

OMBUDSDIENST HUISHOUDELIJK REGLEMENT



az delta

Uw ziekenhuis.

INHOUD

INHOUD	2
VOORAF	3
1. JURIDISCHE ACHTERGROND	4
2. TOEPASSINGSGEBIED	5
3. WERKING EN OPDRACHT VAN DE OMBUDSPERSOON	6
4. PROCEDURE BIJ KLACHTEN	7
4.1. Bekendmaking van de klacht	7
4.2. Registratie van de klacht	8
4.3. Behandeling van de klacht	8
5. INTERNE RAPPORTAGE	10
5.1 Ombudsoverleg	10
5.2 Jaarverslag	10
5.3 Semesterverslag	10
6. FEDERALE COMMISSIE “RECHTEN VAN DE PATIENT”	11
7. KLACHTEN OMTRENT WERKING OMBUDSDIENST	12
8. GOEDKEURING HUISHOUDELIJK REGLEMENT	13
9. BIJLAGE	14

VOORAF

Bij dit reglement gaan we uit van een constructieve visie op het verschijnsel 'klacht.'

De tijd dat klachten benaderd worden vanuit een paternalistische visie ligt reeds ver achter ons.

Klachten worden niet langer gezien als een bedreiging, noch als een marginaal verschijnsel, maar wel als een welgekomen aangeboden advies dat een bijsturing van de dienstverlening mogelijk maakt. Een 'klacht' heeft een waarde voor het ziekenhuis. Klachtenmanagement, op de juiste wijze gebruikt, is een uniek instrument om de kwaliteit en klantgerichtheid binnen het ziekenhuis te vergroten en te verbeteren. De basisattitude ten overstaan van de klager is daarom steeds een respectvolle houding en een oprechte ethische bekommernis om elkeen op menswaardige wijze te behandelen. Ongeacht of een klacht gegrond zal blijken of niet, ongeacht het taalgebruik en de stijl van de klager, is een aandachtige en inlevende houding bij ontvangst van een klacht steeds een absolute must. Door het uiten van een klacht wordt aan het ziekenhuis immers een kans geboden om misverstanden uit de weg te ruimen, gevoelens van onrecht en ongenoegen te verminderen en een vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverstrekker te herstellen. In elk geval dient een zorgverlener kritisch na te denken over de eigen activiteiten. Een klachtenprocedure kan alleen maar werken als ze gedragen wordt door alle medewerkers van het ziekenhuis.

Vanuit de diverse geledingen van het ziekenhuis moet men patiënten aansporen niet met wrevel of ongenoegen te blijven zitten maar hierover te communiceren. Het spreekt voor zich dat problemen best kunnen opgelost worden, zo dicht mogelijk bij het niveau waar ze ontstaan. Onvrede over de dienstverlening kan best onmiddellijk geuit worden aan de zorgverstrekker zelf, zodat bepaalde problemen, misverstanden zo snel mogelijk kunnen opgelost worden.

Wanneer patiënt en/of naasten geen bevredigend resultaat bekomen of nadien nog vragen hebben, kunnen zij zich wenden tot de ombudsdienst.

Gezien het woord 'klacht' een pejoratieve bijklank heeft, stellen wij de ombudsdienst voor als een dienst waar je met vragen, klachten of suggesties terecht kan.

Dit huishoudelijk reglement ligt ter inzage van patiënten, medewerkers en andere betrokkenen aan het onthaal en op de ombudsdienst. Er is ook een link naar het huishoudelijk reglement op de website van het ziekenhuis www.azdelta.be.

1. JURIDISCHE ACHTERGROND

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

Het regelt de klachtenbemiddeling op alle campussen van AZ Delta in het kader van de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002. Conform het mandaat van de organisatie, is dit huishoudelijk reglement tevens van toepassing voor klachten buiten dit wettelijk omschreven gebied.

Ieder ziekenhuis leeft, binnen zijn wettelijke mogelijkheden, de bepalingen na van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens de patiënt.

Bovendien waakt ieder ziekenhuis erover dat ook de beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen.

2. TOEPASSINGSGEBIED

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 het centraal aanspreekpunt voor patiënten die hun ongenoegen en/of klachten over het zorgproces of de omkadering van het zorgproces in het ziekenhuis willen uiten.

Deze klachten kunnen onder meer handelen over:

- medisch-technische aspecten
- verpleegkundige en zorgaspecten
- financiële aspecten
- administratieve aspecten van het ziekenhuis
- logistieke en organisatorische aspecten
- de hotelfunctie van het ziekenhuis
- contacten met medewerkers binnen het ziekenhuis
- niet-naleven van patiëntenrechten

Uitzondering is de factuurbetwisting waarbij de klachten die louter factuur technisch zijn worden afgehandeld door de dienst facturatie. Klachten die een schadeclaim inhouden worden behandeld in samenwerking met de juridische dienst.

