VVOVAZ is de Vlaamse beroepsVereniging Ombudspersonen van Alle Zorgvoorzieningen. Tijdens de algemene vergaderingen van VVOVAZ worden belangrijke ontwikkelingen kenbaar gemaakt en wordt een interessant onderwerp verder uitgediept door een professional.

De interne ombudspersoon is aangesloten bij provinciale vergadering van Vlaams-Brabant. Deze vergadering volgt de dagelijkse werking op en voorziet eveneens intervisie voor de geïnteresseerden. Een provinciale vergadering vindt ongeveer 4 maal per jaar plaats.

De interne ombudspersoon maakt deel uit van de Meter- Petergroep VVOVAZ die in 2024 boven de doopfond werd gehouden. Deze werkgroep wil beginnende ombudspersonen bijstaan tijdens een eerste periode, maar ook nadien. Zij wil een aanspreekpersoon zijn buiten de organisatie, op een moment dat de ombudspersoon dit nodig heeft.

In 2025 werd opnieuw een kennismakingsdag georganiseerd waarbij de meters de nieuwe ombudspersonen ontvingen en enkele handvaten aanreikten. Werden toegelicht : jaarverslag, basishouding ombudspersoon, bemiddelingsgesprek, gesprek patiënt/ombudspersoon en gesprek ombudspersoon/arts.

Ik volgde :

13 januari 2025, 20 januari 2025, 27 januari 2025 Training 'Verbindend communiceren bij psychische problemen in je omgeving'. 3 x van 19:00 tot 21:30 in UPC Kortenberg

16/1/2025 overleg ervaringsdeskundigen

17/1/25 ontmoeting van de ombudspersonen "Rechten van de patiënt" van 9u30 tot 13u00 bij de FOD Volksgezondheid

10 februari 2025, 13.30 - 15 uur : Keeping the Mind in Mind - De basishouding van de mentaliserende verpleegkundige - Jens De Vleminck, hoofdverpleegkundige De Kade

26/03/2025, 09:00 - 16:30 Studiedag 'In verbinding' traumasensitief begeleiden van kinderen en jongeren in hulpverlening - UCLL

03.04.2025 'Brandblusoefeningen medewerkers campus Kortenberg'

20.06.2025 algemene vergadering VVOVAZ + kennismakingsnamiddag beginnende ombudspersonen

9 sep 2025 09:00 Webinar : WBPPA, collocatie, gedwongen opname (GO), beschermende (observatie)maatregel (B(O)M)
Seminarie kinder- en jeugdpsychiatrie dr. Jolien Hillaert

22 september 2025 14:00 16:30 Seminarie: Omgaan met discriminatie van patiënten: Wie zorgt er voor de zorgverleners?

07 10 2025 15.00 tot 19.00 Sweet 16, De Villa

10.10.2025 "CIG De Shelter" Contactcomité Jeugdzorg

23 oktober 2025 (13.30 tot 17.00) Crisis, (k)ramp of kans over leven onder hoge druk, kinder- en jeugdpsychiatrie UPC

3. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 09/01/2025, de laatste op 30/12/2025.

Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2025.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 182, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 189.

Dit is een lichte stijging ten opzichte van 2024 (175). Deze aanmeldingen kwamen van **180 unieke aanmelders**, wat erop wijst dat de ombudsdienst voornamelijk wordt aangesproken voor individuele en specifieke vragen of problemen. De werking blijft uitgesproken **laagdrempelig en toegankelijk**, met een sterke focus op snelle opvolging en effectieve interventie.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	149	154	175	182
aanmelders	145	153	175	180

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%

aanmeldingen	175		182	
aanmelders	175		180	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	105	60,00	147	80,76
<i>binnen de week</i>	44	25,14	28	15,38
<i>binnen de twee weken</i>	15	8,57	4	2,19
<i>binnen de vier weken</i>	8	4,57	1	0,54
<i>later dan vier weken</i>	3	1,71	2	1,09
totaal	175	100	182	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	-	-
<i>1 contact</i>	161	92,00	177	97,25
<i>2 contacten</i>	10	5,71	-	-

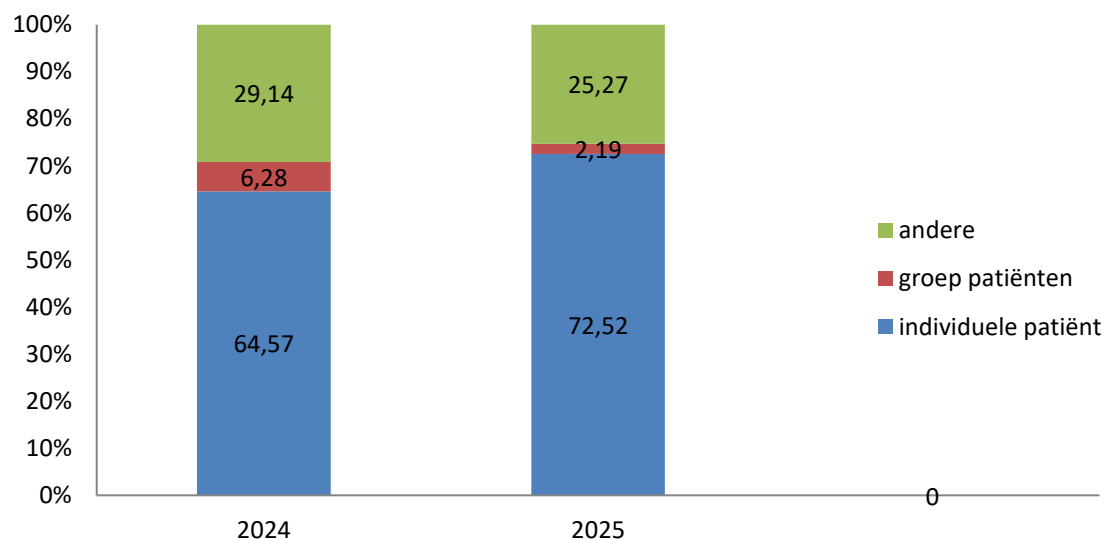
<i>3 contacten</i>	2	1,14	-	-
<i>meer dan 3 contacten</i>	2	1,14	5	2,74
totaal	175	100	182	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		16	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	165		189	

De **182** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 180 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
2	2	1,11	4	2,19
1	178	98,88	178	97,80
totaal	180	100	182	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	113	64,57	132	72,52
groep patiënten	11	6,28	4	2,19
andere	51	29,14	46	25,27
totaal	175	100	182	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



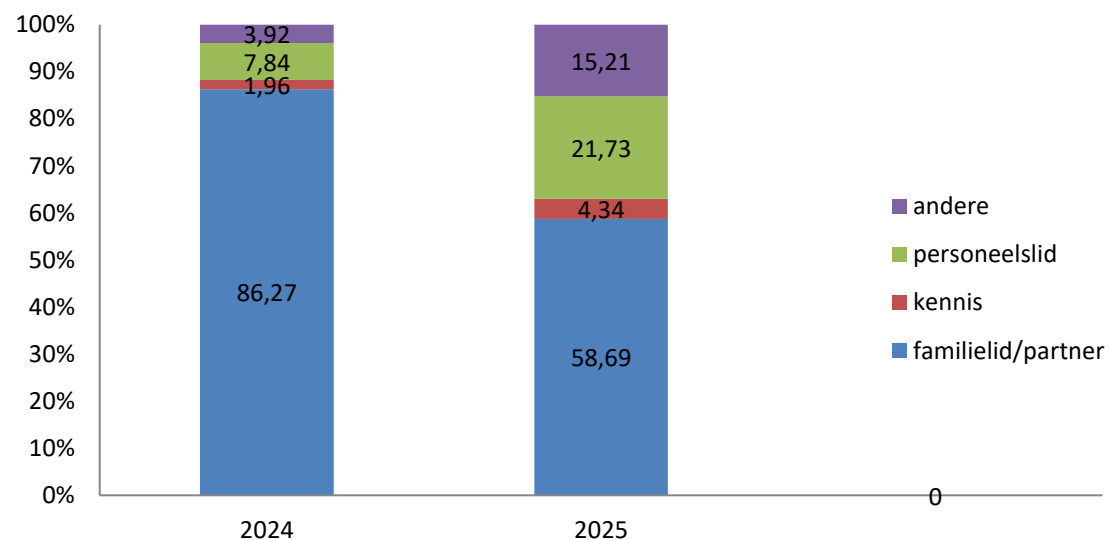
Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	1	9,09	2	50,00
3 personen	1	9,09	-	-
4 personen	1	9,09	2	50,00

meer dan 4 personen	8	72,72	-	-
totaal	11	100	4	100

grootste groep	6	4

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	44	86,27	27	58,69
kennis	1	1,96	2	4,34
personeelslid	4	7,84	10	21,73
andere	2	3,92	7	15,21
totaal	51	100	46	100

Initiële aanmelder indien andere

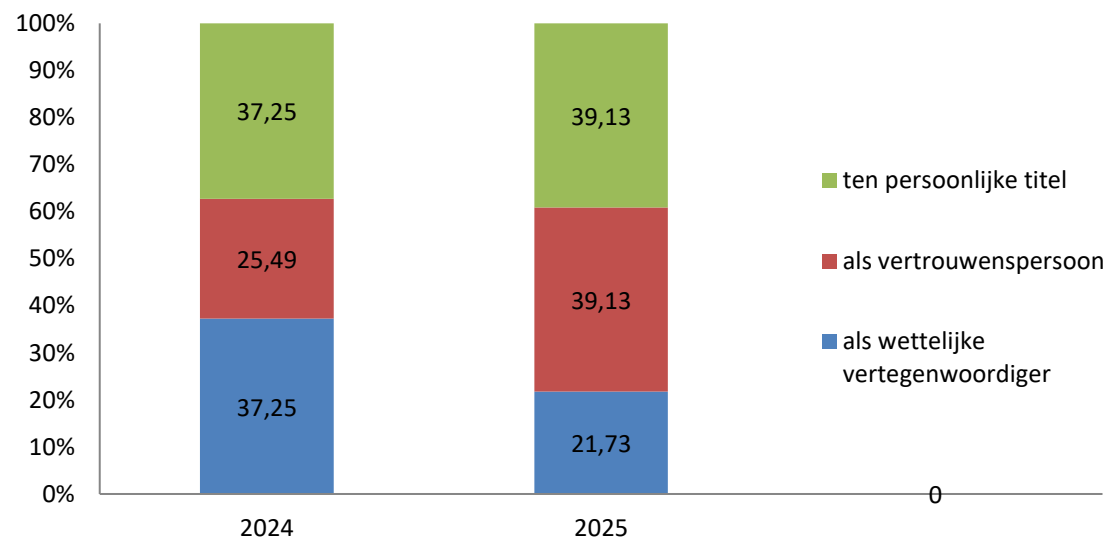


Hoedanigheid indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	19	37,25	10	21,73
als vertrouwenspersoon	13	25,49	18	39,13
ten persoonlijke titel	19	37,25	18	39,13

totaal	51	100	46	100

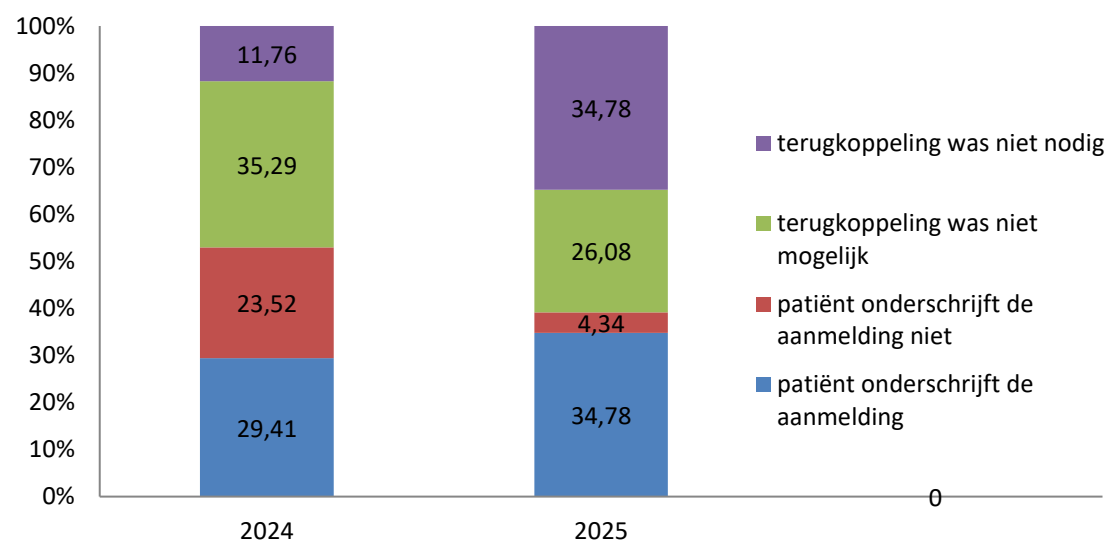
Hoedanigheid indien andere



Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	15	29,41	16	34,78

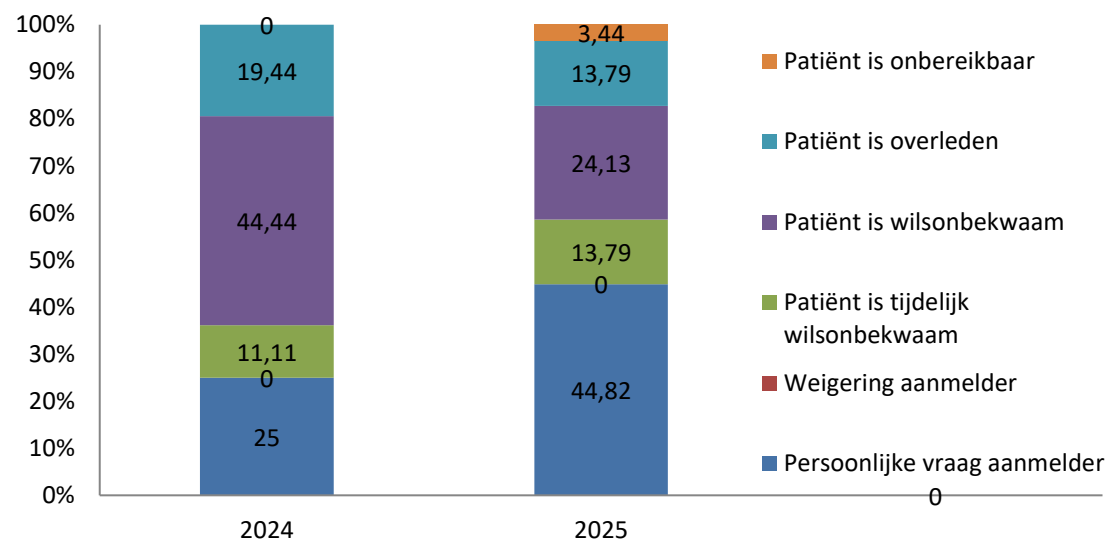
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	12	23,52	2	4,34
terugkoppeling was niet mogelijk	18	35,29	12	26,08
terugkoppeling was niet nodig	6	11,76	16	34,78
totaal	51	100	46	100

Terugkoppeling indien andere



Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	9	25,00	13	44,82
Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	4	11,11	4	13,79
Patiënt is wilsonbekwaam	16	44,44	7	24,13
Patiënt is overleden	7	19,44	4	13,79
Patiënt is onbereikbaar	-	-	1	3,44
totaal	36	100	29	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden



De aanmelders zijn merendeels individuele patiënten (72,5% → stijging).

Er zijn minder groepsaanmeldingen.

Bij “andere aanmelders” zijn er meer personeelsleden en minder familieleden dan in 2024

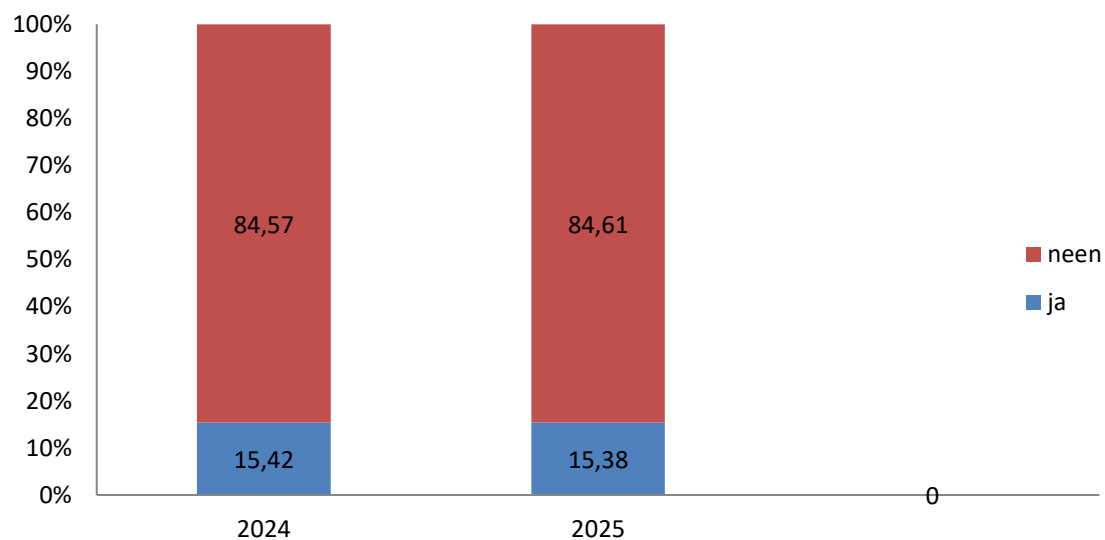
Er is een toename van aanmeldingen als vertrouwenspersoon i.p.v. wettelijke vertegenwoordiger.

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?

	2024	2025

Categorie	n	%	n	%
ja	27	15,42	28	15,38
neen	148	84,57	154	84,61
totaal	175	100	182	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



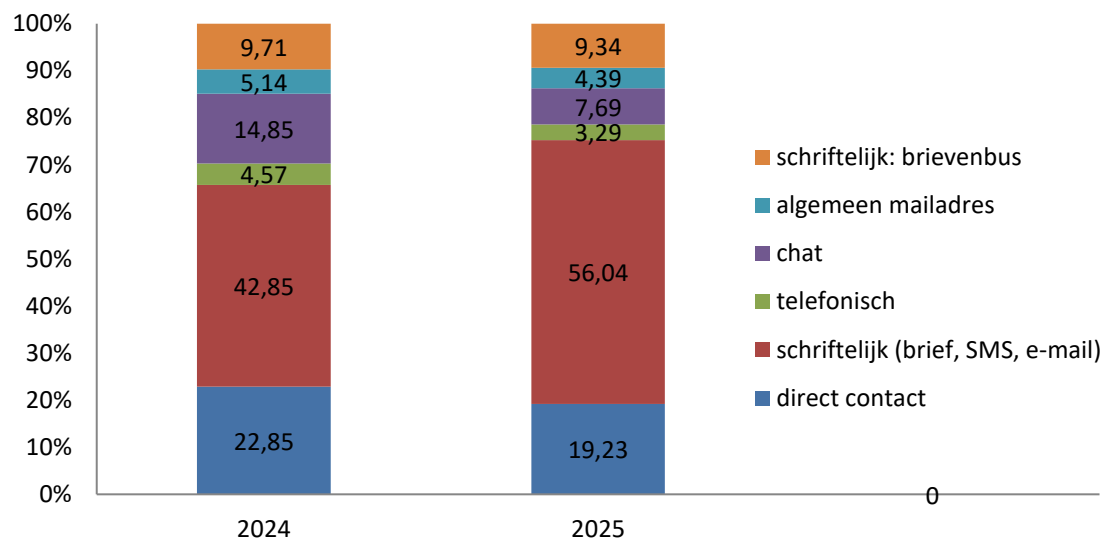
De overgrote meerderheid van de aanmeldingen heeft betrekking op patiëntenrechten (98%).

Psychiatrie is veruit de meest betrokken discipline.

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	40	22,85	35	19,23
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	75	42,85	102	56,04
telefonisch	8	4,57	6	3,29
UZ	26	14,85	14	7,69
algemeen mailadres	9	5,14	8	4,39
schriftelijk: brievenbus	17	9,71	17	9,34
totaal	175	100	182	100

Vorm van aanmelden



Er is een sterke stijging schriftelijke aanmeldingen (e-mail, brief, sms) en een daling van chat en direct contact.

Mijn collega's **van UZ KU LEUVEN** registreerden in totaal 59 dossiers die te maken hadden met UPC KU Leuven campus GHB en dus eigenlijk voor mij bestemd waren.

Van die 59 zijn er:

- 46 klachten

4 van de 46 klachten hebben de collega's van UZ KU LEUVEN zelf opgenomen, gezien het dringend karakter en mij afwezigheid op dat moment.

De rest (42) hebben de collega's van UZ KU LEUVEN allemaal doorverwezen. Uit overleg tussen beide ombudsdiensten blijkt dat niet alle verwezen melders ook effectief contact hebben opgenomen. Ik ontving 14 dossiers waarvan het in de mail duidelijk was dat de patiënten eerst bij mijn collega's van UZ KU LEUVEN terecht waren gekomen. Nog eens 17 dossiers konden we detecteren door vergelijking van onze beide lijsten. Dit maakt dat we 11 meldingen 'verliezen'.

- 10 vragen

De 10 vragen gaan vooral over nexuzhealth en over beschermen/wijzigen van verslagen

- 3 aanvragen voor afschrift medisch dossier

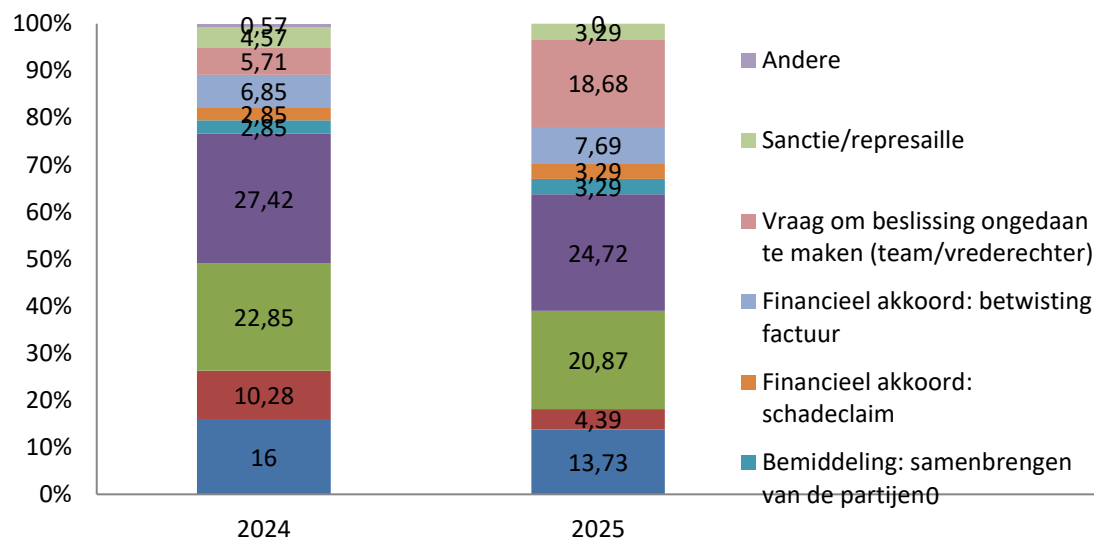
Naast deze 59 dossiers, behandelde de ombudsdienst van UZ KU LEUVEN in totaal 9 dossiers die voor hen bestemd waren en die te maken hadden met UPC KU Leuven campus GHB

- 3 dossiers die te maken hebben met facilitaire of technische aspecten van UPC KU Leuven campus GHB
- 6 dossiers die te maken hebben met PSY spoed, waaronder
 - 4 dossiers ivm kwaliteit van zorg
 - 1 dossier over verslaggeving
 - 1 dossier over privacy

Het initieel verzoek patiënt betreft		
	2024	2025

Categorie	n	%	n	%
Informatie	28	16,00	25	13,73
Luisterend oor	18	10,28	8	4,39
Signaal	40	22,85	38	20,87
Bemiddeling: pendeldiplomatie	48	27,42	45	24,72
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	5	2,85	6	3,29
Financieel akkoord: schadeclaim	5	2,85	6	3,29
Financieel akkoord: betwisting factuur	12	6,85	14	7,69
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	10	5,71	34	18,68
Sanctie/represaille	8	4,57	6	3,29
Andere	1	0,57	-	-
totaal	175	100	182	100

Het initieel verzoek patiënt betreft

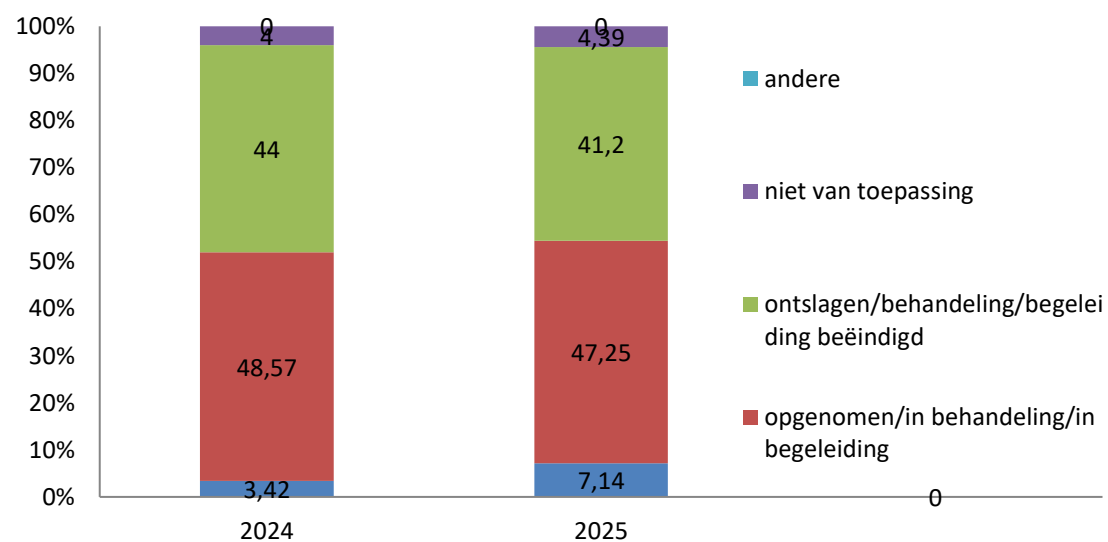


Pendeldiplomatatie en actieve bemiddeling winnen aan belang.

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	6	3,42	13	7,14

opgenomen/in behandeling/in begeleiding	85	48,57	86	47,25
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	77	44,00	75	41,20
niet van toepassing	7	4,00	8	4,39
andere	-	-	-	-
totaal	175	100	182	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



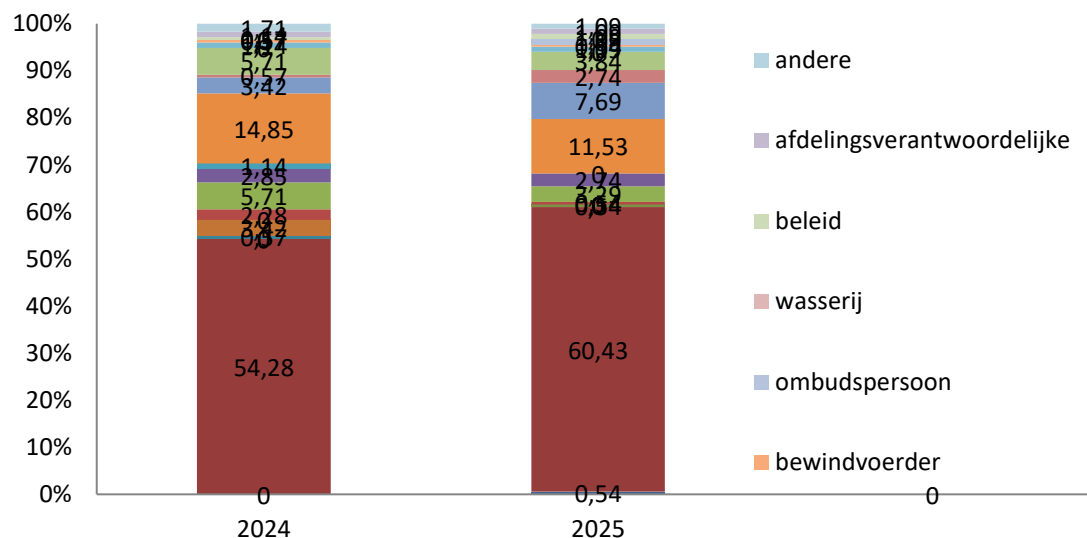
C. Inhoud van de aanmelding

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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	-	-	1	0,54
psychiater	95	54,28	110	60,43
huisarts	-	-	1	0,54
andere arts	-	-	-	-
apotheker	1	0,57	-	-
verpleging	6	3,42	-	-
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	4	2,28	1	0,54
psycholoog	10	5,71	6	3,29

therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	5	2,85	5	2,74
diëtist	2	1,14	-	-
multidisciplinair team	26	14,85	21	11,53
administratieve dienst	6	3,42	14	7,69
technische dienst	1	0,57	5	2,74
voedingsdienst	10	5,71	7	3,84
poetsdienst	-	-	-	-
directie	2	1,14	2	1,09
bewindvoerder	1	0,57	1	0,54
ombudspersoon	-	-	2	1,09
wasserij	-	-	-	-
beleid	1	0,57	2	1,09
afdelingsverantwoordelijke	2	1,14	2	1,09
andere	3	1,71	2	1,09
totaal	175	100	182	100

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken



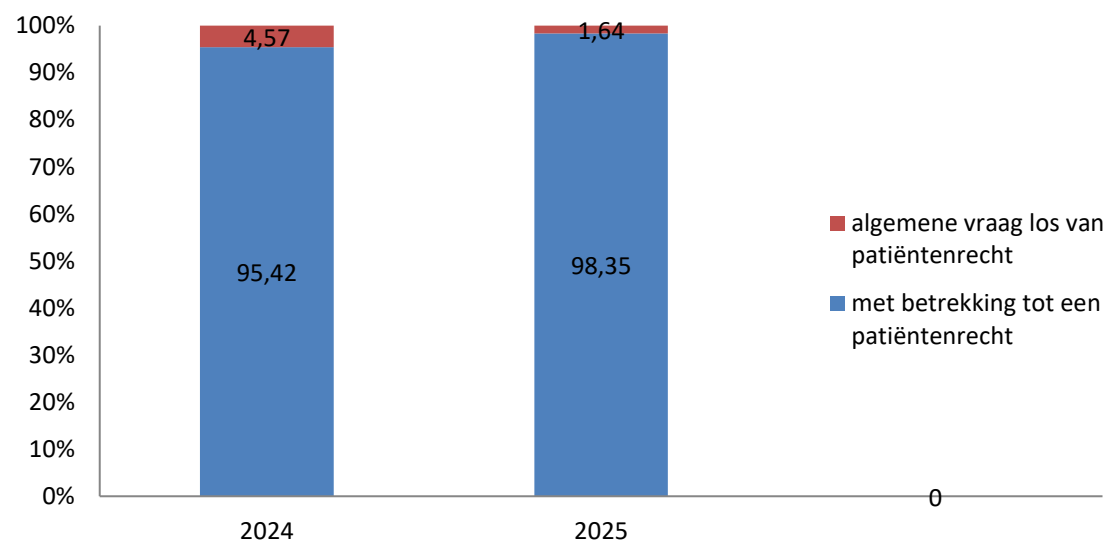
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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		
	2024	2025

Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	167	95,42	179	98,35
algemene vraag los van patiëntenrecht	8	4,57	3	1,64
totaal	175	100	182	100

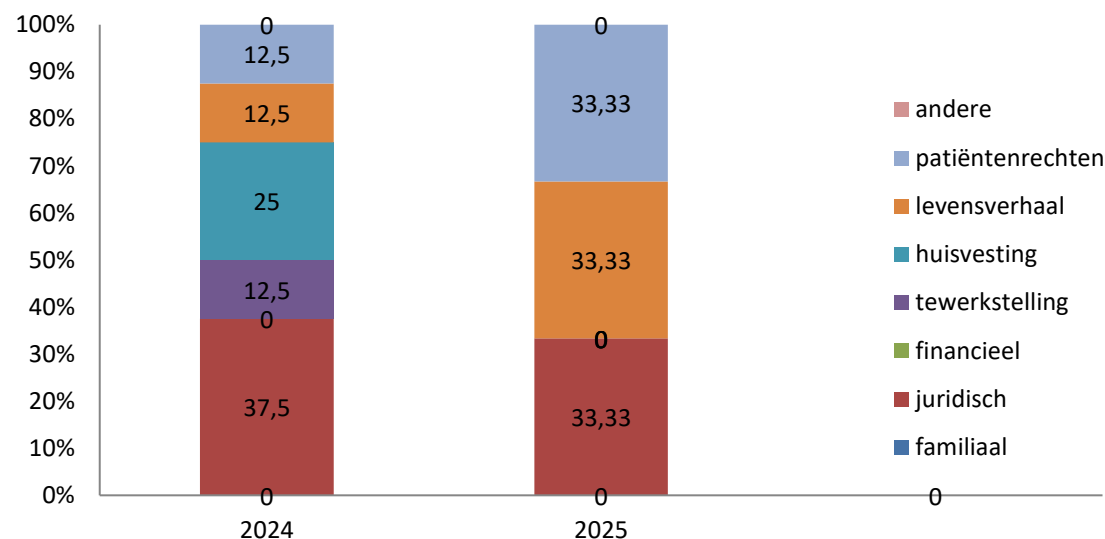
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	3	37,50	1	33,33
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	1	12,50	-	-
huisvesting	2	25,00	-	-
levensverhaal	1	12,50	1	33,33
patiëntenrechten	1	12,50	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	3	100

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

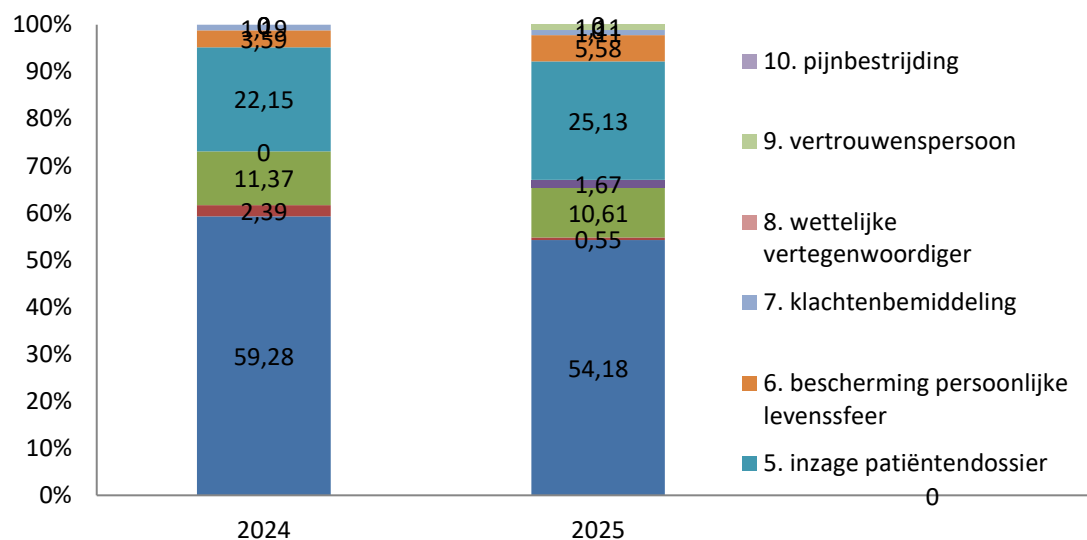


In volgende tabellen worden de aanmeldingen weergegeven die betrekking hebben op een **patiëntenrecht**. Enkel het patiëntenrecht waarrond de ombudspersoon één of andere actie onderneemt, wordt geregistreerd. Onderneemt de ombudspersoon actie rond meerdere patiëntenrechten, dan wordt het verhaal van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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

1. kwaliteitsvolle dienstverlening	99	59,28	97	54,18
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	2,39	1	0,55
3. informatie	19	11,37	19	10,61
4. geïnformeerde toestemming	-	-	3	1,67
5. inzage patiëntendossier	37	22,15	45	25,13
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	3,59	10	5,58
7. klachtenbemiddeling	2	1,19	2	1,11
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	2	1,11
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	167	100	179	100

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op



Top 3 aanmeldingen met betrekking tot recht op patiëntenrechten in 2025 :

1. Kwaliteitsvolle dienstverlening (blijft grootste categorie)
 2. Inzage in patiëntendossier (stijging)
 3. Recht op informatie
- Toename van:
 - Problemen rond beschermende maatregelen (vooral gedwongen opname)
 - Facturatie en geldbeheer
 - Privacy (o.a. mondelinge indiscretie)

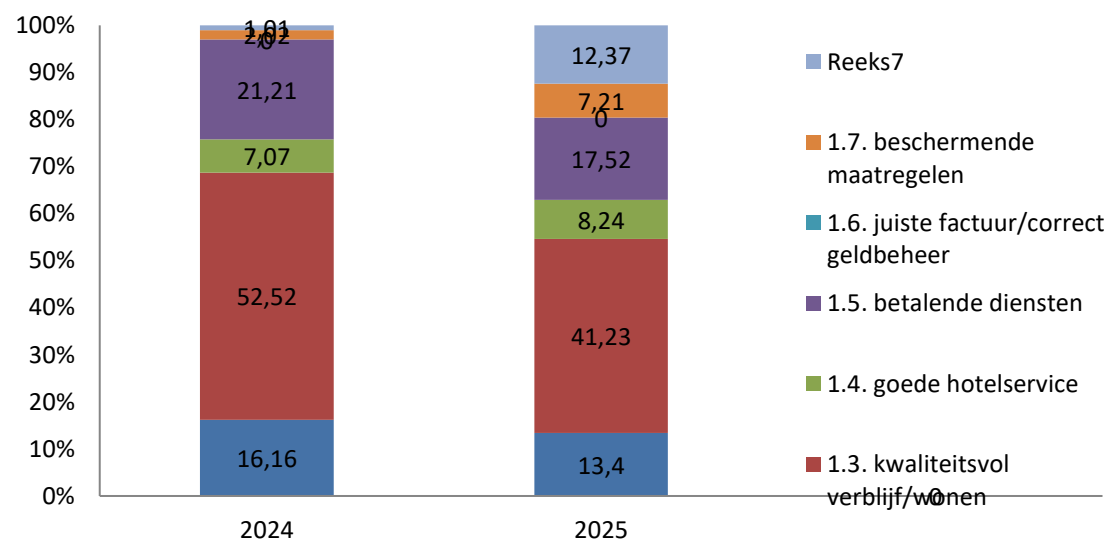
- Binnen kwaliteitsvolle zorg:
 - Meer klachten over beschikbaarheid en start van opname
 - Minder over beëindiging van behandeling

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	16	16,16	13	13,40
1.2. goede behandeling/begeleiding	52	52,52	40	41,23
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	7	7,07	8	8,24
1.4. goede hotelservice	21	21,21	17	17,52
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	2,02	7	7,21
1.7. beschermende maatregelen	1	1,01	12	12,37

totaal	99	100	97	100

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

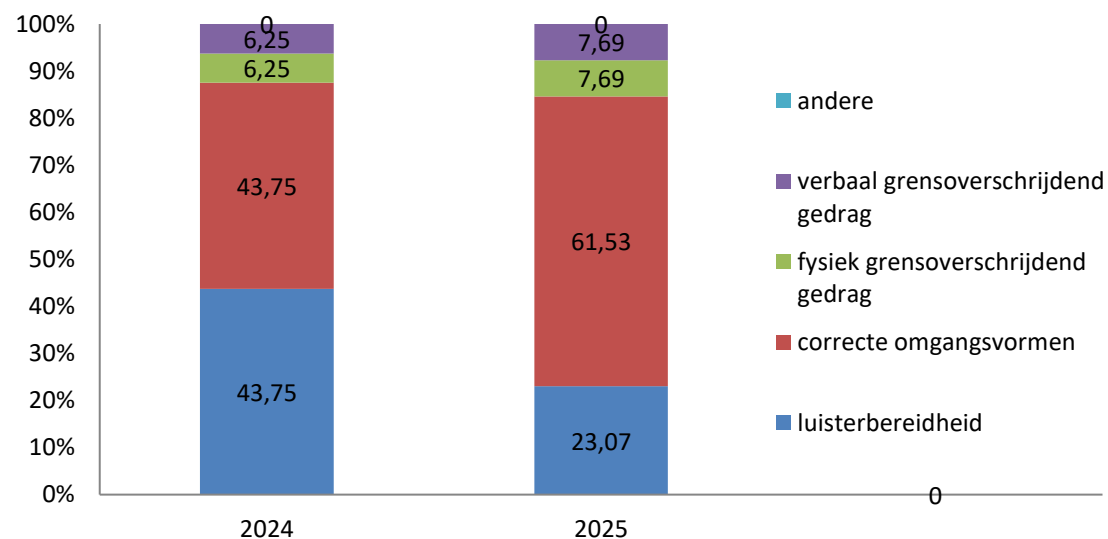


1.1. Respectvolle bejegening

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	7	43,75	3	23,07

correcte omgangsvormen	7	43,75	8	61,53
fysiek grensoverschrijdend gedrag	1	6,25	1	7,69
verbaal grensoverschrijdend gedrag	1	6,25	1	7,69
andere	-	-	-	-
totaal	16	100	13	100

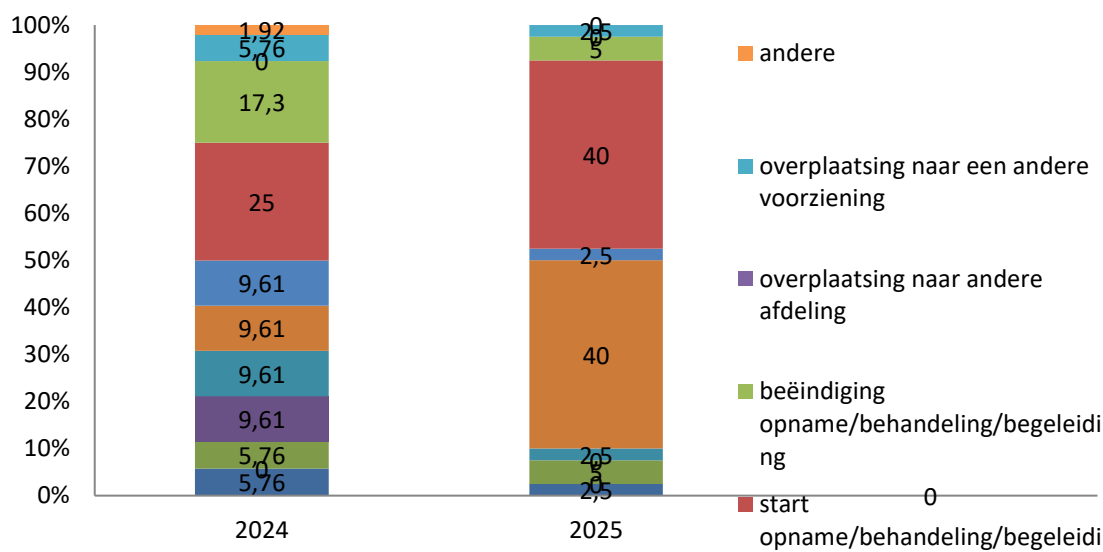
1.1. Respectvolle bejegening



1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	3	5,76	1	2,50
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	3	5,76	2	5,00
individuele therapie	5	9,61	-	-
groepstherapie	5	9,61	1	2,50
voldoende beschikbaarheid	5	9,61	16	40,00
betrokkenheid familie	5	9,61	1	2,50
start opname/behandeling/begeleiding	13	25,00	16	40,00
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	9	17,30	2	5,00
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	3	5,76	1	2,50

andere	1	1,92	-	-
totaal	52	100	40	100

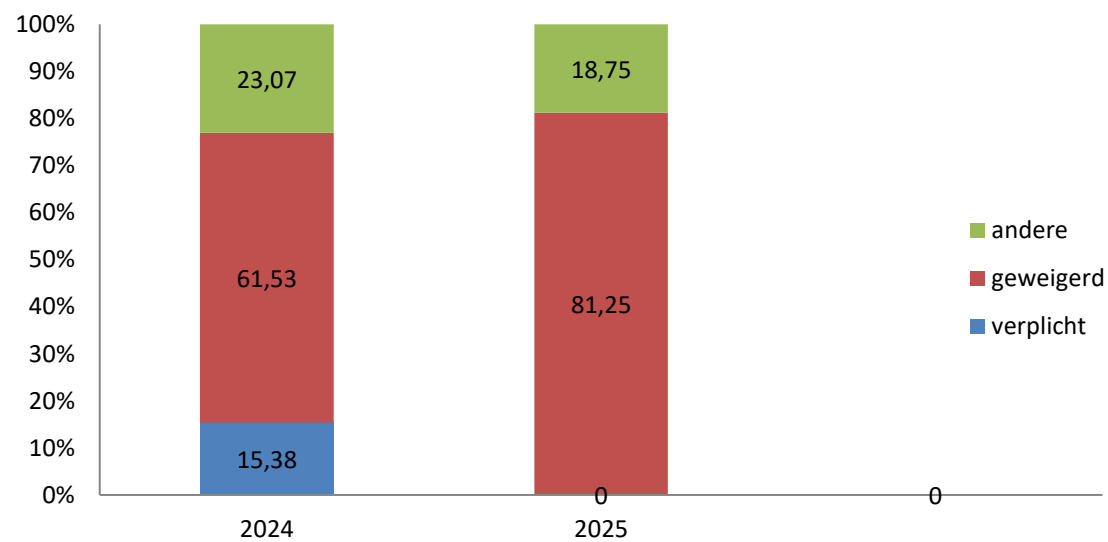
1.2. Goede behandeling/begeleiding



Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

verplicht	2	15,38	-	-
geweigerd	8	61,53	13	81,25
andere	3	23,07	3	18,75
totaal	13	100	16	100

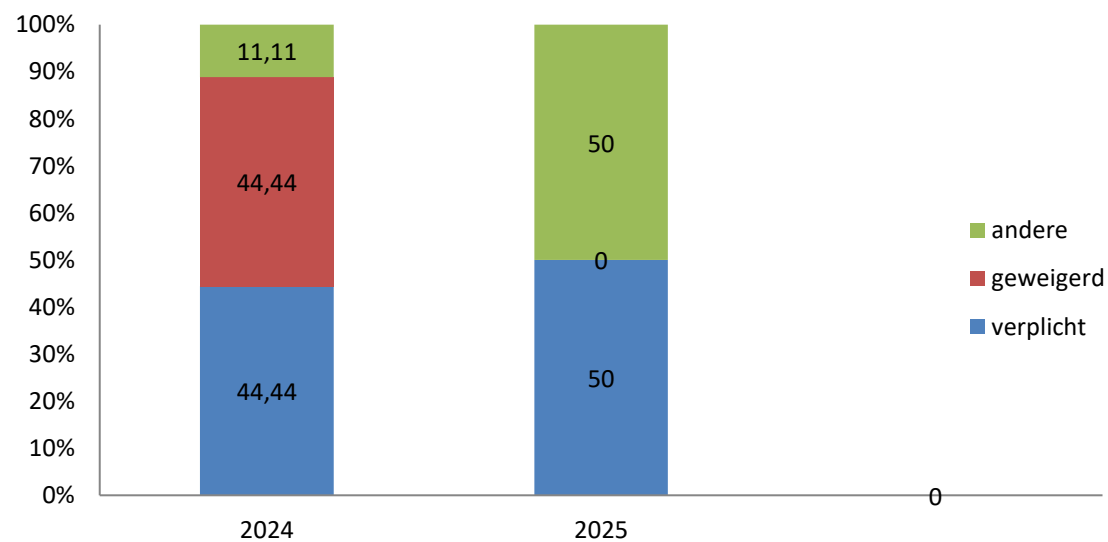
Start opname/behandeling/begeleiding



Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

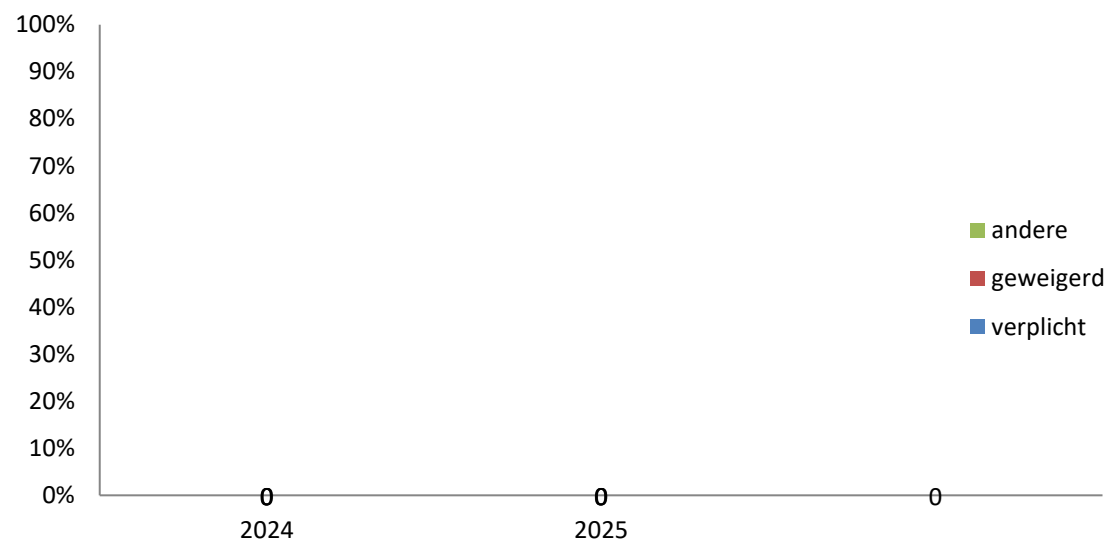
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	4	44,44	1	50,00
geweigerd	4	44,44	-	-
andere	1	11,11	1	50,00
totaal	9	100	2	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding



Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

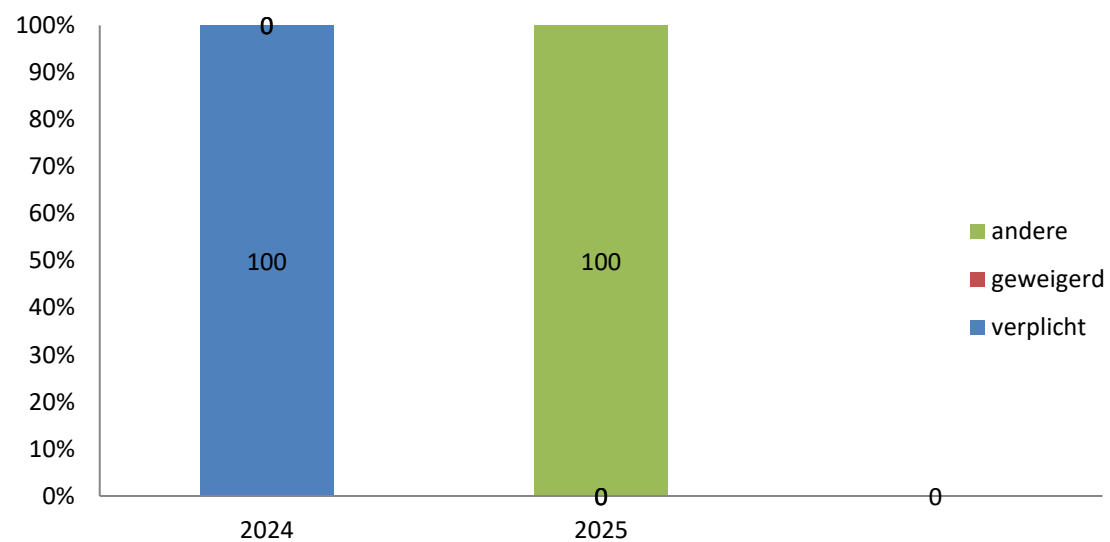
Overplaatsing naar andere afdeling



Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	3	100,00	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00

totaal	3	100	1	100

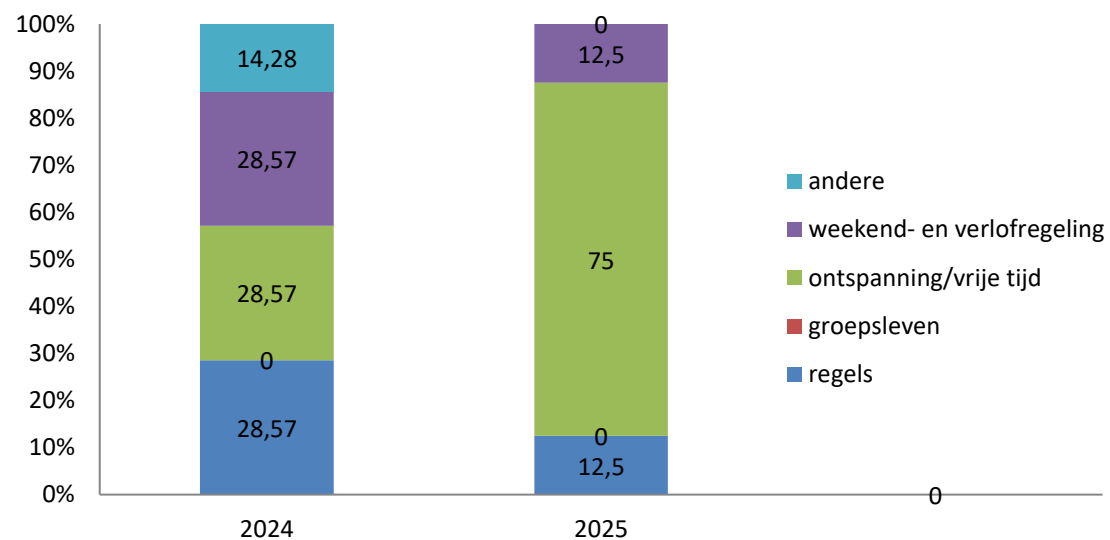
Overplaatsing naar andere voorziening



1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	2	28,57	1	12,50

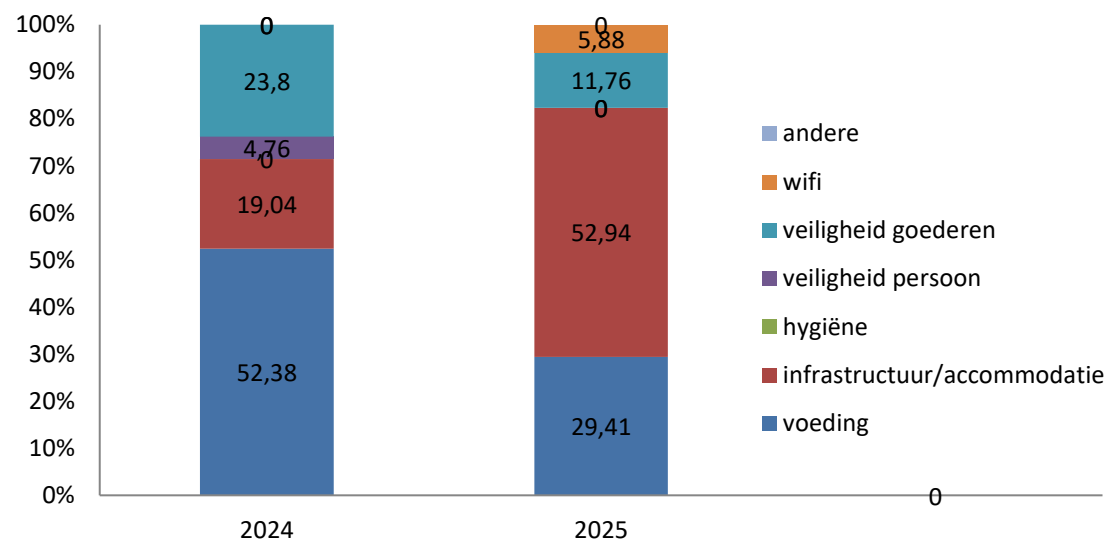
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	2	28,57	6	75,00
weekend- en verlofregeling	2	28,57	1	12,50
andere	1	14,28	-	-
totaal	7	100	8	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen



1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	11	52,38	5	29,41
infrastructuur/accommodatie	4	19,04	9	52,94
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	1	4,76	-	-
veiligheid goederen	5	23,80	2	11,76
wifi	-	-	1	5,88
andere	-	-	-	-
totaal	21	100	17	100

1.4. Goede hotelservice

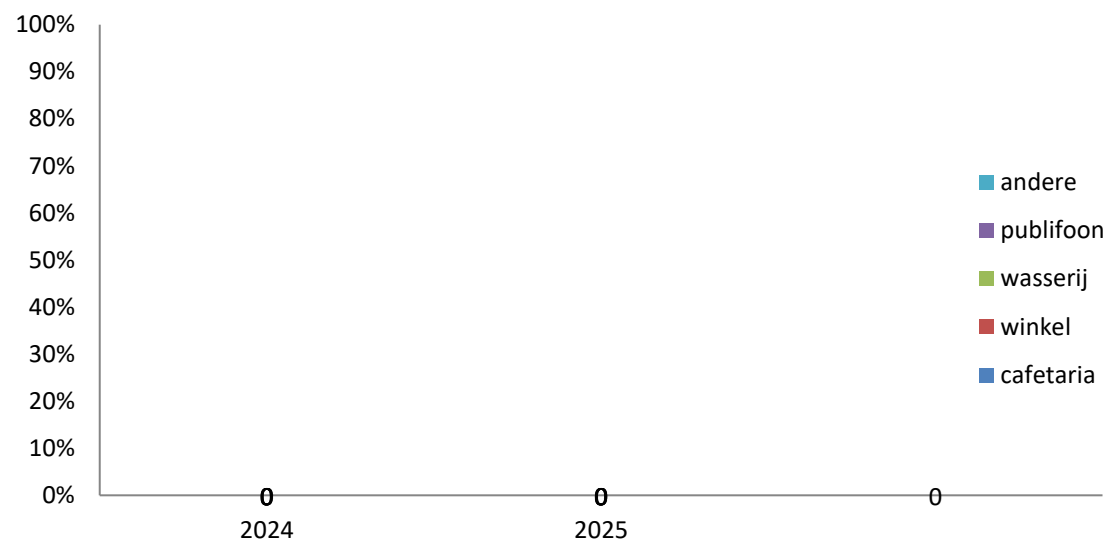


1.5. Betalende diensten

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-

publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.5. Betalende diensten

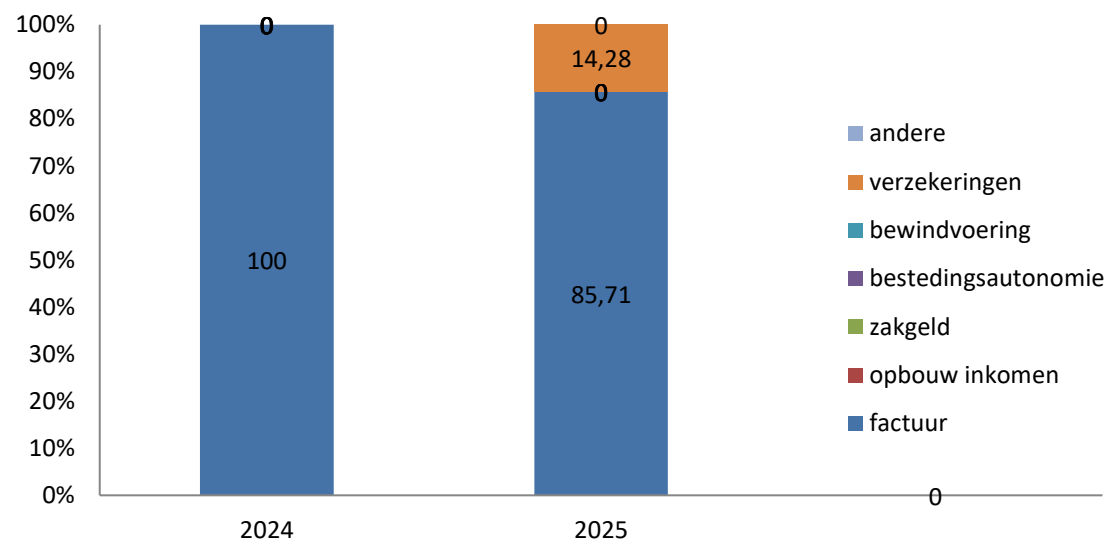


1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2024	2025

Categorie	n	%	n	%
factuur	2	100,00	6	85,71
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	1	14,28
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	7	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

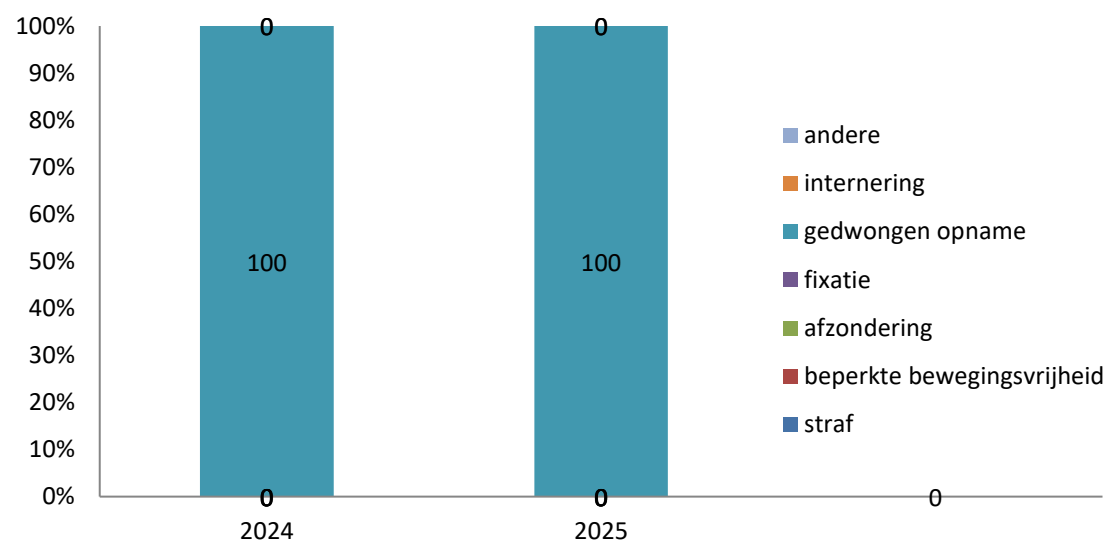


1.7. Beschermende maatregelen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	-	-	-	-

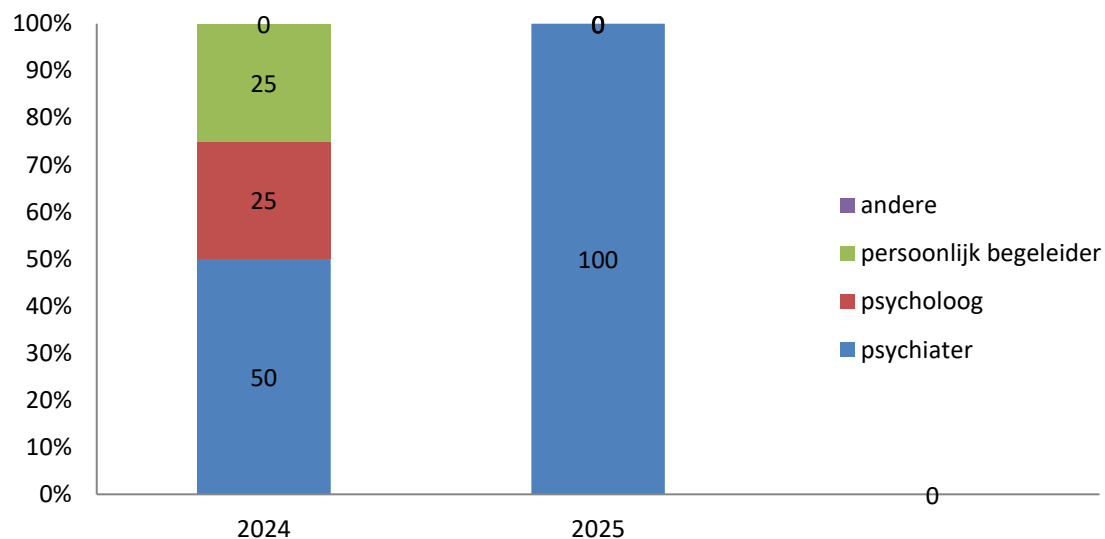
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	1	100,00	12	100,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	12	100

1.7. Beschermende maatregelen



2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	2	50,00	1	100,00
psycholoog	1	25,00	-	-
persoonlijk begeleider	1	25,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	1	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

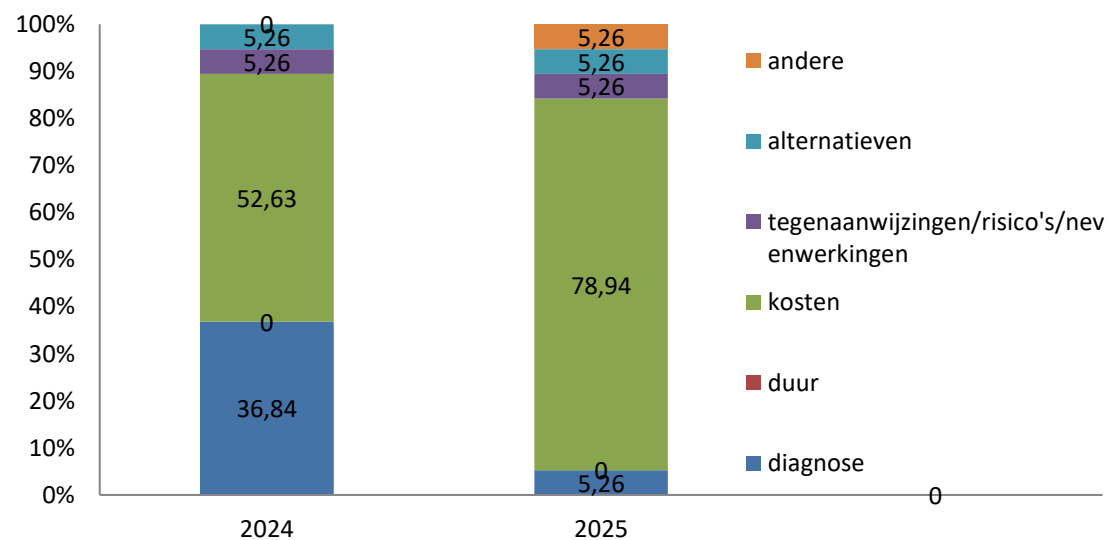


3. Recht op informatie

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	7	36,84	1	5,26
duur	-	-	-	-
kosten	10	52,63	15	78,94

tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	5,26	1	5,26
alternatieven	1	5,26	1	5,26
andere	-	-	1	5,26
totaal	19	100	19	100

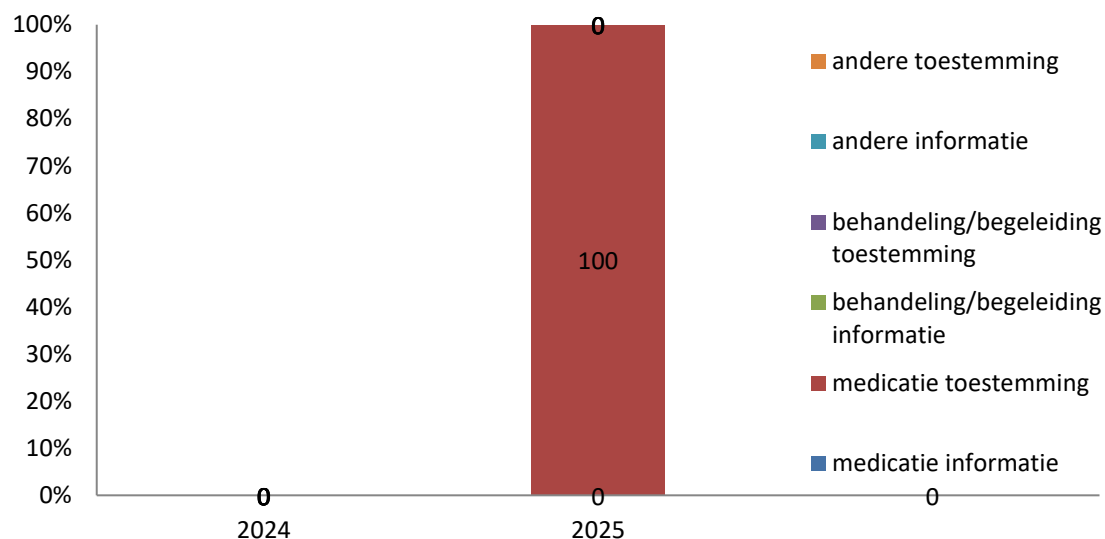
3. Recht op informatie



4. Recht op geïnformeerde toestemming

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	-	-	3	100,00
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	-	-	3	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

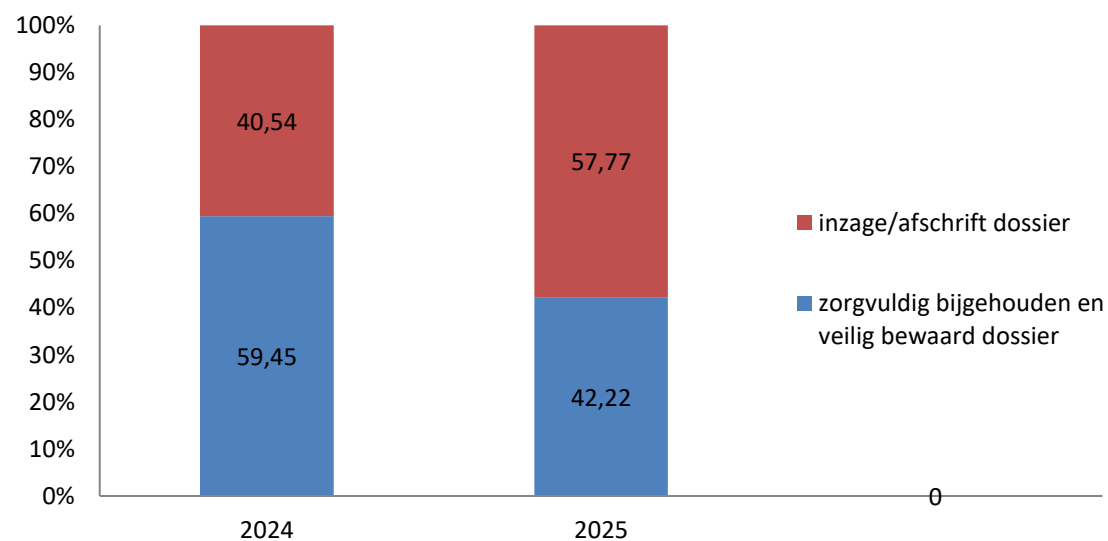


5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	22	59,45	19	42,22
inzage/afschrift dossier	15	40,54	26	57,77

totaal	37	100	45	100

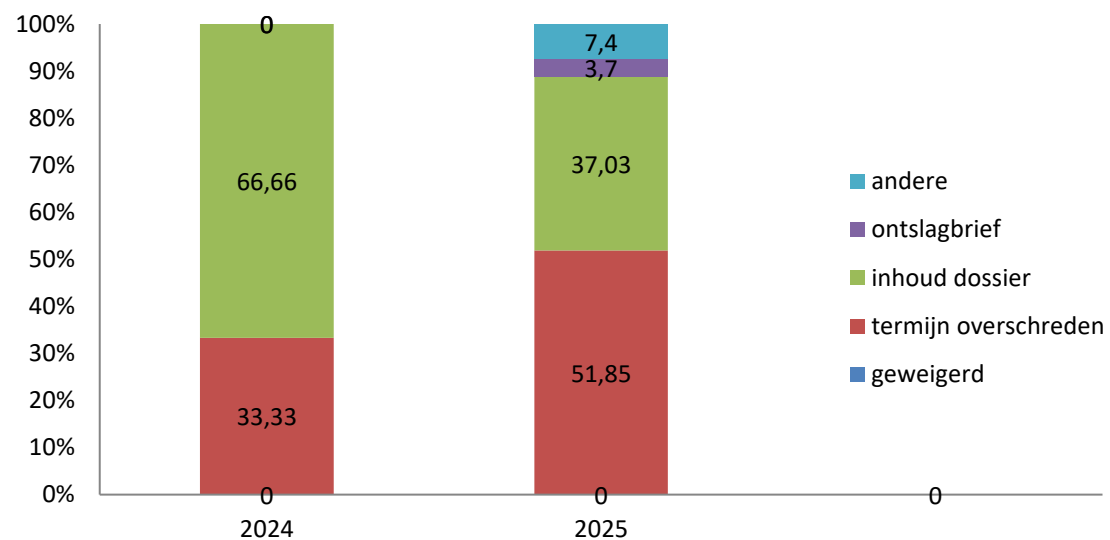
5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier



5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-

termijn overschreden	5	33,33	14	51,85
inhoud dossier	10	66,66	10	37,03
ontslagbrief	-	-	1	3,70
andere	-	-	2	7,40
totaal	15	100	27	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

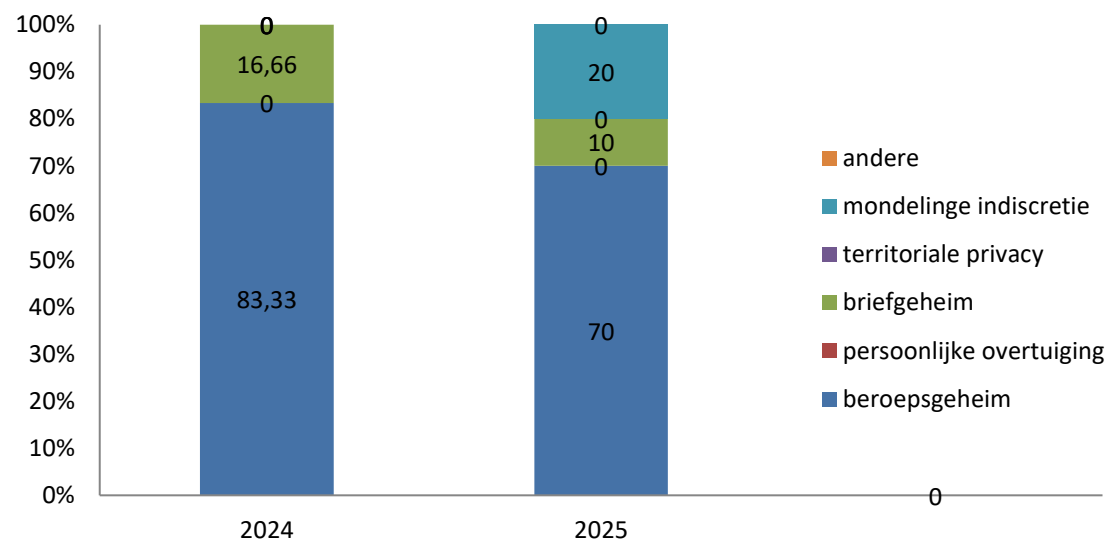


Er werden meer aanvragen voor logouts gedaan. Opvallend is dat meerdere aanvragen van ASO's zelf kwamen die vreesden dat collega's hun psychiatrisch dossier konden (in)zien.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	5	83,33	7	70,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	1	16,66	1	10,00
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	2	20,00
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	10	100

Er werden effectief 2 datalekken vastgesteld in 2025, met name dat een verslag in een verkeerd dossier terecht kwam.

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

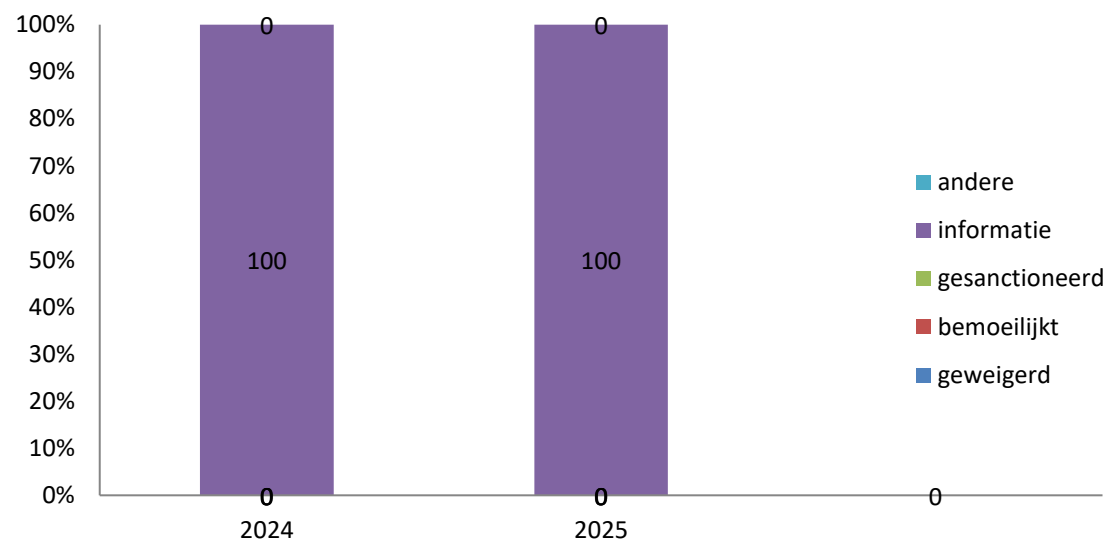


7. Recht op klachtenbemiddeling

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-

informatie	2	100,00	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	2	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

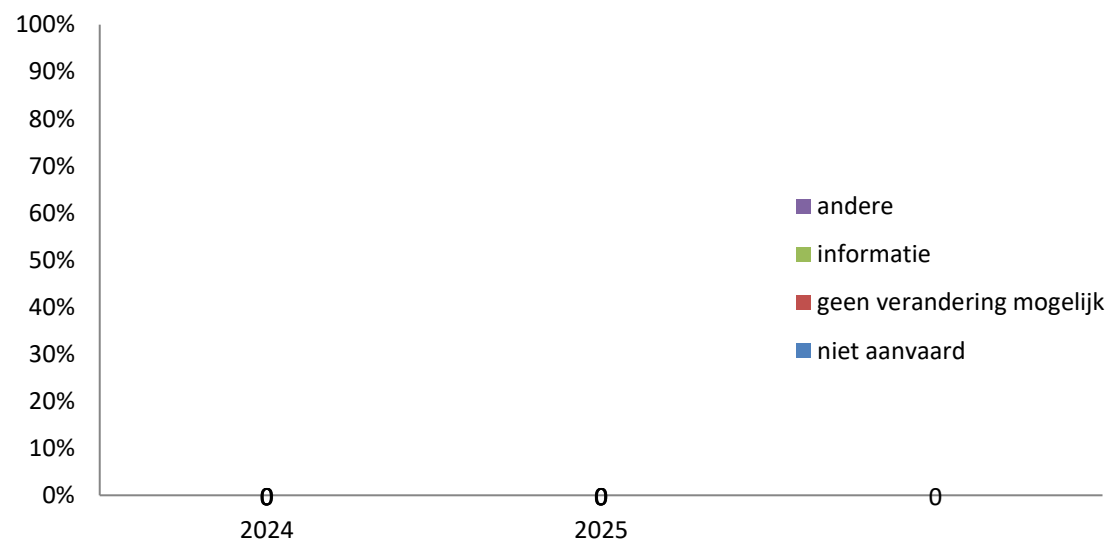


8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2024	2025

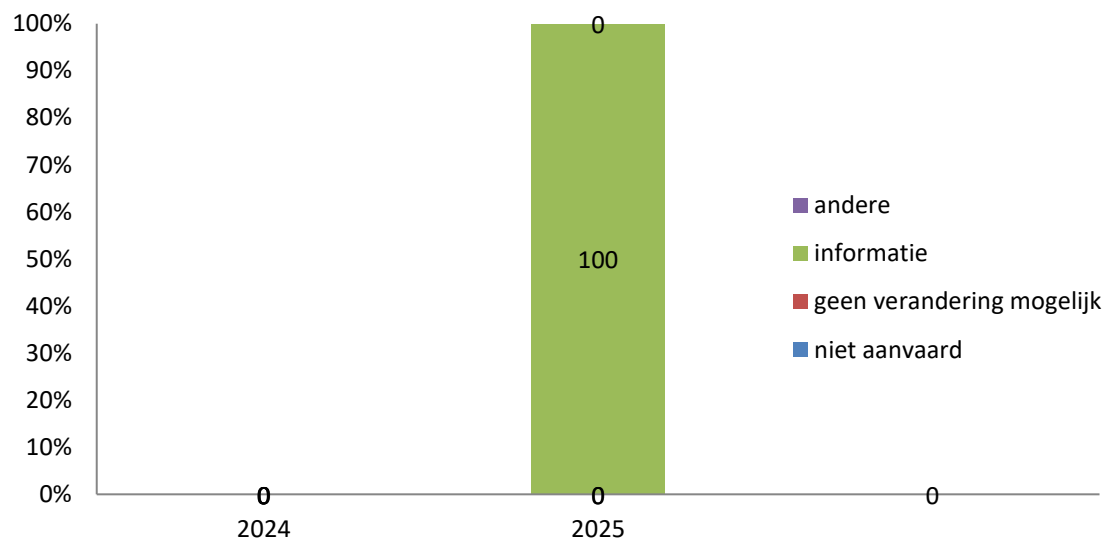
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger



9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon

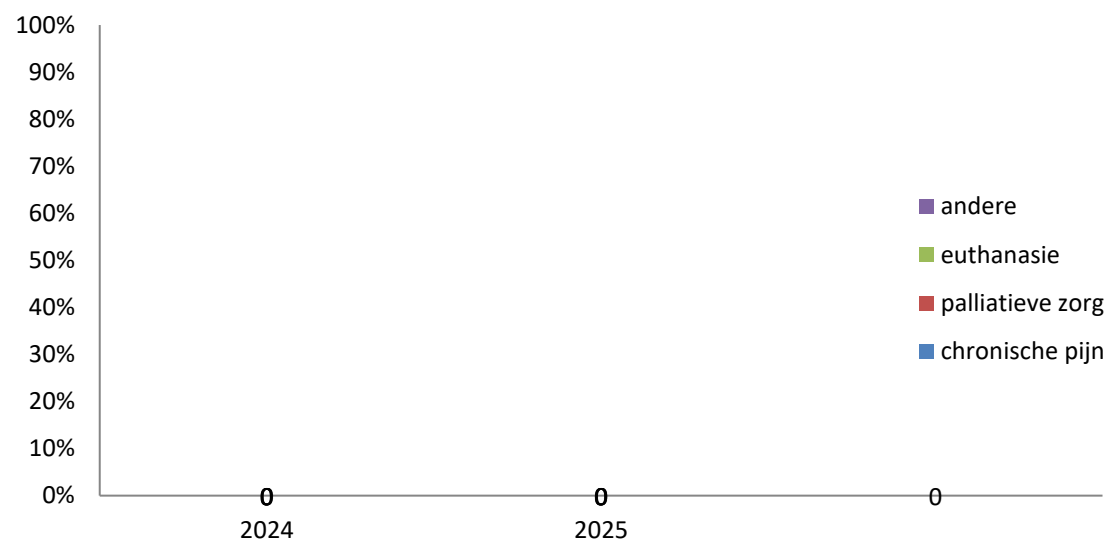


10. Recht op pijnbestrijding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding



D. Hoofdinterventie

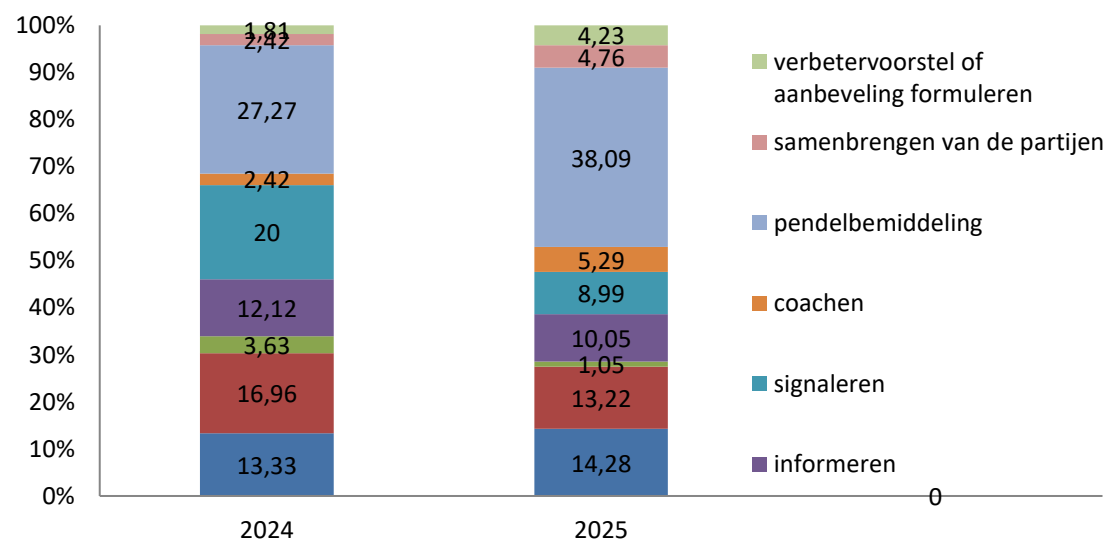
Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (189). De **interventie** van de ombudspersoon is bij heel wat meldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het ombudswerk. Soms verlangt de patiënt niets meer. Soms volstaat informeren 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	22	13,33	27	14,28
doorverwijzen intern	28	16,96	25	13,22
doorverwijzen extern	6	3,63	2	1,05
informereren	20	12,12	19	10,05
signaleren	33	20,00	17	8,99
coachen	4	2,42	10	5,29
pendelbemiddeling	45	27,27	72	38,09
samenbrengen van de partijen	4	2,42	9	4,76
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	3	1,81	8	4,23

totaal	165	100	189	100

Hoofdenterventie



Er is een stijging van pendelbemiddeling (27% → 38%).

Er is meer coachen, samenbrengen van partijen en het formuleren van aanbevelingen. Er is minder louter signaleren.

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	44	26,66	53	28,04
binnen de week	50	30,30	70	37,03
binnen de twee weken	23	13,93	14	7,40
binnen de vier weken	17	10,30	16	8,46
later dan vier weken	31	18,78	36	19,04
totaal	165	100	189	100

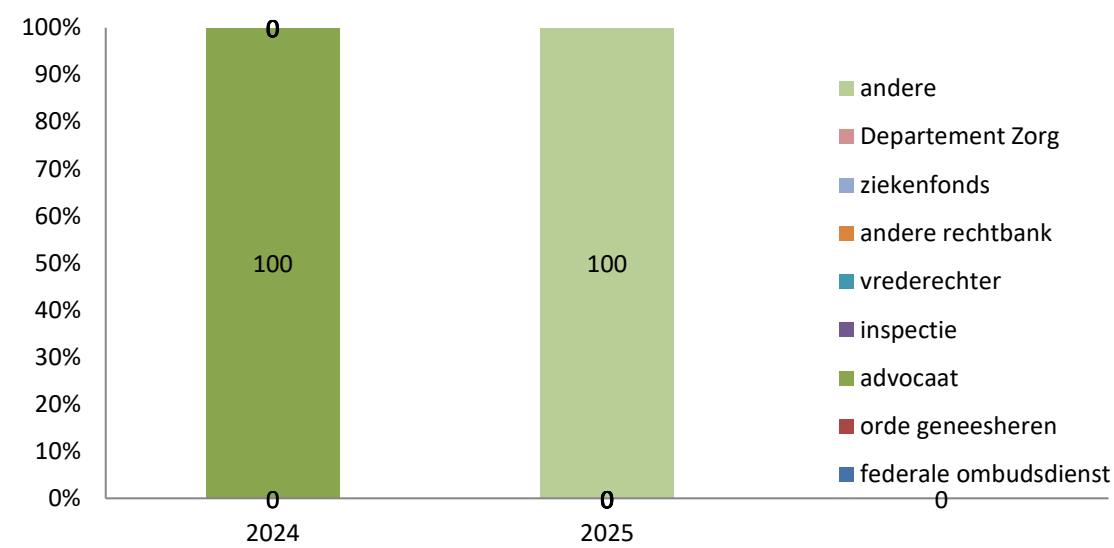
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	28	37

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.

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	2	100,00	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	2	100,00
totaal	2	100	2	100

Voorgestelde verdere stappen



Inhoudelijk hebben 98% van de meldingen betrekking op patiëntenrechten, wat de blijvende relevantie van de Wet Patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg onderstreept. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening blijft de grootste categorie, al is er een duidelijke verschuiving binnen deze problematiek. Waar in 2024 vooral relationele aspecten (bejegening, communicatie) domineerden, zien we in 2025 meer meldingen rond beschikbaarheid van zorg, start van opname en beschermende maatregelen (met name gedwongen opname).

Daarnaast zijn er nog steeds vragen en klachten over inzage in het patiëntendossier en het overschrijden van wettelijke termijnen. Ook thema's zoals facturatie, kosten en correct geldbeheer komen meer voor. Het aantal meldingen over bescherming van de persoonlijke levenssfeer stijgt eveneens, met aandacht voor beroepsgeheim en mondelinge indiscretie.

Wat de rol van de ombudspersoon betreft, werd vaker gekozen voor bemiddeling via pendeldiplomatie. De vraag naar louter signalerende of informerende tussenkomsten neemt relatief af, terwijl coachen, het samenbrengen van partijen en het formuleren van aanbevelingen aan belang winnen. Dit wijst op een oplossingsgerichte ombudswerking, die niet enkel problemen registreert maar ook actief bijdraagt aan conflictbeheersing en kwaliteitsverbetering.

4. Tendenzen en aanbevelingen 2024

1. Stigma en recht op een zorgvuldig en veilig bewaard patiëntendossier

- KWS-implementatie van de eerstelijnszorgverlening UPC breed bekijken.
- informatiecampagne die aan patiënten helder uitlegt welke mogelijkheden en beperkingen een patiëntendossier heeft zodat verwachtingen van patiënten meer zijn afgestemd op de wettelijke mogelijkheden ter zake.

- Acties tegen stigmatisering : Bevorderen van sociaal contact tussen mensen met en zonder psychiatrische achtergrond, voorlichting over verschillende psychiatrische ziektebeelden en verslaving om misverstanden en mythes te ontzenuwen.

2. Overschrijding van de redelijke termijn voor diagnose-of eindverslag

- werk te maken van een betaalbare geestelijke gezondheidszorg, met extra aandacht voor de zorg voor kinderen.
- Sensibilisering en striktere opvolging van het maken van medische verslagen door de supervisoren
- Belang benadrukken van deze 'administratie' in de opleiding van assistenten door de stagemeesters

3. Respect in de zorgrelatie: wat betekent dit?

- Het persoonlijke verhaal van de patiënt voor ogen blijven houden
- Blijven inzetten op psycho-educatie
- Uitwerking van een goede samenwerking en rolverdeling met ervaringsdeskundigen.

5. Tendensen en aanbevelingen 2025

1. Verhoging tarieven consultaties psychologen

○ Getuigenissen :

- *Vandaag vernam ik van mijn therapeut dat de prijs voor een consultatie van 71 naar 89 euro wordt opgetrokken. Als alleenstaande, met een hoge nood aan therapie, vind ik dat ontzettend duur! Ik vind het heel erg jammer en gevaarlijk voor mezelf om deze therapie te moeten stopzetten. Bij het ziekenfonds krijg ik voor 10 beurten wel een korting, maar deze zijn tijdens de opname al opgebruikt. Wat met al die mensen die opnieuw in de kou zullen staan? Er is al zo'n grote vraag naar betaalbare therapieën.*
- *Ik vernam van mijn psychologe dat de tarieven voor een consultatie weer omhoog gaan. Dit is een groot probleem voor mij en zeker ook voor andere patiënten... mensen met een kwetsbaarheid hebben het vaak niet al te breed. Hoe moeten wij onze zorg blijven betalen?? Ook bij de ziekenfondsen vallen wij uit de boot of is de tussenkomst miniem... ook daar houden jullie geen rekening mee. Wij zijn de wanhoop nabij. Kan deze beslissing toch herbekeken worden aub.*
- *..., kan ik al genieten van het 'verminderd tarief'. Ik ben het er volledig mee eens dat de overheid hier haar taken verwaarloost. Maar het is een beetje flauw om dit als excuus te gebruiken om de eigen missie en visie onder de mat te vegen.*

... in het antwoord heel wat onjuistheden staan. ... een tarief van 89,59 € voor één uur voor de eerstelijnspsychologen uit de conventie, terwijl het tarief voor datzelfde uur bij het UPC 119,45 € bedraagt (het gewone tarief). Een kleine opzoeking bij andere psychiatrische ziekenhuizen (4 opgezochte prijzen) leert mij dat zij voor individuele psychotherapie tussen de 60 en 70€ per uur rekenen, wat zelfs nog ruim onder de 83,61 € ligt die het UPC voor het verminderd tarief aanrekent.

Ook het feit dat dit duidelijk vooraf gecommuniceerd is, is voor discussie vatbaar. Kan je anderhalve maand op voorhand een tijdige communicatie noemen, als sommige mensen misschien op zoek moeten naar een andere psychotherapeut of hun therapie moeten stopzetten? Het zou de directie ook sieren, moest ze die hoogopgeleide psychologen, waar ze graag

mee pronkt, ook een stem hebben gegeven in dit debat ipv van hen enkel te instrueren om de mensen die overboord vallen en misschien wel verdrinken te registreren.

... het exuberante van de prijsverhoging. Persoonlijk vind ik een prijsverhoging van 25 % niet meer of minder dan contractbreuk, al zeker in de fameuze betrouwbaarheid zoals aangehaald in de visie. Mensen gaan een engagement aan voor psychotherapie en kunnen af en toe wel een indexering verwachten, maar zulk een prijsverschil is op geen enkele manier te verantwoorden in een therapeutische relatie en brengt de psychotherapeuten in een lastig parket betreffende hun geloofwaardigheid.

- *Heeft u al nieuws of de exuberante prijsverhoging een voldongen feit is. Momenteel verblijf ik nog een tweetal weken op ..., maar ik zou al graag inschatten of een verderzetting van de ambulante psychotherapie een haalbare kaart is.*
- *Ik heb daarom mijn consultaties bij de psycholoog reeds een paar weken stopgezet. Wat ik niet correct vind, is dat ik voor een consultatie een verhoogde prijs moet betalen terwijl dit niet op voorhand is meegedeeld.*
- *Ik ben behoorlijk geschrokken van de prijsverhoging. ... een prijsverhoging van 20% is te veel. Ik ben al 2 jaar in psychologische begeleiding en heb nog even te gaan. Wat ik het lastigst vind is dat ik aanvankelijk een keuze heb gemaakt voor deze therapeut, aan de aanvankelijke prijzen en nu voor een voldongen feit sta: betaal maar gewoon 20% meer dan hetgeen waar je aanvankelijk voor koos. Want van therapeut veranderen na 2jaar doe ik niet. Een deel van de keuze die ik maakte aan het begin van dit traject was ook om door de tijd heen een stevige, veilige basis op te bouwen waar telkens naar teruggekeken kan worden. Voor een instelling waar stabiliteit op de voorgrond hoort te staan is dit een bijzonder ingrijpende beslissing. Een die voor veel mensen de grond onder hun voeten doet beven.*

- Problematiek:

Om het zorgaanbod kostendekkend te maken gelden er vanaf 1/07/2025 nieuwe tarieven voor psychologische consultaties. Deze kosten vallen volledig te laste van patiënt. Deze prijsstijging geldt ook voor het verminderd (= sociaal) tarief of personen met recht op verhoogde tegemoetkoming.

Dit ligt niet in de lijn van de visietekst en waar UPC wil voorstaan met name:

“UPC KU Leuven wil gespecialiseerde zorg aanbieden in complementariteit met andere zorgaanbieders, waarbij we voor elke patiënt een gelijke toegang tot eenzelfde kwaliteit van psychiatrische zorg willen garanderen”

Door de prijsstijging komt de financiële toegankelijkheid van deze meer gespecialiseerde, maar noodzakelijke zorg in het gedrang voor deze meest kwetsbare patiënten.

Gelijkwaardige zorg houdt in dat deze zorg per definitie niet gelijkaardig is.

- Aanbeveling :
- Prijssetting verminderd tarief: Personen met recht op een verhoogde tegemoetkoming hebben recht op een hogere tussenkomst van het ziekenfonds m.b.t. medische kosten variërend van 50 tot +/-75%. Het verschil tussen het gewoon tarief en het verminderd tarief voor psychologen dat UPC KU Leuven hanteert bedraagt 30%. De vraag is of de huidige prijssetting voor het verminderd tarief kan worden herbekeken. Idealiter bedraagt het verminderd tarief voor ambulante consultaties bij psychologen binnen UPC KU Leuven maximaal de helft van het reguliere tarief.

- Uitzondering m.b.t. de doelgroep: Het verminderd tarief is momenteel enkel van toepassing voor personen met effectief recht op de verhoogde tegemoetkoming. Een bijkomende vraag is of na een grondig sociaal onderzoek + eventuele motivatie door de dienst maatschappelijk werk het verminderd tarief ook kan worden toegekend voor een periode van 6 maanden (verlengbaar) aan iemand in een precaire financiële situatie, die door omstandigheden (nog) geen aanspraak kan maken op het recht op verhoogde tegemoetkoming cf. o.a. personen onder collectieve schuldenbemiddeling, een gewijzigde gezinssituatie bv. eenoudergezin.
- De instroom-/intakeprocedure: Aan een geplande (dag)behandeling gaat een intake vooraf om te kunnen nagaan of dit de meest gepaste zorg is. Voor een psychiatrisch intakeonderzoek bedraagt het persoonlijk aandeel 22.40 euro en 8.95 euro voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming. De prijzen voor een raadpleging bij een psycholoog liggen hoger, doordat er hiervoor (nog) geen tussenkomst is van het RIZIV. Het zou in het kader van toegankelijkheid van zorg voor patiënten financieel echter geen verschil mogen maken of deze intake gebeurt door een arts, dan wel door een andere discipline, daar het doel van dit gesprek hetzelfde is en daar door wie de patiënt wordt gezien mede afhankelijk is van agenda's en beschikbaarheid van personeel. In sommige gevallen bestaat de intakeprocedure ook uit meerdere gesprekken, waardoor ook het bedrag van de intakeprocedure soms erg in contrast staat met de prijs per dag in het geval van opstart dagtherapie. Het verlagen van de prijs van het verminderd tarief zou hieraan deels tegemoet komen.
- Daarnaast is er nog meer nood aan transparantie (cf. duidelijke communicatie via verschillende informatiekanaalen) en idealiter ook aan eenvormigheid van intakeprocedures over (dag)behandelingen heen, zodat er geen verschillen ontstaan/bestaan tussen de door ons aangeboden (dag)behandelingen op vlak van financiële toegankelijkheid m.b.t. de instroomprocedure.

2. Kosten van perinatale begeleiding

○ Getuigenissen :

- *Ik ontving de factuur in bijlage van het UPC Leuven na een intakegesprek voor de afdeling perinatale psychiatrie. Er is me op voorhand geen enkele informatie gegeven over de kostprijs van dit gesprek. Een gewoon gesprek bij een psycholoog kost gemiddeld €75. Ik begrijp niet waarom er €119,5 aangerekend wordt voor een intakegesprek.*
- *Via deze weg zou ik graag een nalatigheid willen aankaarten m.b.t. de facturatie van m'n sessies begin dit jaar. Het gaat om een aanzienlijk bedrag (5 x €95,20) waar ik niet op gerekend had, aangezien men mij had meegedeeld dat de sessies zouden vergoed worden en er slechts een tarief van 2,42 EUR zou worden aangerekend.*
- *Wij hebben een factuur ontvangen van 120 euro voor de eerste intake, terwijl ons werd meegedeeld 4 euro per sessie. Door miscommunicatie zouden de papieren voor de verlaagde tarieven te laat ingestuurd geweest zijn - welke ik vandaag dus voor de 3e keer (!) heb ingevuld en getekend - waardoor we deze rekening kregen. Concreet is mijn vraag dus - gezien ons sessies van 4 euro werden aangeboden - of dit factuur AUB herbekeken kan worden. We verwachtten ons immers ook niet aan deze rekening - deze vraag (kostprijs) hebben wij meermaals nadrukkelijk gesteld.*

○ Problematiek:

De nieuwe conventie van ECPP maakte in 2025 gespecialiseerde perinatale GGZ-zorg voor een grotere doelgroep mogelijk en verlaagt financiële barrières, wat een uitbreiding is t.o.v. de situatie vóór 2025.

De praktische afhandeling van deze verandering in de tarifiering van de perinatale begeleiding en de uitbreiding van de conventie ECPP was blijkbaar niet voldoende geïmplementeerd.

- Aanbeveling: Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

6. Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

- Problematiek:

Empathie is geen 'zachte' bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen.

Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

- Aanbeveling: Investeren in opleiding en versterking van communicatieve vaardigheden

Blijvend investeren in opleiding is essentieel om medewerkers te ondersteunen in hun complexe taken en om kwalitatief hoogstaande, mensgerichte zorg te garanderen. Thema's zoals omgaan met familieconflicten en beroepsgeheim komen in klachten regelmatig terug en vragen om een degelijke en actuele basiskennis. Gerichte vorming op deze domeinen kan bijdragen aan meer zelfvertrouwen bij medewerkers, een betere communicatie met patiënten en hun naasten, en het voorkomen van escalaties.

Daarnaast kan het opleidingsaanbod versterkt worden met:

- actief luisteren en gespreksvaardigheden
- omgaan met emoties en spanningsvolle situaties
- conflictpreventie en de-escalatie
- communicatie binnen complexe maatschappelijke en ethische contexten
- omgaan met beroepsgeheim

7. BESLUIT

De ombudswerking 2025 bevestigt haar rol als gevoelige barometer van structurele knelpunten binnen de zorgorganisatie. De vastgestelde tendensen zijn geen geïsoleerd fenomeen, maar sluiten aan bij bredere Vlaamse en federale ontwikkelingen. Dit onderstreept het belang van het structureel benutten van ombudssignalen als input voor kwaliteitsbeleid, patiëntenrechten en organisatieontwikkeling.

De onafhankelijke ombudspersonen in de geestelijke gezondheidszorg komen dagelijks in contact met patiënten en hun hulpverleners. Dagelijks mogen wij dan ook ervaren dat deze hulpverleners het beste van zichzelf geven en de patiënten in hun moeilijke periode begripvol blijven steunen. Daarnaast zijn we pleitbezorger zijn om familie en naastbestaanden structureel als partner te erkennen. In een veranderend zorglandschap met kortere opnameduur, verschuiving van residentiële naar ambulante zorg, zijn familie en andere belangrijke derden de broodnodige link om te voorzien in continuïteit van zorg.

Klachten komen vaak voort vanuit die momenten dat er weinig tijd is om patiënten te motiveren en er directiever wordt opgetreden. Het is dan ook belangrijk dat de sector van de geestelijke gezondheidszorg voldoende middelen heeft om te blijven investeren in personeel en opleiding. Bemiddelaars zijn mensen die blijven geloven dat bespreekbaar maken van hiaten kan leiden tot beweging om relatie te versterken of respectvol een andere wending te geven. Ook in ons werk blijven we geloven dat de aanbevelingen die we formuleren in onze jaarverslagen element van reflectie mogen zijn.

Kruistabellen

Discipline * PR - 2025																						
	Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening		Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar		Recht op informatie		Recht op geïnformeerde toestemming		Recht op inzage/afschrift zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier		Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer		Recht op klachtenbemiddeling		Recht op wettelijke vertegenwoordiger		Recht op vertrouwenspersoon		Recht op pijnbestrijding		totaal	
Categorie	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
geen		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
psychiater		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
huisarts		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
andere arts		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
apotheker		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
verpleging		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
persoonlijke begeleider		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00

sociale dienst		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
psycholoog		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
therapeut <i>(ergo, kine, muziek, andere)</i>		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
diëtist		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
multidisciplinair team		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
administratieve dienst		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
technische dienst		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
voedingsdienst		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
poetsdienst		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
directie		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
bewindvoerder		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
ombudspersoon		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00

wasserij		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
beleid		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
afdelingsverantwoordelijke		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
andere		0,00		0,00	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
Totaal		100		100	100		100		100		100		100		100		100	100
kol %	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00

Gevraagde interventie * Hoofdinterventie - 2025

	luisteren		doorverwijzen intern		doorverwijzen extern		informereren		signaleren		coachen		pendelbemiddeling		samenbrengen van de partijen		verbetervoorstel of aanbeveling formuleren		totaal	
Categorie	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Informatie		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
Luisterend oor		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
Signaal		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
Bemiddeling: pendeldiplomatie		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00

Bemiddeling: samenbrengen van de partijen		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
Financieel akkoord: schadeclaim		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
Financieel akkoord: betwisting factuur		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
Sanctie/represaille		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
Andere		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
Totaal		100		100		100		100		100		100		100		100		100
kol %	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	

Hoofdinterventie * PR - 2025											
	Recht op kwaliteitsvoll e dienstverleni ng	Recht op vrije keuze beroepsbeoefen aar	Recht op informati e	Recht op geïnformeer de toestemmi ng	Recht op inzage/afschrif t zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendoss ier	Recht op beschermi ng persoonlijk e levenssfee r	Recht op klachtenbemiddeli ng	Recht op wettelijke vertegenwoordi ger	Recht op vertrouwensperso on	Recht op pijnbestrijdi ng	totaal

Categorie	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
luisteren		0,00		0,00	0,00	0		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	0
doorverwijzen intern		0,00		0,00	0,00	0		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	0
doorverwijzen extern		0,00		0,00	0,00	0		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	0
informereren		0,00		0,00	0,00	0		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	0
signaleren		0,00		0,00	0,00	0		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	0
coachen		0,00		0,00	0,00	0		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	0
pendelbemiddeling		0,00		0,00	0,00	0		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	0
samenbrengen van de partijen		0,00		0,00	0,00	0		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	0
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren		0,00		0,00	0,00	0		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00	0
Totaal		100		100	100		100		100		100		100		100		100		100		100	
kol %	0,00		0,00		0,00	0	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0

Aanmelding indien andere * PR - 2025

	Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening		Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar		Recht op informatie		Recht op geïnformeerd toestemming		Recht op inzage/afschrijving zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier		Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer		Recht op klachtenbemiddeling		Recht op wettelijke vertegenwoordiger		Recht op vertrouwenspersoon		Recht op pijnbestrijding		totaal	
Categorie	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
familielid/partner		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
kennis		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
personeelslid		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
andere		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
Totaal		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100
kol %	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	

Aanbeveling * PR - 2025											
	Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening	Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar	Recht op informatie	Recht op geïnformeerd toestemming	Recht op inzage/afschrijving zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard	Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer	Recht op klachtenbemiddeling	Recht op wettelijke vertegenwoordiger	Recht op vertrouwenspersoon	Recht op pijnbestrijding	totaal

									patiëntendossier													
Categorie	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Totaal		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100
kol %	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	

**Jaarverslag *Sint-Alexius*
*Grimbergen***
**Onafhankelijke Ombudsdienst
Geestelijke Gezondheidszorg**

2025



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek! werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inleiding

In het jaarverslag brengen we de aanbevelingen en aandachtspunten van het voorbije jaar samen. Het jaarverslag wil inzicht geven in wat zorgvragers ons hebben gesignaleerd en welke thema's daaruit naar voren kwamen.

De geregistreerde meldingen bieden een beeld van ervaringen en bezorgdheden die leven bij patiënten en hun naasten. Het aantal meldingen op zich zegt echter weinig over hoe de zorg evolueert binnen een afdeling of voorziening. Meer of minder meldingen kunnen verschillende betekenissen hebben en hangen onder andere samen met bekendheid, toegankelijkheid en vertrouwen in de ombudsdienst. Het jaarverslag wil daarom geen oordeel vellen, maar eerder uitnodigen tot reflectie en dialoog.

Bij het opstellen van dit verslag gebruiken we de artikels van de Wet Patiëntenrechten als leidraad. De meldingen worden geregistreerd in het systeem Go Between, waardoor we trends en aandachtspunten kunnen onderbouwen met cijfermateriaal. Deze cijfers helpen ons om patronen zichtbaar te maken en aanbevelingen concreet te formuleren.

Als ombudspersoon vertrekken we niet vanuit waarheidsvinding, maar vanuit het perspectief van de zorgvrager. Het jaarverslag weerspiegelt hoe patiënten de voorgelegde situaties hebben ervaren. Die beleving vormt het uitgangspunt om, samen met alle betrokken partijen, te zoeken naar constructieve oplossingen en mogelijkheden tot verbetering.

Met dit jaarverslag willen we aangeven waar volgens ons in de komende periode extra aandacht wenselijk kan zijn, met als doel de zorg verder te ondersteunen en te versterken. We hopen dan ook dat dit verslag binnen de voorziening gelezen, besproken en meegenomen wordt in het verdere denken over zorgkwaliteit.

Graag bedanken we directie, medewerkers, patiënten en hun naasten voor de openheid, de samenwerking en het vertrouwen in de ombudsdienst. Onze werking is afhankelijk van de signalen die we ontvangen en van het mandaat dat zorgvragers ons op dat moment toevertrouwen. Aarzel dus zeker niet om de ombudspersoon aan te spreken bij vragen, bedenkingen of onduidelijkheden.

Evoluties

Het totale aantal meldingen is gedaald ten aanzien van vorig jaar. Er is dit jaar sprake van 72 meldingen.

Het belangrijk deel van de contacten (30,55%) kwam tot stand via **rechtstreeks** contact. Dit bevestigt dat de persoonlijke aanwezigheid van de ombudspersoon een duidelijke meerwaarde blijft. Maar voor het grootste aandeel wordt gebruikgemaakt van **de brievenbus op de afdelingen**, die instaat voor 55,55 % van de ingediende klachten. Dit bewijst dat de brievenbus een belangrijk element binnen de ombudswerking blijft. De zichtbaarheid van de ombudspersoon wordt hierdoor vergroot, onder meer door de regelmatige aanwezigheid op de afdelingen bij het legen van de brievenbus. Bovendien biedt deze mogelijkheid personen een gevoel van veiligheid, aangezien zij op een anonieme manier een klacht kunnen formuleren.

Uit de contacten blijkt dat mensen zich vooral tot de ombudspersoon wenden om een **signaal te geven** (31,94 %), **informatie** te verkrijgen (18 %) of op zoek zijn naar een **luisterend oor** (34,72 %). De ombudspersoon wordt niet enkel gezien als niet informatiebron maar ook als neutraal aanspreekpunt voor een luisterend oor. Door de onafhankelijke positie van de ombudspersoon is

het voor betrokkenen vaak makkelijker om vragen te stellen of hun verhaal te delen. Bij personen onder een beschermende maatregel, kan de perceptie echter ontstaan dat het personeel deel uitmaakt van het systeem dat hun een maatregel oplegt tegen hun wil. Vanuit die beleving wordt de ombudspersoon soms als neutraler ervaren, waardoor informatie of toelichting makkelijker wordt aanvaard. De ombudspersoon fungeert in die zin aanvullend: niet door een andere boodschap te brengen, maar door dezelfde informatie te verduidelijken vanuit een onafhankelijke positie.

Aanbevelingen

Kwaliteitsvolle dienstverlening

De aanmeldingen bij de ombudspersoon worden ingedeeld volgens de verschillende patiëntenrechten. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening is het meest omvattende patiëntenrecht en vormt daardoor elk jaar de categorie waarin de meeste aanmeldingen worden geregistreerd. Ook dit jaar is dat het geval: 81,35 % van de meldingen heeft betrekking op dit patiëntenrecht. Binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening hadden de aanmeldingen voornamelijk betrekking op onderstaande thema's.

Goede behandeling/begeleiding

Het recht op een kwaliteitsvolle zorg blijft een belangrijk aandachtspunt binnen de geregistreeerde klachten. In het voorbije jaar had 20,83,% van de meldingen betrekking op het recht op goede behandeling en begeleiding, wat zo goed als gelijk is met het percentage van de aanmeldingen rond dit thema vorig jaar.

Binnen deze categorie kwamen vooral twee thema's nadrukkelijk naar voren: vragen en signalen rond somatische verzorging en de ervaren beschikbaarheid van zowel verplegend als therapeutisch personeel. Beide onderwerpen raken rechtstreeks aan de dagelijkse zorgpraktijk en aan de manier waarop patiënten ondersteuning, veiligheid en betrokkenheid ervaren. De onderstaande paragrafen gaan dieper in op deze twee terugkerende aandachtspunten.

Aandacht voor somatische zorg binnen de psychiatrie blijft een essentieel onderdeel van kwaliteitsvolle hulpverlening. Uit aanmeldingen blijkt dat patiënten niet altijd het gevoel hebben dat hun lichamelijke klachten voldoende ernstig worden genomen of dat deze voldoende aandacht krijgen.

Somatische klachten bij psychiatrische patiënten kunnen reëel en urgent zijn, maar ze kunnen ook beïnvloed of versterkt worden door psychische factoren, zoals angst, stress of wanen. Deze verwevenheid maakt een zorgvuldige en genuanceerde benadering noodzakelijk. Tegelijkertijd bestaat het risico dat lichamelijke klachten te snel worden toegeschreven aan een psychiatrische problematiek, waardoor ernstige somatische aandoeningen mogelijk worden onderschat of later herkend.

Daarnaast kunnen somatische klachten bij sommige patiënten, mede door hun psychische toestand, onder de radar blijven. De perceptie en beleving van pijn, ziekte en lichamelijk ongemak kan sterk verschillen, wat het inschatten van klachten en het voorzien van gepaste begeleiding complexer maakt.

Deze signalen onderstrepen het belang van blijvende aandacht voor somatische zorg binnen de psychiatrische setting, met oog voor zowel lichamelijke als psychische factoren. Een geïntegreerde benadering draagt bij aan het gevoel van erkenning, veiligheid en vertrouwen bij patiënten en ondersteunt een meer volledige en kwaliteitsvolle zorgverlening

Volgende beschikbaarheid van zowel verplegend als therapeutisch personeel is van essentieel

belang binnen de psychiatrische zorg. Voor patiënten is het belangrijk zich gezien en gehoord te voelen, en niet gereduceerd te worden tot een dossier of een nummer. Beschikbaarheid betekent hierbij meer dan louter fysieke aanwezigheid: het gaat ook om aanspreekbaarheid, betrokkenheid en betrouwbaarheid in het dagelijks contact.

Deze beschikbaarheid impliceert geenszins dat aan elke vraag onmiddellijk of onvoorwaardelijk moet worden voldaan. Wel draagt een heldere en realistische communicatie bij aan vertrouwen. Het nakomen van gemaakte afspraken en het zorgvuldig formuleren van verwachtingen zijn hierin cruciaal. Wanneer iets wordt aangekondigd of beloofd, maar later moet worden uitgesteld, kan dit voor patiënten bijzonder belastend zijn. Transparante communicatie, ook wanneer zaken niet meteen mogelijk zijn, helpt patiënten zich erkend en ernstig genomen te voelen.

Investeren in personeel blijft daarom noodzakelijk, niet alleen om continuïteit van zorg te waarborgen, maar ook om hulpverleners de ruimte te geven om zowel emotioneel als fysiek aanwezig te zijn. In een context van krappe budgetten en toenemende druk om met beperkte middelen te werken, mag niet uit het oog worden verloren dat het personeel in grote mate de zorgervaring van patiënten bepaalt. Hulpverleners die zich ondersteund en gewaardeerd voelen, zijn beter in staat om kwalitatieve en mensgerichte zorg te bieden.

Daarnaast vormt de inzet van ervaringsdeskundigheid een belangrijke meerwaarde. Ervaringsdeskundigen kunnen het gevoel van luisterbereidheid versterken en fungeren als brug tussen patiënten en hulpverleners. Door situaties vanuit een ander perspectief te bekijken, dragen zij bij aan wederzijds begrip en verrijken zij zowel de beleving van patiënten als het handelen van het zorgteam.

Kwaliteitsvol verblijf

Er kwamen dit jaar enkele aanmeldingen over de regels en het groepsleven op de afdelingen. Regels op een afdeling binnen een psychiatrisch ziekenhuis, zoals uitgangscodes en afspraken over wat wel en niet kan, hebben als doel een veilig, voorspelbaar en therapeutisch leefklimaat te creëren. Voor patiënten kan een opname gepaard gaan met een verminderd gevoel van autonomie, waardoor regels soms als beperkend of moeilijk ervaren worden.

Deze afspraken zijn bedoeld om de veiligheid van patiënten, medepatiënten en medewerkers te waarborgen en om structuur te bieden in een context waar kwetsbaarheid en spanning aanwezig kunnen zijn. Duidelijke regels helpen om verwachtingen te verduidelijken, conflicten te voorkomen en het samenleven binnen de groep werkbaar te houden.

Tegelijk is maatwerk van groot belang. Regels dienen waar mogelijk afgestemd te worden op de individuele situatie, draagkracht en hersteldoelen van de patiënt. Een uniforme toepassing zonder ruimte voor nuance kan het gevoel van controleverlies versterken. Daarom is het essentieel dat het perspectief en de beleving van de patiënt niet uit het oog worden verloren.

Door patiënten actief te betrekken, regels helder toe te lichten en perspectief te bieden op mogelijke versoepeling, kan het gevoel van inspraak en rechtvaardigheid worden versterkt. Dit draagt bij aan vertrouwen in de hulpverlening en ondersteunt een herstelgerichte en respectvolle zorgcontext.

Goede hotelservice

39,58% van de aanmeldingen binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening betrekking had op de goede hotelservice, een lichte stijging ten opzichte van vorig jaar. De klachten situeren zich voornamelijk rond voeding, en in mindere maar gelijk verdeelde mate rond infrastructuur, hygiëne en persoonlijke veiligheid.

Goede en gezonde voeding is een belangrijk onderdeel van een kwaliteitsvol verblijf in de psychiatrie. Voeding draagt bij aan fysiek welzijn, energie, herstel en algemeen welbevinden, en kan ook een ondersteunende rol spelen bij therapie en stabilisatie.

Bij het samenstellen van maaltijden is zowel variatie als portiegrootte van belang. Dit jaar waren er enkele meldingen van patiënten dat de porties niet overeenkwamen met hun verwachtingen. Het is echter niet eenvoudig om in te schatten wat en hoeveel iedere patiënt nodig heeft of wenst, zeker binnen een gevarieerde groep met uiteenlopende voorkeuren en eetgewoonten.

Voor patiënten met een lang verblijf krijgt voeding bovendien een extra dimensie: eten doet denken aan thuis, aan familiegewoonten en persoonlijke voorkeuren, waardoor men vaak kritischer is over smaak, presentatie en hoeveelheid. Dit benadrukt het belang van maatwerk, flexibiliteit en communicatie bij de maaltijdvoorziening.

Een voortdurende aandacht voor gevarieerde, evenwichtige maaltijden die zoveel mogelijk rekening houden met individuele behoeften draagt bij aan het comfort, welzijn en tevredenheid van patiënten, en ondersteunt een menswaardige en kwaliteitsvolle zorgervaring.

Beschermende maatregelen:

In het voorbije jaar werden er minder klachten geregistreerd met betrekking tot beschermende maatregelen. Dit jaar trad de nieuwe wetgeving m.b.t. de beschermende maatregelen in werking. De gewijzigde regelgeving brengt echter ook nieuwe uitdagingen met zich mee. Patiënten gaan zelf actief op zoek naar informatie, onder meer via zoekmachines en AI-tools, waar helaas ook foutieve of onvolledige informatie circuleert. De overgang naar de nieuwe wetgeving zorgt daardoor soms voor verwarring. Oude en nieuwe regels worden door elkaar gebruikt, wat kan leiden tot onzekerheid en wantrouwen. In sommige gevallen ervaren patiënten dit als tegenstrijdige of onduidelijke communicatie, met het gevoel dat informatie wordt achtergehouden of niet volledig wordt gedeeld. Dit benadrukt de nood aan duidelijke, transparante en consistente uitleg, afgestemd op het begripsniveau van de patiënt.

Om hierin te ondersteunen, werd recent een nieuwe brochure uitgebracht door OOGG in samenwerking met Te Gek?!. Deze brochure biedt een helder overzicht van de beschermende maatregelen en vormt een waardevol hulpmiddel om correcte informatie te verstrekken en misverstanden te voorkomen. Het gebruik van deze brochure wordt dan ook warm aangemoedigd. De brochures zullen via de ombudspersoon worden bezorgd op de relevante afdelingen, waarbij tevens toelichting zal worden gegeven over het gebruik ervan. Op die manier wordt ingezet op heldere communicatie en het versterken van het vertrouwen bij patiënten.

Geïnformeerde toestemming

Enkele patiënten hebben het afgelopen jaar vragen gesteld over geïnformeerde toestemming bij medicatie. Zij wilden graag duidelijkheid over de mogelijkheid om medicatie te weigeren en wilden weten welke gevolgen een weigering zou kunnen hebben. Daarnaast gaven sommige patiënten aan het gevoel te hebben geen echte keuze te hebben, waardoor zij zich beperkt in hun autonomie voelden. Het verkrijgen van geïnformeerde toestemming bij medicatiegebruik is een essentieel onderdeel van kwaliteitsvolle en respectvolle psychiatrische zorg. Patiënten hebben recht op duidelijke informatie over het doel, de werking, mogelijke bijwerkingen en alternatieven van voorgeschreven medicatie, zodat zij een weloverwogen beslissing kunnen nemen.

In de psychiatrie kan dit proces complex zijn, omdat sommige patiënten tijdelijk beperkingen ervaren in hun inzicht, beoordelingsvermogen of besluitvorming door hun psychische toestand. Desondanks blijft het belangrijk om patiënten zoveel mogelijk te betrekken, vragen te beantwoorden en hun bezorgdheden serieus te nemen.

Geïnformeerde toestemming draagt bij aan een gevoel van autonomie, vertrouwen en samenwerking tussen patiënt en hulpverlener. Daarnaast ondersteunt het een transparante

behandelrelatie en vermindert het risico op misverstanden of weerstand tegen medicatie. Het zorgvuldig documenteren van het overleg, het continu evalueren van de medicatie en het herhaaldelijk toelichten van keuzes zijn belangrijke aspecten van een veilig, ethisch verantwoord en patiëntgericht medicatiebeleid.

Besluit

Als onafhankelijke ombudsdienst willen we graag bijdragen aan een constructieve dialoog tussen de verschillende actoren in de geestelijke gezondheidszorg. Ons doel is dat patiënten hun stem kunnen laten horen, terwijl we tegelijkertijd de perspectieven en noden van hulpverleners niet uit het oog verliezen. Dankzij onze unieke positie als neutrale partij kunnen we het perspectief van elke betrokken partij belichten.

Bij het lezen van dit jaarverslag is het belangrijk het huidige maatschappelijke klimaat in het oog te houden. Uitdagingen zoals hervormingen in de zorg, toenemende juridisering, de opkomst van AI en veranderende verwachtingen van patiënten en hun omgeving maken dat de geestelijke gezondheidszorg voortdurend moet innoveren en dat nieuwe uitdagingen blijven ontstaan. Juist in dit complexe en dynamische landschap is het essentieel om te blijven communiceren, reflecteren en in gesprek te blijven met alle betrokkenen. De ombudsdienst wil hierin een actieve rol blijven spelen door signalen te verzamelen, constructief terug te koppelen en zo bij te dragen aan een zorgomgeving waarin patiënten gehoord worden en hulpverleners ondersteund blijven.

Aanmeldingen

De **eerste melding** werd geregistreerd op 14/01/2025, de laatste op 23/12/2025.

Uiteraard waren een aantal meldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2025. Het **totaal aantal meldingen** bedraagt 72, het totaal aantal **in 2025 afgesloten meldingen** 69.

Dit is minder dan in 2024.

