INHOUDSPGAVE

WOORD VOORAF ........................................................................................................................................... 6

Deel 1. DE FEDERALE OMBUDSDIENST “RECHTEN VAN DE PATIËNT” ................................................................. 8
1. TERMINOLOGIE ............................................................................................................................................... 8
2. DE “JURIDISCHE INBEDDING” VAN DE FEDERALE OMBUDSDIENST ............................................................. 10
   3.1. Residuele (territoriale) bevoegdheid: klachtenbemiddeling bij ontstentenis van een plaatselijk of lokaal ombudspersoon ................................................................................................................................. 10
   3.2. Materiële bevoegdheid: voorwerp van de klacht van de patiënt ................................................................ 10
   3.2.1. Rechten van de patiënt ...................................................................................................................... 10
   3.2.2. Klachten omtrent de werking van lokale ombudspersoon .................................................................. 11
   3.3. Wettelijk geformuleerde opdrachten van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”. ............. 11
   3.4. Bijkomende opdrachten van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”. ............................. 12
4. MENSEN & MIDDELEN VAN DE FEDERALE OMBUDSDIENST “RECHTEN VAN DE PATIËNT” ............. 13
5. HET HUISHOUDELIJK REGLEMENT VAN DE FEDERALE OMBUDSDIENST ............................................ 13

Deel 2. DE SAMENWERKING MET DE LOKALE OMBUDSPERSONEN ........................................................................ 15
1. EEN STRUCTURELE RELATIE ...................................................................................................................... 15
2. BRUGFUNCTIE EN KENNISCENTRUM ..................................................................................................... 15
3. GEEN GEORGANISEERDE BEROEPEN – SAMENWERKING ........................................................................ 16

Deel 3. NETWERKING, CONTACTEN EN VOORDRACHTEN ..................................................................................... 18
1. Bekendmaking bij het bredere publiek ......................................................................................................... 18
   1.1. Eerste sensibiliseringscampagne (Brochures, folders en posters) ......................................................... 18
   1.2. Website .................................................................................................................................................. 18
   1.3. Netwerking door uitbreiding van contacten en het geven van voordrachten ......................................... 19
2. Overzicht van de voordragen, vergaderingen, interviews en artikels ....................................................... 19

Deel 4. DE KLACHTENBEMIDDELING (inhoudelijke taakomschrijving) ................................................................. 22
1. DEFINITIES GERELATIEERD AAN DE TAKEN VAN DE OMBUDSPERSOON .................................................... 22
2. STAPPENPLAN ............................................................................................................................................. 24
3. AANBEVELINGEN ........................................................................................................................................ 25

Deel 5. ACTIVITEITENVERDELING .......................................................................................................................... 27

Deel 6. HET BEELD VAN DE DOSSIERS .................................................................................................................. 29
1. ALGEMEEN OVERZICHT .................................................................................................................................. 30
2. OVERZICHT VAN DE NEDERLANDSTALIGE KLACHTENDOSSIERS .............................................................. 30
   2.1. Algemene becijfering .............................................................................................................................. 30
   2.2. Trendlijn .................................................................................................................................................. 31
   2.3. Overzicht van alle Nederlandstalige klachtdossiers .......................................................................... 32
      2.3.1. Voorwerp van de klacht ................................................................................................................ 32
      - Wettelijke basis ..................................................................................................................................... 32
      - Analyse in concreto .............................................................................................................................. 33
      - Analyse van de ‘toppers’ ..................................................................................................................... 34
      2.3.2. Op wie heeft de klacht betrekking? ................................................................................................. 36
      2.3.3. Wat is de wens van de klager? ....................................................................................................... 39
      2.3.4. Wie formuleert een klacht? ........................................................................................................... 40
      2.3.5. Geslacht van de klager .................................................................................................................. 41
      2.3.6. Hoe formuleert men een klacht? .................................................................................................... 42
      2.3.7. Sector van de klacht ...................................................................................................................... 43
      2.3.8. Geografische lokalisatie van de klager ......................................................................................... 43
      2.3.9. Doorlooptijd .................................................................................................................................. 44
      2.3.10. Interventies .................................................................................................................................. 45
      2.4. Overzicht van de klachtdossiers die onder de residuaire bevoegdheid vallen .................................... 46
         2.4.1. Voorwerp van de klacht .............................................................................................................. 46
2.4.2. Op wie heeft de klacht betrekking? ................................................................. 49
2.4.3. Wat is de wens van de klager? ........................................................................ 50
2.4.4. Wie formuleert een klacht? .............................................................................. 50
2.4.5. Geslacht van de klager. .................................................................................. 51
2.4.6. Hoe formuleert men een klacht? ...................................................................... 51
2.4.7. Sector van de klacht. ....................................................................................... 51
2.4.8. Geografische lokalisatie van de klager. .......................................................... 52
2.4.9. Interventies ..................................................................................................... 53
2.4.10. Doorlooptijd ................................................................................................ 53
2.4.11. Resultaat van de bemiddeling ..................................................................... 53
2.5. Overzicht van de klachtendossiers: dossiers die werden doorverwezen. .......... 56
2.5.1. Grondslag voor het inroepen van de Nederlandstalig ombudspersoon. .......... 56
2.5.2. Voorwerp van de klacht. .................................................................................. 58
2.5.3. Op wie heeft de klacht betrekking? .................................................................. 59
2.5.4. Wat is de wens van de klager? ........................................................................ 60
2.5.5. Wie formuleert een klacht? .............................................................................. 60
2.5.6. Geslacht van de klager. .................................................................................. 60
2.5.7. Hoe formuleert men een klacht? ...................................................................... 61
2.5.8. Sector van de klacht. ....................................................................................... 61
2.5.9. Geografische lokalisatie van de klager. .......................................................... 61
2.5.10. Doorlooptijd ................................................................................................ 62
2.5.11. Interventies .................................................................................................. 63

3. OVERZICHT VAN DE NEDERLANDSTALIGE INFORMATIEDOSSIERS. .......... 64
3.1. Voorwerp van de informatievragen ...................................................................... 64
3.1.1. Vragen ivm de patiëntrechtenwet ................................................................. 64
3.1.2. Vragen buiten het kader van de patiëntenrechtenwet ...................................... 65
3.2. Wie vraagt informatie? ..................................................................................... 66
3.3. Op welke wijze verzoekt men om informatie? .................................................. 66
3.4. Geslacht van de informationaanvrager............................................................... 66
3.5. Doorlooptijd? .................................................................................................... 66

Deel 7 VOORSTELLEN EN AANBEVELINGEN

1. AANBEVELINGEN ZOALS WORDEN BEOEDELD IN ART. 11 PATIËNTENRECHTENWET. .......... 68
1.1. Definities en toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet. ......................... 68
1.2. Het begrip "rechtsverhouding" ........................................................................ 71
1.3. Het begrip "beroepsbeoefenaar"- psychotherapeuten e.a. ................................. 72
1.4. Het begrip "gezondheidszorg" ......................................................................... 74
1.4.1. Medische keuring en medische geschiktheidscontrole van patiënten /
geïnterneerden/werknemers/stagiairs/studenten ................................................. 74
1.4.2. Euthanasie en andere specifieke wetgeving .................................................. 75
1.5. Beschermingswaardige patiëntencategorieën ................................................... 77
1.5.1. Psychiatrische patiënten. ............................................................................... 77
1.5.2. Oudere patiënten. ......................................................................................... 80
1.5.3. Minderjarige patiënten. ................................................................................ 82
2. Aanbevelingen ivm de patiëntenrechten ................................................................ 84
2.1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking ( en medische fouten) .................... 84
2.2. Het recht op vrije keuze. ................................................................................... 85
2.3. Het recht op gezondheidsinformatie en het recht op geïnformeerd toestemming. 86
2.3.1. Het principe van informed consent en gezondheidsinformatie. ..................... 86
2.3.2. Vertrouwenspersoon: te groot formalisme? .................................................. 91
2.3.3. Wilsklaringen ("precedent autonomy"). ......................................................... 92
2.3.4. De rol van de vertegenwoordiger in het informed consent en in het stoppen / niet starten van medisch
zinloos handelen (DNR-Codes). ........................................................................ 93
2.4. Vertegenwoordigers ......................................................................................... 94
2.5. Het patiëntendossier ......................................................................................... 95
2.5.1. Geïnterneerden en het recht op afschrift & inzage ........................................ 95
2.5.2. Verzekeringgeneeskunde en het recht op afschrift & inzage ......................... 97
2.5.3. Vertegenwoordigers als nabestaanden. .......................................................... 97
2.5.4. Kostprijs van het recht op afschrift .............................................................. 97
2.5.5. Praktische haalbaarheid van een onrechtstreeks inzagerecht ....................... 97
2.5.6. Onvolledig afschrift van het patiëntendossier. ............................................ 98
2.6. Het klachtrecht. .................................................................................................. 100
2.6.1. Wie oefent een klachtrecht uit? .................................................................... 100
I. ALGEMEEN .................................................................................................................................................. 118

II. BEKNOpte CIJFERMATIGE ANALySE ......................................................................................................... 118
1. KlaChtendossiers en informatiedossiers .................................................................................................. 118
2. Algemeen cijfermatig overzicht .................................................................................................................. 119
3. Verdere inhoudelijke detaillering van het cijfermatig overzicht ................................................................. 120
3.1. Informatiedossiers (64) ............................................................................................................................. 120
3.2. Klachtendossiers (145) ............................................................................................................................. 120
3.2.1. Het voorwerp van de klacht (wat en tawaar?) ......................................................................................... 120
3.2.2. Sector ................................................................................................................................................... 123
3.2.3. Wie formuleert een klacht en wat wenst de klager? ........................................................................... 123
3.2.4. Interventies ..................................................................................................................................... 126
3.2.5. Geografische lokalisatie van de klacht? ............................................................................................. 127

III. AANBEVELINGEN IVM DE TOEPASSING VAN DE PATIËNTENRECHTENWET ........................................ 128
1. Definities en toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet .................................................................. 128
1.1. Het begrip “beroepsbeoefenaar”- psychotherapeuten e.a. ...................................................................... 128
1.2. Het begrip “rechtsverhouding”. .................................................................................................................. 128
1.3. Het begrip “gezondheidszorg” .................................................................................................................. 129
1.3.1. Medische keuring en medische geschiktheidscontrole van patiënten/ geïnterneerden/ werknemers/ stagiairs/studenten. ...................................................................................................................................... 129
1.3.2. Euthanasie en andere specifieke wetgeving .......................................................................................... 129
1.4. Beschermingswaardige patiëntencategorieën. ......................................................................................... 130
1.4.1. Psychiatrische patiënten ......................................................................................................................... 130
1.4.2. Oudere patiënten .................................................................................................................................. 131
1.4.3. Kinderen ................................................................................................................................................ 132
2. Aanbevelingen ivm de patiëntenrechten .................................................................................................. 133
2.1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking (medische fouten) .............................................................. 133
2.2. Het recht op vrije keuze. ............................................................................................................................ 134
2.3. Het recht op gezondheidsinformatie en het recht op geïnformeerd toestemming .................................. 134
2.3.1. Het principe van informed consent en gezondheidsinformatie ......................................................... 134
2.3.2. Vertrouwspersoon: te groot formalisme? ............................................................................................ 135
2.3.3. Wilsverklaringen (“precedent autonomy”). ......................................................................................... 136
2.3.4. De rol van de vertegenwoordiger in het informed consent en in het stoppen / niet starten van medisch zinloos handelen (DNR-Codes). ..................................................................................................... 136
2.4. Het patiënten dossier .................................................................................................................................. 137
2.4.1. Geïnterneerden en het recht of afschrift & inzage ............................................................................. 137
2.4.2. Verzekeringsgeneeskunde en het recht op afschrift & inzage ............................................................ 137
2.4.3. Vertegenwoordigers als nabestaanden en het recht op afschrift & inzage ........................................ 137
2.4.4. Kostprijs van het recht op afschrift: hoeveel? ....................................................................................... 137
2.4.5. Praktische “haalbaarheid” van het onrechtstreeks inzagerrecht ......................................................... 138
2.4.6. Inhoud en onvolledig afschrift van het patiënten dossier ................................................................. 138
2.5. Vertegenwoordigers ............................................................................................................................... 138
2.6. Het klachtrecht. ....................................................................................................................................... 139
2.6.1. Wie oefent een klachtrecht uit? ............................................................................................................. 139
2.6.2. Het model van bemiddeling ................................................................................................................ 139

II. MOEILIJKHEden IVM DE UITOEFENING VAN DE OMBUDSFUNCTIE EN DE AANBEVELINGEN OM HIERAAN TEGEMOEKT TE KOMEN .............................................................................. 115

Deel 8 SAMENVATTEND OVERZICHT ........................................................................................................... 118
3. Varia .............................................................................................................................................. 141
3.1. Informatie over patiëntenrechten in het algemeen ................................................................. 141
3.2. Welk aanspreekpunt? Welk alternatief? ................................................................................... 141
3.3. Tandartsen ................................................................................................................................. 141
3.4. Kosten van de zorgverlening en psychosociale ondersteuning van (kanker)patiënten? ....... 141

IV. MOELIJKHEDEN IVM DE UITOEFENING VAN DE OMBUDSFUNCTIE EN DE AANBEVELINGEN OM HIERAAN TEGEMOET TE KOMEN .......................................................................................................................... 142
WOORD VOORAF

Artikel 14§2 van het Koninklijk besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt”, ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002, voorziet dat de ombudspersonen in de schoot van de Federale Commissie « Rechten van de Patiënt » een jaarverslag dienen op te stellen inzake de dossiers die zij behandelen.

Per ombudspersoon (respectievelijk Nederlandstalig en Franstalig) zal een apart jaarverslag worden opgesteld, en daarnaast wordt een kort geconsolideerd overzicht geven van de gegevens van beide jaarverslagen.

De jaarverslagen dienen uiterlijk in de loop van de vierde maand van het daarop volgend kalenderjaar, overgemaakt te worden aan de Commissie en de Ministers bevoegd voor de Volksgezondheid.

Onderhavige verslagen worden dan ook in uitvoering van het voorgaande opgesteld en in de maand april 2005 aan de betreffende instanties bezorgd.

Voor de volledigheid van de cijfers en de informatie dient te worden vermeld dat de Franstalige ombudsvrouw sedert 1 oktober 2003 werkzaam is, en dat haar Nederlandstalige collega haar activiteiten pas heeft aangevangen op 1 juni 2004.


Het jaarverslag van de Nederlandstalig Ombudspersoon is opgebouwd uit 8 delen. Het eerste deel bespreekt het wettelijk kader van de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt". Het tweede deel gaat over de samenwerking met de lokale ombudspersonen. Het derde deel geeft een overzicht van de contacten en voordrachten van de Nederlandstalig Ombudspersoon. Het vierde deel omvat de inhoudelijke omschrijving van het bemiddelingsmodel van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt". Het vijfde deel bespreekt de activiteitenverdeling van de Nederlandstalig Ombudspersoon. Het zesde deel betreft de kerngedeelte van het jaarverslag, namelijk (respectievelijk) het beeld van de dossiers en de aanbevelingen. In het laatste deel wordt een samenvattend overzicht gegeven van de kerngedeelten van het jaarverslag.
DEEL 1. FEDERALE OMBUDSDIENST RECHTEN VAN DE PATIËNT.
1. TERMINOLOGIE.

- Bureau: een in de schoot van de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” opgericht bureau, zoals bepaald in art. 2. § 1 van het Koninklijk Besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie « Rechten van de Patiënt», ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, B.S.13/5/2003.
- Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”: een in de schoot van de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” opgerichte ombudsdienst, zoals bepaald in artikel 16 § 3 van de wet van 2 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, en conform de bepalingen van hoofdstuk 3 van het Koninklijk Besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie «Rechten van de Patiënt» ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.
- Ombudspersonen bij de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”: De ombudspersonen, de ene Nederlandstalig en de andere Franstalig, aan wie de leiding van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” wordt toevertrouwd conform de bepalingen van art. 7. § 1 (hoofdstuk 3) van het Koninklijk Besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie «Rechten van de Patiënt” ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.
- Het ambtelijk Secretariaat: het Secretariaat, zoals bedoeld in artikel 16,§5 van de patiëntenrechtenwet.
- Het niet-ambtelijk Secretariaat: personeelsleden van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu, onder leiding en verantwoordelijkheid van het ambtelijk Secretariaat.
- Plaatselijk of lokaal ombudspersoon: de ombudspersoon zoals bepaald overeenkomstig de bepalingen van artikel 11 van de wet van 2 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, zoals onder meer de ombudspersoon in het KB van 8 juli 2003 houdende de vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moeten voldoen en de ombudspersoon in artikel 11 (e.v) van het Koninklijk besluit houdende vaststelling van de
normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten.

- **Klacht:** een uiting van onvrede met een behandeling of bejegening die door de betrokkene (klager) als onjuist wordt ervaren (Wetsvoorstel Brouns, Parl.St., Kamer, 1997-98.1280/1.526.)
- **Klager:** de persoon die klaagt (patiënt, vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger,...)
- **Aanvrager:** de persoon die klaagt en/of informatie of advies aanvraagt.
- **Aanvraag of melding:** elke uiting in de vorm van een klacht of verzoek tot informatie en advies.
- **Patiënt:** de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek, zoals gedefinieerd in artikel 2 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.
- **Vertrouwenspersoon:** de vertrouwenspersoon zoals bepaald in artikel 7§2 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.
- **Vertegenwoordiger:** de vertegenwoordiger(s) zoals bepaald in de artikelen 12, 13 en 14 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.
- **Klachtenbemiddeling:** het tussenkomen van een onafhankelijke bemiddelaar met het oog op het bereiken van een niet bindende (door de partijen aangedragen) oplossing zonder dat een oordeel wordt uitgesproken over de klacht.
- **Klachtenbehandeling:** de persoon of instantie aan wie de klacht wordt voorgelegd, spreekt zich uit, hetzij in de vorm van een (gezaghebbend) advies, hetzij in de vorm van een bindend oordeel (Legemaate, T.Gez.1997-98, 550).
- **Beroepsbeoefenaar:** de beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen alsnmede de beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen, zoals gedefinieerd in artikel 2 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.
2. DE “JURIDISCHE INBEDDING” VAN DE FEDERALE OMBUDSDIENST.

De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” is een in de schoot van de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” opgerichte ombudsdienst, zoals bepaald in artikel 16 § 3 van de patiëntenrechtenwet, en conform de bepalingen van hoofdstuk 3 van het Koninklijk Besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt”.

In navolging hiervan werden twee ombudspersonen benoemd door de bevoegde Minister, de ene Franstalig (M-N. Verhaegen) en de andere Nederlandstalig (W. Dijkhoffz), aan wie vervolgens de leiding van de Federale Ombudsdienst wordt toevertrouwd.

Betreffende Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” is verder functioneel ingeschakeld in de dienst ‘Legal management en Raden en Commissies’, DG1 - Gezondheidszorgbeleid, FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.

3. DE WETTELIJKE BEVOEGDHEDEN VAN DE FEDERALE OMBUDSDIENST.

3.1. Residuele (territoriale) bevoegdheid: klachtenbemiddeling bij ontstentenis van een plaatselijk of lokaal ombudspersoon.

De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” is gemachtigd om in uitvoering van artikel 10§3 van het Koninklijk Besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie « Rechten van de Patiënt », alle klachten op het vlak van de patiëntenrechtenwet te behandelen waarvoor nog geen plaatselijke ombudsdienst bestaat.

Het gaat hier bijvoorbeeld over huisartsen, tandartsen, apothekers, zelfstandige verpleegkundigen, zelfstandige paramedici, adviserende geneesheren, beroepsbeoefenaars in gevangenissen, beroepsbeoefenaars in RVT’s of ROB’s.

De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” fungeert derhalve niet als een inhoudelijke beroepsinstantie voor klachten die werden behandeld door lokale ombudspersonen.

De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” fungeert wel als toegangspoort voor de ontvangst van klachten over de wijze waarop bemiddeling door de lokale ombudsfuncties heeft plaatsgevonden (zie verder)

3.2. Materiële bevoegdheid: voorwerp van de klacht van de patiënt.

3.2.1. Rechten van de patiënt

De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door de patiëntenrechtenwet neer te leggen bij de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”.

Het betreffen volgende rechten:
- Recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar.
- Recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking.
- Recht op informatie.
- Recht op toestemming
- Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.
- Recht op inzage en op afschrift van het patiëntendossier.
- Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Volgens de principes van de patiëntenrechtenwet kunnen de klachten betrekking hebben op een schending van bovengenoemde rechten **door een beroepsbeoefenaar** (bvb.geneesheer, verpleegkundige, tandarts, apotheker, etc) in zijn relatie tot een patiënt en/of diens vertegenwoordiger.

### 3.2.2. Klachten omtrent de werking van lokale ombudspersonen.

Overeenkomst artikel 16 §2, 5 van de patiëntenrechtenwet heeft de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” als taak klachten te behandelen ivm de werking van een lokale of plaatselijke ombudspersoon.

De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” heeft in 2004 bijna een jaar gefunctioneerd zonder de Federale Commissie Rechten van de Patiënt, waardoor dergelijke dossiers bij wijze van noodzaak werden ‘opgevangen’ door de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt".

In 2005 worden richtlijnen opgesteld ivm de wijze waarop de Federale Commissie (in samenwerking met de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt") klachten zal behandelen ivm de werking van lokale ombudspersonen.

### 3.3. Wettelijk geformuleerde opdrachten van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”.

Ingevolge art.11 patiëntenrechtenwet heeft de ombudspersoon als opdracht:
- Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;
- Het bemiddelen bij de hiervoor bedoelde klachten met het oog op het bereiken van een oplossing;
- Het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in sub 2 bedoelde oplossing;
- Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;
- Het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een in 1 bedoelde klacht.
3.4. **Bijkomende opdrachten van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”**

- Beheren van persoonsgegevens van de plaatselijke ombudspersonen in een elektronisch bestand, en dit in overeenstemming met de privacywetgeving.
- Uitbouwen van contacten met de plaatselijke ombudspersonen. Uitwerken van een netwerk rond klachtenbemiddeling in de gezondheidszorg door het organiseren van werkgroepen, het inrichten van symposia, en het organiseren van overlegmomenten.
- Het houden van voordrachten mbt de patiëntenrechtenwet in het algemeen, en bemiddeling in het bijzonder.
- Streven naar een eenvormig beleid inzake klachtenbemiddeling door opleiding, coaching en vorming van (en met) de plaatselijke ombudspersonen.
- Streven naar uniforme klachtenregistratie m.o op eenvormige weergave in de jaarverslagen van de plaatselijke ombudspersonen m.o een geconsolideerd jaarverslag.
- De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” adviseert en informeert de Federale Commissie Rechten van de patiënt over alle praktische toepassingsproblemen van de patiëntenrechtenwet en inzake klachtenbemiddeling in het bijzonder. In ieder geval worden de bevindingen gebundeld in het jaarverslag.
- In samenspraak met de juridische cel worden de noodzakelijke uitvoeringsbesluiten van de patiëntenrechtenwet door de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” uitgeschreven en geëvalueerd.
- De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” geeft advies mbt de interpretatie van patiëntenrechtenwet en diens uitvoeringsbesluiten.
- De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” beantwoordt de parlementaire vragen die tot het domein van de Wet betreffende de rechten van de patiënt behoort, en is in dien hoofde aanspreekpunt binnen de juridische cel ressorterend in de Dienst “Legal management en Raden en Commissies”.
- In samenwerking met het (niet-)ambtelijk secretariaat organiseert de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" de werkzaamheden van de werkgroepen, van het bureau van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt en de Commissie zelf.
4. DE MENSEN EN DE MIDDELEN VAN DE FEDERALE OMBUDSDIENST “RECHTEN VAN DE PATIËNT”.

De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” bestaat in totaal uit twee ombudspersonen, de ene Nederlandstalig en de andere Franstalig, aan wie vervolgens de leiding van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” wordt toevertrouwd.

De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” wordt sinds 1 januari 2005 ondersteund door een niet-ambtelijk secretariaat (0, 10 % FTE). Dit niet-ambtelijk secretariaat ondersteunt de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” bij de formele organisatie van de werkzaamheden van het Bureau, de werkgroepen in de schoot van de Commissie en de Commissie zelf.

5. HET HUISHOUDELIJK REGLEMENT VAN DE FEDERALE OMBUDSDIENST.

Het huishoudelijk reglement werd opgesteld overeenkomstig en in uitvoering van de bepalingen van de artikelen 11 en 16 § 3 van de patiëntenrechtenwet, en conform de bepalingen van hoofdstuk 3 van het Koninklijk Besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie « Rechten van de Patiënt», ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, B.S.13/5/2003.

Het huishoudelijk reglement regelt:

1. De samenstelling, coördinaten en bereikbaarheid van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”.
2. De wettelijk geformuleerde opdrachten van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”.
3. De wijze waarop klachtenbemiddeling door de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” plaatsvindt.
4. De onderlinge verhouding tussen Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” en de plaatselijke ombudspersonen.
5. De onderlinge verhouding tussen de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” en de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” met diens bureau.
6. De wijze waarop de Ombudspersonen bij de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” hun jaarverslag opstellen.

Dit reglement werd op het moment van de redactie van dit jaarverslag nog niet ter goedkeuring voorgelegd aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Onderhavig reglement van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” ligt (na goedkeuring) bij het Ambtelijk Secretariaat van de Commissie ter inzage van de patiënten, de beroepsbeoefenaars en iedere belangstellende.
DEEL 2. SAMENWERKING MET DE LOKALE OMBUDSPERSONEN.
1 DE SAMENWERKING MET DE LOKALE OMBUDSPERSONEN

1. EEN STRUCTURELE RELATIE

De Wet betreffende de rechten van de patiënt en diens uitvoeringsbesluiten, voorzien in een soort “territoriale” bevoegdheidsverdeling van de ombudsfuncties in de gezondheidszorg.

Zo kan elk ziekenhuis een interne ombudsfunctie oprichten, of opteren voor een ombudsfunctie in het kader van een schriftelijk samenwerkingsverband met andere ziekenhuizen.

De psychiatrische ziekenhuizen kunnen een interne ombudsfunctie oprichten, kunnen zich aansluiten tot een ombudsfunctie van een algemeen ziekenhuis of kunnen beroep doen op de bemiddelaar van de Overlegplatforms voor Geestelijke Gezondheidszorg.

De bemiddelaars van de Overlegplatforms voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn vervolgens bevoegd voor psychiatrische ziekenhuizen, voor initiatieven van beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen.

De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” is gemachtigd alle klachten op het vlak van de Wet betreffende de rechten van de patiënt te behandelen waarvoor nog geen plaatselijke ombudsdienst bestaat1.

2. BRUGFUNCTIE EN KENNISCENTRUM

Doordat de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” in de schoot van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt is opgericht en doordat de patiëntenrechtenwet een bijzondere expertise verwacht van de Commissieleden, kan de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” een (kennis)brug vormen tussen de lokale ombudspersonen en de Commissie.

De brugfunctie krijgt onder meer gestalte door het organiseren van werkgroepen in de schoot van de Commissie met oog op de ontwikkeling van een bijzondere expertise op het vlak van bemiddeling in de gezondheidszorg. Zo werd eind 2004 besloten tot de oprichting van een werkgroep “bemiddeling”, waarvan de eerste vergadering op 10 januari 2005 plaatsvond2.

Verder organiseert de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” in samenwerking met de Commissie vormingsinitiatieven (voordrachten, symposia,...) waardoor wordt bijgedragen aan de ontwikkeling van kennis. Zo werd in 2004 op 17 en 18 november een uitgebreid symposium georganiseerd ivm “bemiddeling in de gezondheidszorg”.

---

1 Het gaat hier bijvoorbeeld over huisartsen, tandartsen, apothekers, zelfstandige verpleegkundigen en andere zelfstandige paramedici, adviesgevers, beroepsbeoefenaars in gevangenissen, beroepsbeoefenaars in RVT’s of ROB’s.

2 Deze werkgroep heeft reeds een model van jaarverslag voorgesteld, dat door de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” is goedgekeurd (www.health.fgov.be )
De Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" fungeert daarenboven als aanspreekpunt voor ‘courante’ vragen ivm de toepassing van de patiëntenrechtenwet.

Daarenboven werd de Nederlandstalig ombudspersoon actief betrokken bij de ledenvergaderingen van VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsfuncties van Algemene Ziekenhuizen) Deze functionele betrokkenheid heeft in 2004 geresulteerd in een vruchtbare interactie en wisselwerking met de ombudsfuncties van algemene ziekenhuizen.

In het kader van voorgaande brugfunctie, zal de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" een bijdrage kunnen vormen aan een visie op klachtenmanagement in de gezondheidszorg.

3. GEEN GEORGANISEERDE BEROEPEN – SAMENWERKING.

De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” fungeert als residuaire functie en niet als inhoudelijke beroepsinstantie voor klachten die werden behandeld door de lokale ombudspersoon.

De Federale Ombudsdienst dient wel als toegangspoort voor de ontvangst van klachten over de wijze waarop bemiddeling door de lokale ombudsfuncties heeft plaatsgevonden (zie deel 1, 3.2.2)

In dergelijke situaties wordt de klacht niet opnieuw inhoudelijk behandeld, maar er wordt samen met de lokale ombudspersoon nagegaan welke procedurele stappen een bijkomende meerwaarde kunnen betekenen in de behandeling van een concrete klacht. Dit kan onder meer slaan op bijkomende motivering van de beslissing van de lokale ombudspersoon, op het inbouwen van extra garanties ivm de onafhankelijkheid, ea

In het algemeen, en los van enige klacht inzake de lokale bemiddeling, bestaat er tussen de Nederlandstalig Ombudspersoon en lokale ombudspersonen een actieve samenwerking op het vlak van bepaalde, vaak doorverwezen, dossiers.
Deel 3 NETWERKING, CONTACTEN EN VOORDRACHTEN.

Dit deel geeft een overzicht van de contacten, voordrachten en vergaderingen die werden bijgewoond of georganiseerd door de Nederlandstalig ombudspersoon.

Doordat de Nederlandstalig ombudspersoon sedert 1 juni werkzaam is, vangt het overzicht dan ook vanaf die datum aan.

Vooraleer een concreet activiteitenoverzicht te geven, wordt eerst een algemene situering geven van de acties die hebben bijgedragen tot een bekendmaking van de patiëntenrechtenwet (en de ombudsdienst) bij het bredere publiek.

1. Bekendmaking bij het bredere publiek.

1.1. Eerste sensibiliseringscampagne (Brochures, folders en posters)

Op het einde van de vorige regeerperiode werd een eerste sensibiliseringscampagne opgezet. De campagne werd in het bijzonder gevoerd via brochures, folders en posters die hoofdzakelijk door de FOD Volksgezondheid werden uitgegeven en verdeeld aan beroepsbeoefenaars en zorgvoorzieningen.

Tot op heden bestonden er geen brochures in een Duitstalige versie. In december 2004 werden de brochures vertaald in het Duits, en in april 2005 werd voorzien in de verspreiding van de exemplaren.

Eind 2004 was een groot deel van de Nederlandstalige brochures uitgeput. In 2005 wordt dan ook in een herdruk van folders voorzien, en wordt tevens bekeken in hoeverre een tweede sensibiliseringscampagne kan plaatsvinden.

1.2. Website

De digitale ‘burger’ en aldus ook de patiënt maakt steeds meer gebruik van het internet. Een goed uitgewerkte site op het gebied van patiëntenrechten is daarom ook onontbeerlijk.


Helaas is dit eerste kader verre van volledig, en ontbreken een aantal essentiële bestanddelen. Daarnaast is de toegankelijkheid en aldus de consulteerbaarheid klantonvriendelijk.

In 2005 voorziet de FOD Volksgezondheid budgettaire ruimte om de gebreken op het onderdeel “patiëntenrechten” te kunnen wegwerken. Daarenboven zal dit onderdeel worden opgenomen in een volledig vernieuwde portaal site van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu (mei 2005)
1.3. **Netwerking door uitbreiding van contacten en het geven van voordrachten.**

Sedert de start van het voltallig functioneren van de federale ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", hebben een reeks interprofessionele contacten plaatsgevonden (Nacionaal Intermutualistisch College, VVOVAZ, College van Federale Ombudsmannen, Provinciale Platforms voor Geestelijke Gezondheidszorg, ziekenhuizen, rusthuizen etc)

De ombudspersonen hebben door veelvuldige voordrachten reeds bijgedragen aan de bekendmaking van hun dienst (Diverse ziekenhuizen & rusthuizen, Palliatief Netwerk Noorderkempen, Similes Gent, Similes Louvain La Neuve, Bestuursraad onafhankelijke rusthuizen, Association “Vie féminine”, ...)

Daarenboven werd op 17 en 18 november 2004 vanuit de FOD Volksgezondheid een symposium ‘klachtenbemiddeling in de gezondheidszorg’ ingericht. Ook dit symposium heeft bijgedragen tot een verder bekendmaking van de Federale ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”.

2. **Overzicht van de voordrachten, vergaderingen, interviews en artikels (Nederlandstalig Ombudspersoon)**

- **Voordrachten.**
  23/06/2004: voordracht Similes, Gent  
  23/06/2004: St.-Elisabeth - Ukkel  
  23/06/2004: VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsfuncties van Algemene Ziekenhuizen)  
  29/06/2004: voordracht Palliatief Netwerk Noorderkempen.  
  23/09/2004: VVOVAZ.  
  17/11/2004: symposium ‘bemiddeling in de gezondheidszorg’  
  18/11/2004: symposium ‘bemiddeling in de gezondheidszorg’  
  26/11/2004: voordracht patiëntenrechten - psychiatrie: Sleidinghe  
  02/12/2004: voordracht op het symposium ‘Kwaliteitsmanagement en certificering”  
  06/12/2004: voordracht VVOVAZ en ledenvergadering: registratie - jaarverslag - Huishoudelijk Reglement  
  10/12/2004: voordracht patiëntenrechten - verpleegkundigen  
  13/12/2004: voordracht Wet Medische Experimenten - Patiëntenrechten (informed consent)

- **Voordrachten (bijgewoond).**
  18/06/2004: ontwikkelcirkels: FOD VVVL  
  05/10/2004: balanced Scorecard  
  07/12/2004: voorstelling Federaal Kenniscentrum

- **Vergaderingen en andere contacten.**
  07/05/2004: bestuur VVOVAZ  
  09/06/2004: vergadering Nationaal Intermutualistisch College  
  17/06/2004: vergadering College Federale Ombudsmannen  
  27/07/2004: ombudspersonen Nederlandstalige Platforms voor Geestelijke Gezondheidszorg, Heverlee  
  08/08/2004: vergadering redactie Belgopocket
13/08/2004: vergadering lokale ombudsman
15/09/2003: vergadering ‘kunst van het bemiddelen’
17/09/2003: vergadering ‘plaats van de ombudsman in het ziekenhuis’
21/09/2004: vergadering vereniging private instellingen (fr.)
22/09/2004: vergaderingen ikv het symposium 17/18 - 11
23/09/2004: vergadering VVOVAZ
29/09/2004: vergadering verpleegkundigen
01/10/2004: vergadering over wetgevende initiatieven ikv erkenning van beroepsbeoefenaars in GGZ
21/10/2004: vergadering POOL
14/10/2004: vergadering privacyvoordracht ikv het symposium 17/18 - 11
19/10/2004: vergadering Federaal platform GGZ en ombudsfunctie
29/10/2004: vergadering Federale Commissie Rechten van de Patiënt.
25/11/2004: begeleidingscommissie LUSS
25/11/2004: vergadering ivm brochures en patiëntenrechten (Centre d'education des patients)
17/12/2004: begeleidingscommissie Vlaams Patiëntenplatform

..... reeks (in)formele contacten en vergaderingen in ziekenhuizen en rusthuizen...

- **Artikels en interviews.**
  19/07/2004: artikel "De Huisarts" (samenvattingen in De Standaard, GvA, De Tijd, Knack..)
  29/07/2004: interview VRT-nieuws
  29/07/2004: interview tijdschrift “Nursing”
  14/10/2004: artikel vzw UILENSPIEGEL
  07/12/2004: interview tijdschrift "Goed Gevoel"
DEEL 4. KLACHTENBEMIDDELING.
Deel 4 DE KLACHTENBEMIDDELING (inhoudelijke taakomschrijving)

1. DEFINITIES GERELATEERD AAN DE TAKEN VAN DE OMBUDSPERSOON.

In de Memorie van Toelichting³ van de patiëntenrechtenwet wordt een beschrijving gegeven van de bemiddelende taak van de ombudsfunctie.

Zo wordt gesteld dat voorafgaand aan de rechtsgang, de patiënt een recht op klachtenbemiddeling wordt toegekend, wat wil zeggen dat hem de garantie wordt geboden dat zijn klacht wordt opgevangen en dat daaromtrent bemiddelend wordt opgetreden.

Meer in het bijzonder heeft de patiënt het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten die in onderhavige wet worden vastgelegd neer te leggen bij een ombudsfunctie.

De ombudsfunctie heeft vooreerst als taak zo veel mogelijk klachten te voorkomen. Dit houdt in dat de ombudsfunctie bij iedere uiting van onvrede door een patiënt, deze laatste aanspoort om contact op te nemen met de betrokken beroepsbeoefenaar. Van een verplichting kan echter nooit sprake zijn. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat de patiënt angst heeft om het probleem aan de beroepsbeoefenaar zelf voor te leggen. Het is anderzijds wel ook mogelijk dat de patiënt uit eigen beweging reeds met de beroepsbeoefenaar contact opnam, maar dat het gesprek met de beroepsbeoefenaar geen oplossing voor de onvrede bood.

Met het oog op het voorkomen van zo veel mogelijk klachten is het in elk geval belangrijk dat de patiënt er via allerhande wegen toe aangemoedigd wordt om ingeval van problemen, in eerste instantie met de beroepsbeoefenaar zelf contact op te nemen.

De ombudsfunctie heeft uiteraard trouwens ook als taak informatie te verstrekken over de eigen organisatie, werking en te volgen procedure en dit zowel aan de patiënten als aan bijvoorbeeld het personeel werkzaam in of voor een gezondheidszorgvoorziening.

Hierdoor zal zij ook bewerkstelligen dat reeds een aantal problemen in het contact tussen patiënt en beroepsbeoefenaar worden opgelost.

Leidt de aansporing tot communicatie met de beroepsbeoefenaar niet tot een bevredigend resultaat, dan heeft de ombudsfunctie tot taak om zelf over te gaan tot de bemiddeling bij de ingediende klacht.

De doelstelling van deze bemiddeling is het bereiken van een oplossing voor de neergelegde klacht. Er wordt opgemerkt dat van enig bindend karakter van de oplossing op dit vlak geen sprake kan zijn.

Slaagt de ombudsfunctie er niet in om via bemiddeling een voor de betrokken partijen aanvaardbare oplossing te bewerkstellingen dan wordt de patiënt ingelicht omtrent de verdere mogelijkheden tot afhandeling van de klacht.

---

³ M.v.T., Parl.St. Kamer 2001-02, 1642/001
De ombudsfunctie heeft echter niet enkel een taak bij het bemiddelen van klachten. Zij dient daarenboven mee te werken aan de preventie ervan. De wet voorziet dan ook dat de ombudsfunctie als taak heeft het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten. Door haar bemiddelingstaak zal de ombudsfunctie immers over de nodige informatie beschikken om dergelijke aanbevelingen te formuleren.

Samenvattend mag men concluderen dat de taken van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” zijn op te delen in vier grote deeltaken. Deze vier deeltaken bestaan uit het informeren (adviseren – stimuleren), het bemiddelen, het formuleren van alternatieven indien de bemiddeling heeft gefaald en het aanbevelen.

- **INFORMEREN EN ADVISEREN**

In de functieomschrijving van een ombudspersoon onderscheidt men enerzijds de afhandeling van klachten, en anderzijds de behandeling van verzoeken om informatie/advies buiten de context van een klacht.

