

## Huishoudelijk reglement ombudsdienst

### Inleiding

De Wet betreffende de Rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 (BS 26 september 2002) stelt 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 klachtenprocedure is gebaseerd op de huidige klachtenbehandeling in het AZ Rivierenland. Ze bestaat uit een getrapte procedure met een brede klachtdefinitie en een lage drempel voor de patiënt.

In eerste plaats is het noodzakelijk dat patiënten hun klacht rechtstreeks trachten te formuleren aan de direct-betrokkenen en hieruit tot een oplossing komen.

Op een tweede niveau wordt aan de patiënt, de arts, verpleegkundige, paramedicus en ieder andere ziekenhuismedewerker de mogelijkheid geboden om gebruik te maken van de ombudsfunctie in het ziekenhuis als klachtenbemiddeling.

Als men in het ziekenhuis alleen maar individuele patiëntenklachten gaat oplossen, bestaat het risico dat problemen alleen maar symptomatisch worden toegegedekt. Daarom kunnen op basis van de verzamelde informatie, via een interne klachtencommissie, voorstellen worden geformuleerd om de dienstverlening aan de patiënten te optimaliseren.

Er worden niet alleen afspraken gemaakt over de individuele klachtopvolging, maar ook over de terugkoppeling en rapportering in de ziekenhuisorganisatie.

### Afkortingen

WPR: Wet op de patiënten rechten

HRR: huishoudelijk reglement

## 1. Algemene bepalingen:

### VOORWERP

Dit document regelt de specifieke modaliteiten voor de organisatie, de werking en de procedure inzake klachten bij de ombudsdienst binnen AZ Rivierenland, in het kader van de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt (WPR). De ombudspersoon is verplicht om een dergelijk huishoudelijk reglement op te stellen.<sup>1</sup>

### WETTELIJKE BEPALINGEN

- De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt
- KB van 8 juli 2003 houdende de vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen
- De wet op de ziekenhuizen van 7 augustus 1987 art. 70 quater

### GOEDKEURING VAN HET HUISHOUELIJK REGLEMENT (HRR)

Dit huishoudelijk reglement werd op 17 juni 2019 ter goedkeuring aan de beheerder van het ziekenhuis voorgelegd.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> WPR, art. 10

<sup>2</sup> Wet op de ziekenhuizen 7 augustus 1987, art. 8, 1°

## INZAGE VAN HET HUISHOUELIJK REGLEMENT

Dit HHR is beschikbaar en ter inzage voor patiënten, alle medewerkers en iedere belangstellende. Het ligt in een papieren versie ter beschikking aan het onthaal (te bevragen aan de verantwoordelijke onthaal). Elke medewerker van het onthaal is bekend met deze modaliteit.

Op de website [www.azrivierenland.be](http://www.azrivierenland.be) kan dit document tevens geraadpleegd worden.

## 2. De ombudsfunctie:

### IDENTITEIT EN COÖRDINATEN VAN DE OMBUDSFUNCTIE

Momenteel wordt de ombudsfunctie uitgeoefende door:

Mevr. Nicole Caremans, Campus Rumst

Dhr. Louis Van Nieuland, Campus Bornem & Willebroek

### BEREIKBAARHEID

**Campus Rumst:** 's Herenbaan 172, 2840 Rumst

Binnen de campus is de ombudsdienst gelegen op de 4<sup>e</sup> verdieping (lokaal 411) Vanuit de inkom volgt u de **route 39**

Beschikbaarheid: Vaste spreekuren elke werkdag van 09:00u t.e.m. 12:30u (behalve vrijdag). Verder op afspraak.

Telefoon: 03 880 92 09 (+ antwoordapparaat)

e-mail: [ombudsdienst.rumst@azr.be](mailto:ombudsdienst.rumst@azr.be)

**Campus Bornem:** Kasteelstraat 23, 2880 Bornem

Volg route 143 in Campus Bornem.

Beschikbaarheid: Op dinsdag, woensdag en vrijdag bereikbaar van 09:00u t.e.m. 17:30u

Telefoon: 03 890 17 92

E-mail: [ombudsdienst.bornem@azr.be](mailto:ombudsdienst.bornem@azr.be)

**Campus Willebroek:** Tisseltsesteenweg 27, 2830 Willebroek

Enkel op afspraak

Telefoon: 03 890 17 92






E-mail: [ombudsdienst.willebroek@azr.be](mailto:ombudsdienst.willebroek@azr.be)

Voor een persoonlijk gesprek werkt de ombudsdienst steeds op afspraak binnen de kantooruren.

