

Klachtenprocedure

Ten behoeve van:

- patiënten
- familieleden
- leveranciers
- alle medewerkers van het ziekenhuis

Klachtenprocedure ◀▶

Geachte heer,
Geachte mevrouw,

Iedereen die een klacht wenst te formuleren naar aanleiding van een bepaalde negatieve ervaring met betrekking tot het AZ Vesalius, kan voor deze klacht terecht bij de ombudspersoon,
Mvr. Huberte Reweghs

U kan de ombudsdienst bereiken:

- op werkdagen van 8.00 tot 16.00
- tel: 012 39 70 71
- fax: 012 39 70 66
- e-mail: ombudsdienst@azvesalius.be
reweghs.huberte@azvesalius.be

INLEIDING

Het geformuleerde voorstel houdt rekening met de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en het koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen.

Er wordt geopteerd voor een getrapte procedure en een lage drempel voor de patiënt. In eerste instantie worden de patiënten aangespoord om hun klacht rechtstreeks, bij het ontstaan ervan, met de direct betrokkenen op te nemen om zo tot een oplossing te komen.

Op een tweede niveau wordt aan de patiënt, de arts, verpleegkundige, paramedicus en ieder ander ziekenhuismedewerker de mogelijkheid geboden om voor klachtenbemiddeling gebruik te maken van de ombudsfunctie in het ziekenhuis.

Bij het behandelen van individuele patiëntenklachten wordt veel informatie vergaard over het functioneren van het ziekenhuis. Op basis van deze verzamelde informatie, kunnen via de interne klachtencommissie, voorstellen geformuleerd worden om de dienstverlening aan de patiënt binnen ons ziekenhuis te optimaliseren.

Er worden niet alleen afspraken voorgesteld over de individuele klachtopvolging, maar ook over de terugkoppeling en rapportering in de ziekenhuisorganisatie. Omdat een klachtenprocedure alleen maar kan werken als ze 'gedragen' wordt door artsen, verpleegkundigen, paramedici, administratieve medewerkers en patiënten, wordt een plan van implementatie voorgesteld.

Inhoud

1. De ombudspersoon.
2. Wat is een klacht?
3. De afhandeling van een informele klacht.
4. Flowchart informele klacht.
5. De afhandeling van een formele klacht.
6. Flowchart formele klacht.
7. Interne klachtencommissie.
8. Klachtenrapportering.
9. Implementatie.
10. Conclusie.

1 DE OMBUDSPERSOON

De ombudspersoon is verplicht een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht te nemen. In de uitoefening van zijn opdracht is de ombudspersoon gebonden door het beroepsgeheim. Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van zijn opdracht, kan de ombudspersoon niet gesanctioneerd worden wegens daden die hij in een correcte uitoefening van opdracht stelt. De ombudspersoon overlegt minstens wekelijks, maar in voorkomend geval telkens wanneer hem dat eerder nuttig of noodzakelijk lijkt, met de hoofdgeneesheer.

In de uitoefening van zijn opdracht heeft de ombudspersoon ongehinderd toegang tot alle bij een klacht betrokken personen of diensten van het ziekenhuis en kan hij bij iedere andere betrokkene informatie inwinnen.

Patiënten of familieleden die de ombudspersoon rechtstreeks contacteren worden aangespoord om hun klachten zo veel mogelijk eerst met de betrokken hulpverleners te bespreken.

Iedere klacht, die via de ombudspersoon wordt geformuleerd, wordt geregistreerd. Bij elke klacht worden minstens volgende gegevens geregistreerd:

1. de identiteit van de patiënt en eventueel van de vertrouwenspersoon
2. de datum van ontvangst van de klacht
3. de aard en de inhoud van de klacht
4. de datum van afhandeling van de klacht
5. het resultaat van de afhandeling van de klacht.

