

Huishoudelijk reglement Ombudsdienst

Inhoudsopgave

1.	INLEIDING.....	2
1.1	WETTELIJK KADER.....	2
1.2	ALGEMENE BEPALINGEN.....	2
2.	ORGANISATIE VAN DE OMBUDSDIENST.....	2
2.1	BEREIKBAARHEID.....	2
2.2	HET OMBUDSTEAM.....	2
2.3	POSITIE VAN DE OMBUDSDIENST.....	3
3.	OPDRACHT VAN DE OMBUDSDIENST.....	3
3.1.	INFORMEREN EN ADVISEREN.....	4
3.2.	BEMIDDELEN.....	4
3.3.	FORMULEREN EN SIGNALEREN VAN AANBEVELINGEN.....	4
3.4.	DOORVERWIJZEN.....	4
3.5.	REGISTREREN.....	4
3.6.	OPMAKEN VAN HET JAARVERSLAG.....	4
4.	KLACHTENPROCEDURE.....	5
4.1.	DEFINITIE VAN EEN KLACHT.....	5
4.2.	CONCRETE BEHANDELING EN BEMIDDELING.....	5
5.	INTERNE SAMENWERKING EN AFSPRAKEN.....	6
5.1.	CENTRALE INNINGSDIENST.....	6
5.2.	JURIDISCHE DIENST EN VERZEKERINGEN.....	6
5.3.	VERZOEK TOT INZAGE EN AFSCHRIFT PATIËNTENDOSSIER.....	6
5.4.	FONDS VOOR MEDISCHE ONGEVALLLEN (FMO).....	7

1. INLEIDING

1.1 Wettelijk kader

De Ombudsdienst is opgericht conform artikel 71 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en de bepalingen van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de Rechten van de Patiënt.

Het koninklijk besluit van 19 maart 2007 (gewijzigd bij koninklijk besluit van 8 juli 2003 en 15 juni 2004) stelt de voorwaarden vast waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen. Daartoe behoort het opstellen van een huishoudelijk reglement (cf. artikel 10).

1.2 Algemene bepalingen

Dit huishoudelijk reglement regelt de specifieke modaliteiten voor de organisatie, de werking en de procedure inzake de klachtenbehandeling bij de Ombudsdienst van het UZ Gent in het kader van de wet "rechten van de patiënt".

Het reglement werd goedgekeurd door het Directiecomité op 21 september 2015 en door de Raad van Bestuur op 28 september 2015 en vervangt het vorig goedgekeurde reglement d.d. 26 januari 2015.

Het huishoudelijk reglement ligt ter inzage bij de Ombudsdienst en bij Inkom Info+. Het is ook online raadpleegbaar via de website www.uzgent.be en voor de medewerkers via het intranet.

2. ORGANISATIE VAN DE OMBUDSDIENST

2.1 Bereikbaarheid

De Ombudsdienst bevindt zich op het gelijkvloers van behandelblok 1 (B1), achter de receptie UZ1.

De dienst is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 9.00u tot 12.00u en van 13.00u tot 16.00u. Buiten deze uren kan een boodschap ingesproken worden op het antwoordapparaat (tel. 09 332 52 34).

Men kan ook via de website (www.uzgent.be) het contactformulier van de Ombudsdienst invullen, een mail sturen naar ombudsdienst@uzgent.be of een brief richten aan UZ Gent ter attentie van de Ombudsdienst, De Pintelaan 185 9000 Gent.

Een persoonlijk gesprek is mogelijk op afspraak.

2.2 Het ombudsteam

In het UZ Gent worden klachten van en namens patiënten behandeld door meerdere ombudspersonen. Op de website wordt in de rubriek Ombudsdienst de lijst vermeld van medewerkers die belast zijn met het onderzoek van klachten en die namens de dienst kunnen optreden.

De ombudspersonen dienen vertrouwelijkheid in acht te nemen ten aanzien van alles wat hen in het kader van hun opdracht bekend wordt. Zij mogen niet betrokken zijn (geweest) bij de feiten, noch met de perso(o)n(en) waarop de klacht betrekking heeft

De ombudspersonen zijn verplicht het beroepsgeheim te respecteren en een strikte neutraliteit en onpartijdigheid/meerzijdige partijdigheid in acht te nemen. Dit betekent onder meer dat zij tijdens het proces van bemiddeling geen standpunt innemen.