Dit betreft enerzijds informatie omtrent de patiëntenrechtenwet zelf, en anderzijds omtrent de organisatie waarin de ombudspersoon werkzaam is. Betreffende informatie en/of advies kan ook inhouden dat de aanvragers worden gestimuleerd hun onvrede of vragen te uiten vooraleer deze uitingen een formele klacht worden.

- **BEMIDDELEN**

Eens een (formele) klacht werd geuit dan start de bemiddelingstaak van de ombudspersoon. Bemiddeling dient men echter te onderscheiden van klachtenbehandeling. Bemiddeling bestaat uit het tussenkomen van de ombudspersoon met het oog op het bereiken van een (niet bindende) oplossing zonder dat hieraan een oordeel is verbonden. In tegenstelling tot de klachtenbemiddeling, is bij de klachtenbehandeling echter wel spraken van een (bindend) oordeel over de klacht.

Het vinden van een (door de partijen aangedragen) oplossing is onder meer afhankelijk van de vraag van de klager. Het verzoek van de klager wordt bij de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” ingedeeld in 5 categorieën (zie infra), en op basis van het resultaat dat men behaalt in vernoemde categorieën kan men concluderen of een oplossing werd gevonden en of de bemiddeling al dan niet geslaagd is.

- **FORMULEREN VAN ALTERNATIEVEN (DOORVERWIJZEN)**

Slaagt de bemiddeling niet dan dient hij de klager op de hoogte te brengen van de nodige alternatieven en zonodig door te verwijzen.

---

4 Klachtenbehandeling: de persoon of instantie aan wie de klacht wordt voorgelegd, spreekt zich uit, hetzij in de vorm van een (gezaghebbend) advies, hetzij in de vorm van een bindend oordeel (Legemaate, T.Gez 1997-98, 550).
- **AANBEVELEN**

De verworven inzichten ikv de afhandeling van klachten zal in fine een belangrijke bron vormen voor het formuleren van aanbevelingen met het oog op het voorkomen van nieuwe klachten of structurele problemen.

2. **STAPPENPLAN**

Het behandelingproces bestaat uit een aantal belangrijke stappen, namelijk de verzending van een **ontvangstbevestiging** (1), het onderzoek van de klacht op zijn **ontvankelijkheid** (2), het **onderzoek van de klacht** en de **eigenlijke klachtenbemiddeling** (3)

Elke binnengekomen klacht krijgt een dossiernummer, en dit dossiernummer wordt in een **ontvangstbevestiging** aan de patiënt of diens vertegenwoordiger schriftelijk ter kennis gebracht. De klacht wordt tezelfdertijd onderzocht op zijn **ontvankelijkheid**, en dit kan resulteren in een verklaring van niet ontvankelijkheid omwille van ‘territoriale’ onbevoegdheid (verwijzing naar de lokale ombudspersoon), omwille van materiële onbevoegdheid (verwijzing naar andere instanties), of omwille van onbevoegdheid op basis van andere gronden (bvb. de klacht maakt reeds voorwerp uit van een gerechtelijke procedure)

Vervolgens start de **eigenlijke klachtenbemiddeling**, waarbij de Federale Ombudsdienst een manueel klachtendossier opent. Indien nodig wordt er een gesprek met de ‘klager’ gepland om de klacht verder te verduidelijken. Tevens peilt de ombudspersoon **naar de verwachtingen van zijn/haar tussenkomst** en maakt verdere afspraken.
Wanneer de klacht en de verwachtingen duidelijk zijn, verzamelt de ombudspersoon de klantgegevens en start het onderzoek (betrokken partijen, historiek van de feiten, wettelijke omkadering etc.) Dit onderzoek vindt plaats conform de in de wetgeving geformuleerde basisprincipes (onafhankelijkheid, neutraliteit, vertrouwelijkheid en het beroepsgeheim)

De ombudspersoon contacteert de persoon op wie de klacht betrekking heeft en bezorgt hem/haar alle relevante informatie over de klacht. De ombudspersoon stelt steeds voor of de betrokken partijen niet eerst rechtstreeks de klacht willen bespreken. De ombudspersoon geeft ondersteunend advies en stimuleert beide partijen om hun onvrede bespreekbaar te maken, hun verwachtingen en voorstellen te uiten en op die manier te komen tot een consensus. Indien nodig organiseert en modereert de ombudspersoon een bemiddelingsgesprek.

Indien de partijen tot een akkoord komen en/of indien de communicatie hersteld is, dan kan de klacht als afgehandeld beschouwd worden.

Wanneer er echter geen minnelijke schikking wordt bereikt informeert de ombudspersoon de patiënt over andere afhandelingsmogelijkheden. Voorgaande is niet anders dan een wettelijke verplichting die voortvloeit uit artikel 11§2, 3 van de patiëntenrechtenwet.

3. AANBEVELINGEN

De viervoudige opdrachtsverklaring van de ombudspersoon in de Wet betreffende de rechten van de patiënt (informeren, bemiddelen, doorverwijzen en aanbevelen) geeft bij zijn concrete invulling een aantal moeilijkheden. In het hoofdstuk aanbevelingen wordt hier dieper op ingegaan.
DEEL 5. ACTIVITEITENVERDELING.
Deel 5 ACTIVITEITENVERDELING.

Om in het kader van het jaarverslag zicht te krijgen op de totaliteit van de activiteiten van de Nederlandstalig Ombudspersoon werd een onderverdeling gemaakt in 5 grote categorieën met het overeenkomstige activiteitenpercentage, namelijk beleidsmatige activiteiten, vormingsactiviteiten, advies & informatie en bemiddeling.

De beleidsmatige activiteiten werden reeds beschreven in punt 3.4. van deel I en maken 30% van de activiteit van de Nederlandstalig Ombudspersoon uit. De vormingsactiviteiten ivm de patiëntenrechtenwet nemen 5% van de beschikbare tijd in beslag, terwijl advies en informatie 20% van de tijd in beslag neemt en de eigenlijke bemiddeling bijna de helft van de tijd, zijnde 45%.

Gezien de ontwikkelingen ter zake, valt het te voorspellen dat het activiteitsniveau van elke “deelschijf” zal toenemen, waardoor in de toekomst bijkomende personele ondersteuning noodzakelijk zal zijn.
DEEL 6. HET BEELD VAN DE DOSSIERS.
Deel 6 HET BEELD VAN DE DOSSIERS.

In deel 6 wordt een overzicht gegeven van alle Nederlandstalige dossiers. Een dossier wordt gekwalificeerd als “Nederlandstalig” indien de gesproken taal van de aanvrager het Nederlands is. De indeling is bijgevolg gebaseerd op de spreektaal van de aanvrager. In de regel komt deze indeling overeen met de taalgrenzen, maar in enkele gevallen lokaliseren we de klachten elders.

Binnen het takenpakket van de Federale Ombudsdienst onderscheidt men vervolgens twee grote hoofdcategorieën, namelijk klachtendossiers en informatiedossiers.

Het luik “informatiedossiers” omvat het geheel van adviezen inzake de patiëntenrechtenwet op vraag van patiënten, familieleden, beroepsbeoefenaars, instanties en ombudspersonen. De grote hoeveelheid van telefonische contacten worden hierbij echter buitenbeschouwing gelaten en worden tevens niet geregistreerd.

Onder deze informatiedossiers valt ook de opdracht om vragen en klachten te voorkomen door de communicatie tussen beroepsbeoefenaars en patiënten te bevorderen. Immers een deel van de patiënten vragen advies vooraleer sprake is van een echte klacht, maar er is dan eerder sprake van een beginnende onvrede.

Binnen het luik “klachtendossiers” is echter een opdeling geboden op diverse niveaus, namelijk de klachtendossiers waarvoor de Federale Ombudsdienst residuair bevoegd is; de dossiers waarbij de ombudsdienst een doorverwijzende rol bekleedt bij ontstentenis van diens bevoegdheid of indien bemiddeling faalt, en tot slot als een soort subcategorie van voorgaande categorie; de dossiers waarbij de ombudsdienst tussenkomt inzake de bemiddeling op lokaal niveau (“bemiddeling bij de bemiddeling”) Deze laatste dossiers hebben betrekking op klachten ivm de wijze van bemiddeling op lokaal niveau, maar ook op dossiers waarbij de Federale Ombudsdienst om diverse redenen bij de lokale klacht betrokken blijft.

De klachten werden geregistreerd in een door de Federale ombudsdienst ontworpen registratieprogramma.
1. ALGEMEEN OVERZICHT.

Omdat de Nederlandstalig ombudspersoon sedert 1 juni 2004 werkzaam is, werden eerst een reeks achterstallige dossiers bijgewerkt. De cijfers van de eerste 6 maanden van 2004 zijn aldus gecomprimeerd en wat betreft de gemiddelde doorlooptijd vertekend.

Rekeninghoudend met voorgaande nuancering voor wat betreft de cijfers van de eerste 6 maanden, werden langs Nederlandstalige kant 209 dossiers behandeld (145 klachtendossiers en 64 informatiedossiers).

De Nederlandstalige ombudspersoon ressorteert vervolgens 58 (40%) klachtendossiers onder de eigen of residuaire bevoegdheid (bemiddeling sensu stricto), 70 (48%) onder de noemer ‘doorverwijzing naar lokale ombudsfunctie’, 17 (12%) onder de noemer ‘doorverwijzing naar andere instantie’.

Binnen de rubriek “doorverwezen naar lokale ombudsfunctie”, ressorteren 44 klachtendossiers onder de categorie “bemiddeling bij de bemiddeling”\(^5\). Deze laatste dossiers hebben betrekking op klachten ivm de wijze van bemiddeling op lokaal niveau, maar ook op dossiers waarbij de Nederlandstalig ombudspersoon om diverse redenen bij de lokale klacht betrokken blijft.

Indien men deze 44 (+ 3) dossiers optelt bij de dossiers die onder de eigen bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen, dan heeft de Nederlandstalig ombudspersoon in 102 (+ 3) dossiers actief bemiddeld.

2. OVERZICHT VAN DE NEDERLANDSTALIGE KLACHTENDOSSIERS.

2.1. Algemene becijfering.

In het jaar 2004 werden 145 klachtendossiers behandeld, waarvan:

- 58 (40%) ressorterend onder “residuare of eigen bevoegdheid “(Bemiddeling sensu stricto)
- 70 (48%) ressorterend onder “doorverwezen naar lokale ombudsfunctie”. Waarvan;
  - 44 : bemiddeling bij de bemiddeling (63 %)
  - 26 : doorverwijzing naar lokale ombudsfunctie zonder bijkomende interventies (37%)
- 17 (12%) ressorterend onder “doorverwezen naar andere instanties”
  - 3 : bemiddeling bij de bemiddeling (18%)
  - 14 : doorverwijzing zonder bijkomende interventies (82%)

\(^5\) In de rubriek “doorverwezen naar andere instanties” betreft dit 3 dossiers van de 17.
2.2. **Trendlijn.**

Gezien de klachtendossiers in de eerste 6 maanden van 2004 met terugwerkende kracht werd behandeld, worden de cijfers voor die periode niet maandelijks weergegeven, maar gebundeld in één getal (52, zijnde 8,6/mnd) Voor de overige 6 maanden wordt het aantal klachten per maand weergegeven.

Uit het overzicht volgt dat sedert de start van de werkzaamheden in de maand juni, de klachtenratio met 50% gestegen is. Op het niveau van de informatiedossiers constateren we eenzelfde stijging (zie verder)
In het hiernavolgende gedeelte wordt eerst een totaaloverzicht van alle klachtendossiers (2.3) gegeven, daarna wordt een overzicht gegeven van de klachtendossiers die onder de eigen residuaire bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen (2.4) en tot slot wordt ingezoomd op de doorverwezen klachtendossiers met de subcategorie ‘bemiddeling bij de bemiddeling’ (2.5)

2.3. **Overzicht van alle Nederlandstalige klachtendossiers.**

2.3.1. **Voorwerp van de klacht.**

- **Wettelijke basis.**

Wat betreft het voorwerp van de klacht zijn alle dossiers ingedeeld bij het “geschonden” artikel van de Wet betreffende de rechten van de patiënt. Het klachtrecht is immers bij wet van toepassing op de in de patiëntenrechtenwet geregelde rechten.

Binnen elke klachtendossier kunnen verschillende klagers zijn betrokken. Toch wordt er slechts één klachtendossier geopend, aangezien het klachtrecht steeds bevestigd moet worden in hoofde van de patiënt (of diens vertegenwoordiger)

Binnen elk klachtendossier kunnen daarenboven verschillende rechten worden aangehaald die de klager als geschonden ervaart. Als gevolg hiervan ligt het totaal aantal veronderstelde schendingen hoger dan de totaliteit van de klachtendossiers.

De aantallen geven enkel een weergave van de door de klager ingeroepen schendingen en zeggen **bijgevolg niets over de gegrondheid van de klacht.** De uiteindelijke gegrondheid van de klacht werd zelfs niet geregistreerd. Dit heeft diverse redenen.

Vooroerst zijn er een reeks dossiers die werden doorverwezen om op lokaal niveau te behandelen, waardoor er niet altijd zicht is op het proces van de bemiddeling. Daarnaast is het soms bijzonder moeilijk om deze ‘gegrondheidsappreciatie’ te maken. In het geval van medische fouten zou dit onder meer een medische expertise vragen waarover de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”
overhebaut niet beschikt. Daarenboven veronderstelt een appreciatie van de gegrondheid tevens een oordeel over een geformuleerde klacht, en de vraag is of dit überhaupt binnen de focus van de bemiddeling past.

Op grond van de wettelijke basisprincipes kan men bijgevolg concluderen dat de inhoud van de klacht gerelateerd is aan de rechten zoals opgenomen in de Wet betreffende de rechten van de patiënt. De patiënt heeft aldus het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door de patiëntenrechtenwet neer te leggen bij de ombudsdienst.

Volgens de principes van de patiëntenrechtenwet kunnen de klachten vervolgens enkel betrekking hebben op een schending van bovengenoemde rechten door een *beroepsbeoefenaar*.

- *Analyse in concreto.*

Op 145 klachtendossiers komt dit vervolgens neer op 163 veronderstelde schendingen van de patiëntenrechtenwet.

Een cijfermatig overzicht van de schendingen per artikel van de Wet betreffende de rechten van de patiënt:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel van de wet</th>
<th>schendingen</th>
<th>Artikel van de wet</th>
<th>schendingen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>9§1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>9§2</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>9§3</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>85</td>
<td>9§4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>7§1</td>
<td>3</td>
<td>11</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>7§2</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>7§3</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7§4</td>
<td>0</td>
<td>14</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8§1</td>
<td>0</td>
<td>15</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>8§2</td>
<td>24</td>
<td>17</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>8§3</td>
<td>1</td>
<td>19</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8§4</td>
<td>1</td>
<td>Varia</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>8§5</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Een grafisch overzicht van voorgaande tabel:

Pieken: artikel 5, 8, 9, 11 en varia.
- **Analyse van de ‘toppers’**.

**Artikel 5 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt** (recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking) is het artikel dat het meest wordt aangehaald. Dit is onder meer verklaarbaar door het brede toepassingsgebeid van dit artikel.

Het artikel wordt in de totaliteit van de dossiers **85 (52%)** keer aangehaald, waarvan **35** keer in de dossiers die binnen de bevoegdheid van de Nederlandstalige ombudspersoon vallen. Deze laatste groep wordt later in detail besproken.

Bij verdere (samenvattende) analyse van de resterende dossiers dmv kruistabellen, kan onder meer volgende detailinformatie betreffende artikel 5 worden verkregen:

- Attitude artsen en verpleegkundigen ivm palliatie
- Attitude raadsgeneesheer,
- Euthanasie - medische fouten
- Gebrek aan medische informatie, gebrek aan continuïteit in zorgverlening WE
- Geen verslag gestuurd van specialist naar huisarts
- Grensoverschrijdend gedrag psychiater
- Klacht ivm non-communicatie
- Klacht ivm vervaldatum ingenomen product
- Klacht tegen attitude PAAZ-verpleegkundige/PAAZ-afdeling
- Klacht tegen Orthopedist: medische fout
- Klacht tegen specialist: medische fout, verkeerde diagnose, geen ontslaginformatie
- Klacht tv specialist ziekenhuis: non-informed consent, geen correcte attitude
- Klacht wegens onvoldoende info overlijden - vermoeden onregelmatigheid
- Medische fouten
- Medische fout (ogen)
- Medische fout (overlijden)
- Medische zorgverlening is gebrekkig
- Observatiefouten verpleegkundige
- Onrechtmatige bejegening/communicatie psychiater
- Onrechtmatige bejegening/communicatie klinisch psycholoog
- Onvoldoende pijnmedicatie in terminale fase.
- Psychiatrisch ziekenhuis: gebrek aan verpleegkundigen, gebrek aan tweetaligheid, gebrek aan goede patiëntenzorg
- Verkeerde behandeling podoloog

Het merendeel van de klachten draait rond klachten ivm **beroepshouding** van beroepsbeoefenaars en vermeende **medische fouten**.

Klachten rond de beroepsattitude hebben veelal te maken met een gebrek aan patiëntgerichte communicatie (zie verder)
Artikel 8 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt, en vooral §2, wordt 27 (17%) keer vernoemd. Voorgaande getallen hebben betrekking op zogeheten “duidelijke” schendingen van het recht op geïnformeerde toestemming.

Naast deze veronderstelde manifeste schendingen van het informed consent, klagen patiënten in het algemeen over een gebrek aan communicatie en informatie. Dit laatste heeft vaak een weerslag op de perceptie van de patiënten mbt de attitude van beroepsbeoefenaars. Beroepsbeoefenaars die weinig communicatiesaardig zijn, creëren vaak de indruk van een gebrek aan betrokkenheid en empathie.

Het aspect financiële informatie als onderdeel van artikel 8§2 betreft de informatie over de financiële gevolgen van tussenkomsten in relatie patiënt versus beroepsbeoefenaars. Vaak zijn er ook klachten over het gebrek aan financiële informatie die de relatie tussen beroepsbeoefenaar en patiënt overstijgen, en als zodanig niet onder de wet patiëntenrechten vallen. Behoudens indien men bepaalde situaties zou kunnen laten ressorteren onder de informatieplicht van de beroepsbeoefenaar betreffende wettelijke bepalingen die met betrekking tot hun tussenkomst dienen te worden nageleefd.

Artikel 9 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt wordt 16 (10%) keer aangehaald, en heeft veelal te maken met het recht op afschrift van het patiëntendossier.

Artikel 11 werd enkel aangeduid indien er klachten bestaan omtrent de bemiddeling van de lokale of plaatselijke ombudsfunctie. In de totaliteit van de dossiers betreft het hier 16 (10%) dossiers.

In het merendeel van de dossiers die echter nog niet op lokaal niveau behandeld werden, en bijgevolg naar de lokale bemiddelaar doorverwezen worden, formuleren patiënten eveneens bedenkingen omtrent een mogelijke onafhankelijke klachtenafhandeling op lokaal niveau. Op deze problematiek wordt in de hiernavolgende delen ingegaan.

De restcategorie “varia” omvat alle klachten die niet direct terug te brengen zijn tot de voorziene rechten in de patiëntenrechtenwet, en hebben veelal betrekking op financiële en organisatorische aspecten van gezondheidszorgvoorzieningen. In de huidige stand van dit rapport betreft het hier 41 klachten.

Voorbeelden;

- CVS: onrechtvaardige exclusie
- Factuur dienst 100
- Factuur ziekenhuisopname
- Financiële informatie kamersupplementen
- GMD (geen toestemming)
- Homeopathie
- Klacht ivm factuur van een ziekenhuis
- Klacht ivm roken in rusthuis

In de procentuele percentageberekening wordt deze groep niet meegeteld. Van alle klachtenitems (163+41=204) is dit 20%.
- Klacht ivm attitude verzekeringmaatschappijen
- Klacht tav mutualiteit:hospitalisatieverzekering
- Klacht wegens dubbele consultatie voor één prestatie
- Korte ligdag
- Niet dringend liggend ziekenvervoer (factuur)
- Onrechtmatige inbraak deurwaarder nav onbetaalde ziekenhuisfactuur
- Ontvreemden van medische gegevens als bewijsmateriaal
- Praktijken adviserende geneesheren mutualiteit
- Rectificatie vergoeding FBZ - FAO
- Terugbetaling geneesmiddelen
- Verjaring van terugbetaling prestaties na conflict met kinésitherapeut
- Verkeerde facturatie van prestaties
- Verkeerde financiële afrekeningen (ereloon e.a)
- Voorschottenregeling (consultaties)

2.3.2. Op wie heeft de klacht betrekking?

Volgens de principes van de wet patiëntenrechten kunnen de klachten betrekking hebben op een schending van bovengenoemde patiëntenrechten door een beroepsbeoefenaar.

Dit impliceert dat we aldus gebonden zijn aan de in de patiëntenrechtenwet gedefinieerde beroepsbeoefenaars. In praktijk levert dit problemen op tav bepaalde zorgverstrekkers die men (vooralsnog) niet kan kwalificeren als beroepsbeoefenaar in de zin van de patiëntenrechtenwet. Zo hebben we onder meer te maken met (klinisch) psychologen en (andere) psychotherapeuten.

Niettegenstaande voorgaande beperking, werden klachten mbt tot die groep evenwel toch behandeld. Dit geldt ook voor de niet-conventionele praktijken, zoals bvb osteopathie, die echter wel als beroepsbeoefenaars worden gekwalificeerd, maar waarvan de nodige uitvoeringsbesluiten ontbreken.

Specialisten in ziekenhuizen nemen het grootste deel in beslag (48%) Enerzijds is dit te verklaren door de eigen en veelvuldige aard van specialistische interventies, en anderzijds door de gevolgen die fouten, vergissingen of complicaties teweeg kunnen brengen.
Indien men vervolgens kijkt naar het soort specialismen dan krijgt men volgend overzicht. De ‘koplopers’ zijn de internisten en de orthopedisten. Van enige significatie is mi geen sprake.

Na de groep van de **specialisten** (48,2 %) volgen de **“andere beroepsbeoefenaars”** 7 (17 %), vervolgens de **verpleegkundigen**8 (13,4 %), daarna de **huisartsen** (11,6 %) en de **tandartsen** (9,8 %)

Voorgaande cijfers dienen tevens beoordeeld worden in relatie tot beschikbaar statistisch materiaal ivm het aantal patiëntencontacten en het aantal beroepsbeoefenaars binnen een bepaalde beroepscategorie.


---

7 Bvb. Kinesitherapeuten, podologen (.), maar ook de groep van **adviserende controleartsen**.

8 Het gaat hier vaak om een gecombineerde klacht, namelijk als er een klacht tegen een specialist werd geformuleerd, dan bestaan er ook klachten tegen verpleegkundigen in dat zelfde klachtendossier.
### NAAM: Gemiddeld aantal jaarlijkse contacten met huisarts, specialist of tandarts

<table>
<thead>
<tr>
<th>DIMENSIES</th>
<th>Ruimte</th>
<th>Vlaams Gewest</th>
<th>Tijd</th>
<th>1997 en 2001</th>
<th>Geslacht</th>
<th>man, vrouw</th>
<th>Leeftijdsgroep</th>
<th>0-14, 15-24, ...</th>
<th>geen diploma, lager onderwijs, ...</th>
<th>Opleiding</th>
<th>...</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BRON</td>
<td>Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Gezondheidsenquête</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRON</td>
<td>Kenniscentrum Statistiek.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| BRON      | Dienst voor geneeskundige verzorging - Bestand van zorgverleners RIZIV |

### NAAM: Evolutie van het aantal zorgverleners per 31 december

| BRON      | Dienst voor geneeskundige verzorging - Bestand van zorgverleners RIZIV |

#### NAAM: Evolutie van het aantal zorgverleners per 31 december

| BRON      | Dienst voor geneeskundige verzorging - Bestand van zorgverleners RIZIV |

#### BRON: Dienst voor geneeskundige verzorging - Bestand van zorgverleners RIZIV
2.3.3. **Wat is de wens van de klager?**

Het is belangrijk om te weten wat de ‘klager’ juist wil bereiken bij de formulering van zijn klacht. Deze finaliteit zal onder meer het bemiddelingsproces beïnvloeden. In bepaalde dossiers wijzigt soms het initiële verzoek van de klager doorheen het proces van de bemiddeling.

De wens van de klager is voorlopig ondersplit in 5 categorieën. Ten eerste kan er sprake zijn van een verzoek tot “financieel akkoord” (1), waarin de klagende partij bijvoorbeeld een vergoeding vraagt voor de geleden schade. Het financieel akkoord kan ook betrekking hebben op de facturatie van prestaties in het algemeen.

Ten tweede kan er een wens bestaan om te komen tot een ander soort van akkoord. Dit “ander akkoord” (2) slaat vooral op akkoorden van niet geldelijke aard, zoals bijvoorbeeld het verstrekken van vervangprothesen. Onder een ander akkoord ressorteert de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” ook het verzoek tot inzage en afschrift van een patiëntendossier, het verzoek tot het kunnen uitoefenen van het keuzerecht, het verzoek tot een schulderkentenis, het verzoek om een louterere terechtwijzing, het verzoek om bepaalde praktijken te stoppen, het verzoek om bepaalde medische getuigschriften op te stellen, e.a.

Soms wenst de klager enkel “uitleg en informatie” (3) van de betrokken beroepsbeoefenaar. De bemiddeling is dan gericht op het verzamelen van informatie en/of het bevorderen van een relatie waardoor door volledige informatie de communicatie hersteld wordt.

Soms wenst men enkel (of vooral) “een luisterend oor” (4) Personen die behoefte hebben aan een luisterend oor vragen vaak ook een vorm van begeleiding, en de intensiviteit van dergelijke dossiers mag men derhalve niet onderschatten. Zo zijn er patiënten die wekelijks bellen voor een soort stand van zaken ivm hun klacht en de daaraan gerelateerde psychosociale problematiek. In sommige gevallen is de klacht zelfs een uiting van een psychosociale problematiek.

Tot slot hanteert de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" de rubriek "uitdrukkelijke signalering" (5) van een probleem mo op statistische verwerking in het jaarverslag van de Federale Ombudsdienst. De voornaamste bedoeling van de klager is dat de signalering van zijn klacht zal kunnen bijdragen aan een wijziging van een beleid waarin men meer aandacht heeft voor de grond van de klacht.

Voorgaande aspecten worden meestal gecombineerd, maar bij de registratie van de klachten wordt gestreefd om de ‘hoofdwens’ onder te brengen bij slechts één categorie.

Bij alle klachtendossiers vraagt men in 54 dossiers een “ander akkoord” (37,5%), in 42 dossiers wenst men een financieel akkoord (29,2%), in 21 dossiers is de wens van de klager gericht op uitleg, informatie en herstel van communicatie (14,6%), in 13 dossier vraagt men vooral een (intensief)
2.3.4. **Wie formuleert een klacht?**

De patiënt kan, al dan niet bijgestaan door een vertrouwenspersoon, een klacht indienen bij de ombudsdienst. Conform de bepalingen van de patiëntenrechtenwet oefent de vertegenwoordiger de rechten van de patiënt uit, zo ook zijn klachtrecht.

Als gevolg hiervan werd geregistreerd hoeveel patiënten (en/of vertrouwenspersonen), of vertegenwoordigers een verzoek indienden.

Voorgaande neemt niet weg dat in de praktijk ook andere “instanties of personen” aanbrengers van een klacht zijn. Om een volwaardig klachtrecht te kunnen uitoefenen dient echter bevestiging plaats te vinden in hoofde van de patiënt/vertegenwoordiger en/of de vertrouwenspersoon die de patiënt bijstaat.

Zo komt het bijvoorbeeld voor dat een klacht wordt geformuleerd via bvb Test Aankoop of via een bepaalde patiëntenvereniging. Verder komt het ook voor dat bepaalde beroepsbeoefenaars (niet aangeduid als vertrouwenspersoon) een klacht voor een patiënt formuleren. Deze personen worden eveneens geregistreerd bij “andere personen of instanties”.

Nabestaanden vormen bij de uitoefening van dit klachtrecht een aparte probleemcategorie, en dit omwille van het (eveneens) ontbreken van een duidelijke juridische grond binnen de patiëntenrechtenwet. Toch ook hier heeft de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” geopteerd klachten van deze groep te behandelen en bijgevolg ook te registreren. Deze nabestaanden worden gegroepeerd onder de rubriek “familie”.

Onder de rubriek “familie” vallen ook de personen die verwant zijn met een (levende) patiënt, maar die niet kunnen beschouwd worden als vertegenwoordiger (van eerste rang) of als vertrouwenspersoon. Zo komt het voor dat kinderen een klacht formuleren in naam van een wilsonbekwame ouder, waarvan evenwel de echtgeno(o)t(e) nog leeft.
Juridisch impliceert dit dat de echtgeno(o)te wordt geacht de belangen van de wilsonbekwame partner te behartigen en dat de kinderen – door de cascade voorzien in de patiëntenrechtenwet - op een ondergeschikte plaats staan. De patiëntenrechtenwet voorziet geen klachtrecht in hoofde van deze kinderen, maar omwille van de ‘familiale leefbaarheid’ en -in bepaalde gevallen - omwille van de belangen van de wilsonbekwame patiënt, wordt toch in een vorm van bemiddeling voorzien.

Verder vallen onder de rubriek “familie” ook de verwanten die optreden voor een wilsbekwaam familieled/patiënt, maar die niet ‘officieel’ werden aangeduid als vertrouwenspersoon.

In het registratieformulier werden bijgevolg 5 categorieën gehanteerd, namelijk “de patiënt”, “de vertegenwoordiger”, “de vertrouwenspersoon”, “familie” en “andere instanties”.

Uit de cijfers volgt dat vooral de patiënt zelf een klacht formuleert (72%) en dat er slechts 1 dossier is geweest waarin de patiënt werd bijgestaan door een officieel aangeduide vertrouwenspersoon. In casu betreft het hier een advocaat die door een geïnterneerde patiënt schriftelijk werd aangewezen als vertrouwenspersoon.

De groep van vertegenwoordigers en de groep van familieleden is even groot, respectievelijk 16 personen. Verder zijn er een 8 instanties of andere personen geweest die een klacht in naam van een patiënt hebben geformuleerd.

**2.3.5. Geslacht van de klager.**

In het jaar 2004 constateren we een overwicht aan vrouwelijke klagers.
De spreiding van het geslacht over de verschillende categorieën van “klagers” geeft volgende grafische verdeling:

![Graph]

### 2.3.6. Hoe formuleert men een klacht?

Het formuleren van een verzoek gebeurt hoofdzakelijk met een brief (47%) Dit neemt niet weg dat het aandeel via e-mail ook substantieel is (30%) Indien het verzoek door middel van een brief wordt geformuleerd, dan constateert men een groter formalisme dan via de andere wegen. Vaak worden dan ook bepaalde bewijsstukken toegevoegd zoals foto’s, facturen en andere correspondentie. Klachten via mails worden soms impulsiever opgesteld en zijn niet altijd voldoende onderbouwd.

Via de telefoon wordt ook melding gemaakt van klachten (23%), maar in veel gevallen zijn telefonische contacten eerder “aftastend en oriënterend” zonder dat men een klacht wil of durft te formuleren. **Deze laatste groep wordt niet geregistreerd, ofschoon bijna dagelijks dergelijke telefonische contacten plaatsvinden.**

### Wijze van formuleren van de klacht 2004

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wijze</th>
<th>Aantal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Brief</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Mail</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Telefoon</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal</td>
<td>145</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.3.7. Sector van de klacht.

De grootste sector waarbinnen de klacht zich situeert is tot op heden het ziekenhuismilieu (46%) Daarna volgen de beroepsbeoefenaars binnen de eerste lijn (26%) (huisartsen, tandartsen, kinesisten e.a) Daarenboven is er soms sprake van een gecombineerd dossier. De klacht heeft dan betrekking op beroepsbeoefenaars binnen een ziekenhuis, maar ook op beroepsbeoefenaars binnen de eerste lijnszorg.

Verder zijn er ook klachten die betrekking hebben op een bepaalde “RIZIV-problematiek”. Dit zijn geen klachten omtrent het al dan niet functioneren van het RIZIV, maar de klachten hebben eerder betrekking op domeinen die binnen de werkingsfeer van het RIZIV liggen.

Bovendien zijn er een aantal klachten ivm R.V.T’s, Psychiatrische centra, mutualiteiten, verzekeringsgeneeskundige diensten. Er zijn ook een aantal sectoren waarbij slechts één enkele klacht werd geformuleerd (hogeschool, universiteit, preventorium, Justitie (CBM), farmaceutische industrie.)

2.3.8. Geografische lokalisatie van de klager⁹.

In de meeste gevallen situeert de klager zich in Antwerpen (38 = 26%), gevolgd door Vlaams-Brabant (33 = 23%) De spreiding over Oost- en West-Vlaanderen ligt ongeveer gelijklopend, respectievelijk 28 en 27 (+/- 17 %) Verder situeert zich één Nederlandstalige klager in het Waalse landsgedeelte en twee klagers in het buitenland.

In 90% van de gevallen komt de woonplaats van de klager overeen met de lokalisatie van de klacht.

⁹ Voor een verhouding tot het aantal inwoners van betreffende gebieden, verwijs ik naar: http://mis.vlaanderen.be/cognos7/cgi-bin/gpds.cgi.exe?BZ=1AAAAzvGLnD0ABEwU6VFChpE2cL60_YLnc09y2YMCoW8aVMDBNcouQY21LM7qdfSOZQs0umnKLORwzVaiZps-8P6Am-1560eEk-EzCkJx04YOkmKnKqATkRks6JGFRC8aZMmXcvjGTos3dhpWAkePKmzdu4CLzpzKs7EJxdM2D2V3Kfc2lAm0GixEfmN_Af
2.3.9. Doorlooptijd.

De algemene doorlooptijd is het totaal aantal dagen dat nodig is voor alle dossiers af te handelen, en de gemiddelde doorlooptijd zijn het gemiddeld aantal dagen per dossier. Deze tijd begint te lopen vanaf de datum van ontvangst.

De getallen voor de eerste 6 maanden zijn vertekend omwille van het feit dat de behandeling van 95% van deze dossiers is aangevat op 1 juni 2004. Dit heeft natuurlijk zijn repercussies op de berekening van de doorlooptijden.

De gemiddelde doorlooptijd van alle klachtendossiers is als volgt verdeeld:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Interval</th>
<th>Percentage</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; 20 dagen</td>
<td>56,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>20 - 40 dagen</td>
<td>6,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>40 - 60 dagen</td>
<td>6,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>60 - 100 dagen</td>
<td>13%</td>
</tr>
<tr>
<td>100 -150 dagen</td>
<td>6,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>150 -300 dagen</td>
<td>10%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Indien abstractie wordt gemaakt van de doorlooptijd van de dossiers die in de eerste 6 maanden van 2004 werden behandeld, dan stijgt het percentage tot 83% voor de dossiers die binnen de 40 dagen worden afgehandeld.

*In het algemeen kan worden gesteld dat op elke actie of interventie (van patiënt of betrokken partij) een reactie of interventie van de Nederlandstalige ombudspersoon binnen 1 tot 3 werkdagen volgt. Er wordt derhalve zeer kort op de bal gespeeld. Bepaalde langere termijnen zijn vooral het gevolg van externe factoren of personen, of het gevolg van een zogenaamde “keten” van interventies.*
2.3.10. **Interventies.**

Het aantal interventies voor de totaliteit van de dossiers, en het gemiddeld aantal interventies per dossier, resulteert in een getal dat overeenkomt met het aantal gestelde handelingen door de Nederlandstalig ombudspersoon onder de vorm van een persoonlijk gesprek, een telefonisch gesprek, een E-mail, een brief, een Fax etc.

Elke interventie heeft echter een eigen tijdsgewicht, waardoor onderstaande getallen slechts zeer richtinggevend zijn. Zo is een bezoek aan een patiënt veel tijdrovender dan het versturen van een mail of een brief. In 5 dossiers werden bezoeken ter plaatse afgelegd, en in 7 dossiers kwam de “klager” naar de FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.

Wat betreft de totaliteit van de **klachtendossiers** gaat hier over **minimum 671** interventies. Dit komt neer op een gemiddelde van 4,6 interventies per dossier.
2.4. Overzicht van de klachtendossiers die onder de residuaire bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen.

In het voorgaand gedeelte werd een analyse gegeven van alle klachtendossiers en dit ongeacht specificatie op niveau van bevoegdheden.

Het nu volgend hoofdstuk zal een analyse geven van de dossiers die binnen de eigen materiële en territoriale bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen. In onderstaande tekst wordt ook wel gesproken over de zogenaamde “residuaire bevoegdheid” van de Nederlandstalig ombudspersoon.

Het betreft hier 58 dossiers en dit is 40% van alle klachtendossiers.

2.4.1. Voorwerp van de klacht.

Het voorwerp van de klacht van de dossiers die binnen de residuaire bevoegdheid vallen, loopt in grote mate parallel met de totaliteit van alle dossiers.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel van de wet</th>
<th>Schendingen</th>
<th>Artikel van de wet</th>
<th>Schendingen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>§1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>§2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>§3</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>35</td>
<td>§4</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>§5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>§1</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>§2</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>§3</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>§4</td>
<td>0</td>
<td>14</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>§1</td>
<td>0</td>
<td>15</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>§2</td>
<td>9</td>
<td>17</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>§3</td>
<td>0</td>
<td>19</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>§4</td>
<td>1</td>
<td>Varia</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>§5</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pieken: artikel 5, 8, 9, 11 en varia
Analyse van de “toppers”.

Artikel 5 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt (recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking) is het artikel dat het meest wordt aangehaald. Dit is onder meer verklaarbaar door het brede toepassingsgebied van dit artikel. Het artikel wordt 35 (54 %) keer aangehaald.

Bij verdere analyse van laatstgenoemde dossiers dmv kruistabellen, kan volgende detailinformatie betreffende artikel 5 worden verkregen:
- Alcoholmisbruik tandarts
- Attitude kinesist
- Attitude therapeut (niet-beroepsbeoefenaar!)
- Attitude psycholoog
- Continuïteit zorgverlening
- Foutieve laserbehandeling
- Gebrek aan beroepsattitude controleartsen
- Gebrek aan medische informatie, gebrek aan continuïteit in zorgverlening WE
- Gebrek aan motivatie van collocatie door Huisarts
- Geen correcte attitude van Huisarts
- Geen ombudsdienst, geen informatie
- Geen vervangingsprothese van prothesist ikv kwaliteitsvolle zorg
- Geen correcte attitude
- Klacht attitude therapeute
- Klacht ivm attitude en werkwijze tandarts
- Klacht ivm attitude tandarts - afschrift dossier
- Klacht ivm gemiste diagnose - Huisarts
- Klacht ivm non-communicatie - ivm ombudsfunctie
- Klacht tandarts: prothese
- Klacht tav apotheker: aflevering geneesmiddelen
- Klacht medische zorgverlening Dokter - Acupuncturist
- Klacht tav Hoofdverpleegkundige en arts revalidatiecentrum: overdosering en discriminatie
- Klacht tav huisarts: te hoog voorschrijfgedrag
- Klacht tegen kinesitherapeut - Laattijdige facturatie (na verjaringstermijn) en attitude
- Klacht tegen Orthopedist: medische fout
- Klacht tegen specialist: medische fout: verkeerde diagnose, geen ontslaginformatie
- Klacht tegen tandarts: orthodontie
- Laattijdige diagnose huisarts
- Medische behandeling
- Medische fout tandarts
- Medische fouten
- Onvoldoende forum voor Amalgaampatiënten
- Praktijken van een psychotherapeut
- Recht op medische zorg, keuzerecht (geïnterneerde)
- Schending Beroepsgeheim en van het recht om een behandeling te weigeren
- Slechte medische en verpleegkundige zorgverlening
- Verzoek tot getuigschrift
Het merendeel van de klachten draait rond klachten ivm beroepsattitude van beroepsbeoefenaars en veronderstelde medische fouten. Problemen ivm met de beroepsattitude hebben veelal te maken met de wijze waarop patiënten worden benaderd, en het gebrek aan evenwichtige communicatie.