2 WAT IS EEN KLACHT?

Onder een klacht verstaan we iedere uiting van ongenoegen of ontevredenheid omtrent het zorgproces van de patiënten in het ziekenhuis.

De klacht kan geformuleerd worden door patiënten, familieleden, verwijzende huisartsen of ieder ander die belang heeft bij de activiteiten van het ziekenhuis. Problemen in het zorgproces van patiënten, die op een pro-actieve manier gemeld worden door interne medewerkers en artsen, dienen ook als klachten te worden beschouwd.

In onze klachtenprocedure maken we een onderscheid tussen een informele en een formele klacht:

Een informele klacht is:

iedere mondelinge klacht, waarbij geen schade bij de patiënt wordt vastgesteld (of kan worden verwacht) en die de dienst of het eigen werkdomein van de ziekenhuismedewerker of –arts niet overstijgt.

Een formele klacht is:

- iedere schriftelijke klacht, ongeacht aan wie ze is gericht in het ziekenhuis
- elke mondelinge klacht waarbij schade bij de patiënt wordt vastgesteld of kan worden verwacht
- elke mondelinge klacht die de eigen discipline of dienst overstijgt
- elke (mondelinge en schriftelijke) klacht die wordt geuit bij de ombudspersoon of directie
- het niet betalen van een factuur kan soms als een klacht worden aanzien.

3 DE AFHANDELING VAN EEN INFORMELE KLACHT

De informele klachten worden best zo snel en efficiënt mogelijk – samen met de klager – door de direct betrokkenen opgelost.

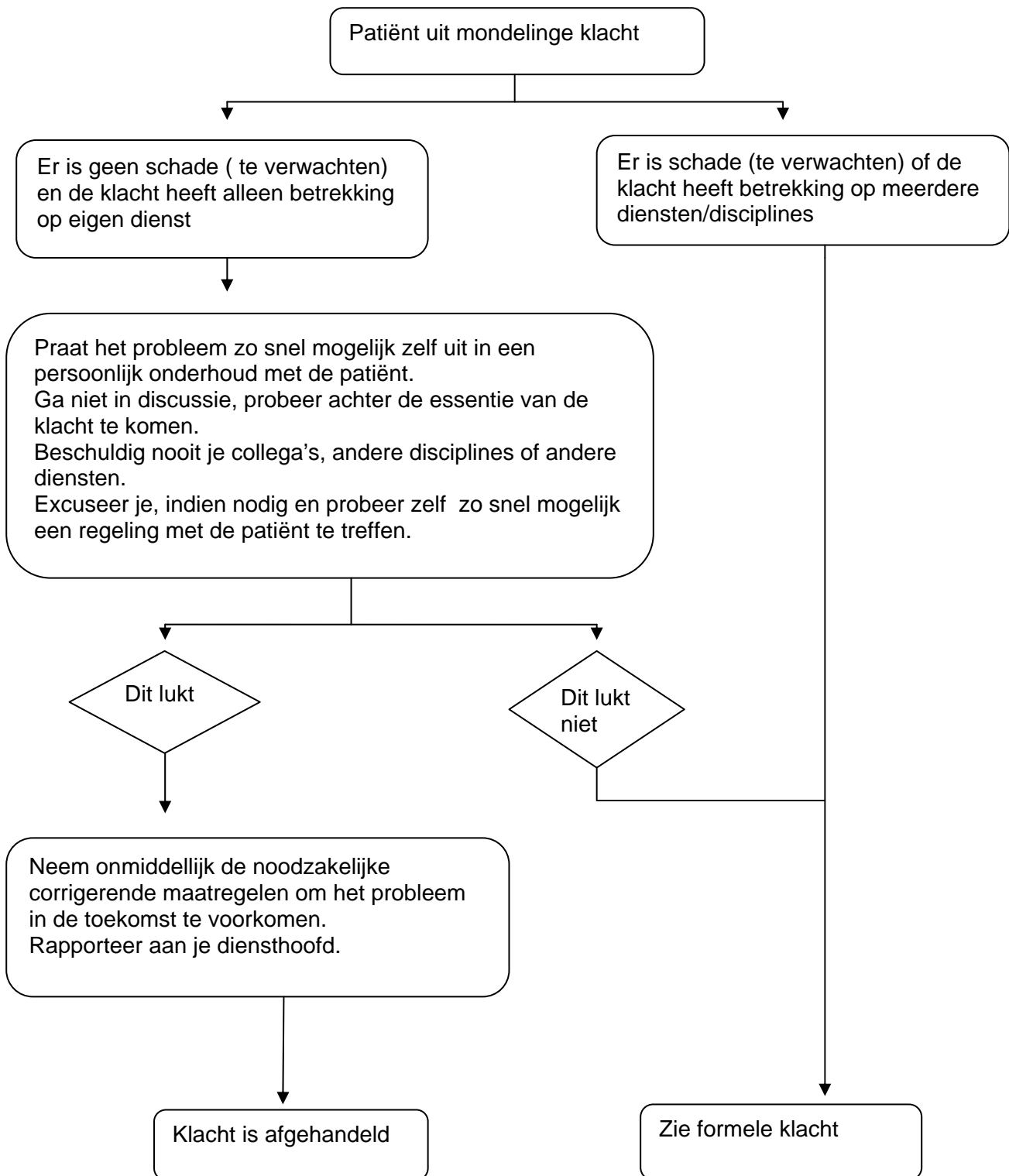
In overleg met de patiënt of de klager wordt het gestelde probleem opgelost. Op de werkvloer worden de nodige corrigerende maatregelen genomen of voorgesteld.

