Huishoudelijk reglement ombudsdienst

1. Inleidende bepalingen
2. Opdrachten van de ombudspersoon
3. Opdrachten van het ziekenhuis
4. Wijze van de klachtmelding
5. Registratie van de klacht
6. Behandeling van de klacht
7. Federale commissie rechten van de patiënt

Dit reglement werd opgesteld overeenkomstig de bepalingen van artikel 10 van het KB van 8 juli 2003 houdende de vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen. Het regelt de klachtenbehandeling in het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen vzw en is van toepassing op onze 3 campussen.

1. Inleidende bepalingen

Art 1: In dit reglement wordt verstaan onder:

- **Klacht**: een uiting van ongenoegen of ontevredenheid omtrent het zorgproces van de patiënten in het ziekenhuis;
- **Klager**: de persoon die klaagt (patiënt, familie, bezoeker, huisarts,…);
- **Beklaagde**: persoon of dienst waarop de klacht betrekking heeft;
- **Klachtmelder**: diegene die de klacht meldt (patiënt, huisarts, familie, bezoeker, medewerker van het ziekenhuis,...);
- **Ombudspersoon**: het centraal aanspreekpunt voor patiënten die hun ongenoegen en/of klachten over het zorgproces in het ziekenhuis willen uiten, degene die in de klacht bemiddelt en van wie de patiënt de nodige informatie kan krijgen omtrent de opvolging en de afhandeling van zijn klacht;
- **Klachtbemiddeling**: het luisteren, informeren, adviseren of verwijzen van de klager, het verlenen van bijstand en het zoeken naar gemeenschappelijke belangen, het formuleren van voorstellen en het zoeken naar compromissen;
- **Klachtencommissie**: interne commissie samengesteld uit de algemeen directeur, de hoofdgeneesheer, de directeur verpleging en paramedische diensten, de financieel directeur en de directeur HR & administratie en het diensthoofd zorg. Ze bespreekt tweewekelijks de klachten met de ombudspersoon;
- **Patiëntendossier**: het geheel van het medisch en verpleegkundig dossier betreffende een patiënt.

Art 2: Toepassingsgebied

De ombudspersoon is bevoegd om kennis te nemen van alle klachten en vragen die betrekking hebben op het zorgproces. Deze klachten en vragen kunnen onder meer gaan over op:

- Medisch-technische aspecten;
- Verpleegkundige aspecten;
- Hotelfunctie van het ziekenhuis (de keuken, het linnen, het onderhoud,…);
- Aspecten van de interacties met de beroepsbeoefenaars (dokter, kinesist, verpleegkundigen, administratie,...);
- Financiële aspecten;
- Administratieve aspecten;
- Organisatorische aspecten;
- De toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, met name inzagerecht en recht op afschrift van het patiëntendossier en het recht op klachtenbemiddeling.

2. Opdrachten van de ombudspersoon

Art 3: De ombudspersoon heeft als opdracht:

- Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;

- Het opvangen en registreren van klachten alsook het bemiddelen met het oog op het bereiken van een oplossing;
- Het inlichten van de patiënt inzake de (externe/alternatieve) mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een oplossing via de ombudsdienst;
- Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;
- Het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten. In onze organisatie worden deze aanbevelingen overgemaakt aan het directiecomité en de werkgroep kwaliteitsbevordering om van daaruit verbetertrajecten op te kunnen starten;
- Het beheren van documenten en gegevens voortvloeiend uit klachten en de werking van de ombudsdienst;
- Het opmaken van een jaarverslag met een overzicht van het aantal klachten, het onderwerp van de klachten en het bereikte resultaat.

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

Art 5: De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest bij de feiten en de perso(o)n(en) waarop de klacht betrekking heeft. Hij is verplicht het beroepsgeheim te respecteren en een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht te nemen. Dit betekent onder meer dat hij tijdens het proces van bemiddeling geen standpunt inneemt.

Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van de ombudsfunctie, kan de ombudspersoon niet worden gesanctioneerd wegens daden die in het kader van de correcte uitoefening van de functie gesteld zijn.

Teneinde de onafhankelijkheid van de ombudsfunctie niet in het gedrang te brengen, is de functie van ombudspersoon onverenigbaar met:

- Een leidinggevende functie of beheersfunctie in een gezondheidsvoorziening zoals de functie van directeur, hoofd van het verpleegkundig departement of voorzitter van de medische raad;
- Het uitoefenen in het ziekenhuis van een functie in het kader waarvan gezondheidszorg wordt verstrekt als beroepsbeoefenaar zoals bedoeld in de patiëntenrechtenwet;
- Een functie of een activiteit in een vereniging die de verdediging van de belangen van de patiënt tot doel heeft.