### Bij afwezigheid:

Indien een persoonlijk of telefonisch contact zal een interne medewerker uw contactgegevens noteren en deze bezorgen aan de ombudsdienst. De ombudsdienst zal dan zo spoedig mogelijk met u contact opnemen. Bij dringendheid kan de ombudsdienst van de andere campus een gesprek met u aangaan of wordt er een medewerker aangesteld om u te spreken.

U kan altijd:

-  uw klacht reeds schriftelijk formuleren per geposte brief of op het blanco document dat ter beschikking staat aan de inkom (infozuil)
-  via e-mail uw melding doen
-  via de website van het ziekenhuis [www.azrivierenland.be](http://www.azrivierenland.be)
-  telefonisch uw melding doen via een medewerker of inspreken op het antwoordapparaat
-  een afspraak met de ombudspersoon plannen via het onthaal of het directie secretariaat.

**Campus Rumst**  
's Herenbaan 172  
2840 Rumst

**Campus Bornem**  
Kasteelstraat 23  
2880 Bornem

**Campus Willebroek**  
Tisseltsesteenweg 27  
2830 Willebroek

### 3. Opdrachten en kenmerken van de ombudsfunctie

#### OPDRACHTEN

De ombudsdienst heeft als opdracht:

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 in 2 bedoelde 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.<sup>3 4</sup>

#### BETROKKENHEID

De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest met de feiten en de personen waarop de klacht betrekking heeft.

#### ONAFHANKELIJKHEID EN ORGANIGRAM

De ombudsfunctie werkt volledig onafhankelijk.

De ombudsfunctie is binnen het organigram zonder enige vorm van binding gesitueerd.




#### NEUTRALITEIT EN ONPARTIJDIGHEID EN BEROEPSGEHEIM

De ombudsdienst dient zijn functie volstrekt neutraal en onpartijdig uit te oefenen. Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van zijn opdracht, kan hij niet worden gesanctioneerd wegens de daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van die opdracht stelt. De ombudspersoon is verplicht het beroepsgeheim te respecteren.

De principes van beroepsgeheim, onafhankelijkheid, neutraliteit en onpartijdigheid impliceren dat de contacten van de ombudsdienst met eender welke persoon, de directie en de hoofdarts inbegrepen, niet systematisch voor elke klacht mogen plaatsvinden.<sup>5</sup>

#### ONVERENIGBAARHEDEN

De functie van ombudspersoon is onverenigbaar met:

-  een leidinggevende of hiërarchische functie
-  het uitoefenen van een functie binnen het ziekenhuis waarbij gezondheidszorg wordt verstrekt als beroepsbeoefenaar
-  een functie of een activiteit in een vereniging die de verdediging van de belangen van patiënten tot doel heeft<sup>6</sup>

<sup>3</sup> Het KB van 08 juli 2003 (B.S. 26 augustus 2003) beschrijft de voorwaarden waaraan deze ombudsfunctie moet voldoen. De omschrijving betreft de onafhankelijkheid, het beroepsgeheim, de deskundigheid, de juridische bescherming, de organisatie, de werking, de financiering, de procedureregeling en de gebiedsomschrijving.

<sup>4</sup> WPR, art. 11

<sup>5</sup> Advies van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt, betreft de positie van de ombudspersoon in het ziekenhuis en zijn relatie tegenover de beheerder, directie en hoofdgeneesheer, 22/01/2007 REF. FCRP/A/BEM/1 Pag. 5, alinea 3

<sup>6</sup> KB Ombudsfunctie 8 juli 2003, art. 3, a., b. en c.

De ombudspersoon neemt momenteel voor 24u/week jobtime de ombudsdienst waar.

#### DESKUNDIGHEID

Naast een bachelor, een bijkomend diploma hoger onderwijs (bijv. kaderopleiding), of een masterdiploma dient de ombudsfunctionaris een opleiding in bemiddelingstechnieken gevolgd te hebben.

