

**HUISHOUDELIJK REGLEMENT
OMBUDSDIENST UZ LEUVEN**



INHOUDSOPGAVE

INLEIDING.....	3
1 Samenstelling van de ombudsdienst en bereikbaarheid.....	3
2 Opdrachten van de ombudspersonen	3
2.1. Informeren en adviseren.....	3
2.2. Bemiddelen.....	4
2.3. Formulieren/signaleren van aanbevelingen	4
2.4. Doorverwijzen	4
2.5. Registreren.....	4
2.6. Jaarverslag	4
2.7. Secretariaat van de klachtencommissie	4
3 Positie van de ombudsdienst.....	4
4 Klachtenprocedure.....	5
4.1. Definitie van een klacht.....	5
4.2. Concrete behandeling en bemiddeling	5
5 Samenwerking met de dienst medische administratie en de juridische dienst	6
5.1. De dienst medische administratie.....	6
5.2. De juridische dienst	6
6 De Klachtencommissie.....	6
6.1. Opdracht.....	6
6.2. Samenstelling.....	7

INLEIDING

Dit huishoudelijk reglement werd opgesteld overeenkomstig de wettelijke bepalingen van:

- De wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 die stelt dat een patiënt het recht heeft om een klacht neer te leggen bij een bevoegde ombudsdienst (rekening houdend met de rechten die zijn beschreven in deze wet).
- Het KB van 8 juli 2003, 15 juni 2004, 19 maart 2007 en 25 januari 2019 dat de voorwaarden beschrijft waaraan de ombudsfunctie dient te voldoen. Art. 10 van dit KB vermeldt het huishoudelijk reglement “waarin de specifieke modaliteiten van de organisatie, de werking en de klachtenprocedure van de ombudsfunctie worden vastgelegd”.
- De omzendbrief betreffende de onafhankelijkheid en de neutraliteit van de ombudsfunctie “rechten van de patiënt” van 6 juli 2010 van minister Onkelinx.

De ombudsdienst behandelt tevens klachten betreffende de ruimere omkadering van de zorg die niet noodzakelijk betrekking hebben op de door de beroepsbeoefenaars verstrekte zorg. Het reglement is eveneens van toepassing voor de behandeling van klachten buiten dit wettelijk omschreven kader. De ombudsdienst is niet bevoegd om te bemiddelen bij klachten tussen UZ-medewerkers, en evenmin wanneer er reeds een juridische procedure lopende is.

Het huishoudelijk reglement is van toepassing voor alle campussen van UZ Leuven.

Dit huishoudelijk reglement werd goedgekeurd op de klachtencommissie dd. 4/12/2020, het directiecomité dd. 15/2/2021 en het bestuurscomité dd. 22/2/2021, en vervangt het vorig goedgekeurde reglement dd. 21/09/2018 (goedkeuring klachtencommissie), dd. 10/12/2018 (goedkeuring directiecomité) en dd. 17/12/2018 (goedkeuring bestuurscomité). Het reglement ligt ter inzage aan het onthaal van elke campus van UZ Leuven en is raadpleegbaar op de website <https://www.uzleuven.be/ombudsdienst/klachten-suggesties> en op intranet.

I Samenstelling van de ombudsdienst en bereikbaarheid

In UZ Leuven zijn 3 deeltijdse ombudspersonen tewerkgesteld.

De ombudspersonen zijn:

Sabine Denis
Carla Mondelaers
Nathalie Renneboogh

Secretariële ondersteuning: Caroline Van Lier

De ombudspersonen zijn bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 12.00 en van 13.15 tot 16.30 uur. Buiten deze uren kan er een boodschap ingesproken worden op het antwoordapparaat.

De ombudsdienst is gelegen in campus Gasthuisberg, 1^{ste} verdieping, gele pijl.

De contactgegevens zijn: ombudsdienst@uzleuven.be, tel. 016 34 48 18.

2 Opdrachten van de ombudspersonen

Tussenkost van de ombudsdienst is gratis. De ombudspersonen hebben de volgende opdrachten:

2.1. Informeren en adviseren

Verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsdienst. Inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een oplossing.

Geven van adviezen zowel aan patiënten als aan zorgverleners. 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 allerhande vragen en moeilijkheden.

