

service public fédéral
**SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**



federale overheidslidienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

**Directoraat generaal
Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen**

Dienst Legal Management

**Analyse van de jaarverslagen
van de ombudspersonen "Rechten van de patiënt"
in de ziekenhuizen en in de overlegplatforms
geestelijke gezondheidszorg
2007**

Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 bus 10, 1060 Brussel

Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
1/ Algemene ziekenhuizen	8
Inleiding.....	8
1.1/ Instellingsgebonden informatie.....	8
1.2/ Overzicht van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet.....	8
1.3/ Voorwerp van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet	14
1.4/ Resultaat van het optreden van de ombudspersoon in de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet	16
1.5/ Moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen	17
1.6/ Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven en / of ter verbetering van de patiëntenrechtenwet	19
Conclusie	22
2/ Psychiatrische ziekenhuizen.....	24
Inleiding.....	24
2.1/ Overzicht van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet.....	25
2.2/ Voorwerp van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet	32
2.3/ Resultaat van het optreden van de ombudspersoon in de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet	34
2.4/ Moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen	34
2.5/ Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven en / of ter verbetering van de patiëntenrechtenwet	35
Conclusie	36

3/ Initiatieven van beschut wonen 37

Inleiding..... 37

3.1/ Overzicht van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet..... 37

3.2/ Voorwerp van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet 40

3.3/ Moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen 41

3.4/ Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven en / of ter verbetering van de patiëntenrechtenwet 41

Conclusie 42

4/ Psychiatrische verzorgingstehuizen..... 43

Inleiding..... 43

4.1/ Overzicht van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet..... 43

4.2/ Voorwerp van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet 46

4.3/ Moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen 47

4.4/ Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven en / of ter verbetering van de patiëntenrechtenwet 47

Conclusie 48

Bijlagen

BIJLAGE I: Moeilijkheden en aanbevelingen van de externe ombudsfunctie in Vlaanderen

BIJLAGE II: Moeilijkheden en aanbevelingen van de Franstalige externe ombudsfunctie

Inleiding

- Overeenkomstig artikel 71 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, moet ieder ziekenhuis, om te worden erkend, beschikken over een ombudsfunctie zoals bedoeld in artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt¹.

Naast de mogelijkheid om een eigen ombudsdienst oprichten of de ombudsfunctie gemeenschappelijk organiseren voor meerdere ziekenhuizen door tussen de betrokken ziekenhuizen een schriftelijk samenwerkingsakkoord af te sluiten, kunnen de psychiatrische ziekenhuizen het klachtrecht van de patiënt garanderen via de ombudsfunctie van een overlegplatform geestelijke gezondheidszorg².

De laatstgenoemde ombudsfunctie is tevens bevoegd voor de klachten in verband met de uitoefening van de rechten toegekend door de patiëntenrechtenwet, vanwege patiënten aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt in de initiatieven van beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen, die bij het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg aangesloten zijn.

- Krachtens artikel 9 van het koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen en artikel 20 van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten stelt de ombudspersoon jaarlijks een verslag op, waarvan de gegevens per instelling opgesplitst zijn.

Dit verslag wordt uiterlijk in de loop van de vierde maand van het daarop volgend kalenderjaar aan de Federale commissie “Rechten van de patiënt” overgemaakt.

Deze analyse beoogt in dit verband een overzicht van de jaarverslagen voor het jaar 2007 van de ombudspersonen “Rechten van de patiënt” in de ziekenhuizen en in de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg³.

- Teneinde de betrouwbaarheid van de gegevens in de jaarverslagen te verhogen en opdat de ombudspersonen hun jaarverslag op een uniforme en veilige wijze aan de Federale commissie zouden kunnen overmaken, is er in de loop van het jaar 2006, in samenwerking met vertegenwoordigers van de verenigingen van ombudspersonen, de dienst ICT van de FOD Volksgezondheid en de federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt”, een nieuw systeem voor de verzending van de jaarverslagen naar de Federale commissie uitgewerkt.

¹ Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *B.S.* 26 september 2002 (hierna verkort geciteerd “patiëntenrechtenwet”).

² Zie art. 1 § 3 K.B. 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen, *B.S.* 26 augustus 2003.

³ In dit document worden de ombudspersonen “Rechten van de patiënt” in de ziekenhuizen met de bewoordingen “ombudspersoon”, “interne ombudspersoon” of “interne ombudsfunctie” aangeduid, en in de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg met “ombudspersoon”, “externe ombudspersoon” of “externe ombudsfunctie”.

De dienst ICT van de FOD Volksgezondheid heeft in 2007 de digitale versie van dit nieuwe systeem gefinaliseerd, waarna het op 1 januari 2008 in werking getreden is. Het jaarverslag 2007 is bijgevolg het eerste jaarverslag dat uitsluitend via dit systeem verzonden kan worden.

De verzending van het jaarverslag gebeurt thans via twee documenten:

- Het "document minimale gegevens" (in de vorm van een webformulier) dat een overzicht omvat van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.
- Het "toelichtingsformulier" (in de vorm van een Excelbestand dat na het invullen naar een generiek e-mailadres verzonden moet worden) dat de moeilijkheden omvat, die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdracht ondervindt en eventuele aanbevelingen om daaraan te verhelpen, alsook de aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven.

Per instelling dient de ombudspersoon beide deelformulieren in te vullen en te verzenden.

Een handleiding informeert de ombudspersoon over de te volgen procedure ter verzending van het jaarverslag aan de Federale commissie "Rechten van de patiënt"⁴.

- Hoewel nagenoeg alle ombudspersonen hun jaarverslag volgens het nieuwe systeem voor de verzending van de jaarverslagen aan de Federale commissie overgemaakt hebben, hebben wij **bij de redactie van deze analyse enkele moeilijkheden** ondervonden:

- Met betrekking tot de verzending zelf:

- Een aantal ombudspersonen heeft hun jaarverslag, zonder het secretariaat van de Federale commissie hiervan op de hoogte te brengen, na de einddatum voor de verzending van dit rapport, overgemaakt.

- Enkele ombudspersonen hebben één jaarverslag voor meerdere instellingen overgemaakt.

- Sommige psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen, die een beroep doen op de diensten van de ombudspersoon bij het provinciale overlegplatform geestelijke gezondheidszorg, hebben geopteerd om tezelfdertijd een eigen ombudsdienst in het ziekenhuis op te richten of om een ombudsdienst met meerdere ziekenhuizen gemeenschappelijk te organiseren.

Van zeven psychiatrische ziekenhuizen die (volgens onze gegevens) de interne en externe ombudsfunctie combineren, heeft het secretariaat van de Federale commissie van de interne ombudspersoon een jaarverslag ontvangen.

Hoewel het bovenvermelde artikel 20 voorziet dat er per instelling één jaarverslag overgemaakt moet worden, kunnen wij de gegevens in deze jaarverslagen niet

⁴ Zie www.patientrights.be - Federale commissie "Rechten van de patiënt" ([lees meer](#)) – Jaarverslag lokale ombudspersonen ([gelijknamige link onderaan de pagina](#) of [link rechts](#) onder "Meer over dit thema").

samenvoegen, aangezien de kans reëel is dat eenzelfde klacht zowel bij de interne als externe ombudspersoon geregistreerd werd. Derhalve werden de gegevens in de jaarverslagen van de interne ombudspersonen niet voor deze analyse weerhouden.

- De externe ombudspersonen hebben veelal een gemeenschappelijk toelichtingsformulier voor de bij een overlegplatform aangesloten initiatieven van beschut wonen en / of psychiatrische verzorgingstehuizen verzonden, of heeft de inhoud van één toelichtingsformulier gekopieerd of enkel rubriek in verband de instellingsgebonden informatie ingevuld.

We kunnen ons hierbij opnieuw de vraag stellen in hoeverre een afzonderlijk jaarverslag in verband met de ombudsfunctie in deze voorzieningensoorten voor deze ombudspersonen zinvol leek, gezien het kleine aantal aanmeldingen / klachten uit deze voorzieningensoorten en gezien de mogelijke herkenbaarheid van de aanmeldingen / klachten, en van de aanmelders / klagers.

- Met betrekking tot het invullen van de deelformulieren voor het jaarverslag 2007 stellen we vast dat ombudspersonen de handleiding die zij bij het opstellen van het verslag kunnen gebruiken, niet gevolgd of gelezen hebben:

- De deelformulieren voor het jaarverslag werden onder een foutieve naam bewaard.

- In het veld voor het erkenningsnummer is er niets of een verkeerd nummer ingevuld (RIZIV-nummer; de voorziening geeft een verkeerd nummer door, enz.).

- Verschillende ombudspersonen hebben het toelichtingsformulier naar een ander e-mailadres dan het generiek e-mailadres rapport.mediation@health.fgov.be verzonden.

- Een aantal ombudspersonen heeft aanvankelijk enkel minimale gegevens of het toelichtingsformulier overgemaakt.

- Minimale gegevens werden meermaals, onvolledig of foutief ingegeven.

- Daarnaast kunnen we ons afvragen in hoeverre de minimale gegevens, naast klachten van patiënten (en/of vertrouwenspersonen), of van vertegenwoordigers, ook klachten van ziekenhuispersoneel⁵, van derden (bv. ziekenfonds of een externe hulpverlener) en / of die uit tevredenheidsenquêtes omvatten.

Enige voorzichtigheid bij het interpreteren van de opgevraagde gegevens is derhalve geboden.

Niettemin heeft de Federale commissie vooreerst voldoende jaarverslagen in verband met de ombudsfunctie in de initiatieven van beschut wonen en in de psychiatrische verzorgingstehuizen ontvangen, waardoor het mogelijk is om in verband met deze voorzieningensoorten uitspraken te doen.

⁵ Het betreft hier ziekenhuispersoneel die op een proactieve manier problemen in het concrete zorgproces van patiënten melden.

- **Om een zo significant mogelijke uiteenzetting van de jaarverslagen te kunnen geven, is dit document uitsluitend gebaseerd op de jaarverslagen die in overeenstemming met het nieuwe verzendingssysteem overgemaakt werden.**

Bij het interpreteren van deze gegevens is het belangrijk zich te realiseren dat het gaat om klachten(dossiers) die rechtstreeks bij de bevoegde ombudsfunctie neergelegd werden. Klachten(dossiers) die rechtstreeks bij de zorgverleners of door andere diensten afgehandeld werden, zijn veelal niet in de registratie van de lokale ombudspersonen opgenomen.

Daar deze gegevens via een nieuw registratiesysteem verzameld werden, is het niet opportuun om deze te vergelijken met de cijfergegevens uit de jaarverslagen van de voorgaande jaren.

- Deze analyse beoogt voornamelijk een beschrijving van de activiteiten van de ombudspersonen tijdens het voorbije kalenderjaar per voorzieningensoort, met name de algemene ziekenhuizen, de psychiatrische ziekenhuizen, en de bij een overlegplatform aangesloten initiatieven van beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen.

Per voorzieningensoort bekijken wij achtereenvolgens het aantal en het voorwerp van de klachten in verband met de rechten van de patiënt, het resultaat van het optreden van de ombudspersonen, de moeilijkheden die ombudspersonen in de uitoefening van hun opdrachten ondervinden en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen, alsook hun aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven en / of ter verbetering van de patiëntenrechtenwet.

Ten slotte merken we nog op dat de gegevens in verband met de ombudsfunctie in de algemene ziekenhuizen per gewest (Vlaanderen, Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Wallonië) opgesplitst zijn.

Wat de gegevens uit de voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg betreffen, maakt de analyse een onderscheid tussen Frans- en Nederlandstalige voorzieningen.

De gegevens uit de voorzieningen die bij het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg gebied Brussel-Hoofdstad aangesloten zijn, zijn bij de gegevens van de Waalse externe ombudsfunctie gevoegd. De externe ombudspersonen in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen hebben immers een andere interpretatie van het begrip “klachtendossier” dan de externe ombudspersonen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Wallonië. Terwijl de externe ombudspersonen in Brussel-Hoofdstad en Wallonië een klachtendossier als één individuele relatie patiënt – beroepsbeoefenaar beschouwen, en aldus één of meerdere patiëntenrechten kan omvatten, registreren de Vlaamse externe ombudspersonen via de toepassing Go-between voor elk aangehaald patiëntenrecht een aparte melding.

1/ Algemene ziekenhuizen

Inleiding

- Van 141 algemene ziekenhuizen ontving het secretariaat van de Federale Commissie “Rechten van de patiënt”, op 2 juli 2008, in totaal 130 jaarverslagen.

Zes ombudspersonen hebben nagelaten een rapport te verzenden.

Vijf ombudspersonen hebben een jaarverslag overgemaakt na het afsluiten van de database met de minimale gegevens op 2 juli 2008.

Nagenoeg alle ontvangen jaarverslagen (127 van de 130 verslagen) werden volgens het nieuwe systeem voor de verzending van de jaarverslagen naar de Federale commissie “Rechten van de patiënt”, en uiteindelijk verifieerbaar, verzonden.

Deze jaarverslagen (van 15 algemene ziekenhuizen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 42 in Wallonië en 70 in Vlaanderen) vormen het voorwerp van de onderstaande analyse.

1.1/ Instellingsgebonden informatie

Het merendeel (112 of 88%) van de algemene ziekenhuizen die een verifieerbaar verslag verzonden hebben, beschikt over een **eigen ombudsfunctie**.

De overige ziekenhuizen (15 of 12%) doen een beroep op een ombudsfunctie die voor meerdere ziekenhuizen gemeenschappelijk georganiseerd wordt in het kader van een schriftelijk samenwerkingsakkoord tussen de betrokken ziekenhuizen.

1.2/ Overzicht van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet

- In het document minimale gegevens werd onder de rubriek “Overzicht van de klachten” een vraag toegevoegd naar het type van systeem waarmee ombudspersonen klachten betreffende de rechten van de patiënt registreren.

Momenteel onderscheiden we twee registratiesystemen, in het bijzonder het registratiesysteem van de “Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Ziekenhuizen” (V.V.O.V.A.Z.) en een gemeenschappelijke registratie voor alle ombudspersonen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg (Go-between, ontwikkeld door KP-soft).

Tijdens het opstellen van de in te vullen modellen voor het jaarverslag aan de Federale commissie “Rechten van de patiënt”, dat in samenwerking met vertegenwoordigers van V.V.O.V.A.Z. en van de “Association francophone des Médiateurs des Institutions de Soins” (A.M.I.S.), en de coördinator van het “Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie” (I.P.S.O.F.) gebeurd is, opteerden de vertegenwoordigers van de verenigingen van de ombudspersonen in de algemene ziekenhuizen en de afgevaardigde van Vlaamse geestelijke gezondheidszorg ervoor om dit onderscheid in

het document minimale gegevens aan te geven. De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen heeft immers een andere interpretatie van het begrip “klachtendossier”. Terwijl een klachtendossier betrekking heeft op één individuele relatie patiënt - beroepsbeoefenaar, en aldus één of meerdere patiëntenrechten kan omvatten⁶, registreren de Vlaamse externe ombudspersonen voor elk aangehaald patiëntenrecht een aparte melding.

Dit inzicht is derhalve van belang voor de analyse van de minimale gegevens betreffende de rechten van de patiënt.

Met betrekking tot de algemene ziekenhuizen leverde de vraagstelling naar het type van **registratiesysteem** de volgende gegevens op:

AZ	REGISTRATIESYSTEEM 2007				
GEWEST	V.V.O.V.A.Z. 2006	Go-between	Ander registratiesysteem	Geen registratiesysteem	Eindtotaal
B	2 (13%)	0 (0%)	6 (40%)	7 (47%)	15 (100%)
V	39 (56%)	0 (0%)	27 (39%)	4 (6%)	70 (100%)
W	0 (0%)	0 (0%)	28 (67%)	14 (33%)	42 (100%)
Eindtotaal	41 (32%)	0 (0%)	61 (48%)	25 (20%)	127 (100%)

- In het algemeen vermeldt geen enkel jaarverslag van de ombudspersonen in de algemene ziekenhuizen dat zij klachten betreffende de rechten van de patiënt via de toepassing Go-between registreren.

Als we de gegevens per gewest opsplitsen, zien we dat de ombudspersonen in 39 Vlaamse algemene ziekenhuizen het registratiesysteem van V.V.O.V.A.Z. gebruiken. In 27 algemene ziekenhuizen registreren ombudspersonen klachten in verband met de rechten van de patiënt volgens een eigen registratiesysteem en 4 ziekenhuizen beschikken de ombudspersonen over geen registratiesysteem.

In Wallonië hebben de ombudspersonen een eigen (67%) of geen (33%) registratiesysteem.

De ombudspersonen in de Brusselse algemene ziekenhuizen geven vooral aan niet over een registratiesysteem te beschikken (47%).

- Een vergelijking van de kolompercentages levert de volgende verhoudingen op:

AZ	REGISTRATIESYSTEEM 2007				
GEWEST	V.V.O.V.A.Z. 2006	Go-between	Ander registratiesysteem	Geen registratiesysteem	Eindtotaal
B	5%	0 (0%)	10%	28%	12%
V	95%	0 (0%)	44%	16%	55%
W	0%	0 (0%)	46%	56%	33%
Eindtotaal	100%	0 (0%)	100%	100%	100%

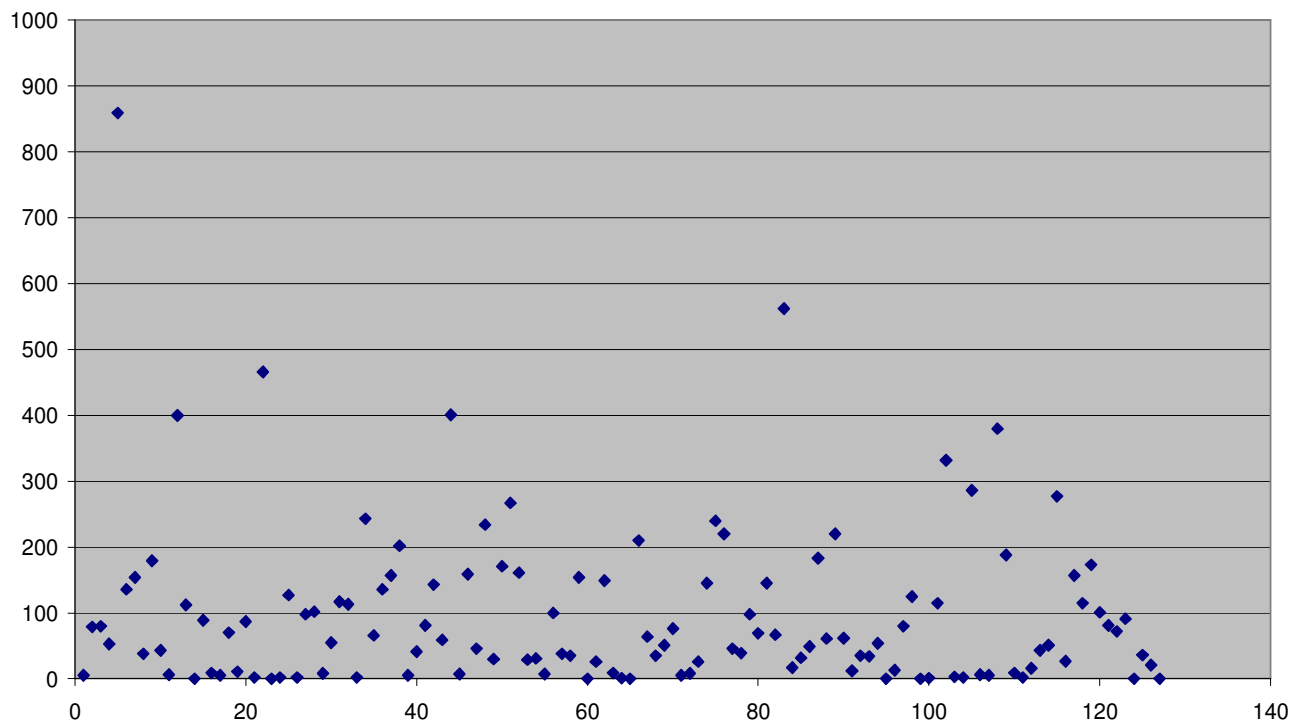
⁶ Bij de interpretatie van de minimale gegevens die via een ander of geen registratiesysteem verzameld werden, werd er in deze analyse eveneens van het principe uitgegaan dat één klachtendossier meerdere rechten kan omvatten.