Wanneer een patiënt, zijn familie of een bezoeker zich richt tot de Ombudsdienst, stelt de ombudspersoon alles in het werk om tot een aanvaardbaar antwoord of oplossing voor beide partijen te komen.

De opdracht van de ombudspersoon is evenwel een inspanningsverbintenis, geen resultaatsverbintenis ten aanzien van de partijen. Vandaar dat de ombudspersoon niet verantwoordelijk is voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbaar antwoord of aanvaardbare oplossing.

2.3 Positie van de Ombudsdienst

De Ombudsdienst werkt autonoom en onafhankelijk. Om een autonome en onafhankelijke positie te verzekeren, valt de Ombudsdienst rechtstreeks onder het beheer van het UZ Gent.

Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van hun opdracht, moeten de ombudspersonen de mogelijkheid krijgen om ongehinderd in contact te treden met alle tot de klacht betrokken personen en kunnen zij niet worden gesanctioneerd wegens daden in het kader van de correcte uitoefening van hun opdracht.

3. OPDRACHT VAN DE OMBUDSDIENST

De Ombudsdienst heeft als belangrijkste taak aan de patiënten van de instelling de uitoefening van hun klachtrecht te garanderen, wat de rechten van de patiënt betreft, zoals beschreven in de wet van 22 augustus 2002 (gewijzigd op 24 november 2004):

- het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening
- het recht op vrije keuze van de zorgverstreker
- het recht op informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand
- het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen met iedere tussenkomst van de zorgverstreker
- het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier en het recht op inzage of afschrift van dit dossier
- het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en respect voor zijn intimiteit
- het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg.

De Ombudsdienst vervult in principe een tweedelijnsfunctie. Een klacht wordt in eerste plaats opgevangen op de plaats waar die is ontstaan, de zogenaamde eerste lijn.

Wanneer dit voor deze medewerkers niet mogelijk is of wanneer dit niet verliep volgens de verwachtingen van de patiënt, kan een ombudspersoon gecontacteerd worden.

De patiënt of zijn familie kan natuurlijk ook direct contact opnemen met de Ombudsdienst indien hij of zij dit wenst. Ook de verschillende diensten in het ziekenhuis kunnen onmiddellijk naar de Ombudsdienst doorverwijzen.

De ombudspersonen treden niet op als bemiddelaar bij

- algemene, niet-concrete klachten over de besluitvorming of regelgeving van zowel interne organen als externe instellingen
- algemene, niet-concrete klachten over het (al dan niet) gevoerde beleid
- klachten over beleidsvoornemens of verklaringen
- klachten van werknemers over de eigen werksituatie, de arbeidsbetrekkingen en de rechtspositieregeling
- klachten van of tussen medewerkers onderling, tenzij de klacht afkomstig is van een personeelslid in hoedanigheid van patiënt of vertegenwoordiger van een patiënt met een klacht
- anonieme klachten waarbij de identiteit noch het adres van de klager kan worden achterhaald
- klachten die geen omschrijving bevatten van de feiten waartegen ze gericht zijn.

De opdrachten van het ombudsteam kunnen als volgt ingedeeld worden:

3.1. Informeren en adviseren

- Verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de Ombudsdienst.
- Informeren van patiënten over hun rechten waaronder de regelgeving rond inzage in en afschrift van hun dossier.
- Inlichten van de patiënt of diens vertegenwoordiger over de (externe) mogelijkheden voor verdere afhandeling van de klacht bij gebrek aan het bereiken van een bevredigende oplossing of consensus.
- Verlenen van adviezen zowel aan patiënten als aan zorgverstrekkers. 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. Zorgverstrekkers op hun beurt advies en steun verlenen bij allerhande vragen.

De ombudspersoon heeft evenwel het recht om een vraag naar informatie te weigeren wanneer dit niet noodzakelijk is in het kader van een concrete klachtenbemiddeling.

3.2. Bemiddelen

Bemiddelen bij klachten om het herstel van de relatie tussen de betrokken partijen mogelijk te maken en een oplossing te bereiken waar alle partijen zich in kunnen vinden.

3.3. Formulieren en signaleren van aanbevelingen

Op basis van de inhoud van de klachten, aanbevelingen formuleren om herhaling te voorkomen van tekortkomingen die aanleiding geven tot een klacht en als signaal voor kwaliteitsverbetering.