De ombudspersoon treedt niet op als bemiddelaar bij klachten van of tussen personeelsleden en/of zorgverleners onderling (incl. vrijwilligers), tenzij de klacht afkomst is van een personeelslid/zorgverlener in zijn/haar hoedanigheid van patiënt of als familielid van een patiënt met een klacht.

3. WERKING EN OPDRACHT VAN DE OMBUDSPERSOON

De opdrachten van de ombudspersoon zijn:

- het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen
- het bemiddelen bij de klachten met betrekking tot de patiëntenrechten met het oog op het bereiken van een oplossing
- het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor 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 ombudsdienst
- het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten
- het opmaken van een jaarverslag met een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat

De opdracht van de ombudspersoon is een inspanningsverbintenis en geen resultaatsverbintenis ten aanzien van de partijen. 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.

De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest 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 andere bemiddelaar.

De ombudspersoon is verplicht het beroepsgeheim te respecteren en een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht te nemen. Tijdens de bemiddeling neemt de ombudspersoon een houding van meerzijdige partijdigheid in. Bij meerzijdige partijdigheid houdt men rekening met de belangen van alle betrokkenen in de bemiddeling. De bemiddelaar is niet partijdig voor de patiënt/familie en de zorgverlener.

De ombudspersoon bekleedt een onafhankelijke positie ten aanzien van de directie van het ziekenhuis. Dit betekent dat de ombudspersoon geen verantwoording verschuldigd is over het bemiddelingsproces maar wel een informatieplicht heeft ten aanzien van de directie van het ziekenhuis. Daarbij dient de privacy van de klager en de betrokken zorgverlener bewaard te blijven.

Aangezien de ombudspersoon enkel een bemiddelende opdracht heeft, kiest deze geen partij, noch voor de klager, nog voor de betrokken medewerker van het ziekenhuis. De ombudspersoon kan niet gesanctioneerd worden wegens daden die gesteld zijn in het kader van de correcte uitoefening van de ombudsoopdracht. De ombudspersoon krijgt wel de mogelijkheid om ongehinderd in contact te treden met alle personen die een nuttige bijdrage kunnen leveren tot de afhandeling van de klacht.

4. PROCEDURE BIJ KLACHTEN

Deze procedure beschrijft het procesverloop van melding tot afhandeling van informele en formele klachten. Een klacht is iedere uiting van ongenoegen of ontevredenheid over een behandeling die door de betrokken of belanghebbende derde als onjuist wordt ervaren.

Het ontvangen van klachten in een organisatie is een natuurlijk onderdeel van de continue stroom van positieve en negatieve feedback die eigen is aan dienstverlening.

4.1. BEKENDMAKING VAN DE KLACHT

Patiënten, familieleden, vertrouwenspersonen, wettelijke vertegenwoordigers, verwijzende artsen kunnen klachten formuleren. Ook ziekenhuismedewerkers kunnen op (pro)actieve wijze problemen melden in het concrete zorgproces van patiënten.

De klachten kunnen schriftelijk of mondeling geformuleerd worden.

- schriftelijk, door het versturen van een brief naar:
AZ Delta - ombudsdienst
Deltalaan 1
8800 Roeselare
- schriftelijk, door een mail te sturen naar:
ombudsdienst@azdelta.be
- schriftelijk via het feedbackformulier ter beschikking aan de onthalen of via het contactformulier op de website www.azdelta.be
- telefonisch op 051 23 62 46
- een afspraak kan telefonisch gemaakt worden voor de verschillende campussen:
 - de ombudspersoon komt langs op de patiëntenkamer
 - u komt langs bij de ombudsdienst

Bij een mondelinge klacht kan een schriftelijke formulering gevraagd worden, zeker indien de klacht aspecten van aansprakelijkheid bevat.

Bij ontvangst van een klacht wordt aan de patiënt onverwijld een schriftelijke ontvangstmelding overgemaakt met de vermelding van het referentienummer. Door het vermelden van dit nummer in de briefwisseling of latere contacten met de ombudsdienst verloopt de behandeling van de klacht sneller en eenvoudiger.