Artsen en andere ziekenhuismedewerkers dienen op de diverse echelons in het ziekenhuis open te staan voor de kritiek van de patiënt en vaardig te zijn om op een begripvolle en professionele manier met klachten van patiënten om te gaan.

Indien men er niet in slaagt om tot een oplossing te komen kan men beroep doen op de ombudsman, als tweedelijnsfunctie.

Deze informele klachten dienen naar de patiënt toe binnen de maand te worden afgehandeld. Indien dit niet haalbaar blijkt, verwijst men naar de ombudspersoon, die instaat voor de verdere opvolging naar de patiënt.

4 FLOWCHART VAN EEN INFORMELE KLACHT



5 DE AFHANDELING VAN EEN FORMELE KLACHT

Een mondelinge klacht die niet kan worden opgelost op het eerste niveau of die een afhandelingstermijn van langer dan een maand vergt, en elke schriftelijke klacht in het AZ Vesalius, wordt verwezen naar de ombudspersoon.

5.1 Aard van de klachten

- Rechtstreeks gemelde klachten aan de ombudspersoon.
- Indien de patiënten rechtstreeks contact zouden opnemen met een externe ombudsdienst of klachtenfunctionaris, wordt er verwezen naar de ombudspersoon van het AZ Vesalius. Hij zal deze klachten overnemen en verder afhandelen.
- Alle schriftelijke klachten aan:
 - Bestuur of leden van de Raad van Bestuur, directie of leden van de directie
 - Voorzitter medische raad
 - Lijnverantwoordelijke
 - Arts en ziekenhuismedewerker.

Iedere patiënt of ziekenhuismedewerker kan ook rechtstreeks beroep doen op de ombudspersoon voor klachtenbemiddeling. Er is gestreefd naar een zo laag mogelijke drempel. Dit komt zowel tot uiting in de al van bij de inschrijving in het ziekenhuis verstrekte informatie over de ombudspersoon als in de fysieke lokalisatie, beide gesitueerd in de rechtstreekse patiëntenstroom. Naast onmiddellijk en rechtstreeks mondeling contact kan de patiënt uiteraard ook telefonisch, per e-mail of per brief contact opnemen met de ombudspersoon.

