

10 JAAR PATIËNTENRECHTEN IN DE GGZ
TUSSEN DROOM EN DAAD
ervaringen vanuit de ombudsfunctie

6° Vlaams GGZ-congres
Macht en kracht: zorgrelaties in verandering
Antwerpen, 19 september 2012

Patrick Claeys & Vincent Vandenbussche

in samenwerking met de
externe ombudspersonen
GGZ Vlaanderen

augustus 2012





Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie

Contactpersoon: Hugo Jacobs

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen

OGGPA vzw

Haagbeuklei 12, 2610 Wilrijk

Tel: 03 / 609 33 41

Fax: 03 / 609 33 49

E-mail: hugo.jacobs@oggpa.be

Website: www.ombudsfunctieggz.be

INHOUD

1. Wat doet een ombudspersoon zo allemaal?	5.
2. Hoeveel ombudspersonen zijn er actief en waar?	9.
3. Zijn er veel klachten en waarover?	11.
4. Wat levert het ombudswerk op?	23.
5. Waar staan we 10 jaar na de patiëntenrechtenwet?	29.
6. Basisliteratuur en websites	31.

BIJLAGE

Visietekst IPSOF

"Ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg"	33.
--	------------

David heeft via de verpleging een gesprek met de ombuds aangevraagd.

Hij mag de crisisafdeling niet verlaten en zijn GSM is afgepakt.

De ombuds komt hem bezoeken op de afdeling. Hij mag David meenemen naar het ombudslokaal, waar ze elkaar onder vier ogen kunnen spreken. David belooft terug te keren naar de afdeling. De ombuds belooft David terug te brengen.

David is behoorlijk over zijn toeren. Hij wil er zeker van zijn dat de ombuds niet mee in het spel zit. De ombuds legt uit wat zijn rol is en geeft hem een brochure over de patiëntenrechten. Interesseert hem niet, maar steekt toch van wal.

"Rechten? Ik heb geen rechten meer. De flikken hebben mij vrijdagavond thuis opgepakt. Eerst naar het AZ gebracht. Een jong dokteresken heeft mij twee minuten wat vragen gesteld en mij zot verklaard.

En nu zit ik al drie dagen hier. De eerste nacht in de cel, wachten op de dokter van wacht. Mocht de morgen nadien al op mijn kamer, gelukkig een éénpersoons. Anders zoudt ge hier nog echt zot worden.

Ik weet het zeker. Mijn bewindvoerder zit hier achter. Een mens zo juist voor het weekend op droog zaad zetten. Het is altijd hetzelfde. Ik ben er mij naartoe geschoten en ik ging hem over zijn bureau trekken. Gelukkig heb ik mij kunnen inhouden. Maar wat zegt een mens zoal niet in een koleire.

En nu zit ik hier. Ik heb daar juist een brief van het gerecht gekregen.

Advocatenstreken. Overmorgen moet ik voorkomen. En dat omdat een mens eens zijn gedacht zegt.

En nog iets. Als ik hun pillen niet wil nemen, gaan ze mij een spuit geven.

Mijnheer de ombudsman, wat kunt gij voor mij doen?"

Help! Ik word geholpen.

G.P. Hoefnagels

1. Wat doet een ombudspersoon zo allemaal?

Wat doet een ombudspersoon zo allemaal? En in welke mate heeft de ombudsfunctie de praktijk in de geestelijke gezondheidszorg en de zorgrelatie tussen patiënt en hulpverlener veranderd? Hierop wil deze nota een poging tot antwoord geven.

De ombudsfunctie kadert binnen de patiëntenrechtenwet, die op 22 augustus 2012 10 jaar werd. De basisidee van de patiëntenrechtenwet is dat de patiënt recht heeft op kwaliteitsvolle gezondheidszorg en dat hij daarin zelf een bepalende rol te spelen heeft. De ombudsfunctie is het sluitstuk van de patiëntenrechtenwet, met als belangrijkste taak: via bemiddeling het vertrouwen tussen patiënt en hulpverlener herstellen.

Tussen de droom van de wetgever en de praktijk staan, zeker in de GGZ, echter andere wetten in de weg en praktische bezwaren. Tijd voor een eerste evaluatie.

In deze synthesesetext geven we een aantal basiscijfers over de voorbije jaren. We proberen ook een beeld te schetsen van de resultaten van het ombudswerk en maken een eerste balans op van waar we staan 10 jaar na de patiëntenrechtenwet.

Voor meer informatie en duiding over de patiëntenrechten, de ombudsfunctie en het cijfermateriaal, verwijzen we naar www.ombudsfunctieggz.be, waar ook de volledige jaarverslagen geraadpleegd kunnen worden.

Eerst staan we echter kort stil bij de opdrachten en werkwijze van de ombudspersonen. Het ombudswerk start bij een vraag of klacht van een patiënt.