3. Opdrachten van het ziekenhuis

Art 6: De ombudspersoon bekleedt een onafhankelijke positie ten aanzien van directie en het bestuur van het ziekenhuis. Dit betekent dat de ombudspersoon geen verantwoording verschuldigd is over het bemiddelingsproces maar wel een informatieplicht heeft ten aanzien van de directie en het bestuur van het ziekenhuis. Aangezien de ombudspersoon enkel een bemiddelende opdracht heeft kiest hij bijgevolg geen partij, noch voor de klager, noch voor de beklaagde.

Art 7: Het ziekenhuis draagt er zorg voor dat:

- Voldoende informatie wordt verstrekt die de vlotte bereikbaarheid van de ombudsfunctie garandeert;

- De ombudsdienst binnen het ziekenhuis derwijze is georganiseerd dat de ombudspersoon vanaf het ogenblik dat de klacht voor bemiddeling wordt neergelegd tot de mededeling van het resultaat van de afhandeling, bemiddelt tussen de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar;
- De ombudspersoon de mogelijkheid heeft om ongehinderd in contact te treden met alle bij een klacht betrokken personen;
- De ombudspersoon binnen een redelijke termijn overgaat tot afhandeling van de klachtenbemiddeling;
- De ombudspersoon over de nodige lokalen en administratieve en technische middelen beschikt om zijn taken te kunnen uitvoeren met name ondermeer een secretariaat, communicatiemiddelen en verplaatsings-, documentatie-, en archiveringsmiddelen. Dit houdt in het bijzonder in dat de ombudspersoon beschikt over een eigen en exclusief telefoonnummer, een eigen en exclusief e-mailadres en een antwoordapparaat dat aangeeft gedurende welke uren men de ombudspersoon kan contacteren. Bovendien dient de ombudspersoon te beschikken over een geëigende ontvangstruimte.

4. Wijze van de klachtmelding

Art 8: De klachten kunnen op verschillende manieren worden geuit:

- Schriftelijk
  - Een voldoende gefrankeerde brief gericht aan de ombudsdienst van het R.Z. H.Hart Tienen Kliniekstraat 45, 3300 Tienen.
  - Een fax via het nummer 016 80 30 77
  - Een e-mail gericht aan ombudsdienst@rztienen.be
  - Via meldingsformulier in de houder op de afdelingen of in de onthaalbrochure
- Mondeling
  - Telefonisch via het nummer 016/80 35 65
  - Een persoonlijk onderhoud (eventueel na telefonische afspraak)

5. Registratie van de klacht

Art 9: Vragen, bezorgdheden, klachten, opmerkingen en reacties van patiënten maken deel uit van het klachtenbeleid van het ziekenhuis. Elke ontvankelijke klacht wordt daarom bij melding geregistreerd in een klachtendossier en in een geïnformatiseerd registratieprogramma. Dit registratieprogramma is uiteraard beveiligd. Anonieme klachten, meldingen die geen betrekking hebben over de ziekenhuissetting, of niet passen in de functieomschrijving van de ombudspersoon, in het kader van de patientenrechtenwet, worden als niet-ontvankelijk beschouwd.

Art 10: Bij ontvangst van een schriftelijke klacht wordt aan de patiënt onverwijld een schriftelijke ontvangstmelding overgemaakt met vermelding van de referte van zijn dossier. Door het vermelden van deze referte in briefwisseling of latere contacten met de diensten van de ombudspersoon kan de klager de behandeling van zijn klacht vereenvoudigen of versnellen.

Art 11: Bij elke klacht worden minstens de volgende gegevens geregistreerd:

- De identiteit van de patiënt en desgevallend de vertrouwenspersoon;
- De datum van ontvangst van de klacht;
- De aard en de inhoud van de klacht;

- De datum van afhandeling van de klacht;
- Het resultaat van de afhandeling van de klacht.

Art 12: De persoonsgegevens die door de ombudspersoon verzameld worden in het kader van het onderzoek van de klacht, worden bewaard voor de tijd nodig voor de behandeling van de klacht en voor het opstellen van het jaarverslag.

Art 13: Het jaarverslag bevat geen enkel element waardoor één van de natuurlijke personen betrokken bij de afhandeling van de klacht, kan worden geïdentificeerd. Het jaarverslag wordt ten laatste de vierde maand van het daarop volgend kalenderjaar overgemaakt aan de raad van bestuur, het directiecomité, de hoofdgeneesheer en de medische raad van het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen vzw.