De belangrijkste vaststelling in verband met deze tabel is dat het zwaartepunt van het gebruik van het registratiesysteem van V.V.O.V.A.Z. in Vlaanderen ligt (in 95% van de algemene ziekenhuizen).

- In 2007 hebben de ombudspersonen in de algemene ziekenhuizen **in totaal 12.420 klachtendossiers in verband met de rechten van de patiënt** geopend (8.964 klachtendossiers in Vlaanderen, 1.346 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 2.110 in Wallonië).

Als we de onderstaande figuur bekijken, zien we dat het aantal klachtendossiers per algemeen ziekenhuis van 0 tot 859 varieert (in Vlaanderen van 0 tot 859, in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 0 tot 401, en in Wallonië van 0 tot 243). Dit betekent een gemiddelde van 98 klachtendossiers per algemeen ziekenhuis (128 dossiers per algemeen ziekenhuis in Vlaanderen, 90 in Brussel en 50 in Wallonië). Het gemiddelde is echter erg gevoelig aan extreme waarden. Daarom is het interessanter om een waarneming ten opzichte van de mediaan, de middelste waarneming, te plaatsen, die een meer genuanceerd beeld van de praktijk van de ombudsfunctie kan geven. De mediaan van het aantal klachtendossiers per algemeen ziekenhuis bedraagt 59 (98 in Vlaanderen, 29 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 38 in Wallonië). Verder toont deze figuur een opeenstapeling van veel kleine en van een aantal hoge waarden. Dit wordt bevestigd door de modus, de meest voorkomende waarde, die gelijk is aan "0"⁷.

Aantal klachtendossiers per algemeen ziekenhuis 2007



⁷ De waarde "0" komt in totaal 7 keer voor.

Basic Statistical Measures			
Location		Variability	
Mean	97.79528	Std Deviation	124.04456
Median	59.00000	Variance	15387
Mode	0.00000	Range	859.00000
		Interquartile Range	131.00000

AANTAL KLACHTENDOSSIER 2007	AANTAL ALGEMENE ZIEKENHUIZEN			
	V	B	W	Eindtotaal
0-99	36 (51%)	10 (67%)	37 (88%)	83 (65%)
100-199	21 (30%)	2 (13%)	4 (10%)	27 (21%)
200-299	7 (10%)	2 (13%)	1 (2%)	10 (8%)
300-399	2 (3%)	0 (0%)	0	2 (2%)
400-499	2 (3%)	1 (7%)	0	3 (2%)
500-599	1 (1%)	0	0	1 (1%)
600-699	0	0	0	0
700-799	0	0	0	0
800-899	1 (1%)	0	0	1 (1%)
Eindtotaal	70 (100%)	15 (100%)	42 (100%)	127 (100%)

Uit deze tabel blijkt dat in 2007 in het merendeel van de algemene ziekenhuizen (65%) minder dan 100 klachtendossiers bij de ombudsdienst geopend werden, met het hoogste aandeel in Wallonië. In 17 ziekenhuizen hebben de ombudspersonen meer dan 200 klachtendossiers geopend.

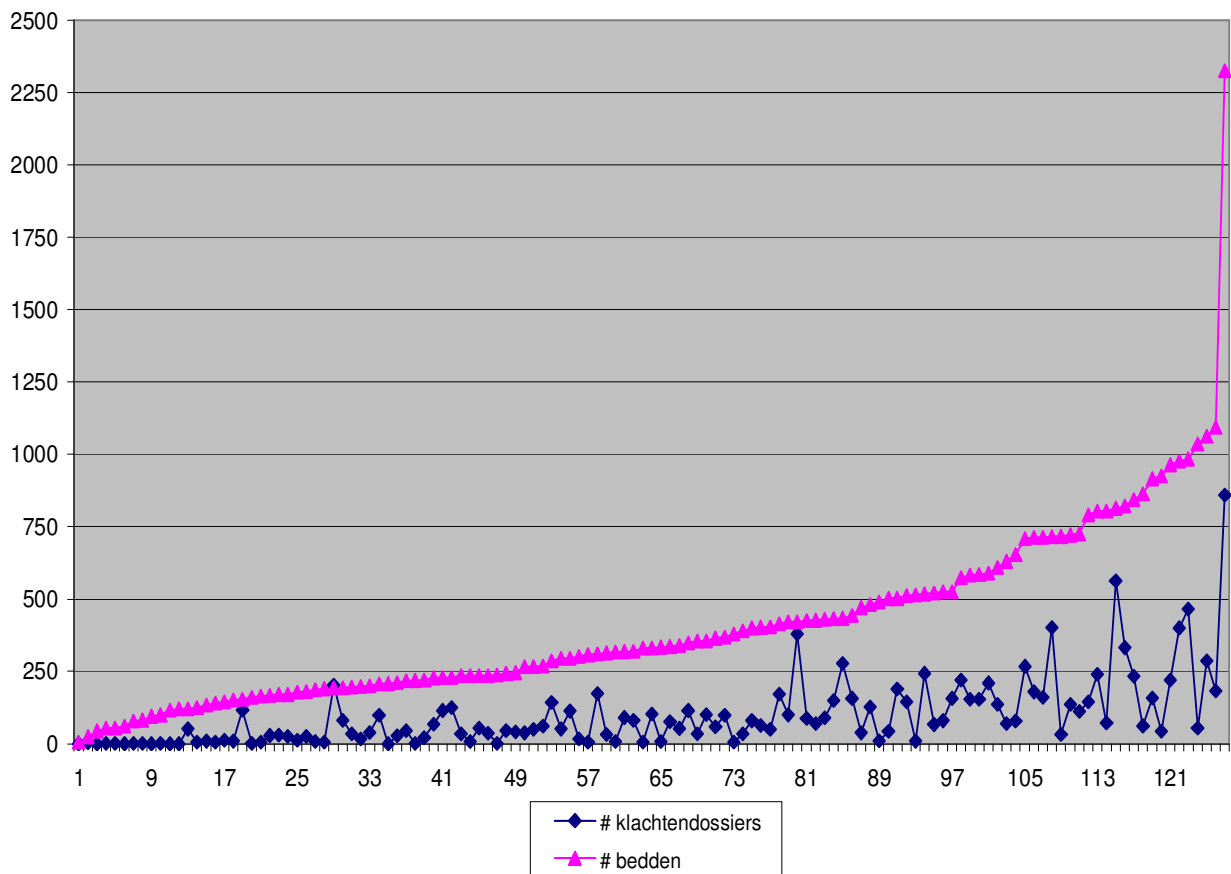
- Uit het aantal klachtendossiers mogen we echter niet automatisch afleiden dat er zich in de betrokken voorzieningen meer of minder problemen stellen, of dat er meer of minder gevolg gegeven werd aan de aanbevelingen die de ombudspersonen geformuleerd hebben ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht in verband met de uitoefening van de rechten van de patiënt.

Het aantal klachtendossiers moeten we bekijken in relatie met indicatoren zoals het aantal verpleegdagen, de aard van de bedden en ziekenhuisafdelingen, de aard van de patiëntenpopulatie, het aantal klachten dat ter plaatse opgelost werd, het aantal klachtendossiers dat op de vooravond van het nieuwe kalenderjaar nog niet afgehandeld was en dat in de registratie van het nieuwe kalenderjaar opgenomen is, de doorlooptijd van de klacht, de hoeveelheid ingezette ombudspersonen, de aanwezigheid van een klachtencultuur, de mate waarin patiënten met de patiëntenrechtenwet en met de werking van de ombudsfunctie vertrouwd zijn, en de bekendheid, de toegankelijkheid en de laagdrempeligheid van de ombudsfunctie.

- Als we de **correlatiecoëfficiënt tussen het aantal erkende bedden per algemeen ziekenhuis en het aantal klachtendossiers** bekijken, zien we dat deze variabelen positief met elkaar correleren en dat deze correlatie statistisch significant is ($p < .0001$). Een correlatie impliceert echter niet dat er een oorzaak-gevolg relatie tussen beiden variabelen bestaat, in het bijzonder dat een stijging in het aantal erkende bedden een stijging van het aantal klachtendossiers tot gevolg heeft.

Om dit te kunnen concluderen, is verder onderzoek nodig. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat één van beide variabelen met een derde variabele, die hier niet gemeten wordt (zoals de aard van de patiëntenpopulatie), interageert en die het verband tussen het aantal erkende bedden en het aantal klachtendossiers aldus kan verklaren.

Correlatie aantal erkende bedden en aantal klachtendossiers per AZ in 2007



Pearson Correlation Coefficients, N = 127 Prob > r under H0: Rho=0		
	Klachtendossiers	Bedden
Klachtendossiers	1.00000	0.75783
Klachtendossiers		<.0001
Bedden	0.75783	1.00000
Bedden	<.0001	

- In verband met het **traject** van de klachten betreffende de rechten van de patiënt in de algemene ziekenhuizen vermelden de ombudspersonen dat de patiënt zijn klacht voor het merendeel rechtstreeks tot de ombudsdienst richt.

In de gevallen waarin de patiënt zich tot de (algemene, medische, verpleegkundige) directie of een andere dienst dan de ombudsdienst wendt (sociale dienst, facturatedienst), wordt de klacht vrijwel systematisch naar de ombudspersoon verwezen en door de ombudspersoon afgehandeld.

Alvorens een procedure van klachtenafhandeling te starten, spoort de ombudspersoon de patiënt doorgaans aan om zijn ontevredenheid en eventuele verwachtingen aan de betrokken beroepsbeoefenaar(s) kenbaar te maken.

Tijdens een procedure verzoeken ombudspersonen de hoofdgeneesheer wel eens om advies of informatie over een zuiver medisch probleem. Soms brengen ze een hiërarchisch verantwoordelijke van de betrokken beroepsbeoefenaar(s) van de klacht op de hoogte. Hoe groot de beslissingsmacht van hun overste in de klachtenafhandeling is, is niet duidelijk.

Enkele ombudspersonen geven ten slotte aan dat ze zich buiten de hiërarchische organisatie van het ziekenhuis bevinden.

- Daarnaast werd de ombudspersonen de mogelijkheid geboden om in bijlage van het jaarverslag 2007 nog **verduidelijkingen** op te nemen in verband met de termijnen waarin de klachten zijn afgehandeld, in verband met activiteiten over andere klachten dan deze die de rechten van de patiënt betreffen, en over eigen initiatieven op vlak van preventie met het doel de therapeutische relatie of de communicatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar te verbeteren.

Omwille van het facultatief karakter van dit onderdeel in het jaarverslag hebben de ombudspersonen heel uiteenlopende antwoorden gegeven, waardoor het moeilijk was om deze informatie te bundelen.

Niettemin stellen we aangaande de **doorlooptijd van de klacht** vast dat het gros van de klachtendossiers in de algemene ziekenhuizen in Vlaanderen en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een doorlooptijd van 1 tot 30 dagen kent. In Wallonië handelen de ombudspersonen het merendeel van de klachtendossiers binnen een termijn van drie tot zes maanden af.

Om kort op de bal te kunnen spelen, stellen bepaalde ziekenhuizen klachtenformulieren ter beschikking van de patiënt, alsook onthaalbrochures met de contactgegevens van de ombudsfunctie en een beschrijving van de procedure van klachtenafhandeling.

Daarnaast geeft een aantal ombudspersonen aan dat ze naast klachtendossiers in verband met de individuele relatie patiënt – beroepsbeoefenaar, ook **klachtendossiers** afhandelen, **die tot de bevoegdheid van de deelgebieden behoren**. Deze klachtendossiers betreffen een administratief aspect van de werking of een organisatorisch probleem van een verzorgingsinstelling, zoals de hygiënische

omstandigheden van een instelling, de kwaliteit van de voeding, de wijze waarop het onthaal functioneert, enz.

Doordat slechts een minderheid van de ombudspersonen deze vraag beantwoord heeft, kunnen we per gewest geen representatieve aantallen meedelen. Sommige ombudspersonen vermelden echter dat ze meer klachten ontvangen, die niet strikt tot het toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet behoren. Ze vermelden ook dat het niet altijd even gemakkelijk is om een onderscheid te maken tussen klachten die wel en niet tot hun domein behoren.

Ten slotte hebben de ombudspersonen in het kader van hun **preventieve opdracht** verschillende initiatieven ondernomen, zoals de organisatie van informatiesessies voor beroepsbeoefenaars, het opstarten van een interne sensibiliseringscampagne voor patiënten en ziekenhuispersoneel en het verspreiden van brochures en flyers van de FOD Volksgezondheid in verband met de patiëntenrechtenwet en de werking van de ombudsfunctie.

1.3/ Voorwerp van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet

- De jaarverslagen 2007 van de ombudspersonen in de algemene ziekenhuizen vermelden in totaal 12.382 klachten met betrekking tot een patiëntenrecht.

We stellen echter vast dat dit aantal lager is dan het totaal aantal klachtendossiers die meerdere patiëntenrechten kunnen omvatten.

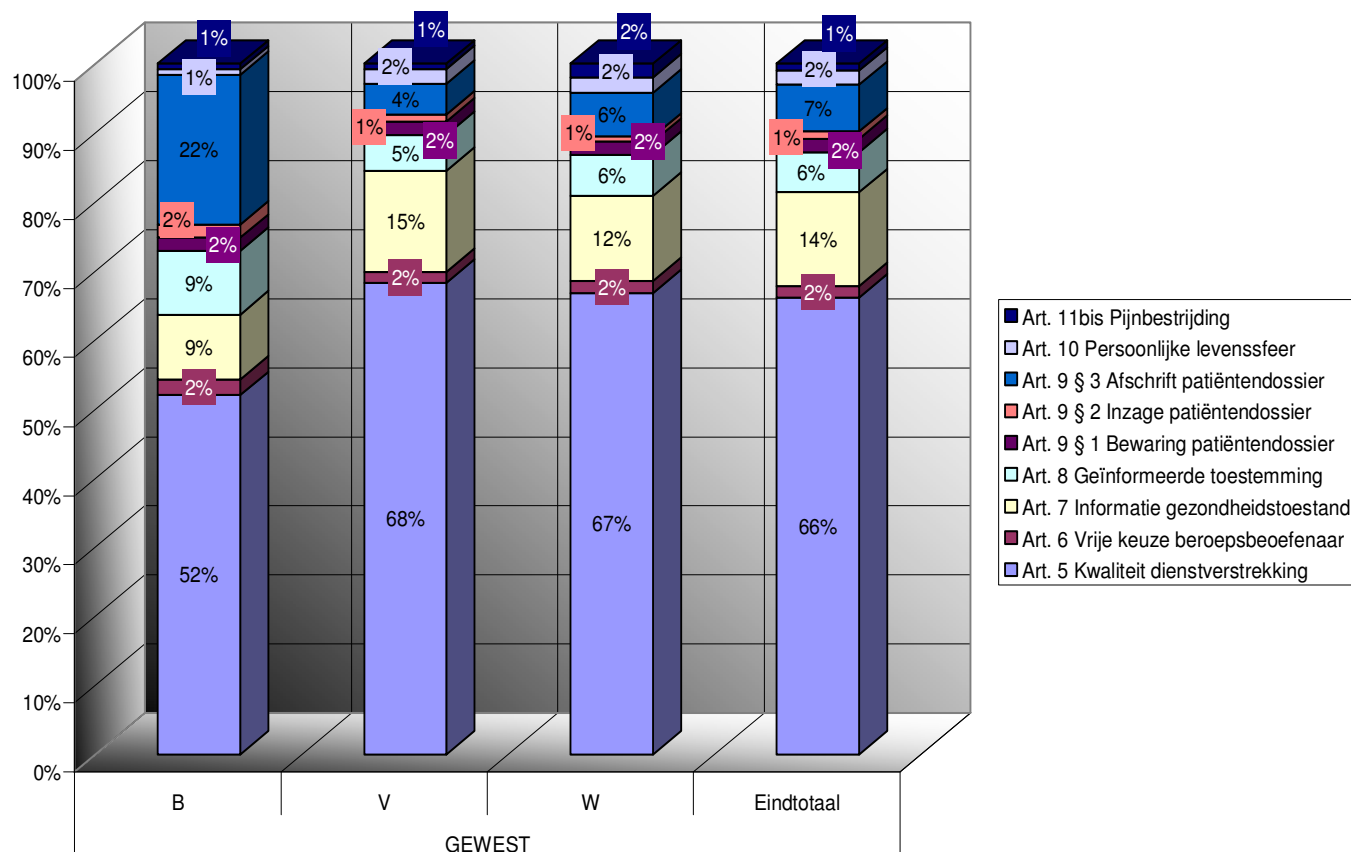
Het totaal aantal klachten met betrekking tot een patiëntenrecht zou bijgevolg hoger moeten zijn dan het totaal aantal klachtendossiers.

Dit betekent dat bepaalde ombudspersonen verkeerde minimale gegevens ingevuld hebben met betrekking tot het aantal klachtendossiers en met betrekking tot het voorwerp van de klachten die direct tot de bevoegdheid van de ombudsdiensten "Rechten van de patiënt" behoren.

De vraag naar het voorwerp van de klachten heeft de volgende cijfergegevens opgeleverd:

AZ	GEWEST			
	B	V	W	Eindtotaal
VOORWERP VAN DE KLACHT 2007				
Art. 5 Kwaliteit dienstverstreking	730 (52%)	5.814 (68%)	1.646 (67%)	8.190 (66%)
Art. 6 Vrije keuze beroepsbeoefenaar	32 (2%)	131 (2%)	44 (2%)	207 (2%)
Art. 7 Informatie gezondheidstoestand	132 (9%)	1.244 (15%)	304 (12%)	1.680 (14%)
Art. 8 Geïnformeerde toestemming	130 (9%)	444 (5%)	146 (6%)	720 (6%)
Art. 9 § 1 Bewaring patiëntendossier	26 (2%)	164 (2%)	47 (2%)	237 (2%)
Art. 9 § 2 Inzage patiëntendossier	27 (2%)	89 (1%)	19 (1%)	135 (1%)
Art. 9 § 3 Afschrift patiëntendossier	304 (22%)	378 (4%)	155 (6%)	837 (7%)
Art. 10 Persoonlijke levenssfeer	11 (1%)	180 (2%)	56 (2%)	247 (2%)
Art. 11bis Pijnbestrijding	12 (1%)	68 (1%)	49 (2%)	129 (1%)
Eindtotaal	1.404 (100%)	8.512 (100%)	2.466 (100%)	12.382 (100%)

Voorwerp van de klacht 2007



- Over het algemeen heeft het gros van de klachten betrekking op het **recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening** (66%), en vervolgens op het recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (14%).

In mindere mate voeren patiënten het recht op afschrift van het patiëntendossier (7%) en het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (6%) aan.

Klachten in verband met het recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (2%), het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier (2%) en het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer zijn minder talrijk (2%).

Wat het recht op informatie betreft, hebben verschillende ombudspersonen onder meer klachten over de kostprijs van een bepaalde tussenkomst van een beroepsbeoefenaar (honoraria, remgelden, supplementen, enz.) als een aspect van het recht op informatie over de gezondheidstoestand gescoord, terwijl dit een kenmerk van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar in het kader van "informed consent" is (cf. infra, p. 20). Dit gegeven kan voor een deel het aanzienlijke aantal klachten in verband met het recht op informatie verklaren.

- Tussen de algemene ziekenhuizen onderling zien we, ondanks hun verschillen in grootte, infrastructuur, diensten, enz., dat het grootste aandeel van de klachten over de kwaliteit van de dienstverlening handelt, met vervolgens heel wat minder klachten over de overige rechten van de patiënt.

