|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo_JYZ | **HUISHOUDELIJK REGLEMENT OMBUDSDIENST** |  |
| Versiedatum  14-06-2022 |

# Algemene bepalingen

* 1. ***Voorwerp van het reglement***

De Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 stelt dat de patiënt het recht heeft een klacht, in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet, neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie. De ombudsfunctie wordt toevertrouwd aan een door de bestuurder benoemd persoon, de ombudspersoon. Deze ombudspersoon is overeenkomstig de bepalingen van artikel 10 van het KB van 8 juli 2003, houdende de vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moeten voldoen, verplicht een huishoudelijk reglement op te stellen *“waarin de specifieke modaliteiten van de organisatie, werking en klachtenprocedure van de ombudsfunctie worden vastgelegd”.*

De ombudspersoon is bevoegd om kennis te nemen van alle klachten die betrekking hebben op het zorgproces. Deze klachten kunnen al dan niet betrekking hebben op de patiëntenrechten:

* + - * + Medische aspecten
        + Verpleegkundige aspecten
        + Aspecten van interacties met beroepsbeoefenaars
        + Facilitaire aspecten
        + Financiële aspecten
        + Administratieve aspecten
        + Organisatorische aspecten

De ombudspersoon is niet bevoegd om op te treden of te bemiddelen bij klachten tussen zorgverleners en/of personeelsleden onderling tenzij een klacht door het betrokken personeelslid als patiënt wordt geformuleerd. De ombudsfunctie is een staffunctie onder de algemeen directeur. De dienstverlening is gratis.

* 1. ***Wettelijke bepalingen***

De wettelijke basis voor de ombudsfunctie vinden we terug in:

* De wet betreffende de patiëntenrechten van 22 augustus 2002 en haar uitvoeringsbesluiten (KB 8 juli 2003 behoudens de vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen)
* KB van 15 februari 2007 houdende vaststelling van afwijkende regels met betrekking tot de vertegenwoordiging van de patiënt bij de uitoefening van het klachtrecht zoals bedoeld in artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.
* In artikel 70quater van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
  1. ***Inzage van het huishoudelijk reglement***

Het huishoudelijk reglement wordt ter beschikking gesteld van patiënten en medewerkers via volgende kanalen:

* Bij de ombudsdienst
* Via het portaal (procedurehandboek)
* Via de website van het Jan Yperman Ziekenhuis (www.yperman.net)

# De ombudsfunctie

* 1. ***Coördinaten van de ombudspersonen en medewerkers***

Annelies Dumoulin ombudspersoon [annelies.dumoulin@yperman.net](mailto:annelies.dumoulin@yperman.net) 057/35 66 42

Tiene Durnez medewerker [tiene.durnez@yperman.net](mailto:tiene.durnez@yperman.net) 057/35 66 42

[ombudsdienst@yperman.net](mailto:ombudsdienst@yperman.net)

* 1. ***Bereikbaarheid***

De ombudsdienst bevindt zich in de hoofdcampus van het Jan Yperman Ziekenhuis, Briekestraat 12 en is te bereiken via route 94. De ombudsdienst is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag tussen 9u en 16u, behalve op woensdagnamiddag. De ombudsdienst is tijdens de openingsuren telefonisch beschikbaar, tenzij anders aangegeven. Bij afwezigheid wordt de oproep omgeleid naar het antwoordapparaat van de dienst of naar het onthaal. Deze informatie is terug te vinden in de onthaalbrochure voor patiënten, het portaal voor de medewerkers en via de website van het Jan Yperman Ziekenhuis.

De vzw Jan Yperman Ziekenhuis draagt er zorg voor dat, volgens de bepalingen van artikel 4 van het reeds genoemde KB van 8 juli 2003 en het KB van 19 maart 2007, voldoende informatie wordt verstrekt die de vlotte bereikbaarheid van de ombudsfunctie garandeert.