#### RAPPORTERING EN OPVOLGING

Een totaaloverzicht van belangrijkste items wordt jaarlijks besproken met de directie. Het accent ligt op kwaliteitsverbetering. Casussen waarbij inbreng of akkoord van de directie noodzakelijk is worden eerder besproken. Herhalingsklachten en mogelijke voorstellen tot verbeteracties worden hier eveneens opgenomen. Directie en leidinggevenden kunnen aan de hand van een rapport het aantal en de aard van klachten (zonder de inhoud) consulteren.

De directie neemt kwaliteitstekorten op als verbeterpunt en volgt deze verder op.

Jaarlijks: wordt het jaarverslag door de ombudsdienst opgemaakt (zie punt 6).

#### VERANTWOORDELIJKHEDEN VAN HET ZIEKENHUIS

Het ziekenhuis draagt er zorg voor dat:

-  het personeel en de artsen handelen in overeenstemming met de WPR
-  voldoende informatie wordt verstrekt die de vlotte bereikbaarheid van de ombudsfunctie garandeert
-  bij afwezigheid van de ombudsdienst, de functie efficiënt kan opgevangen worden.
-  de ombudspersoon de mogelijkheid heeft om ongehinderd in contact te treden met alle bij een klacht betrokken personen en inzage heeft in alle mogelijke bronnen in het kader van een correcte afhandeling.
-  de ombudsdienst beschikt over een eigen bureelruimte, die toegankelijk en laagdrempelig bereikbaar is, voorzien van een inrichting dat communicatie bevorderend werkt en om mensen op een aangename manier te kunnen ontvangen.
-  de ombudspersoon over de nodige administratieve en technische middelen beschikt om zijn taken te kunnen uitvoeren.
-  alle klachten in principe behandeld worden door de ombudsdienst. Wanneer een klacht rechtstreeks aan de algemene of aan een departementele directie wordt gericht, wordt er steeds melding gemaakt aan de ombudspersoon (zie punt 4) en is evaluatie nodig. Er worden onderling afspraken gemaakt over de verdere opvolging ervan. Deze afspraken bevatten de volgende punten:
-  De ombudsdienst krijgt steeds een kopij van de melding met een verslag van de reeds ondernomen acties. Verder wordt er overleg gepleegd over de verdere aanpak van de klacht en afspraken gemaakt betreffende wie er wat zal communiceren. De directie kan voorstellen doen voor de verdere afhandeling. De ombudsdienst wordt geïnformeerd van het verdere verloop en registreert de klacht. Opvolgingspunten worden opgenomen door de departementele leidinggevenden.

Het ziekenhuis dient zich zo te organiseren dat de ombudsdienst, vanaf het ogenblik van de klacht tot de mededeling van het resultaat van de bemiddeling, bemiddelt tussen de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar. (indien het voorwerp van de klacht zorggerelateerd is en gaat over de relatie tussen patiënt/zorgverlener) <sup>7 8</sup>

<sup>7</sup> KB Ombudsfunctie 8 juli 2003, art. 4, § 1, 1° bis

<sup>8</sup> Omzendbrief Minister Onkelinx aan de beheerder van het ziekenhuis, 06/07/2010

#### 4. Klacht en bemiddeling

##### NEERLEGGING









Wijze: elke klacht die op schriftelijke of mondelinge wijze door de patiënt zelf wordt neergelegd, is ontvankelijk.

Wie: klachten zijn tevens ontvankelijk indien neergelegd door: rechtstreekse familie (echtgenoot/partner, broer/zus, vader/moeder, zoon/dochter) van de patiënt. Indien de klacht geformuleerd wordt vanuit een andere partij dan bovengenoemden, is de klacht onontvankelijk.<sup>9</sup> De ombudsdienst treedt in overleg met de betrokkenen, of indien ongekend met diens leidinggevenden, er worden afspraken gemaakt over de verdere afhandeling (zie punt 3).

Anonieme klachten: zijn ontvankelijk voor wat betreft die klachten waarbij men intern gevolg tot verbetering kan geven. De melder kan echter geen feedback ontvangen.