- **Vraag of klacht**

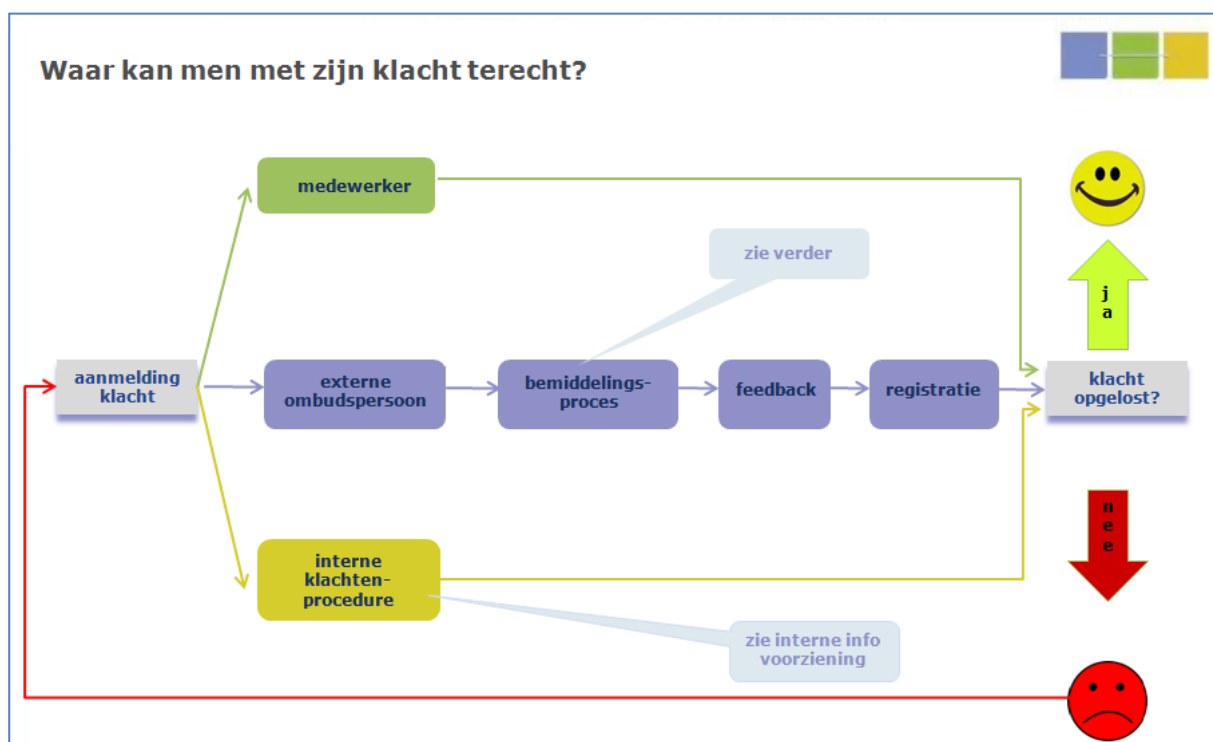
- Elke uiting van ongenoegen of elke vraag naar informatie of verduidelijking van een patiënt (*individueel of in groep*) met betrekking tot de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg.
- In het jaarverslag wordt de neutrale term "aanmelding" gebruikt.

- **Doelstellingen**

- De onvrede van de patiënt in vertrouwen bespreekbaar maken via een laagdrempelig en toegankelijk aanspreekpunt.
- De relatie tussen patiënt en hulpverlener herstellen.
- Juridische procedures, waarin de relatie tussen patiënt en hulpverlener op de helling wordt gezet, vermijden.
- Indien de onvrede niet kan worden weggewerkt, doorverwijzen naar een passende instantie.
- Via signalen en aanbevelingen de zorg optimaliseren om in de toekomst klachten te vermijden.

- Werkingsprincipes

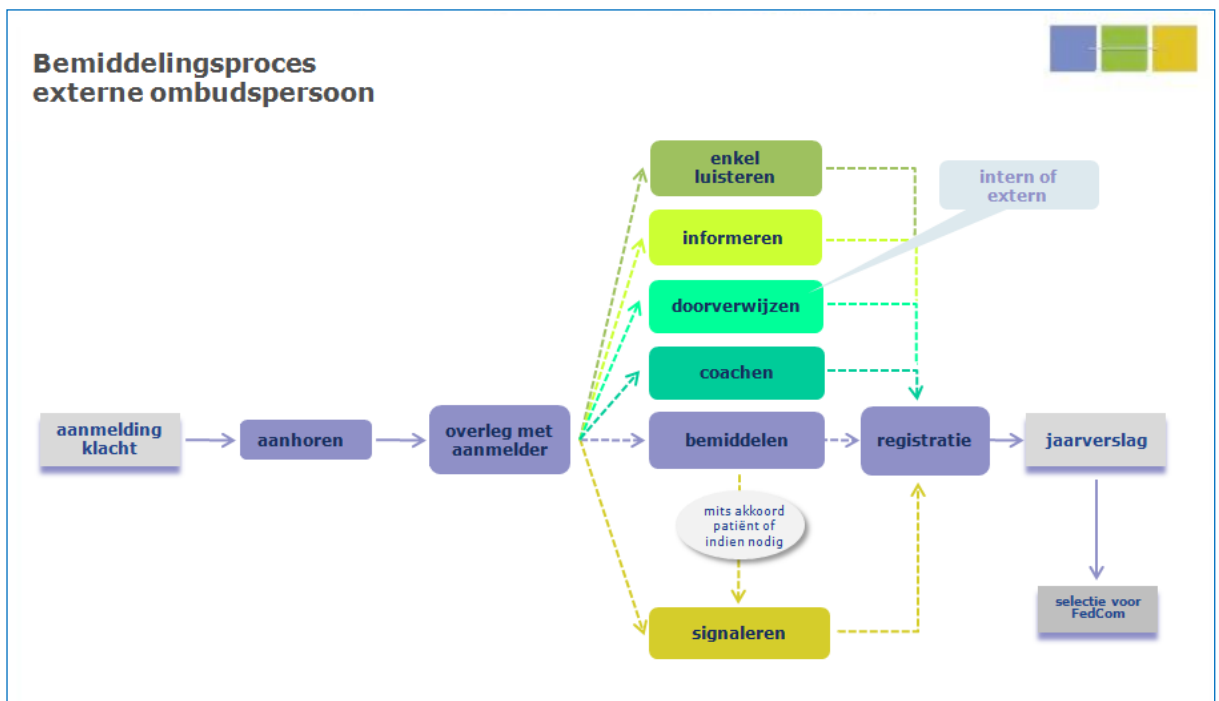
- De ombudspersoon is een personeelslid van het overlegplatform GGZ en is onafhankelijk van de voorziening.
- Hij is gehouden aan de afspraken gemaakt in de overeenkomst tussen het overlegplatform en de voorziening, inclusief een huishoudelijk reglement.
- De patiënt moet de ombudspersoon rechtstreeks kunnen contacteren. Hij heeft de keuze om met zijn vraag of klacht:
 - zich te wenden tot een medewerker van de voorziening;
 - zich te wenden tot de externe ombudspersoon;
 - gebruik te maken van een interne klachtenprocedure, indien gangbaar in de voorziening.