2.2. Bemiddelen

Bemiddelen bij klachten teneinde het herstel van de zorgrelatie tussen de betrokken partijen mogelijk te maken en een oplossing te bereiken waarin alle partijen zich kunnen vinden. Deze opdracht van de ombudspersonen is een inspanningsverbintenis, geen resultaatsverbintenis naar de partijen. De ombudspersonen kunnen in het kader van de correcte uitoefening van hun opdracht niet verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.

2.3. Formuleren/signaleren van aanbevelingen

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

2.4. Doorverwijzen

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

2.5. Registreren

Per melding wordt een dossier aangelegd waarin de probleemstelling en de ondernomen stappen, de verzoeningsresultaten en de bevindingen worden geregistreerd. Conform de wetgeving KB 08.07.03 worden minstens de volgende gegevens geregistreerd:

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

De persoonsgegevens in het dossier zijn beveiligd en worden slechts bewaard gedurende de tijd nodig voor de behandeling van de melding en voor het opstellen van het jaarverslag.

2.6. 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 op de klachtencommissie gepresenteerd en besproken. Eveneens wordt dit jaarverslag voorgesteld op het directiecomité, het bestuurscomité, de medische raad en de raad van medische diensthooften. Een kopie van het jaarverslag (cijfers) wordt uiterlijk in de maand februari van het volgend kalenderjaar overgemaakt aan de Vlaamse Ombudsman.

2.7. Secretariaat van de klachtencommissie

De ombudspersonen staan in voor de dossiervoorbereiding en verslaggeving van de vergaderingen van de klachtencommissie (cf. 6 De Klachtencommissie).

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 UZ Leuven.

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(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.

Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van hun opdracht, moeten de ombudspersonen de mogelijkheid krijgen om ongehinderd in contact te kunnen 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.

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.

De aanmelding van een klacht gebeurt in principe door de patiënt, zijn familie, vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger. Klachten kunnen zowel persoonlijk, telefonisch als schriftelijk gesignaleerd worden.

Anonieme klachten worden louter als signaal overgemaakt aan de bevoegde verantwoordelijken, zodat deze waar mogelijk constructief kunnen bijdragen bij het optimaliseren van de zorg- en dienstverlening.

Klachten worden - indien mogelijk - in eerste instantie opgevangen door de betrokken zorgverlener en/of verantwoordelijke/diensthof: 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, zullen de ombudspersonen dit rechtstreeks met de respectieve bevoegde verantwoordelijken opnemen.

4.2. Concrete behandeling en bemiddeling

- De ombudspersoon vertrekt vanuit de beleving van de patiënt/vertrouwenspersoon.
- Bij aanmelding van een klacht wordt eerst gepolst of het probleem reeds met de betrokkene(n) en/of verantwoordelijke werd besproken. Zoniet, en indien mogelijk, wordt de aanmelder daartoe alsnog aangespoord.
- 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 acuitheid van het probleem het toelaat - gevraagd naar een schriftelijke formulering: dit in functie van een zo accuraat mogelijke verwoording van de ervaringen.
- Per klacht wordt een dossier aangelegd waarin de persoonsgegevens van de patiënt, de identiteit van de aanmelder, de datum, de probleemstelling, de ondernomen stappen en de uiteindelijke resultaten worden geregistreerd. Deze registratie is beveiligd en biedt de nodige garantie tot het bewaren van het beroepsgeheim.
- 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.
- In geval 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 om herhaling van soortgelijke situaties te voorkomen.
- 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 betrokken verantwoordelijke(n). Hierbij wordt het diensthoofd mee in kennis gesteld. Het is aan de verantwoordelijke(n) om in overleg met de betrokken zorgverlener(s) de situatie te onderzoeken, toelichting te geven en elementen aan te reiken voor een oplossing of antwoord. Op basis daarvan wordt door de ombudspersoon een uiteindelijk antwoord geformuleerd aan de melder.

