

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, en is conform de omzendbrief van Minister van Volksgezondheid Onkelinx van 6 juli 2010 betreffende de onafhankelijkheid en neutraliteit van de ombudsfunctie.

Het regelt de klachtenbehandeling in het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen vzw en is van toepassing op alle campussen.

Klachten worden – indien mogelijk – in eerste instantie opgevangen door de betrokken zorgverlener en/of verantwoordelijke/diensthoofd. Misverstanden kunnen daar meteen en rechtstreeks uitgeklaard worden, informatie en oplossingen kunnen ter plaatse geboden worden. Indien dit niet lukt of indien de betrokkene zijn klacht centraal wil melden, zal de ombudspersoon dit rechtstreeks met de betrokkenen opnemen. Dit ziekenhuisbreed klachtenbeleid wordt beschreven in de procedure 'klachtenbeleid'.

1. Inleidende bepalingen

Art 1: Verklarende woordenlijst:

- **Klacht:** een uiting van ongenoegen of ontevredenheid omtrent het zorgproces en/of de zorgomkadering van de patiënten in het ziekenhuis;
- **Ombudspersoon:** het centraal aanspreekpunt voor patiënten die hun ongenoegen en/of klachten over het zorgproces/zorgomkadering 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.

Art 2: Toepassingsgebied

De ombudspersoon is bevoegd om kennis te nemen van alle klachten en vragen die betrekking hebben op het zorgproces en/of de zorgomkadering. Het gaat hierbij zowel over de toepassing van de wet betreffende de patiëntenrechten als de ruime omkadering van de zorg. Klachten en vragen kunnen onder meer gaan over:

- 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.

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. Patiënten adviseren hoe met bepaalde situaties om te gaan, hen aanmoedigen om zelf een gesprek met de betrokken medewerker, zorgverlener of diens verantwoordelijke aan te gaan. Zorgverleners op hun beurt advies en steun geven bij allerlei vragen;
- 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 de klachtencommissie (zie art 21);
- 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 alle partijen. De ombudspersoon kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing. De tussenkomst van de ombudspersoon is gratis.

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 en werkt vanuit het principe van meerzijdige partijdigheid of neutrale betrokkenheid. De ombudspersoon dient vertrouwelijkheid in acht te nemen van alles wat hem in het kader van zijn opdracht bekend wordt.

De ombudsdienst werkt autonoom en onafhankelijk. Hij bekleedt een staffunctie rechtstreeks onder de ziekenhuisdirecteur, zonder dat dit zijn onafhankelijkheid schaadt. 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, voor zover hij zorgvuldig handelt, geen verantwoording verschuldigd is over het bemiddelingsproces.

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 zodanig 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 onder meer 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 emailadres 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 ombudspersoon is zowel persoonlijk als telefonisch bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 9u00 tot 12u30. Het kantoor van de ombudsdienst is gelegen nabij het onthaal van campus Mariëndal. De aanmelding van een klacht gebeurt in principe door de patiënt, zijn vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger. Klachten kunnen op verschillende manieren worden geuit:

- ❖ Schriftelijk
 - ❖ Een online klachtenformulier via www.rztienen.be
 - ❖ Een e-mail gericht aan ombudsdienst@rztienen.be
 - ❖ Een meldingsformulier gedeponneerd in een brievenbus van de ombudsdienst
 - ❖ Een voldoende gefrankeerde brief gericht aan de ombudsdienst van het RZ H.Hart Tienen Kliniekstraat 45, 3300 Tienen
- ❖ Mondeling
 - ❖ Telefonisch via het nummer 016/80 35 65
 - ❖ Een persoonlijk onderhoud (eventueel na telefonische afspraak)

5. Registratie van de klacht

Art 9: De aandacht voor vragen, bezorgdheden, klachten, opmerkingen en reacties van patiënten maakt deel uit van het klachtenbeleid van het ziekenhuis. Elke ontvankelijke klacht wordt daarom bij melding geregistreerd in een klachtendossier en in een geïnformatiseerd, beveiligd registratieprogramma.

Onontvankelijke klachten zijn bijvoorbeeld meldingen betreffende personeelsaangelegenheden, anonieme meldingen, klachten betreffende externe zorgverleners.