Dit is meer dan in 2023.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, melders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	27	65	79	72
aanmelders	27	41	51	53

Toelichtingen bij de cijfers

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en melders

Aanmeldingen, melders, meldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	79		72	

aanmelders	51		53	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	57	83,82	57	79,16
<i>binnen de week</i>	5	7,35	15	20,83
<i>binnen de 2 weken</i>	3	4,41	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	1	1,47	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	2	2,94	-	-
totaal	68	100	72	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	9	11,39	-	-
<i>1 contact</i>	44	55,69	47	65,27
<i>2 contacten</i>	16	20,25	7	9,72
<i>3 contacten</i>	6	7,59	9	12,50
<i>meer dan 3 contacten</i>	4	5,06	9	12,50
totaal	79	100	72	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		10	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	72		69	

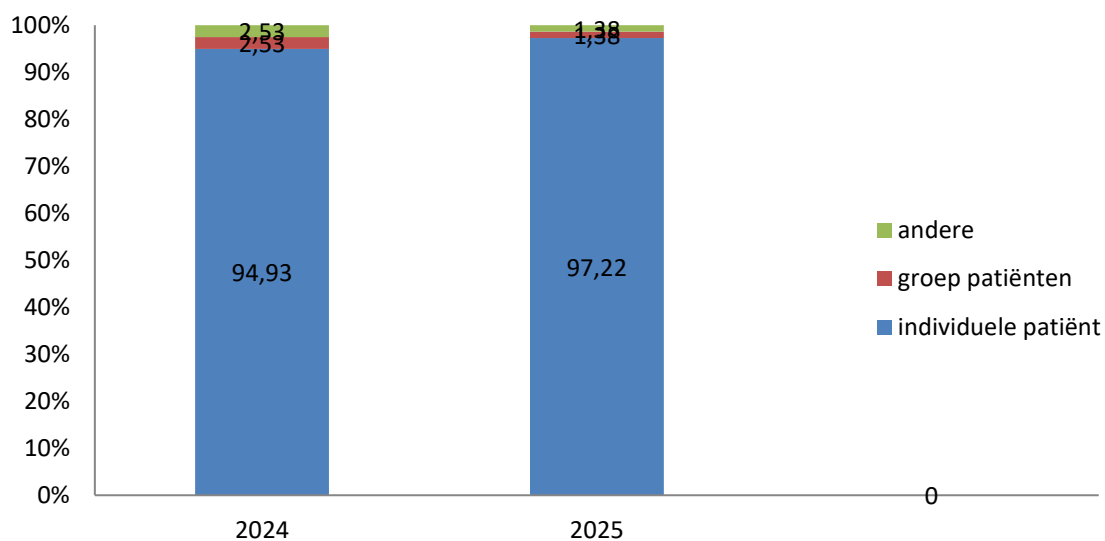
De **72** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 53 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
5	1	1,88	5	6,94
3	3	5,66	9	12,50
2	9	16,98	18	25,00
1	40	75,47	40	55,55
totaal	53	100	72	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	75	94,93	70	97,22

groep patiënten	2	2,53	1	1,38
andere	2	2,53	1	1,38
totaal	79	100	72	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

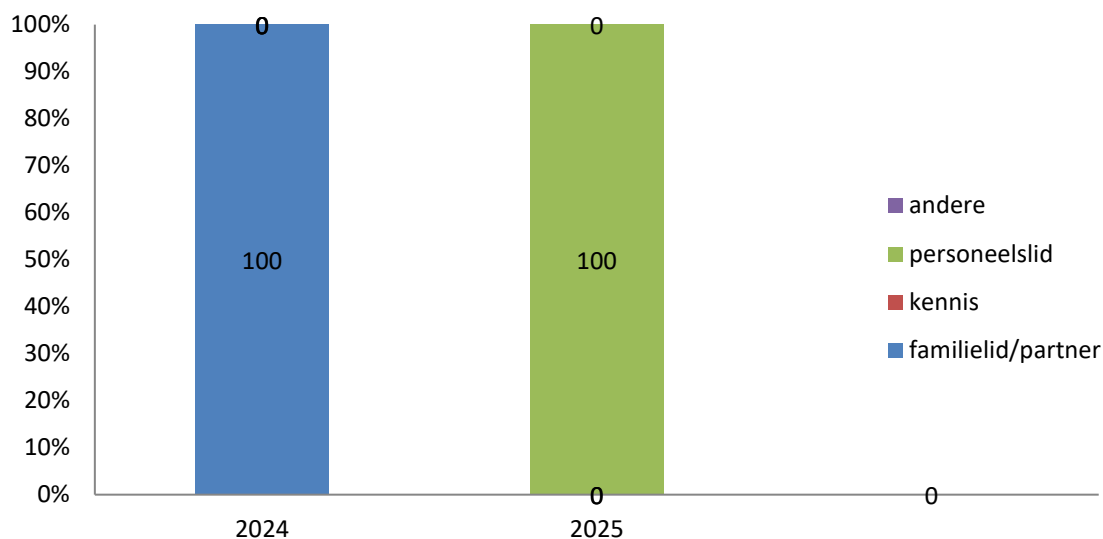


Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	1	50,00	-	-
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	1	100,00
meer dan 4 personen	1	50,00	-	-
totaal	2	100	1	100

grootste groep	5	4

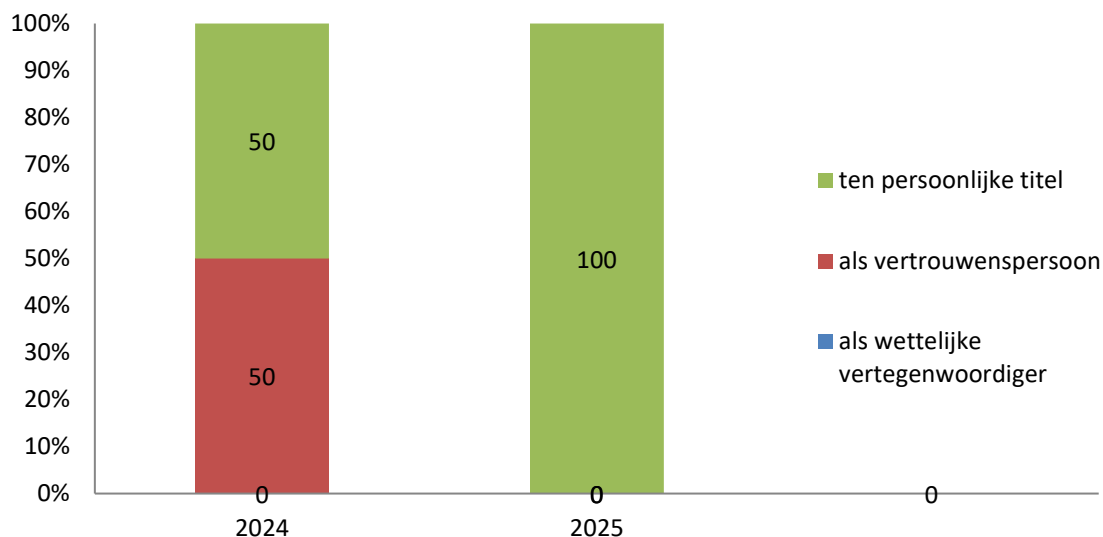
Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	2	100,00	-	-
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

Initiële aanmelder indien andere



Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	1	50,00	-	-
ten persoonlijke titel	1	50,00	1	100,00
totaal	2	100	1	100

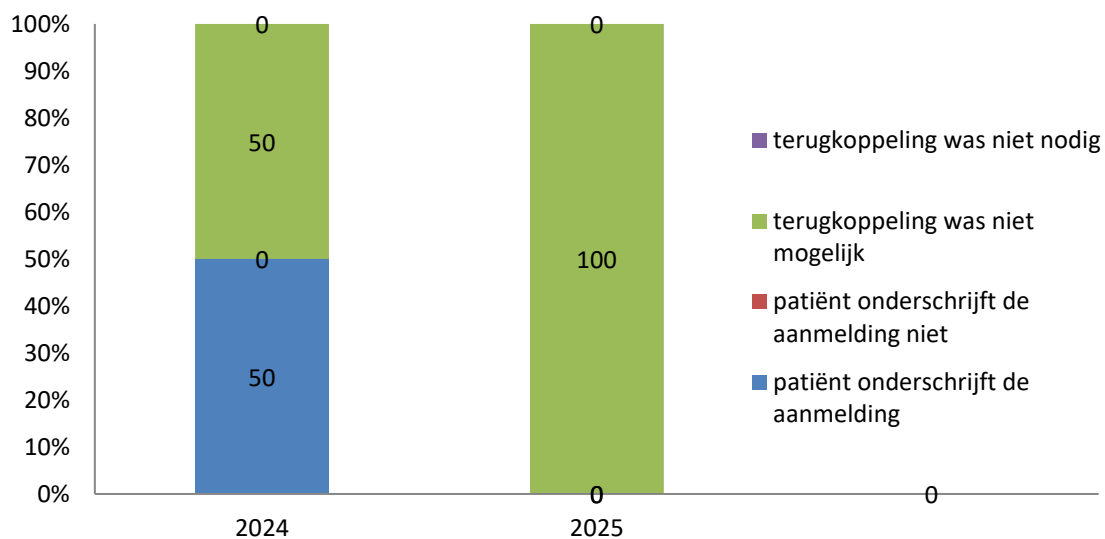
Hoedanigheid indien andere



Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	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

Terugkoppeling indien andere

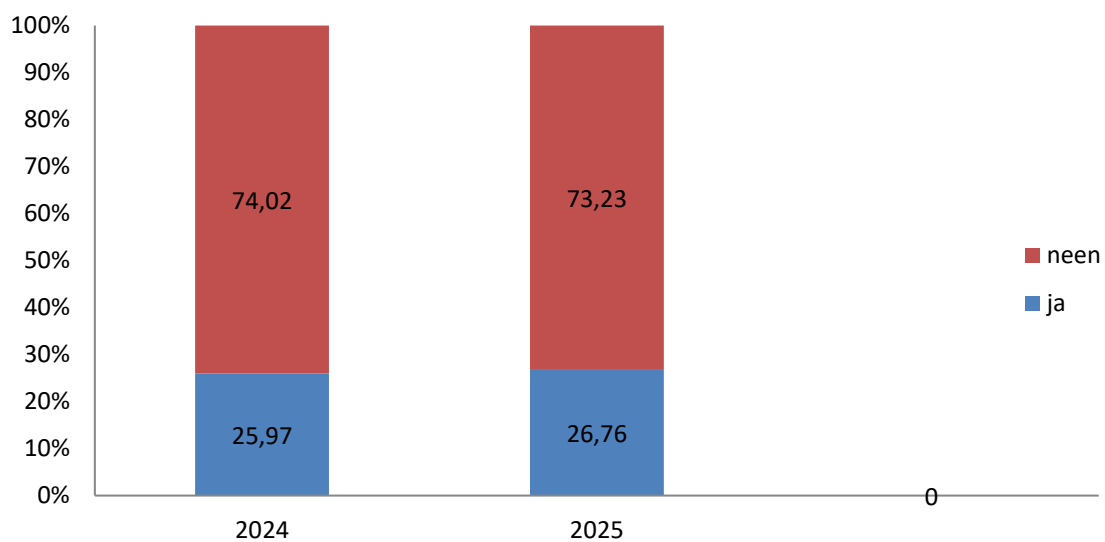


Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	1	50,00	-	-
Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	1	50,00	-	-

Patiënt is wilsonbekwaam	-	-	1	100,00
Patiënt is overleden	-	-	-	-
Patiënt is onbereikbaar	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	20	25,97	19	26,76
neen	57	74,02	52	73,23
totaal	77	100	71	100

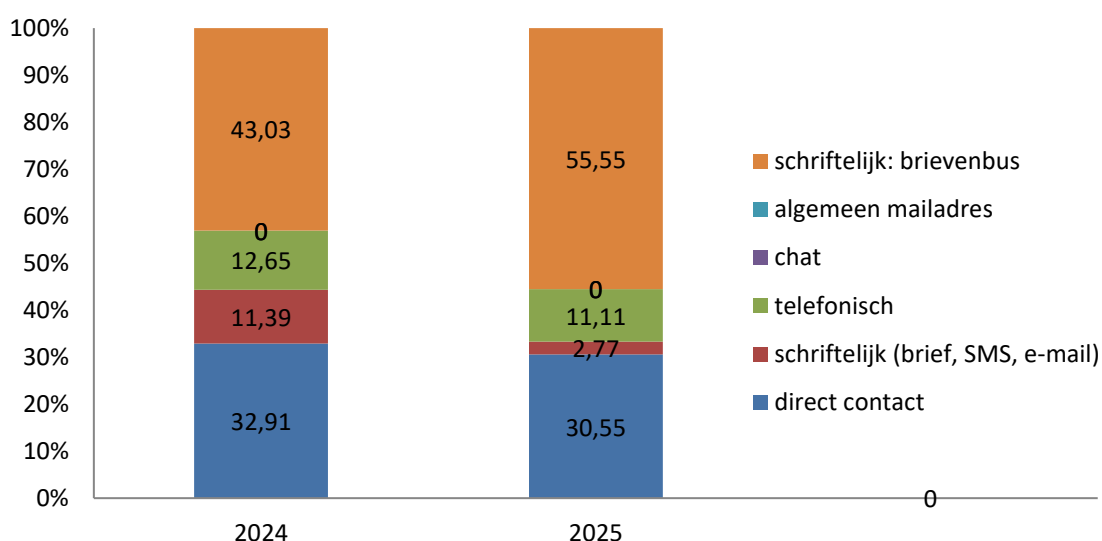
Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	26	32,91	22	30,55
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	9	11,39	2	2,77
telefonisch	10	12,65	8	11,11
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	34	43,03	40	55,55
totaal	79	100	72	100

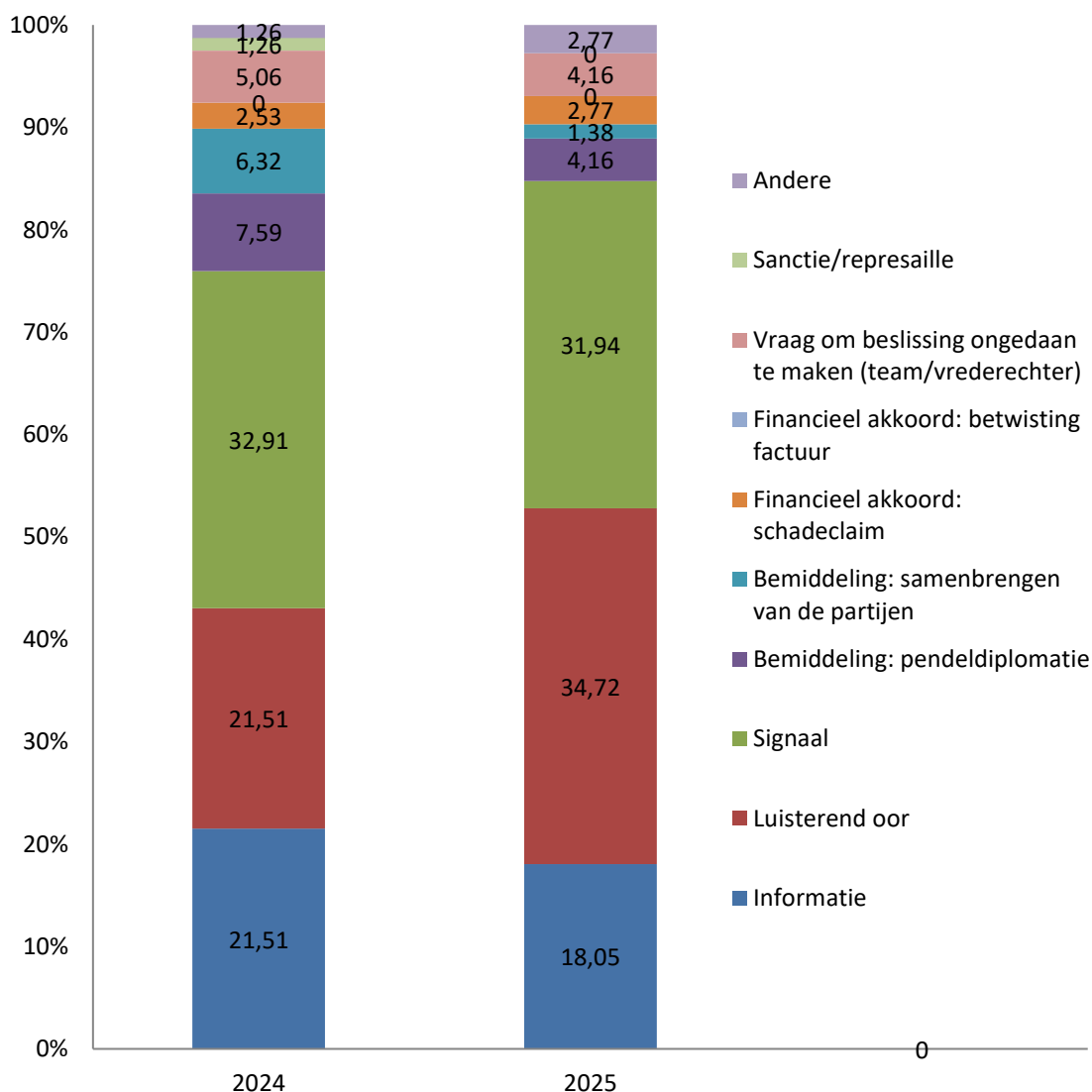
Vorm van aanmelden



Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	17	21,51	13	18,05
Luisterend oor	17	21,51	25	34,72
Signaal	26	32,91	23	31,94
Bemiddeling: pendeldiplomatie	6	7,59	3	4,16
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	5	6,32	1	1,38
Financieel akkoord: schadeclaim	2	2,53	2	2,77
Financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	4	5,06	3	4,16

Sanctie/represaille	1	1,26	-	-
Andere	1	1,26	2	2,77
totaal	79	100	72	100

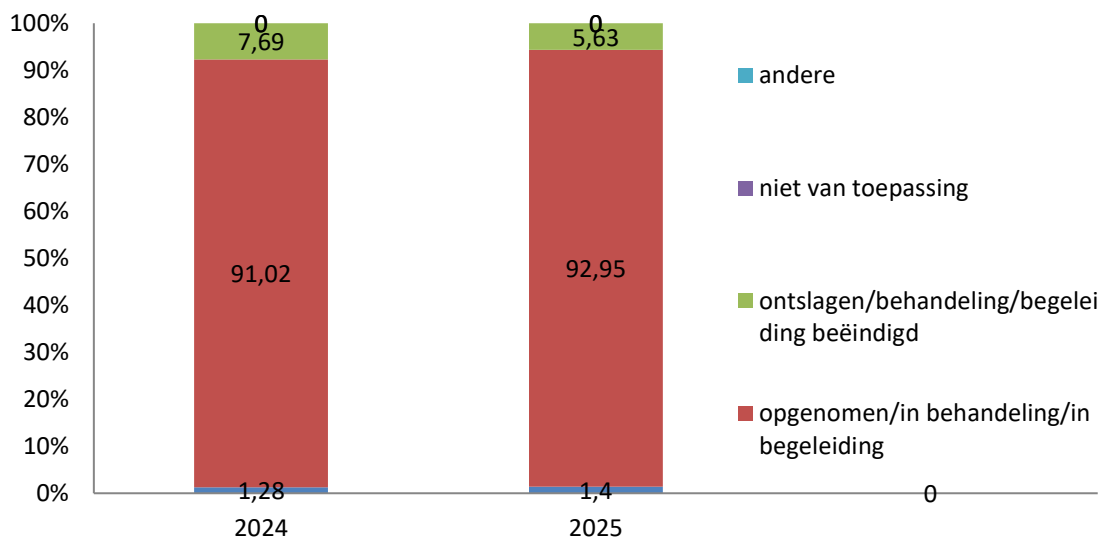
Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	1	1,28	1	1,40
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	71	91,02	66	92,95
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	6	7,69	4	5,63
niet van toepassing	-	-	-	-

andere	-	-	-	-
totaal	78	100	71	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	28	35,44	35	48,61
psychiater	16	20,25	7	9,72
huisarts	1	1,26	1	1,38
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	8	10,12	14	19,44
persoonlijke begeleider	2	2,53	-	-
sociale dienst	1	1,26	-	-
psycholoog	-	-	1	1,38
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	1	1,26	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	7	8,86	2	2,77
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	4	5,06	-	-
voedingsdienst	4	5,06	7	9,72
poetsdienst	-	-	3	4,16

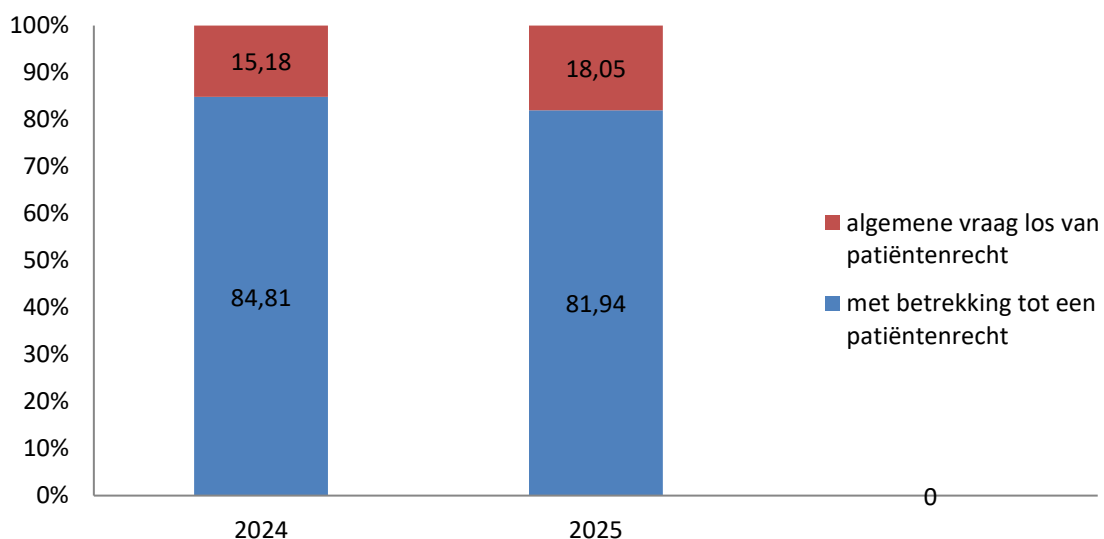
directie	1	1,26	-	-
bewindvoerder	1	1,26	1	1,38
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
beleid	5	6,32	-	-
afdelingsverantwoordelijke	-	-	-	-
andere	-	-	1	1,38
totaal	79	100	72	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	67	84,81	59	81,94
algemene vraag los van patiëntenrecht	12	15,18	13	18,05
totaal	79	100	72	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

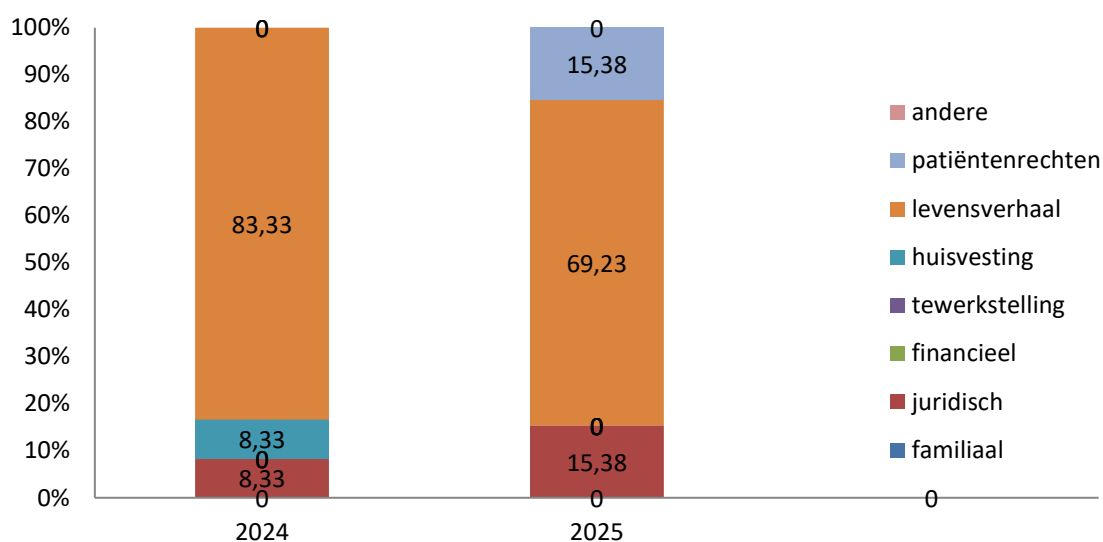


Hieronder worden de soorten **algemene vragen** los van de patiëntenrechten weergegeven. Per aanmelding wordt slechts één categorie geregistreerd. Verstrekt de ombudspersoon informatie

over meerdere categorieën, dan wordt de vraag van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aanmeldingen.

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	1	8,33	2	15,38
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	1	8,33	-	-
levensverhaal	10	83,33	9	69,23
patiëntenrechten	-	-	2	15,38
andere	-	-	-	-
totaal	12	100	13	100

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

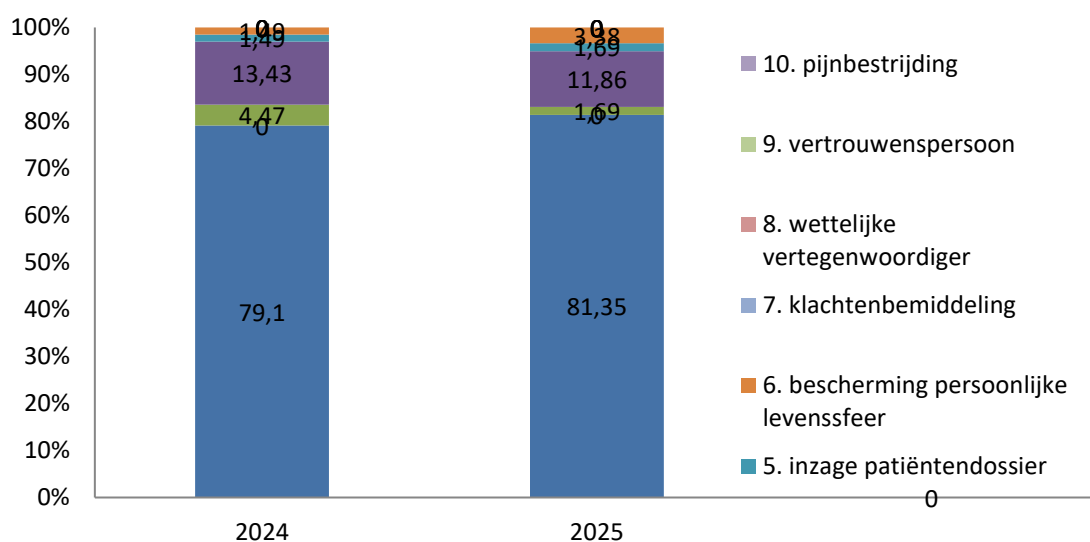


In volgende tabellen worden de aanmeldingen weergegeven die betrekking hebben op een **patiëntenrecht**. Enkel het patiëntenrecht waarrond de ombudspersoon één of andere actie onderneemt, wordt geregistreerd. Onderneemt de ombudspersoon actie rond meerdere patiëntenrechten, dan wordt het verhaal van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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	53	79,10	48	81,35
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	3	4,47	1	1,69

4. geïnformeerde toestemming	9	13,43	7	11,86
5. inzage patiëntendossier	1	1,49	1	1,69
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	1,49	2	3,38
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	67	100	59	100

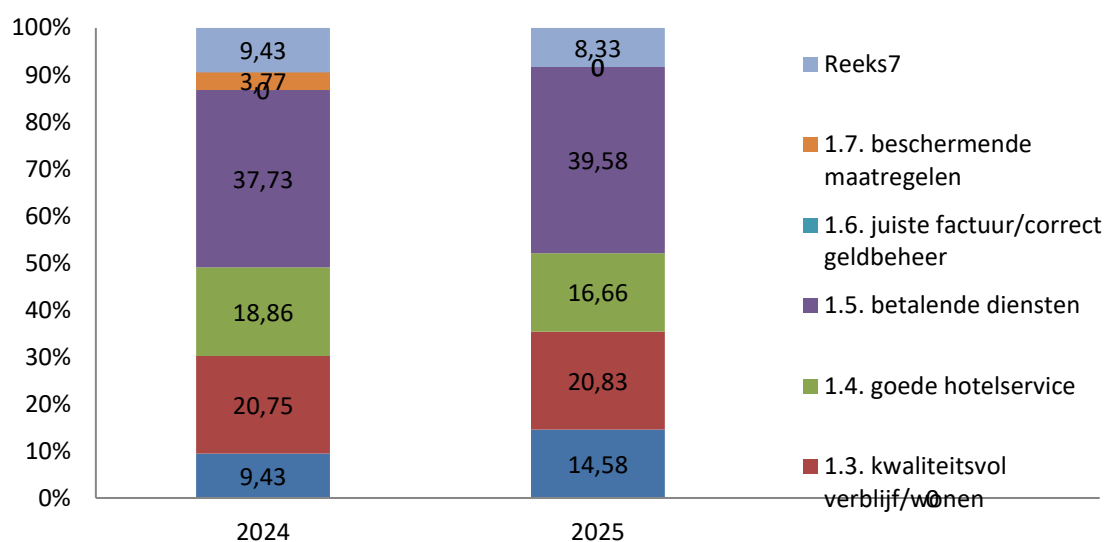
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op



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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	5	9,43	7	14,58
1.2. goede behandeling/begeleiding	11	20,75	10	20,83
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	10	18,86	8	16,66
1.4. goede hotelservice	20	37,73	19	39,58
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	3,77	-	-
1.7. beschermende maatregelen	5	9,43	4	8,33
totaal	53	100	48	100

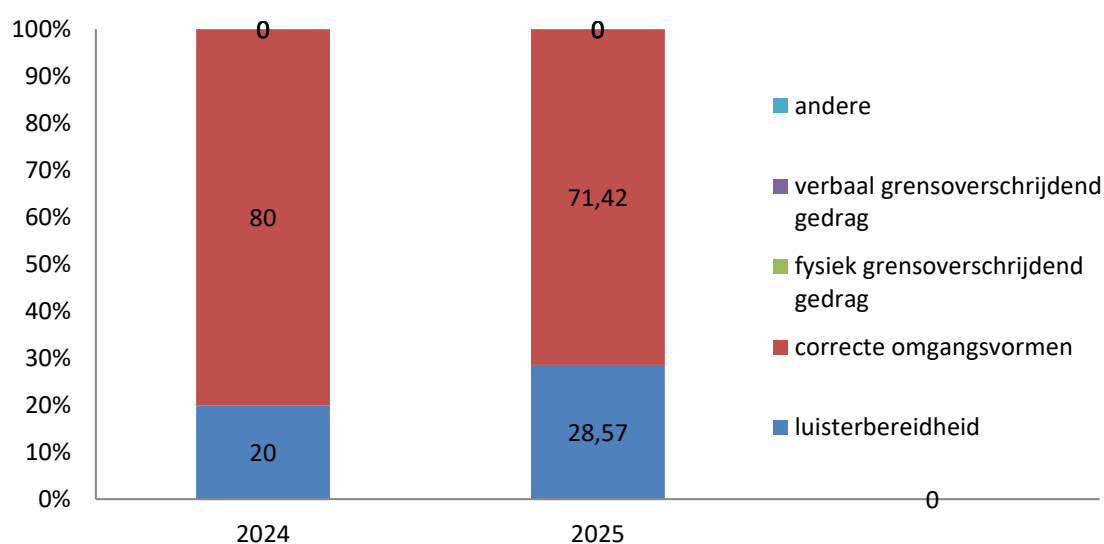
1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



1.1. Respectvolle bejegening

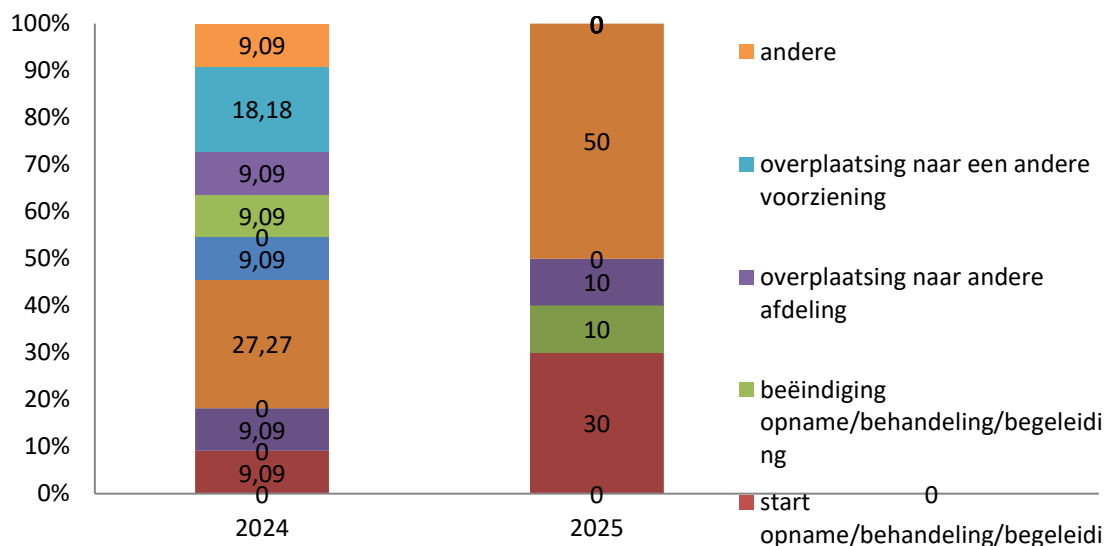
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	20,00	2	28,57
correcte omgangsvormen	4	80,00	5	71,42
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	7	100

1.1. Respectvolle bejegening



1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	1	9,09	3	30,00
medicatie	-	-	1	10,00
individuele therapie	1	9,09	1	10,00
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	3	27,27	5	50,00
betrokkenheid familie	1	9,09	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	9,09	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	1	9,09	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	2	18,18	-	-
andere	1	9,09	-	-
totaal	11	100	10	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding



Start opname/behandeling/begeleiding

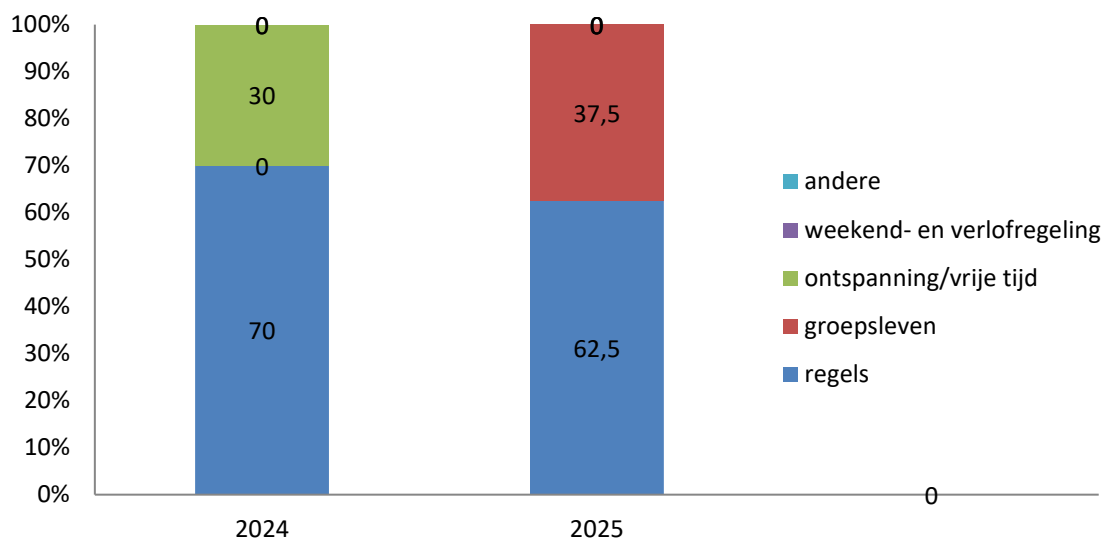
Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	2	100,00	-	-
totaal	2	100	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	7	70,00	5	62,50
groepsleven	-	-	3	37,50
ontspanning/vrije tijd	3	30,00	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	10	100	8	100

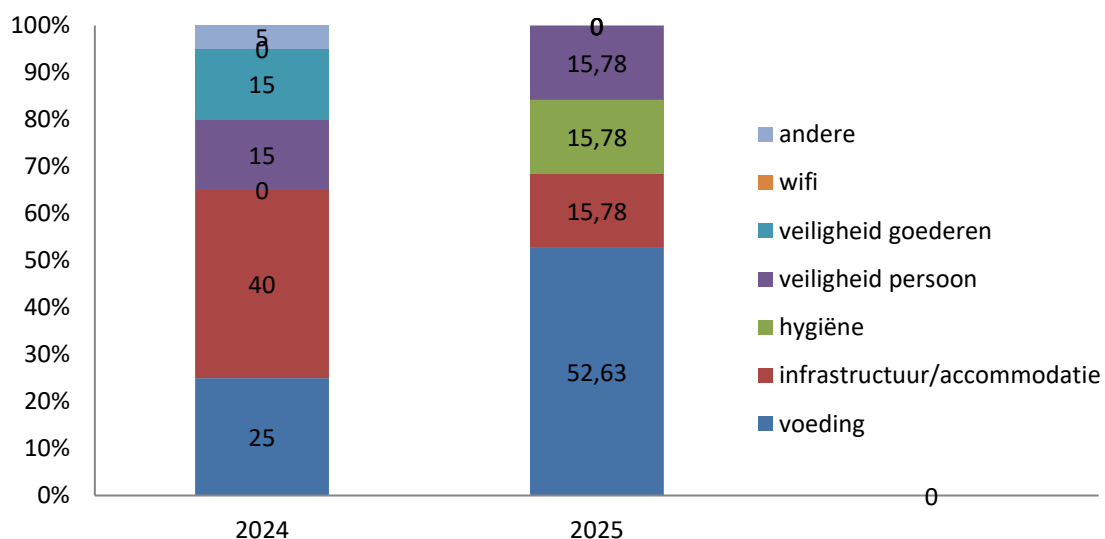
1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen



1.4. Goede hotel service

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	5	25,00	10	52,63
infrastructuur/accommodatie	8	40,00	3	15,78
hygiëne	-	-	3	15,78
veiligheid persoon	3	15,00	3	15,78
veiligheid goederen	3	15,00	-	-
wifi	-	-	-	-
andere	1	5,00	-	-
totaal	20	100	19	100

1.4. Goede hotel service

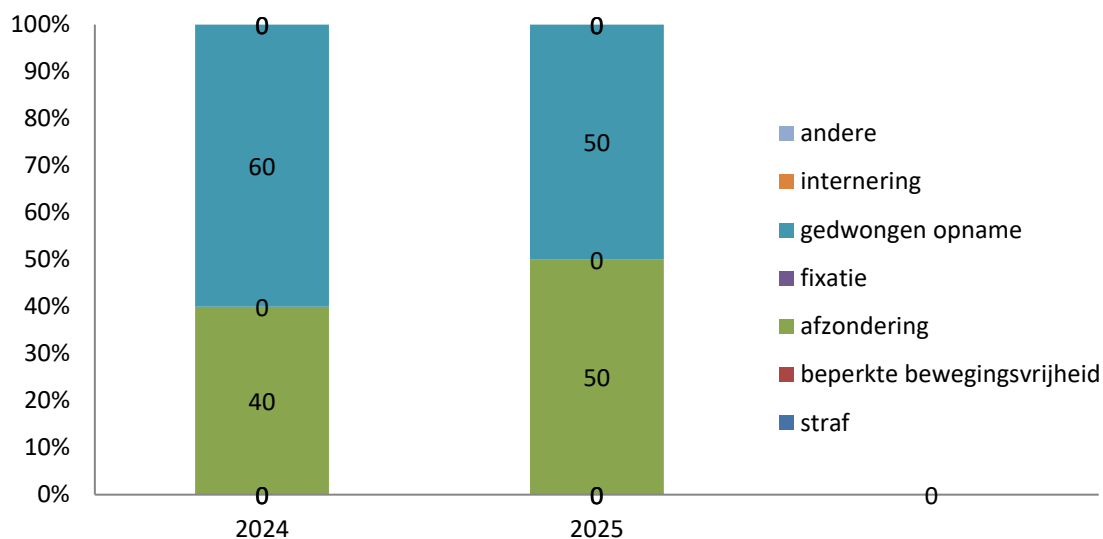


1.5. Betalende diensten

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	2	100,00	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	2	40,00	2	50,00
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	3	60,00	2	50,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	4	100

1.7. Beschermende maatregelen



2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

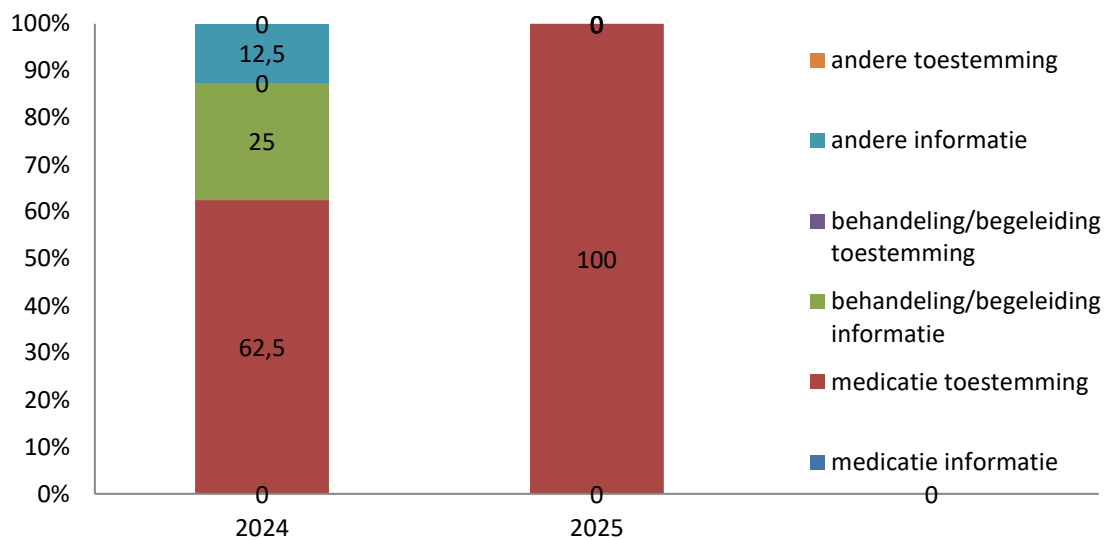
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	1	33,33	1	100,00
duur	1	33,33	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	33,33	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	1	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	5	62,50	7	100,00
behandeling/begeleiding informatie	2	25,00	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	1	12,50	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	8	100	7	100

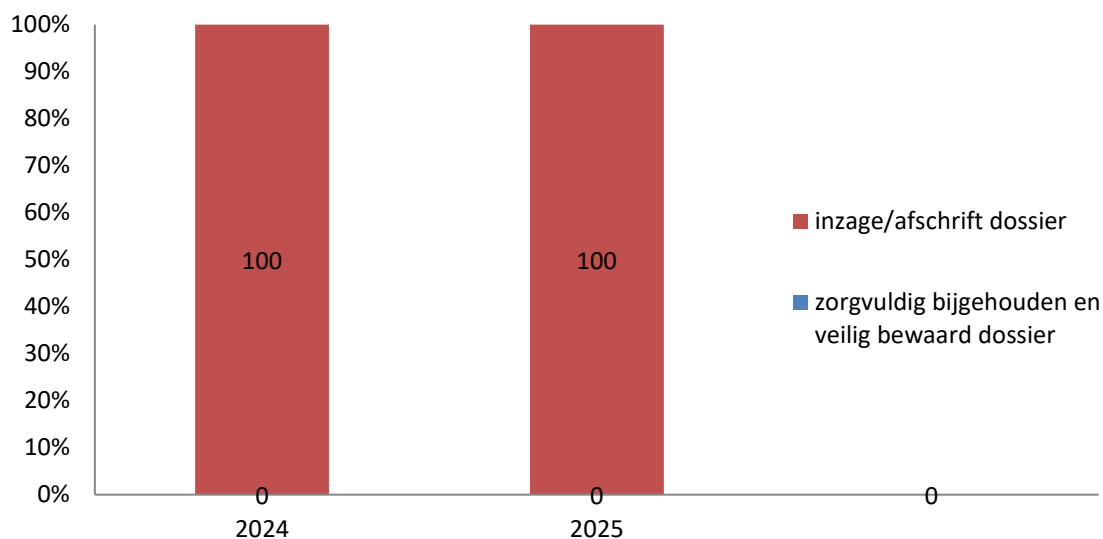
4. Recht op geïnformeerde toestemming



5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier



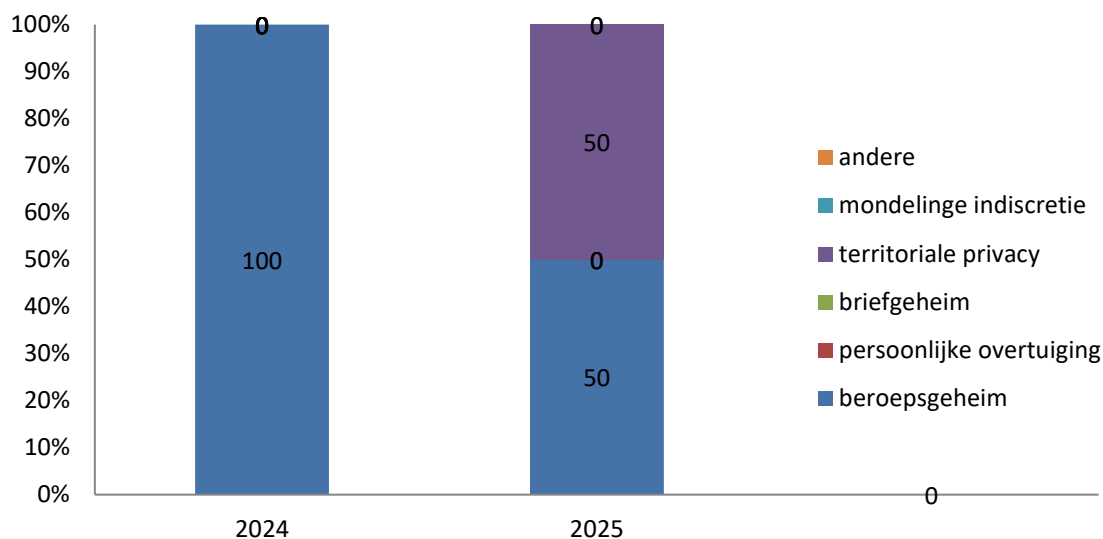
5.A. Recht op inzage of afschrift

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	1	100,00
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	-	-	-	-
ontslagbrief	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	100,00	1	50,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	1	50,00
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer



7. Recht op klachtenbemiddeling

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

9. Recht op een vertrouwenspersoon

10. Recht op pijnbestrijding

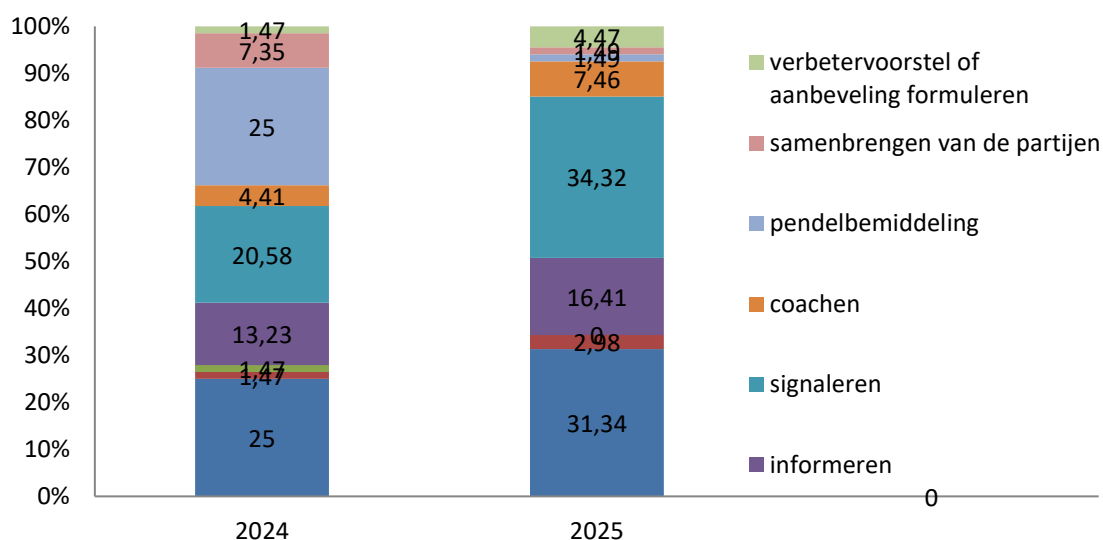
D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (69). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	17	25,00	21	31,34
doorverwijzen intern	1	1,47	2	2,98
doorverwijzen extern	1	1,47	-	-
informereren	9	13,23	11	16,41
signaleren	14	20,58	23	34,32
coachen	3	4,41	5	7,46
pendelbemiddeling	17	25,00	1	1,49
samenbrengen van de partijen	5	7,35	1	1,49
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	1	1,47	3	4,47
totaal	68	100	67	100

Hoofdinterventie



E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	15	20,83	4	5,79
binnen de week	22	30,55	1	1,44

binnen de twee weken	7	9,72	8	11,59
binnen de vier weken	8	11,11	14	20,28
later dan vier weken	20	27,77	42	60,86
totaal	72	100	69	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	9	53

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. 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederichter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Jaarverslag Alexianen Zorggroep Tienen Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

JEROEN SIMAEYS



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden

medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend. Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG

Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Aanbevelingen en uitdagingen

Ter info

In een standaardweek ben ik maandagnamiddag in jullie voorziening aanwezig. Als een gesprek of vorming niet op dit moment door kan gaan, gebeurt het wel eens dat ik op een ander moment in jullie voorziening ben.

Ik besteed mijn tijd door langs te gaan op de afdelingen, het ledigen van de ombudsbrievenbussen en gesprekken met betrokkenen. Ook patiëntenraden, afdelingsmomenten en vormingen neem ik voor mijn rekening. Uit de statistieken blijkt dat een klein deel van de klachten via de brievenbussen werd gedaan. Wel stijgt het aantal mensen die me persoonlijk aanspreken tijdens mijn bezoeken op de afdelingen. Deze aanwezigheid blijft dus zeker nuttig, om zo ook de minder sociaal en technologisch sterke mensen te kunnen blijven bereiken.

In verband met mijn aanbevelingen van vorig jaar merkte ik toch een toegenomen aandacht voor de privacy van patiënten, iets wat uiteraard fijn was om vast te stellen. Het is immers een thema dat niet altijd even gemakkelijk is, maar in de toekomst zeer belangrijk zal blijven. Aanhoudende aandacht voor het onderwerp lijkt me hier aan de orde. Ook merkte ik dat er geregeld verwezen werd naar de beschikbare e-learnings van Psyche.

Op het vlak van aanbevelingen denk ik momenteel aan 3 elementen:

1. Duidelijker systeem voor ter bewaring gelegde bezittingen van patiënten.
2. Aparte voedingsraad.
3. De 5 nieuwe e-learnings van Psyche.

Duidelijker systeem voor ter bewaring gelegde bezittingen van patiënten

Ik botste op enkele misverstanden waarbij er onenigheid was tussen patiënt en afdeling over ter bewaring gelegde spullen. Het gaat dan hoofdzakelijk over zaken die aan het begin van een opname niet op de kamer mogen en tijdelijk bewaard worden door de begeleiding. Eens de opname is afgerond kan het probleem ontstaan dat de patiënt een andere herinnering had van de overgedragen spullen of dat er effectief spullen zijn kwijtgeraakt. Vaak is het moment van overdracht dan al te lang geleden om alles in detail te herinneren. Het lijkt me ook aangewezen om, zeker voor spullen met een bepaalde waarde, vast te leggen wat de patiënt juist ter bewaring achterlaat. Eventueel ondertekend en in combinatie met een foto. Op die manier kan de discussie achteraf waarschijnlijk sneller opgelost worden en is het duidelijk waar er iets misgelopen is.

Aparte voedingsraad

Vragen of klachten over voeding zijn steeds terugkerende onderwerpen. Deze zijn niet altijd even makkelijk op te lossen want wat persoon x goed of lekker vindt is voor persoon y dan weer heel wat minder. Ik hoorde dat het onderwerp tijdens de patiëntenraden ook regelmatig aan bod komt. Naar analogie met enkele andere voorbeelden die ik al tegenkwam is het misschien een idee om een aparte voedingsraad op te richten, waar de voedingsvragen apart gesteld kunnen worden. Op deze manier kunnen patiënten hun mening kwijt én kan de patiëntenraad zijn hoofddoel blijven dienen.

Nieuwe e-learnings

De e-learningen zijn heel handig om op een eenvoudige en tijdsefficiënte manier je expertise te vergroten. Deze extra informatie is relevant voor zowel patiënten als zorgverleners en kan ervoor zorgen dat alle partijen een uniformer denkkader ontwikkelen. Vanuit Psyche wordt dan ook aangeraden om deze e-learningen actief aan te bevelen bij zorgverleners en patiënten.

Dit jaar kwamen er 5 e-learningen bij:

1. Van gedwongen opname naar beschermingsmaatregel
2. Leertraject spanning, escalatie en agressief gedrag
3. Adoptiesensitief handelen in de hulpverlening
4. Psychische kwetsbaarheid bij ouderen
5. Opvang, nazorg en herstel

AANMELDINGEN

Voorziening: Zorggroep Alexianen, Tienen + Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen | PZ campus Liefdestraat

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 06/01/2025, de laatste op 08/12/2025.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	43	20	29	40
aanmelders	43	20	28	38

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

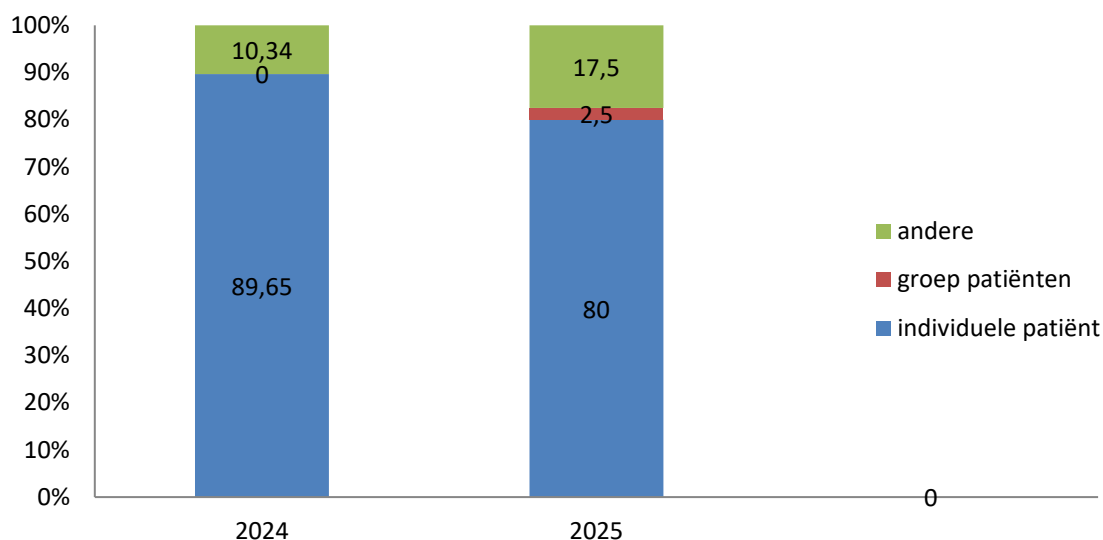
Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	29		40	

De **40** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 38 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	26	89,65	32	80,00
groep patiënten	-	-	1	2,50
andere	3	10,34	7	17,50
totaal	29	100	40	100

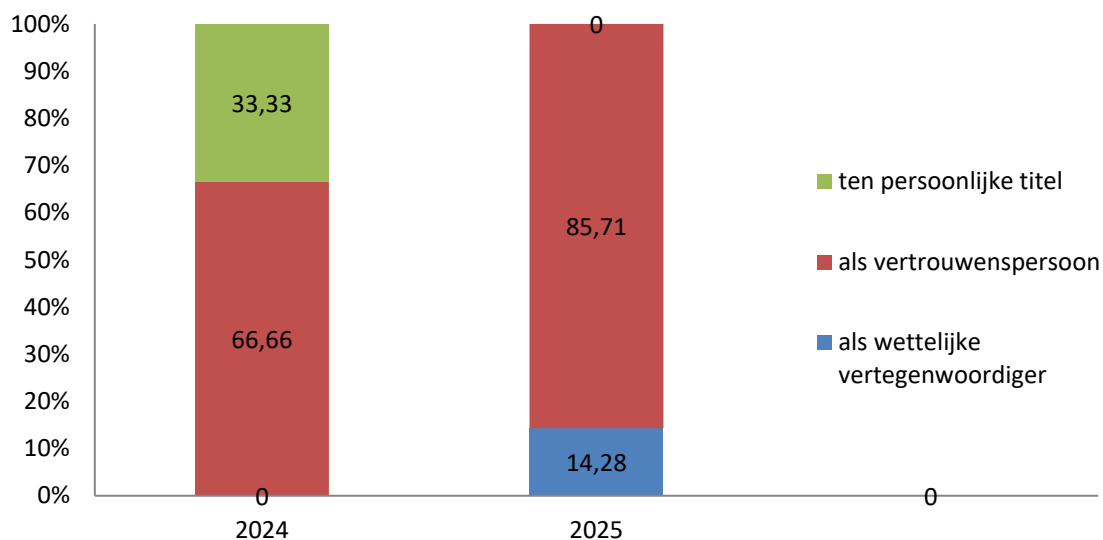
Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	3	100,00	7	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	7	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	1	14,28
als vertrouwenspersoon	2	66,66	6	85,71
ten persoonlijke titel	1	33,33	-	-
totaal	3	100	7	100

Hoedanigheid indien andere



Terugkoppeling indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	33,33	6	85,71
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	1	33,33	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	1	33,33	-	-
terugkoppeling was niet nodig	-	-	1	14,28
totaal	3	100	7	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	7	24,13	10	25,00
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	8	27,58	6	15,00
telefonisch	12	41,37	20	50,00
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	2	6,89	4	10,00
totaal	29	100	40	100

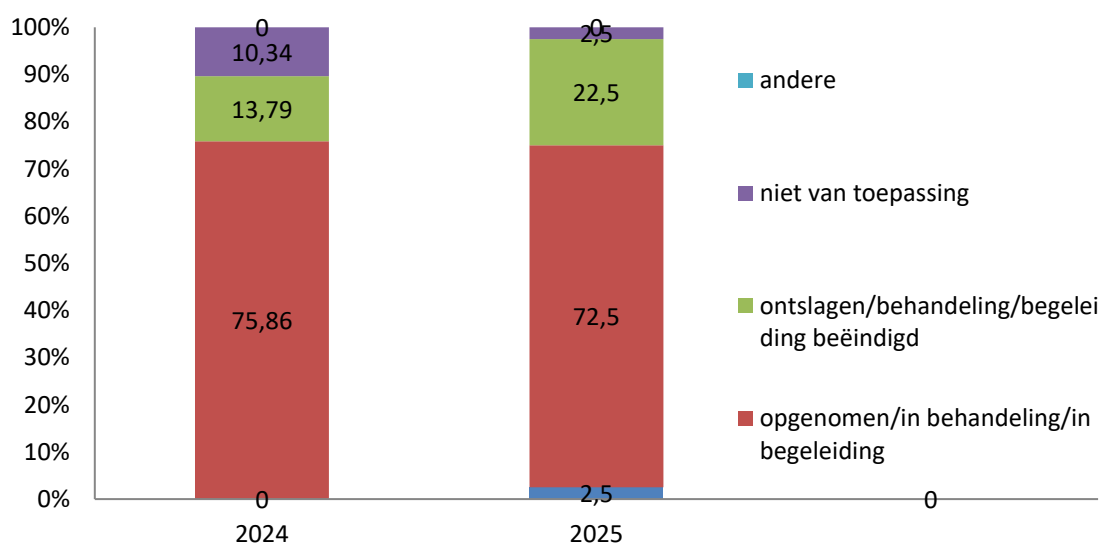
Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	9	31,03	10	25,00
Luisterend oor	7	24,13	10	25,00
Signaal	9	31,03	13	32,50
Bemiddeling: pendeldiplomatie	2	6,89	2	5,00
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	-	-	-	-
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	2	5,00
Financieel akkoord: betwisting factuur	1	3,44	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	1	3,44	3	7,50
Sanctie/represaille	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-

totaal	29	100	40	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	2,50
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	22	75,86	29	72,50
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	4	13,79	9	22,50
niet van toepassing	3	10,34	1	2,50
andere	-	-	-	-
totaal	29	100	40	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	5	17,24	7	17,50
psychiater	2	6,89	3	7,50
huisarts	-	-	2	5,00
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	1	3,44	1	2,50
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	1	2,50
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	12	41,37	22	55,00
administratieve dienst	-	-	1	2,50
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	2	6,89	1	2,50
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	1	3,44	-	-
ombudspersoon	1	3,44	-	-
wasserij	-	-	-	-

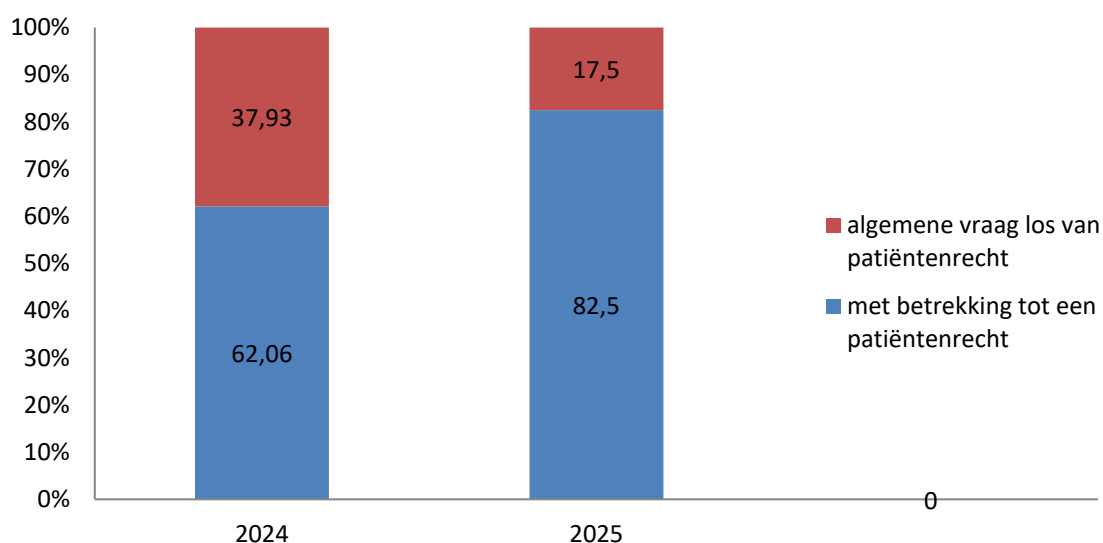
beleid	1	3,44	-	-
afdelingsverantwoordelijke	3	10,34	2	5,00
andere	1	3,44	-	-
totaal	29	100	40	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	18	62,06	33	82,50
algemene vraag los van patiëntenrecht	11	37,93	7	17,50
totaal	29	100	40	100

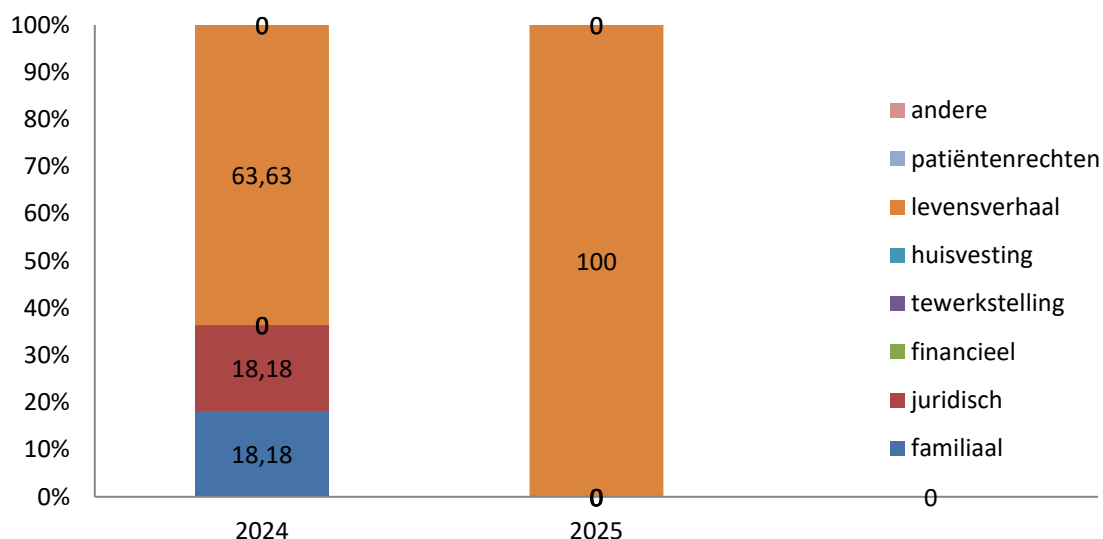
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	2	18,18	-	-
juridisch	2	18,18	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	7	63,63	7	100,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	11	100	7	100

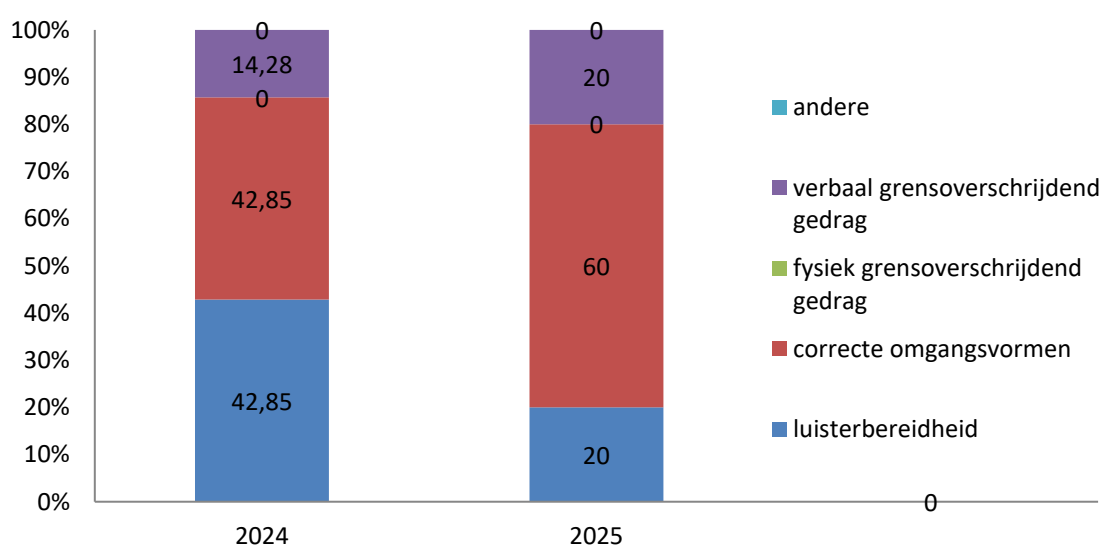
Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



1.4. goede hotelservice	1	9,09	5	31,25
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	9,09	-	-
1.7. beschermende maatregelen	1	9,09	-	-
totaal	11	100	16	100

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	42,85	1	20,00
correcte omgangsvormen	3	42,85	3	60,00
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	1	14,28	1	20,00
andere	-	-	-	-
totaal	7	100	5	100

1.1. Respectvolle bejegening



1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	16,66
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	-	-	1	16,66
individuele therapie	-	-	1	16,66
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	-	-
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	3	50,00
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	6	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	-	-	-	-
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	1	100,00	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	1	100	-	-

1.4. Goede hotelservice

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	1	100,00	1	20,00
infrastructuur/accommodatie	-	-	2	40,00
hygiëne	-	-	1	20,00
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	-	-	1	20,00
wifi	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	5	100

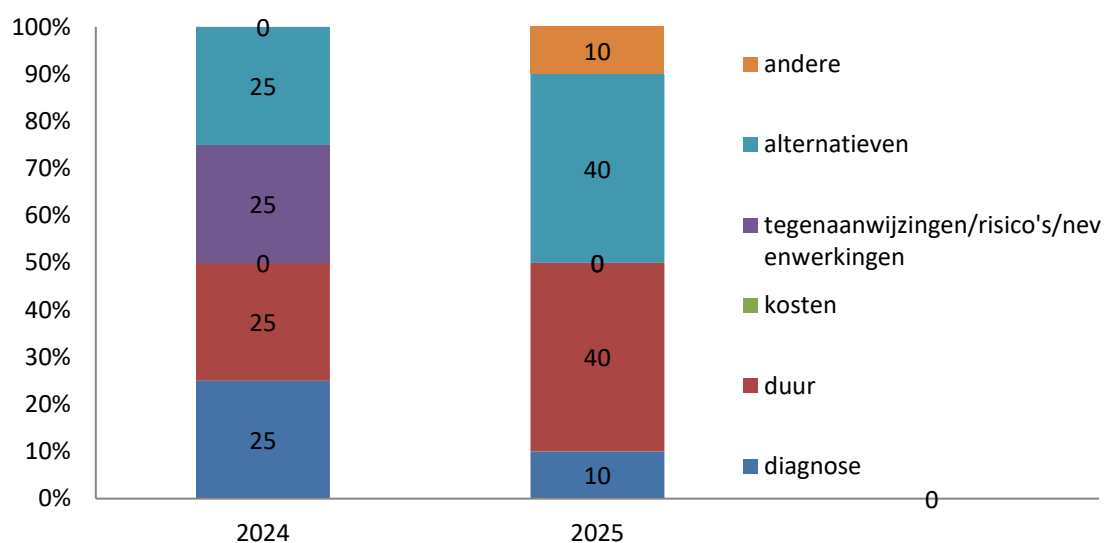
2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	1	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

3. Recht op informatie

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	1	25,00	1	10,00
duur	1	25,00	4	40,00
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	25,00	-	-
alternatieven	1	25,00	4	40,00
andere	-	-	1	10,00
totaal	4	100	10	100

3. Recht op informatie



4. Recht op geïnformeerde toestemming

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	-	-	-	-
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	1	100,00	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

5.A. Recht op inzage of afschrift

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	-	-	-	-
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	-	-

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	50,00	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	1	50,00	-	-
territoriale privacy	-	-	2	33,33
mondelijke indiscretie	-	-	3	50,00
andere	-	-	1	16,66
totaal	2	100	6	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-

geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

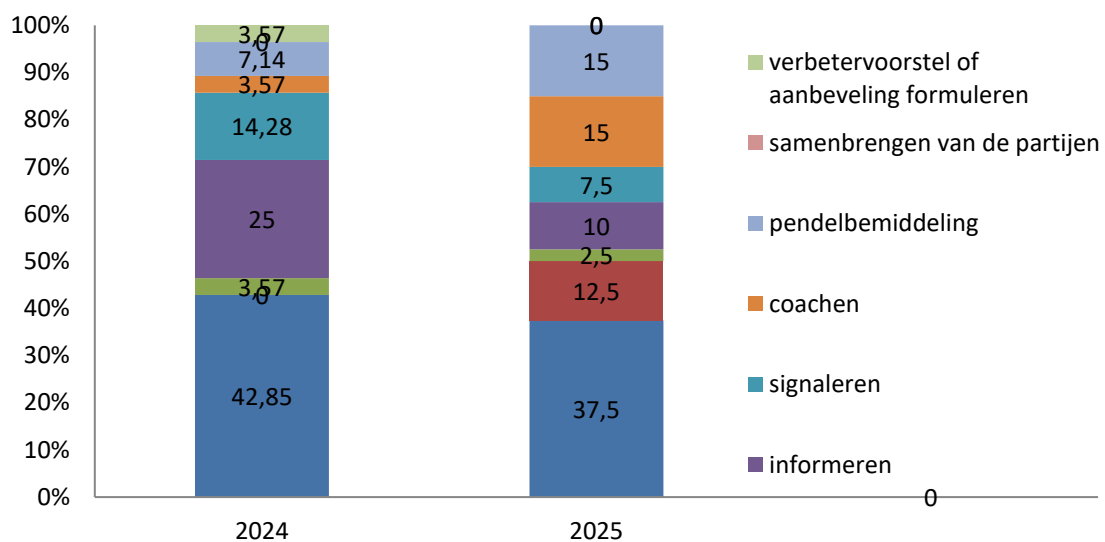
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (40). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	12	42,85	15	37,50
doorverwijzen intern	-	-	5	12,50
doorverwijzen extern	1	3,57	1	2,50
informeren	7	25,00	4	10,00
signaleren	4	14,28	3	7,50
coachen	1	3,57	6	15,00
pendelbemiddeling	2	7,14	6	15,00
samenbrengen van de partijen	-	-	-	-
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	1	3,57	-	-
totaal	28	100	40	100

Hoofdinterventie



E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	23	79,31	30	75,00
binnen de week	5	17,24	6	15,00
binnen de twee weken	-	-	-	-
binnen de vier weken	1	3,44	-	-
later dan vier weken	-	-	4	10,00
totaal	29	100	40	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	4	7

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

Jaarverslag *PZ Sint-Jan Eeklo*
Onafhankelijke Ombudsdienst
Geestelijke Gezondheidszorg
2025

Karen De Smedt



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek! werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG

Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	4
Inleiding	5
Bereikbaarheid en werking van de ombudsdienst.....	6
Algemene evoluties en aanbevelingen.....	7
Besluit	8
Aanmeldingen (go between).....	9

Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG) voor PZ Sint-Jan Eeklo.

Dit jaarverslag heeft in eerste instantie als doel om de aanbevelingen en uitdagingen van het afgelopen jaar in kaart te brengen. Daarbij gebruiken we de artikels van de wet Patiëntenrechten als leidraad om deze aanbevelingen en uitdagingen te structureren en weer te geven.

Daarnaast onderbouwen we onze aanbevelingen en aandachtspunten met cijfermateriaal. Hiervoor maken we gebruik van het registratiesysteem Go Between. Het is belangrijk om te benadrukken dat de ombudsdienst klachten registreert zoals patiënten ze aanbrengen. Er wordt geen waarheidsbevinding gedaan, waardoor we aanraden om de cijfers met de nodige voorzichtigheid te interpreteren en er niet te sterk op te focussen.

In 2025 fungeerden verschillende ombudspersonen als aanspreekpunt. De aanwezigheid van de externe ombudspersoon was in deze periode onregelmatig, wat een invloed had op de aard van de registraties en het minder evident maakt om op basis daarvan concrete aanbevelingen te formuleren. Hierdoor zijn de cijfers voor 2025 niet volledig representatief en geven ze mogelijk geen volledig beeld van alle klachten en meldingen die er waren.

In de komende periode wordt verder ingezet op het verduidelijken en bekendmaken van de ombudswerking bij zowel patiënten als medewerkers. De concrete werking van de ombudsdienst wordt verder toegelicht in het hoofdstuk *‘Werking ombudsdienst’*.

Dit jaarverslag beschrijft aandachtspunten en aanbevelingen voor de komende periode, met als doel de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren. Aarzel zeker niet om de ombudspersoon aan te spreken indien er vragen of onduidelijkheden zouden zijn.

Bereikbaarheid en werking van de ombudsdienst

Binnen het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Jan Eeklo is sinds oktober 2025, opnieuw een externe ombudsdienst actief. In de periode voorafgaand van juni tot oktober 2025 was er voor de externe ombudsdienst uitsluitend telefonische bereikbaarheid.

De externe ombudspersoon is wekelijks drie uur fysiek aanwezig in het ziekenhuis, met een vaste permanentie op dinsdag.

Naast deze wekelijkse permanentie is de externe ombudspersoon bereikbaar via telefoon, via een persoonlijk e-mailadres en via het algemene e-mailadres van OOGG. Daarnaast is er op weekdagen een dagelijkse chatmogelijkheid voorzien tussen 16.00 en 18.00 uur. Binnen de voorziening is er op iedere afdeling een brievenbus aanwezig waar patiënten schriftelijk contact kunnen opnemen met de ombudsdienst.

Op vraag van afdelingen verzorgen de ombudspersonen vormingen rond patiëntenrechten. Deze vormingen richten zich tot zowel patiënten als medewerkers. Aan de hand van stellingen, powerpoints en casussen kan samen gereflecteerd worden over hoe patiëntenrechten in de dagelijkse praktijk zo goed mogelijk kunnen worden gewaarborgd.

De ombudsdienst is in de eerste plaats een laagdrempelig aanspreekpunt waar patiënten terecht kunnen met vragen, bezorgdheden of onduidelijkheden. In de meeste contacten ligt de nadruk op luisteren, informeren en ondersteunen, en waar nodig op het versterken van de patiënt in het verhelderen van zijn of haar vraag. Ook coaching en het verkennen van mogelijke vervolgstappen maken hier deel van uit. Bemiddeling kan aan bod komen, maar is niet het meest frequente onderdeel van de werking.

Als onafhankelijke instantie streeft de ombudsdienst ernaar om samen met de patiënt en de betrokken zorgverleners tot een oplossing te komen voor een vraag, bezorgdheid of probleem. Dit gebeurt door het samenbrengen van alle betrokken partijen en het creëren van ruimte voor gesprek, waarbij hun standpunten zorgvuldig worden verkend. In deze rol neemt de ombudspersoon geen standpunt in en velt hij of zij geen oordeel. Het doel is het mogelijk maken van dialoog en het bevorderen van wederzijds begrip, zodat gezamenlijk en op een constructieve manier naar een oplossing kan worden gezocht.

Algemene evoluties en aanbevelingen

In 2025 werd een toename vastgesteld van het aantal klachten, met een verdubbeling ten opzichte van het voorgaande jaar. De inhoudelijke thema's van de meldingen bleven echter grotendeels in dezelfde lijn als in 2024. In totaal werden 39 meldingen geregistreerd, met een eerste aanmelding op 13 januari 2025 en een laatste op 11 december 2025. Alle meldingen werden tegen het einde van het jaar afgehandeld en afgesloten.

Uit de analyse van de meldingen blijkt dat het merendeel betrekking had op patiëntenrechten, waarbij het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5) duidelijk op de voorgrond trad en het grootste deel van de registraties vertegenwoordigde. Binnen deze categorie had ongeveer de helft van de meldingen betrekking op aspecten van de hotelservice. Daarbij hadden de meeste meldingen betrekking op voeding, terwijl ook de infrastructuur regelmatig werd benoemd. Deze signalen maken duidelijk dat zowel het voedingsaanbod als de verblijfsomgeving een belangrijke rol spelen in de beleving van patiënten tijdens hun verblijf. Een blijvende aandacht voor deze aspecten kan bijdragen aan comfort, voorspelbaarheid en algemeen welbevinden.

Een kleiner deel van de meldingen had betrekking op respectvolle bejegening en op goede behandeling en begeleiding. Hierbij kwamen thema's zoals luisterbereidheid, correcte omgangsvormen en de beschikbaarheid van zorgverleners naar voren. Deze signalen maken duidelijk hoe belangrijk het voor patiënten is om zich gehoord en serieus genomen te voelen, voldoende ruimte te ervaren om hun verhaal en bezorgdheden te delen, en heldere informatie te krijgen die houvast biedt en onzekerheid kan verminderen. Ze wijzen ook op het belang van blijvende reflectie over het eigen handelen en de impact ervan op de zorgervaring van patiënten. Een gedeelde aandacht voor respectvolle bejegening, communicatie en betrokkenheid vormt zo een belangrijke basis voor kwaliteitsvolle zorg en biedt aanknopingspunten om hier samen verder op in te zetten, waarbij zowel de beleving van de patiënt als de context van de zorgverlener wordt erkend.

Gezien in 2025 meerdere ombudspersonen actief waren, worden deze bevindingen als voorlopig en verkennend beschouwd. Ze bieden waardevolle inzichten die in de komende jaren verder kunnen worden opgevolgd en verdiept. Voor 2026 blijft de ombudsdienst dan ook inzetten op het versterken van de zichtbaarheid van de ombudswerking en op vorming, zodat patiënten en zorgverleners zich blijven gesteund voelen in een open dialoog rond kwaliteitsvolle zorg. Op die manier willen we blijven bijdragen aan een zorgomgeving waarin mensen zich gehoord, veilig en gerespecteerd voelen.

Besluit

De bevindingen van 2025 geven het belang weer van een zorgomgeving waarin patiënten zich gehoord, veilig en gerespecteerd voelen. Aspecten zoals een comfortabele en verzorgde verblijfsomgeving, passend voedingsaanbod, respectvolle bejegening en duidelijke communicatie vormen samen een belangrijke basis voor een positieve zorgervaring.

De ombudspersoon speelt hierbij een ondersteunende rol door ruimte te creëren voor open gesprek en dialoog. Deze werking is alleen mogelijk dankzij het vertrouwen en de openheid van alle betrokkenen, en daarvoor brengen we onze dank uit aan patiënten, zorgverleners, directies en de overheid.

Voor 2026 blijft de focus liggen op het versterken van samenwerking, het verder uitbouwen van een toegankelijke en zichtbare ombudswerking, en het bijdragen aan een klimaat van vertrouwen en dialoog. We kijken met vertrouwen uit naar het vervolg van deze samenwerking en zetten ons graag in voor een zorgomgeving waarin iedereen zich gehoord, veilig en gerespecteerd voelt.

Aanmeldingen (go between)

Voorziening: PZ Sint Jan Eeklo

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 13/01/2025, de laatste op 11/12/2025.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 39, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 39.

Dit zijn 22 meer dan in 2024.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	0	40	17	39
aanmelders	0	40	17	33

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	17		39	
aanmelders	17		33	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	11	91,66	22	59,45
<i>binnen de week</i>	-	-	9	24,32
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan vier weken</i>	1	8,33	6	16,21
totaal	12	100	37	100

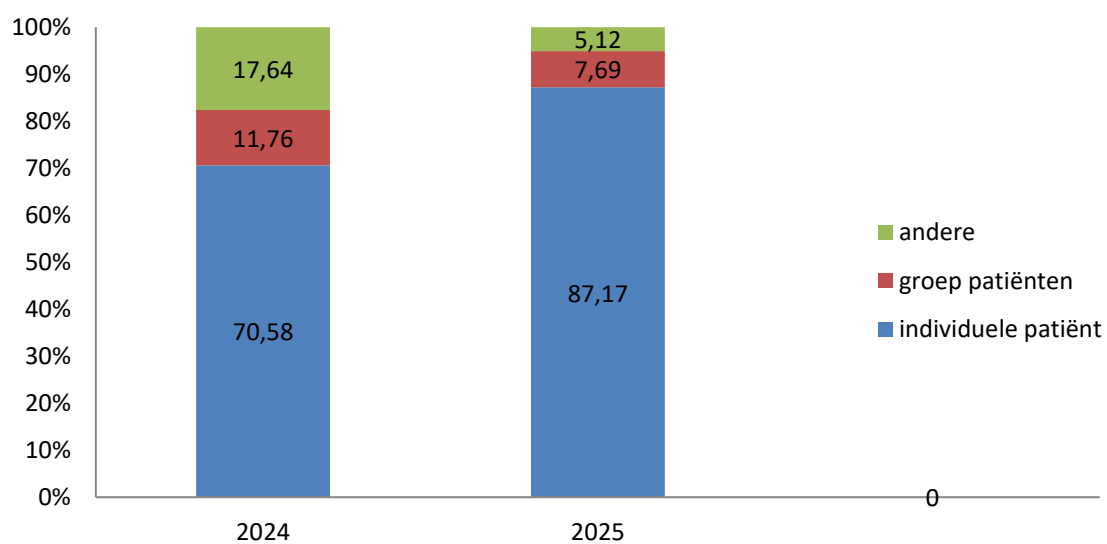
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	5	29,41	3	7,69
<i>1 contact</i>	8	47,05	20	51,28
<i>2 contacten</i>	3	17,64	9	23,07
<i>3 contacten</i>	1	5,88	6	15,38
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	1	2,56
totaal	17	100	39	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		4	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	14		39	

De **39** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 33 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
4	1	3,03	4	10,25
2	3	9,09	6	15,38
1	29	87,87	29	74,35
totaal	33	100	39	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	12	70,58	34	87,17
groep patiënten	2	11,76	3	7,69
andere	3	17,64	2	5,12
totaal	17	100	39	100

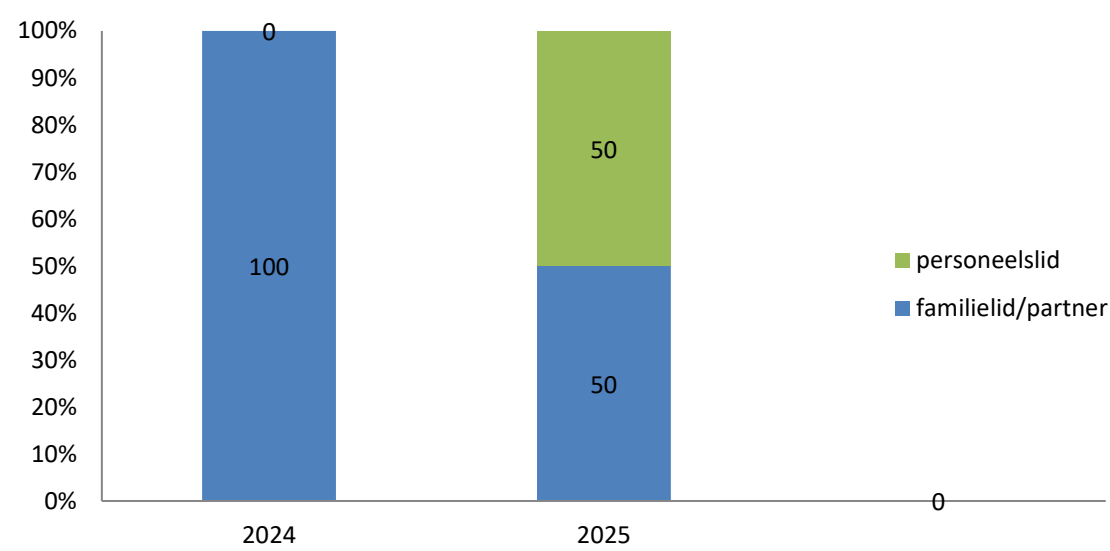
Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	1	50,00	2	66,66
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	1	50,00	1	33,33
totaal	2	100	3	100
grootste groep	6		19	

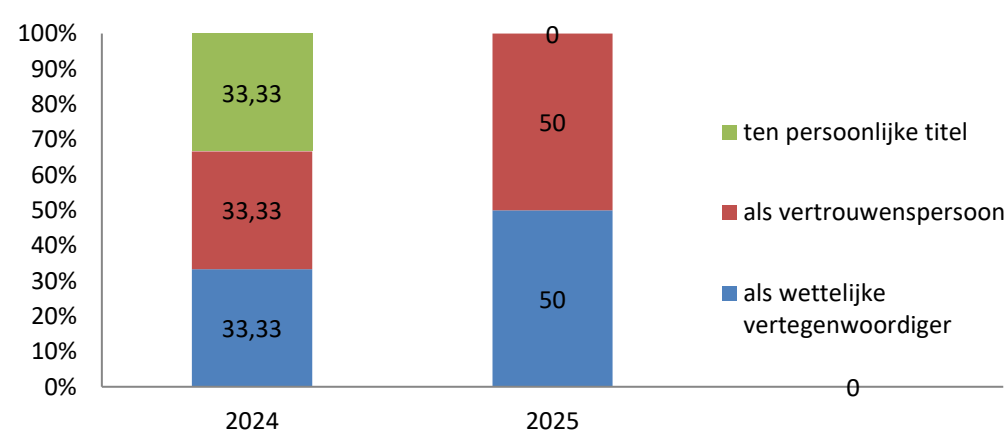
Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	3	100,00	1	50,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

Initiële aanmelder indien andere



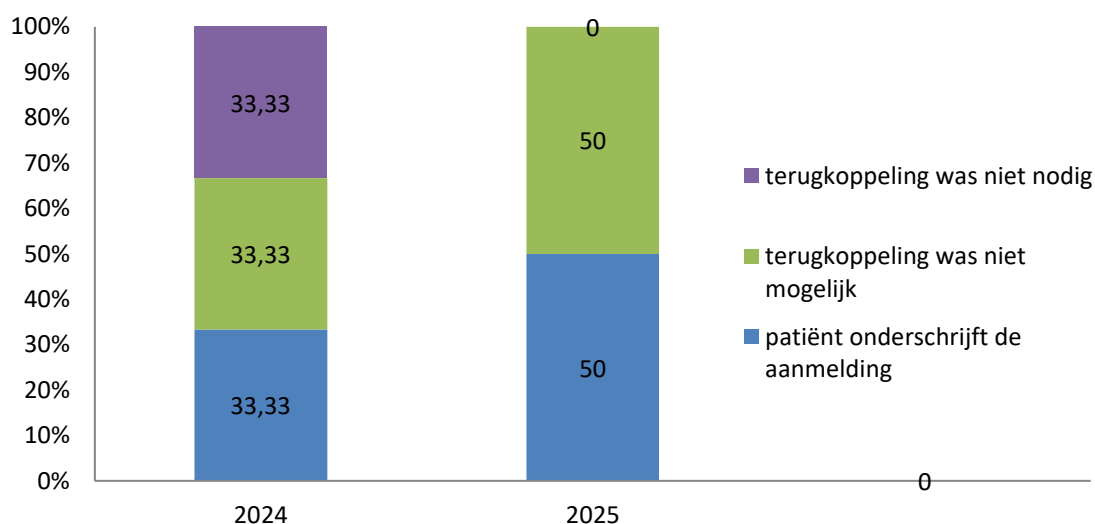
Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	33,33	1	50,00
als vertrouwenspersoon	1	33,33	1	50,00
ten persoonlijke titel	1	33,33	-	-
totaal	3	100	2	100

Hoedanigheid indien andere



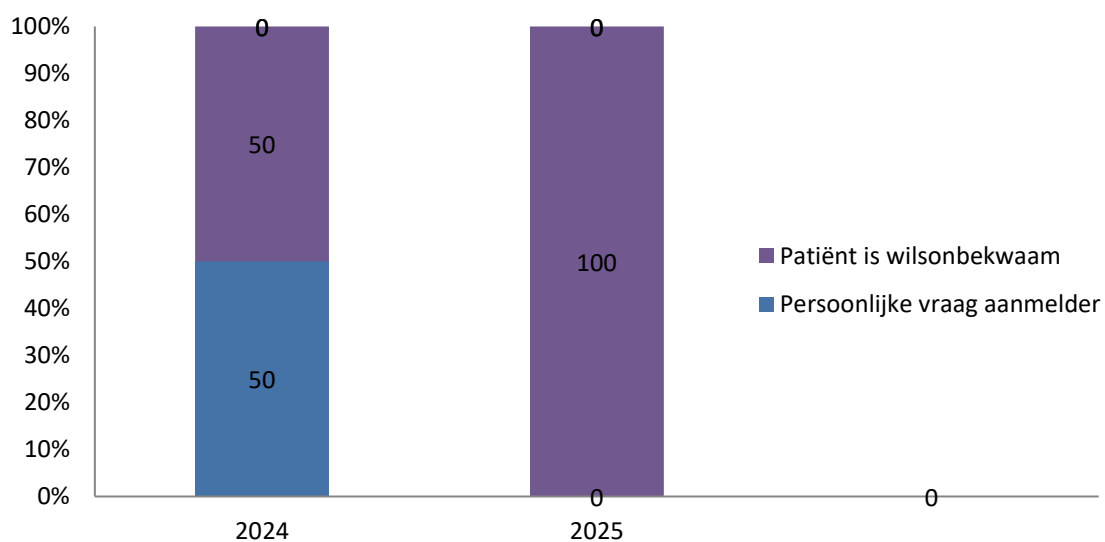
Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	33,33	1	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	1	33,33	1	50,00
terugkoppeling was niet nodig	1	33,33	-	-
totaal	3	100	2	100

Terugkoppeling indien andere



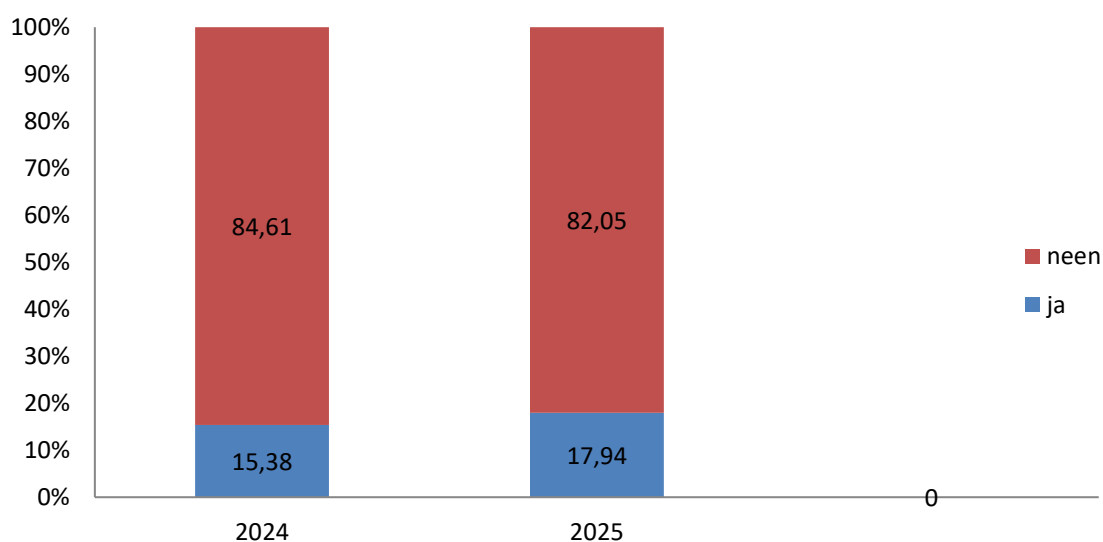
Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	1	50,00	-	-
Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	1	50,00	1	100,00
Patiënt is overleden	-	-	-	-
Patiënt is onbereikbaar	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden



Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	2	15,38	7	17,94
neen	11	84,61	32	82,05
totaal	13	100	39	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?

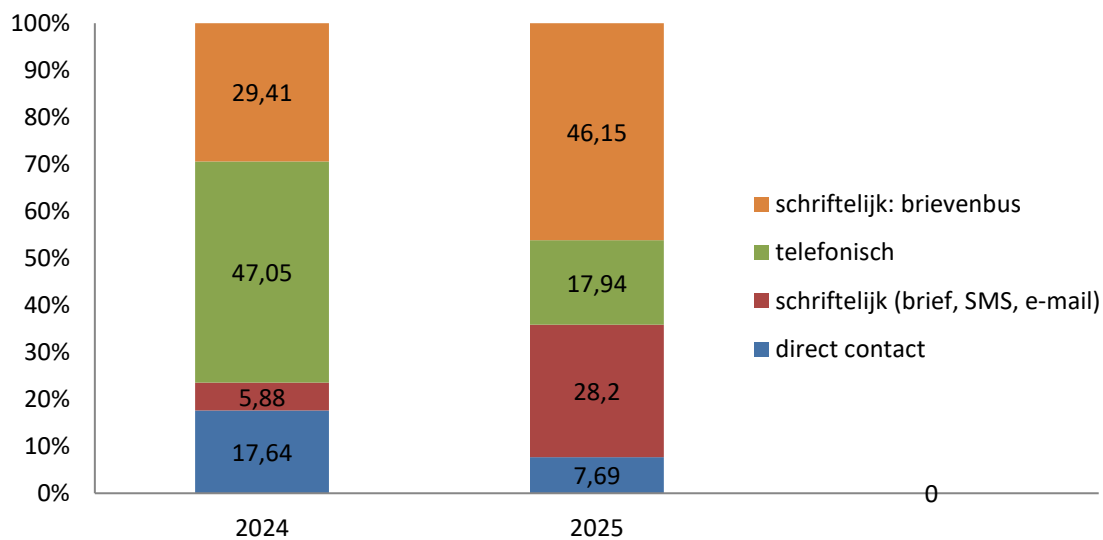


Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	3	17,64	3	7,69
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	1	5,88	11	28,20
telefonisch	8	47,05	7	17,94

chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	5	29,41	18	46,15
totaal	17	100	39	100

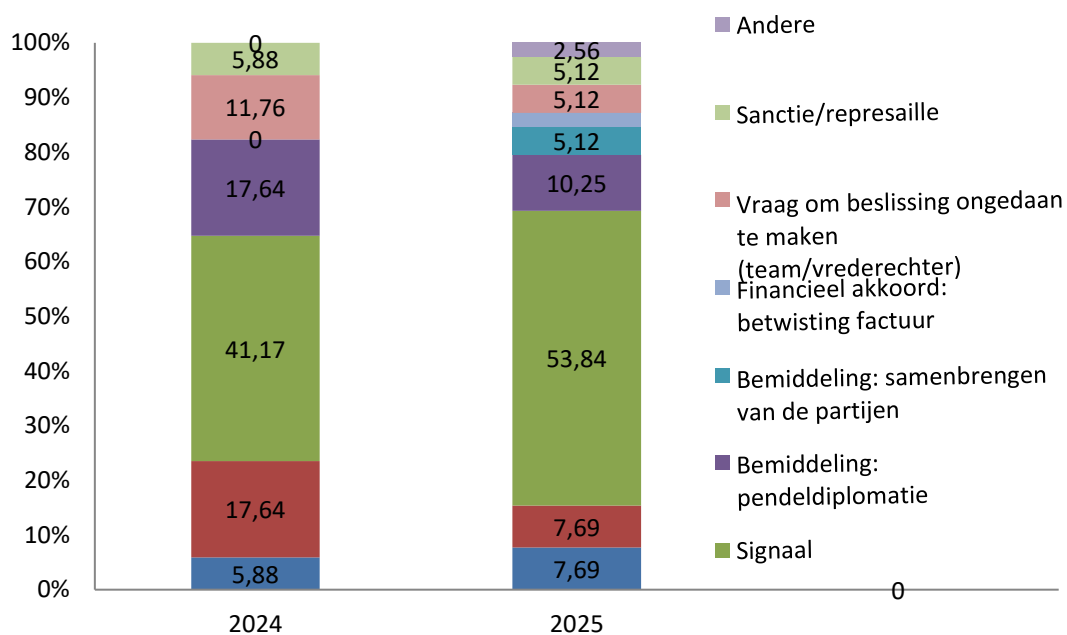
Vorm van aanmelden



Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	1	5,88	3	7,69
Luisterend oor	3	17,64	3	7,69
Signaal	7	41,17	21	53,84
Bemiddeling: pendeldiplomatie	3	17,64	4	10,25
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	-	-	2	5,12

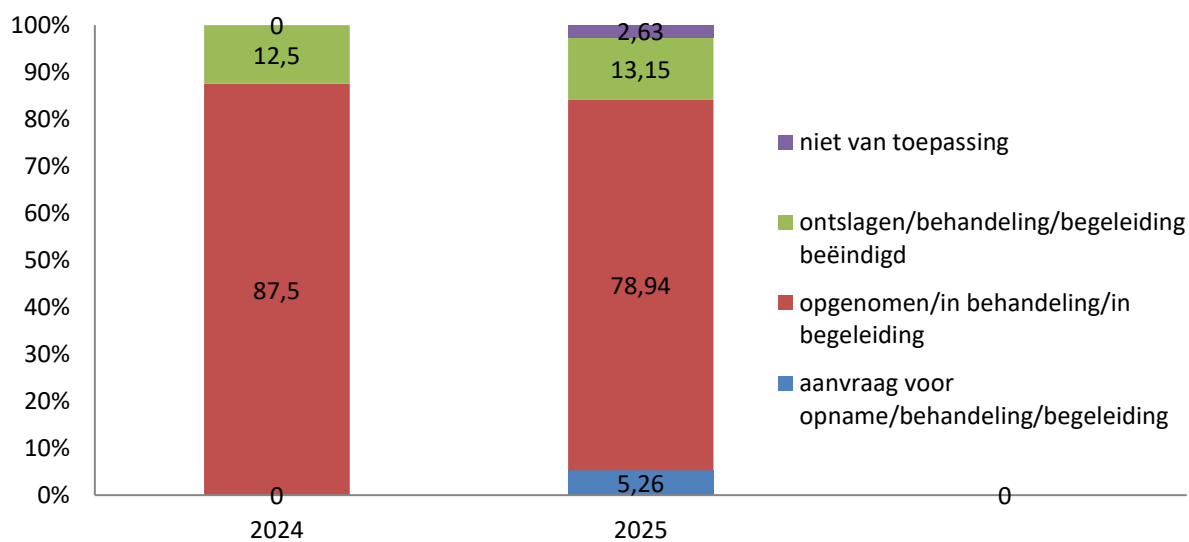
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	-	-
Financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	1	2,56
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	2	11,76	2	5,12
Sanctie/represaille	1	5,88	2	5,12
Andere	-	-	1	2,56
totaal	17	100	39	100

Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	2	5,26
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	14	87,50	30	78,94
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	2	12,50	5	13,15
niet van toepassing	-	-	1	2,63
andere	-	-	-	-
totaal	16	100	38	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



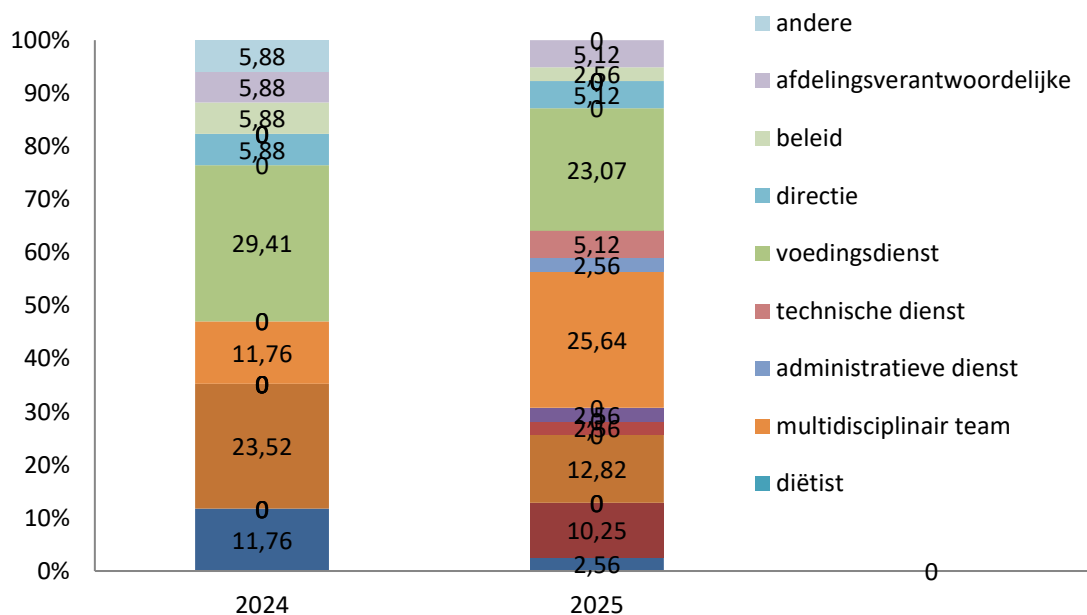
Inhoud van de aanmelding

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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	2	11,76	1	2,56
psychiater	-	-	4	10,25
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	4	23,52	5	12,82
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	1	2,56
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	1	2,56
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	2	11,76	10	25,64
administratieve dienst	-	-	1	2,56
technische dienst	-	-	2	5,12
voedingsdienst	5	29,41	9	23,07
poetsdienst	-	-	-	-

directie	1	5,88	2	5,12
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
beleid	1	5,88	1	2,56
afdelingsverantwoordelijke	1	5,88	2	5,12
andere	1	5,88	-	-
totaal	17	100	39	100

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken

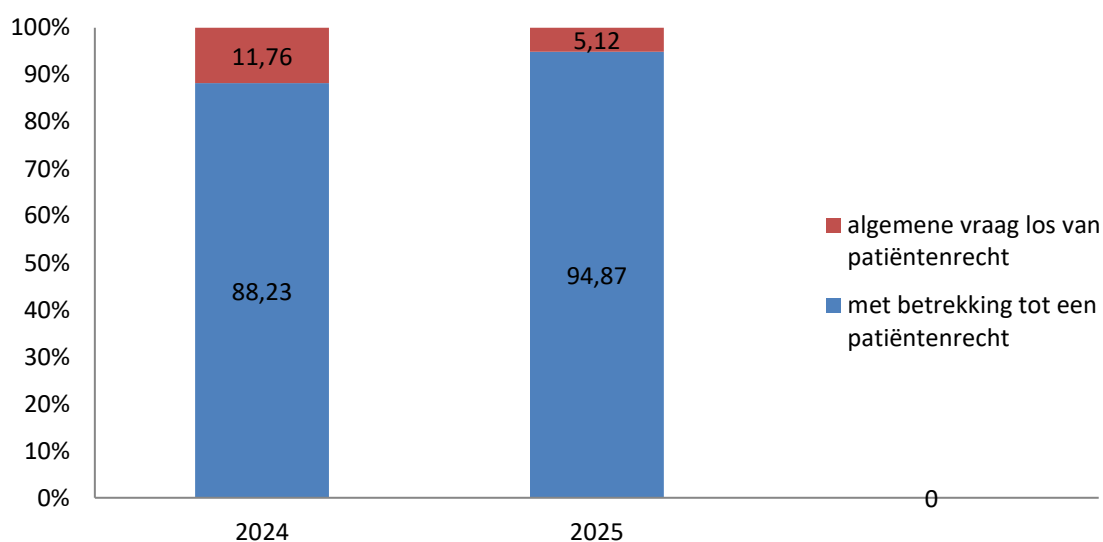


Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	15	88,23	37	94,87
algemene vraag los van patiëntenrecht	2	11,76	2	5,12
totaal	17	100	39	100

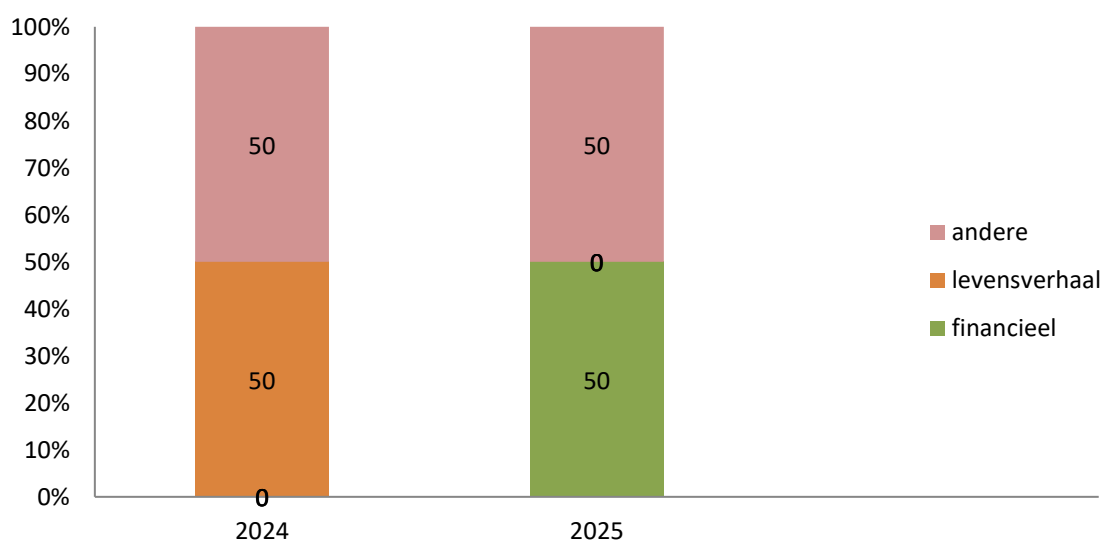
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	1	50,00
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	1	50,00	-	-
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	1	50,00	1	50,00
totaal	2	100	2	100

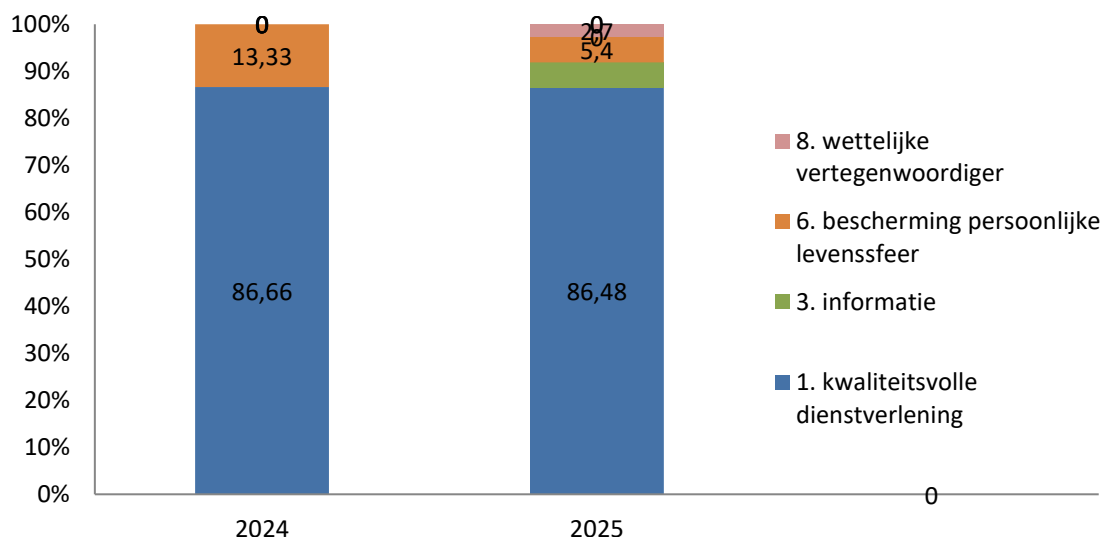
Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	13	86,66	32	86,48
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	-	-	2	5,40
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke	2	13,33	2	5,40
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	1	2,70
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	15	100	37	100

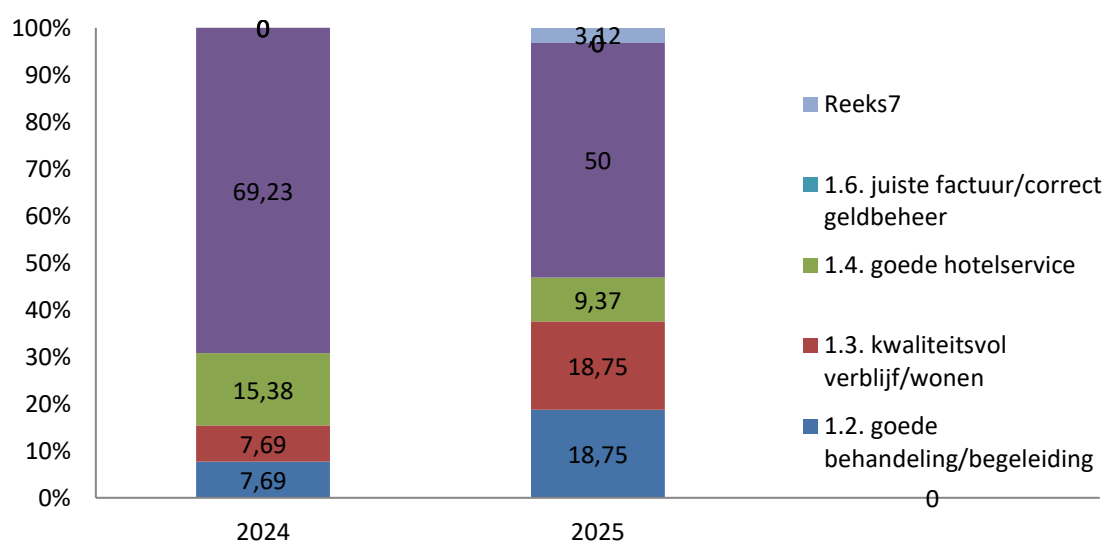
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op



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

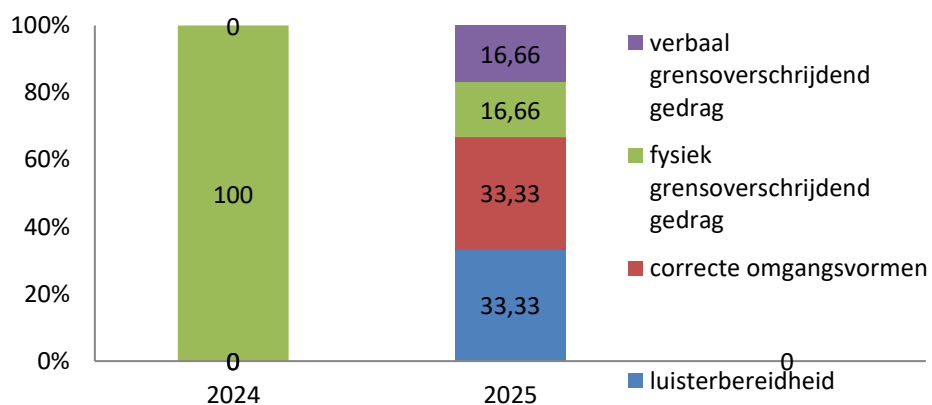
Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
respectvolle bejegening	1	7,69	6	18,75
goede behandeling/begeleiding	1	7,69	6	18,75
kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	15,38	3	9,37
goede hotelservice	9	69,23	16	50,00
betalende diensten	-	-	-	-
juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
beschermende maatregelen	-	-	1	3,12
totaal	13	100	32	100

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	2	33,33
correcte omgangsvormen	-	-	2	33,33
fysiek grensoverschrijdend gedrag	1	100,00	1	16,66
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	1	16,66
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	6	100

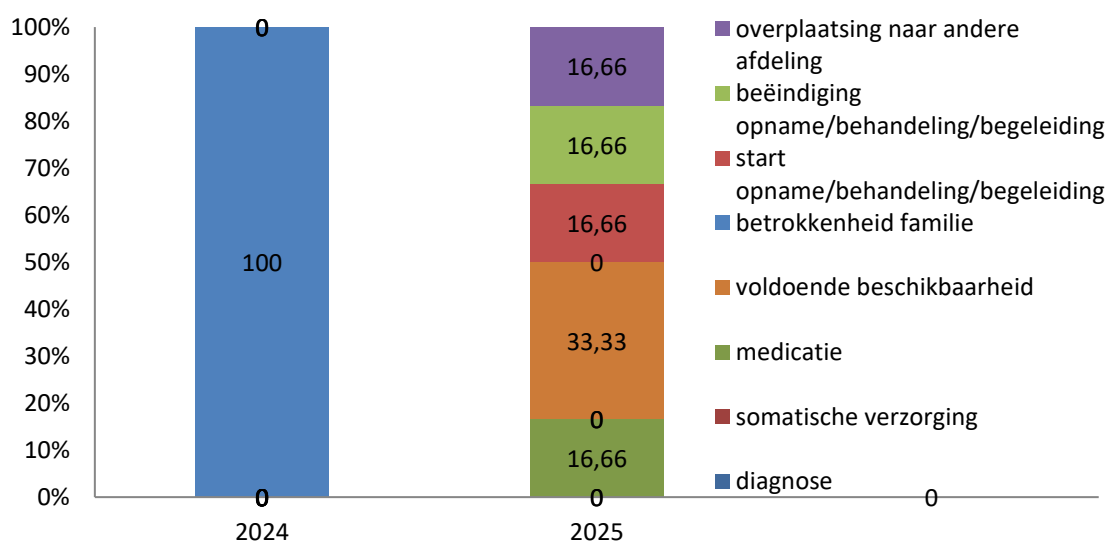
Respectvolle bejegening



Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	-	-

medicatie	-	-	1	16,66
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	2	33,33
betrokkenheid familie	1	100,00	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	16,66
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	16,66
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	1	16,66
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	6	100

Goede behandeling/begeleiding



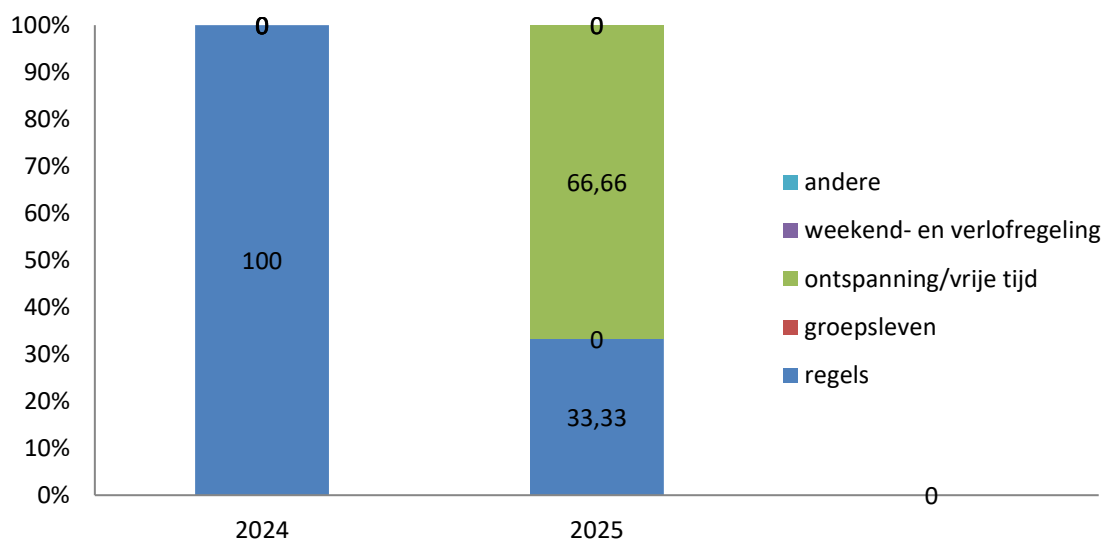
Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

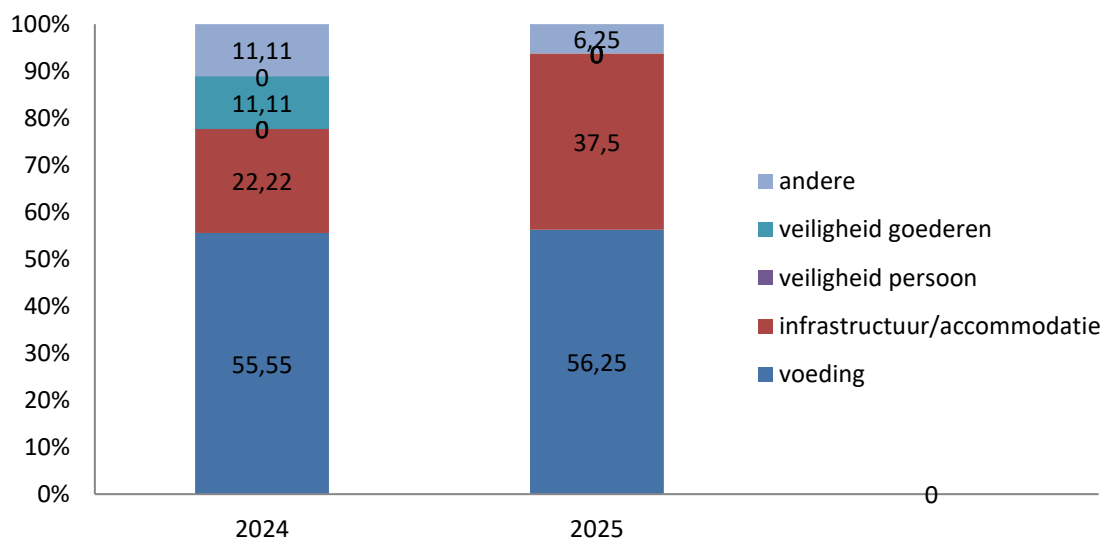
Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	2	100,00	1	33,33
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	2	66,66
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	3	100

Kwaliteitsvol verblijf/wonen



Goede hotel service				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	5	55,55	9	56,25
infrastructuur/accommodatie	2	22,22	6	37,50
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	1	11,11	-	-
wifi	-	-	-	-
andere	1	11,11	1	6,25
totaal	9	100	16	100

Goede hotel service



Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	1	100,00
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	2	100,00
totaal	-	-	2	100

Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	1	100,00
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

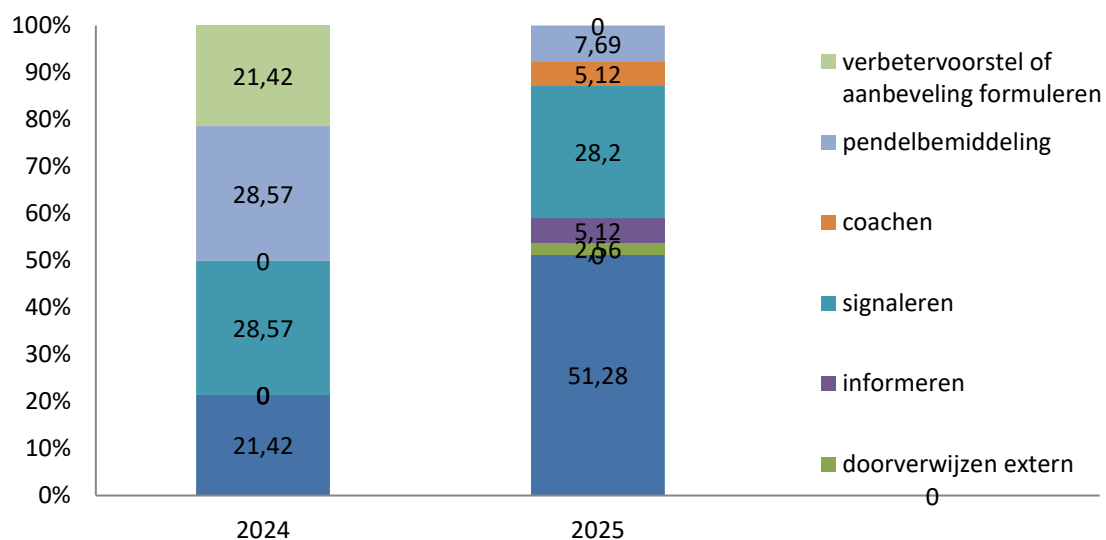
Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (39). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	3	21,42	20	51,28
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	1	2,56

informereren	-	-	2	5,12
signaleren	4	28,57	11	28,20
coachen	-	-	2	5,12
pendelbemiddeling	4	28,57	3	7,69
samenbrengen van de partijen	-	-	-	-
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	3	21,42	-	-
totaal	14	100	39	100

Hoofdinterventie



Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	7	50,00	2	5,12

binnen de week	5	35,71	9	23,07
binnen de twee weken	1	7,14	11	28,20
binnen de vier weken	-	-	2	5,12
later dan vier weken	1	7,14	15	38,46
totaal	14	100	39	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	4		57	

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.

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	1	33,33
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	2	66,66
inspectie	-	-	-	-
vrederichter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	3	100



Jaarverslag *Karus* Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek! werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inleiding

In het jaarverslag brengen we de aanbevelingen en aandachtspunten van het voorbije jaar samen. Het jaarverslag wil inzicht geven in wat zorgvragers ons hebben gesignaleerd en welke thema's daaruit naar voren kwamen.

De geregistreerde meldingen bieden een beeld van ervaringen en bezorgdheden die leven bij patiënten en hun naasten. Het aantal meldingen op zich zegt echter weinig over hoe de zorg evolueert binnen een afdeling of voorziening. Meer of minder meldingen kunnen verschillende betekenissen hebben en hangen onder andere samen met bekendheid, toegankelijkheid en vertrouwen in de ombudsdienst. Het jaarverslag wil daarom geen oordeel vellen, maar eerder uitnodigen tot reflectie en dialoog.

Bij het opstellen van dit verslag gebruiken we de artikels van de Wet Patiëntenrechten als leidraad. De meldingen worden geregistreerd in het systeem Go Between, waardoor we trends en aandachtspunten kunnen onderbouwen met cijfermateriaal. Deze cijfers helpen ons om patronen zichtbaar te maken en aanbevelingen concreet te formuleren.

Als ombudspersoon vertrekken we niet vanuit waarheidsvinding, maar vanuit het perspectief van de zorgvrager. Het jaarverslag weerspiegelt hoe patiënten de voorgelegde situaties hebben ervaren. Die beleving vormt het uitgangspunt om, samen met alle betrokken partijen, te zoeken naar constructieve oplossingen en mogelijkheden tot verbetering.

Met dit jaarverslag willen we aangeven waar volgens ons in de komende periode extra aandacht wenselijk kan zijn, met als doel de zorg verder te ondersteunen en te versterken. We hopen dan ook dat dit verslag binnen de voorziening gelezen, besproken en meegenomen wordt in het verdere denken over zorgkwaliteit.

Graag bedanken we directie, medewerkers, patiënten en hun naasten voor de openheid, de samenwerking en het vertrouwen in de ombudsdienst. Onze werking is afhankelijk van de signalen die we ontvangen en van het mandaat dat zorgvragers ons op dat moment toevertrouwen. Aarzel dus zeker niet om de ombudspersoon aan te spreken bij vragen, bedenkingen of onduidelijkheden.

Evoluties

Het totale aantal meldingen is gedaald, maar er werd wel vastgesteld dat klachten complexer en intensiever zijn geworden. Per klacht lagen het aantal contacten per dossier lag hoger. Daarnaast bleek dat meerdere personen reeds eerder contact hadden gehad met de ombudspersoon in het kader van een andere klacht.

Binnen de voorziening is er een duidelijke proactieve houding medewerkers. Het tijdig inwinnen van advies laat toe om situaties vroeg te detecteren en bij te sturen, wat kan voorkomen dat ze uitmonden in een melding. Deze vorm van proactiviteit wordt binnen de voorziening gewaardeerd en bevordert een open en prettige samenwerking.

Het grootste deel van de contacten (39,81%) kwam tot stand via **rechtstreeks contact**. Dit bevestigt dat de persoonlijke aanwezigheid van de ombudspersoon een duidelijke meerwaarde blijft. Daarnaast wordt ook gebruikgemaakt van de brievenbus op de afdelingen, die instaat voor 10,18 % van de ingediende klachten. Hoewel dit aandeel beperkter is, blijft de brievenbus een belangrijk element binnen de ombudswerking. De zichtbaarheid van de ombudspersoon wordt hierdoor vergroot, onder meer door de regelmatige aanwezigheid op de afdelingen bij het legen

van de brievenbus. Bovendien biedt deze mogelijkheid personen een gevoel van veiligheid, aangezien zij op een anonieme manier een klacht kunnen formuleren.

Uit de contacten blijkt dat mensen zich vooral tot de ombudspersoon wenden om een **signaal te geven** (26,85%), **informatie** te verkrijgen (25%) of op zoek zijn naar een **luisterend oor** (25,92%). De ombudspersoon wordt niet enkel gezien als niet informatiebron maar ook als neutraal aanspreekpunt voor een luisterend oor. Door de onafhankelijke positie van de ombudspersoon is het voor betrokkenen vaak makkelijker om vragen te stellen of hun verhaal te delen. Bij personen onder een beschermende maatregel, kan de perceptie echter ontstaan dat het personeel deel uitmaakt van het systeem dat hun een maatregel oplegt tegen hun wil. Vanuit die beleving wordt de ombudspersoon soms als neutraler ervaren, waardoor informatie of toelichting makkelijker wordt aanvaard. De ombudspersoon fungeert in die zin aanvullend: niet door een andere boodschap te brengen, maar door dezelfde informatie te verduidelijken vanuit een onafhankelijke positie.

Aanbevelingen

Kwaliteitsvolle dienstverlening

De aanmeldingen bij de ombudspersoon worden ingedeeld volgens de verschillende patiëntenrechten. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening is het meest omvattende patiëntenrecht en vormt daardoor elk jaar de categorie waarin de meeste aanmeldingen worden geregistreerd. Ook dit jaar is dat het geval: 78,12% van de meldingen heeft betrekking op dit patiëntenrecht. Binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening hadden de aanmeldingen voornamelijk betrekking op onderstaande thema's.

Goede behandeling/begeleiding

Het recht op een kwaliteitsvolle zorg blijft een belangrijk aandachtspunt binnen de geregistreerde klachten. In het voorbije jaar had 37,33% van de meldingen betrekking op het recht op goede behandeling en begeleiding, wat een stijging betekent ten opzichte van vorig jaar.

Binnen deze categorie kwamen vooral twee thema's nadrukkelijk naar voren: vragen en signalen rond medicatie, en de ervaren beschikbaarheid van zowel verplegend als therapeutisch personeel. Beide onderwerpen raken rechtstreeks aan de dagelijkse zorgpraktijk en aan de manier waarop patiënten ondersteuning, veiligheid en betrokkenheid ervaren. De onderstaande paragrafen gaan dieper in op deze twee terugkerende aandachtspunten.

Binnen het recht op kwaliteitsvolle zorg neemt een zorgvuldige omgang met medicatie een centrale plaats in. Patiënten stellen regelmatig vragen over hun medicatie: over het doel en effect ervan, de wijze waarop medicatie wordt ingenomen of toegediend, en over het verderzetten of aanpassen van medicatie die door de eigen arts werd voorgeschreven. Ook het afbouwen van thuismedicatie kan voor patiënten moeilijk zijn en roept vaak onzekerheid of weerstand op.

Goede behandeling en begeleiding vragen in dit kader om een voortdurende afstemming tussen veiligheid, zorgvuldigheid en respect voor de patiënt. De manier waarop medicatie wordt toegediend en opgevolgd, vraagt om een delicate balans tussen controle en vertrouwen. Enerzijds is het noodzakelijk om duidelijke afspraken en toezicht te voorzien om een veilige omgeving te garanderen. Anderzijds hebben patiënten nood aan ruimte, autonomie en het gevoel dat hen vertrouwen wordt geschonken.

Deze evenwichtsoefening is niet eenvoudig, maar wel essentieel. Wanneer patiënten betrokken worden in het medicatiebeleid en ervaren dat hun vragen en bezorgdheden ernstig genomen

worden, draagt dit bij aan therapietrouw, veiligheid en het gevoel van kwaliteitsvolle zorg. Het erkennen van deze spanning en het blijvend zoeken naar een gedragen aanpak vormt een belangrijk onderdeel van goede behandeling en begeleiding binnen de psychiatrische zorg.

Voldoende beschikbaarheid van zowel verplegend als therapeutisch personeel is van essentieel belang binnen de psychiatrische zorg. Voor patiënten is het belangrijk zich gezien en gehoord te voelen, en niet gereduceerd te worden tot een dossier of een nummer. Beschikbaarheid betekent hierbij meer dan louter fysieke aanwezigheid: het gaat ook om aanspreekbaarheid, betrokkenheid en betrouwbaarheid in het dagelijks contact.

Deze beschikbaarheid impliceert geenszins dat aan elke vraag onmiddellijk of onvoorwaardelijk moet worden voldaan. Wel draagt een heldere en realistische communicatie bij aan vertrouwen. Het nakomen van gemaakte afspraken en het zorgvuldig formuleren van verwachtingen zijn hierin cruciaal. Wanneer iets wordt aangekondigd of beloofd, maar later moet worden uitgesteld, kan dit voor patiënten bijzonder belastend zijn. Transparante communicatie, ook wanneer zaken niet meteen mogelijk zijn, helpt patiënten zich erkend en ernstig genomen te voelen.