Doordat voorgaand overzicht betrekking heeft op de dossiers die binnen de bevoegdheid van de Nederlandstalige ombudspersoon vallen, wordt vooral melding gemaakt van tandartsen, huisartsen en psychotherapeuten.

Artikel 8 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt, en vooral §2, wordt 10 keer (15%) vernoemd. Voorgaand getal heeft betrekking op zogeheten “duidelijke” schendingen van het recht op geïnformeerde toestemming.

Naast deze veronderstelde manifeste schendingen van het informed consent, klagen ook hier patiënten in het algemeen over een gebrek aan communicatie en informatie.

Vaak zijn er ook klachten over het gebrek aan financiële informatie die de relatie tussen beroepsbeoefenaar en patiënt overstijgen, en als zodanig niet onder de wet patiëntenrechten vallen. Deze financiële klachten zijn dan terug te vinden in de rubriek “varia”.

Artikel 9 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt wordt 8 keer (12%) aangehaald in de dossiers die onder de eigen bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen, en heeft veelal te maken met het recht op afschrift van het patiëntendossier.

Klachten op grond van artikel 16 §2, 5° patiëntenrechtenwet.

Deze groep bestaat uit dossiers waarbij de klager enkel een klacht indient over de wijze van bemiddeling op lokaal niveau. In deze dossiers maken de klagers meestal abstractie van de initiële klacht, maar formuleren een nieuwe klacht tiv de lokale ombudspersoon. Bij de formulering van de klacht wordt uitdrukkelijk beroep gedaan op de bevoegdheid van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt, en meer specifiek op artikel 16 §2, 5°.

In casu gaat het hier over 5 klachtendossiers (8%). Gezien de behandeling van klachten over de wijze van de bemiddeling (voorlopig) werd uitgeoefend door de in de schoot van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt opgerichte Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", kunnen deze 5 dossiers ressorteren onder de materiële bevoegdheid van de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt".

In het algemeen overzicht werden 16 klachten geregistreerd ivm de bemiddeling op lokaal niveau, eenvoudigweg ondergebracht bij artikel 11. Elf van deze klachten ressorteren onder de categorie

---

10 Zie infra. Psychotherapeuten (indien zij niet geneesheer zijn) worden nog niet beschouwd als beroepsbeoefenaars en vallen strikt genomen niet onder de toepassing van de patiëntenrechtenwet.

11 De Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" heeft meer dan een jaar gefunctioneerd zonder een Federale Commissie Rechten van de Patiënt, waardoor dergelijke dossiers bij wijze van noodzaak werden 'opgevangen' door de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt". In 2005 worden richtlijnen opgesteld ivm de wijze waarop de Federale Commissie (in samenwerking met de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt") klachten zal behandelen ivm de werking van lokale ombudspersonen.
‘doorverwezen’ dossiers, en hebben vaak te maken met dossiers waarbij men de Federale ombudsfunctie als beroepsinstantie beschouwt en waarin (onder meer) de problematiek van onafhankelijke bemiddeling wordt aangehaald om het negatieve resultaat van de bemiddeling op lokaal niveau te verklaren en aan te vechten. Het is echter niet de voornaamste reden.

De appreciatie van de gegrondheid van dergelijke klachten is niet altijd eenvoudig te beoordelen. Enerzijds heeft het daadwerkelijk te maken met inadequat bemiddelingsrol van een individuele ombudsfunctie, maar anderzijds heeft dit ook te maken met de beperkingen van bemiddeling op zich. Soms is men ontevreden over het bereikte resultaat, maar dat is in een aantal gevallen niet te wijten aan de ombudsfunctie zelf.

**Klachten onder de rubriek “varia”**

Het onderdeel “varia” werd aangeduid indien (een aspect van) de klacht niet is terug te brengen onder een veronderstelde schending van een bepaald patiëntennrecht. Het onderdeel werd 15 keer aangekruist. Ook hier gaat om klachten van financiële aard die de individuele relatie arts – patiënt overstijgen.

Verder gaat het over diverse items zoals de problematiek van terugbetaling van geneesmiddelen, de korte ligdag in ziekenhuizen, de inclusierestrictions van CVS-patiënten, verjaring van de terugbetaling van prestaties van beroepsbeoefenaars, facturatie, dienst 100, e.a.

**2.4.2. Op wie heeft de klacht betrekking?**

Gezien in casu een analyse plaatsvindt van de dossiers die onder de directe bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen, zal dit ook een weerslag hebben op de soort ‘beroepsbeoefenaar’ op wie de klacht betrekking heeft.

De meeste dossiers hebben betrekking op **huisartsen** (28,9 %) Verder werden 19,9% van de dossiers besteed aan klachten ivm **tandartsen**, 15,6 % van de dossiers ivm **specialisten**, 6,7 % van de dossiers ivm **verpleegkundigen** en 28,9 % van de dossiers ivm “**andere**” beroepsbeoefenaars.

De groep “anderen” bestaat uit kinesitherapeuten (3), een psycholoog, psychotherapeuten (3), een apotheker, een acupuncturist, een prothesist en **adviserende geneesheren** (3).

Er werden ook een aantal anonieme klachten geformuleerd (vaak via e-mail) Dit aantal werd niet opgenomen in voorgaand overzicht.

---

12 Deze rubriek wordt niet in de procentuele percentageberekening opgenomen. Van de alle klachtenitems (65+15 =80) betreft dit 19%.
2.4.3. **Wat is de wens van de klager?**

Wat betreft de 58 dossiers die onder de residuaire bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen, geldt volgend overzicht:

- Financieel akkoord: 13 (residuaire bevoegdheid)= 22,4%
- Ander akkoord: 27 (residuaire bevoegdheid)= 46,5%
- Uitleg en Informatie: 8 (residuaire bevoegdheid)= 13,8%
- Luisteren: 13 = 3 (residuaire bevoegdheid = 5%) + 10 van de doorverwezen dossiers.
- Signaal: 14 = 7 (residuaire bevoegdheid= 12,1%) + 7 van de doorverwezen dossiers.

De cijfers onder de rubrieken “luisteren en signaaling” omvatten ook dossiers die niet onder de residuaire bevoegdheid vallen, maar dat heeft te maken met het feit dat men in die domeinen expliciet bijkomend beroep doet op de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”.

2.4.4. **Wie formuleert een klacht?**

Indien we naar de dossiers kijken die onder de eigen bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen, dan constateren we een analoge verhouding met de totaliteit van de dossiers. Het is de patiënt die meestal een klacht formuleert en de officiële bijstand van de vertrouwenspersoon is eerder zeldzaam.

---

13 Indien de aantallen van de doorverwezen dossiers (58+17) worden opgenomen in de procentuele verdeling, dan krijgt men respectievelijk volgende verdeling: 17,3% - 36% - 10,6% -17,3% - 19%.
2.4.5. **Geslacht van de klager.**

Ook hier constateren we een grote mate van analogie met de totaliteit van de klachtendossiers, namelijk een overwicht van het vrouwelijk geslacht (19 mannelijke klagers versus 39 vrouwelijke klagers)

2.4.6. **Hoe formuleert men een klacht?**

Voor wat betreft de dossiers die onder de eigen bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen, constateert men eveneens een verdeling waarbij de brief het meest gehanteerd wordt (45%), maar waarbij eveneens het aantal klachten via mails gestaag toeneemt (30%)

![Graph showing the number of complaints by the method of submission](image)

2.4.7. **Sector van de klacht.**

De eigen bemiddelingsdossiers situeren zich hoofdzakelijk binnen de eerste lijn, en bijgevolg vaak binnen de “ambulante sector” (privé-kabinetten van huisartsen, tandartsen, kinésitherapeuten,...) Verder situeren zich een aantal klachten in RVT’s, in gevangenissen, in een hogeschool en universiteit, in een preventorium, ea (zie hoger)

Wanneer er een klacht is over de werking van een individuele ombudspersoon, dan zal de klacht zich voornamelijk in een ziekenhuis situeren.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sector</th>
<th>Klachten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ambulancedienst</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Eerste lijn (huisartsen, tandartsen,...)</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Eerste lijn – Ziekenhuis (gecombineerde klacht)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>FBZ</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Gevangenis</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Hogeschool</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Preventorium</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Privé- kliniek</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>RIZIV – ziekenhuis (gecombineerde klacht)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>RVT</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Universiteit</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Verzekeringsgeneeskunde</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ziekenfonds</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ziekenhuis</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.4.8. **Geografische lokalisatie van de klager.**

Wat betreft de dossiers die onder de **eigen bevoegdheid** van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen, constateert men dat de meeste klagers zich in West-Vlaanderen situeren (26%), gevolgd door Oost-Vlaanderen (22%) en Antwerpen (21%).
2.4.9. **Interventies.**

Wat betreft de totaliteit van de klachtendossiers werd reeds eerder gesteld dat er 671 interventies geregistreerd werden. Dit komt neer op een gemiddelde van 4,6 per dossier.

Voor de dossiers die onder de residuaire bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen werden minstens 250 interventies gesteld. Dit komt vervolgens neer op een gemiddelde van 4,3 interventies per dossier.

2.4.10. **Doorlooptijd.**

Ook hier zijn de doorlooptijden vertekend doordat bij de aanvang van de activiteiten van de Nederlandstalig ombudspersoon op 1 juni 2004, een aantal dossiers van de eerste 6 maanden met terugwerkende kracht behandeld werden.

De gemiddelde doorlooptijd van de dossiers die onder de residuaire bevoegdheid vallen is als volgt verdeeld:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Percentage</th>
<th>Doorlooptijd</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>45,9%</td>
<td>&lt; 20 dagen</td>
</tr>
<tr>
<td>8,7%</td>
<td>20- 40 dagen</td>
</tr>
<tr>
<td>7%</td>
<td>40-60 dagen</td>
</tr>
<tr>
<td>15,7%</td>
<td>60-100 dagen</td>
</tr>
<tr>
<td>8,7%</td>
<td>100-150 dagen</td>
</tr>
<tr>
<td>14%</td>
<td>150-300 dagen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Indien abstractie wordt gemaakt van de doorlooptijd van de dossiers die in de eerste 6 maanden van 2004 werden behandeld, dan stijgt het percentage tot 81 % voor de dossiers die binnen de 40 dagen worden afgehandeld.

Ook hier wordt expliciet melding gemaakt van het feit dat de Nederlandstalig ombudspersoon binnen 1 tot 3 werkdagen een antwoord formuleert op een binnengekomen verzoek. Dit kan gaan om een ontvangstbevestiging met een eerste appreciatie van de klacht, of dit kan ook gaan om een antwoord binnen een reeds in behandeling zijd dossier.

2.4.11. **Resultaat van de bemiddeling.**

Een zeer belangrijke vraag is de vraag naar het resultaat of de vraag naar het effectief rendement van de bemiddeling.

Het resultaat van de bemiddeling is onder meer afhankelijk van de aard van de klacht (en van het verzoek van de klager) Zo ligt het rendement van een bemiddeling bij vermeende medische fouten (met een verzoek tot financiële compensatie) een stuk lager, dan bijvoorbeeld bemiddelingen inzake conflicten rond afschriften van medische dossiers.
Verder is het niet makkelijk om een juiste appreciatie van een resultaat te geven. Wat dit betreft heeft de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" het standpunt van de klager ingenomen, en inschaling gebeurt dan op grond van de mening van de klager over het rendement van de bemiddeling.

Het resultaat van de bemiddeling wordt in de volgende categorieën opgedeeld:

- **Bemiddeling is geslaagd**: er is een akkoord tussen de partijen en/of de communicatie is hersteld.
- **Bemiddeling is gedeeltelijk geslaagd**: er is een partieel akkoord tussen de partijen en/of de communicatie is gedeeltelijk hersteld.
- **Bemiddeling is mislukt**: er is geen akkoord tussen de partijen en/of de communicatie is niet hersteld.
- **Bemiddeling is nog hangende (lopend en/of opgeschort)**:
  - Het dossier is nog lopend ten tijde van de opstelling van het jaarverslag\(^{14}\).
  - Er wordt een andere (niet juridische) weg gevolgd, en in afwachting van het resultaat van deze andere weg, wordt al dan niet de klachtenbemiddeling voortgezet.
- **Voorstellen van alternatieven\(^{15}\)**:
  - Verplicht: Bij het mislukken van de bemiddeling worden alternatieven voorgesteld met (mogelijke) doorverwijzing van de klager.
  - Vrijblijvend: Zowel op verzoek van de klager, als op advies van de Nederlandstalig ombudspersoon, kan het voorkomen dat het dossier wordt doorverwezen naar andere instanties en dit ongeacht het resultaat van de bemiddeling. Zo kan de klager beslissen om toch naar een advocaat te stappen omdat hij/ zij verwacht dat de bemiddeling zal mislukken.

In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op dossiers die naar een lokale bemiddelaar werden doorverwezen, en waarbij de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" toch betrokken blijft.

In deze dossiers wordt als het ware in samenwerking met de lokale bemiddelaars gewerkt aan het bereiken van een resultaat. Dit resultaat wordt echter niet geregistreerd, omdat dit eigenlijk op lokaal niveau moet plaatsvinden.

Van de 58 eigen bemiddelingsdossiers komen we vervolgens op de volgende onderverdeling:

- **Aantal geslaagde dossiers**: 22 (38%)
- **Aantal gedeeltelijk geslaagde dossiers**: 17 (29%)
- **Aantal mislukte dossiers**: 5 (9%)
- **Aantal dossier die nog hangende zijn**: 8 (14%)
- **Aantal dossiers waarbij uiteindelijk vrijwillig voor een alternatieve weg werd gekozen**: 6 (10%)

\(^{14}\) Op datum van redactie van dit gedeelte van het jaarverslag (februari 2005)

\(^{15}\) Het begrip **doorverwijzing** onderscheidt zich van het voorstellen van alternatieven, doordat enkel wordt doorverwezen omwille van onbevoegdheid van de federale ombudsdienst. Het kan hierbij gaan om een soort van territoriale onbevoegdheid doordat er lokaal reeds sprake is van een plaatselijke ombudspersoon, of over een soort van materiële onbevoegdheid doordat het onderwerp van de klacht niet tot de bevoegdheid hoort van de federale ombudsdienst. Bij het voorstellen van alternatieve wegen, vertrekken we principieel vanuit een bemiddelingsbevoegdheid van de federale ombudsdienst maar de alternatieven worden voorgesteld omdat de bemiddeling niet slaagt of niet volstaat voor de patiënt. In navolging hiervan kan ook doorverwijzing bestaan, maar dan niet omwille van onbevoegdheid.
Het aantal dossiers waarbij de patiënt wordt gewezen op alternatieve wegen na een mislukte bemiddeling, is even groot als het aantal “mislukte” dossiers.

Als we dan verder kijken naar de aard van de klacht (en verzoek van klager), gerelateerd aan het resultaat van de bemiddeling, dan constateren we voor de geslaagde dossiers dat het hoofdzakelijk gaat over problemen inzake communicatie (gebrek aan informatie, attitude..) en problemen inzake het afleveren van kopies van dossiers.

Kijken we naar de dossiers waarbij de bemiddeling is mislukt, dan hebben we vooral te maken met situaties waarbij een vermeende medische fout met verzoek tot compensatie werd geformuleerd.

Dossiers waarbij de Nederlandstalig ombudspersoon tot een gedeeltelijk geslaagd resultaat komt, hebben te maken met diverse soorten van klachten. Het aantal dossiers met vermeende medische fouten is hier weer aan de lage kant. In deze laatste dossiers, zie je dan ook vaak dat de keuze voor een alternatieve weg een eerder gekozen optie is.
2.5. **Overzicht van de klachtendossiers: dossiers die werden doorverwezen.**

In het algemeen overzicht werd melding gemaakt van 145 klachtendossiers, waarvan 58 (40%) klachtendossiers ressorterend onder de noemer ‘residuaire bevoegdheid’ (bemiddeling sensu stricto), en 87 (60%) onder de noemer “doorverwezen dossiers” (70 onder de benaming ‘doorwijzing naar lokale ombudsfunctie’, 17 onder de benaming ‘verwijzing naar andere instanties’)

Binnen de “doorverwezen klachtendossiers”, ressorteren 44 (63%) klachtendossiers onder de categorie “bemiddeling bij de bemiddeling”. Deze laatste dossiers hebben betrekking op klachten ivm de *wijze van bemiddeling* op lokaal niveau, maar ook op dossiers waarbij de Federale Ombudsdienst *om diverse redenen bij de lokale klacht betrokken* blijft.

Daarenboven zijn er enkele dossiers die niet naar een lokale bemiddelaar worden doorverwezen, maar naar een andere instantie. Ook in deze dossiers kan men van actieve betrokkenheid van de Nederlandstalig ombudspersoon spreken.

2.5.1. **Grondslag voor het inroepen van de Nederlandstalig ombudspersoon.**

A. **“Loutere” doorverwijzing.**

In een aantal dossier is de patiënt niet op de hoogte van het bestaan van een lokale bemiddelaar en dan wordt de patiënt gericht doorverwezen. Deze doorverwijzing gebeurt onder begeleiding en bestaat onder meer uit het contacteren van de lokale bemiddelaar waarbij de problematiek wordt uiteengezet. Dit laatste werkt drempelverlagend en faciliterend voor de klager.

Het verlagen van de drempel is in het merendeel van de dossiers noodzakelijk omdat veel patiënten vaak als eerste reactie een mogelijke onafhankelijke bemiddeling in vraag stellen (70 %)

In bepaalde gevallen betrekt de lokale bemiddelaar de Nederlandstalig ombudspersoon bij de behandeling van deze dossiers en bespreekt de mogelijke opties met de bestaande moeilijkheden.

In ieder geval houdt het grootste deel van de klagers de Nederlandstalig ombudspersoon op de hoogte van de behandeling van de klachten op lokaal niveau. Deze laatste gevallen kunnen eigenlijk onderverdeeld worden in de subcategorie “bemiddeling bij de bemiddeling”.

![Chart showing distribution of complaints](chart.png)
B. Bemiddeling bij de doorverwijzing naar een lokale ombudspersoon.
Onder “bemiddeling bij de bemiddeling” verstaan we de klachtendossiers waarbij de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" om diverse redenen betrokken blijft bij de lokale bemiddeling. We onderscheiden grosso modo 2 categorieën.

Ten eerste kan dit gebeuren omwille van de onder sub A genoemde redenen, namelijk de onwetende ‘klager’ wordt doorverwezen naar de bevoegde ombudspersoon, maar blijft de Nederlandstalig ombudspersoon betrekken bij het verloop van de lokale klachtenafhandeling. Ook de lokale ombudspersoon doet dit soms. Deze vorm van betrokkenheid is vaak een passieve betrokkenheid, waarbij naar de patiënt wordt geluisterd en waarbij soms bijkomend advies wordt gegeven. Dit advies wordt dan door de patiënt ‘meegenomen’ naar de lokale bemiddeling.

De tweede groep bestaat uit een groot aantal dossiers waarbij de klager echter van de overtuiging is dat de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" als een soort beroepsinstantie fungeert. Indien vervolgens wordt gemeld dat de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" niet als beroepsinstantie fungeert, dan is het zeer moeilijk om dit te motiveren. Vaak replicaert de klager met het aanhalen van de problematiek van de onafhankelijkheid van de lokale ombudspersonen en formuleert dan bepaalde ongenoegens ivm de behandeling op lokaal niveau.

De problematiek van onafhankelijkheid wordt in 11 doorverwezen klachtendossiers¹⁶ opgeworpen. Deze vermenging van ongenoegens over het resultaat van de bemiddeling, en ongenoegens over het de wijze van bemiddeling, resulteert in een intensievere vorm van ‘bemiddeling bij de bemiddeling”.

In deze dossiers probeert de Nederlandstalig ombudspersoon niet in de beoordeling van de grond betrokken te geraken, maar tracht bij de (terug)verwijzing eerder aan een soort procesanalyse te doen (wijze van bemiddeling, motivering van het besluit,...) In 60 % van de dossiers resulteert dit alsnog in een positief resultaat.

C. Bemiddeling bij de doorverwijzing naar een andere instantie dan de lokale bemiddeling in de zin van de patiëntenrechtenwet.
Zoals reeds vermeld zijn er ook een aantal dossiers waarbij de Nederlandstalig ombudspersoon betrokken wordt (en soms blijft) bij een doorverwijzing naar een andere instantie dan voorzien in de patiëntenrechtenwet.

Zo werden dossiers doorverwezen naar het RIZIV, naar het College van Federale ombudsmannen, naar de ombudsvrouw van de verzekeringen, naar de ombudsman van een Mutualiteit, naar diensten ledenverdediging van de Mutualiteiten, naar een andere administratie van de federale of Vlaamse overheid en ea.

In 3 (op 17) van deze dossiers bleef de Nederlandstalig ombudspersoon actief betrokken door de doorverwezen instantie zelf of door de klager.

¹⁶ Zie supra voor het aantal klachten ivm bemiddeling die de Nederlandstalig Ombudspersoon ressorteert onder diens ‘residuaire bevoegdheid’.
2.5.2. Voorwerp van de klacht.

In het voorgaande gedeelte werd eerst een overzicht gegeven van het totaalbeeld van alle dossiers (145), en vervolgens werd ingezoomd op de dossiers die onder de eigen bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen (58 = 40%)

Het voorwerp van de 17 dossiers die doorverwezen werden naar andere instanties is zeer uiteenlopend. We geven een overzicht:

- CVS: exclusiecriteria in conventie (RIZIV)
- Geen antwoord inzake parkingkaart gehandicapten
- Klacht ivm roken in Rusthuis
- Klacht ivm vermeldingen op medicament
- Klachten ivm verzekeringsschikkingen
- Klacht tegen gerechtsdeskundigen
- Rectificatie vergoeding Fond voor Beroepsziekte.
- Terugbetaling geneesmiddelen
- Weigering medewerking adviserend geneesheer
- Niet klantvriendelijke tarieven chronisch zieken
- Slechte tegemoetkoming voor patiënten met kanker. Administratieve belasting voor aanvragen bij het kankerfonds, te hoge medische kosten met onvoldoende terugbetaling, ea

Wat betreft de 70 andere doorverwezen dossiers, kan men volgende thema’s onderscheiden:

- Aanvechten testament (inzage nabestaanden)
- Attitude artsen en verpleegkundigen,
- Gebrek aan informatie spoedgevallen
- Euthanasie - medische fouten
- Geen informatie niet-geconventioneerde specialist
- Geen ontslagverslag gestuurd door specialist naar huisarts
- Inzage patiëntendossier.
- Klachten ivm non-communicatie
- Onvoldoende informatie en verkeerde facturatie
- Klacht tegen diëtiste en ook tegen ziekenhuis omwille van gebrek aan bemiddelingsmogelijkheden.
- Klacht tegen specialist ivm onvoldoende informatie aan patiënt/huisarts
- Klacht tegen specialist: Medische fout, verkeerde diagnose, geen ontslaginformatie
- Klacht tegen specialist ziekenhuis: non-informed consent, geen attitude
- Klacht wegens dubbele consultatie voor één prestatie
- Klacht wegens onvoldoende informatie na overlijden - vermoeden onregelmatigheid
- Medische fouten
- Medische fout bij overleden echtgenote
- Medische fout en onvolledig dossier
- Medische fout en verdwenen dossier
- Medische fouten, facturatie, bemiddeling
- Onrechtmatige bejegening/communicatie psychiater
- Onrechtmatige bejegening/communicatie psycholoog
- Oppraging protocol bloedonderzoek
- Gebrek aan palliatieve zorgen
- Verkeerde behandeling podoloog
- Verzoek tot medische motivatie dwangopname
- Voorschottenregeling (consultaties)
- Weigering medewerking adviserend geneesheer
- Onvoldoende pijnmedicatie in terminale fase.
- ...

Onderstaand overzicht geeft het aantal vermeende schendingen weer van de meest ingeroepen artikelen van de patiëntenrechtenwet. De doorverwezen dossiers staan in het vet gedrukt.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>Alle dossiers</th>
<th>Doorverwezen dossiers</th>
<th>Residuaire dossiers</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Artikel 5 (kwaliteit)</td>
<td>85 (52%)</td>
<td>50 (51%)</td>
<td>35 (54%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Artikel 8 (Informed consent)</td>
<td>27 (17%)</td>
<td>17 (17%)</td>
<td>10 (15%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Artikel 9 (patiëntendossier)</td>
<td>16 (10%)</td>
<td>8 (8%)</td>
<td>8 (12%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Artikel 11 (klachtrecht)</td>
<td>16 (10%)</td>
<td>11 (11%)</td>
<td>5 (8%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.5.3. Op wie heeft de klacht betrekking?

Om uit te kunnen maken op welke beroepsbeoefenaar een doorverwezen dossier betrekking heeft, worden de aantallen in de dossiers onder residuaire bevoegdheid afgetrokken van de aantallen uit het totaalbeeld.

Uit onderstaande overzichten komen geen grote verrassingen. Het spreekt voor zich dat binnen de doorverwezen dossiers de specialist meer wordt aangehaald dan in de dossiers binnen de residuaire bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon. Specialisten situeren zich nu eenmaal meer in ziekenhuizen. Vice versa is het ook logisch dat alle dossiers ivm huisartsen onder de zogenaamde residuaire dossiers vallen. Bij tandartsen constateert men een vergelijkbare conclusie.

Het aandeel van ‘andere beroepsbeoefenaars’ is echter procentueel groter in de residuaire dossiers dan in de doorverwezen dossiers.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beroepsbeoefenaar</th>
<th>Alle klachtendossiers</th>
<th>Residuaire dossiers</th>
<th>Doorverwezen dossiers</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Specialisten</td>
<td>54 (48,2 %)</td>
<td>7 (15,6%)</td>
<td>47 (70,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisartsen</td>
<td>13 (11,6%)</td>
<td>13 (28,9%)</td>
<td>0 (0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tandartsen</td>
<td>11 (9,8%)</td>
<td>9 (19,9%)</td>
<td>2 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Verpleegkundigen</td>
<td>15 (13,4%)</td>
<td>3 (6,7%)</td>
<td>12 (17,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere beroepsbeoefenaars</td>
<td>19 (17%)</td>
<td>13 (28,9%)</td>
<td>6 (8,9%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.5.4. *Wat is de wens van de klager?*

Bij de analyse van de wens van de klager constateren we dat verhouding tussen een “financieel akkoord” versus een “ander akkoord” procentueel iets anders ligt bij de doorverwezen dossiers, dan in vergelijking tot de residuaire dossiers. Een echte verklaring is hier momenteel niet voor te vinden.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle klachtendossiers</th>
<th>Residuaire dossiers</th>
<th>Totaal doorverwezen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Financieel akkoord</td>
<td>42 (29,2%)</td>
<td>13 (22,4%)</td>
<td>29 (33,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ander akkoord</td>
<td>54 (37,5%)</td>
<td>27 (46,5%)</td>
<td>27 (31,4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Uitleg en informatie</td>
<td>21 (14,6%)</td>
<td>8 (13,8%)</td>
<td>13 (15,1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Luisteren</td>
<td>13 (9%)</td>
<td>3 (5,2%)</td>
<td>10 (11,6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Signaleren mo statistische verwerking</td>
<td>14 (9,7%)</td>
<td>7 (12,1%)</td>
<td>7 (8,2%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.5.5. *Wie formuleert een klacht?*

Wat betreft de aard van de klager, kan verwezen worden naar de conclusies in voorgaande hoofdstukken.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle klachtendossiers</th>
<th>Residuaire dossiers</th>
<th>Totaal doorverwezen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patiënt</td>
<td>104 (71,7%)</td>
<td>44 (75,8%)</td>
<td>60 (68,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertegenwoordiger</td>
<td>16</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertrouwenspersoon</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>16</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere instantie</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal</td>
<td>145</td>
<td>58</td>
<td>87</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.5.6. *Geslacht van de klager.*

Het geslacht van de klager toont opnieuw een overwicht van het vrouwelijke geslacht, ofschoon de verhouding iets dichter bij elkaar ligt in de zogenaamde ‘doorverwezen dossiers’.
Alle klachtendossiers | Residuaire dossiers | Totaal doorverwezen
--- | --- | ---
Mannen | 55 (37,9%) | 19 (32,7%) | 36 (41,4%)
Vrouwen | 90 (62,0%) | 39 (67,2%) | 51 (58,6%)
Totaal | 145 | 58 | 87

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mannen</th>
<th>Vrouwen</th>
<th>Totaal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>55</td>
<td>90</td>
<td>145</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>39</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>51</td>
<td>87</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.5.7. **Hoe formuleert men een klacht?**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle klachtendossiers</th>
<th>Residuaire dossiers</th>
<th>Totaal doorverwezen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Brief</td>
<td>68</td>
<td>26</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>E-mail</td>
<td>44</td>
<td>17</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Telefoon</td>
<td>33</td>
<td>15</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal</td>
<td>145</td>
<td>58</td>
<td>87</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ook hier constateert men (bij benadering) volgende verhoudingen: 50% per briefwisseling, 30% per mail, 20% via telefoon.

2.5.8. **Sector van de klacht.**

Gezien het in casu gaat over dossiers die werden doorverwezen situeert de sector waar de klacht werd geformuleerd zich vooral in de ziekenhuizen.

Van de 70 dossiers die naar een lokale ombudspersoon in de zin van de patiëntenrechtenwet werden doorverwezen, ressorteren 64 klachten in algemene en universitaire ziekenhuizen, en 6 in psychiatrische centra (Psychiatrische ziekenhuizen, PVT’s ea).

2.5.9. **Geografische lokalisatie van de klager.**

We beperken ons tot de grootste provinciale lokalisering per categorie (alle dossiers, residuaire dossiers en doorverwezen dossiers)

In de totaliteit van de klachtendossiers zijn de meeste dossiers gesitueerd in Antwerpen (26%) Wat betreft de residuaire dossiers is dit echter in West-Vlaanderen gesitueerd (25%) en in de categorie van de doorverwezen dossiers is dit wederom Antwerpen (30%)
### 2.5.10. Doorlooptijd.

Ook hier zijn de doorlooptijden vertekend doordat bij de aanvang van de activiteiten van de Nederlandstalig ombudspersoon op 1 juni 2004, een aantal dossiers van de eerste 6 maanden met terugwerkende kracht behandeld werden.

De gemiddelde doorlooptijd van de dossiers die werden doorverwezen naar andere lokale ombudspersonen is als volgt verdeeld:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Doorlooptijd</th>
<th>Percentage</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; 20 dagen</td>
<td>55,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>20-40 dagen</td>
<td>4,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>40-60 dagen</td>
<td>9%</td>
</tr>
<tr>
<td>60-100 dagen</td>
<td>13,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>100-150 dagen</td>
<td>7,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>150-300 dagen</td>
<td>10%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Indien abstractie wordt gemaakt van de doorlooptijd van de dossiers die in (voor) de eerste 6 maanden van 2004 werden behandeld, dan stijgt het percentage tot **96%** voor de dossiers die binnen de 40 dagen worden afgehandeld.
Wat betreft de dossiers die naar andere instanties werden doorverwijzen, werden 88% van de dossiers binnen 20 dagen afgehandeld door een gerichte (en begeleide) doorverwijzing.

2.5.11. **Interventies.**

Voor de totaliteit van 87 doorverwezen dossiers werden 421 interventies gesteld. Dit komt neer op 4,83 interventies per dossier. **Opvallend is dat dit gemiddelde hoger ligt dan het gemiddeld aantal interventies bij de dossiers die onder de residuaire bevoegdheid vallen.**

Dit heeft vooral te maken met de dossiers (44) waarbij we spreken over ‘bemiddeling bij de bemiddeling’. In deze dossiers werd 295 interventies gesteld, wat neerkomt op een gemiddelde van 6,7.
3. OVERZICHT VAN DE NEDERLANDSTALIGE INFORMATIEDOSSIERS.

De dossiers waarbij informatie en advies werd verstrekt omvat de zogenaamde ‘omstandige’ adviezen en zijn niet verbonden aan een klacht.

Het gaat hier niet over de korte, vaak telefonische, adviesvragen. Deze korte en frequente contacten vragen echter veel tijd (min. 1,5 uur / dag), en zijn soms wel verbonden aan een bestaande onvrede.

In de regel zijn de vragen gerelateerd aan de patiëntenrechtenwet, maar soms “sluipen” ook andere vraagstukken in het uiteindelijk geformuleerd advies (regeling homeopathie en niet-conventionele praktijken, regeling chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), verjaringsproblematiek van prestaties, arbeidsreglementering, ..)

De Nederlandstalig ombudspersoon heeft 64 dossiers onder deze noemer behandeld (31% van 209 dossiers) 

3.1. **Voorwerp van de informatievragen.**

3.1.1. **Vragen ivm de patiëntenrechtenwet.**

- Patiëntenrechtenwet en recht op aangepaste voeding
- Bevoegdheden van de lokale ombudspersoon
- Patiëntenrechtenwet: algemene informatie over de krachtlijnen in de wet
- Algemene wettelijke principes bij het opstellen van een huishoudelijk reglement
- Werking Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”
- Inzage, afschrift en geïnterneerden
- Inzage, afschrift en vertrouwenspersoon
- Het begrip “rechtverhoudingen” in de Wet betreffende de rechten van de patiënt
- Regeling wilsverklaringen, en vertegenwoordigers
- Informatie betreffende het voorstel van wijziging van de patiëntenrechtenwet, namelijk artikel 11bis WPR
- Inzage na overlijden: moet aangewezen beroepsbeoefenaar arts zijn?
- Modelformulier aanschaging vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger: criteria
- Wet patiëntenrechten en het beroepsgeheim adviserend geneesheer inzake arbeidsongevallen
- Wet patiëntenrechten en toepassing in RVT’s en rusthuizen
- Apotheker en de wet patiëntenrechten
- Informatie over medische aansprakelijkheid, wet patiëntenrechten, deontologie, medisch dossier etc
- Patiëntenrechten en roken in het ziekenhuis
- Informatie over nieuwe aanpassingen inzake wetgeving ombudsfunctie GGZ
- Informatie betreffende de Federale Commissie “Rechten van de patiënt”
- Inzagerrecht van een vertegenwoordiger bij leven van patiënt en na diens overlijden
- Het non-concurrentiebeding en het recht op vrije keuze
- Mishandeling, aanwezigheid van derden, recht op vrije keuze en beperkingen ervan, alcoholmisbruik en medewerkingsplicht, informed refusal
- Opnameverklaring en het recht op informatie
- Kostprijs inzake een afschrift in de zin van de patiëntenrechtenwet
- Privacywetgeving en ombudsdossier
- Privacy en beroepsgeheim
- Klachtenprocedure rusthuizen
- Principes van bemiddeling
- Principes van internationaal privaatrecht en de patiëntrechtenwet
- Recht om het behandelen te weigeren
- De toekenning van een financiële tegemoetkoming als akkoord tussen partijen in het kader van een bemiddeling en de erkenning van mogelijke aansprakelijkheid hierdoor
- Automatische rapportering van klachten aan hiërarchische lijn en de confidentialiteit
- Patiëntenrechten en Auteursrechten
- Verschil positieve en negatieve wilsverklaring
- Modelformulier informed consent - informed refusali kv vrijheidsberovende maatregelen
- Bevoegdheid van een ombudsfunctie inzake euthanasie en medische beslissingen inzake het levensinde
- Welke zijn de mogelijke alternatieven inzake een gerichte doorverwijzing door een ombudspersoon na een mislukte bemiddeling.
- Het gedeeld beroepsgeheim versus het verstrekken van informatie aan een beroepsbeoefenaar in de rol van vertrouwenspersoon

In de rubriek aanbevelingen wordt dieper ingegaan op bepaalde hierboven genoemde informatievragen.

### 3.1.2. Vragen buiten het kader van de patiëntrechtenwet.

- Regelgeving inzake CVS-syndroom
- Beroepsgeheim in relatie justitiële medewerkers en beroepsbeoefenaars
- Geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen (regelgeving)
- Opstellen van een DNR-verklaring: richtlijnen.
- Regelgeving over roken in verzorgingsvoorzieningen
- Statuut van Physician Assistant en beroepsbeoefenaar in de zin van het KB 78
- Opnameverklaring
- Kamersupplementen
- Tewerkstelling en chronische ziekte
- Regelgeving erkenning en terugbetaling geneesmiddelen
- Regelgevingen inzake gerechtelijke procedures, inzake provinciaal geneeskundige commissies, inzake orde van geneesheren, inzake minnelijke medische expertises ea.
- Euthanasiewetgeving
- Regelgevingen inzake procedures omwille van laatdikende indiening van getuigschriften inzake arbeidsongeschiktheid.
- Regelgeving medische experimenten
- Regelgeving controlegeneeskunde
- Regelgeving autopsie versus orgaandonatie..............
3.2. **Wie vraagt informatie?**

De vragen worden vooral geformuleerd door een ‘andere instantie’ (ombudspersonen, ziekenhuizen, rusthuizen, verenigingen, mutualiteiten, advocaten ea) Het aandeel van de patiënt is relatief klein.

Het aandeel van de patiënt is echter veel groter in bovengenoemde (hier niet opgenomen) kortstondige telefonische contacten (75 %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorie</th>
<th>Totaal aantal aanvragers per categorie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patiënt</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertegenwoordiger</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertrouwenspersoon</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere instantie</td>
<td>52 (81%)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totaal</strong></td>
<td><strong>64</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.3. **Op welke wijze verzoekt men om informatie?**

De meeste verzoeken worden via mail geformuleerd (70%) Wederom abstractiemakend van genoemde kortstondige - vaak telefonische - informatieverzoeken, gezien deze verzoeken niet werden opgenomen in dit overzicht.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Middel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Brief</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Mail</td>
</tr>
<tr>
<td>Telefoon</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totaal</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.4. **Geslacht van de informatieaanvrager?**

De verdeling tussen man en vrouw is in grote mate gelijklopend.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geslacht Informatievragers</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mannen</td>
</tr>
<tr>
<td>Vrouwen</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Totaal</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.5. **Doorlooptijd?**

De meeste verzoeken tot informatie worden binnen 3 werkdagen afgehandeld.
DEEL 7. VOORSTELLEN EN AANBEVELINGEN.
Deel 7 VOORSTELLEN EN AANBEVELINGEN

Als een ombudsdienst een klacht behandelt en onderzoekt, probeert hij niet alleen te bemiddelen in dat ene klacht dossier. Vaak worden er ook structurele problemen zichtbaar die “dossieroverschrijdend” zijn. De Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” heeft als opdracht, op grond van zulke bevindingen, voorstellen en aanbevelingen te formuleren om de dienstverlening te verbeteren.

I. AANBEVELINGEN ZOALS WORDEN BEOELED IN ART. 11 PATIËNTENRECHTENWET.

Het jaarverslag formuleert de aanbevelingen van de ombudspersoon met inbegrip van deze bedoeld in artikel 11 van de patiëntenrechtenwet en het gevolg dat eraan werd gegeven.

De aanbevelingen staan in het schuin op het einde van elk onderwerp en meestal tussen twee in het vet gedrukte lijnen.

1. Definities en toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet.

1.1. Toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet in het algemeen.

- Schets van de problematiek en aanbevelingen.

De patiëntenrechtenwet is in de schoot van de federale wetgever totstandgekomen en als gevolg hiervan diende de wet de grenslijnen van de federale bevoegdheden te volgen.

Wat dit betreft kan dan ook verwezen worden naar het advies van de Raad van State betreffende het ontwerp van de wet Patiëntenrechten, dat duidelijke toelichting geeft bij deze bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de gemeenschappen.