##### Inhoudelijk toepassingsgebied:

De ombudsdienst is bevoegd voor **alle klachten die betrekking hebben op de WPR**. “Indien de klacht **betrekking heeft op de rechtsverhouding tussen de patiënt en de zorgverlener**, dient deze een medisch, verpleegkundig of ander gezondheidszorgberoepsmatig aspect van de zorgverstrekking als voorwerp te hebben.”<sup>10</sup>

-  recht op kwaliteitsvolle dienstverlening<sup>11</sup>
-  recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar<sup>12</sup>
-  recht op informatie over de eigen gezondheidstoestand<sup>13</sup>
-  recht op toestemming in iedere tussenkomst<sup>14</sup>
-  recht op een zorgvuldig bijgehouden dossier, recht op inzage en/of afschrift<sup>15</sup>
-  recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer<sup>16</sup>
-  recht op het neerleggen van een klacht bij de ombudsdienst<sup>17</sup>
-  recht op pijnbestrijding<sup>18</sup>

De klachten die **buiten het voorwerp van de WPR** vallen worden behandeld in overleg met de verantwoordelijke directieleden (parking, cafetaria, comfort,...).

**Zuiver financiële klachten** worden doorgegeven aan en verder opgevolgd en afgehandeld door het departement administratie (vb. Niet betalen van factuur, mogelijkheid tot afbetalingsplan,...).

Indien een **financiële klacht zijn oorsprong vindt in een domein binnen de WPR**, valt het onder de bevoegdheid van de ombudsdienst (vb. Niet akkoord met factuur wegens geen of onvoldoende voorafgaande informatieverstrekking betreft bepaalde items..) en is samenwerking met het departement administratie vereist. Bij elke klacht van die aard wordt individueel overleg gepleegd wie welke communicatie naar de patiënt toe zal voeren.

<sup>9</sup> Patiëntenrecht is een individueel recht en dient ook individueel beoefend te worden.

<sup>10</sup> KB Ombudsfunctie, art. 5

<sup>11</sup> Art. 5 WPR

<sup>12</sup> Art. 6 WPR

<sup>13</sup> Art. 7 WPR

<sup>14</sup> Art. 8 WPR

<sup>15</sup> Art. 9 WPR

<sup>16</sup> Art. 10 WPR

<sup>17</sup> Art. 11 WPR

<sup>18</sup> Art. 11bis

**Bij letselschade** met burgerlijke aansprakelijkheid wordt aangifte gedaan bij de verzekeraar. De directie beslist of het gaat om verzekeringsmaterie. De werkwijze werd hiervoor vastgelegd in een procedure “Verzekeringsaangifte”. De ombudspersoon bereidt het verzekeringsdossier voor en bezorgt alle nodige documenten aan de administratief directeur. Deze is bevoegd voor de verdere opvolging van het schadedossier.

Conform de wetgeving licht de ombudspersoon de patiënt/familie in over de **andere mogelijkheden** van een oplossing voor het geschil in het ziekenhuis.<sup>19</sup>

De ombudsdienst kan **voorstellen doen voor een interne financiële afhandeling** van een geschil. Deze voorstellen worden gedaan aan de algemene directie, voor wat betreft de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Wijzigingen in het ereloon van de arts gebeuren steeds na voorstel en akkoord van de betrokken arts.

Indien de behandelende arts akkoord gaat voor het in mindering brengen van ereloonsupplementen, worden alle betrokken artsen op de hoogte gebracht door de facturatie zodanig dat zij, indien hiermee niet akkoord, de mogelijkheid hebben om te reageren.

Goedgekeurde afspraken worden aan het klachtendossier toegevoegd.

De ombudspersoon heeft de mogelijkheid om:

1. tijdelijk een **factuur te blokkeren** (dit is soms aangewezen tijdens het verloop van een klacht).
2. Na overleg met de directie/arts **de factuur te laten corrigeren** op basis van nieuwe gegevens en met goedkeuring van de directie/arts
3. Een klacht kan, na onderzoek, uitmonden in een **afbetalingsplan**. De ombudspersoon kan de nodige informatie doorgeven aan de debiteurenadministratie