Investeren in personeel blijft daarom noodzakelijk, niet alleen om continuïteit van zorg te waarborgen, maar ook om hulpverleners de ruimte te geven om zowel emotioneel als fysiek aanwezig te zijn. In een context van krappe budgetten en toenemende druk om met beperkte middelen te werken, mag niet uit het oog worden verloren dat het personeel in grote mate de zorgervaring van patiënten bepaalt. Hulpverleners die zich ondersteund en gewaardeerd voelen, zijn beter in staat om kwalitatieve en mensgerichte zorg te bieden.

Daarnaast vormt de inzet van ervaringsdeskundigheid een belangrijke meerwaarde. Ervaringsdeskundigen kunnen het gevoel van luisterbereidheid versterken en fungeren als brug tussen patiënten en hulpverleners. Door situaties vanuit een ander perspectief te bekijken, dragen zij bij aan wederzijds begrip en verrijken zij zowel de beleving van patiënten als het handelen van het zorgteam.

Goede hotelservice

24% van het totaal aantal meldingen binnen het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening had betrekking op de hotelservice. Dit betekent een daling ten opzichte van vorig jaar. Tegelijk is er binnen deze categorie een duidelijke verschuiving in accenten merkbaar: waar de meldingen vorig jaar voornamelijk betrekking hadden op voeding en accommodatie, kwamen dit jaar andere aandachtspunten naar voren.

Zo werden er ook meldingen geregistreerd rond de veiligheid van personen en goederen. Samenleven in groep is niet altijd evident, zeker binnen een gedeelde woon- en leefomgeving waar patiënten zich in verschillende fasen van hun herstelproces bevinden. Het samen gebruiken van gemeenschappelijke ruimtes vraagt wederzijds begrip en afstemming, wat niet altijd vanzelfsprekend is. Dit kan ertoe leiden dat sommige patiënten zich in bepaalde situaties of omgevingen minder veilig voelen.

Daarnaast bleven er ook meldingen binnenvallen over voeding en accommodatie. Deze hadden vooral betrekking op terugkerende frustraties zoals geluidsoverlast, de verouderde infrastructuur en het dagelijks comfort. Voor veel patiënten vormt de afdeling gedurende langere tijd hun leefomgeving, waardoor deze plek in de beleving steeds meer aanvoelt als een tijdelijke thuis. Vanuit die context is het begrijpelijk dat ook kleinere tekortkomingen sneller worden opgemerkt en zwaarder doorwegen.

Tegelijk uitten sommige patiënten hun ongenoegen over het verschil tussen aangekondigde toekomstplannen en hun huidige leefomstandigheden. Hoewel er zicht is op verbeteringen op langere termijn, ervaren zij hier op korte termijn weinig directe meerwaarde van. Dit kan leiden

tot frustratie, zeker wanneer van hen verwacht wordt dat zij zich aanpassen en het beste maken van de bestaande situatie. Deze spanningslijn vraagt blijvende aandacht en duidelijke communicatie, zodat verwachtingen realistisch blijven en patiënten zich erkend voelen in hun beleving.

Wat voeding betreft hadden de aanmeldingen voornamelijk betrekking op de afstemming op specifieke dieetwensen en -noden, zoals glutenvrije, vegetarische of veganistische voeding. Voor patiënten is voeding niet enkel een basisbehoefte, maar ook een belangrijk ankerpunt in de dag: een moment om naar uit te kijken dat comfort, herkenning en structuur biedt tijdens het verblijf. Tegelijk vraagt het aanbieden van evenwichtige en gezonde maaltijden om voortdurende afwegingen. Het samenstellen van een gevarieerd aanbod voor een grote en diverse groep, met uiteenlopende leeftijden, voorkeuren en medische noden, vormt een complexe uitdaging. Dit gebeurt bovendien binnen een beperkt budget, waardoor de mogelijkheden tot individueel maatwerk niet onbeperkt zijn. Het zoeken naar een werkbaar evenwicht tussen gezondheid, haalbaarheid en beleving blijft dan ook een belangrijk aandachtspunt.

Beschermende maatregelen:

In het voorbije jaar werden er minder klachten geregistreerd met betrekking tot beschermende maatregelen. Dit jaar trad de nieuwe wetgeving m.b.t. de beschermende maatregelen in werking.

De gewijzigde regelgeving brengt echter ook nieuwe uitdagingen met zich mee. Patiënten gaan zelf actief op zoek naar informatie, onder meer via zoekmachines en AI-tools, waar helaas ook foutieve of onvolledige informatie circuleert. De overgang naar de nieuwe wetgeving zorgt daardoor soms voor verwarring. Oude en nieuwe regels worden door elkaar gebruikt, wat kan leiden tot onzekerheid en wantrouwen. In sommige gevallen ervaren patiënten dit als tegenstrijdige of onduidelijke communicatie, met het gevoel dat informatie wordt achtergehouden of niet volledig wordt gedeeld. Dit benadrukt de nood aan duidelijke, transparante en consistente uitleg, afgestemd op het begripsniveau van de patiënt.

Om hierin te ondersteunen, werd recent een nieuwe brochure uitgebracht door OOGG in samenwerking met Te Gek?!. Deze brochure biedt een helder overzicht van de beschermende maatregelen en vormt een waardevol hulpmiddel om correcte informatie te verstrekken en misverstanden te voorkomen. Het gebruik van deze brochure wordt dan ook warm aangemoedigd. De brochures zullen via de ombudspersoon worden bezorgd op de relevante afdelingen, waarbij tevens toelichting zal worden gegeven over het gebruik ervan. Op die manier wordt ingezet op heldere communicatie en het versterken van het vertrouwen bij patiënten.

Geïnformeerde toestemming

Het recht op geïnformeerde toestemming bij medicatie omvat zowel het verstrekken van duidelijke en begrijpelijke informatie als het verkrijgen van expliciete instemming van de patiënt. Wanneer nodig wordt dit proces ook teruggekoppeld met een vertegenwoordiger, zodat er ook bij wilsonbekwaamheid sprake is van een geïnformeerde toestemming.

Het is essentieel om zorgvuldig in het patiëntendossier te noteren welke stappen zijn ondernomen om toestemming te verkrijgen. Een heldere notering in het patiëntendossier ondersteunt niet alleen de transparantie, maar draagt ook bij dat patiënten niet het gevoel hebben dat er zomaar over hun hoofd beslissingen gemaakt worden.

Het naleven van de wettelijke cascade is hierbij van groot belang. Correct omgaan met geïnformeerde toestemming draagt bij aan de veiligheid van de patiënt, versterkt het vertrouwen in de behandeling en bevordert therapietrouw. Op deze manier wordt zowel de autonomie van de patiënt gerespecteerd als de kwaliteit van de zorg gewaarborgd.

Inzage en/of afschrift in het patiëntendossier

Er rezen dit jaar rechten over het recht op inzage en/of afschrift van een patiëntendossier. In de praktijk blijkt echter dat er nog vaak onduidelijkheid bestaat over de manier waarop een dossier kan worden aangevraagd. Voor patiënten kan dit leiden tot gevoelens van niet gehoord of niet gezien worden, of het idee dat informatie bewust wordt achtergehouden.

Daarnaast bestaan er soms verschillen in de procedures tussen afdelingen, wat miscommunicatie kan versterken. Een duidelijke, uniforme procedure, die zowel bij patiënten als bij werknemers goed bekend is, kan veel van deze verwarring wegnemen. Het patiëntendossier wordt immers steeds meer een communicatiemiddel: het vastleggen van informatie is niet enkel een administratieve verplichting, maar ook een manier om behandeling, afspraken en overleg te ondersteunen.

Daarom is het van belang dat notities zorgvuldig en transparant worden gemaakt, in overleg met de patiënt, en dat er genoteerd wordt op een manier die later voor iedereen begrijpelijk is. Vragen over termijnen en over wie inzage kan aanvragen komen regelmatig voor en tonen aan dat duidelijke informatie hierover essentieel is. Door heldere afspraken en een transparante communicatie te combineren met zorgvuldig noteren, wordt het patiëntendossier een instrument dat vertrouwen en samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterkt.

Besluit

Als onafhankelijke ombudsdienst willen we graag bijdragen aan een constructieve dialoog tussen de verschillende actoren in de geestelijke gezondheidszorg. Ons doel is dat patiënten hun stem kunnen laten horen, terwijl we tegelijkertijd de perspectieven en noden van hulpverleners niet uit het oog verliezen. Dankzij onze unieke positie als neutrale partij kunnen we het perspectief van elke betrokken partij belichten.

Bij het lezen van dit jaarverslag is het belangrijk het huidige maatschappelijke klimaat in het oog te houden. Uitdagingen zoals hervormingen in de zorg, toenemende juridisering, de opkomst van AI en veranderende verwachtingen van patiënten en hun omgeving maken dat de geestelijke gezondheidszorg voortdurend moet innoveren en dat nieuwe uitdagingen blijven ontstaan.

Juist in dit complexe en dynamische landschap is het essentieel om te blijven communiceren, reflecteren en in gesprek te blijven met alle betrokkenen. De ombudsdienst wil hierin een actieve rol blijven spelen door signalen te verzamelen, constructief terug te koppelen en zo bij te dragen aan een zorgomgeving waarin patiënten gehoord worden en hulpverleners ondersteund blijven.

Aanmeldingen (go between)

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 03/01/2025, de laatste op 29/12/2025.

Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2025.

Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt **108**, het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 100.

Dit is minder dan in 2024.

Dit is minder dan in 2023.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	129	141	131	108
aanmelders	102	103	97	81

Toelichtingen bij de cijfers

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2025 met deze van 2024.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	131		108	
aanmelders	97		81	
Tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	79	74,52	89	82,40
<i>binnen de week</i>	22	20,75	17	15,74

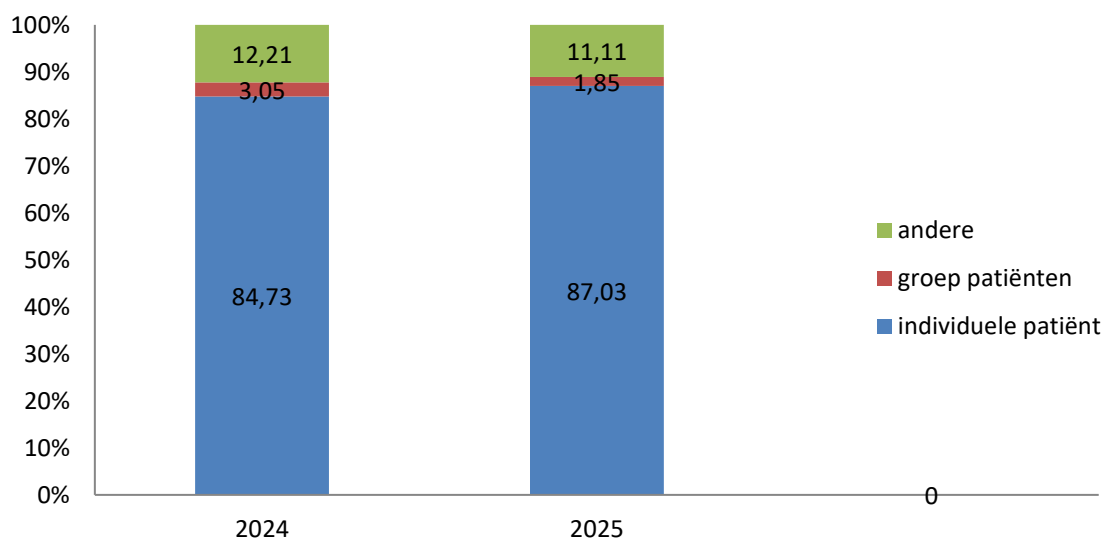
<i>binnen de twee weken</i>	1	0,94	1	0,92
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan vier weken</i>	4	3,77	1	0,92
totaal	106	100	108	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	12	9,16	-	-
<i>1 contact</i>	71	54,19	51	47,22
<i>2 contacten</i>	26	19,84	19	17,59
<i>3 contacten</i>	10	7,63	14	12,96
<i>meer dan 3 contacten</i>	12	9,16	24	22,22
totaal	131	100	108	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	12		12	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	115		100	

De 108 aanmeldingen (2025) komen van in totaal 81 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	111	84,73	94	87,03
groep patiënten	4	3,05	2	1,85
andere	16	12,21	12	11,11
totaal	131	100	108	100

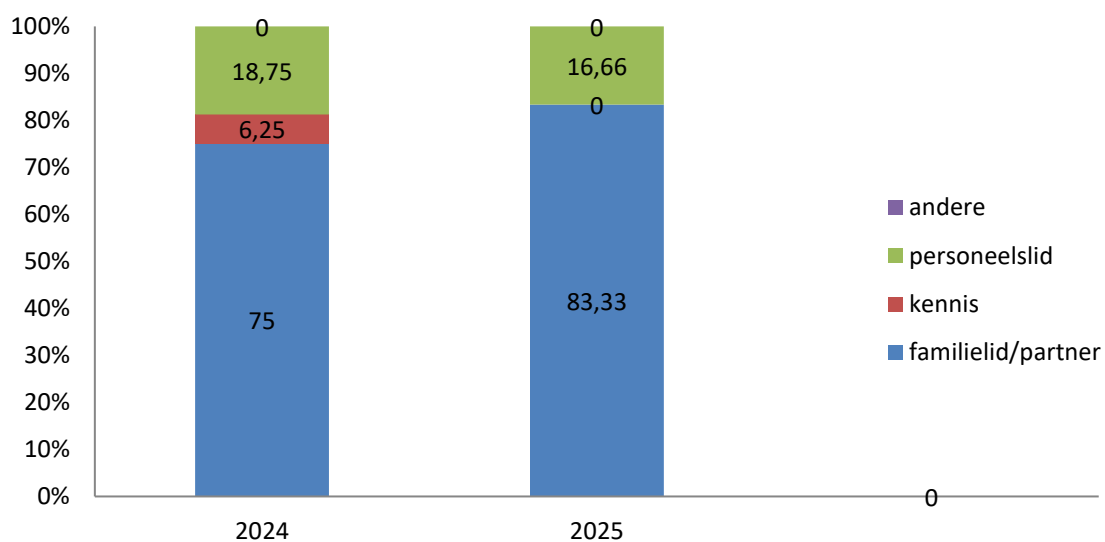
Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	-	-
3 personen	-	-	2	100,00
4 personen	1	25,00	-	-
meer dan 4 personen	3	75,00	-	-
totaal	4	100	2	100

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	12	75,00	10	83,33
kennis	1	6,25	-	-
personeelslid	3	18,75	2	16,66
andere	-	-	-	-
totaal	16	100	12	100

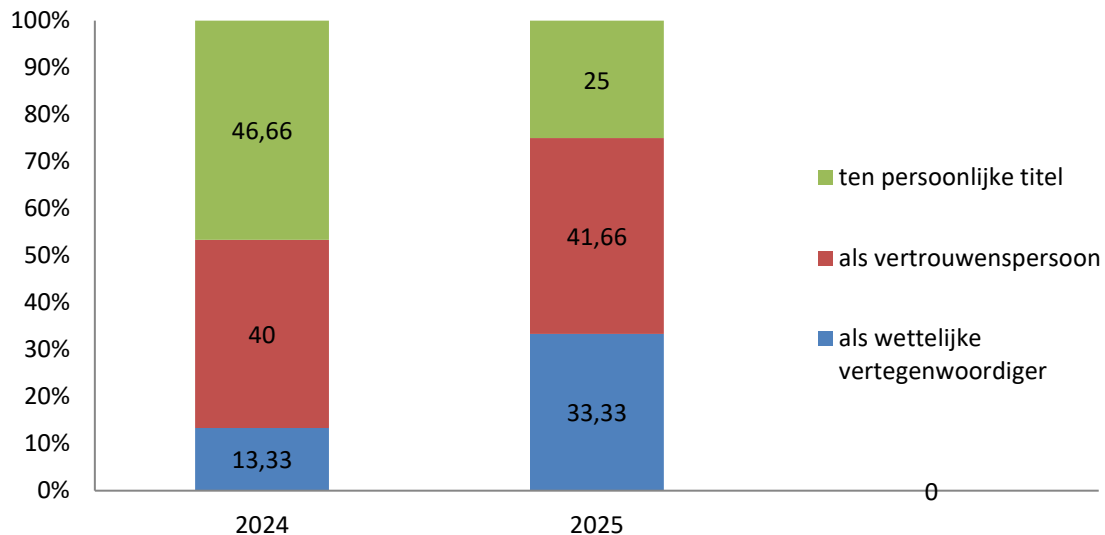
Initiële aanmelder indien andere



Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	2	13,33	4	33,33

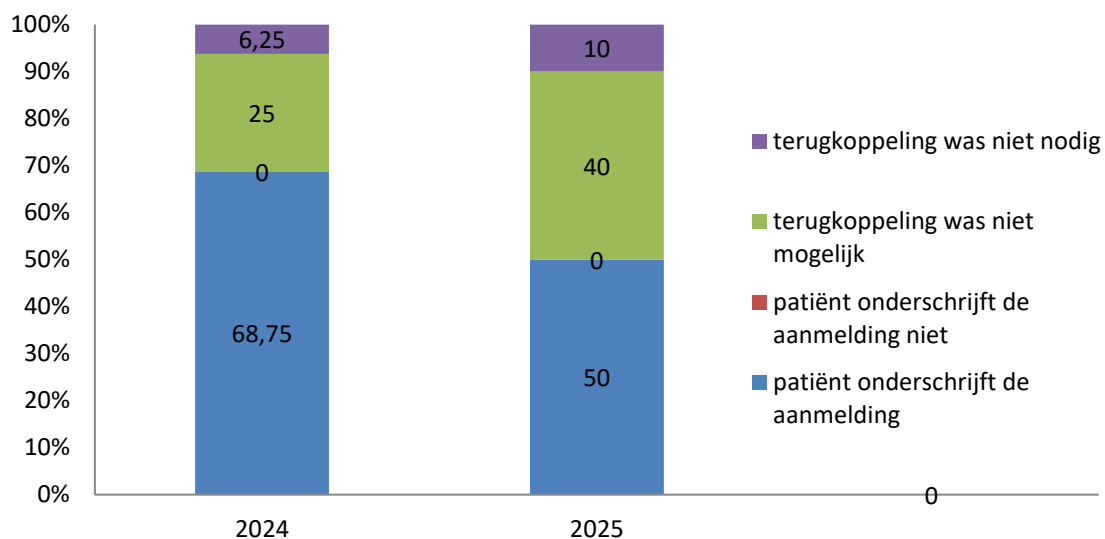
als vertrouwenspersoon	6	40,00	5	41,66
ten persoonlijke titel	7	46,66	3	25,00
totaal	15	100	12	100

Hoedanigheid indien andere



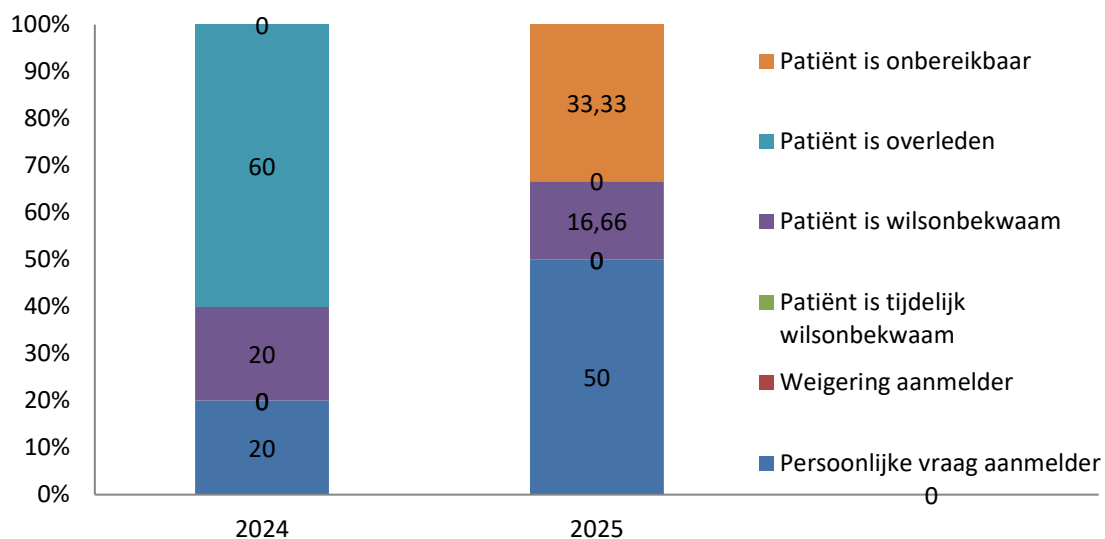
Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	11	68,75	5	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	4	25,00	4	40,00
terugkoppeling was niet nodig	1	6,25	1	10,00
totaal	16	100	10	100

Terugkoppeling indien andere



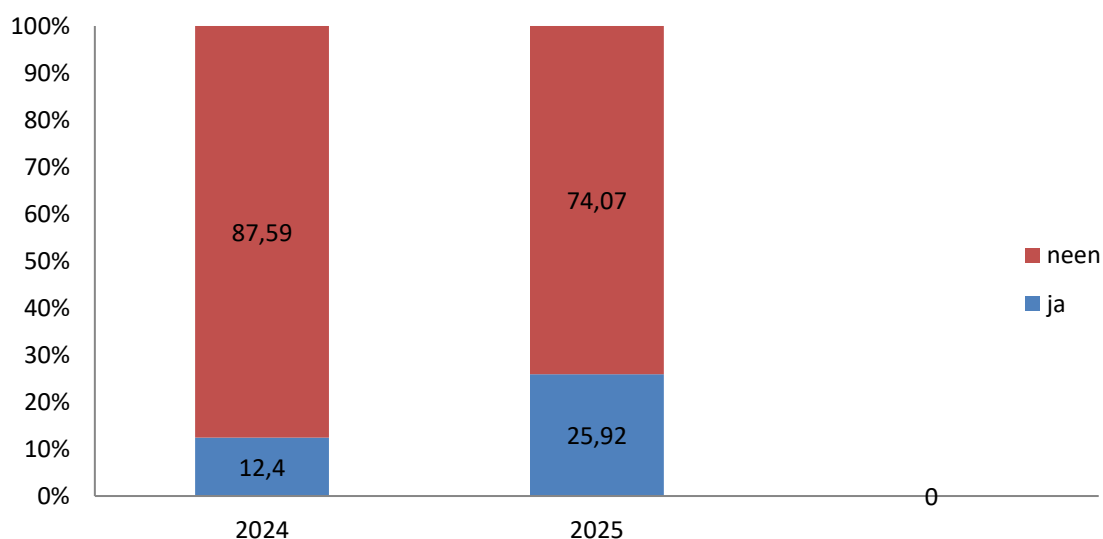
Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	1	20,00	3	50,00
Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	1	20,00	1	16,66
Patiënt is overleden	3	60,00	-	-
Patiënt is onbereikbaar	-	-	2	33,33
totaal	5	100	6	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden



Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	16	12,40	28	25,92
neen	113	87,59	80	74,07
totaal	129	100	108	100

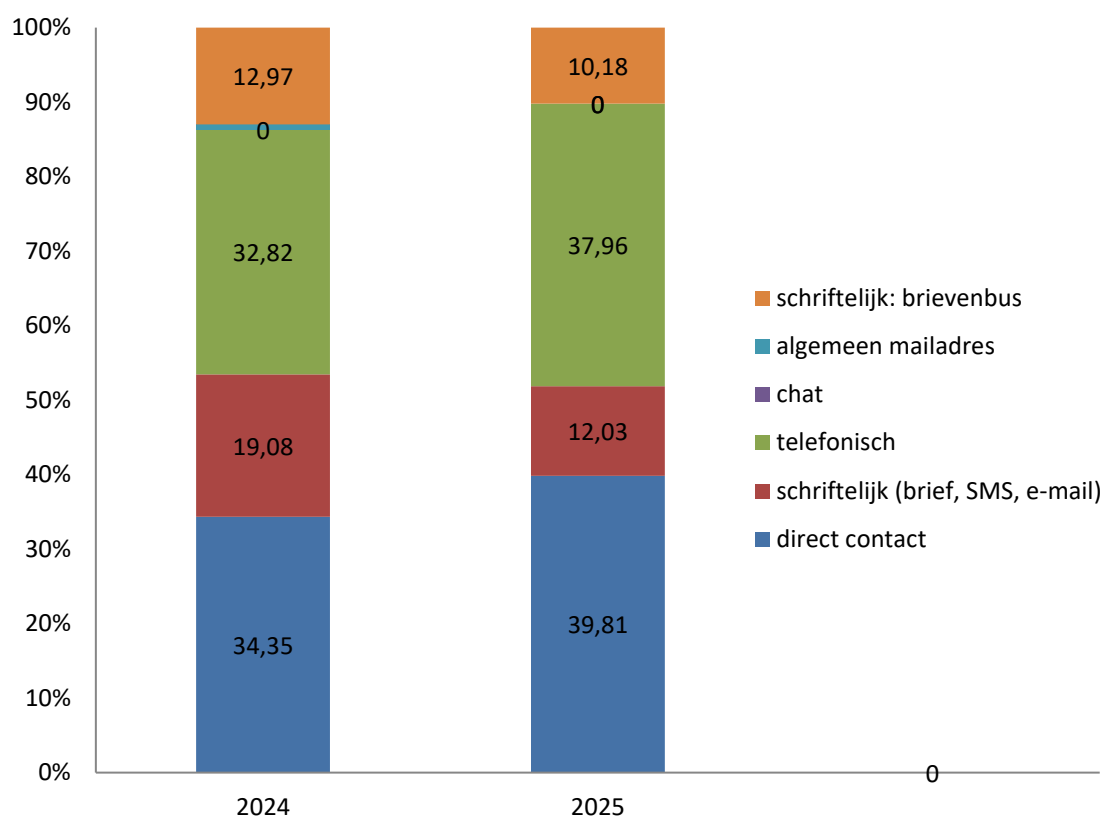
Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	45	34,35	43	39,81
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	25	19,08	13	12,03
telefonisch	43	32,82	41	37,96
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	1	0,76	-	-
schriftelijk: brievenbus	17	12,97	11	10,18
totaal	131	100	108	100

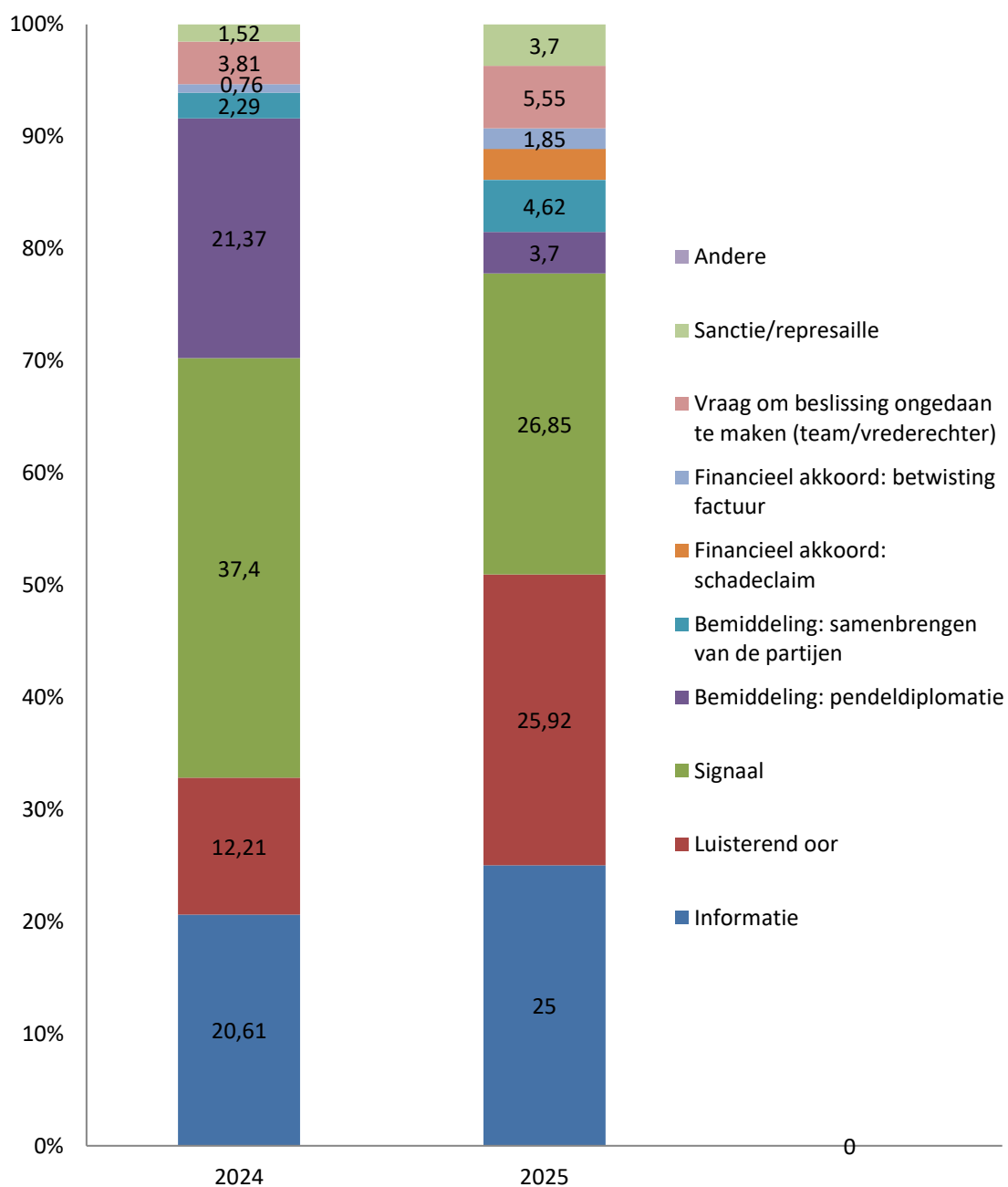
Vorm van aanmelden



Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	27	20,61	27	25,00
Luisterend oor	16	12,21	28	25,92
Signaal	49	37,40	29	26,85
Bemiddeling: pendeldiplomatie	28	21,37	4	3,70
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	3	2,29	5	4,62
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	3	2,77
Financieel akkoord: betwisting factuur	1	0,76	2	1,85

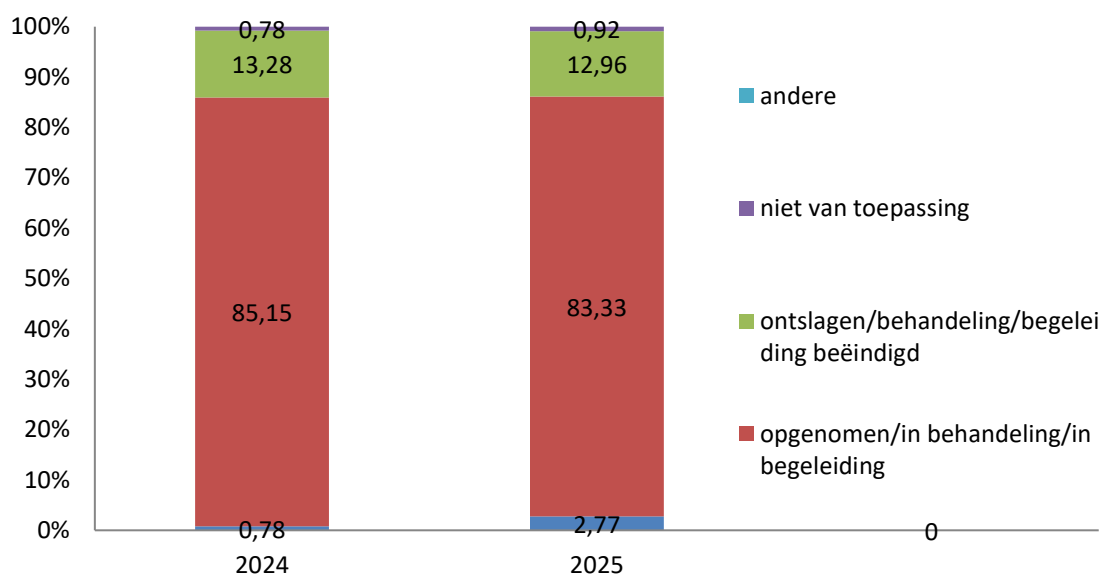
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	5	3,81	6	5,55
Sanctie/represaille	2	1,52	4	3,70
Andere	-	-	-	-
totaal	131	100	108	100

Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	1	0,78	3	2,77
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	109	85,15	90	83,33
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	17	13,28	14	12,96
niet van toepassing	1	0,78	1	0,92
andere	-	-	-	-
totaal	128	100	108	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	27	20,61	70	64,81
psychiater	40	30,53	14	12,96
huisarts	5	3,81	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	11	8,39	10	9,25
persoonlijke begeleider	1	0,76	-	-
sociale dienst	4	3,05	1	0,92
psycholoog	3	2,29	2	1,85
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	1	0,76	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	18	13,74	-	-
administratieve dienst	1	0,76	-	-
technische dienst	-	-	1	0,92
voedingsdienst	16	12,21	6	5,55
poetsdienst	-	-	1	0,92
directie	1	0,76	-	-
bewindvoerder	-	-	2	1,85
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-

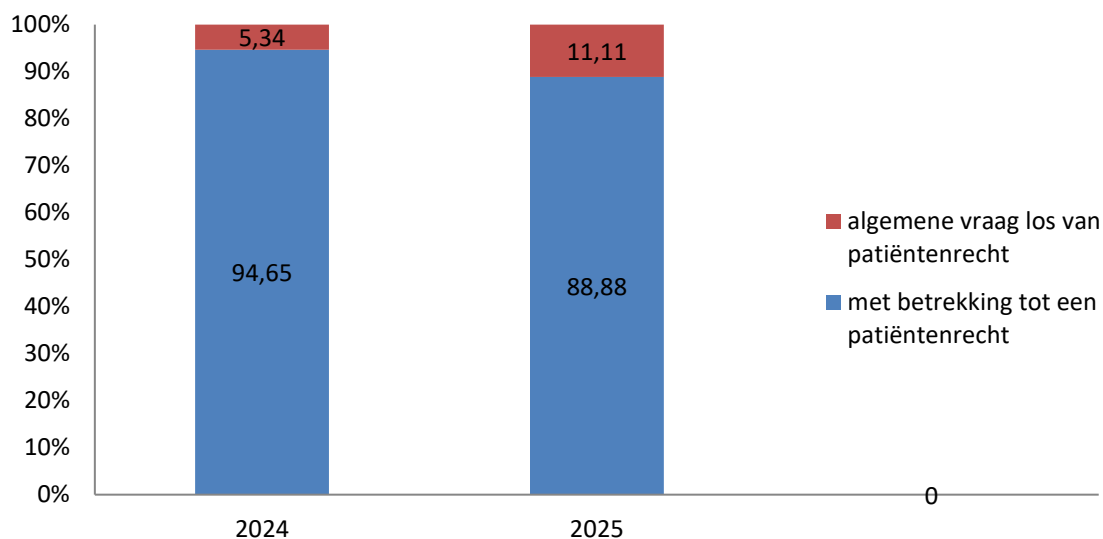
beleid	-	-	-	-
afdelingsverantwoordelijke	2	1,52	1	0,92
andere	1	0,76	-	-
totaal	131	100	108	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	124	94,65	96	88,88
algemene vraag los van patiëntenrecht	7	5,34	12	11,11
totaal	131	100	108	100

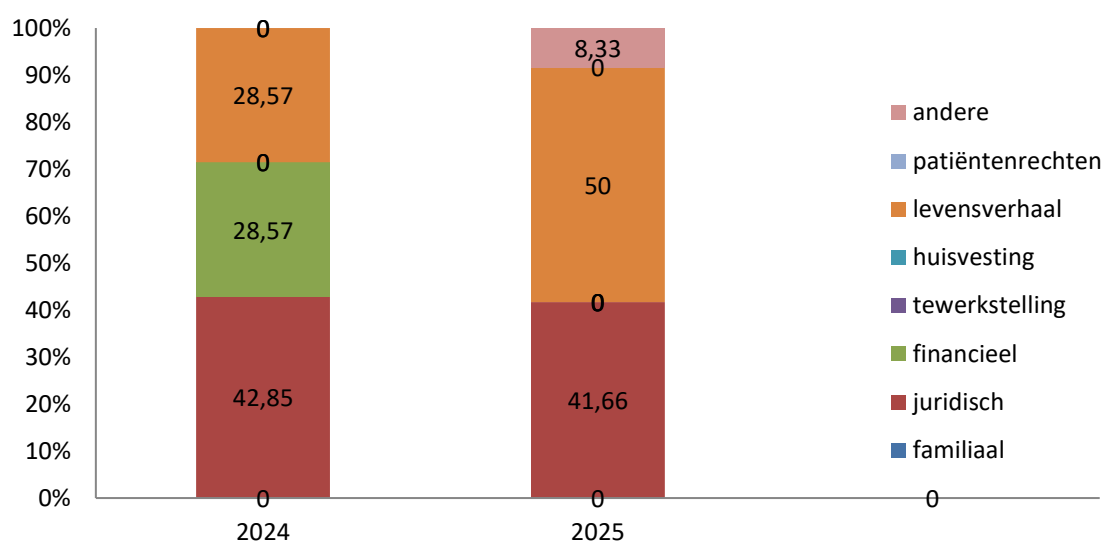
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	3	42,85	5	41,66
financieel	2	28,57	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	2	28,57	6	50,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	1	8,33
totaal	7	100	12	100

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	93	75,00	75	78,12
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	0,80	-	-
3. informatie	3	2,41	4	4,16
4. geïnformeerde toestemming	16	12,90	7	7,29
5. inzage patiëntendossier	10	8,06	7	7,29

6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	0,80	2	2,08
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	1	1,04
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	124	100	96	100

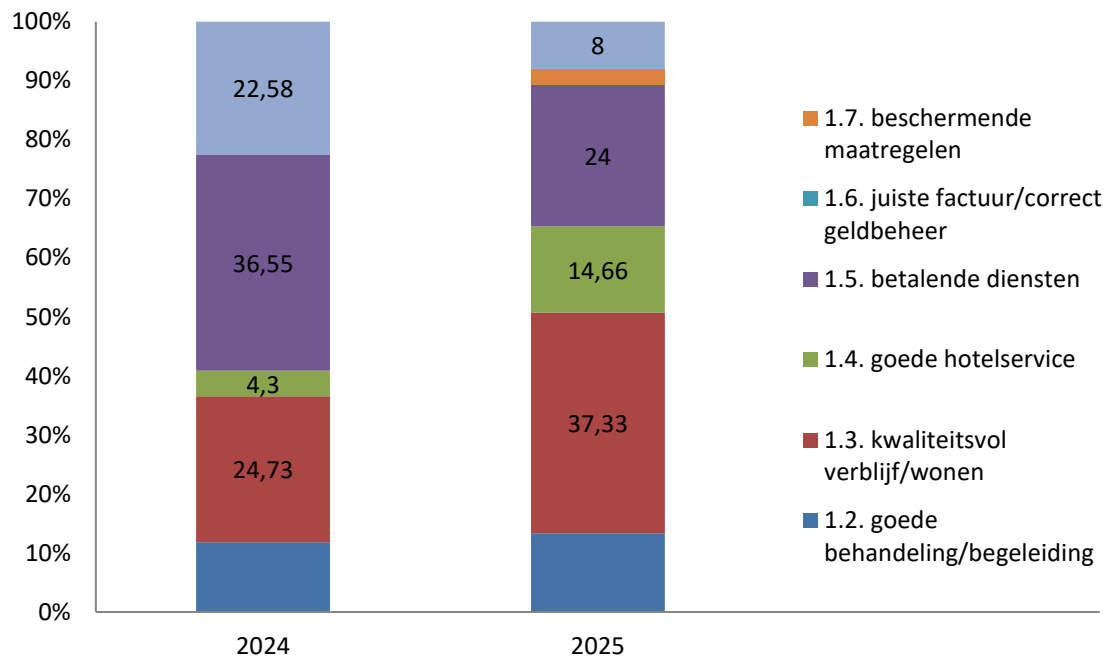
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op:

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	11	11,82	10	13,33
1.2. goede behandeling/begeleiding	23	24,73	28	37,33
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	4	4,30	11	14,66
1.4. goede hotelservice	34	36,55	18	24,00
1.5. betalende diensten	-	-	-	-

1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	2	2,66
1.7. beschermende maatregelen	21	22,58	6	8,00
totaal	93	100	75	100

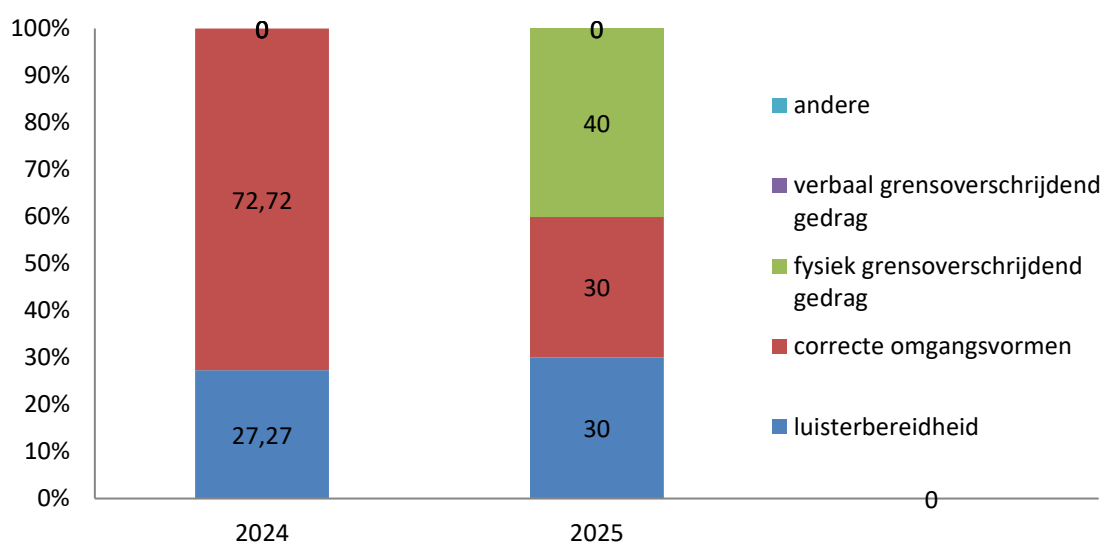
1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	27,27	3	30,00
correcte omgangsvormen	8	72,72	3	30,00
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	4	40,00
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	11	100	10	100

1.1. Respectvolle bejegening

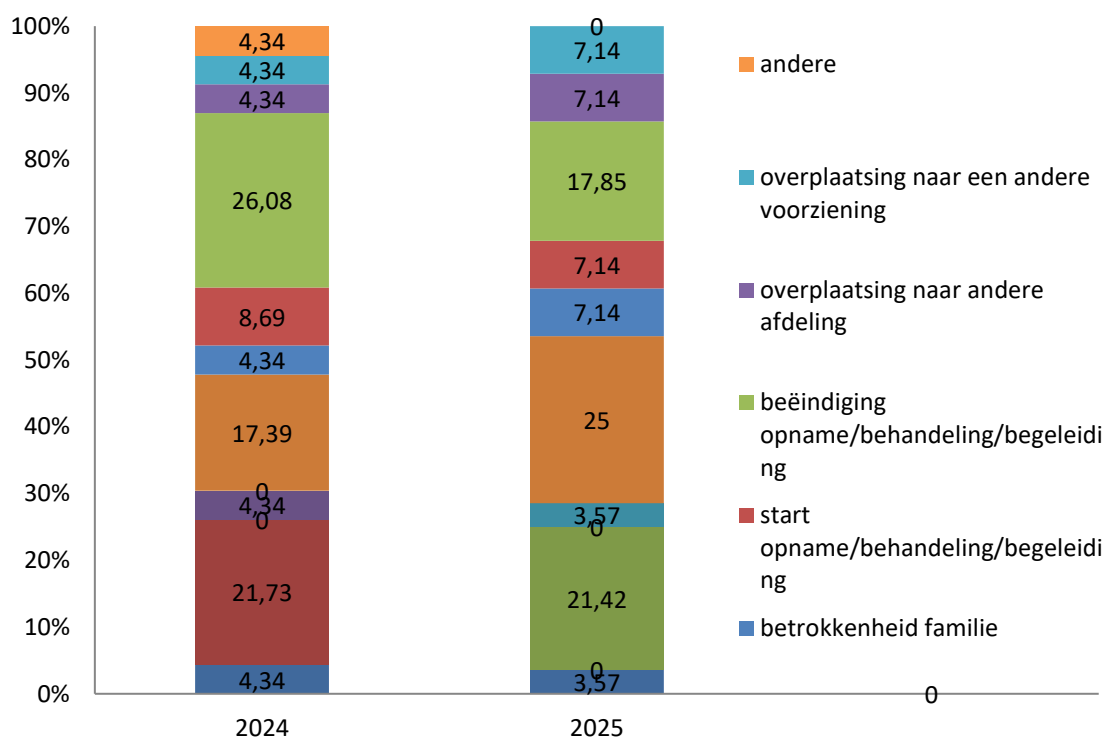


1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	1	4,34	1	3,57
somatische verzorging	5	21,73	-	-
medicatie	-	-	6	21,42
individuele therapie	1	4,34	-	-
groepstherapie	-	-	1	3,57
voldoende beschikbaarheid	4	17,39	7	25,00

betrokkenheid familie	1	4,34	2	7,14
start opname/behandeling/begeleiding	2	8,69	2	7,14
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	6	26,08	5	17,85
overplaatsing naar andere afdeling	1	4,34	2	7,14
overplaatsing naar een andere voorziening	1	4,34	2	7,14
andere	1	4,34	-	-
totaal	23	100	28	100

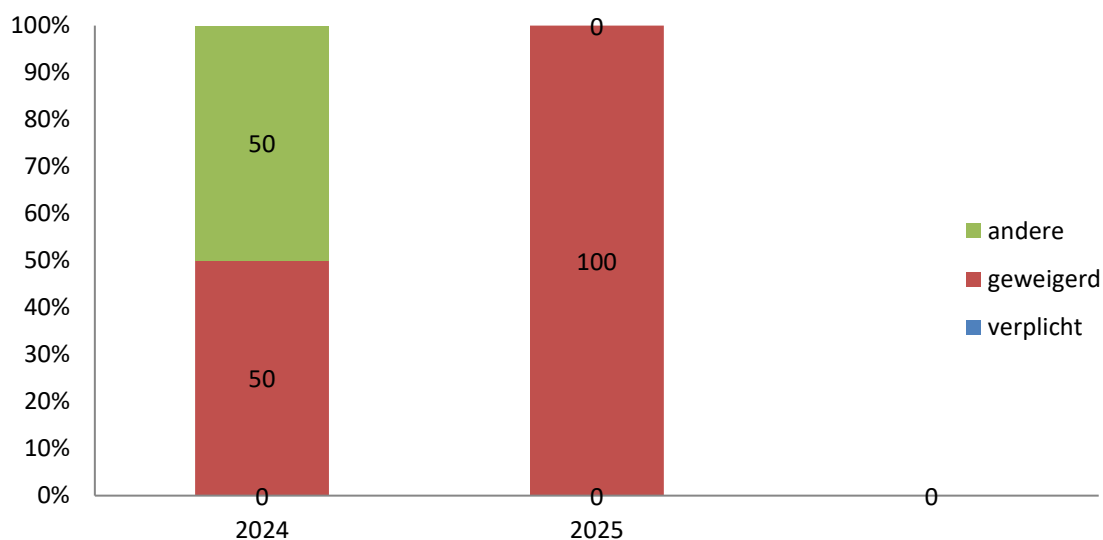
1.2. Goede behandeling/begeleiding



Start opname/behandeling/begeleiding		
	2024	2025

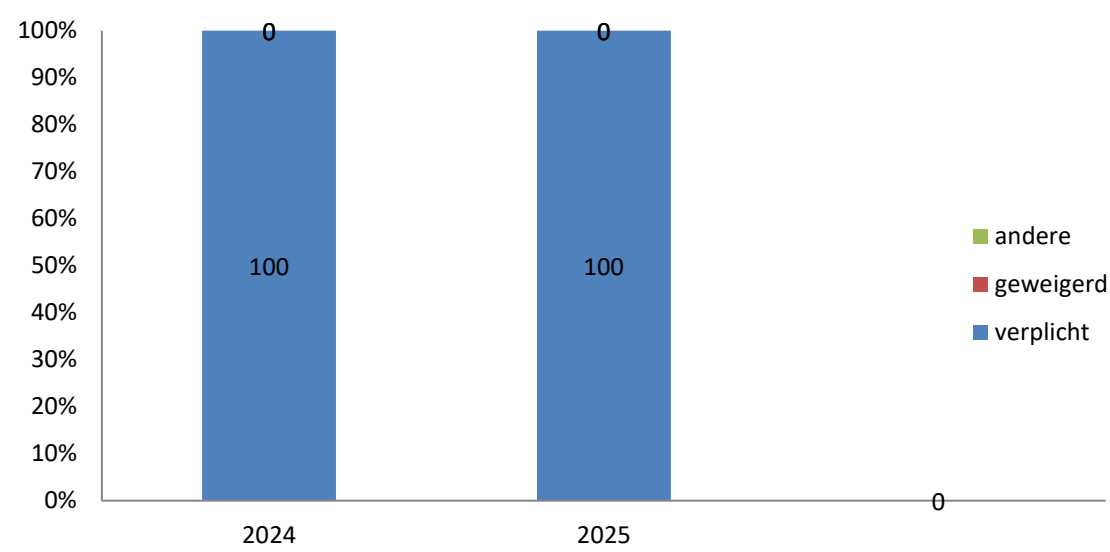
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	50,00	2	100,00
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	2	100

Start opname/behandeling/begeleiding



Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	6	100,00	4	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	4	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

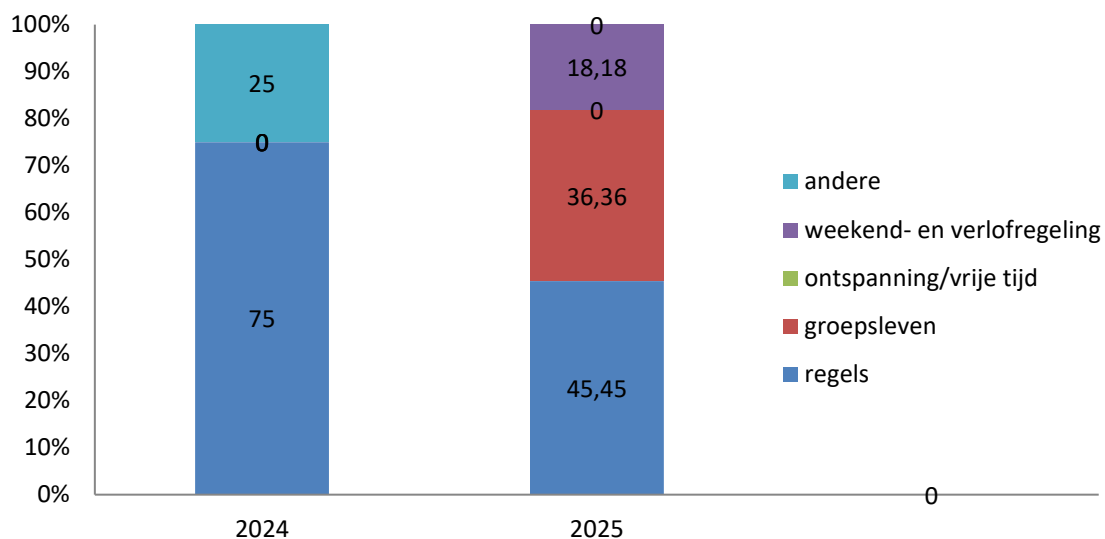


Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	2	100,00
geweigerd	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	-	-
geweigerd	-	-	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

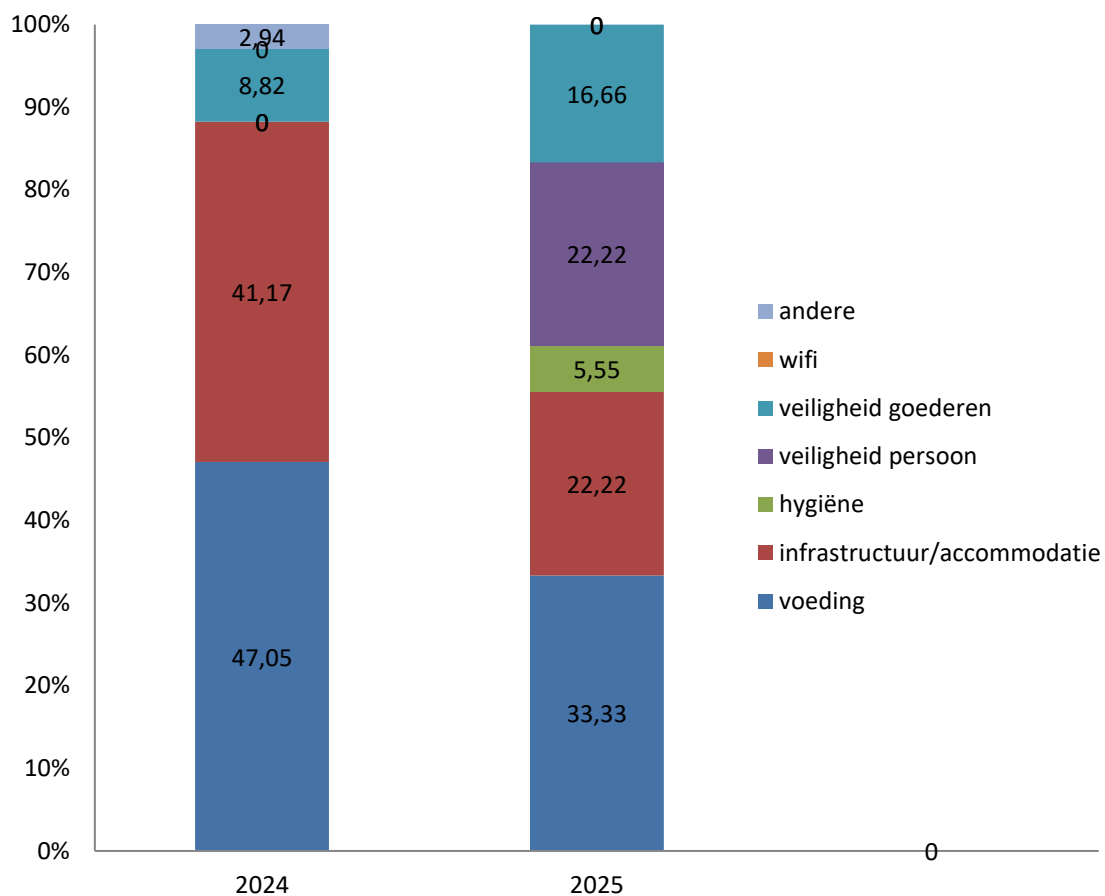
1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	3	75,00	5	45,45
groepsleven	-	-	4	36,36
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	2	18,18
andere	1	25,00	-	-
totaal	4	100	11	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen



1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	16	47,05	6	33,33
infrastructuur/accommodatie	14	41,17	4	22,22
hygiëne	-	-	1	5,55
veiligheid persoon	-	-	4	22,22
veiligheid goederen	3	8,82	3	16,66
wifi	-	-	-	-
andere	1	2,94	-	-
totaal	34	100	18	100

1.4. Goede hotelservice



1.. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	2	100,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

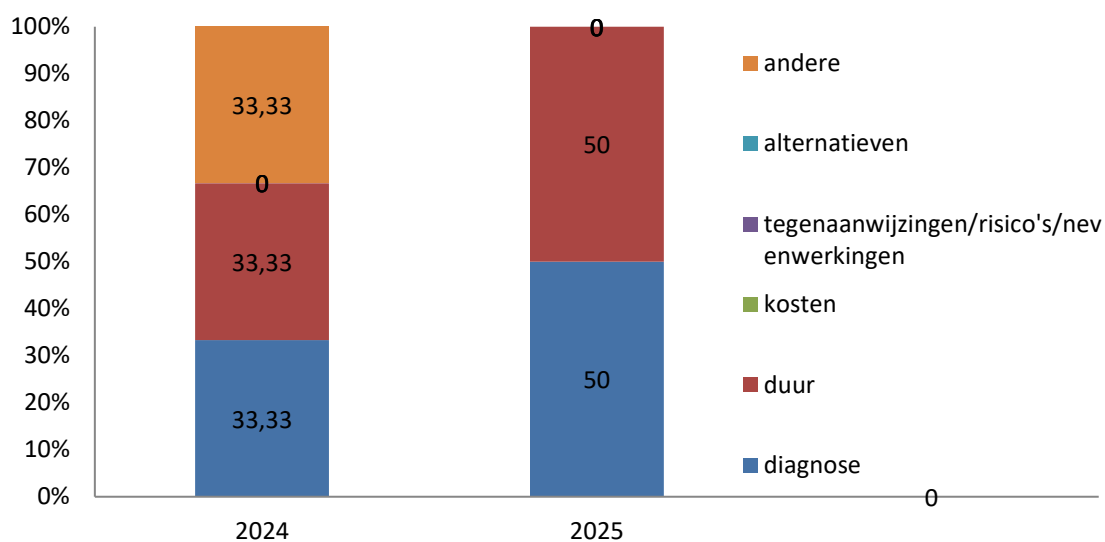
1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	4	19,04	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	4	19,04	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	13	61,90	6	100,00
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	21	100	6	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	1	33,33	2	50,00
duur	1	33,33	2	50,00
kosten	-	-	-	-

tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	4	100

3. Recht op informatie

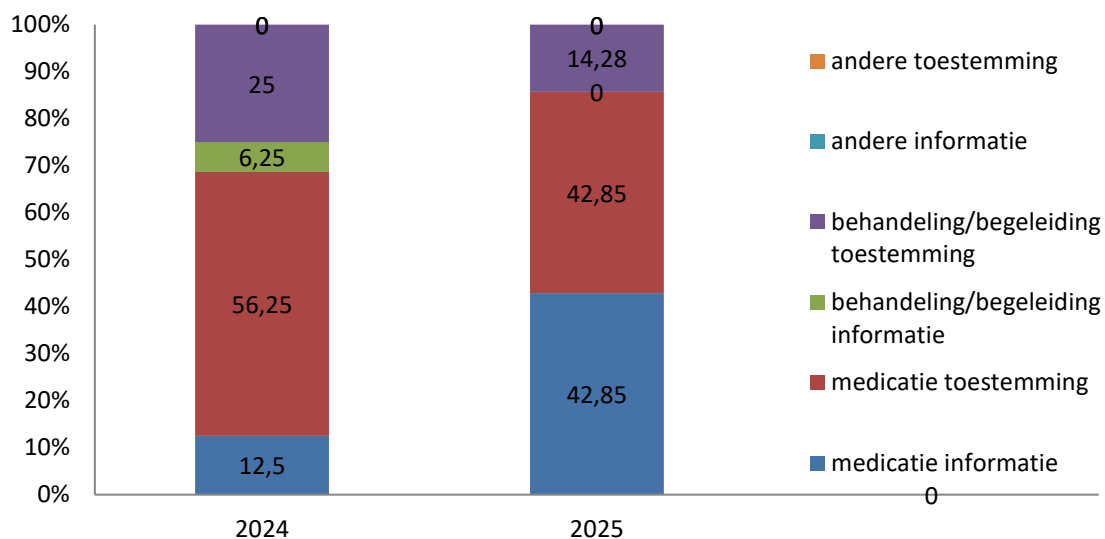


4. Recht op geïnformeerde toestemming

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	2	12,50	3	42,85
medicatie toestemming	9	56,25	3	42,85
behandeling/begeleiding informatie	1	6,25	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	4	25,00	1	14,28

andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	16	100	7	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

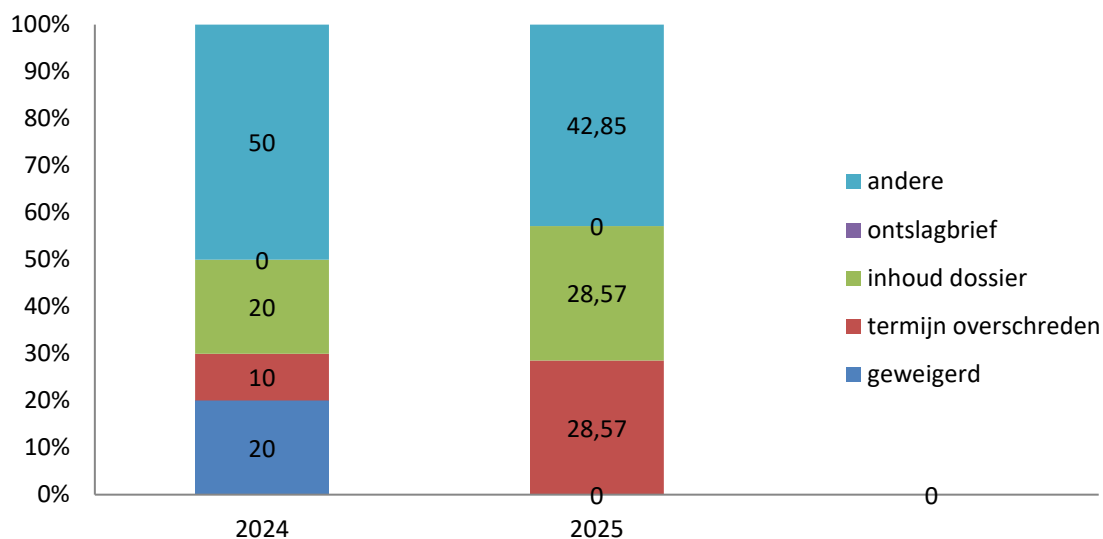


5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	10	100,00	7	100,00
totaal	10	100	7	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	2	20,00	-	-
termijn overschreden	1	10,00	2	28,57
inhoud dossier	2	20,00	2	28,57
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	5	50,00	3	42,85
totaal	10	100	7	100

5.A. Recht op inzage of afschrift



6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	2	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinghe indiscretie	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

10. Recht op pijnbestrijding

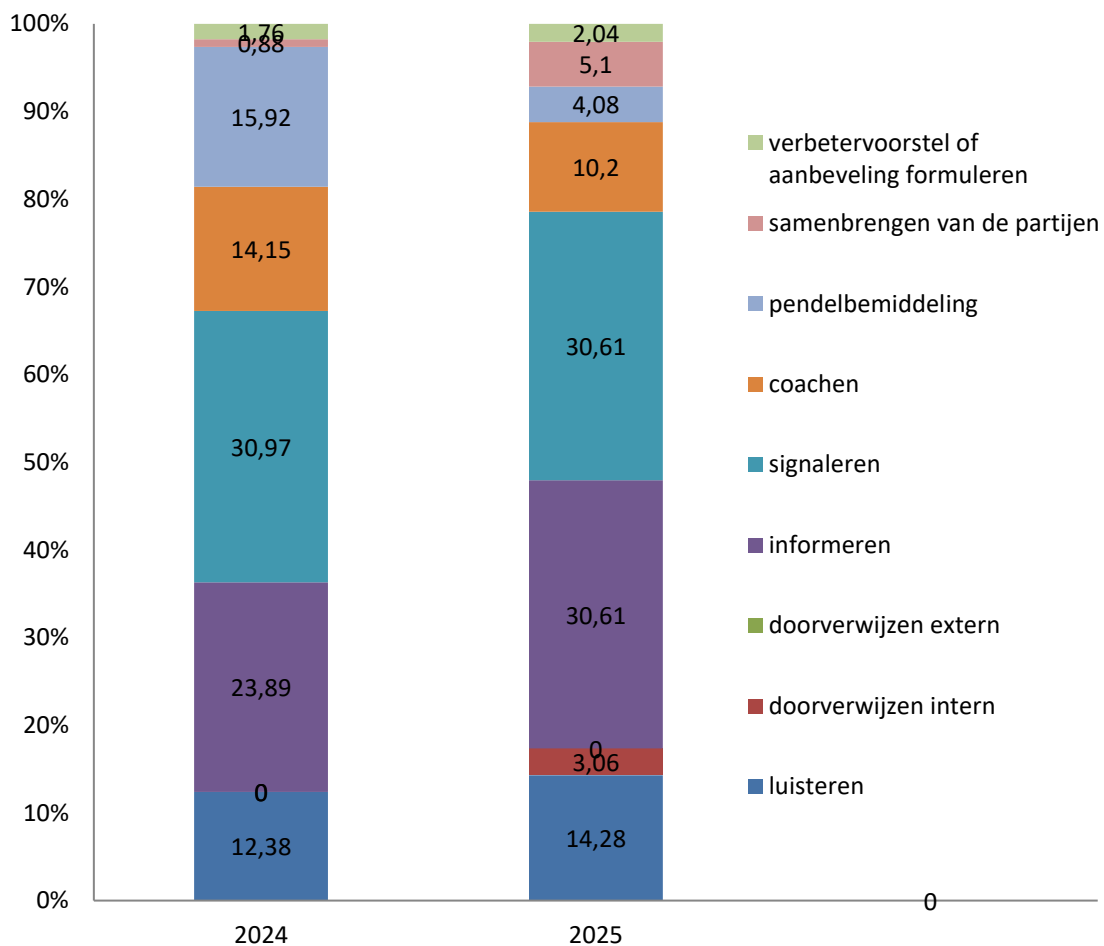
D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het **aantal afgesloten aanmeldingen (100)**. 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	14	12,38	14	14,28
doorverwijzen intern	-	-	3	3,06
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	27	23,89	30	30,61
signaleren	35	30,97	30	30,61

coachen	16	14,15	10	10,20
pendelbemiddeling	18	15,92	4	4,08
samenbrengen van de partijen	1	0,88	5	5,10
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	2	1,76	2	2,04
totaal	113	100	98	100

Hoofdinterventie



E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	12	10,43	3	3,09
binnen de week	34	29,56	3	3,09
binnen de twee weken	12	10,43	5	5,15
binnen de vier weken	18	15,65	21	21,64
later dan vier weken	39	33,91	65	67,01
totaal	115	100	97	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	25	60

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.

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

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	3	75,00
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	1	25,00
totaal	-	-	4	100



Jaarverslag PZ St Lucia Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Peter De Clercq



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

1

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informereren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On! een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG

Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inleiding

In het jaarverslag 2024 gingen we uitgebreid in op de vernieuwende elementen van de vernieuwde wet patiëntenrechten en de flankerende wetgevingen.

In dit jaarverslag beperken ons tot 3 aandachtspunten nl. infrastructuur en hotelfunctie, betrokkenheid context en geïnformeerde toestemming patiënt/privacy en informatie patiëntenrechten en ombudswerking.

2025 was een jaar met weinig uitgesproken klachten, zowel in aantal als qua type klacht.

De categorie infrastructuur blijft van zijn kant wel regelmatig terug aan bod komen. Inhoudelijk gaat het hier om al eerder gesignaleerde meldingen.

In bijlage geven we meer casusinfo rond het type van meldingen. Bij de bespreking van het jaarverslag geven we hier duiding over en waar mogelijk de hiermee verbonden aandachtspunten.

Cijfers kort

Met 25 meldingen in de categorie kwaliteitsvolle zorg blijft dit de grootste categorie.

Het aantal meldingen via familie of context blijft erg beperkt (n=2).

Er waren 6 groepsklachten, inhoudelijk vnl. betrekking hebbend op infrastructuur.

Er waren eveneens 6 heraanmelders, inhoudelijk eveneens betrekking hebben op infrastructuur, met al gekende onderwerpen.

11 meldingen werden via de brievenbus ingediend, waaronder de 6 groepsklachten.

Het aantal aanmelders dat contact nam tijdens de permanentie is licht gestegen (n=9).

Aanbevelingen/Aandachtspunten: algemeen

We hernemen een aantal aandachtspunten zoals die in het jaarverslag 2024 en eerdere jaarverslagen werden meegegeven.

Kwaliteitsvolle zorg

- Vorming en coaching (informatie en duiding, sensibilisering, responsabilisering) van medewerkers rond wet patiëntenrechten en de flankerende wetgeving(en).
- Het aanbod van persoonlijke toelichting op vraag van de afdelingen of werkgroepen gaat samen met de mogelijkheid om gebruik te maken van de binnen Psyche ontwikkelde e-learning.
- Als de voorziening dit wenst kan het via monitoring (cijfers aangeleverd door Psyche) het aantal gebruikers van deze vormingskansen opvolgen.

Recht op informatie

- Informatie-uitwisseling als basis voor respectvolle samenwerking.
- Van dialoog naar geïnformeerde toestemming: waardevol én uitdagend kader met potentieel, om zorg te bereiken waar patiënten zich door geholpen voelen.
- Zorgplanning/wilsverklaring: Praten is 'goed', onthouden 'beter'? Het meenemen van geschreven informatie vermijdt dat patiënt meermaals verhaal moet doen.
- Informatie en duiding van mogelijkheden en beperkingen in het behandelaanbod.
- Duidelijke informatie rond functie (opdracht en kwalificaties).

Dossier en digitalisering

- Zorgvuldigheid bij het beschikbaar maken en delen van privacygevoelige informatie.
- Nazicht privacygevoelige informatie voor afschrift of deling (aanpassingen in E-dossier)
- Helder en respectvol spreken/schrijven.
- Stilstaan bij mogelijke effecten van exclusie en stigma.
- Richtlijnen voor medewerkers rond aanpassingen en toevoegingen.
- Heldere informatie aan patiënten over de (on)mogelijkheden t.a.v aanpassingen en toevoegingen in het patiëntendossier.

Klachtrecht

-Ruimte (blijven) maken voor vertrouwelijkheid, spreekruimte voor patiënten en medewerkers.

-Afstemmen klachtenopvang op afdelingsniveau en klachtenbeleid op voorzieningsniveau.

-Respect voor de basisprincipes, waaronder vertrouwelijkheid en het recht op antwoord.

-Aandacht voor drempelverhogende effecten met overregulering en hiërarchische benadering als valkuil.

Aanbevelingen/Aandachtspunten voor de overheid

-Uitbreiden van de beschikbare plaatsen voor passende zorg aan minderjarigen met psychische kwetsbaarheid, complexe zorgnoden en nood aan veiligheid.

-Impact van het uitblijven van beleidskeuzes in het langlopend proces van hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Aandachtspunten en goede praktijk voorziening St Lucia

-Informatie, sensibilisering, responsabilisering patiënten en medewerkers vernieuwde wetgeving(en).

Het aanbod van persoonlijke toelichting op vraag van de afdelingen of werkgroepen gaat samen met de mogelijkheid om gebruik te maken van de binnen Psyche ontwikkelde e-learning.

Als de voorziening dit wenst kan het via monitoring (cijfers aangeleverd door Psyche) het aantal gebruikers van deze vormingskansen opvolgen.

Afdelingen worden ook aangemoedigd om zelf proactief patiënten te informeren (praktisch en inhoudelijk) over patiëntenrechten en ombudswerking.

Zoals al vermeldt in het voorwoord geven we nog eens extra mee dat de brochure over de invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel, gemaakt in samenwerking met Te Gek, beschikbaar is. (Februari 2026)

Naast het vormingsaanbod vanuit OOGG en Psyche zet de voorziening ook in op eigen aanbod en samenwerkingen met bijv. het Familieplatform. Voor 2026 schrijft de voorziening zich in voor het aanbod workshops KOPP-methodieken.

-Kwaliteitsvolle zorg

Bejegening

De voorziening hecht veel belang aan respectvolle omgang, klachten rond bejegening komen zelden voor. Warme zorg met aandacht voor positieve beeldvorming en (de-)stigmatisering zijn voelbaar aanwezig.

Informatie

Voorbeeld van een concrete aanmelding: huisarts signaleert dat de bereikbaarheid van de dienst mobiel team en de wijze waarop aanmeldingen kunnen gebeuren transparanter kan.

De voorbereidingen om het digitaal dossier aan te passen aan de vernieuwde wetgeving (o.a. mogelijkheid om documenten toe te voegen) werden in de loop van 2025 verder concreet gemaakt.

-Infrastructuur - Hotelservice (n=11)

In 2025 werden enkele infrastructuurwerken voorbereid en/of uitgevoerd. Dit zorgde voor meldingen met bezorgdheden t.a.v veiligheid en geluidsoverlast.

Deze tijdelijke overlast wordt door de meeste patiënten begrepen als noodzakelijk om enkele afdelingen een langverwacht, nieuw onderdak te geven, met aangepast comfort en gebruiksmogelijkheden.

Terugkerende vragen van patiënten naar de beschikbaarheid van TV op de kamer en een vlot werkende WIFI-verbinding zorgden voor de geleidelijke uitrol van een implementatieproject.

In 2025 werd ook de vraag gesteld naar de mogelijkheid om een koelkast op de kamer ter beschikking te hebben. Navraag leert dat dit al eerder gesignaleerd werd.

Medewerkers signaleren dat het strikte beleid rond cybersecurity het vlotte gebruik van de ICT-mogelijkheden bemoeilijkt.

Ook de parkeermogelijkheden en de bijhorende afspraken blijven regelmatig terugkeren als onderwerp.

Gezonde en lekkere voeding draagt bij aan het welbevinden van de patiënt alsook de kwaliteit van het verblijf. De mate waarin tegemoetgekomen wordt aan deze basale zorgbehoefte heeft een impact op de algemene tevredenheid.

Het is complex balanceren tussen een toename van allergieën, religieuze overtuigingen, persoonlijke wensen en een zo ruim mogelijk aanbod, met voldoende verfijning en aandacht voor voedselverspilling. Dit vraagt voldoende middelen en een grondige afstemming.

Update 2025

Ook in 2025 waren er klachten/meldingen rond de kwaliteit van de broodmaaltijden en de nood aan een volwaardig vegetarisch aanbod.

-Aanbod broodmaaltijden: signalen, ook groepsklachten uit meerdere afdelingen, in het bijzonder van patiënten in dagbehandeling.

-De variatie en presentatie (bulk) van het broodbeleg en het ontbreken van een aanbod zoet beleg wordt concreet benoemd. Het vegetarisch aanbod bij de broodmaaltijd wordt als ondermaats benoemd.

Naast de variatie en de beperkte hoeveelheid charcuterie wordt ook de verpakking als niet gebruiksvriendelijk ervaren.

-Aandacht voor de opvolging van diëten en een volwaardig vegetarisch aanbod. Patiënten met problematiek eetstoornissen signaleren dat het aanbod en de presentatie voor hen extra stress meebrengt.

-Betrokkenheid context – geïnformeerde toestemming en privacy

Er zijn weinig aanmeldingen door familie of context (n=2).

Beide aanmeldingen maakten, elk op hun eigen manier, wel duidelijk dat transparantie, toestemming en respect voor privacy belangrijke factoren zijn om het vertrouwen in de zorg te behouden.

-Patiënt verliest vertrouwen na vermoeden van communicatie met familie zonder toestemming van de patiënt.

-Familie voelt zich in zijn vertrouwen geschaad na afschrift dossier en gebruik van informatie door ex-partner in juridische context.

→*Aandacht voor privacy van derden bij de registratie van de inhoud van familiegesprekken.*

→*Nazicht privacygevoelige informatie voor afschrift of deling (aanpassingen in E-dossier.)*

→*Belang van geïnformeerde toestemming patiënt t.a.v communicatie met de context.*

Wat als de toestemming van de patiënt er niet is?

Patiënten geven soms zeer expliciet aan geen communicatie met de context te wensen en hier ook geen toestemming voor te geven.

Medewerkers geven aan altijd te luisteren en te werken met alle informatie die hen bereikt. Met tijdelijke wilsonbekwaamheid en/of gevaar, empathie voor de bezorgdheden van de context/familie en tijdsdruk als argumenten om toch, in bepaalde gevallen, zonder toestemming of medeweten van de patiënt te communiceren met familie/context. Dit zet de vertrouwensrelatie met de patiënt onder druk en vraagt om transparantie en overleg.

-Opnamebeleid

Klachten rond het opstarten of beëindigen van behandelingstrajecten komen regelmatig aan bod. Dit kan te maken hebben met de impact van responsabilisering, samenwerkingsbereidheid, agressiebeleid maar evenzeer met opnamedruk en afbakening van het behandelaanbod.

Ook in deze voorziening waren er enkele aanmeldingen rond de criteria/argumenten om geen behandeling op te starten, maar is er geen sprake van een opvallende stijging.

Bij de keuze voor een centraal gestuurd opnamebeleid, met een aanmeldteam voor alle afdelingen, komt wel eens de feedback van patiënten (en medewerkers) dat zij zich vragen stellen bij de gehanteerde criteria.

Het blijft balanceren tussen verlies aan autonomie en vertrouwensrelatie en een neutralere, meer geobjectiveerde inschatting van de hulpvraag.

-Ombudswerking

Informatie en sensibilisering

De voorziening maakt met overtuiging gebruik van het vormingsaanbod (o.a. elearnings) vanuit Psyche.

Vraag vanuit het mobiel team naar de mogelijkheid om beroep te doen op de ombudswerking bij aanmeldingen door partners in de zorg, maakte duidelijk dat een aanpassing van de (website)-informatie voor patiënten en verwijzers, én informatieverstrekking rond ombudswerking aan de medewerkers ambulante dienst(en) zinvol kan zijn.

Bereikbaarheid

De brievenbussen verspreid op alle afdelingen worden weinig gebruikt. De helft van de aanmeldingen via dit kanaal betrof groepsklachten over eerder gemelde bezorgdheden. Het aantal brievenbussen werd in overleg met de voorziening teruggebracht tot 4, op de gesloten afdeling KIZ, ter hoogte van het algemeen onthaal, het ombudsklokaal en het gebouw I.

Het gebruik van de brievenbussen voor meer individuele meldingen, al dan niet aan de kwaliteit van zorg gerelateerde vragen of klachten, is beperkt en zal verder opgevolgd worden. Op dit moment lijken er geen signalen van hoge drempels of een gebrek aan andere kanalen om te kunnen/durven aanmelden.

Samenwerking met voorziening

De bereidheid bij medewerkers om in dialoog te gaan rond aanmeldingen is positief.

De samenwerking met de interne contactpersoon verloopt professioneel en constructief.

In tussentijds overleg worden aandachtspunten snel opgepikt en waar mogelijk oplossingsgericht bijgestuurd.

Algemeen besluit

Het aantal aanmeldingen is gelijklopend met voorgaande jaren.

2025 was een jaar met weinig uitgesproken klachten, zowel in aantal als qua type klacht.

We formuleren met de nodige voorzichtigheid enkele aandachtspunten en aanbevelingen.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en afdelingen die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 13/02/2025, de laatste op 18/12/2025.

Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 45, het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 44.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	52	38	39	45
aanmelders	52	38	39	45

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2025 met deze van 2024.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	39		45	
aanmelders	39		45	
tijd tussen aanmelding en eerste (face to face) contact				
aantal aanmeldingen met eerste (face to face) contact				
<i>op dezelfde datum</i>	19	57,57	23	62,16
<i>binnen de week</i>	13	39,39	14	37,83
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	1	3,03	-	-

<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	33	100	37	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	6	15,38	8	17,77
<i>1 contact</i>	28	71,79	24	53,33
<i>2 contacten</i>	4	10,25	12	26,66
<i>3 contacten</i>	1	2,56	1	2,22
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	-	-
totaal	39	100	45	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		3	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	38		44	

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
1	45	100,00	45	100,00
totaal	45	100	45	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	33	84,61	34	75,55
groep patiënten	2	5,12	6	13,33
andere	4	10,25	5	11,11
totaal	39	100	45	100

Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	1	50,00	5	83,33
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	1	50,00	1	16,66
totaal	2	100	6	100

grootste groep	5	5

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	4	100,00	2	40,00

kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	1	20,00
andere	-	-	2	40,00
totaal	4	100	5	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	4	100,00	2	40,00
ten persoonlijke titel	-	-	3	60,00
totaal	4	100	5	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	3	75,00	1	20,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	2	40,00
terugkoppeling was niet mogelijk	1	25,00	-	-
terugkoppeling was niet nodig	-	-	2	40,00
totaal	4	100	5	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
persoonlijke vraag aanmelder	1	100,00	2	100,00
weigering aanmelder	-	-	-	-
patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
patiënt is wilsonbekwaam	-	-	-	-
patiënt is overleden	-	-	-	-
Patiënt is onbereikbaar	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	1	2,56	6	13,33
neen	38	97,43	39	86,66
totaal	39	100	45	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	5	12,82	9	20,00
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	8	20,51	7	15,55
telefonisch	20	51,28	18	40,00
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	6	15,38	11	24,44
totaal	39	100	45	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	7	17,94	10	22,22
Luisterend oor	2	5,12	-	-
Signaal	15	38,46	10	22,22
Bemiddeling: pendeldiplomatie	8	20,51	1	2,22
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	1	2,56	1	2,22
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	1	2,22

Financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	1	2,22
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	1	2,56	5	11,11
Sanctie/represaille	2	5,12	6	13,33
Andere	3	7,69	10	22,22
totaal	39	100	45	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	2	5,12	4	8,88
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	26	66,66	32	71,11
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	7	17,94	7	15,55
niet van toepassing	2	5,12	2	4,44
andere	2	5,12	-	-
totaal	39	100	45	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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	-	-	1	2,22
psychiater	8	20,51	7	15,55
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	1	2,22
verpleging	4	10,25	5	11,11
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	2	4,44
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (ergo, kine, andere)	2	5,12	1	2,22
diëtist	1	2,56	-	-
multidisciplinair team	14	35,89	5	11,11
administratieve dienst	-	-	2	4,44
technische dienst	-	-	3	6,66
voedingsdienst	5	12,82	3	6,66
poetsdienst	-	-	1	2,22
directie	3	7,69	4	8,88

bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	2	5,12	1	2,22
wasserij	-	-	-	-
beleid	-	-	1	2,22
afdelingsverantwoordelijke	-	-	8	17,77
andere	-	-	-	-
totaal	39	100	45	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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	25	64,10	25	59,52
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	5	12,82	10	23,80
4. geïnformeerde toestemming	2	5,12	-	-
5. inzage patiëntendossier	1	2,56	2	4,76
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	15,38	4	9,52

7. klachtenbemiddeling	-	-	1	2,38
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	39	100	42	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	1	4,00	3	12,00
1.2. goede behandeling/begeleiding	8	32,00	5	20,00
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	8,00	3	12,00
1.4. goede hotelservice	9	36,00	11	44,00
1.5. betalende diensten	-	-	2	8,00
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	1	4,00
1.7. beschermende maatregelen	5	20,00	-	-
totaal	25	100	25	100

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	-	-	3	100,00
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	3	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	1	12,50	1	20,00
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	1	12,50	1	20,00
groepstherapie	1	12,50	-	-
voldoende beschikbaarheid	1	12,50	-	-
betrokkenheid familie	1	12,50	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	2	25,00	-	-

beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	12,50	3	60,00
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	5	100

Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	2	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	3	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	3	100

Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	-	-	1	33,33
groepsleven	2	100,00	1	33,33
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-

andere	-	-	1	33,33
totaal	2	100	3	100

1.4. Goede hotelservice

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	6	66,66	2	18,18
infrastructuur/accommodatie	3	33,33	2	18,18
hygiëne	-	-	1	9,09
veiligheid persoon	-	-	1	9,09
veiligheid goederen	-	-	2	18,18
wifi	-	-	1	9,09
andere	-	-	2	18,18
totaal	9	100	11	100

1.5. Betalende diensten

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	2	100,00
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	2	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	1	100,00
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	20,00	-	-
afzondering	2	40,00	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	-	-
internering	-	-	-	-
andere	2	40,00	-	-
totaal	5	100	-	-

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	1	10,00
kosten	-	-	1	10,00
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	5	100,00	8	80,00
totaal	5	100	10	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	2	100,00	-	-
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,00	2	100,00
totaal	1	100	2	100

5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	-	-	-	-
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	1	100,00	2	100,00
totaal	1	100	2	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-

briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	1	16,66	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	5	83,33	4	100,00
totaal	6	100	4	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen (44). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	1	2,63	-	-
doorverwijzen intern	4	10,52	2	4,54
doorverwijzen extern	2	5,26	-	-
informeren	1	2,63	8	18,18
signaleren	10	26,31	16	36,36
coachen	3	7,89	3	6,81
pendelbemiddeling	11	28,94	8	18,18
samenbrengen van de partijen	1	2,63	3	6,81
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	5	13,15	4	9,09
totaal	38	100	44	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	6	15,78	2	4,54
binnen de week	16	42,10	19	43,18
binnen de twee weken	11	28,94	15	34,09
binnen de vier weken	3	7,89	7	15,90
later dan vier weken	2	5,26	1	2,27
totaal	38	100	44	100

langste looptijd	7	7

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

Tot slot geven we de eventueel door de ombudspersoon voorgestelde verdere stappen weer, als 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	1	25,00	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrede rechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	1	100,00
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	3	75,00	-	-
totaal	4	100	1	100



Jaarverslag Heilig Hart Ieper Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Elisabeth van der Hijden



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	4
Inleiding	5
Bereikbaarheid en werking van de ombudsdienst.....	6
Algemene evoluties en aanbevelingen.....	7
Besluit	8
Aanmeldingen (go between).....	9

Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG) voor Heilig Hart Ieper.

Dit jaarverslag heeft in de eerste plaats tot doel de aanbevelingen en aandachtspunten van het voorbije jaar in kaart te brengen. Daarbij dient te worden benadrukt dat zowel 2024 als 2025 geen representatief beeld geven van de registraties. Omwille van een langdurige ziekte van de vaste ombudspersoon was er in 2024 immers grotendeels geen aanwezigheid in het ziekenhuis. Sinds mei 2025 werd een nieuwe vaste ombudspersoon aangesteld voor Heilig Hart Ieper. De dertien registraties waarop dit verslag is gebaseerd, situeren zich dan ook uitsluitend in de tweede helft van 2025.

De beperkte en onregelmatige aanwezigheid van de externe ombudspersoon in deze periode kan een invloed gehad hebben op de aard en het aantal registraties en maakt het minder evident om op basis hiervan concrete aanbevelingen te formuleren. Tegelijkertijd konden patiënten gedurende deze periode wel steeds terecht bij de interne ombudspersoon van het ziekenhuis. Deze interne opvang van vragen en signalen kan mee verklaren waarom bepaalde thema's of meldingen minder zichtbaar zijn binnen de registraties van de Onafhankelijke Ombudsdienst.

Voor de registraties wordt gebruikgemaakt van het registratiesysteem Go Between. Het is belangrijk te benadrukken dat de ombudsdienst meldingen registreert zoals patiënten deze aanbrengen. Er wordt geen waarheidsbevinding gedaan. Om die reden wordt aangeraden om cijfers steeds met de nodige voorzichtigheid te benaderen.

In de komende periode wordt verder ingezet op het verduidelijken en bekendmaken van de ombudswerking bij zowel patiënten als medewerkers. De concrete werking van de ombudsdienst wordt verder toegelicht in het hoofdstuk *'Werking ombudsdienst'*.

Met dit jaarverslag en de bijhorende aanbevelingen willen wij aandachtspunten signaleren die volgens ons relevant zijn voor het verder bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Wij hopen dat dit jaarverslag zorgvuldig zal worden overwogen binnen de voorziening. Aarzel niet om de ombudspersoon te contacteren indien er vragen of onduidelijkheden zouden zijn.

Bereikbaarheid en werking van de ombudsdienst

Binnen het psychiatrisch ziekenhuis Heilig Hart Ieper is zowel een interne als, sinds mei 2025, opnieuw een externe ombudsdienst actief. In de periode voorafgaand aan juni 2025 was er voor de externe ombudsdienst uitsluitend telefonische bereikbaarheid.

De interne ombudspersoon combineert deze rol met de functie van kwaliteitscoördinator en is hierdoor bijna dagelijks aanwezig binnen de voorziening. De externe ombudspersoon is wekelijks vier uur fysiek aanwezig in het ziekenhuis, met een vaste permanentie op dinsdag.

Naast deze wekelijkse permanentie is de externe ombudspersoon bereikbaar via telefoon, via een persoonlijk e-mailadres en via het algemene e-mailadres van de OOGG. Daarnaast is er op weekdagen een dagelijkse chatmogelijkheid voorzien tussen 16.00 en 18.00 uur. Binnen de voorziening zijn ook drie brievenbussen aanwezig waar patiënten schriftelijk contact kunnen opnemen met de ombudsdienst.

Op vraag van afdelingen verzorgen de ombudspersonen vormingen rond patiëntenrechten. Deze vormingen werden in het najaar van 2025 opnieuw opgestart en kunnen zich richten tot zowel patiënten als medewerkers. Aan de hand van stellingen en casussen wordt samen gereflecteerd over hoe patiëntenrechten in de dagelijkse praktijk zo goed mogelijk kunnen worden gewaarborgd. Dit is voor de externe ombudspersoon ook een kans om de voorziening, de medewerkers, de cultuur en de werking te leren kennen.

De ombudsdienst fungeert in de eerste plaats als een laagdrempelig aanspreekpunt waar patiënten terecht kunnen met vragen, bezorgdheden of onduidelijkheden. In de meeste contacten ligt de nadruk op luisteren, informeren en ondersteunen, en waar nodig op het versterken van de patiënt bij het verhelderen van zijn of haar vraag. Ook coaching en het verkennen van mogelijke vervolgstappen maken deel uit van deze werking. Bemiddeling kan aan bod komen wanneer beide partijen hier nood aan hebben, maar vormt niet het meest frequente onderdeel van de werking.

Als onafhankelijke instantie streeft de ombudsdienst ernaar om samen met de patiënt en de betrokken zorgverleners tot een oplossing te komen voor een vraag, bezorgdheid of probleem. Dit gebeurt door het samenbrengen van de betrokken partijen en het verkennen van hun standpunten, zonder daarbij een oordeel te vellen of een standpunt in te nemen. Het doel is om het gesprek mogelijk te maken en wederzijds begrip te bevorderen, zodat via dialoog op een constructieve manier naar een oplossing kan worden gezocht.

Algemene evoluties en aanbevelingen

In 2025 werden twaalf aanmeldingen geregistreerd. Deze situeren zich hoofdzakelijk in de tweede helft van het jaar, met een eerste aanmelding op 15 mei 2025. Tegen het einde van 2025 werden tien dossiers afgesloten. Twee dossiers werden verder opgevolgd en afgesloten in januari 2026.

Het grootste aandeel van de geregistreerde meldingen (60%) heeft betrekking op het **recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)**. Dit patiëntenrecht kent een brede invulling en omvat verschillende deelaspecten. Binnen dit recht hebben de meeste aanmeldingen betrekking op goede behandeling en begeleiding. Bij verdere analyse blijkt dat iets meer dan de helft van deze aanmeldingen verband houdt met het beëindigen van opname, behandeling of begeleiding. De overige aanmeldingen binnen dit recht hebben betrekking op de beschikbaarheid van personeel.

Bij 25% van de aanmeldingen bestond het initiële verzoek erin om een genomen beslissing ongedaan te maken, hetzij door een behandelteam, hetzij door de vrederechter. Opvallend is dat een derde van deze aanmelders op het moment van de aanmelding reeds ontslagen was of niet langer in behandeling.

De aanmeldingen tonen aan dat beslissingen rond het beëindigen van opname of behandeling voor patiënten vaak een moment van verhoogde kwetsbaarheid vormen. De vraag om een beslissing ongedaan te maken kan hierbij worden begrepen als een uiting van onmacht en als een zoektocht naar verdere zorg, duidelijkheid en houvast.

Deze aanmeldingen doen zich voor in uiteenlopende contexten. Ze lijken niet uitsluitend samen te hangen met de inhoud of het tijdstip van de beslissing, maar ook met de manier waarop deze beslissing door de patiënt wordt ervaren en verwerkt. Overgangsmomenten binnen het zorgtraject blijven complex en emotioneel geladen, waarbij communicatie, beschikbaarheid en ruimte voor gesprek een belangrijke rol spelen.

Het recht op informatie (art. 7) en het **recht op geïnformeerde toestemming (art. 8)** vertegenwoordigen elk 20% van de overige registraties. Ook hier bevestigen de aanmeldingen het blijvende belang van afstemming, toegankelijkheid en ruimte voor dialoog, zeker in contexten waar tijd en middelen niet altijd vanzelfsprekend zijn. Het erkennen van de beleving van de patiënt, ook wanneer een beslissing niet gewijzigd kan worden, kan bijdragen aan meer wederzijds begrip en rust.

Tot slot stellen we vast dat de vorm van aanmelding in 2025 meer gevarieerd is dan in 2024. Waar in 2024 ongeveer de helft van de aanmeldingen schriftelijk gebeurde, zien we in 2025 een toename van het aandeel onmiddellijk contact tot 33%. Deze evolutie kan gelinkt worden aan de opstart van de permanentie van de ombudspersoon in mei 2025.

Gezien de beperkte periode waarin de ombudswerking in 2025 opnieuw fysiek aanwezig was en het relatief beperkte aantal aanmeldingen, dienen bovenstaande bevindingen te worden beschouwd als voorlopig en verkennend. Ze vormen aandachtspunten die in de komende jaren verder opgevolgd en verdiept kunnen worden.

Besluit

De aanmeldingen in 2025 bieden waardevolle inzichten in momenten binnen het zorgtraject waar patiënten zich kwetsbaar voelen, vooral rond beëindiging van opname, behandeling of begeleiding. Ze onderstrepen het belang van duidelijke communicatie, afstemming en beschikbaarheid, ook wanneer beslissingen niet gewijzigd kunnen worden.

De ombudspersoon creëert ruimte voor dialoog door de verschillende perspectieven van patiënten, zorgverleners, directie en beleid zorgvuldig te beluisteren en met elkaar te verbinden. Deze werking is enkel mogelijk dankzij het vertrouwen van alle betrokkenen, waarvoor we patiënten, zorgverleners, directies en overheid uitdrukkelijk danken.

In 2026 willen we de samenwerking verder uitdiepen, de organisatie beter leren kennen en de zichtbaarheid en toegankelijkheid van de ombudsdienst versterken. Zo kunnen we blijven bouwen aan een klimaat van vertrouwen waarin open en constructieve gesprekken mogelijk zijn, met de zorg voor de patiënt als centraal uitgangspunt.

Aanmeldingen (go between)

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 15/05/2025, de laatste op 26/12/2025. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2025. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 12, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 10.

Dit is 7 minder dan in 2024.

Dit is 15 minder dan in 2023.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	35	27	19	12
aanmelders	35	20	17	12

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	19		12	
aanmelders	17		12	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	15	83,33	7	58,33
<i>binnen de week</i>	2	11,11	4	33,33
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	1	8,33
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	1	5,55	-	-
totaal	18	100	12	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	1	5,26	-	-
<i>1 contact</i>	13	68,42	9	75,00
<i>2 contacten</i>	3	15,78	-	-
<i>3 contacten</i>	-	-	2	16,66

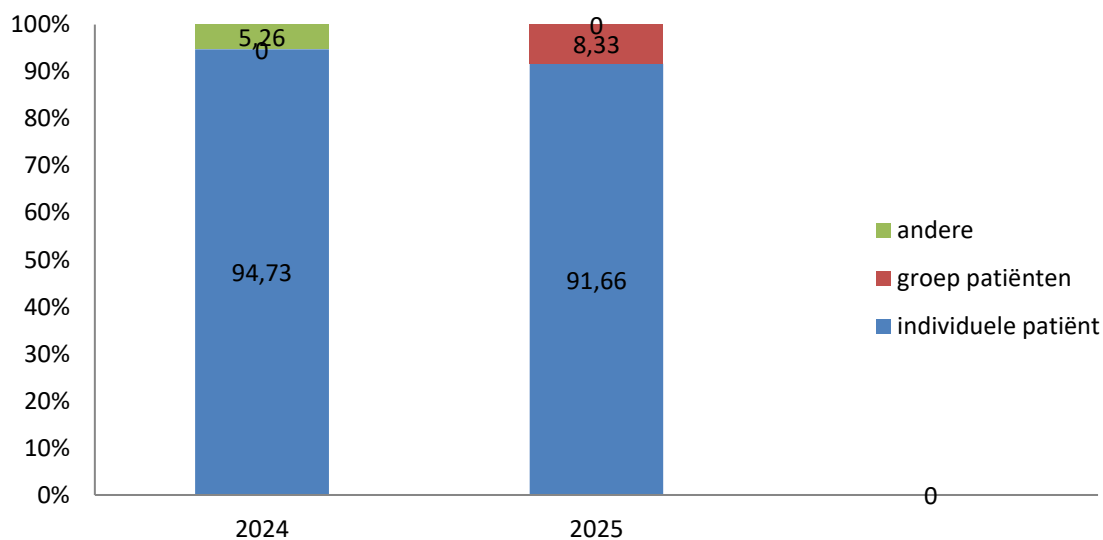
<i>meer dan 3 contacten</i>	2	10,52	1	8,33
totaal	19	100	12	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	32		4	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten meldingen zonder verwijzingen	18		10	

De **12** meldingen (2025) komen van in totaal 12 melders.

Aantal meldingen versus aantal melders				
	melders		meldingen	
Categorie	n	%	n	%
1	12	100,00	12	100,00
totaal	12	100	12	100

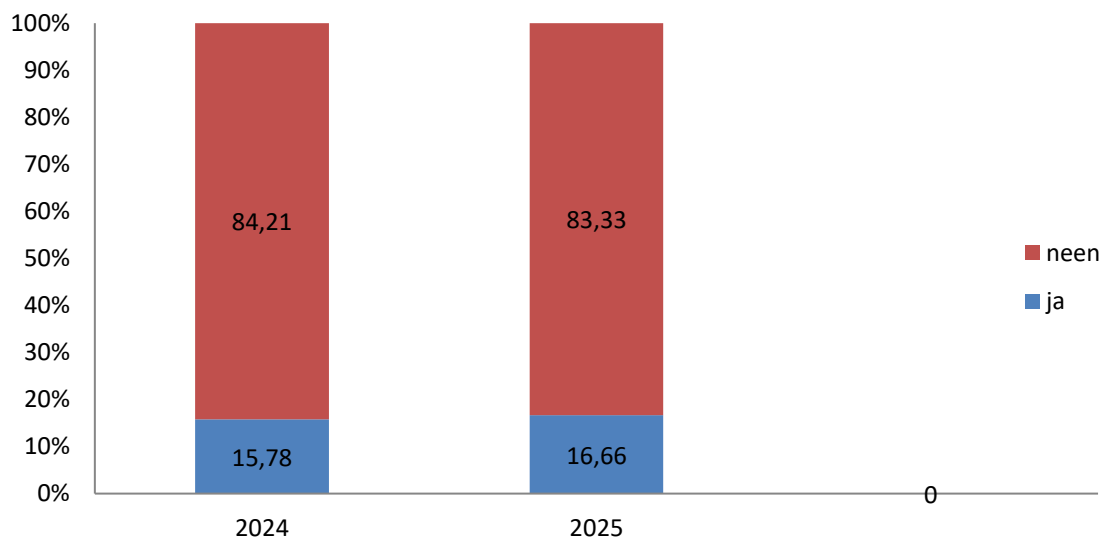
Initiële melder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	18	94,73	11	91,66
groep patiënten	-	-	1	8,33
andere	1	5,26	-	-
totaal	19	100	12	100

Initiële melder: individueel, groep, andere



Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	3	15,78	2	16,66
neen	16	84,21	10	83,33
totaal	19	100	12	100

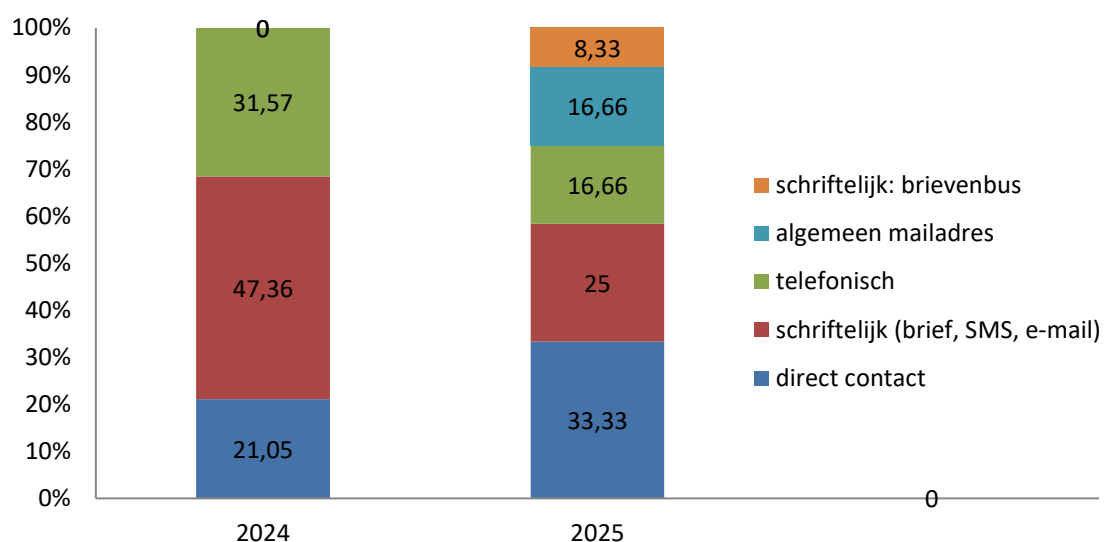
Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



Vorm van aanmelden

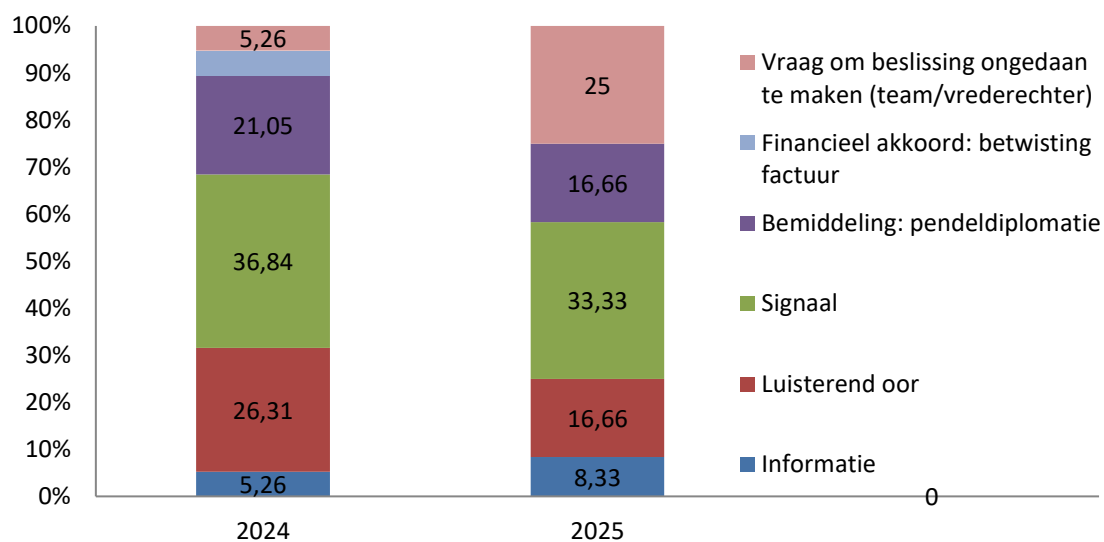
Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	4	21,05	4	33,33
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	9	47,36	3	25,00
telefonisch	6	31,57	2	16,66
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	2	16,66
schriftelijk: brievenbus	-	-	1	8,33
totaal	19	100	12	100

Vorm van aanmelden



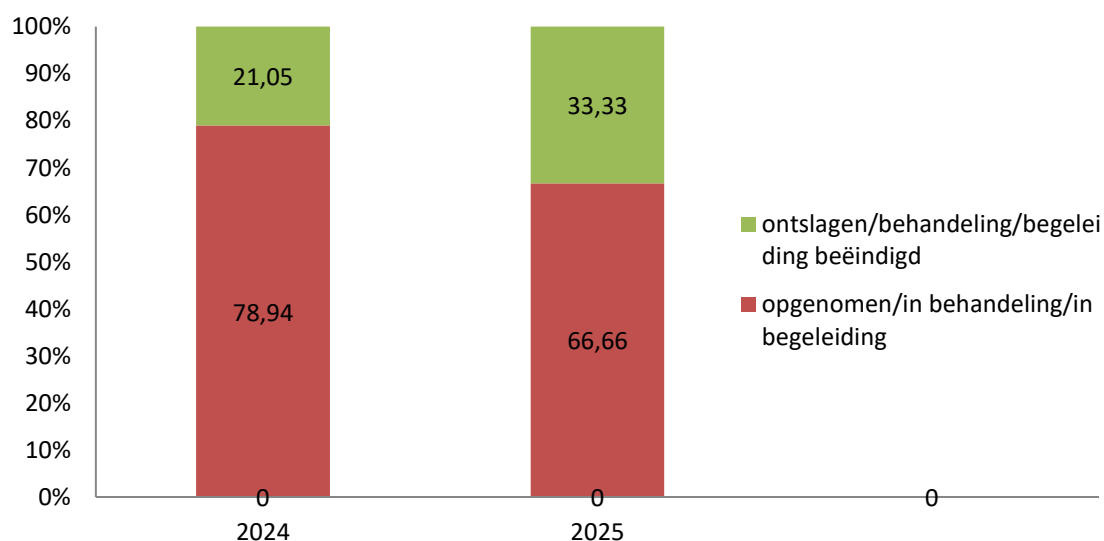
Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	1	5,26	1	8,33
Luisterend oor	5	26,31	2	16,66
Signaal	7	36,84	4	33,33
Bemiddeling: pendeldiplomatie	4	21,05	2	16,66
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	-	-	-	-
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	-	-
Financieel akkoord: betwisting factuur	1	5,26	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	1	5,26	3	25,00
Sanctie/represaille	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-
totaal	19	100	12	100

Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	15	78,94	8	66,66
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	4	21,05	4	33,33
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	19	100	12	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

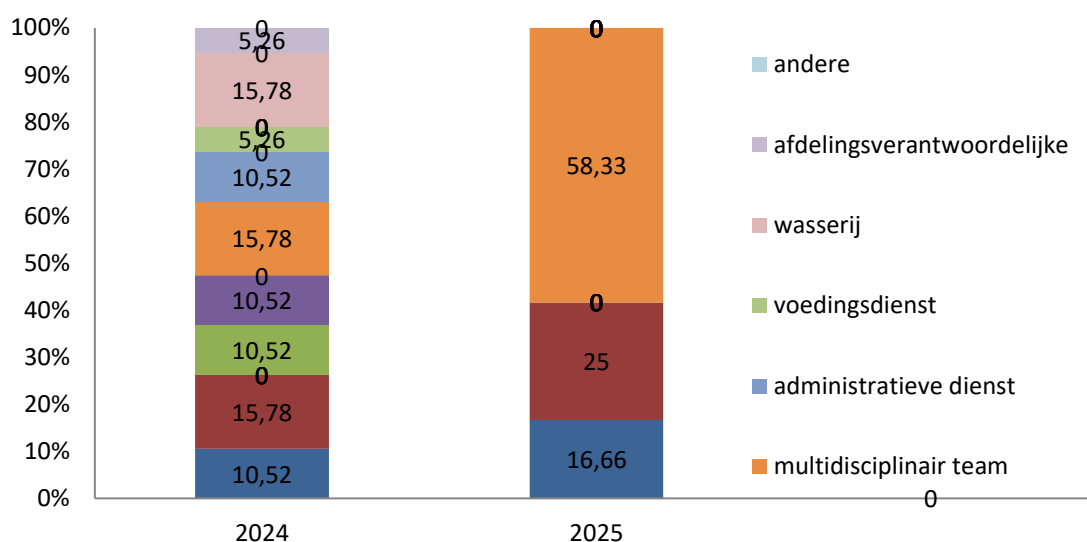


Inhoud van de aanmelding

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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	2	10,52	2	16,66
psychiater	3	15,78	3	25,00
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	-	-	-	-
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	2	10,52	-	-
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	2	10,52	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	3	15,78	7	58,33
administratieve dienst	2	10,52	-	-
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	1	5,26	-	-
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	3	15,78	-	-
beleid	-	-	-	-
afdelingsverantwoordelijke	1	5,26	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	19	100	12	100

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken

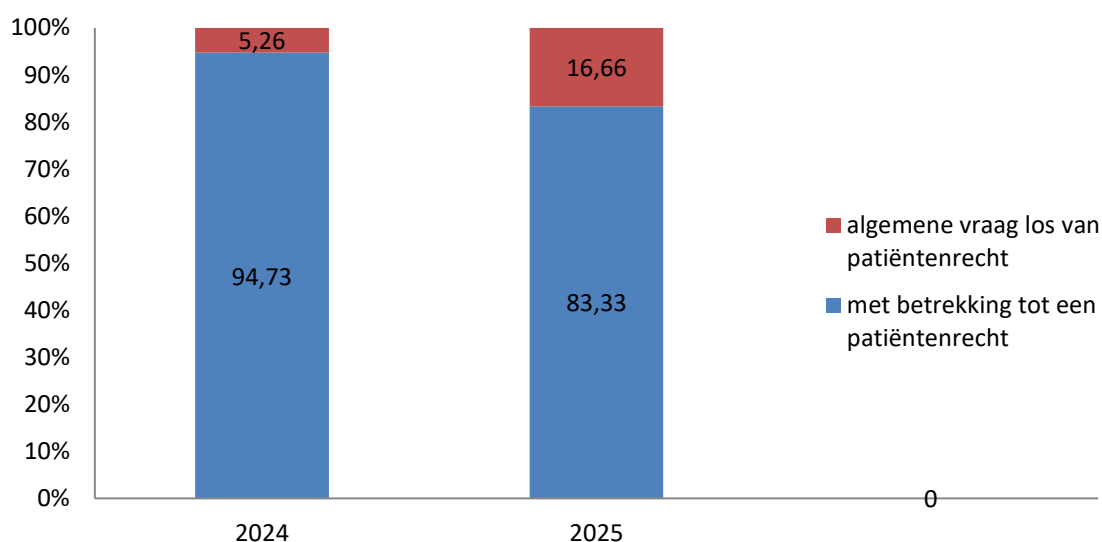


Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	18	94,73	10	83,33
algemene vraag los van patiëntenrecht	1	5,26	2	16,66
totaal	19	100	12	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



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.

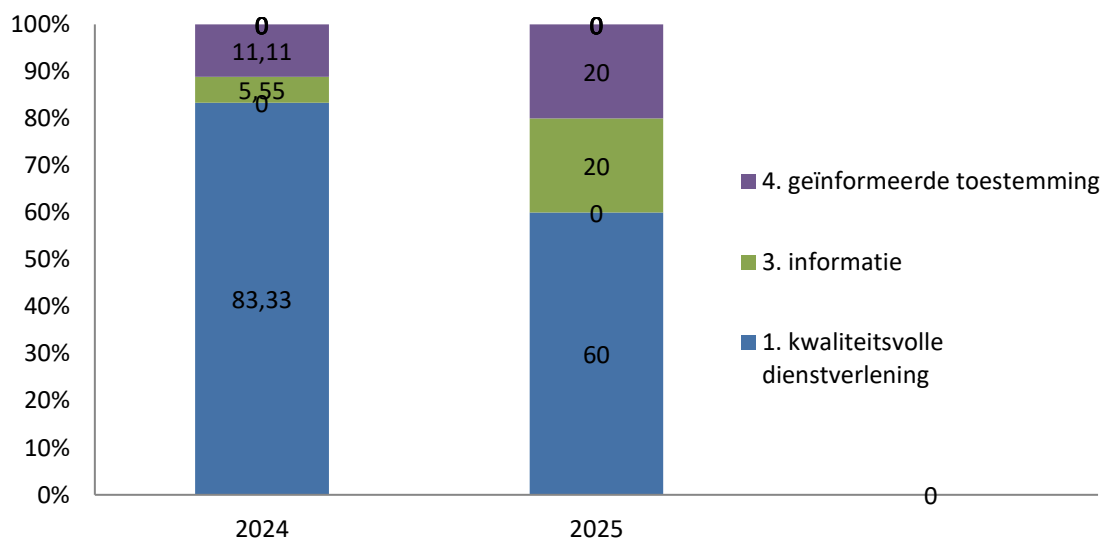
Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	1	100,00	2	100,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	15	83,33	6	60,00
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	1	5,55	2	20,00
4. geïnformeerde toestemming	2	11,11	2	20,00
5. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	18	100	10	100

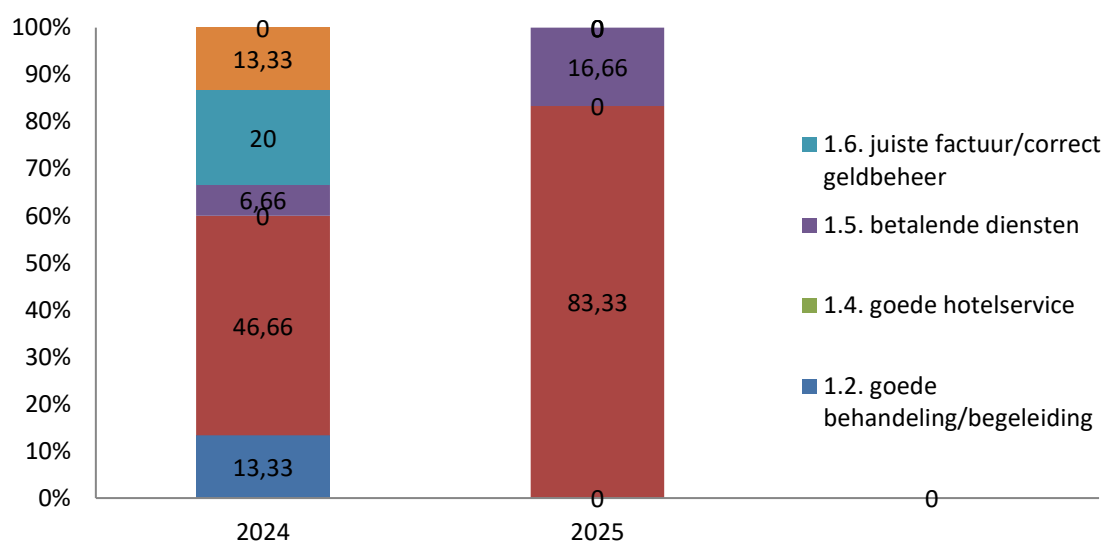
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op



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

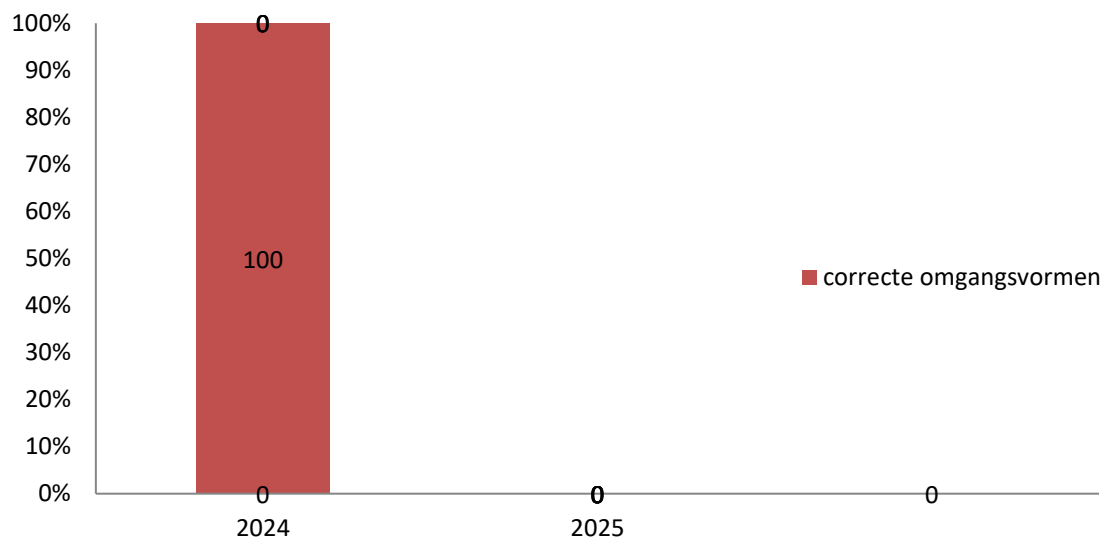
Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	2	13,33	-	-
1.2. goede behandeling/begeleiding	7	46,66	5	83,33
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	-	-
1.4. goede hotelservice	1	6,66	1	16,66
1.5. betalende diensten	3	20,00	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	13,33	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	-	-
totaal	15	100	6	100

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



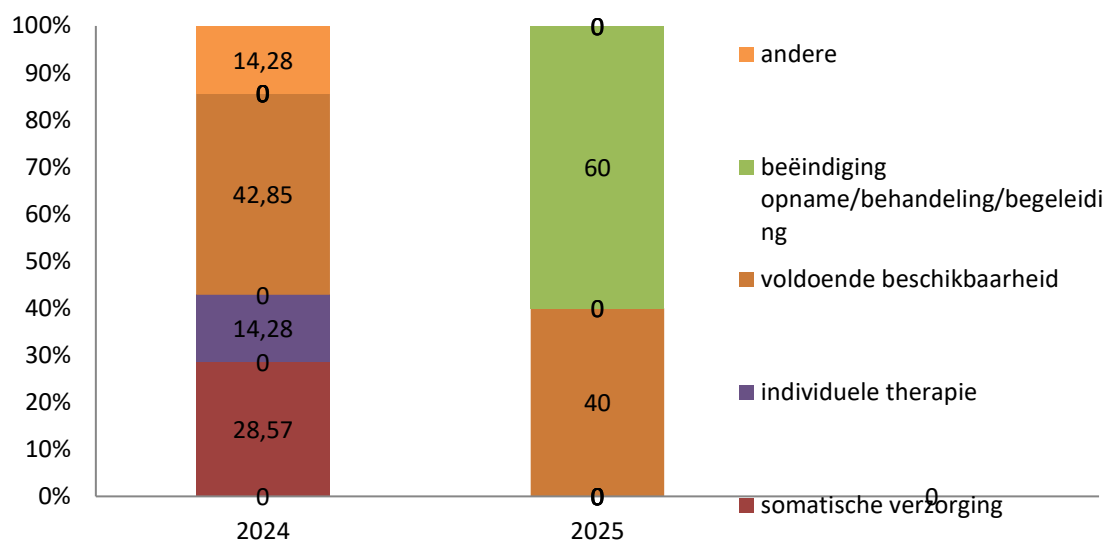
Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	2	100,00	-	-
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

Respectvolle bejegening



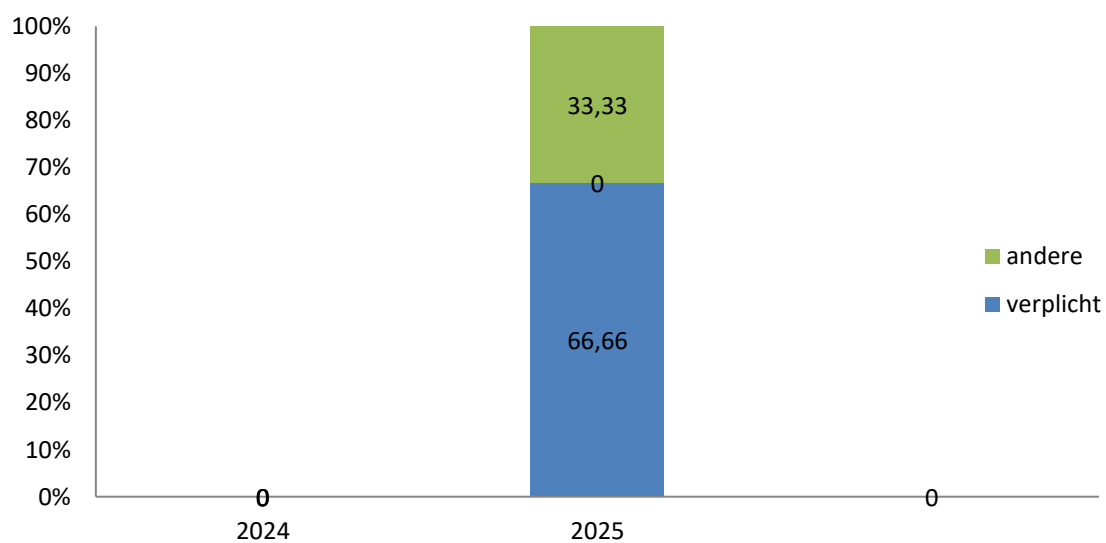
Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	2	28,57	-	-
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	1	14,28	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	3	42,85	2	40,00
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	3	60,00
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	1	14,28	-	-
totaal	7	100	5	100

Goede behandeling/begeleiding



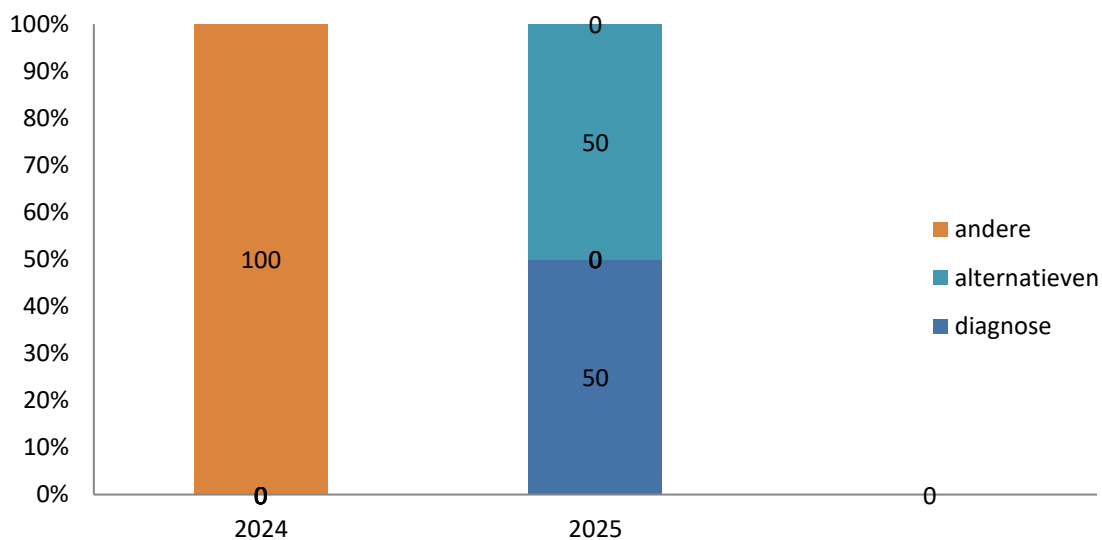
Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	2	66,66
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	-	-	3	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding



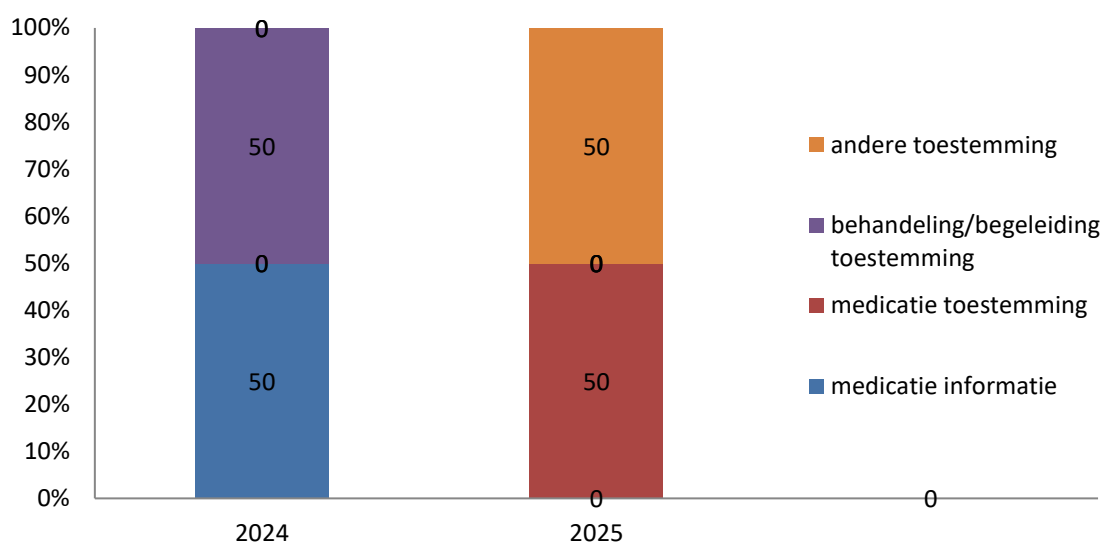
Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	50,00
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	1	50,00
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	2	100

Recht op informatie



Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	1	50,00	-	-
medicatie toestemming	-	-	1	50,00
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	1	50,00	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	1	50,00
totaal	2	100	2	100

Recht op geïnformeerde toestemming



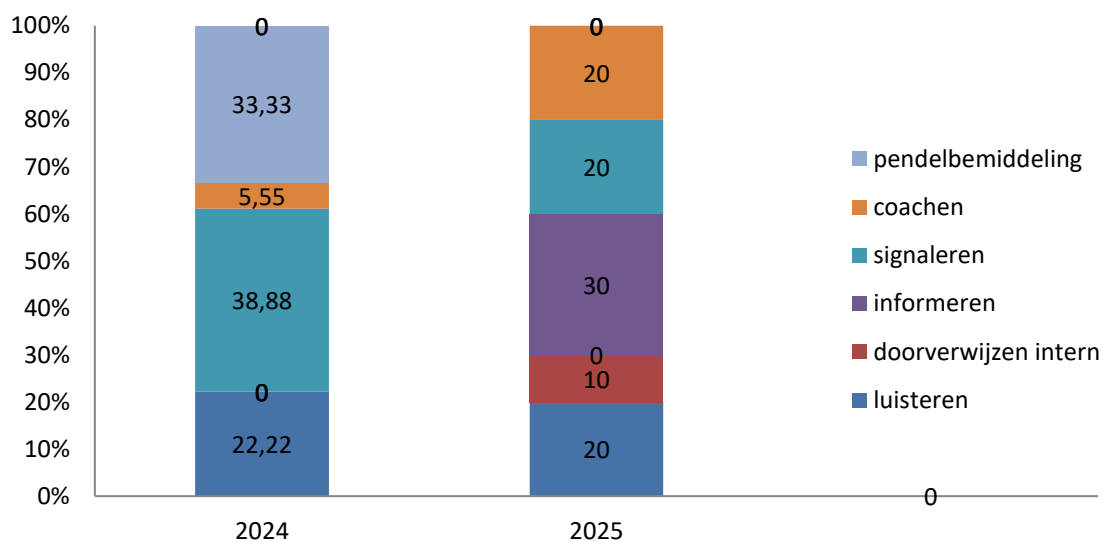
Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Hoofdinterventie

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.

Hoofdinterventie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	4	22,22	2	20,00
doorverwijzen intern	-	-	1	10,00
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informereren	-	-	3	30,00
signaleren	7	38,88	2	20,00
coachen	1	5,55	2	20,00
pendelbemiddeling	6	33,33	-	-
samenbrengen van de partijen	-	-	-	-
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	-	-
totaal	18	100	10	100

Hoofdinterventie



Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	1	5,55	6	60,00
binnen de week	5	27,77	2	20,00
binnen de twee weken	6	33,33	-	-
binnen de vier weken	4	22,22	2	20,00
later dan vier weken	2	11,11	-	-
totaal	18	100	10	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	7		4	



Jaarverslag PC Menen

Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Elisabeth van der Hijden



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG

Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	4
Inleiding	5
Bereikbaarheid en werking van de ombudsdienst.....	5
Algemene evoluties en aanbevelingen.....	7
Besluit	9
Aanmeldingen (go between).....	10

Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG) voor PC Menen.