Vanuit bevoegdheidsverdelend oogpunt dient volgens dit advies een onderscheid gemaakt te worden tussen de bepalingen van het ontwerp, naargelang zij betrekking hebben op de beroepsbeoefenaar dan wel op de gezondheidszorgvoorziening.

Samengevat diende de patiëntenrechtenwet aldus rekening te houden met volgende -uit het advies van de Raad van State - gedistilleerde krachtlijnen:

17 Art. 11. § 1. Wet betreffende de rechten van de patiënt:
De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.
§ 2. De ombudsfunctie heeft volgende opdrachten:
1° het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;
2° het bemiddelen bij de in § 1 bedoelde klachten met het oog op het bereiken van een oplossing;
3° het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2° bedoelde oplossing;
4° het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;
5° het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een in § 1 bedoelde klacht.
- In zoverre het ontwerp betrekking heeft op de rechten van de patiënt ten aanzien van de beroepsbeoefenaar, betreft het een aangelegenheid die is blijven behoren tot de residuaire federale bevoegdheid.

- In zoverre het ontwerp betrekking heeft op de rechten van de patiënt ten aanzien van de gezondheidszorgvoorziening, is de kwestie van de bevoegdheid meer problematisch. Naar luid van artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 zijn het immers de gemeenschappen die bevoegd zijn, wat het gezondheidsbeleid betreft, voor het beleid betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen.

- De federale overheid is op dit vlak slechts bevoegd gebleven voor de organieke wetgeving (artikel 5, § 1, I, 1°, a), alsmede voor een aantal aangelegenheden die de financiering of de ziekte- en invaliditeitsverzekering betreffen (artikel 5, § 1, I, 1°, b tot g).

- Bepalingen die verband houden met de wijze waarop gezondheidszorgvoorzieningen hun patiënten moeten behandelen, rekening houdende met de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, evenals bepalingen inzake klachtenbemiddeling en behandeling, informatie en inspraak van de patiënt, kunnen niet beschouwd worden als behorend tot de organieke wetgeving.

- De organieke wetgeving strekt zich integendeel uit tot regelingen die een «organisatorisch karakter» hebben. Zoals uit het arrest van het Arbitragehof van 31 oktober 2000 blijkt, is de tot de bevoegdheid van de federale overheid behorende organieke wetgeving bovendien beperkt tot de basisregels voor bepaalde types van gezondheidszorgvoorzieningen.

- Bepalingen die de medische en de verpleegkundige aspecten van de rechtsverhouding tussen een patiënt en een gezondheidszorgvoorziening betreffen, hebben dan ook betrekking op een aangelegenheid waarvoor de federale overheid bevoegd gebleven is. Bepalingen die de administratieve aspecten van die rechtsverhouding betreffen, hebben daarentegen betrekking op een aangelegenheid waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn.

- In artikel 11 Wet Patiëntenrechten wordt de ombudsfunctie geregeld. De federale wetgever is gemachtigd nieuwe functies, zoals een ombudsfunctie te creëren, maar enkel op voorwaarde dat die functie beperkt blijft tot de behandeling van klachten die betrekking hebben op de relatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar. Zo kan de ombudsfunctie zich dan ook niet inlaten met klachten die verband houden met de administratieve aspecten van de werking van een gezondheidszorgvoorziening. De rol van de ombudsfunctie wordt op basis van de wet en de besproken bevoegdheidsverdeling aldus beperkt.

- Problemen inzake de werking van het ziekenhuis behoren dus niet tot de bevoegdheid van de ombudsfunctie. Wil de het wettelijk toepassingsgebied van de ombudsfunctie worden uitgebreid, dan dient men hiertoe samenwerkingsakkoorden te sluiten.

Uit voorgaande vaststellingen volgt dat de federale overheid niet onbeperkt bevoegd is om de rechten van de patiënt ten aanzien van gezondheidszorgvoorzieningen te regelen. De federale overheid is wel bevoegd om de rechten van de patiënt in dit soort voorzieningen te regelen, in zoverre ze betrekking hebben op de beroepsbeoefenaars die er werkzaam zijn, maar zij is niet bevoegd om regels op te leggen aan die voorzieningen als zodanig. Zelfs wat de voorzieningen betreft die in beginsel onder de
bevoegdheid van de federale overheid vallen, is deze voorts onbevoegd om de eerder administratieve aspecten van de rechtsverhouding tussen de patiënt en de voorziening te regelen.

Deze tweeledige opsplitsing veroorzaakt een aantal praktische problemen in het werkdomein van de lokale ombudspersonen, maar ook in het werk van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt".

Diverse gezondheidszorgvoorzieningen hebben besloten dat het domein van bemiddeling binnen de betreffende voorziening ruimer is dan door de patiëntenrechtenwet is voorzien, en dat de bemiddeling aldus ook betrekking kan hebben op de behandeling van klachten tussen de patiënt en de voorziening zelf.

Dergelijke private ‘uitbreiding’ van bevoegdheden is zeker niet mogelijk voor de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", waardoor deze dienst bij de behandeling van klachten bijna genoodzaakt is om bepaalde - vaak samenhangende - klachten “door te knippen”.

Zo kan er bijvoorbeeld een klacht geformuleerd worden over de onhygiënische infrastructuur van een verzorgingstehuis, gecombineerd met een klacht ivm de individuele zorgverlening van de zelfstandige artsen, verpleegkundigen en bejaardenverzorgsters.

In dit praktijkvoorbeeld dient de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" zich onbevoegd te verklaren tav de klachten ivm de onhygiënische infrastructuur en de bejaardenhelpsters, terwijl de ombudsdienst wel bevoegd is voor de artsen en -onder voorbehoud van de bespreking onder punt 1.2- voor de verpleegkundigen.

Ook op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg heeft de bemiddeling te kampen met de bevoegdheidsproblematiek. De ombudspersonen van de Platforms voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld niet ‘wettelijk’ bevoegd voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. In de praktijk maken deze centra ook deel uit van betreffende Platforms en een opsplitsing op het niveau van het klachtrecht blijkt niet erg werkzaam te zijn. Voor klachten tav bepaalde individuele beroepsbeoefenaars zou de patiënt zich dan moeten richten naar de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", terwijl een eenvormige benadering vanuit het Platform logischer zou zijn.19

**Om te voorkomen dat bepaalde klachten verstoken blijven van het klachtrecht, of dat bemiddelingsfuncties in strijd met de federale wetgeving worden ingevuld, wordt aanbevolen om samenwerkingsakkoorden te sluiten opdat alle klachten voor alle patiëntengroepen op een coherente en uniforme wijze kunnen behandeld worden.**

---

19 In de praktijk wordt de bemiddeling dan ook meestal opgenomen door de ombudspersoon van het platform.
1.2. Het begrip “rechtsverhouding”.

- Schets van de problematiek en aanbevelingen.

Er bestaat een discussie iva het begrip “rechtsverhouding” in de patiëntenrechtenwet. Uit de praktijk blijkt dat patiënten met diverse standpunten te maken krijgen, waardoor in bepaalde gevallen het toepassingsgebied van de wet wordt ingeperkt.

Enerzijds heerst er immers de stelling\textsuperscript{20} dat bepaalt dat wanneer een privaatrechtelijke of publiekrechtelijke rechtsverhouding ontbreekt, de beroepsbeoefenaar niet gehouden is de rechten van de patiënt te respecteren. Wanneer een verpleegkundige als beroepsbeoefenaar in de zin van vernoemde wet, haar beroep in ondergeschikt verband uitoefent in een RVT of rusthuis, dan zou er aldus geen rechtsverhouding bestaan tussen de rusthuisbewoner en die verpleegkundige en is de patiëntenrechtenwet niet van toepassing, \textit{zo ook het klachtrecht}.

Anderzijds bestaat er een visie\textsuperscript{21} dat bovengenoemde beperkende interpretatie van het toepassingsgebied van de Wet betreffende de rechten van de patiënt niet kan bijtreden. Zo stelt men onder meer dat buitencontractuele relaties ook onder betreffend begrip ‘rechtsverhouding’ vallen. Hieruit volgt dat de Wet betreffende de rechten van de patiënt ook van toepassing is op beroepsbeoefenaars die in ondergeschikt verband werken. Verder verwijst men naar de - toch niet onbelangrijke - wil van de wetgever. Het was duidelijk de bedoeling van de wetgever het toepassingsgebied van de Wet Patiëntenrechten zo ruim mogelijk te maken. In de Memorie van toelichting benadrukt de wetgever immers dat de rechtsverhouding patiënt versus beroepsbeoefenaar ofwel van privaatrechtelijke aard ofwel van publiekrechtelijke aard kan zijn. Welnu, zo stelt de wetgever, de Wet Patiëntenrechten is van toepassing op alle rechtsverhoudingen inzake gezondheidszorg die door een beroepsbeoefenaar wordt verstrekt aan een patiënt.

De patiënt, en/of diens vertegenwoordiger heeft natuurlijk weinig boodschap aan dergelijke “academische” discussies, maar als Federale ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” sluiten we ons juridisch - en in het belang van de patiënt - aan bij de laatstgenoemde stelling.

Daarenboven is een groot gedeelte van de patiëntenrechtenwet een loutere consolidatie van reeds bestaande rechten zoals in deontologische codes, in de rechtspraak, in de rechtsleer en in bepaalde nationale en/of internationale rechtsregels tot uiting kwamen.

Om deze rechtsonzekerheid op te lossen wordt aanbevolen dat artikel 3 van de patiëntenrechtenwet op uitdrukkelijke wijze wordt uitgelegd of eventueel gewijzigd in contractuele en buitencontractuele zin.


1.3. *Het begrip “beroepsbeoefenaar” - psychotherapeuten e.a.*

- Schets van de problematiek (het begrip “beroepsbeoefenaar”, en meer specifiek de problematiek van psychotherapeuten)

In artikel 2,3° patiëntenrechtenwet geeft de wetgever een duidelijke omschrijving van de groep van beroepsbeoefenaars. Deze “beroepsbeoefenaar” valt onder het toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet, en is dus gehouden de wet na te leven.

In concreto zijn dit:

1. **In het KB nr.78 apart omschreven beroepsbeoefenaars:**
   - Artsen,
   - Verpleegkundigen en zorgkundigen.
   - Vroedvrouwen,
   - Tandartsen,
   - Apothekers,
   - Kinesisten,

2. **De groep van de paramedici** (paramedisch beroep in de zin van artikel 22 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen)

Voor de duidelijkheid volgt hier de volledige alfabetische lijst van de paramedische beroepen met een vermelding van de verschijning van het KB dat dit beroep omschrijft en regel geeft.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Officiële naam</th>
<th>Koninklijk Besluit</th>
<th>Verschijning Staatsblad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bandagist, Orthesist, Prothesist</td>
<td>K.B. 6 maart 1997</td>
<td>B.S. 16 mei 1997</td>
</tr>
<tr>
<td>Dietist</td>
<td>K.B. 19 februari 1997</td>
<td>B.S. 4 juni 1997</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergotherapeut</td>
<td>K.B. 8 juli 1996</td>
<td>B.S. 4 september 1996</td>
</tr>
<tr>
<td>Farmaceutisch-technisch assistent</td>
<td>K.B. 5 februari 1997</td>
<td>B.S. 2 juli 1997</td>
</tr>
<tr>
<td>Medisch laboratorium technoloog</td>
<td>K.B. 2 juni 1993</td>
<td>B.S. 10 juli 1993</td>
</tr>
<tr>
<td>Logopedist</td>
<td>K.B. 20 oktober 1994</td>
<td>B.S. 6 december 1994</td>
</tr>
<tr>
<td>Podoloog</td>
<td>K.B. 15 oktober 2001</td>
<td>B.S. 7 december 2001</td>
</tr>
<tr>
<td>Technoloog medische beeldvorming</td>
<td>K.B. 28 februari 1997</td>
<td>B.S. 7 juni 1997</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In voorgaand overzicht ontbreken een aantal beroepsgroepen waardoor zij niet onder de patiëntenrechtenwet vallen. Ook wat betreft de beoefenaars van niet-conventionele praktijken zitten we op uitvoeringswetgeving te wachten.

---

22 De beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen alsmede de beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de arts enijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen

23 De beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de arts enijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.
Als gevolg hiervan is de Federale Ombudsdienst onbevoegd om klachten te behandelen die betrekking hebben op zorgverstrekkers die niet als “beroepsbeoefenaar” gekwalificeerd kunnen worden. Denk hierbij aan bijvoorbeeld klinisch psychologen, psychotherapeuten, klinisch orthopedagogen, klinisch seksuologen, bejaardenverzorgsters, maatschappelijk werkers, ambulanciers, audiciens, ea.

Zo heeft de Nederlandstalige ombudspersoon enkele (serieuze) klachten aangaande klinisch psychologen en psychotherapeuten. Daarenboven kan iedereen zich ongestraft opwerpen als psychotherapeut, en dit komt niet altijd ten goede aan de kwaliteit van de zorgverlening.

Uit onderzoek blijk dat een merendeel van therapeuten zegt verantwoordelijk te zijn voor diagnostiek en indicatiestelling, maar een veel kleiner percentage acht zich hier voldoende competent voor. Het laatste blijkt ook uit de dossiers die door patiënten werden voorgelegd.

Wat in ieder geval vaststaat is dat er geen wettelijke bevoegdheid op dit vlak bestaat. Zo vallen immers alle handelingen van diagnose en therapie onder de bevoegdheid van houders van diploma van doctor in de geneeskunde. Verder bestaan er een aantal misbruiken van psychotherapeuten inzake het gehanteerde tarief.

Een ander probleem (taboe) is de problematiek van ‘overdracht’ en ‘tegenoverdracht’ in de psychotherapeutische relatie. Ook dit laatste blijkt uit verschillende contacten met patiënten. Een groot deel van wat er in de relatie tussen cliënt en hulpverlener misloopt, is immers te wijten aan de overdracht (projectie) van de cliënt op de therapeut en vice versa.

Voor een grondige analyse van de valkuilen binnen de psychotherapie verwijst ik naar het artikel van M.VAN GAEL. Een roep naar kwaliteitsbewaking is ook in dit artikel één van de kernboodschappen.

Momenteel is er echter geen afdoende wettelijk kader om bepaalde wanpraktijken aan te kaarten of zelfs te bestrijden. Ook bemiddeling wordt wettelijk ‘geblokkeerd’.

Op niveau van de psychologen kent men tot op heden enkel de Commissie Ethiek en Deontologie van de Belgische Federatie van Psychologen en de in hun schoot opgestelde beroepscode. Voorgaande commissie wil zich echter niet opwerpen als een rechtbank, een disciplinaire raad of een orgaan dat de verschillende praktijken in de psychologie beoordeelt.

---

24 Behoudens de categorie van geneesheren, zoals psychiaters ea.
25 Voor zover we niet te maken hebben met sociaal verpleegkundigen.
26 Voor de concrete cijfers wordt verwezen naar voorgaande hoofdstukken.
28 Behoudens psychotherapeuten die tevens arts zijn.
29 Artikel 2 §1 van het Koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, B.S. van 14.11.1967
30 Zie voor een analyse van de gehanteerde tarieven: TEST GEZONDHEID, Nr.54 april-mei 2003, pagina 23.
32 Dit geldt ook voor andere instanties, zoals de provinciaal geneeskundige Commissies.
Gezien een aantal zorgverstrekkers niet als beroepsbeoefenaar onder de patiëntenrechtenwet vallen, en daardoor de toepassing van de patiëntenrechtenwet (incl. het klachtrecht) in de weg staat, dient gewerkt te worden aan een verdere opname van genoemde zorgverstrekkers onder het KB nr. 78 en/of aan een uitbreiding van het personeel toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet.

Een wettelijke omkadering van dergelijke beroepen kan ook een aanvang zijn tot kwaliteitsbewaking in de brede zin van het woord.

Verder moet werk gemaakt worden aan een concrete uitvoering van de wetgeving inzake niet-conventionele praktijken, waardoor ook deze categorie ‘tot leven’ komt in het toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet.

1.4. Het begrip “gezondheidszorg”.

1.4.1. Medische keuring en medische geschiktheidscontrole van patiënten/geïnterneerden/werknemers/stagiairs/studenten.

Artikel 2 van de patiëntenrechtenwet definieert de patiënt als de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek. Gezondheidszorg wordt in artikel 2 verder gedefinieerd als zijnde diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden.

Uit deze definitie volgt dat zelfs een ‘gewone’ vaststelling van iemands gezondheidstoestand in het kader van verzekeringsgeneeskunde evengoed valt onder het begrip “gezondheidszorg”.

Toch zijn er verschillende dossiers waarin deze vaststelling niet in alle ‘evidentie’ wordt aanvaard. In de praktijk wordt de Nederlandstalig ombudspersoon dan ook geconfronteerd met een aantal klachten op dit gebied. Het betreft klachten tav medische adviseurs inzake vaststellingen van invaliditeit, beroepsziekten, verzekeringen ea, maar ook in het kader van de vaststelling van de gezondheidstoestand bij werknemers, studenten en geïnterneerden.

Knelpuntdossiers zijn de dossiers waarin een afschrift wordt gevraagd van de raadsgeneesheer van een verzekeraar, en nog problematischer, van de raadgevend arts van de verzekeraar van een eventueel aansprakelijke beroepsbeoefenaar.

De meeste klachten hebben betrekking op het niet “spontaan” verkrijgen van het medisch dossier, maar ook op de attitude van bepaalde medische adviseurs. Verder klaagt 60% van de patiënten over het feit

Art. 2. Voor de toepassing van deze wet moet worden verstaan onder:
2° gezondheidszorg: diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden.
dat vaak een medisch advies wordt gevormd zonder dat de patiënt grondig wordt onderzocht. Een analoge klacht vindt men terug inzake medische expertises wanneer er mogelijk sprake is van een medische fout.

Uit de correspondentie met de diverse verzekeringinstanties blijkt dat bepaalde verzekeringmaatschappijen niet erg gelukkig zijn met deze situatie en vermoedelijk zullen in de toekomst dan ook een aantal defensieve mechanismen worden ontwikkeld om te voorkomen dat bepaalde niet-gewenste informatie bij de patiënt terechtkomt.

Het valt derhalve dan ook aan te bevelen om op basis van artikel 3§2 van de patiëntenrechtenwet via een koninklijk besluit bepaalde regels inzake patiëntenrechten uit te werken in het kader van de controlegeneeskunde.

1.4.2. Euthanasie en andere specifieke wetgeving.

• Situering van de problematiek en aanbevelingen.
Uit de parlementaire voorbereidingen van de patiëntenrechtenwet blijkt dat donoren of ontvangers van organen, noch vrijwillige deelnemers aan wetenschappelijke experimenten tot de werkingssfeer van de wet behoren. Het spreekt echter vanzelf dat die mensen zich tijdens de verzorging na de orgaandonatie of na het experiment in de positie van patiënt bevinden zoals in de patiëntenrechtenwet. Dezelfde redenering wordt gehanteerd voor euthanasie en (niet-therapeutische) zwangerschapsafbreking. Betreffende handelingen zouden immers niet onder de definitie ‘gezondheidszorg’ vallen.

Niet alleen de definitie van gezondheidszorg speelt een rol in genoemde differentiatie, maar -voor wat betreft de elementen die in de context van voorgaande (medische) handelingen wel onder het begrip gezondheidszorg zouden vallen- speelt de verhouding tussen de patiëntenrechtenwet en de genoemde wetgevingen die vernoemde handelingen tot voorwerp hebben ook een specifieke rol.

De patiëntenrechtenwet moet als een lex generalis worden beschouwd ten aanzien van bestaande wetten betreffende het wegnemen van organen, de wetgeving inzake (niet-therapeutische) zwangerschapsafbreking, de wet betreffende de euthanasie, de wet op de palliatieve zorg en de wet op de bescherming van de geesteszieke, die als lex specialis moeten worden beschouwd.

De lex specialis heeft steeds voorrang op de lex generalis (lex specialis derogat legi generali) Voor een precieze uiteenzetting over de rechtsverhouding tussen de patiëntenrechten en andere wetten in de gezondheidszorg, kunnen we verwijzen naar een verslag van één van de kamercommissies tijdens de bespreking van de wetgeving inzake de patiëntenrechten.

35 Hand.Kamer 2001-02, 8 juli 2002,53. (Persoonlijk meen ik dat dit voor discussie vatbaar is......)
36 de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplantieren van organen (Belgisch Staatsblad van 14 februari 1987); de wet van 5 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 et 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van datzelfde Wetboek; de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke; de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie; de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg.
37 Stuk Kamer, nr. 50-1642/12, p. 52-53
Uit voorgaand verslag kan men afleiden dat zich in de verhouding tot de patiëntenrechtenwet zich drie situaties kunnen voordoen.

De eerste situatie betreft de specifieke activiteit waarvoor de lex specialis is tot stand gebracht zoals wegneming van een orgaan, zwangerschapsafbreking, dwangopname en euthanasie. In al deze gevallen is op die specifieke activiteit enkel de lex specialis van toepassing en niet de lex generalis omdat die specifieke activiteit niet als gezondheidszorg in de zin van de lex generalis kan worden beschouwd.

In de praktijk van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" betekent dit dat klachten ivm deze eerste situatie niet onder de wet vallen, en aldus niet binnen de materiële bevoegdheid van de ombudsdienst. De Nederlandstalig ombudspersoon heeft één "officiële" klacht (en één informele klacht) ivm de euthanasierende act ontvangen.

Natuurlijk is dit tot op heden niet significant, maar er moet wel gereflecteerd worden over de positie van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" indien deze aard van klachten zou toenemen. Klachten ivm andere medische handelingen rond het levensinde vallen weer wel onder de bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon.

Voor patiënten en diens omgeving komt dit juridisch onderscheid zeer vreemd over en volgens de Nederlandstalig ombudspersoon dient het klachtrecht dan ook te worden uitgebreid tot de specifieke activiteiten waarvoor een lex specialis tot stand werd gebracht..

De tweede situatie betreft het geval van een bepaald thema dat door zowel de lex specialis als de lex generalis wordt geregeld zoals bv. de toestemming. In dat geval heeft de lex specialis voorrang, ook al is ze ouder dan de lex generalis. Bijvoorbeeld vereist de wet op de zwangerschapsafbreking dat de toestemming van de vrouw steeds schriftelijk moet worden bevestigd.

In deze tweede situatie stelt zich mogelijks ook een bevoegdheidsproblematiek binnen de werkingseer van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt". Stel dat een vrouw een klacht formuleert over het feit dat ze de toestemming tot zwangerschapsafbreking niet schriftelijk heeft kunnen formuleren, en dat bovendien de termijn tussen de toestemming en de eigenlijke afbreking slechts 1 dag bedroeg. In zo’n situatie kan de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" niet zomaar bemiddelen zonder aandacht te besteden aan mogelijke materiële bevoegdheidsproblemen. Enerzijds zou men kunnen motiveren dat de klacht betrekking heeft op artikel 8 van de patiëntenrechtenwet (informed consent), en aldus binnen de focus van het klachtrecht valt, terwijl men anderzijds zou kunnen stellen dat in casu een klacht is geformuleerd ivm een bijkomende voorwaarde (namelijk een schriftelijk informed consent) welke niet verplichtend vervat is in de patiëntenrechtenwet....

De derde situatie betreft activiteiten die kunnen worden beschouwd als «gezondheidszorg» in de zin van de lex generalis en die worden verricht in verband met de hierboven vernoemde en apart geregelde handelingen, zoals bv. het gynaecologisch consult en onderzoek van een zwangere vrouw. Op deze
activiteiten, die als gezondheidszorg kunnen worden beschouwd, is de lex generalis derhalve van toepassing en kan de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" volop zijn bemiddelende rol uitoefenen.

Vooral de hierboven geschetste eerste en tweede situatie kunnen de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" voor bijzondere materiële bevoegdheidsproblemen plaatsen. Daarenboven kunnen in één klacht de drie voorgaande situaties gecombineerd worden.

De wetgever zou derhalve het toepassingsgebied van het klachtrecht ruimer moeten omschrijven. Dit kan door aanpassing van de lex generalis, maar ook door de opname van een klachtrecht in de specifieke bijzondere wetten...

1.5. **Beschermingswaardige patiëntencategorieën.**

1.5.1. **Psychiatrische patiënten.**

- **Schets van de problematiek** en aanbevelingen.

Op basis van de ervaringen van de ombudspersonen in de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en ook op grond van de eerste expertise van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" blijkt een belangrijke nood te bestaan om tot een grotere verfijning (en concretisering) van de patiëntenrechtenwet te komen op het gebied van de rechten van de psychiatrische patiënt en diens zorgomgeving.

De mogelijkheid tot verfijning is trouwens ook voorzien in de patiëntenrechtenwet zelf. Artikel 3§ 2 geeft aan de Koning de bevoegdheid om bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad en na advies van de Federale commissie voor de rechten van de patiënt ‘nadere regels te bepalen inzake de toepassing van de op de door Hem te omschrijven rechtsverhoudingen, teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming’.

Bepaalde ervaringen van de in de eerste alinea vernoemde ombudspersonen worden eveneens bevestigd door een recent onderzoek van het Vlaams Patiëntenplatform. Daarenboven kan ook verwezen worden naar een actueel advies van het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek, en analoog Europese en internationale ontwikkelingen.

---

38 Zie aanvullend ook het gedeelte ivm psychotherapeuten.
42 Advies nr. 21 van 10 maart 2003 betreffende “Gedwongen behandeling bij gedwongen opname”.
De patiëntenrechtenwet is reeds een belangrijke basis voor de rechten van de psychiatrische patiënt, maar het blijkt op bepaalde vlakken niet afdoende, onaangepast en te weinig geconcretiseerd te zijn.

Zo bestaan er in de praktijk een aantal problemen ivm het recht op afschrift of inzage van het patiënten dossier. Het betreffen problemen inzake de omschrijving van het patiënten dossier, inzake de toepassing van de therapeutische exceptie, inzake de invulling van het concept “gegevens mbt derden”, inzake de rol van vertrouwenspersonen en andere aan het recht op afschrift en inzage verbonden principes.

Het recht op inzage en afschrift is één van de vele knelpunten in het “rechtenspectrum” van de psychiatrische patiënt. Er stellen zich ook problemen op het gebied van de gedwongen behandelingen en de gedwongen opnames. In dit verband kan ook verwezen worden naar de aanbeveling van de Europese Ministerraad van 22 september 2004 dat vooral de bescherming van psychiatrische patiënten die onvrijwillig geplaatst of behandeld worden benadrukt.

Het recht op vrije keuze is geen absoluut recht, en in de Memorie van Toelichting van de patiëntenrechtenwet illustreert men dit onder meer met de problematiek van gedwongen opname.

Niet alleen deze (wettelijke) beperking van de vrijheid van keuze, maar ook de motivering van de gedwongen opname resulteert in diverse klachten van patiënten.

Dit vraagt onder meer naar een verder onderzoek ivm de optimale garanties voor een gedwongen opname (en behandeling) Eén van de onderzoeksaspecten zou de rol van een mogelijke second opinion kunnen zijn. Het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek gaat zelfs verder en stelt dat indien de patiënt zelf niet in staat is de mening van een tweede arts te vragen, dat dit moet kunnen gebeuren via zijn advocaat, zijn vertrouwenspersoon of de ombudsman.

Dit laatste brengt ons tevens bij de rol van de ombudspersoon in de Geestelijke Gezondheidszorg. De praktijk leert dat dit concept in een andere relationele therapeutische context plaatsvindt en op een andere wijze wordt ingevuld dan door ombudspersonen in algemene ziekenhuizen. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat de bemiddeling beïnvloed kan worden door een psychiatrische stoornis van de patiënt, dat bepaalde klachten moeilijker ‘objectieverbaar’ zijn (en dit geldt ook voor medische fouten) en dat klachten zelfs worden toegeschreven aan een bepaald ziektebeeld.. In ieder geval kan de ‘gewone of algemene’ gezondheidszorg niet zomaar geprojecteerd worden op de geestelijke gezondheidszorg.

---

44 Bij de problematiek van de gedwongen opname belanden we tevens in de problematiek van de diens relatie als lex specialis tot de patiëntenrechtenwet als lex generalis (zie supra)
46 M.v.T, Parl.St. Kamer 2001-02, 1642/001.18
47 Advies nr. 21 van 10 maart 2003 betreffende “Gedwongen behandeling bij gedwongen opname”

---

Naast de nood om het "klachtrecht" in de GGZ inhoudelijk te verhelderen, bestaat er ook de nood om stil te staan bij de territoriale en materiële bevoegdheid van de ombudsfuncties in de geestelijke gezondheidszorg. Enerzijds speelt hier de problematiek van de bevoegdheidsverdelende regels tussen regionaal en federaal niveau, en anderzijds bestaat er de problematiek van de aanwezigheid van diverse ombudsfuncties op hetzelfde werkterrein.

Uit zogenoemde Europese aanbeveling blijkt dat psychiatrische patiënten niet alleen op de hoogte moeten gebracht worden van hun rechten, maar vooral moeten beroep kunnen doen op een onafhankelijk persoon die mee waakt over de uitoefening en naleving van diens rechten. Het is dan ook belangrijk om stil te staan bij de concrete invulling van deze functie als onafhankelijk bijstand biedende persoon.

In Nederland kent men bijvoorbeeld de figuur van de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). De pvp is niet in dienst van een psychiatrische voorziening maar behoort tot een onafhankelijke, landelijke stichting. De pvp stelt zich partijdig op aan de kant van de patiënt, waardoor deze rol niet kan worden ingevuld door een onafhankelijk (meerzijdig partijdige of neutrale) ombudspersoon in de GGZ. De pvp geeft informatie over de rechten van de psychiatrische patiënt, en bij een klacht zal deze pvp kunnen adviseren wat ermee gedaan kan worden.

Een ander probleem is de invulling van het concept wilsonbekwaamheid en aldus de juridische mogelijkheid dat patiënten worden vertegenwoordigd door een door de patiëntenrechtenwet voorziene vertegenwoordiger.

Niettegenstaande de verschillende theorieën over de invulling van dit concept, blijkt de situatie van een psychiatrische patiënt toch bijzonder moeilijk te zijn. Is iemand in een psychotische toestand wilsonbekwaam? De praktijk leert immers dat familieleden van psychiatrische patiënten en beroepsbeoefenaars een andere invulling aan dit concept geven. Gezien echter de vaststelling van de wils(on)bekwaamheid aan de behandelend arts toekomt, leidt dit soms tot conflictieuze toestanden en tevens -als gevolg van het voorgaande - tot het ontbreken van enige vertegenwoordigingsbevoegdheid.

Tot slot vallen een gedeelte van de zorgverstrekkers in de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg niet als "beroepsbeoefenaar" onder de patiëntenrechtenwet. Denk hierbij bijvoorbeeld aan (klinisch) psychologen, en bepaalde psychotherapeuten. De uitsluiting van deze categorie heeft bijgevolg praktische consequenties in de toepassing van de patiëntenrechtenwet en in diens naleving door het klachtrecht.

De problematiek van de psychiatrische patiënt in het toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet is een vrij complex probleem. Niet alleen in de concrete toepassing van de door de patiëntenrechtenwet

---

49 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Universiteit Maastricht, Stichting Beheer Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg.
opgesomde rechten stellen zich knelpunten, maar er stellen zich ook problemen in relatie tot bijzondere wetgeving zoals de wetgeving inzake de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

Om een diepgaande feitelijke analyse van deze problematiek tot stand te brengen, voorziet de FOD Volksgezondheid in een aangepaste projectfinanciering voor het werkjaar 2005 - 2006. Dit onderdeel van het jaarverslag vormt onder meer de basis voor betreffende projectomschrijving.

Daarenboven zal in de schoot van de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” een werkgroep “psychiatrie” worden opgericht dat in een bijkomende analyse zal voorzien, en de Commissie zal adviseren aangaande mogelijke aanbevelingen om de positie van psychiatrische patiënten te verduidelijken.

1.5.2. Oudere patiënten.

• Schets van de problematiek en aanbevelingen.

Een andere beschermingswaardige categorie van personen is de oudere patiënt en in het bijzonder de wilsonbekwame patiënt.

Zwakkere groepen verdienen een rechtsbescherming op maat, aangepast aan specifieke noden en realiteiten. Deze noden worden onder meer ingegeven door proces van ouder worden zelf. Dit is een multidimensioneel en multidirectioneel proces, waarbij lichamelijke, maatschappelijke en psychologische componenten een belangrijke rol spelen. Op dit proces dient een charter van rechten te worden geënt.

Binnen dit spectrum van ouderenrechten zal in deze problematiek (en aanbevelingen) vooral aandacht besteed worden aan wilsonbekwame patiënten. De kern van de bescherming van rechten van ouderen, ligt namelijk bij deze wilsonbekwame medemens. Hier raakt men immers aan het (ontbreken van het) zelfbeschikkingsrecht.

Eén van de grote verdienste van de wet betreffende de rechten van de patiënt is de invoering van het systeem van vertegenwoordiging. Door de wettelijke regeling van het systeem van vertegenwoordiging wordt het (juridisch) zeer duidelijk wie de rechten van de wilsonbekwame of dementerende oudere kan uitoefenen.

Wat betreft de meerderjarige wilsonbekwame persoon, voorziet de wet in drie systemen van vertegenwoordiging. Vooreerst hebben we te maken met de “wettelijke vertegenwoordiger". In artikel 13 van betreffende wet wordt immers gesteld dat indien meerderjarige patiënten onder het statuut van verlengde minderjarigheid (bvb. patiënten met het Syndroom van Down) of onbekwaamverklaring vallen, de rechten uitgeoefend zullen worden door de ouders of door de voogd.
Dit systeem van wettelijke vertegenwoordiging zal in de regel niet of niet frequent voorkomen bij wilsonbekwamere oudere personen. We hebben hier eerder te maken met een benoemde vertegenwoordiger of met de informele vertegenwoordiger.

Volgens artikel 14 van de wet patiëntenrechten is het immers mogelijk dat elke persoon ‘bij leven en welzijn’ een andere persoon kan benoemen tot zijn vertegenwoordiger voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten omtrent beslissingen aangaande zijn fysieke en psychische integriteit. De aanwijzing van deze ‘benoemde vertegenwoordiger’ geschiedt bij een gedagtekend en door de patiënt en deze persoon ondertekend bijzonder schriftelijk mandaat waaruit de toestemming van laatstgenoemde blijkt. Dit mandaat kan door de patiënt of door de door hem benoemde vertegenwoordiger via een gedagtekend en ondertekend geschricht worden herroepen. Juridisch gaat het hier om een soort van ‘lastgeving’.

Indien geen vertegenwoordiger werd benoemd, dan hebben we te maken met de ‘informele vertegenwoordiger’. Dit systeem functioneert in een soort cascade met een hiërarchisch uitgewerkte plaatsvervangende beslissingmacht.

De informele vertegenwoordiger van de ‘hoogste rang’ is namelijk de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner. Indien deze persoon de wilsonbekwamere oudere niet wenst te vertegenwoordigen of ontbreekt, dan worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend door een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus van de patiënt. Indien ook een dergelijke persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, behartigt de betrokken beroepsbeoefenaar, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, de belangen van de patiënt.

Wat betreft deze laatste cascade stellen zich in de praktijk van de Nederlandstalig ombudspersoon een aantal praktische problemen. Zo werden in een aantal dossiers klachten geformuleerd door vertegenwoordigers in een ondergeschikte lijn.

Het gaat hier bijvoorbeeld over klachten van kinderen wiens wilsonbekwame ouder werd opgenomen in een RVT of ROB en waarbij de echtgenoot of wettelijk samenwonende partner van vernoemde wilsonbekwame patiënt de vertegenwoordingsbevoegdheid in eerste lijn bezit.

In dergelijke situatie voorziet de patiëntenrechtenwet enkel een klachtrecht in hoofde van de eerste vertegenwoordiger. In tegenstelling tot een vertegenwoordiger van ‘ondergeschikte’ categorie, kan het zijn dat de eerste vertegenwoordiger liever geen klacht wil indienen en dit om diverse redenen (angst om de directe verzorging van de partner in gevaar te brengen, geen zin om ‘ruzie’ te maken, van mening zijn dat de kinderen overdrijven, of ook zelf in een vorm van ‘beperkte’ (weinig tastbare) wilsonbekwaamheid verkerend...) Dit resulteert vaak in familiale spanningen.

De patiëntenrechtenwet voorziet enkel in een oplossing indien er een conflict bestaat tussen de vertegenwoordigers binnen een zelfde lijn (bvb. verschillende kinderen, broers en zusters, ouders,...)

Deze problematiek kan onder meer worden beslecht doordat de beroepsbeoefenaar kan bepalen wie hij
als informele vertegenwoordiger (in het belang van de patiënt) zal beschouwen. Hier is echter geen toezicht op de aanwijzing van dergelijke informele vertegenwoordiger, hetgeen bij de uitoefening van een klachtrecht tegen betreffende beroepsbeoefenaar voor bijzondere problemen kan zorgen.

Terugkomend op de kern van onze problematiek, namelijk klachten en conflicten tussen verschillende vertegenwoordigingslijnen. In deze situatie ervaart de Nederlandstalig ombudspersoon een bepaalde vorm van innerlijke dualiteit. Deze dualiteit wordt enerzijds ingegeven omwille van vernoemde “vertegenwoordigingsgrenzen”, en anderzijds omwille van de emotionele geladenheid in bepaalde dossiers. Wat als een dochter klaagt over verwaarlozing van haar vader, terwijl haar moeder liever geen “klacht” wil, durft of kan formuleren?

Langs deze precaire grenzen wordt echter op een gebalanceerde wijze toch bemiddeld. In bepaalde dossiers – evenwel niet significant in aantal – werpt de beroepsbeoefenaar de “hakbijl van de cascade” in de strijd en blokkeert elke communicatie (of klachtrecht) in hoofde van de vertegenwoordiger in ondergeschikte lijn.

*In deze situaties wenst de Nederlandstalig ombudspersoon een ruimer klachtrecht, of op z’n minst begeleidingsrecht van alle zorgpartners van de wilsonbekwame (oudere) patiënt. Een ruimer bemiddelingsrecht dat in de eerst plaats gericht is op communicatie en informatie zonder dat het beslissingsrecht van de vertegenwoordiger in eerste lijn in het gedrang komt.*

1.5.3. *Minderjarige patiënten.*

Een andere (extra) beschermwaardige categorie is de minderjarige patiënt. Op dit vlak heeft de Nederlandstalig ombudspersoon weinig tot haast geen input op het gebied van het klachtrecht.

Er bestaan echter wel enkele problemen in hoofde van de (wettelijke) vertegenwoordigers van minderjarige patiënten en dit op het gebied van inzage en afschrift van het patiëntendossier.

De wettelijke vertegenwoordiger oefent alle rechten van de minderjarige patiënt uit, zo ook het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier. Vanaf het overlijden van een minderjarige patiënt krijgen deze wettelijke vertegenwoordigers echter het statuut van “nabestaanden” in de zin van de patiëntenrechtenwet. Deze emotionele breuklijn impliceert ook een juridische breuklijn. *Immers het enige recht dat nog resteert is het onrechtstreeks inzagerecht.*

Misschien wordt dit duidelijk als het geïllustreerd wordt aan de hand van een praktisch voorbeeld.

Een kindje van 10 jaar wordt aangereden en komt met zware verwondingen op spoedgevallen terecht. De ouders zijn intens betrokken bij deze dramatische ervaring en trachten hun vertegenwoordigingsbevoegdheid in het belang van hun kind zo goed mogelijk uit te oefenen.

---

51 Dezelfde situatie doet zich voor bij vertegenwoordigers van wilsonbekwame meerderjarige patiënten.
Niettegenstaande alle inspanningen overlijdt het kindje na 4 weken intensieve zorgverlening. De ouders wensen een kopie van het medisch dossier van hun kind; een ‘minuut’ voor het overlijden was dit geen probleem en konden de ouders een afschrift van het dossier verkrijgen, een minuut na het overlijden echter niet meer.