- Werkwijze

- De interventie van de ombudspersoon is bij heel wat aanmeldingen verschillend en vaak meervoudig.
 - Goed **luisteren** vormt de basis van het ombudswerk. Soms verlangt de patiënt niets meer.
 - Soms volstaat **informer** of **doorverwijzen** naar een hulpverlener of een dienst, zowel binnen als buiten de voorziening.
 - Soms verkiest de patiënt zelf de nodige stappen te ondernemen en blijft de rol van de ombudspersoon beperkt tot **coachen**.
 - Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat **bemiddelen**, al dan niet samen met hem of haar.

- Soms wil de patiënt vooral een **signaal** geven of vindt de ombudspersoon het belangrijk dat dit signaal (*mits akkoord van de patiënt*) gegeven wordt, meestal aan de direct betrokken hulpverlener, soms aan de directie.
- Indien het niet tot een oplossing komt, kan de ombudspersoon ook **verwijzen** naar andere instanties waar de patiënt met zijn klacht terecht kan (*ziekenfonds, federale commissie rechten van de patiënt, orde van geneesheren, juridische instanties*).
- De patiënt beslist welke stappen de ombudspersoon onderneemt, wie hij contacteert en aan wie hij feedback geeft.
- Bij voorkeur wordt bemiddeld op het niveau waar het probleem zich voordoet. Zo zal een probleem dat zich situeert op afdelingsniveau, bij voorkeur besproken worden met het afdelingshoofd. Pas indien op dit niveau geen oplossing mogelijk is, kan de directie worden aangesproken.



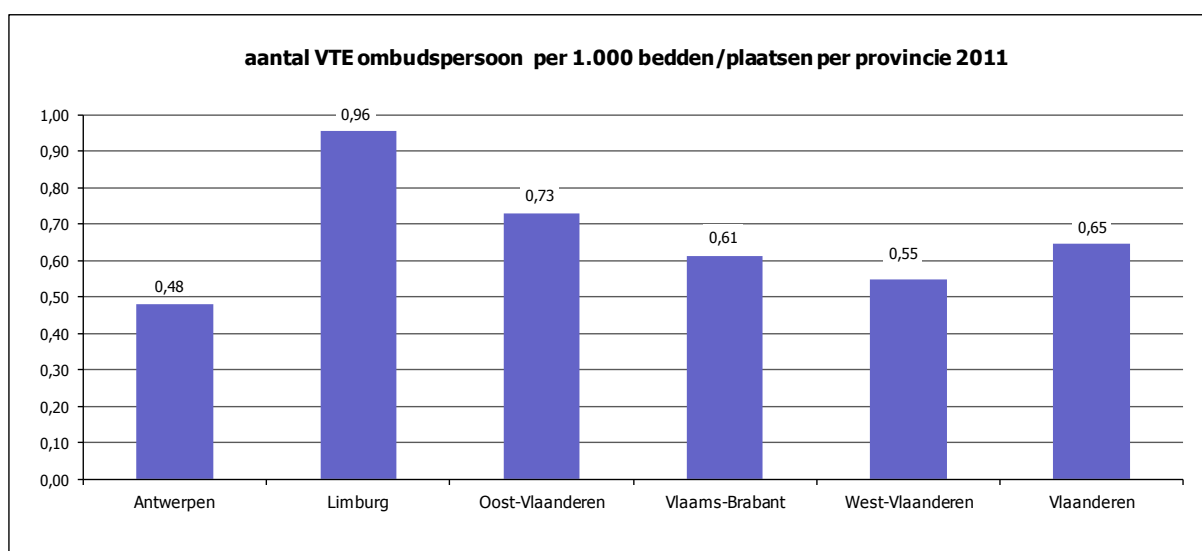
2. Hoeveel ombudspersonen zijn er actief en waar?

Bijna alle GGZ-voorzieningen in Vlaanderen doen een beroep op een ombudspersoon van hun overlegplatform. In sommige psychiatrische centra is daarnaast ook een interne ombudspersoon actief. Er zijn aanzienlijke verschillen per overlegplatform wat de inzet van het aantal VTE ombudspersonen betreft. Dit heeft ongetwijfeld een effect op het ombudswerk en het aantal meldingen.