Dit jaarverslag heeft in de eerste plaats tot doel de aandachtspunten en aanbevelingen van het voorbije jaar in kaart te brengen. Daarbij dient te worden benadrukt dat zowel 2024 als 2025 geen representatief beeld geven van de registraties. Omwille van een langdurige ziekte van de vaste ombudspersoon was er in 2024 en de eerste helft van 2025 immers geen fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis. De ombudsdienst bleef in deze periode wel bereikbaar via telefoon en e-mail. Indien patiënten hierom vroegen, kon de vervangende ombudspersoon ook ter plaatse naar PC Menen komen.

Sinds juni 2025 werd een nieuwe vaste ombudspersoon aangesteld voor PC Menen. Het merendeel van de registraties waarop dit verslag is gebaseerd, situeert zich dan ook in de tweede helft van 2025. De beperkte en onregelmatige aanwezigheid van de externe ombudspersoon in de voorgaande periode kan een invloed hebben gehad op zowel het aantal als de aard van de registraties. Zo telde 2024 ongeveer de helft van het aantal meldingen in vergelijking met 2023, terwijl in 2025 opnieuw een stijgende lijn merkbaar is. Deze evolutie kan samenhangen met de aanwezigheid van een vaste ombudspersoon, maar maakt het tegelijk minder evident om op basis van deze cijfers verregaande conclusies of concrete aanbevelingen te formuleren.

Voor de registraties wordt gebruikgemaakt van het registratiesysteem Go Between. Het is belangrijk te benadrukken dat de ombudsdienst meldingen registreert zoals patiënten deze aanbrengen. Er wordt geen waarheidsbevinding gedaan. Om die reden wordt aangeraden om cijfers steeds met de nodige voorzichtigheid te benaderen.

In de komende periode wordt verder ingezet op het verduidelijken en bekendmaken van de ombudswerking bij zowel patiënten als medewerkers. De concrete werking van de ombudsdienst wordt verder toegelicht in het hoofdstuk 'Werking ombudsdienst'.

Met dit jaarverslag en de bijhorende aandachtspunten wil de ombudsdienst signalen aanreiken die relevant kunnen zijn voor het verder bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Wij hopen dat dit verslag zorgvuldig wordt gelezen en overwogen binnen de voorziening. Bij vragen of onduidelijkheden kan steeds contact worden opgenomen met de ombudspersoon.

Bereikbaarheid en werking van de ombudsdienst

Sinds juni 2025 is binnen het psychiatrisch ziekenhuis PC Menen opnieuw een externe ombudsdienst fysiek aanwezig. Deze aanwezigheid wordt georganiseerd via een vaste permanentie op donderdag, telkens gedurende drie uur.

Daarnaast blijft de externe ombudspersoon bereikbaar via telefoon, via een persoonlijk e-mailadres en via het algemene e-mailadres van de OOGG. Op weekdays is er bovendien een dagelijkse chatmogelijkheid voorzien tussen 16.00 en 18.00 uur. Binnen de voorziening zijn ook verschillende brievenbussen aanwezig, waar patiënten schriftelijk contact kunnen opnemen met de ombudsdienst.

Op vraag van afdelingen kunnen ombudspersonen vormingen verzorgen rond patiëntenrechten. Aan de hand van stellingen en casussen wordt hierbij samen gereflecteerd over hoe patiëntenrechten in de dagelijkse praktijk zo goed mogelijk kunnen worden gewaarborgd.

De ombudsdienst fungeert in de eerste plaats als een laagdrempelig aanspreekpunt waar patiënten terecht kunnen met vragen, bezorgdheden of onduidelijkheden. In de meeste contacten ligt de nadruk op luisteren, informeren en ondersteunen, en waar nodig op het versterken van de patiënt bij het verhelderen van zijn of haar vraag. Ook coaching en het verkennen van mogelijke vervolgstappen maken deel uit van deze werking. Bemiddeling kan aan bod komen wanneer beide partijen hier nood aan hebben, maar vormt niet het meest frequente onderdeel van de werking.

Als onafhankelijke instantie streeft de ombudsdienst ernaar om samen met de patiënt en de betrokken zorgverleners tot een oplossing te komen voor een vraag, bezorgdheid of probleem. Dit gebeurt door het samenbrengen van de betrokken partijen en het verkennen van hun standpunten, zonder daarbij een oordeel te vellen of een standpunt in te nemen. Het doel is om het gesprek mogelijk te maken en wederzijds begrip te bevorderen, zodat via dialoog op een constructieve manier naar een oplossing kan worden gezocht.

Algemene evoluties en aanbevelingen

In 2025 werden in totaal 51 meldingen geregistreerd, waarvan het merendeel zich situeerde in de tweede helft van het jaar. Tegen het einde van 2025 waren 48 dossiers afgesloten. De drie resterende dossiers werden verder opgevolgd en afgesloten in januari 2026.

Het grootste aandeel van de geregistreerde meldingen (80,48%) heeft betrekking op het **recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)**. Dit patiëntenrecht kent een brede invulling en omvat verschillende deelaspecten, wat zich weerspiegelt in de spreiding van de registraties.

Meldingen binnen *respectvolle bejegening* (18,18%) situeren zich voornamelijk op het vlak van *luisterbereidheid* en *correcte omgangsvormen*, wat het belang van communicatie en bejegening in de zorgbeleving van patiënten onderstreept.

Binnen *goede behandeling en begeleiding* (24,24%) hebben de meldingen betrekking op verschillende aspecten van het zorgtraject. Eén van de terugkerende elementen is *voldoende beschikbaarheid van zorgverleners*. Dit wijst op het belang van bereikbaarheid, afstemming en ruimte voor dialoog, in zorgcontexten die vaak gekenmerkt worden door complexe organisatie en hoge zorgdruk.

De gewijzigde Wet op de Patiëntenrechten (februari 2024) expliciteert de mogelijke rol en betrokkenheid van naasten binnen het zorgtraject, onder meer via *steunfiguren zoals een vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger*. Dergelijke steunfiguren kunnen patiënten ondersteunen bij besluitvorming en bij het verwerken van informatie. In de praktijk kan dit echter spanningsvelden met zich meebrengen, zeker wanneer patiënten expliciet aangeven familie niet te willen betrekken en het beroepsgeheim van toepassing is. Naasten zoeken soms naar informatie, betrokkenheid of duiding, terwijl zorgverleners gebonden zijn aan wettelijke en professionele kaders. Een duidelijke afbakening van wat mogelijk is binnen het beroepsgeheim, evenals heldere communicatie over procedures en werking, kan bijdragen aan wederzijds begrip zonder deze grenzen te overschrijden.

Beslissingen rond beëindiging of wijziging van behandeling, afdelingsovergangen en ontslagmomenten vormen voor patiënten vaak periodes van verhoogde kwetsbaarheid. Deze aanmeldingen doen zich voor in uiteenlopende contexten en lijken samen te hangen met zowel de inhoud van de beslissing als met de manier waarop deze wordt gecommuniceerd en opgevolgd. Overgangsmomenten binnen het zorgtraject blijven complex en emotioneel geladen en vragen bijzondere aandacht voor afstemming en communicatie, zowel tussen betrokken hulpverleners als richting patiënten en hun naasten.

Meldingen over *goede hotelservice* (27,27%) hebben grotendeels betrekking op *veiligheid van persoonlijke goederen*. Voor patiënten in een kwetsbare periode kunnen persoonlijke bezittingen een belangrijke betekenis hebben als bron van houvast. Deze meldingen onderstrepen het belang dat patiënten hechten aan zorgvuldigheid, duidelijke afspraken en motivering in de omgang met persoonlijke goederen.

Een volgend deelaspect binnen het **recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)** betreft *beschermende maatregelen* (18,18%), waaronder gedwongen opname of vrijheidsbeperkende maatregelen zoals fixatie. In deze situaties komt de basisbehoefte aan autonomie onder druk te staan, wat voor patiënten een grote impact kan hebben. Dergelijke contexten situeren zich binnen een wettelijk en klinisch kader en vragen zorgvuldige afwegingen. Voor patiënten is duidelijke

motivering, overleg en aandacht voor opvolging van belang. Ook een gesprek achteraf kan bijdragen aan de verwerking van de gebeurtenis en aan het behoud of herstel van vertrouwen in de zorgrelatie.

Naast kwaliteitsvolle dienstverlening komt ook het **recht op informatie (art. 7)** terug in een beperkter aantal meldingen (9,75%). Deze meldingen benadrukken het belang van duidelijke, consistente en begrijpelijke communicatie, zodat patiënten voldoende zicht krijgen op hun zorgtraject, behandelingen en eventuele kosten.

Het **recht op geïnformeerde toestemming (art. 8)** vertegenwoordigt eveneens 9,75% van de meldingen. Deze aanmeldingen illustreren onder andere het spanningsveld dat kan ontstaan tussen wettelijke kaders, beschermende maatregelen en de beleving van patiënten. Ze benadrukken het belang van duidelijke en afgestemde informatieverstrekking, rekening houdend met de specifieke situatie waarin de patiënt zich bevindt.

Tot slot is een verschuiving merkbaar in de verwachtingen die patiënten koppelen aan een melding. Er is een toename van aanmeldingen waarbij wordt gevraagd om een genomen beslissing ongedaan te maken, hetzij door een behandelend team, hetzij door een vrederechter. Deze meldingen kunnen worden begrepen als uitingen van onzekerheid of onvrede over genomen beslissingen en illustreren de behoefte van patiënten aan duidelijkheid, betrokkenheid en rechtszekerheid.

Besluit

In 2025 werd een hoger aantal meldingen geregistreerd dan in 2024. Deze stijging kan onder meer worden gelinkt aan de heropstart van de fysieke permanentie van de ombudspersoon in mei 2025, wat de toegankelijkheid en zichtbaarheid van de ombudswerking heeft vergroot.

De aanmeldingen situeren zich over verschillende patiëntenrechten en zorgcontexten. Daarbij valt op dat vragen en bezorgdheden zich vaak stellen op momenten van overgang binnen het zorgtraject, zoals bij het beëindigen van opname, behandeling of begeleiding. Dergelijke momenten gaan voor patiënten geregeld gepaard met verhoogde kwetsbaarheid en onzekerheid. De meldingen lijken daarbij niet alleen samen te hangen met de inhoud van een beslissing, maar ook met de manier waarop deze wordt gecommuniceerd, beleefd en verwerkt.

De werking van de ombudsdienst steunt op vertrouwen en bereidheid tot dialoog. De ombudspersoon wenst daarom uitdrukkelijk haar dank te betuigen aan patiënten, naasten, zorgverleners, directie en overheid voor het vertrouwen dat in 2025 werd gesteld in de ombudswerking.

In 2026 wordt verder ingezet op het verduidelijken en versterken van de ombudswerking, met blijvende aandacht voor samenwerking, toegankelijkheid en bekendmaking binnen de voorziening. Zo blijft er ruimte voor open en constructieve gesprekken, met aandacht voor zowel de kwaliteit van zorg als de beleving en het welzijn van de patiënt.

Aanmeldingen (go between)

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 19/02/2025, de laatste op 28/12/2025.

Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2025.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 51, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 48.

Dit is 9 meer dan in 2024 (aantal).

Dit is 38 minder dan in 2023 (aantal).

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	61	89	42	51
aanmelders	59	61	41	44

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	42		51	
aanmelders	41		44	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	40	95,23	33	64,70
<i>binnen de week</i>	1	2,38	16	31,37

<i>binnen de 2 weken</i>	1	2,38	-	-
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	1	1,96
<i>later dan vier weken</i>	-	-	1	1,96
totaal	42	100	51	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>1 contact</i>	25	59,52	27	52,94
<i>2 contacten</i>	5	11,90	12	23,52
<i>3 contacten</i>	6	14,28	5	9,80
<i>meer dan 3 contacten</i>	6	14,28	7	13,72
totaal	42	100	51	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	6		10	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	42		48	

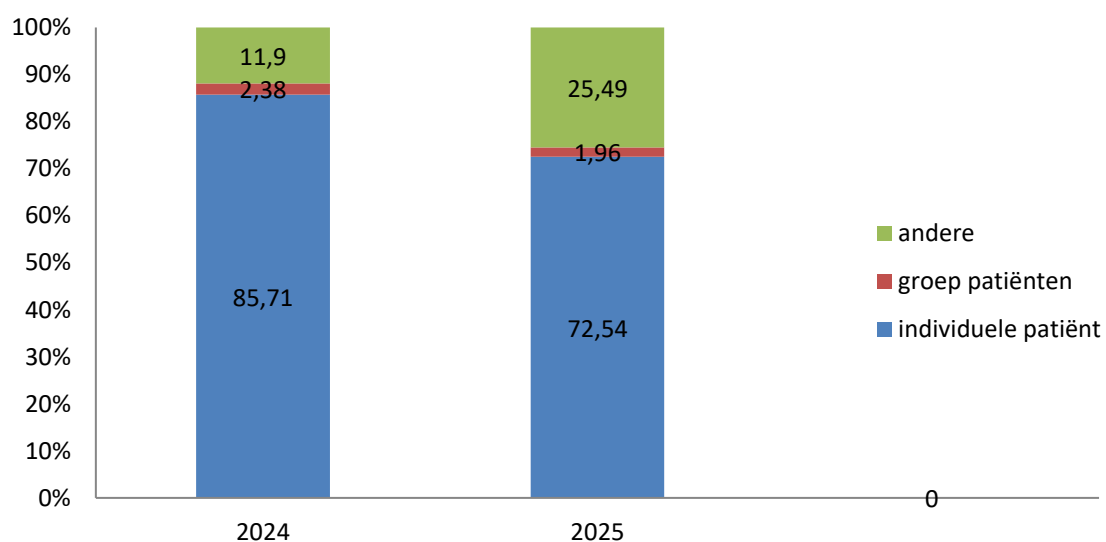
De **51** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 44 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
4	1	2,27	4	7,84
3	1	2,27	3	5,88

2	2	4,54	4	7,84
1	40	90,90	40	78,43
totaal	44	100	51	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	36	85,71	37	72,54
groep patiënten	1	2,38	1	1,96
andere	5	11,90	13	25,49
totaal	42	100	51	100

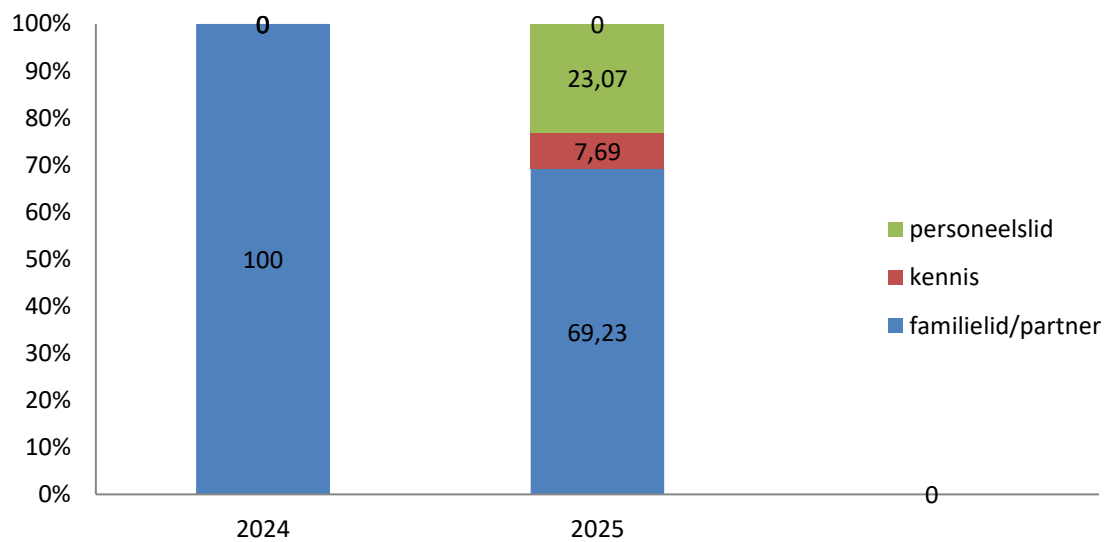
Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	5	100,00	9	69,23
kennis	-	-	1	7,69
personeelslid	-	-	3	23,07
totaal	5	100	13	100

Initiële aanmelder indien andere



Hoedanigheid indien andere

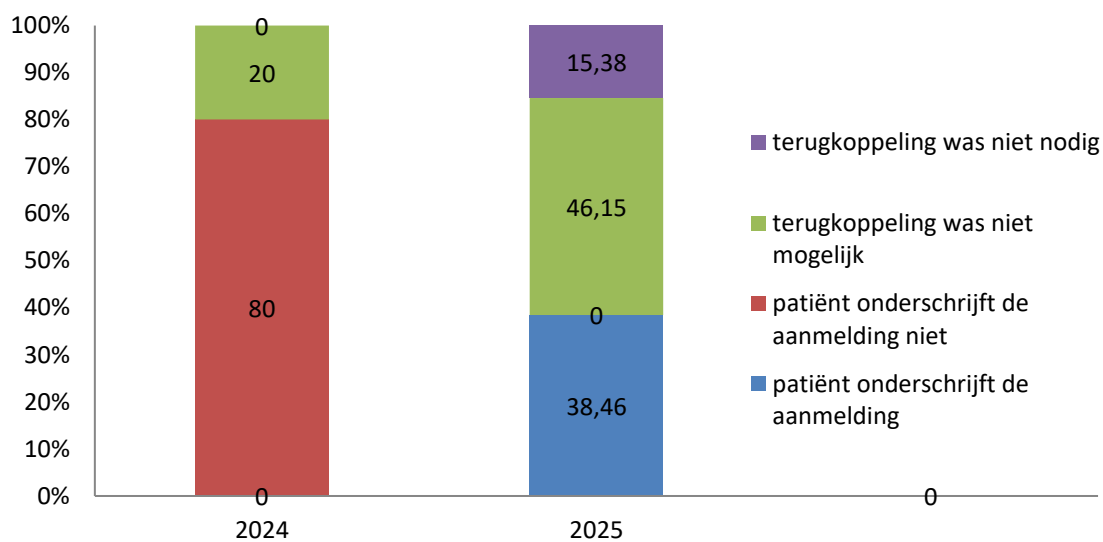
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als vertrouwenspersoon	-	-	1	7,69
ten persoonlijke titel	5	100,00	12	92,30
totaal	5	100	13	100

Hoedanigheid indien andere

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	-	-	5	38,46
patiënt onderschrijft de	4	80,00	-	-

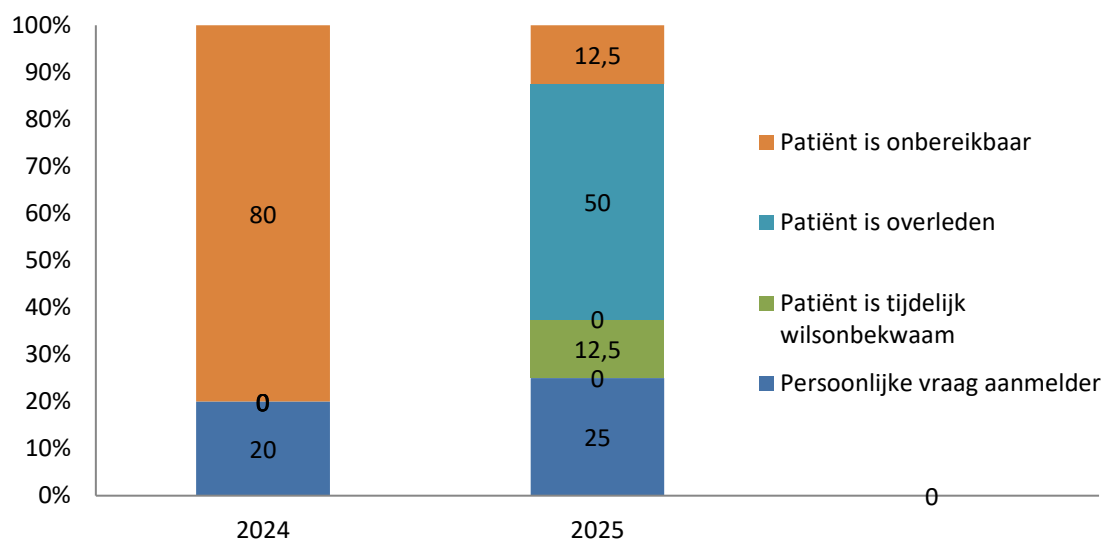
aanmelding niet				
terugkoppeling was niet mogelijk	1	20,00	6	46,15
terugkoppeling was niet nodig	-	-	2	15,38
totaal	5	100	13	100

Terugkoppeling indien andere



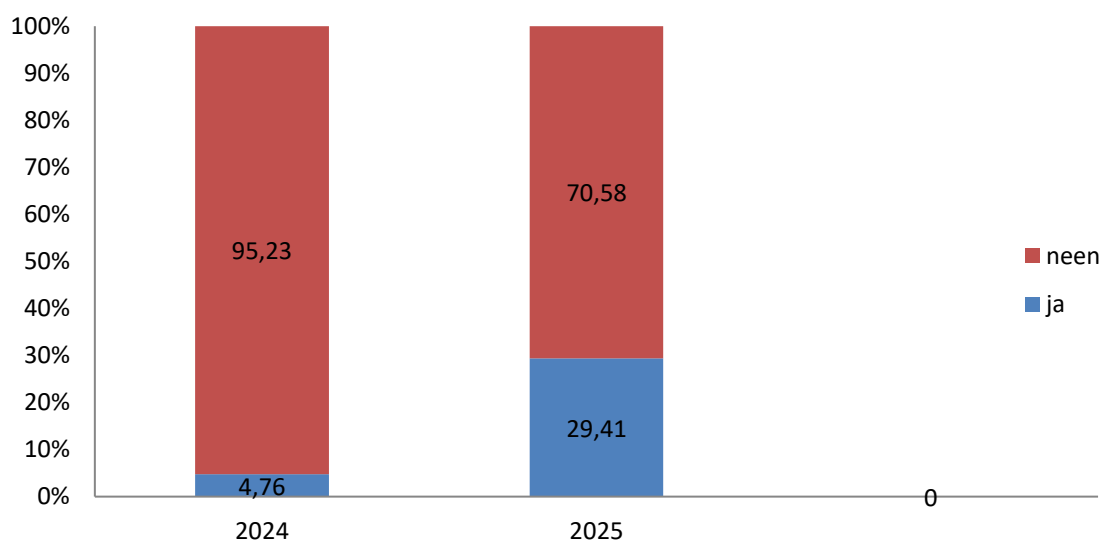
Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	1	20,00	2	25,00
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	1	12,50
Patiënt is overleden	-	-	4	50,00
Patiënt is onbereikbaar	4	80,00	1	12,50
totaal	5	100	8	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden



Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	2	4,76	15	29,41
neen	40	95,23	36	70,58
totaal	42	100	51	100

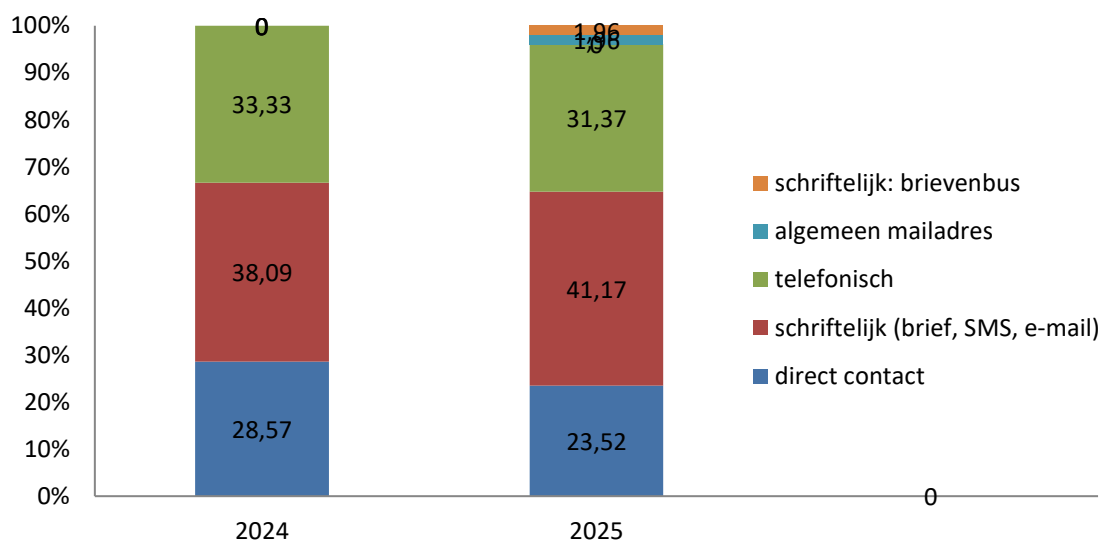
Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



Vorm van aanmelden

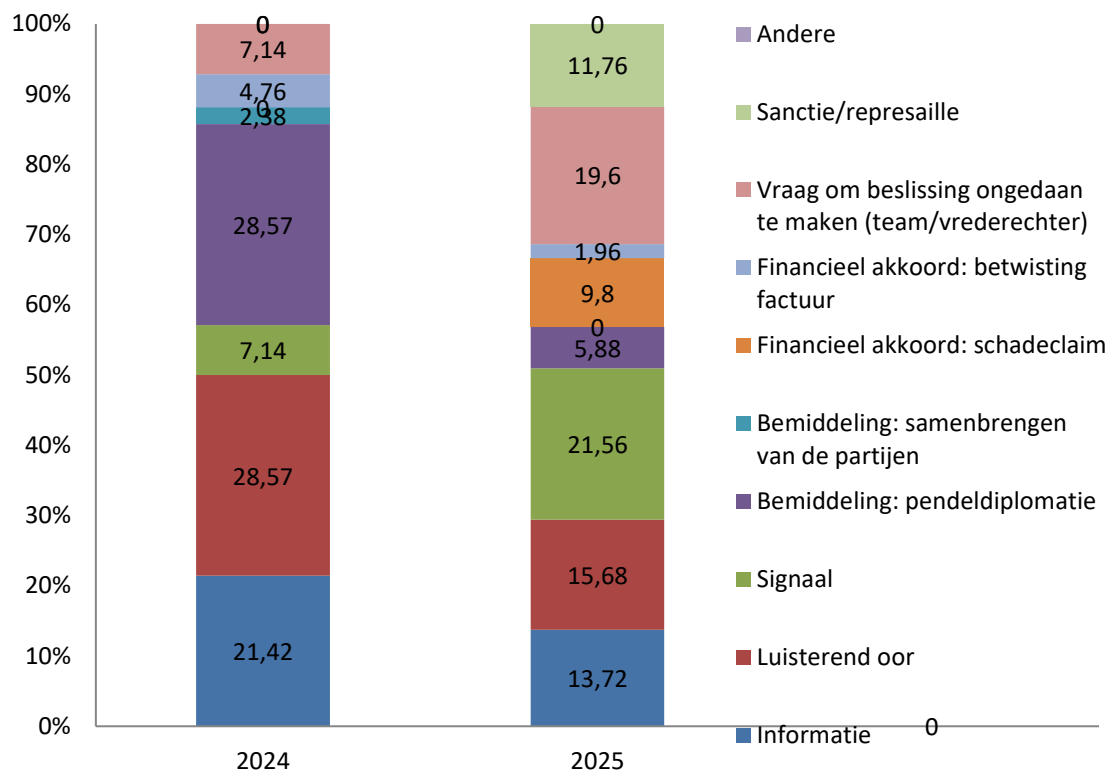
Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	12	28,57	12	23,52
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	16	38,09	21	41,17
telefonisch	14	33,33	16	31,37
algemeen mailadres	-	-	1	1,96
schriftelijk: brievenbus	-	-	1	1,96
totaal	42	100	51	100

Vorm van aanmelden



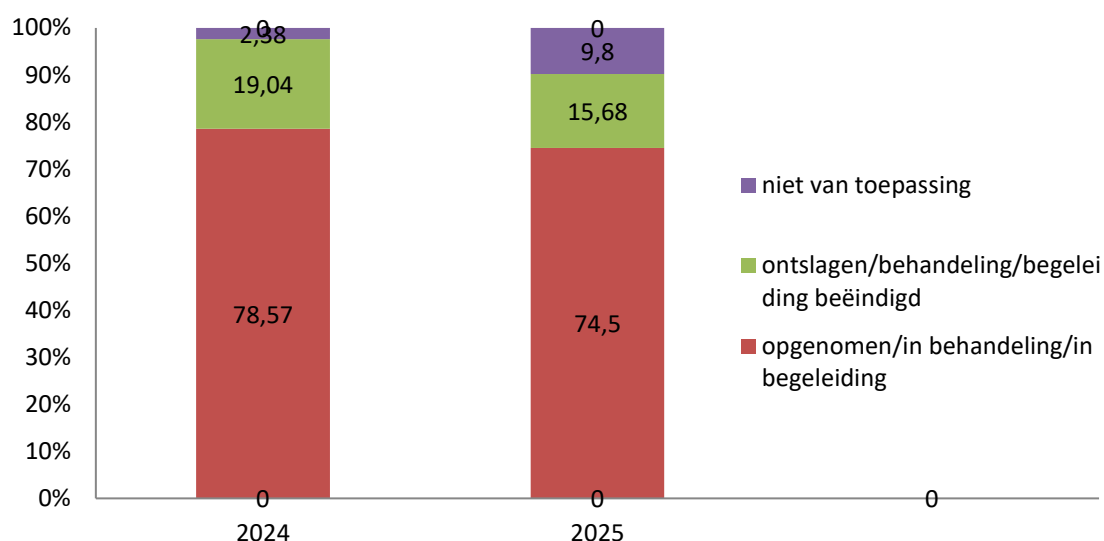
Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	9	21,42	7	13,72
Luisterend oor	12	28,57	8	15,68
Signaal	3	7,14	11	21,56
Bemiddeling: pendeldiplomatie	12	28,57	3	5,88
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	1	2,38	-	-
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	5	9,80
Financieel akkoord: betwisting factuur	2	4,76	1	1,96
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	3	7,14	10	19,60
Sanctie/represaille	-	-	6	11,76
Andere	-	-	-	-
totaal	42	100	51	100

Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	33	78,57	38	74,50
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	8	19,04	8	15,68
niet van toepassing	1	2,38	5	9,80
andere	-	-	-	-
totaal	42	100	51	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



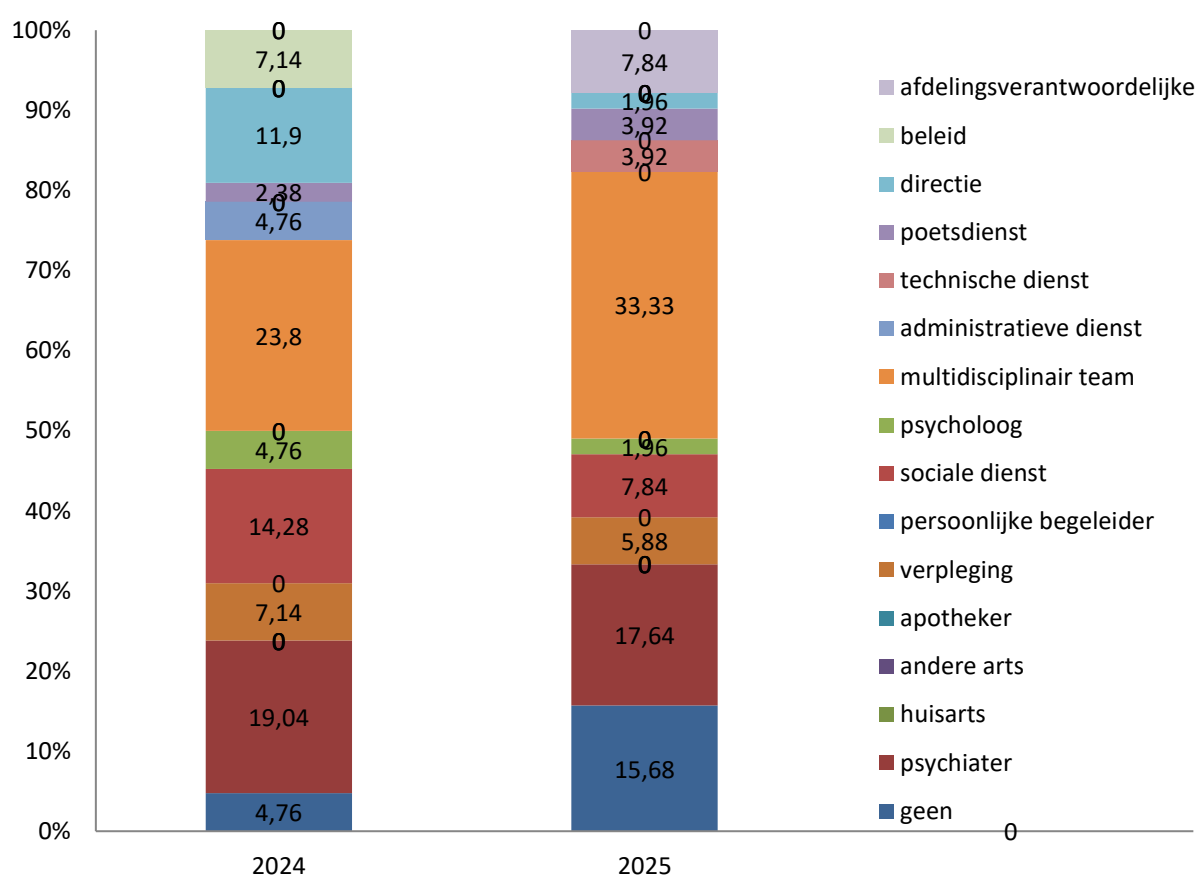
Inhoud van de aanmelding

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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	2	4,76	8	15,68
psychiater	8	19,04	9	17,64
verpleging	3	7,14	3	5,88
sociale dienst	6	14,28	4	7,84
psycholoog	2	4,76	1	1,96
multidisciplinair team	10	23,80	17	33,33
administratieve dienst	2	4,76	-	-
technische dienst	-	-	2	3,92

poetsdienst	1	2,38	2	3,92
directie	5	11,90	1	1,96
beleid	3	7,14	-	-
afdelingsverantwoordelijke	-	-	4	7,84
totaal	42	100	51	100

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken



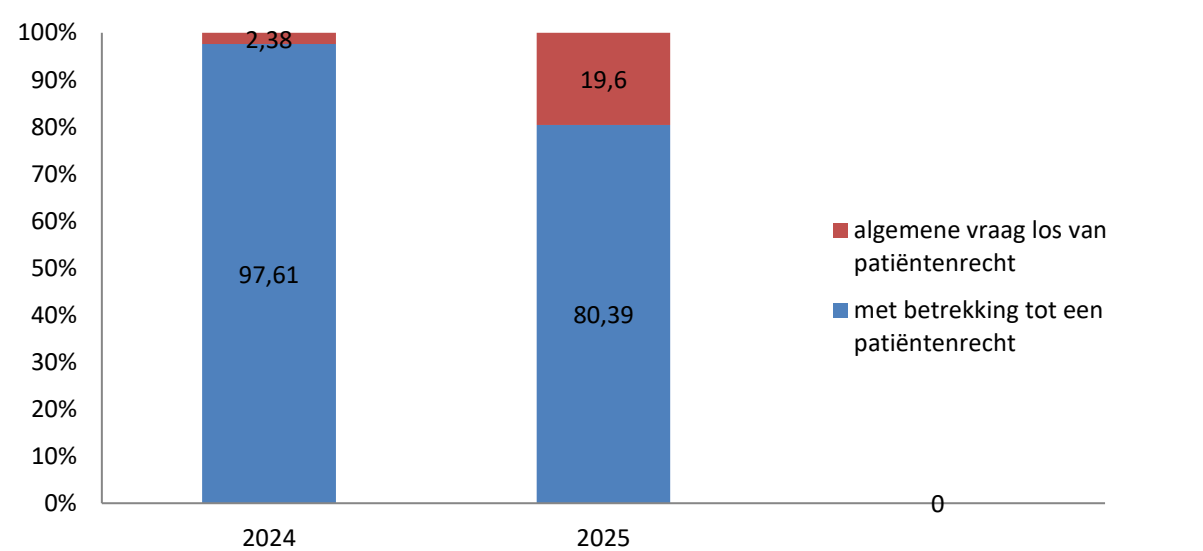
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	41	97,61	41	80,39
algemene vraag los van patiëntenrecht	1	2,38	10	19,60
totaal	42	100	51	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

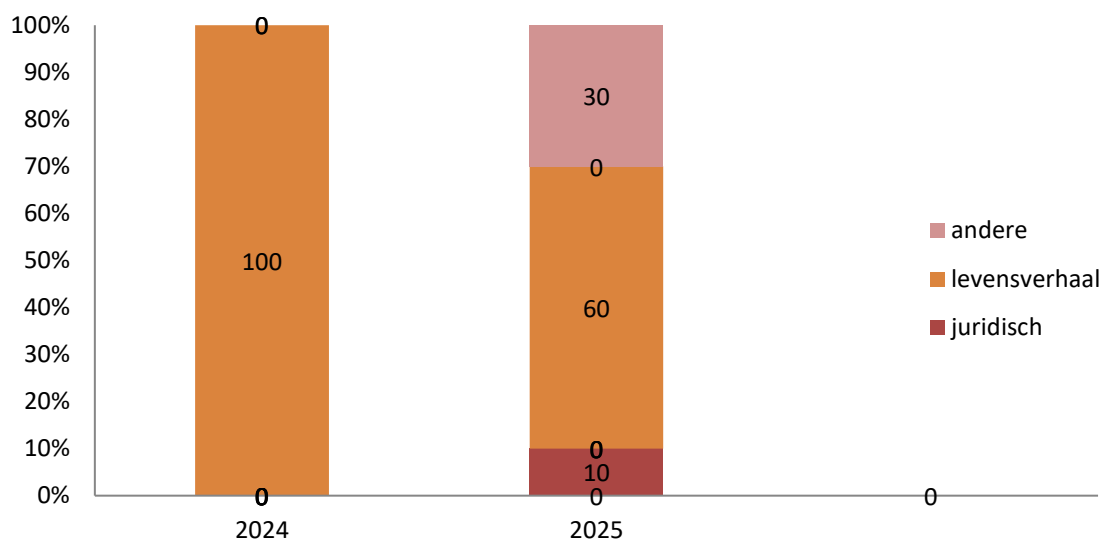


Hieronder worden de soorten **algemene vragen** los van de patiëntenrechten weergegeven. Per aanmelding wordt slechts één categorie geregistreerd. Verstrekt de ombudspersoon informatie over meerdere categorieën, dan wordt de vraag van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aanmeldingen.

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

juridisch	-	-	1	10,00
levensverhaal	1	100,00	6	60,00
andere	-	-	3	30,00
totaal	1	100	10	100

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

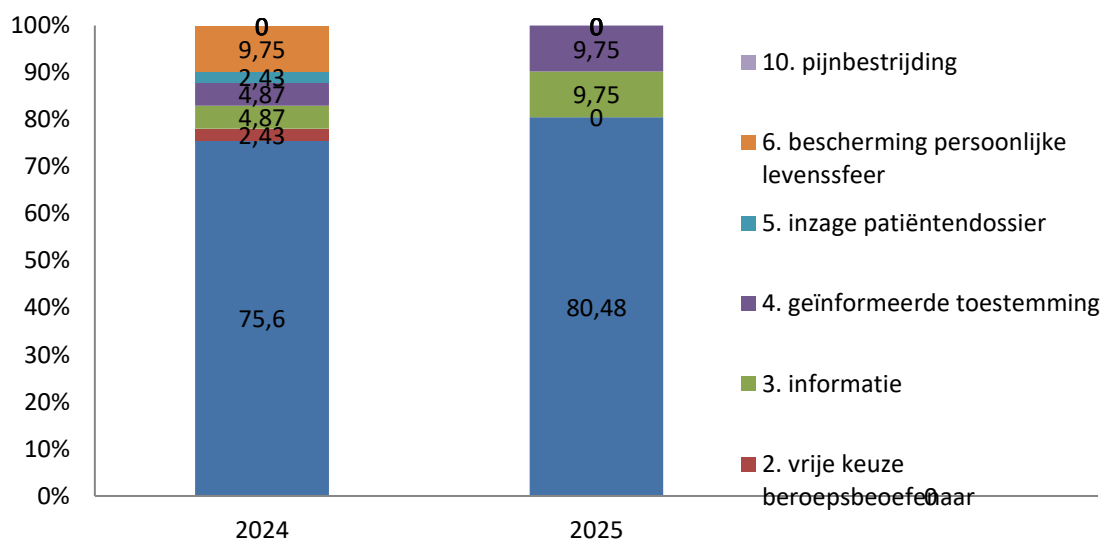


In volgende tabellen worden de aanmeldingen weergegeven die betrekking hebben op een **patiëntenrecht**. Enkel het patiëntenrecht waarrond de ombudspersoon één of andere actie onderneemt, wordt geregistreerd. Onderneemt de ombudspersoon actie rond meerdere patiëntenrechten, dan wordt het verhaal van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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
kwaliteitsvolle dienstverlening	31	75,60	33	80,48
vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	2,43	-	-
informatie	2	4,87	4	9,75

geïnformeerde toestemming	2	4,87	4	9,75
inzage patiëntendossier	1	2,43	-	-
bescherming persoonlijke levenssfeer	4	9,75	-	-
totaal	41	100	41	100

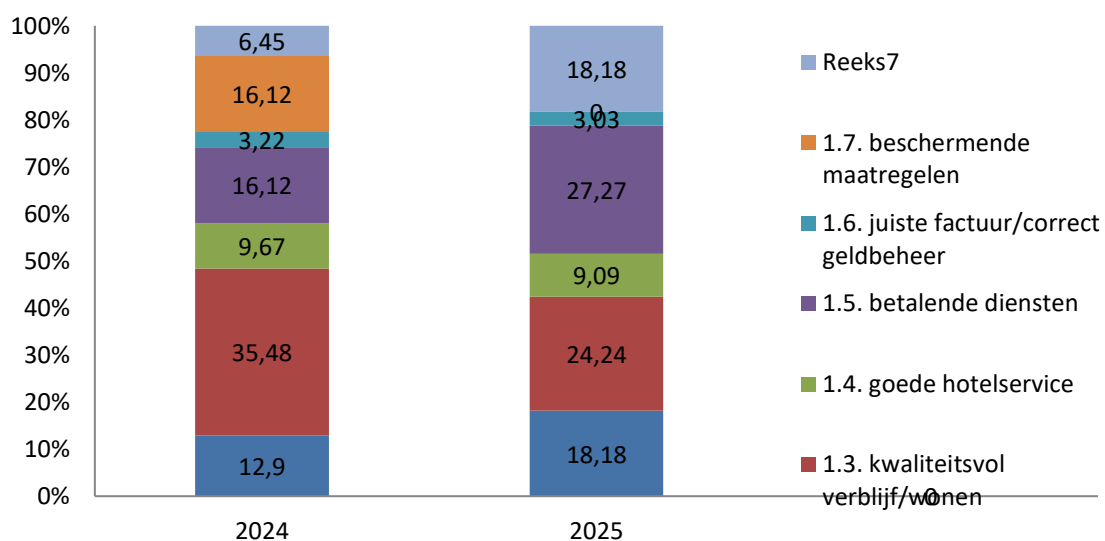
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op



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

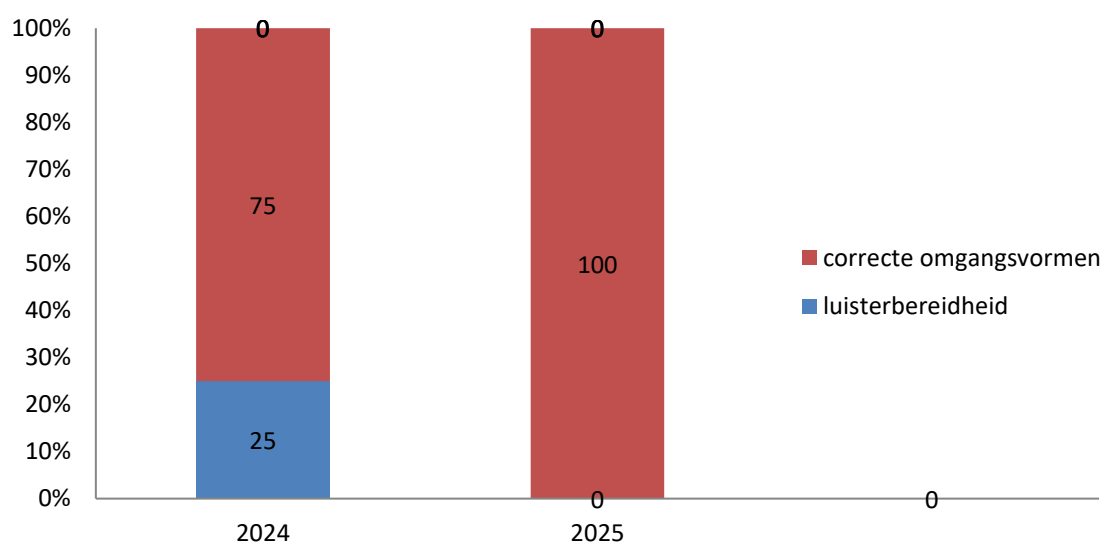
Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	4	12,90	6	18,18
1.2. goede behandeling/begeleiding	11	35,48	8	24,24
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	3	9,67	3	9,09
1.4. goede hotelservice	5	16,12	9	27,27
1.5. betalende diensten	1	3,22	1	3,03
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	5	16,12	-	-
1.7. beschermende maatregelen	2	6,45	6	18,18
totaal	31	100	33	100

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



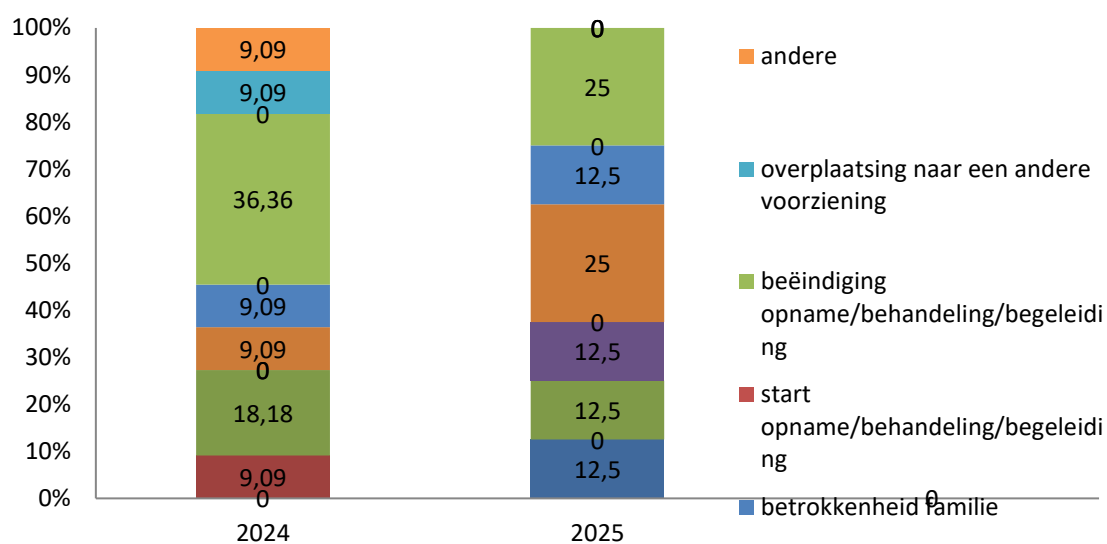
Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	25,00	-	-
correcte omgangsvormen	3	75,00	6	100,00
totaal	4	100	6	100

Respectvolle bejegening



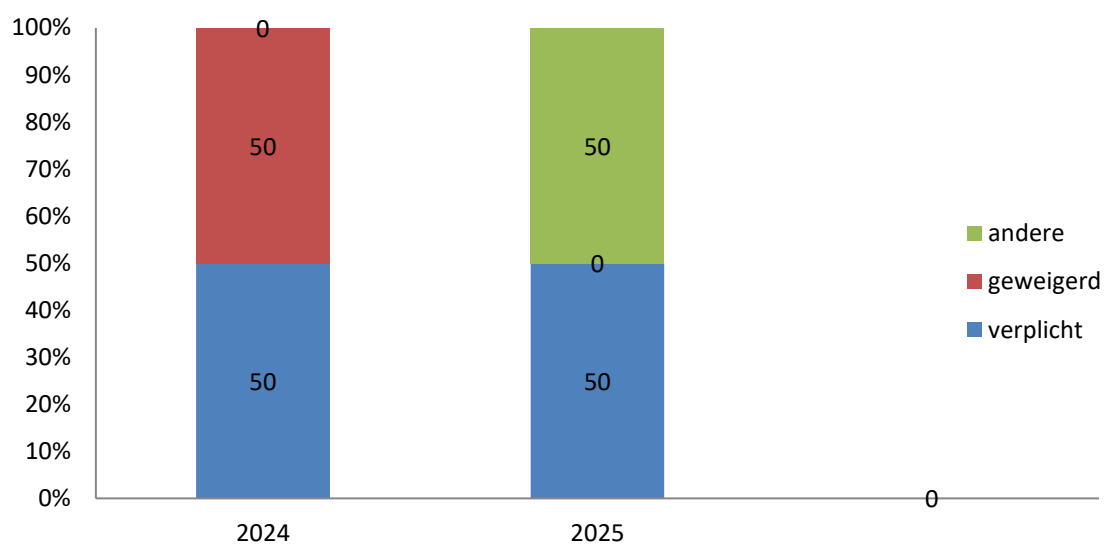
Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	12,50
somatische verzorging	1	9,09	-	-
medicatie	2	18,18	1	12,50
individuele therapie	-	-	1	12,50
voldoende beschikbaarheid	1	9,09	2	25,00
betrokkenheid familie	1	9,09	1	12,50
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	4	36,36	2	25,00
overplaatsing naar een andere voorziening	1	9,09	-	-
andere	1	9,09	-	-
totaal	11	100	8	100

Goede behandeling/begeleiding



Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	2	50,00	1	50,00
geweigerd	2	50,00	-	-
andere	-	-	1	50,00
totaal	4	100	2	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding



Overplaatsing naar andere voorziening

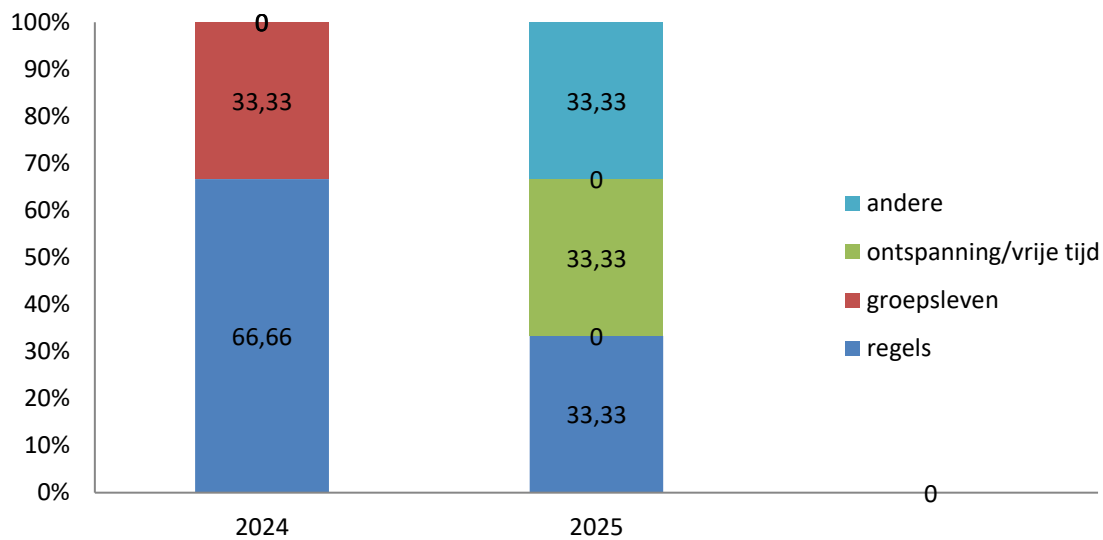
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	2	66,66	1	33,33
groepsleven	1	33,33	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	1	33,33
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-

andere	-	-	1	33,33
totaal	3	100	3	100

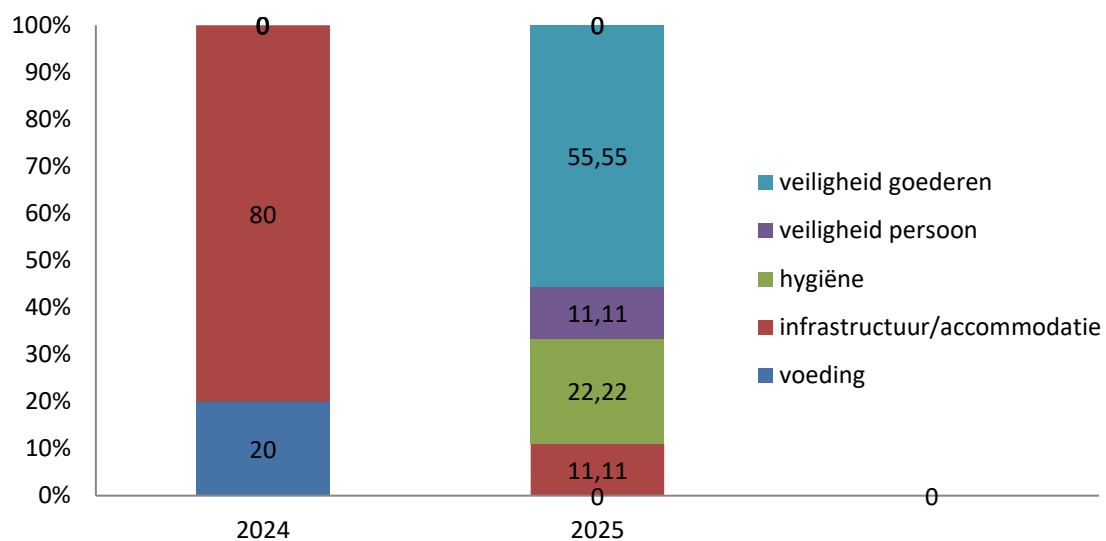
Kwaliteitsvol verblijf/wonen



Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	1	20,00	-	-
infrastructuur/accommodatie	4	80,00	1	11,11
hygiëne	-	-	2	22,22
veiligheid persoon	-	-	1	11,11
veiligheid goederen	-	-	5	55,55
wifi	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

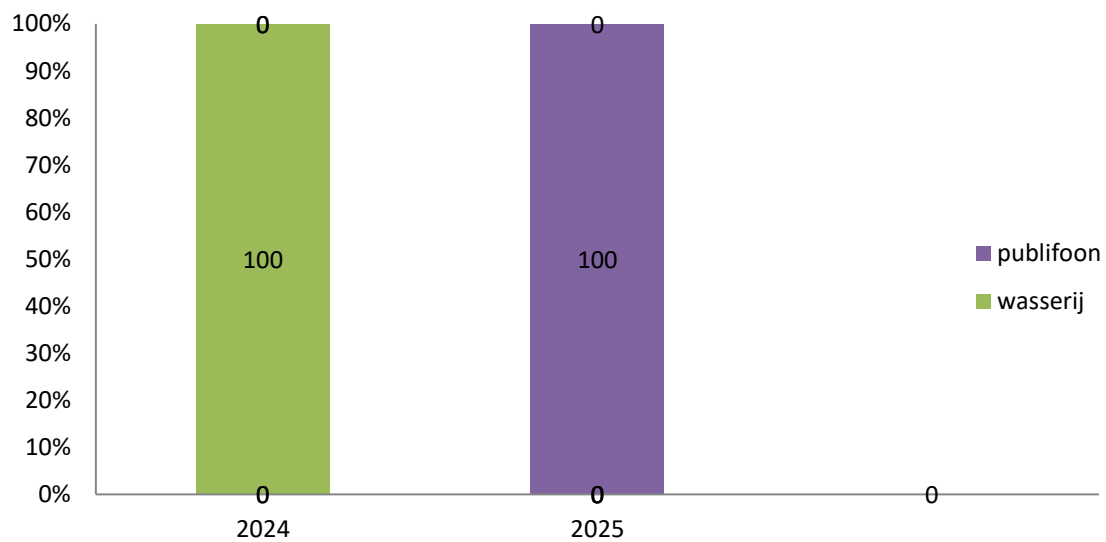
totaal	5	100	9	100

Goede hotelservice



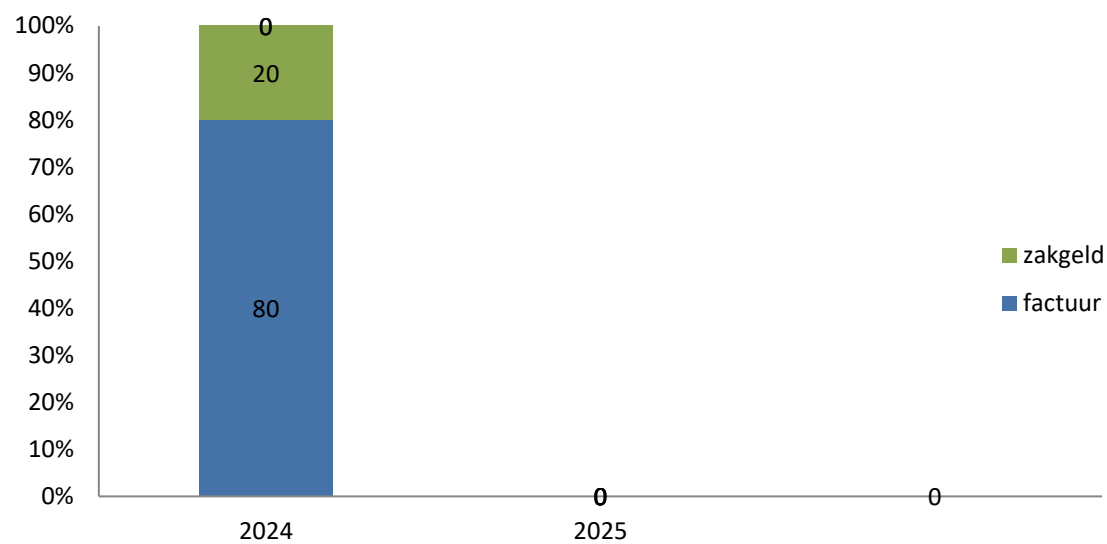
Betalende diensten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	1	100,00	-	-
publifoon	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

1.5. Betalende diensten



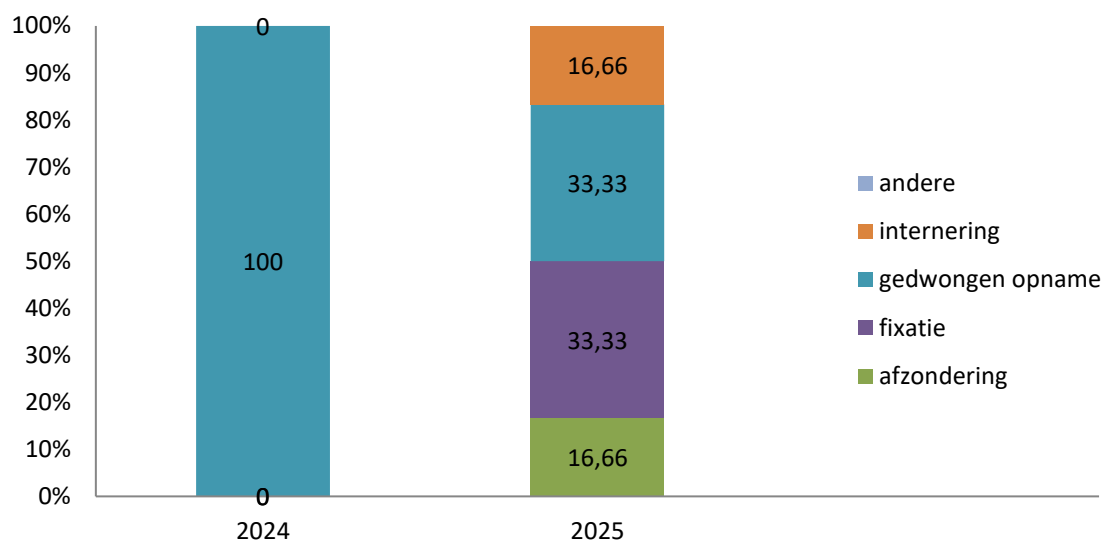
Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	4	80,00	-	-
zakgeld	1	20,00	-	-
totaal	5	100	-	-

Juiste factuur/correct geldbeheer



Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
afzondering	-	-	1	16,66
fixatie	-	-	2	33,33
gedwongen opname	2	100,00	2	33,33
internering	-	-	1	16,66
totaal	2	100	6	100

Beschermende maatregelen



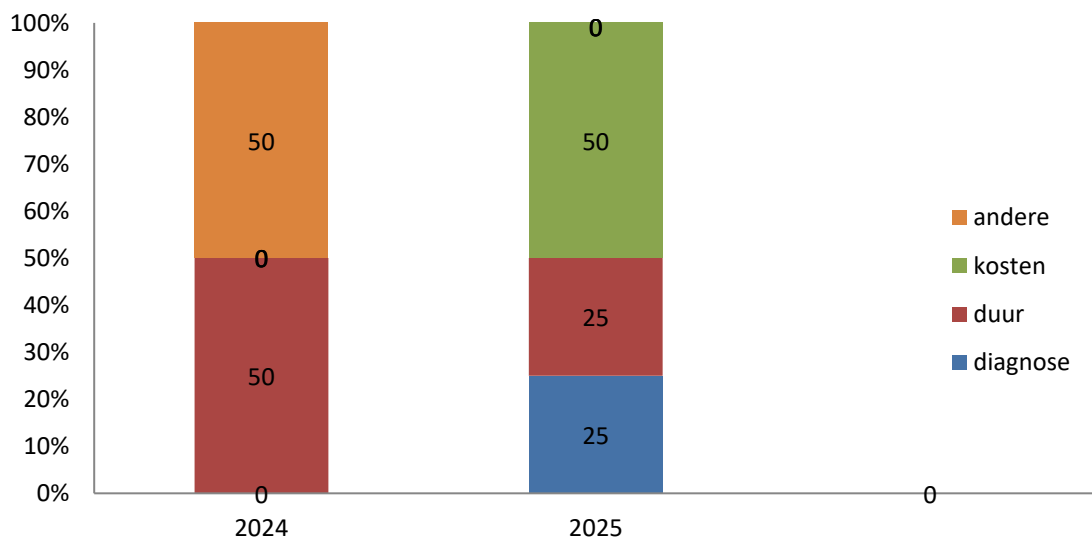
Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	25,00

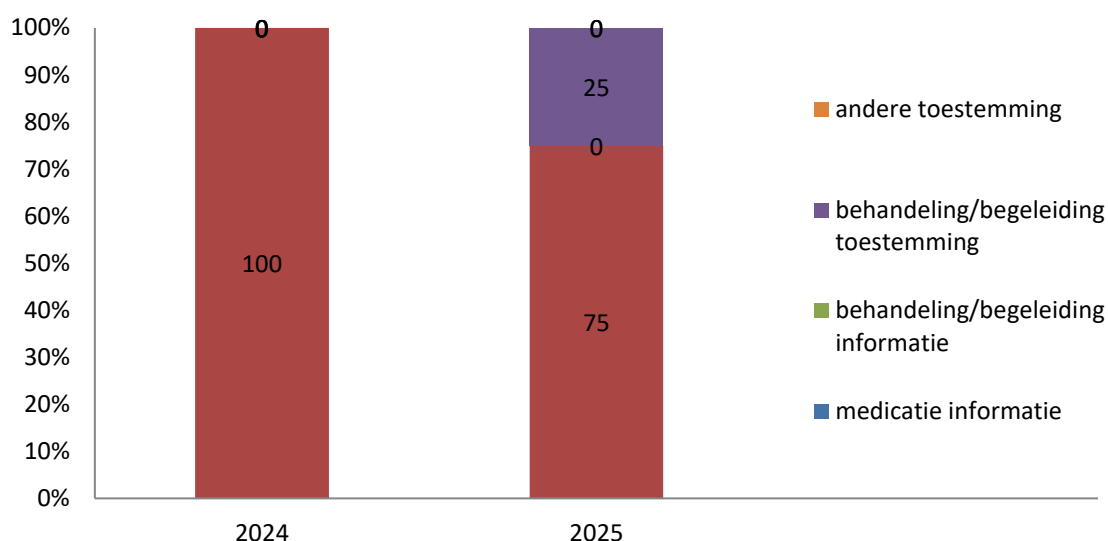
duur	1	50,00	1	25,00
kosten	-	-	2	50,00
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	4	100

Recht op informatie



Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie toestemming	2	100,00	3	75,00
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	1	25,00
totaal	2	100	4	100

Recht op geïnformeerde toestemming



Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
inzage/afschrift dossier	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

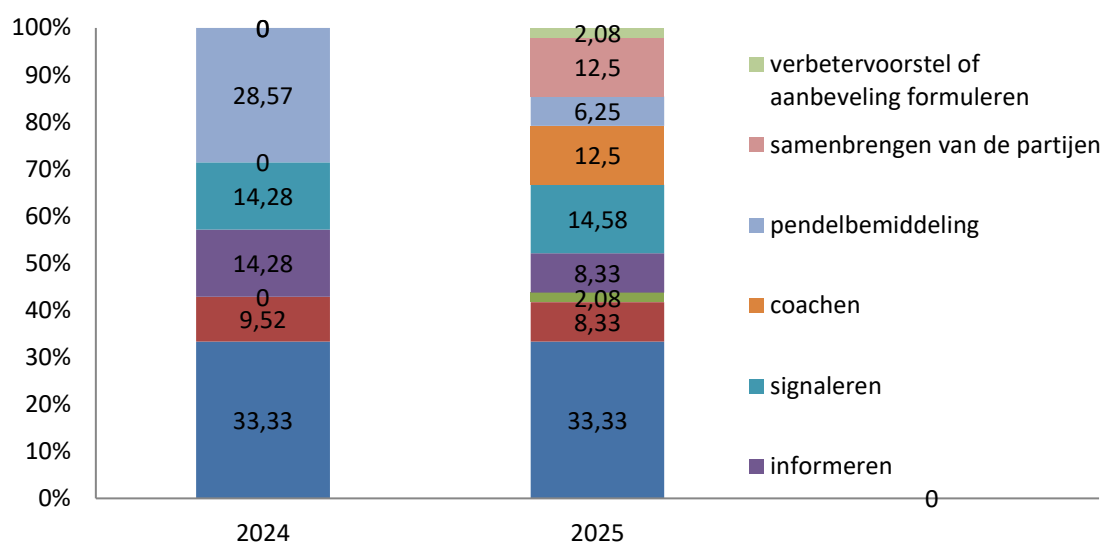
Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (48). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	14	33,33	16	33,33
doorverwijzen intern	4	9,52	4	8,33
doorverwijzen extern	-	-	1	2,08
informereren	6	14,28	4	8,33
signaleren	6	14,28	7	14,58
coachen	-	-	6	12,50
pendelbemiddeling	12	28,57	3	6,25
samenbrengen van de partijen	-	-	6	12,50
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	1	2,08
totaal	42	100	48	100

Hoofdinterventie



Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	22	52,38	22	45,83
binnen de week	13	30,95	15	31,25
binnen de twee weken	3	7,14	3	6,25
binnen de vier weken	2	4,76	3	6,25
later dan vier weken	2	4,76	5	10,41
totaal	42	100	48	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	5	8

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

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
vrederechter	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-



Jaarverslag PZ OnzeLieveVrouw Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Justine Wijnhoven



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon. De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

1. Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG) voor het Psychiatrisch Ziekenhuis Onzelvevrouw te Brugge.

De onafhankelijke ombudsdienst is binnen de voorziening laagdrempelig en toegankelijk voor patiënten, hun naasten en medewerkers. De externe ombudspersoon is op donderdagnamiddag aanwezig in het ziekenhuis en houdt op dat moment open spreekuur. Daarnaast is zij telefonisch en via elektronische weg bereikbaar. Door regelmatige rondgangen op de afdelingen en het ledigen van de brievenbussen wordt ook voor patiënten op gesloten afdelingen de toegankelijkheid van de ombudsdienst gewaarborgd.

Naast het behandelen van vragen en klachten neemt de ombudsdienst een brede opdracht op. Deze omvat het beluisteren en informeren van patiënten en hun context, het coachen en bemiddelen bij klachten, evenals het voorkomen van klachten door het bevorderen van dialoog en communicatie. In dit kader wordt ook ingezet op vorming rond patiëntenrechten, zowel voor patiënten als voor medewerkers, en neemt de ombudsdienst actief deel aan overlegmomenten zoals de patiëntenraad. Deze proactieve aanwezigheid laat toe om signalen vroegtijdig op te vangen en bij te dragen aan een open en constructieve dialoog binnen de voorziening.

Dit jaarverslag heeft als doel een overzicht te bieden van de aanmeldingen die de ombudsdienst ontving in de loop van het voorbije jaar, en van de ervaringen en signalen die hieruit naar voren kwamen. Aan de hand van deze vaststellingen formuleren wij aanbevelingen en aandachtspunten die kunnen bijdragen aan het verder versterken van de kwaliteit van zorg en het respecteren van de patiëntenrechten binnen de voorziening.

Net zoals in de voorgaande jaren gebruiken wij de artikels van de wet op de patiëntenrechten als leidraad. De aanbevelingen worden onderbouwd met cijfermateriaal afkomstig uit het registratiesysteem Go Between, aangevuld met kwalitatieve observaties die de ombudsdienst doorheen het jaar verzamelde tijdens contacten met patiënten, hun naasten en medewerkers.

Het voorbije jaar bevestigde opnieuw het belang van een onafhankelijke en meerzijdig partijdige ombudsfunctie. Patiënten en hun context vonden de weg naar de ombudsdienst met vragen, bezorgdheden en klachten die vaak raken aan communicatie, betrokkenheid en de manier waarop regels en beslissingen worden ervaren. Deze signalen bieden waardevolle aanknopingspunten om structurele verbeteringen te realiseren.

Wij hopen dat dit jaarverslag op een constructieve manier wordt gelezen en meegenomen in het verdere beleid en de dagelijkse werking van de voorziening. Zoals steeds blijven wij beschikbaar voor toelichting of verduidelijking, en wordt dit verslag

ook mondeling toegelicht aan de verantwoordelijken van het ziekenhuis.

Tot slot willen wij directie, medewerkers, patiënten en hun naasten bedanken voor het vertrouwen en de bereidheid tot dialoog die zij het voorbije jaar opnieuw hebben getoond. Deze samenwerking blijft essentieel om patiëntenrechten niet alleen te bewaken, maar ook daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk.

2. Algemene evoluties en aanbevelingen

In 2025 ontving de ombudsdienst in totaal 88 aanmeldingen, afkomstig van 57 aanmelders. Dit betekent een stijging ten opzichte van 2024, toen 79 aanmeldingen werden geregistreerd. Ook het aantal aanmelders nam opnieuw toe (van 50 naar 57), na een dalende trend in de voorgaande jaren. Deze evolutie toont dat patiënten en hun context de weg naar de ombudsdienst blijven vinden met vragen, bezorgdheden en klachten.

Bij de interpretatie van deze cijfers is het belangrijk te benadrukken dat de ombudsdienst de meldingen registreert zoals patiënten en hun naasten deze aanbrenge. De ombudsdienst doet hierbij geen waarheidsbevinding, maar vertrekt vanuit het verhaal en de beleving van de aanmelder. De cijfers in dit verslag dienen dan ook gelezen te worden als signaalinformatie: zij maken terugkerende patronen zichtbaar en bieden aanknopingspunten voor reflectie en dialoog, zonder de complexiteit van individuele zorgsituaties te reduceren.

Opvallend is dat een aanzienlijk deel van de aanmeldingen afkomstig is van patiënten die reeds eerder contact hadden met de ombudsdienst. Dit bevestigt dat patiënten de ombudsfunctie niet enkel beschouwen als een eenmalig aanspreekpunt, maar ook als een blijvende ondersteuning wanneer onduidelijkheden of spanningen zich blijven voordoen tijdens hun zorgtraject.

Daarnaast valt op dat het aantal aanmeldingen door anderen dan de patiënt zelf is toegenomen. Familieleden, partners of andere betrokkenen nemen in toenemende mate contact op met de ombudsdienst. Deze evolutie onderstreept het belang van aandacht voor de context van de patiënt en de rol die naasten opnemen binnen het zorgtraject.

Het merendeel van de aanmeldingen (61,4%) werd geregistreerd bij patiënten die op dat moment in opname waren. Tegelijkertijd bevond 31,8% van de aanmelders zich reeds in de fase na ontslag. Deze aanwezigheid van meldingen na opname onderstreept het belang van duidelijke communicatie, goede nazorg en heldere informatie over waar patiënten en hun naasten ook na ontslag terechtkunnen met vragen of bezorgdheden.

Wat de vorm van aanmelden betreft, blijven telefonische en schriftelijke contacten het meest gebruikt. Het aantal aanmeldingen dat kadert binnen een vraag om bemiddeling of het signaleren van een probleem nam toe. Dit wijst erop dat patiënten niet alleen op zoek zijn naar informatie of een luisterend oor, maar ook verwachten dat hun signalen worden meegenomen in een bredere dialoog met de voorziening.

Net zoals in de voorgaande jaren heeft het grootste deel van de aanmeldingen betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, goed voor 74,4% van alle meldingen rond patiëntenrechten. Binnen deze categorie komen vooral meldingen naar

voren rond goede behandeling en begeleiding (29,2%), goede hotelservice (21,5%), respectvolle bejegening (18,5%) en kwaliteitsvol verblijf en wonen (10,8%).

Hoewel het aandeel meldingen rond beschermende maatregelen binnen deze categorie daalde tot 16,9%, tonen de inhoudelijke signalen aan dat de impact van dergelijke maatregelen op de beleving van patiënten groot blijft. De manier waarop vrijheidsbeperkingen worden uitgelegd, toegepast en opgevolgd, blijft daarbij een belangrijk aandachtspunt.

Een terugkerend signaal doorheen de aanmeldingen en de praktijkervaringen van de ombudsdienst betreft de manier waarop regels en afspraken worden gecommuniceerd en toegepast. Patiënten geven aan dat zij verschillen ervaren tussen afdelingen, tussen hulpverleners en soms ook tussen patiënten onderling. Wanneer deze verschillen onvoldoende worden toegelicht of niet bespreekbaar zijn, leidt dit tot gevoelens van onmacht en onrechtvaardigheid. Dit benadrukt het belang van transparantie, consistentie en dialoog in de dagelijkse werking.

Ook de betrokkenheid van familie en context blijft een aandachtspunt. Binnen de meldingen rond goede behandeling en begeleiding had 21,1% expliciet betrekking op betrokkenheid van familie. Daarnaast tonen meerdere signalen aan dat naasten zich onvoldoende geïnformeerd of voorbereid voelen bij ingrijpende beslissingen, veranderingen in het zorgtraject of bij praktische en somatische vragen.

Op basis van deze algemene evoluties en signalen zoomt de ombudsdienst hieronder verder in op het patiëntenrecht waarvoor dit jaar duidelijke en gedragen aanbevelingen worden geformuleerd.

2.1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)

Inconsequente toepassing en communicatie van afdelingsregels

Binnen verschillende aanmeldingen komt naar voren dat afdelingsregels niet altijd op eenzelfde manier worden gecommuniceerd of toegepast. Wanneer uitzonderingen worden gemaakt, is het voor patiënten niet altijd duidelijk waarom dit gebeurt. Dit kan leiden tot gevoelens van onmacht en onrechtvaardigheid, zeker wanneer verschillen in toepassing, zowel tussen afdelingen als tussen hulpverleners, niet bespreekbaar zijn. Een duidelijke, transparante en consequente communicatie over regels en eventuele afwijkingen kan bijdragen aan meer begrip en vertrouwen.

Time-out en andere ingrijpende maatregelen

Aanmeldingen tonen aan dat een time-out een ingrijpende impact heeft, niet alleen op

de patiënt, maar ook op zijn of haar context. Hoewel dergelijke maatregelen soms vooraf worden gekaderd binnen het zorgtraject, worden ze op het moment zelf vaak als plotse beslissingen ervaren. De band met het ziekenhuis valt dan tijdelijk weg, terwijl de naasten onverwacht praktische en emotionele ondersteuning moeten opnemen.

Dit vraagt flexibiliteit en draagkracht van de context, die niet altijd vanzelfsprekend is. Familie of andere naasten moeten in geval van nood vaak zelf bijkomende hulpverlening inschakelen, wat onzekerheid en belasting met zich kan meebrengen. Aandacht voor duidelijke communicatie over de praktische gevolgen van een time-out, en het waar mogelijk betrekken van de context, kan helpen om deze overgang beter op te vangen en het zorgtraject meer gedragen te maken voor alle betrokkenen.

Omgaan met persoonlijke bezittingen, post en privacygevoelige ingrepen

Aanmeldingen tonen aan dat ingrepen die raken aan de persoonlijke levenssfeer - zoals het doorzoeken van bagage of post, het beperken of opslaan van persoonlijke bezittingen en het omgaan met eigendommen in kwetsbare situaties - als ingrijpend worden ervaren.

In principe gebeurt het doorzoeken van post of bagage in aanwezigheid van de patiënt. We begrijpen dat dit in bepaalde cruciale of acute situaties niet altijd vanzelfsprekend is. Toch blijft het belangrijk om hier in de praktijk blijvend aandacht voor te hebben en dit waar mogelijk maximaal na te streven. Het betrekken van de patiënt en het toelichten van de redenen voor dergelijke ingrepen kan bijdragen aan een groter gevoel van veiligheid en vertrouwen binnen de zorgrelatie.

Aandacht voor somatische klachten binnen een psychiatrische context

In verschillende meldingen wordt aangegeven dat lichamelijke klachten niet altijd als voldoende ernstig worden ervaren binnen een psychiatrische context. Dit kan leiden tot gevoelens van onveiligheid en wantrouwen. Blijvende alertheid voor somatische klachten, en duidelijke communicatie over de verdere opvolging, kan helpend zijn om deze bezorgdheden te verminderen.

Erkenning, herstel en menselijke nabijheid

Sommige meldingen wijzen op situaties waarin patiënten of hun naasten nood hebben aan erkenning wanneer er fouten of misverstanden zijn opgetreden. Ook in uitzonderlijke en ingrijpende omstandigheden, zoals bij overlijden of suïcide, blijft een respectvolle en zorgvuldige bejegening van groot belang. Ruimte voor erkenning en herstel kan bijdragen aan vertrouwen en verwerking.

2.2. Recht op inzage in het patiëntendossier (Art. 9)

In 2025 had 11,6% van de aanmeldingen betrekking op inzage in het patiëntendossier, wat een duidelijke stijging betekent ten opzichte van het voorgaande jaar. Patiënten geven aan dat de procedure voor inzage of afschrift niet altijd helder is en dat aanvragen soms worden uitgesteld of ontmoedigd.

Een transparante communicatie over de mogelijkheden tot inzage en afschrift, en het hanteren van duidelijke en laagdrempelige procedures, kan bijdragen aan meer vertrouwen in het zorgtraject. Daarnaast blijkt het belangrijk om zorgvuldig om te gaan met de registratie en verwerking van patiëntgegevens, zodat fouten of verwarring, bijvoorbeeld bij gelijkaardige namen, worden vermeden.

3. Algemeen besluit

Ook dit jaar boden de gesprekken met patiënten en hun naasten een waardevol en soms confronterend inzicht in hoe zorg wordt beleefd. Achter elke aanmelding schuilt een verhaal, een verwachting of een kwetsbaarheid, die uitnodigt tot zorgvuldigheid, dialoog en wederzijds begrip.

De signalen die in dit verslag werden samengebracht, tonen aan hoe belangrijk het is dat patiënten zich gehoord en ernstig genomen voelen, zeker op momenten waarop beslissingen ingrijpend zijn of moeilijk te begrijpen lijken. Kleine verschillen in communicatie, houding of afstemming kunnen daarbij een groot verschil maken in de ervaring van zorg.

Met dit jaarverslag wil de ombudsdienst niet alleen aandacht vragen voor knelpunten, maar vooral bijdragen aan een blijvende dialoog over kwaliteitsvolle en mensgerichte zorg. De bereidheid van patiënten, hun naasten en medewerkers om in gesprek te gaan, vormt daarbij een belangrijke kracht.

Wij danken iedereen die dit voorbije jaar het vertrouwen stelde in de ombudsdienst en mee bouwde aan een open gesprek. Die betrokkenheid blijft essentieel om patiëntenrechten niet alleen te bewaken, maar ook voelbaar te maken in de dagelijkse praktijk.

4. Cijfers aanmeldingen Go-Between

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 05/01/2025, de laatste op 21/12/2025. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 88, het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 87. Dit is 9 meer dan in 2024.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	73	82	79	88
aanmelders	60	54	50	57

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	79		88	
aanmelders	50		57	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
op dezelfde datum	31	40,25	8	9,09
binnen de week	44	57,14	79	89,77
binnen de twee weken	-	-	1	1,13
binnen de 4 weken	-	-	-	-
later dan 4 weken	2	2,59	-	-
totaal	77	100	88	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
geen enkel contact	1	1,26	-	-
1 contact	36	45,56	31	35,22
2 contacten	22	27,84	24	27,27
3 contacten	15	18,98	23	26,13
meer dan 3 contacten	5	6,32	10	11,36
totaal	79	100	88	100

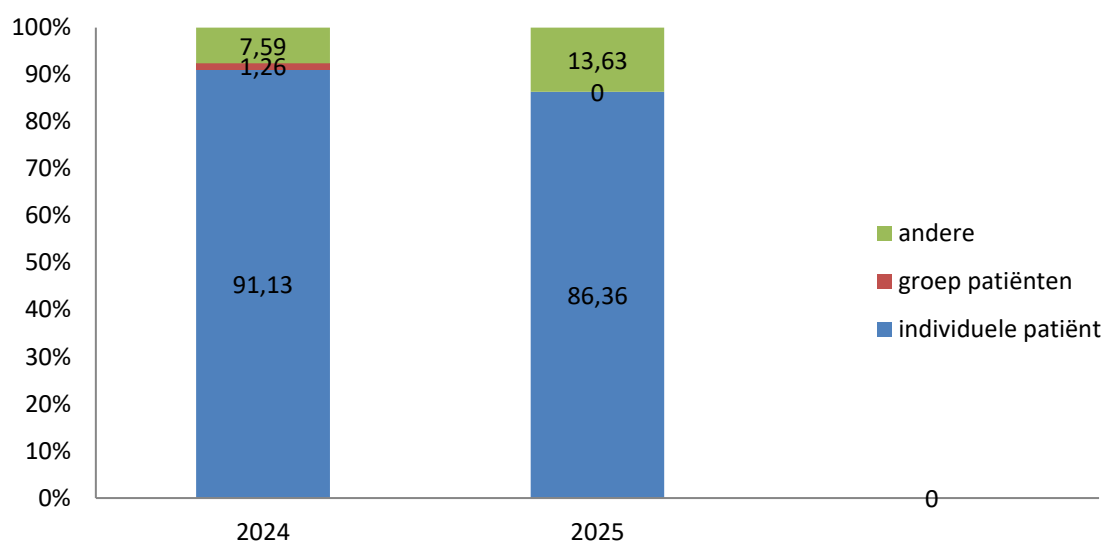
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	10		8	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	79		87	

De **88** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 57 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
5	2	3,50	10	11,36
4	1	1,75	4	4,54
3	5	8,77	15	17,04
2	10	17,54	20	22,72
1	39	68,42	39	44,31
totaal	57	100	88	100

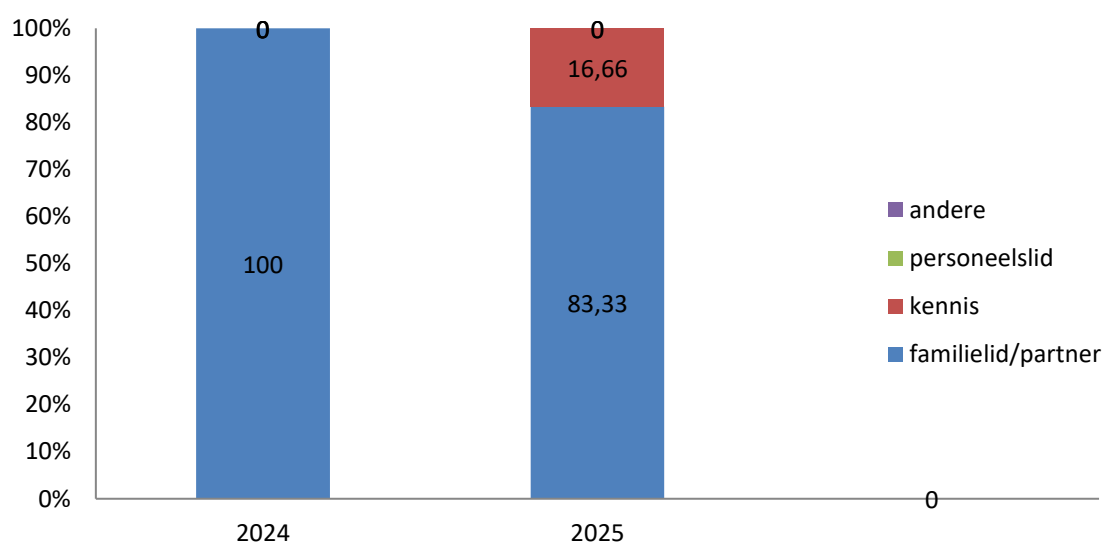
Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	72	91,13	76	86,36
groep patiënten	1	1,26	-	-
andere	6	7,59	12	13,63
totaal	79	100	88	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	6	100,00	10	83,33
kennis	-	-	2	16,66
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	12	100

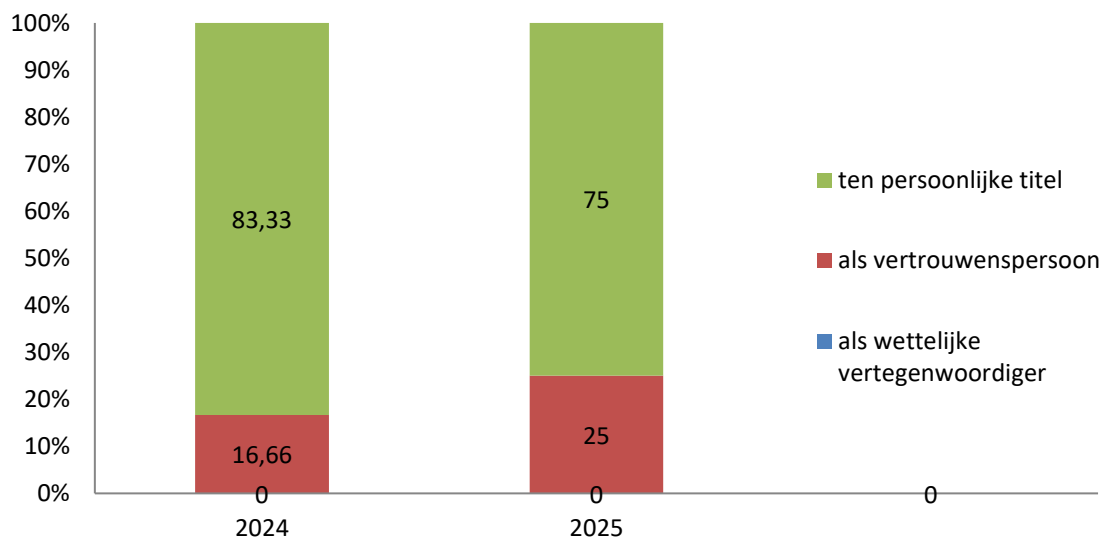
Initiële aanmelder indien andere



Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

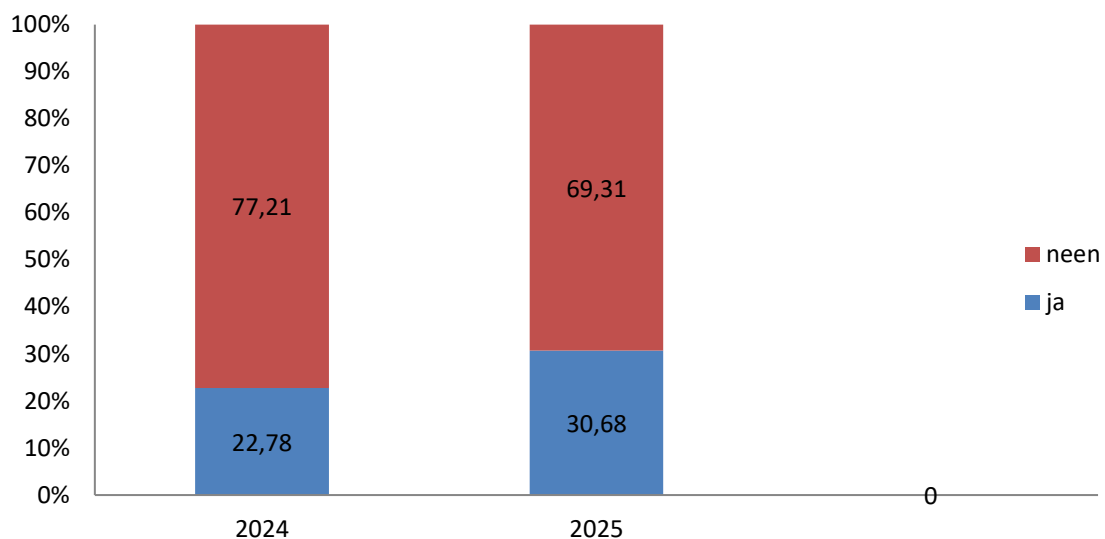
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	1	16,66	3	25,00
ten persoonlijke titel	5	83,33	9	75,00
totaal	6	100	12	100

Hoedanigheid indien andere



Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	18	22,78	27	30,68
neen	61	77,21	61	69,31
totaal	79	100	88	100

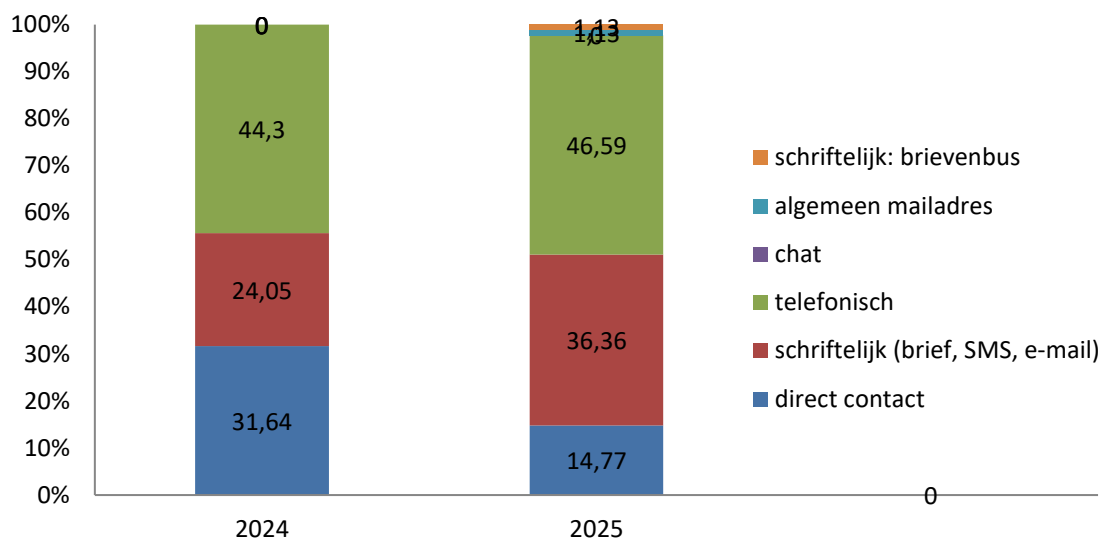
Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



B. Vorm van aanmelden

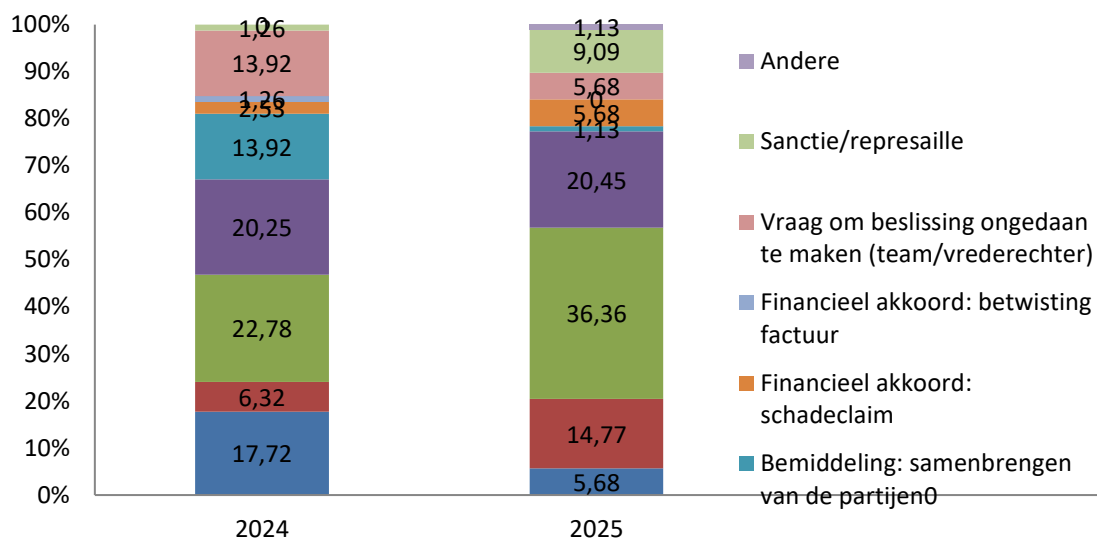
Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	25	31,64	13	14,77
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	19	24,05	32	36,36
telefonisch	35	44,30	41	46,59
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	1	1,13
schriftelijk: brievenbus	-	-	1	1,13
totaal	79	100	88	100

Vorm van aanmelden

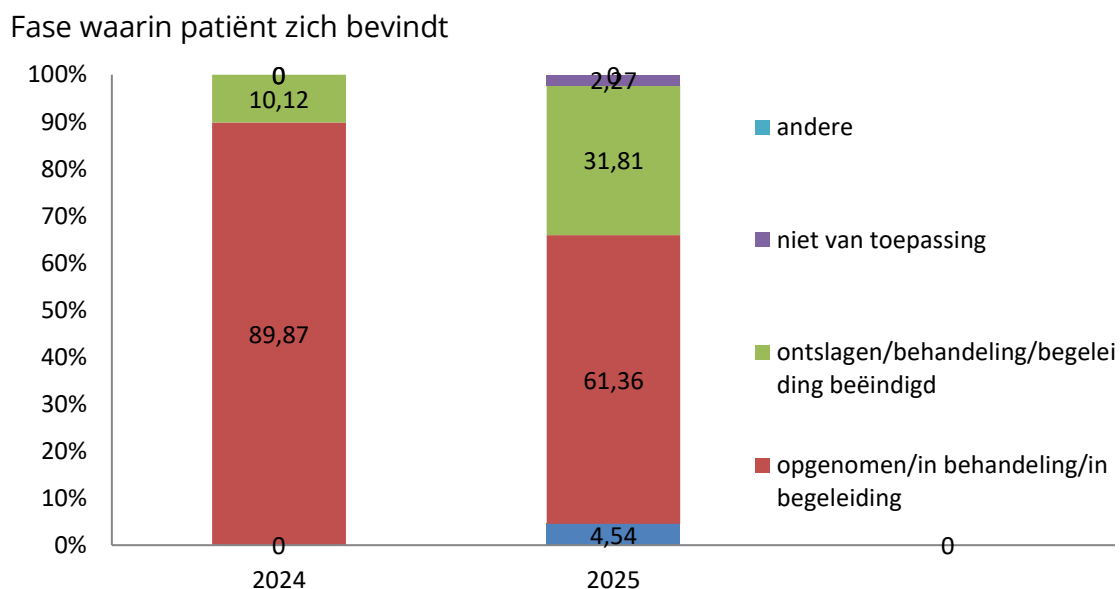


Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	14	17,72	5	5,68
Luisterend oor	5	6,32	13	14,77
Signaal	18	22,78	32	36,36
Bemiddeling: pendeldiplomatie	16	20,25	18	20,45
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	11	13,92	1	1,13
Financieel akkoord: schadeclaim	2	2,53	5	5,68
Financieel akkoord: betwisting factuur	1	1,26	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	11	13,92	5	5,68
Sanctie/represaille	1	1,26	8	9,09
Andere	-	-	1	1,13
totaal	79	100	88	100

Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	4	4,54
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	71	89,87	54	61,36
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	8	10,12	28	31,81
niet van toepassing	-	-	2	2,27
andere	-	-	-	-
totaal	79	100	88	100

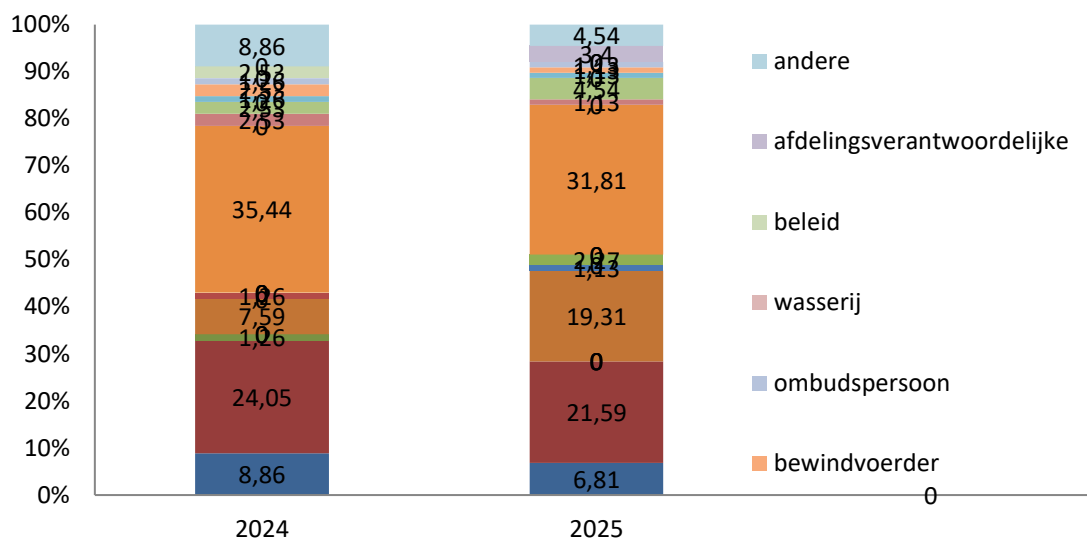


C. Inhoud van de aanmelding

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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	7	8,86	6	6,81
psychiater	19	24,05	19	21,59
huisarts	1	1,26	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	6	7,59	17	19,31
persoonlijke begeleider	-	-	1	1,13
sociale dienst	1	1,26	-	-
psycholoog	-	-	2	2,27
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	28	35,44	28	31,81
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	2	2,53	1	1,13
voedingsdienst	2	2,53	4	4,54
poetsdienst	-	-	-	-
directie	1	1,26	1	1,13
bewindvoerder	2	2,53	1	1,13
ombudspersoon	1	1,26	1	1,13
wasserij	-	-	-	-
beleid	2	2,53	-	-
afdelingsverantwoordelijke	-	-	3	3,40
andere	7	8,86	4	4,54
totaal	79	100	88	100

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken

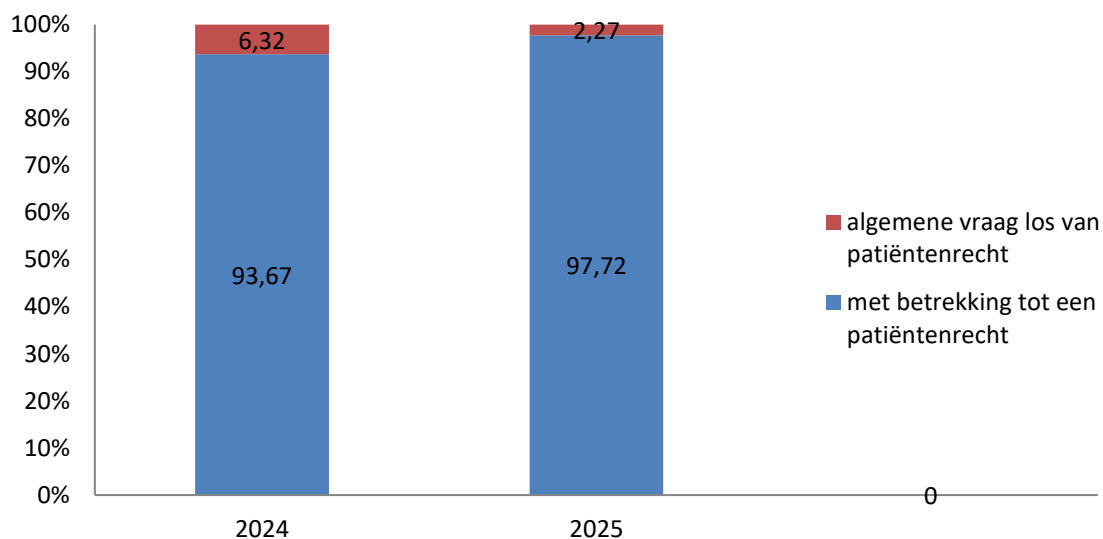


Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	74	93,67	86	97,72
algemene vraag los van patiëntenrecht	5	6,32	2	2,27
totaal	79	100	88	100

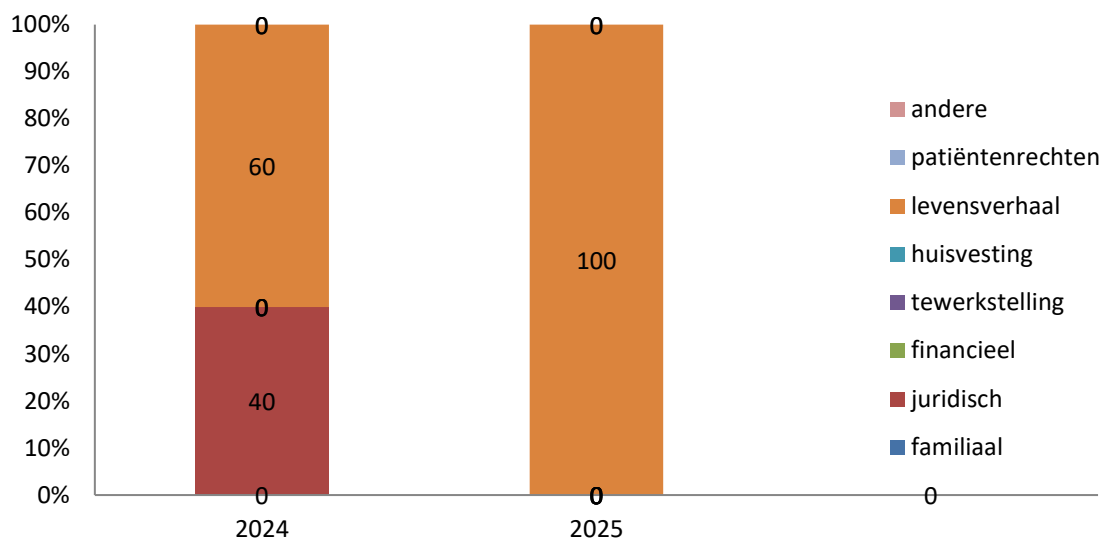
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	2	40,00	-	-
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	3	60,00	2	100,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	2	100

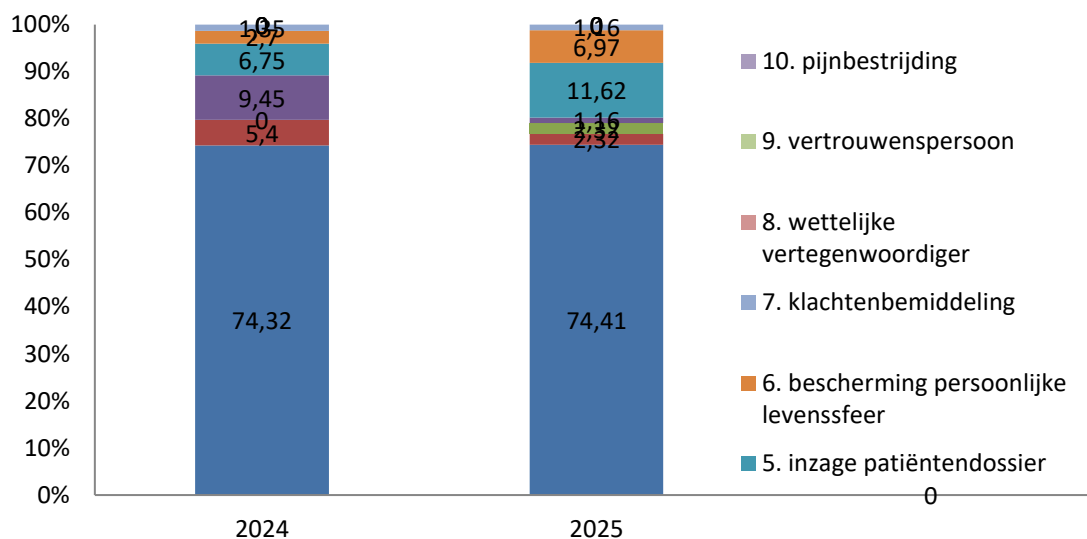
Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	55	74,32	64	74,41
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	4	5,40	2	2,32
3. informatie	-	-	2	2,32
4. geïnformeerde toestemming	7	9,45	1	1,16
5. inzage patiëntendossier	5	6,75	10	11,62
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	2	2,70	6	6,97
7. klachtenbemiddeling	1	1,35	1	1,16
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	74	100	86	100

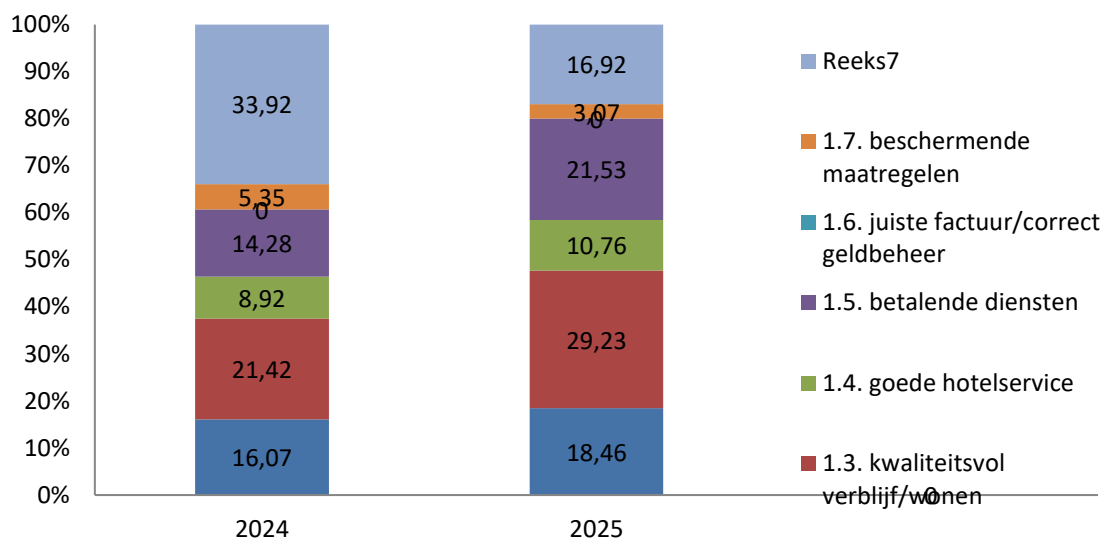
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op



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

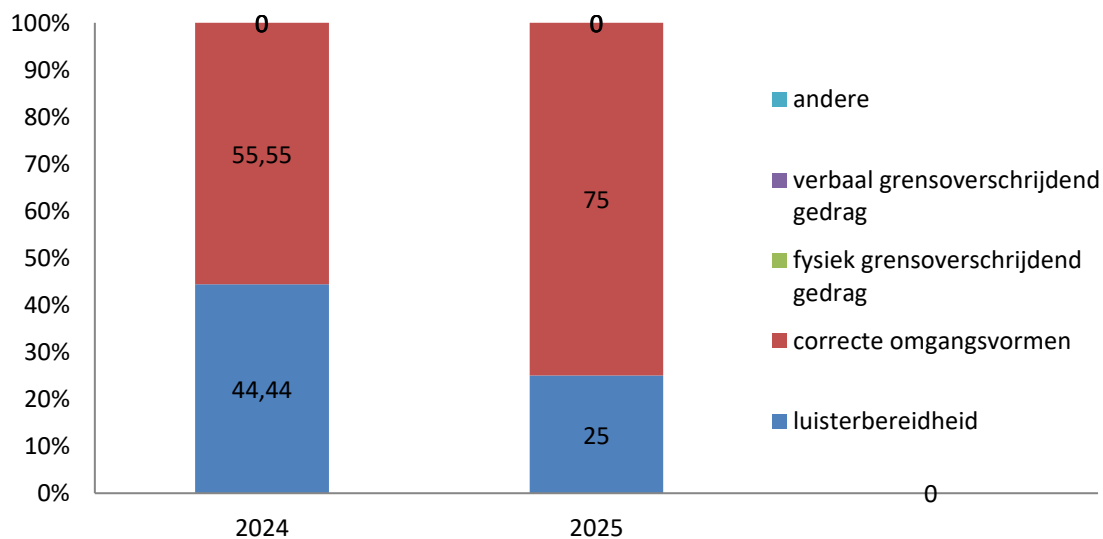
1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	9	16,07	12	18,46
1.2. goede behandeling/begeleiding	12	21,42	19	29,23
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	5	8,92	7	10,76
1.4. goede hotelservice	8	14,28	14	21,53
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	3	5,35	2	3,07
1.7. beschermende maatregelen	19	33,92	11	16,92
totaal	56	100	65	100

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



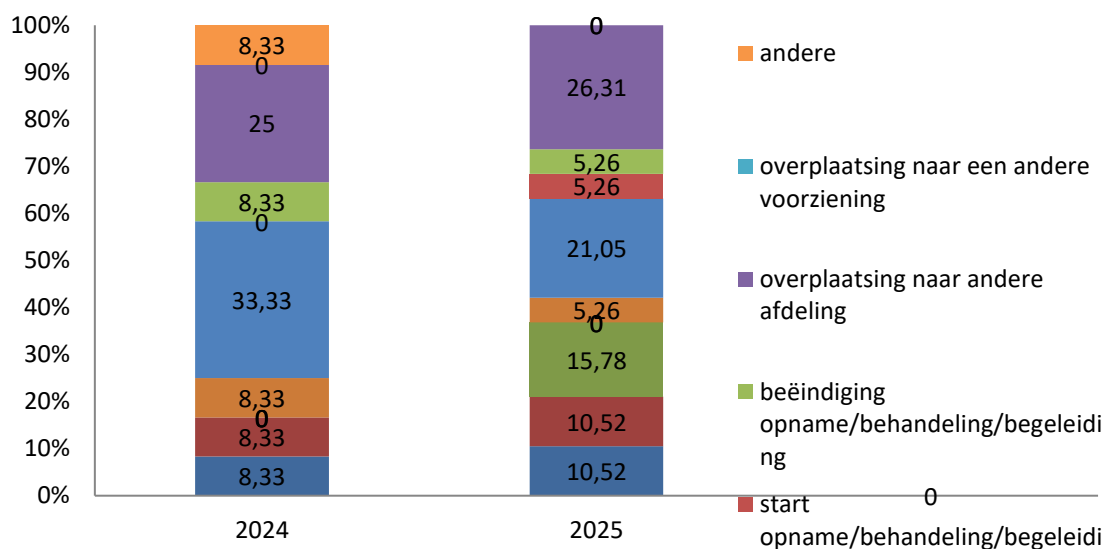
1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	4	44,44	3	25,00
correcte omgangsvormen	5	55,55	9	75,00
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	12	100

1.1. Respectvolle bejegening



1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	1	8,33	2	10,52
somatische verzorging	1	8,33	2	10,52
medicatie	-	-	3	15,78
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	1	8,33	1	5,26
betrokkenheid familie	4	33,33	4	21,05
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	5,26
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	8,33	1	5,26
overplaatsing naar andere afdeling	3	25,00	5	26,31
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	1	8,33	-	-
totaal	12	100	19	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding



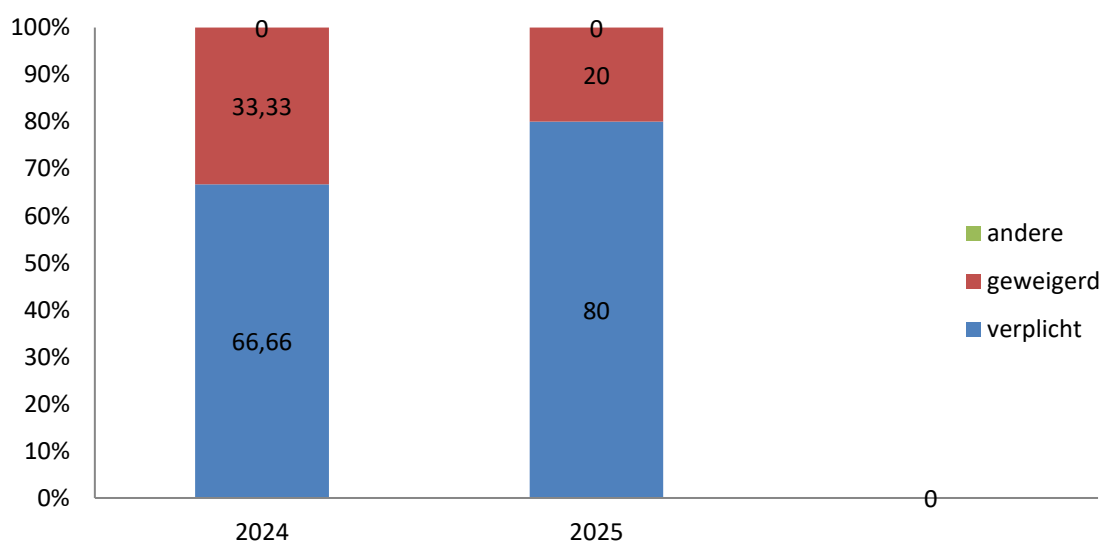
Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%

verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	2	66,66	4	80,00
geweigerd	1	33,33	1	20,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	5	100

Overplaatsing naar andere afdeling

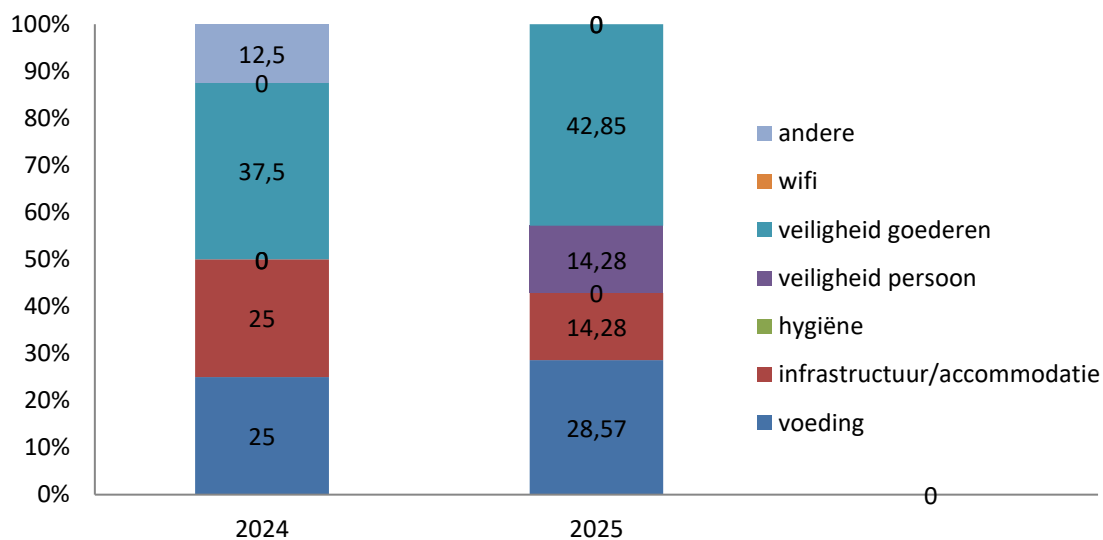


1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	4	80,00	7	100,00
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	1	20,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	7	100

1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	2	25,00	4	28,57
infrastructuur/accommodatie	2	25,00	2	14,28
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	2	14,28
veiligheid goederen	3	37,50	6	42,85
wifi	-	-	-	-
andere	1	12,50	-	-
totaal	8	100	14	100

1.4. Goede hotelservice

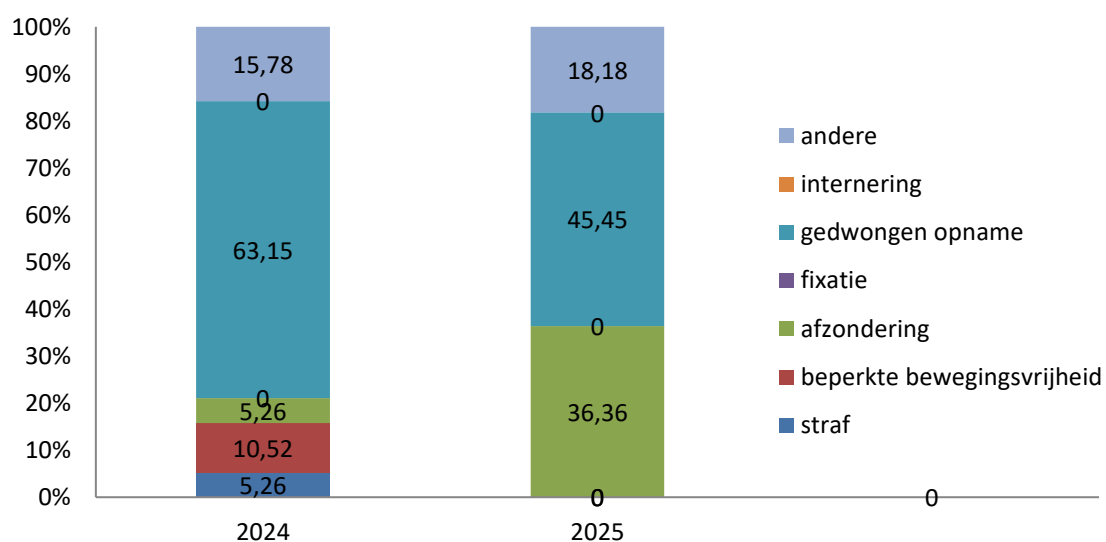


1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer		
	2024	2025

Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	1	50,00
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	2	66,66	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	1	33,33	1	50,00
totaal	3	100	2	100

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	1	5,26	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	2	10,52	-	-
afzondering	1	5,26	4	36,36
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	12	63,15	5	45,45
internering	-	-	-	-
andere	3	15,78	2	18,18
totaal	19	100	11	100

1.7. Beschermende maatregelen



2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	2	50,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	2	50,00	2	100,00
totaal	4	100	2	100

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	2	100,00
totaal	-	-	2	100

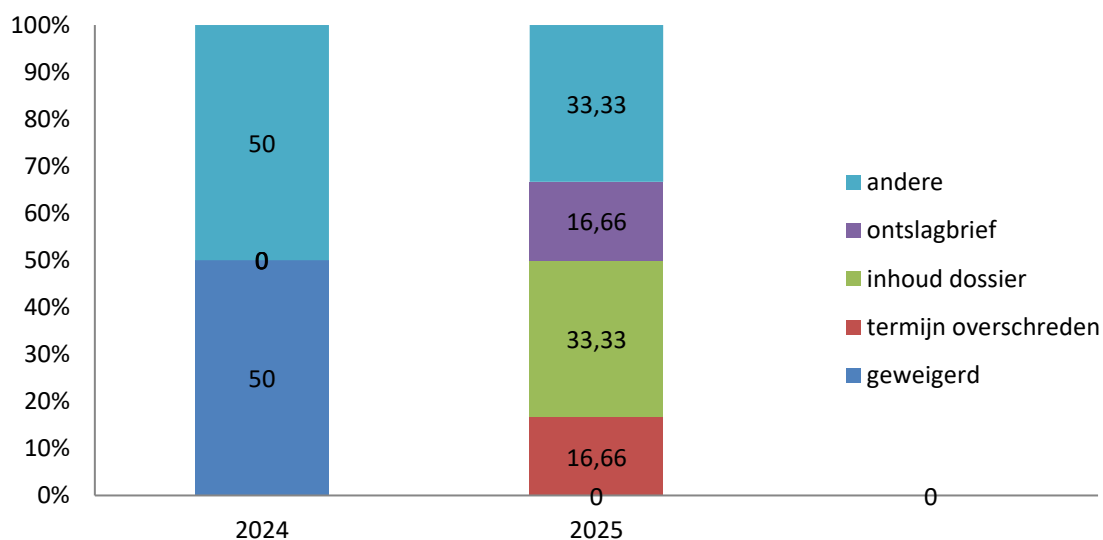
4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	2	28,57	-	-
medicatie toestemming	4	57,14	1	100,00
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	1	14,28	-	-
totaal	7	100	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	3	60,00	4	40,00
inzage/afschrift dossier	2	40,00	6	60,00
totaal	5	100	10	100

5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	1	50,00	-	-
termijn overschreden	-	-	1	16,66
inhoud dossier	-	-	2	33,33
ontslagbrief	-	-	1	16,66
andere	1	50,00	2	33,33
totaal	2	100	6	100

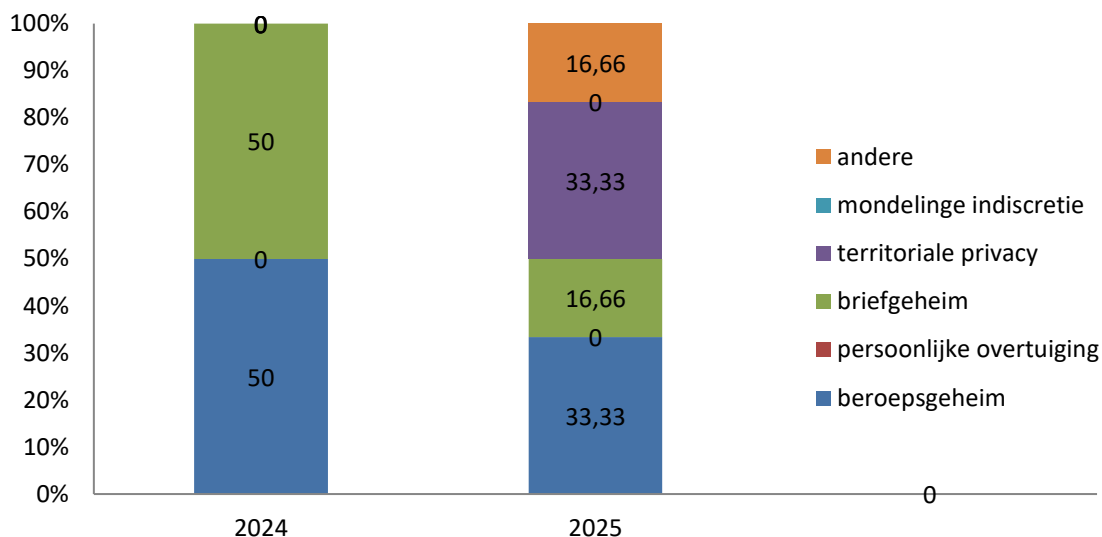
5.A. Recht op inzage of afschrift



6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	50,00	2	33,33
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-

briefgeheim	1	50,00	1	16,66
territoriale privacy	-	-	2	33,33
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	1	16,66
totaal	2	100	6	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer



7. Recht op klachtenbemiddeling

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	1	100,00	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

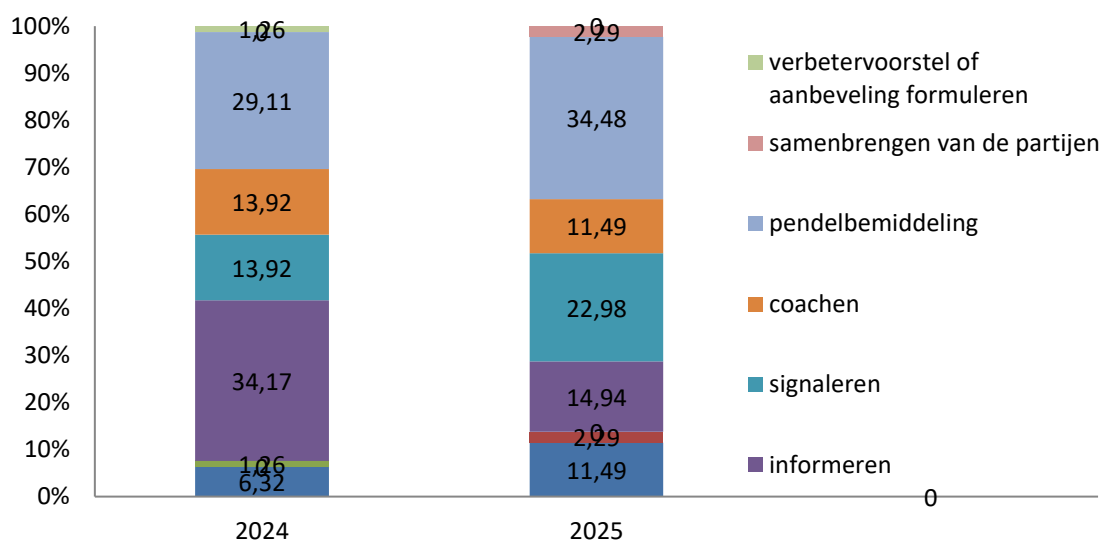
D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (87). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	5	6,32	10	11,49
doorverwijzen intern	-	-	2	2,29
doorverwijzen extern	1	1,26	-	-
informer	27	34,17	13	14,94
signaleren	11	13,92	20	22,98
coachen	11	13,92	10	11,49
pendelbemiddeling	23	29,11	30	34,48
samenbrengen van de partijen	-	-	2	2,29
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	1	1,26	-	-
totaal	79	100	87	100

Hoofdinterventie



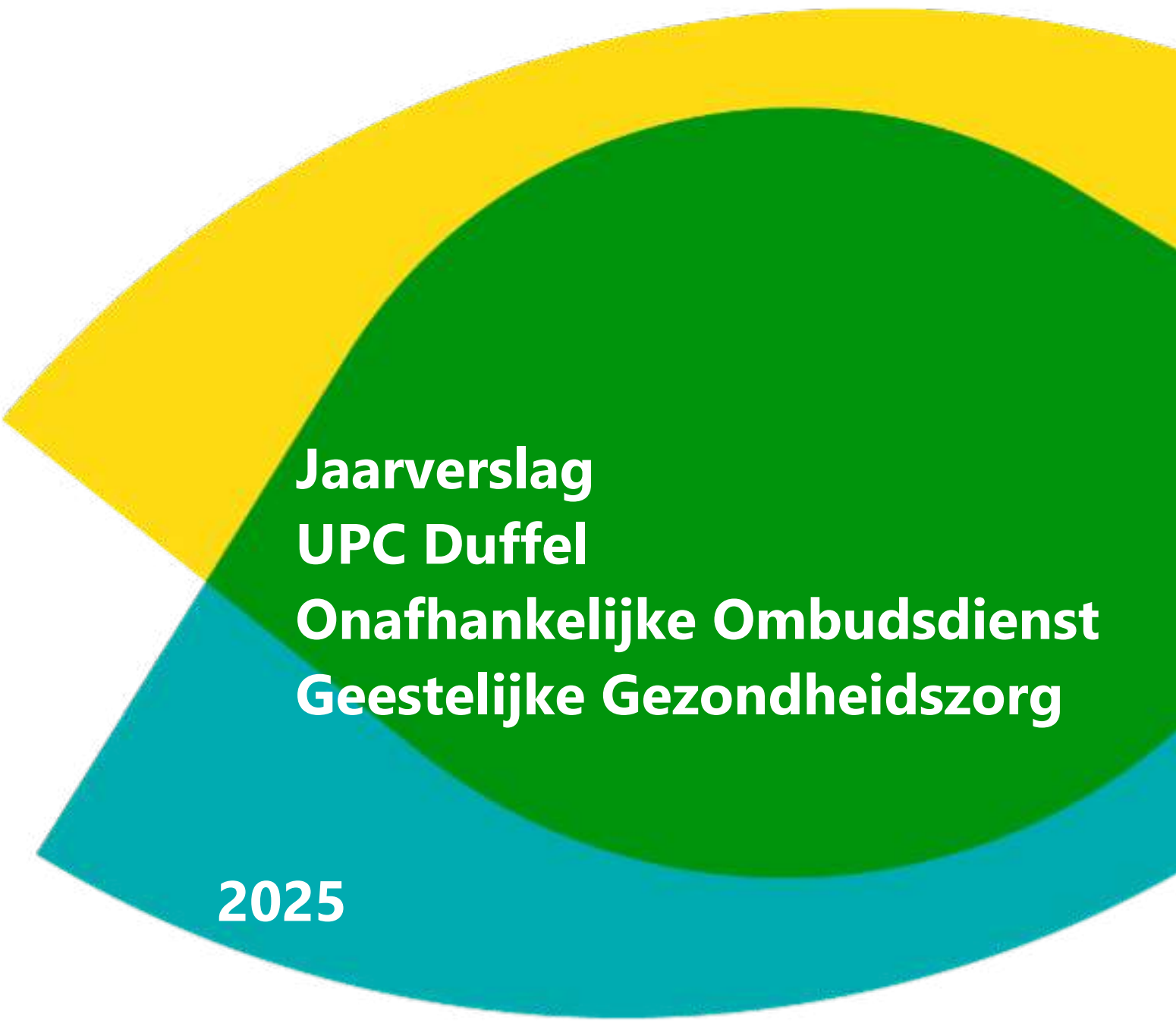
E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten		
	2024	2025

Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	4	5,06	1	1,14
binnen de week	52	65,82	42	48,27
binnen de twee weken	18	22,78	26	29,88
binnen de vier weken	4	5,06	12	13,79
later dan vier weken	1	1,26	6	6,89
totaal	79	100	87	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



Jaarverslag UPC Duffel Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

ELISE VAN LINT



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Inhoud

Over OOGG en onze taken	3
Voorwoord	4
1. Inleiding.....	5
2. Werking Ombudsdienst	6
2.1 Algemeen.....	6
2.2 Initiële aanmelder	6
2.3 Vraag en interventie	6
2.4 Afhandeling.....	7
3. Aanbevelingen	8
3.1 Aandachtspunten bij registratie.....	8
3.2 Algemeen overzicht	8
3.3 Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening nader bekeken	8
a. Goede behandeling en begeleiding.....	9
b. Respectvolle bejegening: luisterbereidheid en correcte omgangsvormen	9
c. Goede hotelservice en veiligheid.....	9
d. Juiste factuur/correct geldbeheer	9
a. Kwaliteitsvol verblijf en wonen.....	9
e. Beschermende observatiemaatregel.....	10
3.4 Het recht op 'neen'	10
3.5 Uitleg op maat	10
3.6 Mijn privacy, uw beroepsgeheim	10
3.7 Ik mag toch kiezen	10
3.8 Overige meldingen samengevat.....	11
a. Recht op inzage dossier	11
b. Pijnbestrijding	11
c. Recht op klachtenbemiddeling en vertrouwenspersoon	11
4. Conclusie	12
5. Algemeen besluit.....	13
Bijlagen	13

Over OOGG en onze taken

De **O**nafhankelijke **O**mbudsdienst **G**eestelijke **G**ezondheidszorg is een deelwerking van Psyche VZW met de steun van de Vlaamse overheid. Elke ombudsdienst is bevoegd voor bepaalde GGZ voorzieningen. We werken onafhankelijk van deze voorzieningen volgens afspraken vast gelegd in een Service Level Agreement. De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet van 6 februari 2024) geeft zorggebruikers het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon en is het basiskader voor onze bemiddelingsgerichte werking. Bij OOGG werken we vanuit een neutrale houding of meerzijdige partijdigheid zonder voor één van de betrokkenen partij te kiezen. Alles wat tot bij ons komt valt onder de vertrouwelijkheid van een bemiddelingsgericht proces met als doel de partijen, waar mogelijk in onderling overleg, tot een uitkomst te laten komen. Wij doen niet aan waarheidsbevinding. De stappen die gezet worden, vertrekken met medeweten van de aanmelder. De melding zelf wordt geregistreerd zoals ze bij ons wordt aangebracht.