Deze wettelijke “hakbijl” is te abrupt en geeft in het werkveld praktische problemen. De patiëntenrechtniet 52 een genuanceerde (of geen) breuklijn moeten invoeren. In bepaalde ‘moeilijke’ situaties - en dit bestaat ook indien de minderjarige of wilsonbekwame meerderjarige nog in leven is - kan de privacy, ook in relatie van de nabestaande vertegenwoordigers, afdoende worden beschermd door het inschrijven van een ‘onrechtstreeks’ afschrift of inzagerecht.

52 Bijvoorbeeld het klachtrecht.
2. Aanbevelingen ivm de patiëntenrechten.

2.1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking (en medische fouten)

Uit de cijfers van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" blijkt dat het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking frequent wordt ingeroepen en, zoals eerder gemeld, heeft dit onder meer te maken met zijn breed toepassingsgebied.

Het brede toepassingsgebied heeft echter ook tot gevolg dat de inhoudelijke omschrijving van artikel 5 onduidelijk wordt, en zelfs beperkend (of onvoldoende afdwingbaar) wordt opgevat. Een roep naar verduidelijking is aldus begrijpelijk.

Zo vallen de klachten inzake pijnbestrijding ook onder deze categorie. Wat betreft dit laatste betreurt de Nederlandstalig ombudspersoon dan ook het nog hangend wetsvoorstel dat een nieuw artikel 11 bis in de patiëntenrechtenwet introduceert, namelijk het recht op afdoende pijnbestrijding.

Het introduceren van een afzonderlijk recht, dat eigenlijk behoort tot het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, impliceert een uitholling van dit recht op kwaliteitsvolle dienstverlening en - als gevolg van dit laatste - een beperking van het klachtrecht.

Onder het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening valt ook het spectrum van medische fouten. In de praktijk impliceert dit een balanceren tussen vergissingen, complicaties en fouten; een appreciatie die zonder bijkomende expertise zeer moeilijk te maken is.

Uit de cijfers van de Nederlandstalig ombudspersoon volgt onder meer dat het rendement van de bemiddeling in dergelijke dossiers in het algemeen laag ligt. Zeker indien een financiële vergoeding wordt gevraagd.

Dit laatste neemt niet weg dat bemiddeling toch een bepaalde faciliterende functie kan vervullen, waardoor het automatisch ‘doorschuiven’ van aansprakelijkheidsdossiers afbreek zou doen aan de basisfilosofie van de patiëntenrechtenwet. Het is echter wel belangrijk dat de rol van bemiddeling in zogenaamde aansprakelijkheidsdossiers duidelijk wordt omschreven (zie infra bij het klachtrecht)

Indien men bijvoorbeeld zou wensen dat de ombudspersoon een actieve rol moet spelen bij dergelijke ‘harde’ klachten met een financiële schadevergoeding als finaliteit, dan dienen een reeks wettelijke en/of contractuele garanties vervuld te zijn.

Zo moeten de partijen de waarborg krijgen dat ze openlijk en in alle vertrouwelijkheid kunnen spreken: alle gegevens die tijdens de procedure aan het licht komen, dienen vertrouwelijk te kunnen blijven, ook

---


54 Misschien is deze toevoeging wederom een bewijs van de inhoudelijke onduidelijkheid van artikel 5?

55 Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt door de invoeging daarin van het voor eenieder geldend recht om op pijnbestrijding gerichte zorg toegediend te krijgen, alsmede van koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (23 juni 2004, Doc 51 0551/ (2003/2004) )
nadien, als er geen overeenkomst is bereikt en een gerechtelijke afhandeling noodzakelijk blijkt. Bereiken de partijen geen akkoord, dan mag hun rechtspositie niet lijden onder het feit dat ze hebben verkozen een verzoeningspoging te ondernemen: het is van belang dat de eventuele verjaring van de vorderingstermijn waaraan de partijen onderworpen zijn wordt opgeschort tijdens de loop van de bemiddeling.56 Daarenboven moet er een kader zijn om beroep te kunnen doen op een minnelijke expertise.

Zolang voorgaand kader ontbreekt, is het zeer moeilijk om in een dossier “medische fouten” op afdoende wijze tot een oplossing van het geschil te komen.

Daarenboven is de focus van de patiëntenrechtenwet gericht op de ‘louteré’ relatie patiënt – beroepsbeoefenaar, terwijl in het kader van het riskmanagement reeds lang is bewezen dat zelden één persoon met de “vinger” kan worden aangewezen. Zorgverleners kunnen tekort schieten omdat de organisatie waarin zij werken de veiligheid van hun handelen niet systematisch genoeg ondersteunt en waarborgt57. Dit laatste heeft tot gevolg dat klachten ivm medische fouten eveneens instellingsgebonden kunnen zijn, en aldus vanuit een bredere focus bestudeerd (en bemiddeld) dienen te worden.

2.2. Het recht op vrije keuze.

Artikel 6 van de patiëntenrechtenwet bepaalt dat een patiënt het recht heeft op een vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en het recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet.

Niettegenstaande voorgaande duidelijke bepalingen, stellen zich in praktijk toch een aantal problemen. De Nederlandstalig ombudspersoon heeft in dit verband reeds klachten behandeld van patiënten die gedwongen werden opgenomen. Ofschoon de wet de beperking van het keuzerecht van een gedwongen opname kan legitimeren, is de toepassing van deze wet niet altijd even evident. Voor een verdere analyse hiervan verwijzen we naar deel 1. 4.3.

Ook op andere domeinen wordt de problematiek van het recht op vrije keuze opgeworpen. Het gaat hier onder meer over problemen inzake beperkingen van het keuzerecht omwille van organisatorische (en kwalitatieve) aard.

Vanuit overheidswege wordt steeds meer gestimuleerd dat zorgverlening plaatsvindt binnen gespecialiseerde zorgkaders met een hierop afgestemd team (bv. diverse zorgprogramma’s). De behandeling van de patiënt gebeurt dan voornamelijk door een gespecialiseerd team, waardoor niet

voor een beroepsbeoefenaar buiten het team kan worden gekozen. In de regel blijkt dit ook geen
beletsel voor patiënten te zijn, behalve indien er een conflict ontstaat met een bepaald teamlid.

In deze laatste situatie wordt het recht op vrije keuze reëel en speelt de ombudspersoon een belangrijke
rol in het zoeken naar een evenwicht tussen het recht op vrije keuze van de patiënt enerzijds, en de
vaste organisatorische invulling van het zorgverleningsteam anderzijds.

Daarboven speelt ook hier weer de problematiek van het begrip “rechtsverhouding” en de discussie of
er, in de relatie van een patiënt tot een beroepsbeoefenaar in dienstverband, een rechtsverhouding (en
aldus een recht op vrije keuze) ontstaat...

2.3. **Het recht op gezondheidsinformatie en het recht op geïnformeerde toestemming.**

2.3.1. **Het principe van informed consent en gezondheidsinformatie.**

De patiëntenrechtenwet bespreekt eerst over het recht op informatie over de gezondheidstoestand van
de patiënt en glijdt vervolgens over in het recht op geïnformeerde toestemming. Deze twee rechten
worden uitdrukkelijk apart behandeld. Het recht op informatie over de gezondheidstoestand staat
immers los van een toestemming in een eventuele latere behandeling.

Op het gebied van informatie situeren de meeste klachten in het domein van de geïnformeerde
toestemming, en minder op het vlak van het recht op gezondheidsinformatie.

Opvallend is de gedifferentieerde aanpak en vaak ook de “stiefmoederlijke behandeling” van
patiëntenvoorlichting als wetenschap (en als deel van de gezondheidszorgberoepsmatige professie).
Patiënten ervaren enorme verschillen op het gebied van (gestructureerde) voorlichting, dat vaak
gerelateerd is aan de individuele goodwill van een beroepsbeoefenaar.

De Nederlandstalig ombudspersoon heeft in haar vroegere werkzaamheden een expertise opgebouwd
in het domein van gestructureerde patiëntenvoorlichting. De aldaar opgebouwde ervaring komt zeer
‘herkenbaar’ terug in de klachtendossiers, en vormt de input voor de hiernavolgende aanbevelingen.

**Aanbeveling 1: aandacht voor gestructureerde patiëntenvoorlichting.**

- **Patiëntenvoorlichtingsbeleid: 4 pijlers.**

Elk beleid, zo ook een patiëntenvoorlichtingsbeleid, heeft maar slaagkansen indien dit structureel
verankerd wordt. In bepaalde verzorgingsvoorzieningen wordt patiëntenvoorlichting immers vaak
gereducerend tot brochures en folders, maar een echte verankering van dit deelaspect in een breder
voorlichtingsbeleid ontbreekt. Een adequaat PVO - beleid (patiëntenvoorlichting en -opvoeding) situeert
zich immers op vier domeinen of pijlers.

---

58 Met uitzondering van bepaalde categorieën, zoals diabetuseducatie, zwangerschapsbegeleiding,
De eerste pijler omvat het ontwikkelen van het beleid en de structuur van patiëntenvoorlichting. Dit beleid wordt het best gecoördineerd door één centraal persoon, die samen met een netwerk van referentiepersonen een bottom-up gestuurd beleid tracht te realiseren. Het ‘topdown’ geïnspireerd PVO-beleid wordt vooral gedistilleerd uit operationele en strategische doelstellingen van de organisatie, die op hun beurt geënt kunnen zijn op objectieve metingen van het doelmatig functioneren van een organisatie. Hier kan de feedback van ombudsfuncties, en/of tevredenheidsonduits een belangrijke rol spelen.

De tweede pijler omvat opleiding en bijscholing van het personeel, dat een belangrijke bijdrage blijft vormen in de attitudevorming rond patiëntenvoorlichting. Doelgerichte, gestructureerde voorlichting vraagt een bepaalde ingesteldheid (en vaak gedragsverandering) van zorgverleners, en dit wordt mede gerealiseerd door doelgerichte vorming.

De derde pijler is het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal (folders, brochures, video’s, Cd-roms, posters,...)

De vierde (en laatste) pijler is projectwerking. Elke projectwerking wordt gekenmerkt door de uitwerking van 4 belangrijke trajects in het kader van patiëntenvoorlichting, zijnde “informatie”, “instructie”, “educatie, en “begeleiding”.

**Het patiëntenvoorlichtingsbeleid en de verankering in de patiëntenrechtenwet.**

De wet patiëntenrechten regelt in artikel 7§1 een algemene informatieplicht over de gezondheidsstoestand van de patiënt en dit buiten de context van een behandeling. De patiënt heeft bijvoorbeeld het recht om te weten dat hij een coloncarcinoom heeft, ongeacht een later toestemming tot remediering dmv een colostomie. Dit recht om te weten staat bijgevolg los van de klassieke informed consentvereiste die de behandeling voorafgaat.

Specifieke, behandelingengebonden informatie (toestemmingsinformatie), valt onder het kapittel ‘informed consent’, dat geregeld wordt in artikel 8 van de wet. Dit onderscheid zal zich ook laten voelen in een aangepast PVO-beleid.

Artikel 7§1 bepaalt dat de patiënt tegenover de beroepsbeoefenaar recht heeft op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidsstoestand. De informatie heeft als doel inzicht te verschaffen in de gezondheidsstoestand en de vermoedelijke evolutie hiervan en heeft onder meer betrekking op de diagnose, medicatie, gezondheidsvoorlichting, etc. Het is echter spijtig dat de wet niet in concreto verwijst naar welke informatie precies verstrekt dient te worden.

---

59 Dikkedarmkanker.
60 Een colostoma is een kunstmatige uitgang op de dikke darm. De colostoma wordt ook wel aangeduid met de term anus praeternaturalis (a.p.n). Dit betekent anus op een andere dan de natuurlijke plaats.
62 In de tekst wordt ook wel gesproken over "toestemmingsgerichte informatie".
Hoewel de wet betreffende de rechten van de patiënt bepaalt dat de informatie over de gezondheidstoestand van een patiënt in een duidelijke taal moet worden verstrekt, deze wet het recht om niet te weten bevestigt en tot slot de uitzonderlijke situatie van onthouding van informatie beschrijft, geeft de genoemde wet geen nadere verduidelijking over de manier waarop de patiënt over zijn gezondheidstoestand moet worden geïnformeerd.

Deze problematiek is daarom niet minder essentieel. Tact, respect voor de patiënt en duidelijke uitleg blijven bij de bekendmaking van een pijnlijke diagnose geboden. De parlementaire voorbereiding van de wet betreffende de rechten van de patiënt verduidelijkt dat de informatie moet worden verstrekt op een manier die aan de individuele patiënt is aangepast. Er moet met name rekening worden gehouden met de opleiding en de leeftijd van de patiënt (Memorie van toelichting, nr. 1642/001, p. 20).

Bovendien bepaalt artikel 33 van de Code van geneeskundige plichtenleer: “De arts deelt tijdig aan de patiënt de diagnose en de prognose mede; dit geldt ook voor een erge en zelfs voor een noodlottige prognose. Bij de informatie van de patiënt houdt de arts rekening met diens draagkracht en met de mate waarin hij wenst geïnformeerd te worden…”

Volgens de principes van “informed consent” is de beroepsbeoefenaar verplicht voor al zijn tussenkomsten de toestemming van de patiënt (of diens vertegenwoordiger) te vragen en hem de nodige informatie te verstrekken zodat hij in staat is om met kennis van zaken een beslissing te nemen. Elke medische tussenkomst (behandeling, onderzoek, test of experiment) veronderstelt de geïnformeerde toestemming van de betrokken patiënt64. Zoals reeds werd aangehaald, gaat het hier niet over informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt, maar over informatie die een nodig is om met volledige kennis van zaken in een bepaalde behandeling of tussenkomst toe te stemmen.

In tegenstelling tot informatie over de gezondheidstoestand, heeft de wetgever uitdrukkelijk voorgeschreven uit wat de toestemmingsgerichte informatieplicht moet bestaan. Dit blijkt uit artikel 8 §2. Dit is een noodzakelijke, maar niet-limitatieve opsomming. De wet spreekt over informatie over het doel, de aard, het spoedeisend karakter, de risico’s, de nevenwerkingen, de behandelingsalternatieven en de financiële informatie. In het laatste lid van artikel 8 § 2 wordt ook verwezen naar het verstrekken van andere relevant geachte verduidelijkingen inclusief wettelijke bepalingen die met betrekking tot een tussenkomst dienen te worden nageleefd. Dit veronderstelt dat beroepsbeoefenaren (meer dan) voldoende kennis moeten hebben van de wettelijke bepalingen die hun handelingen beheersen. Wat betreft deze toestemmingsgerichte informatie heeft de wetgever aldus een duidelijk kader geboden van de te verschaffen informatie.

Volgens artikel 8 § 1 lid 2 moet de toestemming uitdrukkelijk (mondeling of schriftelijk) worden gegeven, behalve wanneer de beroepsbeoefenaar - na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd - uit de

gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden. Indien de toestemming uitdrukkelijk plaatsvindt, gebeurt dit meestal mondeling en niet schriftelijk. Dit is ook de voorkeur van de wetgever geweest. Niettegenstaande de voorkeur van de wetgever, voorziet bepaalde specifieke wetgeving wel in een verplichte schriftelijke toestemming. Denk bijvoorbeeld aan de wetgeving betreffende organaanplantatie, abortus, euthanasie, en medische experimenten.

- **Concrete samenvattende conclusies.**

Of men nu opteert voor louter mondelinge informatie, brochures, en/of toestemmingsformulieren, ze moeten altijd een onderdeel vormen van een persoonlijk gesprek tussen patiënt en beroepsbeoefenaar, en daarenboven steeds kaderen binnen de 4 pijlers van het patiëntenvoorlichtingsbeleid (PVO - beleid)

Men kan opteren om het informatiegebeuren trapsgewijs op te bouwen (mondelinge informatie, mondelinge informatie en brochures, mondelinge informatie en toestemmingsformulier...) rekeninghoudend met de aard van de tussenkomst (niet-ingrijpend, redelijk ingrijpend, en gecompliceerd) en altijd op een systematische en gestructureerde wijze.

Dit laatste aspect impliceert ook dat de voorlichting kan verdeeld worden tussen verschillende zorgverleners binnen hun professionele competenties. Zo kan het voorkomen dat een gastro-enteroloog aan een patiënt uitlegt waarom een bepaald onderzoek (bvb. gastroscopie) bij betreffende patiënt is aangewezen, met tevens een korte uitleg over het verloop van het onderzoek. Waarna de verpleegkundige de patiënt nogmaals, en meer gedetailleerd het onderzoek met zijn voorbereidingen(bvb.dieet) toelicht, en deze uitlegstructureert aan de hand van een brochure.

Het op gestructureerde wijze aanbieden van patiënteninformatie dat kadert binnen een algemeen PVO - beleid, vraagt veel tijd en oog voor kwaliteit binnen een verzorgingsvoorziening. Het vraagt een eenvormige, gecoördineerde aanpak, en het durven vrij maken van de 'schaarse' financiële middelen om dit beleid te realiseren...

Daarenboven dient ook binnen de individuele opleiding van de beroepsbeoefenaars voldoende ruimte voor communicatie te worden gecreëerd. Zo krijgen artsen in het kader van hun opleiding tot geneesheerspecialist communicatietechnieken aangeleerd, en dit krachtens artikel 2, §12 van het ministerieel besluit tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesherenspecialisten, stagemeesters en stagediensten: “Bij de erkenning dient de kandidaat-specialist te kunnen bewijzen dat hij minstens 30 u opleiding heeft gevolgd inzake communicatie met patiënten en minstens 20 u inzake evidence-based medicine.”

De eigenlijke inhoud van de communicatieopleiding van de kandidaat-specialist wordt door de gemeenschapsoverheden bepaald. Men kan vermoeden dat de communicatietechnieken bedoeld zijn

66 Art. 350 Strafwetboek.
67 Art. 3, § 4 Wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie (B.S. 22 juni 2002) vereist dat het euthanasieverzoek schriftelijk wordt opgemaakt
om de aandacht van de communicator (de arts) te vestigen op de verschillende bijzondere kenmerken van de situatie van zijn gesprekspartner (de patiënt), die telkens uniek is en van heel wat factoren (soort ziekte, leeftijd, geslacht, ...) afhankelijk is. Er bestaat bovendien geen enkele wettelijke verplichting wat de permanente opleiding van artsen inzake communicatie betreft. Elke arts moet bijgevolg zelf initiatieven nemen teneinde de manier van communiceren met de patiënt te perfectioneren en uit te diepen. Dit geldt ook voor andere beroepsbeoefenaars.

Naar aanvoren van de Nederlandstalig Ombudspersoon kan een continue investering in dit voorlichtings- en communicatiebeleid een behoorlijk meerwaarde betekenen voor de individuele patiënt, waardoor het aantal klachten op het gebied van informatie en communicatie vermoedelijk zal worden gereduceerd.

Aanbeveling 2: patiëntenservicebureau naar Nederlands model?

Het gericht informeren van de patiënt is een plicht van elke beroepsbeoefenaar, en kan derhalve niet worden afgewend op bepaalde instanties of intramurale diensten. Dit laatste neemt niet weg dat complementaire ondersteuningsstructuren een bijkomende meerwaarde kunnen bieden in het informeren en begeleiden van patiënten.

Op dit vlak wordt sterk aanbevolen om het model van het “patiëntenservicebureau” (PSB) in Nederlandse ziekenhuizen van dichterbij te bestuderen en te onderzoeken.

In deze patiëntenservicebureaus kunnen patiënten terecht voor alle soorten van vragen ivm het ziekenhuis, voor bijkomende informatie ivm onderzoeken of hun ziekte, maar ook de klachtenafhandeling vindt gewoonlijk binnen deze structuur plaats.

Daarenboven zou binnen dit patiëntenservicebureau ook een link moeten gelegd worden naar gestructureerde psychosociale opvang van patiënten. In diverse dossiers van de Nederlandstalig ombudspersoon constateert men immers een belangrijke nood aan psychosociale opvang. Een ombudspersoon kan (en moet) een luisterend oor bieden, maar dit veronderstelt nog niet dat hierdoor de psychosociale nood van deze patiënten adequaat wordt gelenigd.

Tot slot spreekt het voor zich dat een patiëntenservicebureau tevens als dienst duidelijk zichtbaar is in de voorzieningen en een nauwe samenwerking heeft met andere diensten (sociale diensten, verpleegdiensten, medisch-technische diensten, ea)

Het patiëntenservicebureau bundelt als het ware “informatie & advies”, “klachtenafhandeling”, “begeleiding & opvang” in één structuur, dat enkel complementair mag werken aan de informatieverplichting van beroepsbeoefenaars en tegemoet zou kunnen komen aan een aantal behoeften op het werkveld...

69 In de vorm van folders, brochures, CD-roms, video's ...Hier verwijst ik vooral naar de derde pijler in het patiëntenvoorlichtingsbeleid.
2.3.2. **Vertrouwenspersoon: te groot formalisme?**

De patiënt kan ervoor opteren dat behalve aan hemzelf, de informatie eveneens aan een andere persoon, een vertrouwenspersoon (met gelijklopende belangen) wordt medegedeeld (7§2 patiëntenrechtenwet) Deze persoon kan de patiënt ook bijstaan in zijn klachtrecht.

Het betreft hier een persoon die door de patiënt in vertrouwen wordt genomen en die samen met de patiënt het recht op informatie gestalte kan geven.

Het kan geen kwaad dat de wetgever de contouren heeft gecreëerd binnen welke patiënten informatie willen delen met derden die hij/zij vertrouwen. De praktijk wijst immers uit dat nogal makkelijk gezondheidsinformatie aan derden (familieleden) wordt verstrekt zonder dat de patiënt hiervan op de hoogte is. De Nederlandstalig ombudspersoon heeft over deze “losse” toepassing van het beroepsgeheim 5 expliciete meldingen.

Het is niet noodzakelijk dat een bepaalde procedure (bvb. geven van een mandaat) wordt gevolgd voor de aanduiding van deze vertrouwenspersoon. Wel is voorzien dat het schriftelijk verzoek van de patiënt om de informatie aan zijn vertrouwenspersoon mee te delen evenals de identiteit van deze persoon worden opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier (7§2 patiëntenrechtenwet).

Als we naar de dossiers van de Nederlandstalig ombudspersoon kijken, dan constateren we dat er slechts één vertrouwenspersoon conform de principes van de wet werd aangesteld. Het gaat hier dan ook over een advocaat die op de hoogte was van de regelgeving betreffende zijn aanduiding als vertrouwenspersoon door middel van een schriftelijk verzoek van de patiënt.

Voorgaande neemt niet weg dat in verschillende dossiers een behoorlijk aantal ‘vertrouwenspersonen’ (in de filosofie van de patiëntenrechtenwet) de patiënten bijstonden. Zij werden echter niet overeenkomstig de principes van de wet aangeduid.

De rol van de vertrouwenspersoon is van oudsher op een ‘natuurlijke’ en ‘soepele’ manier bekleed. Als een patiënt met een persoon in de consultatieruimte van een arts komt dan lijkt het logisch dat deze persoon in vertrouwen wordt genomen met het oog op de kennisname van gezondheidsinformatie. Een beroepsbeoefenaar kan dit bespreken en vervolgens aanduiden in het patiëntendossier, en dan lijkt de in de patiëntenrechtenwet voorziene bijkomende formalisering overbodig. Hetzelfde mag men concluderen voor vertrouwenspersonen die de patiënt bijstaan bij de uitoefening van diens klachtrecht.

De in de wet voorziene formalisering is wel verklarbaar bij de uitoefening van het inzagerecht of het recht op afschrift. Immers dit recht kan in opdracht van de patiënt en zonder de patiënt uitgeoefend worden door een vertrouwenspersoon, waardoor uit de natuurlijke aanwezigheid van de vertrouwenspersoon geen impliciete toestemming van patiënt kan worden afgeleid. Dezelfde redenering kan men hanteren wanneer de vertrouwenspersoon om mondelinge informatie verzoekt, zonder dat de patiënt in zijn nabijheid is.
Daarenboven blijft er behoorlijk wat verwarring bestaan tussen de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger in de patiëntenrechtenwet, en tussen de vertrouwenspersoon van de patiëntenrechtenwet en de rol van de vertrouwenspersoon in andere wetgeving ( euthanasiewet, voorlopige bewindvoering...) 

In ieder geval is het aan te bevelen om, naast bijkomende informatie over de figuur van de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger, standaardformulieren te ontwikkelen waarmee de patiënt zijn vertrouwenspersoon en (eventueel) zijn vertegenwoordiger kan aanduiden.

2.3.3. Wilsverklaringen ("precedent autonomy")


Naast de aard van de in de wilsverklaring gevraagde tussenkomst, namelijk een handeling weigeren versus uitdrukkelijk vragen, verschilt ook het bindend karakter van dergelijke wilsverklaringen. Een positieve wilsverklaring is in de regel niet bindend, terwijl een negatieve wilsverklaring een wettelijk bindend karakter krijgt. Dit impliceert dat elke zorgverlener (of beroepsbeoefenaar) de verklaring dient te eerbiedigen. Zo kan men verklaren dat men ingeval van een hartstilstand niet meer gereanimeerd wenst te worden, of dat men onder geen beding een bloedtransfusie wenst...

Opdat tenslotte een negatieve wilsverklaring bindend kan zijn, dienen volgens artikel 8§4ll enkele voorwaarden te worden vervuld. De persoon die de negatieve wilsverklaring opstelt, dient op het moment van deze redactie handelings- en wilsbekwaam te zijn. De negatieve wilsverklaring moet schriftelijk, duidelijk en precies worden opgesteld. De wetgever spreekt immers over een 'welomschreven tussenkomst'.

Ook de, evenwel niet-bindende, euthanasieverklaring (positieve wilsverklaring) dient schriftelijk te worden opgesteld. Hier zijn de formele eisen nog strenger, waardoor de wetgever is tussengekomen door het introduceren van een modelformulier.

Voorgaande situering lijkt duidelijk, maar voor een doorsnee patiënt (en beroepsbeoefenaar!) is deze informatie onvoldoende gekend. Vooral uit de informatiedossiers van de Nederlandstalig.

---

70 DWORKIN, R., "Medical decisionmaking for the demented and dying" Millbank Quarterly 1986, suppl.2.
71 NYS, H en BLANQUAERT, S., 'privaatrechtelijke waarborgen voor de autonomie van de welsonbekwame patiënten bij het levenseinde', T.P.R. 2001, 2245 e.v.
73 Deze wilsbekwaamheid wordt verondersteld aanwezig te zijn, tenzij het tegendeel blijkt. Een verklaring en medeondertekening van een getuige die verklaart dat de betrokkene bekwaam was op het ogenblik van de redactie van de wilsverklaring, is aldus niet vereist.
74 2 APRIL 2003. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de wijze waarop de wilsverklaring inzake euthanasie wordt opgesteld, herbevestigd, herzien of ingetrokken.
Ombudspersoon blijkt dat meer sensibilisering noodzakelijk is. Zo denken patiënten dat het opstellen van een niet-reanimatieverklaring dient te gebeuren conform de principes van de euthanasiewet.

In bepaalde klachtendossiers constateert men een analoge verwarring bij familieleden van patiënten (veelal nabestaanden) inzake de toepassing van medische beslissingen rond het levenseinde en de principes van de euthanasiewet. Zo wordt het stoppen en/of staken van een medische zinloze behandeling eveneens verward met euthanasie75.

Samen met het voorgaande zou meer aandacht moeten worden gegeven aan juridische en ethische verheldering van alle medische beslissingen rond het levenseinde. Onduidelijkheid (en onwetendheid) vormt een belangrijke voedingsbodem voor communicatiestoornissen en conflicten76.

2.3.4. De rol van de vertegenwoordiger in het informed consent en in het stoppen / niet starten van medisch zinloos handelen (DNR77-Codes).

De (wettelijke, benoemde, informele) vertegenwoordiger vertegenwoordigt de wilsonbekwame patiënt bij de uitoefening van diens patiëntenrechten.

De wet patiëntenrechten begrenst echter op twee vlakken de rechten van de vertegenwoordiger (art. 15 § 2). Namelijk wanneer de beroepsoefenaar van mening is dat de beslissing van de wettelijke, informele of benoemde vertegenwoordiger niet in het belang is van de patiënt omdat zij een bedreiging vormt voor diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid inhoudt, dan kan de beroepsoefenaar na multidisciplinair overleg afwijken van de beslissing genomen door de vertegenwoordiger78. Beroept de benoemde vertegenwoordiger zich echter op een uitdrukkelijke wil van de patiënt, dan kan de beroepsoefenaar niet afwijken van de door de vertegenwoordiger genomen beslissing.

Deze afwijking van de beslissingsmacht van de vertegenwoordiger behelst enkel de voorzetting van de therapie of de behandeling, en bepaalt niets over het stoppen of staken van een bepaalde behandeling.

In een recent advies79 van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren wordt gesteld dat het stoppen en het niet opstarten van een behandeling deontologisch aangewezen is wanneer het wetenschappelijk vaststaat dat er geen hoop meer is op een redelijke verbetering en levensverlengende behandelingen het comfort voor de patiënt niet vergroten maar hem alleen maar last en ongemak bezorgen. Dergelijke beslissingen kunnen gekanaliseerd worden in een zogenaamd DNR-protocol. De

---

75 Klachten ivm medische beslissingen rond het levenseinde vallen binnen het spectrum van de patiëntenrechtenwet. Dit kan niet onverdeeld gesteld worden met betrekking tot de euthanasiewet (zie supra)
77 Do Not Reanimate.
78 De tweede situatie heeft betrekking op het inzagerecht en het recht op een afschrift van het patiëntendossier.
79 Advies van de Nationale Raad in zijn vergadering van 22 maart 2003: advies betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde.
Nationale Raad vervolgt door te stellen dat dergelijke protocollen niet uitgevoerd kunnen worden zonder voorafgaande toestemming van een degelijk geïnformeerde patiënt, of diens vertegenwoordiger.

De vraag is of dit zonder meer gesteld kan worden. Als een geneesheer beslist tot het staken of stopzetten van een medische behandeling, dan is dat om dat hij dit niet langer zinvol acht in de gegeven omstandigheden. Veel hangt immers af van hoe men het concept medisch zinloos handelen invult. Op dit vlak constateert men dan ook een zekere evolutie. Tegenwoordig constateert men steeds vaker een niet waardevrije invulling van de ‘zinloosheid’ dat beïnvloedt wordt door verschillende factoren, zoals het oordeel van de patiënt, daar waar men vroeger de invulling van dit concept louter toeschreef aan de arts.

In ieder geval kan men concluderen dat er op zijn minst een informatieverplichting van de arts naar de patiënt of diens vertegenwoordiger bestaat, maar of dit de facto gevolgd dient te worden door het toestemmingsbeginsel is echter nog de vraag. De patiënt of diens vertegenwoordiger kan een arts immers niet dwingen tot een handeling (bv. reanimatie), wanneer hij dit niet medisch zinvol acht. Met dien verstande dat in het niet waardevrije concept, het oordeel en aldus de toestemming van de patiënt wel van belang kan zijn. Dit laatste is afhankelijk van de mate van “medische eensgezindheid” die bestaat omtrent het niet staken en/of starten van een bepaalde medische behandeling.

Deze problematiek inzake het informed consent van vertegenwoordigers bij medisch zinloos handelen is zowel in de informatiedossiers als in bepaalde klachtendossiers van de Nederlandstalig ombudspersoon reeds ter sprake gekomen. Er werd reeds gesteld dat in een (waardevrije) zuiver medisch zinloze situatie een informatieverplichting noodzakelijk is, maar een toestemming in hoofde van de vertegenwoordiger kan bediscussieerbaar zijn en een bron van conflicten vormen indien beroepsbeoefenaars en vertegenwoordigers een andere mening zijn toegedaan.

De patiëntenrechtenwet voorziet echter niet in een kader om aan deze problematiek tegemoet te komen. Misschien zou een aanpassing van artikel 15§2 patiëntenrechtenwet een oplossing kunnen bieden. Er moeten immers ook (multidisciplinaire) beslissingen genomen kunnen worden die in het belang zijn van de patiënt zonder dat dit direct gezondheidswinst oplevert.

2.4. Vertegenwoordigers

Op het vlak van de regeling van de vertegenwoordigers blijken in de dossiers van de Nederlandstalig ombudspersoon zich vier problemen voor te doen, namelijk het klachtrecht van vertegenwoordigers uit een ondergeschikte lijn (zie gedeelte oudere wilse bekwame patiënten), de beperking van het recht op inzage en afschrift van een vertegenwoordiger vanaf het moment dat de patiënt is overleden (zie gedeelte minderjarige patiënten), de toestemming van vertegenwoordigers inzake het stoppen/staken van medisch zinloos handelen en, samenhangend met het voorgaande, de wijze waarop de vertegenwoordigingsbevoegdheid wordt uitgeoefend.

80 In de rechtsleer wordt over het algemeen gesteld dat vertegenwoordigers geen beslissingscompetentie hebben ivm het staken (of starten) van een medisch zinloze handelingen; zie pagina 34 in DE ZORGVERLENING ROND HET LEVENSEINDE: EEN LITERATUURSTUDIE NAAR BEGRIPSOMSCHRIVIJVEN EN ZORGVULDIGHEIDSEISEN, Mr dr. J. Legemaate Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Utrecht, Maart 2005
Wat dit laatste betreft, zal niemand ontkennen dat op de schouders van de vertegenwoordiger een behoorlijk zware verantwoordelijkheid rust. In wezen beschikt een vertegenwoordiger over de fysische en psychische integriteit van een ander, ook al betrekt men de wilsonbekwame patiënt zoveel als mogelijk bij de te nemen beslissingen.

Daarom is het belangrijk om te weten op welke wijze dit ‘mandaat’ op een evenwichtige manier kan worden uitgeoefend. In de literatuur vindt men doorgaans twee criteria, namelijk de ‘best interests’-benadering en het “substituted judgement”\(^{81}\). In de ‘best interests’-benadering gaat men na welke beslissing een redelijk persoon in vergelijkbare omstandigheden zou hebben genomen (objectief criterium), terwijl ‘substituted judgement’ eerder doelt op de beslissing die de concrete patiënt zelf zou hebben genomen indien hij nog bekwaam was geweest (subjectief criterium). Het laatste criterium sluit natuurlijk het dichtst aan bij de wens van de wilsonbekwame patiënt. Kent men deze wens niet, dan kan men de vraag stellen wat de beslissing zou zijn van een redelijk persoon geplaatst in dezelfde omstandigheden.

In de meeste bemiddelingsdossiers werd vooral gekozen voor de substituted judgement-benadering, ofschoon tussen vertegenwoordigers niet altijd eens gezindheid bestaat over hetgeen de patiënt zou kunnen gewenst indien hij nog wilsbekwaam zou zijn geweest.

Uit voorgaande analyse volgt dat dringend nood is aan (ethische) richtlijnen omtrent de wijze waarop vertegenwoordigers hun vertegenwoordigingsbevoegdheid zouden kunnen uitoefenen, en hoe zij hierin het best begeleid kunnen worden. Daarenboven bestaat er ‘weinig’ kwaliteitscontrole op vertegenwoordigingsbeslissingen.

2.5. Het patiëntendossier.

2.5.1. Geïnterneerden en het recht of afschrift & inzage.

De Nederlandstalig ombudspersoon heeft twee dossiers ivm geïnterneerden behandeld. Eén van de dossiers is pas recent\(^{82}\) afgehandeld en dateert zelfs (ver) voor de komst van de Nederlandstalig ombudspersoon. Dit dossier betreft de problematiek van het recht op inzage/afschrift van een geïnterneerde. Zonder enige motivering werd het recht op afschrift systematisch geweigerd.

In casu moeten we (onder meer) de Wet tot Bescherming van de Maatschappij\(^{83}\) samen lezen met de patiëntenrechtenwet. Dit geeft enerzijds de nodige duidelijkheid, maar in praktijk is dit geen vanzelfsprekende combinatie.

Artikel 16, vijfde lid van de Wet tot Bescherming van de Maatschappij\(^{83}\) samen lezen met de patiëntenrechtenwet. Dit geeft enerzijds de nodige duidelijkheid, maar in praktijk is dit geen vanzelfsprekende combinatie.

Artikel 16, vijfde lid van de Wet tot Bescherming van de Maatschappij bevat ook een soort “therapeutische exceptie”. Deze exceptie is ook voorzien in de Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, en met name in artikel 9. Zo staat er in artikel 9 geschreven: “Indien het


\(^{82}\) 8 april 2005.

\(^{83}\) 1 JULI 1964. - [Wet tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten] (W 1998-03-05/35, art. 16, § 1, 005; Inwerkingtreding : 01-03-1999) (Vervangt de wet van 9 april 1930)
patiëntendossier een schriftelijke motivering bevat zoals bedoeld in artikel 7, § 4, tweede lid, die nog steeds van toepassing is, oefent de patiënt zijn inzagerecht uit via een door hem aangewezen beroepsbeoefenaar, die ook inzage heeft in de in het derde lid, bedoelde persoonlijke notities". Hetzelfde is bepaald voor het recht op een afschrift, namelijk in artikel 9§3.

Genoemde therapeutische exceptie heeft tot gevolg dat een rechtstreeks inzage (en afschrift) door de patiënt/geïnterneerde vervangen wordt door een onrechtstreeks inzage (en afschrift), namelijk via een door de patiënt aangewezen beroepsbeoefenaar.

Zowel uit de Wet tot Bescherming van de Maatschappij, als uit de Wet betreffende de Rechten van de patiënt, blijkt dat het inroepen van dergelijke exceptie echter geen automatisme mag zijn. Volgens de patiëntenrechtenwet dient de therapeutische exceptie schriftelijk gemotiveerd te worden. Uit de motivatie zal moeten blijken waarom de informatie een klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt vormt, en dit zolang het gevreesde nadeel nog steeds aanwezig is op het moment dat de patiënt om informatie verzoekt. Bij ontstentenis van dit laatste geldt een rechtstreeks inzage of afschrift, al dan niet bijgestaan door een vertrouwenspersoon. Daarenboven dient de arts, die zich op dergelijke exceptie beroept, dit voorafgaandelijk te overleggen met een andere beroepsbeoefenaar, indien van toepassing, met de door de patiënt aangewezen vertrouwenspersoon.

Aanvullend, en in ondergeschikte orde, wordt bijkomend melding gemaakt van de rechtspraak van het Hof van Cassatie: "Evenmin een schending van het recht van verdediging valt af te leiden wanneer de Commissie, bij de uitspraak over het verzoek tot invrijheidsstelling van een geïnterneerde, beslist dat een geneeskundig verslag niet aan de geïnterneerde zelf zal worden meegedeeld, wanneer in de beslissing wordt vastgesteld dat het stuk regelmatig aan de advocaat van de geïnterneerde is meegedeeld en dat mededeling ervan aan de geïnterneerde om therapeutische redenen moet worden geweigerd" (Cass. nr. 9422 van 26.03.1985)

Uit analyse van genoemde wetgeving blijkt toch voldoende verenigbaarheid met de patiëntenrechtenwet, maar in genoemd dossier blijkt dit evenwel nog geen evidentie.

Bepaalde recente wetgevende initiatieven dienen daarom te worden toegejuicht. Zo werd het algemeen reglement van de strafinrichtingen gewijzigd door het Koninklijk besluit van de 23 juni 2004 (B.S 02.07.2004). Artikel 1 van genoemd Koninklijk besluit voorziet immers in de uitdrukkelijke mogelijkheid om in contact te treden met de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt".

Daarenboven wordt verwezen naar de basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden84 (incl.geïnterneerden in gevangenissen). Deze wetgeving kan beschouwd worden als een lex specialis t.u.v de patiëntenrechtenwet.