Aantal ombudspersonen in 2011

	aantal personen	aantal VTE	aantal VZ	aantal VZ per VTE
Antwerpen	1	1,00	28	28,00
Limburg	2	1,20	19	15,83
Oost-Vlaanderen	3	1,73	44	25,43
Vlaams-Brabant	2	1,00	23	23,00
West-Vlaanderen	2	1,00	31	31,00
<i>totaal</i>	<i>10</i>	<i>5,93</i>	<i>145</i>	<i>24,45</i>

Aangezien bijna 85 % van de meldingen betrekking heeft op een psychiatrisch ziekenhuis, geeft het aantal VTE per 1.000 bedden of plaatsen in een PZ een beter beeld op de beschikbaarheid van de ombudspersonen.



Limburg scoort hier opvallend hoog. Iets meer dan twee halftijdse ombudspersonen (*1,20 VTE*) kunnen zich focussen op 4 middelgrote psychiatrische ziekenhuizen. In Limburg kan men relatief kort op de bal spelen en dat zal ook blijken uit het aantal meldingen.

In contrast hiermee valt Antwerpen op, waar 1 voltijdse ombudspersoon 5 psychiatrische ziekenhuizen bedient.

In Oost-Vlaanderen bedienen 3 deeltijdse ombudspersonen (*1,73 VTE*) 11 psychiatrische ziekenhuizen.

West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant zetten elk 2 halftijdse ombudspersonen in voor een vergelijkbaar aantal psychiatrische ziekenhuizen (*7 en 8*).

De contactgegevens van alle ombudspersonen van de overlegplatforms GGZ zijn te vinden in de rubriek "Wie en waar?" op www.ombudsfunctieggz.be.

3. Zijn er veel klachten en waarover?

Pas in de loop van 2004 werd de ombudsfunctie binnen de geestelijke gezondheidszorg nagenoeg in alle voorzieningen operationeel. Vanaf 2005 zijn de gegevens die alle ombudspersonen registreren vergelijkbaar.

In de registratie kiezen we voor de term "aanmelding". Niet alle meldingen zijn klachten. Soms gaat het over een vraag om informatie. Soms wil men gewoon eens zijn verhaal doen, vraagt men een second opinion of wil men met de ombudspersoon overleggen hoe een probleem aan te kaarten bij de hulpverlening. Soms gaat het over een klacht over een hulpverlener of over de voorziening, maar ook wel eens over derden (*bv. bewindvoerder, ocmw, ...*).

Vaak doet een patiënt tijdens zijn bezoek aan de ombudspersoon meerdere meldingen: naast klachten over verschillende aspecten van de opname, de behandeling of het verblijf, stelt hij soms ook louter informatieve vragen. Elke informatievraag of elke klacht met betrekking tot een patiëntenrecht wordt als een afzonderlijke melding geregistreerd.

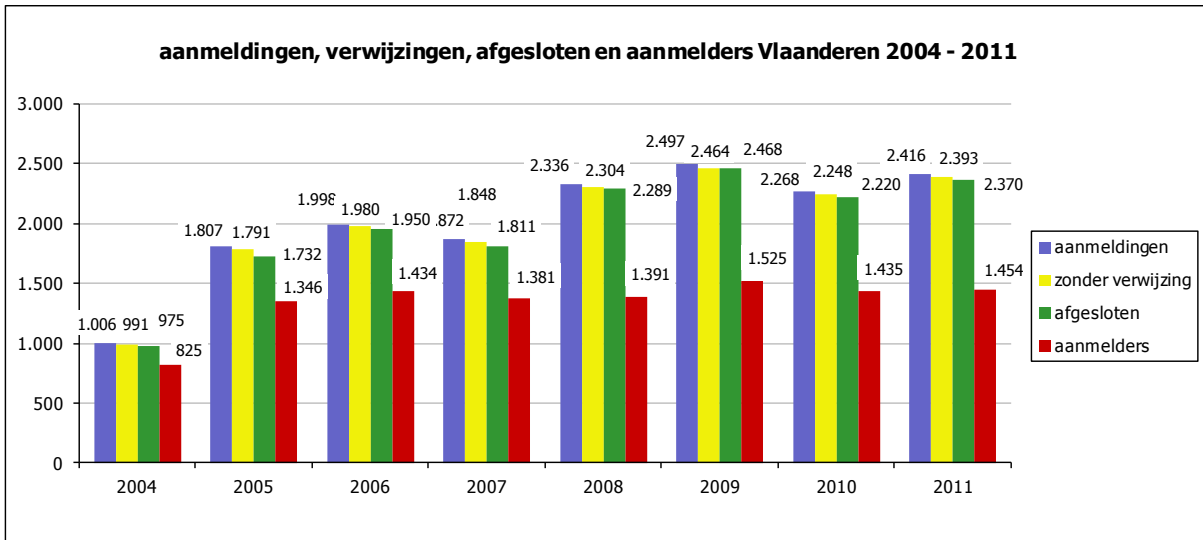
Dit is ook logisch. De verschillende klachten hebben dikwijls betrekking op andere hulpverleners en ook de afhandeling verloopt meestal anders (*andere interventie, verschillende afhandelingstijd*). Daarom is het belangrijk ook te kijken naar het aantal melders.