* 1. ***De opdracht van de ombudsfunctie***
* Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen.
* Het opvangen en registreren van klachten alsook het tijdig doorsturen van de klachten naar de desbetreffende verantwoordelijke.
* Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie.
* Het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een oplossing.
* Het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten.
* Beheren van documenten en gegevens voortvloeiende uit klachten en de werking van zijn dienst.
* Het opmaken van een jaarverslag met een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat.
  1. ***Onafhankelijkheid, betrokkenheid, vertrouwelijkheid en meerzijdige partijdigheid***

De opdracht van de ombudspersoon is een inspanningsverbintenis, geen resultaatsverbintenis ten aanzien van de betrokken partijen. De ombudspersoon kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing. Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van zijn opdracht, kan de ombudspersoon niet worden gesanctioneerd voor daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van zijn opdracht stelt.

De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest bij de feiten en de perso(o)n(en) waarop de klacht betrekking heeft. Hij is verplicht het beroepsgeheim te respecteren, dit onverminderd de toepassing van de noodtoestand en art.458bis-458ter van het Strafwetboek en neemt een neutrale positie in doorheen het traject. In de praktijk spreken we liever over de term meerzijdige partijdigheid om te benadrukken dat elk verhaal gestoeld is op zijn eigen waarheid en elementen bevat waarvoor de nodige erkenning kan gegeven worden zonder mee te gaan in het verhaal van deze partij.

# Werking van de ombudsdienst

* 1. ***Verklarende begrippen***
* *Klacht*: een (niet anonieme) uiting van ongenoegen of ontevredenheid omtrent het zorgproces van de patiënten in het ziekenhuis. Het is de weergave van een subjectieve beleving van de patiënt of zijn familie, onafgezien of er ook objectief een tekort is in het zorgproces.
* *Klager*: de persoon die klaagt of de verzoeker
* *Melder*: wie de klacht meldt
* *Ombudspersoon*: het centraal aanspreekpunt voor patiënten die hun ongenoegen en/of klachten over het zorgproces in het ziekenhuis willen uiten, degene die in de klacht bemiddelt en waar de patiënt de nodige informatie kan krijgen omtrent de opvolging en de afhandeling van zijn klacht. De ombudspersoon staat in voor een correcte opvolging van de procedures en onthoudt zich standpunten in te nemen betreffende inhoudelijke aspecten van een klacht.
* *Klachtbemiddeling*: het luisteren, het informeren, adviseren of verwijzen van de klager, bijstand verlenen en zoeken naar gemeenschappelijke belangen.
  1. ***Het neerleggen van een klacht***

De patiënt kan, al dan niet bijgestaan door een vertrouwenspersoon klacht indienen bij de ombudspersoon. De klachten kunnen op verschillende wijze worden geuit:

* Schriftelijk:
  + - * Per brief aan het ziekenhuis en/of de ombudsdienst: Briekestraat 12,8900 Ieper.
      * Een ondertekende patiëntenenquête bezorgd aan de ombudsdienst, een directielid, het middenkader of de kwaliteitscoördinator en waarop aangeduid staat dat men wenst dat er contact wordt opgenomen.
      * Per mail via het e-mailadres van de dienst: [ombudsdienst@yperman.net](mailto:ombudsdienst@yperman.net).
      * Via de website van het Jan Yperman Ziekenhuis, mits het invullen van het contactformulier.
      * Een proactieve melding door een arts of medewerker via het incidentenmeldingssysteem (portaal).
* Mondeling:
  + - * Telefonisch op het nummer 057/35 66 42
      * Persoonlijk contact op afspraak
      * Persoonlijk contact wanneer de patiënt zich aanmeldt aan het onthaal en de ombudsdienst beschikbaar is.
  1. ***Registratie van de klacht en ontvangstmelding***

De aandacht voor vragen, bezorgdheden, klachten en reacties van patiënten maakt deel uit van het klachtenbeleid van het ziekenhuis.

Elke ontvankelijke klacht wordt daarom bij melding geregistreerd in een klachtendossier, enkel toegankelijk voor de ombudspersoon. De persoonsgegevens die door de ombudspersoon verzameld worden in het kader van de behandeling van de klacht, worden slechts bewaard voor de tijd nodig voor het behandelen van de klacht en het opstellen van het jaarverslag.

