

1 Inhoudstafel

1. Algemene bepalingen
2. De ombudsdienst
3. Opdrachten en kenmerken van de ombudsdienst
4. Klacht en bemiddeling
5. Jaarverslag van de ombudspersoon
6. Slotbepalingen

1.1 1. Algemene bepalingen

1.1.1 1.1. Voorwerp van het reglement

Dit huishoudelijk reglement regelt de specifieke modaliteiten voor de organisatie, de werking en de procedure inzake klachten bij de ombudsdienst van het Nationaal Multiple Sclerose Centrum (NMSC), in het kader van de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

1.1.2 1.2. Verwijzingen naar wettelijke bepalingen

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

1.1.3 1.3. Goedkeuring van het huishoudelijk reglement

Het huishoudelijk reglement werd op 09/12/2014 goedgekeurd door de beheerder van het ziekenhuis.

Het goedgekeurde reglement werd op 15/12/2014 ter informatie bezorgd aan de Federale Commissie 'Rechten van de patiënt'.

1.1.4 1.4. Inzage van het huishoudelijk reglement

Dit huishoudelijk reglement ligt in het ziekenhuis bij de ombudspersoon ter inzage van patiënten, medewerkers en iedere belangstellende.

Voor medewerkers is het huishoudelijk reglement bovendien te consulteren via 'Documel', het elektronisch document beheerssysteem van het NMSC.

1.2 2. De ombudsdienst

1.2.1 2.1. Identiteit en coördinaten van de ombudspersoon

De ombudsvrouw van het NMSC is Katleen Duthoo.

Haar lokaal bevindt zich aan de ingang Vanheylenstraat 16 - 1820 Melsbroek.

1.2.2 2.2. Bereikbaarheid van de ombudsdienst

De ombudsvrouw is in principe alle werkdagen aanwezig tussen 10u30 en 18.00 uur (op woensdag en vrijdag afwisselend).

De ombudsdienst is op verschillende manieren bereikbaar:

- rechtstreeks in het lokaal van de ombudsvrouw, zonder afspraak
- via afspraak
- desgewenst zoekt de ombudsvrouw de patiënt op in de kamer
- via de telefoon op het nummer 02 597 88 09
- via e-mail: ombudsdienst@mscenter.be⁶
- via de post:
Ombudsdienst
Nationaal MS Centrum
Vanheylenstraat 16
1820 Melsbroek

1.3 3. Opdrachten en kenmerken van de ombudsfunctie

1.3.1 3.1. Opdrachten

- Voorkomen van ontevredenheid en klachten door de communicatie tussen patiënt en zorgverlener te bevorderen.
- Optreden als bemiddelaar, met het oog op het bereiken van een oplossing en van het herstel van de relatie tussen zorgverlener en patiënt.
- Inlichten van de patiënt over de mogelijkheden voor verdere afhandeling van de klacht, indien er via bemiddeling door de ombudsdienst geen oplossing wordt bereikt.
- Verstrekken van info over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie.
- Formuleren van aanbevelingen als signalen voor kwaliteitsverbetering en om herhaling van tekortkomingen te voorkomen.

1.3.2 3.2. Betrokkenheid

De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest met de feiten en de perso(o)n(en) waarop de klacht betrekking heeft.

1.3.3 3.3. Onafhankelijkheid

De ombudspersoon oefent zijn functie volledig onafhankelijk uit.

Om een autonome en onafhankelijke positie te verzekeren positioneert de ombudsdienst zich hiërarchisch rechtstreeks onder de algemeen directeur van het NMSC.

⁶ <mailto:ombudsdienst@mscenter.be>

1.3.4 3.4. Neutraliteit, onpartijdigheid

De ombudspersoon neemt een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht. Dit betekent o.m. dat de ombudspersoon geen standpunt inneemt.

1.3.5 3.5. Beroepsgeheim

De ombudspersoon is verplicht het beroepsgeheim te respecteren en vertrouwelijkheid in acht te nemen t.a.v. alles wat hem i.k.v. de opdracht bekend wordt. Gegevens uit de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen en info over zorgverleners en diensten worden met de grootste discretie behandeld.

1.3.6 3.6. Onverenigbaarheden

De ombudsvrouw van het NMSC is tevens intercultureel bemiddelaar en pastor in deze voorziening.