6. Behandeling van de klacht

Art 14: Elke klacht wordt grondig onderzocht door de ombudspersoon. Indien hij het nodig acht, nodigt hij 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 ter informatie overgemaakt aan de bevoegde verantwoordelijken.
De ombudspersoon onderzoekt de feiten en gaat na welke personen en/of diensten betrokken moeten worden in het klachtendossier. Het betrokken directielid wordt steeds geïnformeerd over de ingediende klacht. In ernstige gevallen informeert de ombudspersoon onmiddellijk de algemeen directeur en de hoofdgeneesheer bij hun afwezigheid een directielid. Alle klachten waarbij de aansprakelijkheid van het ziekenhuis of een personeelslid in het gedrang kan komen, worden steeds als prioritair en ernstig beschouwd.

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

Art 16: Het resultaat van de bemiddeling door de ombudspersoon wordt in het klachtendossier geregistreerd.

Art 17: De klager wordt steeds schriftelijk en/of mondeling op de hoogte gebracht van het resultaat van de afhandeling van de klacht.

Art 18: Met het oog op een deskundige oplossing van de klacht, oefent de ombudspersoon zijn bemiddelingsopdracht op een zorgvuldige wijze binnen een redelijke termijn, uit.
De behandelingstermijn voor de klachten is in ons ziekenhuis als volgt vastgelegd:

- Bij klachten van prioriteit 1 wordt onmiddellijk actie ondernomen. U ontvangt binnen de week een reactie. (Prioriteit 1 omvat klachten die ernstige gevolgen kunnen inhouden zoals meldingen omtrent verkeerde identificatie, zorgverlening, medicatietoediening,…)
- Klachten van prioriteit 2 worden binnen de 2 weken afgehandeld. U wordt binnen de 3 weken schriftelijk op de hoogte gesteld over de afhandeling van uw klacht. (Prioriteit 2 omvat de meeste klachten gaande van ontevredenheden over de zorgverlening of communicatiestijl tot betwistingen over facturatie.)
- Klachten van prioriteit 3 worden binnen de 4 weken afgehandeld. U wordt binnen de 5 weken na melding schriftelijk op de hoogte gesteld over de afhandeling. (Prioriteit 3 omvat klachten met de laagste prioriteitsgraad. Dit omvat klachten omtrent parking, lawaaihinder,…)

In uitzonderlijke omstandigheden behoudt de ombudspersoon zich het recht om af te wijken van deze behandelingstermijn.

Deze uitzonderlijke omstandigheden dienen steeds duidelijk gemotiveerd te worden t.a.v. de klager.

Art 19: De ombudsdienst heeft het recht om een vraag naar informatie te weigeren wanneer dit niet noodzakelijk is in het kader van een concrete klachtenbemiddeling.

Art 20: Bij afwezigheid van de ombudspersoon of indien de ombudspersoon zelf betrokken is bij de feiten en/of personen, of indien zich bij een klacht een deontologisch probleem stelt, wordt de ombudsfunctie waargenomen door een administratieve medewerker van het ziekenhuis.

Art 21: De klachtencommissie vergadert wekelijks met de betrokken directies en verschaft advies aan de ombudspersoon.

7. Federale commissie rechten van de patiënt

Art 22: Bij het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu is een Federale Commissie 'Rechten van de patiënt' opgericht. Deze Commissie heeft tot taak:

- Het verzamelen en verwerken van nationale en internationale informatie met betrekking tot patiëntenrechterlijke aangelegenheden;
- Op verzoek of op eigen initiatief adviseren van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid met betrekking tot de rechten en plichten van patiënten en beroepsbeoefenaars;
- Evalueren van de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002;
- Evalueren van de werking van de ombudsfuncties;
- Behandelen van de klachten omtrent de werking van een ombudsfunctie.

De Federale Commissie "rechten van de patiënt" is te bereiken in het Rijksadministratiefcentrum-Vesaliusgebouw 544, Oratoriumberg 20, bus 3, 1010 Brussel, tel 02 210 47 11.

Art 23: De klager kan beroep doen op de federale commissie indien hij niet akkoord gaat met werking van de ombudsdienst.

Slotbepaling:

Dit aangepaste huishoudelijk reglement werd goedgekeurd door de raad van bestuur, het directiecomité en de medische raad. Het treedt in werking op 18 januari 2012.

Jos Bosmans	Raf Lemmens	Dr. Stefaan Van Lierde
Voorzitter Raad Van Beheer	Algemeen Directeur ad interim	Voorzitter Medische Raad