- Indien aangewezen of op vraag van één van de partijen kan een bemiddelingsgesprek georganiseerd worden. Dit gebeurt steeds op vrijwillige basis.
- De ombudspersonen streven ernaar om klachten binnen een redelijke termijn af te handelen. Wanneer er na 3 weken geen toelichting gegeven werd door de rechtstreeks aangeschrevene, wordt een eerste herinnering gestuurd aan de betrokkene en diens verantwoordelijke. Wordt er na de daaropvolgende 2 weken nog geen antwoord ontvangen, wordt opnieuw een rappel gestuurd. Indien daarop geen antwoord komt wordt na 2 weken een derde herinnering gestuurd, met de hoofddarts in cc, wanneer het om medische aangelegenheden gaat of de verpleegkundig directeur in cc, bij verpleegkundige aangelegenheden.
- Wanneer er via bemiddeling door de ombudsdienst geen bevredigende oplossing of consensus bereikt wordt, licht de ombudspersoon de patiënt in over de (externe) mogelijkheden voor verdere afhandeling van de klacht.
- Indien het probleem louter een factuurbetwisting betreft, wordt de patiënt in eerste instantie doorverwezen naar de dienst medische administratie, waar de klacht verder onderzocht, behandeld en beantwoord wordt.
- Bij vragen rond aansprakelijkheid of een schadeclaim wordt de patiënt doorverwezen naar de juridische dienst van het ziekenhuis, waar de klacht verder onderzocht, behandeld en beantwoord wordt.
- 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 zorgverstrekker en de patiënt of diens vertegenwoordiger maximaal te herstellen.

5 Samenwerking met de dienst medische administratie en de juridische dienst

Omdat een klacht meerdere raakvlakken of dimensies kan hebben, is een nauwe onderlinge samenwerking met verschillende diensten onontbeerlijk. Zo kunnen klachten over de kwaliteit van de zorg- of dienstverlening resulteren in een eis tot schadevergoeding of niet-betalen van de factuur. De ombudspersonen hebben ad hoc overleg met de dienst medische administratie en met de juridische dienst om dergelijke dossiers te bespreken.

5.1. De dienst medische administratie

Patiënten die een klacht formuleren over louter factuurtechnische aspecten worden in eerste instantie verwezen naar de dienst medische administratie. De behandeling van deze klachten gebeurt onder de verantwoordelijkheid van het diensthoofd van deze dienst. Factuurbetwistingen die te maken hebben met een ontevredenheid over de zorg- en/of dienstverlening worden door de ombudsdienst opgenomen. De dienst medische administratie verwijst in dergelijke situaties eveneens personen naar de ombudsdienst door.

5.2. De juridische dienst

Patiënten die een klacht formuleren en daarin de aansprakelijkheid van het ziekenhuis ter discussie stellen of een schadevergoeding eisen, worden verwezen naar de juridische dienst van het ziekenhuis.

6 De Klachtencommissie

6.1. Opdracht

De klachtencommissie is opgericht als adviescommissie die de klachtenbehandeling in UZ Leuven stuurt en advies verstrekt aan het directiecomité. De commissie wordt niet betrokken bij de concrete behandeling van individuele aanmeldingen. Opdracht van de commissie werd als volgt bepaald:

- overlegforum om het klachtenbeleid van UZ Leuven te bepalen en op te volgen

- sturing van de kanalen voor klachtenbehandeling en de ombudspersonen en functie van klankbord voor probleemsituaties vanuit de klachtenbehandeling
- kritische analyse van jaaroverzichten en overzichten van bepaalde probleemgebieden en opvolging van evoluties
- bewaken dat belangrijke signalen vanuit de klachten – of zich herhalende klachten – aangewend worden en resulteren in structurele maatregelen voor kwaliteitsverbetering.

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

6.2. Samenstelling

De klachtencommissie wordt voorgezeten door de algemeen secretaris en de leden zijn: de hoofddarts, 4 artsen (aangeduid door het directiecomité, waarvan 2 op voorstel van de medische raad), het diensthoofd medische administratie, het diensthoofd juridische dienst, de kwaliteitscoördinator, de directeur verpleegkunde en patiëntenbegeleiding, een verpleegkundig manager en de ombudspersonen.

De ombudspersonen staan in voor de dossiervoorbereiding en verslaggeving van deze vergaderingen.

Ombudsdienst

Herestraat 49, 3000 Leuven
Tel. 016 34 48 18 - Fax 016 34 46 55

ombudsdienst@uzleuven.be

Klachtenformulier: <https://www.uzleuven.be/nl/ombudsdienst/contactformulier>