In artikel 87 wordt dezelfde definitie gegeven van het begrip "gezondheidszorg" als in de patiëntenrechtenwet, evenwel aangevuld met een tweede lid en derde lid, namelijk: “de bijdrage van de zorgverleners tot de gezondheidspreventie en de gezondheidsbescherming van het personeel en van

de gedetineerden”, “de bijdrage van de zorgverleners tot de reintegratie van de gedetineerde in de samenleving.

Het recht op vrij keuze van een arts is opgenomen in artikel 91. Verder bepaalt artikel 92 en dit in afwijking van artikel 9 § 3 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, dat een gedetineerde geen afschrift kan verkrijgen van zijn patiëntendossier. Hij kan enkel schriftelijk verzoeken een afschrift mee te delen aan de door hem aangewezen vertrouwenspersoon.

Deze vertrouwenspersoon wordt uitdrukkelijk door de wetgever bepaald, namelijk: “een arts buiten de gevangenis”, “een advocaat”, “een door de gevangenis aangestelde of tot de gevangenis toegelaten vertegenwoordiger van zijn godsdienst of levensbeschouwing”.

2.5.2. **Verzekeringsgeneeskunde en het recht op afschrift & inzage.**

In één van voorgaande hoofdstukken werd reeds melding gemaakt van de problematiek van verzekeringsgeneeskunde. Eén van de knelpunten is het recht op afschrift van (en inzage in) het medisch dossier.

In de mate dat verzekeringsgeneeskunde kan beschouwd worden als gezondheidszorg in de zin van de patiëntenrechtenwet (zie supra), heeft de onderzochte persoon het recht om zijn dossier in te zien en er een kopie van te vragen.

Dit veroorzaakt evenwel problemen of conflicten, zeker in het geval van een medische expertise door een arts van de verzekerder van een beroepsbeoefenaar bij een vermeende medische fout.

2.5.3. **Vertegenwoordigers als nabestaanden.**

In het deel betreffende beschermingswaardige patiëntencategorieën werd reeds melding gemaakt van de “juridische hakbijl” op het vlak van het recht op inzage (en afschrift) van vertegenwoordigers wiens persoon die zij vertegenwoordigden is overleden.

2.5.4. **Kostprijs van het recht op afschrift.**

De patiëntenrechtenwet voorziet in een recht op afschrift van het patiëntendossier en dit tegen kostprijs. In de praktijk blijken nogal variërende tarieven gehanteerd te worden, waardoor er geen uniformiteit bestaat.

2.5.5. **Praktische haalbaarheid van een onrechtstreeks inzagerecht.**

In bepaalde dossiers van de Nederlandstalige ombudspersoon blijkt dat het onrechtstreeks inzagerecht niet altijd realiseerbaar is of, op z’n minst, sterk bemoeilijkt wordt.

---

85 Bepaalde instanties vragen een forfaitair bedrag en daarnaast een bedrag per kopie, andere instanties vragen enkel een prijs per kopie (bvb.0,75 eurocent), en nog anderen rekenen niets aan.
Indien bijvoorbeeld nabestaanden kennis willen nemen van bepaalde aspecten in het medisch dossier van hun overleden familielid, dan dienen zij hiertoe een beroepsbeoefenaar aan te duiden die dit voor hen zal doen. Stel bijvoorbeeld dat een patiënt is overleden in een ziekenhuis, en de nabestaanden vragen aan hun eigen huisarts om in het medisch dossier te gaan kijken. Het spreekt voor zich dat dergelijk ‘consult’ in de praktische uitvoerbaarheid voor heel wat moeilijkheden kan zorgen, en in sommige gevallen wordt het (onrechtstreeks) inzagerecht hierdoor zelfs onuitvoerbaar...

In dergelijke situaties duikt ook de vraag op naar een mogelijke kostenvergoeding voor het uitvoeren van een inzagerecht in opdracht van nabestaanden, en zelfs, in opdracht van patiënten als er sprake is van een therapeutische exception...

2.5.6. Onvolledig afschrift van het patiëntendossier.

De Nederlandstalig ombudspersoon heeft regelmatig een klacht behandeld ivm het recht op inzage of afschrift van het patiëntendossier. In de meeste gevallen, met uitzondering van de dossiers in het kader van de verzekeringsgeneeskunde, werden deze klachten redelijk vlot opgelost.

In enkele dossiers klagen patiënten over het ontbreken van bepaalde stukken, en constateert men aldus zeer onvolledige dossiers.

Natuurlijk kan het niet (volledig) bijhouden van het dossier als een beroepsfout worden beschouwd, en kan dit bijgevolg leiden tot burgerlijke aansprakelijkheid voor deze nalatigheid.

De schade kan echter in bepaalde gevallen zeer ernstig zijn. Misschien was immers de informatie in het patiëntendossier cruciaal om een procedure te kunnen winnen? Deze situaties worden als zeer “bitter” ervaren; één patiënt kwalificeert de patiëntenrechtenwet hierdoor als een lege doos...

Voor eerst is het aan te bevelen om wettelijke duidelijkheid te creëren over het concept patiëntendossier. Ingevolge artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voor elke patiënt een medisch dossier worden aangelegd en in het ziekenhuis worden bewaard. Zie ook artikel 17quater van dezelfde wet: “voor elke patiënt worden een verpleegkundig dossier aangelegd, dat samen met het medisch dossier het enige patiëntendossier vormt en in het ziekenhuis wordt bewaard onder de verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer”. Deze principes zijn ook te vinden in het KB van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet ziekenhuizen, moet voldoen. Zo bepaalt artikel 1 dat voor elke patiënt een medisch dossier moet worden aangelegd en dat dit dossier samen met het verpleegkundig dossier het patiëntendossier vormt.

In de patiëntenrechtenwet wordt dit concept niet gedefinieerd. In de Memorie van Toelichting geeft de Minister volgend antwoord: De minister antwoordt dat het « patiëntendossier » niet alleen het «medisch dossier» is; artikel 9 van het wetsontwerp heeft betrekking op alle dossiers die worden aangelegd in het raam van de rechtsverhouding tussen beroepsbeoefenaar en patiënt, alsook op het dossier dat in het ziekenhuis wordt...

86 Pagina 87 1642/012 DOC50

bijgehouden. Voorts werd gevraagd hoelang de dossiers moeten worden bijgehouden. De minister preciseert dat de ziekenhuizen die dossiers 30 jaar moeten bewaren; voor de artsen is die termijn, krachtens de Code van medische plichtenleer (art. 46) ook 30 jaar. Voor andere beroepen gelden, voor zover haar bekend, geen specifieke termijnen.

Daarenboven is vaak niet bekend welke stukken zouden terug te vinden moeten zijn in het patiëntendossier. De concrete samenstelling van het medisch dossier\(^\text{87}\) zal enerzijds bepaald worden door de vereisten zoals opgenomen in het KB van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet ziekenhuizen, moet voldoen, en anderzijds ook bepaald worden door de principes in het kader van de Wet betreffende de rechten van de patiënt. Dit laatste wordt nogal vaak vergeten, en heeft in een aantal klachtendossiers tot conflicten geleid. Het valt dan ook aan te bevelen om voorgaand KB aan te passen met volgende informatie:

1. De patiënt heeft het recht om bepaalde stukken aan het dossier te laten toevoegen.
2. De beroepsbeoefenaar is bovendien wettelijk verplicht volgende gegevens te noteren in het patiëntendossier:
   a. De identiteit van een vertrouwenspersoon en het verzoek van de patiënt om aan hem informatie mee te delen.
   b. Het verzoek van de patiënt om geen informatie over de gezondheidstoestand te ontvangen.
   c. De motieven waarom de beroepsbeoefenaar bepaalde informatie over de gezondheidstoestand niet verstrekt.
   d. Op verzoek van de patiënt de toestemming tot een behandeling.
   e. De weigering of intrekking van de toestemming.
   f. De spoedbehandeling die gebeurde zonder toestemming.
   g. De motieven waarom van een beslissing van de vertegenwoordiger wordt afgeweken.
   h. De motieven waarom inzage recht of afschrift van het patiëntendossier aan de vertegenwoordiger wordt geweigerd.

Voor wat betreft de inhoudelijke samenstelling van andere dossiers van beroepsbeoefenaars (m.u.v verpleegkundigen) kan men geen wettelijke omkadering vinden die deze samenstelling regelt. Voorgaande heeft repercussies op het recht op inzage en afschrift. Op basis van de patiëntenrechtenwet heeft de patiënt immers het recht om een afschrift te bekomen, maar nergens staat beschreven welke minimale inhoudelijke vereisten in het dossier te vinden zouden moeten zijn.

Bovendien kan men zich afvragen of een recht op inzage/afschrift een dossierplicht van elke beroepsbeoefenaar tot gevolg heeft. Persoonlijk meen ik dat dit wel het geval is.

*Op basis van voorgaande uiteenzetting dient men een wettelijke verduidelijking te geven van het begrip patiëntendossier.*

Tezelfdertijd moet men zich buigen over een betere omschrijving van de inhoud van het medisch dossier (inclusief de aspecten zoals voorzien in de patiëntenrechtenwet) Dezelfde oefening dient men te maken voor de dossiers van andere beroepsbeoefenaars.

*Tot slot moet men onderzoeken of het huidig gemeenschappelijk sanctioneringsysteem is aangepast wanneer bepaalde (bewijskrachtige) stukken uit dossiers verdwenen zijn.*

\(^{87}\) In het ziekenhuis. Wat betreft de huisartsen kan verwezen worden naar het vrijblijvende AMD-model (eveneens een KB van 3 mei 1999), dat vooral gestimuleerd wordt in het kader van het Globaal Medisch dossier.
2.6. **Het klachtrecht.**

2.6.1. **Wie oefent een klachtrecht uit?**

De **patiënt** kan, al dan niet bijgestaan door een **vertrouwenspersoon**, een klacht indienen bij de ombudsdienst. Conform de bepalingen van de patiëntenrechtenwet, oefent de **vertegenwoordiger** de rechten van de patiënt uit, zo ook zijn klachtrecht.

Voorgaande neemt niet weg, dat in de praktijk ook andere “**instanties of personen**” aanbrengers van een klacht zijn. Om een volwaardig klachtrecht te kunnen uitoefenen dient echter bevestiging plaats te vinden in hoofde van de patiënt/vertegenwoordiger en/of de vertrouwenspersoon die de patiënt bijstaat. Zo komt het bijvoorbeeld voor dat een klacht wordt geformuleerd via bvb Test Aankoop of via een bepaalde patiëntenvereniging.

Verder komt het ook voor dat bepaalde beroepsbeoefenaars (niet aangeduid als vertrouwenspersoon) een klacht voor een patiënt formuleren. Deze personen worden eveneens geregistreerd bij “andere personen of instanties”.

Nabestaanden vormen bij de uitoefening van dit klachtrecht een aparte probleemcategorie, en dit omwille van het ontbreken van een duidelijke juridische grond binnen de patiëntenrechtenwet. Toch ook hier heeft de Nederlandstalig ombudspersoon geopteerd klachten van deze groep te behandelen en bijgevolg ook te registreren. Deze nabestaanden worden gegroepeerd onder de rubriek “**familie**”.

Onder de rubriek “familie” vallen ook die personen die verwant zijn met een (levende) patiënt, maar die niet kunnen beschouwd worden als vertegenwoordiger (van eerste rang) of als vertrouwenspersoon. Zo komt het voor dat kinderen een klacht formuleren in naam van een wilsbekwaam ouder, waarvan evenwel de echtgeno(o)t(e) nog leeft. Juridisch impliceert dit dat de echtgeno(o)te wordt geacht de belangen van de wilsbekwame partner te behartigen en dat de kinderen – door de cascade voorzien in de patiëntenrechtenwet - op een ondergeschikte plaats staan.

De patiëntenrechtenwet voorziet geen klachtrecht in hoofde van deze kinderen, maar omwille van de ‘familiale leefbaarheid’ en -in bepaalde gevallen - omwille van de belangen van de wilsbekwame patiënt, wordt toch in een vorm van bemiddeling voorzien.

Verder vallen onder de rubriek “familie” ook de verwanten die optreden voor een wilsbekwaam familie lid/patiënt, maar die niet ‘officieel’ werden aangeduid als vertrouwenspersoon.

Uit voorgaande vaststellingen volgt dat een kader gecreëerd moet worden voor personen die een klachtrecht uitoefenen in het belang van de (al dan niet overleden) patiënt.
2.6.2. **Het model van bemiddeling**

**A. De visie van de wetgever.**

De visie van de wetgever op de inhoud van de bemiddeling wordt gevormd door de vigerende wettelijke bepalingen en de verklarende principes in de Memorie van toelichting.

Dit impliceert dat rekening wordt gehouden met de wettelijke opdrachtverklaring van de ombudsfunctie zoals omschreven in artikel 11 van de patiëntenrechtenwet. Aanvullend moet men voor de interpretatie van voorgaand artikel terugkoppelen naar de parlementaire voorbereidingen van de patiëntenrechtenwet. In het bijzonder verwijzen we naar de pagina's 37 t/m 39 van de Memorie van Toelichting *(M.v.T., Parl.St. Kamer 2001-02, 1642/001)*

In deel 4 werd reeds een samenvattend overzicht gegeven van de visie in de Memorie van Toelichting. Dit resulteert in een viervoudige opdrachtverklaring, namelijk het informeren & adviseren, het bemiddelen, het formuleren van alternatieven als de bemiddeling faalt, en tot slot het formuleren van aanbevelingen.

In het hierna volgend gedeelte wordt dieper ingegaan op de **inhoudelijke draagwijdte** van de ‘bemiddeling’.

**B. De inhoud van de bemiddeling. Probleemformulering en aanbevelingen.**

Eens een klacht werd geuit dan start de **bemiddelingstaak** van de ombudspersoon. Bemiddeling dient men echter te onderscheiden van klachtenbehandeling. Bemiddeling bestaat uit het tussenkomen van de ombudspersoon met het oog op het bereiken van een (niet bindende) oplossing zonder dat hieraan een (bindend) oordeel is verbonden. Klachtenbemiddeling tracht een oplossing aan een conflict te geven zodat de reden van de klacht verdwijnt. In tegenstelling tot de klachtenbemiddeling, is bij de klachtenbehandeling echter wel sprake van een (bindend) oordeel of uitspraak over de klacht.

Zowel de Nederlandstalig ombudspersoon, als een groot deel van de lokale ombudspersonen ervaren een nood om “de bemiddeling in de gezondheidszorg” duidelijk te positioneren in het “klachtenafhandelingslandschap” in België. Deze positionering is van belang voor alle betrokken partijen, en een duidelijke richtlijn hieromtrent zou aan te bevelen zijn.

Wat dit laatste betreft werd een kleine vergelijkende studie gemaakt met onze omringende landen, en het onderzoek heeft zich vooral toegespitst op het Nederlands systeem. Zo werd er in de schoot van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) een landelijke **Klachtenrichtlijn gezondheidszorg** ontwikkeld over hoe het omgaan met klachten in het kader van de Wet Klachtbehandeling Cliënten Zorgsector (WK CZ).

---

88 Klachtenbehandeling: de persoon of instantie aan wie de klacht wordt voorgelegd, spreekt zich uit, hetzij in de vorm van een (gezaghebbend) advies, hetzij in de vorm van een bindend oordeel (Legemaate, T.Gez.1997-98, 550).

In deze richtlijn krijgt het concept ‘bemiddeling’ een duidelijke omschrijving, en lijkt het overeen te stemmen met de bedoeling van de Belgische wetgever toen deze de bemiddelingsfunctie in de patiëntenrechtenwet opnam.

De richtlijn omschrijft bemiddeling als volgt:

“Bemiddeling is een functie binnen het geheel van de omgang met klachten waarbij een derde, onpartijdige persoon wordt ingezet. Deze spant zich in om een conflict of bestaande onvrede bij een klager jegens een zorgverlener of hulpverlenende instantie tot een oplossing te brengen. De bemiddelaar spreekt geen oordeel uit en is niet bevoegd om maatregelen jegens een van de betrokken partijen te nemen. Hij draagt ook geen verantwoordelijkheid voor de uitkomsten van de bemiddeling c.q. de oplossing van het conflict. Dit blijft de eigen verantwoordelijkheid van klager en aangeklaagde.

Bemiddeling is met name aangewezen als partijen streven naar herstel van het onderlinge vertrouwen, het oplossen van ongenoegen of het regelen van een probleem. Daarnaast is bemiddeling ook aan de orde wanneer de klager verheldering van zaken of een aanzet tot kwaliteitsverbetering wenst, de aangeklaagde bereid is daaraan mee te werken en zij dit willen doen onder begeleiding van een neutrale derde.”

De richtlijn vervolgt op pagina 70 met:

“Bemiddeling in de brede betekenis zoals hiervoor geschetst kan door verschillende personen en instanties worden gedaan. In de huidige praktijk van de zorgsector zijn steeds meer de klachtenfunctionaris of een apart hiervoor aangewezen klachtenbemiddelaar beschikbaar. Wat betreft de figuur van klachtenfunctionaris geldt dat deze daarbij soms de overstap maakt van ondersteuner/pleitbezorger van de ene partij (cliënt/klager) naar neutrale tussenpersoon. Dit stelt bijzondere eisen aan verheldering van de rol.

Daarnaast komt in de praktijk ook bemiddeling door een leidinggevende of een lid van een klachtencommissie voor. Bemiddeling door een persoon in een managementpositie bij de zorgaanbieder of beroepsorganisatie heeft niet de voorkeur omdat hierbij – het aanzien van – een onpartijdige opstelling moeilijker te waarborgen is.”

Indien voorgaande aspecten worden geprojecteerd op de Belgische situatie, dan constateert men dat bemiddelingsmodel in België niet wordt aangevuld met klachtenbehandeling. Deze klachtenbehandeling vindt plaats door zogenaamde “klachtencommissies”.

Hierbij is het interessant om te vermelden dat in Nederland in 1999 de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) grondig werd geëvalueerd en dat men tot de constatering kwam dat de klachtenbehandeling door klachtencommissie als te formeel en te weinig bevredigend werd ervaren. Klachtenbemiddeling bleek tot een grotere tevredenheid te leiden.

Men heeft aldus gestreefd naar een goed uitgebouwd complementair trechtersysteem, waarbij een brede invulling werd gegeven aan de verplichting een klachtenregeling te treffen en de klager naast
klachtenbehandeling ook klachtenopvang, klachtenbemiddeling en eigen interventies van de zorgverlener te bieden\textsuperscript{93}.

De eigen interventies of acties van de zorgverlener dienen niet gericht te zijn op het denken in oorzaak en gevolg, in goed en fout, maar op een professionele verantwoordelijkheid voor een effectieve omgang met klachten\textsuperscript{94}. Klachtenopvang wordt volgens de richtlijn gedefinieerd als de fase waarin de klager zijn klacht uit bij een andere persoon of instantie dan de aangeklaagde zelf. Hij is eventueel nog op zoek naar advies over hoe en waar hij zijn klacht het best kan aankaarten\textsuperscript{95}.

Uit de Nederlandse Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg\textsuperscript{96} blijkt dat men bij de passende afhandeling van de klacht een duidelijke differentiatie maakt naargelang de doelen van de klager. De doelen van de klager bepalen bijgevolg in grote mate de passende afhandeling van de klacht.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Doelen klager</th>
<th>Passende afhandeling van klacht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Onvrede en emoties serieus nemen</td>
<td>Zorgverlener, klachtenopvang of -bemiddeling</td>
</tr>
<tr>
<td>Zorgverlener geeft fout toe/biedt excuses aan</td>
<td>Zorgverlener, eventueel via klachtenopvang of -bemiddeling</td>
</tr>
<tr>
<td>Herstel relatie/zorg voor cliënt zelf</td>
<td>Zorgverlener, eventueel via IKG of klachtenfunctionaris</td>
</tr>
<tr>
<td>Gelijk krijgen van onpartijdige instantie</td>
<td>Klachtencommissie of tuchtcollege</td>
</tr>
<tr>
<td>Algemene kwaliteitsverbetering zien</td>
<td>Terugkoppeling actie na klacht door zorgaanbieder</td>
</tr>
<tr>
<td>Schadevergoeding</td>
<td>Aansprakelijkstelling (directie en/of schadeverzekeraar) of rechter.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In de Belgische patiëntenrechtenwet is aldus enkel in ‘klachtenbemiddeling’\textsuperscript{97} voorzien en er ontbreekt bijkomende differentiatie (en garantie?) op niveau van de soorten van klachtenafhandeling, waardoor er onduidelijkheid bestaat over de draagwijde van de interventies van de ombudsfuncties. Daarenboven zijn er ook andere instanties die buiten het kader van de patiëntenrechtenwet klachtenbemiddelende en klachtenbehandelende interventies stellen bij de door patiënten geformuleerde klachten....

Zo is één van de knelpunten (binnen huidig bemiddelingsmodel) de problematiek van medische fouten en het verzoek tot schadevergoeding. In het Belgisch systeem is het niet erg duidelijk hoe deze problematiek integreerbaar is in de klachtenbemiddeling zoals voorzien door de patiëntenrechtenwet.

Medische fouten kunnen ondergebracht worden onder artikel 5 van de patiëntenrechtenwet. Het is echter niet duidelijk of het wenselijk is om dit aspect te doen ressorteren onder het klachtrecht. Met andere woorden: wat is de mogelijke meerwaarde van klachtenbemiddeling ten opzichte van het aansprakelijkheidsvraagstuk?

Er blijven immers heel wat onduidelijkheden over de bescherming en de confidentialiteit van de stukken die in de klachtenprocedure werden opgesteld. Immers er is wettelijk niet gewaarborgd dat vrijgegeven informatie later niet tegen de aanklaagde beroepsbeoefenaars kan worden gebruikt.

\textsuperscript{93} Pagina 18 van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, 2004-2005.
\textsuperscript{94} Pagina 42 van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, 2004-2005
\textsuperscript{95} Pagina 57 van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, 2004-2005
\textsuperscript{96} Pagina 18 van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, 2004-2005
\textsuperscript{97} In de voorbereidingen van de patiëntenrechtenwet is echter wel gesproken of geëchoonneerde klachtenregelingen ( zie onder meer H. Brouns in T. Ges. 1997-1998, pagina 445, en pagina 550 ev; en het wetsvoorstel tot aanvulling, wat het klachtrecht betreft, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, Gedr.St, kamer 1997-98, nr.1280-2.)
Quid indien een arts vrijwillig meewerkt aan een bemiddeling en informatie verstrekt aan de bemiddelaar dat vervolgens in beslag wordt genomen om te gebruiken in een gerechtelijke aansprakelijkheidsprocedure? Het antwoord is tot op heden onduidelijk.

Daarenboven loopt de aangeklaagde beroepsbeoefenaar ook risico’s ten opzichte van zijn verzekeraar, en kan een klachtenprocedure mogelijk ingaan tegen het recht van verdediging. Na een klachtenprocedure kan er daarenboven nog steeds een gerechtelijke procedure gestart worden, en dan speelt de schorsende werking (en de termijn waarbinnen een klacht moet worden afgehandeld) ook een belangrijke rol.

Indien men het huidig bemiddelingskader evenwel toch wil (blijven) openstellen voor (harde) klachten met een (financiële) vergoeding tot doel, dan kan dit niet plaatsvinden zonder de introductie van een aantal wettelijke (en/of contractuele) garanties. Deze vorm van bemiddeling krijgt dan wel meer het uiterlijk van formele “médiation”.

Omwille van voorgaande rechtsonzekerheden en uit de beperkte ervaring van de Nederlandstalig ombudspersoon blijkt dat de bemiddeling niet het ideale forum is om tussen te komen bij medische fouten of, in algemeen, bij “harde” klachten die gericht zijn op een (financiële) vergoeding.

Het huidige bemiddelingsmodel in de patiëntenrechtenwet schept verwarring op het niveau van inhoudelijke competenties van de ombudspersoon, en op het niveau van de aard, de gevolgen en procedurele garanties van diens optreden.

Als Nederlandstalig ombudspersoon ben ik dan ook van mening dat differentiatie dient plaats te vinden op het gebied van de soorten van klachtenafhandelingen met eigen procedurele garanties (klachtenbemiddeling (mediation), klachtenbehandeling, klachtenopvang, tuchtcolleges, verzekeraars, rechter,...) = duidelijke differentiatie naargelang de aard van de klachtenafhandeling.

Verder dient onderzocht te worden of voorgaande differentiatie binnen een geëchelonneerde klachtenafhandeling dient uitgebouwd te worden = differentiatie naargelang het niveau (en de aard) van de klachtenafhandeling.

Tot slot dient men te bestuderen tot op welk niveau klachtenafhandeling als een trechter fungeert, of als een bindend beslissingsnemende instantie = differentiatie naargelang het bindend karakter van de klachtenafhandeling.

---

98 Verder dient onderzocht te worden in hoeverre de bemiddeling in de zin van de patiëntenrechtenwet kan “samenvallen” met het recent gewijzigd gerechtelijk wetboek in verband met bemiddeling.
100 Genoemde differentiatie kan uitgebouwd worden volgens de aard van het verzoek van de klager. Deze doelen worden veelal ook bepaald door de aard van de klacht (harde of zachte klachten), ofschoon dit niet noodzakelijk het geval hoeft te zijn.
In dit gedeelte heb ik aldus een breder (complementair) kader willen aanbevelen waarbinnen de ‘bemiddeling’ gesitueerd kan worden, en waarbij domeinafblkening met procedurele garanties naargelang het doel van de klager de rode draad vormt.

C. Garanties voor een goede klachtenbemiddeling.

Aangezien we in het Belgisch systeem kunnen spreken van klachtenbemiddeling in de zin van het tussenkomen van een onafhankelijke derde met het oog op het bereiken van een oplossing zonder dat een (bindend) oordeel wordt uitgesproken over de klacht, moeten er aldus voldoende kwalitatieve garanties worden ingebouwd om een tot een effectieve bemiddeling over te gaan.

Uit de cijfers in het voorgaand gedeelte blijkt dat patiënten regelmatig de problematiek van de onafhankelijkheid opwerpen. Zij doen dit zelfs vooraleer zij überhaupt contact hebben gehad met de plaatselijke ombudspersoon.

Het valt te onderzoeken of een geëchelonneerde klachtenopvang een tegemoetkoming zou kunnen betekenen voor de problematiek van de onafhankelijkheid of, anders gesteld, voor de problematiek van de drempelvrees voor patiënten om beroep te doen op een ombudspersoon die deel uitmaakt van de organisatie waarbinnen de klacht zich situeert.

In ieder geval dienen er, ook in een geëchelonneerde benadering, voldoende garanties te worden ingebouwd opdat de klachtenbemiddeling onafhankelijk kan plaatsvinden.

Uit de praktijk van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen een aantal aanbevelingen te formuleren zowel voor de plaatselijke ombudspersonen als voor de eigen praktijk, die genoemde garanties zouden kunnen bevorderen.

- Basisprincipes zoals onafhankelijkheid, vertrouwelijkheid en neutraliteit.

- Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”.

Elke nieuwe ombudsdienst heeft behoefte om zichzelf inhoudelijk en procedureel te situeren naast andere ombudsfuncties in het “ombudslandschap”, dit geldt ook voor de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”.

Wat dit betreft is het interessant om eens te kijken naar andere regionale of federale ombudsfuncties, en in het bijzonder naar de Vlaamse Ombudsman en het College van Federale Ombudsmannen. De Vlaamse ombudsman is benoemd door het Vlaams Parlement en het Artikel 8 van het ombudsdecreet is zeer duidelijk over diens onafhankelijkheid: “Binnen de grenzen van zijn bevoegdheid is de Vlaamse ombudsman volledig onafhankelijk en neutraal en kan hij van geen enkele overheid instructies of bevelen ontvangen.”

Indien we dan vervolgens kijken naar de Nederlandstalig ombudspersoon, dan moeten we constateren dat de Federale Ombudsdienst “rechten van de patiënt” is opgericht in de schoot van de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” en als contractueel is ingeschakeld in de FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu. Dit heeft tot gevolg dat niet dezelfde graad van institutionele onafhankelijkheid wordt bereikt als sommige andere ombudsinstanties.

De van toepassing zijnde wetgeving voorziet echter wel in enkele ‘onafhankelijkheidsgaranties’. Zo wordt onder meer bepaald dat de ombudspersoon niet gesanctioneerd kan worden wegens daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van zijn opdracht stelt.

De problematiek van institutionele onafhankelijkheid blijkt ook bij andere ombudsinstanties voor te komen. Om echter meer te reflecteren over het basisfunctioneren van bepaalde ombudsfuncties, en om tevens de werking van de diverse instanties op elkaar af te stemmen, kan verwezen worden naar POOL/CPMO.

POOL staat voor “Permanent Overleg Ombudslieden” en CPMO voor “Concertation Permanente des Médiateurs et Ombudsmans”. In een gezamenlijk memorandum hebben die verschillende ombudslieden over de werkingsprincipes van de ombudsfunctie het volgende gesteld:

“Tijdens het debat hebben de deelnemers in de eerste plaats de groeiende verschijning in ons land vastgesteld van ombudsman (NL) en médiateur (F). Die worden geïnstalleerd op het niveau van de openbare diensten in de brede betekenis, van professionele groepen en van privé-ondermeneringen. De deelnemers wezen erop dat deze laatste veeleer het karakter hebben van dienstverlening aan het cliënteel, zonder onderscheid met het bedrijf zelf. De statuten van de ombudslieden zijn thans zeer verschillend. Zonder een volledige inventaris op te stellen, hebben de deelnemers toch een aantal fundamentele beginselen aangeduid, die de ombudsfunctie moeten beheersen. De ombudsman staat per definitie ten dienst van het publiek en treedt op als beroepsinstantie, wanneer een eerste contact fout is gelopen. Hij moet in volle onafhankelijkheid werken en over de nodige middelen beschikken. Daartoe behoren onder meer een reële onderzoeksbevoegdheid en de mogelijkheid om aanbevelingen te formuleren, die bedoeld zijn om de herhaling van vastgestelde gebreken te voorkomen. De ombudsman is gebonden door een volledig beroepsgemeenschap. Hij onderzoekt in volle objectiviteit, werkt op grond van wettelijke teksten of reglementen, maar vindt tevens inspiratie in het beginsel van de billijkheid en zoekt naar praktische oplossingen. In deze zin is hij drager van hervormingen vanuit zijn ervaring. Ten slotte stelt de ombudsman periodiek een activiteitenverslag op, dat toegankelijk is voor het publiek. Het uiteindelijke doel van de functie van ombudsman is de verbetering van de werking van de instellingen en groepen, waaraan ze verbonden zijn, met naleving van de rechten van het individu.”

De leden van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” hebben in oktober 2004 een eerste vergadering van POOL bijgewoond, en hebben zich geëngageerd om zich geleidelijk aan te conformeren met het huishoudelijk reglement van deze vereniging.

---

102 Dit heeft tevens zijn repercussies op het gebied van de inschaling van de functie binnen de niveaus van een Federale Overheidsdienst.
103 1 APRIL 2003. - Koninklijk besluit tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie «Rechten van de Patiënt» ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.
104 Artikel 8 - 1 APRIL 2003. - Koninklijk besluit tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie «Rechten van de <Patiënt>» ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.
105 Jaarverslag 2000, Vlaamse Ombudsdienst, pagina 12
Los van de problematiek van institutionele onafhankelijkheid (en autonomie ten opzichte van het bestuur) streeft de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" naar de volgende basisprincipes:

- Onafhankelijkheid.
- Meerzijdige partijdigheid.
- Inhoudelijke neutraliteit.
- Vertrouwelijkheid en beslotenheid
- Vrijwilligheid en vrijblijvendheid
- Procesdirectiviteit.
- Deskundigheid
- Laagdrempeligheid
- Vlotte toegankelijkheid
- Bemiddelingsbevoegdheid (geen klachtenbehandeling)
- Aanbevelingsbevoegdheden
- Transparantie
- Kosteloosheid

De Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", en in het bijzonder de Nederlandstalige ombudspersoon, zal in samenwerking met de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" stelselmatic de optimale randvoorwaarden moeten creëren willen alle basisprincipes gerespecteerd worden. Een bijzonder aandachtspunt hierbij is de problematiek van de institutionele onafhankelijkheid.

---

- Plaatselijke ombudspersonen: onafhankelijkheid en juridische inbedding?
Na een analyse ivm de onafhankelijkheid van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", volgt ook een korte analyse ivm de onafhankelijkheid van de plaatselijke of lokale ombudspersonen.

Er is immers reeds gesproken over de problematiek van de drempelvrees voor patiënten om beroep te doen op een ombudspersoon die deel uitmaakt van de organisatie waarbinnen de klacht zich situeert.

In de aanloop tot de patiëntenrechtenwet is dit ook meermaals ter sprake gebracht. Ook in twee interessante onderzoeksprojecten kwam deze problematiek uitgebreid aan bod.

Het is niet de bedoeling om in het kader van dit jaarverslag deze problematiek uitgebreid te behandelen. Er is genoeg literatuur die de verschillende visies weerspiegelt. Het is echter wel de bedoeling om de knelpunten weer te geven waarmee de Nederlandstalig ombudspersoon geconfronteerd werd bij de behandeling van diens dossiers.

---

De wetgever formuleert de eis van onafhankelijkheid in artikel 3 van het Koninklijk Besluit ivm de ombudsfuncties in de ziekenhuizen en ondersteunt deze onafhankelijkheid met de omschrijving in het laatste lid: “Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van zijn opdracht, kan hij niet worden gesanctioneerd wegens daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van die opdracht stelt”.

Verder wordt er in het vierde artikel tevens gesproken over de voorwaarde dat het ziekenhuis zorg dient te dragen voor het feit dat de ombudspersoon ongehinderd in contact moet kunnen treden met alle bij de klacht betrokken personen… Daarnaast dient de infrastructuur van die aard te zijn dat de nodige administratieve en technische middelen beschikbaar zijn opdat de ombudsfunctie zijn taak kan vervullen.

Voorgaand wettelijk kader belet niet dat het streven naar onafhankelijkheid een belangrijk aandachtpunt moet zijn in het werkveld van de bemiddelaar, en dat zich wat dit betreft een paar belangrijke knelpunten voordoen.

Een knelpoint is het feit dat verschillende ombudsfuncties hun klacht inhoudelijk en nominatief dienen te rapporteren aan hun hiërarchisch verantwoordelijke. Dit blijkt uit bepaalde huishoudelijke reglementen, en uit de (antwoord)correspondentie aan patiënten.

Hier stelt zich niet enkel het probleem van onafhankelijkheid, aangezien het gevaar voor het ‘ontvangen’ van (eenzijdige) instructies hierdoor niet ondenkbeeldig is, maar er kunnen zich ook problemen voordienen ivm de vertrouwelijkheid van een bepaald dossier.

Daarenboven melden patiënten dat ze het soms vreemd vinden dat een ombudsfunctie tekent in naam van het ziekenhuis (of in de zin van “wij” vinden dat…), of dat de ombudsfunctie tekent samen de hiërarchisch verantwoordelijke.

Wat betreft de problematiek van vertrouwelijkheid en (daarmee samenhangend) het beroepsgeheim, voorziet de wetgever uitdrukkelijk in een wettelijke toepasbaarheid van de principes van het beroepsgeheim op de ombudspersoon. Dit heeft tot gevolg dat gehandeld dient te worden in het licht van de principes van het wettelijk en strafrechtelijk gesanctioneerd beroepsgeheim (artikel 458 Sw).

In de communicatie ivm deze problematiek van directe rapportage van klachten aan hiërarchisch verantwoordelijken wordt als rechtvaardiging van deze rapportage soms ten onrechte gedaan op de principes van het gedeeld beroepsgeheim.

Als Nederlandstalig Ombudspersoon durf ik aan te bevelen dat in de praktijk van de lokale bemiddeling gereflecteerd dient te worden over de juiste omschrijving van het gedeeld beroepsgeheim.

---

107 8 JULI 2003. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de <ombudsfunctie> in de ziekenhuizen moet voldoen.
Wat dit betreft kan dan ook verwezen worden naar een recent artikel van T. Balthazar, waarin de principes van het gedeeld beroepsgeheim duidelijk worden afgeleid.

Beroepsbeoefenaars kunnen aan elkaar gezondheidsgegevens van een patiënt meedelen met het oog op de continuïteit in de zorgverlening. Wat moet verstrekt worden zijn alle inlichtingen **die nuttig of noodzakelijk** zijn voor het vervolledigen van de diagnose of de voortzetting van de behandeling. Verder dient de gegevensuitwisseling met de **uitdrukkelijke of stilzwijgende toestemming** van de geheimgerechtigde plaatsvinden of minstens plaatsvinden in diens **belang**. Tot slot dient de **ontvanger** van de gegevens moet ook vallen onder het strafrechtelijk gesanctioneerd beroepsgeheim, zijnde artikel 458 SW.

Daarom kan het doorgeven van gegevens in de gezondheidszorg ook beschouwd worden als een verwerking van persoonsgegevens in de zin van de wet verwerking Persoonsgegevens, en dienen deze bepalingen nageleefd te worden.

De geheimhouding wordt alleen opgeheven als een wettelijke verplichting daartoe bestaat of als iemand ernstige schade kan oplopen door (dreigend) gevaar dat niet op een andere manier is af te weren.

Voorgaande vaststellingen verhinderen aldus een automatische inhoudelijke rapportage van een ombudspersoon aan medische of algemene directies. Dit mag men echter niet verwarren met het formuleren van algemene en geanonimiseerde aanbevelingen opdat bepaalde klachtenpatronen in de toekomst niet meer zullen voorkomen.

In Nederlandse klachtenrichtlijn formuleert men het als volgt: **Leidinggevenden** – althans **via de klachteninstantie zelf** – in principe alleen informatie over de klachten en de afhandeling daarvan
die niet herleidbaar is tot personen\textsuperscript{112}. Eventuele uitzonderingen hierop worden expliciet omschreven.

Niet alleen de vertrouwelijkheid in het licht van het beroepsgeheim, maar de vertrouwelijkheid in relatie tot de aangeklaagde persoon (en aldus vanuit het klachtrecht zelf) komt in gedrang als klachten inhoudelijk en nominatief worden gerapporteerd aan medische en algemene directies.

Bemiddeling veronderstelt immers een neutrale en onpartijdige (of meerpartijdige houding) waarbij een oplossing van een conflict op een evenwichtige wijze dient plaats te vinden, en waarbij alle partijen kunnen vertrouwen op een confidentiële en gelijkwaardige behandeling van een klacht.

De problematiek van directe rapportage wordt onder meer veroorzaakt door het werknemersstatuut van de meeste ombudsfuncties en door het feit dat vele ombudspersonen deze functie combineren met een andere hiërarchisch ondergeschikte functie. Dit laatste heeft onder meer te maken met de financiering van het statuut, en met het feit dat bepaalde functies van oudsher reeds aan klachtenbehandeling deden.

Uit de cijferverwerking van 2004 blijkt dat van de 167 lokale ombudspersonen er 50 enkel de functie van ombudspersoon uitoefenen en 117 de functie combineren met een andere functie:

- 18 combineren de functie met een functie binnen een sociale dienst;
- 27 combineren de functie met een functie als kwaliteitscoördinator;
- 6 combineren de functie met een statfunctie of met een functie als afdelingsverantwoordelijke;
- 9 combineren de functie met de functie als directie (algemene, medische en verpleegkundige directie);
- 3 combineren de functie met de functie van juridisch adviseur;
- 4 combineren de functie met de functie als klinisch psycholoog;
- 2 combineren de functie met de functie als directiesecretariaat;
- De rest: diverse functies.

Zoals reeds werd gesteld, heeft het jaarverslag enkel tot doel de knelpunten zoals ervaren door de Nederlandstalig ombudspersoon aan te kaarten en als gevolg daarvan een aantal aanbevelingen te formuleren.