Als heraanmelder wordt beschouwd: een patiënt die in het lopend jaar meerdere meldingen deed vanuit dezelfde voorziening. Deze meldingen kunnen gebeuren tijdens één contact met de ombudspersoon, maar ook gespreid zijn over een kalenderjaar.

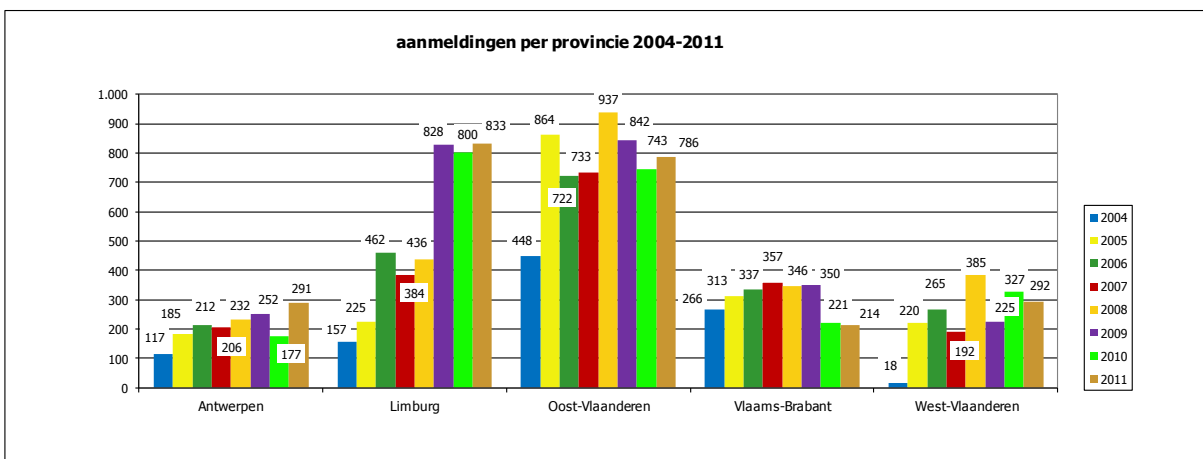
Bij het interpreteren van de gegevens is het belangrijk zich te realiseren dat het hier enkel gaat over meldingen die de externe ombudspersoon bereiken. Uit hoge of lage scores op bepaalde items mag niet afgeleid worden dat het met een of ander facet van de praktijk in de voorzieningen goed of slecht gaat. Veel problemen worden - gelukkig maar - op de werkvloer zelf opgelost. Veel hangt ook af van de mate waarin patiënten hun patiëntenrechten kennen en vertrouwd zijn met de mogelijkheden van de externe ombudsfunctie of andere klachtenkanalen. Ook de toegankelijkheid van de ombudspersoon speelt een rol, evenals de mate waarin het klimaat binnen een voorziening het bespreken van onvrede toelaat.

Aanmeldingen en aanmelders

We stellen vast dat vanaf 2008 het aantal meldingen en aanmelders zich op Vlaams niveau stabiliseert. In 2011 waren er 2.416 meldingen van 1.454 aanmelders, iets minder dan in het topjaar 2009.



Per overlegplatform is het patroon heel wat grilliger. Het aantal **aanmeldingen** hangt vaak samen met de beschikbaarheid van de ombudspersoon en de mate waarin deze laagdrempelig kan werken.



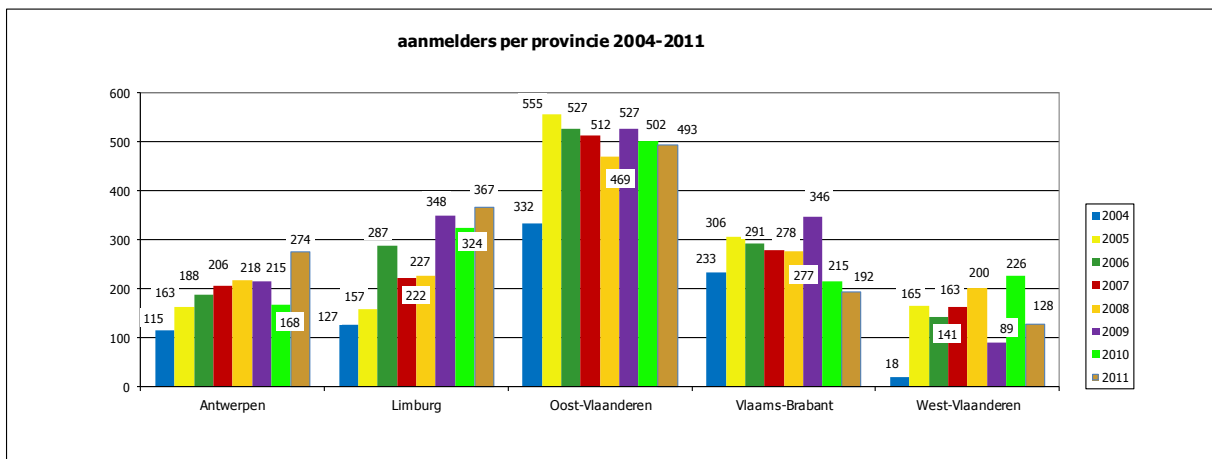
In Limburg en Oost-Vlaanderen consolideert het aantal meldingen zich op een relatief hoog niveau.