### **TERMIJN klachtenbehandeling**

De ombudsdienst streeft ernaar om 75% van de klachten te kunnen afhandelen binnen de 21 dagen. Men streeft er tevens naar om geen dossiers langer dan 3 maanden lopende te houden. In bepaalde gevallen, waarbij de termijn langer is dan voorzien (vb. vakantieperiodes), wordt de patiënt, telefonisch of schriftelijk, tussentijds geïnformeerd betreft de verlengde periode.<sup>20</sup>

**Werkwijze klachtenbehandeling ( zie procedure klachtenbehandeling – website)**

## **5. Jaarverslag ombudsdienst**

### **INHOUD**

Het jaarverslag geeft een totaalbeeld weer van de registraties van de klachten uitgevoerd doorheen het jaar. In het jaarverslag worden ook alle acties en initiatieven opgenomen die in het jaar werden ondernomen door de betrokken diensten.

Het jaarverslag eindigt steeds met het aangeven van de moeilijkheden, de herhalingsklachten en eventuele voorstellen ter verbetering van de zorg/organisatie.

AZ Rivierenland hanteert een registratie-software-systeem dat een dynamisch rapport en op elk moment de actuele staat van klachten en de afhandeling ervan, weergeeft.

AZ Rivierenland streeft naar een uniform sjabloon i.v.m. het voorstel van het jaarverslag.

---

<sup>19</sup> Art. 11 § 2, 3°







<sup>20</sup> KB Ombudsfunctie, art. 7

#### PRIVACY

Het verslag mag geen elementen van identiteit bevatten van mogelijke betrokkenen. Na het realiseren van het jaarverslag worden alle persoonsgegevens uit de klachtenregistratie verwijderd. Het registratie-software-systeem kan automatisch alle persoonsgegevens wissen na een jaar. Het dynamisch rapport geeft geen persoonlijke gegevens weer. De ID-gegevens en de inhoud van de klacht zijn enkel zichtbaar voor de ombudsdienst.

#### NEERLEGGING VERSLAG

Het verslag wordt verplicht overgemaakt ten laatste voor 30 april van het volgend kalenderjaar aan:

-  de voorzitter van de raad van bestuur
-  de directie
-  de medische raad
-  de hoofdarts
-  federale commissie rechten van de patiënt
-  het jaarverslag moet binnen het ziekenhuis geraadpleegd kunnen worden door de bevoegde arts-inspecteur<sup>21</sup>

Praktisch wordt voor 30 april van het volgende kalenderjaar het jaarverslag gepost op het intranet, op de site van de ombudsdienst, te vinden vanuit de homepagina/diensten en disciplines/ombudsdienst/documenten/inhoudstype: jaarverslag.

Dit gegeven wordt aangekondigd op de homepagina van dit intranet binnen het item “Aankondigingen” en is dus ter inzage van iedereen met belangstelling.

Het jaarverslag wordt in een format van een PTT voorgelegd.

De ombudsdienst zal het jaarverslag in de juiste context voorzien voor de Federale Commissie Rechten van de Patiënt. De bevoegde arts-inspecteur<sup>22</sup> kan in het ziekenhuis steeds het dynamisch rapport raadplegen.

## 6. Slotbepalingen

Dit document werd samengesteld gebaseerd op het “Advies betreffende het huishoudelijk reglement van de ombudsfunctie in de ziekenhuizen en de overlegplatformen GGZ”, gepubliceerd op 12/06/2009 door de Federale Commissie Rechten van de Patiënt.

Ter informatie wordt het huishoudelijk reglement voorgelegd aan de volgende organen/functies:

- managementteam
- medische raad
- hoofdarts
- onthaal, ter inzage van belangstellenden: zij consulteren de online versie op [www.azrivierenland.be](http://www.azrivierenland.be).

## 7. Goedkeuring Raad van Bestuur (afgevaardigd bestuurder)

**17/06/2019**

---

<sup>21</sup> KB Ombudsfunctie, art. 9, § 2, 2°

<sup>22</sup> KB Ombudsfunctie, art. 9, § 2, 2°

## 8. Bronnen

- <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@legalmanagement/documents/ie2divers/17860557.pdf>
- Wet patiëntenrechten 22/08/2002

Campus Rumst  
's Herenbaan 172  
2840 Rumst

Campus Bornem  
Kasteelstraat 23  
2880 Bornem

Campus Willebroek  
Tisseltsesteenweg 27  
2830 Willebroek