Bij afwezigheid van de ombudsdienst kan door een ziekenhuismedewerker de contactgegevens van de klager doorgemailed worden naar ombudsdienst@azdelta.be, de klager mag eveneens zelf een mail versturen of gebruik maken van het feedbackformulier. De ombudsdienst neemt dan de eerst volgende werkdag contact op. Bij een ernstige en dringende klacht waarbij de veiligheid van de patiënt in gedrang is en men niet kan wachten tot de eerst volgende werkdag van de ombudsdienst, kan de melding overgemaakt worden aan de beleidscoördinator patiëntveiligheid.

4.2. REGISTRATIE VAN DE KLACHT

Vragen, klachten, suggesties van patiënten maken deel uit van het klachtenbeleid van het ziekenhuis. Elke klacht wordt daarom bij melding geregistreerd in een klachtendossier en in een geïnformatiseerd registratieprogramma. Dit registratieprogramma is beveiligd en biedt de nodige garantie inzake het bewaren van het beroepsgeheim.

Hierbij worden minimaal volgende gegevens geregistreerd:

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

Anonieme klachten kunnen enkel geregistreerd worden in functie van algemene opvolging, maar komen niet in aanmerking voor individuele bemiddeling.

De persoonsgegevens verzameld in het kader van het onderzoek van de klacht worden slechts bewaard gedurende de tijd nodig voor de behandeling ervan en het opstellen van het jaarverslag.

Het jaarverslag bevat geen enkel element waardoor één van de natuurlijke personen betrokken bij de afhandeling van de klacht kan worden geïdentificeerd.

4.3. BEHANDELING VAN DE KLACHT

Indien de klager feiten signaleert met het oog op een verbetering naar de toekomst, wordt de klacht louter ter informatie overgemaakt aan de bevoegde verantwoordelijken.

Wanneer de klacht ontvankelijk wordt bevonden, start de ombudspersoon een bemiddelingsdossier op.

Alvorens een bemiddelingsprocedure op te starten, nodigt de ombudspersoon de patiënt uit om zelf contact op te nemen met de zorgverlener. Klachten worden het best opgelost op de plaats waar ze ontstaan in overleg met wie hierin betrokken is. Wanneer de klacht niet tussen de directe betrokkenen kan opgelost worden of dit niet volgens de verwachtingen verliep, kan verwezen worden naar de ombudspersoon.

De ombudspersoon werkt op onafhankelijke wijze. Hij kan dus niet gesanctioneerd worden voor daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van zijn functie gesteld heeft.

Bij het neerleggen van de klacht luistert de ombudspersoon naar de patiënt en poogt hij een overzicht van de situatie te krijgen. Wanneer de verwachtingen van de klager duidelijk zijn, contacteert de ombudspersoon de betrokken zorgverlener die naar zijn mening, ervaring gevraagd wordt over de feiten die de patiënt aanhaalt.

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, het concept meerzijdige partijdigheid wordt toegepast tijdens de bemiddeling. Hij mag overigens niet betrokken zijn geweest met de feiten en de personen waarop de klacht betrekking heeft.

Teneinde de dialoog te herstellen, kan de ombudspersoon voorstellen aan de partijen die ermee instemmen, om met elkaar opnieuw contact te nemen of in zijn aanwezigheid samen te komen. Indien ze weigeren, neemt de ombudspersoon tijdens de hele procedure de rol van tussenpersoon op zich. Hij houdt respectievelijk elke partij op de hoogte van de reacties en verwachtingen van de andere partij.

De ombudspersoon moedigt de partijen aan om hun gevoelens en verwachtingen uit te drukken in het kader van de bemiddeling. Hij tracht het conflict te matigen en de onenigheid op te lossen door onderhandeling, informatie-uitwisseling en communicatie. Om met de partijen tot een oplossing te komen, oefent de ombudspersoon zijn bemiddelingsfunctie nauwgezet en binnen een redelijke termijn uit. Het beheer van het conflict is evenwel grotendeels afhankelijk van de goede wil van de betrokken partijen die het bemiddelingsproces op elk ogenblik kunnen stopzetten en/of die zich naar een andere procedure kunnen richten.

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.

Indien de partijen tot een akkoord komen en/of indien de communicatie hersteld is, kan het bemiddelingsdossier afgesloten worden.

Indien er geen oplossing bereikt wordt, oriënteert de ombudspersoon de patiënt naar een andere mogelijkheid van conflictafhandeling (bijv. een andere dienst binnen het ziekenhuis, de ziekenfondsen, de Provinciale geneeskundige commissies, de Orde der Artsen, ...).

Een afgehandeld dossier blijft afgesloten, tenzij er nieuwe feiten aangediend worden.

Alle door de ombudspersoon ondernomen stappen zijn gratis.

Aangezien de ombudspersoon verplicht is het beroepsgeheim te respecteren, mag hij aan derden geen gegevens meedelen, die de patiënt of de beroepsbeoefenaar hem toevertrouwd hebben.