De arts of een andere ziekenhuismedewerker van het AZ Vesalius kan ook pro-actief een klacht melden via het centraal meldingsformulier “Verklaring voor ongeval bij patiënten” (zie bijlage).

Alle fouten, ongevallen met lichamelijk letsel of materiële schade voor de patiënt, ontstaan door toedoen van een arts of ziekenhuismedewerker of door een gebrek in de infrastructuur of apparatuur kunnen worden gemeld via dit centraal meldingsformulier. Op deze manier kan belangrijke informatie worden verzameld voor de verdere klachtafhandeling.

5.2 Verloop

Bij een mondelinge klacht wordt door de ombudspersoon een schriftelijk verslag opgemaakt van de geformuleerde klacht die hij zo mogelijk laat ondertekenen door de klager.

De klager ontvangt vanwege de ombudspersoon steeds een schriftelijke melding van de ontvangst van zijn klacht. Tevens wordt de klager uitgenodigd voor een gesprek met de ombudspersoon. Hiervan wordt ook in het geval van een schriftelijke klacht een verslag gemaakt.

De ombudspersoon zal aan de beklagde steeds een kopij van het verslag overmaken. In geval van een geschreven klacht wordt ook een kopij van de geschreven klacht overgemaakt.

Deze kopijen worden ook overgemaakt aan het diensthoofd en de directeur van het betrokken departement in geval het om niet-medici gaat. Bij een klacht betreffende een arts zal een kopij worden overgemaakt aan het betrokken medisch diensthoofd en de hoofdgeneesheer.

De klacht kan al dan niet aanleiding geven tot een aansprakelijkheidsgeschil. Tevens kan een onderscheid gemaakt worden tussen medische en niet-medische klachten.

Vanaf het moment dat een klacht wordt overgemaakt aan de aansprakelijkheidsverzekeraar, is het de verzekeraar die de leiding neemt van de te volgen procedure.

Niet-medische klachten waarbij vermoedelijk van aansprakelijkheid geen sprake is, worden intern afgehandeld door de ombudspersoon. Louter factuurtechnische klachten worden overgemaakt aan de dienst facturatie die voor afhandeling zorgt.

Niet-medische klachten waarbij vermoedelijk wel sprake is van aansprakelijkheid, worden op verzoek van de ombudspersoon overgemaakt aan de aansprakelijkheidsverzekeraar.

Medische klachten worden overgemaakt aan de aansprakelijkheidsverzekeraar indien blijkt dat, na een eerste contactname, de eiser zijn vordering wenst te handhaven.

In geval een aangestelde van het ziekenhuis aansprakelijk wordt gesteld, gebeurt de aangifte door het ziekenhuis. In geval een arts aansprakelijk wordt gesteld, gebeurt de aangifte door deze arts. Hij dient de aangiftetermijnen te respecteren. Deze arts zal een kopij van de ontvangstmelding van de aangifte aan de ombudspersoon overmaken. De ombudspersoon moet de arts op de hoogte brengen van de verplichting tot aangifte bij de aansprakelijkheidsverzekeraar. Voor de artsen aangesloten op de collectieve polis kan Vanbreda Risk en Benefits informatief gecontacteerd worden. De effectieve aangifte dient te gebeuren via Vanbreda Risk en Benefits bij KBC Verzekeringen.

Het ziekenhuis heeft steeds het recht aan zijn aansprakelijkheidsverzekeraar aangifte te doen van ieder geval waarbij het ziekenhuis mogelijks aansprakelijk kan worden gesteld.

Klachten over medici waarbij van aansprakelijkheid geen sprake is, worden afgehandeld door de ombudspersoon.

Bij een schriftelijke klacht wordt een kopij van de klacht gestuurd aan de rechtstreeks betrokken arts/ziekenhuismedewerker met een vraag naar het standpunt van de betrokkene, verduidelijking en eventuele suggesties voor verdere afhandeling.

