

**EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

VLAANDEREN

2017



www.ombudsfunctieggz.be



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG



OGGPA vzw
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Provincie Antwerpen vzw

Haagbeuklei 12, 2610 Wilrijk
tel: 03 / 609 33 41 ♦ fax: 03 / 609 33 49
e-mail: info@oggpa.be



SPIL vzw
Samenwerking van Psychiatrische
Initiatieven Limburg vzw

Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt
tel: 011 / 23 82 19 ♦ fax: 011 / 23 72 90
e-mail: spil@limburg.be



PopovGGZ vzw
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen vzw

Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Gent (Drongen)
tel: 09 / 216 65 50 ♦ fax: 09 / 216 65 59
e-mail: popovggz@ombudsfunctieggz.be



Logistiek Vlabo vzw
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Vlaams-Brabant

Groeneweg 151/7, 3001 Heverlee
tel: 016 / 27 03 18 ♦ fax: 016 / 27 03 19
e-mail: vlabo@ombudsfunctieggz.be



Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw

Hoefijzerlaan 40, 8000 Brugge
tel: 050 / 34 11 70 ♦ fax: 050 / 34 19 41
e-mail: info@op-wvl.be

JAARVERSLAG

EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

VLAANDEREN

registratieperiode van 1 januari tot 31 december 2017

Lou Hamdaoui

**Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Provincie Antwerpen**

**in samenwerking met de
externe ombudspersonen GGZ
Vlaanderen**

februari 2018

INHOUD

INLEIDING	5
1. AANMELDINGEN	6
2. AANBEVELINGEN	7
3. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ	12

INLEIDING

Dit is het veertiende jaarverslag over de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Het geeft een overzicht van alle meldingen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg die in de loop van 2017 werden gericht aan de ombudspersonen van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg.

Het verslag vergelijkt de meldingen van 2017 met die van 2016, bundelt de meldingen per provincie en geeft op die manier een overzicht van de globale ombudspraktijk binnen elke provincie.

De verantwoordelijken van de betrokken psychiatrische ziekenhuizen ontvangen een afzonderlijk verslag over de meldingen vanuit hun eigen voorziening. Dit uitgebreid verslag wordt door de ombudspersoon met de verantwoordelijken van elke voorziening doorgenomen en toegelicht.

Voor tal van samenwerkingsverbanden beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, centra geestelijke gezondheidszorg en voorzieningen met RIZIV-conventie blijft het aantal meldingen dermate gering dat een afzonderlijk jaarverslag niet zinvol is.

De voorgeschiedenis van de ombudsfunctie is stilaan gekend. 2005 kan beschouwd worden als het referentiejaar, omdat dit het eerste volledige jaar was met een werking in alle provincies. In dit jaarverslag wordt enkel de vergelijking gemaakt tussen 2017 en 2016. Wie de langere termijn evolutie in detail wil volgen, kan altijd de opeenvolgende jaarverslagen naast elkaar leggen. Deze zijn te vinden op www.ombudsfunctieggz.be.

In de meeste psychiatrische ziekenhuizen is de basis voor het functioneren van de externe ombudsfunctie gelegd. Voor de andere voorzieningsoorten blijft het zoeken naar een gepaste benadering, waarbij rekening moet worden gehouden met budgettaire mogelijkheden en andere factoren, zoals afstanden, aantal voorzieningen, aantal campussen. Vanaf 2013 werd de ombudsfunctie ook aangeboden aan de mobiele teams in het kader van de projecten artikel 107.

Voor een overzicht van de regelgeving en de manier van werken van de externe ombudspersonen verwijzen we naar de verslagen van de voorbije jaren. Zowel de regelgeving als de methodiek van het ombudswerk is de voorbije jaren nog nauwelijks veranderd. De regelgeving vindt u op www.ombudsfunctieggz.be onder "Wet- en regelgeving". De inhoudelijke visie en basisprincipes van het ombudswerk in de GGZ vindt u onder "Wat en hoe?" (*visietekst, gedragscode, overeenkomst, huishoudelijk reglement, traject melding en andere praktische tools*).

1. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 02/01/2017, de laatste op 29/12/2017.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 2762, het totaal aantal **in 2017 afgesloten aanmeldingen** 2710.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2014 tot en met 2017.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2014	2015	2016	2017
aanmeldingen	2515	2531	2571	2762
aanmelders	1569	1682	1740	1878

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op:

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	1870	80,18	1981	77,96
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	34	1,45	66	2,59
3. informatie	57	2,44	110	4,32
4. geïnformeerde toestemming	183	7,84	195	7,67
5. inzage patiëntendossier	65	2,78	56	2,20
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	83	3,55	82	3,22
7. klachtenbemiddeling	16	0,68	18	0,70
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,04	2	0,07
9. vertrouwenspersoon	17	0,72	18	0,70
10. pijnbestrijding	6	0,25	13	0,51
totaal	2332	100	2541	100

De disciplines die het meest betrokken waren bij de aanmeldingen ggz 2017 zijn: Verpleging, psychiater en het multidisciplinaire team. (zie bijlagen)

2. AANBEVELINGEN

2.1. Dialoog vanuit het patiëntperspectief

Informereren

Patiënten krijgen doorgaans de nodige informatie die voor hen van toepassing is, ofwel bij de intake, tijdens de opname en/of in nazorg. We merken vandaag dat er geen of te weinig duidelijke afspraken worden gemaakt rond het systematisch informeren van patiënten en hun naasten. Door de complexiteit van de situatie, de persoonlijke kwetsbaarheid en spanning vanwege de patiënt, dringt de boodschap vaak onvoldoende door of komt deze niet altijd over zoals bedoeld. Hulpverleners hebben wel eens het idee dat de zaken wel voor zich spreken. Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten zorgt ervoor dat patiënten onnodig zouden piekeren over hun situatie, perspectief en mogelijkheden, net omdat ze in hun beleving onvoldoende of niet geïnformeerd zijn. Voorbeelden van situaties waar herhaling van informatie wordt aangeraden: Afdelingsregels en gedwongen opname.

Beschikbaarheid

Het komt voor dat de verwachtingen van patiënten niet altijd stroken met de reële mogelijkheden geboden in de plaatselijke voorziening. Bij de start van de opname of bij intake zou men in het ziekenhuis indicaties kunnen geven over de frequentie en duur van de persoonlijke gesprekken en individuele therapieën met de betrokken beroepsbeoefenaars. Het kan een meerwaarde zijn om patiënten uitgebreid te informeren omtrent de werking en doel van het multidisciplinaire team. Een persoonlijk onderhoud is voor de zorgverlener niet altijd noodzakelijk ter opvolging van de toestand van de patiënt. Een duidelijke communicatie over de werking en verwachtingen van het multidisciplinaire team op afdelingsniveau vermijdt wantrouwen, onzekerheid en het gevoel "vergeten te worden" bij de patiënt.

Correcte omgangsvormen/Bejegening

Luisteren is dé basis voor patiëntgerichte hulpverlening. Naast individuele therapieën en groepsessies hebben vele patiënten nood aan een extra klankbord, al is het maar om even gezien te worden, gehoord te worden, een mededeling te doen of een korte vraag te stellen. Door tijdsgebrek van de hulpverleners staan patiënten vaak in de kou, daardoor ervaren ze vooral een afwijzing van hun kwetsbaarheid. Het is aangewezen om hulpverleners te stimuleren tot het tonen van nabijheid, onvoorwaardelijke positieve aandacht, respectvolle bejegening en de tijd te nemen om een volwaardig antwoord te bieden. Kortweg de dialoog aan te gaan.

Patiënten geven aan dat een kordate aanpak, scherp woordgebruik en harde taal een niet te onderschatten negatieve impact heeft op hun welbevinden en hersteltraject.