In de andere provincies ligt het aantal meldingen duidelijk lager en vertoont het een vrij grillig patroon. Veel hangt samen met de wisselende inzet van ombudspersonen tijdens de voorbije jaren.

Wat het aantal **aanmelders** betreft, scoort Oost-Vlaanderen opvallend hoog.

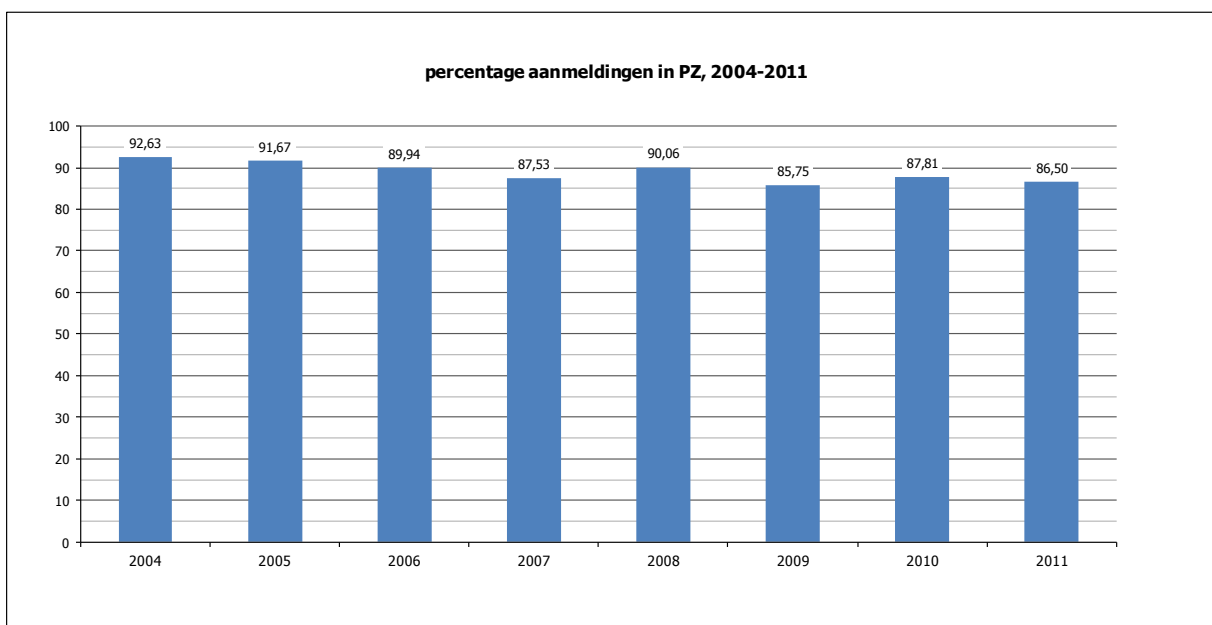
Het hoge aantal meldingen in Limburg weerspiegelt zich dan weer niet in een vergelijkbaar hoog aantal aanmelders. In Limburg wordt de ombudsfunctie vaker dan in andere provincies aangesproken door aanmelders die in de loop van het jaar meerdere meldingen doen.

In Antwerpen en Vlaams-Brabant is de verhouding tussen het aantal meldingen en aanmelders gelijkloper en constanter dan in de andere provincies.



Het leeuwendeel van de meldingen, meer dan 85 %, komt uit de **psychiatrische ziekenhuizen**. Er kan verwacht worden dat het aantal meldingen uit de psychiatrische verzorgingstehuizen (*PVT*) de komende jaren lichtjes zal stijgen (*meer en jongere PVT-bewoners en meer ombudspersistentie in PVT*).

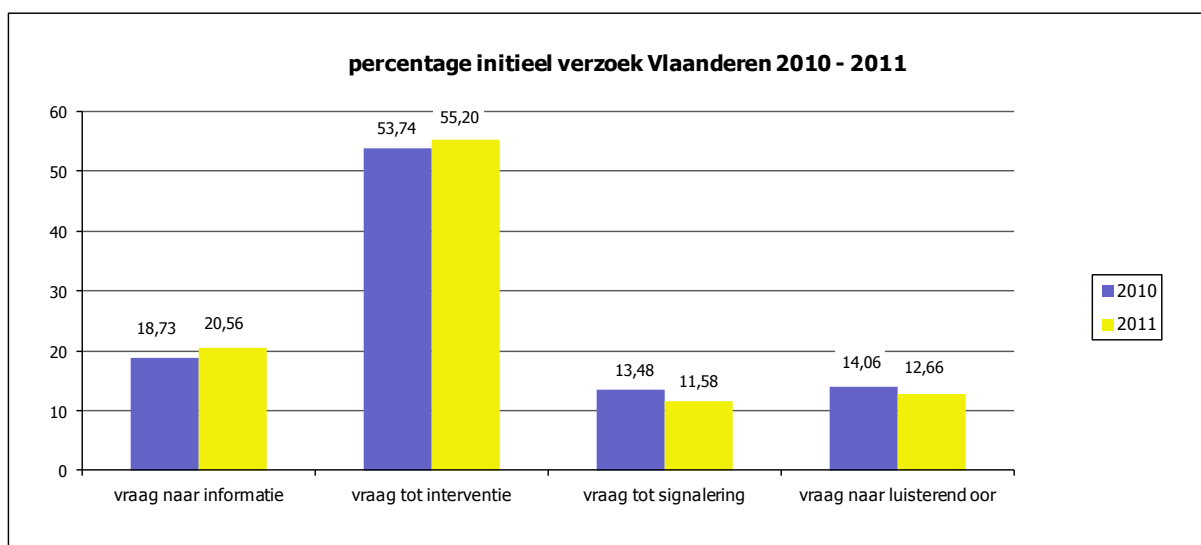
In beschut wonen (*BW*) en zeker in de centra geestelijke gezondheidszorg (*CGG*) blijft het aantal meldingen beperkt, wellicht omdat men er voornamelijk op afspraak werkt. Wanneer een patiënt ontevreden is over een ambulante dienst, blijft hij er weg of kiest hij een andere.