Binnen de 14 dagen na ontvangst van de kopij dient de betrokkene schriftelijk te antwoorden aan de ombudspersoon en eventueel een voorstel tot verdere afhandeling te formuleren.

Gedurende maximum twee maanden bemiddelt de ombudspersoon tussen patiënt en betrokkene. Binnen deze termijn zorgt hij voor de afhandeling in een persoonlijk

onderhoud of via een schriftelijk bericht. De afhandelende brief wordt ondertekend door de hoofdgeneesheer en de ombudspersoon.

5.3 Overlegprocedure

Deze procedure kan enkele gevolgd worden indien geen aangifte werd gedaan aan de aansprakelijkheidsverzekeraar.

In het raam van zijn bemiddelingsopdracht omtrent een klacht en met het oog op het bereiken van een oplossing ervan, kan op initiatief van de ombudspersoon een overlegprocedure worden georganiseerd.

Aldus kan, eventueel op initiatief van de ombudspersoon, een '(louter) interne overlegprocedure' worden georganiseerd, onder voorzitterschap van de hoofdgeneesheer.

In functie van de aard van de klacht bepaalt de hoofdgeneesheer wie er, behalve de ombudspersoon, aan het overleg kan deelnemen. De direct betrokkene en de hiërarchisch verantwoordelijken worden steeds uitgenodigd.

Vanuit dit 'louter intern overleg' kan een afhandelend schrijven aan of een persoonlijk onderhoud met de klager worden voorgesteld aan de ombudspersoon.

In elk geval moet het overleg afgerond zijn binnen de drie maanden volgend op de registratie van de klacht.

Tijdens het verloop van de klachtenprocedure verzorgt de ombudspersoon de opvolging, terugkoppeling en informatie naar de patiënt.

Slaagt men er niet in om voor de betrokken partijen een aanvaardbare oplossing te vinden, dan wordt de patiënt via de ombudspersoon schriftelijk, of in een afsluitend persoonlijk onderhoud, ingelicht omtrent de verdere externe mogelijkheden tot afhandeling van de klacht.

5.4 Financiële afhandeling

Afhankelijk van de verzamelde informatie kunnen tijdens de bemiddeling via de ombudspersoon afspraken gemaakt worden over de financiële afhandeling. Deze procedure kan enkel gevolgd worden indien geen aangifte werd gedaan aan de aansprakelijkheidsverzekeraar.

Deze afspraken dienen steeds ter goedkeuring te worden voorgelegd aan het Dagelijks Bestuur van het AZ Vesalius. Alle gegevens die kunnen leiden tot een mogelijke identificatie van personen moeten verwijderd worden uit de voorgelegde documenten.

Een voorstel met het type van opgeloste klachten en met het bereikte resultaat wordt voorgelegd aan het Dagelijks Bestuur. Het Dagelijks Bestuur verleent omtrent voorgestelde (naamloze) financiële afhandelingen een machtiging aan de ombudsman om de aldus goedgekeurde financiële afhandelingen voor verdere uitvoering voor te leggen aan de financiële diensten van het ziekenhuis.

De afspraken worden bij het klachtendossier gevoegd.

Inhoudelijk kan de interne financiële afhandeling gaan over een:

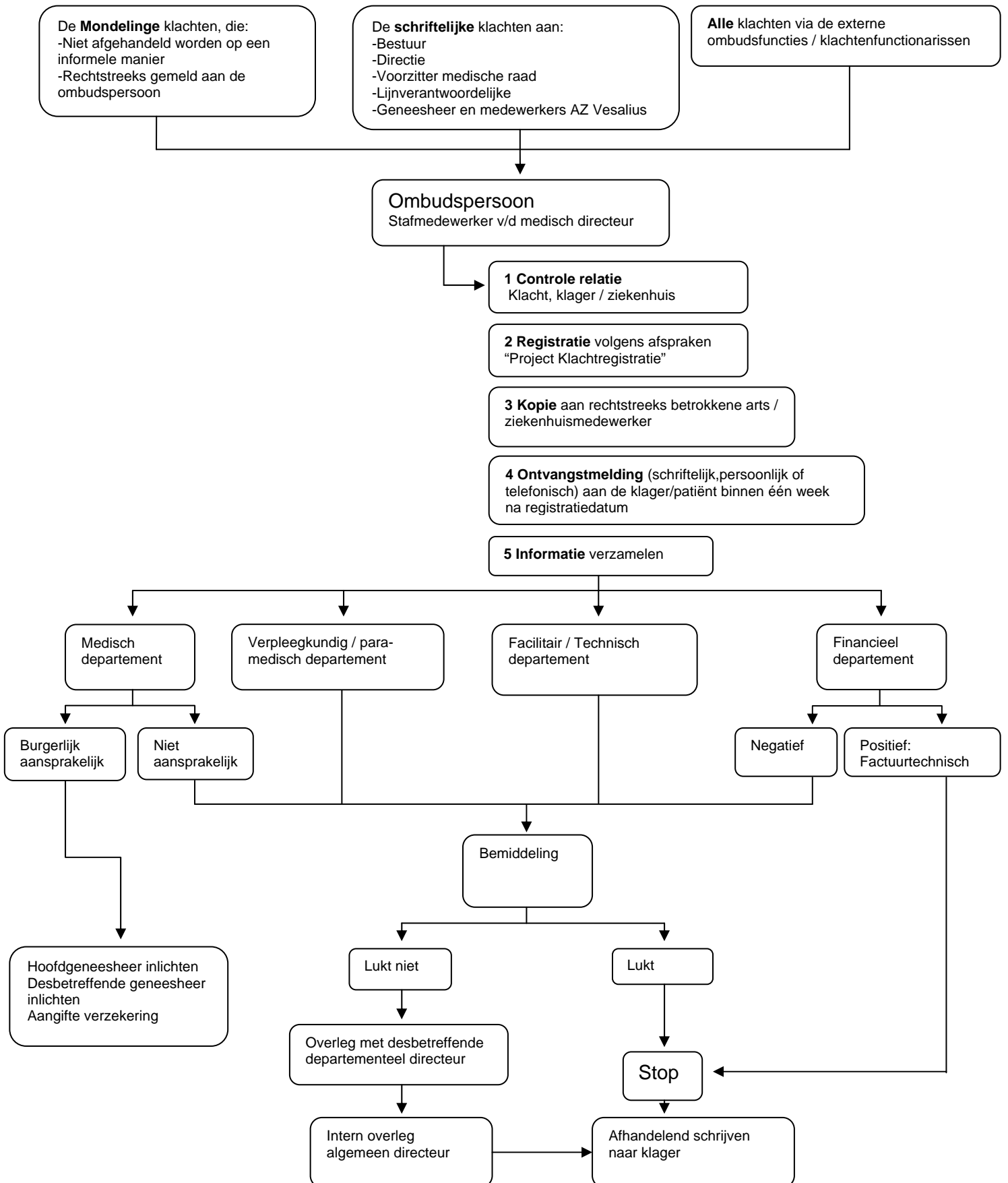
1. Correctie van een factuur op basis van nieuwe gegevens. Na onderzoek van de klacht worden de voorgestelde correcties doorgegeven aan de administratief–financieel directeur, die verantwoordelijk is voor de uitvoering.
2. Blokkering van een factuur: het betreft hier het nog niet verzenden van de factuur of het verlenen van uitstel voor de betaling van een factuur. Tijdens de behandeling van de klacht kan het aangewezen zijn om geen factuur of betalingsherinneringen naar de patiënt te sturen.
Het facturatieadres wordt op vraag van de ombudspersoon veranderd in:

‘Ombudsdienst, Hazelereik 51, 3700 Tongeren’.