Aandacht voor de wijze van communiceren met patiënten en het scherpstellen van de grondhouding van de hulpverleners kan zulke klachten helpen voorkomen. We adviseren de

psychiatrische ziekenhuizen om initiatieven te ontwikkelen om een respectvolle bejegening aan te moedigen en te garanderen.

Patiëntparticipatie

Als beroepsbeoefenaar het verschil kunnen maken en goede zorg leveren, is een streefdoel op zich. Eén van de sleutels daartoe is onder andere de wijze waarop een patiënt wordt benaderd of beter gezegd wordt betrokken. Patiënten kijken met een andere bril naar hun zorgsituatie en/of traject. Zij kunnen vaak goed inschatten waar de behoeften, noden of verwachtingen liggen en waar hiaten zitten. Feedback van patiënten en open staan voor hun expertise resulteert in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, empowerment, een positieve samenwerking, kortweg een goede therapeutische relatie.

Het dichten van de kloof tussen beroepsbeoefenaar en zorgvrager binnen de geestelijke gezondheidszorg, is vandaag één van de grootste uitdagingen. Dit betekent in de praktijk een evenwicht zoeken tussen "zorg op maat" binnen de herstellvisie en de algemene huisregels en standaard regelgeving op de afdelingen binnen het ziekenhuis.

Om dit te bewerkstelligen, is een maximaal engagement nodig van elke hulpverlener. Binnen de werking van de psychiatrische ziekenhuizen wordt momenteel beroep gedaan op vrijwillige en betaalde ervaringsdeskundigen. Dit toont aan dat de voorzieningen het belang zien van de input van het patiëntperspectief. Patiëntparticipatie is een manier om zorg te kunnen afstemmen op wensen en behoeften van patiënten. Hen betrekken in hun persoonlijk zorgplan geeft de afdeling de mogelijkheid om deze relevante inbreng van kennis en ervaring in te zetten ter verbetering van de zorgrelatie en patiënten krijgen de kans om verantwoordelijkheid te nemen in hun eigen traject.

Patiëntparticipatie kan allerlei vormen aannemen die onder andere afhangt van de stabiliteit van de gezondheidstoestand en het proces waarin de patiënt zich bevindt tijdens de opname. De vraag is, hoe wenst men participatie te vertalen op een afdelingsniveau in een ziekenhuis? Opteert men voor een individuele benadering, het oprichten van een patiënten-raad (groep) of het betrekken van de familie? Het betrekken van patiënten in hun persoonlijk traject verhoogt het vertrouwen, geeft minder angst, verhoogt de therapietrouw en zorgt voor een betere patiëntveiligheid.

Ervaringsdeskundigheid

De inbreng van ervaringsdeskundigheid wordt door patiënten, hun directe omgeving én personeelsleden 'op de werkvloer' als zeer waardevol ervaren. Samen met hen hopen we dat deze inbreng van ervaringen en belevingen van de zorg een structurele plaats kan krijgen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Een evaluatie van de impact en resultaten van de zorg vanuit het gebruikersperspectief kan immers een grote bijdrage leveren aan het streven naar een effectieve, humane en maatschappelijk gedragen zorg.

2.2. Dialoog met partners in de zorg

Familiebeleid

Ook familie werd wel eens afgesneden van het traject van een naaste. Zowel telefonisch als op de afdelingen had men wel eens het gevoel, in hun beleving, te worden afgewimpeld met de mededeling dat elke hulpverlener gebonden is aan beroepsgeheim. Elke beroepsbeoefenaar is in de mogelijkheid om de familieleden een duidelijk kader te bieden, te informeren omtrent geestelijke gezondheidszorg, de werking op de afdeling alsook toelichting te geven rond het ziektebeeld, het proces en de verwachtingen van de opname zonder in te gaan op de inhoud van het persoonlijk patiëntendossier. Stilaan ziet men de winst in van gedeelde zorg en gedeelde verantwoordelijkheid, gezien de residentiële behandeltrajecten alsmar korter worden. Volgende taken blijven de kern van een sterk familiebeleid:

- Verstrekken van informatie aan de familie: diagnose, behandelplan, toeleiding tot begeleiding (informeren uiteraard mits toestemming van de patiënt – denk aan “vertrouwenspersoon”)
- Betrekken van de familie in het zorgproces: welke taken kan het netwerk/familie op zich nemen als verlengde van de zorg in het ziekenhuis. Toelichting rond behandelplan/prognose/mogelijkheden/perspectief...Wat kan de familie hier concreet in betekenen? Hoe kunnen zij de patiënt opvangen? Op welke wijze kunnen zij op hun beurt steun krijgen?
- Ondersteunen/coachen van de familie: Wat is de draagkracht/-last van de familie, in welke mate kunnen zij zich verdiepen in het ziektebeeld van de patiënt, zijn zij in de mogelijkheid om zich nieuwe vaardigheden eigen te maken om in de zorg te kunnen voorzien van de patiënt na opname?
- Doorverwijzen naar infosessies, cursussen, begeleiding al dan niet binnen de voorziening of patiëntverenigingen, de herstelacademie...

Aanduiden van een vertrouwenspersoon

Een belangrijke vaststelling is dat de rol van de vertrouwenspersoon nog vaak wordt onderschat, onvoldoende benut en te weinig gepromoot. De mogelijkheid tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon is nog steeds weinig gekend, zowel door de hulpverleners als door de patiënten. De meeste patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd, hebben geen of een klein vangnet, familie of sociaal netwerk. Ze zijn kwetsbaar, kennen hun rechten niet, laat staan dat ze op de hoogte zijn van het bestaan van de mogelijkheid van het aanduiden van een vertrouwenspersoon, denk aan gedwongen opname. Soms is er nog familie maar is er geen vertrouwen of is deze “toxisch” voor de patiënt. In die gevallen is de nood tot ondersteuning bij vragen extra hoog. Vooral in die situaties waar sprake is van dwang en beperkingen van de autonomie van de patiënten, is de nood aan een vertrouwenspersoon die patiënt kan ondersteunen bij de uitoefening van zijn rechten, duidelijk aanwezig. Het is belangrijk dat hulpverleners deze noden erkennen en beantwoorden. Als ombudspersoon is het onze opdracht om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken aan de hand van onder andere infosessies en documentatie.

Ontslagbeleid

We stellen vast dat het beëindigen van de opname of de behandeling, door de patiënt en diens familie vaak als moeilijk, te snel en vooral als onvoorbereid wordt ervaren. Vanuit onze praktijk moedigen we hier uitdrukkelijk de dialoog aan. Daaronder valt de zorgvuldige voorbereiding van het ontslag. Wat is er in samenspraak met de patiënt nodig en mogelijk om het traject correct af te ronden? In welke mate heeft de patiënt nood aan vervolgondersteuning of een nazorgtraject? We denken aan programma's ter versterking van de persoonlijke veerkracht, training van vaardigheden om te leren omgaan met herval, crisis en herstel. We verwijzen naar bijvoorbeeld "WRAP" (Wellness Recovery Action Plan), herstelprogramma's met actieplannen gericht op welbevinden, zelfzorg en uitwerken van een eigen vangnet.