3.4. Doorverwijzen

Zowel patiënten als zorgverleners waar nodig doorverwijzen naar de geschikte dienst, instantie of persoon. Indien intern geen oplossing bereikt wordt, patiënten en/of hun vertegenwoordigers doorverwijzen naar externe alternatieven voor verdere klachtenbehandeling.

3.5. Registreren

Per klacht wordt een dossier aangelegd waarin de probleemstelling en de ondernomen stappen, de resultaten en de bevindingen worden genoteerd.

Conform het koninklijk besluit van 8 juli 2003 worden minstens de volgende gegevens geregistreerd:

- de identiteit van patiënt en eventueel vertrouwenspersoon
- datum van ontvangst van de klacht
- aard en inhoud van de klacht
- datum van afhandeling
- resultaat van de afhandeling.

De persoonsgegevens in het klachtendossier worden slechts bewaard gedurende de tijd nodig voor de behandeling van de klacht en voor het opstellen van het jaarverslag.

3.6. Opmaken van het jaarverslag

Opmaken van een jaarverslag met een overzicht van het aantal klachten, de aard en de evolutie van de klachten. Hierin worden tevens aanbevelingen tot kwaliteitsverbetering geformuleerd. Dit jaarverslag wordt

voorgesteld aan het Directiecomité, de Medische Raad en de Raad van Bestuur. Het wordt gepubliceerd op het intranet. Een kopie van het jaarverslag (cijfers) wordt uiterlijk in de maand april van het volgend kalenderjaar overgemaakt aan de Federale Commissie voor de Rechten van de Patiënt.

4. KLACHTENPROCEDURE

4.1. Definitie van een klacht

Met klacht wordt elke uiting van ongenoegen of ontevredenheid bedoeld die door of namens een patiënt wordt geformuleerd en die handelt over het zorgproces of de zorgomkadering in het ziekenhuis.

Meldingen die geen betrekking hebben op de ziekenhuissetting, of niet passen in de functieomschrijving van de ombudspersoon, in het kader van de patiëntenrechtenwet, worden als niet-ontvankelijke beschouwd.

4.2. Concrete behandeling en bemiddeling

- Klachten worden - indien mogelijk - in eerste instantie opgevangen door de betrokken zorgverstrekkers en/of verantwoordelijke/diensthoofd: misverstanden kunnen daar meteen en rechtstreeks uitgeklaard worden, informatie en oplossingen kunnen ter plaatse geboden worden.
- 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. Indien dit niet lukt of indien de betrokkene zijn klacht centraal wil melden, zullen de ombudspersonen dit rechtstreeks met de betrokkenen opnemen.
- 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 dringendheid van het probleem het toelaat - gevraagd naar een schriftelijke formulering; dit in functie van een zo accuraat mogelijke verwoording van de ervaringen.
- Bij elke schriftelijke klachtmelding wordt zo spoedig mogelijk een schriftelijke ontvangstmelding aan de melder overgemaakt. Hierin wordt gesteld dat de klacht wordt voorgelegd aan de betrokken verantwoordelijken.
- Afhankelijk van de dringendheid, de ernst en de complexiteit van de klacht gebeurt de behandeling schriftelijk of mondeling. Telefonisch of persoonlijk contact is waardevol voor genuanceerd overleg en voor bemiddelende tussenkomsten.
- Ingeval de melder louter een probleem wil signaleren met het oog op een verbetering in de toekomst ('voor al wie na ons komt'), wordt de klacht 'ter kennisgeving' overgemaakt aan de betrokken verantwoordelijken. Het is hun bevoegdheid en verantwoordelijkheid om deze signalen – waar mogelijk - aan te wenden in functie van de optimalisering van de zorg en ter voorkoming van nog meer soortgelijke ervaringen.
- Anonieme klachten worden louter ter kennisgeving gesignaleerd aan de verantwoordelijken. In de mate van het mogelijke, kunnen deze constructief worden aangewend om de zorg- en dienstverlening te optimaliseren.
- Indien de melder verwacht dat de ombudspersoon bemiddelt om tot een oplossing, een rechtzetting of

een accuraat antwoord te komen, wordt de klacht voor verder onderzoek en nadere toelichting overgemaakt aan de verantwoordelijke. Het is aan de verantwoordelijke(n) om in overleg met de betrokken zorgverstreker(s) de situatie te onderzoeken, toelichting te geven en elementen aan te reiken voor een oplossing en/of antwoord. Op basis daarvan wordt – in principe – door de Ombudsdienst een uiteindelijk antwoord gegeven aan de melder.