De factuur wordt bewaard in het patiëntendossier. Na afloop van de klachtenbehandeling meldt de ombudspersoon schriftelijk aan wie er uiteindelijk moet worden gefactureerd.

3. Een ‘oninvorderbaar’-verklaring: het persoonlijk aandeel van de patiënt dient, na onderzoek van de klacht en na goedkeuring door het Dagelijks Bestuur – mits anonimisering van de betrokkenen –, niet betaald te worden.
4. Wijzigingen in het ereloon van de arts gebeuren steeds na akkoord van de betrokken arts.

6 FLOWCHART FORMELE KLACHT



7 INTERNE KLACHTENCOMMISSIE

Het voorstel tot oprichten van een interne klachtencommissie is niet bedoeld om elke individuele klacht afzonderlijk te behandelen. Dit zou het afhandelen van een klacht nodeloos kunnen rekken en vooral het vertrouwelijke karakter van de behandeling kunnen schaden.

Alle formele- en herhalingsklachten, structurele problemen en suggesties die verzameld worden op basis van de klachten dienen echter via een breder forum in het ziekenhuis te worden aangebracht waardoor verbeteracties of correctieve acties vorm krijgen en daadwerkelijk kunnen worden uitgevoerd.

Dit breder forum kan worden georganiseerd via een interne klachtencommissie.

De klachtencommissie is als volgt samengesteld:

1. de hoofdgeneesheer als afgevaardigde van de directie
2. twee artsen op voorstel van de medische raad
3. twee hoofdverpleegkundigen op voorstel van de directeur van het verpleegkundig en paramedisch departement
4. de kwaliteitscoördinator
5. de ombudspersoon
6. secretariaat: directiesecretaresse

De opdracht van de klachtencommissie is viervoudig:

1. Een permanente evaluatie van de klachtenbehandeling en de klachtenprocedure in het AZ Vesalius.
2. Analyse en bespreking van de jaarverslagen, van overzichten over bepaalde probleemgebieden en voor opvolging van evoluties.
3. Voorstellen te formuleren aan de directie ter preventie van klachten of in het kader van de kwaliteitsverbetering.
4. Het formuleren van voorstellen aan de directie omtrent opleidingsmogelijkheden over het omgaan met klachten voor alle medewerkers van het AZ Vesalius, inclusief artsen.

De leden van de klachtencommissie zijn gehouden tot vertrouwelijkheid ten aanzien van alles wat wordt behandeld.

De klachtencommissie vergadert driemaandelijks, onder het voorzitterschap van de hoofdgeneesheer.

7 KLACHTENRAPPORTERING

Iedere formele klacht wordt geregistreerd en om de twee weken besproken in een overleg tussen de hoofdgeneesheer en de ombudsman.

Voorzitter: de ombudsman zal maandelijks een rapportering doen aan de Voorzitter van de Raad van Bestuur van het type van opgeloste klachten met het bereikte resultaat waarbij alle gegevens die tot een mogelijke identificatie kunnen leiden geanonimiseerd worden.

Aansprakelijkheidsverzekeraar en makelaar: schadedossiers worden in een halfjaarlijks overleg besproken met de aansprakelijkheidsverzekering (verzekeraar en makelaar), hoofdgeneesheer en ombudsman.

Jaarlijks wordt door de ombudsman – op basis van het registratieformulier – een geanonimiseerd overzicht opgesteld van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het eventueel resultaat met aanbevelingen. Driemaandelijks rapporteert de ombudsman op geanonimiseerde wijze aan het Dagelijks Bestuur.

Het jaarrapport wordt in de maand maart of april voorgelegd aan:

- de directie inclusief de hoofdgeneesheer
- de Raad van Bestuur
- de interne klachtencommissie
- de medische raad

Na voorlegging aan de Raad van Bestuur wordt het jaarverslag van het afgelopen jaar voor het einde van de maand april overgemaakt aan:

- de federale commissie “Rechten van de patiënt” zoals bedoeld in artikel 16 van de wet betreffende de rechten van de patiënt.
- de minister die de erkenning van het ziekenhuis onder zijn bevoegdheid heeft.