Hierbij zoemen wij extra in op patiënten die geconfronteerd worden met gedwongen ontslag. Wanneer zorgverleners in geval van vertrouwensbreuk of omwille van een overtreding van huis- of afdelingsregels door de patiënt of het niet nakomen van duidelijke afspraken binnen het behandeltraject, beslissen om de behandeling eenzijdig stop te zetten, is er sprake van gedwongen ontslag. Naar aanleiding van de grond van meldingen stellen we vast dat de beëindiging van de zorgrelatie voor de patiënt in het merendeel van de gevallen aanvoelde als een voldongen feit, waarbij geen ruimte werd gecreëerd voor dialoog of de kans werd gegeven om op z'n minst gehoord te worden. In die situaties werden noch alternatieven aangeboden, noch een doorverwijzing om de continuïteit in eender welke vorm ook te garanderen. De patiënt wordt teruggeworpen op zichzelf en geacht zelf initiatief te nemen om een volgend traject uit te stippelen. Ons advies bij zulke beslissingen is het aangaan van de dialoog en in samenspraak met de patiënt mogelijkheden exploreren waarvoor deze in aanmerking zou kunnen komen om de zorg alsnog te kunnen verderzetten, weliswaar binnen een andere vorm of voorziening na het ontslag.

Bepaalde patiënten zijn opgenomen na een verblijf in de gevangenis of komen uit een preciaire situatie. In het ontslagbeleid zou men voor deze groep een empowermentprogramma kunnen implementeren zodat ook zij extra ondersteund kunnen worden bij het resocialiseren. Het niet in staat zijn of het ontbreken van vaardigheden om op zoek te gaan naar huisvesting en werk dragen bij tot mentale stress en bemoeilijken het behandeltraject.

2.3. Beschermende maatregelen

Humanisering van de zorg

De Hoge Gezondheidsraad publiceerde in juni 2016 een advies rond "Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg". Deze adviestekst geeft een reeks aanbevelingen voor gepaste vormen van afzondering, dwangbehandeling, fixatie,... Het advies geeft aan dat het bevorderen van participatie van de patiënt in de zorg, een belangrijk onderdeel uitmaakt van conflictpreventie, wat resulteert in het vaker voorkomen van afzondering en dwangmaatregelen. We verwijzen graag naar dit advies en deze aanbevelingen als leidraad voor een participatieve en herstelgerichte zorgverlening.

Hoewel we merken dat over de provincies heen sterk wordt ingezet op goede praktijken (bijvoorbeeld fixatie-arm beleid, betrekken van naasten bij isolatie, patiëntparticipatie...), stellen we vast dat door tijdgebrek, personeelstekort en gebrek aan middelen nog vaak wordt overgegaan tot enige vorm van dwang zijnde gedwongen medicatie, verplicht deelnemen aan

therapie, afnemen van communicatiemiddelen (gsm, laptop.), afzondering, kamerprogramma, fixatie. In dit kader adviseren we een actief ondersteunend programma voor hulpverleners om aan conflicthantering te werken en meer in te zetten op patiëntparticipatie en leren de dialoog aan te gaan. In het najaar van 2017 werden er opleidingen voorzien rond dit thema. De ziekenhuizen zullen hiervan op de hoogte worden gebracht door de organiserende instanties.

Forensische zorg

Het kader voor ombudspersonen in de geestelijke gezondheidszorg is, zoals bekend, de patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002. In onze dagelijkse praktijk zijn deze patiëntenrechten onverminderd ons uitgangspunt. We stellen in de praktijk echter vast dat er verschillen zijn tussen instellingen en individuele zorgverleners betreft de uitoefening van de patiëntenrechten in settings waar personen behandeld of begeleid worden in het kader van een internering.

Tussen de behandelcontext van geïnterneerde personen en de wet op de patiëntenrechten zitten in de praktijk discrepanties die leiden tot verschillende interpretaties of gedifferentieerde toepassingen van deze wet (bijvoorbeeld met betrekking tot het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (artikel 2) en bij uitbreiding het recht op vrije keuze van de zorginstelling of het recht op vrijwillige instemming met een medische behandeling (artikel 8)).

Onze aanbeveling hieromtrent aan de overheid is om meer duidelijkheid te scheppen in het wettelijk kader en de toepassing ervan ter ondersteuning van deze patiëntenpopulatie. Op die manier zou men rechtszekerheid kunnen garanderen binnen de patiëntenrechtenwet. Meer duidelijkheid hierin biedt ook de beroepsbeoefenaars kansen, opdat zij (artsen en multidisciplinaire teams) meer houvast kunnen vinden in een uniforme interpretatie en uitoefening van de patiëntenrechten voor personen met een interneringsstatuut.