Een klacht wordt ontvankelijk bevonden wanneer deze inhoudelijk gelinkt kan worden aan de regelgeving, de wet op de patiëntenrechten of wanneer deze een opmerking of ontevredenheid betreft rond het al dan niet gevoerde beleid binnen de organisatie. Klachten zijn ontvankelijk wanneer deze geuit worden door de patiënt, zijn vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger. De ombudsdienst is niet bevoegd voor het behandelen van problemen of ontevredenheden geuit door medewerkers met betrekking tot de eigen werksituatie of conflicten tussen medewerkers. Melding en vragen om informatie zijn geen klachten en worden dan ook niet als een klacht behandeld maar als een informatievraag. Anonieme klachten kunnen niet worden behandeld, maar worden wel geregistreerd.

Bij elke klacht worden, conform de wetgeving (artikel 6 §1 KB 8 juli 2003) minstens volgende gegevens geregistreerd:

* De identiteit van de patiënt;
* Indien van toepassing de identiteit van de vertrouwenspersoon;
* De datum van ontvangst van de klacht;
* De aard en de inhoud van de klacht;
* De datum van afhandeling van de klacht;
* Het resultaat van de afhandeling van de klacht;

Na ontvangst van een schriftelijke klacht wordt aan de patiënt een ontvangstmelding overgemaakt met vermelding van een referentienummer. Bij een mondelinge klacht wordt in overleg met de melder de wijze van opvolging besproken.

Eens een ombudsdossier werd geopend, blijft de ombudspersoon eigenaar van het dossier en coördineert deze de behandeling ervan.

* 1. ***Meldingstype***

De aard van de klacht bepaalt de klachtenprocedure. We onderscheiden volgende meldtypes:

* Formele klacht materie patiëntenrechten (bijlage 1)
* Formele klacht geen materie patiëntenrechten (bjilage 2)
* Proactieve melding (bijlage3)
* Opmerking of Suggestie:

Indien de melder feiten signaleert met het oog op het optimaliseren van de dienstverlening, wordt de klacht louter ter informatie overgemaakt aan de bevoegde verantwoordelijken als verbeteractie.

* Spontane melding tevredenheid:

Ontvangstmelding met bedanking en vermelding aan de betrokken dienst of persoon en de dienst communicatie

* Schadedossier (bijlage 5)
* Verlies/diefstal (bijlage 4)
* Info en advies:

Registratie van het dossier.

* Afschrift en inzage:

Na ontvangst van het ingevulde aanvraagformulier wordt de beroepsbeoefenaar in kennis gesteld van de aanvraag. Na ontvangst van de gevraagde documenten wordt de aanvrager gecontacteerd. De documenten kunnen persoonlijk worden opgehaald aan het onthaal van het ziekenhuis of worden per post verstuurd. Uitzonderlijk kan een versleuteld digitaal dossier worden verstuurd. In dit geval wordt een verificatie gevraagd door middel van een kopie van de identiteitskaart. Bij verslagen opgemaakt na juli 2019 wordt verwezen naar MyNexuzHealth of mijngezondheid.be.

* 1. ***Opvolging van de klacht***

Na het bezorgen van een ontvangstmelding en rekening houdend met de verwachtingen van de melder verzamelt de ombudspersoon de nodige informatie die noodzakelijk is voor de opvolging van het klachtendossier. De ombudspersoon beschikt over de mogelijkheid en de vrijheid om ongehinderd alle betrokken partijen of diensten te contacteren. Tijdens het verloop van de klachtenprocedure verzorgt de ombudspersoon de opvolging en terugkoppeling betreffende de stand van zaken in het dossier naar alle betrokken partijen.

Door middel van pendeldiplomatie of bemiddeling poogt de ombudspersoon binnen een redelijke termijn een aanvaardbaar antwoord te formuleren aan de melder en/of de patiënt. Wanneer de ombudspersoon niet kan rekenen op de medewerking van de interne diensten of betrokken partijen, informeert deze de respectievelijke verantwoordelijken en/of directie omtrent de melding met het oog op het formuleren van een antwoord en kwaliteitsverbetering binnen de organisatie.

Het resultaat van de klachtenprocedure wordt genoteerd in het klachtendossier. De ombudsdienst informeert de melder en de betrokken partijen binnen de organisatie over het resultaat. De wijze waarop dit gebeurt, is in lijn met het concrete dossier en de verwachting van de melder.