- De **beroepsbeoefenaars** waarop de klachten betrekking hebben, zijn vooral geneesheren en verpleegkundigen.

Verder wijzen de ombudspersonen erop dat klachten van patiënten ook beroepsbeoefenaars betreffen, die niet tot het toepassingsgebied van patiëntenrechtenwet behoren, zoals personeel van het onthaal en van de facturatedienst.

Deze gegevens moeten echter opnieuw met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, omdat de specificatie van het type van beroepsbeoefenaars waarop de klachten betrekking hebben, een facultatieve vraag van het model voor het jaarverslag 2007 betreft.

1.4/ Resultaat van het optreden van de ombudspersoon in de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet

De belangrijkste vaststelling in verband met het resultaat van het optreden van de ombudspersoon in de klachtendossiers is dat **in een beperkt aantal klachtendossiers (7%)**, die in 2007 bij de ombudspersoon geopend werden⁸, **de patiënt geïnformeerd werd** over de alternatieven in verband met de behandeling de klacht.

Betekent deze score dat de bemiddeling voor het merendeel tot een door de patiënt gewenst resultaat geleid heeft of dat de ombudspersonen patiënten vrijwel niet over alternatieve afhandelingsmogelijkheden van hun klacht ingelicht hebben bij het gebrek aan het bereiken van een oplossing tussen de betrokken partijen?

In een aantal ziekenhuizen worden klachten in verband met een vermoeden van een medische fout overigens onmiddellijk aan de verzekeringsmaatschappij van het ziekenhuis overgemaakt.

Deze waarde dient met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden en bekeken te worden in combinatie met factoren zoals bezetting en bekendheid van de ombudsdienst in het ziekenhuis.

Bij de interpretatie is het bovendien belangrijk zich te realiseren dat wanneer een patiënt over alternatieven geïnformeerd wordt, dit niet betekent dat er tijdens het bemiddelingsproces geen vooruitgang geboekt werd.

Volgens een ombudspersoon kan de terughoudendheid van bepaalde beroepsbeoefenaars om aan een bemiddeling mee te werken, te wijten zijn aan het feit

⁸ Dit percentage omvat derhalve niet de 7 ziekenhuizen waarin er in 2007 geen klachtendossiers bij de ombudspersoon geopend werden (cf. modus, blz. 10).

dat ombudspersonen patiënten dienen te informeren over alternatieve afhandelingsmogelijkheden van hun klacht bij gebrek aan het bereiken van een oplossing.

1.5/ Moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen

AZ	GEWEST			
MOEILIKHEDEN OMBUDSFUNCTIE 2007	B	V	W	Eindtotaal
Behoud onafhankelijkheid	13%	24%	21%	22%
Behoud neutraliteit en onpartijdigheid	33%	30%	19%	27%
Eerbiediging beroepsgeheim	20%	21%	19%	20%
Bemiddelen zelf	33%	46%	50%	46%
Infrastructuur, mensen en middelen	33%	37%	41%	38%
Administratieve opdrachten	20%	44%	45%	42%

In de jaarverslagen 2007 geven de ombudspersonen in de algemene ziekenhuizen het meest moeilijkheden aan met betrekking tot **het bemiddelen zelf** (46%), en vervolgens met betrekking tot de uitvoering van de administratieve opdrachten van de ombudsfunctie (42%) en de infrastructuur, de mensen en de middelen die van de ombudsdienst ter beschikking staan (38%).

De ombudspersonen ervaren in mindere mate problemen met het behoud van hun neutraliteit en onpartijdigheid (27%) en met het behoud van hun onafhankelijkheid (22%).

Een minderheid de ombudspersonen (20%) ondervindt tijdens de uitoefening van de ombudsfunctie problemen in verband met de eerbiediging van hun beroepsgeheim. De procentuele verdeling is voor alle gewesten nagenoeg gelijk.

In dit onderdeel geven we een overzicht van de bemerkingen die de ombudspersonen over de drie meest aangehaalde moeilijkheden in de uitoefening van hun opdrachten geformuleerd hebben en van hun aanbevelingen om aan deze moeilijkheden tegemoet te komen.

1.5.1/ Het bemiddelen zelf met het oog op het bereiken van een oplossing

Met betrekking tot de bemiddelingsopdracht blijven de ombudspersonen **aandachtspunten en aanbevelingen** formuleren, zoals:

- de beschikbaarheid en bereidheid van bepaalde beroepsbeoefenaars om aan een bemiddeling mee te werken;
- een behoefte aan overleg met de hoofdgeneesheer bij de afhandeling van medisch-technische klachten, en / of aan juridisch advies;
- een nood aan opleiding in bemiddeling of conflicthantering, aan supervisie, en / of intervisie;

- een financiering van de federale overheid die aangepast is aan de realiteit van de ombudsfunctie, zodat ze over voldoende arbeidstijd beschikken om klachten die tot de bevoegdheid van de deelgebieden behoren, te kunnen afhandelen;
- informatie over alternatieve afhandelingsmogelijkheden van een klacht buiten de instelling bij gebrek aan het bereiken van een interne oplossing;
- de vraag naar aandacht voor de responsabilisering van de patiënt en voor de grenzen en principes van bemiddeling in de zin van de patiëntenrechtenwet in een volgende nationale campagne.

Daarnaast verzoekt een aantal ombudspersonen om duidelijkheid over de toekomstige regeling in verband met de **vergoeding van de schade veroorzaakt bij therapeutische ongevallen** en een goede communicatie hieromtrent om te vermijden dat de ombudsdiensten met onrealistische verwachtingen van patiënten overstelpt zouden worden.

1.5.2/ De infrastructuur, de mensen en de middelen die ter beschikking staan van de ombudsdienst

Een aantal ombudspersonen blijft de nood signaleren aan een eigen ontvangstruimte en de nodige administratieve en technische **middelen** om zijn taken naar behoren te kunnen uitvoeren, (een secretariaat, internetverbinding, fax, enz.).

Daarnaast vinden ombudspersonen het budget dat de federale overheid ter financiering van de ombudsfunctie toekent, vaak ontoereikend.

Wat **personeel** betreft, zou een bijkomende financiering voor ondersteunend personeel welkom zijn om het werk van de ombudspersoon te verlichten.

1.5.3/ De uitvoering van de administratieve opdrachten van de ombudsfunctie

Het merendeel van de ombudspersonen vindt de **registratie van klachten** betreffende de rechten van de patiënt en het opstellen van het **jaarverslag** een tijdsintensieve aangelegenheid. Een administratief medewerker zou hierin soelaas kunnen bieden. Bovendien voldoet het registratiesysteem van V.V.O.V.A.Z. voor de rapportering in de organisatie, maar niet voor het opstellen van het jaarverslag voor de Federale commissie "Rechten van de patiënt". Daardoor moeten ombudspersonen een dubbele registratie bijhouden.

Daarnaast blijven ombudspersonen signaleren dat de periode waarin ze de **persoonsgegevens**, verzameld in het kader van het onderzoek van de klacht, mogen bewaren, te kort is. Dit maakt het voor ombudspersonen niet meer mogelijk het dossier op te zoeken, indien patiënten op hun klacht terugkomen of wanneer de Federale commissie "Rechten van de patiënt" een klacht omtrent de werking van de ombudsfunctie ontvangen heeft.

Volgens een aantal ombudspersonen ontbreekt er een wettelijke bescherming van het **dossier van de ombudspersoon**.

Ten slotte achten enkele ombudspersonen het opnieuw overbodig om aan personen die een mondelinge klacht formuleren, een **schriftelijke ontvangstmelding** over te maken.

1.6/ Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven en / of ter verbetering van de patiëntenrechtenwet

AZ	GEWEST			
	B	V	W	Eindtotaal
TOEPASSING PATIENTENRECHTENWET 2007				
Art. 5 Kwaliteit dienstverlening	27%	53%	48%	48%
Art. 6 Vrije keuze beroepsbeoefenaar	7%	16%	10%	13%
Art. 7 Informatie gezondheidstoestand	27%	33%	31%	31%
Art. 8 Geïnformeerde toestemming	20%	33%	29%	30%
Art. 9 § 1 Bewaring patiëntendossier	13%	23%	10%	17%
Art. 9 § 2 Inzage patiëntendossier	7%	26%	10%	18%
Art. 9 § 3 Afschrift patiëntendossier	33%	31%	29%	31%
Art. 10 Persoonlijke levenssfeer	0%	11%	10%	9%
Art. 11bis Pijnbestrijding	7%	7%	10%	8%
Art. 12-15 Vertegenwoordigingssysteem	7%	17%	21%	17%

In dit onderdeel hernemen we, in dalende volgorde, de drie meest aangehaalde aspecten van de patiëntenrechtenwet, waarover de ombudspersonen in de jaarverslagen 2007 toepassingsproblemen en aanbevelingen geformuleerd hebben.

1.6.1/ Het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening

Ombudspersonen ondervinden vooral toepassingsproblemen met het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening, omwille van de **ruime omschrijving** in de patiëntenrechtenwet. Daardoor ondervinden ze bij de registratie van klachten soms moeilijkheden om een strikt onderscheid te maken tussen klachten met betrekking tot de kwaliteit van de dienstverlening van een beroepsbeoefenaar en klachten die met de dienstverlening van de instelling (lange wachttijden, bezettingsgraad van het medisch personeel, enz.) of met de andere rechten van de patiënt verband houden. De ombudspersonen vinden het bijgevolg nuttig om in de patiëntenrechtenwet een meer precieze bepaling van dit begrip op te nemen, en om deze - eventueel - over meerdere disciplines (geneesheren, verpleegkundigen, enz.) uit te splitsen.

Klachten over het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening hebben voor het merendeel te maken met de beroepsattitude van beroepsbeoefenaars en veronderstelde medische fouten. In de klachten over de beroepsattitude gaat het over de wijze waarop patiënten benaderd worden, het gebrek aan evenwichtige communicatie en communicatiestijl.

Om klachten te voorkomen, vragen ombudspersonen onder meer dat beroepsbeoefenaars patiënten duidelijk hun mogelijkheden en grenzen meedelen, en dat de ziekenhuizen in opleidingen voor beroepsbeoefenaars en ander

ziekenhuispersoneel voorzien, die op **communicatie**, bejegening en het omgaan met klachten gericht zijn.

Een aantal ombudspersonen geeft nog aan dat patiënten soms onrealistische **verwachtingen** hebben. Volgens hen wordt dit mede in de hand gewerkt door de media en door de toekomstige regeling in verband met de vergoeding van de schade veroorzaakt bij therapeutische ongevallen.

1.6.2/ Het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand

Zoals we hierboven al aangehaald hebben, hebben verschillende ombudspersonen kenmerken van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar in het kader van “informed consent” als aspecten van het recht op informatie over de gezondheidstoestand gescoord. Het betreft namelijk klachten in verband met de kostprijs van een bepaalde tussenkomst van een beroepsbeoefenaar (honoraria, remgelden, supplementen, enz.), de voorafgaande informatieverstrekking aan de patiënt over de nevenwerkingen en risico's van een tussenkomst, en informatie over nazorg en ontslag van de patiënt. Bijgevolg hebben de aandachtspunten en aanbevelingen die de ombudspersonen in verband met het recht op informatie geformuleerd hebben, deels betrekking op het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.

Zo blijven ombudspersonen signaleren dat een gebrek aan informatie over de financiële gevolgen van een tussenkomst het meest tot klachten van patiënten aanleiding geven. Ze vragen dan ook om meer financiële transparantie over het al dan niet geconventioneerd zijn van artsen en de financiële implicaties hiervan, over niet-terugbetaalde medische materialen, technieken en medicatie, en over de aanrekening van supplementen naar aanleiding van een opname en / of behandeling in een ziekenhuis. Ombudspersonen vragen zich hierbij wel af of beroepsbeoefenaars hiertoe alle voorwaarden voor terugbetaling van een tussenkomst dienen te kennen / uit te leggen, en wat de taak van de ziekenhuisadministratie hierin is. Patiënten vragen vooraf immers steeds meer om een kostenraming.

Bij de voorafgaande informatieverstrekking aan de patiënt over de nevenwerkingen en risico's van een tussenkomst kunnen brochures over een aantal frequent uitgevoerde interventies ondersteunend zijn. Volgens een aantal ombudspersonen vervangen dergelijke brochures de mondelinge informatie door een beroepsbeoefenaar evenwel niet.

In verband met nazorg en ontslag van de patiënt benadrukken enkele ombudspersonen het belang van eenduidige informatie van de betrokken beroepsbeoefenaar(s).

In verband met het recht op informatie van de patiënt over de gezondheidstoestand benadrukken de ombudspersonen vooral het belang aan eenduidige en duidelijke informatie. Patiënten klagen soms ook dat beroepsbeoefenaars weinig tijd besteden aan het medelen en toelichten van een diagnose.

1.6.3/ Het recht op afschrift van het patiëntendossier

Een aantal ombudspersonen signaleert dat de **termijn** om de patiënt een afschrift van het patiëntendossier over te maken, soms te kort is (bvb. als de betrokken beroepsbeoefenaar met verlof is of in het geval de patiënt een afschrift van het gehele gecentraliseerde patiëntendossier wenst).

Verder voorziet de patiëntenrechtenwet geen regeling voor herhaalde vragen tot afschrift van het patiëntendossier en is de kostprijs voor een afschrift van het patiëntendossier volgens enkele ombudspersonen niet in verhouding tot de inspanningen die van de betrokkenen binnen een kort tijdsbestek wordt verwacht.

Met betrekking tot de toegang tot **het dossier van de overleden patiënt** worden ombudspersonen wel eens met frustraties van nabestaanden geconfronteerd als zij vernemen dat zij van het dossier van de overleden patiënt **geen afschrift** kunnen verkrijgen.

Conclusie

Dit onderdeel beoogt een bondig overzicht van de voornaamste vaststellingen uit de verslagen van de ombudspersonen "Rechten van de patiënt", die in de algemene ziekenhuizen in het jaar 2007 hun ombudsfunctie uitoefenden.

- Nagenoeg alle algemene ziekenhuizen beschikken over één persoon waaraan de leiding van de **ombudsfunctie** wordt toevertrouwd.

In 15 algemene ziekenhuizen oefenen meerdere personen de ombudsfunctie uit. (zie 1.1)

- Het totaal aantal **klachtendossiers** in verband met de rechten van de patiënt, die de ombudspersoon ontvangen heeft, bedraagt in 2007 **12.420**, met een mediaan van 98 dossiers per algemeen ziekenhuis in Vlaanderen, van 29 dossiers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en van 38 dossiers in Wallonië.

Voor zover de ombudspersonen het in hun jaarverslag aangegeven hebben, nemen ze ook klachten voor hun rekening, die de organisatie of de administratieve werking van de instelling betreffen.

Patiënten richten hun klacht met betrekking tot de patiëntenrechtenwet voornamelijk tot de ombudspersoon. In de gevallen waarin zij zich tot de directie of een andere dienst dan de ombudsdienst wenden, wordt de klacht vrijwel systematisch naar de ombudspersoon verwezen en door de ombudspersoon afgehandeld.

Het gros van de klachtendossiers in de algemene ziekenhuizen in Vlaanderen en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest kent een doorlooptijd van 1 tot 30 dagen. In Wallonië handelen de ombudspersonen het merendeel van de klachtendossiers binnen een termijn van drie tot zes maanden af. (zie 1.2)

- Patiënten roepen het meest het recht op een **kwaliteitsvolle dienstverstrekking** in. Ze klagen meestal over **geneesheren** en verpleegkundigen. (zie 1.3)

- De belangrijkste vaststelling aangaande het **resultaat van het optreden van de ombudspersoon** is dat in een beperkt aantal klachtendossiers, die in het 2007 bij de ombudspersoon geopend werden, de patiënt geïnformeerd werd over de alternatieven in verband met de behandeling van de klacht. (zie 1.4)

- De ombudspersonen ondervinden het meest moeilijkheden met betrekking tot **het bemiddelen zelf**, zoals de beschikbaarheid en bereidheid van bepaalde beroepsbeoefenaars om aan een bemiddeling mee te werken, een behoefte aan overleg met de hoofdgeneesheer bij de afhandeling van medisch-technische klachten, en / of aan juridisch advies, een nood aan opleiding in bemiddeling of conflicthantering, aan supervisie, en / of intervisie en informatie over alternatieve afhandelingsmogelijkheden van een klacht buiten de instelling bij gebrek aan het bereiken van een interne oplossing.

Daarnaast formuleren ombudspersonen vooral een behoefte aan een geëigende ontvangstruimte, de nodige administratieve en technische middelen, een toereikend budget van de federale overheid ter financiering van de ombudsfunctie in de ziekenhuizen en ondersteunend personeel bij de uitvoering van hun administratieve opdrachten. (zie 1.5)

- De ombudspersonen formuleren het meest toepassingsproblemen met betrekking tot **het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening**, en vervolgens het recht op informatie over zijn gezondheidstoestand en het recht op afschrift van het patiëntendossier.

Om **tekortkomingen in de toepassing van deze patiëntenrechten** te voorkomen, bevelen de ombudspersonen onder meer aan:

- om in de patiëntenrechtenwet een duidelijke omschrijving van het begrip “kwaliteitsvolle dienstverlening” op te nemen;
- dat beroepsbeoefenaars patiënten duidelijk hun mogelijkheden en grenzen meedelen om onrealistische verwachtingen bij patiënten te vermijden;
- dat de ziekenhuizen in opleidingen voor beroepsbeoefenaars en ander ziekenhuispersoneel voorzien, die op communicatie, bejegening en het omgaan met klachten gericht zijn;
- dat beroepsbeoefenaars voldoende tijd besteden aan het meedelen en toelichten van een diagnose.

Een deel van de aanbevelingen die de ombudspersonen in verband met het recht op informatie geformuleerd hebben, heeft echter betrekking op het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. (zie 1.6)

2/ Psychiatrische ziekenhuizen

Inleiding

- Van 68 psychiatrische ziekenhuizen ontving het secretariaat van de Federale Commissie “Rechten van de patiënt”, op 2 juli 2008, in totaal 63 jaarverslagen⁹.

Twee ombudspersonen hebben nagelaten een rapport te verzenden en drie ombudspersonen hebben een jaarverslag overgemaakt na het afsluiten van de database met de minimale gegevens op 2 juli 2008.

Het merendeel van de ontvangen jaarverslagen (55 van de 63 verslagen) werd volgens het nieuwe verzendingssysteem, en aldus uiteindelijk verifieerbaar, verzonden.

- De onderstaande analyse is gebaseerd op de jaarverslagen 2007 van 51 (22 Franstalige en 29 Nederlandstalige) psychiatrische ziekenhuizen die het klachtrecht van de patiënt via één van de dertien overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg¹⁰ garanderen (verder “externe ombudspersoon”¹¹ genoemd), en op de jaarverslagen 2007 van 2 Franstalige ziekenhuizen met uitsluitend een interne ombudsfunctie (verder “interne ombudspersoon”¹² genoemd).

De jaarverslagen van 2 psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen met uitsluitend een interne ombudsfunctie zijn niet voor de analyse in aanmerking genomen, omdat deze ombudspersonen gebruik maken van een ander registratiesysteem dan de externe ombudspersonen.

De jaarverslagen van de interne ombudspersonen in de psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen, die de interne en externe ombudsfunctie combineren¹³, zijn evenmin voor de analyse weerhouden. Hoewel artikel 20 van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten voorziet dat er

⁹ Dit aantal omvat niet de 7 jaarverslagen van de interne ombudspersonen van de psychiatrische ziekenhuizen die de interne en externe ombudsfunctie combineren.