- Bij vragen en klachten trachten wij de communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- We werken bemiddelingsgericht bij meldingen met betrekking tot patiëntenrechten met het oog op een uitkomst.
- We informeren patiënten over andere mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die uitkomst er toch niet komt.
- We informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- In een jaarverslag wordt een overzicht gepubliceerd van de klachten en hoe deze werden opgevolgd.
- Van hieruit formuleren we aanbevelingen om meldingen over de uitoefening van patiëntenrechten te voorkomen.

(zie artikel 16/1 WPTR = Wet Patiëntenrechten)

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Kris Bruyninckx
Teamcoördinator OOGG

1. Inleiding

Bij dit tweeëntwintigste jaarverslag is het belangrijk enkele aandachtspunten te benoemen. Binnen de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG) vonden het voorbije jaar interne wijzigingen plaats. Vanaf begin mei ben ik, Elise Van Lint, gestart als ombudspersoon voor onder meer het Universitair Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel.

Tijdens de periode waarin de vaste ombudspersoon afwezig was, werd vanuit het OOGG-team zo goed mogelijk in vervanging voorzien. Wissels brengen echter onvermijdelijk een overgangsperiode met zich mee. Dit heeft als gevolg dat een deel van de meldingen in dit verslag niet door mijzelf werd geregistreerd of opgevolgd.

Desondanks vinden wij het binnen OOGG waardevol om de beschikbare informatie te delen. Met dit verslag wil ik een eerste beeld schetsen van deze startperiode en tegelijk een basis leggen waarop in de komende jaren verder kan worden gebouwd.

2. Werking Ombudsdienst

2.1 Algemeen

De tussenkomst van de ombudspersoon verschilt sterk per aanmelding en kan meerdere vormen aannemen. De kern van het ombudswerk bestaat uit actief luisteren en tijd nemen voor het onderliggende verhaal met erkenning voor de beleving van de aanmelder. Voor sommige patiënten is dit op zich al voldoende.

In andere situaties helpt het om samen het probleem te verduidelijken, verdere stappen te bespreken of informatie te geven. Daarnaast kan de ombudsdienst een actievere rol opnemen, bijvoorbeeld door pendelbemiddeling tussen betrokkenen of door een gezamenlijk bemiddelingsgesprek te organiseren.

Soms wil een aanmelder enkel een signaal doorgeven, zonder veel verdere communicatie of opvolging. In alle gevallen begeleidt de ombudsdienst het proces, maar worden er nooit stappen gezet zonder de uitdrukkelijke toestemming van de aanmelder.

2.2 Initiële aanmelder

In 2025 werden 86 meldingen geregistreerd, afkomstig van 72 aanmelders. In 2024 ging het om 94 meldingen door 94 aanmelders.

Van de meldingen in 2025 kwamen er 65 rechtstreeks van patiënten zelf en 1 groep patiënten. Twintig meldingen kwamen vanuit het netwerk rond de patiënt, meestal familie of partner (17). In slechts 6 van deze gevallen trad de aanmelder op als vertegenwoordiger of vertrouwenspersoon. In de overige 14 situaties ging het om een persoonlijke vraag vanuit het netwerk.

De meeste meldingen worden aangemeld via telefoon of e-mail (81). Daarnaast volgden er ook 3 meldingen na persoonlijk contact en werden er 2 meldingen doorgestuurd via het algemene OOGG mailadres. In de nieuwe brievenbussen werden enkele algemene klachtenbriefjes gevonden, maar nog geen werkbare briefjes aanmeldingen.¹

2.3 Vraag en interventie

De oorspronkelijke vraag van de aanmelder verschilt vaak van de uiteindelijke tussenkomst van de ombudsdienst. De initiële vragen waren als volgt:

1. Pendelbemiddeling (21)
2. Luisterend oor (16)
3. Signaal doorgeven (15)
4. Informatie vragen (14)
5. Beslissing ongedaan maken (9)
6. Sanctie (7)
7. Samen in gesprek gaan (3)
8. Financieel akkoord (1)

¹ Zie bijlage 1

Van de afgesloten meldingen resulteerden de eigenlijke actie van de ombudsdienst in volgende interventies:

1. Pendelbemiddeling (20)
2. Luisteren (15)
3. Coachen (13)
4. Overbrengen van een signaal (8)
5. Doorverwijzing: intern (7) en extern (6)
6. Informeren (6)
7. Verbetervoorstel of aanbeveling formuleren (3)
8. Bemiddelingsgesprek (0)

Dit betekent concreet dat 58 meldingen werden afgehandeld via gesprek met de aanmelder alleen (luisteren, coachen, informeren, signaal, aanbeveling of doorverwijzing). Slechts bij 20 meldingen was er sprake van een actieve tussenkomst met medewerkers via pendelbemiddeling.²

2.4 Afhandeling

De afhandeling van meldingen varieert van één gesprek tot meerdere interventies over een langere periode, afhankelijk van de complexiteit en impact van de situatie. In 2025 kon het grootste aantal meldingen worden afgerond op dezelfde dag of binnen één week (36).

Voor 32 meldingen was een periode van vier weken of langer nodig. Tien meldingen werden binnen twee weken afgerond. Tien meldingen werden doorverwezen naar een andere instantie. Drie meldingen werden naar het ziekenfonds doorverwezen. Daarnaast werden twee meldingen doorverwezen naar een advocaat en één naar het vredegerecht³

² Zie bijlage 2

³ Zie bijlage 3

3. Aanbevelingen

3.1 Aandachtspunten bij registratie

Meldingen worden geregistreerd op basis van hoe patiënten of hun netwerk de situatie aanbrengen en beleven. Dit heeft twee belangrijke gevolgen:

- De registratie vertrekt volledig vanuit het perspectief van de aanmelder.
- Het is vervolgens de taak van de ombudspersoon om deze melding te koppelen aan één of meerdere patiëntenrechten.

3.2 Algemeen overzicht

Net als in 2024 situeren de meeste meldingen in 2025 zich rond het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening al daalde deze registratie wel van 91 naar 39 meldingen. Het is opvallend dat er voor de andere rechten in 2024 geen meldingen werden gerapporteerd. In het overzicht van 2025 zijn er nog 35 registraties verdeeld over andere patiëntenrechten. De verschuiving binnen de cijfergegevens kan mogelijks wijzen op een verschil in registratiewijze tussen de ombudsdiensten die in deze periode de meldingen binnen het UPC hebben opgevolgd en gecatalogiseerd.

- Kwaliteitsvolle dienstverlening (39)
- Geïnformeerde toestemming (13)
- Recht op informatie (8)
- Bescherming van de persoonlijke levenssfeer (6)
- Vrije keuze van beroepsbeoefenaar (2)
- Inzage in het dossier (2)
- Pijnbestrijding (2)
- Klachtenbemiddeling (1)
- Vertrouwenspersoon (1)
- Wettelijk vertegenwoordiger (0)⁴

3.3 Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening nader bekeken

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening is het meest omvattende van alle patiëntenrechten. Het merendeel van de meldingen (13) heeft betrekking op goede behandeling en begeleiding. Tegenover 2024 kende het aantal registraties onder deze subcategorie wel een significante daling van 45 naar 13 meldingen.

Daarnaast bespreken we hieronder nog de subcategorieën respectvolle bejegening (8), goede hotelservice en juiste factuur (beiden 6), kwaliteitsvol verblijf (5) en beschermende observatiemaatregel (2).⁵

⁴ Zie bijlage 4

⁵ Zie bijlage 5

a. Goede behandeling en begeleiding

Als we deze cijfers meer in detail bekijken, heeft deze daling voornamelijk te maken met minder meldingen over het beëindigen van een opname (van 14 naar 2), medicatie (van 9 naar 1), overplaatsing naar een andere afdeling of voorziening (van 7 naar 0) en betrokkenheid van familie (van 4 naar 2).

Voor 2025 blijft de verdeling gelijk onder de subcategorieën zonder uitspringers. Naast bovengenoemde werden er nog meldingen gescoord onder diagnose, somatische verzorging, voldoende beschikbaarheid, en start opname.⁶

b. Respectvolle bejegening: luisterbereidheid en correcte omgangsvormen

Het aantal meldingen voor respectvolle bejegening is in 2025 gestegen naar 8 meldingen tegenover 3 in 2024. Meer concreet rapporteerde men 4 keer een melding betreffende luisterbereidheid, 3 keer ervaarde men problemen met correcte omgangsvormen en één keer sprak de aanmelder over verbaal grensoverschrijdend gedrag.⁷

c. Goede hotelservice en veiligheid

Net als in 2024 werden er in 2025 6 meldingen gescoord onder goede hotelservice en veiligheid. Twee keer sprak de aanmelder over dreiging betreffende de veiligheid van persoon. De overige meldingen gingen over voeding, infrastructuur, hygiëne en veiligheid goederen.⁸

d. Juiste factuur/correct geldbeheer

Het aantal meldingen betreffende facturatie en geldbeheer is in 2025 gedaald naar 6 meldingen tegenover 11 in 2024.

De meeste gaan over bewindvoering (3) en nog telkens één score voor zakgeld, verzekering en andere (NAO).

a. Kwaliteitsvol verblijf en wonen

Er werden 5 meldingen gerapporteerd over kwaliteitsvol verblijf en wonen, wat eentje meer is dan in 2024. De meest gaan over regels (3), één over het groepsleven en eentje anders (NAO).⁹

⁶ Zie bijlage 6

⁷ Zie bijlage 7

⁸ Zie bijlage 8

⁹ Zie bijlage 9

e. Beschermende observatiemaatregel

De meldingen betreffende de beschermende observatiemaatregel kenden een significante daling van 23 meldingen in 2024 tegenover 2 in 2025. Deze beide meldingen hadden betrekking op de beperkte bewegingsvrijheid, in casu de uitgangsregeling.¹⁰

3.4 Het recht op 'neen'

Na het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening blijft het recht op geïnformeerde toestemming een uitdaging binnen de complexiteit van de geestelijke gezondheidszorg. Discussies over behandeling (6) en medicatie (6) komen vaak voor. De 13 geregistreeerde meldingen zijn waarschijnlijk slechts beperkt representatief voor de werkelijke vragen en spanningen in de constante dialoog tussen behandelaars, patiënten en/of familie. Ondanks deze moeilijke praktijk werden er in 2024 geen meldingen onder dit recht geregistreerd.¹¹

3.5 Uitleg op maat

Voor het recht op informatie werden in totaal 8 meldingen geregistreerd waarvan 7 onder de categorie 'andere' (NAO). Deze meldingen vallen vaak te kaderen binnen een situatie waar patiënten of familie niet goed begrijpen wat er gaande is, waarover het allemaal gaat en hoe de toekomst er uitziet. Dat deze vragen werkelijk over alles kunnen gaan, verklaart de grote niet gespecificeerde categorie. Voor zorgverleners blijft het altijd een bewustwording dat wat voor hen heel logisch is, dit voor zorggebruikers vaak allerm minst het geval is. Uitleg op maat en veel herhaling is zeer noodzakelijk.¹²

3.6 Mijn privacy, uw beroepsgeheim

Bescherming persoonlijke levenssfeer, of meer bekend onder de termen privacy en beroepsgeheim, vragen voortdurende afwegingen, zeker in een gedeelde zorgcontext. In veel werkingen verblijven mensen samen op een afdeling of zelfs op een kamer, deze ruimten moeten bovendien ook toegankelijk zijn voor zorgstaf en informatiestromen doen vlotjes hun ronde. Hoe ga je hier dan correct mee om? In 2025 werd 6 meldingen waarvan 3 concreet met betrekking tot beroepsgeheim, 2 over mondelinge indiscretie en 1 met betrekking tot territoriale privacy. Ook hier waren ondanks de complexe realiteit in 2024 geen gescoorde meldingen.¹³

3.7 Ik mag toch kiezen

Patiënten zijn zich vaak bewust van het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar en ervaren de beperkingen van de praktijk. In 2025 werden hierover 2 meldingen geregistreerd, tegenover geen in 2024.¹⁴

¹⁰ Zie bijlage 10

¹¹ Zie bijlage 11

¹² Zie bijlage 10

¹³ Zie bijlage 13

¹⁴ Zie bijlage 14

3.8 Overige meldingen samengevat

Er werden nog meldingen geregistreerd over:

- Inzage en afschrift van het dossier (2)
- Pijnbestrijding (2)
- Klachtenbemiddeling (1)
- Vertrouwenspersoon (1)

a. Recht op inzage dossier

Hoewel het hier slechts over twee meldingen gaat, heeft het recht op inzage en afschrift van het dossier ook vaak te maken met nood aan informatie. Als mensen het niet goed begrijpen of niet eens zijn, denken ze antwoorden te vinden in hun dossier. Gezien de inhoud en vorm van informatie in dossiers kan dit situaties ook veel gecompliceerder maken als zorggebruikers deze alleen, zonder verdere tekst en uitleg, voor zich krijgen.

b. Pijnbestrijding

Het recht op pijnbestrijding situeert zich soms op de grens van kwaliteitsvolle dienstverlening: somatische zorgen en meldingen rond medicatie. Voor 2025 werden er nog 2 afzonderlijke meldingen over geregistreerd.

c. Recht op klachtenbemiddeling en vertrouwenspersoon

Tot slot werd er nog één melding gebracht met betrekking tot het recht om een klacht bij de ombudsdienst te brengen en één melding waarbij de gevraagde vertrouwenspersoon niet werd betrokken.¹⁵

¹⁵ Zie bijlage 15

4. Conclusie

Onder verscheidene categorieën is verschil te zien in de cijfers van 2024 en 2025. Zoals aangegeven in de inleiding heeft dit mogelijks te maken met de overgang van vaste ombudsdienst.

De meeste aanmeldingen komen van patiënten zelf. Maar ook het netwerk rond patiënten, voornamelijk familie, vindt zijn weg naar de ombudsdienst. Dat het merendeel van deze aanmeldingen uit het netwerk voortkomt uit een persoonlijke vraag, is iets om bij stil te staan. Ik kijk ernaar uit om de familiewerking verder te leren kennen en mogelijke samenwerking te exploreren.

Meldingen worden het vaakst via telefoon of mail aangebracht en in één op één contact tussen de aanmelder en ombudsdienst uitgeklaard. Wanneer zorgverleners worden betrokken, is er doorgaans veel bereidheid tot samenwerking. De gesprekken lopen momenteel steeds via mezelf als tussenpersoon. Een effectief bemiddelingsgesprek werd tot heden nog niet ingepland.

Registratiecijfers geven een tastbare indicatie, ook al zeggen ze zeker niet alles. Het verhaal dat ze vertellen is enerzijds sterk afhankelijk van de aanmelder. Anderzijds van de perceptie van de ombudsdienst die verder registreert. Hoge registratiecijfers kunnen een duidelijk signaal geven. Maar in gedachten houdend dat het voor veel mensen een drempel is om beroep te doen op de ombudsdienst, maakt dat elke registratie waarde heeft.

In het verhaal van UPC Duffel zien we een sterke daling in de meldingen over kwaliteitsvolle behandeling: goede behandeling en begeleiding. Vooral op cruciale punten tijdens de behandeling zoals start opname, transfer naar andere afdeling of voorziening en beëindiging van de opname is er een significante verschuiving met de cijfers van 2024. Ondanks dat het hier om een daling gaat, wil ik het belang van betrokkenheid van patiënt en netwerk op deze momenten extra aanvinken. Naast het feit dat de cijfers mogelijks beïnvloed werden door de omstandigheden, blijkt op Vlaams niveau dat op deze scharnierpunten in de behandeling de meldingen bij de ombudsdienst toenemen.

Luisterbereidheid en correcte omgangsvormen omvatten een brede waaier aan situaties. Meldingen die onder deze noemer worden geregistreerd, kunnen dan ook overlappen met andere patiëntenrechten. Zo kan een patiënt aangeven zich absoluut niet gehoord te voelen en tegelijk klachten brengen over medicatie en een behandeling waar hij/zij het niet mee eens is. Dit kan ook worden gelinkt aan het recht op geïnformeerde toestemming. In andere gevallen gaat het erover dat een ongepaste houding werd ervaren, bijvoorbeeld door de manier waarop observaties in het patiëntendossier worden genoteerd. Dit voorbeeld kan ook raken aan het recht op een zorgvuldig bijgehouden elektronisch patiëntendossier. Als subcategorie met het 2^{de} hoogste aantal meldingen wijst dit er in elk geval op dat luisterbereidheid en correcte omgangsvormen, toch de basishouding van elke zorgverlenersrelatie, soms anders worden ervaren.

5. Algemeen besluit

Verschillen van mening is menselijk en normaal. Hoewel wetgeving een duidelijk kader biedt, betekent dit niet dat iedereen dit kader op dezelfde manier interpreteert. Door verschillen in organisatiecultuur, teamwerking, persoonlijke waarden, familiale context, (therapeutische) kennis, afhankelijkheidsrelaties tussen zorggebruiker en zorgverlener, ziektebeelden en emoties, kan dezelfde situatie op uiteenlopende manieren worden bekeken. In sommige gevallen leidt dit tot meningsverschillen die moeilijk te overbruggen zijn.

In zulke situaties kan het helpend zijn om samen stil te staan bij de onderliggende belangen en de vraag te stellen waarom men er niet uit raakt. Soms is daarbij de ondersteuning van een derde een waardevolle interventie. Iemand die vanuit een neutrale positie betrokken is bij alle partijen, maar niet bij het conflict zelf, en zo kan helpen om standpunten te verduidelijken en wederzijds begrip te bevorderen.¹⁶

Het instappen in een bemiddelingsgericht proces met de ombudsdienst als onpartijdige derde vraagt vertrouwen. We moeten ons ervan bewust zijn dat het voor zorggebruikers vaak een grote stap is om hun probleemsituatie bespreekbaar te maken. Tegelijk vraagt het ook van zorgverleners openheid om via een externe en vaak onbekende derde met een melding geconfronteerd te worden en hier constructief mee aan de slag te gaan. Ik wil dan ook mijn dank uitspreken voor het vertrouwen dat mij tot op heden werd geschonken. Graag blijf ik, samen met directie, medewerkers, patiënten en familie, meewerken aan de verdere uitbouw en ondersteuning van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg binnen het Universitair Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel.

Bijlagen

Bijlage 1

¹⁶ *Theoriegids bemiddeling*, Kathleen Croes en Anouk Moors, MEDIV, 2021.

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	123	154	94	86
aanmelders	100	153	94	72

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familieid/partner	6	100,00	17	85,00
kennis	-	-	1	5,00
personeelslid	-	-	1	5,00
andere	-	-	1	5,00
totaal	6	100	20	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	16,66	-	-
als vertrouwenspersoon	5	83,33	6	30,00
ten persoonlijke titel	-	-	14	70,00
totaal	6	100	20	100

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	1	1,06	3	3,48
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	-	-	39	45,34
telefonisch	93	98,93	42	48,83
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	2	2,32
schriftelijk: brievenbus	-	-	-	-
totaal	94	100	86	100

Bijlage 2

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	7	7,44	14	16,27
Luisterend oor	1	1,06	16	18,60
Signaal	6	6,38	15	17,44
Bemiddeling: pendeldiplomatie	46	48,93	21	24,41
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	2	2,12	3	3,48
Financieel akkoord: schadeclaim	2	2,12	-	-
Financieel akkoord: betwisting factuur	2	2,12	1	1,16
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	24	25,53	9	10,46
Sanctie/represaille	4	4,25	7	8,13
Andere	-	-	-	-
totaal	94	100	86	100

Hoofdinterventie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	-	-	15	19,23
doorverwijzen intern	-	-	7	8,97
doorverwijzen extern	-	-	6	7,69
informereren	9	9,67	6	7,69
signaleren	-	-	8	10,25
coachen	38	40,86	13	16,66
pendelbemiddeling	32	34,40	20	25,64
samenbrengen van de partijen	11	11,82	-	-
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	3	3,22	3	3,84
totaal	93	100	78	100

Bijlage 3

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	6	6,45	13	16,66
binnen de week	85	91,39	23	29,48
binnen de twee weken	2	2,15	10	12,82
binnen de vier weken	-	-	18	23,07
later dan vier weken	-	-	14	17,94
totaal	93	100	78	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	2	24

Voorgestelde verdere stappen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	2	12,50
inspectie	-	-	-	-
vrede rechter	-	-	1	6,25
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	3	18,75
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	10	62,50
totaal	-	-	16	100

Bijlage 4

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	91	97,84	39	52,70
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	2	2,70
3. informatie	-	-	8	10,81
4. geïnformeerde toestemming	-	-	13	17,56
5. inzage patiëntendossier	2	2,15	2	2,70
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	6	8,10
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	1,35
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	1	1,35
10. pijnbestrijding	-	-	2	2,70
totaal	93	100	74	100

Bijlage 5

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	3	3,26	8	20,00
1.2. goede behandeling/begeleiding	45	48,91	13	32,50
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	4	4,34	5	12,50
1.4. goede hotelservice	6	6,52	6	15,00
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	11	11,95	6	15,00
1.7. beschermende maatregelen	23	25,00	2	5,00
totaal	92	100	40	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	2	15,38
somatische verzorging	1	2,22	1	7,69
medicatie	9	20,00	1	7,69
individuele therapie	6	13,33	2	15,38
groepstherapie	1	2,22	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	1	7,69
betrokkenheid familie	4	8,88	2	15,38
start opname/behandeling/begeleiding	2	4,44	2	15,38
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	14	31,11	2	15,38
overplaatsing naar andere afdeling	5	11,11	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	2	4,44	-	-
andere	1	2,22	-	-

Bijlage 6

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	4	50,00
correcte omgangsvormen	2	66,66	3	37,50
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	1	12,50
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	8	100

Bijlage 7

1.4. Goede hotelSERVICE				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	3	50,00	1	16,66
infrastructuur/accommodatie	1	16,66	1	16,66
hygiëne	-	-	1	16,66
veiligheid persoon	2	33,33	2	33,33
veiligheid goederen	-	-	1	16,66
wifi	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	6	100

Bijlage 8

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	3	27,27	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	1	16,66
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	7	63,63	3	50,00
verzekeringen	-	-	1	16,66
andere	1	9,09	1	16,66
totaal	11	100	6	100

Bijlage 9

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	-	-	3	60,00
groepsleven	2	50,00	1	20,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	1	25,00	-	-
andere	1	25,00	1	20,00
totaal	4	100	5	100

Bijlage 10

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	10	43,47	2	100,00
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	13	56,52	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	23	100	2	100

Bijlage 11

4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	2	15,38
medicatie toestemming	-	-	4	30,76
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	6	46,15
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	1	7,69
totaal	-	-	13	100

Bijlage 12

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	12,50
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	7	87,50
totaal	-	-	8	100

Bijlage 13

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	3	50,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	1	16,66
mondelijke indiscretie	-	-	2	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	6	100

Bijlage 14

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	2	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

Bijlage 15

5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	1	100,00	-	-
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	-	-	2	100,00
totaal	1	100	2	100

Jaarverslag Zorggroep Sint- Kamillus Bierbeek Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

JEROEN SIMAEYS



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden

medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend. Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG

Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Aanbevelingen en uitdagingen

Ter info

In een standaardweek ben ik woensdag in jullie voorziening aanwezig. Als een gesprek of vorming niet op dit moment door kan gaan, gebeurt het wel eens dat ik op een ander moment in jullie voorziening ben.

Ik besteed mijn tijd door langs te gaan op de afdelingen, het ledigen van de ombudsbrievenbussen en gesprekken met betrokkenen. Ook patiëntenraden, afdelingsmomenten en vormingen neem ik voor mijn rekening. Uit de statistieken blijkt dat een groot deel van de klachten via de brievenbussen werd gedaan. Het gebeurt ook regelmatig dat mensen me persoonlijk aanspreken tijdens mijn bezoeken op de afdelingen. Deze aanwezigheid blijft dus nuttig, om zo ook de minder sociaal en technologisch sterke mensen te kunnen blijven bereiken.

In verband met mijn aanbevelingen van vorig jaar (alternatief sociale dienst en communicatie naar familieleden) was het erg leuk om te mogen ervaren dat de aangehaalde punten substantieel minder voorkwamen.

Op het vlak van aanbevelingen denk ik momenteel aan 3 elementen:

1. Duidelijker systeem voor ter bewaring gelegde bezittingen van patiënten.
2. Blijvende aandacht voor de privacy van patiënten.
3. De 5 nieuwe e-learnings van Psyche.

Duidelijker systeem voor ter bewaring gelegde bezittingen van patiënten

Ik botste op enkele misverstanden waarbij er onenigheid was tussen patiënt en afdeling over ter bewaring gelegde spullen. Het gaat dan hoofdzakelijk over zaken die aan het begin van een opname niet op de kamer mogen en tijdelijk bewaard worden door de begeleiding. Eens de opname is afgerond kan het probleem ontstaan dat de patiënt een andere herinnering had van de overgedragen spullen of dat er effectief spullen zijn kwijtgeraakt. Vaak is het moment van overdracht dan al te lang geleden om alles in detail te herinneren. Het lijkt me dan ook aangewezen om, zeker voor spullen met een bepaalde waarde, vast te leggen wat de patiënt juist ter bewaring achterlaat. Eventueel ondertekend en in combinatie met een foto. Op die manier kan de discussie achteraf waarschijnlijk sneller opgelost worden en is het duidelijk waar er iets misgelopen is.

Blijvende aandacht voor privacy

Het lijkt me erg belangrijk om extra aandacht te blijven besteden aan het recht op privacy van de patiënten. Er kwamen enkele vragen in verband met het delen van informatie over de telefoon aan mensen waarvan de patiënt liever niet heeft dat deze informatie verkrijgen. Bij de intake is het cruciaal om duidelijke afspraken te maken over wie het recht heeft om welke informatie te ontvangen. Deze beslissing ligt bij de patiënt.

Nieuwe e-learning's :

De e-learning's zijn heel handig om op een eenvoudige en tijdsefficiënte manier je expertise te vergroten. Deze extra informatie is relevant voor zowel patiënten als zorgverleners en kan ervoor zorgen dat alle partijen een uniformer denkkader

ontwikkelen. Vanuit Psyche wordt dan ook aangeraden om deze e-learnings actief aan te bevelen bij zorgverleners en patiënten.

Dit jaar kwamen er 5 e-learnings bij:

1. Van gedwongen opname naar beschermingsmaatregel
2. Leertraject spanning, escalatie en agressief gedrag
3. Adoptiesensitief handelen in de hulpverlening
4. Psychische kwetsbaarheid bij ouderen
5. Opvang, nazorg en herstel

AANMELDINGEN

Voorziening: Sint-Kamillus, Bierbeek + Zorggroep Sint-Kamillus | PZ Campus Krijkelberg

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 15/01/2025, de laatste op 24/12/2025.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	46	42	42	43
aanmelders	46	36	38	41

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

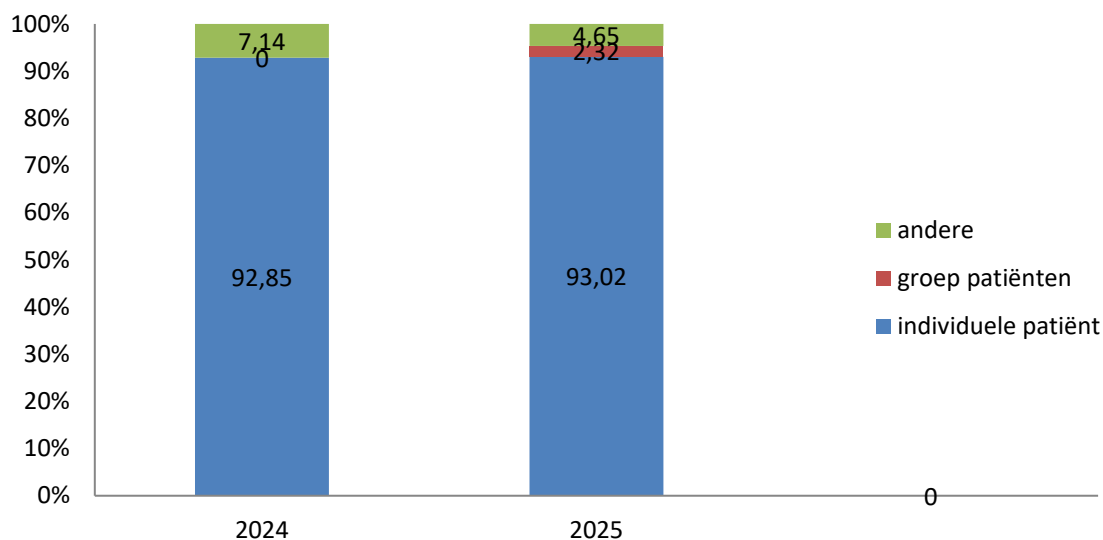
Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	42		43	

De **43** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 41 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	39	92,85	40	93,02
groep patiënten	-	-	1	2,32
andere	3	7,14	2	4,65
totaal	42	100	43	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



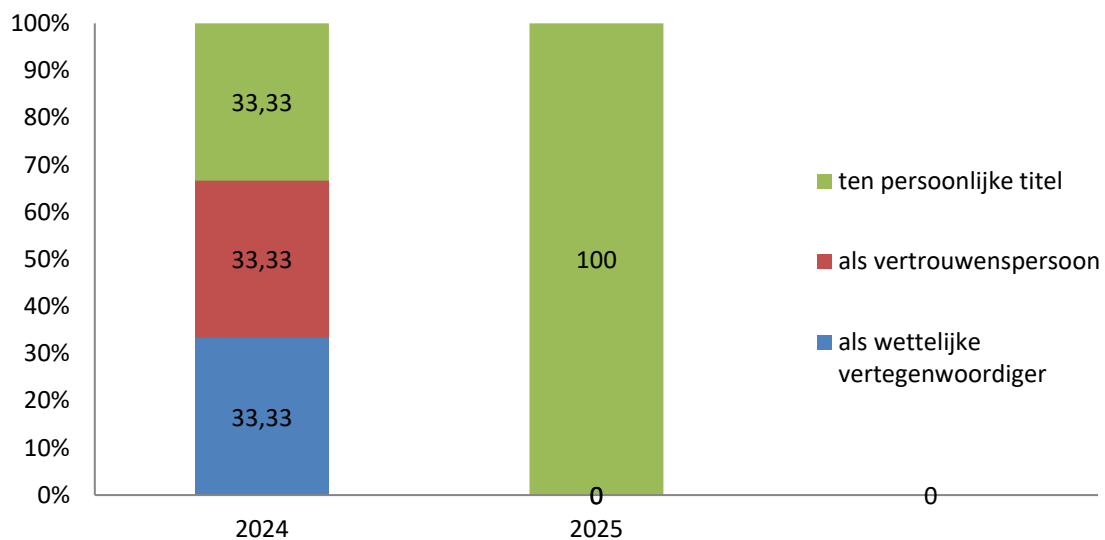
Initiële aanmelder indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familieid/partner	2	66,66	-	-
kennis	1	33,33	-	-
personeelslid	-	-	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

Hoedanigheid indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	1	33,33	-	-
als vertrouwenspersoon	1	33,33	-	-
ten persoonlijke titel	1	33,33	2	100,00
totaal	3	100	2	100

Hoedanigheid indien andere



Terugkoppeling indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	33,33	-	-
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	1	33,33	-	-
terugkoppeling was niet nodig	1	33,33	2	100,00
totaal	3	100	2	100

B. Vorm van aanmelden

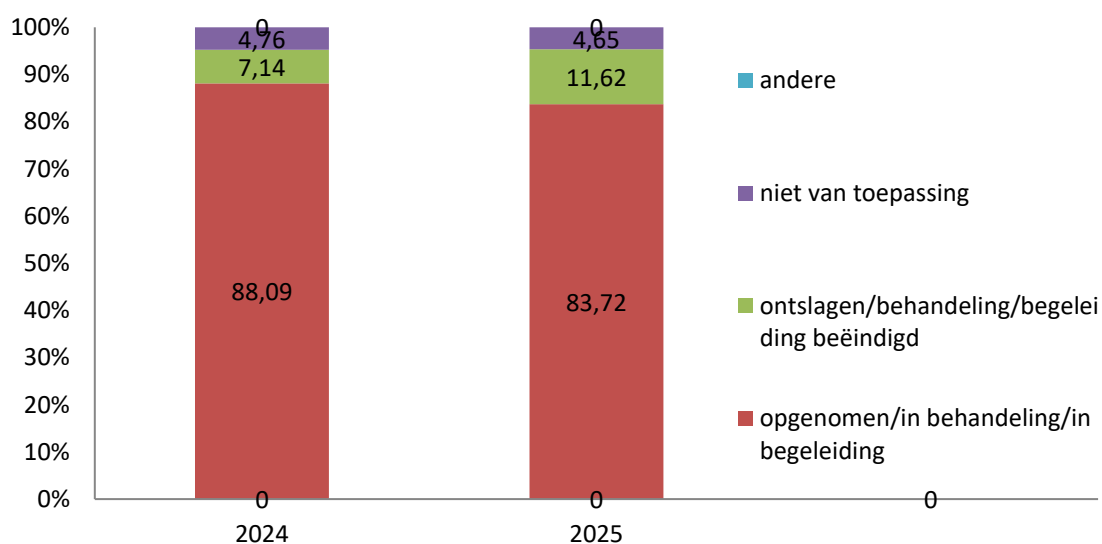
Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	8	19,04	9	20,93
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	7	16,66	6	13,95
telefonisch	10	23,80	9	20,93
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	1	2,32
schriftelijk: brievenbus	17	40,47	18	41,86
totaal	42	100	43	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	14	33,33	7	16,27
Luisterend oor	6	14,28	10	23,25
Signaal	15	35,71	11	25,58
Bemiddeling: pendeldiplomatie	2	4,76	5	11,62
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	2	4,76	-	-
Financieel akkoord: schadeclaim	1	2,38	2	4,65
Financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	1	2,32
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	1	2,38	3	6,97
Sanctie/represaille	1	2,38	4	9,30
Andere	-	-	-	-

totaal	42	100	43	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	37	88,09	36	83,72
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	3	7,14	5	11,62
niet van toepassing	2	4,76	2	4,65
andere	-	-	-	-
totaal	42	100	43	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	5	11,90	5	11,62
psychiater	3	7,14	3	6,97
huisarts	1	2,38	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	1	2,38	1	2,32
persoonlijke begeleider	-	-	3	6,97
sociale dienst	2	4,76	-	-
psycholoog	-	-	1	2,32
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	19	45,23	18	41,86
administratieve dienst	1	2,38	-	-
technische dienst	1	2,38	-	-
voedingsdienst	4	9,52	1	2,32
poetsdienst	1	2,38	-	-
directie	1	2,38	2	4,65
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-

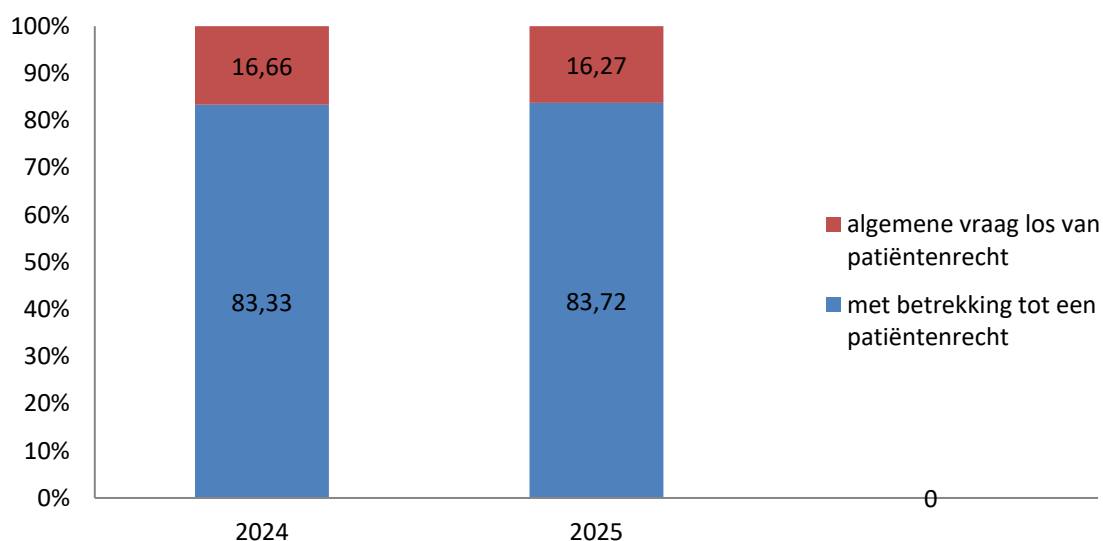
beleid	-	-	1	2,32
afdelingsverantwoordelijke	3	7,14	8	18,60
andere	-	-	-	-
totaal	42	100	43	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	35	83,33	36	83,72
algemene vraag los van patiëntenrecht	7	16,66	7	16,27
totaal	42	100	43	100

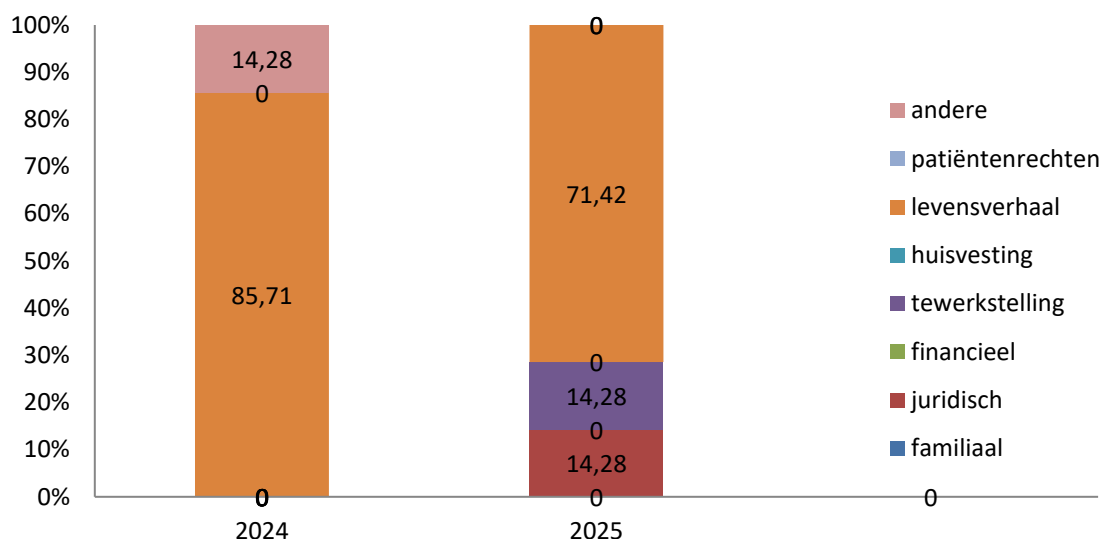
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	1	14,28
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	1	14,28
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	6	85,71	5	71,42
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	1	14,28	-	-
totaal	7	100	7	100

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	21	60,00	25	69,44
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	7	20,00	3	8,33
4. geïnformeerde toestemming	2	5,71	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	1	2,77
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	2	5,71	6	16,66
7. klachtenbemiddeling	3	8,57	1	2,77
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	35	100	36	100

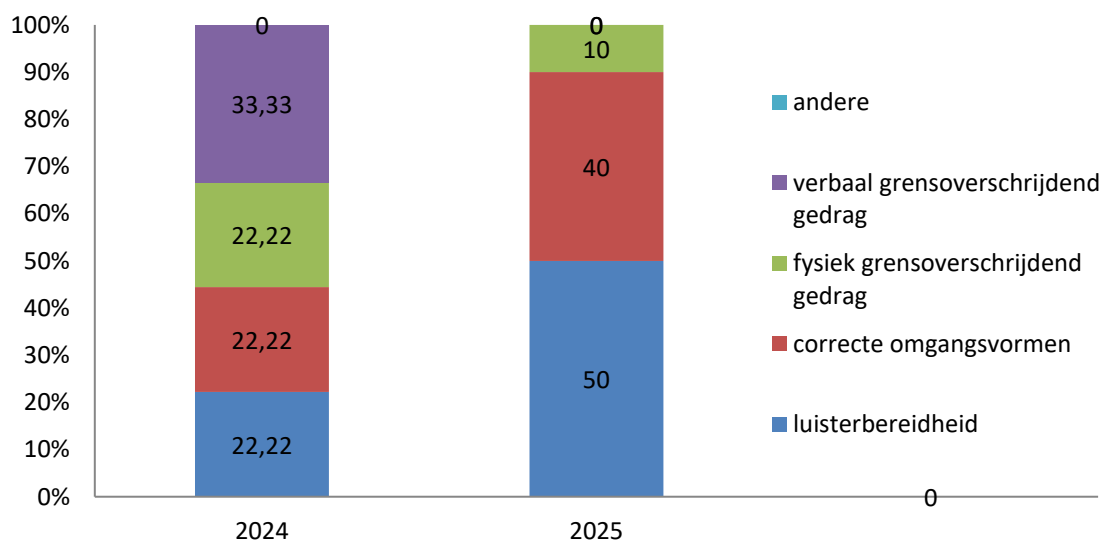
Het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening** wordt in de volgende tabellen opgesplitst in subcategorieën. Elke subcategorie wordt verder gepreciseerd.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	9	42,85	10	40,00
1.2. goede behandeling/begeleiding	2	9,52	6	24,00
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	9,52	2	8,00

1.4. goede hotelservice	6	28,57	2	8,00
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	2	9,52	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	5	20,00
totaal	21	100	25	100

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	2	22,22	5	50,00
correcte omgangsvormen	2	22,22	4	40,00
fysiek grensoverschrijdend gedrag	2	22,22	1	10,00
verbaal grensoverschrijdend gedrag	3	33,33	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	9	100	10	100

1.1. Respectvolle bejegening



1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	1	50,00	-	-
individuele therapie	1	50,00	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	2	33,33
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	16,66
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	16,66
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	2	33,33
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	6	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	-	-	1	50,00
groepsleven	-	-	1	50,00
ontspanning/vrije tijd	2	100,00	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	2	100	2	100

1.4. Goede hotel-service

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	5	83,33	2	100,00
infrastructuur/accommodatie	-	-	-	-
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	1	16,66	-	-
wifi	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	2	100

1.7. Beschermende maatregelen

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	1	20,00
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	3	60,00
afzondering	-	-	1	20,00
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	5	100

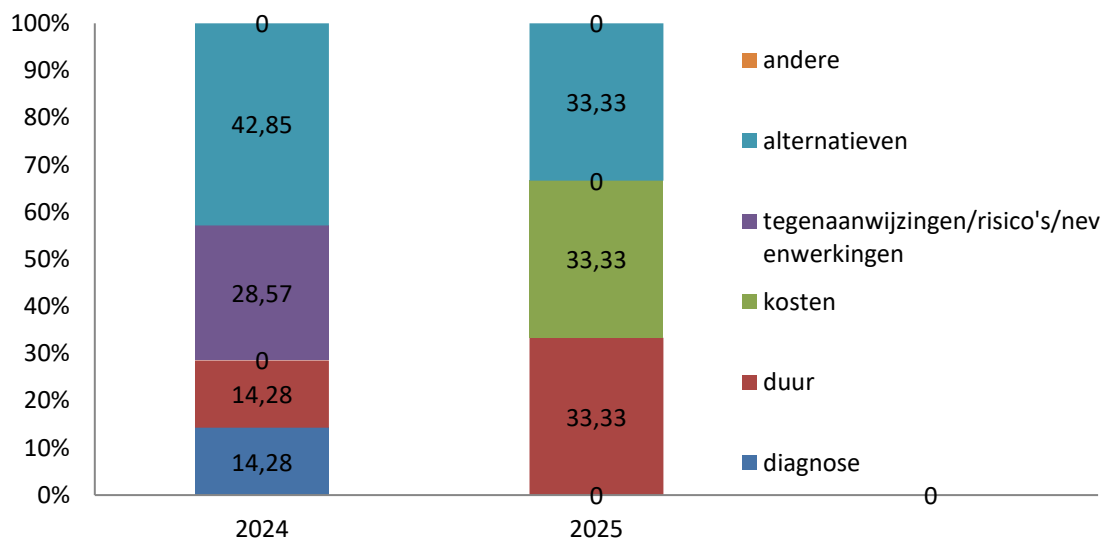
2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	1	14,28	-	-
duur	1	14,28	1	33,33
kosten	-	-	1	33,33
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	2	28,57	-	-
alternatieven	3	42,85	1	33,33
andere	-	-	-	-
totaal	7	100	3	100

3. Recht op informatie



4. Recht op geïnformeerde toestemming

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	1	50,00	-	-
behandeling/begeleiding informatie	1	50,00	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	1	100,00

inzage/afschrift dossier	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	-	-	-	-
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	2	100,00	6	100,00
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	6	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	1	33,33	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	2	66,66	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	1	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

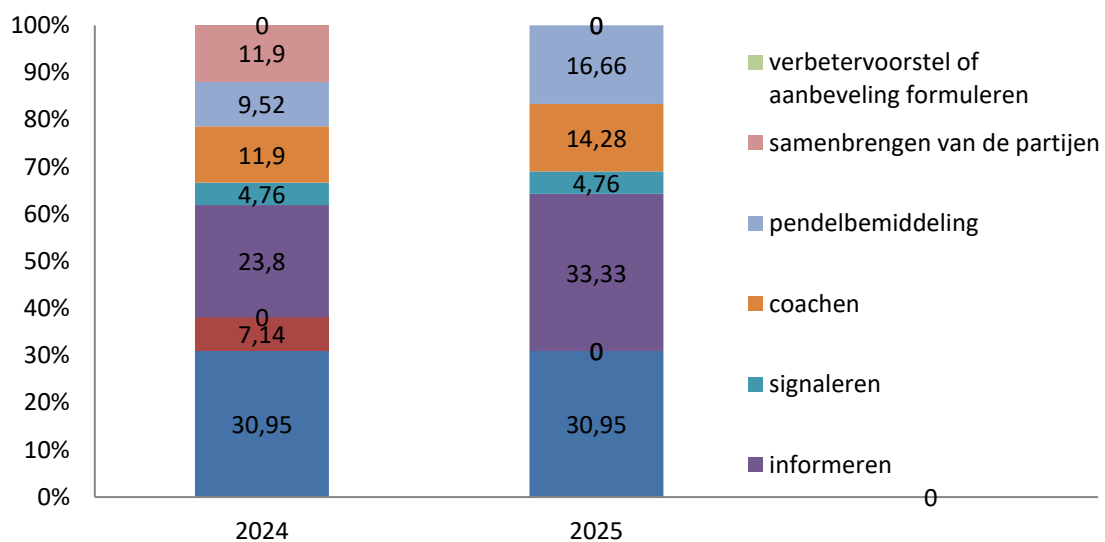
10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Hoofdinterventie

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.

Hoofdinterventie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	13	30,95	13	30,95
doorverwijzen intern	3	7,14	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	10	23,80	14	33,33
signaleren	2	4,76	2	4,76
coachen	5	11,90	6	14,28
pendelbemiddeling	4	9,52	7	16,66
samenbrengen van de partijen	5	11,90	-	-
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	-	-
totaal	42	100	42	100

Hoofdinterventie



E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	33	78,57	33	78,57
binnen de week	2	4,76	6	14,28
binnen de twee weken	3	7,14	3	7,14
binnen de vier weken	3	7,14	-	-
later dan vier weken	1	2,38	-	-
totaal	42	100	42	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	40	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.

**Jaarverslag *PC Sint-Jan-Baptist
Zelzate***

**Onafhankelijke Ombudsdienst
Geestelijke Gezondheidszorg**

2025

Karen De Smedt



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek! werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG

Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inhoudsopgave

Over OOGG.....	2
Inhoudsopgave	4
Inleiding	5
Bereikbaarheid en werking van de ombudsdienst.....	6
Algemene evoluties en aanbevelingen.....	7
Besluit	8
Aanmeldingen (go Between).....	9

Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG) voor PC Sint-Jan-Baptist te Zelzate.

Dit jaarverslag heeft in de eerste plaats tot doel de aanbevelingen en aandachtspunten van het voorbije jaar in kaart te brengen. Daarbij gebruiken we de artikelen uit de Wet betreffende de rechten van de patiënt als leidraad om deze aanbevelingen en uitdagingen op een gestructureerde manier te bespreken en te duiden.

De aanbevelingen en aandachtspunten worden onderbouwd met cijfermateriaal uit het registratiesysteem Go Between. Het is daarbij belangrijk te benadrukken dat de ombudsdienst klachten registreert zoals patiënten deze zelf aanbrengen. Er wordt geen waarheidsbevinding gedaan. Om die reden dienen de cijfers met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden en steeds binnen hun context te worden gelezen.

In 2025 werd de ombudswerking waargenomen door verschillende ombudspersonen. De aanwezigheid van een vaste externe ombudspersoon was niet continu gegarandeerd. In de periode van juni tot en met eind oktober was de ombudsdienst uitsluitend telefonisch bereikbaar en was er geen fysieke aanwezigheid in de voorziening.

Deze beperkte bereikbaarheid had een invloed op zowel de registratie als de opvolging van dossiers. Zo had één vierde van de registraties een doorlooptijd van meer dan vier weken. Dit bemoeilijkt het trekken van eenduidige en veralgemeenbare conclusies op basis van de beschikbare gegevens en vraagt om een zorgvuldige interpretatie van de cijfers.

In de komende periode wordt verder ingezet op het verduidelijken en bekendmaken van de ombudswerking bij zowel patiënten als medewerkers. De concrete werking van de ombudsdienst wordt verder toegelicht in het hoofdstuk 'Werking van de ombudsdienst'.

Dit jaarverslag bundelt de belangrijkste aandachtspunten en aanbevelingen voor de komende periode, met als doel de kwaliteit van de zorg verder te versterken. Bij vragen of onduidelijkheden kunnen patiënten en medewerkers steeds terecht bij de ombudspersoon.

Bereikbaarheid en werking van de ombudsdienst

Binnen het psychiatrisch centrum Sint-Jan-Baptist is sinds oktober 2025, opnieuw een externe ombudsdienst actief. In de periode voorafgaand van juni tot oktober 2025 was er voor de externe ombudsdienst uitsluitend telefonische bereikbaarheid.

De externe ombudspersoon is wekelijks drie uur fysiek aanwezig in het ziekenhuis, met een vaste permanentie op donderdag.

Naast deze wekelijkse permanentie is de externe ombudspersoon bereikbaar via telefoon, via een persoonlijk e-mailadres en via het algemene e-mailadres van OOGG. Daarnaast is er op weekdagen een dagelijkse chatmogelijkheid voorzien tussen 16.00 en 18.00 uur. Binnen de voorziening is er op iedere afdeling een brievenbus aanwezig waar patiënten schriftelijk contact kunnen opnemen met de ombudsdienst.

Op vraag van afdelingen verzorgen de ombudspersonen vormingen rond patiëntenrechten. Deze vormingen richten zich tot zowel patiënten als medewerkers. Aan de hand van stellingen, powerpoints en casussen kan samen gereflecteerd worden over hoe patiëntenrechten in de dagelijkse praktijk zo goed mogelijk kunnen worden gewaarborgd.

De ombudsdienst is in de eerste plaats een laagdrempelig aanspreekpunt waar patiënten terecht kunnen met vragen, bezorgdheden of onduidelijkheden. In de meeste contacten ligt de nadruk op luisteren, informeren en ondersteunen, en waar nodig op het versterken van de patiënt in het verhelderen van zijn of haar vraag. Ook coaching en het verkennen van mogelijke vervolgstappen maken hier deel van uit. Bemiddeling kan aan bod komen, maar is niet het meest frequente onderdeel van de werking.

Als onafhankelijke instantie streeft de ombudsdienst ernaar om samen met de patiënt en de betrokken zorgverleners tot een oplossing te komen voor een vraag, bezorgdheid of probleem. Dit gebeurt door het samenbrengen van alle betrokken partijen en het creëren van ruimte voor gesprek, waarbij hun standpunten zorgvuldig worden verkend. In deze rol neemt de ombudspersoon geen standpunt in en velt hij of zij geen oordeel. Het doel is het mogelijk maken van dialoog en het bevorderen van wederzijds begrip, zodat gezamenlijk en op een constructieve manier naar een oplossing kan worden gezocht.

Algemene evoluties en aanbevelingen

In 2025 werd een vergelijkbaar aantal meldingen geregistreerd als in het voorgaande jaar. In totaal ging het om 57 meldingen, waarvan er 53 in de loop van 2025 werden afgerond. De resterende meldingen werden in januari 2026 afgesloten.

Uit de analyse blijkt dat het merendeel van de meldingen betrekking had op recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (*art. 5*) en het grootste deel van de registraties vertegenwoordigde. Binnen deze categorie had bijna de helft van de meldingen betrekking op respectvolle bejegening. Onderwerpen zoals correcte omgangsvormen, luisterbereidheid en het gevoel ernstig genomen te worden, kwamen hierbij regelmatig naar voren.

Deze signalen maken duidelijk hoe belangrijk het voor patiënten is om zich gehoord en begrepen te voelen en voldoende ruimte te ervaren om hun verhaal en bezorgdheden te delen. De meldingen wijzen erop dat een open en aandachtige houding in het dagelijkse contact niet in alle situaties voldoende wordt ervaren. Samen kunnen we hier verder op inzetten: een blijvende aandacht voor respectvolle bejegening kan, zeker voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, bijdragen aan vertrouwen, veiligheid en stabiliteit binnen hun zorgtraject en het gevoel versterken dat er ruimte is voor dialoog en wederzijds begrip.

Daarnaast had een deel van de meldingen betrekking op goede behandeling en begeleiding. In deze meldingen werden onder meer de beschikbaarheid van zorgverleners benoemd, evenals de communicatie rond het beëindigen van een opname, behandeling of begeleiding.

Dergelijke overgangsmomenten kunnen voor patiënten met psychische kwetsbaarheden onzekerheid met zich meebrengen. Heldere en tijdige communicatie, afgestemd op de individuele situatie, kan hierbij houvast bieden en bijdragen aan een beter begrip van het verdere zorgverloop.

Naast deze thema's hadden sommige meldingen betrekking op aspecten van het verblijf binnen de voorziening. Daarbij kwamen onder meer ervaringen met afspraken en regels, evenals elementen die samenhangen met de goede hotelservice, waarin aspecten zoals voeding en hygiëne een belangrijke rol spelen. Duidelijke en transparante afspraken dragen bij aan voorspelbaarheid en rust, terwijl een verzorgde en aangename leefomgeving het algemeen welbevinden kan ondersteunen.

Gezien in 2025 meerdere ombudspersonen actief waren, worden deze bevindingen als voorlopig en verkennend beschouwd. Ze bieden waardevolle inzichten die in de komende jaren verder kunnen worden opgevolgd en verdiept. Voor 2026 blijft de ombudsdienst dan ook inzetten op het versterken van de zichtbaarheid van de ombudswerking en op vorming, zodat patiënten en zorgverleners zich blijven gesteund voelen in een open dialoog rond kwaliteitsvolle zorg. Op die manier willen we blijven bijdragen aan een zorgomgeving waarin mensen zich gehoord, veilig en gerespecteerd voelen.

Besluit

In 2025 bleef het aantal meldingen vergelijkbaar met het voorgaande jaar. De meldingen benadrukken hoe belangrijk respectvolle bejegening, luisterbereidheid, bereikbaarheid en heldere communicatie zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg. Voor patiënten met een psychische kwetsbaarheid bieden deze elementen houvast en vertrouwen en vormen ze een belangrijke basis voor een veilige en kwaliteitsvolle zorgervaring. De bevindingen van dit jaar kunnen, mede door de wisselende ombudswerking, worden gezien als richtinggevende aandachtspunten voor de komende periode.

De werking van de ombudsdienst is enkel mogelijk dankzij het vertrouwen en de openheid van alle betrokkenen. We willen dan ook onze waardering uitspreken voor de patiënten die hun ervaringen deelden en voor de zorgverleners, de directie en de overheid voor hun constructieve samenwerking.

Voor 2026 ligt de focus op het verder verdiepen van de samenwerking en het nog beter leren kennen van de organisatie. Daarnaast wordt ingezet op een toegankelijke en zichtbare ombudswerking, zodat duidelijk is waar men terecht kan met vragen, zorgen of signalen. Zo wil de ombudsdienst blijven bijdragen aan een klimaat van vertrouwen en dialoog, waarin samen wordt gewerkt aan kwaliteitsvolle zorg.

We kijken met vertrouwen uit naar het vervolg van deze samenwerking en zetten ons graag samen verder in voor een zorgomgeving waarin iedereen zich gehoord, veilig en gerespecteerd voelt.

Aanmeldingen (go Between)

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 13/01/2025, de laatste op 18/12/2025.
 Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2025.
 Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 57.
 Het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 53.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	44	41	56	57
aanmelders	44	40	54	55

Toelichtingen bij de cijfers

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2025 met deze van 2024.

Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	56		57	
aanmelders	54		55	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	32	78,04	39	78,00
<i>binnen de week</i>	8	19,51	7	14,00
<i>binnen de twee weken</i>	1	2,43	1	2,00
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-

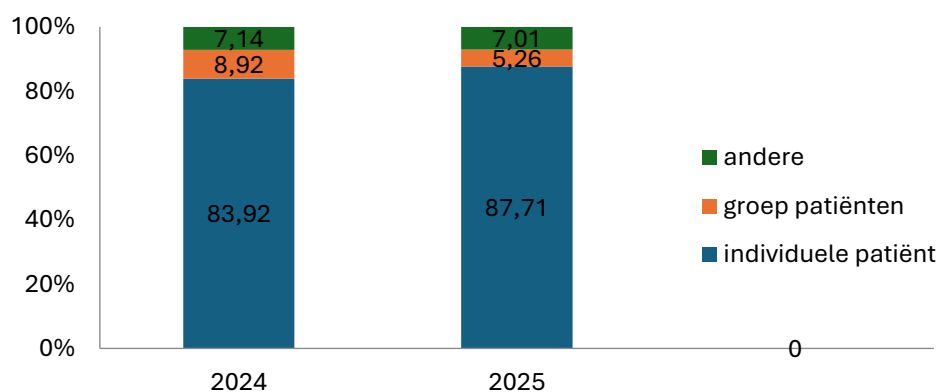
<i>later dan vier weken</i>	-	-	3	6,00
totaal	41	100	50	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	15	26,78	7	12,28
<i>1 contact</i>	18	32,14	29	50,87
<i>2 contacten</i>	22	39,28	15	26,31
<i>3 contacten</i>	1	1,78	6	10,52
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	-	-
totaal	56	100	57	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		3	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	49		53	

De **57** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 55 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
2	2	3,63	4	7,01
1	53	96,36	53	92,98
totaal	55	100	57	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	47	83,92	50	87,71
groep patiënten	5	8,92	3	5,26
andere	4	7,14	4	7,01
totaal	56	100	57	100

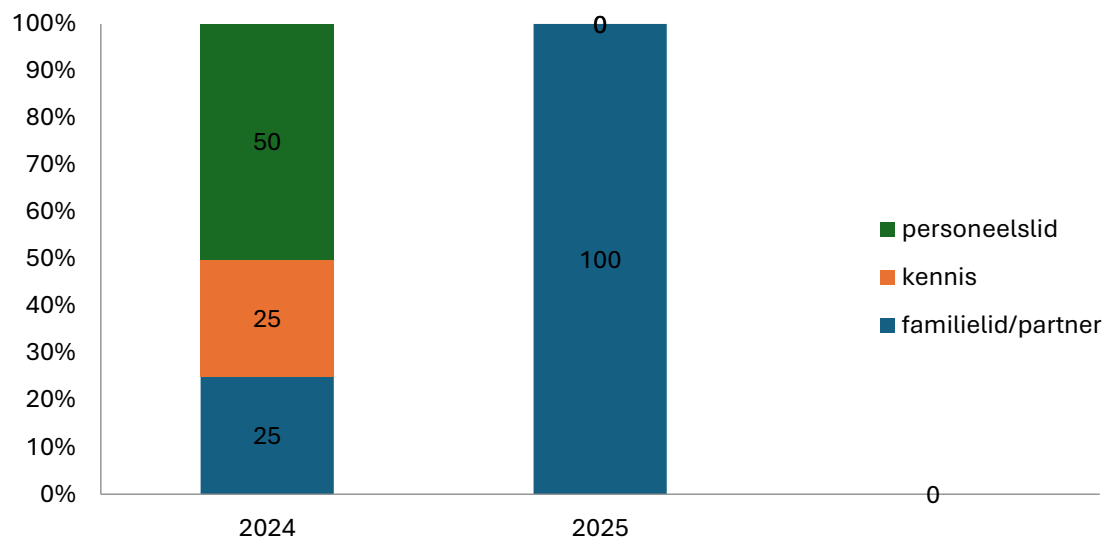
Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	5	100,00	1	33,33
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	-	-
meer dan 4 personen	-	-	2	66,66
totaal	5	100	3	100
grootste groep	2		10	

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	1	25,00	4	100,00
kennis	1	25,00	-	-
personeelslid	2	50,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	4	100	4	100

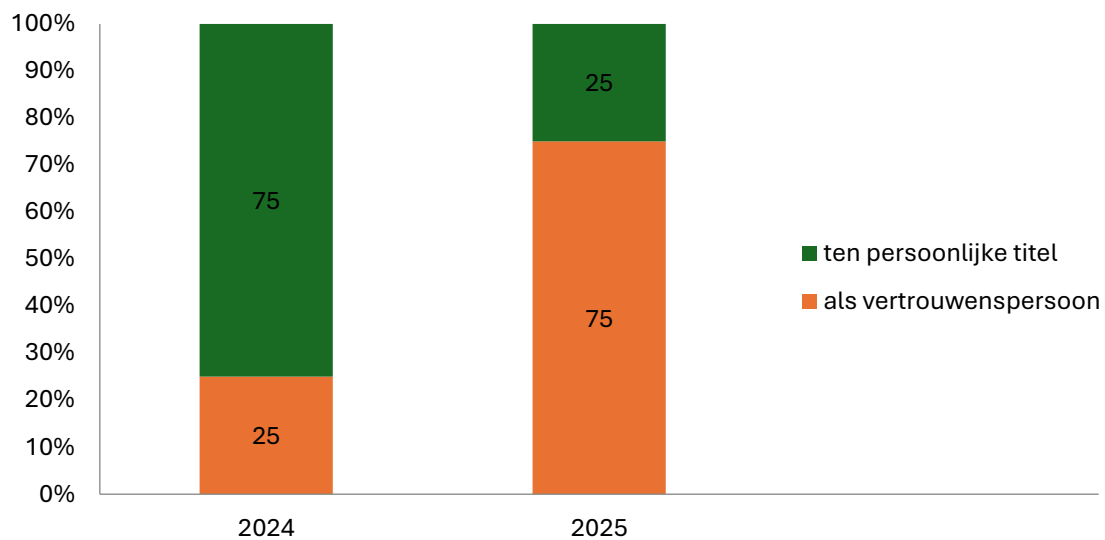
Initiële aanmelder indien andere



Hoedanigheid indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	1	25,00	3	75,00
ten persoonlijke titel	3	75,00	1	25,00
totaal	4	100	4	100

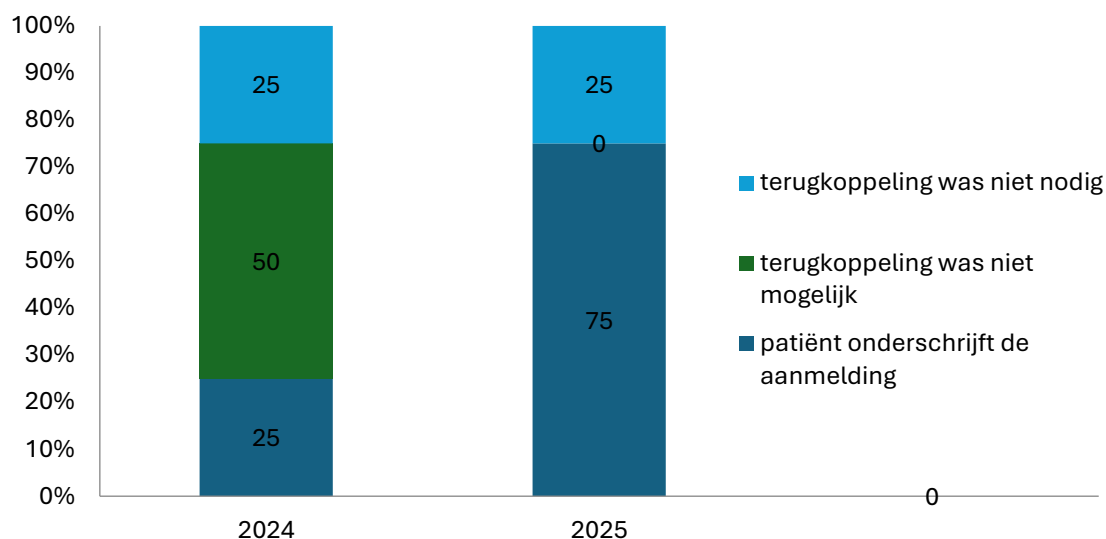
Hoedanigheid indien andere



Terugkoppeling indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	25,00	3	75,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	2	50,00	-	-
terugkoppeling was niet nodig	1	25,00	1	25,00
totaal	4	100	4	100

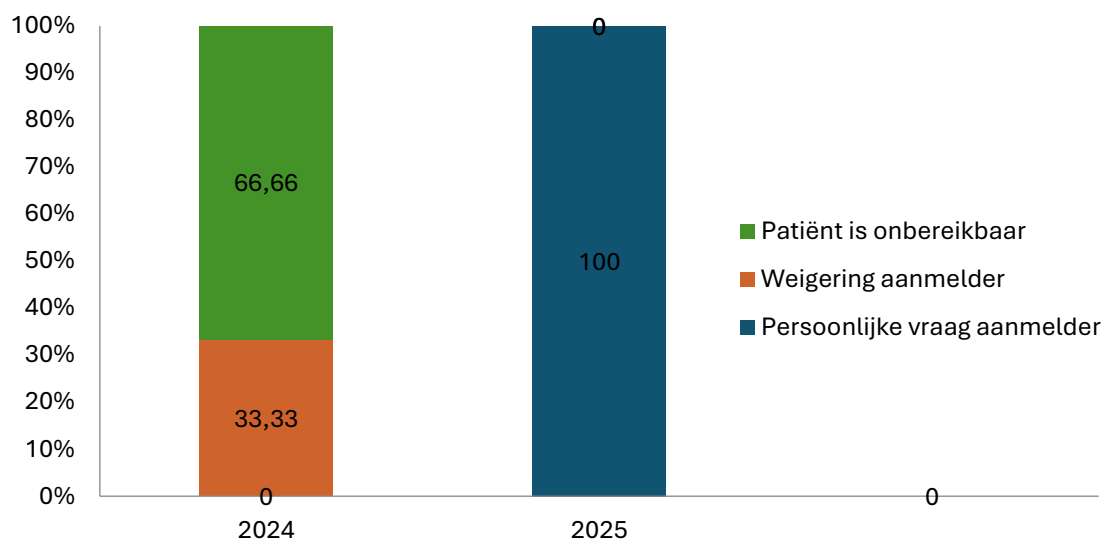
Terugkoppeling indien andere



Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	-	-	2	100,00
Weigering aanmelder	1	33,33	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is overleden	-	-	-	-
Patiënt is onbereikbaar	2	66,66	-	-
totaal	3	100	2	100

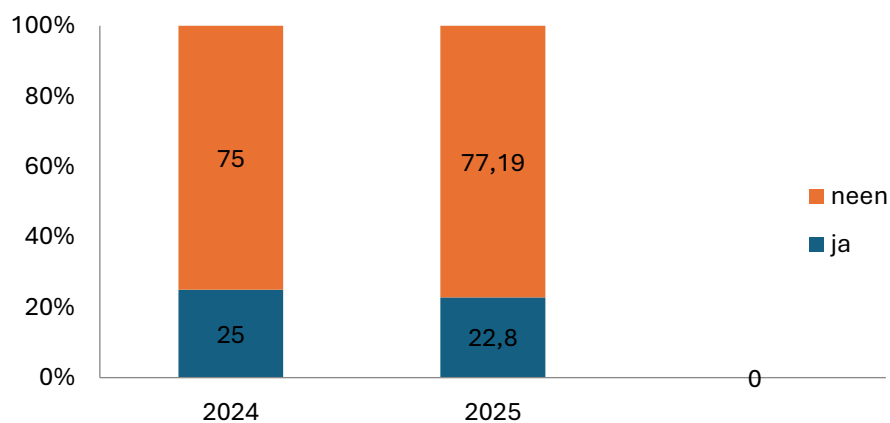
Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden



Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	11	25,00	13	22,80
neen	33	75,00	44	77,19
totaal	44	100	57	100

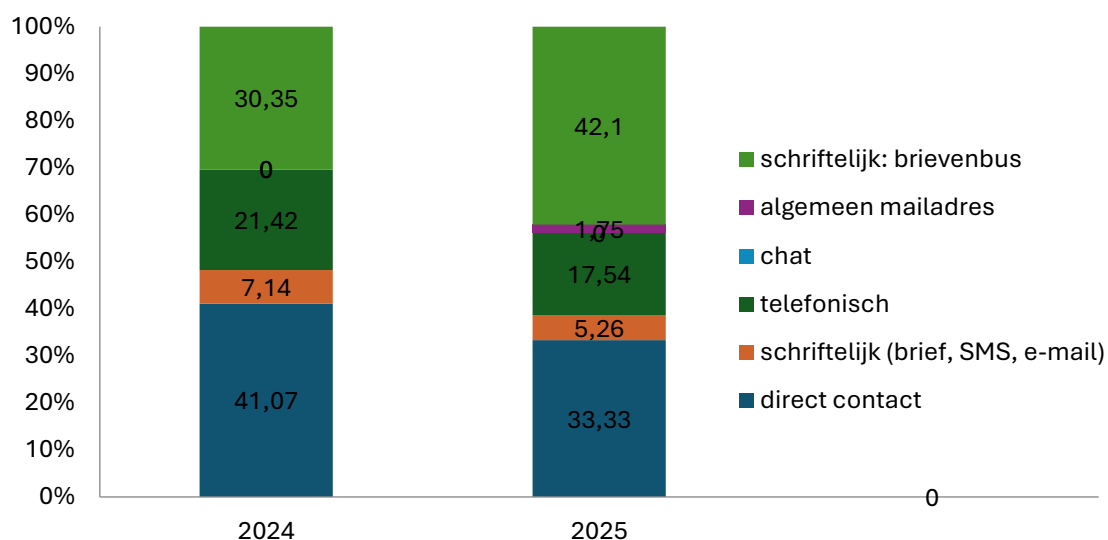
Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



Vorm van aanmelden

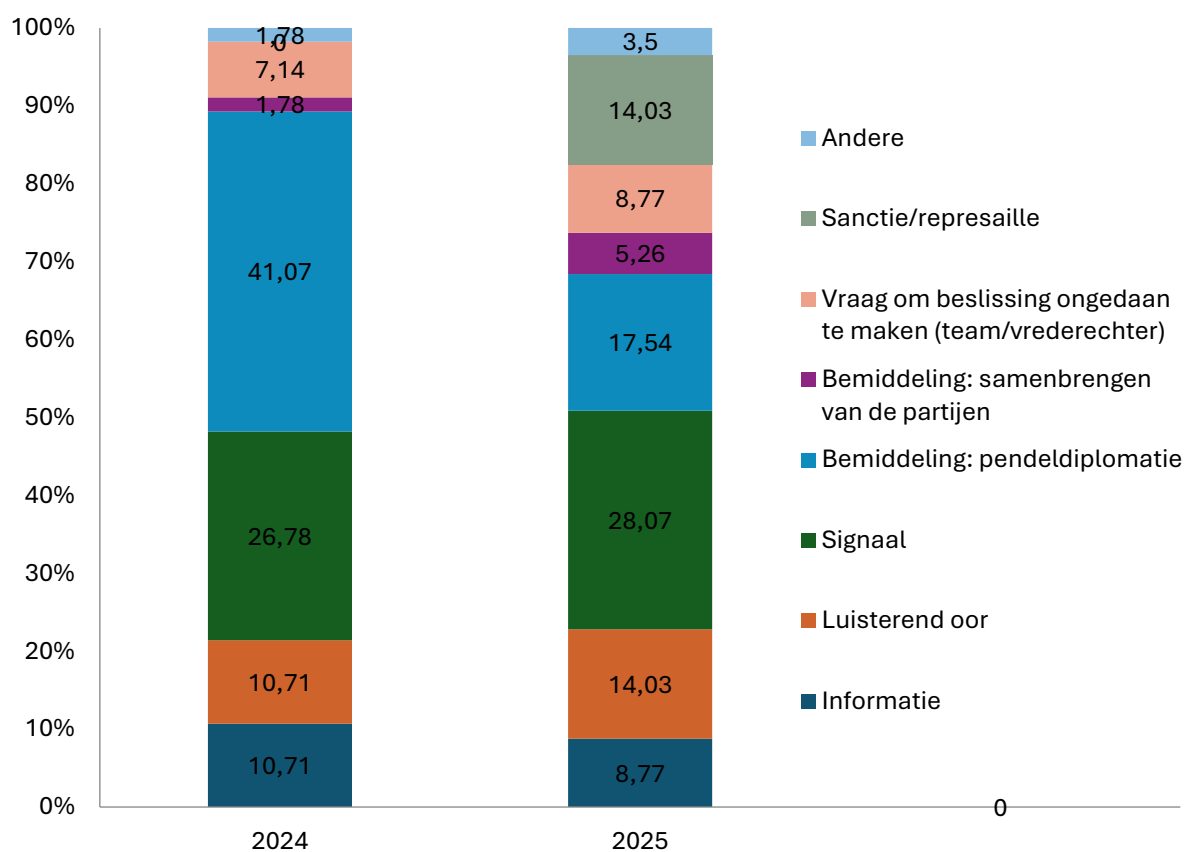
Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	23	41,07	19	33,33
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	4	7,14	3	5,26
telefonisch	12	21,42	10	17,54
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	1	1,75
schriftelijk: brievenbus	17	30,35	24	42,10
totaal	56	100	57	100

Vorm van aanmelden



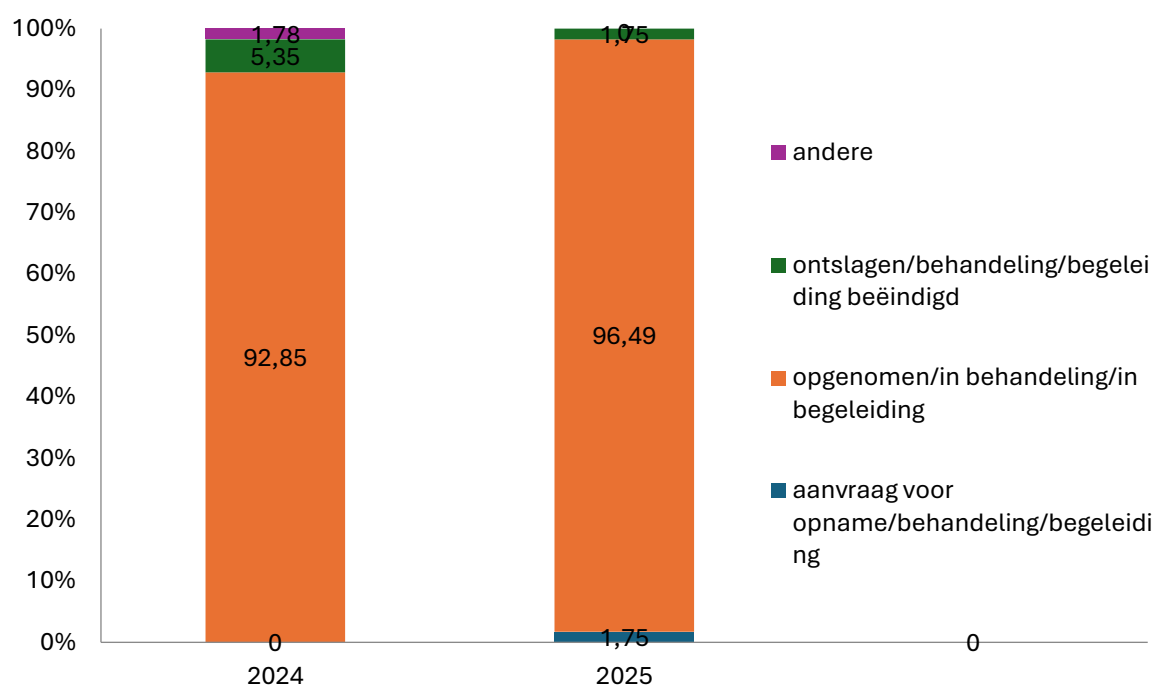
Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	6	10,71	5	8,77
Luisterend oor	6	10,71	8	14,03
Signaal	15	26,78	16	28,07
Bemiddeling: pendeldiplomatie	23	41,07	10	17,54
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	1	1,78	3	5,26
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	-	-
Financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	4	7,14	5	8,77
Sanctie/represaille	-	-	8	14,03
Andere	1	1,78	2	3,50
totaal	56	100	57	100

Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	1,75
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	52	92,85	55	96,49
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	3	5,35	1	1,75
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	1	1,78	-	-
totaal	56	100	57	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



Inhoud van de aanmelding

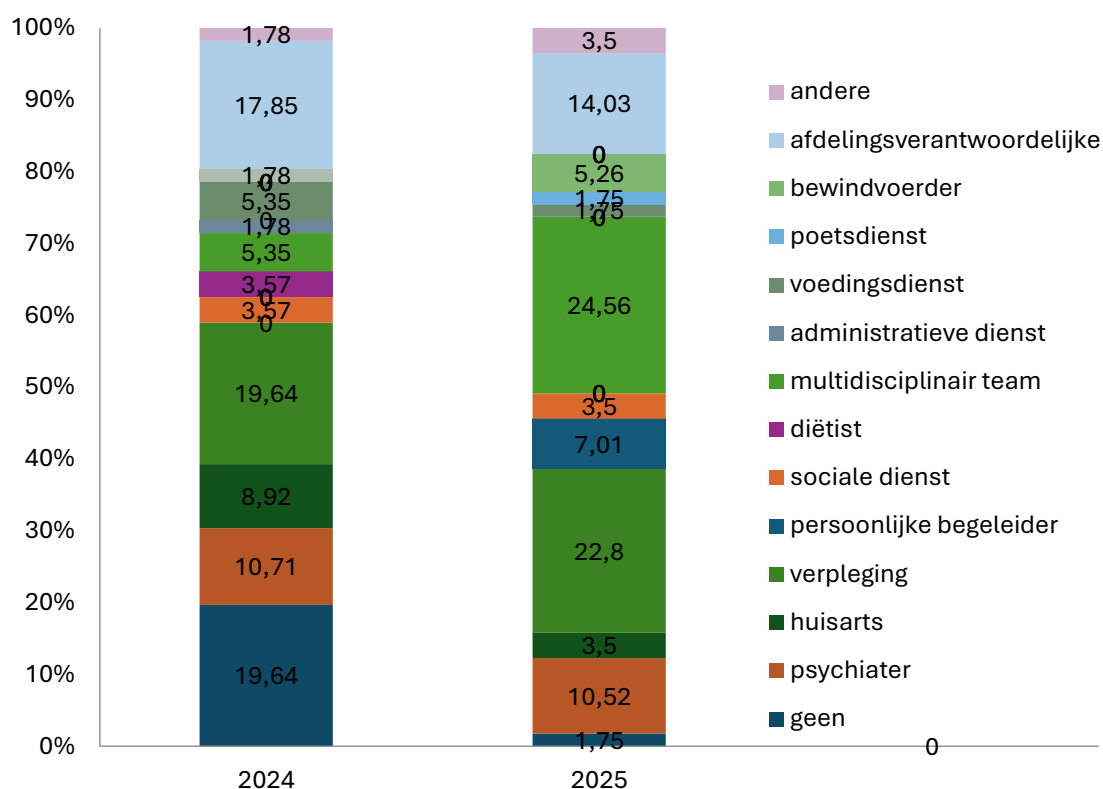
Ook al heeft een aanmelding soms betrekking op meerdere **disciplines**, toch wordt er slechts één (de belangrijkste, vooral vanuit het perspectief van de patiënt) geregistreerd.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	11	19,64	1	1,75
psychiater	6	10,71	6	10,52
huisarts	5	8,92	2	3,50
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	11	19,64	13	22,80
persoonlijke begeleider	-	-	4	7,01

sociale dienst	2	3,57	2	3,50
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	-	-
diëtist	2	3,57	-	-
multidisciplinair team	3	5,35	14	24,56
administratieve dienst	1	1,78	-	-
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	3	5,35	1	1,75
poetsdienst	-	-	1	1,75
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	3	5,26
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
beleid	1	1,78	-	-
afdelingsverantwoordelijke	10	17,85	8	14,03
andere	1	1,78	2	3,50
totaal	56	100	57	100

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken

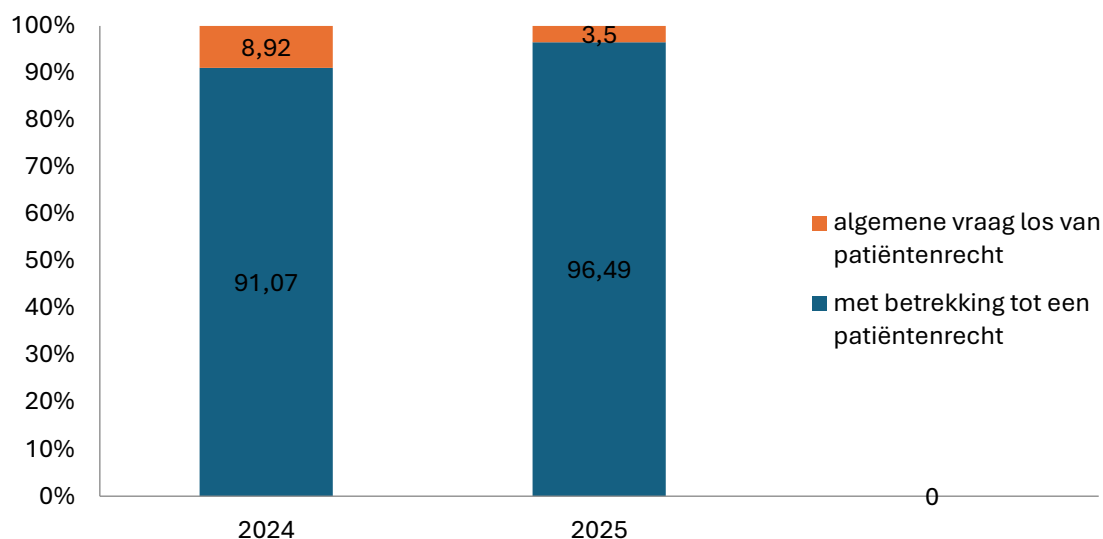


Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	51	91,07	55	96,49
algemene vraag los van patiëntenrecht	5	8,92	2	3,50
totaal	56	100	57	100

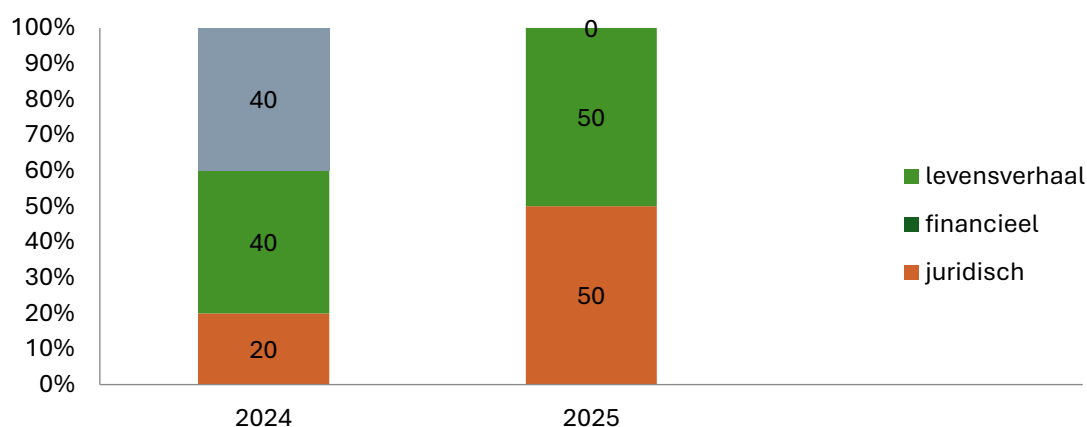
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	1	20,00	1	50,00
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	2	40,00	1	50,00
patiëntenrechten	2	40,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	2	100

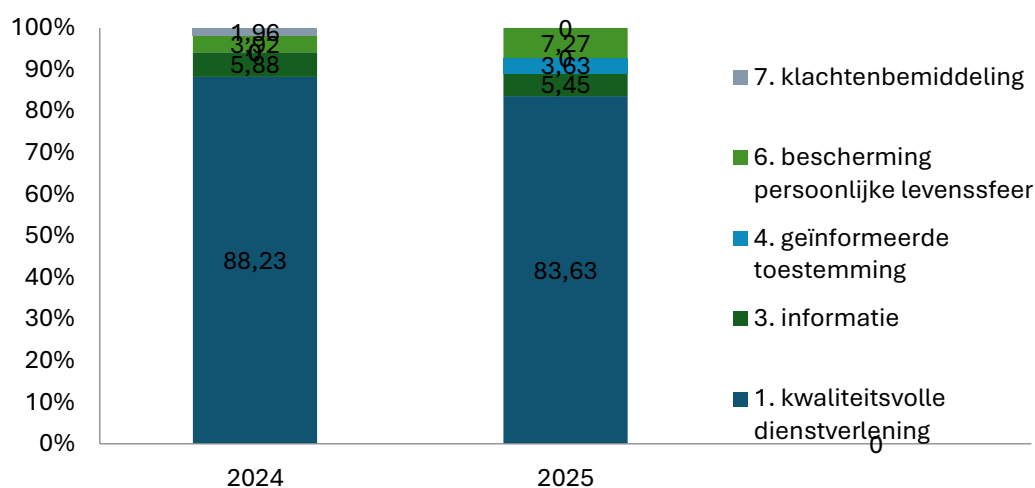
Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
. kwaliteitsvolle dienstverlening	45	88,23	46	83,63
. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
. informatie	3	5,88	3	5,45
. geïnformeerde toestemming	-	-	2	3,63
. inzage patiëntendossier	-	-	-	-
bescherming persoonlijke	2	3,92	4	7,27
klachtenbemiddeling	1	1,96	-	-
wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	51	100	55	100

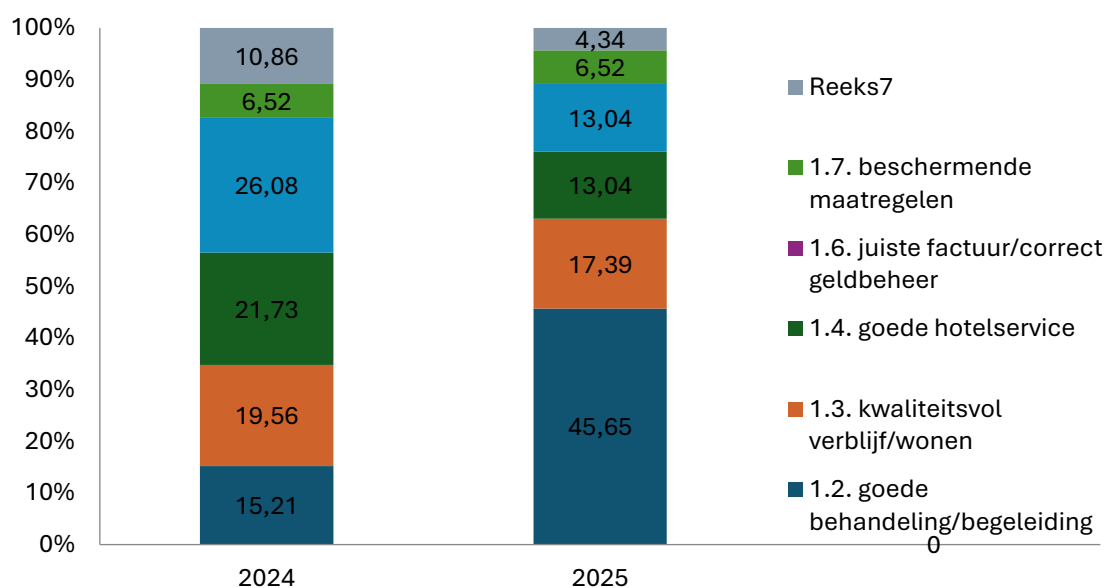
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op



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

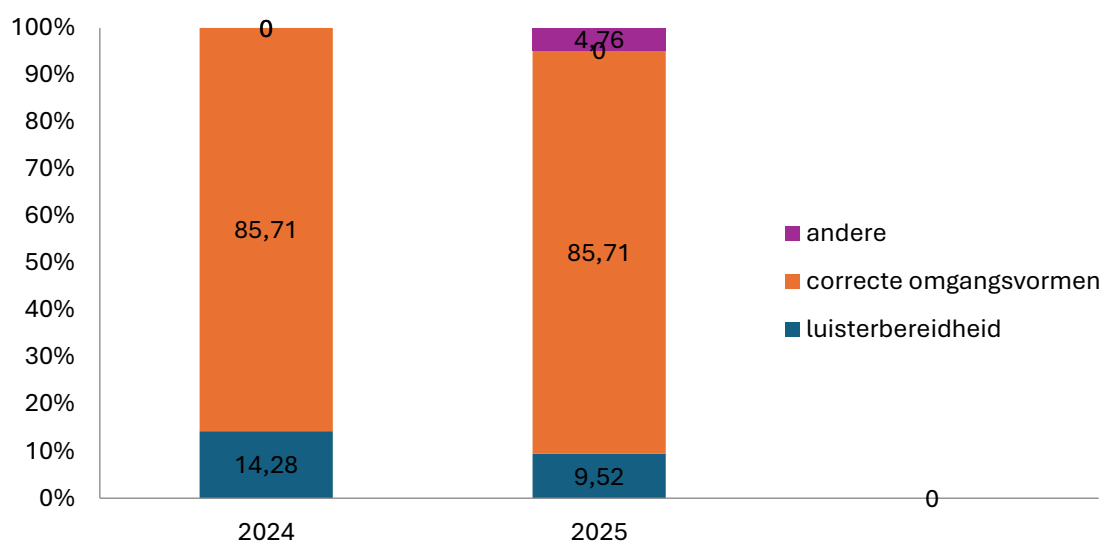
Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
respectvolle bejegening	7	15,21	21	45,65
goede behandeling/begeleiding	9	19,56	8	17,39
kwaliteitsvol verblijf/wonen	10	21,73	6	13,04
goede hotelservice	12	26,08	6	13,04
betalende diensten	-	-	-	-
juiste factuur/correct geldbeheer	3	6,52	3	6,52
beschermende maatregelen	5	10,86	2	4,34
totaal	46	100	46	100

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



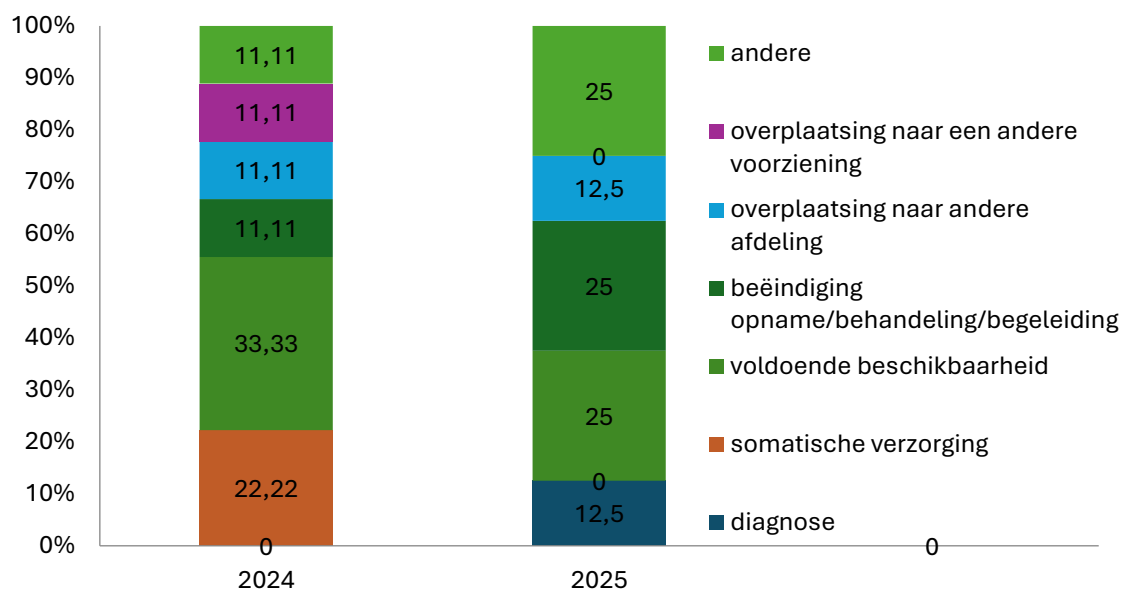
Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	14,28	2	9,52
correcte omgangsvormen	6	85,71	18	85,71
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	1	4,76
totaal	7	100	21	100

Respectvolle bejegening



Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	12,50
somatische verzorging	2	22,22	-	-
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	3	33,33	2	25,00
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	11,11	2	25,00
overplaatsing naar andere afdeling	1	11,11	1	12,50
overplaatsing naar een andere voorziening	1	11,11	-	-
andere	1	11,11	2	25,00
totaal	9	100	8	100

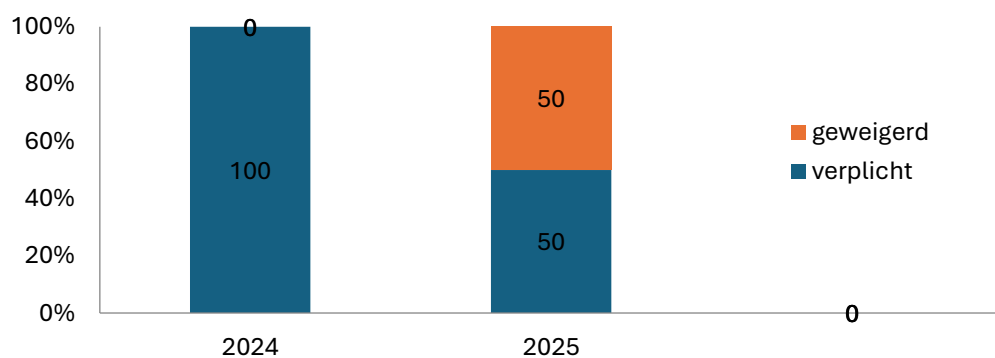
Goede behandeling/begeleiding



Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

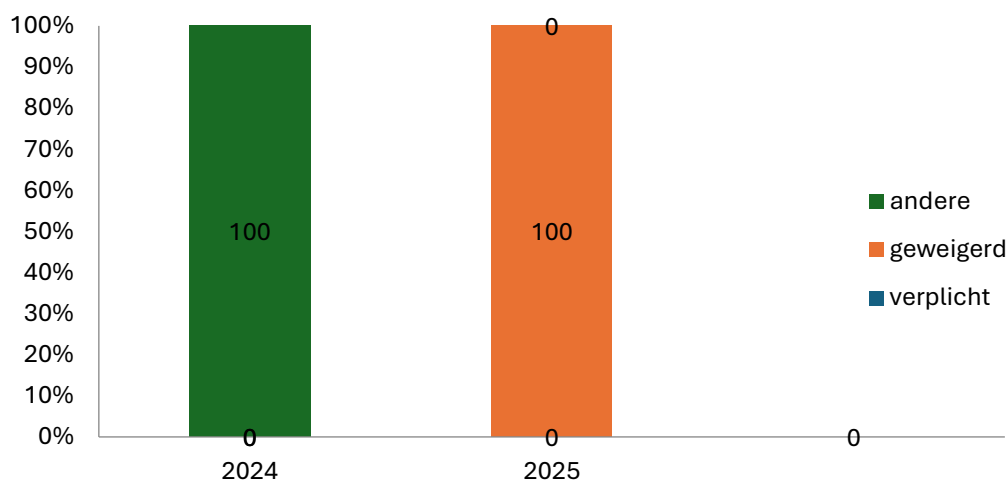
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	1	50,00
geweigerd	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding



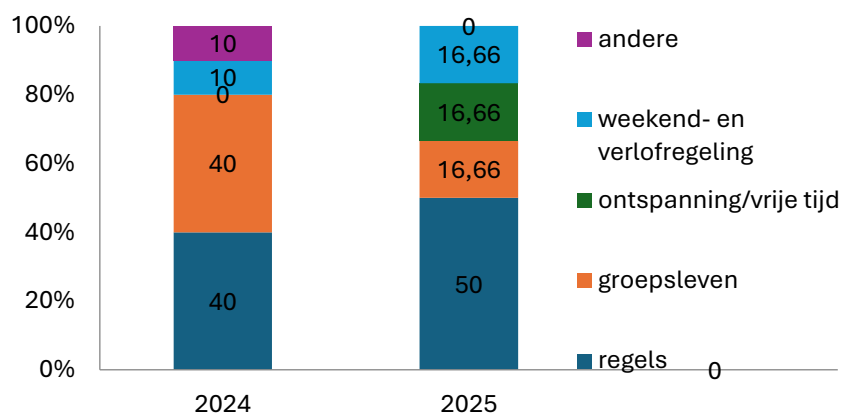
Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	1	100

Overplaatsing naar andere afdeling



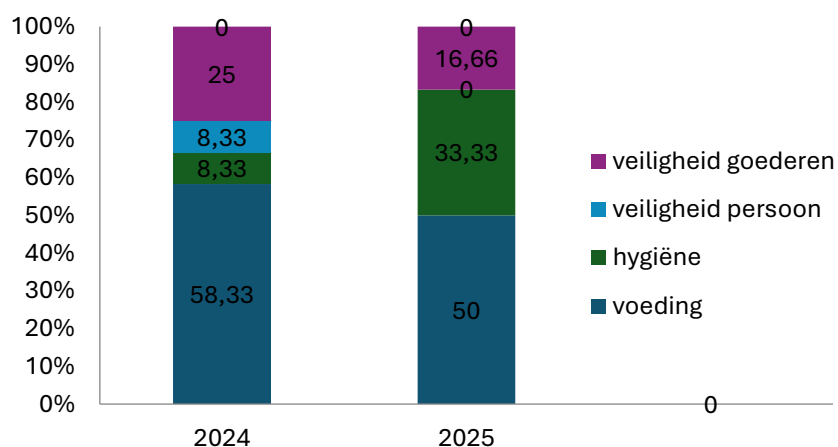
Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	4	40,00	3	50,00
groepsleven	4	40,00	1	16,66
ontspanning/vrije tijd	-	-	1	16,66
weekend- en verlofregeling	1	10,00	1	16,66
andere	1	10,00	-	-
totaal	10	100	6	100

Kwaliteitsvol verblijf/wonen



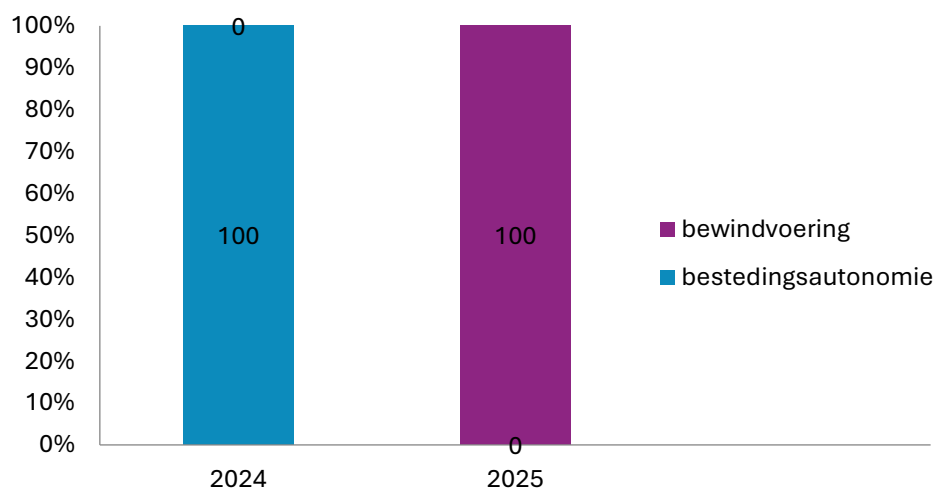
Goede hotel service				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	7	58,33	3	50,00
infrastructuur/accommodatie	-	-	-	-
hygiëne	1	8,33	2	33,33
veiligheid persoon	1	8,33	-	-
veiligheid goederen	3	25,00	1	16,66
wifi	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	12	100	6	100

Goede hotel service



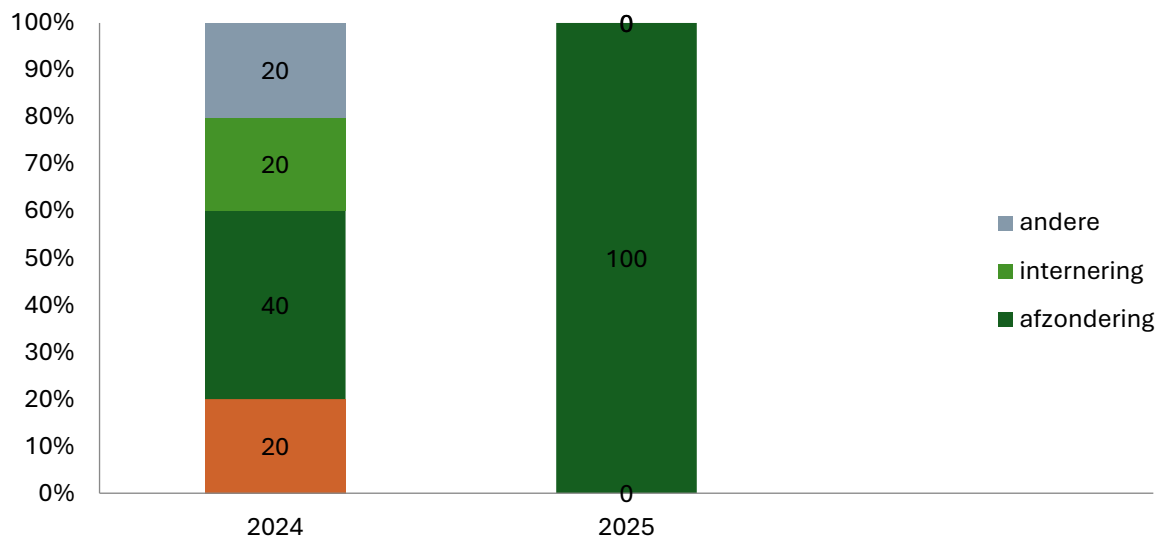
Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	3	100,00	-	-
bewindvoering	-	-	3	100,00
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	3	100

Juiste factuur/correct geldbeheer



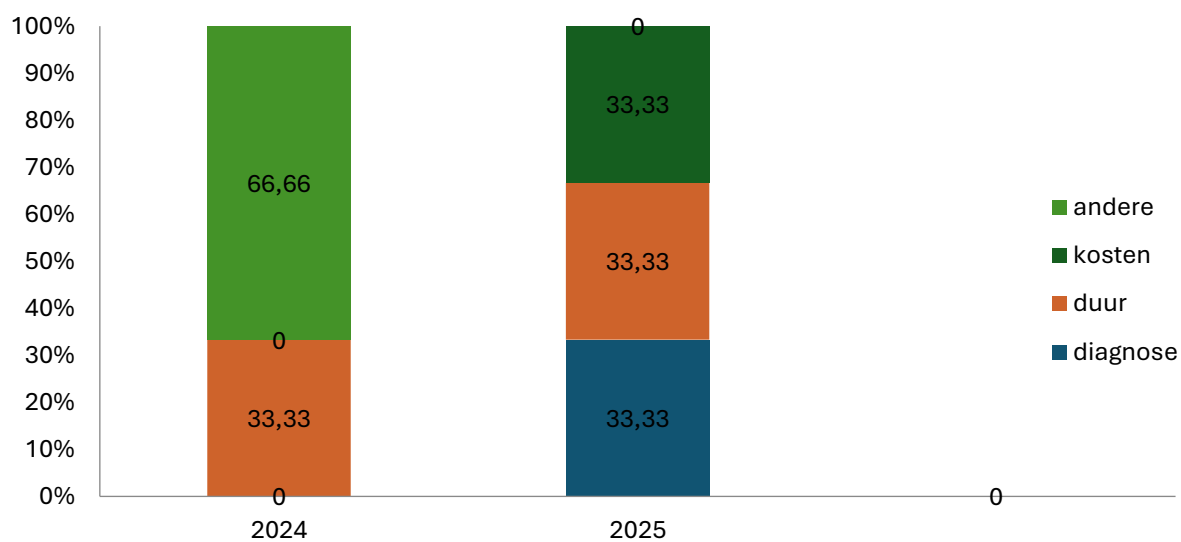
Beschermdende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	1	20,00	-	-
afzondering	2	40,00	2	100,00
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	-	-
internering	1	20,00	-	-
andere	1	20,00	-	-
totaal	5	100	2	100

Beschermdende maatregelen



Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	33,33
duur	1	33,33	1	33,33
kosten	-	-	1	33,33
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	2	66,66	-	-
totaal	3	100	3	100

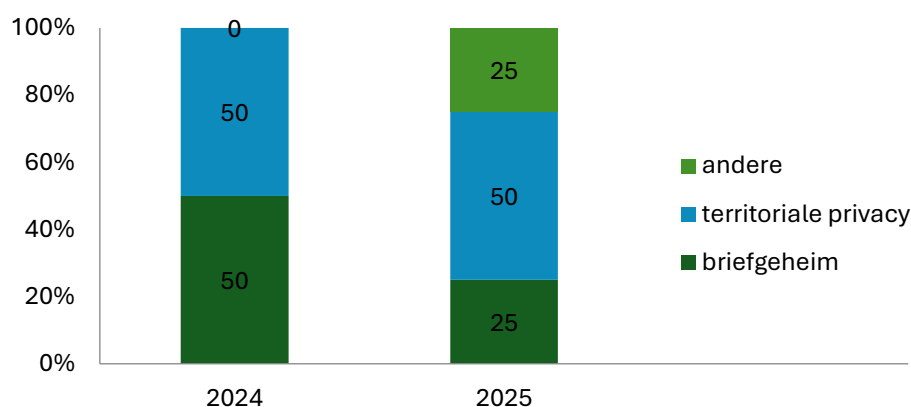
Recht op informatie



Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	-	-	1	100,00
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	1	50,00	1	25,00
territoriale privacy	1	50,00	2	50,00
mondelijke indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	1	25,00
totaal	2	100	4	100

Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

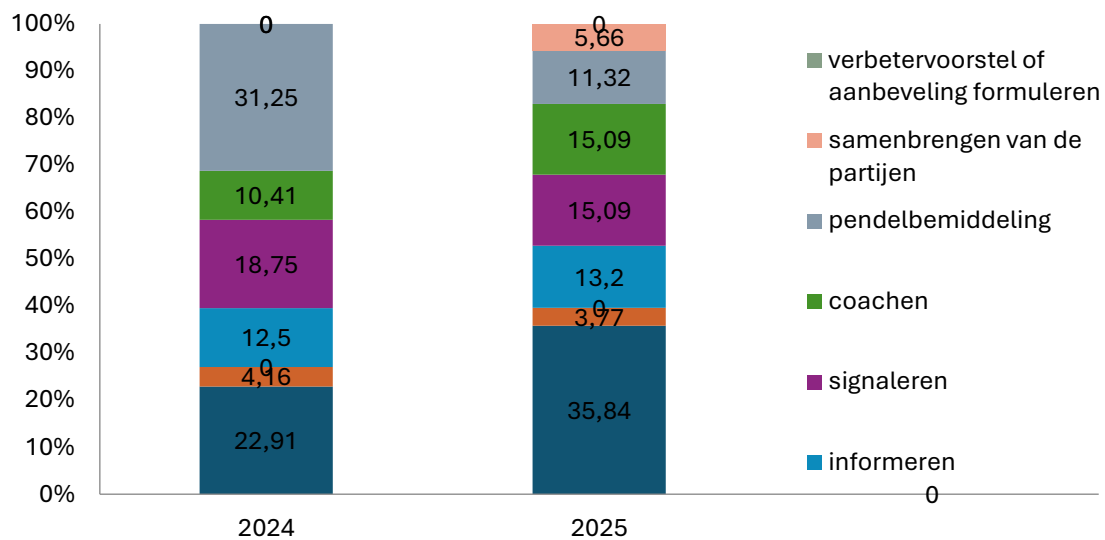


Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (53). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	11	22,91	19	35,84
doorverwijzen intern	2	4,16	2	3,77
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	6	12,50	7	13,20
signaleren	9	18,75	8	15,09
coachen	5	10,41	8	15,09
pendelbemiddeling	15	31,25	6	11,32
samenbrengen van de partijen	-	-	3	5,66
verbetervoorstel of aanbeveling	-	-	-	-
totaal	48	100	53	100

Hoofdinterventie



Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	12	24,48	9	16,98
binnen de week	15	30,61	12	22,64
binnen de twee weken	16	32,65	12	22,64
binnen de vier weken	3	6,12	5	9,43
later dan vier weken	3	6,12	15	28,30
totaal	49	100	53	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	8		17	



Jaarverslag *PC Sint-Amandus* Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inhoud

Over OOGG.....	1
Opdrachten van de externe ombudspersoon	1
Voorwoord	2
Inleiding.....	4
Aanbevelingen	5
Algemene cijfers	5
<i>Aanmeldingen</i>	5
<i>Vorm van aanmelden</i>	5
<i>Inhoud van de aanmelding</i>	6
<i>Hoofdinterventie</i>	6
<i>Afsluiting</i>	7
De uiteenzetting per recht.....	8
<i>Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening</i>	8
<i>Het recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier, én inzage en afschrift van het patiëntendossier</i>	10
<i>Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer</i>	10
<i>Het recht op een vertrouwenspersoon</i>	11
<i>Het recht om een klacht neer te leggen</i>	11
Algemene conclusie.....	12
Aanmeldingen.....	13
A. Aanmeldingen en aanmelders.....	13
B. Vorm van aanmelden	19
C. Inhoud van de aanmelding	21
D. Hoofdinterventie.....	39
E. Afsluiting	40

Inleiding

Dit is het 22^{ste} jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst geestelijke gezondheidszorg. Vanuit OOGG voorzien wij jaarlijks een jaarverslag waarin we aanbevelingen en uitdagingen proberen formuleren in het licht van de aanmeldingen. De aanmeldingen zullen aan de hand van de rechten van de patiënt geduid worden. Om een duidelijk overzicht weer te geven, worden zowel de aantallen als de inhoud van de aanmeldingen weergegeven. Ook cijfermateriaal wordt weergegeven waar nodig om verdere duiding te geven.

Dit jaarverslag is opgesteld door Emma De Mulder, de vaste externe ombudspersoon in PC Sint-Amandus. Doorheen het jaar 2025 zijn alle aanmeldingen geregistreerd die ontvangen en behandeld zijn. Bij OOGG gebruiken we hiervoor het registratiesysteem Go Between. Het blijft belangrijk om voor ogen te houden dat de aanmeldingen die zich hebben voorgedaan, geregistreerd zijn door het oog van de aanmelder. Dit wil zeggen dat er bij registratie rekening gehouden wordt met de emoties en de invulling van de aanmelder over de situatie. De beleving van de aanmelder staat hierbij centraal. Daarnaast is het van belang aan te geven dat er op geen enkele manier aan waarheidsbevinding gedaan wordt. Er wordt zorgvuldig en zonder oordeel omgegaan met de melding.

In het voorjaar van 2025 was de ombudspersoon aanwezig op dinsdagnamiddag tussen 12u30-16u30. Sinds april 2025 is het consultatiemoment verplaatst naar maandag 10u-14u30. De locatie is vanaf januari ook veranderd naar het bureau in gebouw Reigerlo. Zowel patiënten en hun naasten als zorgverleners konden langskomen bij vragen en problemen. Tevens werd de zichtbaarheid ook gewaarborgd door de verschillende posters op elke afdeling. In 2025 werden er ook op bijna elke (semi-) gesloten afdeling een brievenbus voorzien waardoor patiënten ook op die manier een aanmelding konden doen. Deze werden zo veel als mogelijk geledigd. Daarnaast kon iedereen ook telefonisch contact opnemen, via mail of direct contact leggen bij aanwezigheid.

Aangezien in 2025 er een vaste aanwezigheid was van de ombudspersoon is de samenwerking meer gegroeid. Er zijn nieuwe contacten gelegd en nieuwe afspraken hebben zich voorgedaan. Hierdoor blikt de ombudspersoon positief terug op 2025. Bij deze een oprechte dank aan directie, medewerkers, patiënten en naasten voor het vertrouwen en de samenwerking.

We hopen dat dit jaarverslag zorgvuldig bekeken en bevraagd wordt. Dit jaarverslag wordt tevens nog mondeling toegelicht. Bij vragen of bedenkingen mag u zich richten tot de ombudspersoon.

Aanbevelingen

In dit onderdeel van het jaarverslag worden de aanmeldingen, samen met enkele aanbevelingen gekaderd. Er wordt eerst en vooral ingegaan op de algemene cijfers met betrekking tot de aanmeldingen. Daarna worden enkele rechten belicht die het meeste aan bod zijn gekomen in de aanmeldingen, maar die ook belangrijk zijn om even aan te kaarten. Dit zijn het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier (én inzage en afschrift van het patiëntendossier), op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en op een vertrouwenspersoon.

Algemene cijfers

Aanmeldingen

In 2025 zijn er 92 meldingen geregistreerd. Dit aantal ligt iets lager dan 2024. Ook het aantal aanmelders ligt lager dan voorgaande jaren. In totaal hebben 53 personen een melding gedaan. Dit betekent dat sommige aanmelders meerdere aanmeldingen hebben gedaan. Merendeel van de aanmelders waren zelf patiënt¹ (70,65%). De andere 29,34% waren familieleden/partners of personeelsleden. Daarnaast waren de meeste aanmelders in 2025 nog niet in contact geweest met de ombudsdienst (67,39%), waarbij 32,60% wel al in contact was geweest.

Vorm van aanmelden

Er zijn verschillende manieren waarop mogelijke aanmelders contact kunnen opnemen: direct contact (mondeling), schriftelijk (brief, SMS, e-mail), telefonisch, chat OOGG, algemeen mailadres OOGG en schriftelijk (brievenbus). In 2025 werd voornamelijk schriftelijk contact opgenomen (42,39%). 35,86% van de aanmelders nam telefonisch contact op, 11,95% zorgde voor een direct contact, 7,6% maakten gebruik van de brievenbus en 2,17% had contact opgenomen via de chat. In grote mate is dit vergelijkbaar met de cijfers van 2024.

In 2025 zijn er verschillende meldingen niet verder behandeld omwille van bepaalde omstandigheden. Zo werden er heel wat anonieme brieven in de brievenbussen gevonden. Hierdoor konden er geen verdere stappen gezet worden: er kon namelijk op geen enkele wijze contact opgenomen worden met de aanmelder. Er zijn ook enkele aanmeldingen gebeurd waarbij er na het eerste contact geen reactie meer kwam. Ook dit zorgde ervoor dat er geen verdere acties ondernomen konden worden aangezien er geen verdere toestemming gevraagd kon worden, alsook geen terugkoppeling kon gebeuren. Als laatste werden ook afspraken geannuleerd door aanmelders. Wederom werden deze aanmeldingen niet meer verder behandeld.

Bij elke aanmelding werd besproken welke verwachtingen er gesteld worden, alsook

¹ Opgelet: de aanmeldingen in dit jaarverslag zijn afkomstig van de patiënten binnen PC Sint-Amandus. Dit wil zeggen dat de bewoners van de psychiatrische verzorgingstehuizen hier niet in zijn opgenomen. Hiervoor wordt een apart jaarverslag opgemaakt.

welke actie volgens de aanmelder gesteld moet worden. Dit is het initiële verzoek. Voor het grootste aantal van de aanmeldingen (30,43%) werd gevraagd om een signaal uit te sturen naar de betrokken discipline. Daarnaast werd er ook gevraagd om enkel te luisteren (20,65%), te informeren (16,30%), om een beslissing van het team/vrederechter ongedaan te maken (9,78%), om een pendelbemiddeling (7,60%), om de partijen samen aan tafel te brengen (6,52%), om een schadeclaim (4,34%), om een betwisting van een factuur (3,36%) en om een sanctie/represaille (1,08%).

De grootste groep aanmelders (84,78%) waren opgenomen of in behandeling/begeleiding tijdens de aanmelding. Daarnaast was 10,86% reeds ontslagen of niet meer in behandeling/begeleiding. Bij slechts 1,08% werd een aanmelding gedaan tijdens aanvraag voor opname, behandeling of begeleiding.

Inhoud van de aanmelding

Ook de inhoud van elke aanmelding is belangrijk om toe te lichten. Hieruit kan afgeleid worden waar de moeilijkheden zich nog bevinden. Niettemin worden geen details, persoonsgegevens of andere gevoelige informatie gedeeld in dit jaarverslag. Het is anderzijds wel van belang om aan te geven hoeveel aanmeldingen betrekking hadden op de rechten van de patiënt. De cijfers van 2025 geven weer dat 76,08% van de aanmeldingen weldegelijk te maken had met één van deze rechten. Slechts 23,91% waren algemene vragen, meer specifiek levensverhaal (68,18%), andere (13,63%), juridische vragen (9,09%) en vragen met betrekking tot de patiëntenrechten (9,09%).

Net zoals in 2024 hadden de meeste aanmeldingen te maken met het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, namelijk voor 87,14%. De andere aanmeldingen hadden te maken met het recht op inzage/afschrift van het patiëntendossier (5,71%), het recht op informatie (2,85%), het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (2,85%) en het recht op een vertrouwenspersoon (1,42%).

Meestal zijn er bepaalde disciplines betrokken in de aanmeldingen, maar in 2025 waren voor 31,52% van de aanmeldingen geen enkele discipline betrokken. Bij een groot aantal van de aanmeldingen was dit wel zo. Het multidisciplinair team was betrokken in het grootste aantal, namelijk bij 10,86% van de aanmeldingen. Daarnaast was de psychiater betrokken voor 9,78% van de aanmeldingen. Dit aantal is hetzelfde bij de aanmeldingen waarbij de afdelingsverantwoordelijke in betrokken was. Bij 7,60% was de voedingsdienst betrokken. De andere aanmeldingen liggen meer verspreid: bij 6,52% was de sociale dienst betrokken, bij 5,43% de verpleging, bij 4,34% de poetsdienst, bij 3,26% de huisarts, bij 3,26% de technische dienst, bij 2,17% de administratieve dienst, bij 2,17% de therapeut, bij 2,17% andere en bij 1,08% de persoonlijke begeleider.

Hoofdinterventie

Ondanks het initiële verzoek van de aanmelder kan de actie die gesteld zal worden, veranderen doorheen het proces. Zo kan bijvoorbeeld het initiële verzoek om een schadeclaim veranderen naar een bemiddeling. Luisteren kwam in 2025 het meeste aan bod (31,46%). Ook signaleren (19,10%), intern doorverwijzen (17,97%),

pendelbemiddeling (14,60%), informeren (10,11%), samenbrengen van de partijen (5,61%) en coachen (1,12%) zijn acties die gesteld zijn.

Afsluiting

Niet alle aanmeldingen zijn in 2025 afgesloten. Er waren nog enkele lopende en meegenomen naar 2026. Dit zijn voornamelijk de aanmeldingen die in de laatste weken van 2025 werden gedaan of aanmeldingen die iets meer tijd nodig hadden. Het grootste deel van de aanmeldingen werden wel afgesloten in 2025. De meeste aanmeldingen (29,21%) werden binnen dezelfde week van de aanmelding afgesloten. De anderen werden op dezelfde datum (22,47%), later dan 4 weken (20,22%), binnen de vier weken (14,60%) en binnen de twee weken (13,48%) afgesloten.

De tijd die nodig is om een aanmelding te behandelen, heeft met verschillende aspecten te maken: de beschikbaarheid van de partijen, de beschikbaarheid van de ombudspersoon, de dringendheid, de reactie op uitnodigingen en meer. Er werd voor één aanmelding een verdere stap voorgesteld.

De uiteenzetting per recht

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

Het grootste deel van de aanmeldingen in 2025 (87,14%) had betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Dit komt overeen met de cijfers van 2024. In 2025 is er een lichte stijging te zien. Dit recht wordt nog onderverdeeld in verschillende categorieën. Elke aanmelding werd specifiek geregistreerd onder één van deze categorieën. Zo kwamen in 2025 aanmeldingen aan bod die geregistreerd zijn onder goede hotelservice (34,42%), goede behandeling/begeleiding (22,95%), respectvolle bejegening (21,31%), beschermende maatregelen (9,83%), kwaliteitsvol verblijf/wonen (6,55%) en juiste factuur/correct geldbeheer (4,91%). De cijfers van 2025 komen grotendeels overeen met 2024; het verschil is enkel te vinden in het feit dat er geen aanmeldingen zijn gebeurd over betalende diensten in 2025 én een verschuiving van de meeste aanmeldingen bij beschermende maatregelen in 2024 naar goede hotelservice in 2025.

Goede hotelservice, goede behandeling/begeleiding en respectvolle bejegening zijn de categorieën die het meeste naar voren zijn gekomen bij aanmeldingen. Ook in deze categorieën zijn onderverdelingen gemaakt. De eerste categorie die het meeste aan bod is gekomen bij de aanmeldingen was goede hotelservice. Hierbij gingen de aanmeldingen over voeding (33,33%), veiligheid van goederen (28,578%), hygiëne (23,80%) de infrastructuur/accommodatie (9,52%) en andere (4,76%). Onder de tweede categorie, goede behandeling/begeleiding, kwamen medicatie (21,42%), betrokkenheid van familie (21,42%), overplaatsing naar een andere afdeling (21,42%), overplaatsing naar een andere voorziening (21,42%), somatische verzorging (7,14%) en start van opname/behandeling/begeleiding (7,14%) aan bod. De aanmeldingen rond respectvolle bejegening hadden te maken met correcte omgangsvormen (84,61%), luisterbereidheid (7,69%) en verbaal grensoverschrijdend gedrag (7,69%).