In de geestelijke gezondheidszorg doet men zelden een beroep op een ombudspersoon wanneer men deze niet persoonlijk kan contacteren. Waar de ombudspersoon enkel te bereiken is op afspraak (*telefonisch, schriftelijk of via e-mail*) blijft het aantal meldingen beperkt, alle informatiecampagnes, via affiches, folders of websites ten spijt. Het persoonlijk aanspreekbaar en bereikbaar zijn van de ombudspersoon is een belangrijke voorwaarde voor de werkbaarheid van de ombudsfunctie.

Wat vraagt de patiënt?

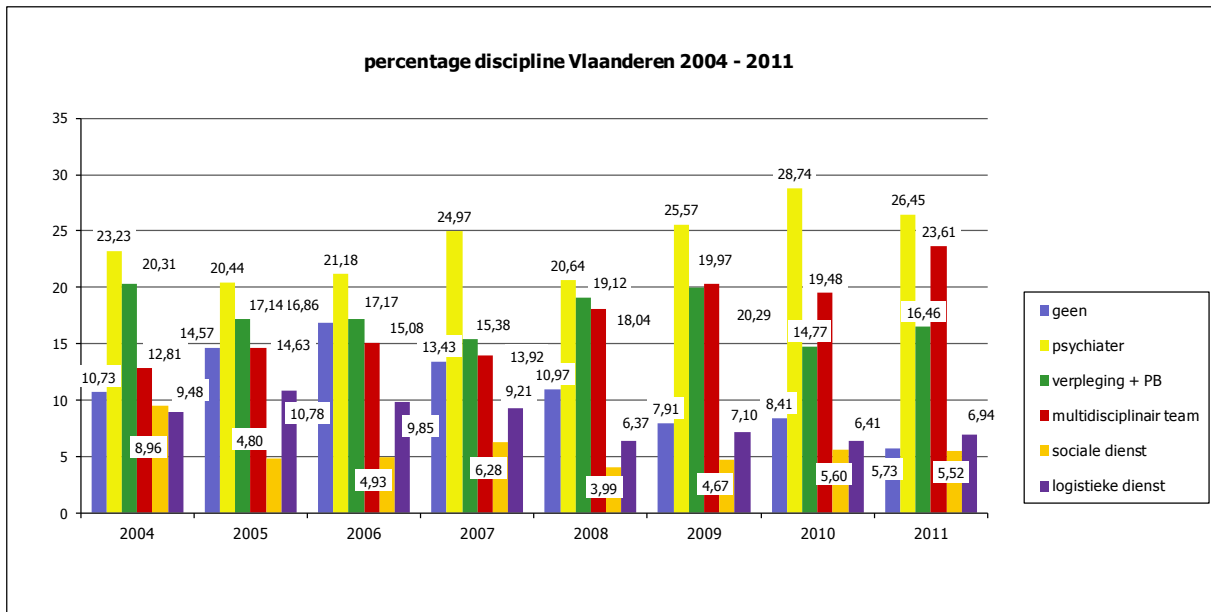
Net zoals tijdens de voorgaande jaren betreft ruim de helft van de meldingen in 2011 een **initieel verzoek** tot interventie. Vragen naar informatie, signalering of luisterend oor schommelen lichtjes en blijven beperkt. Vragen om een financieel akkoord komen in de GGZ zelden voor, amper 75 keer in 2011.



Over welke hulpverleners?

Ook al heeft een melding soms betrekking op meerdere **disciplines**, toch wordt er per melding slechts één, de belangrijkste, vooral vanuit het perspectief van de patiënt, geregistreerd. Ook al zijn sommige disciplines zoals psycholoog, maatschappelijk assistent, opvoeder nog steeds geen erkende gezondheidsberoepen, toch zijn meldingen over deze disciplines ontvankelijk voor de ombudspraktijk in de GGZ. Strikt genomen is de patiëntenrechtenwet op hen niet van toepassing. De ombudspraktijk wordt evenwel geregeld via een overeenkomst met de voorziening, waarin duidelijk bepaald is dat alle medewerkers de patiëntenrechten moeten respecteren. In de praktijk stelt bemiddelen met deze medewerkers ook zelden of nooit een probleem.

De meldingen zijn behoorlijk gespreid over alle disciplines. In de volgende grafiek hebben we een aantal disciplines samengevat in bredere categorieën.