Na het opstellen van het jaarverslag worden alle afgehandelde klachtendossiers, die in het jaarverslag zijn verwerkt, vernietigd.

De geautomatiseerde registratie op PC-niveau wordt vanaf dit ogenblik geanonimiseerd, zodat de gegevens onmogelijk kunnen worden herleid tot de individuele patiënt. Deze gegevens worden bewaard ten behoeve van interne onderzoeks- en/of beleidsdoeleinden en met het oog op door de overheid opgelegde doeleinden.

8 IMPLEMENTATIE

Volgende stappen zijn noodzakelijk voor de implementatie van de klachtenprocedure:

Het inwinnen van adviezen betreffende de klachtenprocedure

- advies directiecomité
- advies medische raad
- advies Raad van Bestuur
- advies verzekeringsmakelaar groepspolis artsen

Goedkeuring procedure door de Raad van Bestuur.

De verdere implementatie in de verschillende departementen valt onder de verantwoordelijkheid van de betrokken directeur.

De goedgekeurde klachtenprocedure wordt overgemaakt aan de federale commissie Rechten van de patiënt, zoals bedoeld in artikel 16 van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

De klachtenprocedure wordt in aangepaste vorm in elke campus van het ziekenhuis ter inzage gelegd van: patiënten, familieleden, leveranciers, alle medewerkers en ieder belangstellende.

De goedgekeurde klachtenprocedure wordt ter informatie bezorgd aan de makelaar en de verzekeraar.

Opname van een addendum in de Algemene Regeling van de rechtsverhoudingen tussen ziekenhuis en artsen over de klachtenprocedure.

Ter attentie van alle medewerkers wordt een brochure opgesteld in verband met de afhandeling van klachten in het AZ Vesalius.

9 CONCLUSIE

Voor de patiënt biedt de voorgestelde klachtenprocedure de mogelijkheid om op een laagdrempelige manier zijn ongenoegen over het zorgproces in het ziekenhuis te uiten en te worden geïnformeerd over de behandeling van zijn klacht.

Tevens vindt hij een centraal aanspreekpunt, waar hij terecht kan en waar hij – ook bij eventuele schade – de nodige informatie en opvolging kan krijgen voor een correcte afhandeling.

De voorgestelde afspraken omtrent de rapportering en de driemaandelijke interne klachtencommissie moeten er voor zorgen dat de klachtenprocedure in het AZ Vesalius niet beperkt blijft tot het alleen maar afhandelen van individuele patiëntenklachten – wat op zich zeer zinvol is – maar dat de verzamelde informatie ook kan worden geïntegreerd in het totale kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis.

Bij het uitwerken van dit voorstel tot klachtenprocedure is gezocht naar een evenwicht tussen de vraag tot kwaliteitsverbetering vanuit de ziekenhuisorganisatie en de vraag tot erkenning van de patiëntenrechten vanuit het perspectief van de patiënt.

Wij hopen dat het opzetten van een transparante klachtenprocedure zal bijdragen tot het in stand houden of het eventueel herstellen van de vertrouwensrelatie van de patiënt met de arts/verpleegkundige betrokken bij het zorgproces of met het ziekenhuis.

■

AZ Vesalius

Hazelereik 51
3700 Tongeren
012 39 61 11

Medisch Centrum AZ Vesalius Bilzen

Hospitaalstraat 15
3740 Bilzen
089 41 01 11

www.azvesalius.be

Ombudsdienst:

- op werkdagen van 8.00 tot 16.00
- tel: 012 39 70 71
- fax: 012 39 70 66
- e-mail: ombudsdienst@azvesalius.be