Er dient ongetwijfeld een bijkomend wetenschappelijk onderzoek plaats te vinden opdat een integraal beeld kan worden gecreëerd over de huidige praktijk van bemiddeling zoals voorzien door de patiëntenrechtenwet.

Volgens de wetgever en binnen de filosofie van de klachtenafhandeling dient elke bemiddeling gepaard te gaan met de naleving van een aantal fundamentele basisprincipes zoals het principe van onafhankelijkheid, neutraliteit en confidentialiteit.

\textsuperscript{112} Dit laat onverlet dat klager en aangeklaagde, bijvoorbeeld vanwege door hen gewenste bijstand, anderen informeren over de klacht. Echter, ook zij moeten daarbij de privacy van de andere partij en overige betrokkenen (bijvoorbeeld getuigen) respecteren.
Indien men vanuit het klachtrecht noodzakelijkerwijze en op uitzonderlijke basis moet afwijken van bepaalde basisprincipes, dan dient dit voorafgaandelijk en uitdrukkelijk aan alle partijen gecommuniceerd worden.

- Infrastructuur, mensen, middelen, bereikbaarheid en kenbaarheid.

Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt”.

Op het vlak van de bereikbaarheid en toegankelijkheid heeft de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" tot op heden met een aantal knelpunten te kampen gehad.

De Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" is gesitueerd in de FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu dat op niveau van de toegankelijkheid niet als laagdrempelig kan worden beschouwd. Patiënten hebben een beetje schrik om naar het Vesaliusgebouw te komen en de controle aan de ingang van het gebouw is weinig “patiëntvriendelijk”. Daarenboven ontbreekt het geschikte kader om de patiënten te “woord” te staan, en bijgevolg optimaal te ontvangen. Als een patiënt vraagt om op dezelfde dag van het telefonisch contact te mogen langs te komen, dan is dit niet echt mogelijk omwille van het ontbreken van een direct beschikbaar lokaal.

De twee ombudspersonen van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" zitten in een zelfde lokaal waardoor de ontvangst van patiënten in het bureau onmogelijk is, daarenboven kan het storend zijn als beide ombudspersonen met patiënten op hetzelfde moment aan het telefoneren zijn.

Vervolgens beschikken de ombudspersonen niet over een eigen printer, fax en antwoordapparaat. Voorgaande brengt soms het probleem van privacy met zich mee, en dit werkt tevens vertraging bij de afhandeling van dossiers.

Bepaalde infrastructuurproblemen zouden op uitdrukkelijk verzoek worden weggewerkt na de verhuizing naar Eurostation II in de maand maart 2005.

De Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" bestaat uit twee ombudspersonen en wordt ondersteund door een secretariaat. Dit secretariaat verzorgt de verslagen en de verzending van de uitnodigingen van de diverse werkgroepen en Federale Commissie Rechten van de Patiënt. In de praktijk kan deze ondersteuning worden vertaald in ongeveer 4 werkuren per week.

Er is geen secretariële ondersteuning op het vlak van de eigen werkzaamheden van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", noch omtrent de inhoudelijke uitwerking van de projecten binnen de Commissie en diens werkgroepen. Dit zal in de toekomst toch noodzakelijk worden, indien de werkbelasting van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" zal stijgen.

Wat betreft de consulteerbaarheid van de Federale Ombudsdienst op de website van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu, werden een reeks problemen geformuleerd
betreffende het ontbreken van de coördinaten op de juiste plaatsen. Wat betreft dit laatste werden meermaals aanbevelingen geformuleerd, maar de concrete uitwerking zal pas plaatsvinden bij de oprichting van de nieuwe portailsite, vermoedelijk in de maand mei 2005.

- **Lokale ombudspersonen.**

Ook lokale of plaatselijke ombudspersonen blijken niet altijd makkelijk consulteerbaar of vindbaar te zijn. In bepaalde ziekenhuizen is de ombudspersoon vanuit de inkomhal duidelijk situëerbaar, terwijl in andere ziekenhuizen de ombudspersoon door het onthaalpersoneel zelfs niet altijd gekend is.

Een en het ander is onder meer het gevolg van het feit dat de functie pas sedert november 2003 verplicht is, maar dit komt ook doordat bepaalde ziekenhuizen niet allemaal dezelfde waarde hechten aan de rol (en bijgevolg) kenbaarheid van de ombudsfunctie. Wat betreft dit laatste valt wel een ontwikkeling in de positieve richting te constateren.

Bij een studie van de websites van de Vlaamse ziekenhuizen constateert men ook een enorme diversiteit in de “zichtbaarheid” van de ombudsfunctie in de ziekenhuizen. Op bepaalde sites wordt uitvoerig aandacht besteed aan de ombudsfunctie, terwijl op andere sites niets vermeld staat.

---

**Ombudsfuncties moeten op een toegankelijke wijze zichtbaar zijn binnen elke organisatie. Deze zichtbaarheid dient vertaald te worden binnen alle communicatiekanalen van een bepaalde voorziening, en dienen geïnspireerd te zijn door een laagdrempelig karakter.**

---

### 2.7. Varia

#### 2.7.1. Informatie over patiëntenrechten in het algemeen.

Uit de dossiers van de Nederlandstalig ombudspersoon blijkt dat er nog altijd onvoldoende kennis bestaat over de patiëntenrechtenwet. Dit probleem stelt zich zowel bij de beroepsbeoefenaars als bij patiënten en diens omgeving.

Doordat beroepsbeoefenaars vaak onvoldoende op de hoogte zijn van de bepalingen van de patiëntenrechtenwet, worden immers ook patiënten onvoldoende geïnformeerd over hun rechten.

---

**Volgende Websites werden (onder meer) bezocht:**

- www.gvagroup.be
- www.azsinblasis.be
- www.azstjozef-turnhout.be
- www.azstdimopna.be
- www.azherentals.be
- www.azbrugge.be
- www.azstjozef.be
- www.stlucas.be
- www.azvesalius.be
- www.azvesalius.be/azwaasland/HAM
- www.azwaasland/SNIK/azstjozef.be/sint-maarten
- www.azgroeninge.be
- www.hhartteien.be
- www.janpalfijn.be
- www.azianportaels.be
- www.yperman.net
- www.azpzenen.be
- www.mottebohm.be
- www.ezs.zvl.org/intro.html
- www.tenkerselaere.be
- www.azvzwgo.be
- www.kliniek-familie.be
- www.mica.be
- www.monica.be
- www.msvra.be
- www.sintjozef imprisonem
- www.sint-camillus.be
- www.azolvoorades.be
- www.kliniekdepelgrim.be
- www.opzoei.be
- www.opzrekem.be
- www.fracarita.org/alexboechout
- www.pccaratlas.zvl.org
- www.quisiani.be
- www.pzsmaria.be
- www.dedeo.be
- www.fracarita.org/nl/europa/belgie/pcziekeren.html
- www.hhartieper.be
- www.brugge.be/sooqids
- www.pz-duffel.be
- www.ogopa.be
- www.sint-franciscus.be
- www.fracarita.org
- www.azp-stfucia.be
- www.zna.be
- www.pcsleidinge.be
- www.alexianentienen.be
- www.fracarita.be
- www.yperman.net
- www.sint-trudo.be
- www.hofferschelde.be
- www.ocmwgenk.be/heidestu
- www.sintandriestielt.be
- www.azgroeninge.be
- www.kliniekdepelgrim.be
- www.ocmwvorken.be/stadkliniek
- www.uzleuven.be/uza
- www.uzgent.be
- www.zmk.be

---

113 Volgende Websites werden (onder meer) bezocht:
Doordat patiënten en beroepsbeoefenaars nog altijd onvoldoende op de hoogte zijn van de patiëntenrechtenwet, wordt aanbevolen om een tweede sensibiliseringscampagne ivm de patiëntenrechtenwet in te richten.

Deze incidentele ‘top-down’ benadering dient echter aangevuld te worden met een langere termijn visie op gebied van patiëntvoorlichting en communicatie tussen patiënten en beroepsbeoefenaars, en bijgevolg ook op het gebied van communicatie over patiëntrechten.

2.7.2. Welk aanspreekpunt? Welk alternatief?

In de praktijk van de Nederlandstalig ombudspersoon blijkt dat patiënten soms veel instanties hebben geraadpleegd om hun klacht bespreekbaar te maken, en finaal alsnog tegen de “muur” lopen...

Zo zijn er verschillende dossiers waarbij men de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” beschouwt als zijnde de ombudsdienst voor alle problemen inzake de gezondheidszorg, en in bepaalde gevallen is het soms zeer moeilijk om een juist aanspreekpunt te vinden.

In bepaalde brieven constateer je tevens dat patiënten hun klacht gelijktijdig versturen naar verschillende instanties zoals de Vlaamse ombudsman, het College van Federale Ombudsmannen, de inspecties van de Federale en Vlaamse administraties, diverse Commissies of Raden, naar de bevoegde ministers e.a.. Dit heeft tot gevolg dat de instanties elkanders werking (en finaliteit) dienen te kennen om de klacht gericht te kunnen doorverwijzen.

Een ander probleem is de problematiek van het formuleren van alternatieven indien de lokale of federale bemiddeling faalt. Uit de samenwerking met de lokale ombudspersonen volgt dat dit geen eenvoudige opdracht blijkt te zijn, en dat dit voldoende kennis vraagt over de bestaande structuren of instanties.

Met het oog op een gerichte begeleiding en doorverwijzing van betrokkenen bij een klacht binnen het domein van de gezondheids- en welzijnszorg, is een actuele sociale klachtenkaart onmisbaar.

Er wordt dan ook aanbevolen om werk te maken van een gedetailleerde en zakelijke opsomming van voorzieningen en instanties die trachten bij te dragen tot afwikkeling van klachten van cliënten, patiënten en bewoners binnen de welzijns- en gezondheidszorg.

---

2.7.3. **Tandartsen.**

Zowel de Nederlandstalig ombudspersoon als de Franstalige ombudspersoon hebben in vergelijking met andere beroepsbeoefenaars redelijk wat klachten ivm tandartsen.

Deze klachten situeren zich vooral op het gebied van **vermeende medische fouten** en het gebrek aan informatie ivm de **financiële consequenties** van een bepaalde behandeling.

Het rendement van de bemiddeling in deze dossiers ligt in het algemeen vrij laag. Dit heeft vermoedelijk te maken met de problematiek van bemiddeling bij medische fouten in het algemeen. In bepaalde dossiers is zelfs tot minnelijke medische expertise besloten, maar dit blijkt een zeer moeizaam proces te zijn.

Verder klagen patiënten over het feit dat er weinig instanties zijn waarop men een beroep kan doen indien er een probleem is met een tandarts (bvb. ontbreken van een Orde)

Voor een bijkomende (meer uitgebreide) analyse verwijst ik naar de gegevens van de Franstalige Ombudspersoon.

2.7.4. **Kosten van de zorgverlening en psychosociale ondersteuning van (kanker)patiënten?**

Uit het jaarverslag van de Vlaamse Liga tegen Kanker blijkt dat voor de psychosociale ondersteuning van patiënten met kanker onvoldoende middelen ter beschikking werden gesteld voor de financiering van de psychosociale ondersteuningsteam. Hierdoor zou de nood aan informatie, opvang en steun van vele kankerpatiënten niet worden gelenigd.

In de dossiers van de Nederlandstalig ombudspersoon blijkt dat patiënten met kanker vooral kampen met **grote financiële lasten**, en dat er een enorme administratieve ‘molen’ in het werk moet worden gezet om een zeer klein financieel rendement te realiseren (bv. Het kankerfonds) De problematiek van psychosociale opvang wordt echter niet als voornaamste probleem aangehaald.

In verschillende klachtendossiers blijkt echter dat psychosociale ondersteuning een belangrijke behoefte is van alle patiëntengroepen, en dit ongeacht de aard van de pathologie.

**In de ziekenhuizen zou een wettelijk gefinancierd kader moeten bestaan voor psychosociale ondersteuningsteams (sociaal verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen) voor alle patiëntengroepen.**

Voor wat betreft patiënten met kanker moet bijkomend gereflecteerd worden over **administratieve vereenvoudigingen** bij de aanvragen tot financiële tegemoetkomingen.

---

115 Zie wat dat betreft de analyse van het aantal patiëntencontacten ivm betreffende beroepscategorie (zie supra voor de officiële cijfers van 2001: vergelijking tussen huisartsen - specialisten - tandartsen)
II. MOEILIJKHEDEN IVM DE UITOEVENING VAN DE OMBUDSFUNCTIE EN DE AANBEVELINGEN OM HIERAAN TEGEMOET TE KOMEN.

In voorgaande hoofdstukken werden reeds de moeilijkheden opgesomd ivm de uitoefening van de ombudsfunctie in de schoot van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt".

Bij wijze van een samenvattend overzicht kan men stellen dat de moeilijkheden zich situeren op het niveau van de juridische inbedding van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", en bijgevolg op het gebied van institutionele onafhankelijkheid en autonomie.

Voorgaande inbedding heeft eveneens tot gevolg dat de functie werd ingeschaald in een federaal classificatieniveau dat niet overeenstemt met vergelijkbare functies, en bijgevolg niet is afgestemd op de inhoudelijke verantwoordelijkheid en vereiste expertise op het niveau van de bemiddeling.

Verder werd reeds aangehaald dat er een aantal knelpunten bestaan ivm de toegankelijkheid van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", en dat op het gebied van de beschikbare materiële en personele middelen eveneens verbeteringen noodzakelijk zijn.

Aangaande het model van bemiddeling werden moeilijkheden vernoemd in verband met de bemiddeling inzake medische fouten, maar ook in verband met de concrete situering van de bemiddeling in het landschap van de klachtenafhandeling in België.

Daarenboven heerst er een algemene hardnekkige (verkeerde) mening dat de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" een inhoudelijke beroepsinstantie is. De Ombudsdienst is door de wetgever opgevat als "residuaire ombudsfunctie", en is in essentie aldus enkel belast met klachten waarvoor geen lokale ombudsfunctie in het leven is geroepen.

Er worden wel klachten behandeld over de werking van een ombudsfunctie. Een taak die principeel toebehoor aan de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt", maar die omwille van praktische redenen (tot op heden) werd uitgeoefend door de Federale Ombudsdienst.

In de toekomst dient dan ook meer duidelijkheid gecreëerd te worden over hoe de klachtenbehandeling omtrent de werking van de ombudsfuncties kan plaatsvinden, en op welke wijze de Federale Ombudsdienst hierin betrokken kan worden.

Wat betreft het voorwerp van de klachtenbemiddeling werd reeds verwezen naar de moeilijkheden ivm de toepassing van het klachtrecht op domeinen die binnen de bevoegdheid van de gemeenschappen liggen.

Verder ligt in de lijn van de verwachtingen dat voorlopig geen voldoende middelen kunnen worden vrijgemaakt om op regionaal niveau ombudsfuncties te introduceren waardoor de residuaire taak van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" overbodig zou worden. Uit de cijfers van de Federale Ombudsdienst blijkt tevens dat het aantal dossiers binnen deze residuaire functie beheersbaar is.
Een groot deel van de dossiers bestaat echter uit een (inhoudelijke en formele) terugkoppeling naar het lokale bemiddelingsniveau, waardoor een kritische bevraging moet plaatsvinden inzake de ‘residuaire core business’.

Samen (en samenhangend) met de hiervoor genoemde kritische bevraging, dient tevens gereflecteerd te worden over de juridische en administratieve inbedding van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt".
DEEL 8. SAMENVATTEND OVERZICHT.
Deel 8 SAMENVATTEND OVERZICHT.

I.ALGEMEEN.

In deel 1 t/m 7 van het jaarverslag 2004 van de Nederlandstalig ombudspersoon in de schoot van de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” werd een gedetailleerd overzicht gegeven van diens bevoegdheden, werkzaamheden en aanbevelingen.

Onderhavig gedeelte tracht een samenvattend overzicht te geven van de voornaamste gegevens uit de eerste 7 delen van dit jaarverslag. Dit overzicht geeft echter geen samenvatting van de beleidswerkzaamheden van Nederlandstalig ombudspersoon.

Het eerste gedeelte is dan ook besteed aan een beknopte cijfermatige analyse van de dossiers van de Nederlandstalig ombudspersoon, en het tweede gedeelte geeft een kort samenvattend overzicht van de aanbevelingen zoals die tot uiting kwamen in de concrete behandeling van de dossiers.

II.BEKNOpte CIJFERMATIGE ANALYSE.

1. Klachtendossiers en informatiedossiers.

Binnen het takenpakket van de Federale Ombudsdienst onderscheidt men twee grote hoofdcategorieën, namelijk klachtendossiers en informatiedossiers.

Het luik “informatiedossiers” omvat het geheel van adviezen inzake de patiëntenrechtenwet op vraag van patiënten, familieleden, beroepsbeoefenaars, instanties en ombudspersonen. De grote hoeveelheid van telefonische contacten worden hierbij echter buitenbeschouwing gelaten en worden tevens niet geregistreerd.

Onder deze informatiedossiers valt ook de opdracht om vragen en klachten te voorkomen door de communicatie tussen beroepsbeoefenaars en patiënten te bevorderen. Immers een deel van de patiënten vragen advies vooraleer sprake is van een echte klacht, maar er is dan eerder sprake van een beginnende onvrede.

Binnen het luik “klachtendossiers” is echter een opdeling geboden op diverse niveaus, namelijk de klachtendossiers waarvoor de Federale Ombudsdienst residuair bevoegd is; de dossiers waarbij de ombudsdienst een doorverwijzende rol bekleedt bij ontstentenis van diens bevoegdheid of indien bemiddeling faalt, en tot slot als een soort subcategorie van voorgaande categorie; de dossiers waarbij de ombudsdienst tussenkomt inzake de bemiddeling op lokaal niveau (bemiddeling bij de bemiddeling). Deze laatste dossiers hebben betrekking op klachten ivm de wijze van bemiddeling op lokaal niveau, maar ook op dossiers waarbij de Federale Ombudsdienst om diverse redenen bij de lokale klacht betrokken blijft.
2. Algemeen cijfermatig overzicht.

Doordat de Nederlandstalige ombudspersoon sedert 1 juni 2004 werkzaam is, werden eerst een reeks achterstallige dossiers bijgewerkt. De cijfers van de eerste 6 maanden van 2004 zijn aldus gecomprimeerd en wat betreft de gemiddelde doorlooptijd vertekend.

Rekeninghoudend met voorgaande nuancering voor wat betreft de cijfers van de eerste 6 maanden van het jaar 2004, werden langs Nederlandstalige kant 209 dossiers behandeld (145 klachtendossiers en 64 informatiedossiers).

De Nederlandstalige ombudspersoon ressorteert vervolgens 58 klachtendossiers (40%) onder de eigen of residuaire bevoegdheid (bemiddeling sensu stricto), 70 dossiers onder de noemer ‘doorverwijzing naar lokale ombudsfunctie’ (48%), en 17 dossiers onder de noemer ‘doorverwijzing naar andere instantie’ (12%).

Binnen de rubriek “doorverwezen naar lokale ombudsfunctie of andere instantie”, ressorteren 47 klachtendossiers onder de categorie “bemiddeling bij de bemiddeling”. Deze laatste dossiers hebben onder meer betrekking op klachten ivm de wijze van bemiddeling op lokaal niveau, maar ook op dossiers waarbij de Nederlandstalig ombudspersoon om diverse redenen bij de klacht betrokken blijft.

Indien men deze 47 dossiers optelt bij de dossiers die onder de eigen bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen, dan heeft de Nederlandstalig ombudspersoon in 105 dossiers actief bemiddeld.

Bij wijze van overzicht, kan volgend schema dienen:

**Totaal aantal dossiers: 209**

- **Informatiedossiers: 64**
- **Klachtendossiers: 145**
  - 58 (40%) ressorterend onder “residuaire of eigen bevoegdheid”; “Bemiddeling sensu stricto”.
  - 70 (48%) ressorterend onder “doorverwezen naar lokale ombudspersonen”. Waarvan;
    - 44 (63%) bemiddeling bij de bemiddeling
    - 26 (37%) doorverwijzing naar lokale ombudspersonen zonder bijkomende interventies
  - 17 (12%) ressorterend onder “doorverwezen naar andere instanties”. Waarvan;
    - 3 (18%) bemiddeling bij de bemiddeling
    - 14 (82%) doorverwijzing zonder bijkomende interventies
3. Verdere inhoudelijke detaliëring van het cijfermatig overzicht.

3.1. Informatiedossiers (64)

De 64 dossiers waarbij informatie en advies werd verstrekt omvat de zogenaamde ‘omstandige’ adviezen en zijn niet verbonden aan een klacht. Het gaat hier niet over de korte, vaak telefonische, adviesvragen. Deze korte en frequente contacten vragen echter wel veel tijd (min 1,5 uur / dag), en zijn soms wel verbonden aan een beginnende onvrede.

In de regel zijn de informatievragen gerelateerd aan de patiëntenrechtenwet, maar soms “sluipen” ook andere vraagstukken in het uiteindelijk geformuleerd advies (regeling homeopathie en niet-conventionele praktijken, regeling chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), verjaringsproblematiek van prestaties, arbeidsreglementering, ea)

3.2. Klachtendossiers (145)

3.2.1. Het voorwerp van de klacht (wat en tav wie?)

Wat betreft het voorwerp van de klacht zijn alle dossiers ingedeeld bij het “geschonden” artikel van de Wet betreffende de rechten van de patiënt. Het klachtrecht is immers bij wet van toepassing op de in de patiëntenrechtenwet geregelde rechten.
Binnen elke klachtendossier kunnen verschillende klagers zijn betrokken. Toch wordt er slechts één klachtendossier geopend, aangezien het klachtrecht steeds bevestigd moet worden door de patiënt (of diens vertegenwoordiger)

Binnen elk klachtendossier kunnen daarenboven verschillende rechten worden aangehaald die de klager als geschonden ervaart. Als gevolg hiervan ligt het totaal aantal veronderstelde schendingen hoger dan de totaliteit van de klachtendossiers.

De aantallen geven enkel een weergave van de door de klager ingeroepen schendingen en zeggen bijgevolg niets over de gegrondheid van de klacht.

Indien we vervolgens kijken naar welke artikelen van de patiëntenrechtenwet het meest worden aangehaald, dan constateert men in de dossiers binnen de eigen bevoegdheid van de Nederlandstalige ombudspersoon en in de doorverwezen dossiers een zelfde tendens.

**Artikel 5 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt** (recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking) is het artikel dat het meest wordt aangehaald. Dit is onder meer verklaarbaar door het brede toepassingsgebied van dit artikel. Het artikel wordt in de totaliteit van de klachtendossiers 85 (52%) keer aangehaald, waarvan 35 (54%) keer in de dossiers die binnen de bevoegdheid van de Nederlandstalige ombudspersoon vallen.

Het merendeel van de klachten draait rond klachten ivm beroepshouding (en wijze van communicatie) van beroepsbeoefenaars en vermeende medische fouten. Klachten rond de beroepsattitude hebben veelal te maken met een gebrek aan patiëntgerichte communicatie.

**Artikel 8 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt**, en vooral §2 (het recht op geïnformeerde toestemming), wordt 27 (17 %) keer vernoemd, waarvan 10 (15%) keer in de dossiers die binnen de bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen.

Voorgaande getallen hebben betrekking op zogeheten “duidelijke” schendingen van het recht op informatie. Naast deze veronderstelde manifeste schendingen van het informed consent, klagen patiënten in het algemeen over een gebrek aan communicatie en informatie. Dit laatste heeft vaak een weerslag op de perceptie van de patiënten mbt de attitude van beroepsbeoefenaars. Beroepsbeoefenaars die weinig communicatievaardig zijn, creëren vaak de indruk van een gebrek aan betrokkenheid en empathie.

**Artikel 9 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt** wordt 16 (10%) keer aangelicht - 8 keer (12%) in de dossiers onder de eigen bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon-, en heeft veelal te maken met het recht op afschrift van het patiëntendossier.

**Artikel 11 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt** werd enkel aangeduid indien er klachten bestaan omtrent de bemiddeling van de lokale of plaatselijke ombudsfunctie.
In de totaliteit van de dossiers betreft het hier 16 (10%) dossiers, waarvan 5 (8%) dossiers onder de eigen bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon vallen. In de zin dat voor deze 5 dossiers uitdrukkelijk beroep gedaan werd op de “klachtenbehandelingsrol” van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt ivm de werking van (lokale) ombudspersonen (artikel 16, § 2, 5).

In het merendeel van de dossiers die echter nog niet op lokaal niveau behandeld werden, en bijgevolg naar de lokale bemiddelaar doorverwezen worden, formulieren patiënten eveneens bedenkingen omtrent een mogelijke onafhankelijke klachtenafhandeling op lokaal niveau.

De restcategorie “varia” omvat alle klachten die niet direct terug te brengen zijn tot de voorzien rechten in de patiëntenrechtenwet, en hebben veelal betrekking op financiële en organisatorische aspecten van gezondheidszorgvoorzieningen. In de huidige stand van dit rapport betreft het hier 41 klachten, waarvan 15 dossiers onder de eigen bevoegdheid vallen.117

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Artikel 5 (kwaliteit)</th>
<th>Artikel 8 (Informed consent)</th>
<th>Artikel 9 (patiëntendossier)</th>
<th>Artikel 11 (klachtrecht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alle dossiers</td>
<td>85 (52%)</td>
<td>27 (17%)</td>
<td>16 (10%)</td>
<td>16 (10%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Doorverwezen dossiers</td>
<td>50 (51%)</td>
<td>17 (17%)</td>
<td>8 (8%)</td>
<td>11 (11%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Residuaire dossiers</td>
<td>35 (54%)</td>
<td>10 (15%)</td>
<td>8 (12%)</td>
<td>5 (8%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Volgens de principes van de patiëntenrechtenwet kunnen de klachten vervolgens enkel betrekking hebben op een schending van bovengenoemde rechten door een beroepsbeoefenaar.

Het spreekt voor zich dat binnen de doorverwezen dossiers de specialist meer wordt aangehaald dan in de dossiers binnen de residuaire bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon. Specialisten situeren zich nu eenmaal meer in ziekenhuizen. Vice versa is het ook logisch dat alle dossiers ivm huisartsen onder de zogenaamde residuaire dossiers vallen. Bij tandartsen constateert men een vergelijkbare conclusie.

117 Deze aantallen werden niet in de percentageberekening opgenomen. Het overzicht van de percentages heeft enkel betrekking op veronderstelde schendingen van de patiëntenrechtenwet. Voor de procentuele verhouding van de groep “varia” in relatie tot de totaliteit van klachtenitems, wordt verwezen naar de detaillering in het jaarverslag van de Nederlandstalig ombudspersoon.
Het aandeel van ‘andere beroepsbeoefenaars (incl. adviserende geneesheren)’ is echter procentueel groter in de residuaire dossiers dan in de doorverwezen dossiers.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle klachtendossiers</th>
<th>Residuaire dossiers</th>
<th>Doorverwezen dossiers</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Specialisten</td>
<td>54 (48,2 %)</td>
<td>7 (15,6%)</td>
<td>47 (70,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Huisartsen</td>
<td>13 (11,6%)</td>
<td>13 (28,9%)</td>
<td>0 (0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tandartsen</td>
<td>11 (9,8%)</td>
<td>9 (19,9%)</td>
<td>2 (3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Verpleegkundigen</td>
<td>15 (13,4%)</td>
<td>3 (6,7%)</td>
<td>12 (17,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere beroepsbeoefenaars</td>
<td>19 (17%)</td>
<td>13 (28,9%)</td>
<td>6 (8,9%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.2.2. **Sector**

De eigen bemiddelingsdossiers situeren zich (logischerwijze) hoofdzakelijk binnen de eerste lijn, en bijgevolg vaak binnen de “ambulante sector” (privé-kabinetten van huisartsen, tandartsen, kinésitherapeuten...) Verder situeren zich een aantal klachten in RVT’s, in gevangenissen, in een hogeschool en universiteit, in een preventorium, en ea.

Van de 70 dossiers die naar een lokale ombudspersoon in de zin van de patiëntenrechtenwet werden doorverwezen, ressorteren 64 dossiers in algemene en universitaire ziekenhuizen, en 6 in psychiatrische centra (Psychiatrische ziekenhuizen, PVT’s ea)

3.2.3. **Wie formuleert een klacht, wat wenst de klager en wat is het resultaat?**

A. Wat is de wens van de klager?

De wens van de klager is (voorlopig) onderscheid in 5 categorieën. Ten eerste kan er sprake zijn van een verzoek tot “financieel akkoord” (1), waarin de klagende partij bijvoorbeeld een vergoeding vraagt voor de geleden schade. Het financieel akkoord kan ook betrekking hebben op de facturatie van prestaties in het algemeen. Ten tweede kan er een wens bestaan om te komen tot een ander soort van akkoord. Dit “ander akkoord” (2) slaat vooral op akkoorden van niet geldelijke aard, zoals bijvoorbeeld het verstrekken van vervangprothesen. Ten derde wenst soms de klager enkel “uitleg en informatie” (3) van de betrokken beroepsbeoefenaar. De bemiddeling is dan gericht op het verzamelen van informatie en/of het bevorderen van een relatie waardoor door volledige informatie de communicatie
hersteld wordt. Soms wenst men enkel (of vooral) “een luisterend oor” (4). Tot slot hanteert de Federale Ombudsdienst “Rechten van de Patiënt” de rubriek “uitdrukkelijke signalering”(5) van een probleem mo op statistische verwerking in het jaarverslag van de Federale Ombudsdienst. De voornaamste bedoeling van de klager is dat de signalering van zijn klacht zal kunnen bijdragen aan een wijziging van een beleid waarin men meer aandacht heeft voor de grond van de klacht.

Voorgaande aspecten kunnen mogelijks gecombineerd worden, maar bij de registratie van de klachten wordt gestreefd om de ‘hoofdwens’ onder te brengen bij slechts één categorie.

Bij de concrete analyse van de wens van de klager constateren we dat verhouding tussen een “financieel akkoord” versus een “ander akkoord” procentueel iets anders ligt bij de doorverwezen dossiers, dan in vergelijking tot de residuere dossiers..

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle klachtendossiers</th>
<th>Residuaire dossiers</th>
<th>Totaal doorverwezen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Financieel akkoord</td>
<td>42 (29,2%)</td>
<td>13 (22,4%)</td>
<td>29 (33,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ander akkoord</td>
<td>54 (37,5%)</td>
<td>27 (46,5%)</td>
<td>27 (31,4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Uitleg en informatie</td>
<td>21 (14,6%)</td>
<td>8 (13,8)</td>
<td>13 (15,1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Luisteren</td>
<td>13 (9%)</td>
<td>3 (5,2%)</td>
<td>10 (11,6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Signalering mo statistische verwerking</td>
<td>14 (9,7%)</td>
<td>7 (12,1%)</td>
<td>7 (8,2%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

B. Wie formuleert een klacht?

Wat betreft de aard van de klager, kan geconcludeerd worden dat vooral de patiënt zelf een klacht formuleert, en dat in de totaliteit van alle klachtendossier slechts één officieel aangeduide vertrouwenspersoon de patiënt heeft bijgestaan bij de formulering van diens klacht.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle klachtendossiers</th>
<th>Residuaire dossiers</th>
<th>Totaal doorverwezen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patiënt</td>
<td>104 (71,7%)</td>
<td>44 (75,8%)</td>
<td>60 (68,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertegenwoordiger</td>
<td>16</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertrouwenspersoon</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>16</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere instantie</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal</td>
<td>145</td>
<td>58</td>
<td>87</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Wat betreft het geslacht van de klager, constateren we een overwicht bij het vrouwelijke geslacht, ofschoon de verhouding iets dichter bij elkaar ligt in de zogenaamde ‘doorverwezen dossiers’.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle klachtendossiers</th>
<th>Residuaire dossiers</th>
<th>Totaal doorverwezen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mannen</td>
<td>55 (37,9%)</td>
<td>19 (32,7%)</td>
<td>36 (41,4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vrouwen</td>
<td>90 (62,0%)</td>
<td>39 (67,2%)</td>
<td>51 (58,6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal</td>
<td>145</td>
<td>58</td>
<td>87</td>
</tr>
</tbody>
</table>
C. Wat is het resultaat van de bemiddeling?

Onderhavig syntheserapport geeft enkel een overzicht van het resultaat van de bemiddeling betreffende de klachtendossiers vallend onder de eigen of residuaire bevoegdheid van de Nederlandstalig ombudspersoon.

Het resultaat van de bemiddeling is onder meer afhankelijk van de aard van de klacht (en het verzoek van de klager). Zo ligt het rendement van een bemiddeling bij vermeende medische fouten (met een verzoek tot financiële compensatie) een stuk lager, dan bijvoorbeeld bemiddelingen inzake conflicten rond afschriften van medische dossiers.

Verder is het niet makkelijk om een juiste appreciatie van een resultaat te geven. Wat dit betreft heeft de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" het standpunt van de klager ingenomen, en inschaling gebeurt dan op grond van de mening van de klager over het rendement van de bemiddeling.

Van de 58 eigen bemiddelingsdossiers komen we vervolgens op de volgende onderverdeling:

Aantal geslaagde dossiers: 22 (38%)
Aantal gedeeltelijk geslaagde dossiers: 17 (29%)
Aantal mislukte dossiers: 5 (9%)
Aantal dossier die nog hangende zijn: 8 (14%)
Aantal dossiers waarbij uiteindelijk vrijwillig voor een alternatieve weg werd gekozen: 6 (10%)
Het aantal dossiers waarbij de patiënt wordt gewezen op alternatieve wegen na een mislukte bemiddeling, is even groot als het aantal “mislukte” dossiers.

Als we dan verder kijken naar de aard van de klacht (en verzoek van klager) gerelateerd aan het resultaat van de bemiddeling, dan constateren we voor de geslaagde dossiers dat het hoofdzakelijk gaat over problemen inzake communicatie (gebrek aan informatie, attitude..) en problemen inzake het afleveren van kopies van dossiers.

Kijken we naar de dossiers waarbij de bemiddeling is mislukt, dan hebben we vooral te maken met situaties waarbij een vermeende medische fout met verzoek tot financiële compensatie werd geformuleerd.

Dossiers waarbij de Nederlandstalig ombudspersoon tot een gedeeltelijk geslaagd resultaat komt, hebben te maken met diverse soorten van klachten. Het aantal dossiers met vermeende medische fouten is hier weer aan de lage kant. In deze laatste dossiers, zie je dan ook vaak dat de keuze voor een alternatieve weg een eerder gekozen optie is.

3.2.4. Interventies.

Het aantal interventies voor de totaliteit van de dossiers, en het gemiddeld aantal interventies per dossier, resulteert in een getal dat overeenkomt met het aantal gestelde handelingen door de Nederlandstalig ombudspersoon onder de vorm van een persoonlijk gesprek, een telefonisch gesprek, een E-mail, een brief, een Fax etc.

Elke interventie heeft echter een eigen tijdsgewicht, waardoor onderstaande getallen slechts zeer richtinggevend zijn. Zo is een bezoek aan een patiënt veel tijdervder dan het versturen van een e-mail of een brief. In 5 dossiers werden bezoeken ter plaatse afgelegd, en in 7 dossiers kwam de “klager” naar de FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.

Wat betreft de totaliteit van de klachtendossiers gaat hier over minimum 671 interventies. Dit komt op een gemiddelde van 4,6 interventies per dossier.

Opvallend is dat het gemiddeld van de doorverwezen dossiers (4,8) hoger ligt dan het gemiddeld aantal interventies bij de dossiers die onder de resideraire bevoegdheid vallen (4,3) Dit heeft vooral te maken met de dossiers (44) waarbij we spreken over ‘bemiddeling bij de bemiddeling’. In deze dossiers werden 295 interventies gesteld, wat neerkomt op een gemiddelde van 6,7.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle klachtendossiers</th>
<th>Residuaire dossiers</th>
<th>Doorverwezen dossiers</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Totaal aantal interventies</td>
<td>671</td>
<td>250</td>
<td>421</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal per dossier</td>
<td>4,6</td>
<td>4,3</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Aantal dossiers</td>
<td>145</td>
<td>58</td>
<td>87</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3.2.5. **Geografische lokalisatie van de klacht?**

We beperken ons tot de grootste provinciale lokalisering per categorie (alle klachtendossiers, residuaire klachtendossiers en doorverwezen klachtendossiers)

In de totaliteit van de klachtendossiers zijn de meeste dossiers gesitueerd in Antwerpen (26 %) Wat betreft de residuaire dossiers is dit echter in West-Vlaanderen gesitueerd (25%) en in de categorie van de doorverwezen dossiers is dit wederom Antwerpen (30 %)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle klachtendossiers</th>
<th>Residuaire dossiers</th>
<th>Doorverwezen dossiers</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antwerpen</td>
<td>38</td>
<td>12</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Namen</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Oost-Vlaanderen</td>
<td>28</td>
<td>13</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Vlaams-Brabant</td>
<td>33</td>
<td>10</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>West-Vlaanderen</td>
<td>27</td>
<td>9</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Brussel</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Buitenland</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Limburg</td>
<td>9</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Onbekend</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal</td>
<td>145</td>
<td>58</td>
<td>87</td>
</tr>
</tbody>
</table>

![Diagram showing geographical localization of complaints](image)
III. AANBEVELINGEN IVM DE TOEPASSING VAN DE PATIËNTENRECHTENWET

Dit gedeelte geeft slechts een samenvattend overzicht van de aanbevelingen welke als dossieroverschrijdend in de dossiers van Nederlandstalig ombudspersoon tot uiting kwamen.

De aanbevelingen hebben betrekking op het toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet, op de patiëntenrechten zelf, en op de moeilijkheden die de Nederlandstalig ombudspersoon in de uitoefening van zijn functie heeft ondervonden (IV)

1. Definities en toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet.

1.1. Het begrip “rechtsverhouding”.

Er bestaat een discussie over het begrip “rechtsverhouding” in de patiëntenrechtenwet. Uit de praktijk blijkt dat patiënten met diverse standpunten te maken krijgen, waardoor in bepaalde gevallen het toepassingsgebied van de wet (incl. het klachtrecht) wordt ingeperkt.

Er heerst immers de stelling¹¹⁸ dat wanneer een privaatrechtelijke of publiekrechtelijke rechtsverhouding ontbreekt, de beroepsbeoefenaar niet gehouden is de rechten van de patiënt te respecteren. De patiëntenrechtenwet zou dan bijvoorbeeld niet van toepassing zijn in een buitencontractuele rechtsverhouding tussen de patiënt en een beroepsbeoefenaar. Dit heeft onder meer tot gevolg dat dergelijke beroepsbeoefenaars niet onder het klachtrecht vallen, en dat patiënten een recht op bemiddeling wordt ontzegd.

Om deze rechtsonzekerheid op te lossen wordt aanbevolen dat artikel 3 van de patiëntenrechtenwet op uitdrukkelijke wijze wordt uitgelegd of eventueel gewijzigd in contractuele en buitencontractuele zin.

1.2. Het begrip “beroepsbeoefenaar”- psychotherapeuten e.a.

Gezien een aantal zorgverstrekkers (klinisch psychologen, bepaalde psychotherapeuten, orthopedagogen, maatschappelijk werkers, pedagogen...) niet onder de patiëntenrechtenwet vallen, en daardoor de toepassing van de patiëntenrechtenwet (incl. het klachtrecht) in de weg staat, dient gewerkt te worden aan een de verdere opname van genoemde zorgverstrekkers onder het KB nr. 78 en/of aan een uitbreiding van het personeel toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet.

Verder moet werk gemaakt worden aan een concrete uitvoering van de wetgeving inzake niet-conventionele praktijken, waardoor ook deze categorie ‘tot leven’ komt in het toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet.