In ernstige gevallen informeert de ombudspersoon onmiddellijk de directie. Ernstige gevallen kunnen klachten zijn waarbij de aansprakelijkheid van het ziekenhuis in het gedrang kan komen en/of waarbij mogelijke betrokkenheid van de pers wordt geuit.

5. INTERNE RAPPORTAGE

5.1 OMBUDSOVERLEG

Op het ombudsoverleg worden volgende partijen uitgenodigd: medisch directeur, verpleegkundig en paramedisch directeur, juridische dienst, beleidscoördinator ethiek en patiëntenbeleving en beleidscoördinator patiëntveiligheid.

Dit overleg vindt op geregelde tijdstippen plaats en behandelt dossiers anoniem tenzij met klager of zorgverlener anders werd overeengekomen. De ombudsdienst bepaalt welke dossiers aan bod komen.

Dossiers waarbij een beslissing van de directie vereist is worden besproken. Ook algemene casussen waarin beleidsmatig een visie, een standpunt, een actie of een kennisname wenselijk of noodzakelijk is, komen aanbod. Wanneer eenzelfde soort klacht meermaals terugkeert, wordt de directie via het ombudsoverleg op de hoogte gesteld. Dossiers die dreigen vast te lopen kunnen aan bod komen om verder bemiddeling te bespreken.

De leden van het ombudsoverleg zijn gehouden tot vertrouwelijkheid van de behandelde materie.

5.2 JAARVERSLAG

Jaarlijks wordt door de ombudsdienst een verslag opgesteld met een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat van het optreden tijdens het voorbije kalenderjaar.

Het verslag mag geen elementen bevatten waardoor één van de natuurlijke personen betrokken bij de afhandeling van een klacht kan worden geïdentificeerd.

Het jaarverslag wordt uiterlijk in de loop van de tweede maand van het daarop volgend kalenderjaar overgemaakt aan de Vlaamse ombudsman.

Verder wordt er nog een intern jaarverslag opgemaakt waarbij er dieper wordt ingegaan op het voorwerp van de klacht.

5.3 SEMESTERVERSLAG

Per semester wordt er een inhoudelijk verslag opgemaakt gebaseerd op de taxonomie van de Healthcare Complaints Analysis Tool. Dit verslag wordt in eerste instantie besproken op het ombudsoverleg. Na goedkeuring wordt het kwartaalverslag voorgelegd aan de medische diensthoofden, het medisch ethisch comité en de Stuurgroep Q&S.

6. FEDERALE COMMISSIE “RECHTEN VAN DE PATIENT”

De federale commissie “rechten van de patiënt” heeft als taak:

- nationale en internationale informatie verzamelen en verwerken met betrekking tot patiëntenrechtelijke aangelegenheden
- op verzoek of op eigen initiatief advies verlenen aan de minister van Volksgezondheid met betrekking tot rechten en plichten van patiënten en beroepsbeoefenaars
- de toepassing van de rechten bepaald in de wet 22 augustus 2002 evalueren
- de werking van de ombudsfuncties evalueren en formuleren van aanbevelingen daarover

Indien de klacht daarentegen een beroepsbeoefenaar uit de ambulante sector betreft, die buiten een ziekenhuis werkzaam is (bijv. een huisarts, een specialist in zijn privépraktijk, een zelfstandige verpleegster, een tandarts, een arts in een rusthuis, een gevangenisarts), dient de patiënt zich tot de federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt” te richten:

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
DG Gezondheidszorg
Federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt”
Victor Hortaplein 40 bus 10
1060 Brussel
Nederlandstalige federale ombudspersoon
Tel.: 02/524.85.20
Fax: 02/524.85.38
E-mail: bemiddeling-patientenrechten@gezondheid.belgie.be

7. KLACHTEN OMTRENT WERKING OMBUDSDIENST

Een klacht omtrent de werking van de ombudsdienst kan ingediend worden bij het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid:

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
Afdeling Residentiële en Gespecialiseerde Zorg
Team Geestelijke Gezondheidszorg en Algemene Ziekenhuizen
Koning Albert II-laan 35 bus 33
1030 Brussel
Tel. 02 553 36 13
Fax. 02 553 36 05

8. GOEDKEURING HUISHOUDELIJK REGLEMENT

Dit huishoudelijk reglement werd op 8 juli 2020 goed gekeurd door de raad van bestuur van AZ Delta. Het goedgekeurde reglement werd hierna ter informatie bezorgd aan de Federale commissie 'Rechten van de patiënt.'

9. BIJLAGE

Flowchart klachtenprocedure