- Indien wenselijk 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.
- Indien het probleem louter een factuurbetwisting betreft, wordt dit overgemaakt aan de Centrale Inningsdienst, waar de aanmelding verder onderzocht, behandeld en beantwoord wordt. De Ombudsdienst ontvangt een kopie van dit antwoord.
- Indien een vraag rond aansprakelijkheid of een schadeclaim wordt geformuleerd, wordt dit voorgelegd aan de Juridische Dienst die dit zo nodig verder opneemt.
- De ombudspersonen streven er naar om klachten binnen een redelijke termijn af te handelen. Wanneer na 3 weken geen toelichting gegeven werd door de rechtstreeks aangeschrevene, wordt een eerste herinnering gestuurd aan de betrokkene en diens verantwoordelijke. Wordt na de daaropvolgende 2 weken nog geen antwoord ontvangen, wordt opnieuw een rappel gestuurd met het betrokken directielid in cc.
- De Ombudsdienst streeft bij dit alles naar een optimale objectiviteit en een onbevooroordeelde benadering volgens de methodiek van meerzijdige partijdigheid, waarbij getracht wordt om de vertrouwensbreuk tussen de zorgverstreker en de patiënt of diens vertegenwoordiger maximaal te herstellen.

5. INTERNE SAMENWERKING EN AFSPRAKEN

5.1. Centrale Inningsdienst

Klachten die louter handelen over factuurtechnische aspecten of factuurbetwistingen, worden bij voorkeur schriftelijk en rechtstreeks voorgelegd aan de Centrale Inningsdienst. De behandeling van deze klachten gebeurt onder de verantwoordelijkheid van het diensthoofd van deze dienst. Op de website is een contactformulier ter beschikking voor vragen over de factuur.

Wanneer de aanmelder bij de Centrale Inningsdienst een ontevredenheid aanbrengt over de zorg- of dienstverlening, wordt de klacht voor verdere behandeling overgemaakt aan de Ombudsdienst.

5.2. Juridische Dienst en Verzekeringen

Klachten die een schadeclaim bevatten en die de aansprakelijkheid van het ziekenhuis betreffen, worden bij voorkeur schriftelijk en rechtstreeks voorgelegd aan de Juridische Dienst. Meldingen door interne zorgverleners in dit verband gebeuren bij voorkeur via IML op intranet.

5.3. Verzoek tot inzage en afschrift patiëntendossier

De patiënt en/of zijn vertegenwoordiger hebben conform artikel 9 §2 en §3 van het koninklijk besluit van 22 augustus 2002 recht op inzage in en/of afschrift van het hem betreffend patiëntendossier.

Het verzoek tot inzage en/of afschrift van het dossier gebeurt via de behandelende arts of de hoofdarts volgens volgende werkwijze:

- een verzoek(formulier) met de benodigde gegevens wordt bezorgd door de patiënt of zijn vertegenwoordiger, de ouders of voogd van minderjarigen of de verwanten van overleden patiënten.
- de betrokken arts wordt in kennis gesteld.
- het betrokken dossier wordt binnen de 15 dagen na ontvangst van het verzoek ter beschikking gesteld van de gelegitimeerde inkijker.
- de gevraagde afschriften worden met vermelding “strikt persoonlijk en vertrouwelijk” bezorgd aan de gelegitimeerde verzoeker. De aangerekende kosten gebeuren conform de wettelijke voorschriften.

Na het overlijden van de patiënt hebben de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad van de patiënt, via een door de verzoeker aangewezen beroepsbeoefenaar, het recht op inzage in het patiëntendossier (geen recht op afschrift) voor zover het verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet.

De ombudspersonen aanvaarden niet om in de hoedanigheid van vertrouwenspersoon van de patiënt, inzage en afschrift te vragen van het dossier.

5.4. Fonds voor Medische Ongevallen (FMO)

Brieven van het Fonds voor Medische Ongevallen dienen onverwijld te worden overgemaakt aan de hoofdarts via zijn secretariaat (algemene directie).

De tussenkomst van de Ombudsdienst beperkt zich tot het nagaan in OAZIS – ADT van de betrokken medische diensten en het aanschrijven van deze diensten.

Ombudsdienst UZ Gent

De Pintelaan 185, 9000 Gent

Tel. 09 332 52 34 - Fax 09 332 55 91

Ombudsdienst@uzgent.be

Aanmeldingsformulier: <http://www.uzgent.be/nl/patienten/Ombudsdienst.aspx>