Aanbeveling voor de voorziening

In de aanmeldingen over kwaliteitsvolle dienstverlening kwamen uiteenlopende aspecten aan bod: de manier van omgang tussen zorgverlener en patiënt, de mate van betrokkenheid van de familie/naasten, voeding gerelateerde meldingen, vragen/bezorgdheden/stand van zaken met betrekking tot de procedure van beschermende observatiemaatregel, nood om zich gehoord te voelen en nood aan communicatie. Deze twee laatste aspecten zijn degene die gezien kunnen worden als overkoepelend voor alle aanmeldingen.

Eerst en vooral werd de manier van omgang tussen zorgverlener en patiënt enkele keren aangekaart. Deze meldingen zijn onder meer te vinden bij respectvolle bejegening, maar ook bij andere meldingen kwam dit naar boven. Kwaliteitsvolle dienstverlening is meer dan alleen het geven en krijgen van de best mogelijke zorgverlening op verschillende vlakken. Het heeft onder andere ook te maken met de omgang tussen de zorgverlener en patiënten, met de manier van communicatie onderling en het betrekken van de patiënt om samenwerking te bevorderen. Soms was duidelijk dat de communicatie

tussen zorgverlener en patiënt op een bepaald moment niet goed meer liep: er was miscommunicatie, bepaalde boodschappen kwamen hard over of er was, volgens de patiënt, geen communicatie. Het kan zijn dat een bepaalde boodschap verkeerd is overgekomen of dat er door omstandigheden op een bepaald moment te weinig communicatie is geweest. Door dit soort communicatie kon dit voor de patiënt aanvoelen als minder goede bejegening of minder goede behandeling. Patiënten staan steeds meer steviger in hun schoenen en proberen zaken aan te kaarten die volgens hun beleving anders hadden kunnen lopen. Het blijft belangrijk om hier oog voor te hebben en de communicatie met de patiënt te bevorderen indien zich hier problemen voordoen. Zowel patiënten als zorgverleners hebben hier hun aandeel in: het ligt niet bij één partij. De communicatie kan alleen bevorderd worden wanneer beide partijen hiervoor open staan en zich hiervoor willen engageren.

Daarnaast werden in 2025 enkele aanmeldingen van familie/naasten gedaan. Een patiënt staat bijna nooit alleen. Er is steeds een achterban, een context: familie, vrienden, naasten, ... Ook zij ervaren het hele gebeuren van een opname of behandeling mee. Er wordt in de mate van het mogelijk reeds enorm veel moeite gedaan om de familie zo goed mogelijk te betrekken. Desalniettemin hebben familie/naasten geuit dat er een grote nood was om ook of meer betrokken te worden, om meer gehoord te worden door het team dat continu instaat voor de zorg van de patiënt. Er werden pogingen gedaan om hieraan tegemoet te komen, die ook hartelijk ontvangen zijn door het team. Familie/naasten voelden zich op een bepaald moment gehoord. Ook hier is het belangrijk om de communicatie naar familie/naasten die nauw betrokken zijn in het oog te houden, zorg voor te dragen en te bevorderen. Dit kan onder andere door het bevragen van de patiënt én de familie hoe zij de samenwerking zien. Maar ook door na te vragen bij de patiënt welke naaste (of naasten) betrokken mag worden in het traject. Zo kan er inspraak gegeven worden en kan er samen gekeken worden naar de best mogelijke zorg. Hier is het ook belangrijk om na te gaan op welke manier gesprekken kunnen plaatsvinden: geef de voorkeur aan fysieke gesprekken wanneer er bepaalde boodschappen overgebracht moeten worden, voor kennismakingen of andere. Telefonische gesprekken kunnen impact hebben: niet alles wordt begrepen, er gaat veel informatie verloren (zoals het non-verbale gedrag).

Een laatste aanbeveling is met betrekking tot de nieuwe wetgeving rond de beschermende observatiemaatregel. Vanaf 1 januari 2025 ging de nieuwe wetgeving van start. Enkele zaken werden gewijzigd aan de nieuwe wetgeving. In de praktijk kwamen hier veel vragen naar boven: wat zijn de rechten nu van de patiënt? In welke fase bevindt de patiënt zich? Wat kan de patiënt doen om tegen de beslissing in te gaan? Wanneer kan er overgestapt worden naar de vrijwillige behandeling onder voorwaarden? Er kwamen bijgevolg enkele bezorgdheden naar boven. Ondanks dat de vrijwillige behandeling onder voorwaarden nog niet overal in werking kon treden, kwamen er wel reeds vragen van patiënten naar boven. Maar ook vragen van zorgverleners: hoe gaat dit in zijn werk? Psyche heeft in 2025 gewerkt aan een nieuwe brochure om alle patiënten, zorgverleners, naasten en alle andere geïnteresseerden zo goed mogelijk te informeren. Deze zal beschikbaar gesteld worden in 2026. De ombudspersoon zal zorgen voor de verspreiding. Deze brochure kan helpend zijn om elke patiënt te informeren en bij te

staan bij vragen over de beschermende observatiemaatregel. Het blijft zeer belangrijk om de procedure hiervan duidelijk te maken. Bij vragen, uitleg of andere zaken met betrekking tot deze wetgeving en de brochure kan u zich richten tot de ombudspersoon.

Het recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier, én inzage en afschrift van het patiëntendossier

Onder dit recht werden in totaal vier aanmeldingen geregistreerd. Deze hadden allemaal te maken met inzage en/of afschrift van het dossier. De helft van deze aanmeldingen hadden betrekking op de inhoud van het dossier; de andere helft werd geregistreerd onder 'Andere'.

Aanbeveling voor de voorziening

Het bezorgen van een afschrift van het patiëntendossier wordt altijd goed afgewogen: hoe zal de patiënt hierop reageren of is het in het voordeel van de patiënt om zonder bijstand van de gezondheidszorgbeoefenaar het dossier in te kijken. De inhoud van het dossier heeft namelijk altijd impact op de patiënt. Het opvragen van een afschrift komt vaak uit een nood om informatie te krijgen over de opname, de diagnose, de behandeling of andere relevante informatie. Soms is het niet altijd even duidelijk bij wie ze hiervoor terecht kunnen. Bij dit soort aanmeldingen worden doorverwijzingen gedaan.

Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer kwam niet opvallend aanwezig in de aanmeldingen. Slechts twee aanmeldingen hadden betrekking op dit recht, waaronder meer specifiek beroepsgeheim en briefgeheim.

Aanbeveling voor de voorziening

Ondanks het feit dat er weinig aanmeldingen zijn gebeurd met betrekking tot dit recht, blijft het van belang hier oog voor te hebben. Ook in 2024 werd bijvoorbeeld één aanmelding gedaan met betrekking tot het beroepsgeheim. Dit wil allicht niet betekenen dat hier zich grote problemen voordoen. Daartegenover blijft het belangrijk oog te hebben voor het beroepsgeheim. Het delen van informatie kan snel gebeurd zijn, zonder enige intentie. Uit onoplettendheid of onwetendheid kan er informatie doorgegeven worden zonder hiervoor de bedoeling te hebben.

Daarnaast is er één melding gebeurd met betrekking tot briefgeheim. De brieven die op een afdeling toekomen, gericht aan een persoon, mogen alleen maar door die persoon geopend worden. Deze melding was ook slechts één enkele melding met betrekking tot dit onderwerp, maar wederom blijft het belangrijk om hier rekening mee te houden.

Het recht op een vertrouwenspersoon

In 2025 werd slechts één aanmelding gedaan over het recht op een vertrouwenspersoon. Hier ging het meer specifiek over de informatie rond vertrouwenspersoon.

Aanbeveling voor de voorziening

Het aanstellen van een vertrouwenspersoon is nog niet heel goed gekend. Doorheen 2025 was het duidelijk dat patiënten hier niet altijd even goed van op de hoogte zijn. Dit kwam onder andere naar boven bij de vormingen rond de patiëntenrechten die gegeven werden op de afdelingen. Het is belangrijk om patiënten hier bij aanvang van opname over te informeren en indien nodig, wegwijs te maken en te helpen hoe een vertrouwenspersoon aangesteld kan worden. Ook de bevoegdheden van de vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger waren niet altijd even duidelijk. Niet enkel de patiënten, maar ook familie en naasten zijn hier niet altijd over geïnformeerd. Het is ook voor hen belangrijk om deze informatie mee te krijgen. Hierover blijven communiceren en informeren is bijgevolg een must.

Het recht om een klacht neer te leggen

Aanbeveling voor de voorziening

In 2025 zijn geen aanmeldingen gedaan over het recht om een klacht neer te leggen. Niettemin is er één belangrijk aspect om toch mee te geven: er leeft het gevoel dat het richten tot de ombudspersoon, of een andere instantie, invloed zou kunnen hebben op het eigen traject. Daardoor ontstaat er een bepaalde geremdheid om een aanmelding te doen, maar ook een geremdheid wanneer er reeds een aanmelding is gebeurd. Zo kan de verwachting bijvoorbeeld veranderen of een patiënt kan aangeven toch geen verdere stappen te willen zetten. Ook hier speelt communicatie een grote rol: door als voorziening, als medewerker, als zorgverlener uit te dragen open te staan voor samenwerking, verbetering of luisterbereidheid kan dit verholpen worden. In grote mate was dit zeker al aanwezig.

Algemene conclusie

In de aanmeldingen van 2025 kwamen verschillende onderwerpen aan bod, maar ook struikelpunten: nood om gehoord worden en nood aan communicatie. Nogmaals is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat dit de beleving is geweest van de aanmelders en van de patiënten. De meeste aanbevelingen komen overeen met de aanbevelingen van VVOVAZ, de Vlaamse beroepsvereniging Ombudspersonen van alle Zorgvoorzieningen. Bij vragen hieromtrent, kan u zich ook richten tot de ombudspersoon.

Als laatste is het ook belangrijk om de goede zaken te belichten. In 2025 was er openheid en vertrouwen om zaken te bespreken, zowel van de aanmelder als van de andere kant. Er werd ruimte en tijd voorzien om in gesprek te gaan over de problemen die zich hebben voorgedaan. Dit werd zeker geapprecieerd.

Een inspirerende quote van Karolin Vannieuwenhuyse in een interview op Zorgnet Icuuro om mee te eindigen:

“Het komt opnieuw neer op de manier waarop je naar een klacht kijkt. Het is geen bedreiging, maar een cadeau. Het is een kans om te groeien en het beter te doen. Daarvoor moeten voorziening, directie en medewerkers zich op alle vlakken kwetsbaar durven opstellen.” (Marlier, 2020)

Aanmeldingen

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 14/01/2025, de laatste op 22/12/2025.
Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 92, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 89.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	92	102	101	92
aanmelders	68	67	72	53

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	101		92	
aanmelders	72		53	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	42	42,85	43	47,25
<i>binnen de week</i>	53	54,08	40	43,95
<i>binnen de twee weken</i>	3	3,06	6	6,59
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	1	1,09
<i>later dan vier weken</i>	-	-	1	1,09
totaal	98	100	91	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	1	1,08
<i>1 contact</i>	52	51,48	38	41,30
<i>2 contacten</i>	22	21,78	19	20,65
<i>3 contacten</i>	19	18,81	13	14,13
<i>meer dan 3 contacten</i>	8	7,92	21	22,82

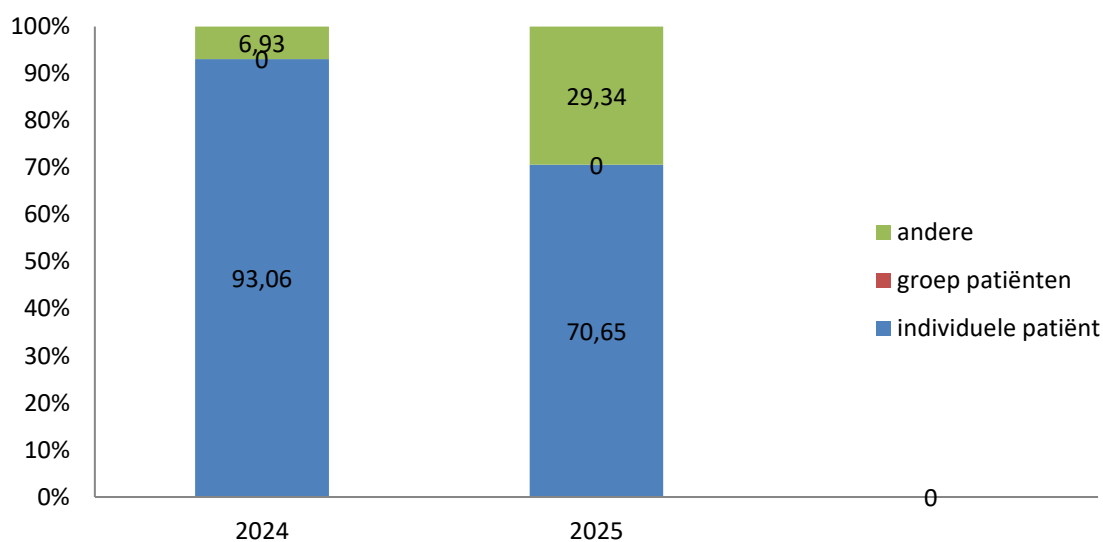
totaal	101	100	92	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	10		6	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	100		89	

De **92** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 53 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
5	1	1,88	5	5,43
4	6	11,32	24	26,08
3	6	11,32	18	19,56
2	5	9,43	10	10,86
1	35	66,03	35	38,04
totaal	53	100	92	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	94	93,06	65	70,65
groep patiënten	-	-	-	-
andere	7	6,93	27	29,34
totaal	101	100	92	100

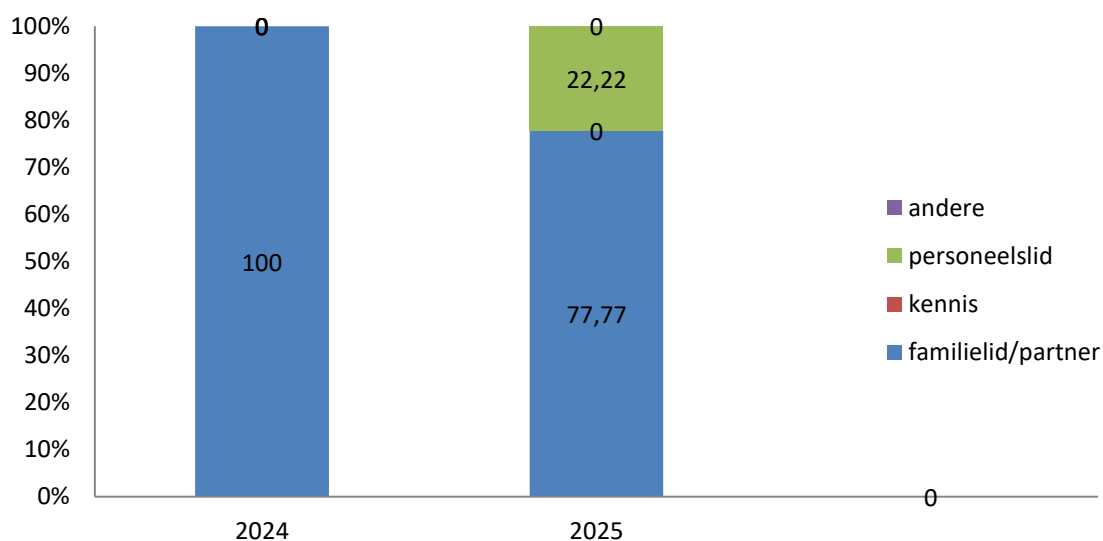
Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



Initiële aanmelder indien andere

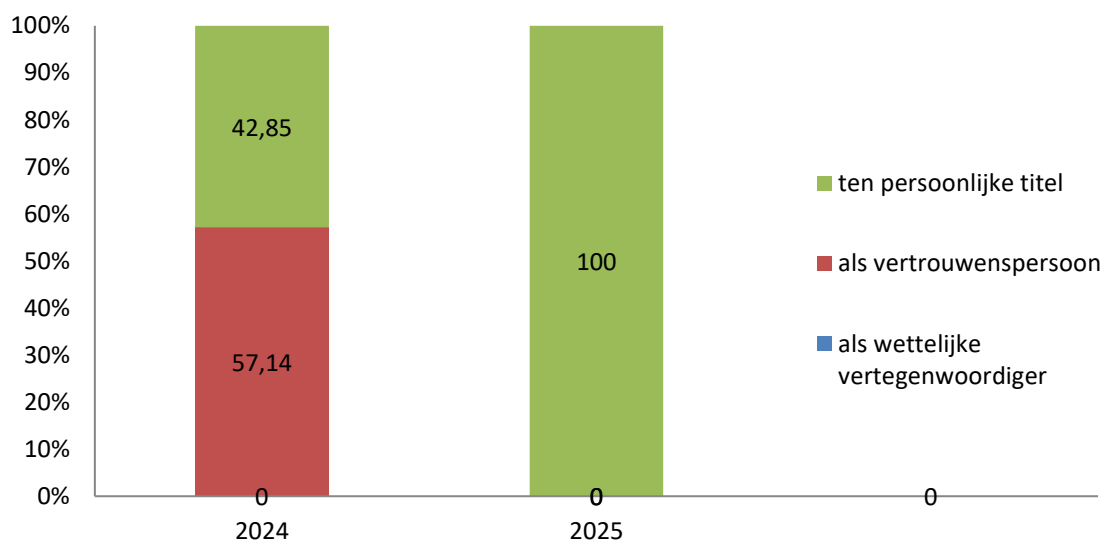
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	7	100,00	21	77,77
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	6	22,22
andere	-	-	-	-
totaal	7	100	27	100

Initiële aanmelder indien andere



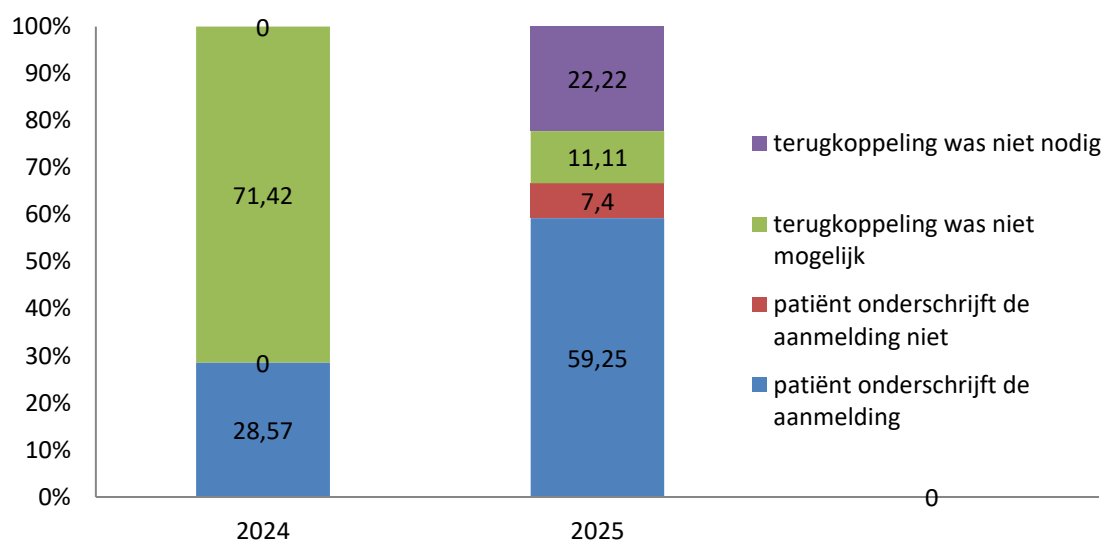
Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	4	57,14	-	-
ten persoonlijke titel	3	42,85	27	100,00
totaal	7	100	27	100

Hoedanigheid indien andere



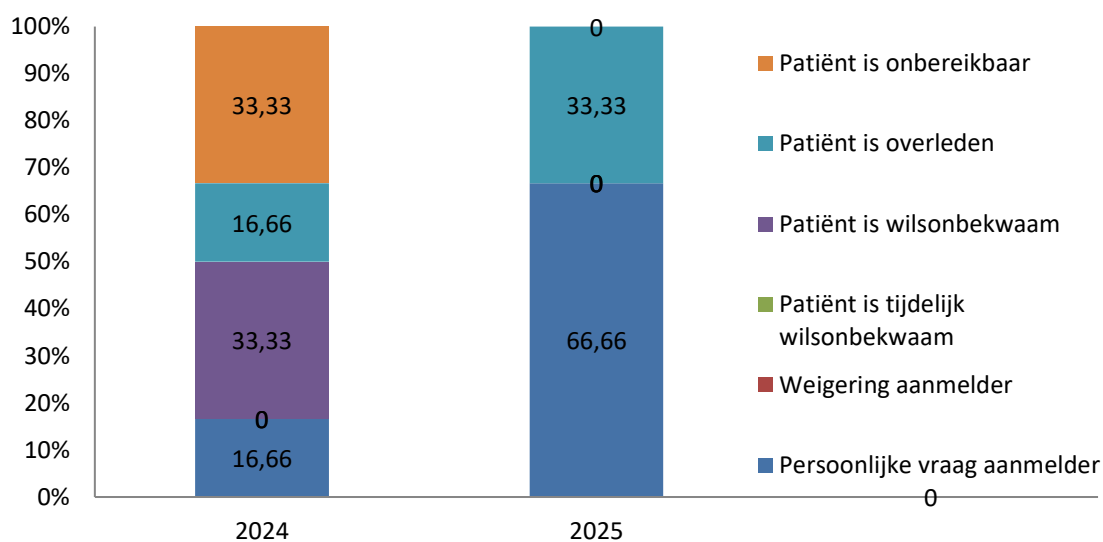
Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	2	28,57	16	59,25
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	2	7,40
terugkoppeling was niet mogelijk	5	71,42	3	11,11
terugkoppeling was niet nodig	-	-	6	22,22
totaal	7	100	27	100

Terugkoppeling indien andere



Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	1	16,66	6	66,66
Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	2	33,33	-	-
Patiënt is overleden	1	16,66	3	33,33
Patiënt is onbereikbaar	2	33,33	-	-
totaal	6	100	9	100

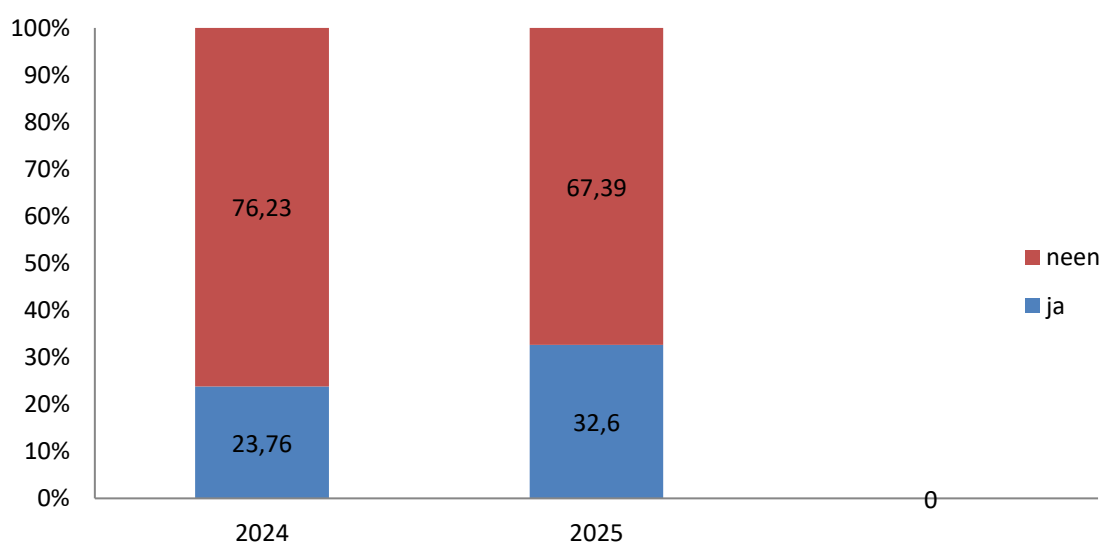
Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden



Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	24	23,76	30	32,60
neen	77	76,23	62	67,39
totaal	101	100	92	100

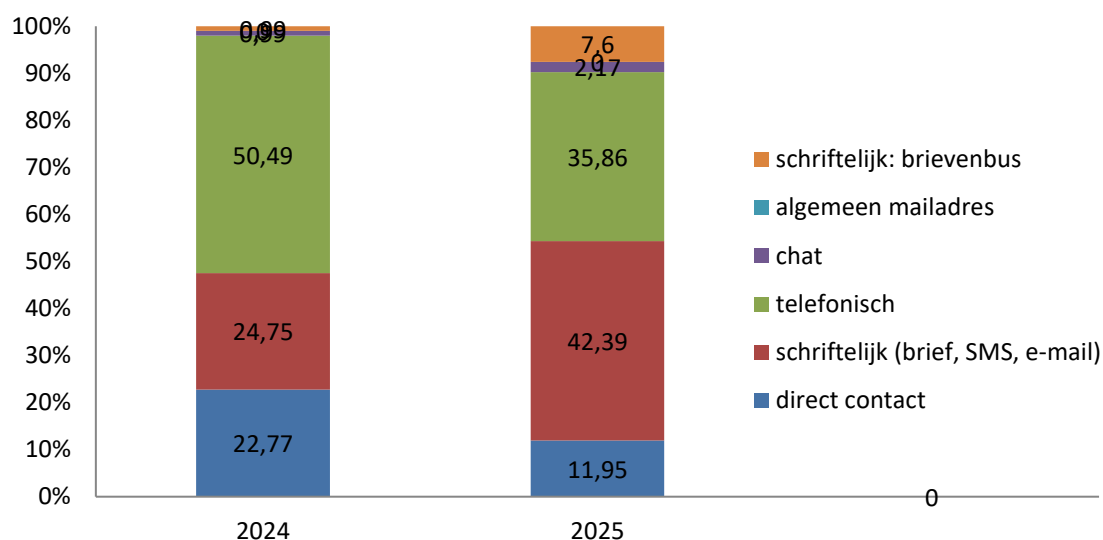
Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	23	22,77	11	11,95
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	25	24,75	39	42,39
telefonisch	51	50,49	33	35,86
chat	1	0,99	2	2,17
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	1	0,99	7	7,60
totaal	101	100	92	100

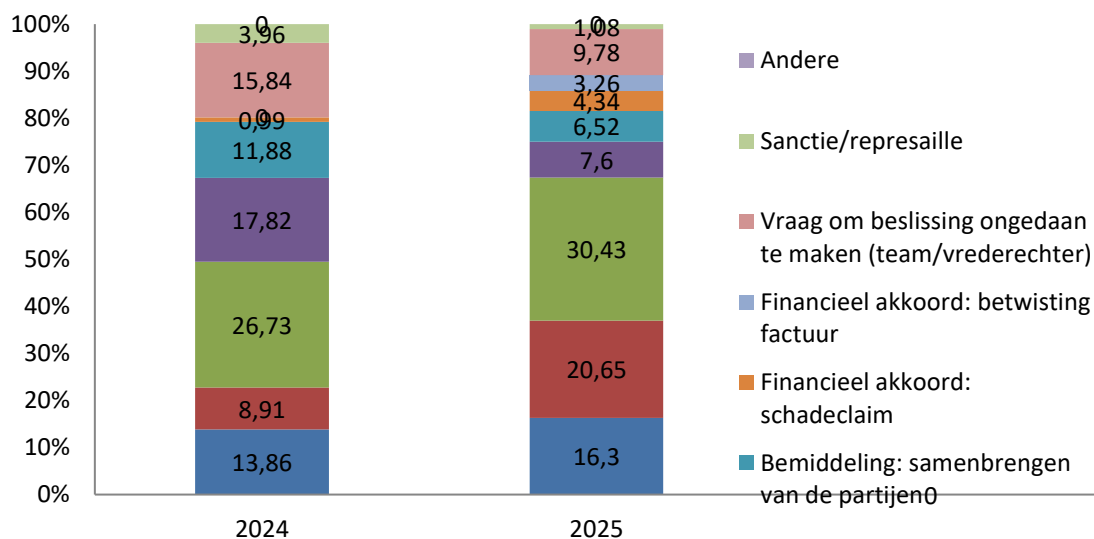
Vorm van aanmelden



Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	14	13,86	15	16,30
Luisterend oor	9	8,91	19	20,65
Signaal	27	26,73	28	30,43
Bemiddeling: pendeldiplomatie	18	17,82	7	7,60
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	12	11,88	6	6,52
Financieel akkoord:	1	0,99	4	4,34

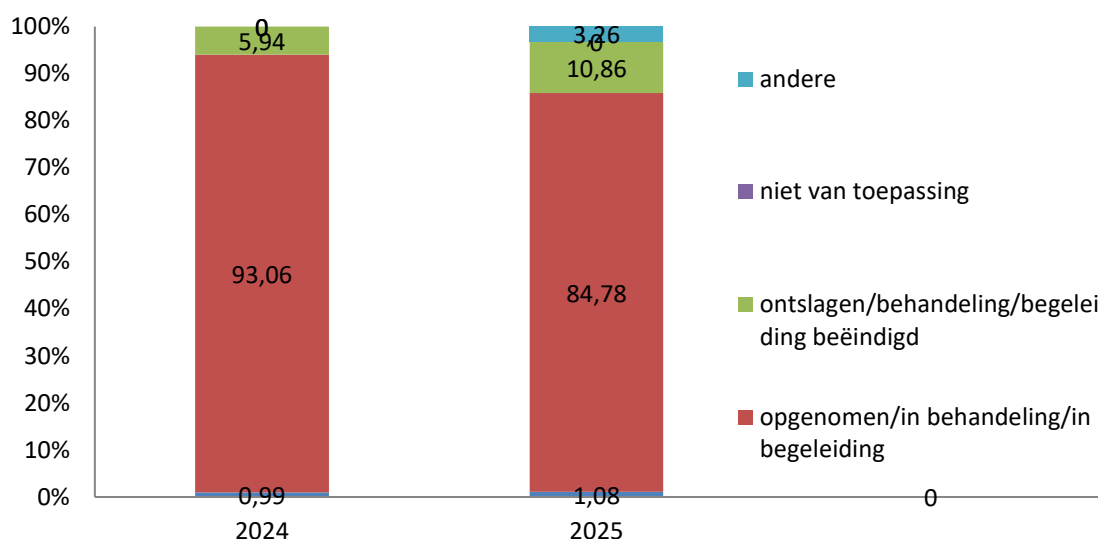
schadeclaim				
Financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	3	3,26
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	16	15,84	9	9,78
Sanctie/represaille	4	3,96	1	1,08
Andere	-	-	-	-
totaal	101	100	92	100

Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	1	0,99	1	1,08
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	94	93,06	78	84,78
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	6	5,94	10	10,86
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	3	3,26
totaal	101	100	92	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



C. Inhoud van de aanmelding

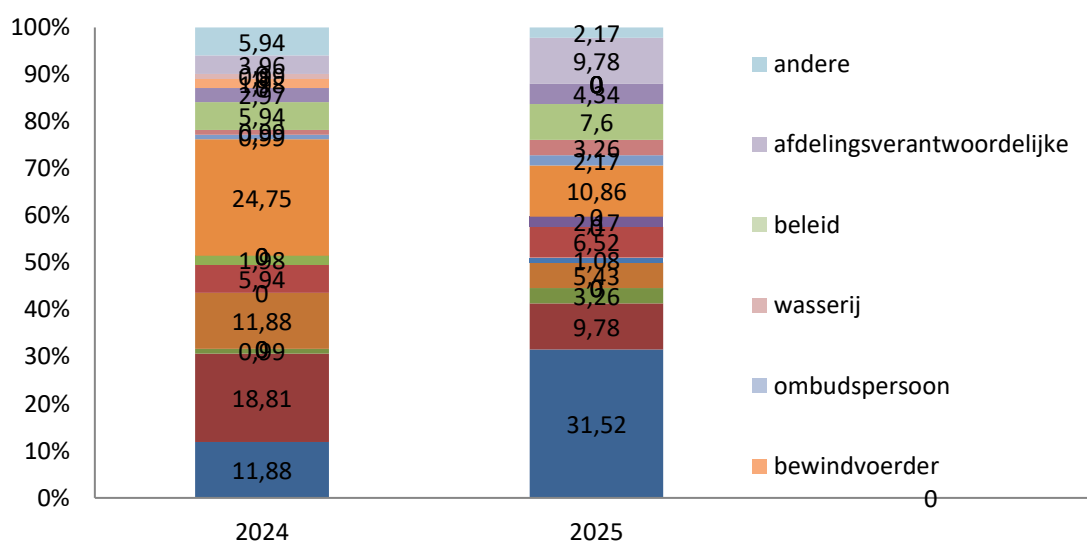
Ook al heeft een aanmelding soms betrekking op meerdere **disciplines**, toch wordt er slechts één (de belangrijkste, vooral vanuit het perspectief van de patiënt) geregistreerd.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	12	11,88	29	31,52
psychiater	19	18,81	9	9,78
huisarts	1	0,99	3	3,26
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	12	11,88	5	5,43
persoonlijke begeleider	-	-	1	1,08
sociale dienst	6	5,94	6	6,52
psycholoog	2	1,98	-	-
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	2	2,17
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	25	24,75	10	10,86
administratieve dienst	1	0,99	2	2,17
technische dienst	1	0,99	3	3,26
voedingsdienst	6	5,94	7	7,60
poetsdienst	3	2,97	4	4,34

directie	-	-	-	-
bewindvoerder	2	1,98	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	1	0,99	-	-
beleid	-	-	-	-
afdelingsverantwoordelijke	4	3,96	9	9,78
andere	6	5,94	2	2,17
totaal	101	100	92	100

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken

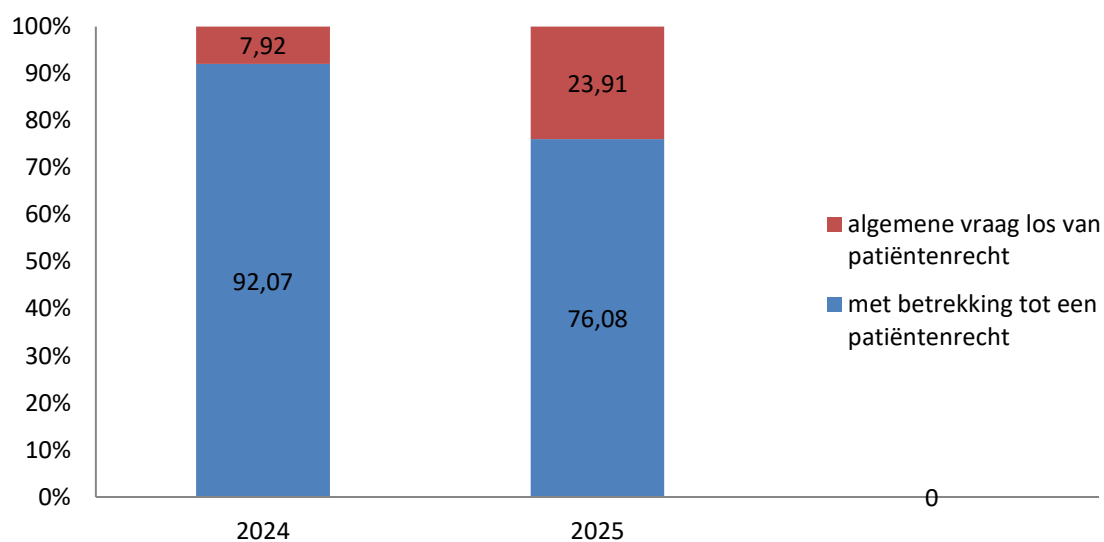


Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	93	92,07	70	76,08
algemene vraag los van patiëntenrecht	8	7,92	22	23,91
totaal	101	100	92	100

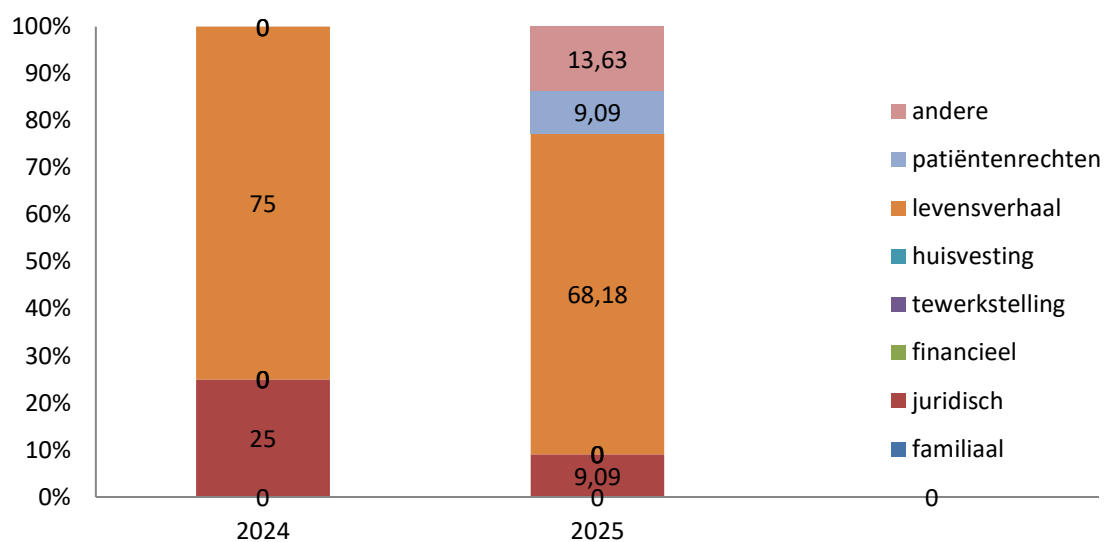
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	2	25,00	2	9,09
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	6	75,00	15	68,18
patiëntenrechten	-	-	2	9,09
andere	-	-	3	13,63
totaal	8	100	22	100

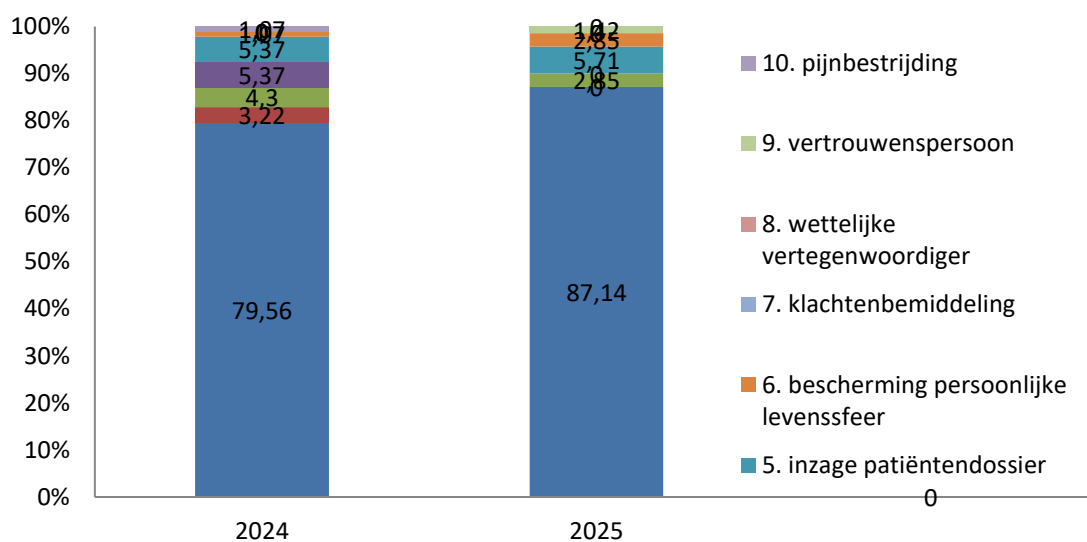
Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	74	79,56	61	87,14
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	3	3,22	-	-
3. informatie	4	4,30	2	2,85
4. geïnformeerde toestemming	5	5,37	-	-
5. inzage patiëntendossier	5	5,37	4	5,71
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	1,07	2	2,85
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	1	1,42
10. pijnbestrijding	1	1,07	-	-
totaal	93	100	70	100

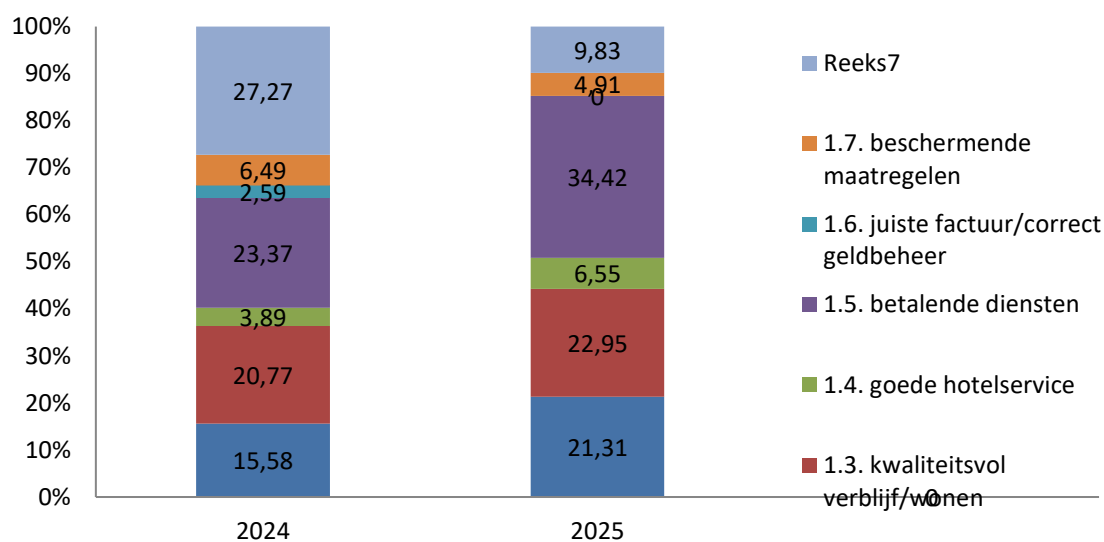
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op



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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	12	15,58	13	21,31
1.2. goede behandeling/begeleiding	16	20,77	14	22,95
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	3	3,89	4	6,55
1.4. goede hotelservice	18	23,37	21	34,42
1.5. betalende diensten	2	2,59	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	5	6,49	3	4,91
1.7. beschermende maatregelen	21	27,27	6	9,83
totaal	77	100	61	100

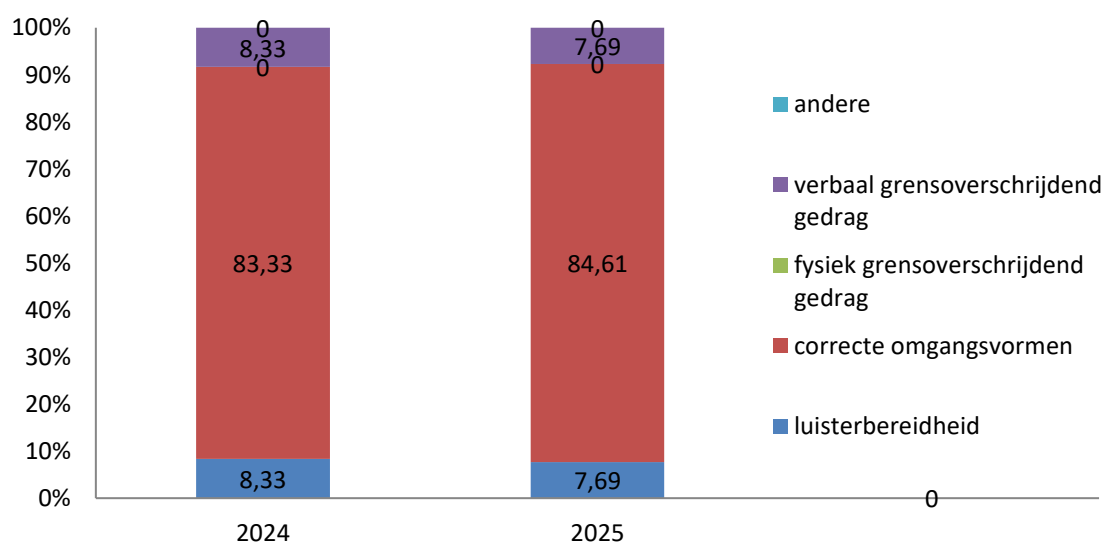
1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



1.1. Respectvolle bejegening

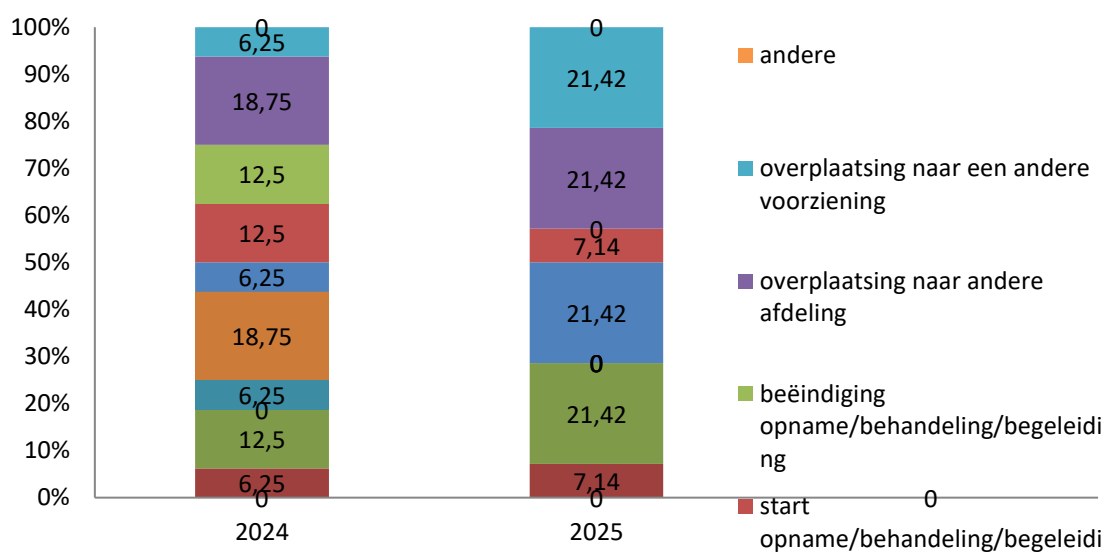
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	8,33	1	7,69
correcte omgangsvormen	10	83,33	11	84,61
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	1	8,33	1	7,69
andere	-	-	-	-
totaal	12	100	13	100

1.1. Respectvolle bejegening



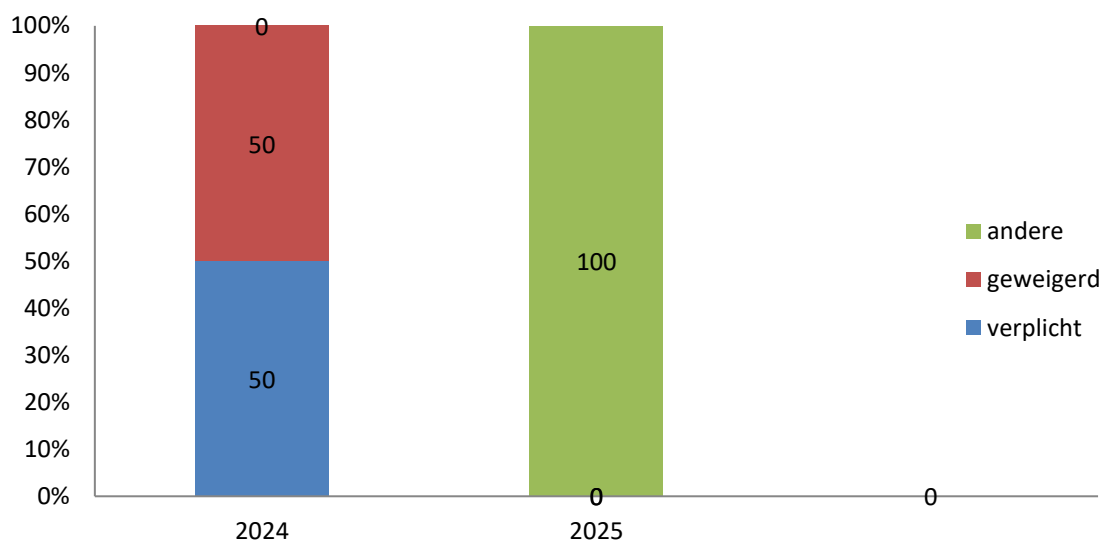
1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	1	6,25	1	7,14
medicatie	2	12,50	3	21,42
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	1	6,25	-	-
voldoende beschikbaarheid	3	18,75	-	-
betrokkenheid familie	1	6,25	3	21,42
start opname/behandeling/begeleiding	2	12,50	1	7,14
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	12,50	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	3	18,75	3	21,42
overplaatsing naar een andere voorziening	1	6,25	3	21,42
andere	-	-	-	-
totaal	16	100	14	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding



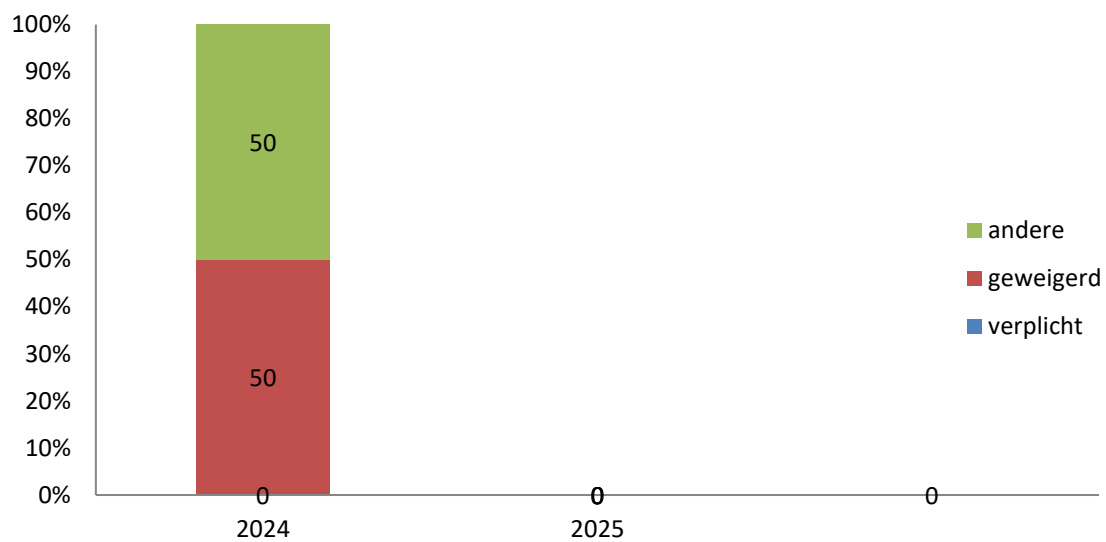
Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	50,00	-	-
geweigerd	1	50,00	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	2	100	1	100

Start opname/behandeling/begeleiding



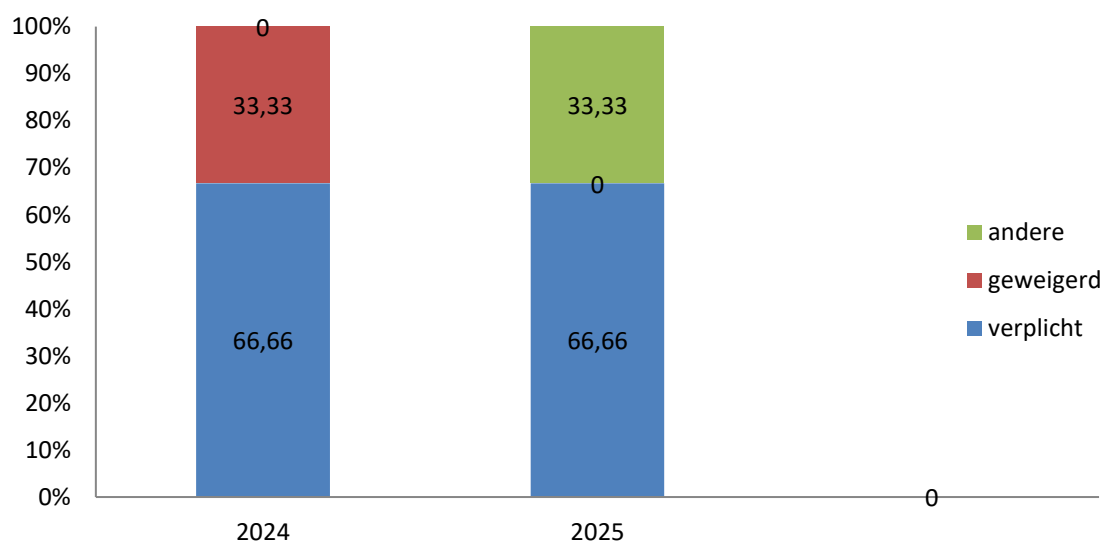
Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	50,00	-	-
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding



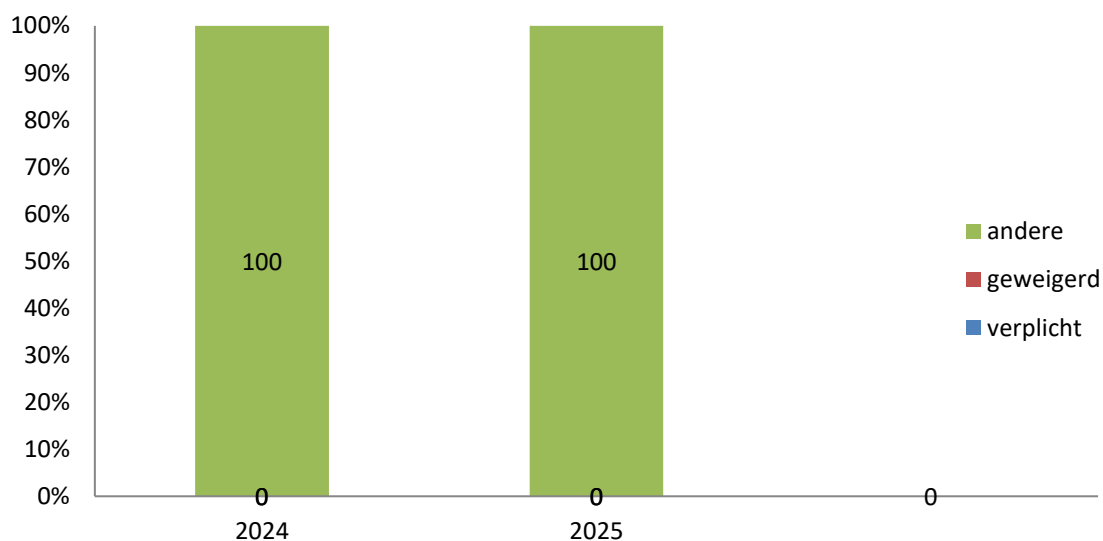
Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	2	66,66	2	66,66
geweigerd	1	33,33	-	-
andere	-	-	1	33,33
totaal	3	100	3	100

Overplaatsing naar andere afdeling



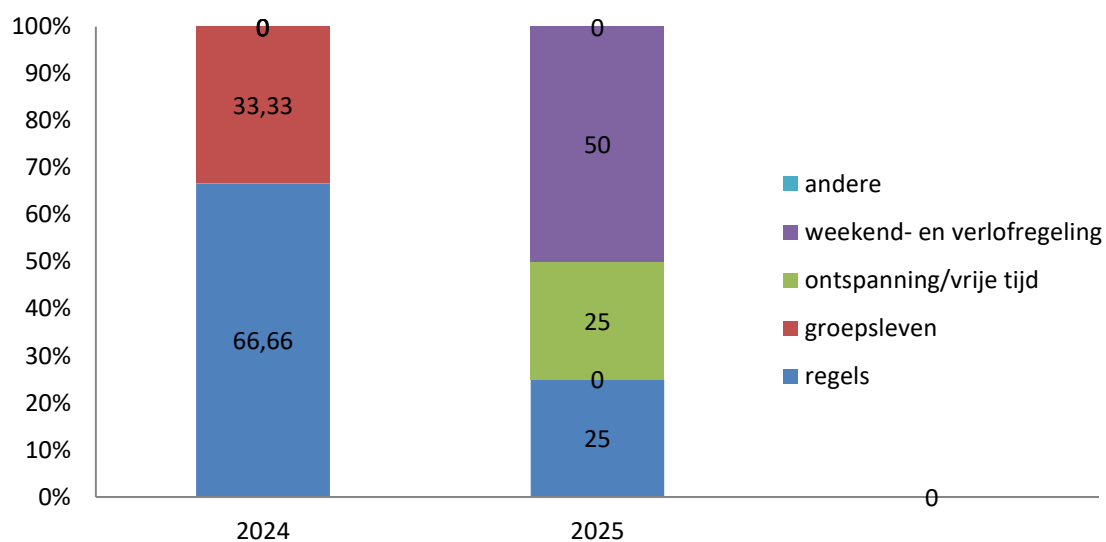
Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	100,00	3	100,00
totaal	1	100	3	100

Overplaatsing naar andere voorziening



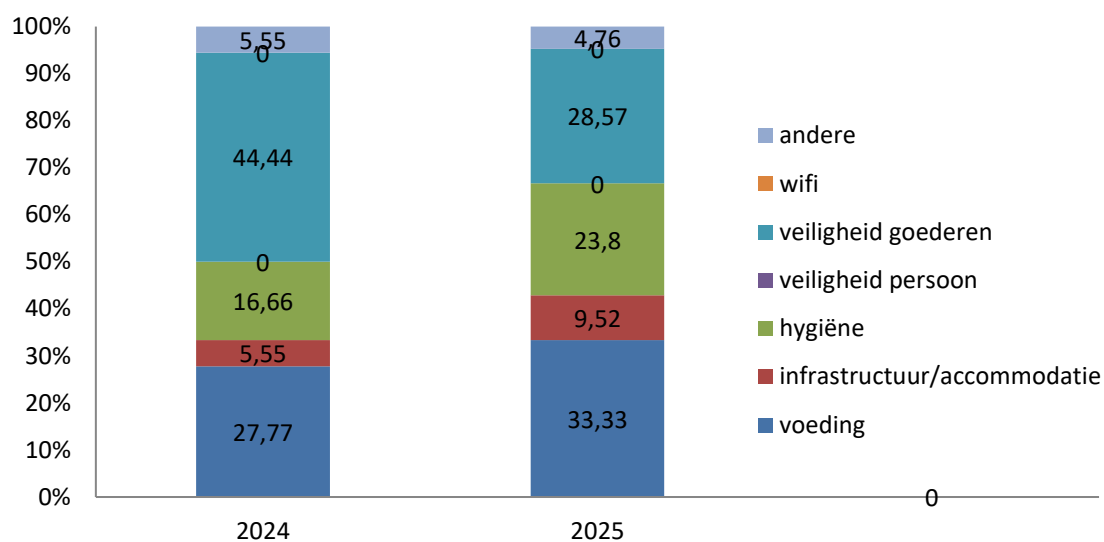
1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	2	66,66	1	25,00
groepsleven	1	33,33	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	1	25,00
weekend- en verlofregeling	-	-	2	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	4	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen



1.4. Goede hotel service				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	5	27,77	7	33,33
infrastructuur/accommodatie	1	5,55	2	9,52
hygiëne	3	16,66	5	23,80
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	8	44,44	6	28,57
wifi	-	-	-	-
andere	1	5,55	1	4,76
totaal	18	100	21	100

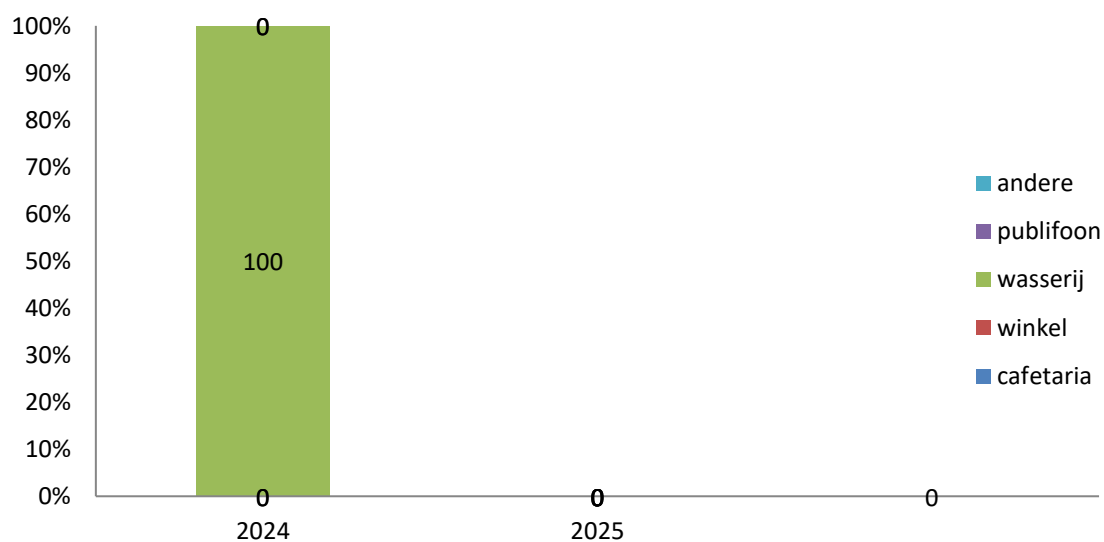
1.4. Goede hotelservice



1.5. Betalende diensten

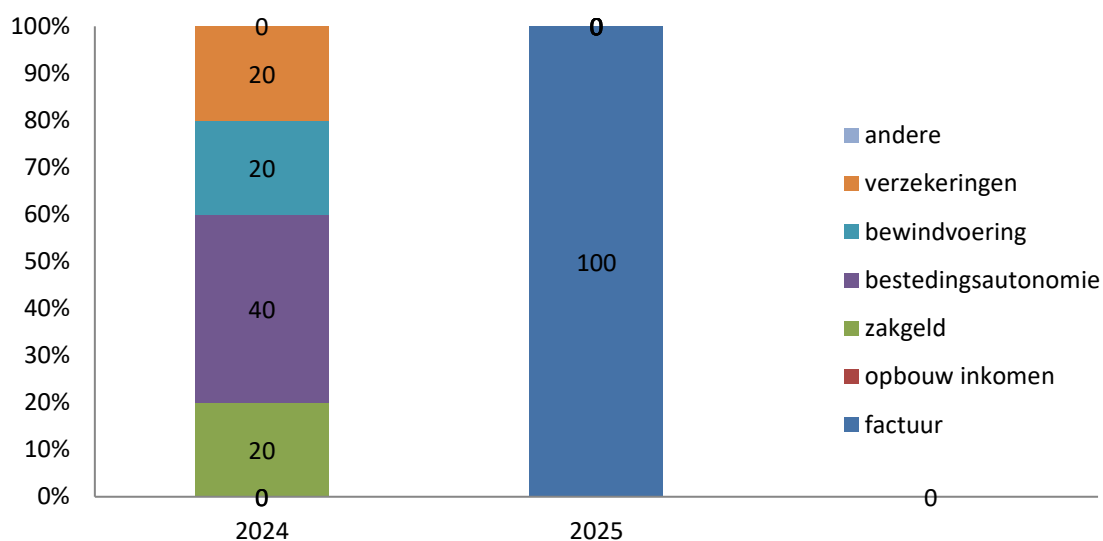
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	2	100,00	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	-	-

1.5. Betalende diensten



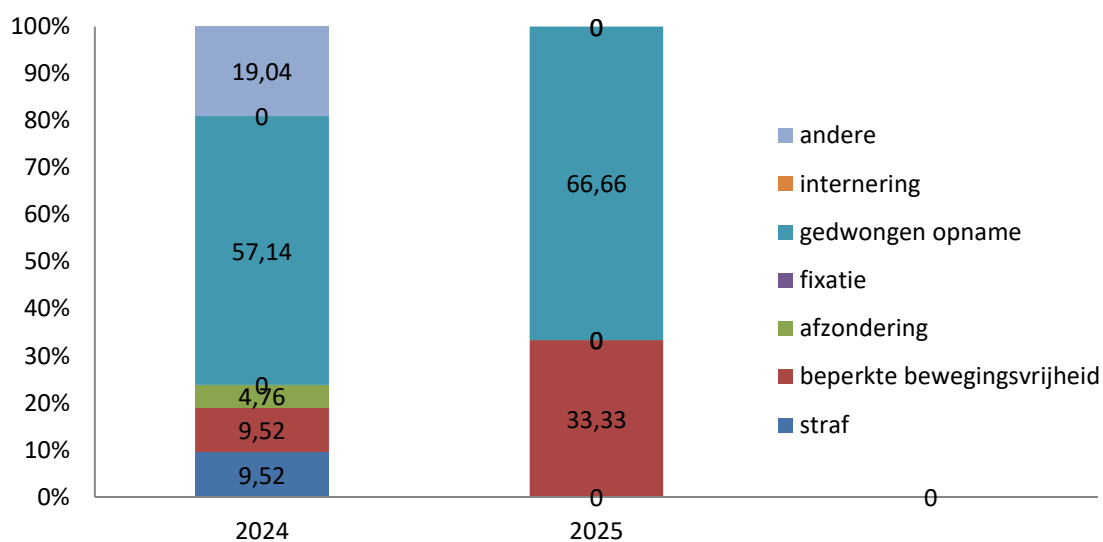
1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	3	100,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	20,00	-	-
bestedingsautonomie	2	40,00	-	-
bewindvoering	1	20,00	-	-
verzekeringen	1	20,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	3	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer



1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	2	9,52	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	2	9,52	2	33,33
afzondering	1	4,76	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	12	57,14	4	66,66
internering	-	-	-	-
andere	4	19,04	-	-
totaal	21	100	6	100

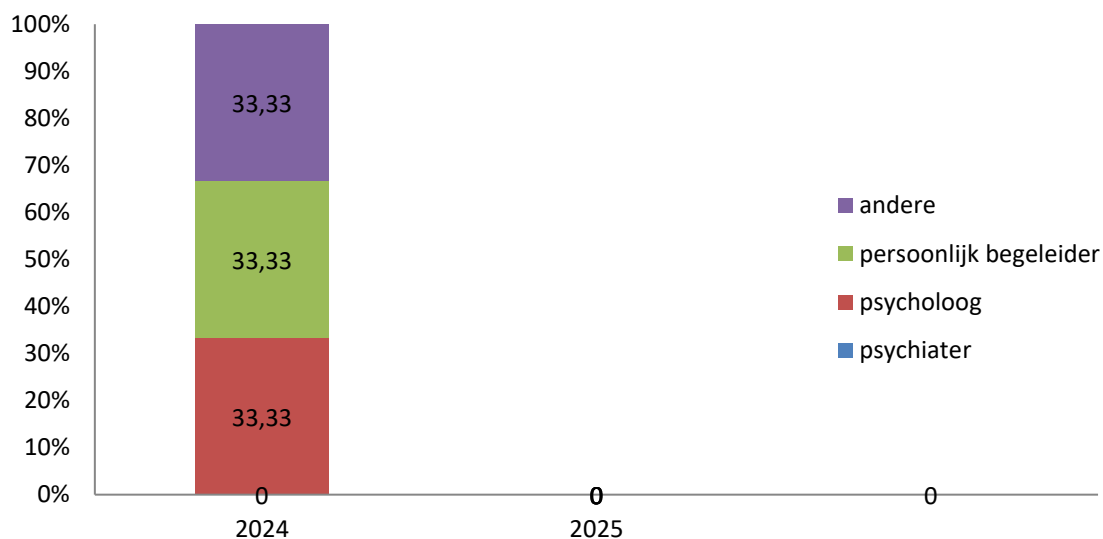
1.7. Beschermende maatregelen



2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

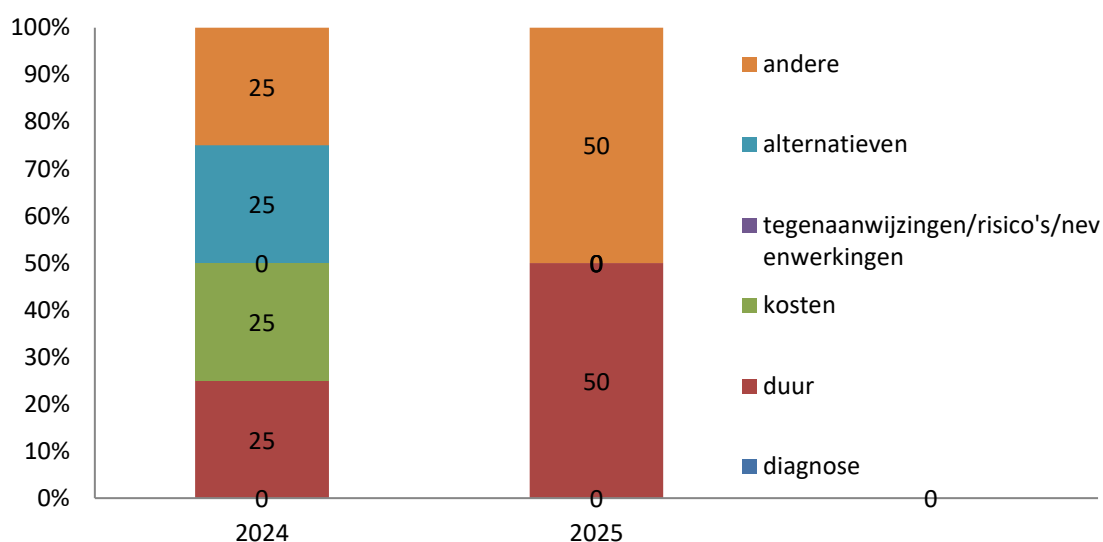
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	1	33,33	-	-
persoonlijk begeleider	1	33,33	-	-
andere	1	33,33	-	-
totaal	3	100	-	-

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar



3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	1	25,00	1	50,00
kosten	1	25,00	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	1	25,00	-	-
andere	1	25,00	1	50,00
totaal	4	100	2	100

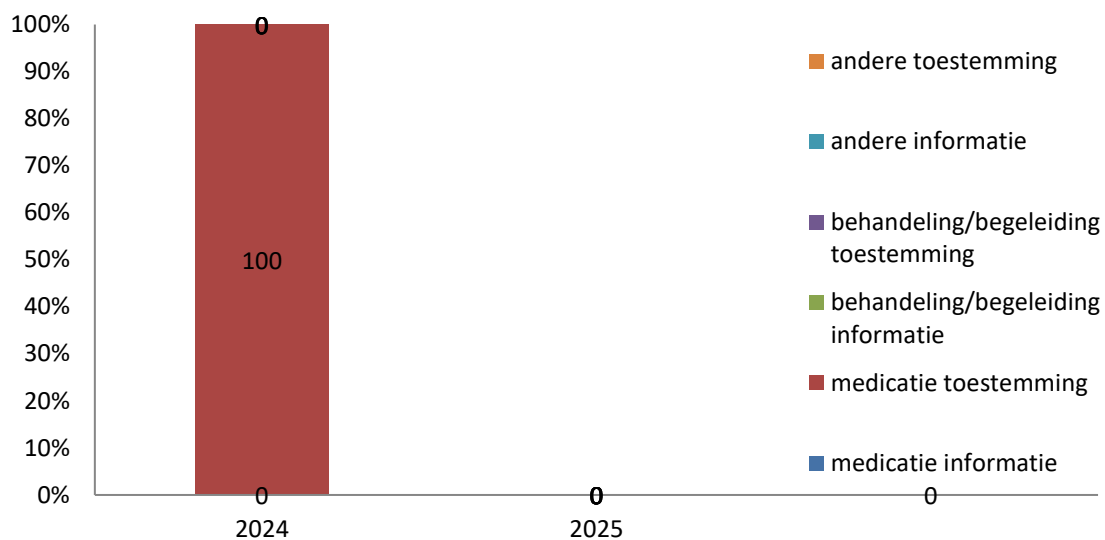
3. Recht op informatie



4. Recht op geïnformeerde toestemming

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	5	100,00	-	-
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	5	100	-	-

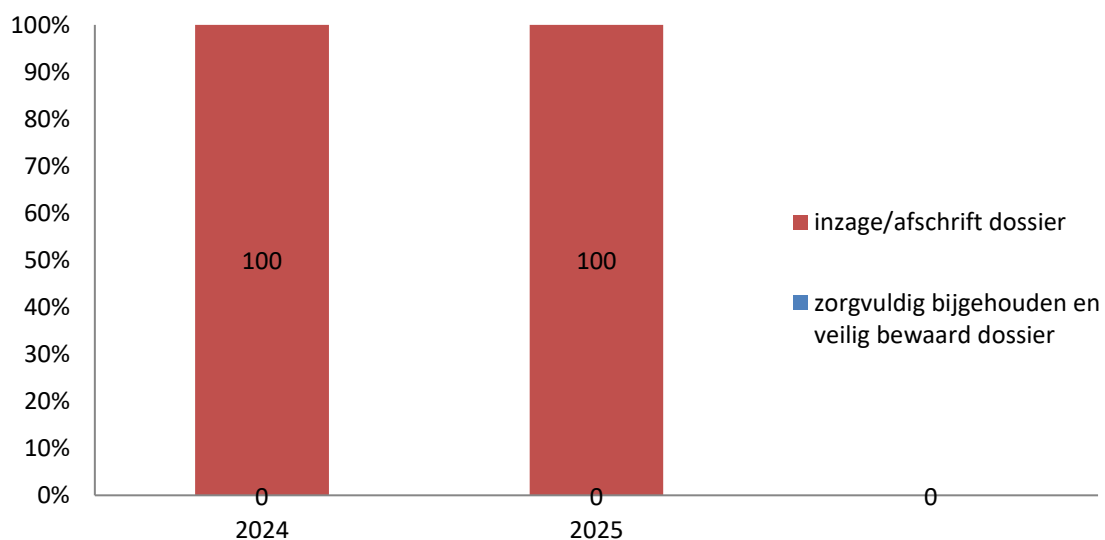
4. Recht op geïnformeerde toestemming



5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

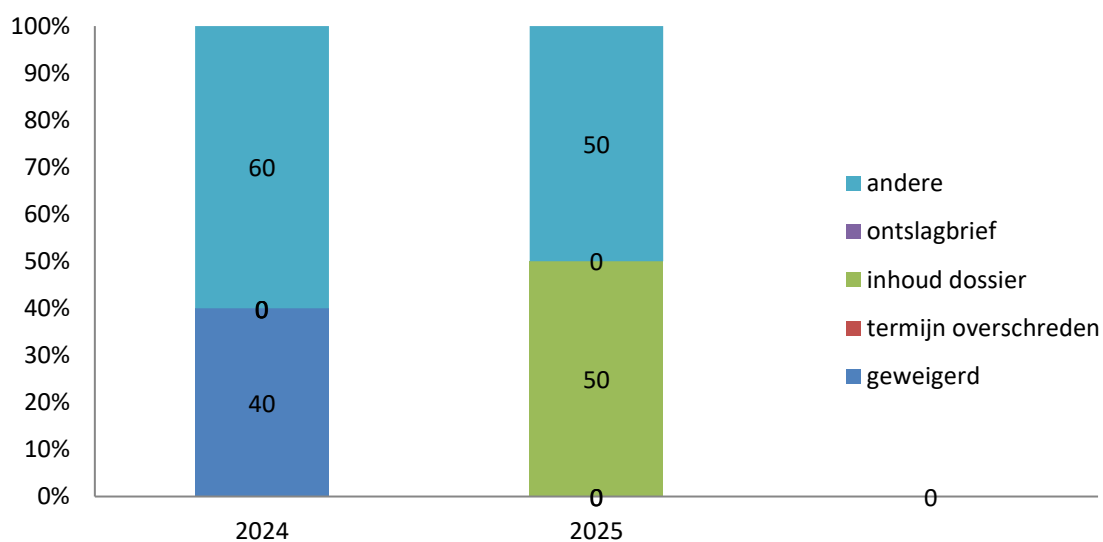
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	5	100,00	4	100,00
totaal	5	100	4	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier



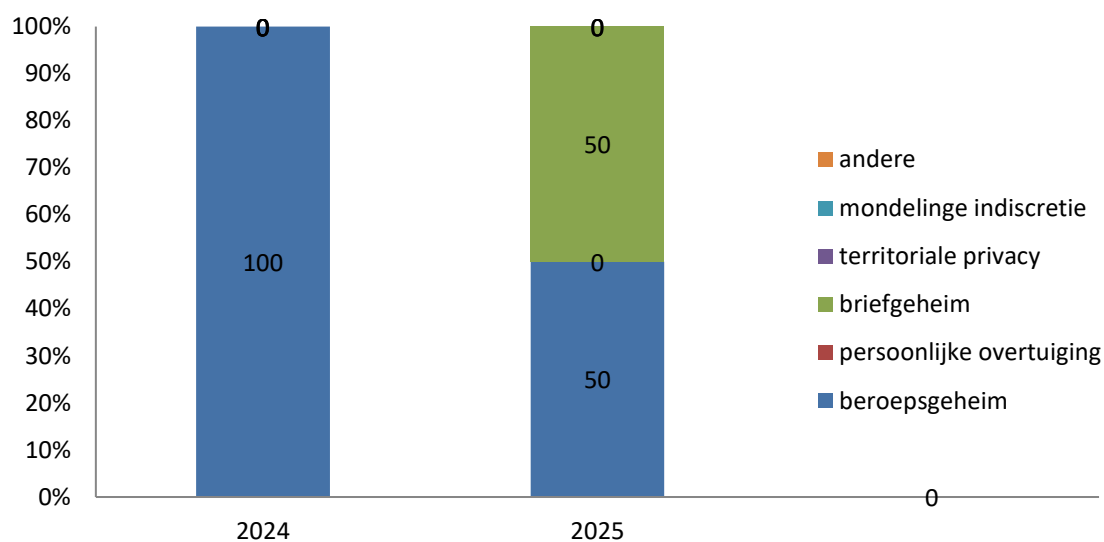
5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	2	40,00	-	-
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	-	-	2	50,00
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	3	60,00	2	50,00
totaal	5	100	4	100

5.A. Recht op inzage of afschrift



6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	100,00	1	50,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	1	50,00
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

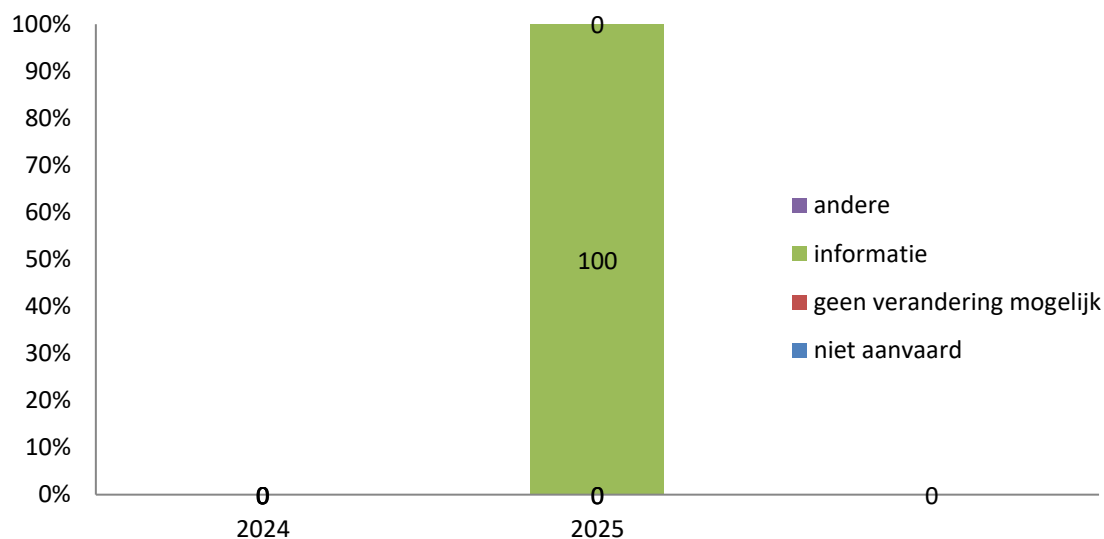
6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer



9. Recht op een vertrouwenspersoon

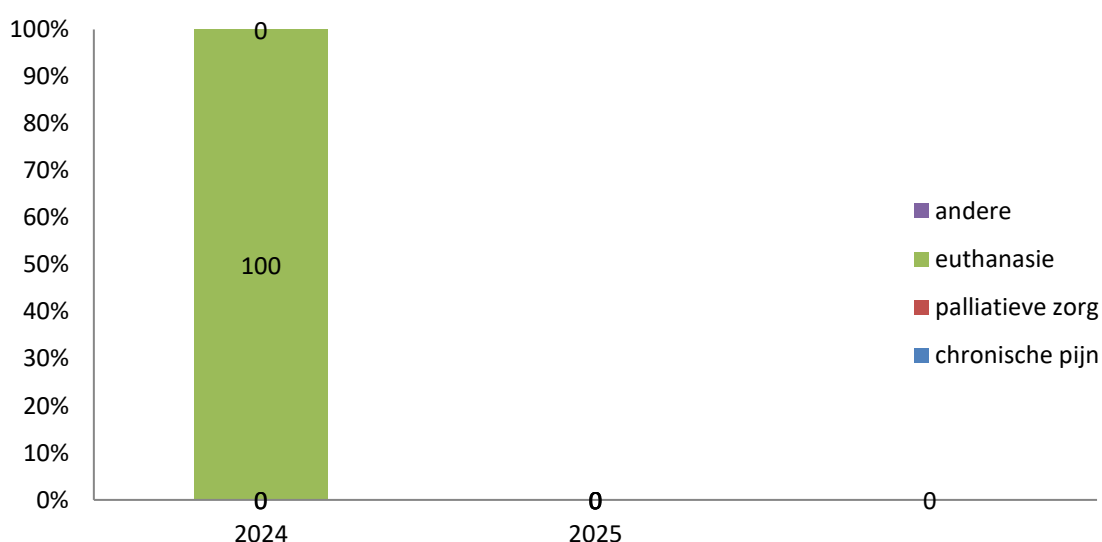
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon



10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

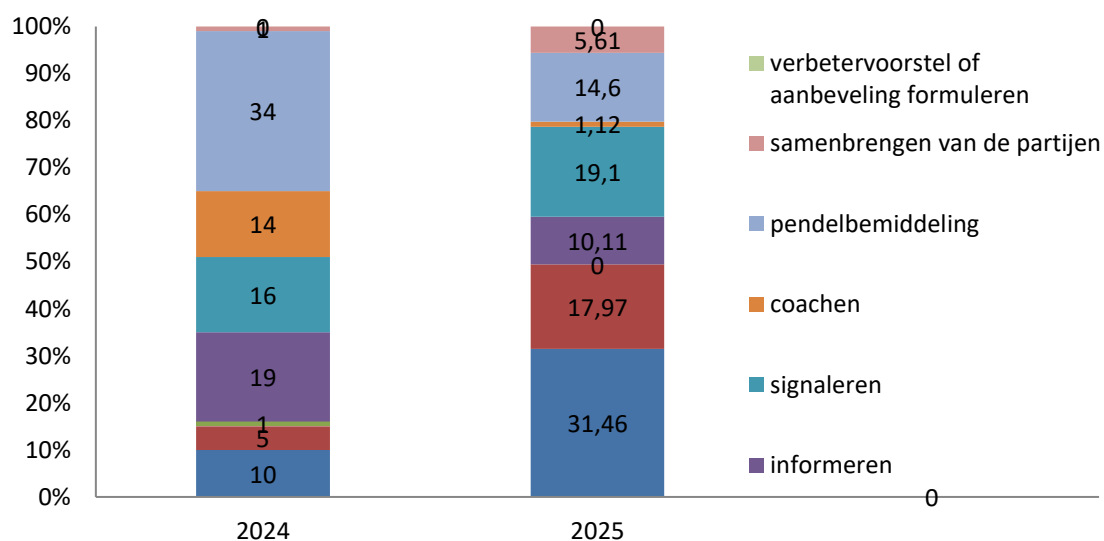


D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (89). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	10	10,00	28	31,46
doorverwijzen intern	5	5,00	16	17,97
doorverwijzen extern	1	1,00	-	-
informer	19	19,00	9	10,11
signaleren	16	16,00	17	19,10
coachen	14	14,00	1	1,12
pendelbemiddeling	34	34,00	13	14,60
samenbrengen van de partijen	1	1,00	5	5,61
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	-	-
totaal	100	100	89	100

Hoofdinterventie



E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	12	12,12	20	22,47
binnen de week	60	60,60	26	29,21
binnen de twee weken	13	13,13	12	13,48

binnen de vier weken	8	8,08	13	14,60
later dan vier weken	6	6,06	18	20,22
totaal	99	100	89	100

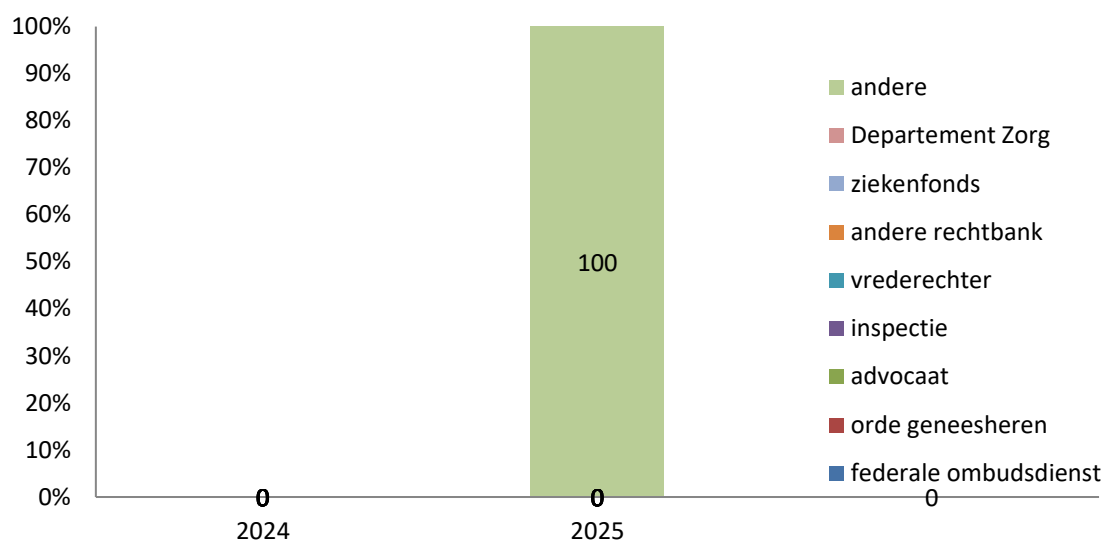
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	10	20

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.

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrede rechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Voorgestelde verdere stappen





Jaarverslag PTC Rustenburg Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Justine Wijnhoven



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon. De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

1. Inleiding

De ombudsdienst voor het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg wordt opgenomen door de onafhankelijke ombudsdienst geestelijke gezondheid. In die hoedanigheid staat de ombudsdienst in voor het bewaken en bevorderen van de patiëntenrechten en voor het ondersteunen van patiënten en hun context bij vragen, bezorgdheden of klachten. De ombudsdienst biedt een laagdrempelig aanspreekpunt en tracht, waar mogelijk, via dialoog en bemiddeling tot verduidelijking of herstel te komen.

Ook in 2025 bleven patiënten en hun naasten de weg naar de ombudsdienst vinden. Het aantal meldingen blijft, net zoals in de voorgaande jaren, eerder beperkt. Dit maakt dat de cijfers in dit verslag met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Kleine schommelingen kunnen immers een relatief grote invloed hebben op de procentuele verhoudingen.

Belangrijk om te benadrukken is dat de ombudsdienst de meldingen registreert zoals patiënten en hun context deze aanbrengen. De ombudsdienst doet geen waarheidsbevinding, maar vertrekt vanuit het verhaal en de beleving van de aanmelder. De gegevens in dit jaarverslag dienen dan ook gelezen te worden als signalen, die kunnen bijdragen aan reflectie en dialoog over de kwaliteit van zorg, eerder dan als objectieve vaststellingen.

2. Algemene evoluties en aanbevelingen

In 2025 ontving de ombudsdienst 9 meldingen, afkomstig van 8 verschillende melders. Het aantal meldingen blijft daarmee vergelijkbaar met de voorgaande jaren, waar eveneens een beperkt aantal meldingen werd geregistreerd. Het aantal individuele melders lag dit jaar iets hoger dan in de voorgaande jaren, wat erop kan wijzen dat meerdere patiënten of hun context de weg naar de ombudsdienst vonden, eerder dan dat eenzelfde patiënt herhaaldelijk contact opnam.

Bij de interpretatie van deze cijfers blijft voorzichtigheid aangewezen. Gezien het beperkte absolute aantal meldingen kunnen kleine verschuivingen een grote impact hebben op de procentuele verdeling. De cijfers worden daarom best gelezen als signaalinformatie, die mogelijke aandachtspunten zichtbaar maakt, maar geen algemene conclusies toelaat over de werking van de voorziening.

Wat de fase van het zorgtraject betreft, valt op dat een aantal meldingen afkomstig was van patiënten die zich reeds in de fase na ontslag bevonden. Dit wijst erop dat vragen en bezorgdheden zich niet uitsluitend tijdens de opname of behandeling voordoen, maar ook nadien een plaats krijgen. Het onderstreept het belang van een duidelijke afronding van het traject, heldere communicatie en voldoende aandacht voor nazorg en opvolging, zodat patiënten en hun context weten waar zij na het ontslag terecht kunnen.

Net zoals in de voorgaande jaren heeft het merendeel van de meldingen betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Binnen deze categorie kwamen dit jaar signalen naar voren rond de beleving van de behandeling, het samenleven in groep en het gevoel gehoord te worden.

Deze thema's sluiten nauw aan bij de eigenheid van de werking van Rustenburg, waar de behandeling in sterke mate psychotherapeutisch en groepsgericht is. Het functioneren binnen de leefgroep, de onderlinge dynamiek tussen patiënten en de relationele aspecten van de behandeling maken een wezenlijk onderdeel uit van het therapeutisch proces. Spanningen in de groep, gevoelens van onveiligheid of het ervaren van onvoldoende erkenning kunnen daardoor een grote impact hebben op de beleving van de zorg.

Blijvende aandacht voor een veilige en respectvolle groepsdynamiek, voor het tijdig opvangen van spanningen en voor een open dialoog met patiënten over hun beleving, kan bijdragen aan een therapeutisch klimaat waarin patiënten zich voldoende gedragen voelen om aan hun behandeling te werken.

Gelet op het beperkte aantal meldingen worden deze signalen best gelezen als aandachtspunten die eigen zijn aan een groepsgerichte psychotherapeutische setting. Ze vormen uitnodigingen tot reflectie en dialoog, eerder dan harde conclusies over de werking.

3. Algemeen besluit

Ook in 2025 bleef de ombudsdienst maandelijks aanwezig op het infomoment voor patiënten, met aansluitend een spreekuur. Deze formule blijft een laagdrempelige manier om patiënten te informeren over hun rechten en over de rol van de ombudsdienst, en biedt tegelijk ruimte voor vragen of bezorgdheden in een vertrouwde setting.

Het maandelijks infomoment vormt een breder informatieplatform voor patiënten, rond de werking van het ziekenhuis, de filosofie en patiëntenrechten, alsook geeft het informatie over de financiële aspecten van een opname. Op die manier draagt dit initiatief bij aan meer duidelijkheid, voorspelbaarheid en betrokkenheid tijdens het verblijf.

Deze infomomenten vormen een duidelijke meerwaarde binnen de werking van de voorziening en kunnen als een bijzonder en waardevol initiatief worden beschouwd. Ze versterken de toegankelijkheid van informatie voor patiënten en ondersteunen een open cultuur waarin vragen en bezorgdheden bespreekbaar zijn.

De ombudsdienst dankt de voorziening voor de constructieve samenwerking en voor de ruimte die wordt geboden om deze opdracht op een onafhankelijke en laagdrempelige manier te blijven opnemen.

4. Cijfers aanmeldingen Go-Between

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 11/02/2025, de laatste op 15/12/2025. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 9, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 9.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	9	9	8	9
aanmelders	8	6	5	8

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	8		9	
aanmelders	5		8	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	4	57,14	5	55,55
<i>binnen de week</i>	3	42,85	4	44,44
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	7	100	9	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	-	-
<i>1 contact</i>	4	50,00	4	44,44
<i>2 contacten</i>	1	12,50	-	-
<i>3 contacten</i>	1	12,50	4	44,44

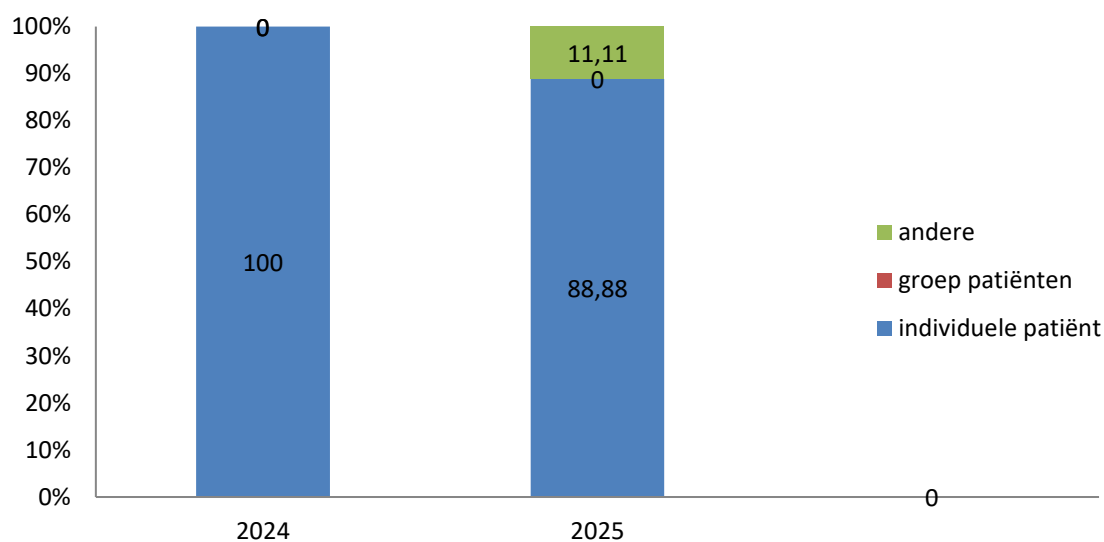
<i>meer dan 3 contacten</i>	2	25,00	1	11,11
totaal	8	100	9	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		4	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	8		9	

De 9 meldingen (2025) komen van in totaal 8 aanmelders.

Aantal meldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		meldingen	
Categorie	n	%	n	%
2	1	12,50	2	22,22
1	7	87,50	7	77,77
totaal	8	100	9	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	8	100,00	8	88,88
groep patiënten	-	-	-	-
andere	-	-	1	11,11
totaal	8	100	9	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



Initiële aanmelder indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familie lid/partner	-	-	1	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Hoedanigheid indien andere

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Terugkoppeling indien andere

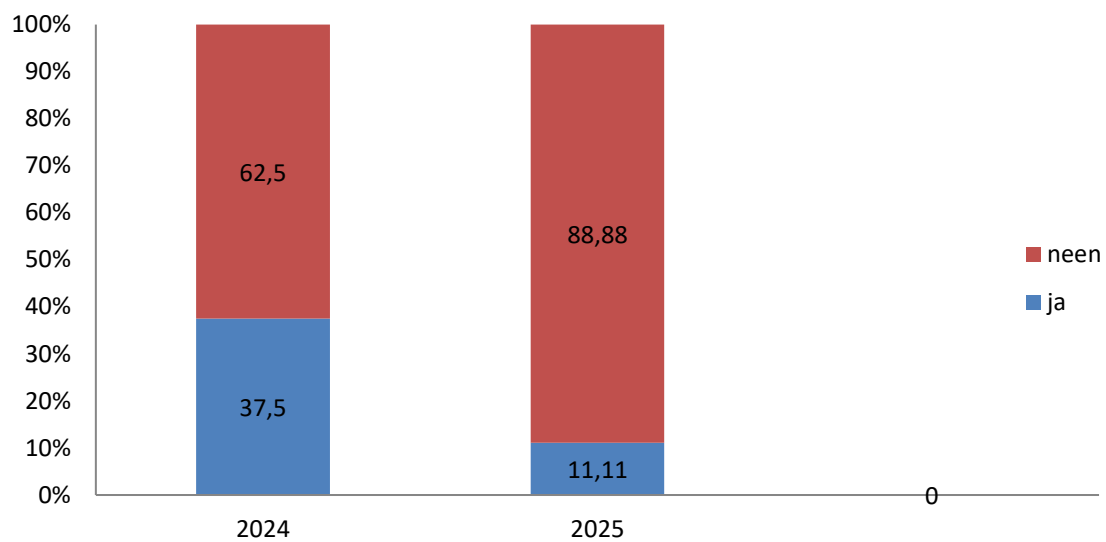
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	-	-	-	-

patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	1	100,00
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	-	-	1	100,00
Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is overleden	-	-	-	-
Patiënt is onbereikbaar	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	3	37,50	1	11,11
neen	5	62,50	8	88,88
totaal	8	100	9	100

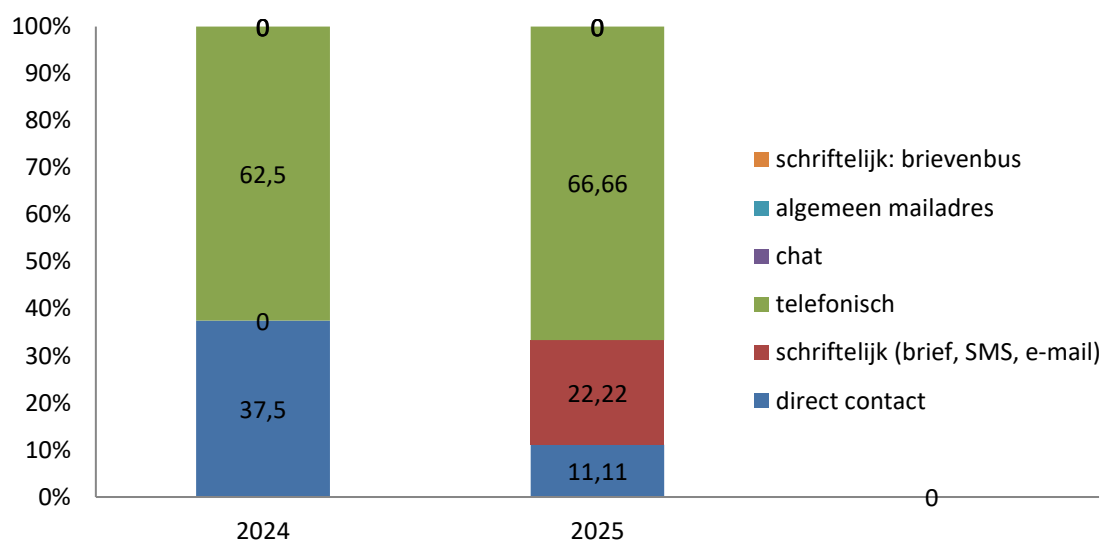
Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



B. Vorm van aanmelden

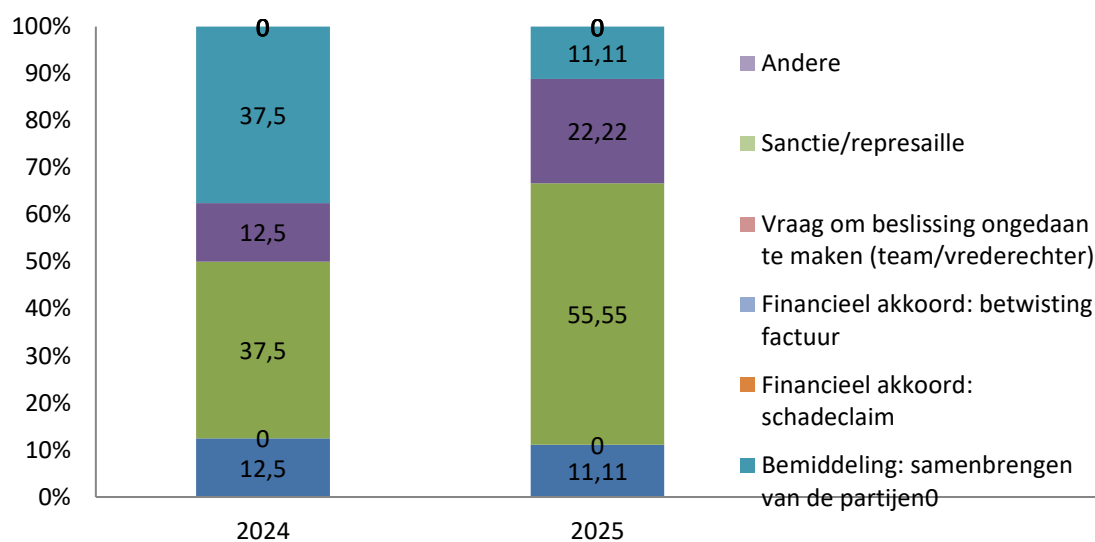
Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	3	37,50	1	11,11
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	-	-	2	22,22
telefonisch	5	62,50	6	66,66
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	-	-	-	-
totaal	8	100	9	100

Vorm van aanmelden



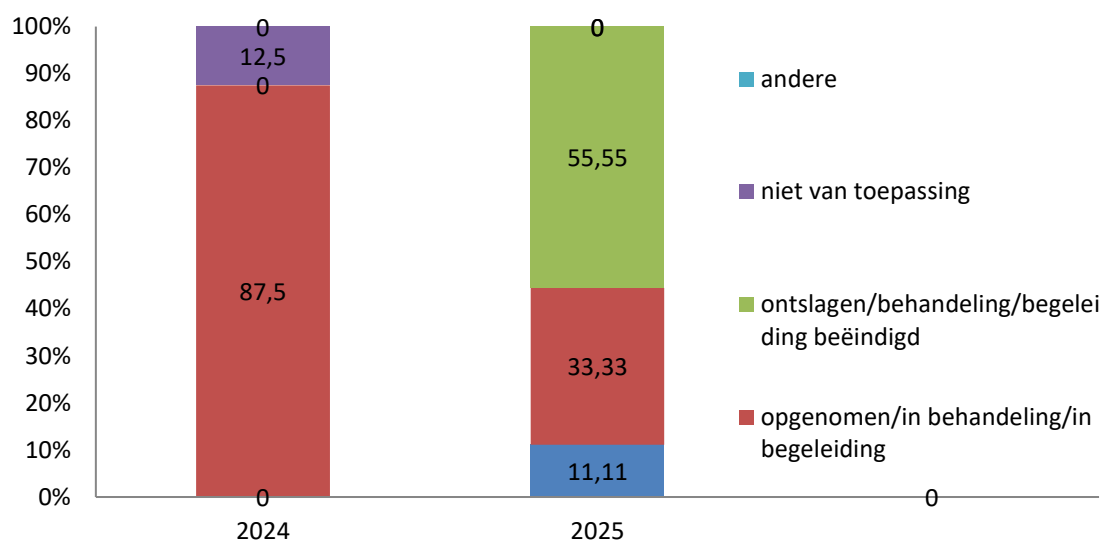
Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	1	12,50	1	11,11
Luisterend oor	-	-	-	-
Signaal	3	37,50	5	55,55
Bemiddeling: pendeldiplomatie	1	12,50	2	22,22
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	3	37,50	1	11,11
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	-	-
Financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	-	-	-	-
Sanctie/represaille	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-
totaal	8	100	9	100

Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	11,11
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	7	87,50	3	33,33
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	-	-	5	55,55
niet van toepassing	1	12,50	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	9	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



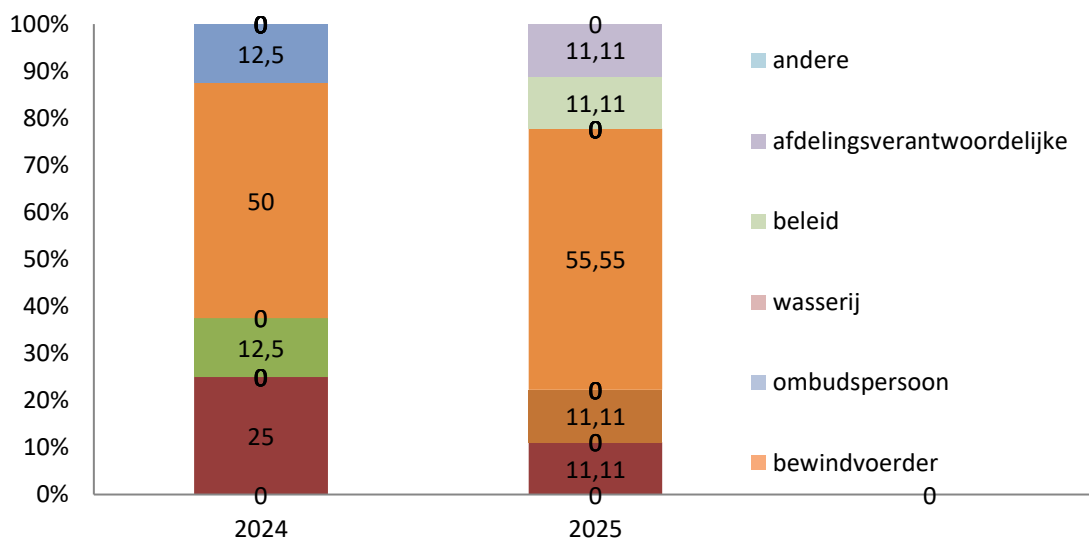
C. Inhoud van de aanmelding

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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	-	-	-	-
psychiater	2	25,00	1	11,11
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	-	-	1	11,11
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	1	12,50	-	-
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	4	50,00	5	55,55
administratieve dienst	1	12,50	-	-
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	-	-	-	-

poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
beleid	-	-	1	11,11
afdelingsverantwoordelijke	-	-	1	11,11
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	9	100

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken



Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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.

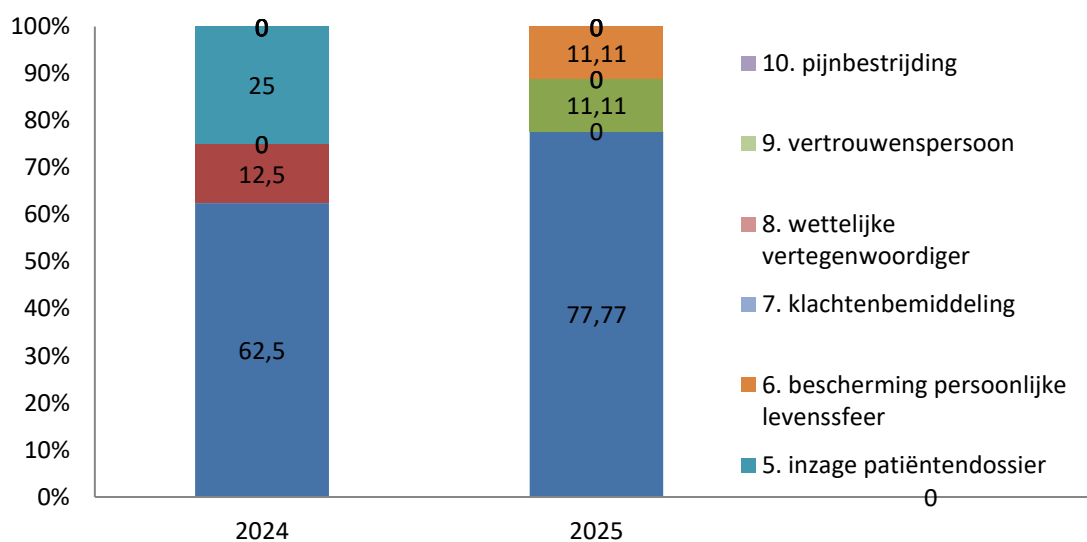
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	8	100,00	9	100,00
algemene vraag los van	-	-	-	-

patiëntenrecht				
totaal	8	100	9	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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	5	62,50	7	77,77
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	12,50	-	-
3. informatie	-	-	1	11,11
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. inzage patiëntendossier	2	25,00	-	-
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	1	11,11
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	8	100	9	100

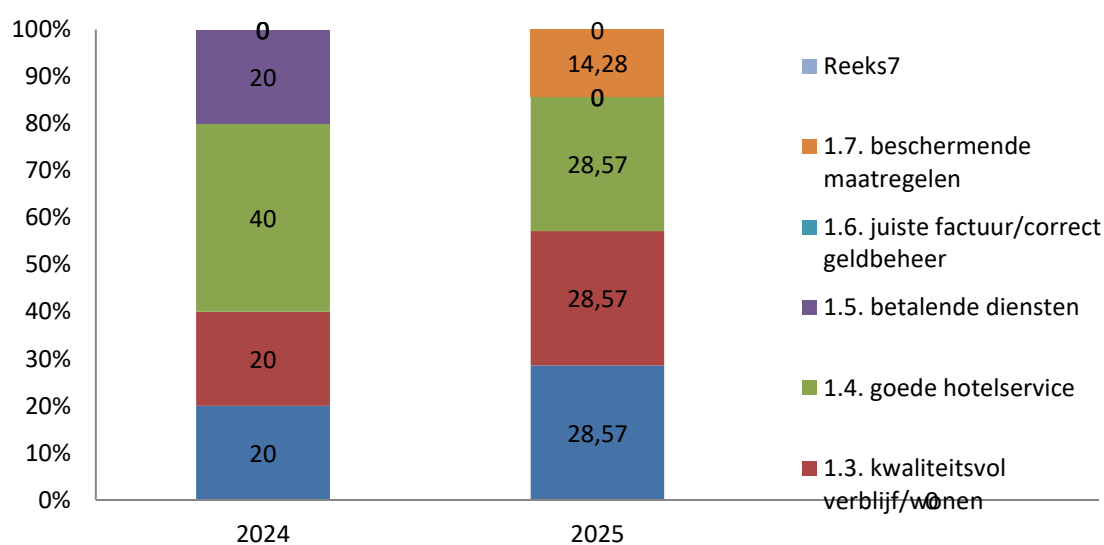
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op



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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	1	20,00	2	28,57
1.2. goede behandeling/begeleiding	1	20,00	2	28,57
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	2	40,00	2	28,57
1.4. goede hotelservice	1	20,00	-	-
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	1	14,28
1.7. beschermende maatregelen	-	-	-	-
totaal	5	100	7	100

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



1.1. Respectvolle bejegening

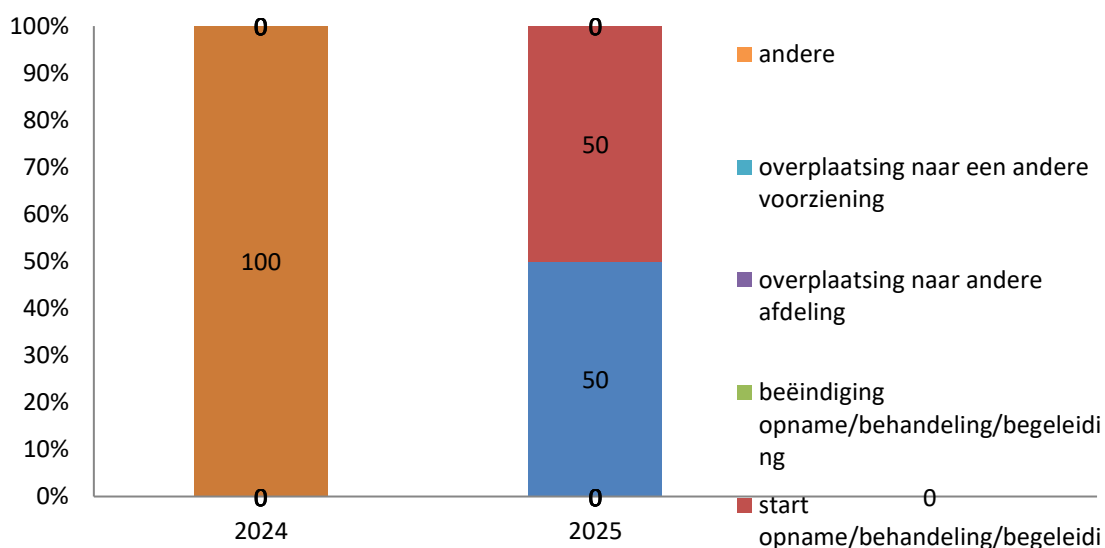
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	100,00	2	100,00
correcte omgangsvormen	-	-	-	-
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	1	100,00	-	-
betrokkenheid familie	-	-	1	50,00

start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	50,00
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding



Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	-	-	-	-
groepsleven	2	100,00	2	100,00
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-

weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	2	100

1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	-	-	-	-
infrastructuur/accommodatie	1	100,00	-	-
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	-	-	-	-
veiligheid goederen	-	-	-	-
wifi	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	1	100	-	-

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	100,00
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	1	50,00	-	-
inzage/afschrift dossier	1	50,00	-	-
totaal	2	100	-	-

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

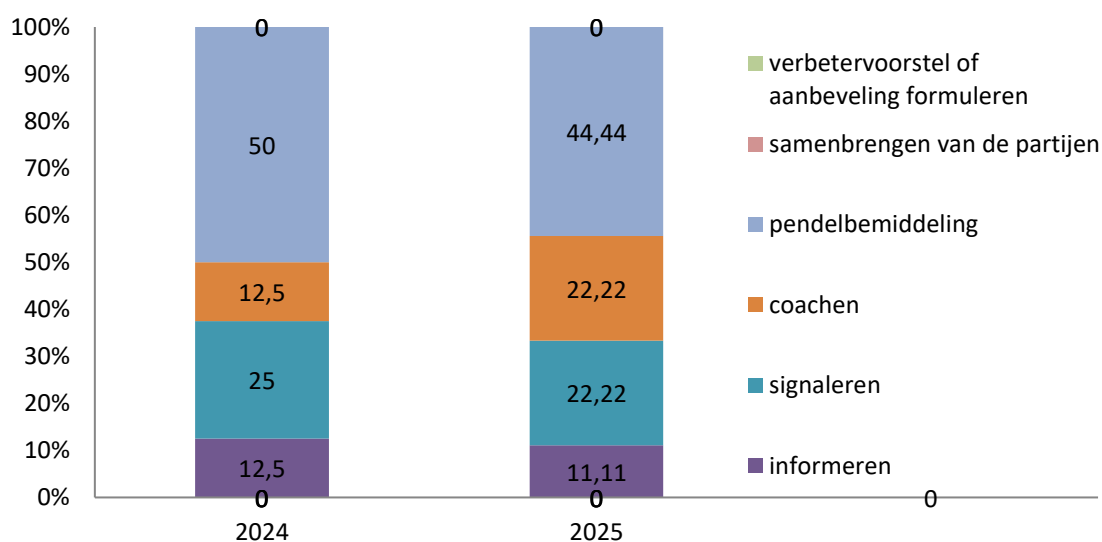
D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (9). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	-	-	-	-
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informereren	1	12,50	1	11,11
signaleren	2	25,00	2	22,22
coachen	1	12,50	2	22,22
pendelbemiddeling	4	50,00	4	44,44
samenbrengen van de partijen	-	-	-	-
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	-	-
totaal	8	100	9	100

Hoofdinterventie



E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	-	-	-	-
binnen de week	5	62,50	4	44,44
binnen de twee weken	-	-	1	11,11
binnen de vier weken	3	37,50	4	44,44
later dan vier weken	-	-	-	-
totaal	8	100	9	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	3	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.



Jaarverslag *PC Ariadne* Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inhoud

Over OOGG.....	1
Opdrachten van de externe ombudspersoon	1
Voorwoord	2
Inleiding.....	4
Aanbevelingen	5
Algemene cijfers	5
<i>Aanmeldingen</i>	5
<i>Vorm van aanmelden</i>	5
<i>Inhoud van de aanmelding</i>	6
<i>Hoofdinterventie</i>	6
<i>Afsluiting</i>	7
De uiteenzetting per recht.....	8
<i>Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening</i>	8
<i>Het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier</i>	9
Algemeen besluit	11
Aanmeldingen.....	12
A. Aanmeldingen en aanmelders.....	12
B. Vorm van aanmelden	18
C. Inhoud van de aanmelding	20
D. Hoofdinterventie.....	38
E. Afsluiting	39

Inleiding

Dit is het 22^{ste} jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst geestelijke gezondheidszorg. Vanuit OOGG voorzien wij jaarlijks een jaarverslag waarin we aanbevelingen en uitdagingen proberen formuleren in het licht van de meldingen. De meldingen zullen aan de hand van de rechten van de patiënt geduid worden. Om een duidelijk overzicht weer te geven, worden zowel de aantallen als de inhoud van de meldingen weergegeven. Ook cijfermateriaal wordt weergegeven waar nodig om verdere duiding te geven.

Dit jaarverslag is opgesteld door Emma De Mulder, de vaste externe ombudspersoon in PC Ariadne. Doorheen het jaar 2025 zijn alle meldingen geregistreerd die ontvangen en behandeld zijn. Bij OOGG gebruiken we hiervoor het registratiesysteem Go Between. Het blijft belangrijk om voor ogen te houden dat de meldingen die zich hebben voorgedaan, geregistreerd zijn door het oog van de aanmelder. Dit wil zeggen dat er bij registratie rekening gehouden wordt met de emoties en de invulling van de aanmelder over de situatie. De beleving van de aanmelder staat hierbij centraal. Daarnaast is het van belang aan te geven dat er op geen enkele manier aan waarheidsbevinding gedaan wordt. Er wordt zorgvuldig en zonder oordeel omgegaan met de melding.

Elke vrijdagvoormiddag tussen 9u-12u was de ombudspersoon aanwezig in het bureau aan het onthaal. Zowel patiënten en hun naasten als zorgverleners konden langskomen bij vragen en problemen. Tevens werd de zichtbaarheid ook gewaarborgd door de verschillende posters die op elke afdeling hangen. Via de brievenbussen op elke afdeling konden de patiënten ook meldingen doen. Deze werden zo veel als mogelijk geledigd. Daarnaast kon iedereen ook telefonisch contact opnemen, via mail of direct contact leggen bij aanwezigheid.

We hopen dat dit jaarverslag zorgvuldig bekeken en bevestigd wordt. Dit jaarverslag wordt tevens nog mondeling toegelicht. Bij vragen of bedenkingen mag u zich richten tot de ombudspersoon.

Aanbevelingen

In dit onderdeel van het jaarverslag worden de aanmeldingen, samen met enkele aanbevelingen gekaderd. Er wordt eerst en vooral ingegaan op de algemene cijfers met betrekking tot de aanmeldingen. Daarna worden enkele rechten belicht die het meeste aan bod zijn gekomen in de aanmeldingen, maar ook die belangrijk zijn om even aan te kaarten. Dit zijn het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening en het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier.

Algemene cijfers

Aanmeldingen

In 2025 zijn er 54 meldingen geregistreerd. Dit aantal ligt iets hoger dan 2024. De toename in aanmeldingen kan te wijten zijn aan het feit dat de ombudspersoon beter verankerd was in de organisatie. Patiënten en naasten hebben sneller de weg gevonden naar de ombudsdienst. Dit kan ook te maken hebben met de kennismaking op alle afdelingen door middel van de infosessies rond de wet op de patiëntenrechten, de zichtbaarheid op de afdelingen door de affiches, brochures en contactgegevens.

De aanmeldingen kwamen in totaal van 24 verschillende aanmelders. Dit wil zeggen dat er enkele aanmelders verschillende meldingen hebben gedaan. Iets meer dan de helft van de aanmeldingen (55,55%) kwam van individuele patiënten¹. Dit wil zeggen dat 44,44% van anderen kwamen. Onder 'Anderen' worden familieleden/partners (29,16%), een kennis (4,16%) en personeelsleden (66,66%) bedoeld. Meerderheid van de aanmelders (83,33%) was in 2025 nog niet in contact geweest met de externe ombudspersoon, waarbij 16,66% wel reeds contact had gehad.

Vorm van aanmelden

Er zijn verschillende manieren waarop mogelijke aanmelders contact kunnen opnemen, namelijk direct contact (mondeling), schriftelijk (brief, SMS, e-mail), telefonisch, chat OOGG, algemeen mailadres OOGG en schriftelijk (brievenbus). In 2025 is voor bijna de helft van de aanmeldingen (48,14%) telefonisch contact gelegd. Daarnaast werd voornamelijk schriftelijk contact gelegd via SMS of e-mail (37,03%). Er werd tevens direct contact gelegd bij 7,40% van de aanmeldingen, alsook bij contact via de brievenbussen op de afdelingen. Dit verschilt van de cijfers van 2024, waar er toen meer direct contact werd gelegd.

Bij elke aanmelding werd besproken welke verwachting de aanmelder had en welke actie er gesteld zou moeten worden. Er zijn weinig verschillen op te merken in de cijfers tussen 2024 en 2025. In 2025 werd gevraagd om een signaal uit te sturen (42,59%), om

¹ Opgelet: de aanmeldingen in dit jaarverslag zijn afkomstig van de patiënten binnen PC Ariadne. Dit wil zeggen dat de bewoners van de psychiatrische verzorgingstehuizen en beschut wonen hier niet in zijn opgenomen. Hiervoor wordt een apart jaarverslag opgemaakt.

informatie te krijgen (18,51%), om pendelbemiddeling (12,96%), om een luisterend oor (9,25%), om bemiddeling en het samenbrengen van de partijen (7,4%), om een beslissing van het team en/of vrederechter ongedaan te maken (5,55%), om een betwisting van een factuur (1,85%) of om een andere reden (1,85%).

De fase waarin de patiënt zich bevond tijdens de aanmelding is vergelijkbaar met de cijfers van 2024: de grootste groep was opgenomen/in behandeling/in begeleiding (81,48%). 12,96% van de patiënten waren reeds ontslagen of niet meer in begeleiding/behandeling en 5,55% is geregistreerd onder 'Andere'.

Inhoud van de aanmelding

Ook de inhoud van elke aanmelding is belangrijk om toe te lichten. Hieruit kan afgeleid worden waar de moeilijkheden zich nog bevinden. Niettemin worden geen details, persoonsgegevens of andere gevoelige informatie gedeeld in dit jaarverslag. Het is anderzijds wel van belang om aan te geven hoeveel aanmeldingen betrekking hadden op de rechten van de patiënt. De cijfers van 2025 zijn iets meer verdeeld dan de cijfers van 2024: 77,77% had weldegelijk betrekking op één van de patiëntenrechten en 22,22% was eerder een algemene vraag. Deze laatste is nog onder te verdelen in juridische vragen (66,66%), levensverhaal (25%) en andere (8,33%).

Net zoals in 2024 hadden de meeste aanmeldingen (73,8%) in 2025 betrekking op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Daarnaast kwamen ook het recht op inzage van het patiëntendossier (11,9%), het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (4,76%), het recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar (2,38%), het recht op informatie (2,38%), het recht op klachtenbemiddeling (2,38%) en het recht op een vertrouwenspersoon (2,38%) aan bod.

Onder de inhoud van de aanmelding wordt ook begrepen welke discipline(s) eventueel betrokken waren bij de melding. Voor de meerderheid van de aanmeldingen in 2025 was dit het geval. Bij slechts 18,51% van de aanmeldingen was er geen enkele discipline betrokken. In de aanmeldingen waren voornamelijk het multidisciplinair team (18,51%), de afdelingsverantwoordelijke (18,51%), de psychiater (12,96%), de technische dienst (7,4%), de verpleging (5,55%), de sociale dienst (5,55%), de ombudspersoon (3,7%), de persoonlijke begeleider (1,85%), de psycholoog (1,85%), de administratieve dienst (1,85%), de directie (1,85%) en andere (1,85%) betrokken.

Hoofdinterventie

Ondanks het initiële verzoek van de aanmelder kan de actie die gesteld zal worden, veranderen doorheen het proces. Zo kan bijvoorbeeld het initiële verzoek om een schadeclaim veranderen naar een bemiddeling. Signaleren kwam, net zoals bij de initiële verzoeken, het meeste aan bod, namelijk voor 29,62% van de aanmeldingen. Daarnaast werd er voornamelijk aan pendelbemiddeling gedaan (24,07%). Ook luisteren (20,37%), informeren (11,11%), samenbrengen van de partijen (5,55%), coachen (3,7%), intern doorverwijzen (3,7%) en extern doorverwijzen (1,85%) zijn acties die aan bod zijn gekomen.

Afsluiting

Alle aanmeldingen werden in 2025 afgesloten. Bij het grootste deel van de aanmeldingen (35,18%) werd de melding binnen de vier weken afgesloten. Daarnaast werden 29,62% van de aanmeldingen binnen de week afgesloten, 18,51% later dan 4 weken, 9,25% op dezelfde dag als de aanmelding en bijna 7,5% binnen de twee weken.

De tijd die nodig is om een aanmelding te behandelen, heeft met verschillende zaken te maken: de beschikbaarheid van partijen, de beschikbaarheid van de ombudspersoon, de dringendheid, de reactie op uitnodigingen en meer. Verdere stappen werden nog voorgesteld bij twee aanmeldingen.

De uiteenzetting per recht

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening kwam in 2025 het meeste aan bod, namelijk voor 73,8% van alle aanmeldingen. Dit recht wordt nog onderverdeeld in verschillende categorieën. Elke aanmelding werd specifiek geregistreerd onder één van deze categorieën. Zo kwamen in 2025 aanmeldingen aan bod die geregistreerd zijn onder goede behandeling/begeleiding (34,37%), respectvolle bejegening (21,87%), goede hotelservice (18,75%), kwaliteitsvol verblijf/wonen (15,62%), beschermende maatregelen (6,25%) en juiste factuur/correct geldbeheer (3,12%). Deze cijfers komen grotendeels overeen met de cijfers van 2024. Niettemin zijn er iets meer aanmeldingen gedaan met betrekking tot de goede behandeling/begeleiding dan in 2024, waar toen meer aanmeldingen met betrekking tot de goede hotelservice werden gedaan.

Goede behandeling/begeleiding, respectvolle bejegening, goede hotelservice en kwaliteitsvol verblijf/wonen zijn de categorieën die het meeste aan bod zijn gekomen. Ook binnen deze categorieën zijn onderverdelingen gemaakt die even toegelicht zullen worden. De meeste aanmeldingen met betrekking tot goede behandeling/begeleiding hadden te maken met goede behandeling/begeleiding, meer specifiek met somatische verzorging (9,09%), medicatie (18,18%), voldoende beschikbaarheid (9,09%), beëindiging opname/behandeling/begeleiding (27,27%), overplaatsing naar een andere voorziening (9,09%) en andere (27,27%). De aanmeldingen onder respectvolle bejegening hadden te maken met enerzijds correcte omgangsvormen (85,71%) en anderzijds verbaal grensoverschrijdend gedrag (14,28%). Opmerkelijk is de toename van aanmeldingen bij correcte omgangsvormen. Bij de aanmeldingen over kwaliteitsvol verblijf/wonen kwamen regels (60%), ontspanning/vrije tijd (20%) en weekend- en verlofregeling (20%) aan bod. Ook in deze categorie zijn meer aanmeldingen gebeurd in vergelijking met de cijfers van 2024. Bij de laatste categorie, goede hotelservice, liggen de aanmeldingen verspreid onder infrastructuur/accommodatie (50%), veiligheid van de persoon (16,66%), veiligheid van goederen (16,66%) en andere (16,66%).