Indien het resultaat niet bevredigend is voor de melder, informeert de ombudspersoon de melder over de verdere mogelijke alternatieven van klachtenbehandeling, conform de wettelijke bepalingen (artikel 11 § 1 wet op de patiëntenrechten 22 augustus 2002).

* 1. ***Betrekken van directieleden***

Meldingen waarbij de aansprakelijkheid van het ziekenhuis betrokken wordt geacht en/of waarbij de melder dreigt de pers te betrekken of reeds betrokken heeft, worden door de ombudspersoon besproken met de algemeen directeur of bij afwezigheid zijn vervanger (directielid van wacht). De ombudspersoon bespreekt met de algemeen directeur (of zijn vervanger) welke personen of diensten verder betrokken dienen te worden voor een correcte afhandeling.

Meldingen waarbij aansprakelijkheid van een ziekenhuisarts betrokken wordt geacht en/of de melder dreigt de pers te betrekken of reeds betrokken heeft, worden door de ombudspersoon besproken met de hoofdarts of bij afwezigheid diens vervanger.

In geval de melding strafrechtelijke elementen inhoudt, betrekt de ombudspersoon de algemeen directeur of bij afwezigheid diens vervanger in de verdere opvolging. De ombudspersoon bespreekt met de algemeen directeur en de hoofdarts (of hun respectievelijke vervanger) welke personen of diensten verder betrokken worden voor een correcte afhandeling.

Deze klachtendossiers kunnen tevens besproken worden binnen de klachtencommissie.

# Klachtencommissie

* 1. ***Agenderen van dossiers***

In het kader van de vertrouwelijkheid worden de besproken dossiers opgesplitst. Enerzijds meldingen met betrekking tot administratieve en financiële aspecten. Anderzijds meldingen die betrekking hebben op de algemene werking van het ziekenhuis. De samenstelling van de klachtencommissie kan verschillen naargelang het type dossier. De ombudspersoon bepaalt welke klachtendossiers worden besproken binnen de klachtencommissie, maakt de agenda op en kadert inhoudelijk de dossiers. Het bespreken van de dossiers gebeurt confidentieel en indien mogelijk anoniem.

* 1. ***Samenstelling***
* Verpleegkundig en paramedisch directeur
* Hoofdarts
* Kwaliteitscoördinator
* Ombudspersoon
* Diensthoofd facturatie
* Kaderlid financieel en administratief departement
* Medewerker dienst debiteuren

Andere medewerkers kunnen uitgenodigd worden wanneer hun expertise wenselijk is voor de afhandeling van een bepaald klachtendossier.

* 1. ***Beslissingsbevoegdheid***
* Aangifte aansprakelijkheidsverzekering: de aangifte gebeurt door de ombudspersoon aan de hand van het feitenverslag, bekomen na onderzoek door de ombudsdienst. De ombudsdienst verzorgt de contacten met de verzekering.
* Verwerpen van de financiële eis van de patiënt.
* Blokkeren van de ziekenhuisfactuur in afwachting van een beslissing.
* Financiële tussenkomst (correcties of ten laste nemen van factuur).
* Bemiddelingsgesprek tussen de betrokken partijen, samen met de ombudspersoon.
* Het opvragen van bijkomede info om in de volgende klachtencommissie een gefundeerde beslissing te kunnen nemen.
* Verbeteracties opzetten.
* Adviesvraag voorleggen aan het directiecomité wanneer een beslissing mogelijks een grote impact heeft op de werking van het ziekenhuis of de beeldvorming over het ziekenhuis.

# Jaarverslag

Om klachtenmanagement te laten resulteren in kwaliteitsverbetering bezorgt de ombudspersoon op jaarbasis een anoniem overzichtsrapport van de geregistreerde klachten aan het directiecomité. Naast beperkte instellingsgebonden informatie omvat dit rapport een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat. Verder geeft dit rapport ook de moeilijkheden mee waarmee de ombudspersoon geconfronteerd werd tijdens het uitoefenen van zijn functie, alsook de aanbevelingen. Aanbevelingen met betrekking tot het verhelpen van tekortkomingen, maar ook ter voorkoming van gelijkaardige tekortkoming. Het jaarverslag en de overzichtsrapporten bevatten geen enkel element waardoor één van de natuurlijke personen betrokken bij de afhandeling van de klacht, kan worden geïdentificeerd.