¹⁰ In Vlaanderen: Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen (Oggpa), Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Limburg (SPIL), Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (PopovGGZ), Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant (Vlabo) en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen (OP GGZ W-VL).; in Wallonië (met inbegrip van de Duitstalige Gemeenschap en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest): Plate-forme picarde de concertation pour la santé mentale, Plate-forme de concertation en santé mentale des Régions du Centre et de Charleroi, Plate-forme de concertation psychiatrique de la Province du Luxembourg, Plate-forme psychiatrique liégeoise, Plate-forme namuroise de concertation en santé mentale, Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant wallon, Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale, en het Psychiatrieverband Deutschsprachige Gemeinschaft.

¹¹ In deze analyse verstaan we onder “externe ombudspersoon” de ombudspersoon die door het Comité van een overlegplatform geestelijke gezondheidszorg benoemd werd.

¹² In deze analyse verstaan we onder “interne ombudspersoon” de ombudspersoon die door een psychiatrisch ziekenhuis benoemd werd.

¹³ Het secretariaat van de Federale commissie “Rechten van de patiënt” ontving 7 jaarverslagen in verband met de interne ombudsfunctie in de psychiatrische ziekenhuizen die de interne en externe ombudsfunctie combineren.

per instelling één jaarverslag overgemaakt moet worden, kunnen wij de gegevens in deze jaarverslagen niet samenvoegen om de volgende redenen:

- Drie interne ombudspersonen gebruiken een andere registratie dan de externe ombudspersonen die in de betrokken voorziening werkzaam zijn.
- Klachten die na tussenkomst van de interne ombudspersoon bij de externe ombudspersoon terechtkomen, worden opnieuw gescoord. Een cumulatie van de cijfergegevens in deze jaarverslagen zou bijgevolg tot een dubbeltelling aanleiding kunnen geven.
- Het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (I.P.S.O.F.), dat de ombudsfunctie binnen de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen coördineert, heeft voorlopig geen zicht op hoe interne en externe klachtenbemiddeling op elkaar inspelen¹⁴.

2.1/ Overzicht van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet

- Met betrekking de psychiatrische ziekenhuizen leverde de vraag naar het type van systeem waarmee ombudspersonen klachten betreffende de rechten van de patiënt registreren, de onderstaande gegevens op.

PZ	REGISTRATIESYSTEEM 2007				
TAAL	V.V.O.V.A.Z. 2006	Go-between	Ander registratiesysteem	Geen registratiesysteem	Eindtotaal
FR	0 (0%)	0 (0%)	15 (63%)	9 (37%)	24 (100%)
NL	0 (0%)	29 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	29 (100%)
Eindtotaal	0 (0%)	29 (57%)	14 (27%)	8 (16%)	53 (100%)

- In het algemeen toont deze tabel dat geen enkele externe ombudspersoon klachten in verband met de rechten van de patiënt via het **registratiesysteem** van V.V.O.V.A.Z. registreert.

- Als we de gegevens per taalgedeelte opsplitsen, zien we dat alle externe ombudspersonen binnen de geestelijke gezondheidszorg in **Vlaanderen** gebruik maken van de toepassing Go-between. Via deze toepassing wordt **elke aanmelding met betrekking tot een patiëntenrecht afzonderlijk geregistreerd. De externe ombudspersonen kiezen bewust voor de term "aanmelding", die zowel klachten in verband met de patiëntenrechtenwet als vragen om informatie, om een luisterend oor of om een "second opinion" omvat.**

Bij de registratie **hanteren** de ombudspersonen **overigens een zeer ruime definitie van de notie "kwaliteitsvolle dienstverstrekking"**. Ze nemen niet alleen de strikt wettelijk vooropgestelde parameters in aanmerking, maar scoren dit recht ook voor een deel vanuit het perspectief van de patiënt. Het registratie-instrument Go-between splitst dit recht bijgevolg in zeven deelfacetten op, waaronder kwaliteitsvol wonen en goede hotelservice. Volgens de ombudspersonen weerspiegelt dat wat de aanmelders als een onderdeel van een kwaliteitsvolle dienstverstrekking beschouwen,

¹⁴ Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie, *Jaarverslag 2007 externe ombudsfunctie GGZ Vlaanderen*, I.P.S.O.F., 2007, p. 30, <http://www.ombudsfunctieggz.be>.

gecombineerd met de wettelijke vereisten, de context van dit recht op een meer evenwichtige manier.

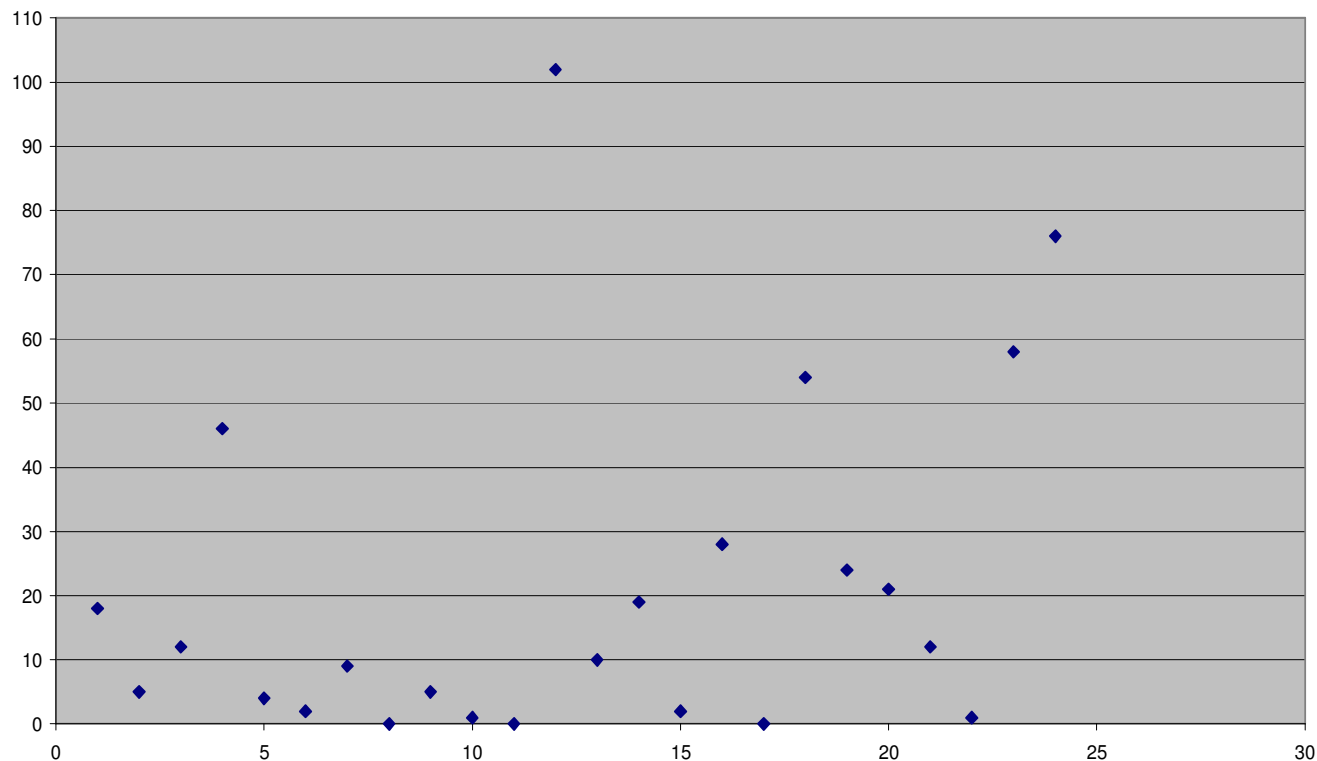
De federale registratie beoogt echter enkel de minimale wettelijke vereisten. Dit heeft het feit tot gevolg dat een aanzienlijk aantal gegevens van de gemeenschappelijke registratie van de ombudspersonen in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen niet in aanmerking worden genomen en dat bepaalde trends die zich via de federale registratie manifesteren, enigszins kunnen verschillen van de tendensen resulterend uit de gemeenschappelijke registratie van de Vlaamse externe ombudsfunctie.

Aan Franstalige zijde beschikken de externe ombudspersonen niet over een uniform registratiesysteem voor klachten in verband met de rechten van de patiënt.

- Omwille van het verschil in interpretatie van het begrip “klachtendossier” op het niveau van de taalgedeelten (cf. blz. 25) bekijken wij het totaal aantal klachtendossiers per taalgedeelte.

- **Aan Franstalige zijde** bedraagt het **aantal klachtendossiers** uit de psychiatrische ziekenhuizen, die bij de ombudspersoon geopend zijn en die met de patiëntenrechtenwet verband houden, **in totaal 509**.

Aantal klachtendossiers per psychiatrisch ziekenhuis FR 2007



Basic Statistical Measures			
Location		Variability	
Mean	21.20833	Std Deviation	27.03617
Median	11.00000	Variance	730.95471
Mode	0.00000	Range	102.00000
		Interquartile Range	24.00000

Als we de bovenstaande figuur bekijken, zien we dat het aantal klachtendossiers per psychiatrisch ziekenhuis van 0 tot 102 varieert. Dit betekent een gemiddelde van 21 klachtendossiers per psychiatrisch ziekenhuis. Het is echter interessanter om een waarneming ten opzichte van de mediaan, de middelste waarneming, te plaatsen, daar deze geen rekening houdt met extreme waarden. Deze centrummaat kan aldus een meer genuanceerd beeld van de praktijk van de ombudsfunctie geven. De mediaan van het aantal klachtendossiers per psychiatrisch ziekenhuis bedraagt 11. Verder toont deze figuur een opeenstapeling van veel kleine en van een aantal hoge waarden. Dit wordt bevestigd door de modus, de meest voorkomende waarde, die gelijk is aan "0"¹⁵.

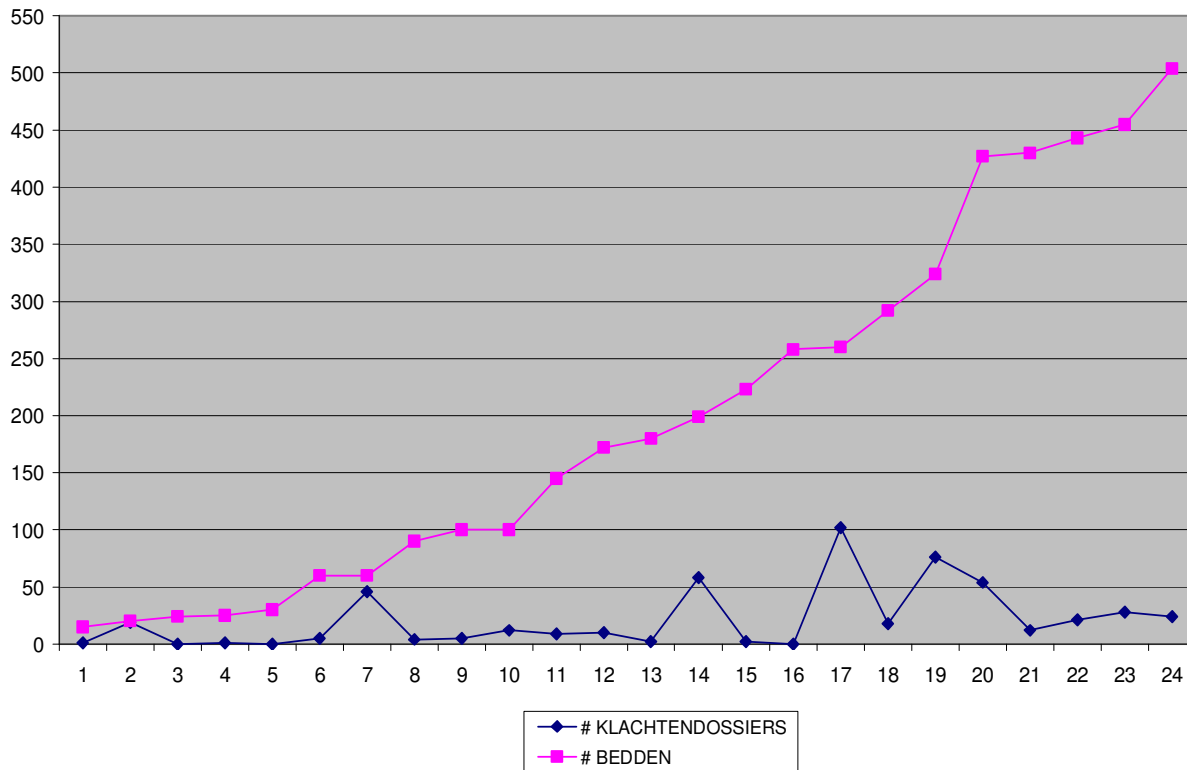
AANTAL KLACHTENDOSSIERS 2007	PZ FR
0-9	11
10-19	5
20-29	3
30-39	0
40-49	1
50-59	2
60-69	0
70-79	1
80-89	0
90-99	0
100-109	1
Eindtotaal	24

Uit deze tabel blijkt dat de ombudspersonen in 2007, met uitzondering van één ziekenhuis, uit alle psychiatrische ziekenhuizen minder dan 100 klachtendossiers ontvangen hebben, waarvan uit 46% van de ziekenhuizen minder dan tien klachtendossiers.

¹⁵ De waarde "0" komt in totaal 3 keer voor.

Uit de volgende figuur en tabel kunnen we overigens afleiden dat het aantal erkende bedden per Franstalig psychiatrisch ziekenhuis en het aantal klachtendossiers positief met elkaar correleren. De correlatie is echter minder sterk dan de correlatie tussen het aantal erkende bedden per algemeen ziekenhuis en het aantal klachtendossiers, en is statistisch niet significant.

Correlatie aantal erkende bedden en aantal klachtendossiers per PZ FR in 2007

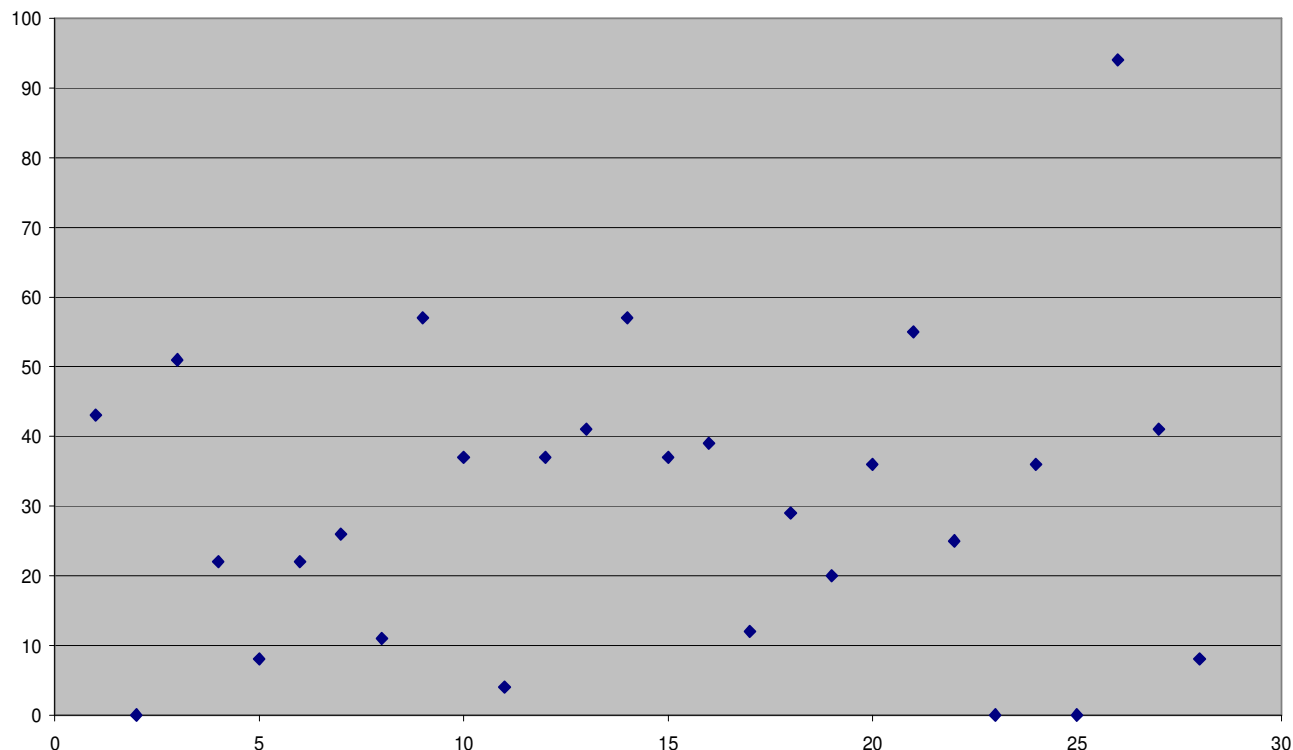


Pearson Correlation Coefficients, N = 24 Prob > r under H0: Rho=0		
	Klachtendossiers	Bedden
Klachtendossiers	1.00000	0.37422
Klachtendossiers		0.0716
Bedden	0.37422	1.00000
Bedden	0.0716	

- Uit de psychiatrische ziekenhuizen in **Vlaanderen** hebben de externe ombudspersonen in 2007 in totaal **855** meldingen met betrekking tot een **patiëntenrecht** geregistreerd.

Per psychiatrisch ziekenhuis varieert het aantal meldingen van 0 tot 94. Dit betekent een gemiddelde en een mediaan van 29 meldingen per psychiatrisch ziekenhuis. De waarde die het meest voorkomt, is gelijk aan "0"¹⁶.

Aantal meldingen per psychiatrisch ziekenhuis NL 2007



Basic Statistical Measures			
Location		Variability	
Mean	29.48276	Std Deviation	21.67227
Median	29.00000	Variance	469.68719
Mode	0.00000	Range	94.00000
		Interquartile Range	30.00000

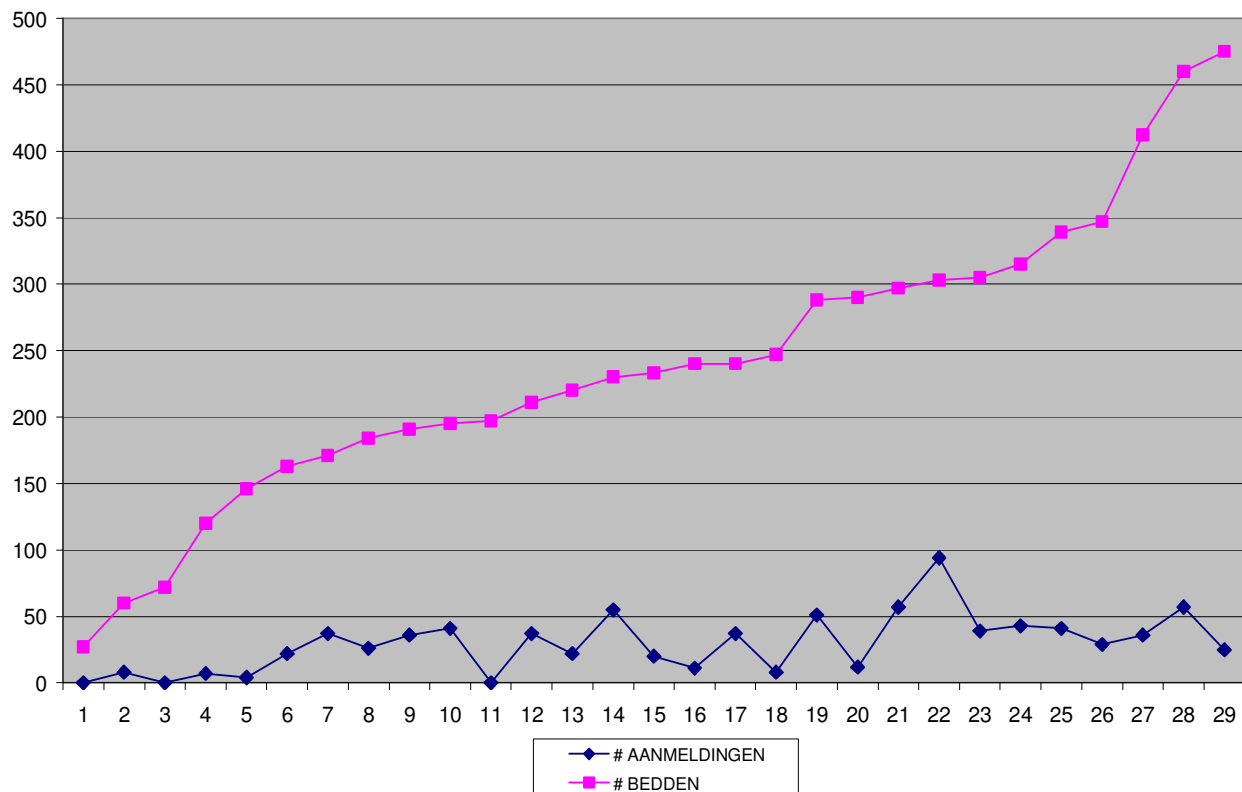
¹⁶ De waarde "0" komt in totaal 3 keer voor.