Teneinde de onafhankelijkheid van de ombudsfunctie niet in het gedrang te brengen, is de functie van ombudspersoon onverenigbaar met volgende functies:

- een leidinggevende functie of beheersfunctie in een gezondheidsvoorziening, zoals de functie van algemeen directeur, verpleegkundig directeur of voorzitter van de medische raad.
- het uitoefenen, in het ziekenhuis, van een functie in het kader waarvan gezondheidszorg wordt verstrekt als beroepsbeoefenaar, zoals bedoeld in de patiëntenrechtenwet.
- een functie of een activiteit in een vereniging die de verdediging van de belangen van de patiënt tot doel heeft.

1.3.7 3.7. Organisatie van de ombudsdienst

De ombudspersoon oefent zijn bemiddelingsopdracht op een zorgvuldige wijze uit.

Het NMSC verstrekt info over de ombudsdienst via info-folders en via de onthaalbrochure, die elke patiënt krijgt bij opname. Zorgverstrekkers worden geïnformeerd via inscholings- en bijscholings sessies. Informatie is ook terug te vinden op de website van het NMSC.

1.4 4. Klacht en bemiddeling

1.4.1 4.1. Algemene principes

- De klachtenprocedure heeft geen sanctionerende functie; haar enige doel is het naar ieders tevredenheid behandelen van de klacht.
- De ombudsvrouw tracht de dialoog tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te herstellen. Zij probeert samen met hen de onenigheid op te lossen door informatie-uitwisseling en communicatie.
- Mensen die een klacht wensen in te dienen worden op de hoogte gebracht van de procedure en stemmen hiermee in.
- De patiënt kan een klacht indienen indien hij van mening is dat zijn patiëntenrechten, zoals bepaald in de wet op de patiëntenrechten, geschonden zijn.

- Ook andere klachten, alsook suggesties ter verbetering van het zorgverleningsproces binnen het Nationaal MS Centrum kunnen worden behandeld. Er kunnen ook vragen worden beantwoord over de werking van de ombudsdienst en over de wet op de patiëntenrechten.
- Anonieme klachten kunnen niet worden behandeld. De patiënt mag er echter zeker van zijn dat zijn klacht discreet wordt behandeld.
- Algemene opmerkingen of suggesties om de dienstverlening te verbeteren kunnen besproken worden in de dialoogwerkgroep. De werkgroep dialoog is een overlegforum dat wekelijks samenkomt en waarin zowel vertegenwoordigers van de patiënten als personeelsleden zetelen.
- Klachten m.b.t. medische problemen worden opgevolgd in overleg met de hoofdgeneesheer.
- Louter factuur-technische problemen worden doorverwezen naar de financiële dienst.
- De ombudsvrouw behandelt geen klachten over diensten van patiëntenvervoer. Zij kan wel als vertrouwenspersoon optreden in de klachtenprocedure van de vervoersfirma.
- De ombudsvrouw behandelt geen klachten van personeelsleden, tenzij deze optreden als vertrouwenspersoon voor de patiënt.

1.4.2 4.2. Indienen van een klacht

Alle klachten kunnen mondeling of schriftelijk gemeld worden bij de ombudsdienst.

Vooraleer een formele klacht wordt ingediend, wordt steeds getoetst of het probleem met de betrokken zorgverlener werd besproken. Zoniet, en indien aangewezen, wordt de melder daartoe aangespoord.

1.4.3 4.3. Ontvangstbevestiging

Bij ontvangst van een schriftelijke klacht wordt zo spoedig mogelijk een schriftelijke ontvangstbevestiging overgemaakt aan de patiënt. Ook bij mondelinge klachten wordt de melding, zo mogelijk, schriftelijk bevestigd.

1.4.4 4.4. Opening dossier en registratie

Volgende gegevens worden minstens geregistreerd:

- de identiteit van de patiënt en desgevallend van de vertrouwenspersoon
- de datum van ontvangst van de klacht
- de aard en de inhoud van de klacht
- het resultaat van de afhandeling van de klacht
- de datum van afhandeling van de klacht

Alle ingediende klachten worden, samen met het antwoord op de klacht, gebundeld en bijgehouden in een klachtenregister. De persoonsgegevens in het klachtendossier worden slechts bewaard gedurende de tijd die nodig is voor de behandeling van de klacht en de afwerking van het jaarverslag. Nadien worden ze vernietigd.

1.4.5 4.5. Verloop van de bemiddeling

Vooreerst zal de ombudsvrouw de klacht, alsook de verwachtingen van de patiënt, aandachtig beluisteren.

Indien aangewezen organiseert de ombudsvrouw een bemiddelingsgesprek met de patiënt (eventueel bijgestaan door een vertrouwenspersoon), het betrokken personeelslid (en/of de hoofdVPK of hoofdtherapeut) en de ombudsvrouw, die optreedt als bemiddelaar. Indien nodig en nuttig kunnen meerdere bijeenkomsten worden georganiseerd.