Aanbeveling voor de voorziening

In de aanmeldingen over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening kwamen twee aspecten het meeste naar voor: nood aan communicatie en nood aan eigen autonomie. Kwaliteitsvolle dienstverlening gaat over het geven en krijgen van de best mogelijke zorgverlening op verschillende vlakken. Het gaat niet enkel en alleen over het krijgen van de goede zorg, een goede behandeling of de juiste medicatie. Het heeft ook te maken met de omgang tussen zorgverlener en patiënten, met de manier van communicatie of met het betrekken van de patiënt om samenwerking te bevorderen. De patiënten staan steeds meer steviger in zijn schoenen en proberen zaken aan te kaarten die volgens hun eigen beleving anders hadden kunnen lopen. Vaak komen opmerkingen of andere vormen van communicatie anders binnen bij de patiënt. Het kan bijvoorbeeld harder binnenkomen dan bedoeld was. Het is en blijft belangrijk om de communicatie tussen zorgverlener en patiënten te bevorderen, om samen in gesprek te gaan wanneer het fout zou lopen, maar ook om noden/wensen te kunnen uiten. Ook de communicatie rond het

verloop van de behandeling, de opname of de begeleiding is cruciaal. Blijven communiceren over de stand van zaken kan helpend zijn voor de patiënt. Door op het laatste moment een boodschap te communiceren, kan de patiënt zich in de steek gelaten voelen. Boodschappen hebben een enorme impact en dus is het zeer belangrijk om tijd en ruimte te voorzien om de communicatie goed te laten verlopen. Het is belangrijk om de verbinding met de patiënten terug aan te gaan.

Een ander aspect om even te belichten, is de manier van communicatie naar familie en naasten. Familie en naasten worden zoveel als mogelijk betrokken in het traject van de patiënt. De impact op hen is ook immens groot: zij staan aan de zijlijn en kijken vanop een afstand mee, zonder soms enige invloed te kunnen hebben. Wanneer zij nauw betrokken worden in het traject van de patiënt krijgen zij ook meer inzicht in de situatie, in de manier van werken, in allerlei zaken. Ook hier is het van belang om de communicatie te bevorderen, te bevragen en voorop te stellen.

Door de communicatie te bevorderen, kan de patiënt ook meer gestimuleerd worden in zijn eigen autonomie. Dat is een tweede belangrijk aspect. Een patiënt heeft nood aan eigen autonomie, om deze ook te kunnen inzetten in het eigen traject. Het stimuleren van de autonomie kan zich uiten door het bevragen van de wensen en noden van de patiënt. Er kan zo samen gekeken worden naar de best mogelijke zorg, de best mogelijke behandeling, maar ook hoe de patiënt de opname op de afdeling zelf ziet (bijvoorbeeld met betrekking tot praktische zaken). Ook hier blijft het zeer belangrijk om de samenwerking tussen zorgverlener en patiënt te bevorderen zodanig dat de autonomie gerespecteerd wordt en ingezet kan worden.

Het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier

In 2025 hebben er zich in totaal 5 meldingen voorgedaan die geregistreerd zijn onder het recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaar dossier, alsook recht op inzage en afschrift van dit dossier. Bij deze aanmeldingen ging het voornamelijk over de inhoud van het dossier (ontevredenheid, onwetendheid of het laten toevoegen van documenten).

Aanbeveling voor de voorziening

Ondanks het kleine aantal aanmeldingen over het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier is het belangrijk om het volgende aan te kaarten: dit recht heeft met meer te maken dan enkel en alleen het krijgen van inzage of afschrift, of het bijhouden en bewaren van het patiëntendossier. Ook hier staat communicatie tussen de zorgverlener en patiënt centraal. Het is niet altijd even goed geweten hoe een inzage of afschrift verkregen kan worden. Daarnaast is het ook niet altijd even goed geweten wat er precies in het dossier vermeld wordt. De communicatie speelt hier een belangrijke rol: communiceren over de praktische zaken en communiceren over de inhoud van het dossier. Er kunnen gevoelens van ontevredenheid geuit worden over de inhoud van het dossier, waarbij de vraag gesteld kan worden om bepaalde stukken aan te passen of zelfs te verwijderen. Ondanks het feit dat er geen stukken verwijderd kunnen worden, kunnen er wel altijd documenten toegevoegd worden aan het eigen dossier. Toevoegingen van

medische verslagen, van belangrijkste documenten van derden, maar ook toevoegingen van documenten waarin vermeld staat dat de patiënt niet akkoord gaat met een bepaalde diagnose. Dit is niet altijd geweten door de patiënten.

Als laatste is de communicatie tussen zorgverlener en patiënt bij inzage van het dossier zeer belangrijk. Probeer in gesprek te gaan met de patiënt, geef de tijd en ruimte om vragen te stellen en te antwoorden. Daarnaast is het ook van belang om de manier van communicatie over het dossier goed af te wegen: een fysiek gesprek is altijd aangenamer dan telefonisch of per mail. Hierbij gaat veel informatie verloren, zoals het non-verbaal gedrag. Het kan helpend zijn voor beide partijen, patiënt en zorgverlener, om elkaar fysiek te zien en zo in gesprek te gaan.

Algemeen besluit

In de aanmeldingen van 2025 is communicatie het grootste struikelpunt. Ondanks dat er zeker zaken zijn die goed lopen, lopen er nog enkele aspecten van de zorg niet altijd even goed. Nogmaals is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat dit de beleving is geweest van de aanmelders. Er leeft bij de patiënten tevens het gevoel dat aanmeldingen soms invloed kunnen hebben op het eigen traject. Hierdoor kunnen ze zich geremd voelen om een aanmelding te doen enerzijds. Anderzijds kan deze geremdheid ook invloed hebben tijdens de aanmelding: verwachtingen kunnen bijvoorbeeld veranderen. Ook hier speelt communicatie een belangrijke rol: door als voorziening uit te dragen open te staan voor samenwerking, verbetering of luisterbereidheid. In grote mate was dit zeker al aanwezig, maar het blijft van belang om de communicatie tussen zorgverlener en patiënt te optimaliseren en er genoeg oog voor te hebben. Dit geldt ook voor de communicatie tussen de zorgverleners en naasten. Ook dat blijft een aandachtspunt. De meeste aanbevelingen komen overeen met de aanbevelingen van VVOVAZ, de Vlaamse beroepsvereniging Ombudspersonen van alle Zorgvoorzieningen. Bij vragen hieromtrent, kan u zich ook richten tot de ombudspersoon.

De verankering van de externe ombudspersoon is ook belangrijk om even te belichten. Door het parcours aan wijzigingen van externe ombudspersonen voordien heeft de verankering van een vaste ombudspersoon in 2025 voor veel positief gezorgd: er zijn nieuwe contacten gelegd, nieuwe afspraken gemaakt en er werd op constructieve manieren samengewerkt. Er werd ook in de mate van het mogelijk al meer ingezet om de infosessies over de wet op de patiëntenrechten te organiseren. Hierdoor blikt de ombudspersoon positief terug op 2025. Bij deze een oprechte dank aan directie, medewerkers, patiënten en naasten voor het vertrouwen.

Als laatste is het ook belangrijk om de goede zaken te belichten. In 2025 was er openheid en vertrouwen om zaken te bespreken, zowel van de aanmelder als van de andere kant. Er werd ruimte en tijd voorzien om in gesprek te gaan over de problemen die zich hebben voorgedaan. Dit werd zeker geapprecieerd.

Een inspirerende quote van Karolin Vannieuwenhuyse in een interview op Zorgnet Icuero om mee te eindigen:

“Het komt opnieuw neer op de manier waarop je naar een klacht kijkt. Het is geen bedreiging, maar een cadeau. Het is een kans om te groeien en het beter te doen. Daarvoor moeten voorziening, directie en medewerkers zich op alle vlakken kwetsbaar durven opstellen.” (Marlier, 2020)

Aanmeldingen

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 18/02/2025, de laatste op 26/11/2025. Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 54, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 54.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders:

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	77	62	42	54
aanmelders	58	41	26	24

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	42		54	
aanmelders	26		24	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	29	74,35	31	57,40
<i>binnen de week</i>	10	25,64	18	33,33
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	4	7,40
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	1	1,85
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	39	100	54	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	3	7,14	-	-
<i>1 contact</i>	18	42,85	21	38,88
<i>2 contacten</i>	18	42,85	9	16,66
<i>3 contacten</i>	1	2,38	15	27,77
<i>meer dan 3 contacten</i>	2	4,76	9	16,66
totaal	42	100	54	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	4		12	

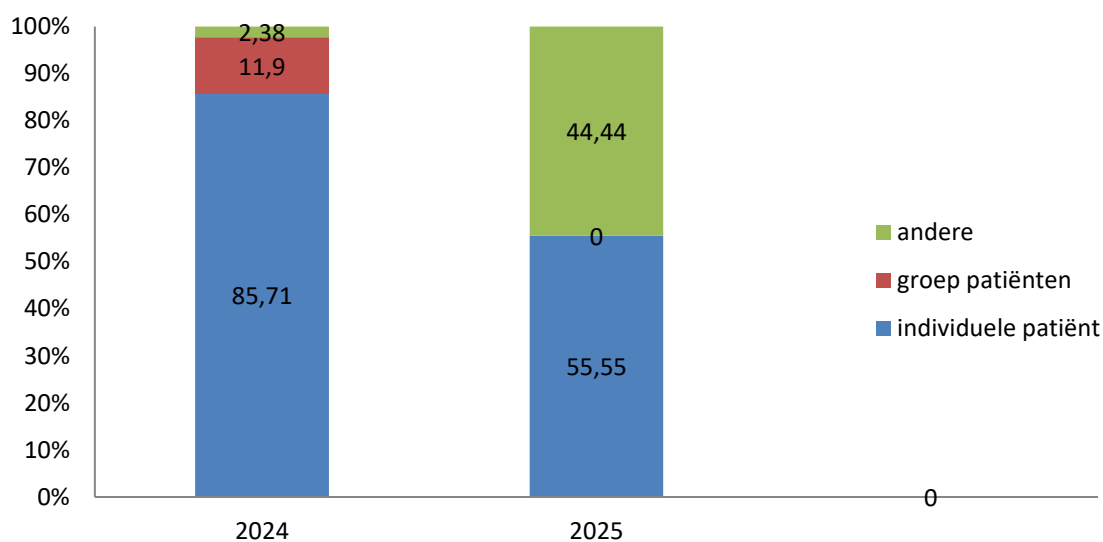
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	41		54	

De **54** meldingen (2025) komen van in totaal 24 aanmelders.

Aantal meldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		meldingen	
Categorie	n	%	n	%
8	1	4,16	8	14,81
7	1	4,16	7	12,96
5	2	8,33	10	18,51
3	3	12,50	9	16,66
2	3	12,50	6	11,11
1	14	58,33	14	25,92
totaal	24	100	54	100

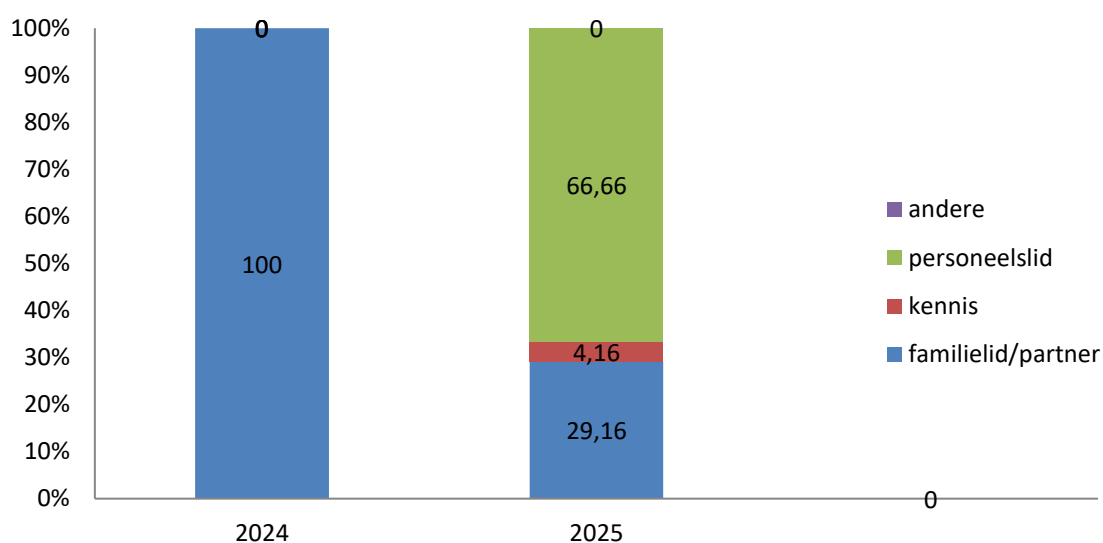
Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	36	85,71	30	55,55
groep patiënten	5	11,90	-	-
andere	1	2,38	24	44,44
totaal	42	100	54	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere



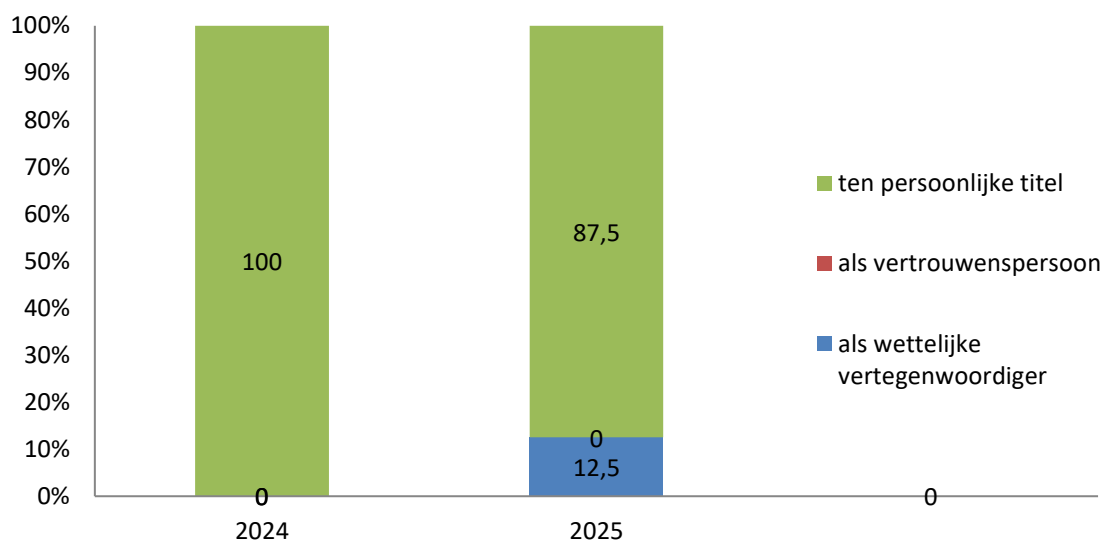
Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familieelid/partner	1	100,00	7	29,16
kennis	-	-	1	4,16
personeelslid	-	-	16	66,66
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	24	100

Initiële aanmelder indien andere



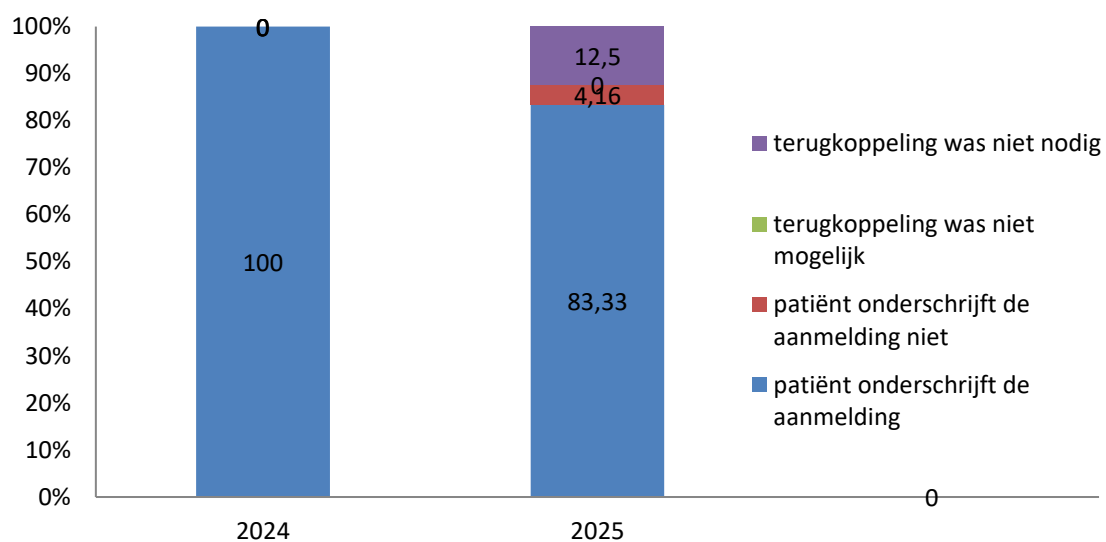
Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	3	12,50
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	1	100,00	21	87,50
totaal	1	100	24	100

Hoedanigheid indien andere



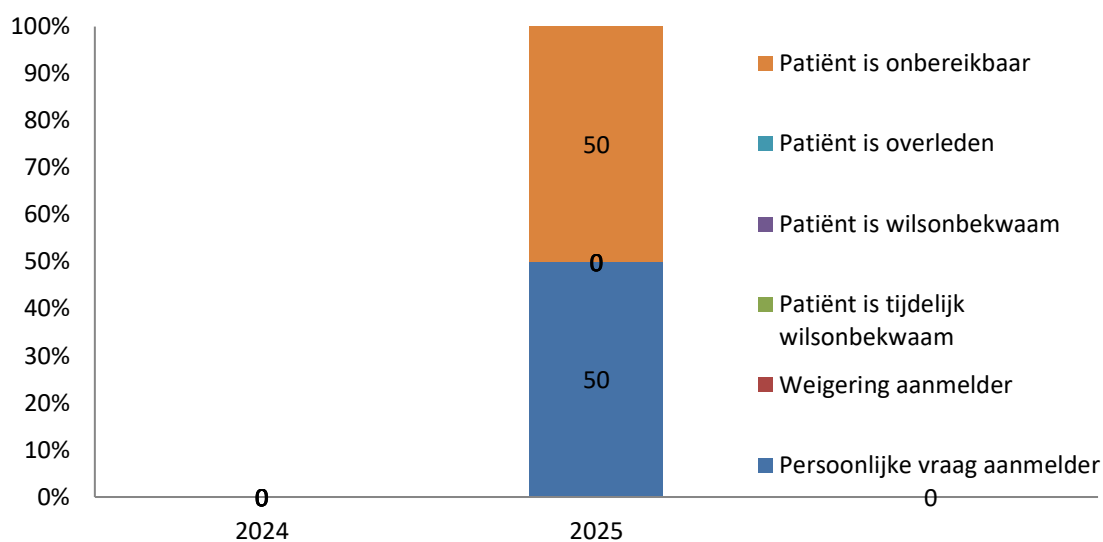
Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	100,00	20	83,33
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	1	4,16
terugkoppeling was niet mogelijk	-	-	-	-
terugkoppeling was niet nodig	-	-	3	12,50
totaal	1	100	24	100

Terugkoppeling indien andere



Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	-	-	3	50,00
Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is overleden	-	-	-	-
Patiënt is onbereikbaar	-	-	3	50,00
totaal	-	-	6	100

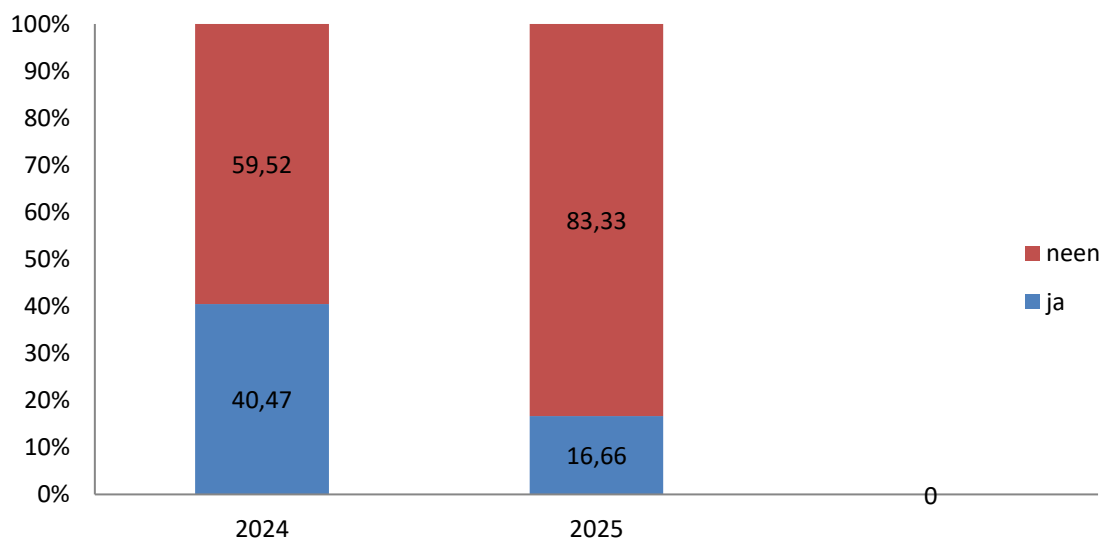
Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden



Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	17	40,47	9	16,66
neen	25	59,52	45	83,33
totaal	42	100	54	100

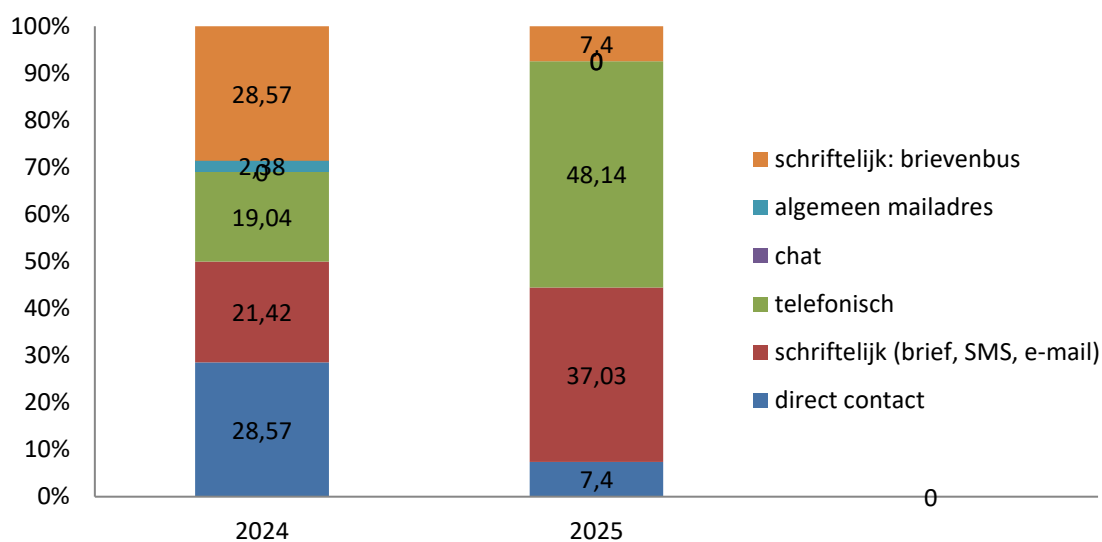
Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?



B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	12	28,57	4	7,40
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	9	21,42	20	37,03
telefonisch	8	19,04	26	48,14
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	1	2,38	-	-
schriftelijk: brievenbus	12	28,57	4	7,40
totaal	42	100	54	100

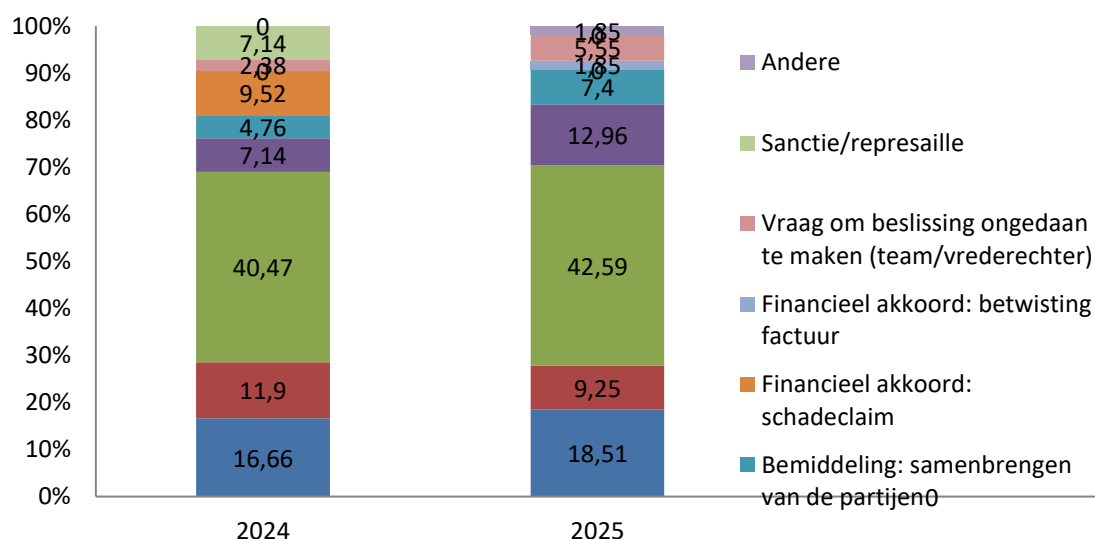
Vorm van aanmelden



Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	7	16,66	10	18,51
Luisterend oor	5	11,90	5	9,25
Signaal	17	40,47	23	42,59
Bemiddeling: pendeldiplomatie	3	7,14	7	12,96
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	2	4,76	4	7,40
Financieel akkoord:	4	9,52	-	-

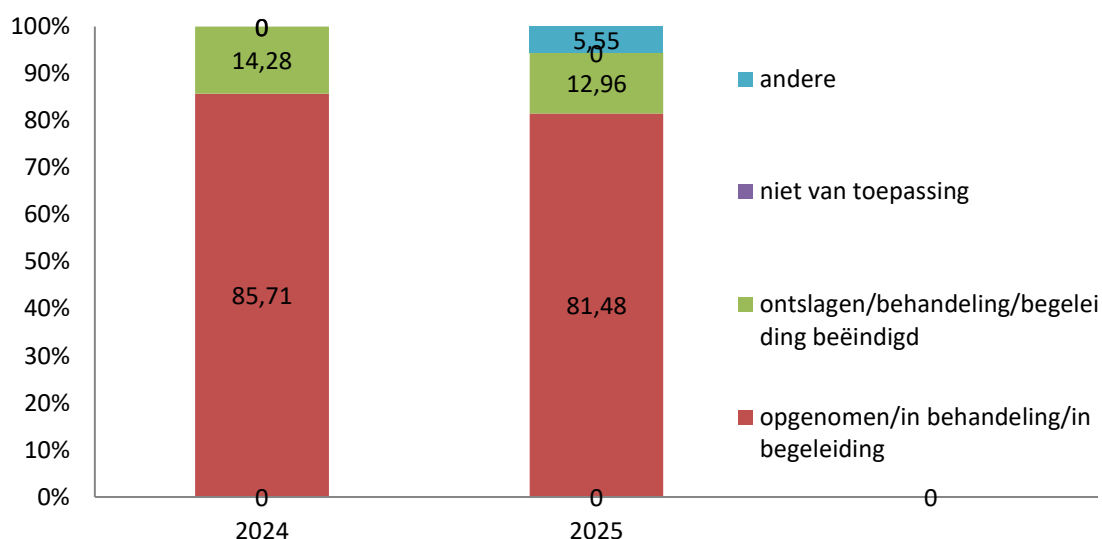
schadeclaim				
Financieel akkoord: betwisting factuur	-	-	1	1,85
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	1	2,38	3	5,55
Sanctie/represaille	3	7,14	-	-
Andere	-	-	1	1,85
totaal	42	100	54	100

Het initieel verzoek patiënt betreft



Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	36	85,71	44	81,48
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	6	14,28	7	12,96
niet van toepassing	-	-	-	-
andere	-	-	3	5,55
totaal	42	100	54	100

Fase waarin patiënt zich bevindt



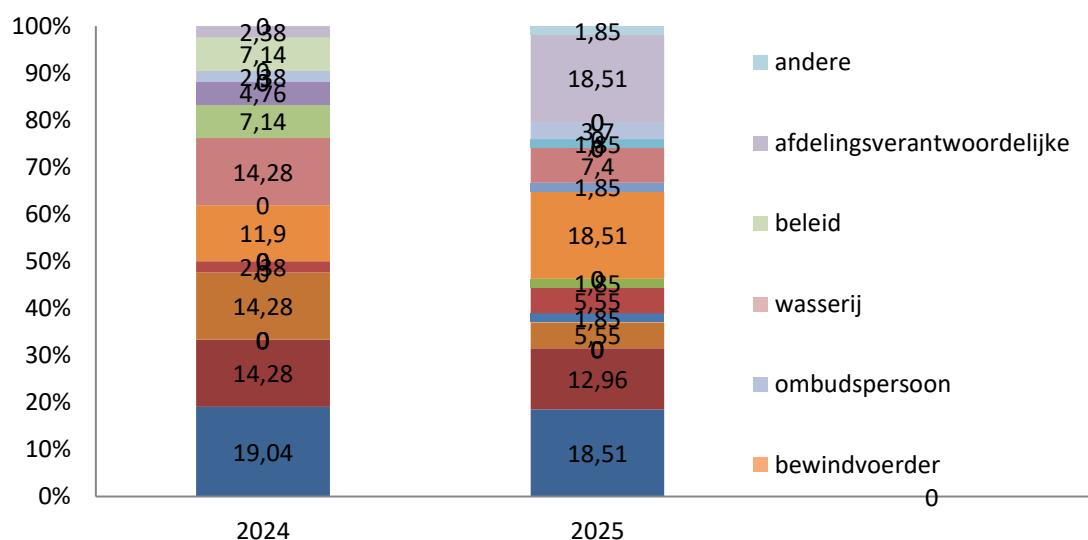
C. Inhoud van de aanmelding

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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	8	19,04	10	18,51
psychiater	6	14,28	7	12,96
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	6	14,28	3	5,55
persoonlijke begeleider	-	-	1	1,85
sociale dienst	1	2,38	3	5,55
psycholoog	-	-	1	1,85
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	5	11,90	10	18,51
administratieve dienst	-	-	1	1,85
technische dienst	6	14,28	4	7,40
voedingsdienst	3	7,14	-	-

poetsdienst	2	4,76	-	-
directie	-	-	1	1,85
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	1	2,38	2	3,70
wasserij	-	-	-	-
beleid	3	7,14	-	-
afdelingsverantwoordelijke	1	2,38	10	18,51
andere	-	-	1	1,85
totaal	42	100	54	100

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken

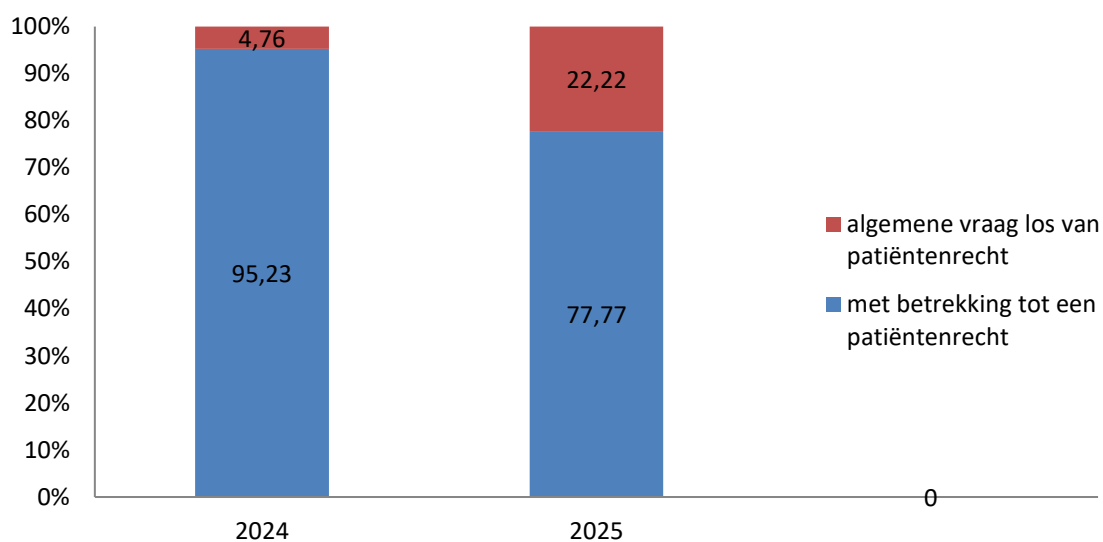


Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	40	95,23	42	77,77
algemene vraag los van patiëntenrecht	2	4,76	12	22,22
totaal	42	100	54	100

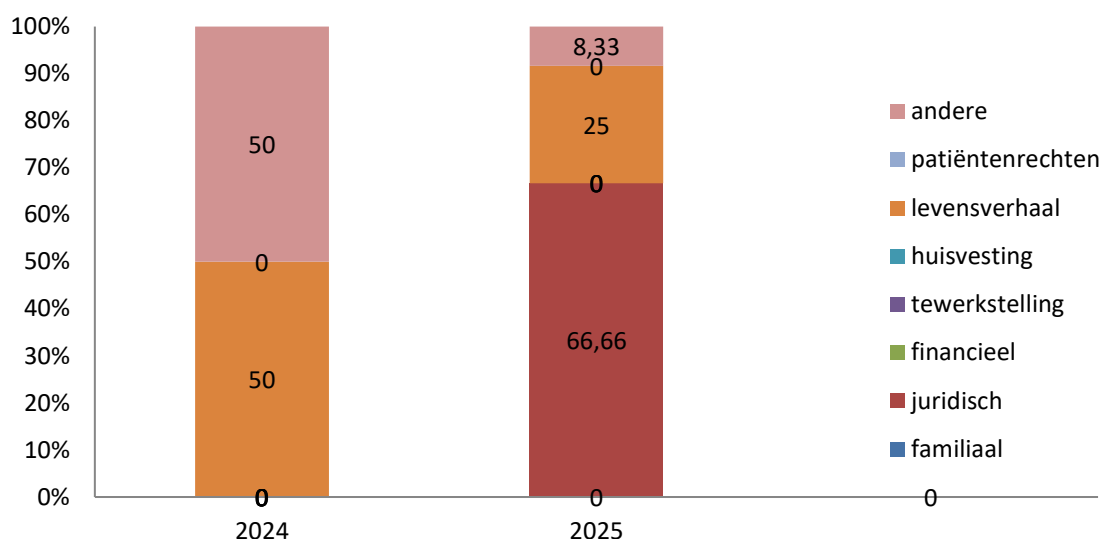
Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ



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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	8	66,66
financieel	-	-	-	-
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	1	50,00	3	25,00
patiëntenrechten	-	-	-	-
andere	1	50,00	1	8,33
totaal	2	100	12	100

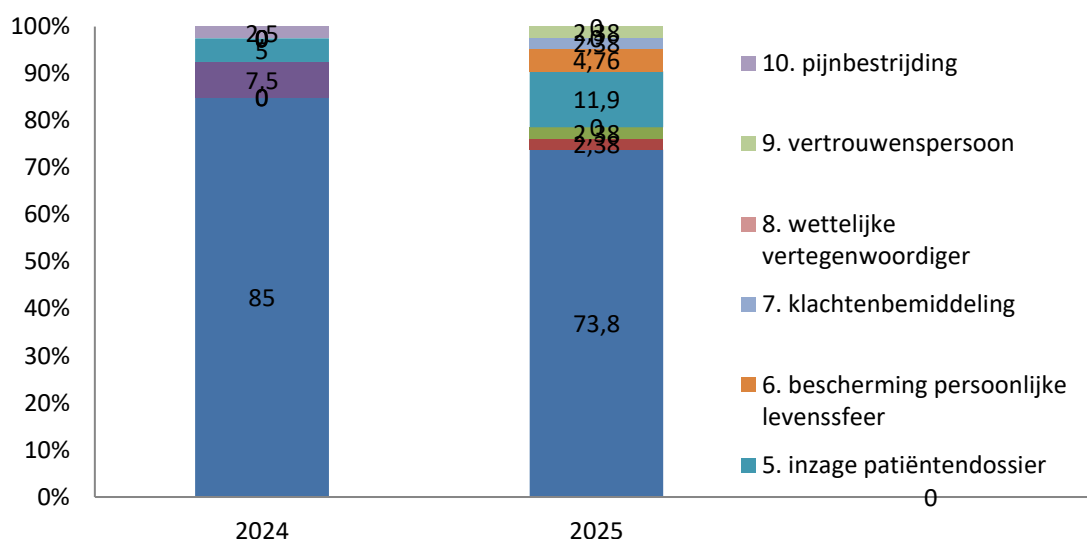
Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten



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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	34	85,00	31	73,80
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	2,38
3. informatie	-	-	1	2,38
4. geïnformeerde toestemming	3	7,50	-	-
5. inzage patiëntendossier	2	5,00	5	11,90
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	2	4,76
7. klachtenbemiddeling	-	-	1	2,38
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	1	2,38
10. pijnbestrijding	1	2,50	-	-
totaal	40	100	42	100

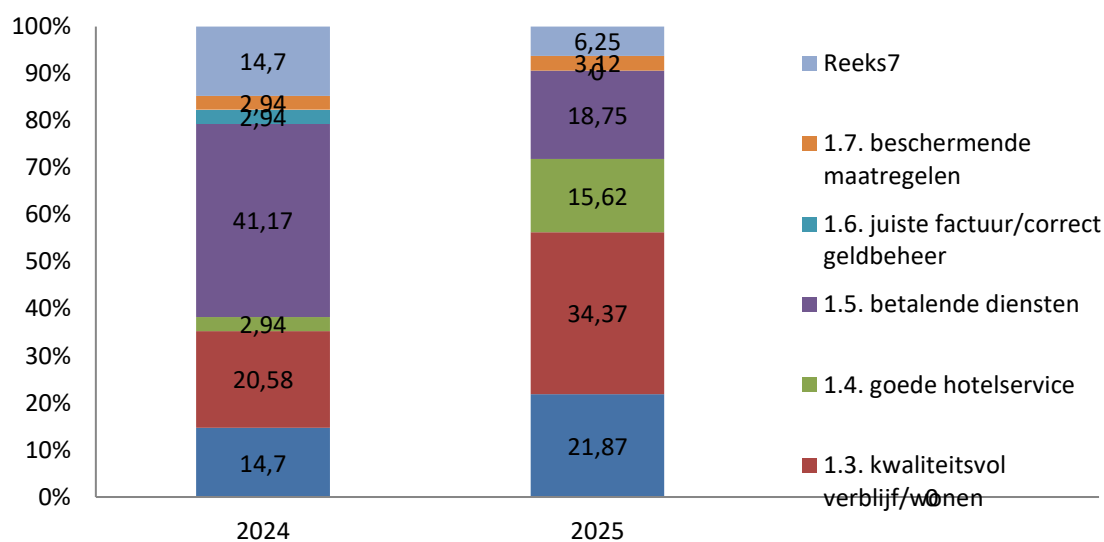
Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op



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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	5	14,70	7	21,87
1.2. goede behandeling/begeleiding	7	20,58	11	34,37
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	2,94	5	15,62
1.4. goede hotelservice	14	41,17	6	18,75
1.5. betalende diensten	1	2,94	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	2,94	1	3,12
1.7. beschermende maatregelen	5	14,70	2	6,25
totaal	34	100	32	100

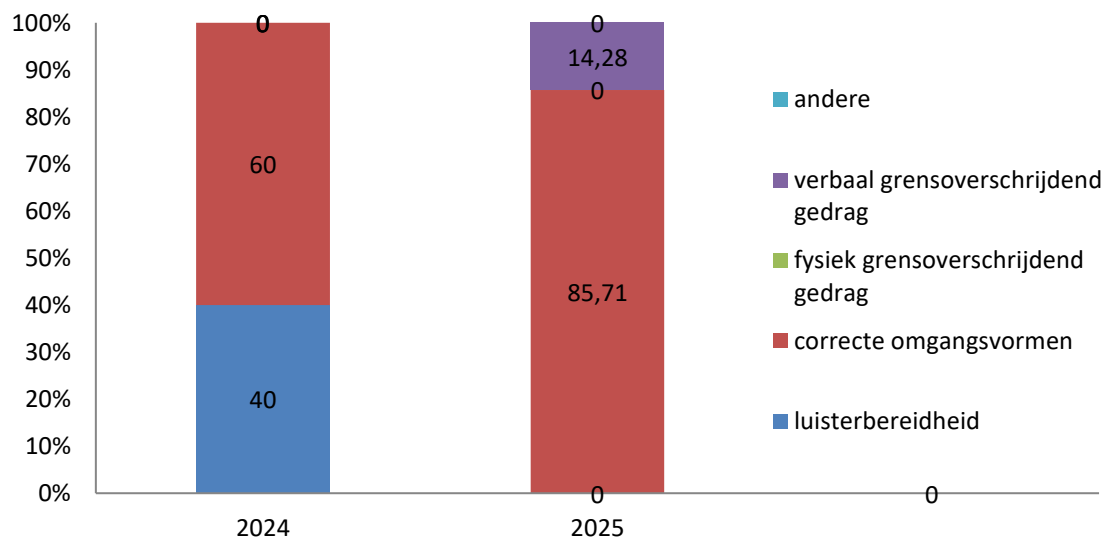
1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening



1.1. Respectvolle bejegening

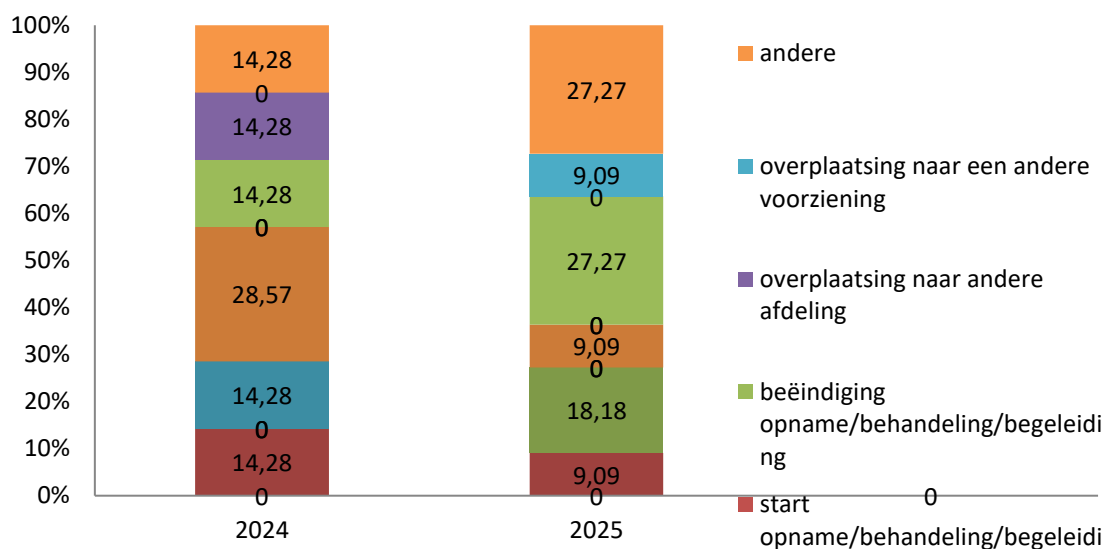
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	2	40,00	-	-
correcte omgangsvormen	3	60,00	6	85,71
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	-	-	1	14,28
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	7	100

1.1. Respectvolle bejegening



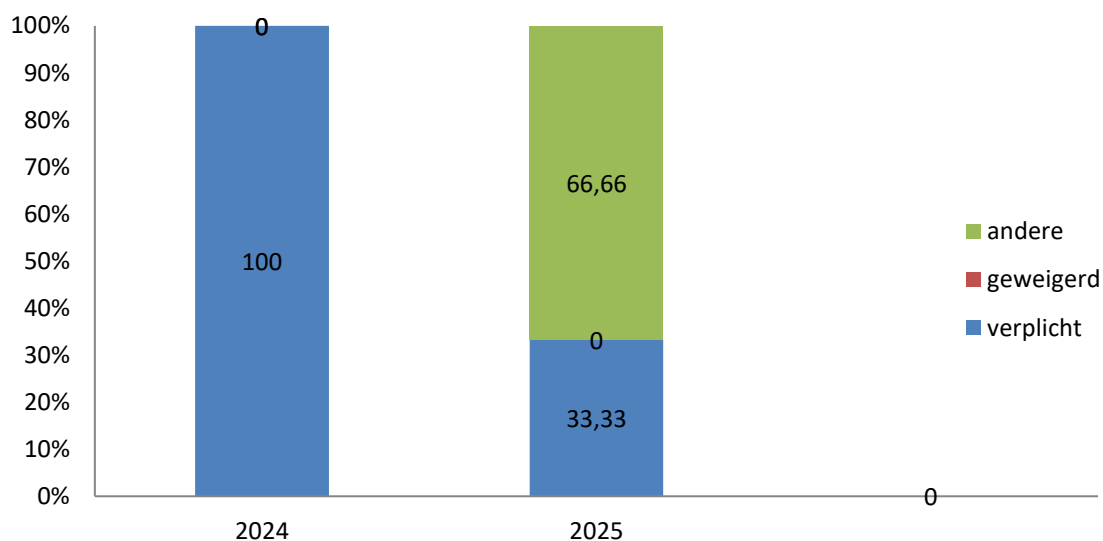
1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	1	14,28	1	9,09
medicatie	-	-	2	18,18
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	1	14,28	-	-
voldoende beschikbaarheid	2	28,57	1	9,09
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	14,28	3	27,27
overplaatsing naar andere afdeling	1	14,28	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	1	9,09
andere	1	14,28	3	27,27
totaal	7	100	11	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding



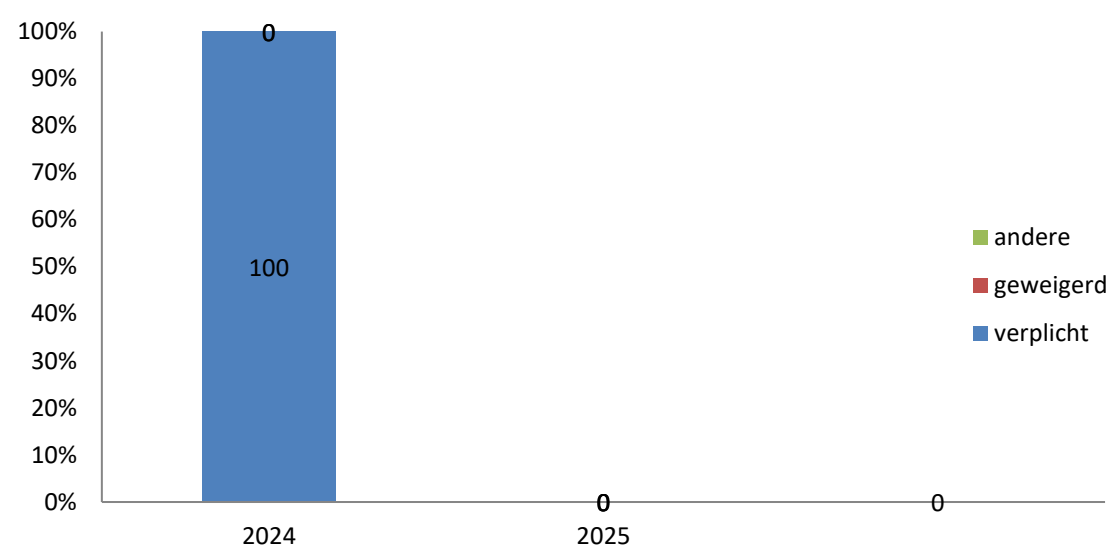
Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	1	33,33
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	2	66,66
totaal	1	100	3	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding



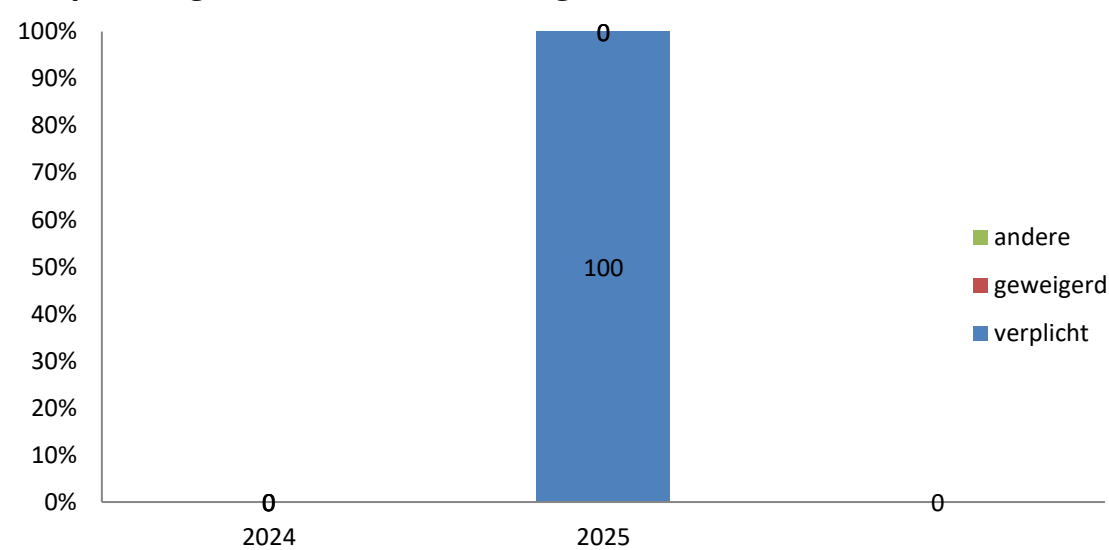
Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Overplaatsing naar andere afdeling



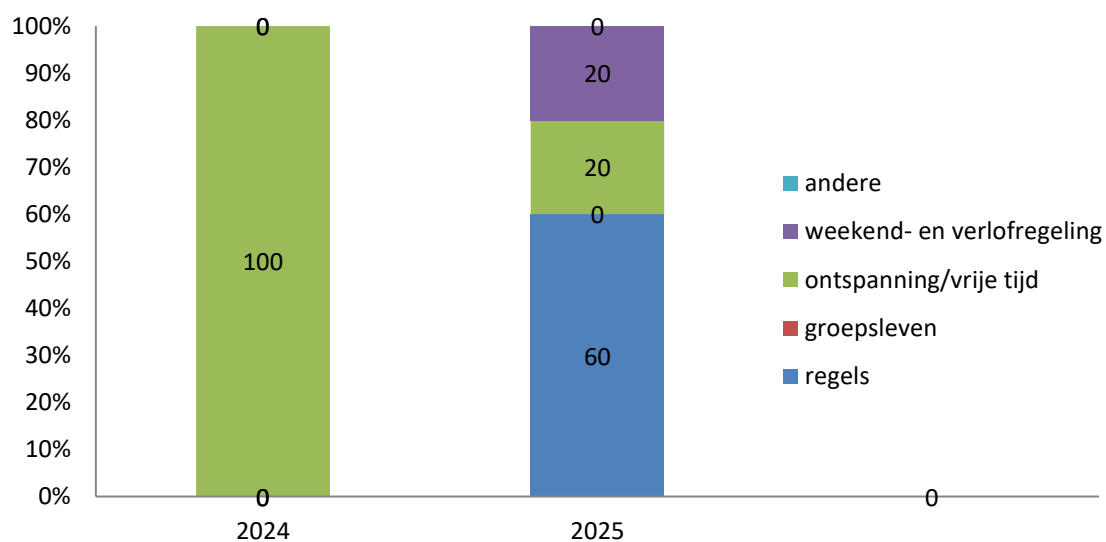
Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Overplaatsing naar andere voorziening



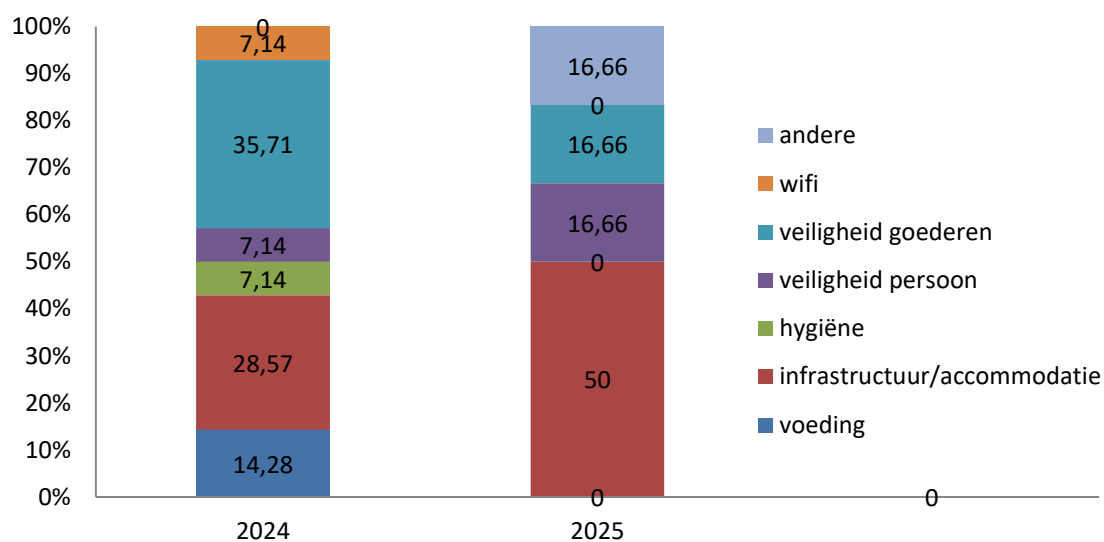
1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	-	-	3	60,00
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	1	100,00	1	20,00
weekend- en verlofregeling	-	-	1	20,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	5	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen



1.4. Goede hotelserie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	2	14,28	-	-
infrastructuur/accommodatie	4	28,57	3	50,00
hygiëne	1	7,14	-	-
veiligheid persoon	1	7,14	1	16,66
veiligheid goederen	5	35,71	1	16,66
wifi	1	7,14	-	-
andere	-	-	1	16,66
totaal	14	100	6	100

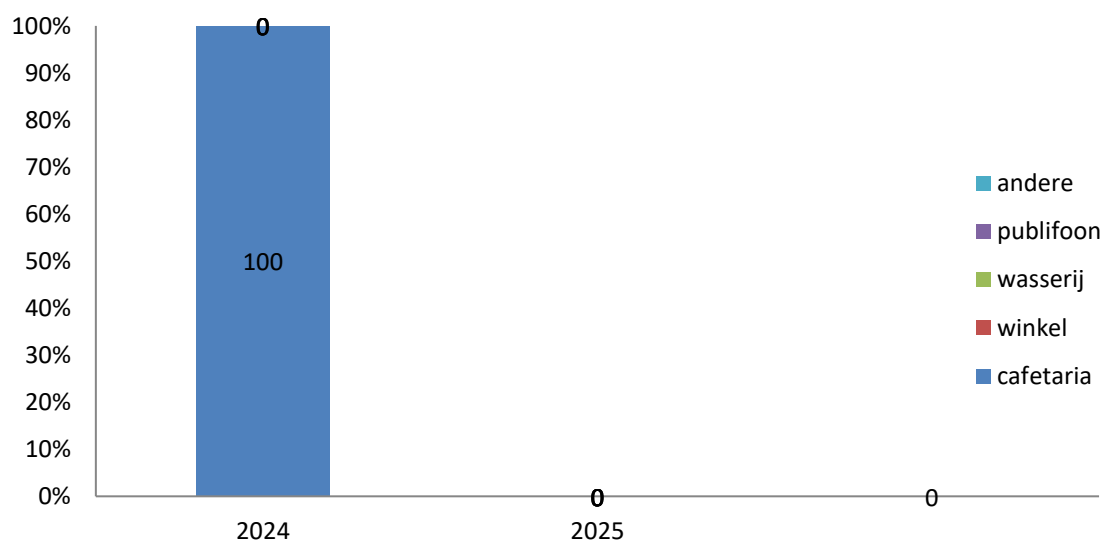
1.4. Goede hotelservice



1.5. Betalende diensten

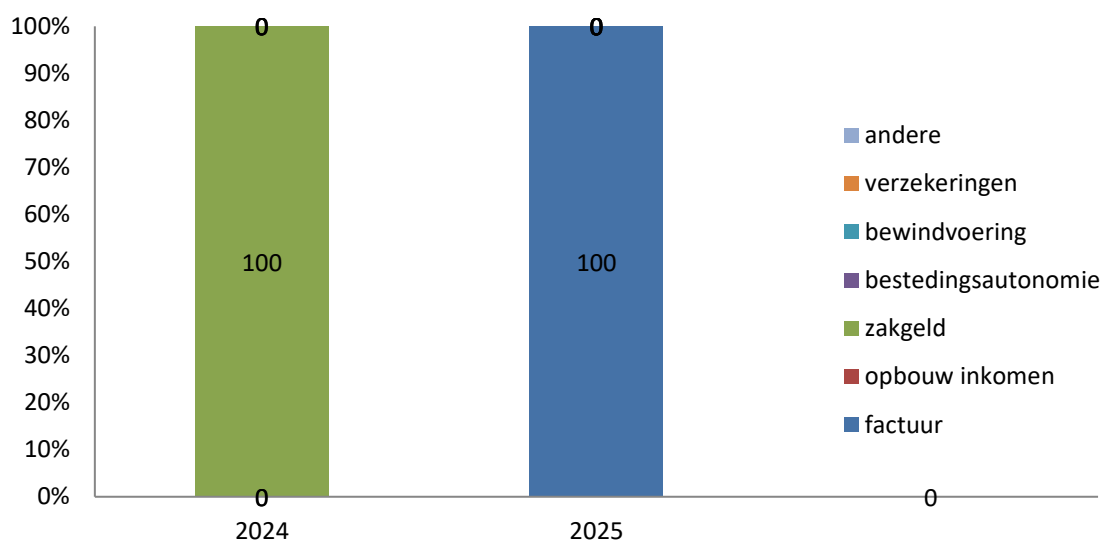
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafetaria	1	100,00	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

1.5. Betalende diensten



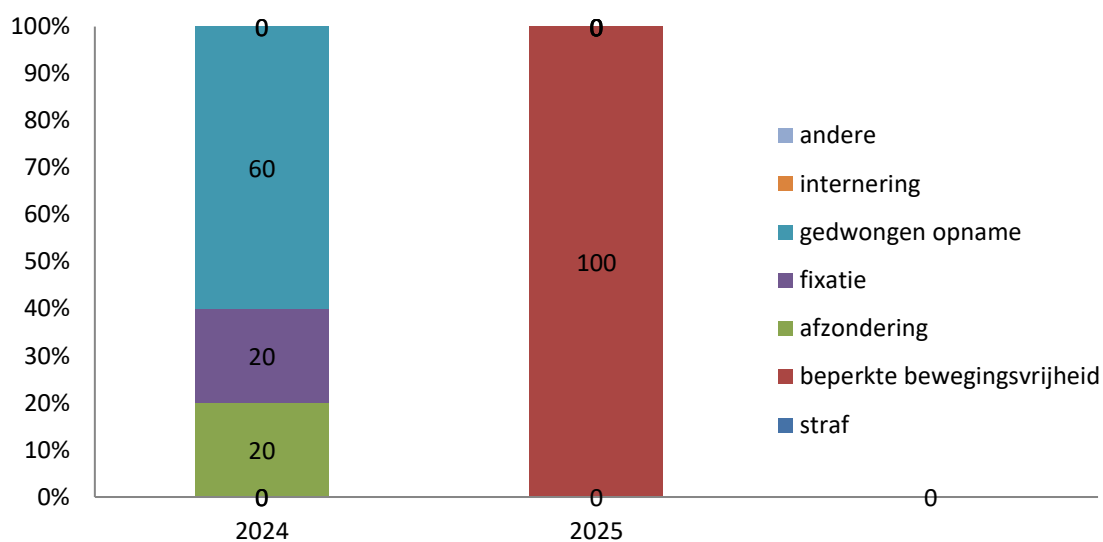
1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	1	100,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	1	100,00	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer



1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	2	100,00
afzondering	1	20,00	-	-
fixatie	1	20,00	-	-
gedwongen opname	3	60,00	-	-
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	2	100

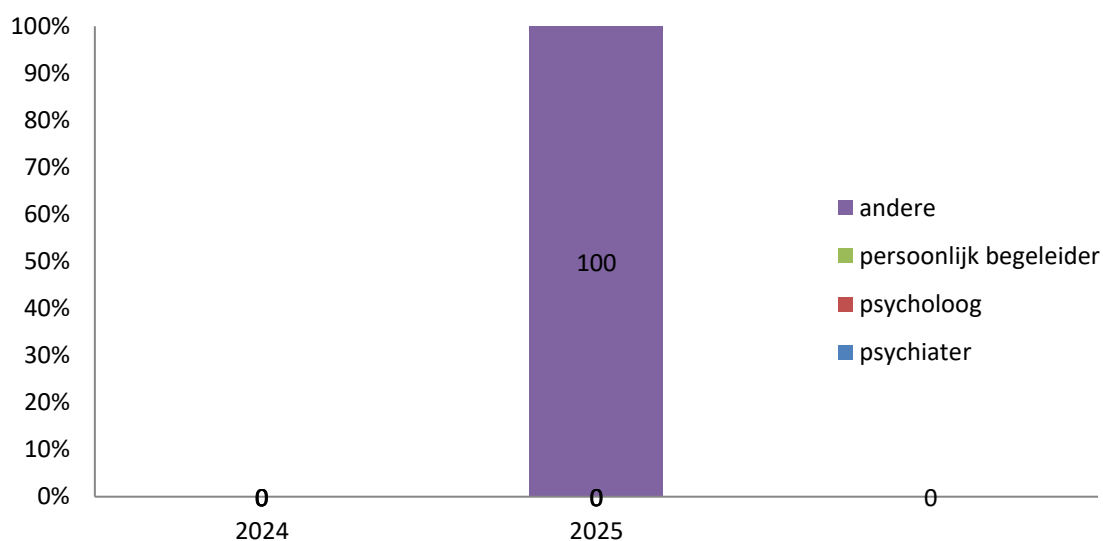
1.7. Beschermende maatregelen



2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

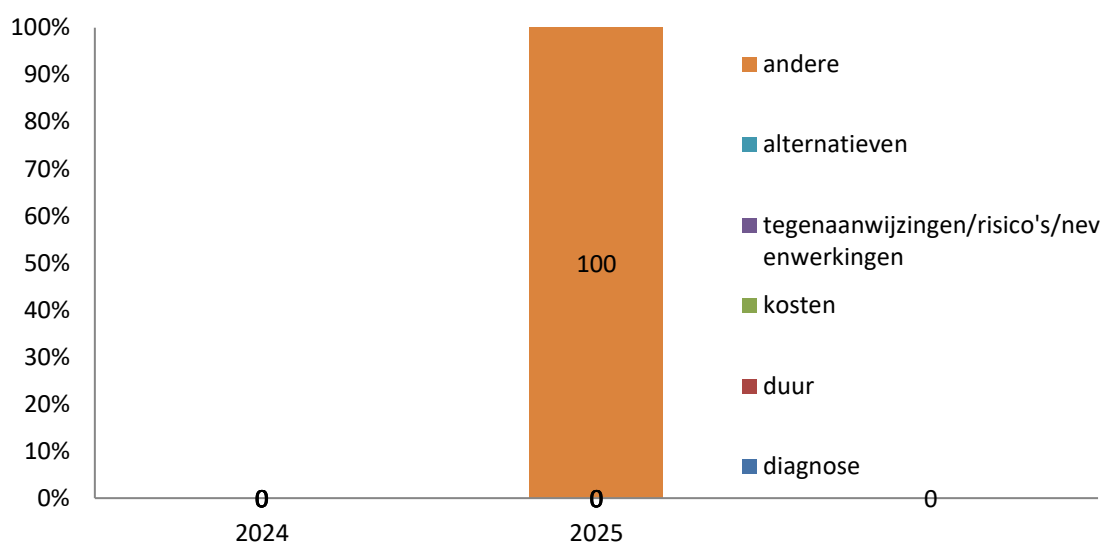
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar



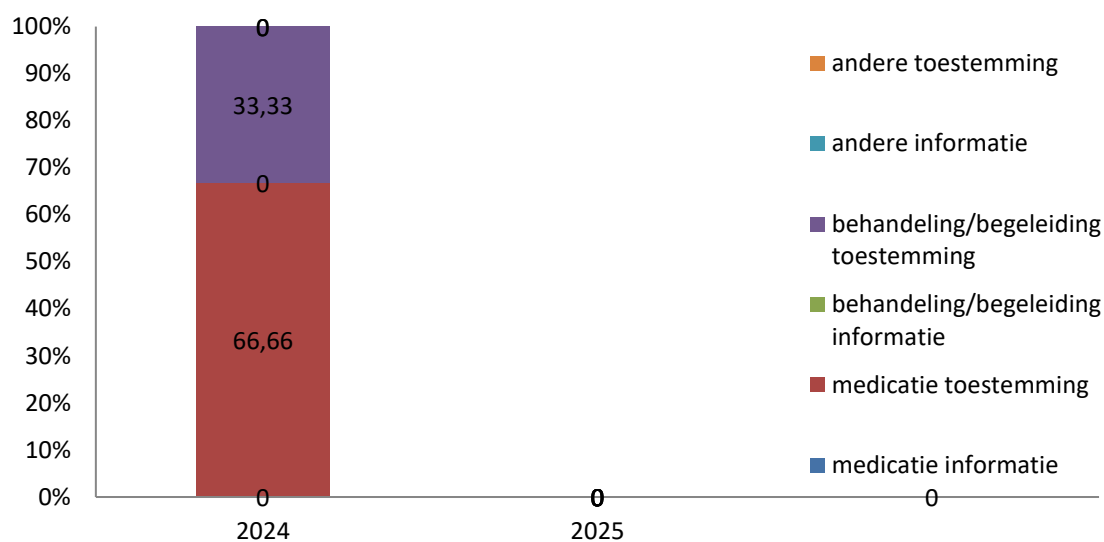
3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

3. Recht op informatie



4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	2	66,66	-	-
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	1	33,33	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	3	100	-	-

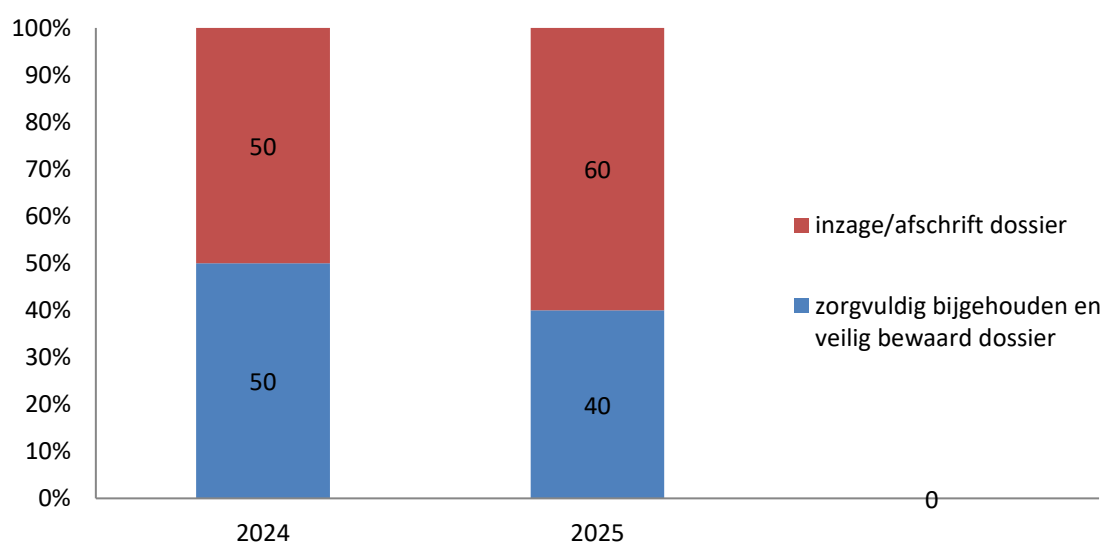
4. Recht op geïnformeerde toestemming



5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

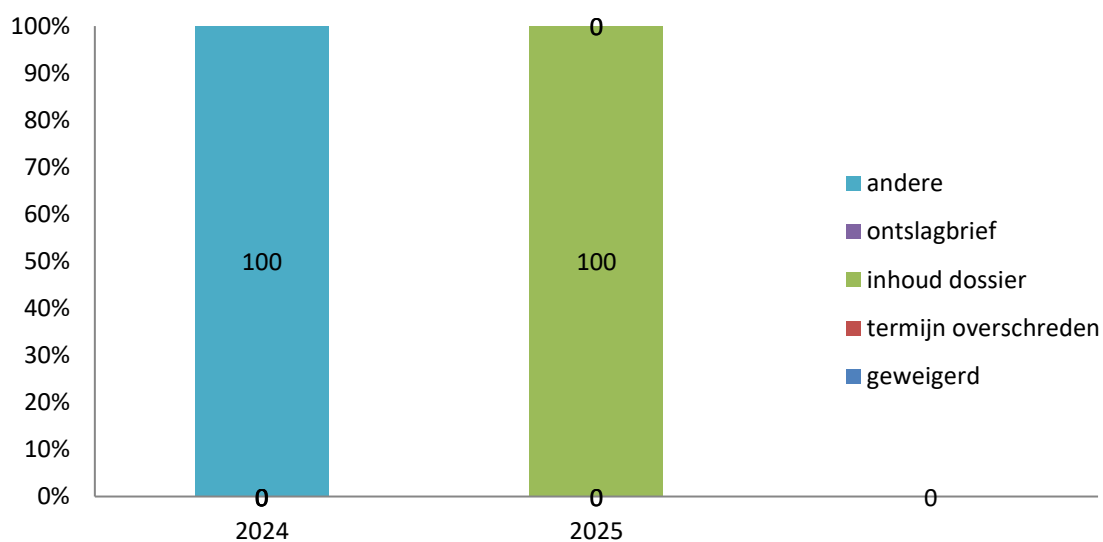
Categorie	2024		2025	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	1	50,00	2	40,00
inzage/afschrift dossier	1	50,00	3	60,00
totaal	2	100	5	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier



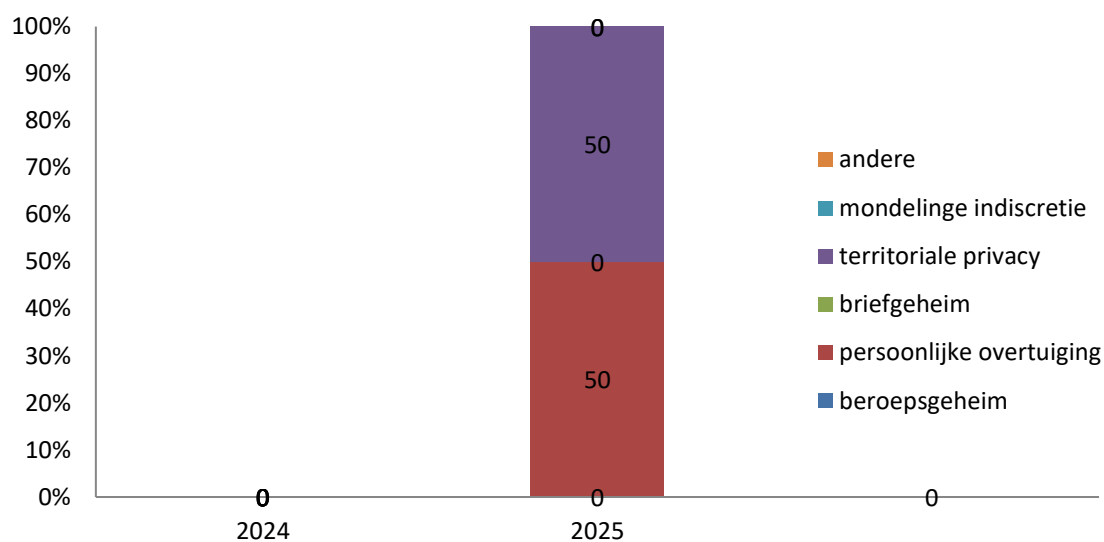
5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	-	-	3	100,00
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	3	100

5.A. Recht op inzage of afschrift



6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	1	50,00
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	1	50,00
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	2	100

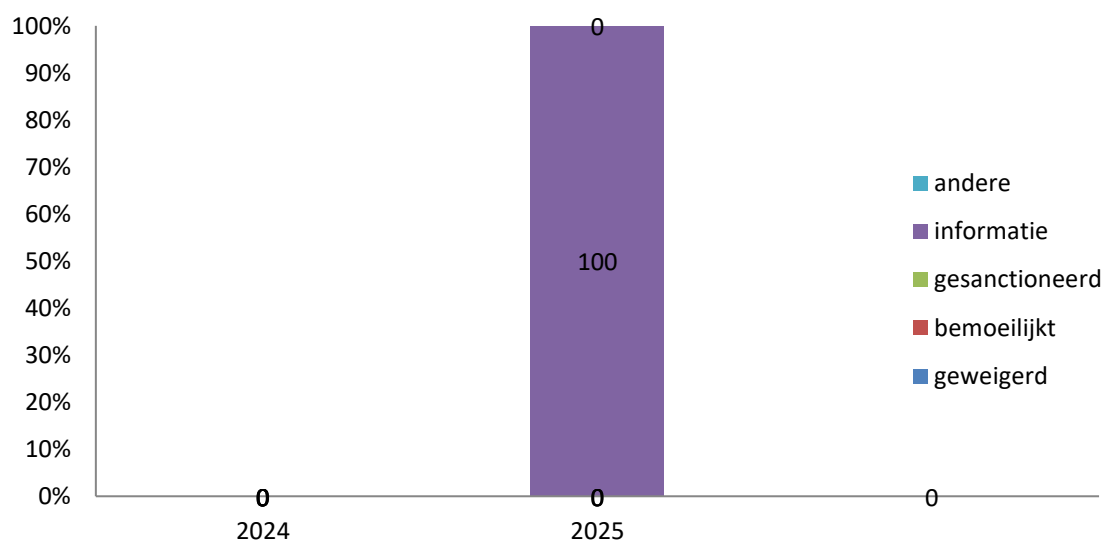
6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer



7. Recht op klachtenbemiddeling

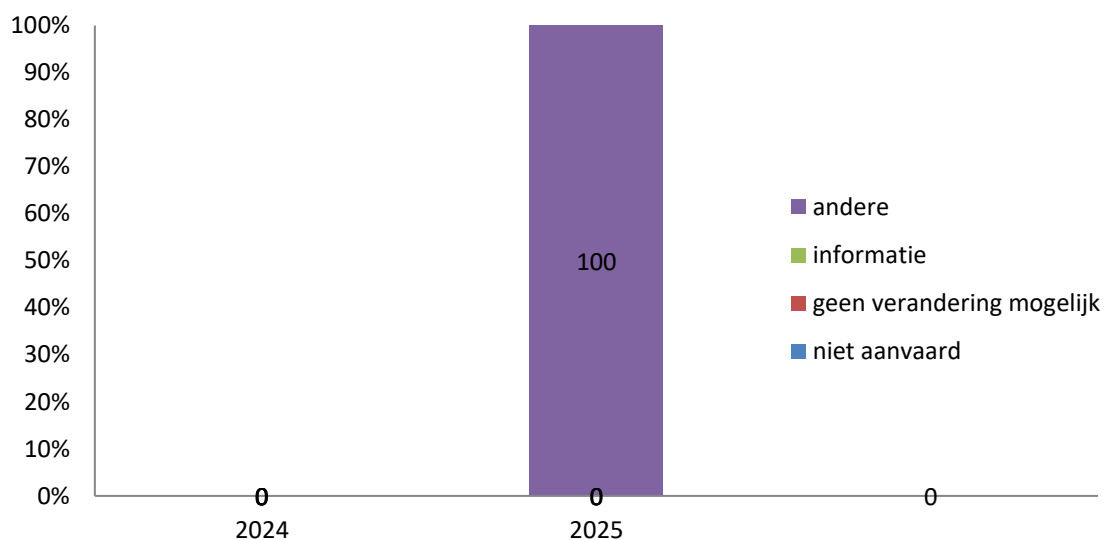
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

7. Recht op klachtenbemiddeling



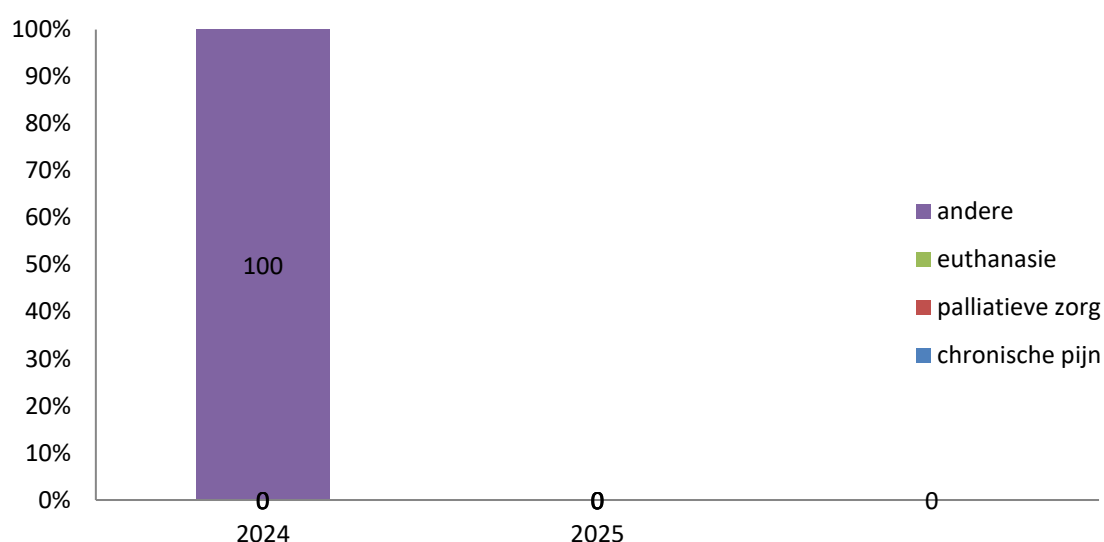
9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon



10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

10. Recht op pijnbestrijding



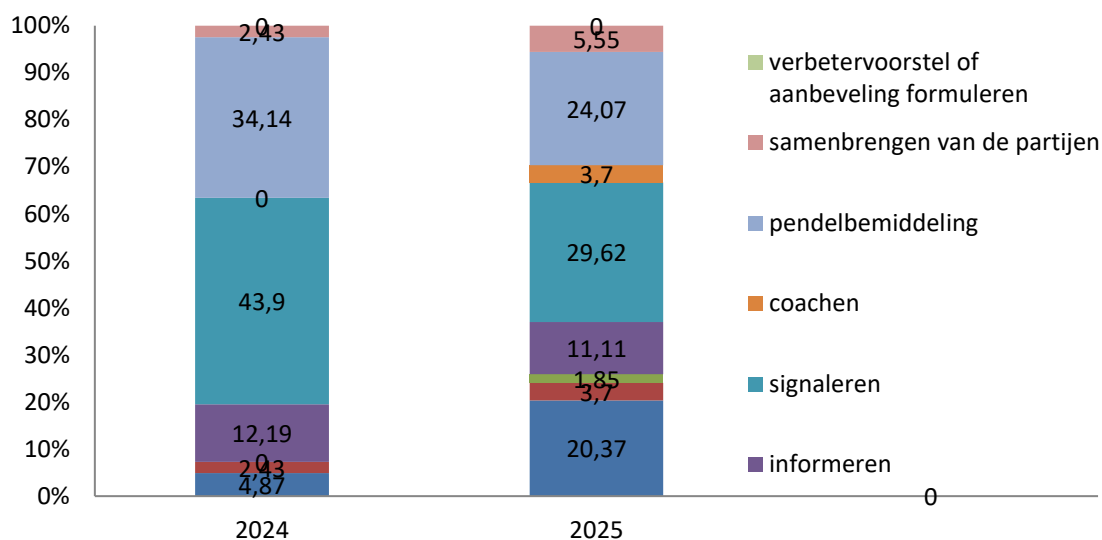
D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (54). De **interventie** van de ombudspersoon is bij heel wat aanmeldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het ombudswerk. Soms verlangt de patiënt niets meer. Soms volstaat informeren of het doorverwijzen naar een hulpverlener of een dienst. Soms verkiest de patiënt zelf de nodige stappen te ondernemen en is de rol van de ombudspersoon beperkt tot coachen. Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al of niet samen met hem/haar. Soms wil de patiënt vooral een signaal geven of vindt de ombudspersoon het belangrijk dat dit signaal - mits akkoord van de patiënt - gegeven wordt, meestal aan de direct betrokkene, soms aan de directie. De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden. We registreren slechts de belangrijkste interventie en dus niet al diegene die er eventueel aan vooraf gaan.

Hoofdinterventie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	2	4,87	11	20,37
doorverwijzen intern	1	2,43	2	3,70
doorverwijzen extern	-	-	1	1,85
informeren	5	12,19	6	11,11
signaleren	18	43,90	16	29,62
coachen	-	-	2	3,70
pendelbemiddeling	14	34,14	13	24,07
samenbrengen van de partijen	1	2,43	3	5,55

verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	-	-
totaal	41	100	54	100

Hoofdinterventie



E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	16	39,02	5	9,25
binnen de week	12	29,26	16	29,62
binnen de twee weken	9	21,95	4	7,40
binnen de vier weken	4	9,75	19	35,18
later dan vier weken	-	-	10	18,51
totaal	41	100	54	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	4	18

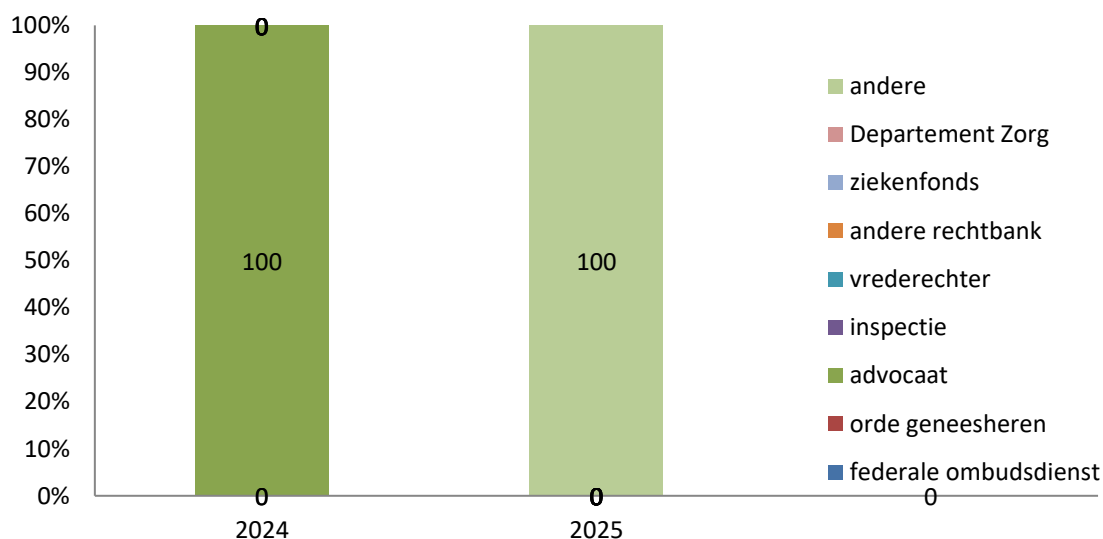
Wanneer een aanmelding definitief is afgehandeld, is niet steeds duidelijk te bepalen, zeker in deze gevallen waar er geen feedback is. De ombudspersoon ontvangt soms nog bijkomende informatie nadat hij een aanmelding had afgesloten. Het afsluiten gebeurt soms na het wekelijks bezoek aan het ziekenhuis, 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.

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	1	100,00	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	2	100,00
totaal	1	100	2	100

Voorgestelde verdere stappen





Jaarverslag *KPC Genk* Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Marlies Thonnon



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon. De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inhoudstafel

Over OOGG.....	2
Opdrachten van de externe ombudspersoon.....	2
Voorwoord	3
Inhoudstafel	4
Inleiding	5
Aanbevelingen	6
Algemeen besluit.....	6
Aanmeldingen (go between).....	7
A. Aanmeldingen en aanmelders: aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen	7
B. Vorm van aanmelden	10
C. Inhoud van de aanmelding	11
D. Hoofdinterventie	18
E. Afsluiting	18

Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG).

Dit jaarverslag heeft in eerste instantie als doel om de aanbevelingen en uitdagingen van het afgelopen jaar in kaart te brengen. We gebruiken de artikels van de wet Patiëntenrechten als leidraad om deze aanbevelingen en uitdagingen weer te geven.

Daarnaast beargumenteren we onze aanbevelingen en uitdagingen met het nodige cijfermateriaal. Wij gebruiken hiervoor het registratiesysteem Go Between.

We hopen alvast dat dit jaarverslag gewikt en gewogen zal worden in de voorziening. Aarzel zeker niet om de ombudspersoon aan te spreken indien er vragen of onduidelijkheden zouden zijn.

Daarnaast willen we directie, medewerkers, patiënten en hun naasten heel erg bedanken voor de constructieve medewerking en het vertrouwen dat ze in ons als ombudsdienst hebben.

Aanbevelingen

In het afgelopen jaar kwamen 6 aanmeldingen bij de onafhankelijke ombudsdienst. 2 aanmeldingen van individuele jongeren, 2 vanuit een groepje jongeren en 2 vanwege ouders. Kinderen en jongeren komen met de ombudsdienst vooral in contact via rechtstreekse ontmoeting. Ouders, in hun rol als wettelijk vertegenwoordiger, nemen contact op via mail of telefoon.

Sinds enkele jaren voorziet de onafhankelijke ombudspersoon infosessies bij de jongeren. Tijdens deze infosessies tonen kinderen en jongeren veel interesse in hun patiëntenrechten en gaan ze hier graag over in gesprek. Vaak ontstaan naar aanleiding van deze sessies vragen of bedenkingen over die rechten. Dat kan gaan over klachten rond het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, zoals infrastructuur of regels, maar ook over andere patiëntenrechten, bijvoorbeeld het recht om een hulpverlener te kiezen. Daarnaast bieden de infosessies aan jongeren ook ondersteuning in hoe ze bepaalde zaken kunnen aanpakken en bespreekbaar maken.

Bij kinderen en jongeren is de toepassing van de Wet Patiëntenrechten niet eenvoudig. Afhankelijk van hun wilsbekwaamheid worden zij (gedeeltelijk) zelf houder van hun patiëntenrechten, maar dit proces verloopt in de praktijk zelden rechtlijnig. De inschatting van wilsbekwaamheid is complex en vormt een uitdaging voor hulpverleners. Tegelijk bevinden jongeren zich in een ontwikkelingsfase waarin ze hun identiteit nog aan het ontplooien zijn en zoeken naar autonomie. Daarbij spelen sterke loyaliteiten ten aanzien van zowel ouders als hulpverleners, wat het opnemen en uitoefenen van hun rechten extra moeilijk maakt.

Er is nood aan verder onderzoek en de ontwikkeling van duidelijke richtlijnen die hulpverleners ondersteunen in het omgaan met patiëntenrechten van kinderen en jongeren, met aandacht voor die wilsbekwaamheid.

Algemeen besluit

Kinderen en jongeren in de geestelijke gezondheidszorg vormen een kwetsbare groep, maar beschikken tegelijk over veerkracht en inzet. Tijdens hun behandeling ontvangen ze de best mogelijke zorg en zijn ze omringd door betrokken hulpverleners en naasten. Een belangrijk onderdeel van deze zorg is het kunnen participeren in hun eigen traject, op een manier die aansluit bij hun leeftijd, draagkracht en mogelijkheden.

Aanmeldingen (go between)

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 08/01/2025, de laatste op 18/11/2025. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 6, het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 6.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	0	9	6	6
aanmelders	0	8	6	5

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2025 met deze van 2024.

A. Aanmeldingen en aanmelders: aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	6		6	
aanmelders	6		5	
tijd tussen aanmelding en eerste contact				
<i>op dezelfde datum</i>	6	100	6	100
<i>binnen de week</i>	-	-	-	-
<i>binnen de 2 weken</i>	-	-	-	-
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	6	100	6	100
aantal contacten per aanmelding				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	-	-
<i>1 contact</i>	4	66,66	4	66,66
<i>2 contacten</i>	1	16,66	2	33,33
<i>3 contacten</i>	1	16,66	-	-
<i>meer dan 3 contacten</i>	-	-	-	-
totaal	6	100	6	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	3		2	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	6		6	

De 6 aanmeldingen (2025) komen van in totaal 5 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	-	-	2	33,33
groep patiënten	3	50,00	2	33,33
andere	3	50,00	2	33,33
totaal	6	100	6	100

Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	-	-	-	-
3 personen	1	33,33	-	-
4 personen	1	33,33	2	100,00
meer dan 4 personen	1	33,33	-	-
totaal	3	100	2	100

grootste groep	6	4

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	3	100,00	2	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	3	100,00	2	100,00
als vertrouwenspersoon	-	-	-	-
ten persoonlijke titel	-	-	-	-
totaal	3	100	2	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	1	33,33	1	50,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	2	66,66	-	-
terugkoppeling was niet nodig	-	-	1	50,00
totaal	3	100	2	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	1	50,00	-	-
Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	1	50,00	1	100,00
Patiënt is overleden	-	-	-	-
Patiënt is onbereikbaar	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	-	-	-	-
neen	6	100,00	6	100,00
totaal	6	100	6	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	3	50,00	4	66,66
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	-	-	1	16,66
telefonisch	3	50,00	1	16,66
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	-	-	-	-
totaal	6	100	6	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	-	-	1	16,66
Luisterend oor	-	-	-	-
Signaal	1	16,66	3	50,00
Bemiddeling: pendeldiplomatie	3	50,00	1	16,66
Bemiddeling: samenbrengen	-	-	-	-
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	-	-
Financieel akkoord: factuur	1	16,66	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	-	-	1	16,66
Sanctie/represaille	-	-	-	-
Andere	1	16,66	-	-
totaal	6	100	6	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	16,66
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	4	66,66	4	66,66
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	2	33,33	1	16,66
niet van toepassing	-	-	-	-
totaal	6	100	6	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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	1	16,66	1	16,66
psychiater	-	-	2	33,33
huisarts	-	-	-	-
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	-	-	-	-
persoonlijke begeleider	-	-	1	16,66
sociale dienst	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	5	83,33	2	33,33
administratieve dienst	-	-	-	-
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	-	-	-	-
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	-	-
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
beleid	-	-	-	-
afdelingsverantwoordelijke	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	6	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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	5	83,33	4	66,66
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	1	16,66
3. informatie	-	-	-	-
4. geïnformeerde toestemming	-	-	-	-
5. inzage patiëntendossier	1	16,66	1	16,66
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	-	-
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	6	100	6	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	-	-	-	-
1.2. goede behandeling	1	20,00	2	50,00
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	1	20,00	1	25,00
1.4. goede hotelservice	2	40,00	1	25,00
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	-	-	-	-
1.7. beschermende maatregelen	1	20,00	-	-
totaal	5	100	4	100

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	-	-
correcte omgangsvormen	-	-	-	-
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	1	100,00	1	50,00
somatische verzorging	-	-	-	-
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	-	-	-	-
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	50,00
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	-	-	-	-
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	1	100,00	1	100,00
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	1	50,00	-	-
infrastructuur/accommodatie	1	50,00	1	100,00
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon/goederen	-	-	-	-
wifi	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

1.5. Betalende diensten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	-	-	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	-	-	-	-
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	-	-
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	-	-

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	-	-	-	-
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	-	-	-	-
ontslagbrief	1	100,00	-	-
Andere (eindverslag aan ouders)	-	-	1	100,00
totaal	1	100	1	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	-	-
mondelijke indiscretie	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

7. Recht op klachtenbemiddeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen (6). De interventie van de ombudspersoon is bij heel wat aanmeldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het ombudswerk. Soms verlangt de patiënt niets meer. Soms volstaat informeren of het doorverwijzen naar een hulpverlener of een dienst. Soms verkiest de patiënt zelf de nodige stappen te ondernemen en is de rol van de ombudspersoon beperkt tot coachen. Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al of niet samen met hem/haar. Soms wil de patiënt vooral een signaal geven of vindt de ombudspersoon het belangrijk dat dit signaal - mits akkoord van de patiënt - gegeven wordt, meestal aan de direct betrokkene, soms aan de directie. De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden. We registreren slechts de belangrijkste interventie en dus niet al diegene die er eventueel aan vooraf gaan.

Hoofdinterventie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	-	-	-	-
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	-	-	-	-
signaleren	-	-	2	33,33
coachen	2	33,33	2	33,33
pendelbemiddeling	4	66,66	2	33,33
samenbrengen van de partijen	-	-	-	-
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	-	-	-	-
totaal	6	100	6	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	4	66,66	4	66,66
binnen de week	2	33,33	2	33,33
binnen de twee weken	-	-	-	-
later dan twee weken	-	-	-	-
totaal	6	100	6	100



Jaarverslag *Zorggroep Myna PZ Bilzen-Hoeselt* Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

Ingrid Meuwis, Onafhankelijke Ombudspersoon

2025



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Aanbevelingen

In 2025 werd er door het psychiatrisch ziekenhuis Zorggroep Myna, campus Bilzen-Hoeselt een projectvoorstel ingediend bij de Warmste Week 2025. Het project werd een verbindend project namelijk "Een plek waar alles even mag zijn", gericht op het creëren van een belevingstuin op de campus in Munsterbilzen voor patiënten en naasten.

De patiënten en medewerkers van enkele afdelingen sloegen de handen in elkaar en organiseerden activiteiten waarbij ze geld inzamelden voor de Warmste Week. Het thema "onzichtbaar ziek zijn" kwam tijdens informele gesprekken met de ombudspersoon geregeld ter sprake. Patiënten vertelden me dat het initiatief van het ziekenhuis om het helaas nog steeds bestaande taboe rond geestelijke gezondheidszorg te proberen te doorbreken met deze belevingstuin hen hoop, erkenning en fierheid geeft.

Een opname in een psychiatrisch ziekenhuis is soms gewenst, veelal gepland of overkomt je via een beschermende maatregel. Het belang van een goede communicatie tussen de patiënt, zijn netwerk en de gezondheidszorgbeoefenaars en dit vanaf de start van je intake of opname is ontegensprekelijk. De wederzijdse verwachtingen benoemen en verduidelijken is in het belang van de zorgrelatie zoals omschreven in art. 4 van de Rechten van de Patiënt en dit met een optimale verstrekking van gezondheidszorg voor de patiënt voor ogen.

De patiënt en zijn naasten hebben verwachtingen ten aanzien van het door het ziekenhuis aangeboden traject, de opname of het ontslag en de diagnosestelling en reageren soms teleurgesteld als het multidisciplinair team hieraan voor hen onvoldoende in meegaat. Enkele kiezen ervoor om de onafhankelijke ombudspersoon in te schakelen met als doel bijvoorbeeld toch in opname of ontslag te kunnen gaan, een aanpassing van diagnose te verkrijgen of het gewenste medicijn voorgeschreven te krijgen.

Het is een aanbeveling voor het multidisciplinair team om vanaf de eerste ontmoeting met de patiënt en/of zijn naasten duidelijkheid te geven over de opdracht van de afdeling waarbij de kernactiviteiten diagnostiek, behandeling en ondersteuning de hoofdmoot uitmaken, de therapiesessies die de patiënt kan verwachten binnen het ziekenhuis. Het is in ieders belang de momenten kenbaar te maken waarop er samen met de patiënt en zijn aangeduide steunfiguren (de vertrouwenspersoon) afspraken gemaakt worden voor de besprekingen van het behandeltraject en de afsluit van het zorgtraject.

Het zorgvuldig noteren van deze gesprekken en afspraken in het patiëntendossier (art. 9 van de Rechten van de Patiënt) voor het behandeltraject en de eventueel noodzakelijke nazorg blijft een aanbeveling voor de leden van de multidisciplinaire teams. De patiënt een overzicht van deze afspraken bezorgen is een meerwaarde want zij hebben per slot van rekening ook de toestemming gegeven voor het te volgen traject binnen het ziekenhuis (art. 8 van de Rechten van de Patiënt) en gezondheidszorgbeoefenaars mogen er niet standaard vanuit gaan dat patiënten deze afspraken zullen onthouden of volgen.

Behandelplanbesprekingen hebben impact op de patiënt en zijn naasten en hierdoor geven zij soms aan dat ze zich de stand van zaken van hun traject, de gemaakte afspraken niet meer kunnen herinneren of anders herinneren. De patiënt hierbij betrekken en motiveren om samen te noteren vraagt communicatieve vaardigheden voor de gezondheidszorgbeoefenaars en patiënten. In het verleden werd er hiervoor door de onafhankelijke ombudsdienst via de jaarverslagen aandacht en opleiding voor gevraagd en ik herhaal dit graag. Patiënten die stevast uitgenodigd worden om samen de pen vast te houden bij het invullen van hun patiëntendossier geven aan dat ze dit als een positieve stap in hun opname ervaren.

Patiënten overschatten af en toe de rol van de ombudspersoon in de gezondheidszorg en eisen of verwachten dat deze onder andere de beslissingen van het multidisciplinair team ongedaan kan maken. Dit behoort echter niet tot het takenpakket van de ombudspersoon. Deze laatste start met het luisteren naar de patiënt die een klacht formuleert of met antwoorden te formuleren op informatieve vragen met betrekking tot de Rechten van de Patiënt. De patiënt zal in eerste instantie uitgenodigd worden of bevraagd of de patiënt al een poging ondernam om dit samen met het desbetreffende lid van het multidisciplinair team te bespreken. Wanneer dit niet tot het gewenste resultaat heeft geleid dan zal de ombudspersoon gesprekken met alle bij de klacht betrokken partijen opstarten en desgewenst bemiddelen tussen de patiënt en de zorgverstrekker om zo de dialoog tussen beide te bevorderen. Op basis van de vraag of klacht van de patiënt tracht de ombudspersoon om de partijen te helpen bij het vinden van een oplossing.

Orde en netheid en de aandacht voor een goede hygiëne op de afdelingen wordt al jarenlang als positief ervaren door de patiënten. De facilitaire teams (de poetsploeg en de technische dienst) zijn een belangrijke partner in het aanbieden van een accommodatie waarin kwaliteitsvolle zorg kan verstrekt worden. Ik citeer enkele patiëntengroepen: "zij verdienen hiervoor alle lof". De maaltijden in het ziekenhuis zijn nog niet op ieders maat. Het verschil in smaken en appreciatie van de drie maaltijden per dag is een onderwerp dat geregeld ter sprake komt. Het kunnen nuttigen van gezonde, smaakvolle maaltijden is belangrijk voor het welzijn van de patiënt tijdens de opname. Het blijft een aanbeveling dat deze signalen opgepikt worden door alle leden van het multidisciplinair team en dat zij op geregelde tijdstippen voor individuele patiënten en de patiëntengroepen de diëtisten betrekken in het behandeltraject.

Als onafhankelijke ombudspersoon ontmoet ik patiënten en naasten die tevreden zijn van hun opname en het verloop van het behandeltraject dat samen met hen werd afgesproken. Zij geven aan dat de professionele en zorgzame communicatie van de leden van het multidisciplinair team de solide basis waren om niet op te geven, in zichzelf te blijven geloven en hun behandeltraject tot een goed einde te (gaan) brengen. Zij vertellen haarfijn welke therapiesessie voor hen doorslaggevend was en ze kunnen dit moment ook benoemen, welk gesprek met de persoonlijke begeleider of psycholoog deugdendoend was en moed gaf, wanneer de psychiater met hen afstemde, hun vragen heeft beantwoord en hen informeerde over het behandeltraject en de voorgeschreven medicatie. Dit is waardevolle informatie voor zowel de patiënt als de leden van het multidisciplinair team. Als onafhankelijke ombudspersoon is het een aanbeveling en moedig ik de patiënten aan om deze belangrijke informatie op de afdeling te delen met de zorgverstrekkers want het voorkomen, behandelen en verzachten van psychische pijn maakt integraal deel uit van een kwaliteitsvolle zorgrelatie.

De Complimentendoos van de afdeling Nexus en het Mangomoment op de afdeling Terra zijn een mooi voorbeeld hoe deze waardevolle momenten tijdens sessies en individuele en groepsgesprekken binnen een behandeltraject ook kunnen gedeeld worden met de andere patiënten en de zorgverstrekkers. Het belang van leren van elkaars ervaringen is een verrijking voor de herstel ondersteunende zorg op de afdelingen en een aanbeveling om verder uit te bouwen naar alle afdelingen.

Sommige afdelingen spreken met de onafhankelijke ombudsdienst geregeld af om hun medewerkers, patiënten of patiëntengroepen informatie te verschaffen over de rechten en plichten van de patiënt en de werking van de ombudsdienst en dit met het oog op voorkoming van klachten. Dit werpt zijn vruchten af. Vooral de verschillende opdrachten van de onafhankelijke ombudsdienst blijken bij patiënten in hun eerste opname ongekend te zijn evenals hun rechten en plichten als patiënt en hun eigen aandeel in hun behandeltraject. Ik neem deze taak al jarenlang op me in het ziekenhuis en merk dat de patiënten hier meer en meer interesse voor tonen en gerichte vragen stellen over hun rechten en hun bijdrage aan de zorgrelatie als patiënt. Ook in 2026 staan er verschillende afspraken in de agenda en ik kijk hier naar uit.

Aanmeldingen (go between)

3. AANMELDINGEN

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 06/01/2025, de laatste op 04/12/2025. Uiteraard waren een aantal aanmeldingen nog niet afgehandeld op 31 december 2025. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 110, het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 107.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	124	132	121	110
aanmelders	67	78	58	60

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2025 met deze van 2024.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	121		110	
aanmelders	58		60	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	111	94,87	99	90,00
<i>binnen de week</i>	2	1,70	11	10,00
<i>binnen de 2 weken</i>	1	0,85	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	3	2,56	-	-
totaal	117	100	110	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				

<i>1 contact</i>	76	62,80	78	70,90
<i>2 contacten</i>	20	16,52	20	18,18
<i>3 contacten</i>	12	9,91	5	4,54
<i>meer dan 3 contacten</i>	12	9,91	7	6,36
totaal	121	100	110	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	10		6	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	121		107	

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	79	65,28	70	63,63
groep patiënten	21	17,35	21	19,09
andere	21	17,35	19	17,27
totaal	121	100	110	100

Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	1	4,76	-	-
3 personen	1	4,76	2	9,52
4 personen	1	4,76	1	4,76
meer dan 4 personen	18	85,71	18	85,71

totaal	21	100	21	100

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	14	66,66	18	94,73
kennis	7	33,33	-	-
personeelslid	-	-	1	5,26
totaal	21	100	19	100

Initiële aanmelder indien andere

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	2	10,52	4	21,05
als vertrouwenspersoon	6	31,57	2	10,52
ten persoonlijke titel	11	57,89	13	68,42
totaal	19	100	19	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	7	33,33	7	36,84

patiënt onderschrijft de aanmelding niet	7	33,33	6	31,57
terugkoppeling was niet mogelijk	1	4,76	2	10,52
terugkoppeling was niet nodig	6	28,57	4	21,05
totaal	21	100	19	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	2	28,57	1	14,28
Weigering aanmelder	-	-	1	14,28
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	5	71,42	4	57,14
Patiënt is overleden	-	-	1	14,28
Patiënt is onbereikbaar	-	-	-	-
totaal	7	100	7	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	22	18,18	21	19,09
neen	99	81,81	89	80,90
totaal	121	100	110	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	65	53,71	63	57,27
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	5	4,13	3	2,72
telefonisch	46	38,01	43	39,09
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	5	4,13	1	0,90
totaal	121	100	110	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	42	34,71	42	38,18
Luisterend oor	33	27,27	20	18,18
Signaal	10	8,26	12	10,90
Bemiddeling: pendeldiplomatie	13	10,74	12	10,90
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	9	7,43	8	7,27
Financieel akkoord: schadeclaim	2	1,65	-	-
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	8	6,61	15	13,63
Sanctie/represaille	4	3,30	1	0,90

totaal	121	100	110	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	2	1,65	4	3,63
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	90	74,38	91	82,72
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	23	19,00	15	13,63
niet van toepassing	6	4,95	-	-
totaal	121	100	110	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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	-	-	1	0,90
psychiater	33	27,27	25	22,72
verpleging	15	12,39	11	10,00
persoonlijke begeleider	4	3,30	3	2,72
sociale dienst	1	0,82	1	0,90
psycholoog	-	-	1	0,90

therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	5	4,13	7	6,36
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	35	28,92	41	37,27
technische dienst	1	0,82	-	-
voedingsdienst	9	7,43	8	7,27
directie	4	3,30	2	1,81
bewindvoerder	3	2,47	2	1,81
ombudspersoon	2	1,65	-	-
wasserij	1	0,82	-	-
afdelingsverantwoordelijke	4	3,30	4	3,63
andere	4	3,30	4	3,63
totaal	121	100	110	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	104	85,95	98	89,09
algemene vraag los van patiëntenrecht	17	14,04	12	10,90
totaal	121	100	110	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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	1	8,33
juridisch	4	23,52	3	25,00
financieel	1	5,88	2	16,66
levensverhaal	1	5,88	-	-
patiëntenrechten	9	52,94	3	25,00
andere	2	11,76	3	25,00
totaal	17	100	12	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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	55	52,88	53	54,08
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	0,96	-	-
3. informatie	8	7,69	7	7,14
4. geïnformeerde toestemming	28	26,92	25	25,51
5. inzage patiëntendossier	5	4,80	3	3,06
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	3	2,88	5	5,10
7. klachtenbemiddeling	1	0,96	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	2	2,04
9. vertrouwenspersoon	-	-	2	2,04
10. pijnbestrijding	3	2,88	1	1,02
totaal	104	100	98	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	9	16,36	4	7,40
1.2. goede behandeling/begeleiding	14	25,45	19	35,18
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	4	7,27	2	3,70
1.4. goede hotelservice	14	25,45	12	22,22
1.5. betalende diensten	2	3,63	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	4	7,27	4	7,40
1.7. beschermende maatregelen	8	14,54	13	24,07
totaal	55	100	54	100

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	3	33,33	1	25,00
correcte omgangsvormen	1	11,11	3	75,00
fysiek grensoverschrijdend gedrag	3	33,33	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	2	22,22	-	-
totaal	9	100	4	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	2	14,28	-	-
voldoende beschikbaarheid	8	57,14	7	36,84
betrokkenheid familie	-	-	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	1	7,14	5	26,31
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	2	14,28	3	15,78
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	3	15,78
overplaatsing naar een andere voorziening	1	7,14	1	5,26
totaal	14	100	19	100

Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	20,00
geweigerd	1	100,00	4	80,00
totaal	1	100	5	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	2	100,00	3	100,00
geweigerd	-	-	-	-
totaal	2	100	3	100

Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	3	100,00
totaal	-	-	3	100

Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	1	100,00
andere	1	100,00	-	-
totaal	1	100	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	3	75,00	1	50,00
groepsleven	-	-	1	50,00
weekend- en verlofregeling	1	25,00	-	-
totaal	4	100	2	100

1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	9	64,28	8	66,66
infrastructuur/accommodatie	2	14,28	2	16,66
veiligheid persoon	-	-	1	8,33
veiligheid goederen	3	21,42	-	-
andere	-	-	1	8,33
totaal	14	100	12	100

1.5. Betalende diensten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
wasserij	2	100,00	-	-
totaal	2	100	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	1	25,00	-	-
opbouw inkomen	1	25,00	-	-
bestedingsautonomie	-	-	1	25,00
bewindvoering	2	50,00	3	75,00
totaal	4	100	4	100

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	2	25,00	3	23,07
afzondering	2	25,00	2	15,38
fixatie	2	25,00	-	-
gedwongen opname	2	25,00	8	61,53
totaal	8	100	13	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	1	100,00	-	-
psycholoog	-	-	-	-

persoonlijk begeleider	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

3. Recht op informatie

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	8	100,00	7	100,00
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
totaal	8	100	7	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	1	3,57	4	16,00
medicatie toestemming	6	21,42	6	24,00
behandeling/begeleiding informatie	6	21,42	10	40,00
behandeling/begeleiding toestemming	15	53,57	5	20,00
totaal	28	100	25	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	1	33,33
inzage/afschrift dossier	5	100,00	2	66,66
totaal	5	100	3	100

5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
andere	5	100,00	2	100,00
totaal	5	100	2	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	1	33,33	2	40,00
persoonlijke overtuiging	-	-	2	40,00
mondelijke indiscretie	1	33,33	-	-
andere	1	33,33	1	20,00
totaal	3	100	5	100

7. Recht op klachtenbemiddeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	1	100,00	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	2	100,00
totaal	-	-	2	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	2	100,00
totaal	-	-	2	100

10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
euthanasie	3	100,00	1	100,00
totaal	3	100	1	100

D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten meldingen (107). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	6	4,95	4	3,73
doorverwijzen intern	-	-	1	0,93
doorverwijzen extern	2	1,65	-	-
informeren	20	16,52	19	17,75
signaleren	2	1,65	1	0,93
coachen	5	4,13	6	5,60

pendelbemiddeling	48	39,66	38	35,51
samenbrengen van de partijen	37	30,57	38	35,51
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	1	0,82	-	-
totaal	121	100	107	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	72	59,50	77	72,64
binnen de week	17	14,04	9	8,49
binnen de twee weken	3	2,47	12	11,32
binnen de vier weken	11	9,09	2	1,88
later dan vier weken	18	14,87	6	5,66
totaal	121	100	106	100

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.

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
orde geneesheren	1	50,00	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere	1	50,00	-	-
totaal	2	100	-	-

Ingrid Meuwis

Onafhankelijke Ombudspersoon, vzw Psyche

10 februari 2026

Jaarverslag MYNA
Campus Meveren en campus stad
Onafhankelijke Ombudsdienst
Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Marlies Thonnon



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon. De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inhoudstafel

Over OOGG.....	2
Opdrachten van de externe ombudspersoon.....	2
Voorwoord	3
Inhoudstafel	4
Inleiding	5
Aanbevelingen	6
Algemene bevindingen	6
Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking (Art.5)	7
Het recht op inzage en afschrift in het patiëntendossier (art.9)	8
Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de gezondheidszorgbeoefenaar (Art.8)	9
Algemeen.....	9
Aanmeldingen (go between).....	10
Aanmeldingen, aanmelders	10
A. Aanmeldingen en aanmelders	10
Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen	10
B. Vorm van aanmelden	13
C. Inhoud van de aanmelding.....	14
D. Hoofdinterventie.....	23
E. Afsluiting	24

Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg (OOGG).

Dit jaarverslag heeft in eerste instantie als doel om de aanbevelingen en uitdagingen van het afgelopen jaar in kaart te brengen. We gebruiken de artikels van de wet Patiëntenrechten als leidraad om deze aanbevelingen en uitdagingen weer te geven.

Daarnaast beargumenteren we onze aanbevelingen en uitdagingen met het nodige cijfermateriaal. Wij gebruiken hiervoor het registratiesysteem Go Between.

We hopen alvast dat dit jaarverslag gewikt en gewogen zal worden in de voorziening. Aarzel zeker niet om de ombudspersoon aan te spreken indien er vragen of onduidelijkheden zouden zijn.

Daarnaast willen we directie, medewerkers, patiënten en hun naasten heel erg bedanken voor de constructieve medewerking en het vertrouwen dat ze in ons als ombudsdienst hebben.

Aanbevelingen

Algemene bevindingen

In 2025 was er een lichte stijging van het aantal meldingen bij de onafhankelijke ombudspersoon (230 meldingen), komende van 175 unieke melders.

Het eerste contact met de onafhankelijke ombudspersoon verliep het vaakst via de telefoon (56,08%). Andere wegen zijn via een brief in de voorziene brievenbussen (23,47%), via mail en sms (10,86%) en direct contact (7,82%). Onrechtstreeks via de chatfunctie of het algemeen mailadres hebben ook een aantal meldingen (1,72%) geleid naar de ombudspersoon.

Het grootste deel van de meldingen gaat, zoals we normaal in alle voorzieningen zien, over kwaliteitsvolle dienstverlening. Procentueel gaat dit in 2025 over 70,17%. Daarnaast zijn er vooral meldingen met betrekking op het recht op informatie, het recht op geïnformeerde toestemming en het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier.

Een aantal klachten wordt in dit jaarverslag niet verder besproken. Het betreft enerzijds klachten van patiënten over de facturatie, die samenhangen met de invoering van het verzuimtarief voor de ambulante consultaties. Anderzijds gaan we niet dieper in op klachten over infrastructuur, accommodatie en voeding. De stijging van het aantal klachten op deze domeinen zou kunnen verklaard worden door hogere verwachtingen van patiënten. In een mondelinge toelichting kan hier desgewenst verder op worden ingegaan.

Belangrijk om op te merken is dat we als ombudsdienst de klachten registreren zoals de patiënten ze bij ons aanbrengen, wij doen dus niet aan waarheidsbevinding. We raden aan om dit in gedachten te houden en niet te veel op de cijfers te concentreren.

Als ombudspersoon komen we uiteraard veel in aanraking met ontevredenheid, maar we constateren ook dat er veel goede zorg wordt geleverd. Het is belangrijk om zowel de problemen te erkennen als de positieve inspanningen en toewijding in de zorg te waarderen.

Enkele thema's worden verder toegelicht en vragen een aanbeveling.

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (Art.5)

Regels

Samenleven op een afdeling is complex en vraagt om duidelijke afspraken, structuur en voorspelbaarheid. Tegelijkertijd is er een gevaar dat regels te strak worden gehanteerd, waardoor de autonomie van de patiënt beperkt wordt. Regels die vooral gericht zijn op veiligheid en handhaving kunnen door de patiënten ervaren worden als een nadruk op disciplineren. Hierdoor kan men soms averechts effect verkrijgen, bijvoorbeeld onder de vorm van weerstand of verminderd vertrouwen.

De gewijzigde Wet op de Patiëntenrechten legt de nadruk op wederzijds respect en gedeelde verantwoordelijkheid. Door hier op in te zetten blijven veiligheid en autonomie in balans en voelen patiënten zich meer betrokken bij hun eigen zorg.

Aanbevelingen:

- Zet veiligheid van personeel en patiënten voorop, zonder de autonomie van de patiënt te veel te beperken.
- Evalueer de afdelingsregels minstens één keer per jaar en pas ze aan waar nodig.
- Betrek zowel personeel als patiënten bij het maken en aanpassen van regels, zodat iedereen zich gehoord voelt en de regels beter worden nageleefd.
- Betrek eventueel ook naasten bij het maken en aanpassen van regels. Hoe groter de gedragenheid, hoe meer begrip en motivatie er ontstaat om de regels te volgen.

Continuïteit van zorg: moeilijkheden bij opstart of beëindigen van behandeling en zorgcontinuïteit

Het beëindigen van een behandeling na een incident gebeurt regelmatig zonder een correcte of zorgzame doorverwijzing. Zowel bij een gedwongen als bij een zelfgekozen beëindiging van de behandeling ervaren patiënten dit soms als abrupt of zelfs als afwijzend, wat kan worden omschreven als “buitengezet worden”. Dit gevoel wordt versterkt wanneer er geen begeleiding of alternatief zorgaanbod wordt voorzien, wat haaks staat op het principe van continuïteit van zorg.

Ook bij de vraag voor het opstarten van een behandeling met aanmeldingen via een doorverwijzer ontstaat regelmatig onbegrip wanneer een patiënt alsnog wordt geweigerd omdat deze niet binnen het behandelprogramma past. Dit onderstreept het belang van duidelijke communicatie, niet alleen richting de patiënt maar ook naar doorverwijzers, zodat verwachtingen realistisch zijn en afwijzingen beter worden begrepen.

Aanbevelingen:

- Voorzie ruimte om de ontgoocheling bij hulpverleners bespreekbaar te maken bij bepaalde ontslagen zodat bij het ontslag al kan ingezet worden op herstel.

- Evalueer elk abrupt ontslag, met als doel reflectie en verbetering.
- Spreek bij de start van de behandeling al over ontslag en doorverwijsmogelijkheden, dit geeft perspectief aan de patiënt en de naasten.
- Informeer patiënten en naasten bij opname over de grenzen van aanvaardbaar gedrag en de mogelijke gevolgen van grensoverschrijdende incidenten.
- Informeer doorverwijzers over het behandelaanbod.

Het recht op inzage en afschrift in het patiëntendossier (art.9)

Het patiëntendossier, de ontslagbrief en het zorgzaam ontslag

Het patiëntendossier, en in het bijzonder de ontslagbrief, speelt een cruciale rol in de continuïteit en kwaliteit van zorg. Deze documenten worden niet alleen door hulpverleners gelezen, maar ook steeds vaker door patiënten zelf en door externe instanties. Dit vraagt om een zorgvuldige, transparante en respectvolle omgang met informatie.

Ontslag- en verwijsbrieven bevatten regelmatig privacygevoelige informatie. Het is daarom aangewezen om deze documenten kritisch te screenen en, waar mogelijk, samen met de patiënt op te stellen of te bespreken. Informatie uit het dossier wordt vaak gebruikt voor doorverwijzingen of gedeeld met andere organisaties. Onzorgvuldige formuleringen, ongefundeerde interpretaties of onvoldoende context kunnen niet alleen leiden tot reputatieschade voor de patiënt, maar ook de verdere behandeling bemoeilijken.

Het opvragen van inzage of een afschrift van het patiëntendossier gebeurt vaak vanuit een gevoel van onbegrip, een gemis aan informatie of onuitgeklearde situaties. Het kan wijzen op een tekort aan actieve en duidelijke communicatie tijdens het behandeltraject. Door sterker in te zetten op informeren en het bespreekbaar maken van ingrijpende situaties, zoals een debriefing na een afzondering of incident, kan de nood aan dossierinzage als laatste middel worden verminderd en kan het vertrouwen in de zorgrelatie worden versterkt.

Ten slotte ervaren veel patiënten schrik of verwarring bij het lezen van hun dossier. Zij worden geconfronteerd met diagnoses, interpretaties of formuleringen die nooit eerder expliciet zijn besproken. Dit kan niet alleen emotioneel belastend zijn, maar ook de kans op vertrouwen in de hulpverlening en het perspectief van hoop in de weg staan.

Aanbevelingen

- Zet proactief in op het samen bespreken van de inhoud van het patiëntendossier en de ontslagbrief met de patiënt.
- Informeer patiënten duidelijk over inhoud van verslagen.
- Betrek en informeer, waar gepast en met toestemming, naasten over informatiedeling en zorgoverdracht.

Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de gezondheidszorgbeoefenaar (Art.8)

Patiënten hebben soms de ervaring dat ze onvoldoende worden meegenomen in de behandelingsdoelen en het behandelingsplan.

Een cruciale vernieuwing in de Wet op de Patiëntenrechten is dat goede zorg gebaseerd is op gezamenlijke besluitvorming. Dit overlegmodel doelt erop dat hulpverleners en patiënten samen een keuze maken. Deze keuze is een resultaat van de expertise en wetenschappelijke kennis van de hulpverlener en de ervaringskennis, waarden en voorkeuren van de patiënt en zijn naasten.

Met de beste intenties maken hulpverleners soms beslissingen, terwijl het perspectief van de patiënt onvoldoende wordt meegenomen. Oog hebben voor de zelfbeschikking en de keuzevrijheid van de patiënt is een essentieel onderdeel van mensgerichte zorg. De patiënt verwacht correcte informatie en ondersteuning in het maken van keuzes. Een voorwaarde voor deze zelfbeschikking is de wilsbekwaamheid. In het denkproces dat vooraf gaat aan de shared decision making is de inschatting van deze wilsbekwaamheid en het eventueel betrekken van een vertegenwoordiger belangrijk.

Deze keuzevrijheid van de patiënt heeft ook betrekking op medicatie. De effectiviteit en de voordelen van psychofarmaca zijn bewezen. Maar patiënten ervaren soms onbedoelde of onaangename effecten op hun kwaliteit van leven. Het gesprek hierover is niet altijd gemakkelijk, voor beide partijen.

Doordat de focus ligt op de psychiatrische symptomen, blijft soms de aandacht voor de somatische zorg onderbelicht. Een holistische zorgvisie gaat echter uit van het geheel van lichaam, geest en sociale context, waarbij zowel psychische als somatische aspecten in samenhang worden benaderd en behandeld. Dit sluit aan op het belang van lichaamsgerichte therapie.

Aanbevelingen:

- Spreek open over de behandeling.
- Betrek patiënt waar nodig en naasten waar mogelijk.
- Neem somatische opvolging ernstig en communiceer hierover.
- Zet in op lichaamsgerichte therapie.

Algemeen

Het landschap van de geestelijke gezondheidszorg is voortdurend in beweging. We stellen vast dat patiënten en hun naasten steeds vaker gebruikmaken van artificiële intelligentie om e-mails of brieven juridisch te onderbouwen. Dit vraagt een bijkomende inspanning van hulpverleners en ombudsdiensten om deze afstand te overbruggen en opnieuw ruimte te creëren voor authentiek, intermenselijk contact.

Als ombudsdienst zijn we er alvast van overtuigd dat het grootste herstel gebeurt in de verbinding van mensen.

Aanmeldingen (go between)

De eerste aanmelding werd geregistreerd op 03/01/2025, de laatste op 29/12/2025. Het totaal aantal aanmeldingen bedraagt 230, het totaal aantal in 2025 afgesloten aanmeldingen 230.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	198	240	221	230
aanmelders	141	171	148	175

Verder beperken wij ons tot het vergelijken van de gegevens van 2025 met deze van 2024.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	221		230	
aanmelders	148		175	
tijd tussen aanmelding en eerste contact				
<i>op dezelfde datum</i>	176	84,61	187	84,23
<i>binnen de week</i>	25	12,01	35	15,76
<i>binnen de 2 weken</i>	4	1,92	-	-
<i>later dan 4 weken</i>	3	1,44	-	-
totaal	208	100	222	100
aantal contacten per aanmelding				
<i>geen enkel contact</i>	13	5,88	8	3,47
<i>1 contact</i>	126	57,01	134	58,26
<i>2 contacten</i>	57	25,79	53	23,04
<i>3 contacten</i>	14	6,33	23	10,00
<i>meer dan 3 contacten</i>	11	4,97	12	5,21
totaal	221	100	230	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	8		5	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	221		230	

De 230 aanmeldingen (2025) komen van in totaal 175 aanmelders.

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	162	73,30	176	76,52
groep patiënten	11	4,97	17	7,39
andere	48	21,71	37	16,08
totaal	221	100	230	100

Aantal leden groep				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
2 personen	1	9,09	5	29,41
3 personen	3	27,27	-	-
4 personen	2	18,18	3	17,64
meer dan 4 personen	5	45,45	9	52,94
totaal	11	100	17	100

grootste groep	8	21

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	45	93,75	35	94,59
kennis	3	6,25	-	-
personeelslid	-	-	1	2,70
andere (buur)	-	-	1	2,70
totaal	48	100	37	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	16	33,33	13	35,13
als vertrouwenspersoon	6	12,50	9	24,32
ten persoonlijke titel	26	54,16	15	40,54
totaal	48	100	37	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	13	27,08	13	35,13
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	4	8,33	1	2,70
terugkoppeling was niet mogelijk	23	47,91	20	54,05
terugkoppeling was niet nodig	8	16,66	3	8,10
totaal	48	100	37	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	16	51,61	12	52,17
Weigering aanmelder	4	12,90	1	4,34
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	2	8,69
Patiënt is wilsonbekwaam	9	29,03	8	34,78
Patiënt is overleden	1	3,22	-	-
Patiënt is onbereikbaar	1	3,22	-	-
totaal	31	100	23	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	28	12,66	15	6,52
neen	193	87,33	215	93,47
totaal	221	100	230	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	40	18,09	18	7,82
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	33	14,93	25	10,86
telefonisch	106	47,96	129	56,08
chat	2	0,90	2	0,86
algemeen mailadres	2	0,90	2	0,86
schriftelijk: brievenbus	38	17,19	54	23,47
totaal	221	100	230	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	23	10,40	14	6,08
Luisterend oor	24	10,85	19	8,26
Signaal	30	13,57	38	16,52
Bemiddeling: pendeldiplomatie	18	8,14	20	8,69
Bemiddeling: samenbrengen	-	-	-	-
Financieel akkoord: schadeclaim	10	4,52	3	1,30
Financieel akkoord: betwisting factuur	2	0,90	18	7,82
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	37	16,74	39	16,95
Sanctie/repesaille	41	18,55	26	11,30
Actie	36	16,28	53	23,04
totaal	221	100	230	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	12	5,42	11	4,78
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	175	79,18	170	73,91
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	34	15,38	38	16,52
niet van toepassing	-	-	11	4,78
totaal	221	100	230	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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	33	14,93	25	10,86
psychiater	25	11,31	33	14,34
huisarts	1	0,45	-	-
andere arts	-	-	1	0,43
apotheker	-	-	-	-
verpleging	21	9,50	19	8,26
persoonlijke begeleider	3	1,35	-	-
sociale dienst	1	0,45	1	0,43
psycholoog	3	1,35	3	1,30
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	1	0,45	1	0,43
multidisciplinair team	118	53,39	107	46,52
administratieve dienst	-	-	20	8,69
technische dienst	-	-	-	-
voedingsdienst	12	5,42	13	5,65
poetsdienst	-	-	-	-
directie	1	0,45	3	1,30
bewindvoerder	1	0,45	1	0,43
wasserij	-	-	-	-
beleid	-	-	-	-
afdelingsverantwoordelijke	-	-	-	-
andere	1	0,45	3	1,30
totaal	221	100	230	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	213	96,38	228	99,13
algemene vraag los van patiëntenrecht	8	3,61	2	0,86
totaal	221	100	230	100

Hieronder worden de soorten algemene vragen los van de patiëntenrechten weergegeven.