AANTAL AANMELDINGEN 2007	PZ NL
0-9	7
10-19	2
20-29	6
30-39	6
40-49	3
50-59	4
60-69	0
70-79	0
80-89	0
90-99	1
Eindtotaal	29

De bovenstaande tabel toont dat ook de ombudspersonen bij de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen in 2007 doorgaans weinig aanmeldingen uit de aangesloten psychiatrische ziekenhuizen ontvangen hebben. De psychiatrische ziekenhuizen met het minste aantal aanmeldingen doen uitsluitend een beroep op de diensten van een externe ombudsfunctie.

De positieve correlatie tussen het aantal erkende bedden per Nederlandstalig psychiatrisch ziekenhuis en het aantal aanmeldingen is overigens niet significant.

Correlatie aantal erkende bedden en aantal aanmeldingen per PZ NL in 2007



Pearson Correlation Coefficients, N = 29 Prob > r under H0: Rho=0		
	Aanmeldingen	Bedden
Aanmeldingen	1.00000	0.53520
Aanmeldingen		0.0028
Bedden	0.53520	1.00000
Bedden	0.0028	

- In verband met het **traject** van de klachten betreffende de rechten van de patiënt in de psychiatrische ziekenhuizen vermelden de ombudspersonen dat de patiënt zijn klacht rechtstreeks tot de ombudsdienst richt.

Om de bereikbaarheid en de zichtbaarheid van de ombudsfunctie te bevorderen, maken de Franstalige externe ombudspersonen gebruik van affiches, een groen telefoonnummer, een brievenbus en permanentie. Voor de patiënten worden er eveneens overlegmomenten voorzien, waar ze een eventueel hun ongenoegen kunnen meedelen aan een referentieverpleegkundige.

De externe ombudspersonen in Vlaanderen lichten toe dat ze elke klacht aanhoren, bij voorkeur tijdens een persoonlijk contact en dat ze de patiënt over het bemiddelingsproces informeren. Vervolgens bepaalt de patiënt wat er met de klacht gebeurt en met wie de klacht eventueel besproken wordt. Er wordt getracht te bemiddelen op het niveau waarop de klacht zich voordoet, met de rechtstreeks betrokken beroepsbeoefenaar. Indien de patiënt niet tevreden is met het resultaat van de tussenkomst van de ombudspersoon, wordt de patiënt ingelicht over andere afhandelingsmogelijkheden van zijn / haar klacht (de klacht melden op een hoger niveau, in beroep gaan of de Federale commissie voor de "Rechten van de patiënt" contacteren als de patiënt niet tevreden is over de werking van de ombudsdienst). Daarnaast worden alle medewerkers gestimuleerd om open te staan voor klachten en wordt er in de psychiatrische ziekenhuizen gewerkt met (een) toewijsverpleegkundige(n).

De meeste afdelingen hebben overigens specifieke overlegmomenten waarop patiënten eventuele problemen kunnen aankaarten (dagopeners en -afsluiters, patiënt staf meetings, weekendplanning en - evaluatiemomenten).

Ten slotte geeft een aantal ombudspersonen aan dat ze werknemer zijn van het overlegplatform waartoe de voorziening behoort. Vanuit het overlegplatform worden de ombudspersonen (fysiek) gedetacheerd naar de aangesloten voorzieningen om permanentie te voorzien voor de patiënten.

- Daarnaast werd de ombudspersonen de mogelijkheid geboden om in bijlage van het jaarverslag 2007 nog **verduidelijkingen** op te nemen in verband met de termijnen waarin de klachten zijn afgehandeld, in verband met activiteiten over andere klachten dan deze die de rechten van de patiënt betreffen, en over eigen initiatieven op vlak van preventie met het doel de therapeutische relatie of de communicatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar te verbeteren.

Omwille van het facultatief karakter van dit onderdeel in het jaarverslag hebben de ombudspersonen in beide taalgedeelten deze rubriek zeer summier ingevuld. Daardoor was het niet mogelijk om in verband met de hierboven vermelde onderwerpen algemene uitspraken te formuleren.

2.2/ Voorwerp van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet

- De jaarverslagen 2007 van de externe ombudspersonen in de psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen vermelden in totaal 825 voorwerpen van aanmeldingen. Dit aantal is lager dan het totaal aantal aanmeldingen (855).

Daar de Vlaamse externe ombudspersonen via de toepassing Go-between voor elk aangehaald patiëntenrecht een aparte melding registreren, zouden deze aantallen echter gelijk moeten zijn.

We stellen bijgevolg opnieuw vast dat bepaalde ombudspersonen verkeerde minimale gegevens ingegeven hebben met betrekking tot het aantal en het voorwerp van de aanmeldingen.

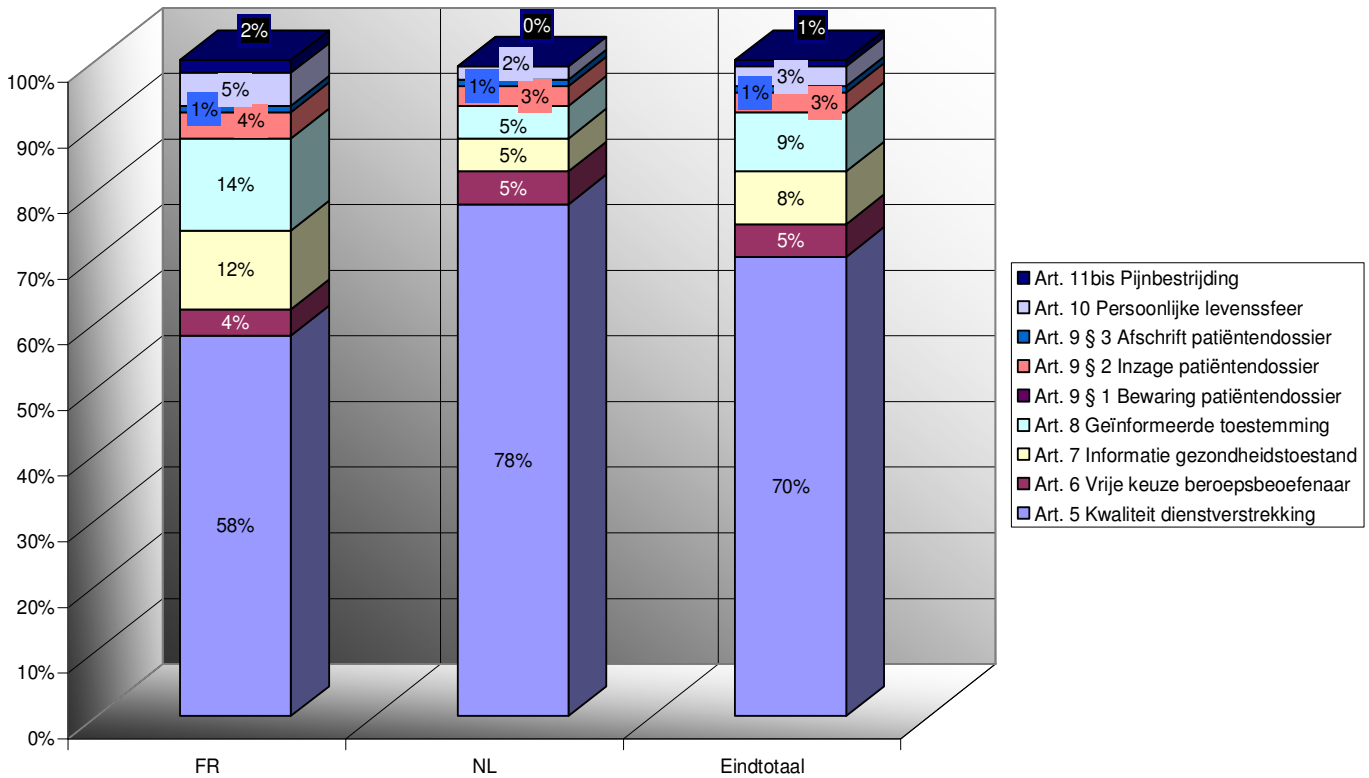
Aan Franstalige zijde is het totaal aantal voorwerpen van klachten (532) hoger dan het totaal aantal klachtendossiers (509), wat wel op correcte aantallen duidt (een klachtendossier kan meerdere rechten omvatten).

- Doordat de vraag naar het voorwerp van de klachten aparte meldingen met betrekking tot een patiëntenrecht beoogt, kunnen we de cijfergegevens van beide taalgedeeltes samenvoegen.

- De vraag naar het voorwerp van de klachten heeft de volgende cijfergegevens opgeleverd:

PZ VOORWERP VAN DE KLACHT 2007	TAAL		
	FR	NL	Eindtotaal
Art. 5 Kwaliteit dienstverlening	308 (58%)	645 (78%)	953 (70%)
Art. 6 Vrije keuze beroepsbeoefenaar	19 (4%)	43 (5%)	62 (5%)
Art. 7 Informatie gezondheidstoestand	63 (12%)	44 (5%)	107 (8%)
Art. 8 Geïnformeerde toestemming	74 (14%)	41 (5%)	115 (9%)
Art. 9 § 1 Bewaring patiëntendossier	1 (0%)	1 (0%)	2 (0%)
Art. 9 § 2 Inzage patiëntendossier	19 (4%)	22 (3%)	41 (3%)
Art. 9 § 3 Afschrift patiëntendossier	8 (1%)	10 (1%)	18 (1%)
Art. 10 Persoonlijke levenssfeer	28 (5%)	17 (2%)	45 (3%)
Art. 11bis Pijnbestrijding	12 (2%)	2 (0%)	14 (1%)
Eindtotaal	532 (100%)	825 (100%)	1357 (100%)

Voorwerp van de klacht PZ 2007



- Ondanks het uitvallen van gegevens in verband met kwaliteitsvol wonen en goede hotelservice, die in de gemeenschappelijke registratie van de externe ombudsfunctie in Vlaanderen (Go-between) wel opgenomen zijn, heeft het merendeel van de klachten / aanmeldingen betrekking op het **recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening** (70%).

Patiënten voeren in beperkte mate het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (9%) en het recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (8%) aan, met telkens een hoger aandeel in het Franstalige taalgedeelte.

Klachten / aanmeldingen in verband met het recht op afschrift van het patiëntendossier (1%) en het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg (1%) zijn zeer gering.

- Ook tussen de psychiatrische ziekenhuizen onderling zien we dat het gros van de klachten het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening betreft, met vervolgens heel wat minder klachten over de overige rechten van de patiënt.

- In verband met het type van **beroepsbeoefenaars** waarop de klachten / aanmeldingen uit de psychiatrische ziekenhuizen het meest betrekking hebben,

kunnen we geen uitspraken doen, daar geen enkele ombudspersoon deze facultatieve vraag beantwoord heeft.

2.3/ Resultaat van het optreden van de ombudspersoon in de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet

De belangrijkste vaststelling in verband met het resultaat van het optreden van de ombudspersoon in de klachtendossiers / aanmeldingen is dat **in een beperkt aantal klachtendossiers / aanmeldingen** (7% aan Franstalige zijde en 3% aan Nederlandstalige zijde), die in 2007 bij de ombudspersoon geopend werden¹⁷, **de patiënt geïnformeerd werd** over de alternatieven in verband met de behandeling de klacht / aanmelding.

Betekenen deze scores dat de bemiddeling voor het merendeel tot een door de patiënt gewenst resultaat geleid heeft of dat de ombudspersonen patiënten vrijwel niet over alternatieve afhandelingsmogelijkheden van hun klacht ingelicht hebben bij het gebrek aan het bereiken van een oplossing tussen de betrokken partijen?

Deze waarden dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden en bekeken te worden in combinatie met factoren zoals bezetting en bekendheid van de ombudsdienst in het ziekenhuis.

Bij de interpretatie is het bovendien belangrijk zich te realiseren dat wanneer een patiënt over alternatieven geïnformeerd wordt, dit niet betekent dat er tijdens het bemiddelingsproces geen vooruitgang geboekt werd.

2.4/ Moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen

Met betrekking tot de moeilijkheden die de externe ombudspersonen in verband met de uitoefening van hun opdrachten in de door hen bediende psychiatrische ziekenhuizen ondervinden, stellen we vast dat de inhoud van de verzonden toelichtingsformulieren zeer summier of soms identiek was aan de inhoud van de toelichtingsformulieren voor de jaarverslagen van de andere bij het provinciale overlegplatform aangesloten voorzieningen(soorten).

Het leek ons bijgevolg niet opportuun om de antwoorden in de toelichtingsformulieren te verwerken en te analyseren, daar dit een onvolledig en vertekend beeld van de ombudspraktijk zou geven.

Het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (I.P.S.O.F.) heeft in het jaarverslag 2007 over de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen¹⁸, (waarvan het secretariaat van de Federale commissie “Rechten van de patiënt” een

¹⁷ Deze percentages omvatten derhalve niet de 3 Franstalige en de 3 Nederlandstalige ziekenhuizen waarin er in 2007 geen klachtendossiers bij de ombudspersoon geopend werden (cf. modus, blz. 27 en 29).

¹⁸ Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie, *Jaarverslag 2007 externe ombudsfunctie GGZ Vlaanderen*, I.P.S.O.F., 2006, 110 p., <http://www.ombudsfunctieggz.be>.

exemplaar ontvangen heeft) evenwel een aantal algemene aanbevelingen en aandachtspunten over de organisatie van de ombudsfunctie en over de toepassing van de patiëntenrechten, die in meerdere voorzieningen(soorten) voorkwamen, gebundeld. Voor een samenvatting van deze aandachtspunten en aanbevelingen verwijzen we u graag naar dit jaarverslag¹⁹ of naar het uittreksel in bijlage²⁰.

De Franstalige externe ombudspersonen hebben aan het secretariaat van de Federale commissie eveneens een gemeenschappelijk document overgemaakt, dat een overzicht bevat van de moeilijkheden die ze in 2007 in de uitoefening van hun functie en in de toepassing van de patiëntenrechten vastgesteld hebben. Dit document kan u eveneens in bijlage²¹ raadplegen.

De moeilijkheden die beide Franstalige interne ombudspersonen in verband met de uitoefening van hun opdrachten geformuleerd hebben, werden niet in de analyse opgenomen, daar het niet zinvol was om uit deze moeilijkheden afzonderlijk conclusies te trekken.

2.5/ Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven en / of ter verbetering van de patiëntenrechtenwet

Zoals we hierboven al vermeld hebben, verwijzen we u voor een overzicht graag naar de gemeenschappelijke documenten van de externe ombudspersonen in bijlage.

¹⁹ *Ibidem*, p. 105 – 106.

²⁰ Zie bijlage I - Moeilijkheden en aanbevelingen van de externe ombudsfunctie in Vlaanderen.

²¹ Zie bijlage II - Moeilijkheden en aanbevelingen van de Franstalige externe ombudsfunctie.

Conclusie

Dit onderdeel beoogt een bondig overzicht van de voornaamste vaststellingen uit de jaarverslagen 2007 van de externe ombudsfunctie “Rechten van de patiënt” in de psychiatrische ziekenhuizen in België.

Met de nodige voorzichtigheid kunnen wij de volgende conclusies trekken:

- Het **totaal aantal klachtendossiers uit de Franstalige psychiatrische ziekenhuizen**, die bij de ombudsdienst geopend zijn en die met de patiëntenrechtenwet verband houden, bedraagt in 2007 **509**, met een mediaan van 11 dossiers per psychiatrisch ziekenhuis.

Uit de Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen hebben de externe ombudspersonen **in totaal 855 “aanmeldingen”** met betrekking tot een patiëntenrecht ontvangen, met een mediaan van 29 meldingen per psychiatrisch ziekenhuis. (zie 2.1)

Deze klachten worden rechtstreeks naar de ombudspersoon verwezen en door hem/haar afgehandeld.

- Net zoals in 2007, roepen patiënten uit de psychiatrische ziekenhuizen voor het merendeel het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening** in. (zie 2.2)
- De belangrijkste vaststelling aangaande het **resultaat van het optreden van de ombudspersoon** is dat in een beperkt aantal klachtendossiers / meldingen, die in het 2007 bij de ombudspersoon geopend werden, de patiënt geïnformeerd werd over de alternatieven in verband met de behandeling van de klacht / melding. (zie 2.3)
- In beide taalgedeelten hebben de externe ombudspersonen een **gezamenlijk document** opgesteld en aan het secretariaat van de Federale commissie “Rechten van de patiënt” overgemaakt, dat een overzicht omvat van de **moeilijkheden** die de zij in de uitvoering van hun opdrachten ondervonden hebben, alsook van hun **aanbevelingen** om deze te verhelpen. Deze documenten kunt u in bijlage van deze analyse raadplegen. (zie bijlagen I en II)

3/ Initiatieven van beschut wonen

Inleiding

- Het secretariaat van de Federale commissie ontving van 65 initiatieven van beschut wonen, die bij een overlegplatform aangesloten zijn, een uiteindelijk verifieerbaar jaarverslag.

Daarnaast heeft een initiatief beschut wonen, dat niet bij een overlegplatform aangesloten is, een jaarverslag overgemaakt, hoewel het daartoe niet wettelijk verplicht is.

Uit de minimale gegevens blijkt dat, net zoals de vorige jaren, de ombudspersonen jaarlijks bijna geen meldingen / klachten in verband met de rechten van de patiënt uit deze voorzieningen ontvangen.

Daarnaast is de inhoud van de verzonden toelichtingsformulieren zeer summier of soms identiek aan de inhoud van de toelichtingsformulieren voor de jaarverslagen van de andere bij het provinciale overlegplatform aangesloten voorzieningen(soorten). Gegeven de beperkte inhoud van de verzonden jaarverslagen kunnen we ons hierbij opnieuw de vraag stellen in hoeverre een afzonderlijk jaarverslag in verband met de ombudsfunctie in deze voorzieningensoort voor de ombudspersonen zinvol leek, gezien het kleine aantal meldingen / klachten uit deze voorzieningensoorten en gezien de mogelijke herkenbaarheid van de meldingen / klachten en van de melders / klagers.

- De onderstaande analyse is gebaseerd op de (39 Nederlandstalige en 26 Franstalige) jaarverslagen 2007 van de initiatieven van beschut wonen, die het klachtrecht van de patiënt via één van de dertien overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg garanderen.

3.1/ Overzicht van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet

- In Vlaanderen maken de externe ombudspersonen allemaal gebruik van het **registratiesysteem** Go-between.

Aan Franstalige zijde beschikken de externe ombudspersonen over een eigen (58%) of geen registratiesysteem (42%).

- Het **totaal aantal klachtendossiers / meldingen** in verband met de rechten van de patiënt, die de ombudspersoon uit de initiatieven van beschut wonen ontvangen heeft, blijft erg **gering**.

In 2007 hebben de Franstalige externe ombudspersonen in totaal 20 klachtendossiers geopend, die uit 7 (van de 26) aangesloten initiatieven van beschut wonen, die een verifieerbaar jaarverslag verzonden hebben, afkomstig zijn.