Art 10: Bij ontvangst van een schriftelijke klacht wordt aan de patiënt een ontvangstmelding overgemaakt:

- Klachten via het online meldformulier en via ombudsdienst@rztienen.be ontvangen een automatische ontvangstmelding met contactgegevens van de ombudsdienst
- Andere schriftelijke klachten ontvangen een ontvangstmelding uiterlijk binnen de vijf werkdagen, hetzij schriftelijk hetzij telefonisch, eveneens met info omtrent contactgegevens van de ombudsdienst

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

- De identiteit van de melder, 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 hoofdarts en de medische raad van het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen vzw. Het jaarverslag (volgens het model van de overheid) wordt overgemaakt aan de Vlaamse ombudsman.

6. Behandeling van de klacht

Art 14: 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 melder daartoe alsnog aangespoord.

De ombudspersoon tracht duidelijkheid te verkrijgen over de inhoud van de klacht en toetst naar de verwachtingen van de melder.

Elke klacht wordt grondig onderzocht door de ombudspersoon. De ombudspersoon onderzoekt de feiten en gaat na welke personen en/of diensten betrokken moeten worden in het klachtendossier.

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.

Indien de klager feiten signaleert louter met het oog op een verbetering naar de toekomst, wordt de klacht ter informatie overgemaakt aan de betrokkene(n) en/of verantwoordelijke(n). Het is hun bevoegdheid en verantwoordelijkheid om deze signalen – waar mogelijk – aan te wenden in functie van de optimalisering van de zorg en ter voorkoming van nog meer soortgelijke ervaringen.

Anonieme klachten zijn in principe onontvankelijk. Indien aangewezen, worden anonieme klachten wel als signaal overgemaakt aan de betrokkene(n) en/of verantwoordelijke(n), zodat deze waar mogelijk constructief kunnen bijdragen tot het optimaliseren van de zorg- en dienstverlening.

Klachten die louter handelen over factuurtechnische aspecten of factuurbetwistingen, worden bij voorkeur rechtstreeks voorgelegd aan de facturatedienst. De behandeling van deze klachten gebeurt onder de

verantwoordelijkheid van het betrokken diensthoofd. Wanneer deze klacht gepaard gaat met een ontevredenheid over de zorg- of dienstverlening, wordt de klacht wel behandeld door de ombudsdienst.

Art 15: De ombudspersoon poogt via bemiddeling een voor alle partijen aanvaardbare oplossing of resultaat te bereiken. Het is hierbij aan de betrokkene(n) en/of verantwoordelijke(n) om de situatie te onderzoeken, toelichting te geven aan de ombudspersoon en elementen aan te reiken voor een oplossing en/of antwoord.

De ombudspersoon kan iedere informatie verzamelen die hij nuttig acht in het kader van de bemiddeling. Indien aangewezen of op vraag van één van de partijen kan een bemiddelingsgesprek georganiseerd worden om op die manier te komen tot een consensus of afdoende oplossing/herstel/genoegdoening waar alle partijen zich in kunnen vinden.

De ombudspersoon streeft bij dit alles naar een optimale objectiviteit en een onbevooroordeelde benadering volgens de methodiek van meerzijdige partijdigheid of neutrale betrokkenheid, waarbij getracht wordt om de vertrouwensbreuk tussen de zorgverstrekker/dienst/organisatie en de patiënt of diens vertegenwoordiger maximaal te herstellen.

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

Art 17: Wanneer dit aangewezen is, bv. op basis van de ernst van de klacht, mogelijke aansprakelijkheid van het ziekenhuis, mogelijke financiële afhandeling, mogelijke betrokkenheid van pers/media, moeizaam verloop van proces van klachtenafhandeling, analyse met het oog op een verbetertraject, stimuleren van de open leer- en verbetercultuur, ... kan de ombudspersoon (individuele leden van) de klachtencommissie (zie art. 21) aanspreken, of enige andere persoon die hierin een rol heeft te vervullen. De ombudspersoon bewaakt hierbij steeds het beroepsgeheim en werkt op basis van geïnformeerde toestemming van de betrokken partijen. De ombudspersoon weegt hierbij ook steeds de belangen van de patiënt, zorgverlener en de organisatie zorgvuldig af.