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	1	12,50	-	-
levensverhaal	3	37,50	-	-
patiëntenrechten	4	50,00	2	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	2	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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	157	73,70	160	70,17
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	0,46	2	0,87
3. informatie	2	0,93	7	3,07
4. geïnformeerde toestemming	25	11,73	36	15,78
5. inzage patiëntendossier	13	6,10	12	5,26
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	12	5,63	8	3,50
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,46	2	0,87
9. vertrouwenspersoon	2	0,93	1	0,43
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	213	100	228	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	19	11,94	13	8,02
1.2. goede behandeling/begeleiding	53	33,33	43	26,54
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	18	11,32	17	10,49
1.4. goede hotelservice	33	20,75	39	24,07
1.5. betalende diensten	2	1,25	1	0,61
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	5	3,14	23	14,19
1.7. beschermende maatregelen	29	18,23	26	16,04
totaal	159	100	162	100

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	1	5,26	2	15,38
correcte omgangsvormen	17	89,47	11	84,61
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	1	5,26	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	19	100	13	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	1	2,32
somatische verzorging	3	5,66	2	4,65
medicatie	-	-	-	-
individuele therapie	-	-	1	2,32
groepstherapie	2	3,77	-	-
voldoende beschikbaarheid	19	35,84	13	30,23
betrokkenheid familie	7	13,20	5	11,62
start opname/behandeling/begeleiding	10	18,86	7	16,27
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	10	18,86	10	23,25
overplaatsing naar andere afdeling	1	1,88	2	4,65
overplaatsing naar een andere voorziening	1	1,88	1	2,32
andere	-	-	1	2,32
totaal	53	100	43	100

Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	7	70,00	5	71,42
andere	3	30,00	2	28,57
totaal	10	100	7	100

(andere 2025: wachtlijst, geen info of weerhouden)

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	9	90,00	8	80
geweigerd	1	10,00	-	-
andere	-	-	2	20
totaal	10	100	10	100

(andere 2025: geen continuïteit, geen doorverwijzing)

Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	1	50,00
geweigerd	-	-	1	50,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	100,00	1	100,00
totaal	1	100	1	100

(andere 2025: wachtlijst)

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	9	50,00	11	64,70
groepsleven	6	33,33	6	35,29
ontspanning/vrije tijd	1	5,55	-	-
weekend- en verlofregeling	2	11,11	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	18	100	17	100

1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	10	30,30	13	33,33
infrastructuur/accommodatie	7	21,21	15	38,46
hygiëne	-	-	-	-
veiligheid persoon	5	15,15	3	7,69
veiligheid goederen	8	24,24	6	15,38
wifi	3	9,09	2	5,12
andere	-	-	-	-
totaal	33	100	39	100

1.5. Betalende diensten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	2	100,00	-	-
wasserij	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	2	100	1	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	2	40,00	21	91,30
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	3	60,00	1	4,34
verzekeringen	-	-	1	4,34
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	23	100

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	1	3,44	1	3,84
beperkte bewegingsvrijheid	2	6,89	-	-
afzondering	6	20,68	6	23,07
fixatie	-	-	1	3,84
gedwongen opname	19	65,51	17	65,38
internering	-	-	-	-
andere	1	3,44	1	3,84
totaal	29	100	26	100

(Andere 2025: bewindvoering over de persoon)

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	1	100,00	2	100,00
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	2	28,57
duur	-	-	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	-	-	-	-
Inhoud behandeling	2	100,00	5	71,42
totaal	2	100	7	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	12	48,00	12	33,33
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	13	52,00	24	66,66
totaal	25	100	36	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	-	-
inzage/afschrift dossier	13	100,00	12	100,00
totaal	13	100	12	100

5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
termijn overschreden	5	38,46	1	8,33
inhoud dossier	1	7,69	4	33,33
ontslagbrief	1	7,69	1	8,33
andere	6	46,15	6	50,00
totaal	13	100	12	100

(andere 2025: attest, gegevensdeling platform, procedure, verwijderde delen, wetgeving)

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	2	16,66	2	25,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	1	8,33	-	-
territoriale privacy	5	41,66	2	25,00
mondelinge indiscretie	4	33,33	3	37,50
Andere (scherm zichtbaar)	-	-	1	12,50
totaal	12	100	8	100

7. Recht op klachtenbemiddeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	100,00	1	50,00
andere (onvoldoende erkend)	-	-	1	50,00
totaal	1	100	2	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	2	100,00	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	2	100	1	100

(andere 2025: geweigerde aanwezigheid behandeling)

10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal afgesloten aanmeldingen (230). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	34	15,38	16	6,95
doorverwijzen intern	-	-	-	-
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	37	16,74	24	10,43
signaleren	33	14,93	42	18,26
coachen	18	8,14	38	16,52
pendelbemiddeling	77	34,84	101	43,91
samenbrengen van de partijen	20	9,04	9	3,91
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	2	0,90	-	-
totaal	221	100	230	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	102	46,15	116	50,65
binnen de week	68	30,76	77	33,62
binnen de twee weken	22	9,95	13	5,67
binnen de vier weken	14	6,33	9	3,93
later dan vier weken	15	6,78	14	6,11
totaal	221	100	229	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	26	18

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.

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederichter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-



Jaarverslag PC Gent -Sleidinge Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Marianne Keppens



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informeren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek! werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On!, een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inleiding

Dit is het tweeëntwintigste jaarverslag van de onafhankelijke ombudsdienst geestelijke gezondheidszorg.

Dit jaarverslag heeft in eerste instantie als doel om de aanbevelingen en uitdagingen van het afgelopen jaar in kaart te brengen. We gebruiken de artikels van de vernieuwde wet patiëntenrechten als leidraad om deze aanbevelingen en uitdagingen weer te geven. Daarnaast beargumenteren we onze aanbevelingen en uitdagingen met het nodige cijfermateriaal. Wij gebruiken hiervoor het registratiesysteem Go-Between.

Belangrijk om hierbij op te merken is dat we als ombudsdienst de klachten registreren zoals de patiënten ze bij ons aanbrengen. Wij doen niet aan waarheidsbevinding. We raden aan om dit in gedachten te houden bij het lezen van de cijfers. Ook kan het zijn dat een melding betrekking heeft op verschillende rechten terwijl er maar één geregistreerd is.

De aanmeldingen werden door de medewerkers van PCGS in samenwerking met de onafhankelijke ombudspersoon telkens zorgvuldig ter harte genomen. De betrokken zorgverleners waren altijd bereid om het nodige te ondernemen om de zorg en de zorgrelatie te bevorderen.

We hopen alvast dat dit jaarverslag gewikt en gewogen zal worden in de voorziening. Aarzel zeker niet om de ombudspersoon aan te spreken indien er vragen of onduidelijkheden zijn. We willen de directie, medewerkers, patiënten en hun naasten heel erg bedanken voor de constructieve medewerking en het vertrouwen dat ze in ons als ombudsdienst hebben.

Tot slot willen we hier ook nog even vermelden dat dit jaarverslag ook mondeling zal worden toegelicht bij de verantwoordelijken van de voorziening.

Evoluties en aanbevelingen

In 2025 ontving de ombudsdienst 69 meldingen, afkomstig van 55 aanmelders. Dit lijkt een significante stijging tov 2024 (16 geregistreerde meldingen). Deze stijging kan niet als representatief beschouwd worden. In 2024 viel de vaste ombudspersoon uit en werden een groot deel van de meldingen niet opgenomen in de registratie. Ten opzichte van 2022 en 2023 stellen we een daling vast in het aantal meldingen. Het is onduidelijk waar deze aan te wijten is. Mogelijks is dit een gevolg van de lange periode van wisselende ombudspersonen in 2024 en begin 2025. Een wissel van ombudspersoon heeft altijd een nadelig effect op de zichtbaarheid en bereikbaarheid van deze functie.

Sinds april 2025 is er opnieuw een vaste ombudspersoon en kon er terug ingezet worden op de zichtbaarheid en bereikbaarheid van de ombudsdienst. Dit werd onder meer gedaan door het organiseren van kennismakingsmomenten op alle afdelingen en infosessies met en voor patiënten en zorgverleners.

Melders zochten voornamelijk telefonisch (45%), schriftelijk (27,5%), of via direct contact (16%) contact met de ombudsdienst. Dit laatste is een daling vergeleken met vorig jaar en is een indicatie dat de zichtbaarheid van de ombudsdienst onder druk heeft gestaan in 2024 en begin 2025.

Hoewel meldingen vaak betrekking hebben op meerdere aspecten van de zorgverlening, werd telkens de belangrijkste betrokken discipline geregistreerd. De psychiater was in 38% van de meldingen de voornaamste betrokkene, in 23% van de meldingen was dit het afdelingshoofd, gevolgd door de verpleging (14%).

Het merendeel van de meldingen had te maken met kwaliteitsvolle dienstverlening (72%), gevolgd door meldingen over geïnformeerde toestemming (10%), bescherming persoonlijke levenssfeer (7%), recht op informatie (5%), vrije keuze beroepsbeoefenaar (3%) en inzage in patiëntendossier (2%).

We wijzen er hierbij nogmaals op dat wij als ombudsdienst de klachten registreren zoals de patiënten ze bij ons aanbrengen. Wij doen niet aan waarheidsbevinding. We raden aan om dit in gedachten te houden bij het lezen van de cijfers. Ook kan het zijn dat een melding betrekking heeft op verschillende rechten terwijl er maar één geregistreerd is.

Aanbevelingen aan de voorziening

Recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking (art.5)

- De vernieuwde wet patiëntenrechten benadrukt het belang van dialoog en samenwerking tussen patiënt en gezondheidszorgbeoefenaar. De dialoog heeft als doel de zorg maximaal af te stemmen op de levensdoelen en waarden van de patiënt, binnen de grenzen van de therapeutische vrijheid van de zorgverlener (art. 4 KW). Een voorwaarde voor een dergelijke samenwerking is informatie op maat van de patiënt en voldoende tijd en ruimte om naar elkaar te luisteren. Vanuit een wederzijds begrip van elkaars visie en bekommernissen wordt er gekomen tot een gezamenlijke beslissing m.b.t. het zorgtraject. Ook bij het beëindigen van een traject, het overplaatsen naar een andere afdeling of voorziening, of het weigeren van een opname, is het belangrijk om, waar mogelijk, de patiënt te betrekken in de beslissing. Is dit niet mogelijk dan is het belangrijk om de patiënt

zo goed mogelijk te informeren over de gemaakte overwegingen. Heldere en tijdige communicatie hierover kan houvast bieden en bijdragen aan een beter begrip van het verdere zorgverloop.

- In 2025 werd de nieuwe beschermende observatiemaatregel ingevoerd. Uit de meldingen van het afgelopen jaar blijkt dat sommige patiënten de maatregel als verwarrend ervaren. Patiënten vragen naar duidelijkheid, zowel over de procedure als over de medische observaties die de nood aan een opname aantonen. Transparante communicatie over de motivering, de evolutie tijdens de opname en de mogelijkheden binnen de beschermende observatiemaatregel, zijn belangrijk om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. De ombudspersoon zal in 2026 de nieuwe brochure, die de wetgeving op een toegankelijke manier toelicht (zie voorwoord), op de relevante afdelingen beschikbaar maken en toelichten als een tool voor zorgverleners om patiënten te helpen overzicht te krijgen en houden over het hoe, wat en waarom van de beschermende observatiemaatregel.
- De ombudsdienst kreeg in 2025 een aantal meldingen van ouders van patiënten (overwegend minderjarig) over de mate waarin zij geïnformeerd en betrokken werden in de zorg van hun kind en de manier waarop er met hen werd omgegaan door zorgverleners. Wanneer een patiënt niet wenst dat hun naasten betrokken worden in hun zorg kan dit tot moeilijke situaties leiden. Het beroepsgeheim van zorgverleners, het gegeven dat ook minderjarigen houder zijn van hun patiëntenrechten (wanneer zij daartoe in staat worden geacht door een arts) én het belang van de vertrouwensband met de patiënt, zorgen er soms voor dat ouders weinig tot geen informatie krijgen over de zorg van hun kind. Dit wordt door sommige ouders/naasten als onrespectvol en afwimpelend ervaren en zet hun vertrouwen in de zorg onder druk. Duiding en reflectie over wat wel en niet kan gezegd worden in gesprek met naasten kan hierbij helpen. Het kan een belangrijke rol spelen in het behouden van het vertrouwen van naasten in de zorg en (waar mogelijk) de verdere opvolgen van het zorgtraject na een opname. De ombudspersoon kan de nodige ondersteuning bieden aan zorgverleners om hierover na te denken.

Recht op geïnformeerde toestemming (art. 8)

- De mogelijkheid tot dialoog en gezamenlijke besluitvorming is rechtstreeks verbonden met de mate waarin er informatie gedeeld wordt, zowel door de zorgverlener als door de patiënt. Hoe minder gedeelde informatie, hoe minder betrokkenheid in de overwegingen en beslissingen. Soms schatten zorgverleners in dat, in het belang is van de patiënt, het beter is om die dialoog beperkt te houden. De visie is dan om eerst in te zetten op datgene wat de patiënt in staat stelt om op een constructieve manier in dialoog te gaan. In dergelijke gevallen wordt er soms voor gekozen om slechts minimale informatie mee te geven aan de patiënt. Sommige patiënten ervaren dit als een beperking op hun recht op geïnformeerde toestemming. Niet zozeer wat betreft hun recht om te weigeren, maar wat betreft het gevoel geïnformeerd te zijn over de reden van een bepaalde tussenkomst en de mogelijkheid om bezorgdheden over de voorgestelde tussenkomst te bespreken. Vanuit de patiëntenrechten kunnen wij enkel benadrukken dat ook in moeilijke situaties het belangrijk is om voldoende tijd te maken om bezorgdheden rond tussenkomsten te bespreken.

Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (art. 9)

- Patiënten hebben het recht om inzage of een afschrift te vragen van een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier. Het patiëntendossier wordt in de wet patiëntenrechten gezien als een communicatiemiddel tussen zorgverlener en zorgvrager. Zowel zorgverlener als zorgvrager dienen bij iedere notitie (zorgverlener) of toegevoegd document (zorgvrager) rekening te houden met de relevantie ervan voor het zorgtraject. Ook is het belangrijk dat de taal begrijpbaar en leesbaar is. We merken dat hulpverleners hierin zoekende zijn. We willen daarom op het belang duiden om te blijven investeren in vorming en reflectie over patiëntennotities. Het kan ook een aanbeveling zijn om het dossier samen met de patiënt in te vullen of samen te overlopen wat er precies in zijn dossier wordt geschreven. Het verhoogt de transparantie en het vertrouwen en geeft de patiënt de mogelijkheid de nodige toelichting te vragen en ontbrekende informatie meteen toe te voegen.

Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer (art. 10)

- Patiënten ervaren niet altijd evenveel duidelijkheid rond wie toegang heeft tot hun persoonsgegevens, met welk doel en met wie informatie gedeeld wordt. Dit geldt des te meer voor de digitale en online platformen die gebruikt worden voor informatie-uitwisseling tussen hulpverleners. De toestemming om gegevens te delen met andere hulpverleners wordt vaak bij de start van een opname ondertekend door een patiënt, zonder de reikwijdte hiervan te kennen. Mensen zijn op dat moment ook ziek, overweldigd door de opname en niet in staat om alles te capteren wat hen wordt aangereikt. Het is belangrijk om expliciet te benoemen wat de patiënt tekent en dit ook duidelijk uit te leggen.

Recht op vertrouwenspersoon (art. 11/1)

- Uit de infosessies, zowel aan zorgverleners als aan zorgvragers, blijkt nog regelmatig dat de wettelijke steunfiguren van vertrouwenspersoon en wettelijke vertegenwoordiger onvoldoende gekend zijn: Hoe aanduiden? Wat is hun rol en mandaat? Wat is het verschil tussen een wettelijk vertegenwoordiger en een bewindvoerder? ... Dit thema zal ook in 2026 een aandachtspunt blijven in de infosessies en vormingen.

Algemeen besluit

De ombudsdienst is één van de kanalen die bijdragen aan een zo goed mogelijke zorg. Dit staat of valt met de samenwerking tussen zorgverleners, zorgvragers en de ombudsdienst. De ombudsdienst is zowel de zorgverleners als de zorgvragers dankbaar voor de grote bereidheid tot samenwerking, reflectie, herbekijken van situaties en het opnemen van de respectievelijke verantwoordelijkheden.

Aanmeldingen (go between)

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 07/01/2025, de laatste op 28/12/2025.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 69, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 60.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	88	149	16	69
aanmelders	88	106	15	55

In 2024 was er een lange afwezigheid van de vaste ombudspersoon. Dit had als gevolg dat er weinig cijfers voorhanden waren voor dat jaar omwille van de geringe registratie. De geregistreerde aanmeldingen omvatten enkel die van de laatste drie maand van 2025. Naast de grond van de meldingen is het aantal ook gerelateerd aan de zichtbaarheid en de daaraan gekoppelde bereikbaarheid van de ombudsfunctie. Ook in 2025 vond een wissel plaats van ombudspersoon.

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	16		69	
aanmelders	15		55	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	13	81,25	44	67,69
<i>binnen de week</i>	2	12,50	15	23,07
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	5	7,69
<i>binnen de vier weken</i>	1	6,25	1	1,53
<i>later dan 4 weken</i>	-	-	-	-
totaal	16	100	65	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	-	-	5	7,24
<i>1 contact</i>	6	37,50	31	44,92
<i>2 contacten</i>	6	37,50	23	33,33

3 contacten	1	6,25	6	8,69
meer dan 3 contacten	3	18,75	4	5,79
totaal	16	100	69	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		15	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	15		60	

De **69** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 55 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
5	1	1,81	5	7,24
4	1	1,81	4	5,79
3	2	3,63	6	8,69
2	3	5,45	6	8,69
1	48	87,27	48	69,56
totaal	55	100	69	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	11	68,75	59	85,50
groep patiënten	-	-	2	2,89
andere	5	31,25	8	11,59
totaal	16	100	69	100

Aantal leden groep		
	2025	
Categorie	n	%
2 personen	-	-
3 personen	2	100,00
4 personen	-	-
meer dan 4 personen	-	-
totaal	2	100

grootste groep	3	

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familielid/partner	4	80,00	6	75,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	1	20,00	2	25,00
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	8	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	1	14,28
ten persoonlijke titel	5	100,00	6	85,71
totaal	5	100	7	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	3	60,00	2	25,00
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	4	50,00
terugkoppeling was niet mogelijk	2	40,00	2	25,00
terugkoppeling was niet nodig	-	-	-	-
totaal	5	100	8	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Persoonlijke vraag aanmelder	-	-	1	25,00

Weigering aanmelder	-	-	-	-
Patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is wilsonbekwaam	-	-	-	-
Patiënt is overleden	1	50,00	2	50,00
Patiënt is onbereikbaar	1	50,00	1	25,00
totaal	2	100	4	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	2	12,50	19	27,53
neen	14	87,50	50	72,46
totaal	16	100	69	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	4	25,00	11	15,94
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	1	6,25	19	27,53
telefonisch	9	56,25	31	44,92
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	1	6,25	2	2,89
schriftelijk: brievenbus	1	6,25	6	8,69
totaal	16	100	69	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
Informatie	2	12,50	11	15,94
Luisterend oor	-	-	10	14,49
Signaal	7	43,75	13	18,84
Bemiddeling: pendeldiplomatie	3	18,75	26	37,68
Bemiddeling: samenbrengen van de partijen	1	6,25	4	5,79
Financieel akkoord: schadeclaim	-	-	-	-
Financieel akkoord: betwisting	1	6,25	-	-

factuur				
Vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	-	-	-	-
Sanctie/represaille	1	6,25	1	1,44
Andere	1	6,25	4	5,79
totaal	16	100	69	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	1,44
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	14	87,50	54	78,26
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	1	6,25	11	15,94
niet van toepassing	-	-	2	2,89
andere	1	6,25	1	1,44
totaal	16	100	69	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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	-	-	4	5,79
psychiater	1	6,25	26	37,68
huisarts	-	-	1	1,44
andere arts	-	-	-	-
apotheker	-	-	1	1,44
verpleging	2	12,50	10	14,49
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	1	6,25	-	-
psycholoog	-	-	1	1,44
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-

multidisciplinair team	6	37,50	1	1,44
administratieve dienst	1	6,25	1	1,44
technische dienst	-	-	2	2,89
voedingsdienst	2	12,50	1	1,44
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	5	7,24
bewindvoerder	-	-	-	-
ombudspersoon	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
beleid	-	-	-	-
afdelingsverantwoordelijke	3	18,75	16	23,18
andere	-	-	-	-
totaal	16	100	69	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	16	100,00	58	84,05
algemene vraag los van patiëntenrecht	-	-	11	15,94
totaal	16	100	69	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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familiaal	-	-	2	20,00
juridisch	-	-	2	20,00
financieel	-	-	2	20,00
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	1	10,00

levensverhaal	-	-	-	-
patiëntenrechten	-	-	1	10,00
andere	-	-	2	20,00
totaal	-	-	10	100

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

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	13	81,25	42	72,41
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	6,25	2	3,44
3. informatie	2	12,50	3	5,17
4. geïnformeerde toestemming	-	-	6	10,34
5. inzage patiëntendossier	-	-	1	1,72
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	-	-	4	6,89
7. klachtenbemiddeling	-	-	-	-
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	16	100	58	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	5	38,46	9	20,00
1.2. goede behandeling/begeleiding	4	30,76	12	26,66
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	3	6,66
1.4. goede hotelSERVICE	3	23,07	17	37,77
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	1	7,69	-	-
1.7. beschermende maatregelen	-	-	4	8,88

totaal	13	100	45	100

1.1. Respectvolle bejegening

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	2	40,00	4	44,44
correcte omgangsvormen	2	40,00	4	44,44
fysiek grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
verbaal grensoverschrijdend gedrag	1	20,00	-	-
andere	-	-	1	11,11
totaal	5	100	9	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
somatische verzorging	1	25,00	-	-
medicatie	-	-	1	8,33
individuele therapie	-	-	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	1	25,00	1	8,33
betrokkenheid familie	1	25,00	-	-
start opname/behandeling/begeleiding	-	-	1	8,33
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	1	25,00	3	25,00
overplaatsing naar andere afdeling	-	-	1	8,33
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	1	8,33
andere	-	-	4	33,33
totaal	4	100	12	100

Start opname/behandeling/begeleiding

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-

geweigerd	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	100,00
totaal	-	-	1	100

Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	-	-	3	100,00
groepsleven	-	-	-	-

ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	3	100

1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	3	100,00	-	-
infrastructuur/accommodatie	-	-	5	29,41
hygiëne	-	-	6	35,29
veiligheid persoon	-	-	2	11,76
veiligheid goederen	-	-	3	17,64
wifi	-	-	1	5,88
andere	-	-	-	-
totaal	3	100	17	100

1.5. Betalende diensten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	1	100,00	-	-
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	-	-	-	-

bewindvoering	-	-	-	-
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

1.7. Beschermende maatregelen

	2024		2025	
Categorie	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

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	2	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

3. Recht op informatie

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	-	-	-	-
duur	-	-	2	66,66
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	-	-
alternatieven	1	50,00	-	-

andere	1	50,00	1	33,33
totaal	2	100	3	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	-	-	4	100,00
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	-	-
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	-	-	-	-
totaal	-	-	4	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	1	100,00
inzage/afschrift dossier	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	-	-	-	-
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	1	25,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	-	-	2	50,00
mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	1	25,00
totaal	-	-	4	100

7. Recht op klachtenbemiddeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-

informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (60). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	1	6,66	10	16,66
doorverwijzen intern	1	6,66	2	3,33
doorverwijzen extern	-	-	1	1,66
informeren	2	13,33	8	13,33
signaleren	7	46,66	15	25,00
coachen	-	-	4	6,66
pendelbemiddeling	2	13,33	17	28,33
samenbrengen van de partijen	1	6,66	3	5,00
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	1	6,66	-	-

totaal	15	100	60	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	-	-	11	18,33
binnen de week	7	46,66	25	41,66
binnen de twee weken	3	20,00	5	8,33
binnen de vier weken	2	13,33	10	16,66
later dan vier weken	3	20,00	9	15,00
totaal	15	100	60	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.

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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	1	50,00
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	1	50,00
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	-	-	-	-

totaal	-	-	2	100



Jaarverslag PZ Stuivenberg Onafhankelijke Ombudsdienst Geestelijke Gezondheidszorg

2025

Peter De Clercq



onafhankelijke
ombudsdienst
geestelijke
gezondheidszorg

1

Over OOGG

De wet op de patiëntenrechten van augustus 2002 (gewijzigd door de wet 6 februari 2024) geeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudspersoon.

De onafhankelijke ombudsdienst is een deelwerking van Psyche VZW, met de steun van de Vlaamse overheid. We werken onafhankelijk van de voorziening. We zijn meerzijdig partijdig en zijn ook gebonden aan het beroepsgeheim.

Opdrachten van de externe ombudspersoon

- Vragen en klachten voorkomen door communicatie tussen patiënt en hulpverlener te bevorderen.
- Bemiddelen bij klachten over de uitoefening van patiëntenrechten, met het oog op een oplossing.
- Patiënten inlichten over hun mogelijkheden om hun klacht af te handelen als die oplossing er toch niet komt.
- Informereren over de organisatie, de werking en de procedures van de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten over de uitoefening van je rechten als patiënt.
- Een jaarverslag publiceren met een overzicht van de klachten en het resultaat.



Voorwoord

Het voorbije jaar stonden wij dagelijks in contact met patiënten, hun naasten en zorgverleners om samen een weg te zoeken in een complexe zorgcontext. In deze context trachten we kwetsbaarheid, veiligheid en rechten zorgvuldig in balans te brengen. De invoering en toepassing van de nieuwe beschermende observatiemaatregel in 2025 vormde daarbij een belangrijk aandachtspunt. Transparante communicatie, zorgvuldige motivering en voortdurende evaluatie zijn cruciaal om te voorkomen dat patiënten deze bescherming ervaren als controleverlies of als een aantasting van hun persoonlijke waardigheid. Samen met onze collega's van Te Gek!? werkten we aan een brochure die deze wetgeving op een toegankelijke manier toelicht en die zal gereleased worden in februari.

De ombudsdienst OOGG is geïntegreerd binnen Psyche. Deze integratie is geen louter organisatorische keuze, maar een inhoudelijke meerwaarde in twee richtingen. Psyche biedt een ruimer kader waarbinnen de ombudsfunctie kan groeien; OOGG brengt vanuit de dagelijkse praktijk van patiëntenrechten inzichten aan die het werk van Psyche verdiepen en aanscherpen. Als onderdeel van Psyche draagt OOGG zo bij aan een meer geïntegreerde benadering van patiëntenrechten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze wederzijdse versterking kreeg concreet vorm in het jaaractieplan Psyche 2025, waarin OOGG als afzonderlijke opdracht werd opgenomen en tegelijk in verbinding stond met andere opdrachten van Psyche. Signalen en terugkerende thema's uit de ombudswerking werden meegenomen in bredere beleids- en kwaliteitsgerichte acties, onder meer rond patiëntenrechten en kennisdeling. Zo ontwikkelden medewerkers van Psyche - samen met netwerkpartners dubbeldiagnose in Vlaanderen en met LUCA School of Arts - Spot On! een tool waarmee we patiëntenrechten helder en toegankelijk maken voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische klachten.

Ten slotte willen we het belang van samenwerking benadrukken. Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals en organisaties die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Kris Bruyninckx, teamcoördinator OOGG
Koen Lefevre, algemeen directeur Psyche

Inleiding

In het jaarverslag 2024 gingen we uitgebreid in op de vernieuwende elementen van de vernieuwde wet patiëntenrechten en de flankerende wetgevingen.

In dit jaarverslag bespreken we de aandachtspunten t.a.v de meest gescoorde types van aanmeldingen nl. communicatie met/betrokkenheid van de context/familie en factuurbetwistingen en opname- en ontslagbeleid.

Meldingen over het verlies van goederen na inbewaringname, infrastructuur, somatische zorg en het inzagerecht na overlijden komen in aantal minder voor, maar lijken toch voldoende van belang om er aandacht aan te geven.

Tot slot staan we ook stil bij het groeiperspectief van de onafhankelijke ombudswerking GGZ binnen PAAZ-afdelingen.

In bijlage geven we meer casusinfo rond het type van aanmeldingen. Bij de bespreking van het jaarverslag geven we hier duiding over en waar mogelijk de hiermee verbonden aandachtspunten.

Cijfers kort

De categorie kwaliteitsvolle zorg blijft met 25 meldingen de meest gescoorde categorie.

In 2025 werden er 32 meldingen gedaan via partner of familie.

In 2025 waren er 18 klachten gerelateerd aan factuurbetwistingen.

16 meldingen hadden betrekking op het opstarten of beëindigen van het behandeltraject.

Aanbevelingen/aandachtspunten voorziening

-Betrokkenheid context

In 2025 werden er 32 aanmeldingen (=25% van het totaal aantal aanmeldingen) gedaan via partner of familie.

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.

Toelichting van het behandelbeleid, intake-en ontslagbeleid staat vaak op de agenda. Informatie geven vraagt veel energie en volgehouden inspanningen van medewerkers. Toch is dit lonend, brengt het vaak duidelijkheid en rust en heeft dit positieve effecten op de samenwerking met patiënt én netwerk.

-Recht op informatie

Het recht op informatie mag terecht beschouwd worden als de meest basale vorm van participatie/eigenaarschap van de patiënt.

Patiënten verwoorden steeds meer hun verwachtingen naar rechtstreekse betrokkenheid bij in het overleg rond hun behandeling (strategie, behandelplan, werkpunten...) Het proactief betrekken van de patiënt bij evaluatie- en/of keuzemomenten in het behandeltraject kan hier een belangrijke bijdrage leveren.

Participatie van patiënten 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.

Het systematisch inbouwen van evaluatie, samen met de patiënt, vermijdt zware conflicten in de eindfase van een behandeltraject.

Belang van geïnformeerde toestemming patiënt t.a.v communicatie met de context

Wat als de toestemming van de patiënt er niet is? Wat als familie geen vertrouwenspersoon is?

Patiënten geven soms zeer expliciet aan geen communicatie met de context te wensen en hier ook geen toestemming voor te geven.

Medewerkers geven aan altijd te luisteren en te werken met alle informatie die hen bereikt. Met tijdelijke wilsonbekwaamheid en/of gevaar, empathie voor de bezorgdheden van de context/familie en tijdsdruk als argumenten om toch, in bepaalde gevallen, zonder toestemming of medeweten van de patiënt te communiceren met familie/context. Dit zet de vertrouwensrelatie met de patiënt onder druk en vraagt om transparantie en overleg.

Context eerste contactname ombudspersoon met patiënt bij aanmelding via familie/context

Bij aanmelding van familie of derden wordt de patiënt gecontacteerd om na te gaan of deze de aanmelding onderschrijft en welke verwachtingen er zijn.

Patiënt wordt gesproken om zicht te krijgen op positie vertrouwen en gelijklopende of verschillende belangen. Onderschrijft patiënt de aanmelding/klacht?

Heeft de patiënt zelf al aangegeven aan behandelteam wat zijn positie is t.a.v communicatie met familie?

Heeft het behandelteam de patiënt hierover (proactief) gesproken?

In dit gesprek wordt niet op de inhoud ingegaan maar ligt de focus op het uitklaren van de vertrouwensband en verwachtingen rond communicatie, zowel t.a.v de context als de behandelaars.

Uit het potentiële conflict blijven maar wel op weg zetten naar communicatie met behandelaars/familie.

Patiënt wordt uitgenodigd/aangemoedigd dit met zijn behandelaars en familie te bespreken. Een familiegesprek kan uitkomst bieden om parallelle communicatie te vermijden én transparant te zijn.

-Opname-en ontslagbeleid

Klachten rond het opstarten of beëindigen van behandelingstrajecten komen regelmatig aan bod. Dit kan te maken hebben met de impact van responsabilisering, samenwerkingsbereidheid, agressiebeleid maar evenzeer met opnamedruk en afbakening van het behandelaanbod.

Ook in deze voorziening waren er aanmeldingen (n=16) rond de criteria/argumenten om een behandeling niet op te starten of te beëindigen, maar is er geen sprake van een opvallende stijging.

-Verlies goederen

Sinds de invoering van het sleutelplan en de mogelijkheid voor patiënten om hun kamer te sluiten met een badgesysteem, is het aantal gemelde diefstallen afgenomen.

Meldingen specifiek over het verlies na inbewaringneming van persoonlijke goederen naar aanleiding van transfers (intern of extern) bij het opstarten, onderbreken of stopzetten van het behandelingstraject blijven wel regelmatig voorkomen.

Wanneer patiënten, tijdig gepland of onverhoeds hun kamer moeten verlaten (bij plots ontslag, opname ziekenhuis of overplaatsing naar gevangenis...) en de kamer (tijdelijk of definitief) moet ontruimd worden brengt dit voor het verplegend personeel veel praktische besommeringen met zich mee.

In voorgaande jaren hebben we al eerder aanbevelingen hierover gegeven. Het opmaken van een inventaris en duidelijk communiceren (met patiënt, medewerkers, familie, bewindvoerders) over de afspraken, mogelijkheden om goederen veilig te bewaren én (on)mogelijkheden om goederen tijdelijk in bewaring te nemen blijft de belangrijkste aanbeveling.

Inventaris niet enkel op verzoek van patiënt?

De vermelding in de onthaalbrochure dat een inventaris kan op verzoek van de patiënt lijkt geen sluitende maatregel/afpraak om dit soort meldingen te vermijden. De gezondheidstoestand, tijdelijke wilsonbekwaamheid met verwardheid en/of agitatie lijken argumenten om dit niet louter van de patiënt zelf te laten afhangen. Ook (alerte) familie vraagt (soms) om duidelijkheid a.d.h.v. ontvangstbevestiging wanneer zij via de verpleging goederen in bewaring geeft.

Het blijft zoeken naar het evenwicht tussen zorgvuldige bewaring, werklast en verantwoordelijkheid. We willen opnieuw signaleren, aandacht vragen om structurele, maar ook praktisch werkbare oplossingen uit te werken.

Goede werking van de kluizen en het sleutelplan, het systematisch werken met inventaris en/of ontvangstbevestiging bij inbewaringname, en het benutten van ICT of multimediatools kan hier een belangrijk verschil maken.

-Factuur

In 2025 waren er (n=18) klachten gerelateerd aan factuurbetwistingen.

In een aantal gevallen was er ontevredenheid rond de factuuropbouw en kon dit verholpen worden door informatie en advies.

Een aantal aanmelders was principieel niet bereid tot het betalen van (onderdelen van) de factuur. Zo waren er aanmelders die de wettelijke basis voor het verrekenen van het drankenforfait in vraag stelden. Ook een aanmelding rond de terugbetaling van medicatie al dan niet in de forfait inbegrepen, was voor 't eerst aan de orde. Discussie rond het al dan niet terecht aanrekenen van een noshow vergoeding komt steeds meer voor.

Patiënten in een niet bevestigde procedure gedwongen opname én die niet in orde zijn met hun ziekteverzekering (soms eigen aan de psychische toestand en de crisis zelf?) worden geconfronteerd met erg hoge rekeningen.

Ook aanmelders die na het intakegesprek niet weerhouden waren voor een opname, contacteerden de ombudspersoon over de kosten die hiervoor aangerekend werden. Soms was hier onwetendheid over, soms vanuit stress en teleurstelling principieel verzet.

Vanuit de ombudswerking zetten we in op informatie en advies, met indien nodig gerichte doorverwijzing naar sociale dienst en facturatedienst, ziekenfonds of advocaat.

-Infrastructuur

Aanmelding over de (on-)beschikbaarheid van rolstoel(en) op de afdeling maakte duidelijk dat de afspraken hierrond en de concrete opvolging niet overeenstemmen met de informatie aan patiënten.

Aanmeldingen rond voeding:

Patiënten signaleren dat het aanbod en de hoeveelheid fruit (zowel op afdeling als in de cafetaria) als onvoldoende wordt ervaren.

Wie laatst komt in de maaltijdenketting merkt tekorten in het aanbod?

Patiënten storen zich eraan dat sommige personeelsleden eten consumeren uit de koelkasten voorzien voor patiënten.

-Somatische zorg

Patiënten met weinig ziekte-inzicht en zelfzorg lopen verhoogde risico's op het ontwikkelen van somatische problemen.

De aandacht voor somatische zorg wordt door familie regelmatig benoemd als onvoldoende.

De opvolging van de gehele gezondheidstoestand vraagt om intensieve samenwerking tussen de somatische zorg en de psychiatrische zorg. Ook bij minder in het oog springende somatische problemen lijkt tijdige, structurele aandacht van belang. Het blijft zoeken naar het evenwicht tussen responsabilisering en overname van zorg.

Registratie van ondernomen stappen bijv. verwijzing naar huisarts op domein of specialist. Aanbod van opvolging minder vrijblijvend maken?

-Inzagerecht nabestaanden na overlijden patiënt

-Nabestaanden, krijgen in de vernieuwde wet patiëntenrechten het recht om een klacht in te dienen wegens een schending van de rechten van de overleden patiënt. De patiënt mag zich hiertegen niet verzet hebben bij leven.

Communicatie met rouwende familieleden verloopt soms in een erg geladen, conflictueuze sfeer. Familie stelt zich vragen bij de omstandigheden van overlijden. Het zoeken naar fout of schuld neemt kort na het overlijden soms de bovenhand. Beroepsbeoefenaars reageren hierop vanuit spreekangst of boosheid en weigeren het aanbod tot bemiddeling en/of de vraag naar inzage. Het zoeken naar goede praktijk om ook in deze situaties tot dialoog te komen is een uitdaging voor teams. Het kan bijdragen tot het verwerkingsproces.

De redenen die kunnen worden ingeroepen voor een inzage van het dossier na overlijden van de patiënt blijven voor verschil in benadering en meningsverschil zorgen. De omschrijving ervan in de wet zelf wellicht te weinig concreet. Ook de praktische afhandeling is nog weinig vertrouwd.

→Ontwikkelen van visie en procedure rond het omgaan met klachten op het eerstelijnsniveau van de afdeling, in overeenstemming met de visie op organisatieniveau. Sommige afdelingen gaan hier gestructureerd mee om, andere eerder ad hoc.

→Het ontwikkelen van een communicatie-draaiboek (visie en richtlijnen) kan hier nuttig zijn.

-Toekomst en groeiperspectief van de ombudswerking GGZ binnen PAAZ-setting

Algemeen

In 2007 werd het toepassingsgebied van de externe, onafhankelijke ombudswerking GGZ per KB bijgestuurd. Sindsdien valt de opvolging van klachten vanuit PAAZ-diensten onder de verantwoordelijkheid van het Algemeen Ziekenhuis, met de keuzemogelijkheid dit zelf te organiseren of hiervoor samenwerkingen aan te gaan.

Sinds de 6de staatshervorming, met bevoegdheid voor de Vlaamse overheid t.a.v de opvolging van de werking van de ombudsdiensten GGZ en de interne ombudsdiensten AZ, bleef deze wettelijke regeling onveranderd.

In 2022 werden de samenwerkingsovereenkomsten tussen Psyche/OOOG en de psychiatrische ziekenhuizen geactualiseerd. Dit om te komen tot duidelijke inhoudelijke en financiële afspraken. Dit kader wil bijdragen aan het verduidelijken van de modaliteiten en wederzijdse verwachtingen t.a.v de ombudswerking.

De ombudswerking GGZ binnen PAAZ-diensten, blijft tot nu beperkt tot deze (enige) voorziening. Een veralgemening/uitbreiding naar het volledige toepassingsgebied (Vlaanderen) lijkt (tot op heden) niet te realiseren.

Het lijkt omwille van de verschillen in de praktijk tussen de verschillende provincies, niet aangewezen dit langer aan te houden. Verder overleg zal nodig zijn om dit te verduidelijken.

T.a.v de voorziening

De opvolging van aanmeldingen vanuit de PAAZ ZNA/ZAS gebeurde van 2010 tot nu in onderlinge overeenstemming tussen de interne ombudsdienst van de voorziening en de onafhankelijke ombudswerking OOOG.

Op de campus St Vincentius (voormalig GZA) is er geen concrete ombudswerking GGZ vanuit OOOG.

Algemeen besluit

Respectvolle dialoog en structurele afstemming tussen patiënten, naasten, zorgverleners, voorzieningen en beleidsinstanties zijn onmisbaar om patiëntenrechten daadwerkelijk te verankeren in de dagelijkse praktijk. De ombudsdienst blijft hierin een brugfunctie vervullen: luisterend, bemiddelend en signalerend.

Wij danken alle patiënten die hun ervaringen met ons deelden, evenals de zorgprofessionals die bereid waren tot overleg en reflectie. Hun betrokkenheid draagt bij aan een geestelijke gezondheidszorg waarin respect en samenwerking centraal staan.

Aanmeldingen

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 08/01/2025, de laatste op 14/12/2025.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 119, het totaal aantal **in 2025 afgesloten aanmeldingen** 121.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2022 tot en met 2025.

Aanmeldingen, aanmelders

Categorie	2022	2023	2024	2025
aanmeldingen	88	124	153	119
aanmelders	88	124	153	119

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2025** met deze van **2024**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

	2024		2025	
categorie	n	%	n	%
aanmeldingen	153		119	
aanmelders	153		119	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	83	56,84	68	61,26
<i>binnen de week</i>	57	39,04	40	36,03
<i>binnen de twee weken</i>	3	2,05	1	0,90
<i>binnen de vier weken</i>	-	-	2	1,80
<i>later dan 4 weken</i>	3	2,05	-	-
totaal	146	100	111	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				

<i>geen enkel contact</i>	7	4,57	8	6,72
<i>1 contact</i>	94	61,43	59	49,57
<i>2 contacten</i>	41	26,79	40	33,61
<i>3 contacten</i>	7	4,57	6	5,04
<i>meer dan 3 contacten</i>	4	2,61	6	5,04
totaal	153	100	119	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		5	
verwezen naar andere ombudspersoon	0		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	149		121	

De **119** aanmeldingen (2025) komen van in totaal 119 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders				
	aanmelders		aanmeldingen	
Categorie	n	%	n	%
1	119	100,00	119	100,00
totaal	119	100	119	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
individuele patiënt	126	82,35	81	68,06
groep patiënten	-	-	-	-
andere	27	17,64	38	31,93
totaal	153	100	119	100

Initiële aanmelder indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
familieid/partner	18	66,66	29	76,31
kennis	3	11,11	3	7,89
personeelslid	1	3,70	1	2,63
andere	5	18,51	5	13,15
totaal	27	100	38	100

Hoedanigheid indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	-	-	4	10,52
als vertrouwenspersoon	18	66,66	25	65,78
ten persoonlijke titel	9	33,33	9	23,68
totaal	27	100	38	100

Terugkoppeling indien andere				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	7	25,92	10	26,31
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	3	11,11	2	5,26
terugkoppeling was niet mogelijk	11	40,74	15	39,47
terugkoppeling was niet nodig	6	22,22	11	28,94
totaal	27	100	38	100

Indien terugkoppeling niet mogelijk/nodig, wat is de reden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
persoonlijke vraag aanmelder	8	44,44	14	51,85
weigering aanmelder	-	-	1	3,70
patiënt is tijdelijk wilsonbekwaam	1	5,55	1	3,70
patiënt is wilsonbekwaam	1	5,55	3	11,11
patiënt is overleden	2	11,11	1	3,70
patiënt is onbereikbaar	6	33,33	7	25,92
totaal	18	100	27	100

Is de aanmelder dit jaar al met u in contact geweest?				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
ja	4	2,61	12	10,08
neen	149	97,38	107	89,91
totaal	153	100	119	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
direct contact	20	13,07	16	13,44
schriftelijk (brief, SMS, e-mail)	42	27,45	36	30,25
telefonisch	91	59,47	62	52,10
chat	-	-	-	-
algemeen mailadres	-	-	-	-
schriftelijk: brievenbus	-	-	5	4,20
totaal	153	100	119	100

Het initieel verzoek patiënt betreft				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
informatie	25	16,33	18	15,12
luisterend oor	10	6,53	5	4,20
signaal	34	22,22	23	19,32
bemiddeling: pendeldiplomatie	17	11,11	6	5,04
bemiddeling: samenbrengen van de partijen	7	4,57	7	5,88
financieel akkoord: schadeclaim	2	1,30	2	1,68
financieel akkoord: betwisting factuur	18	11,76	15	12,60
vraag om beslissing ongedaan te maken (team/vrederechter)	12	7,84	17	14,28
sanctie/represaille	10	6,53	4	3,36

Andere	18	11,76	22	18,48
totaal	153	100	119	100

Fase waarin patiënt zich bevindt				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	10	6,53	17	14,28
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	79	51,63	58	48,73
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	31	20,26	24	20,16
niet van toepassing	16	10,45	12	10,08
andere	17	11,11	8	6,72
totaal	153	100	119	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.

Bij deze aanmelding is volgende discipline betrokken				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geen	-	-	2	1,68
psychiater	45	29,41	33	27,73
huisarts	-	-	3	2,52
andere arts	8	5,22	9	7,56
apotheker	-	-	-	-
verpleging	26	16,99	11	9,24
persoonlijke begeleider	3	1,96	-	-
sociale dienst	7	4,57	3	2,52
psycholoog	10	6,53	2	1,68
therapeut (ergo, kine, muziek, andere)	-	-	-	-
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	24	15,68	26	21,84
administratieve dienst	8	5,22	5	4,20
technische dienst	2	1,30	2	1,68
voedingsdienst	4	2,61	1	0,84
poetsdienst	-	-	1	0,84
directie	2	1,30	7	5,88
bewindvoerder	2	1,30	1	0,84
ombudspersoon	5	3,26	4	3,36
wasserij	-	-	-	-

beleid	-	-	-	-
afdelingsverantwoordelijke	1	0,65	6	5,04
andere	6	3,92	3	2,52
totaal	153	100	119	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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	90	60,40	77	65,25
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	1	0,67	2	1,69
3. informatie	29	19,46	15	12,71
4. geïnformeerde toestemming	13	8,72	6	5,08
5. inzage patiëntendossier	14	9,39	10	8,47
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	1	0,67	3	2,54
7. klachtenbemiddeling	-	-	2	1,69
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	1	0,67	3	2,54
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	149	100	118	100

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

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	11	12,22	6	7,69
1.2. goede behandeling/begeleiding	41	45,55	33	42,30
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	-	-	2	2,56
1.4. goede hotelservice	15	16,66	14	17,94
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	16	17,77	18	23,07
1.7. beschermende maatregelen	7	7,77	5	6,41
totaal	90	100	78	100

1.1. Respectvolle bejegening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisterbereidheid	-	-	1	16,66
correcte omgangsvormen	6	54,54	-	-
fysiek grensoverschrijdend gedrag	1	9,09	1	16,66
verbaal grensoverschrijdend gedrag	1	9,09	2	33,33
andere	3	27,27	2	33,33
totaal	11	100	6	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	1	2,43	1	3,03
somatische verzorging	9	21,95	3	9,09
medicatie	1	2,43	1	3,03
individuele therapie	1	2,43	-	-
groepstherapie	-	-	-	-
voldoende beschikbaarheid	6	14,63	3	9,09
betrokkenheid familie	5	12,19	6	18,18
start opname/behandeling/begeleiding	6	14,63	9	27,27
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	7	17,07	6	18,18
overplaatsing naar andere afdeling	1	2,43	-	-
overplaatsing naar een andere voorziening	-	-	1	3,03
andere	4	9,75	3	9,09
totaal	41	100	33	100

Start opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	4	66,66	9	100,00
andere	2	33,33	-	-
totaal	6	100	9	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	6	85,71	5	83,33
geweigerd	-	-	-	-
andere	1	14,28	1	16,66
totaal	7	100	6	100

Overplaatsing naar andere afdeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Overplaatsing naar andere voorziening				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	1	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
regels	-	-	-	-
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	-	-	-	-
weekend- en verlofregeling	-	-	-	-
andere	-	-	2	100,00
totaal	-	-	2	100

1.4. Goede hotelservice				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
voeding	4	26,66	2	14,28
infrastructuur/accommodatie	2	13,33	3	21,42
hygiëne	1	6,66	1	7,14
veiligheid persoon	3	20,00	5	35,71
veiligheid goederen	4	26,66	1	7,14
wifi	-	-	-	-
andere	1	6,66	2	14,28
totaal	15	100	14	100

1.5. Betalende diensten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
cafetaria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
factuur	10	62,50	7	38,88
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	-	-
bestedingsautonomie	1	6,25	-	-
bewindvoering	1	6,25	3	16,66
verzekeringen	-	-	-	-
andere	4	25,00	8	44,44
totaal	16	100	18	100

1.7. Beschermende maatregelen				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
straf	-	-	-	-
beperkte bewegingsvrijheid	3	42,85	-	-
afzondering	-	-	1	20,00
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	2	40,00
internering	-	-	-	-
andere	4	57,14	2	40,00
totaal	7	100	5	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
psychiater	-	-	2	100,00
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	2	100

3. Recht op informatie				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
diagnose	1	3,44	-	-
duur	-	-	-	-
kosten	1	3,44	1	6,66
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	1	3,44	2	13,33
alternatieven	2	6,89	-	-
andere	24	82,75	12	80,00
totaal	29	100	15	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
medicatie informatie	-	-	-	-
medicatie toestemming	10	76,92	5	83,33
behandeling/begeleiding informatie	-	-	-	-
behandeling/begeleiding toestemming	-	-	1	16,66
andere informatie	-	-	-	-
andere toestemming	3	23,07	-	-
totaal	13	100	6	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	1	7,14	-	-
inzage/afschrift dossier	13	92,85	10	100,00
totaal	14	100	10	100

5.A. Recht op inzage of afschrift				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	1	10,00
termijn overschreden	-	-	-	-
inhoud dossier	6	46,15	3	30,00
ontslagbrief	-	-	-	-
andere	7	53,84	6	60,00
totaal	13	100	10	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
beroepsgeheim	-	-	-	-
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	1	100,00	-	-
territoriale privacy	-	-	1	33,33

mondelinge indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	2	66,66
totaal	1	100	3	100

7. Recht op klachtenbemiddeling				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
geweigerd	-	-	1	50,00
bemoeilijkt	-	-	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	1	50,00
totaal	-	-	2	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
niet aanvaard	1	100,00	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	3	100,00
totaal	1	100	3	100

10. Recht op pijnbestrijding				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Hoofdinterventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (121). 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
luisteren	3	2,01	3	2,47
doorverwijzen intern	31	20,80	18	14,87
doorverwijzen extern	9	6,04	10	8,26
informeren	18	12,08	15	12,39
signaleren	25	16,77	23	19,00
coachen	10	6,71	6	4,95
pendelbemiddeling	40	26,84	37	30,57
samenbrengen van de partijen	10	6,71	7	5,78
verbetervoorstel of aanbeveling formuleren	3	2,01	2	1,65
totaal	149	100	121	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
op dezelfde datum als de aanmelding	22	14,76	13	10,74
binnen de week	62	41,61	60	49,58
binnen de twee weken	36	24,16	22	18,18
binnen de vier weken	12	8,05	15	12,39
later dan vier weken	17	11,40	11	9,09
totaal	149	100	121	100

aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	41	54

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.

Tot slot geven we de eventueel door de ombudspersoon voorgestelde **verdere stappen** weer, als 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				
	2024		2025	
Categorie	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	2	7,40
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	1	3,57	2	7,40
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	7	25,00	10	37,03
Departement Zorg	-	-	-	-
andere	20	71,42	13	48,14
totaal	28	100	27	100

Jaarverslag van ombudsdienst FPC Antwerpen
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	01.01.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Forensisch Psychiatrisch Centrum Antwerpen
Adres	Beatrijkslaan 96, 2050, Antwerpen
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	-
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Forensisch Psychiatrisch Centrum
Aantal bedden	182
Aantal campussen	1 campus
Naam ombudsperso(o)n(en)	Chelsey Hellinx
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01 oktober 2024
Bestaffing	20% van de arbeidstijd (1 dag per week)

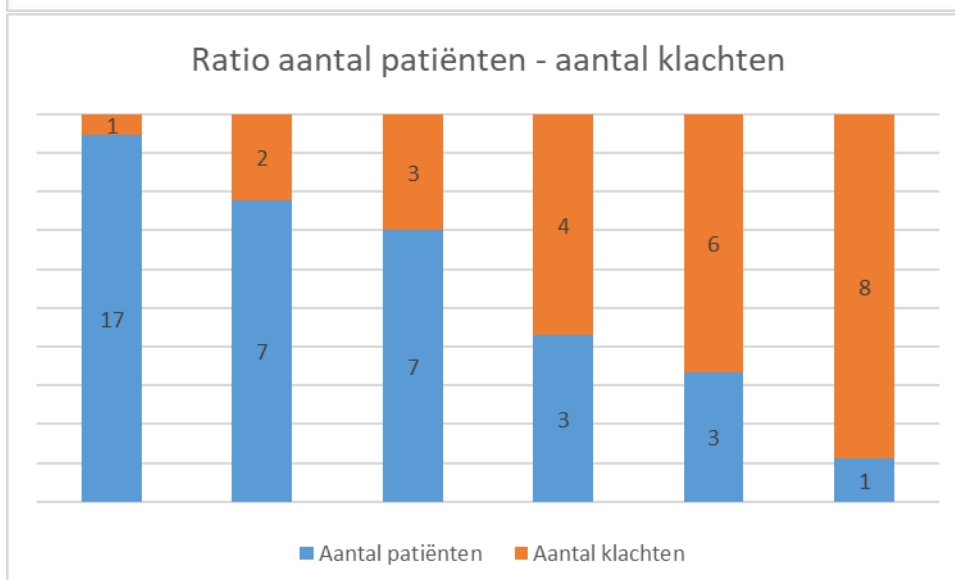
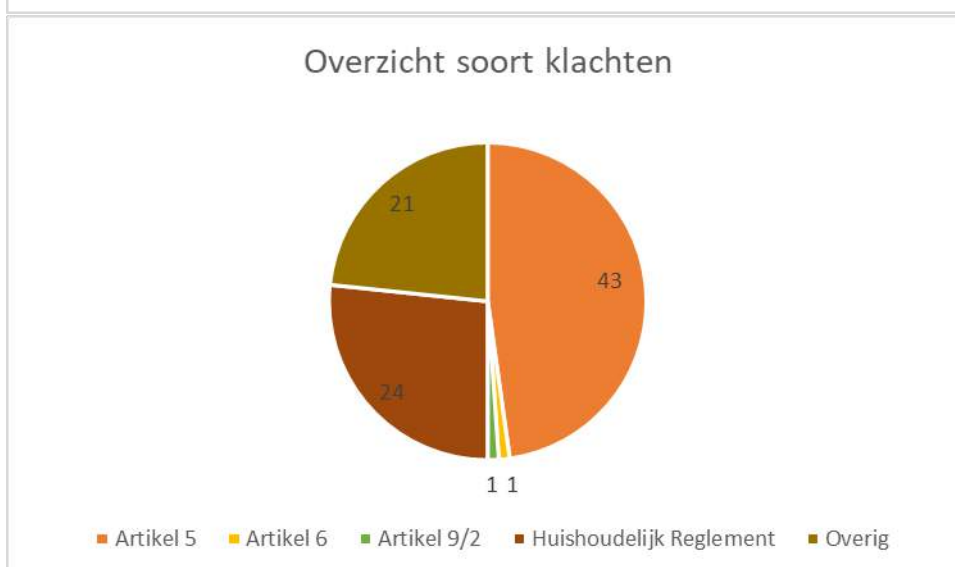
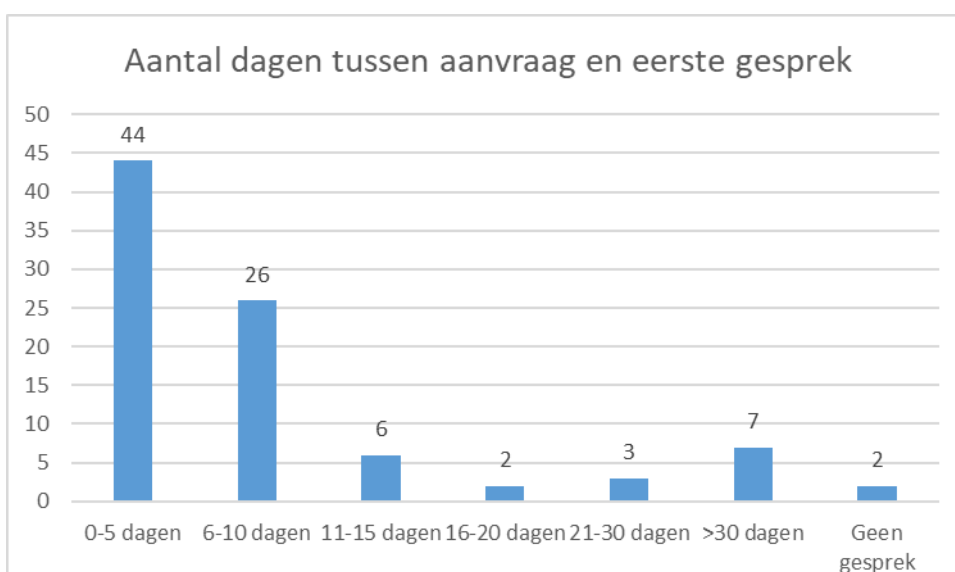
Lokalisatie dienst	Intern
Registratiesysteem	Eigen systeem (Excel)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Binnen FPC Antwerpen bestaat er een beleidsdocument "Reglement ombudsfunctie" waarin de werking van de ombudsdienst beschreven staat. Dit document is raadpleegbaar voor alle medewerkers, patiënten en hun bezoekers. Het is gefinaliseerd sinds 1 september 2018.
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 verscheidene 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 ombudsdienst 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.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)
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. In het gesprek met de ombudsdienst worden afspraken gemaakt over wie 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.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Jaarlijks worden de klachten geanonimiseerd besproken met de voltallige directie om de klachten van het voorbije jaar te bespreken. Bij de directiebeoordeling zijn de volgende functies aanwezig: algemeen directeur, hoofdgeneesheer en directeur patiëntenzorg. Tevens worden ook klachten besproken die via de juridische dienst en/of directie zelf terecht gekomen zijn. Het is ook mogelijk om - buiten dit structurele moment - een klacht op incidentele basis te bespreken. De ombudsdienst is tevens ook de kwaliteitscoördinator in FPC Antwerpen en combineert deze functie. Alle binnengekomen klachten zijn intern afgehandeld door de ombudsdienst.	
Aantal klachtendossiers	78 klachtendossiers
Aantal infodossiers	12 informatiedossiers
Aantal pro actieve dossiers	0 proactieve dossiers
Aantal opvragingen patiëntendossier	In FPC Antwerpen worden deze opvragingen 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 forensisch 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 die volgens patiënt onterecht waren opgelegd of te lang duurde. Daarnaast betreft dit ook meerdere klachten over fouten in de planning/uitvoering van uitgaansmodaliteiten en meerdere klachten over het niet (correct) toepassen van regels vastgelegd in het huishoudelijk reglement. Totaal aantal vragen, opmerkingen en klachten: 90.

	Aantal klachten gerelateerd aan de 'Wet op de patiëntenrechten': 43 klachten Huishoudelijk reglement: 21 klachten Informatie dossiers: 12 dossiers Overig: 14 klachten Van de klachten die onder "overig" vallen zijn deze als volgt verder te verdelen: - Klachten m.b.t. tekorten in de communicatie: 7 - Klachten m.b.t. dossier: 4 - Klachten die niet verder te specificeren vallen: 3

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5) *	41
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8) **	
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	



Verwachtingen patiënt ten opzichte van het resultaat

Verwachting	Resultaat	
bemiddelen		0
advies		3
	advies	3
informatie		12
	informatie	12
luisterend oor		9
	Luisterend oor	9
oplossing		66
	advies	19
	Bemiddeling	1
	geen verzoening mogelijk	6
	informatie	7
	luisterend oor	3
	oplossing	30

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

De meeste klachten (43) – met uitzondering van de klachten die onder “overig” vallen – betreffen artikel 5 van de ‘Wet op de Patiëntenrechten’. De patiënten waren van mening dat er sprake was van een inbreuk op kwaliteitsvolle dienstverlening door de hulpverlener. De 24 klachten betreffende het huishoudelijk reglement betreffen voornamelijk klachten waarbij de patiënt van mening was dat een bepaalde vrijheidsbeperkende maatregel onterecht was opgelegd of te lang duurde. Daarnaast betreft dit ook meerdere klachten over fouten in de planning/uitvoering van uitgaansmodaliteiten en meerdere klachten over het niet (correct) toepassen van regels vastgelegd in het huishoudelijk reglement.

De meeste klachten die onder “overig” geclassificeerd werden, betreffen voornamelijk (communicatie) klachten waarbij beslissingen door een beroepsbeoefenaar niet (juist) gecommuniceerd of niet (correct) onderbouwd werden. De afhandeling van deze klachten was dan meer eenvoudig door dit te bespreken met de betrokken beroepsbeoefenaar waarna deze opnieuw met de patiënt in gesprek is gegaan.

De ombudsdienst probeert altijd binnen 5 werkdagen een eerste afspraak in te plannen met de patiënt. Dit is 46 keer niet gelukt. In de meeste gevallen kwam dit doordat de ombudsdienst in verlof of ziek was (13); gevolgd door afsprakenbriefjes die laattijdig door de afdelingen werden overhandigd (11). Tweemaal kwam dit doordat één specifieke postbus niet tijdig werd leeggemaakt. Eénmaal kwam dit door professionele UV's van patiënt waardoor deze moeilijk beschikbaar was. De tussenperiodes die langer dan 30 dagen omvatten, komen doordat er gedurende drie maanden geen ombudsdienst ter beschikking was voor gesprekken. Dit wegens zwangerschap van de ombudsvrouw. Patiënten konden de ombudsdienst nog schriftelijk bereiken totdat er na 3 maanden een vervangende ombudsvrouw werd aangesteld. In twee gevallen werd er geen gesprek aangeboden, aangezien dit geen individuele klachten betroffen. De klachten werd doorverwezen naar de patiëntenraad.

Tenslotte werd ook geregistreerd wat de verwachting was van de patiënt en het uiteindelijke resultaat. In 60% van de binnengekomen klachten werd de klacht afgehandeld zoals de patiënt dit wenste. Dit betreft opnieuw een stijging in vergelijking met een jaar voordien (toen was dit 46%). Dit is het resultaat van nieuwe patiënten eerst te informeren over de functie van de ombudsdienst alvorens er een gesprek wordt aangegaan.

Aanbevelingen

Blijvende aandacht voor duidelijke informatie aan de patiënt.

Bevorderen en faciliteren van klachtenbehandeling op eerstelijnsniveau.

Bij opname van nieuwe patiënten aandacht geven voor concrete informatie aan de patiënt over de functie en mogelijkheden van de ombudsdienst. Dit om valse verwachtingen zoveel als mogelijk in te perken.

De wet op de patiëntenrechten is niet volledig toepasbaar binnen FPC Antwerpen (bijvoorbeeld dwang/drang en vrije keuze van een beroepsbeoefenaar). De ombudsdienst blijft dan ook pleiten voor een aangepast kader voor geïnterneerden in een high security instelling.

Aanbevelingen worden overgemaakt naar de directie van de organisatie.

Jaarverslag van ombudsdienst FPC Gent
t.a.v. de Vlaamse Ombudsdienst (jaarverslag@vlaamseombudsdienst.be)
KALENDERJAAR 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent
Adres	Hurstweg 9 9000 Gent
Gewest	Oost-Vlaanderen
Erkeningsnummer	/
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>	- Voor medewerkers: beschikbaar op intranet - Voor patiënten: beschikbaar op elke afdeling binnen het centrum - Laatste wijziging: 01/01/2023
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. • Het betreft een individuele klacht van een patiënt. Aspecten die voor de collectieve patiëntenpopulatie van belang zijn worden door de patiëntenraad behandeld. • Het betreft een klacht met betrekking tot de wet patiëntenrechten.

	Een klacht is niet ontvankelijk wanneer het aangelegenheden betreft die niet vallen onder de verantwoordelijkheid van FPC Gent, noch wanneer het aangelegenheden betreft waarover door gerechtelijke instanties uitspraak is gedaan of dient te worden gedaan. De ombudspersoon zal de patiënt informeren over behandeling door betrokken externe ombudsfuncties en/of gerechtelijke autoriteiten. Wanneer de klacht niet ontvankelijk wordt verklaard, zal de ombudspersoon dit motiveren naar de patiënt en deze indien mogelijk meteen doorverwijzen naar de bevoegde instantie. Bij het neerleggen van een klacht luistert de ombudspersoon naar de patiënt en probeert hij/zij een overzicht van de situatie te krijgen. Bij een ontvankelijke klacht gaat de ombudspersoon na welke personen en/of diensten betrokken moeten worden in het klachtendossier. Vervolgens zal de ombudspersoon de klacht voorleggen aan de betrokken medewerker of arts van FPC Gent. De ombudspersoon tracht de klacht op te lossen door onderhandeling en informatie-uitwisseling.

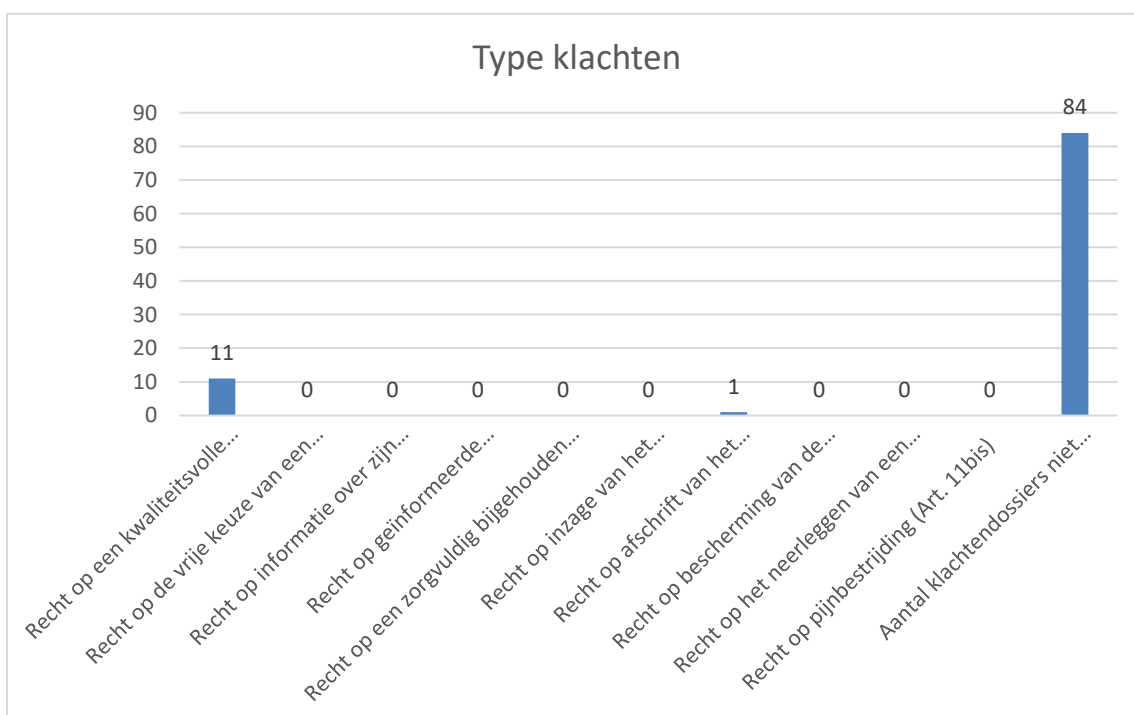
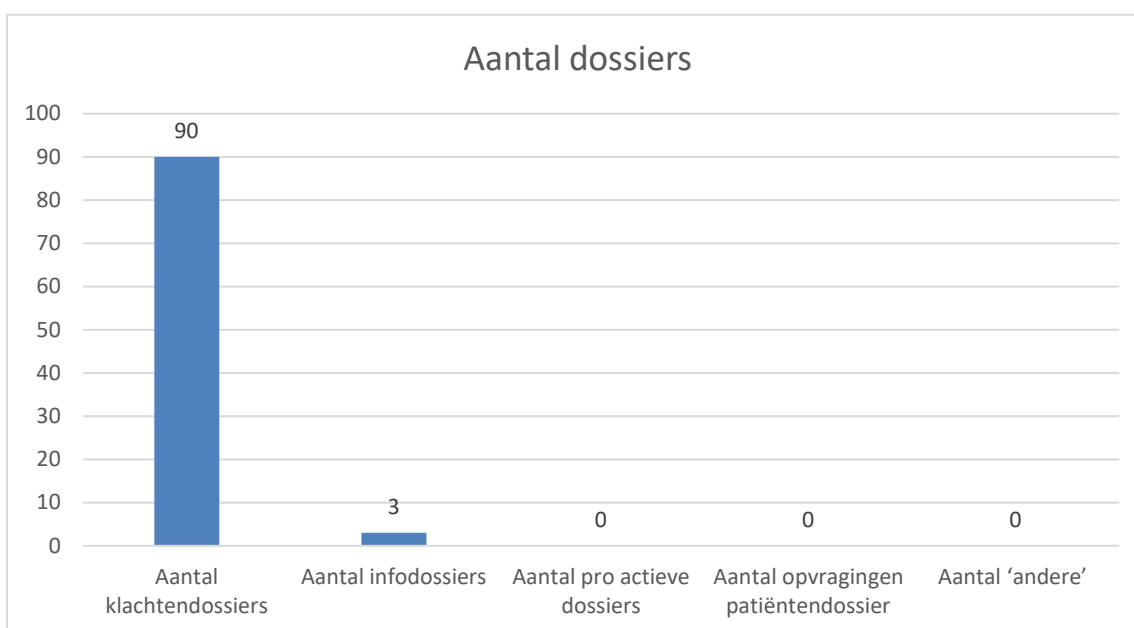
Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
De ombudspersoon is bevoegd om kennis te nemen van alle klachten die betrekking hebben op het zorgproces, zoals dat uitgeoefend wordt door de beroepsbeoefenaars in FPC Gent en Antwerpen. De ombudspersoon is echter niet bevoegd om op te treden of te bemiddelen bij klachten tussen zorgverleners onderling. De ombudspersoon is bevoegd voor het bemiddelen in klachten. Hij/zij fungeert als het centraal aanspreekpunt voor patiënten die hun ongenoegen en/of klachten over het zorgproces willen uiten. De ombudspersoon geeft de patiënt de nodige informatie omtrent de afhandeling van zijn/haar klacht. De ombudspersoon tracht via bemiddeling de zorgrelatie tussen de betrokken partijen te herstellen. Het resultaat van de bemiddeling is echter niet gewaarborgd. De ombudspersoon kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)
Resultaten van de afhandeling worden steeds met de indiener besproken of schriftelijk overhandigd. Naar aanleiding van deze terugkoppeling worden soms nieuwe klachten geformuleerd. Gezien de problematiek (oa psychose, waanbeelden, weinig ziekte inzicht...) van de patiënten verblijvend in FPC Gent, kan niet elk probleem (positief) afgesloten worden. Voor patiënten met het interneringsstatuut is het vaak moeilijk om de patiëntenrechten, zoals geformuleerd in het KB, te vrijwaren. De ombudsdienst kan niet tussenkomen in justitiële beslissingen.

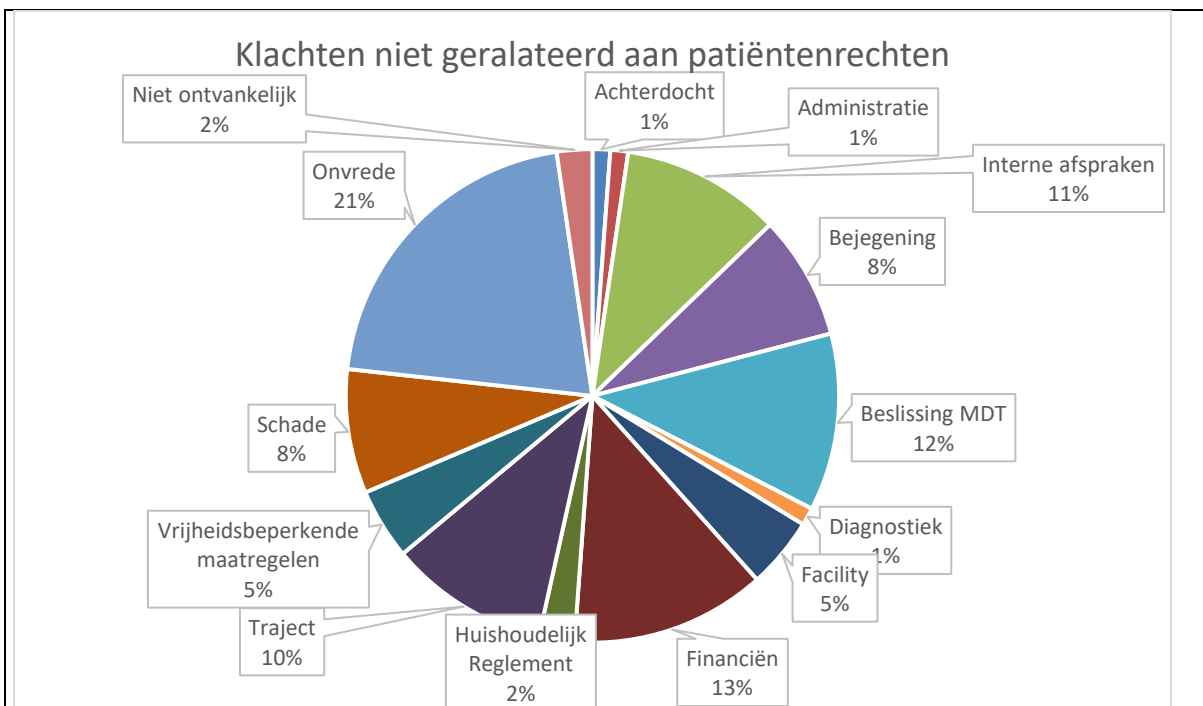
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ 1 dossier kan zowel een klacht als een vraag tot info bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	90
Aantal infodossiers	3
Aantal pro actieve dossiers	0
Aantal opvragingen patiëntendossier	0
Aantal 'andere'	0

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

Voor eenzelfde dossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	11
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 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





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

De meeste klachten komen voort uit het interneringsstatuut en gedwongen plaatsing. Patiënten vinden dat zij niet dezelfde rechten hebben als andere patiënten in de maatschappij. Ze voelen zich onheus bejegend, kunnen zich niet vinden in de afspraken en regels binnen de afdeling en bij uitbreiding binnen FPC. Patiënten vergelijken zich vaak met medepatiënten en begrijpen niet altijd dat de aanpak en behandeling voor hen anders kan zijn. Elke patiënt heeft immers een individueel behandelplan. Verschillende patiënten kunnen zich niet vinden in het traject dat zij dienen af te leggen en de lange duurtijd hiervan. Vervolgvoorzieningen werken immers met exclusiecriteria waardoor sommige patiënten geen of weinig perspectief hebben op hun toekomst. Verder zijn er een aantal klachten aangaande de tegemoetkoming die patiënten ontvangen wanneer zij arbeidsblokken verrichten: de berekening gebeurt niet correct of niet zoals men verwacht. Sommige patiënten uiten hun ongenoegen omdat ze niet mogen uitgeven wat ze zouden willen maar houden geen rekening met de afbetaling van hun schulden. Een behoorlijk aantal patiënten wil zijn frustraties om allerlei grote en kleine problemen kenbaar maken bij de ombudsdienst in de hoop verandering te bewerkstelligen. Vaak ontstaan frustraties door gebrekkige of onduidelijke communicatie. De ombudsdienst ontving ook een aantal dossiers aangaande schade: beschadiging van eigendommen, verloren spullen etc.

Tussen het indienen van het dossier en het effectieve eerste gesprek bevinden zich gemiddeld 6,2 dagen. De tijd nodig voor terugkoppeling / afsluiting van het dossier neemt maximum 1,5 maand in beslag. Vaak volstaat het om patiënten te laten ventileren en hen duidelijkheid te geven zodat een terugkoppeling niet nodig is.

Aanbevelingen

Ten aanzien van de wetgever:

Het is wenselijk dat de wetgever - zoals dit bv. wel het geval is voor gedetineerden en (vooral nog) geïnterneerden die in een penitentiaire inrichting verblijven - voorziet in een wetgevend initiatief

dat afgestemd is op de eigenheden van de doelgroep en behandelcontext in een FPC. Met andere woorden, dat de wetgever voorziet in een (forensisch) referentiekader voor geïnterneerden, verblijvend in een FPC.

Ten aanzien van de organisatie:

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. De communicatie tussen medewerkers onderling maar eveneens tussen de verschillende diensten loopt soms stroef. Bepaalde boodschappen zullen zeker niet positief onthaald worden maar een betere communicatie kan bijdragen aan een grotere tevredenheid bij de patiënten.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Er worden regelmatig schadedossiers opgemaakt voor verloren of beschadigde spullen van patiënten, doch de afhandeling ervan neemt heel veel tijd in. Er wordt extra aandacht gevraagd voor het bewaren van persoonlijke spullen van patiënten. Nog al te vaak geraken deze verloren.

Verzoeningsresultaten

93% van de dossiers is afgehandeld. Dit betekent helaas niet dat de patiënt volledig tevreden is met het resultaat, maar geen verdere stappen wil/zal ondernemen. Een aantal dossiers lopen door in 2026 en kennen hopelijk een positief eindresultaat.

Jaarverslag ombudsdienst Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen t.a.v. de Vlaamse ombudsman

Kalenderjaar 2025

Registratieperiode	1.1.2025 - 31.12.2025

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen
Adres	Jenny Tanghestraat 2 9050 Gent (Ledeberg)
Gewest	Oost-Vlaanderen
Erkenningsnummer	0410.442.335
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Thuiszorgorganisatie
Aantal bedden	NVT
Aantal campussen	NVT
Naam ombudsperso(o)n(en)	Vandevelde Kevin
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	7 mei 2021

Bestaffing	1 personeelslid
Lokalisatie dienst	Jenny Tanghestraat 2 9050 Gent (Ledeberg)
Registratiesysteem	Eigen registratiesysteem in Excel
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	12 mei 2021, te raadplegen via Ombudsdienst Wit-Gele Kruis (witgelekruis.be)
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisopleiding voltooid tot bemiddelaar bij MEDIV
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- 4x/jaar samenkomst met ombudsdiensten op provinciaal niveau van beroepsvereniging VVOVAZ voor afstemming van wetgeving, werking en vragen. - Symposium Federale ombudsdienst - Bewindvoering: bescherming? Gerechtig? Op maat? - Zorgvolmacht: bescherming? Buitengerechtelijk? Op maat? - Opleiding AI
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 ruimer dan de wet op de patiëntenrechten. - Begeleiding afschrift/inzage in patiëntendossier. - Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie. - Het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling meldingen. - Behandeling en verwerking bewindvoeringen en zorgvolmachten - Deelname aan interne werkgroepen

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
De ombudsdienst behandelt elke melding neutraal en volgt hierbij een vastgelegde procedure, afhankelijk van de categorie waartoe de melding behoort. Bij ontvangst wordt de melding geregistreerd in het meldingsregister en wordt een dossier geopend. Binnen twee werkdagen ontvangt de melder een ontvangstbevestiging. Vervolgens verzamelt de ombudsdienst alle relevante informatie bij de melder om de melding correct te behandelen en de verwachtingen te verduidelijken. De ombudspersoon bepaalt in welke categorie de melding wordt ingedeeld en bespreekt deze met alle betrokken partijen. Tijdens deze gesprekken wordt nagegaan welke acties nodig zijn en/of welke afspraken met de patiënt en/of melder kunnen worden gemaakt. De voorgestelde oplossing wordt telefonisch of elektronisch aan de melder gecommuniceerd, met ruimte voor bijkomende vragen. Indien nodig wordt de oplossing ook schriftelijk bevestigd. Tot slot wordt de klacht afgesloten in het meldingsregister.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
Het is belangrijk om op te merken dat er een duidelijk verschil bestaat tussen klachten die worden geformuleerd door patiënten in een thuiszorgsetting en in een ziekenhuissetting. Patiënten houden zich tijdens een ziekenhuisverblijf doorgaans aan de geldende regels en afspraken van het ziekenhuis. In de thuiszorgcontext ligt dit anders: als thuiszorgorganisatie ben je als het ware 'te gast' in de woning van de patiënt. Hierdoor houden patiënten en/of mantelzorgers soms minder rekening met de gemaakte of ondertekende afspraken en kunnen zij zich hardnekkig vasthouden aan hun eigen standpunt. Dit betekent tevens dat de thuiszorgorganisatie rekening moet houden met de gewoonten en regels van het huis, wat in bepaalde situaties haaks kan staan op de waarden en normen van de individuele zorgmedewerker of de organisatie.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Aantal klachtendossiers	220
Aantal infodossiers	243
Aantal pro actieve dossiers	57

Aantal opvragingen patiëntendossier	2
Aantal 'andere'	61

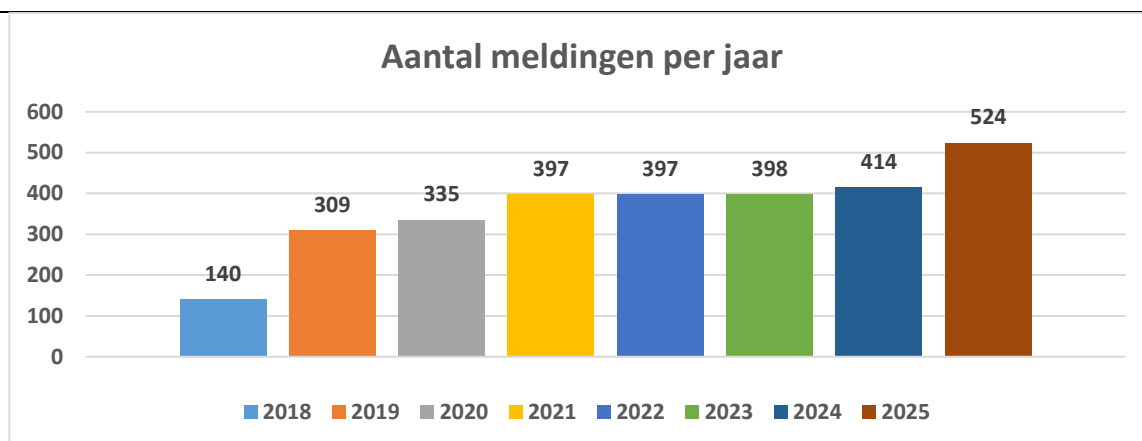
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

De ombudsdienst registreerde in 2025 een totaal van 524 ontvankelijk verklaarde meldingen, wat een stijging van 26% betekent ten opzichte van 2024. Dit aantal stemt echter niet overeen met het aantal unieke patiënten waarvoor een melding werd geuit. Gedurende het jaar hebben enkele patiënten, mantelzorgers, bewindvoerders immers meerdere meldingen geuit. Elke melding werd telkens afzonderlijk geregistreerd, op voorwaarde dat deze niet overlapte of overeenstemde met een eerder geuite melding. De ombudsdienst registreerde in totaal meldingen van 435 unieke patiënten. Het is belangrijk op te merken dat 71 meldingen niet specifiek konden worden toegewezen aan een unieke patiënt, zoals bijvoorbeeld meldingen die betrekking hadden tot rij- en parkeergedrag van medewerkers.

In het afgelopen jaar werden 20 meldingen als onontvankelijk beoordeeld en werden bijgevolg niet meegenomen in de statistieken. Dit was onder meer het geval wanneer de melder niet bereikbaar was of wanneer de melding niet gerelateerd was aan Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen. Gelijktijdig hebben medewerkers 57 keer proactief de ombudsdienst geïnformeerd over mogelijke meldingen. Van deze proactieve meldingen werden er zeven daadwerkelijk gemeld door de patiënt, mantelzorger of een andere melder aan de ombudsdienst.

Het aantal geuite meldingen vormt een opmerkelijk contrast met het totaal aantal afgelegde bezoeken aan patiënten in 2025. Gedurende 2025 werden er 3.967.272 bezoeken afgelegd bij 15.596 patiënten. Het aantal ontvangen meldingen is in verhouding dus zeer beperkt.

Uit de meldingen blijkt dat patiënten en mantelzorgers, terecht en gelukkig, mondiger, assertiever en bewuster betrokken willen worden bij hun zorgproces. Dit leidt tot een kritischere houding ten opzichte van zorgverleners, wat in sommige gevallen wrijving en spanningen in de zorgrelatie kan veroorzaken. In sommige gevallen uiten patiënten en/of mantelzorgers zich aanvallend in hun bewoordingen of stellen ze hoge eisen en verwachtingen, wat op zijn beurt een effect kan hebben op de betrokken zorgverleners. Desondanks kan het indienen van een melding door patiënten, hun mantelzorgers of andere melder over de diensten worden beschouwd als een teken van commitment in de zorgrelatie. De melder onderneemt het initiatief om contact op te nemen en het probleem te benoemen, waarbij hij of zij zich kwetsbaar opstelt en de intentie uitspreekt om tot een oplossing te komen. Dit kan worden beschouwd als een vorm van loyaliteit en investering in de onderlinge zorgrelatie.



Aard meldingen

Met ingang van 1 september 2025 past Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen een regeling toe waarbij remgeld wordt aangerekend aan de patiënt. De patiënt ontvangt maandelijks, samen met het overzicht van de uitgevoerde verzorging, een factuur voor de betaling van het remgeld. De invoering van deze regeling heeft ertoe geleid dat een beperkt aantal patiënten niet akkoord ging met het te betalen bedrag of ontevreden waren over de invoering van de maatregel. Om die reden werd een bijkomende categorie toegevoegd aan de bestaande categorieën waarin de ontvankelijk verklaarde meldingen worden ondergebracht. De overige categorieën bleven ongewijzigd, waardoor het mogelijk blijft om een vergelijking te maken met de voorgaande jaren.



Categorie 1: Communicatie/houding van zorgmedewerk(st)er/team/medewerk(st)er

De inhoud van deze meldingen kunnen toegeschreven worden aan het niet of onvoldoende tevreden zijn over de communicatiestijl, de inhoud van de communicatie of het gebrek aan communicatie tijdens het zorgproces, afkomstig van zorgmedewerker(s) of het team. Patiënten en mantelzorgers ervaren zorgmedewerkers soms als te directief, arrogant, onbeleefd en/of onvriendelijk. Een deel van deze meldingen is te wijten aan een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal bij zowel patiënten/mantelzorgers als zorgmedewerkers. Deze beperkte

taalvaardigheid kan nuances in de communicatie doen verdwijnen, wat ertoe leidt dat de communicatiestijl en -inhoud anders wordt geïnterpreteerd door patiënten en/of mantelzorgers. In sommige gevallen uiten patiënten en/of mantelzorgers zich ook aanvallend in hun bewoordingen en eisen. Dit kan een impact hebben op de betrokken zorgverleners en leiden tot een communicatieprobleem. Ziekte en pijn kunnen er eveneens voor zorgen dat patiënten en mantelzorgers emotioneel reageren, waardoor de communicatie moeizamer verloopt.

In 2024 werd een sterke daling van 44% vastgesteld ten opzichte van 2023, als gevolg van een wijziging in de klachtenprocedure waardoor dergelijke meldingen vaker door de verantwoordelijke teamcoach werden opgenomen en afgehandeld. In 2025 (n=37) is er sprake van een status quo in vergelijking met 2024 (n=36).

Categorie 2: Tijdstip/frequentie van de zorg

2% van de meldingen (n=13) wordt toegeschreven aan een ontevredenheid over het tijdstip of de frequentie van de uitgevoerde zorgen, wat een daling betekent van 54% in vergelijking met 2024. Deze daling is te wijten aan de vernieuwde klachtenprocedure.

7 meldingen hadden betrekking op ontevredenheid over het tijdstip van de verzorging, terwijl 6 meldingen verband hielden met de frequentie en de wissel van de zorgen.

Categorie 3: Inhoud van de zorg

Meldingen binnen deze categorie hebben betrekking op de manier waarop de zorg werd uitgevoerd door de zorgmedewerker(s) en omvat alle mogelijke aspecten van de verzorging. Voorbeelden van meldingen zijn: zorg die niet volgens het voorschrift is uitgevoerd, het klaarleggen van te veel, te weinig of verkeerde medicatie, of het niet of onvolledig uitvoeren van hygiënische verzorging.

Ontevredenheden over de inhoud van de zorg maken 8% uit van het totale aantal meldingen (n=42). Deze meldingen blijven afnemen. Ten opzichte van 2024, 2023 en 2022 is er respectievelijk een daling van 32%, 47% en 53% merkbaar. Deze daling is eveneens nog toe te schrijven aan de vernieuwde klachtenprocedure.

Categorie 4: facturatie

Bij meldingen over facturatie merken patiënten en mantelzorgers via de maandelijkse prestatieoverzichten op dat er volgens hen bezoeken of verzorgingen ten onrechte aan hen of aan de mutualiteit werden aangerekend. Zo geven zij aan dat er op bepaalde momenten geen bezoek heeft plaatsgevonden, terwijl dit wel door de zorgmedewerker(s) werden geregistreerd. Bovendien wensen melder ook meer duidelijkheid te krijgen over de inhoud van specifieke codes, de toegekende forfaitscore en de reden waarom bepaalde zaken worden aangerekend. Het aantal meldingen met betrekking tot facturatie (n=14) blijft status quo in vergelijking met 2024 (n=12).

Categorie 5: Rij- en parkeergedrag

Zorgmedewerkers van Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen zijn tijdens hun werk duidelijk herkenbaar door het logo van de organisatie op hun dienstwagens. Door de zichtbaarheid van hun auto worden zorgmedewerkers niet alleen gezien als bestuurders, maar ook als vertegenwoordigers van hun werkgever. Dit kan leiden tot strengere oordelen over hun rij- en parkeergedrag door andere weggebruikers.

Meldingen over rij- en parkeergedrag hebben onder meer betrekking op onaangepaste snelheid, het negeren van een verbodsteken, het niet respecteren van de voorrang van rechts, onrechtmatig parkeren op bijvoorbeeld privéterrein of mindervalidenparkeerplaats, en het uiten van (non-)verbale agressie. Deze meldingen werden gemaakt door zowel medeweggebruikers als buurtbewoners. Het is belangrijk op te merken dat dit niet uitsluitend betrekking heeft op het rij- en parkeergedrag van de zorgmedewerkers. In enkele gevallen gaat het om het rij- en parkeergedrag van een partner van de zorgmedewerker.

Ontevredenheden over rij- en parkeergedrag maken 10% uit van het totale aantal meldingen (n=54), wat neerkomt op een status quo ten opzichte van 2024 (n=53). In vergelijking met 2022 is er een constante stijging merkbaar. Sindsdien werd er een toename van 64% in het aantal ontvangen meldingen vastgesteld.

De oorzaak van deze stijging is moeilijk te achterhalen. Een mogelijke verklaring kan stress bij zorgmedewerkers zijn, die onbewust invloed kan hebben op hun rijgedrag. Daarnaast kunnen veranderingen in beschikbare parkeermogelijkheid ook leiden tot creatief parkeren, wat ontevredenheid kan uitlokken.

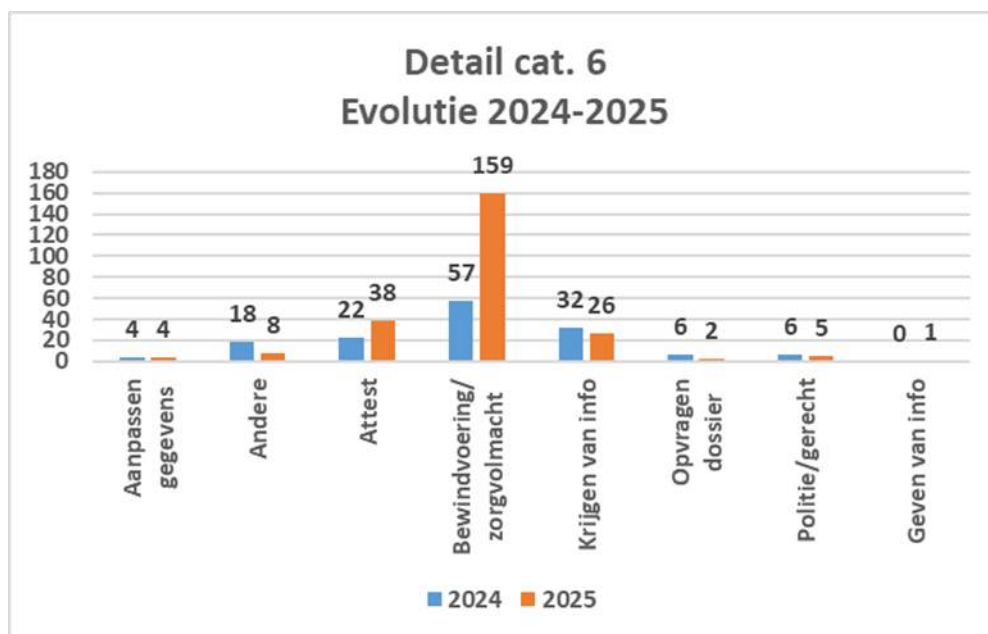
Categorie 6: Info (vraag & mededeling)

Patiënten en/of mantelzorgers richtten zich niet uitsluitend tot de organisatie met ontevredenheden, maar ook met vragen en mededelingen. Deze meldingen maken 46% uit van het totale aantal meldingen (n=243) en vormen daarmee de grootste categorie. Ten opzichte van 2024 zijn de meldingen met 67% gestegen. Deze toename zet zich voort in vergelijking met de voorgaande jaren, waarin deze categorie respectievelijk 35% (n=145) in 2024, 27% (n=108) in 2023 en 18% (n=72) in 2022 vertegenwoordigde.

Deze verdere toename is toe te schrijven aan twee deelaspecten. De ombudsdienst ontvangt steeds meer meldingen met betrekking tot bewindvoering, in het bijzonder vanaf 1 september na de invoering van de regeling inzake remgeld, het aantal steeg met 179% (n=159) ten opzichte van 2024 (n=57). De meest gestelde vraag betreffende bewindvoering betreft het doorsturen van alle toekomstige briefwisseling naar het (kantoor)adres van de bewindvoerder. Het is echter niet in alle gevallen duidelijk of het remgeld effectief aan de basis lag van de melding inzake bewindvoering. Om die reden werden deze meldingen binnen deze categorie geregistreerd. Meldingen over bewindvoering waarin het remgeld expliciet werd vermeld, werden ondergebracht in categorie 10.

Daarnaast ontving de ombudsdienst meer verzoeken tot het verkrijgen van attesten van de geleverde verzorging, onder meer voor hun adviserende geneesheer of verzekeraar.

Binnen deze categorie is ook merkbaar dat bepaalde deelaspecten zijn afgenomen, zoals vragen om informatie over de verzorging. Sommige deelaspecten zijn zelfs gehalveerd of meer gedaald in aantal meldingen, onder andere het opvragen van het dossier door de patiënt en andere vragen met betrekking tot de verzorging.



Categorie 7: Stopzetting zonder melding

De ombudsdienst ontving ook meldingen over de stopzetting van de zorg door patiënten en/of mantelzorgers vanwege een ontevredenheid, zonder dat deze ontevredenheid voorafgaan werd geuit. Dit betrof 2% van het totale aantal meldingen en vertegenwoordigt een verdubbeling ten opzichte van 2024 (n=4), terwijl er sprake is van een status quo in vergelijking met 2023 (n=9).

Categorie 8: Andere

9% van de totaal ontvangen meldingen kan niet aan andere categorieën worden toegeschreven (n=50) en werd onderverdeeld in deze categorie. Dit gaat om andere meldingen (n=29), bedanking voor een medewerker of team (n=9), schade aan materiaal van de patiënt (n=7), diefstal (n=4) en beroepsgeheim (n=1). Het aantal gemaakte meldingen is status quo ten opzichte van 2024.

Categorie 9: Combinatie

Een aantal meldingen kan niet worden toegewezen aan één specifieke categorie. Een melding van ontevredenheid kan ook meerdere aspecten bevatten die tot verschillende categorieën kunnen behoren. In totaal werden er 10 meldingen geregistreerd in 2025, wat overeenkomt met 2% van alle

meldingen, tegenover 6% in 2024 (n=27). Deze daling is eveneens toe te schrijven aan de vernieuwde klachtenprocedure.

Doorgaans gaat dit om een meldingen die een combinatie van categorie 1 en 3 bevatten (n=4). Dit vertoont echter een aanzienlijke daling ten opzichte van het 2023, toen er nog 16 meldingen aan deze combinatie konden worden toegeschreven. De overige meldingen werden, in vergelijking met het voorgaande jaar, onderverdeeld in een kleiner scala van categorieën.

Categorie 10: Remgeld

Met ingang van 1 september 2026 past Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen een regeling toe waarbij remgeld wordt aangerekend aan de patiënt. De patiënt ontvangt maandelijks, samen met het overzicht van de uitgevoerde verzorging, een factuur voor de betaling van het remgeld. De invoering van deze regeling heeft ertoe geleid dat een beperkt aantal patiënten niet akkoord ging met het te betalen bedrag of ontevreden was over de invoering van de maatregel. Naar aanleiding hiervan kon de patiënt terecht op een hulplijn die speciaal werd ingericht om de vragen omtrent remgeld te behandelen. Enkele meldingen zijn echter geëscaleerd naar de ombudsdienst, omdat de ontevredenheid in eerste instantie niet kon worden weggenomen. Daarnaast werden meldingen over bewindvoering waarin het remgeld expliciet aan bod kwam, ondergebracht in deze categorie.

In totaal ontving de ombudsdienst 50 meldingen met betrekking tot remgeld, wat overeenkomt met 9% van alle meldingen. 45 meldingen betroffen bewindvoering, terwijl vijf meldingen een ontevredenheid over de invoering van het remgeld betroffen. In 2026 zal worden bekeken of deze categorie kan worden opgenomen in categorie 6, vanwege het grote aantal meldingen over bewindvoering.

Besluit

Operationele¹ meldingen maken 19% uit van het totale aantal meldingen (n=102). Deze meldingen blijven afnemen. Ten opzichte van 2024, 2023 en 2022 is er respectievelijk een daling van 33%, 50% en 56% merkbaar. Deze daling is eveneens toe te schrijven aan de vernieuwde klachtenprocedure.

Daarentegen zijn de niet-operationele² meldingen met 61% gestegen, van 261 in 2024 naar 422 in 2025. Dit is het vierde opeenvolgende jaar van stijging, wat voornamelijk toe te schrijven is aan het aantal meldingen in categorie 6 en 10.

Het type ontvangen meldingen blijft verder evolueren.

¹ Dit betreft categorie 1 – 3 en 9

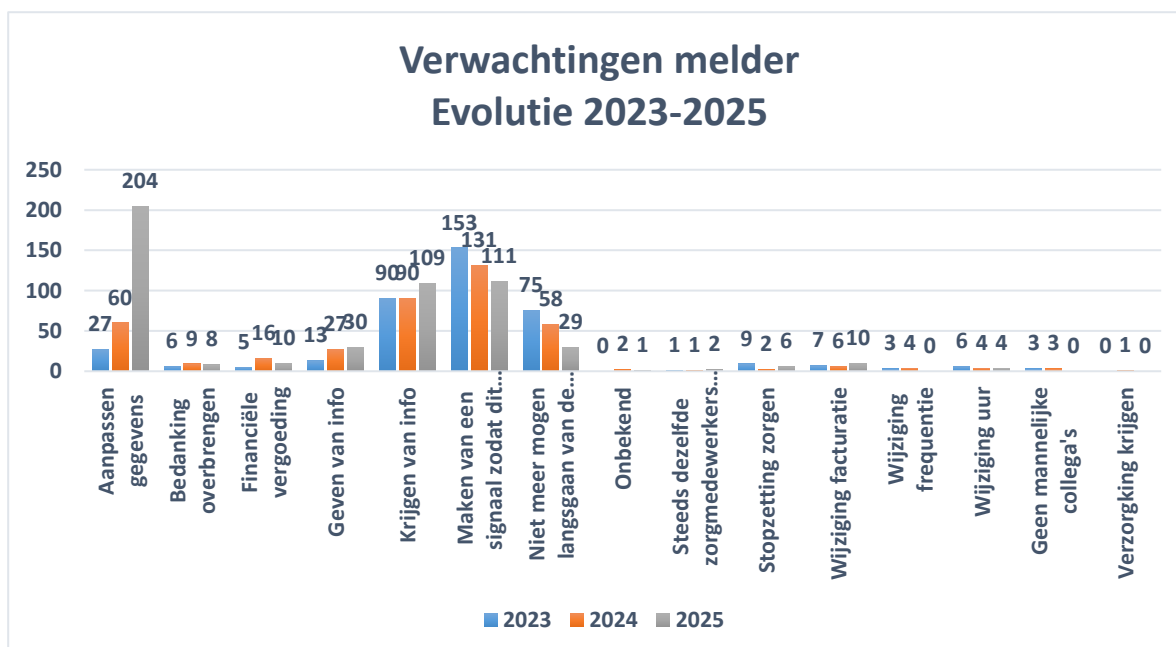
² Dit betreft categorie 4 – 8 en 10

Verwachtingen melder

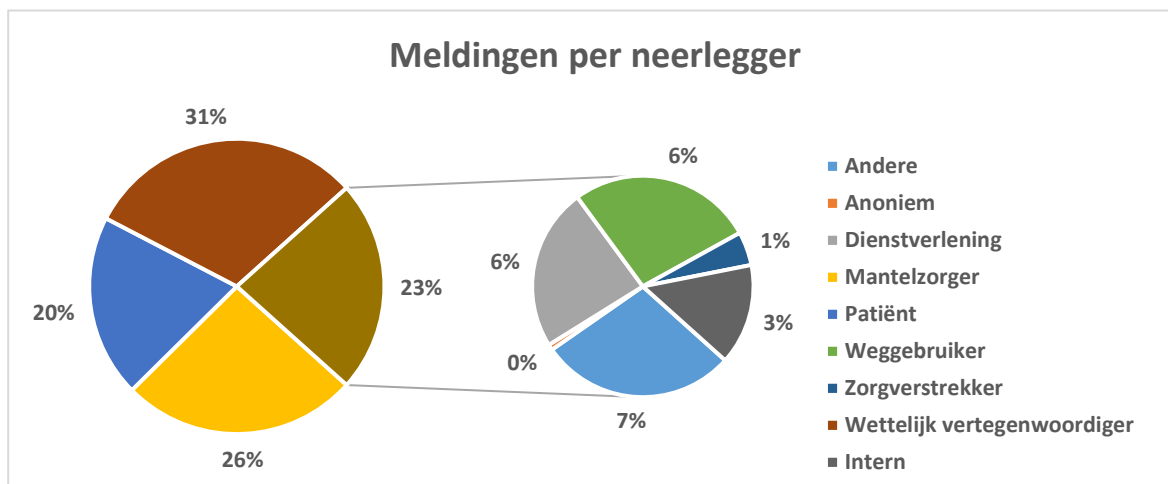
De meest voorkomende verwachting van de melder betreft het aanpassen van gegevens en is goed voor 39% van de geuite verwachtingen. Deze verwachting komt het vaakst voor, aangezien zij samenhangt met het hoge aantal meldingen over bewindvoering en zorgvolmachten dat de ombudsdienst ontving, met name sinds de invoering van het remgeld op 1 september 2025.

De top drie wordt vervolledigd respectievelijk door het formuleren van een signaal zodat dit in de toekomst toe niet meer voorvalt en het verkrijgen van informatie. Deze verwachtingen worden geregistreerd na het eerste contact met de melder. De weergegeven cijfers geven echter geen uitsluitsel over de uiteindelijke uitkomst van de melding. Zo kan een melder als verwachting een wijziging in de frequentie aangeven, zonder dat dit noodzakelijkerwijs ook het resultaat van het dossier is.

Wanneer wordt gekeken naar de evolutie van de verwachtingen sinds 2023, blijkt dat de sterkste stijging wordt vastgesteld bij de verwachting 'aanpassen van gegevens', wat, zoals eerder toegelicht, samenhangt met het hoge aantal meldingen over bewindvoering en zorgvolmachten. Daarnaast worden in vergelijking met 2024 lichte stijgingen vastgesteld in categorieën zoals het verkrijgen van informatie, het geven van informatie en een wijziging in de facturatie. Daarentegen nemen de verwachtingen 'het maken van een signaal' en 'het niet meer mogen langsgaan van de betrokken zorgmedewerker' respectievelijk af met 15% en 50%. Deze dalingen zetten zich sinds 2024 verder door en zijn nog steeds het gevolg van de vernieuwde klachtenprocedure.

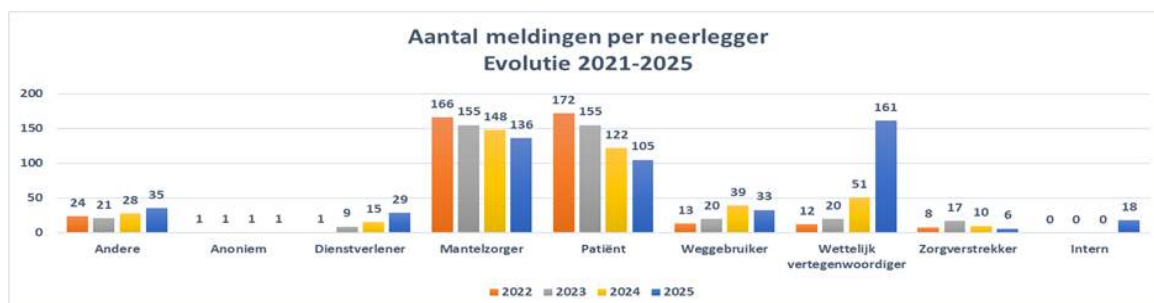


Meldingen per soort neerlegger



Meldingen worden ingediend door verschillende partners binnen het zorgproces. Van alle meldingen werd 20% geuit door de patiënt zelf. Dit betekent opnieuw een daling sinds 2021: ten opzichte van 2024 is er sprake van een daling van 14%, en in vergelijking met 2021 zelfs van 39%. Daarnaast werd 26% van de meldingen geuit door een mantelzorger³. Ook hier is opnieuw een dalende trend zichtbaar sinds 2021. Ten opzichte van 2024 bedraagt de daling 8%, terwijl deze in vergelijking met 2021 oploopt tot 18%. Samen zijn deze twee groepen verantwoordelijk voor 46% van de totale meldingen. Dit aandeel is sterk gedaald in vergelijking met de voorgaande jaren, waarin dit respectievelijk 66% in 2024, 78% in 2023 en 86% in 2022 bedroeg, wat wijst op een blijvende daling.

Het aandeel van wettelijk vertegenwoordigers als melder is, net als in voorgaande jaren, gestegen en dit jaar fors. Deze stijging is opnieuw toe te schrijven aan de invoering van het remgeld, waardoor bewindvoerders en houders van zorgvolmachten zich vaker kenbaar maken in het kader van de facturatie. Zij maken 31% uit van het totale aantal meldingen. De resterende 23% kan worden toegeschreven aan anonieme meldingen, meldingen van weggebruikers, zorgverstrekkers⁴, dienstverlening⁵ en andere⁶.



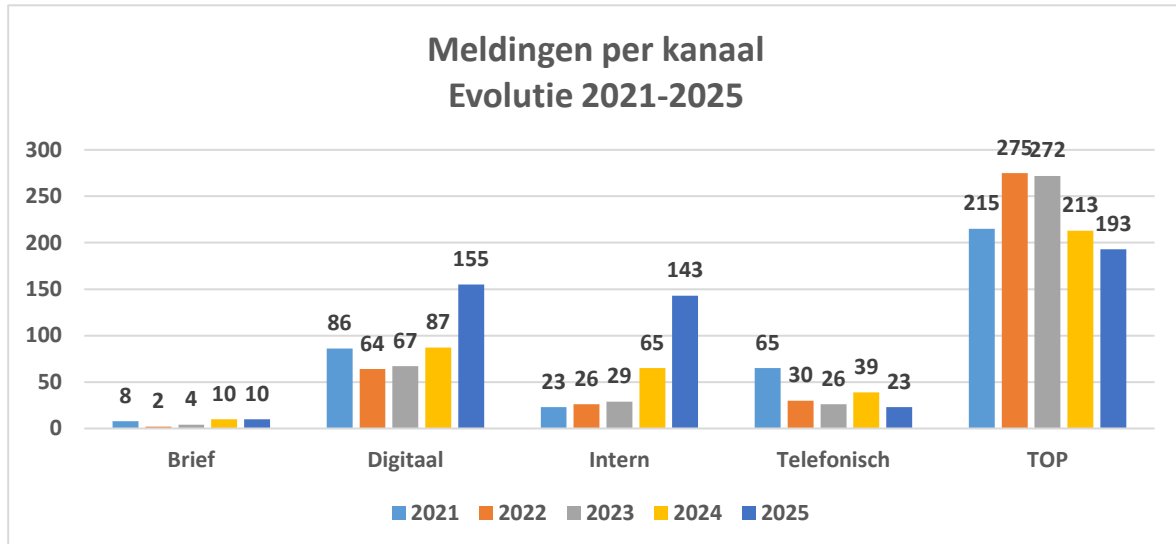
³ Mantelzorger betreft: echtgeno(o)t(e), (klein)kinderen, ouders, voogd, broer/zus en familieleden.

⁴ Zorgverstrekkers betreft: behandelende (huis)arts, ziekenhuis, apotheker, andere zorgorganisaties.

⁵ Dienstverlening betreft: mutualiteiten, politie, gerecht

⁶ Andere betreft: buurbewoner, kennis, verzekeringsmaatschappijen.

Meldingen per kanaal

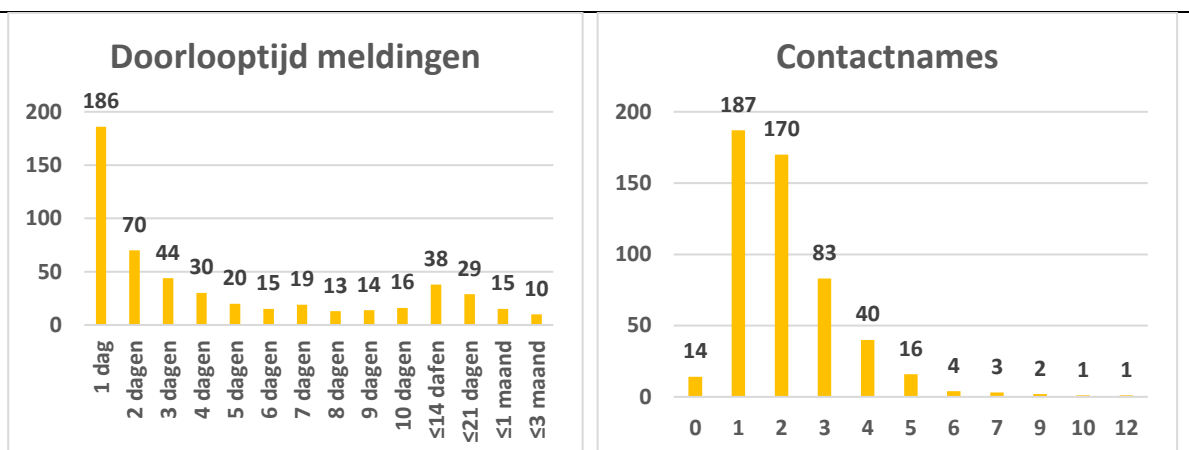


De ombudsdienst werd via verschillende kanalen benaderd om een ontevredenheid te uiten, een melding te doen of een vraag te stellen. In respectieve volgorde gaat het om: TOP (37%), digitaal (30%), intern (27%), telefonisch (4%) en per brief (2%).

Opvallend is dat het interne kanaal opnieuw sterk toeneemt, met meer dan een verdubbeling ten opzichte van vorig jaar. Dit is onder meer te verklaren doordat de betrokken interne diensten beter weten welke meldingen zij naar de ombudsdienst dienen door te sturen. Ook digitale meldingen stijgen aanzienlijk ten opzichte van 2024, namelijk met 78%. Deze stijging is toe te schrijven aan het feit dat veel wettelijke vertegenwoordigers, zoals advocaten, hun meldingen voornamelijk digitaal neerleggen. Daarnaast zet de daling van de meldingen via de TOP zich verder door, wat nog steeds te verklaren is vanuit de vernieuwde klachtenprocedure.

Doorlooptijd en contactnames meldingen

De ombudsdienst streeft ernaar om binnen 10 werkdagen na ontvangst van een melding een antwoord en oplossing aan te bieden. In 2024 bedroeg de gemiddelde doorlooptijd 6 werkdagen, terwijl de mediaan op 3 werkdagen lag. Door outliers kan dit echter een vertekend beeld geven. 81% van het totaal aantal meldingen werd binnen 10 werkdagen beantwoord en opgelost. Gemiddeld waren er per melding twee contactnames, hetzelfde als in 2024.



Verduidelijking werking 2025

Volgende zaken werden in 2025 door de ombudsdienst uitgevoerd:

- In 2025 werden diverse elementen toegevoegd aan het registratiedocument om de rapportage beter te ondersteunen en te onderbouwen. Deze aanpassingen omvatten onder meer de automatisering van gegevens voor het jaarverslag, de verduidelijking van categorie 5 en de registratie of een melding betrekking heeft op de heropening van een al afgesloten dossier.
- Naar aanleiding van het symposium van de federale ombudsdienst op 17 januari 2025 werd nagegaan welke communicatie naar de verschillende actoren binnen het zorgproces nog diende te worden verstuurd.
- Met ingang van 1 september 2025 past Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen een regeling toe waarbij remgeld wordt aangerekend aan de patiënt. De invoering van deze regeling heeft ertoe geleid dat een beperkt aantal patiënten zich niet kon vinden in het te betalen bedrag of ontevreden was over deze maatregel. Gedurende het jaar werd in overleg met de organisatie afgestemd welke informatie diende te worden verstrekt wanneer patiënten, mantelzorgers en externe partijen contact opnamen met de ombudsdienst om hun ontevredenheid hierover te uiten.
- In september 2025 voerde Qualicor een proefaudit uit met het oog op accreditatie. Tijdens deze audit werd de ombudsdienst eveneens bevraagd, waarbij de nadruk lag op de werking, procedures en documentatie van de ombudsdienst.
- In oktober 2025 werd er naar aanleiding van een vraag vanuit de huisartsenadviesraad meer informatie gegeven over de rol van de eerstelijnszorgpartner om als vertrouwenspersoon op te treden binnen het zorgtraject.

Plan van aanpak 2026

Volgende zaken zullen aangepakt, uitgewerkt of herzien worden in 2026.

- In 2026 zal worden geëvalueerd of de in voorgaande jaren aan het registratiedocument toegevoegde elementen, ter ondersteuning en onderbouwing van de rapportage, al dan niet behouden blijven. Daarbij zal onder meer worden beoordeeld of categorieën 7 en 10 behouden blijven of worden geïntegreerd in andere categorieën.
- Naar aanleiding van de invoering van de regeling betreffende remgeld zal gedurende het jaar in overleg met de organisatie worden afgestemd welke informatie aan patiënten, mantelzorgers en externe partijen gewijzigd, aangevuld of behouden moet blijven.
- In april 2026 zal de ombudsdienst deelnemen aan een tweedaagse opleiding van de Vlaamse beroepsVereniging Ombudspersonen Van Alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ). Tijdens deze opleiding komen diverse onderwerpen aan bod die betrekking hebben op de uitvoering van de taken en functies van de ombudsdienst. Er zal worden beoordeeld welke informatie binnen de organisatie kan worden gedeeld.

Aanbevelingen

De ombudsdienst heeft, naast het uitvoeren van taken als bemiddeling en het bewaken van neutraliteit, ook een preventieve functie. De ombudsdienst doet enkele aanbevelingen ter ondersteuning van de algemene werking van Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen. Deze aanbevelingen zijn gericht aan de organisatie en de overheid, waarbij enkele aanbevelingen uit voorgaande jaren worden herhaald.

Organisatie

- Wanneer de ombudsdienst in het kader van een melding extra informatie dient op te zoeken in het dossier van de betrokken patiënt, valt op dat er vaak te weinig informatie en/of observaties zijn vastgelegd. Het is van belang om de zorgmedewerkers hier attent op te maken. Hoe meer observaties en informatie in het dossier aanwezig zijn, hoe groter de kans dat deze bijdragen aan het vinden van oplossingen met betrekking tot de melding. Een mogelijke oplossing om de dossierinhoud te verbeteren, is om meer ruimte te creëren voor het intakegesprek, zodat er vanaf de start van de verzorging voldoende informatie in het patiëntendossier staat. Er wordt aanbevolen om de mogelijkheid en haalbaarheid van deze aanpak te onderzoeken.
- De wetswijziging op de patiëntenrechten bepaalt onder meer dat persoonlijke notities, die alleen leesbaar zijn voor de schrijver, niet langer in het patiëntendossier mogen worden opgenomen. In de praktijk werd vaak afgeweken van het principe van persoonlijke notities

door informatie te delen met collega's, waardoor deze notities hun status van 'persoonlijk' verloren. Bijgevolg is sinds de wetswijziging alle informatie die in het dossier van de patiënt wordt neergeschreven consulteerbaar voor de patiënt. Dit betekent dat zorgverleners rekening moeten houden met het feit dat de patiënt meeleest. Aangezien de patiënt gevoelig kan zijn voor de manier waarop informatie wordt verwoord, wordt aanbevolen om zorgmedewerkers hierover te informeren en hen attent te maken op hun communicatiestijl.

- Ondanks de meldingen over rij- en parkeergedrag stabiel zijn gebleven, blijven ze een groot deel uitmaken van het aantal ontvangen meldingen. Medewerkers van Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen zijn goed zichtbaar in het verkeer vanwege het logo van de organisatie op hun voertuig. Dit kan ertoe leiden dat andere weggebruikers strenger oordelen over hun rij- en parkeergedrag omdat ze worden gezien als ambassadeur van de organisatie en hun voorbeeldfunctie in de maatschappij. Er wordt aanbevolen om medewerkers meer te sensibiliseren en bewust te maken van hun rij- en parkeergedrag en hun ambassadeurschap voor de organisatie.
- Met ingang van 1 september 2025 past Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen een regeling toe waarbij remgeld wordt aangerekend aan de patiënt. De patiënt ontvangt maandelijks, samen met het overzicht van de uitgevoerde prestaties, een factuur voor de betaling van het remgeld. De invoering van deze regeling heeft ertoe geleid dat een beperkt aantal patiënten niet akkoord ging met het te betalen bedrag of ontevreden waren over de invoering van deze maatregelen. In een aantal meldingen gaven patiënten en mantelzorgers aan dat zij niet op de hoogte waren gebracht dat er remgeld dient betaald te worden. Er wordt aanbevolen om in het patiëntendossier vast te leggen dat de patiënt en/of mantelzorgers werden geïnformeerd over het betalen van remgeld, zodat latere discussies kunnen worden vermeden.

Overheid

- Het Koninklijk Besluit van 8 juli 2003 bepaalt de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen. Voor de ombudsfunctie binnen de eerstelijnszorg ontbreken dergelijke voorwaarden. Dit zorgt voor een zoektocht bij patiënten. Er wordt aanbevolen om een kader op te stellen dat ook de voorwaarden voor de ombudsfunctie in de eerstelijnszorg vastlegt, om een sterker kader te bieden en de goede werking van deze ombudsdiensten te waarborgen.
- Bij de herziening van de wet op de patiëntenrechten is het woord 'respect' expliciet in de wet ingeschreven. De patiënt en de gezondheidszorgbeoefenaar dienen zich respectvol te gedragen tegenover elkaar, andere patiënten en gezondheidszorgbeoefenaars. Wat precies onder het begrip 'respectvol' wordt begrepen, blijft echter vaag en open voor interpretatie. Er wordt aanbevolen om hierover duidelijker te communiceren en concreet aan te geven wat hiermee bedoeld wordt.

- De wet op de patiëntenrechten vermeldt meerdere keren dat de Koning modaliteiten kan vastleggen over hoe patiënten documenten en beslissingen, zoals een voorafgaande wilsverklaring of het aanduiden van een vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger, elektronisch openbaar kunnen maken aan gezondheidszorgbeoefenaars. Deze modaliteiten zijn tot op heden echter nog niet vastgesteld. Er wordt aanbevolen dit op korte termijn te voorzien, zodat de communicatie binnen het zorgproces duidelijker en efficiënter verloopt.
- Sinds de invoering van de regeling inzake remgeld wordt Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen vaker op de hoogte gebracht dat patiënten onder bewindvoering staan. Sommige professionele bewindvoerders geven aan dat de organisatie hier al van op de hoogte zou moeten zijn, bijvoorbeeld via de kennisgeving in het Belgisch Staatsblad. Voor de organisatie is het echter niet werkbaar om dagelijks het Belgisch Staatsblad na te gaan voor alle patiënten die in het patiëntenbestand zijn opgenomen of ze al dan niet onder bewindvoering werden geplaatst. Er wordt aanbevolen een systeem te voorzien waarin gegevens over de aanstelling van een bewindvoerder automatisch van de vredegerechten naar de gezondheidszorg doorstromen, zodat het zorgproces duidelijker en efficiënter verloopt.

VVOVAZ

Vanuit de beroepsvereniging VVOVAZ werden eveneens enkele aanbevelingen gemaakt. De ombudsdienst van Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen ondersteunt enkele van deze aanbevelingen.

Aanbeveling: Empathie als fundament voor kwaliteitsvolle zorg

Empathie is geen 'zachte' bijkomstigheid, maar een cruciale bouwsteen van kwalitatieve, patiëntgerichte zorg.

Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten vooral behoefte hebben aan een persoonlijke benadering: ze willen zich gehoord, gezien en begrepen voelen. Wanneer zorgverleners actief luisteren, zich oprecht inleven en communiceren met respect, verhoogt niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar ook diens tevredenheid en gevoel van veiligheid. Bovendien kan empathische communicatie misverstanden voorkomen en de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterken.

Daarom adviseren wij om empathische communicatie structureel te verankeren in het opleidings- en vormingsaanbod. Investeren in deze competenties draagt bij aan een zorgcultuur waarin menselijkheid centraal staat, vermindert het aantal klachten en bevordert de algemene kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbeveling: Heldere communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Een open, eerlijke en respectvolle dialoog vormt de basis van vertrouwen in de zorg. Transparante communicatie — zeker wanneer een zorgproces anders verloopt dan verwacht — is essentieel om patiënten goed te informeren, te betrekken en gerust te stellen. Het open disclosure-proces, dat bedoeld is om helder te communiceren over ongeplande gebeurtenissen of incidenten die schade veroorzaken, verdient dan ook ruimere bekendheid en consequente toepassing binnen de zorgpraktijk.

Uit klachten en meldingen blijkt dat transparante, zorgzame en wederzijdse communicatie bepalend is voor het begrip van patiënten. Wanneer zorgverleners duidelijk uitleg geven, actief luisteren en tijd nemen voor vragen, vermindert de kans op escalatie of ontevredenheid aanzienlijk. Transparantie verhoogt niet alleen het vertrouwen, maar versterkt eveneens de therapeutische relatie.

Aanbeveling: Zorgvuldige en kwaliteitsvolle verslaggeving

Patiënten hebben vandaag via verschillende digitale platformen rechtstreeks toegang tot hun medische verslagen. Dat maakt verslaggeving transparanter, maar het brengt ook hogere verwachtingen met zich mee. Uit klachten en meldingen blijkt dat patiënten regelmatig struikelen over subjectieve formuleringen, verouderde of irrelevante niet-medische informatie en interpretaties die als ongepast of onvoldoende onderbouwd worden ervaren. Dergelijke elementen kunnen het vertrouwen schaden.

Om de kwaliteit van medische verslaggeving te versterken en het vertrouwen van patiënten te bevorderen, adviseren wij het volgende:

- Noteer alleen relevante, objectieve en medisch noodzakelijke informatie. Beschrijf feiten, klinische bevindingen en relevante observaties zonder subjectieve interpretaties of persoonlijke meningen. Vermijd taal die stigmatiserend kan overkomen of niet strookt met professionele neutraliteit.
- Actualiseer elk verslag zorgvuldig. Ga bij het opstellen van een nieuw verslag na welke informatie uit eerdere documenten nog relevant is en welke niet. Vermijd het automatisch kopiëren van volledige historische gegevens zonder kritische beoordeling.
- Houd de inhoud actueel en afgestemd op de concrete consultatie of opname. Overloop de anamnese regelmatig opnieuw met de patiënt en controleer of eerdere gegevens nog correct zijn.

Aanbeveling: Financiële transparantie door patiëntgerichte communicatie

Het is essentieel dat financiële informatie snel, duidelijk en toegankelijk beschikbaar is voor patiënten en hun naasten, zowel schriftelijk als via digitale kanalen. Door financiële transparantie expliciet te integreren in opnameprocessen en door heldere uitleg te geven over verzekeringen, terugbetalingen en dagforfaits, kunnen verwachtingen beter worden afgestemd en kan onzekerheid worden verminderd.

Aanbeveling: Registratie vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging: nood aan centrale databank

Er is een groeiende nood aan een duidelijke, uniforme en centraal beschikbare registratie van vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgvolmachthouders en bewindvoerders (persoon en/of goederen) binnen de zorg. In de praktijk blijkt dat informatie over wie beslissingsbevoegdheid heeft of wie de patiënt vertrouwt om hem te ondersteunen bij communicatie en besluitvorming, vaak versnipperd is, ontbreekt of niet actueel wordt bijgehouden. Dit leidt geregeld tot misverstanden, communicatieproblemen en vertraging bij medische of ethische beslissingen.

Vandaag krijgen zorgorganisaties steeds vaker te maken met complexe familiale contexten, wisselende vertegenwoordigers en patiënten die steunfiguren willen aanduiden buiten de klassieke familiale structuur. Dit maakt een betrouwbare en actuele registratie des te belangrijker. Bovendien versterkt de vernieuwde wet patiëntenrechten de rol van de naaste van de patiënt wat de nood aan een systeem waarin de keuze van de patiënt gekend is en rechtszekerheid gewaarborgd wordt.

Daarom wordt aanbevolen om in te zetten op de ontwikkeling van een centrale, digitale databank waarin de registratie van vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers eenduidig en veilig geraadpleegd kan worden.

Aanbeveling: Invloed van AI bij het indienen van een klacht

Steeds meer patiënten maken gebruik van AI-gegenereerde teksten om klachten of meldingen in te dienen. Hoewel dit de drempel kan verlagen om hulp te zoeken, brengt het ook nieuwe uitdagingen met zich mee. In de praktijk blijkt dat informatie die door AI wordt aangeleverd vaak onnauwkeurig, onnodig complex of juridisch feitelijk onjuist is en patiënten ons vaak met verkeerde verwachtingen aanspreken. Aangezien we steeds vertrekken vanuit de verwachting van de patiënt bemoeilijkt dit de klachtbehandeling en is er veel verduidelijking rond de rol van de Ombudsdienst nodig.

We roepen de ombudspersonen op bewust te zijn van de invloed van AI-gegenereerde klachten en in dialoog te gaan met patiënten om steeds hun werkelijke vraag en verwachting helder te krijgen, alsook de mogelijkheden binnen de ombudsfunctie. AI is een goede hulp om de drempel te verlagen

om een melding te doen, maar we mogen het menselijke aspect van een bemiddeling niet uit het oog verliezen.

Aanbeveling: Agressiebeleid en psychosociaal welzijn van medewerkers

Er wordt een duidelijke toename vastgesteld van verbaal en fysiek grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zorgverleners en ombudspersonen. Dit heeft niet alleen impact op de veiligheid, maar ook op het psychisch welzijn, het werkplezier en het behoud van medewerkers binnen de zorg.

Daarom wordt aanbevolen om een duidelijk, zichtbaar en consequent toegepast agressiebeleid te installeren, dat door alle afdelingen gedragen wordt. Dit beleid omvat bij voorkeur: heldere richtlijnen, uniforme registraties, onmiddellijke opvolging van incidenten en een duidelijke rolverdeling bij escalaties. Daarnaast is het belangrijk om het agressiebeleid actief te communiceren naar patiënten en hun naasten, bijvoorbeeld via affiches, brochures en digitale kanalen, zodat verwachtingen vooraf duidelijk zijn en grensoverschrijdend gedrag ondubbelzinnig wordt afgekeurd.

Verder is het essentieel om structureel te investeren in het psychosociaal welzijn van medewerkers. Dit kan onder meer door gerichte trainingen (o.a. de-escalatie, omgaan met emotioneel beladen situaties), laagdrempelige opvang na incidenten en toegankelijke psychosociale ondersteuning. Een veilig werkklimaat draagt rechtstreeks bij aan kwaliteitsvolle zorg en het behoud van gemotiveerde medewerkers.

Aanbeveling: wachtlijsten en versterking van de eerstelijnszorg

Door toenemende wachtlijsten voor bepaalde specialismen in ziekenhuizen en beperkte bereikbaarheid en patiëntenstops van huisartsen vinden patiënten meer en meer moeilijk tijdig toegang tot de juiste zorg. Patiënten staan machteloos in hun zorgvraag en kunnen sneller in complexe of verergerde zorgsituaties terechtkomen.

Het is daarom belangrijk om dit probleem ook op federaal niveau te agenderen en in te zetten op toegankelijkheid van de eerstelijnszorg maar ook alert te zijn voor de realiteit van wachttijden in de gespecialiseerde zorg. Toegankelijke, tijdige en goed georganiseerde eerstelijnszorg verlaagt de druk op ziekenhuizen, voorkomt escalaties en ondersteunt patiënten in een vroeg stadium, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verhoogt.

Vlaamse Ombudsdienst
brug tussen burger en overheid
www.vlaamseombudsdienst.be



Vlaams
Parlement