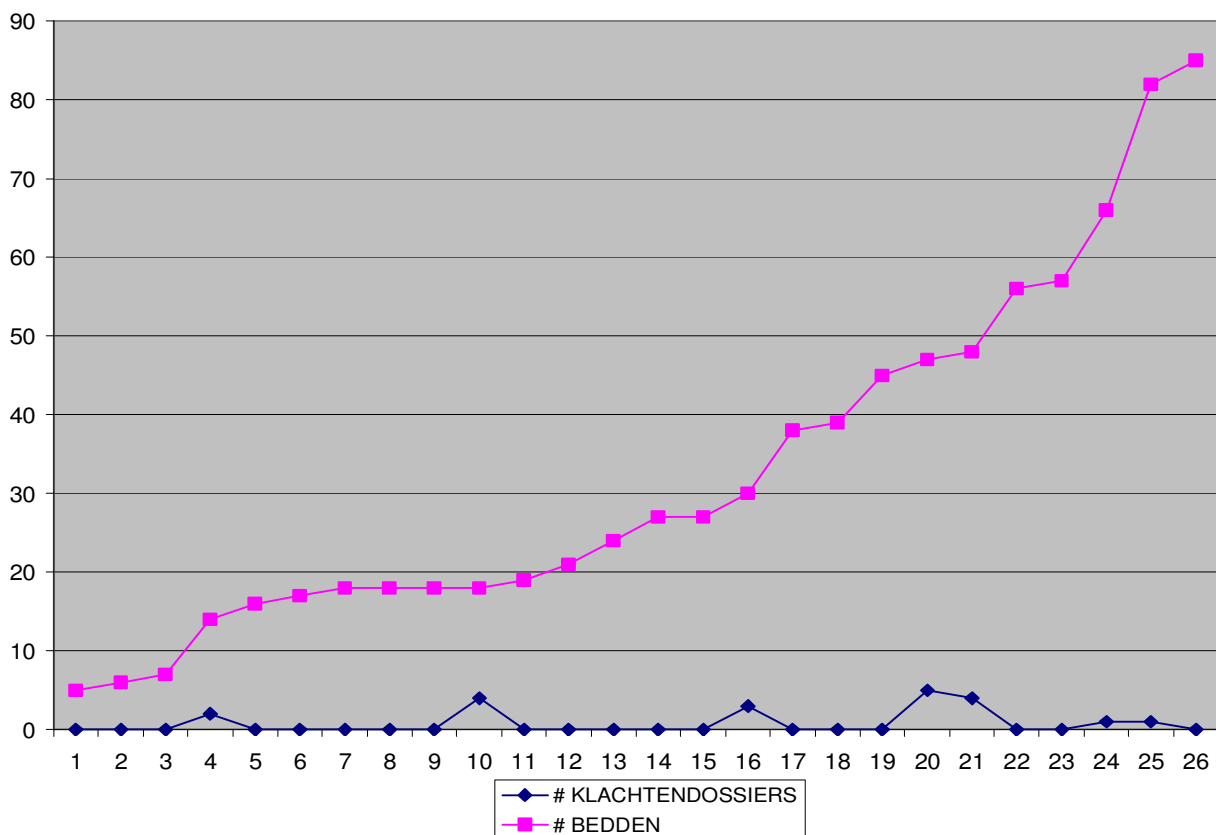
In Vlaanderen ontvingen de externe ombudspersonen in 2007 uit 14 (van de 39) samenwerkingsverbanden beschut wonen in totaal 25 aanmeldingen met betrekking tot een patiëntenrecht.

Gegeven dit geringe aantal klachtendossiers / aanmeldingen is het overigens weinig zinvol om deze gegevens te koppelen aan het aantal erkende bedden, daar het aantal klachtendossiers / aanmeldingen quasi constant blijft (de meest voorkomende waarde is gelijk aan "0"), ondanks de variatie in het aantal bedden.

De onderstaande figuren tonen dan ook een zwakke correlatie tussen het aantal erkende bedden per samenwerkingsverband beschut wonen en het aantal klachtendossiers / aanmeldingen, die overigens statistisch niet significant is. Opdat deze variabelen zouden kunnen correleren, hebben we meer variatie in het aantal klachtendossiers / aanmeldingen nodig.

- Aan Franstalige zijde:

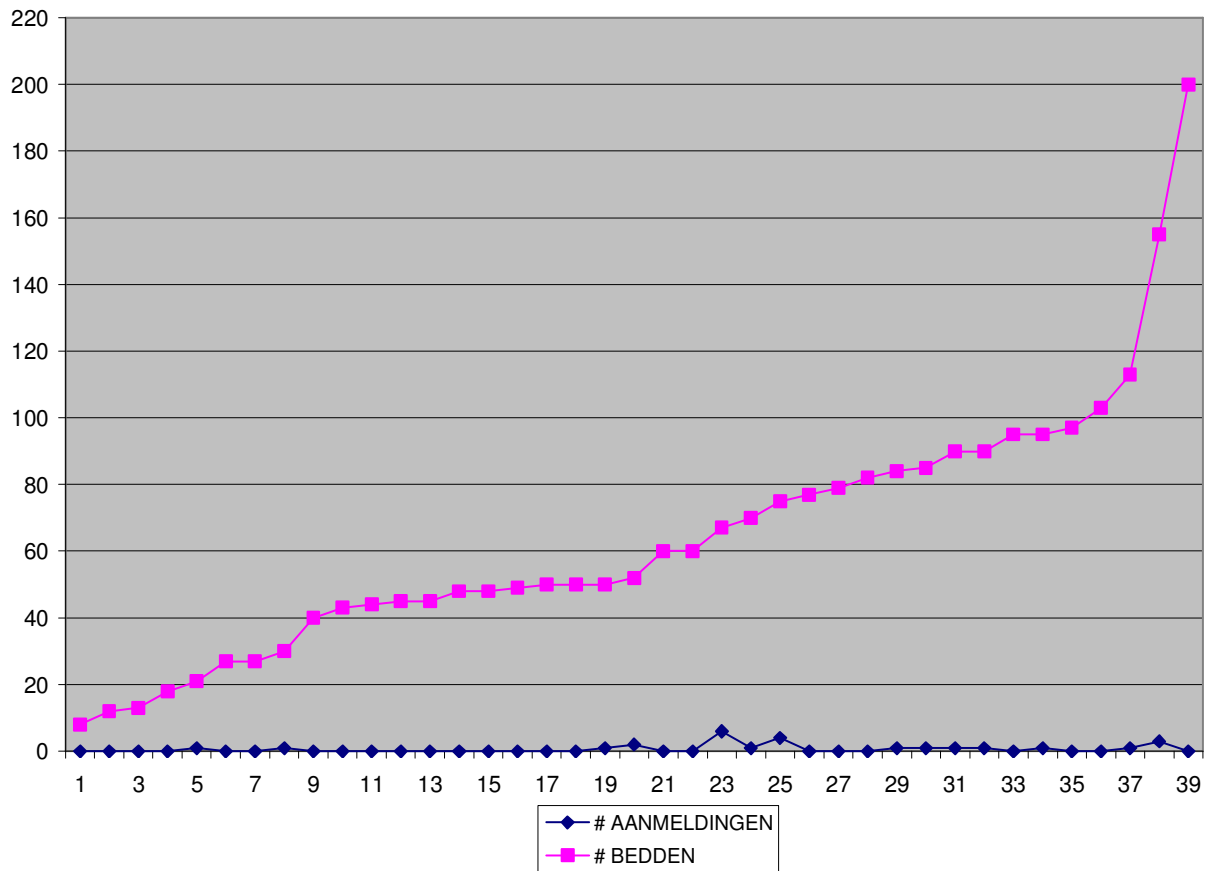
Correlatie aantal erkende bedden en aantal klachtendossiers per IBW FR in 2007



Pearson Correlation Coefficients, N = 26 Prob > r under H0: Rho=0		
	Klachtendossiers	Bedden
Klachtendossiers	1.00000	0.13440 0.5127
Bedden	0.13440 0.5127	1.00000

- Aan Nederlandstalige zijde:

Correlatie aantal erkende bedden en aantal aanmeldingen per IBW NL in 2007



Pearson Correlation Coefficients, N = 39 Prob > r under H0: Rho=0		
	Aanmeldingen	Bedden
Aanmeldingen	1.00000	0.21780 0.1829
Bedden	0.21780 0.1829	1.00000

- In verband met het **traject** van de klachten betreffende de rechten van de patiënt in de initiatieven van beschut wonen vermelden de ombudspersonen dat de patiënt zijn klacht rechtstreeks tot de ombudsdienst richt. Dit kan telefonisch, tijdens de spreekuren die op affiches en in folders vermeld worden, of schriftelijk via een brievenbus in de voorziening.

Daarnaast kunnen de patiënten met hun vragen en klachten terecht bij de beroepsbeoefenaars en bij de begeleiding, individueel of op bewonersvergaderingen.

- Daarnaast werd de ombudspersonen de mogelijkheid geboden om in bijlage van het jaarverslag 2007 nog **verduidelijkingen** op te nemen in verband met de termijnen waarin de klachten zijn afgehandeld, in verband met activiteiten over andere klachten dan deze die de rechten van de patiënt betreffen, en over eigen initiatieven op vlak van preventie met het doel de therapeutische relatie of de communicatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar te verbeteren.

Omwille van het facultatief karakter van dit onderdeel in het jaarverslag hebben de ombudspersonen in beide taalgedeelten deze rubriek zeer summier ingevuld. Daardoor was het niet mogelijk om in verband met de hierboven vermelde onderwerpen algemene uitspraken te formuleren.

3.2/ Voorwerp van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet

- Gebruikers van samenwerkingsverbanden beschut wonen roepen het meest het **recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening** in (64%).

In mindere mate voeren zij nog het recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (11%), het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand (9%) en het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (9%) aan.

- In verband met de **beroepsbeoefenaars** waarop de klachten / meldingen uit de initiatieven van beschut wonen het meest betrekking hebben, kunnen we geen

uitspraken doen, daar geen enkele ombudspersoon deze facultatieve vraag beantwoord heeft.

3.3/ Moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen

Met betrekking tot de moeilijkheden die de externe ombudspersonen in verband met de uitoefening van hun opdrachten in de door hen bediende initiatieven van beschut wonen ondervinden, stellen we vast dat de inhoud van de verzonden toelichtingsformulieren zeer summier of soms identiek was aan de inhoud van de toelichtingsformulieren voor de jaarverslagen van de andere bij het provinciale overlegplatform aangesloten voorzieningen(soorten).

Het leek ons bijgevolg niet opportuun om de antwoorden in de toelichtingsformulieren te verwerken en te analyseren, daar dit een onvolledig en vertekend beeld van de ombudspraktijk zou geven.

Het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (I.P.S.O.F.) heeft in het jaarverslag 2007 over de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen²², waarvan het secretariaat van de Federale commissie "Rechten van de patiënt" een exemplaar ontvangen heeft, evenwel een aantal algemene aanbevelingen en aandachtspunten over de organisatie van de ombudsfunctie en over de toepassing van de patiëntenrechten, die in meerdere voorzieningen(soorten) voorkwamen, gebundeld. Voor een samenvatting van deze aandachtspunten en aanbevelingen verwijzen we u graag naar dit jaarverslag²³ of naar het uittreksel in bijlage²⁴.

De Franstalige externe ombudspersonen hebben aan het secretariaat van de Federale commissie eveneens een gemeenschappelijk document overgemaakt, dat een overzicht bevat van de moeilijkheden die ze in 2007 in de uitoefening van hun functie en in de toepassing van de patiëntenrechten vastgesteld hebben. Dit document kan u eveneens in bijlage²⁵ raadplegen.

3.4/ Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven en / of ter verbetering van de patiëntenrechtenwet

Zoals we hierboven al vermeld hebben, verwijzen we u voor een overzicht graag naar de gemeenschappelijke documenten van de externe ombudspersonen in bijlage.

²² Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie, *Jaarverslag 2007 externe ombudsfunctie GGZ Vlaanderen*, I.P.S.O.F., 2006, 110 p., <http://www.ombudsfunctieggz.be>.

²³ *Ibidem*, p. 105 – 106.

²⁴ Zie bijlage I - Moeilijkheden en aanbevelingen van de externe ombudsfunctie in Vlaanderen.

²⁵ Zie bijlage II - Moeilijkheden en aanbevelingen van de Franstalige externe ombudsfunctie.

Conclusie

In verband met de uitoefening van de ombudsfunctie in de initiatieven van beschut wonen, die bij een overlegplatform geestelijke gezondheidszorg aangesloten zijn, kunnen we voor het kalenderjaar 2007 de volgende conclusies trekken:

- In Vlaanderen maken de externe ombudspersonen allemaal gebruik van het **registratiesysteem** Go-between. Aan Franstalige zijde beschikken de externe ombudspersonen over een eigen of geen registratiesysteem.

In beide taalgedeelten blijft **het totaal aantal klachtendossiers / aanmeldingen** in verband met de rechten van de patiënt, die de ombudspersoon uit de initiatieven van beschut wonen ontvangen heeft, **erg gering** (20 klachtendossiers aan Franstalige zijde en 25 aanmeldingen in Vlaanderen).

Tussen het aantal erkende bedden en het aantal klachtendossiers / aanmeldingen per voorziening bestaat er geen statistisch significant verband. (zie 3.1)

Patiënten richten hun klacht met betrekking tot de patiëntenrechtenwet rechtstreeks tot de ombudspersoon.

- Gebruikers van samenwerkingsverbanden beschut wonen roepen het meest **het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking** in. (zie 3.2)
- In beide taalgedeelten hebben de externe ombudspersonen een **gezamenlijk document** opgesteld en aan het secretariaat van de Federale commissie "Rechten van de patiënt" overgemaakt, dat een overzicht omvat van de **moeilijkheden** die de zij in de uitvoering van hun opdrachten ondervonden hebben, alsook van hun **aanbevelingen** om deze te verhelpen. Deze documenten kan u in bijlage van deze analyse raadplegen. (zie bijlagen I en II).

4/ Psychiatrische verzorgingstehuizen

Inleiding

- Het secretariaat van de Federale commissie ontving van 33 psychiatrische verzorgingstehuizen, die bij het provinciale overlegplatform aangesloten zijn, een uiteindelijk verifieerbaar jaarverslag.

Daarnaast hebben twee psychiatrische verzorgingstehuizen, die niet bij een overlegplatform aangesloten zijn, een jaarverslag overgemaakt, hoewel ze daartoe niet wettelijk verplicht zijn.

Uit de minimale gegevens blijkt opnieuw dat de ombudspersonen uit deze voorzieningen jaarlijks bijna geen meldingen / klachten in verband met de rechten van de patiënt ontvangen, en de verzonden toelichtingsformulieren hernemen (grotendeels) de inhoud van de toelichtingsformulieren van de andere bij het provinciale overlegplatform aangesloten voorzieningen(soorten).

- De onderstaande analyse is gebaseerd op de (20 Nederlandstalige en 13 Franstalige) jaarverslagen 2007 van de psychiatrische verzorgingstehuizen, die het klachtrecht van de patiënt via één van de dertien overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg garanderen.

4.1/ Overzicht van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet

- In Vlaanderen maken de externe ombudspersonen allemaal gebruik van het **registratiesysteem** Go-between.

Aan Franstalige zijde beschikken de externe ombudspersonen over een eigen (62%) of geen registratiesysteem (38%).

- Net zoals het voor de initiatieven van beschut wonen het geval was, blijft het **totaal aantal meldingen / klachtendossiers** in verband met de rechten van de patiënt, die de ombudspersoon ontvangen heeft, **laag**.

In 2007 hebben de Franstalige externe ombudspersonen in totaal 38 klachtendossiers geopend, die afkomstig zijn uit 6 (van de 13) aangesloten psychiatrische verzorgingstehuizen met een verifieerbaar jaarverslag.

In Vlaanderen ontvingen de externe ombudspersonen uit 9 (van de 20) aangesloten psychiatrische verzorgingstehuizen in totaal 29 meldingen met betrekking tot een patiëntenrecht.

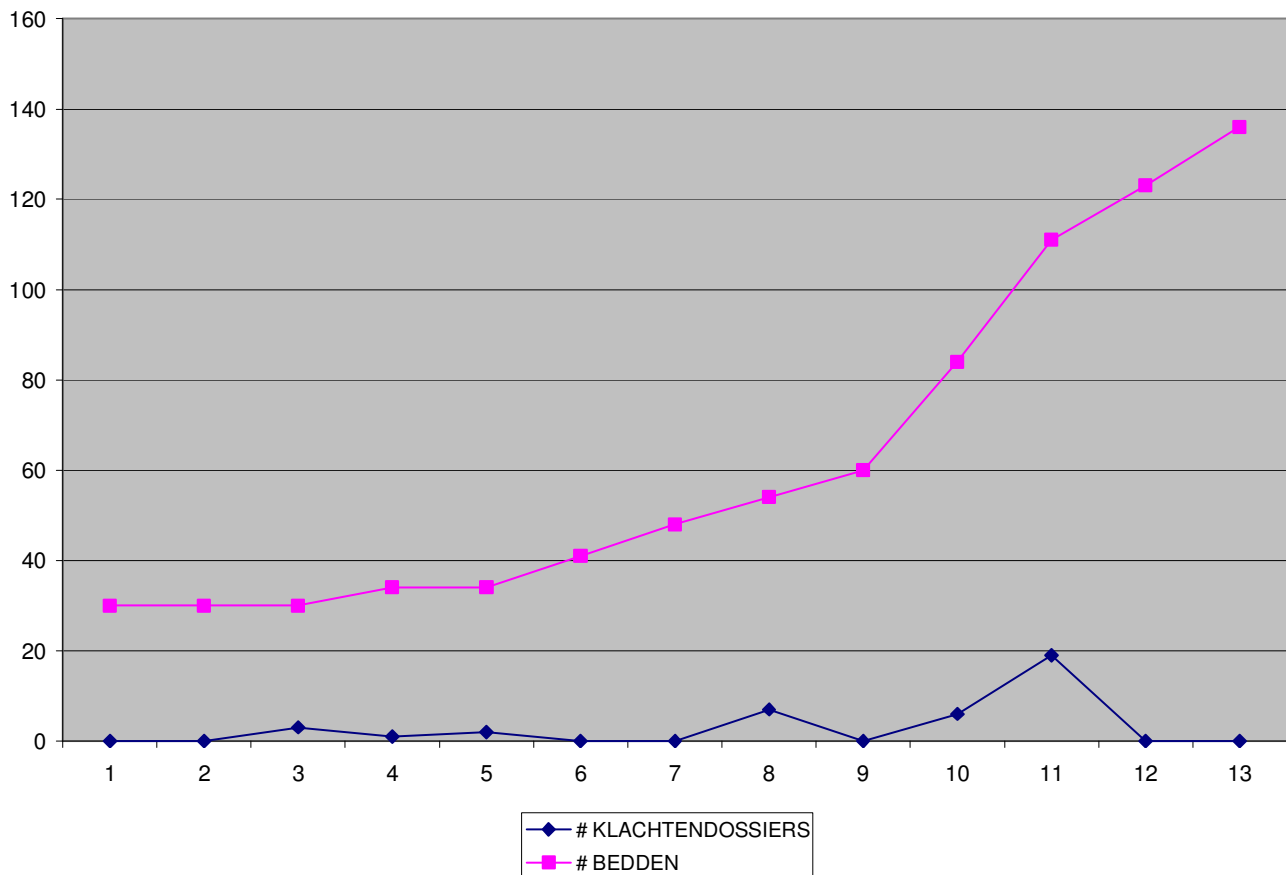
Gegeven dit geringe aantal klachtendossiers / meldingen is het overigens weinig zinvol om deze gegevens te koppelen aan het aantal erkende bedden, daar het aantal

klachtendossiers / aanmeldingen quasi constant blijft (de meest voorkomende waarde is gelijk aan "0"), ondanks de variatie in het aantal bedden.

De onderstaande figuren tonen dan ook een zwakke correlatie tussen het aantal erkende bedden per psychiatrisch verzorgingstehuis en het aantal klachtendossiers / aanmeldingen, die overigens statistisch niet significant is. Opdat deze variabelen zouden kunnen correleren, hebben we meer variatie in het aantal klachtendossiers / aanmeldingen nodig.