1.3. **Het begrip “gezondheidszorg”**

1.3.1. **Medische keuring en medische geschiktheidscontrole van patiënten/geïnterneerden/werknemers/stagiairs/studenten.**

Het vaststellen van iemands gezondheidstoestand valt onder het begrip “gezondheidszorg” in de zin van de patiëntenrechtenwet. Dit heeft tot gevolg dat in de verzekeringsgeneeskunde de patiënt in relatie tot de adviserende, controlerende of raadgevende geneesheer, beroep kan doen op de rechten zoals omschreven in de patiëntenrechtenwet.

In de toepassing van deze rechten stellen zich in de praktijk bepaalde problemen, en in het bijzonder op het gebied van het recht tot inzage en afschrift van het patiëntendossier.

Verder zijn er een aantal problemen die specifiek gerelateerd zijn aan deze verzekeringsgeneeskunde, namelijk de wijze van het medisch onderzoek van de persoon die voorwerp uitmaakt van de onderzoeksfinaliteit.

Het valt derhalve dan ook aan te bevelen om op basis van artikel 3§2 van de patiëntenrechtenwet via een koninklijk besluit bepaalde regels uit te werken inzake specifieke patiëntenrechtelijke beschermingen in bepaalde toepassingsgebieden zoals medische controlegeneeskunde.

1.3.2. **Euthanasie en andere specifieke wetgeving.**

De patiëntenrechtenwet moet als een lex generalis worden beschouwd ten aanzien van bestaande wetten betreffende het wegnemen van organen, de wetgeving inzake zwangerschapsafbreking, de wet betreffende de euthanasie, de wet op de palliatieve zorg en de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke, die als lex specialis moeten worden beschouwd.

In bepaalde situaties vallen de handelingen zoals omschreven in voorgaande bijzondere wetten niet onder het toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet, enerzijds omwille van de definitie van het begrip ‘gezondheidszorg’ en anderzijds omwille van het adagium “lex specialis derogat legi generali”.

Voorgaande ‘uitsluitingen’ kunnen ook gevolgen hebben op het klachtrecht, en aldus op de beperking (of uitsluiting) van het recht van patiënten om een klacht te formuleren betreffende bepaalde handelingen waarvoor bijzondere wetgeving in het leven is geroepen (bv. euthanaserende act, medisch experiment, zwangerschapsafbreking..)

De wetgever zou derhalve het toepassingsgebied van het klachtrecht ruimer moeten omschrijven. Dit kan door aanpassing van de lex generalis, maar ook door de opname van een klachtrecht in de specifieke bijzondere wetgeving (lex specialis)...

119 de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen (Belgisch Staatsblad van 14 februari 1987); de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 et 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van datzelfde Wetboek; de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke; de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie; de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg.
1.4. **Beschermingswaardige patiëntencategorieën.**

1.4.1. **Psychiatrische patiënten.**

Op basis van de eerste expertise\(^{120}\) van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" blijkt een belangrijke nood te bestaan om tot een grotere verfijning (en concretisering) van de patiëntenrechtenwet te komen op het gebied van de rechten van de psychiatrische patiënt en diens zorgomgeving.

De patiëntenrechtenwet is reeds een belangrijke basis voor de rechten van de psychiatrische patiënt, maar het blijkt op bepaalde vlakken niet afdoende, onaangepast en te weinig geconcretiseerd te zijn.

Zo bestaan er in de praktijk een aantal problemen ivm het recht op afschrift of inzage van het patiëntendossier. Het betreffen problemen inzake de omschrijving van het patiëntendossier\(^{121}\), inzake de toepassing van de therapeutische exceptie, inzake de invulling van het concept "gegevens mbt derden", in zake de rol van vertrouwenspersonen en andere aan het recht op afschrift en inzage verbonden principes.

Het recht op inzage en afschrift is één van de vele knelpunten in het "rechterspectrum" van de psychiatrische patiënt. Er stellen zich ook problemen op het gebied van de gedwongen behandelingen (informed consent) en de gedwongen opnames\(^{122}\).

Het recht op vrije keuze is daadwerkelijk geen absoluut recht, en in de Memorie van Toelichting\(^{123}\) van de patiëntenrechtenwet illustreert men dit onder meer met de problematiek van gedwongen opname. Niet alleen de beperking van de vrijheid van keuze, maar ook de motivering van de gedwongen opname resulteert in diverse (aan)klachten van patiënten.

Ook het klachtrecht in de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg vraagt om nadere specificatie. Dit laatste brengt ons tevens bij de rol van de ombudspersoon in de Geestelijke Gezondheidszorg. De praktijk\(^{124}\) leert dat dit concept in een andere relationele therapeutische context plaatsvindt en op een andere wijze wordt ingevuld dan door ombudspersonen in algemene ziekenhuizen.

Dit heeft onder meer te maken met het feit dat de bemiddeling beïnvloed kan worden door een psychiatrische stoornis van de patiënt, dat bepaalde klachten moeilijker ‘objectiveerbaar’ zijn (en dit geldt ook voor medische fouten) en dat klachten zelfs worden toegeschreven aan een bepaald ziektebeeld.. In ieder geval kan de ‘gewone of algemene’ gezondheidszorg niet zomaar geprojecteerd worden op de geestelijke gezondheidszorg.

---


\(^{121}\) Zie bijvoorbeeld het gebruik van multidisciplinaire dossiers in de GGZ.

\(^{122}\) Bij de problematiek van de gedwongen opname belanden we tevens in de problematiek van de diens relatie als lex specialis tot de patiëntenrechtenwet als lex generalis.


Naast de nood om het “klachtrecht” in de GGZ inhoudelijk te verhelderen, bestaat er ook de nood om stil te staan bij de territoriale en materiële bevoegdheid van de ombudsfuncties in de geestelijke gezondheidszorg. Enerzijds speelt hier de problematiek van de bevoegdheidsverdelende regels tussen regionaal en federaal niveau, en anderzijds bestaat er de problematiek van de aanwezigheid van diverse ombudsfuncties op hetzelfde werkterrein.

Uit een Europese aanbeveling125 blijkt dat psychiatrische patiënten niet alleen op de hoogte moeten gebracht worden van hun rechten, maar vooral moeten beroep kunnen doen op een onafhankelijk persoon die mee waakt over de uitoefening en naleving van diens rechten. Het is dan ook belangrijk om stil te staan bij de concrete invulling van deze functie als onafhankelijk bijstand biedende persoon.

Een ander probleem is de invulling van het concept wilsonbekwaamheid en aldus de juridische mogelijkheid dat patiënten worden vertegenwoordigd door een door de patiëntenrechtenwet voorziene vertegenwoordiger. Nettegenstaande de verschillende theorieën over de invulling van dit concept, blijkt de situatie van een psychiatrische patiënt toch bijzonder moeilijk te zijn.

Tot slot vallen een gedeelte van de zorgverstrekkers in de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg niet als “beroepsbeoefenaar” onder de patiëntenrechtenwet. Denk hierbij bijvoorbeeld aan (klinisch) psychologen, en bepaalde psychotherapeuten. De uitsluiting van deze categorie heeft bijgevolg praktische consequenties in de toepassing van de patiëntenrechtenwet en in diens naleving door het klachtrecht.

De problematiek van de psychiatrische patiënt in het toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet is een vrij complex probleem. Niet alleen in de concrete toepassing van de door de patiëntenrechtenwet opgesomde rechten stellen zich knelpunten, maar er stellen zich ook problemen in relatie tot bijzondere wetgeving zoals de wetgeving inzake de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

Ook op dit domein moet werk gemaakt worden aan een verdere bescherming van de psychiatrische patiënt. De mogelijkheid tot verfijning is trouwens ook voorzien in de patiëntenrechtenwet zelf. Artikel 3§2 geeft aan de Koning de bevoegdheid om bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad en na advies van de Federale commissie voor de rechten van de patiënt ‘nadere regels te bepalen inzake de toepassing van de op de door Hem te omschrijven rechtsverhoudingen, teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming’.

1.4.2. Oudere patiënten.

Een belangrijke beschermingswaardige groep binnen het kader van de oudere patiënt, is de wilsonbekwame patiënt. De wet voorziet dat een vertegenwoordiger gerechtigd is de rechten van deze wilsonbekwame oudere persoon uit te oefenen.

125 De referenties staan vermeld in het gedetailleerd overzicht van de aanbevelingen inzake psychiatrische patiënten.
Evenals bij de psychiatrische wilsonbekwame patiënt is de controle op de kwaliteit van de vertegenwoordiging niet altijd gegarandeerd (m.u.v art. 15 patiëntenrechtenwet). Dit heeft ook te maken met het feit dat het niet altijd zo makkelijk is om voor een ander te moeten uitmaken wat het meest in diens belang is.

Daarnaast (en voorafgaandelijk) kunnen er ook hier discussies ontstaan over de wilsonbekwaamheid van een patiënt en aldus over de vertegenwoordigingsmogelijkheid.

Er kunnen - eens de wilsonbekwaamheid vaststaat - discussies ontstaan tussen vertegenwoordigers van dezelfde lijn en zelfs tussen vertegenwoordigers van een verschillende lijn. In deze situaties wenst de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" een ruimer klachtrecht, of op z'n minst begeleidingsrecht van alle zorgpartners van de wilsonbekwame patiënt. Een ruimer recht dat in de eerst plaats gericht is op communicatie en informatie zonder dat het beslissingsrecht van de vertegenwoordiger in eerste lijn in het gedrang komt.

Bovendien moeten ook hier richtlijnen worden gecreëerd over de invulling van het concept "wilsonbekwaamheid". Deze invulling heeft ongetwijfeld een sterk medische component, maar het vraagt ook een bredere psychosociale analyse naar het dagdagelijks functioneren binnen de familiale en maatschappelijke kring van personen.

Eens tot wilsonbekwaamheid is besloten, moet verder worden stilgestaan op welke wijze deze patiënten kunnen betrokken worden bij de besluitvorming. Ook over deze 'betrokkenheid' bestaat veel onduidelijkheid.

1.4.3. Kinderen.

In het kader van de patiëntenrechtenwet heeft de Nederlandstalig ombudspersoon niet veel klachten ivm de toepassing van de wet op minderjarige kinderen.

Er zijn echter wel klachten van de wettelijke vertegenwoordigers van deze minderjarige kinderen, en meer specifiek over de inperking van het recht op inzage (en afschrift) na het overlijden van het minderjarig kind. Immers na het overlijden van het minderjarige kind, hebben de (ex)wettelijke vertegenwoordigers enkel een onrechtstreeks inzagerecht, en dit staat in schril contrast met de rechten die zij op dit vlak hadden voor het overlijden van het minderjarige kind.

Deze wettelijke "hakbijl" is te abrupt en geeft in het werkveld praktische problemen. De patiëntenrechtenwet zou op dit punt een genuanceerde (of geen) breuklijn moeten invoeren.

In bepaalde ‘moeilijke’ situaties - en dit bestaat ook reeds indien de minderjarige of wilsonbekwame meerderjarige nog in leven is - kan de privacy, ook in relatie van de nabestaande vertegenwoordigers, afdoende worden beschermd door het inschrijven van een 'onrechtstreeks' afschrift of inzagerecht.
2. **Aanbevelingen ivm de patiëntenrechten.**

2.1. **Recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking (& medische fouten)**

Vermeende schendingen van artikel 5 van de patiëntenrechtenwet werden het meest aangehaald in de klachtendossiers van de Nederlandstalig ombudspersoon. Dit heeft onder meer meer te maken met het brede toepassingsgebied van dit artikel.

Het brede toepassingsgebied heeft echter ook tot gevolg dat de inhoudelijke omschrijving van artikel 5 onduidelijk wordt, en zelfs beperkend (en onvoldoende afdwingbaar) wordt opgevat. Een roep naar verduidelijking is aldus begrijpelijk.

Onder het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening valt in ieder geval het spectrum van medische fouten. In de praktijk impliceert dit een balanceren tussen vergissingen, complicaties en fouten; een appreciatie die zonder bijkomende expertise zeer moeilijk te maken is.

Uit de cijfers van de Nederlandstalig ombudspersoon volgt onder meer dat het rendement van de bemiddeling in dergelijke dossiers in het algemeen (zeer) laag ligt. Zeker wanneer het doel van de klager gelegen is in een financiële vergoeding van de geleden schade.

Daarom is het erg belangrijk dat de rol van bemiddeling in zogenaamde aansprakelijkheidsdossiers duidelijk wordt omschreven.

Zo moeten de partijen de waarborg krijgen dat ze openlijk en in alle vertrouwelijkheid kunnen spreken: alle gegevens die tijdens de procedure aan het licht komen, dienen vertrouwelijk te kunnen blijven, ook nadien, als er geen overeenkomst is bereikt en een gerechtelijke afhandeling noodzakelijk blijkt. Bereiken de partijen geen akkoord, dan mag hun rechtspositie niet lijden onder het feit dat ze hebben verkozen een verzoeningspoging te ondernemen: het is van belang dat de eventuele verjaring van de vorderingstermijn waaraan de partijen onderworpen zijn wordt opgeschort tijdens de loop van de bemiddeling. Daarenboven moet er een kader zijn om beroep te kunnen doen op medische experts. Zo lang voorgaand wettelijke (en/of contractueel) kader ontbreekt, is het zeer moeilijk om in een dossier “medische fouten” op afdoende wijze tot een oplossing van het geschil te komen.

Daarenboven is de focus van de patiëntenrechtenwet gericht op de ‘louteré’ relatie patiënt – beroepsbeoefenaar, terwijl in het kader van het riskmanagement reeds lang is bewezen dat zelden één persoon met de “vinger” kan worden aangewezen. Zorgverleners kunnen tekort schieten omdat de organisatie waarin zij werken de veiligheid van hun handelen niet systematisch genoeg ondersteunt en waarborgt. Zie voor een aanvullende analyse ‘het klachtrecht’, deel 2.6.

---

2.2. **Het recht op vrije keuze.**

De Nederlandstalig ombudspersoon heeft op het gebied van het recht op vrije keuze, klachten behandeld van patiënten die gedwongen werden opgenomen. Ofschoon de wet de beperking van het keuzerecht van een gedwongen opname kan legitimeren\(^{129}\), is de toepassing van deze beperking niet altijd even evident. *Zo formuleren patiënten problemen ivm het “opgelegd” behandelend team, de motivering van de gedwongen opnamen met de gedwongen behandelingen die in dit kader worden gesteld.*

Ook op andere domeinen wordt de problematiek van het recht op vrije keuze opgeworpen. Het gaat hier onder meer over problemen inzake beperkingen van het keuzerecht omwille van organisatorische aard.

Vanuit overheidswege wordt steeds meer gestimuleerd dat zorgverlening plaatsvindt binnen gespecialiseerde zorgkaders met een hierop afgestemd team (bvb. diverse zorgprogramma’s) De behandeling van de patiënt gebeurt dan voornamelijk door een gespecialiseerd team, waardoor niet voor een beroepsbeoefenaar buiten het team kan worden gekozen.

In de regel blijkt dit ook geen beletsel voor patiënten te zijn, behalve indien er een conflict ontstaat met een bepaald teamlid. In deze laatste situatie wordt het recht op vrije keuze zeer reëel en speelt de ombudspersoon een belangrijke rol in het zoeken naar een evenwicht tussen het recht op vrije keuze van de patiënt enerzijds, en de vaste organisatorische invulling van het zorgverleningsteam anderzijds.

Daarenboven speelt ook hier weer de problematiek van het begrip “rechtsverhouding” en de discussie of er, in de relatie van een patiënt tot een beroepsbeoefenaar in dienstverband, een rechtsverhouding (en aldus een recht op vrije keuze) ontstaat...

2.3. **Het recht op gezondheidsinformatie en het recht op geïnformeerde toestemming.**

2.3.1. **Het principe van informed consent en gezondheidsinformatie.**

Patiënten klagen in een groot aantal dossiers over een gebrek aan informatie ivm behandelingen en onderzoeken. In mindere mate werden klachten geformuleerd ivm het recht op gezondheidsinformatie.

Om betere patiëntinformatie te verstrekken moet er meer aandacht zijn voor een gestructureerd (gesubsidieerd) patiëntenvoorlichtingsbeleid. Het op een gestructureerde wijze aanbieden van patiëntinformatie vraagt een gecoördineerde aanpak van de informatiestromen binnen voorzieningen, en zelfs binnen een kleinere huisartsenpraktijk.

Daarenboven dient ook binnen de individuele opleiding van de beroepsbeoefenaars voldoende ruimte voor communicatie worden gecreëerd. Zo krijgen artsen in het kader van hun opleiding tot geneesheerspecialist communicatietechnieken aangeleerd, en dit krachtens artikel 2, §12 van het

ministerieel besluit tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneessherenspecialisten, stagemeesters en stagediensten: “Bij de erkenning dient de kandidaat-specialist te kunnen bewijzen dat hij minstens 30 u opleiding heeft gevolgd inzake communicatie met patiënten en minstens 20 u inzake evidence-based medicine.”

Op het vlak van de patiëntrechtenwet moet worden onderzocht of een verduidelijking op het gebied van de bestanddelen van de te verstrekken gezondheidsinformatie (art.7) op een analoge wijze kan worden uitgewerkt als voor de niet-limitatieve opsomming van de bestanddelen in het kader van toestemmingsgerichte informatie (art.8).

Verder dient men te onderzoeken of een patiëntenadviesbureau naar Nederlands model een complementaire aanvulling kan betekenen op de hierboven genoemde gestructureerd patiënteninformatiebeleid.

Het patiëntenadviesbureau bundelt als het ware “informatie & advies”, “klachtenbehandeling”, “begeleiding & opvang” in één structuur, dat enkel complementair mag werken en tegemoet zou kunnen komen aan een aantal lacunes op het werkveld...

2.3.2. Vertrouwenspersoon: te groot formalisme?

Als we naar de dossiers van de Nederlandstalig ombudspersoon kijken, dan constateren we dat er slechts één vertrouwenspersoon conform de principes van de wet werd aangesteld. Het gaat hier dan ook over een advocaat die op de hoogte was de regelgeving betreffende zijn aanduiding als vertrouwenspersoon door middel van een schriftelijk verzoek van de patiënt.

Voorgaande neemt niet weg dat in verschillende dossiers een behoorlijk aantal ‘vertrouwenspersonen’ - in de filosofie van de patiëntrechtenwet- de patiënten bijstonden. Zij werden echter niet overeenkomstig de principes van de patiëntrechtenwet aangeduid.

De rol van de vertrouwenspersoon is van oudsher op een ‘natuurlijke’ en ‘soepele’ manier bekleed. Als een patiënt met een persoon in de consultatieruimte van een arts komt dan lijkt het logisch dat deze persoon in vertrouwen wordt genomen met het oog op de kennisname van gezondheidsinformatie.

De in de wet voorziene formalisering is wel verklaarbaar bij de uitoefening van het inzagerecht of het recht op afschrift. Immers dit recht kan in opdracht van de patiënt en eventueel zonder de patiënt uitgeoefend worden door een vertrouwenspersoon, waardoor uit de natuurlijke aanwezigheid van de vertrouwenspersoon geen impliciete toestemming van patiënt kan worden afgeleid. Dezelfde redenering kan men hanteren wanneer de vertrouwenspersoon om mondelinge informatie verzoekt, zonder dat de patiënt in zijn nabijheid is.

Daarenboven blijft er behoorlijk wat verwarring bestaan tussen de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger in de patiëntrechtenwet, en tussen de vertrouwenspersoon van de patiëntrechtenwet en de rol van de vertrouwenspersoon in andere wetgeving (euthanasiewet, voorlopige bewindvoering...)
In ieder geval is het aan te bevelen om, naast bijkomende informatie over de figuur van de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger, standaardformulieren te ontwikkelen waarmee de patiënt zijn vertrouwenspersoon en (eventueel) zijn vertegenwoordiger kan aanduiden.

### 2.3.3. Wilsverklaringen ("precedent autonomy")

In diverse dossiers constateert men grote onduidelijkheid en verwarring over de soorten van wilsverklaringen zoals geregeld in recente wetgeving, namelijk de negatieve wilsverklaring in de patiëntenrechtenwet en de positieve wilsverklaring in de euthanasiewet.

In bepaalde klachtendossiers constateert men een analoge verwarring bij familieleden van patiënten (veelal nabestaanden) inzake de toepassing van medische beslissingen rond het levenseinde en de principes van de euthanasiewet. Zo wordt het stoppen en/of staken van een medische zinloze behandeling nog altijd verward met euthanasie.

Naast een grotere sensibilisatie en verduidelijking op dit vlak, dient men ook richtlijnen te formuleren ivm het opstellen van negatieve wilsverklaringen.

### 2.3.4. De rol van de vertegenwoordiger in het informed consent en in het stoppen of niet starten van medisch zinloos handelen (DNR-Codes)

Uit bepaalde klachtendossiers volgt dat in de medische praktijk discussies bestaan omtrent de beslissingsbevoegdheden in het kader van het medisch beperkingsbeleid bij patiënten. Voor wat betreft wisonbekwame patiënten voorziet de patiëntenrechtenwet en het advies van de Orde van Geneesheren in een geïnformeerde toestemming van de vertegenwoordiger.

Er kan worden gesteld dat in een (waardevrije) zuiver medisch zinloze situatie een informatieverplichting noodzakelijk is, maar een toestemming in hoofde van de vertegenwoordiger kan bediscussieerbaar zijn en een bron van conflict en spanningen indien beroepsbeoefenaars en vertegenwoordigers een andere mening zijn toegedaan.

De patiëntenrechtenwet voorziet echter niet in een kader om aan deze problematiek tegemoet te komen. Misschien zou een aanpassing van artikel 15§2 patiëntenrechtenwet een oplossing kunnen bieden.

Er moeten immers ook (multidisciplinaire) beslissingen genomen kunnen worden die in het belang zijn van de patiënt zonder dat dit direct gezondheidswinst oplevert.

---

130 DWORKIN, R., “Medical decisionmaking for the demented and dying” Millbank Quarterly 1986, suppl.2.
131 Klachten ivm medische beslissingen rond het levenseinde vallen binnen het spectrum van de patiëntenrechtenwet. Dit kan niet onverdeeld gesteld worden met betrekking tot de euthanasiewet (zie supra).
132 Do Not Reanimate.
133 Advies van de Nationale Raad in zijn vergadering van 22 maart 2003: advies betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde.
134 In de rechtsleer wordt over het algemeen gesteld dat vertegenwoordigers geen beslissingscompetentie hebben ivm het staken (of starten) van een medisch zinloze handelingen; zie pagina 34 in DE ZORGVERLENING ROND HET LEVENSEINDE; EEN LITERATUURSTUDIE NAAR BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN EN ZORGVULDIGHEIDSEISEN, Mr dr. J. Legemaate Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Utrecht, Maart 2005.
2.4. **Het patiëntendossier.**

2.4.1. **Geïnterneerden en het recht of afschrift & inzage.**

De Nederlandstalig ombudspersoon heeft twee dossiers ivm geïnterneerden behandeld. Eén van de dossiers is pas recent afgehandeld en dateert zelfs (ver) voor de komst van de Nederlandstalig ombudspersoon. Dit dossier betreft de problematiek van het recht op inzage/afschrift van een geïnterneerde. Zonder veel motivering werd het recht op afschrift systematisch geweigerd.

De recente publicatie van de basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden heeft betreffende problematiek kunnen oplossen, en komt tegemoet aan de specifieke situatie van geïnterneerden en gedetineerden in gevangenissen. Deze wetgeving kan beschouwd worden als een lex specialis van de patiëntenrechtenwet, en is tevens de eerste wetgeving die uitdrukkelijk voorziet in een afwijkend kader op het vlak van de bestaande rechten in de patiëntenrechtenwet.

Artikel 92 bepaalt en dit in afwijking van artikel 9 § 3 van de patiëntenrechtenwet, dat een gedetineerde geen afschrift kan verkrijgen van zijn patiëntendossier. Hij kan enkel schriftelijk verzoeken een afschrift mee te delen aan de door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Deze vertrouwenspersoon wordt uitdrukkelijk door de wetgever bepaald, namelijk: “een arts buiten de gevangenis”, “een advocaat”, “een door de gevangenis aangestelde of tot de gevangenis toegelaten vertegenwoordiger van zijn godsdienst of levensbeschouwing”.

2.4.2. **Verzekeringsgeneeskunde en het recht op afschrift & inzage.**

In één van voorgaande hoofdstukken werd reeds melding gemaakt van de problematiek van de toepassing van bepaalde patiëntenrechten in het kader van de verzekeringsgeneeskunde.

Een verfijning van de patiëntenrechtelijke bescherming op het gebied van de controlegeneeskunde valt hierbij aan te bevelen.

2.4.3. **Vertegenwoordigers als nabestaanden en het recht op afschrift & inzage.**

In het deel betreffende beschermingswaardige patiëntencategorieën werd reeds melding gemaakt van de “juridische hakbijl” op het vlak van het recht op inzage (en afschrift) van vertegenwoordigers wiens persoon die zij vertegenwoordigden is overleden.

2.4.4. **Kostprijs van het recht op afschrift: hoeveel?**

De patiëntenrechtenwet voorziet in een recht op afschrift van het patiëntendossier en dit tegen “kostprijs”. In de praktijk blijken nogal variërende tarieven gehanteerd te worden, waardoor er geen uniformiteit bestaat en verduidelijking noodzakelijk is.

135 8 april 2005.
137 Bepaalde instanties vragen een forfaitair bedrag en daarnaast een bedrag per kopie, andere instanties vragen enkel een prijs per kopie (bvb. 0,75 eurocent per kopie), en nog anderen rekenen niets aan.
2.4.5. **Praktische “haalbaarheid” van het onrechtstreeks inzagerecht.**

In bepaalde dossiers van de Nederlandstalig ombudspersoon blijkt dat het onrechtstreeks inzagerecht niet altijd realiseerbaar is of, op z’n minst, sterk bemoeilijkt wordt.

Indien bijvoorbeeld nabestaanden kennis willen nemen van bepaalde aspecten in het medisch dossier van hun overleden familielid, dan dienen zij hiertoe een beroepsbeoefenaar aan te duiden die dit voor hen zal doen.

Stel dat de patiënt is overleden in een ziekenhuis, en de nabestaanden vragen aan hun eigen huisarts om in het medisch dossier te gaan kijken. Het spreekt voor zich dat dergelijk ‘consult’ in de praktische uitvoerbaarheid voor heel wat moeilijkheden kan zorgen, en in sommige gevallen wordt het (onrechtstreeks) inzagerecht hierdoor zelfs onuitvoerbaar...

In dergelijke situaties duikt ook de vraag op naar een mogelijke kostenvergoeding voor het uitvoeren van een inzagerecht in opdracht van nabestaanden, en zelfs, in opdracht van patiënten, als er sprake is van een therapeutische exceptie...

2.4.6. **Inhoud en onvolledig afschrift van het patiëntendossier.**

In diverse klachtendossiers blijken patiënten, maar ook beroepsbeoefenaars, onvoldoende op de hoogte te zijn van de inhoudelijke samenstelling van het patiëntendossier. Voor bepaalde beroepsbeoefenaars is de inhoudelijke samenstelling zelfs niet geregeld, en dit heeft zijn gevolgen op het recht op inzage en afschrift van dit dossier. Daarenboven circuleren er verschillende definities van het begrip “patiëntendossier”.

Op basis van voorgaande vaststelling dient men een wettelijke verduidelijking te geven van het begrip “patiëntendossier.” Tezelfdertijd moet men zich buigen over een betere omschrijving van de inhoud van het medisch dossier (*inclusief de aspecten zoals voorzien in de patiëntenrechtenwet*) Deze oefening dient men te maken voor de dossiers van andere beroepsbeoefenaars.

Tot slot moet men onderzoeken of het huidig gemeenrechtelijk sanctioneringsysteem is aangepast wanneer bepaalde (bewijskrachtige) stukken uit dossiers verdwenen zijn.

2.5. **Vertegenwoordigers.**

Op het vlak van de regeling van de vertegenwoordigers blijken in de dossiers van de Nederlandstalig ombudspersoon zich vier problemen voor te doen, namelijk het klachtrecht van vertegenwoordigers uit een ondergeschikte lijn (zie gedeelte oudere patiënten), de beperking van het recht op inzage en afschrift van een vertegenwoordiger vanaf het moment dat de patiënt is overleden (zie gedeelte minderjarige patiënten), de toestemming van vertegenwoordigers inzake het stoppen/staken van medisch zinloos handelen en, samenhangend met het voorgaande, de wijze waarop de vertegenwoordigingsbevoegdheid wordt uitgeoefend.
Wat betreft dit laatste zal niemand ontkennen dat op de schouders van de vertegenwoordiger een behoorlijk zware verantwoordelijkheid rust. In wezen beschikt een vertegenwoordiger over de fysieke en psychische integriteit van een ander, ook al betrekt men de wilsonbekwame patiënt zoveel als mogelijk bij de te nemen beslissingen.

Daarom is het belangrijk om te weten op welke wijze dit ‘mandaat’ op een evenwichtige manier kan worden uitgeoefend. In de meeste bemiddelingsdossiers werd vooral gekozen voor het substituted judgement-benadering, ofschoon tussen vertegenwoordigers niet altijd eensgezindheid bestond over hetgeen de patiënt zou hebben gewenst indien hij nog wilsbekwaam zou zijn geweest.

Uit voorgaande analyse volgt dat dringend nood is aan (ethische) richtlijnen omtrent de wijze waarop vertegenwoordigers hun vertegenwoordigingsbevoegdheid zouden kunnen uitoefenen, en hoe zij hierin het best begeleid kunnen worden. Daarenboven is er “weinig” kwaliteitscontrole over de inhoud van zogenaamde vertegenwoordigingsbeslissingen.

2.6. Het klachtrecht.

2.6.1. Wie oefent een klachtrecht uit?

De patiënt kan, al dan niet bijgestaan door een vertrouwenspersoon, een klacht indienen bij de ombudsdienst. Conform de bepalingen van de patiëntenrechtenwet, oefent de vertegenwoordiger de rechten van de patiënt uit, zo ook zijn klachtrecht.

Voorgaande neemt niet weg, dat in de praktijk ook andere “instanties of personen” aanbrengers van een klacht zijn. Om een volwaardig klachtrecht te kunnen uitoefenen dient echter bevestiging plaats te vinden in hoofde van de patiënt/vertegenwoordiger en/of de vertrouwenspersoon die de patiënt bijstaat.

Bij nabestaanden is dit niet mogelijk en ook de patiëntenrechtenwet voorziet echter niet in een klachtrecht, ofschoon het niet onlogisch is dat nabestaanden problemen moeten kunnen formuleren ivm de naleving van de patiëntenrechten bij diens overleden verwanten. Vooral omdat zij onder bepaalde voorwaarden een beroepsbeoefenaar mogen aanduiden om inzage te nemen in het dossier van het overleden familieled.

Uit voorgaande vaststellingen volgt dat een kader gecreëerd moet worden voor personen die een klachtrecht uitoefenen in het belang van de (al dan niet overleden) patiënt.

2.6.2. Het model van bemiddeling

Onderhavig jaarverslag formuleert enkel aanbevelingen die hun oorsprong hebben in de behandeling van klachtendossiers. Dit heeft tot gevolg dat bepaalde topics op het gebied van patiëntenrechten worden toegelicht en besproken.

Eén van deze topics betreft de bemiddeling zoals voorzien door de patiëntenrechtenwet en zoals ervaren door de Nederlandstalig ombudspersoon. In deel 6 werd een uitvoerige analyse gegeven van bepaalde deelaspecten van dit bemiddelingsmodel.
Huidig gedeelte beperkt zich enkel tot de opsomming van de volgende krachtlijnen:

- Het *huidige bemiddelingsmodel* in de patiëntenrechtenwet schept verwarring op het niveau van inhoudelijke competenties van de ombudspersoon, en op het niveau van de aard, de gevolgen en procedurele garanties van diens optreden.

- Als Nederlandstalig ombudspersoon ben ik dan ook van mening dat differentiatie dient plaats te vinden op het gebied van de *soorten van klachtenafhandelingen* met eigen procedurele garanties (klachtenbemiddeling(overweging), klachtenbehandeling, klachtenopvang, tuchtcolleges, verzekeraars, rechter,...) = duidelijke differentiatie naargelang de aard van de klachtenafhandeling.

- Verder dient onderzocht te worden of voorgaande differentiatie binnen een *geëchelonneerde klachtenafhandeling* dient uitgebouwd te worden = differentiatie naargelang het niveau (en de aard) van de klachtenafhandeling.

- Tevens dient men te bestuderen tot op welk niveau klachtenafhandeling als een trechter fungeert, of als een bindend beslissingsnemende instantie = differentiatie naargelang het *bindend karakter* van de klachtenafhandeling.

- Het valt verder te onderzoeken of een geëchelonneerde klachtenopvang een tegemoetkoming zou kunnen betekenen voor de *problematiek van de onafhankelijkheid* of, anders gesteld, voor de problematiek van de drempelvrees voor patiënten om beroep te doen op een ombudspersoon die deel uitmaakt van de organisatie waarbinnen de klacht zich situeert.

- In ieder geval dienen er, ook in een geëchelonneerde benadering, *voldoende garanties* te worden ingebouwd opdat de klachtenbemiddeling onafhankelijk kan plaatsvinden.

- Ook de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", en in het bijzonder de Nederlandstalige ombudspersoon, zal in samenwerking met de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" stelselmatig de optimale randvoorwaarden moeten creëren willen alle *basisprincipes* gerespecteerd worden. Een bijzonder aandachtspunt hierbij is de problematiek van de institutionele onafhankelijkheid.

- Volgens de wetgever en binnen de filosofie van de klachtenafhandeling dient elke bemiddeling (lokaal, regionaal of federaal) gepaard te gaan met de naleving van een aantal fundamentele basisprincipes zoals de *principes van onafhankelijkheid, neutraliteit en confidentialiteit*.

- Indien men *vanuit het klachtrecht* noodzakelijkerwijze en op zeer uitzonderlijke basis moet afwijken van bepaalde basisprincipes (vwb. confidentialiteit), dan dient dit voorafgaandelijk en uitdrukkelijk aan alle partijen gecommuniceerd worden.

- Ombudsfuncties (lokaal, regionaal en federaal) moeten op een *toegankelijke wijze zichtbaar* zijn binnen elke organisatie. Deze zichtbaarheid dient vertaald te worden binnen alle communicatiekanalen van een bepaalde voorziening, en dienen geïnspireerd te zijn door een laagdrempelig karakter.
3. Varia.

3.1. Informatie over patiëntenrechten in het algemeen.

Doordat patiënten en beroepsbeoefenaars nog altijd onvoldoende op de hoogte zijn van de patiëntenrechtenwet, wordt aanbevolen om een tweede sensibiliseringscampagne ivm de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt in te richten.

Deze incidentele ‘top-down’ benadering dient echter aangevuld te worden met een langere termijn visie op gebied van patiëntvoorlichting en communicatie tussen patiënten en beroepsbeoefenaars, en bijgevolg ook op het gebied van communicatie over patiëntenrechten.

3.2. Welk aanspreekpunt? Welk alternatief?

Met het oog op een gerichte begeleiding en verwijzing van betrokkenen bij een klacht binnen het domein van de gezondheids- en welzijnszorg, is een actuele sociale klachtenkaart onmisbaar.

Er wordt dan ook aanbevolen om werk te maken van een gedetailleerde en zakelijke opsomming van voorzieningen en instanties die trachten bij te dragen tot afwikkeling van klachten van cliënten, patiënten en bewoners binnen de welzijns- en gezondheidszorg.

3.3. Tandartsen.

Zowel de Nederlandstalig ombudspersoon als de Fransstalige ombudspersoon hebben in vergelijking met andere beroepsbeoefenaars redelijk wat klachten ivm tandartsen.

Deze klachten situeren zich vooral op het gebied van vermeende medische fouten en het gebrek aan informatie ivm de financiële consequenties van een bepaalde behandeling.

Verder klagen patiënten over het feit dat er weinig instanties zijn waarop men een beroep kan doen indien er een probleem is met een tandarts (bvb. ontbreken van tuchtrecht)

3.4. Kosten van de zorgverlening en psychosociale ondersteuning van (kanker)patiënten?

Uit de klachtendossiers durft de Nederlandstalig ombudspersoon aan te bevelen dat in de ziekenhuizen een wettelijk (gefinancierd) kader moet bestaan voor psychosociale ondersteuningsteams (sociaal verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen) voor alle patiëntengroepen, en dat bijkomend - voor wat betreft patiënten met kanker – tot een grotere administratieve vereenvoudiging bij de aanvraag van bepaalde financiële tegemoetkomingen moet worden overgegaan.

---

138 Zie wat dat betreft de analyse van het aantal patiëntencontacten ivm betreffende beroepscategorie (zie supra voor de officiële cijfers van 2001: vergelijking tussen huisartsen - specialisten - tandartsen)
IV. MOEILIJKHEDEN IVM DE UITOEFENING VAN DE OMBUDSFUNCTIE EN DE AANBEVELINGEN OM HIERAAN TEGEMOET TE KOMEN.

In voorgaande hoofdstukken werden reeds de moeilijkheden opgesomd ivm de uitoefening van de ombudsfunctie in de schoot van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt".

Bij wijze van een samenvattend overzicht kan men stellen dat de moeilijkheden zich situeren op het niveau van de juridische inbedding van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", en bijgevolg op het gebied van institutionele onafhankelijkheid en autonomie.

Voorgaande inbedding heeft eveneens tot gevolg dat de functie werd ingeschraald in een federaal classificatieniveau dat niet overeenstemt met vergelijkbare functies, en bijgevolg niet is afgestemd op de inhoudelijke verantwoordelijkheid en vereiste expertise op het niveau van de bemiddeling.

Verder werd reeds aangehaald dat er een aantal knelpunten bestaan ivm de toegankelijkheid van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt", en dat op het gebied van de beschikbare materiële en personele middelen eveneens verbeteringen noodzakelijk zijn.

Aangaande het model van bemiddeling werden reeds moeilijkheden vernoemd in verband met de bemiddeling inzake medische fouten, maar ook ivm de concrete situering van de bemiddeling in het landschap van de klachtenafhandeling in België.

Daarenboven heerst er een algemene hardnekkige (verkeerde) mening dat de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" een inhoudelijke beroepsinstantie is. De Ombudsdienst is door de wetgever opgevat als “residuaire ombudsfunctie”, en is in essentie aldus enkel belast met klachten waarvoor geen lokale ombudsfunctie in het leven is geroepen.

Er worden wel klachten behandeld over de werking van een ombudsfunctie. Een taak die principieel toebehoort aan de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt”, maar die omwille van praktische redenen (tot op heden) werd uitgeoefend door de Federale Ombudsdienst.

In de toekomst dient dan ook meer duidelijkheid gecreëerd te worden over hoe de klachtenbehandeling omtrent de werking van de ombudsfuncties kan plaatsvinden, en op welke wijze de Federale Ombudsdienst hierin betrokken kan worden.

Wat betreft het voorwerp van de klachtenbemiddeling werd reeds verwezen naar de moeilijkheden ivm de toepassing van het klachtrecht op domeinen die binnen de bevoegdheid van de gemeenschappen liggen.

Verder ligt in de lijn van de verwachtingen dat voorlopig geen voldoende middelen kunnen worden vrijgemaakt om op regionaal niveau ombudsfuncties te introduceren waardoor de residuaire taak van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" overbodig zou worden. Uit de cijfers van de Federale Ombudsdienst blijkt tevens dat het aantal dossiers binnen deze residuaire functie beheersbaar is.
Een groot deel van de dossiers bestaat echter uit een (inhoudelijke en formele) terugkoppeling naar het lokale bemiddelingsniveau, waardoor een kritische bevraging moet plaatsvinden inzake de ‘residuaire core business’

Samen (en samenhangend) met de hiervoor genoemde kritische bevraging, dient tevens gereflecteerd te worden over de juridische en administratieve inbedding van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de Patiënt".