Onze aanbeveling aan de beroepsbeoefenaars is om bij deze specifieke doelgroep extra aandacht te schenken bij het toepassen van de patiëntenrechtenwet, met oog voor zelfbeschikking en autonomie tijdens het behandeltraject, optimale mogelijkheden creëren voor dialoog, ook met betrekking tot klachtenbehandeling.

3. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ

3.1. Transitie GGZ landschap

De nieuwe ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg en de daarmee gepaard gaande vraagstukken omtrent de toekomst van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, zijn een aanleiding om de doelen, profilering en positie van de externe ombudsfunctie GGZ aan te scherpen en duidelijk te stellen. Hiermee wensen wij een helder beeld te schetsen van de koers die we varen met deze gespecialiseerde functie in volle ontwikkeling. Er wordt gewerkt aan een algemeen Vlaams kader dat zorgt voor een gecoördineerde, toegankelijke en kwaliteitsvolle dienstverlening voor alle GGZ-patiënten in Vlaanderen. Daarbij wordt gestreefd naar een gelijke toegankelijkheid voor iedereen en dus ook voldoende capaciteit om dit te kunnen realiseren.

Veertien jaar geleden werd de basis gelegd naar aanleiding van het tot stand komen van de Wet Patiëntenrechten op 22 augustus 2002. De praktijk van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg heeft doorheen de jaren bewezen een betekenisvol kanaal en vooral krachtig medium te zijn in de verbinding tussen de zorgvrager en de zorgaanbieder. Dit is te danken aan de deskundigheid, kennis en ervaring van elk van de onafhankelijke ombudspersonen GGZ op het terrein.

Het is noodzakelijk om een ombudsfunctie specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg te organiseren. De eigenheid van de populatie (patiënten met een psychische kwetsbaarheid) en de complexiteit van de thema's waarmee deze patiënten in aanraking komen (gedwongen opname, internering, gedwongen medicatie, afzondering, bewindvoering, ...) vereisen specialisatie en een bijzondere bejegening.

3.2. Professionalisering

De externe ombudsfunctie vraagt een professionele en specifieke aanpak overeenkomstig hedendaagse inzichten rond bemiddeling en klachtenbehandeling.

Het huidige **IPSOF** (Inter Platform Steunpunt Ombudsfunctie) coördineert de ontwikkeling en ondersteunt de professionalisering van deze functie in Vlaanderen. Tegelijk is dit het formele aanspreekpunt voor de externe ombudsfunctie GGZ in Vlaanderen. Er wordt vanuit IPSOF gestreefd naar een afgestemde, sterk onderbouwde, kwaliteitsvolle en te verantwoorden aanpak voor het volledige aanbod van de Vlaamse externe ombudsfunctie. De ombudspersonen dienen een hoge graad van competentie te beschikken, zowel met betrekking tot kennis (psychopathologie, daaraan gekoppelde behandelmethoden, therapieën, basis psychologie, omgaan met verlies, juridische kaders...), vaardigheden (communicatietechnieken, conflicthantering) en ervaring als over de juiste attitude te beschikken.

De onafhankelijke en gespecialiseerde ombudsfunctie binnen GGZ versterkt zowel de kwetsbare cliënt in zijn ontwikkeling ten aanzien van de relatie met de hulpverlener alsook de kwaliteit van de zorgaanbieder, wat op zijn beurt een positieve invloed heeft op de algemene patiëntentevredenheid. In die zin werkt de ombudsfunctie, net zoals de referentiekaders voor voorzieningen in de GGZ die zijn ontstaan in samenspraak met de Vlaamse overheid, aan kwaliteitsverbetering in zorg.