- Aan Franstalige zijde:

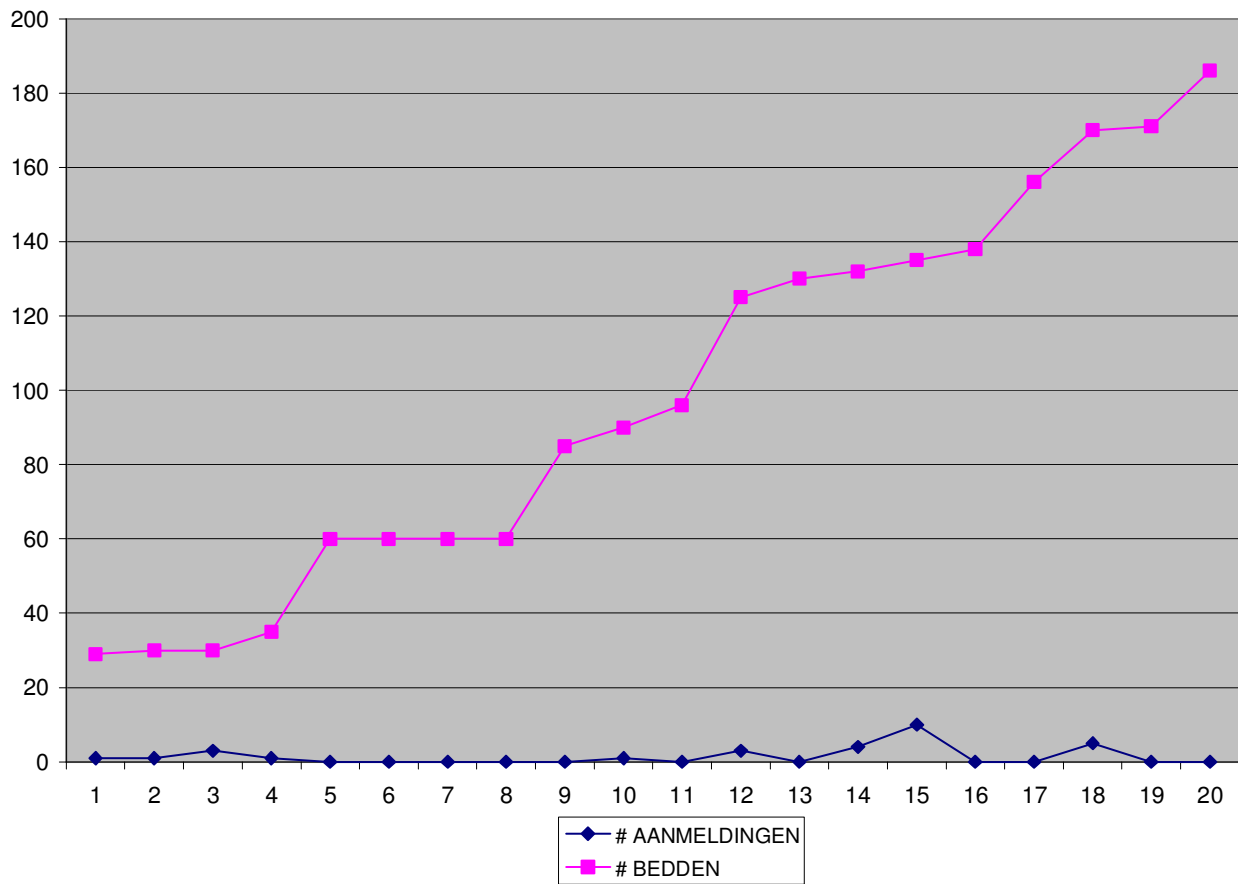
Correlatie aantal erkende bedden en aantal klachtendossiers per PVT FR in 2007



Pearson Correlation Coefficients, N = 13 Prob > r under H0: Rho=0		
	Klachtendossiers	Bedden
Klachtendossiers	1.00000	0.32476
Bedden	0.32476	1.00000

- Aan Nederlandstalige zijde:

Correlatie aantal erkende bedden en aantal aanmeldingen per PVT NL in 2007



Pearson Correlation Coefficients, N = 20 Prob > r under H0: Rho=0		
	Aanmeldingen	Bedden
Aanmeldingen	1.00000	0.20396 0.3884
Bedden	0.20396 0.3884	1.00000

- In verband met het **traject** van de klachten betreffende de rechten van de patiënt in de psychiatrische verzorgingstehuizen vermelden de ombudspersonen dat de patiënt zijn klacht rechtstreeks tot de ombudsdienst richt. Dit kan telefonisch, tijdens de spreekuren die op affiches en in folders vermeld worden, of schriftelijk via een brievenbus in de voorziening.

Daarnaast kunnen de patiënten met hun vragen en klachten terecht bij de beroepsbeoefenaars en bij de begeleiding, individueel of op bewonersvergaderingen.

- Daarnaast werd de ombudspersonen de mogelijkheid geboden om in bijlage van het jaarverslag 2007 nog **verduidelijkingen** op te nemen in verband met de termijnen waarin de klachten zijn afgehandeld, in verband met activiteiten over andere klachten dan deze die de rechten van de patiënt betreffen, en over eigen initiatieven op vlak van preventie met het doel de therapeutische relatie of de communicatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar te verbeteren.

Omwille van het facultatief karakter van dit onderdeel in het jaarverslag hebben de ombudspersonen in beide taalgedeelten deze rubriek zeer summier ingevuld. Daardoor was het niet mogelijk om in verband met de hierboven vermelde onderwerpen algemene uitspraken te formuleren.

4.2/ Voorwerp van de klachten met betrekking tot de patiëntenrechtenwet

- Gebruikers van de psychiatrische verzorgingstehuizen roepen het meest het **recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking** in (50%), met een hoger aandeel in Vlaanderen, gevolgd door het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand (18%) en het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (15%).

Patiënten voeren in mindere mate het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (7%) en het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (6%) aan.

- In verband met de **beroepsbeoefenaars** waarop de klachten / aanmeldingen uit de psychiatrische verzorgingstehuizen het meest betrekking hebben, kunnen we geen uitspraken doen, daar geen enkele ombudspersoon deze facultatieve vraag beantwoord heeft.

4.3/ Moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen

Met betrekking tot de moeilijkheden die de externe ombudspersonen in verband met de uitoefening van hun opdrachten in de door hen bediende psychiatrische verzorgingstehuizen ondervinden, stellen we vast dat de inhoud van de verzonden toelichtingsformulieren zeer summier of soms identiek was aan de inhoud van de toelichtingsformulieren voor de jaarverslagen van de andere bij het provinciale overlegplatform aangesloten voorzieningen(soorten).

Het leek ons bijgevolg niet opportuun om de antwoorden in de toelichtingsformulieren te verwerken en te analyseren, daar dit een onvolledig en vertekend beeld van de ombudspraktijk zou geven.

Het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (I.P.S.O.F.) heeft in het jaarverslag 2007 over de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen²⁶, waarvan het secretariaat van de Federale commissie “Rechten van de patiënt” een exemplaar ontvangen heeft, evenwel een aantal algemene aanbevelingen en aandachtspunten over de organisatie van de ombudsfunctie en over de toepassing van de patiëntenrechten, die in meerdere voorzieningen(soorten) voorkwamen, gebundeld. Voor een samenvatting van deze aandachtspunten en aanbevelingen verwijzen we u graag naar dit jaarverslag²⁷ of naar het uittreksel in bijlage²⁸.

De Franstalige externe ombudspersonen hebben aan het secretariaat van de Federale commissie eveneens een gemeenschappelijk document overgemaakt, dat een overzicht bevat van de moeilijkheden die ze in 2007 in de uitoefening van hun functie en in de toepassing van de patiëntenrechten vastgesteld hebben. Dit document kan u eveneens in bijlage²⁹ raadplegen.

4.4/ Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven en / of ter verbetering van de patiëntenrechtenwet

Zoals we hierboven al vermeld hebben, verwijzen we u voor een overzicht graag naar de gemeenschappelijke documenten van de externe ombudspersonen in bijlage.

²⁶ Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie, *Jaarverslag 2007 externe ombudsfunctie GGZ Vlaanderen*, I.P.S.O.F., 2006, 110 p., <http://www.ombudsfunctieggz.be>.

²⁷ *Ibidem*, p. 105 – 106.

²⁸ Zie bijlage I - Moeilijkheden en aanbevelingen van de externe ombudsfunctie in Vlaanderen.

²⁹ Zie bijlage II - Moeilijkheden en aanbevelingen van de Franstalige externe ombudsfunctie.

Conclusie

In verband met de uitoefening van de ombudsfunctie in de psychiatrische verzorgingstehuizen, die bij een overlegplatform geestelijke gezondheidszorg aangesloten zijn, kunnen we voor het kalenderjaar 2007 de volgende conclusies trekken:

- In Vlaanderen maken de externe ombudspersonen allemaal gebruik van het **registratiesysteem** Go-between. Aan Franstalige zijde beschikken de externe ombudspersonen over een eigen of geen registratiesysteem.

In beide taalgedeelten blijft **het totaal aantal klachtendossiers / aanmeldingen** in verband met de rechten van de patiënt, die de ombudspersoon uit de initiatieven van beschut wonen ontvangen heeft, **erg gering** (38 klachtendossiers aan Franstalige zijde en 29 aanmeldingen in Vlaanderen).

Tussen het aantal erkende bedden en het aantal klachtendossiers / aanmeldingen per voorziening bestaat er geen statistisch significant verband. (zie 4.1)

Patiënten richten hun klacht met betrekking tot de patiëntenrechtenwet rechtstreeks tot de ombudspersoon.

- Gebruikers van psychiatrische verzorgingstehuizen roepen het meest **het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking** in. (zie 4.2)
- In beide taalgedeelten hebben de externe ombudspersonen een **gezamenlijk document** opgesteld en aan het secretariaat van de Federale commissie "Rechten van de patiënt" overgemaakt, dat een overzicht omvat van de **moeilijkheden** die de zij in de uitvoering van hun opdrachten ondervonden hebben, alsook van hun **aanbevelingen** om deze te verhelpen. Deze documenten kan u in bijlage van deze analyse raadplegen. (zie bijlagen I en II).

BIJLAGE I:

Moeilijkheden en aanbevelingen van de externe ombudsfunctie in Vlaanderen

5. AANDACHTSPUNTEN, AANBEVELINGEN EN SLOTBESCHOUWINGEN³⁰

5.1. Algemeen

Na 2005 en 2006 was 2007 het derde volledige 'ombudsjaar'.

Volledig moet hier vooral worden begrepen als een jaar met een werking in alle Vlaamse provincies gedurende 12 kalendermaanden. Verder in tekst wordt hier op terug gekomen in enkele beschouwingen over de organisatie van de ombudsfunctie.

De cijfers van deze drie werkingsjaren zijn onderling vergelijkbaar in die zin dat ze voortkomen uit een registratiesysteem dat reeds meer dan drie jaar wordt gebruikt.

Toch is het uitermate hachelijk om tendensen te onderscheiden en verklaringen te geven voor verschillen. Het is onmogelijk om uitspraken te doen over een eventueel effect van het ombudswerk op het kwaliteitsbeleid van GGZ-organisaties, al hoopt iedere betrokkene in stilte natuurlijk dat dit er wel zal zijn. Normaal gesproken mag alleszins worden verwacht dat GGZ-organisaties hun beleid bijsturen op basis van feedback vanuit het ombudswerk en dat individuele hulpverleners stilstaan bij meldingen waarbij ze betrokken waren en hier eventueel conclusies aan verbinden.

Dit jaarverslag leent zich niet tot een diepgaande analyse en nog minder tot een evaluatie van het ombudswerk. Een echte evaluatie gebeurt liefst door een onafhankelijke externe instantie en met gebruik van valide instrumenten.

Het aantal meldingen in 2007 voor gans Vlaanderen bedroeg 1872 (waarvan er 27 werden doorverwezen) of 121 minder dan in 2006. In een kleine 60 % van de gevallen, werd een interventie van een ombudspersoon gevraagd. Van de echte bemiddelingen gebeurde 79 % in een tweegesprek tussen de ombudspersoon en de betrokken hulpverlener zonder rechtstreekse betrokkenheid van de patiënt of cliënt. Vooral dit laatste cijfer vormt stof tot nadenken en mogelijke discussie over visie en gehanteerde methodiek.

Wat de meldingen zelf betreft, komt ongeveer dezelfde top tien naar voren als in 2006. Van deze top tien werden de eerste vijf uitvoerig besproken in het jaarverslag van 2006 dat nog altijd raadpleegbaar is op de website van de ombudsfunctie.

87,2 % van de meldingen had betrekking op een patiëntenrecht, 75 % hiervan ging over kwaliteitsvolle dienstverlening.

³⁰ Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie, *Jaarverslag 2007 externe ombudsfunctie GGZ Vlaanderen*, I.P.S.O.F., 2006, p. 102-110, <http://www.ombudsfunctieggz.be>.

Aanbevelingen en aandachtspunten

In jaarverslagen voor de overheid en op niveau van GGZ-organisaties, worden concrete aanbevelingen geformuleerd, onder meer ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven (art. 11) en/of ter verbetering van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

Hieronder geven er beknopt enkele mee, waarvan mag worden verondersteld dat ze gelden in alle provincies. Het betreft hier niet de weergave van een ultieme en diepgaande analyse, maar van een aantal beschouwingen rond aspecten inzake de wet betreffende de rechten van de patiënt en de ombudspraktijk.

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking (art. 5)

Gedwongen opname blijft voor heel wat patiënten een vrij traumatische gebeurtenis. Goed communiceren, zowel over de bestaande juridische mogelijkheden (*rechtsbijstand, vertrouwenspersoon*) als over de mogelijkheden om de vrijheidsbeperkingen aan te passen aan de individuele situatie blijft belangrijk.

Er is blijvende aandacht nodig voor de (bekendmaking van) rechten die patiënten ook binnen de gedwongen opname hebben (*bv. kunnen bellen naar advocaat, eigen psychiater, vertrouwenspersoon*).

De mogelijkheden om op een constructieve manier de rechtspositie van de patiënt te versterken binnen de procedure van de gedwongen opname worden best verder onderzocht.

Visieontwikkeling inzake zorg op maat, een dynamisch beleid en goede communicatie blijft nodig.

Het recht op vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (art. 6)

In de praktijk van de psychiatrische voorzieningen is er zelden vrije keuze van beroepsbeoefenaar. De uitoefening van dit patiëntenrecht blijft dus problematisch. Een aantal hulpverleners behoren niet tot de erkende beroepsbeoefenaars. Strikt genomen beperkt de opdracht van de ombudspersoon zich tot situaties waarbij beroepsbeoefenaars betrokken zijn. In de praktijk zijn er veel meer en zeer relevante aanmeldingen waarbij niet erkende beroepsbeoefenaars betrokken zijn.

De patiëntenrechtenwet wordt best uitgebreid tot iedereen werkzaam in een erkende voorziening of zorgpraktijk.

Het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand (art. 7)

Merkwaardig genoeg zijn er hierover relatief weinig aanmeldingen. Binnen de aanmeldingen zijn er meer algemene informatieve vragen dan vragen over het strikte recht op informatie zoals bepaald in de wet.

Het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (art. 8)

Een aantal patiënten heeft het moeilijk met gedwongen medicatie. Het blijft een heikel punt in de psychiatrie. De bemiddelingsruimte van de ombudspersoon is hier beperkt tot het aansporen tot blijven informeren en communiceren over dit probleem. Als aanbeveling kan hier ook gelden dat er een goede en duidelijke regelgeving wordt ontwikkeld inzake dwangbehandeling.

Het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier (art. 9 § 1)

Er zijn soms problemen met het terugvinden van patiëntendossiers van lang geleden of medische dossiers van artsen die al sedert lang niet meer in het ziekenhuis werken.

Het recht op inzage van het patiëntendossier alleen (art. 9 § 2)

Vaak weten patiënten/cliënten niet dat zij recht hebben op inzage of afschrift van het dossier, ook al stellen er zich hier in de praktijk geen problemen en is dat recht in de praktijk wel gegarandeerd. De patiënt kan over dit recht worden geïnformeerd via verduidelijking in de onthaalbrochure of bij kennismaking met de afdeling bij opname.

Het recht op afschrift van het patiëntendossier (art. 9 § 3)

Geen specifieke opmerkingen of aanbevelingen.

Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)

Klachten over bv. indiscretie van logistiek of administratief personeel komen soms voor. Ook voor het onthaal is het niet altijd eenvoudig om weten of ze iemand kunnen doorschakelen of verwijzen naar een afdeling. Blijvende aandacht en navorming voor alle personen die in contact komen met of informatie krijgen over patiënten verdient aanbeveling.

Het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg (art. 11bis)

Geen specifieke opmerkingen of aanbevelingen.

Het systeem van de vertegenwoordiging van de patiënt (art. 12-15)

De mogelijkheid een vertegenwoordiger en/of een vertrouwenspersoon in te schakelen is weinig gekend. Het is wenselijk een vertegenwoordiger en/of vertrouwenspersoon aan te stellen vooraleer er zich problemen voordoen. Bij het onthaal van elke patiënt kan informatie en verduidelijking van dit systeem systematisch een plaats krijgen. Eventueel kunnen de benodigde formulieren preventief worden ingevuld.

5.2. Over de positie en het werk van de ombudspersoon

Moeilijkheden die de ombudspersoon ondervindt in de uitoefening van zijn opdrachten en aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen

Het behoud van onafhankelijkheid

Zijn er voldoende garanties en maatregelen zoals een duidelijke plaats in het organogram, om er voor te zorgen dat de ombudspersoon voldoende vrij en autonoom kan werken?

Het is belangrijk dat de rol van de ombudspersoon goed wordt aanvaard door personeel en directie en dat constructief wordt samengewerkt rond signalen van de ombudspersoon. Ook regelmatige feedback is belangrijk, zodat de ombudspersoon indien nodig kan terugkoppelen naar de aanmelder.

Het behoud van neutraliteit en onpartijdigheid (de ombudspersoon wordt geacht bij de afhandeling van een conflict geen partij kiezen, noch voor de patiënt, noch voor de beroepsbeoefenaar)

De ombudspersoon neemt een neutrale positie in. In sommige gevallen zal de patiënt onvermijdelijk ontgoocheld zijn met het resultaat van de bemiddeling en het gevoel krijgen dat de ombudspersoon hem niet vooruit helpt.

Bij een aantal geïsoleerde patiënten wordt de ombudspersoon soms de belangrijkste vertrouwenspersoon. In de geestelijke gezondheidszorg lijkt de grens tussen bemiddelen en hulpverlening soms vaag. Soms is de ombudspersoon vooral iemand waarbij de patiënt zijn verhaal kan doen, met de garantie dat dit vertrouwelijk blijft en niet dadelijk interfereert met de behandeling in het ziekenhuis.

Het is belangrijk blijvende aandacht te behouden voor het vrijuit kunnen praten met een (vertrouwens)persoon over problemen, zonder directe repercussies op de aanpak van de patiënt op de afdeling, uiteraard binnen de grenzen van de deontologie.

Misschien kunnen patiënten worden gestimuleerd een vertrouwenspersoon aan te stellen, zoals voorzien in de wet op de rechten van de patiënt. Eventueel doorverwijzen naar "maatjesprojecten"?

De eerbiediging van het beroepsgeheim van de ombudspersoon

De patiënt bepaalt wie de ombudspersoon eventueel contacteert en of de ombudspersoon mag verwijzen naar de concrete patiënt en situatie. In sommige aanmeldingen kan dat de bemiddelingsmogelijkheden hypothekeren.

Het bemiddelen zelf met het oog op het bereiken van een oplossing

Het blijft moeilijk om de ombudsfunctie in te vullen op afdelingen met enkel personen met een verstandelijke handicap of psychogeriatrische afdelingen.