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. Hierbij wordt gestreefd naar een maximale behandelingstermijn van drie maanden:

- Bij klachten die ernstige gevolgen kunnen inhouden zoals meldingen omtrent verkeerde identificatie, zorgverlening, medicatietoediening, ... wordt onmiddellijk actie ondernomen (prioriteit 1)
- De behandeling van klachten van prioriteit 2 wordt binnen de 2 weken opgestart. 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 maand opgestart. Prioriteit 3 omvat klachten met de laagste prioriteitsgraad. Dit omvat klachten omtrent parking, lawaaihinder, ...
- Klachten omtrent de interne bewakingsdienst worden uiterlijk binnen de twee maanden na ontvangst inhoudelijk beantwoord.

In uitzonderlijke omstandigheden behoudt de ombudspersoon zich het recht voor om af te wijken van deze behandelingstermijn. Dit zal steeds duidelijk gemotiveerd 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, bijgestaan door het diensthoofd kwaliteit en/of de interne coach. De werkafspraken hierrond zijn uitgeschreven in de procedure 'Afwezigheid ombudspersoon'.

Art 21: De klachtencommissie:

De klachtencommissie is als volgt samengesteld:

- de algemeen directeur
- de hoofddarts
- de directeur Zorg
- het diensthoofd kwaliteit
- het diensthoofd patiëntenfacturatie
- de financieel directeur: facultatief
- de directeur HR & administratie: facultatief
- de ombudspersoon

De klachtencommissie vergadert tweewekelijks en vervult een driedelige functie:

- Ontvangen en opvolgen van belangrijke signalen en aanbevelingen vanuit (terugkerende) klachten. Hierdoor kan een kwalitatieve en structurele verbetering van de zorg nagestreefd worden. Het jaarverslag van de ombudspersoon, met aanbevelingen tot kwaliteitsverbetering, wordt besproken op de klachtencommissie.
- Overlegforum omtrent het algemeen klachtenbeleid waarbij een open leer- en verbetercultuur in de organisatie gestimuleerd wordt.
- Betrokkenheid in functie van de afhandeling van individuele dossiers, wanneer dit aangewezen is bv. op basis van de ernst van de klacht, mogelijke aansprakelijkheid van het ziekenhuis, mogelijke financiële afhandeling, mogelijke betrokkenheid van pers/media, moeizaam verloop van proces van klachtenafhandeling, analyse met het oog op een verbetertraject, stimuleren van de open leer- en verbetercultuur. De ombudspersoon bewaakt hierbij steeds het beroepsgeheim en werkt op basis van geïnformeerde toestemming van de betrokken partijen. De ombudspersoon weegt hierbij ook steeds de belangen van de patiënt, zorgverlener en de organisatie zorgvuldig af.

De leden van de klachtencommissie kunnen ook individueel worden aangesproken en zijn gehouden tot vertrouwelijkheid ten aanzien van al datgene wat hen in het kader van hun functie bekend is geworden.

7. Federale commissie rechten van de patiënt

Art 22: De Federale commissie "Rechten van de patiënt" opgericht binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid evalueert de toepassing van de wet en adviseert de overheid over de patiëntenrechtenwet door:

- Het verzamelen en verwerken van nationale en internationale informatie met betrekking tot patiëntenrechtelijke aangelegenheden;
- Op verzoek of op eigen initiatief adviseren van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid met betrekking tot 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 ombudsfunctie;
- Behandelen van klachten omtrent de werking van de ombudsfunctie. De Federale Commissie gaat niet in op het inhoudelijke aspect, wel op het gevolgde proces.

De Federale Commissie "rechten van de patiënt" is te bereiken:

Directoraat-Generaal Gezondheidszorg
Galileigebouw
Galileelaan 5
1210 Brussel
02 524 85 20
www.patientrights.be

Art 23: In Vlaanderen ziet het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid samen met de Zorginspectie toe op de naleving van de erkenningsnormen in de ziekenhuizen.

Slotbepaling:

Dit aangepast huishoudelijk reglement werd goedgekeurd door de raad van bestuur, het directiecomité en de medische raad en treedt in werking op 15/03/2017

Het huishoudelijk reglement ligt ter inzage op de ombudsdienst, het directiesecretariaat en aan de inschrijvingsbalies van het ziekenhuis.

Het huishoudelijk reglement is tevens te raadplegen op de website van het ziekenhuis en op intranet/infoland.

Voorzitter Raad Van Beheer

Algemeen directeur

Voorzitter Medische Raad