De werking van de externe ombudsfunctie Vlaanderen toont aan dat het onafhankelijke karakter en de onpartijdigheid voor de patiënt een voorwaarde zijn om beroep te kunnen doen op deze dienst. De onafhankelijkheid van de ombudspersonen is extra belangrijk gezien de kwetsbare positie van de doelgroep. Voor heel wat patiënten binnen de GGZ is het van belang dat zij informatie kunnen vragen en hun ongenoegen kunnen uiten bij een ombudspersoon die wel gekend is en die toch losstaat van de betrokken zorgverlener/voorziening waarop zij beroep doen.

Een lokale verankering van de externe ombudswerking binnen de voorzieningen GGZ is nodig. Het biedt een belangrijke meerwaarde voor patiënten om te komen tot een vlotte bereikbaarheid én laagdrempelige en nabije dienstverlening. De ombudspersoon moet binnen de GGZ-voorzieningen voldoende zichtbaar en aanspreekbaar zijn.

Het biedt ook de mogelijkheid om een open en constructieve dialoog aan te gaan binnen een professionele samenwerking ten einde de kwaliteit van de zorg, de naleving van de patiëntenrechten binnen de voorziening te verbeteren. Dit structureel overleg, mét respect voor de vertrouwelijkheid t.a.v. betrokkenen tijdens het bemiddelingsproces, kan hier een belangrijke bijdrage leveren. Het is dan ook onze overtuiging dat men de cultuur waarbinnen men een klacht valideert, als een positief gegeven beschouwt en de klacht als een positieve uitnodiging tot dialoog en verbetering. Het aandeel van deze gespecialiseerde aanpak betekent een reële winst in de gelijkwaardige samenwerking in de relatie patiënt-zorgverlener.

Vandaag staat het consensusmodel centraal in de werking van de externe ombudsfunctie GGZ. Vanuit de neutrale en onafhankelijke positie van de externe ombudspersoon wordt steeds vertrokken vanuit een meerzijdige partijdigheid. In deze praktijk wordt veel belang gehecht aan het herstel van de dialoog tussen patiënt en hulpverlener. Bemiddeling zoals gehanteerd door de GGZ-ombudspersonen, lijkt de methode bij uitstek om tot een duurzame dialoog te komen. Deze manier dient niet enkel de mogelijkheid om de klacht sneller aan te pakken, maar brengt de partijen ook dichter bij elkaar. Doordat de bemiddeling zich op het niveau bevindt waar de klacht zich situeert, kan escalatie vermeden worden.

3.3. Kernwaarden van de externe ombudsfunctie GGZ

Basisprincipes

- Onafhankelijk karakter
- Meerzijdige partijdigheid
- Vertrouwelijkheid
- Beschikbaarheid, bereikbaarheid, zichtbaarheid, laagdrempeligheid

Opdrachten/Streefdoelen

- Herstel van dialoog tussen patiënt en hulpverlener
- Naleving van de patiëntenrechten
- Gelijkwaardige samenwerking tussen cliënt en zorgverlener
- Verbeteren van kwaliteit van zorg
- Uitbreiding werkingsgebied: art.107, forensisch centrum, kinder- en jeugdpsychiatrie

Hefbomen

- Verankering van de lokale aanwezigheid binnen de voorzieningen is een belangrijke sterkte om de toegang voor patiënten tot de ombudswerking (bereikbare, laagdrempelige, voor iedereen toegankelijke én nabije dienstverlening) te realiseren.
- Tegelijk is de lokale verankering een belangrijke troef om de structurele dialoog en de advies & consultfunctie, met respect voor cultuur en identiteit van de voorzieningen, verder te ontwikkelen.
- Klachten als uitnodiging tot een open en constructieve, structurele dialoog, met respect voor de vertrouwelijkheid van de betrokkenen, binnen een professionele samenwerking met overheden, samenwerkingspartners en organisaties.
- Verhogen van bruikbaarheid adviezen en toetsing referentiekader ombudswerking aan de referentiekaders van de voorzieningen.