Is het mogelijk hier rond een aparte methodiek ontwikkelen? Via familiewerking?

Het blijft moeilijk om de ombudsfunctie in te vullen op K-diensten.
Ook hier de vraag: is het mogelijk hiervoor een aparte methodiek te ontwikkelen? Via familiewerking?

Het is belangrijk de eventueel bestaande interne klachtenprocedure goed af te stemmen op het ombudswerk. Best ook met een vergelijkbare registratie.

De infrastructuur, de mensen en de middelen die ter beschikking staan van de ombudsdienst

Het is nuttig om in de werkruimte van de ombudspersoon in de instelling, te beschikken over zowel een intranet- als internetaansluiting om bv. samen met patiënt of bewoner informatie op te zoeken of bv. huishoudelijk reglement of ander bepalingen van de voorziening samen te toetsen.

5.3. Over de organisatie van de ombudsfunctie door het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg

In de aanhef van dit hoofdstuk gaat het over het derde “volledige ombudsjaar”.

Dit moet worden begrepen als een volledig jaar met maximaal gebruik van de middelen die de overlegplatforms ontvangen voor het realiseren van de ombudsfunctie.

Met de middelen die er zijn, wordt wellicht in elke provincie een maximale werking gerealiseerd. Het is verleidelijk om deze situatie als ‘optimaal’ te beschouwen, al zijn er voor de overlegplatforms weinig mogelijkheden om de werking van de ombudsfunctie ook verder uit te bouwen.

De cijfers tonen nochtans aan dat alle ombudspersonen veel tot zeer veel organisaties moeten bedienen. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met afstanden en verplaatsingstijd. Dit maakt duidelijk dat het ideaal van een laagdrempelige ombudsfunctie die toegankelijk is voor alle patiënten/cliënten is, nog verre van bereikt is. Dit laatste is nochtans het streven van de overlegplatforms.

Hoe meer GGZ-voorzieningen een provincie telt, hoe meer potentieel ombudswerk...

De financiering van de externe ombudsfunctie houdt met dit laatste gegeven geen rekening omdat ze enkel is gebaseerd om het aantal inwoners van de provincie.

Sommige overlegplatforms maken overeenkomsten met psychiatrische ziekenhuizen voor cofinanciering van de externe ombudsfunctie. Dat houdt in dat deze psychiatrische ziekenhuizen een deel van de subsidie die ze ontvangen, afstaan aan het overlegplatform zodat dit meer personeel kan inzetten voor de organisatie van de externe ombudsfunctie.

Sommige overlegplatforms werken enkel met eigen middelen.

Uitgangspunten voor de organisatie van ombudsfunctie

De beleidskeuzes die overlegplatforms maken in verband met de organisatie van de ombudsfunctie in de eigen provincie, hangen uiteraard nauw samen met een inhoudelijke visie op de ombudsfunctie en dienen ook aan te sluiten bij de wet op de patiëntenrechten en bij de bepalingen van het KB op de overlegplatforms. De overlegplatforms staan in voor de organisatie van een externe ombudsfunctie. Ze kunnen deze in een aantal varianten aanbieden. De voorzieningen kunnen voor nog meer variatie zorgen door het al of niet in lijn brengen van een interne klachtenprocedure en/of een interne ombudsfunctie.

Soms wordt enkel intern gewerkt, soms kan ook de externe ombudspersoon van het overlegplatform aanvullend actief zijn.

De overlegplatforms discussiëren regelmatig over hun visie op de ombudsfunctie.

In een recente discussie einde 2006 leek er initieel eensgezindheid te bestaan tussen de Vlaamse overlegplatforms en het overlegplatform van Brussel over volgende uitgangspunten:

- Alle patiënten en bewoners hebben recht op een ombudsfunctie.
- Een externe ombudsfunctie zou voor alle patiënten en bewoners in de geestelijke gezondheidszorg beschikbaar moeten zijn.
- Een externe blik biedt een belangrijke meerwaarde aan de voorzieningen om de interne kwaliteit te kunnen beoordelen.
- Een externe ombudsfunctie moet onafhankelijk kunnen functioneren.
- De externe ombudsfunctie moet efficiënt en effectief georganiseerd en geëvalueerd worden.

Met de stellingname over het recht op een ombudsfunctie voor alle patiënten en bewoners, verruimen de overlegplatforms zelf het toepassingsgebied zoals bepaald in het KB op de overlegplatforms. Bovendien beperken de interventies van de ombudspersonen zich niet louter tot meldingen waarbij beroepsoefenaars betrokken zijn.

Uit de discussie van einde 2006 bleek dat ook op het niveau van de overlegplatforms niet exclusief voor de externe ombudsfunctie wordt gekozen en dat er visieverschillen zijn over het beheersmodel.

De oorspronkelijke uitgangspunten werden verder genuanceerd door het onderstrepen van het belang en de waarde van de intern georganiseerde ombudsfunctie.

Verdedigers van de interne ombudsfunctie weten wel degelijk de grotere onafhankelijkheid van de externe ombudsfunctie te waarderen en zien deze niet noodzakelijk als een bedreiging voor de interne ombudsfunctie. De twee modellen worden eerder als elkaars complement gezien in een tweetrapssysteem.

Volgens Paul Arteel van de VVGG (inmiddels ombudsman Vlaamse overheid) zal mettertijd overal een externe ombudsfunctie tot stand komen en zal de interne ombudsfunctie verdwijnen omwille van aanpassing aan de Europese wetgeving.

Men kan zich afvragen of de ombudsfunctie, georganiseerd door de overlegplatforms, dan wel zal worden beschouwd als een 'echte' externe ombudsfunctie.

Het 'externe' karakter van de ombudsfunctie wordt enigszins vertroebeld door het element 'werkgeverschap'. De overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg waar de externe ombudspersonen tewerkgesteld zijn, worden immers bestuurd door vertegenwoordigers van voorzieningen geestelijke gezondheidszorg...

In sommige overlegplatforms is er toch ook een zekere huiver tegenover een volledig onafhankelijke ombudsfunctie. Er valt zeker wat te zeggen voor een participatief model waarin ook de mening van de zorgverstrekkers aan bod komt, wat momenteel onder meer kan in besturen of begeleidingscomités binnen de overlegplatforms.

Financiering van de ombudsfunctie en implicaties voor de organisatie van de ombudsfunctie

De federale financiering van de ombudsfunctie is net zoals de basisfinanciering van de overlegplatforms gebaseerd op de bevolking van de provincie.

Tussen bevolkingsaantallen en aantal te bedienen patiënten/cliënten en voorzieningen is er geen 1:1 relatie. In sommige regio's is er omwille van historische redenen een grotere concentratie aan voorzieningen geestelijke gezondheidszorg. De financieringstechniek zou enkel perfect zijn bij een volledig evenredige verdeling van GGZ-voorzieningen in alle regio's.

De middelen die het overlegplatform in de provincie met het grootst aantal inwoners ontvangt, volstaan maar nipt voor de tewerkstelling van 1,5 voltijdse equivalenten.

Voor overlegplatforms met minder financiële middelen is de situatie nog moeilijker.

De financieringstechniek brengt beperkingen mee op vlak van aantal in te zetten ombudspersonen en op vlak van manier van werken. Naarmate de financiële middelen kleiner worden is er hoe dan ook een effect op de toegankelijkheid en 'drempeligheid' van de ombudsfunctie voor patiënten/cliënten. Laagdrempeligheid veronderstelt hoe dan ook aanwezigheid van ombudspersonen in voorzieningen. Dat kan enkel indien voldoende personen kunnen worden ingezet. Er is zeker sprake van grote ongelijkheid op het niveau van patiënten wat betreft de mogelijkheid tot het inschakelen van de ombudspersoon.

Sommige overlegplatforms kiezen noodgedwongen voor een gemengde financiering. Hiervoor worden op het niveau van het overlegplatform akkoorden gesloten met psychiatrische ziekenhuizen over de afdracht van een gedeelte van de middelen die deze ziekenhuizen ontvangen voor de organisatie van een interne klachtenprocedure of zelfs een interne ombudsfunctie.

Deze werkwijze biedt gedeeltelijk en tijdelijk soelaas, maar houdt het risico dat ziekenhuizen vroeg of laat een herziening van de overeenkomst vragen en zelfs hun middelen terugtrekken.

Hierbij past ook de vraag in welke mate de gemengde financiering al dan niet de onafhankelijkheid van de ombudsfunctie in het gedrang brengt.

De tabel op bladzijde 20 van dit jaarverslag geeft een ruw beeld van het aantal voorzieningen (grote en kleine) waarin de ombudspersonen actief zijn en van de werkbelasting per ombudspersoon. Het hoeft niet te verwonderen dat er grote verschillen bestaan in de gehanteerde systemen van beschikbaarheid ter plaatse: wekelijkse, maandelijkse of zelfs geen zitdagen ter plaatse, telefonische bereikbaarheid, etc.

De financiële middelen worden wellicht volledig ingezet en de ombudsfunctie is beschikbaar in heel wat van de GGZ-voorzieningen. Dat wil niet zeggen dat de ombudsfunctie voor alle patiënten/cliënten in Vlaanderen overal gelijke toegang hebben tot de ombudsfunctie.

Nog niet alle voorzieningen sloten een overeenkomst af met een overlegplatform. Bovendien worden de overeenkomsten ook niet overal even goed uitgevoerd en is het (nog) niet mogelijk om in alle voorzieningen zeer regelmatige aanwezigheid en dus bereikbaarheid en beschikbaarheid van ombudspersonen te realiseren.

Binnen een aantal voorzieningen is de bekendheid van de ombudsfunctie zeker nog niet volledig gerealiseerd in alle verpleegeenheden en diensten.

Bovendien blijft dit – ook in de toekomst – een continu aandachtspunt, zowel wat bekendheid bij patiënten/cliënten als bij hulpverleners betreft, wat grote inspanningen van de ombudspersonen vergt.

In regio's met veel voorzieningen, veel hulpverleningscapaciteit al of niet in combinatie met grote afstanden en een lage basisfinanciering van de ombudsfunctie, zal laagdrempelige beschikbaarheid van de ombudsfunctie voorlopig een droom blijven. Op basis van wat we vandaag weten, is het vermoeden gewettigd dat patiënten/cliënten naargelang hun woonplaats voor de uitoefening van hun recht op klachtenbemiddeling in een zeer ongelijke situatie verkeren.

Het valt te hopen dat de organisatie van de ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg ooit zodanig wordt bijgestuurd dat deze ongelijkheid vermindert of wegvalt.

BIJLAGE II:
Moeilijkheden en aanbevelingen van de Franstalige externe ombudsfunctie

Difficultés et recommandations proposées par les médiateurs en Santé mentale³¹

1. Le contenu :

En globalisant les interpellations reçues dans les diverses institutions de soins en Santé Mentale attachées aux Plates-Formes de Concertation pour la Santé mentale, on relève que les droits du patient qui se heurtent le plus souvent à des difficultés d'application sur le terrain sont :

1) Prestations de soins de qualité

En la matière, les interpellations mentionnent surtout le manque de disponibilité, d'écoute ou d'empathie du personnel soignant, ainsi que l'insuffisance des effectifs. Elles pointent aussi des traitements jugés inadéquats.

2) Information

Nombreux patients se disent insuffisamment informés sur les traitements proposés. Ce à quoi certains prestataires rétorquent qu'il y a de réelles difficultés de compréhension dans le chef des patients, difficultés souvent liées à leurs capacités de discernement amoindries. Notre expérience nous permet de recommander un réel effort d'adaptation du discours médical nécessitant alors une multiplication des moments d'échanges autour du traitement ainsi qu'une augmentation de la durée de ces échanges.

En outre, afin de valoriser la mission de prévention du médiateur définie par la Loi Droits du patient, mission qui permet (en amont de la plainte) de clarifier la nuance des droits et leurs modalités d'application, ainsi que leurs exceptions et leurs limites, il serait important de :

- renforcer dans les textes de loi et/ou dans les campagnes d'information du SPF la légitimité et l'importance de cette mission tant à l'encontre des patients, de leurs représentants légaux que des professionnels dans tous les types de structures,
- de donner les moyens au médiateur, en temps et en soutien administratif, pour réaliser les outils d'animation interactive et mener les séances d'information régulièrement dans les services d'admission et au moins une fois par an dans les autres services.

A propos de l'information relative à la Loi Droits du patient, une traduction des brochures informatives en d'autres langues que les langues nationales semble opportune. Ceci afin d'améliorer l'accessibilité de la fonction et l'information à destination des patients d'origine étrangère.

³¹ Fonctions médiation des Plates-formes de Concertation en Santé mentale picarde, Namuroise, Régions Centre-Charleroi, Région Bruxelles-Capitale, Brabant wallon et Luxembourg.

3) Consentement libre et éclairé

Une des difficultés récurrentes en hôpital psychiatrique est le problème du consentement soit aux soins en général (mesures de contraintes) soit aux traitements médicamenteux. Dans le cas précis des médicaments, il apparaît quasi impossible de trouver un consensus entre le refus du patient et le « devoir » thérapeutique du médecin. Jusqu'où peut aller la contrainte d'ingérer tel ou tel médicament (ou de recevoir des injections) face à l'impossibilité de consentement « éclairé » chez des malades atteints dans leurs facultés mentales ?

4) Consultation et copie du dossier médical

Dans la pratique, la demande de consultation de son dossier par le patient suscite souvent dans le chef des professionnels de santé un sentiment de malaise.

Le cas des internés pose particulièrement problème dans l'application de ce droit. En effet, l'assimilation du statut d'interné à celui de détenu complexifie la mise en œuvre des droits relatifs au dossier. Ce constat appelle à une clarification émanant des instances officielles.

Il serait, par ailleurs, utile de faire la part entre ce qui fait partie du volet médical et ce qui est du ressort du volet judiciaire du dossier de l'interné (et du patient mis en protection).

5) Respect de la vie privée

Ce droit apparaît régulièrement menacé d'une part par une certaine culture du soin qui s'autorise des comportements intrusifs dans l'intimité des patients, et d'autre part par les effets de la promiscuité qui subsiste dans de nombreux services d'hospitalisation (au long cours entre autres). Alors que le maintien d'un espace intime minimal semble primordial pour l'équilibre psychique, les conditions de séjour en institution sont souvent telles qu'elles privent les malades d'intimité et de toute possibilité de mener une vie affective.

6) Prise en compte de la douleur

Les patients font régulièrement part du manque de prise en considération de leurs problèmes physiques lors de leur hospitalisation en milieu psychiatrique. Si l'état mental des patients altère dans certains cas leurs perceptions physiques, comment mieux appréhender leurs souffrances somatiques quelles soient avérées ou non ?

Par ailleurs, la concertation avec le spécialiste extrahospitalier et le généraliste reste difficile dans de nombreux cas. Il serait dès lors utile de la renforcer par des campagnes de sensibilisation et des incitants.

7) Personne de confiance et représentant

Ces personnes ressources initiées par la loi sont peu utilisées dans les faits. Or, en psychiatrie, les patients démunis, sans famille, sont nombreux et souvent en manque et en demande de liens. Les équipes pallient alors avec leurs moyens

limités à cet état de fait. Une meilleure information des professionnels, des patients et de leurs familles semble être une première étape qui permettrait une mise en œuvre plus systématique de ces outils.

Par ailleurs, la concertation entre les professionnels et le patient, ses représentants légaux, ses proches (famille et personne de confiance) pourrait être renforcée dès l'admission (d'autant plus dans le cas d'une procédure de mise en observation) pendant le séjour et certainement avant la sortie. Et ce, en préservant le rôle d'acteur du patient. Il s'agirait ici de systématiser la concertation intra et extra-muros avec l'ensemble des personnes concernées par le bien-être du patient.

Au-delà de ces considérations, force est de constater le nombre important de demandes qui ne relèvent pas du cadre légal tant au niveau de leur contenu que du professionnel concerné. Nous y reviendrons au point 2.3.

2. L'organisation

En raison du type d'organisation des services de médiation attachés aux Plateformes de concertation, les médiateurs en Santé mentale se trouvent confrontés à des difficultés spécifiques :

- 1) Multiplicité et dispersion géographique des institutions, avec pour conséquences :
 - des temps importants de déplacements (qui sont dans certains cas comptabilisés en dehors des heures de travail),
 - un travail considérable pour la rédaction des rapports annuels : un par institution, plus un rapport global par plate-forme et des demandes ponctuelles de certaines institutions (présentation du rapport, invitation à diverses réunions, etc...),
 - une « acculturation » particulière à trouver spécifiquement pour chaque institution et qui nécessite donc une adaptation continue aux spécificités institutionnelles.
- 2) La position isolée du médiateur, pris entre les protagonistes des situations conflictuelles, et appelé en outre à faire le « grand écart » entre sa plate-forme, les diverses directions institutionnelles et le SPF.
Des outils de soutien tels que la supervision et la participation aux réunions de médiateurs (AMIS et interventions) devraient être systématiques.
- 3) Le caractère flou du champ de compétence : cas des Services de Santé Mentale et des Etablissements de Défense Sociale, demandes relevant des aspects autres que le soin et concernant des professionnels œuvrant à la prise en charge globale du patient psychiatrique (social, psychologique, sanitaires, etc....). Dans ce contexte, ne serait-il pas également pertinent que les Services Psychiatriques des

Hôpitaux Généraux soient couverts par des médiateurs spécialisés en Santé mentale ?

- 4) L'insécurité d'emploi, liée aux modalités de financement et notamment, à la renégociation annuelle des budgets médiation avec les hôpitaux dans certains cas.
- 5) Les problèmes particuliers liés aux Initiatives d'Habitations Protégées :
 - Difficulté de concilier un rapport par IHP en préservant la confidentialité.
 - Problème d'accessibilité : l'IHP étant considérée comme lieu de résidence et non comme lieu de soin, les médiateurs qui s'y rendent ne pénètrent-ils pas dans un espace de vie privée ? Un premier pas serait que les patients puissent disposer de temps d'information suffisamment adapté, ceci afin de rendre la fonction effectivement accessible.
 - Les professionnels liés aux IHP ne sont presque jamais des professionnels concernés par la Loi relative aux Droits du patient.
 - Du fait du caractère non contraignant de la mise en place des services de médiation (pas une condition d'agrément contrairement aux structures hospitalières), certaines IHP ne les renseignent pas clairement.

En conséquence, les médiateurs estiment capital de clarifier l'obligation d'assurer l'organisation d'un service de médiation au sein des IHP, pour 2 raisons :

- 1° parce que certaines IHP ne favorisent pas voire refusent l'accès aux médiateurs,
- 2° parce que l'obligation effective d'exercer la fonction dans les IHP exigerait un surcroît important de travail pour les médiateurs, ce qui les mettrait dans l'impossibilité d'assurer leurs missions correctement, avec pour conséquence le risque de rendre caduc l'objectif même de la fonction.

3. La méthodologie

- 1) Les médiateurs en santé mentale travaillent essentiellement dans un registre relationnel. Cela les place face à des difficultés liées notamment à l'interférence de la maladie mentale : comment, par exemple, gérer au mieux des demandes irréalistes ou inconstantes ?
- 2) Par ailleurs, comment résister aux tentatives de manipulation ou d'instrumentalisation de la fonction ? Comment trouver la juste position entre la neutralité et le soutien au partenaire en position d'infériorité ?

Ces difficultés sont dépassables mais nécessitent un soutien important de la fonction consistant, au risque de nous répéter, en des interventions, des supervisions et des formations.

3) L'obligation de confidentialité se confronte à quelques limites :

- patients en section fermée dont la dangerosité impose la rencontre à proximité d'un infirmier,
- demande de certaines directions d'être informées de faits précis,
- position éthique de ne pas taire des faits graves sous peine de les cautionner.

En recommandation générale, il nous apparaît encore qu'il reste à faire un travail de déstigmatisation du patient psychiatrique. Travail que nous ne pouvons faire que de concert avec tous les intervenants de la Santé mentale.