Indien bemiddeling niet mogelijk of wenselijk is, zal de ombudsvrouw de klacht voorleggen aan de hoofdVPK/ hoofdtherapeut, die met de patiënt en het betrokken personeelslid hierover in dialoog gaat. Het betrokken personeelslid en de direct leidinggevende formuleren, in samenspraak met de ombudsvrouw, een antwoord, dat

vervolgens aan de patiënt wordt overgemaakt. Indien hierdoor een bevredigende overeenkomst kan worden gesloten, wordt de procedure beëindigd.

Indien de klacht betrekking heeft op een hele afdeling of dienst of indien de klacht tegen een personeelslid een systematisch karakter heeft, wordt de hoofdVPK/hoofdtherapeut op de hoogte gebracht en eventueel de directeur patiëntenzorg.

Wanneer de patiënt oordeelt dat er onvoldoende is ingegaan op zijn klacht wordt - indien de patiënt dit wenst - de departementele directie geïnformeerd:

- voor het administratief-financieel departement: de algemeen directeur
- voor het medisch departement: de hoofdgeneesheer
- voor het verpleegkundig departement en het departement revalidatie: de directeur patiëntenzorg

In overleg met de ombudsvrouw worden de nodige stappen gezet om de klacht toch nog op een aanvaardbare wijze verder te behandelen.

Er wordt steeds gestreefd naar een klimaat waarin de vertrouwensbreuk tussen zorgverstrekker en patiënt kan worden hersteld.

In het geval dat geen oplossing bereikt kan worden, informeert de ombudspersoon de klager over andere mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht (ziekenfonds, federale ombudsdienst,...).

1.4.6 4.6. Ontvangst van informatie

De ombudspersoon heeft de mogelijkheid om ongehinderd in contact te treden met alle personen die betrokken zijn bij een klacht.

De ombudspersoon kan alle informatie verzamelen die hij nuttig acht in het kader van de bemiddeling.

1.4.7 4.7. Termijn van afhandeling

De ombudspersoon handelt elke klacht af binnen een redelijke termijn.

1.5 5. Jaarverslag van de ombudspersoon

1.5.1 5.1. Inhoud

Een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.

Alle opmerkingen en suggesties, aangebracht naar aanleiding van klachten, worden door de ombudsvrouw op een anonieme manier gerapporteerd aan de directie, als voorstel tot corrigerende of preventieve maatregel. De directie ziet erop toe dat corrigerende of preventieve maatregelen worden genomen, volgens de procedures van het eigen kwaliteitssysteem.

1.5.2 5.2. Bescherming persoonlijke levenssfeer

Het verslag mag geen elementen bevatten waardoor een van de natuurlijke personen, betrokken bij de afhandeling van de klacht, kan worden geïdentificeerd.

1.5.3 5.3. Neerlegging verslag

1. **Termijn:**

- Tussentijdse rapportage: drie maal per jaar bezorgt de ombudsvrouw een samenvatting van gemelde klachten en vragen of suggesties aan de leden van het directiecomité. Op basis van deze gegevens houdt de directie een vinger aan de pols en kunnen eventuele aanbevelingen gegeven worden ter voorkoming van een klacht.

- Het jaarverslag van de ombudsdienst wordt uiterlijk in april gefinaliseerd.

- Ten laatste op 30 april van elk jaar vult de ombudsvrouw het registratieformulier voor de benchmark in via de VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudspersonen van alle zorgvoorzieningen). De resultaten van deze benchmark worden gepresenteerd door de ombudsvrouw, tijdens een vergadering van het directiecomité, en besproken samen met de departementale directie.

2. **Bestemmingen:**

- Het jaarverslag is bestemd voor de beheerder, de hoofdgeneesheer, de directie en de medische raad van het ziekenhuis en wordt ingelast in het jaarverslag van het ziekenhuis. In februari worden de gevraagde items bezorgd aan de Vlaamse ombudsman voor verwerking in zijn jaarverslag.

3. **Openbaarheid:**

Het jaarverslag kan worden geraadpleegd door de bevoegde geneesheer-inspecteur.

1.6 6. Slotbepalingen

Dit huishoudelijk reglement werd door de ombudspersoon van het ziekenhuis opgesteld op datum van 22/08/2014 en geüpdatet op 19/01/2024.

1.6.1 Referenties

1.6.1.1 Wetgeving

- [het KB van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen](#)⁷

1.7 Disclaimer(s)

[Algemene disclaimer Nationaal MS Centrum procedures](#)⁸

⁷ http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2003070838&table_name=wet

⁸ <http://wiki/x/4IVECw>