Het overzichtsrapport of jaarverslag van de ombudsdienst wordt sinds 1 januari 2016, uiterlijk op 10 februari van het jaar volgend op het jaar waarop het rapport betrekking heeft, overgemaakt aan de deelstaten, meer bepaald wordt het rapport gericht aan de Vlaamse Ombudsman en niet langer aan de Federale Commissie ‘Rechten van de Patiënt’.

De ombudsdienst van het Jan Yperman Ziekenhuis neemt jaarlijks deel aan de benchmarking, georganiseerd door de beroepsvereniging VVOVAZ (Vlaamse Vereniging van Ombudsdiensten in Algemene ziekenhuizen). Hierbij worden de eigen geanonimiseerde cijfergegevens tegenover de resultaten van vergelijkbare ziekenhuizen geplaatst (aantal bedden, niet-universitair) in Vlaanderen, en binnen de eigen provincie.

# Federale commissie rechten van de patiënt

Wie van oordeel is dat één van zijn patiëntenrechten niet gerespecteerd werd door een beroepsbeoefenaar uit de ambulante sector, een beroepsbeoefenaar die buiten het ziekenhuis werkzaam is of wie niet tevreden is over de ombudsfunctie op zich, kan terecht bij de federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt”:

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

DG Gezondheidszorg

Federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt”

Galileelaan 5/2

1210 Brussel

Nederlandstalige federale ombudspersoon

Tel.: 02/524.85.20

Fax: 02/524.85.38

E-mail: bemiddeling-patientenrechten@health.fgov.be(link stuurt een e-mail)

Franstalige federale ombudspersoon

Tel: 02/524.85.21

Fax: 02/524.85.38

E-mail: mediation-droitsdupatient@health.fgov.be(link stuurt een e-mail)

# Slotbepaling:

Dit reglement werd goedgekeurd door de directie van de vzw Jan Yperman Ziekenhuis en de Raad van Bestuur in haar vergadering van 14 juni 2022.

Het gewijzigde reglement treedt in werking op 15 juni 2022.

Dit huishoudelijk reglement vernietigt en vervangt alle voorgaande exemplaren.

Dhr. F. Chanterie Prof. Dr. K. Vandewoude

Algemeen Directeur Voorzitter bestuursorgaan

**Bijlage 1**



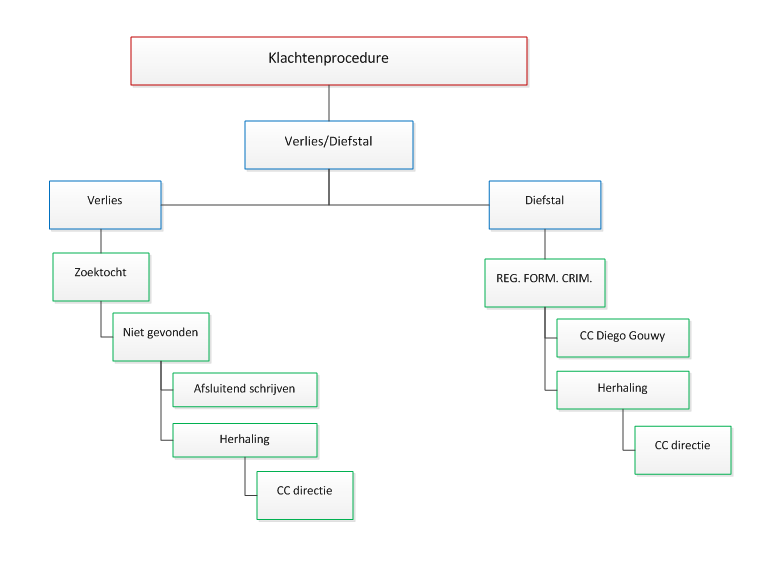
**Bijlage 2**



**Bijlage 3**



**Bijlage 4**



preventieadviseur

**Bijlage 5**