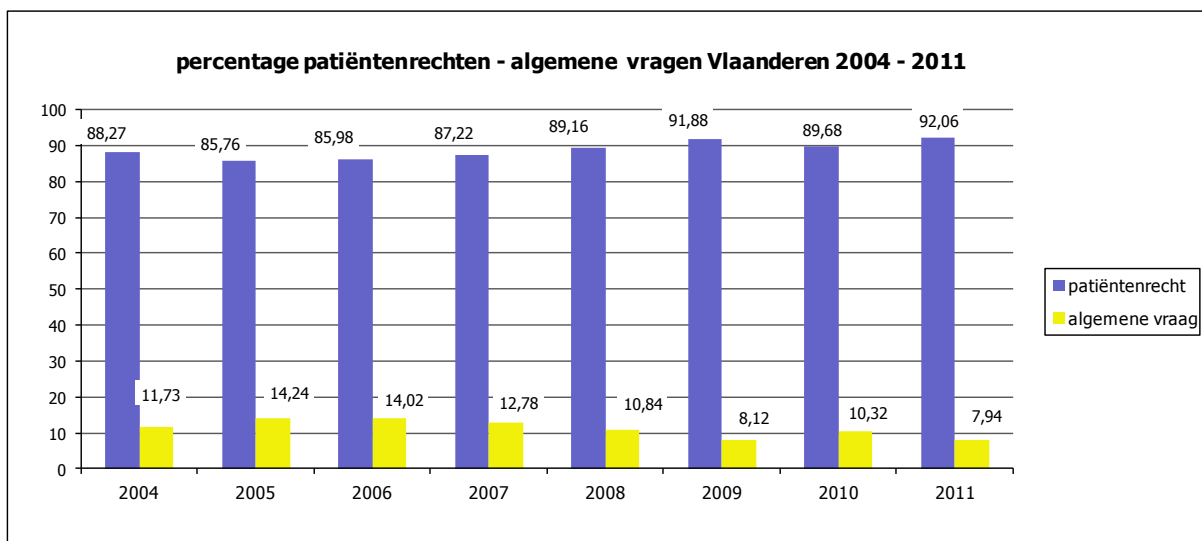
De psychiater is de spilfiguur in de geestelijke gezondheidszorg. Het is dan ook niet onlogisch dat het grootste aantal aanmeldingen op deze discipline betrekking heeft, gevolgd door multidisciplinair team en verpleging. Het multidisciplinair team wordt geregistreerd telkens wanneer de patiënt niet dadelijk één discipline aanduidt, maar wanneer het toch gaat om een probleem van directe patiëntenzorg. Aanmeldingen met betrekking tot multidisciplinair team, verpleging, persoonlijke begeleiding en sociale dienst hangen vaak samen.

Het aantal aanmeldingen dat op geen enkele discipline betrekking heeft, vertoont een dalende tendens, wat erop wijst dat het aantal louter informatieve vragen, los van de patiëntenrechten, afneemt.

Louter informatievragen versus aanmeldingen over patiëntenrechten

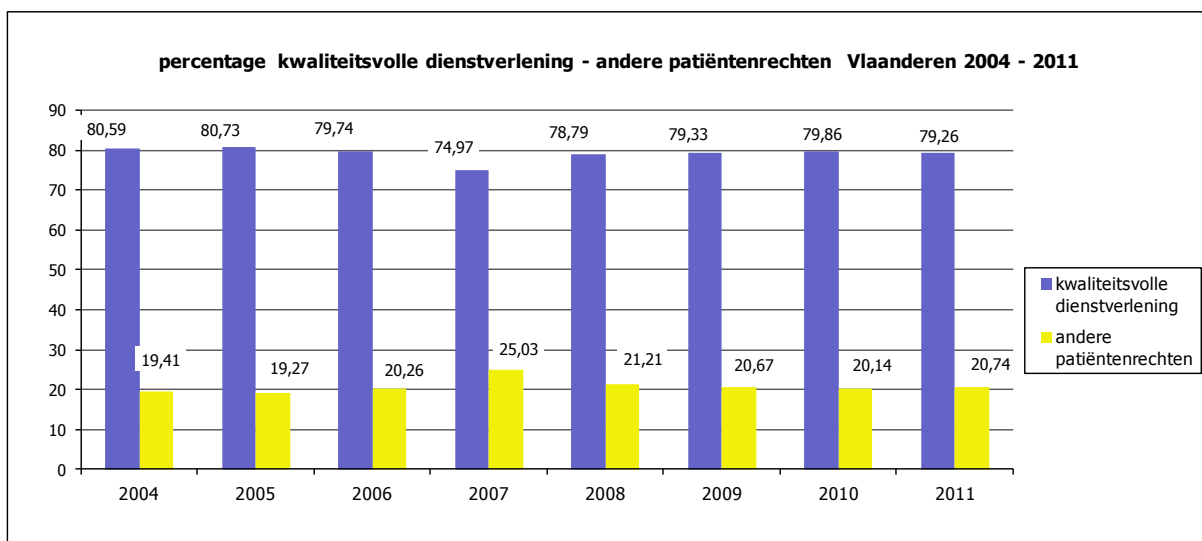
Elke aanmelding heeft ofwel betrekking op één patiëntenrecht ofwel betreft het één informatievraag los van de patiëntenrechten. Er wordt per aanmelding slechts één aanmeldingscode geregistreerd, ook al zijn er in het verhaal van de aanmelder vaak meerdere patiëntenrechten in het spel of bevat het meerdere algemene informatievragen. Het aantal louter **informatievragen** (*los van de patiëntenrechten*) vertoont een dalende tendens.

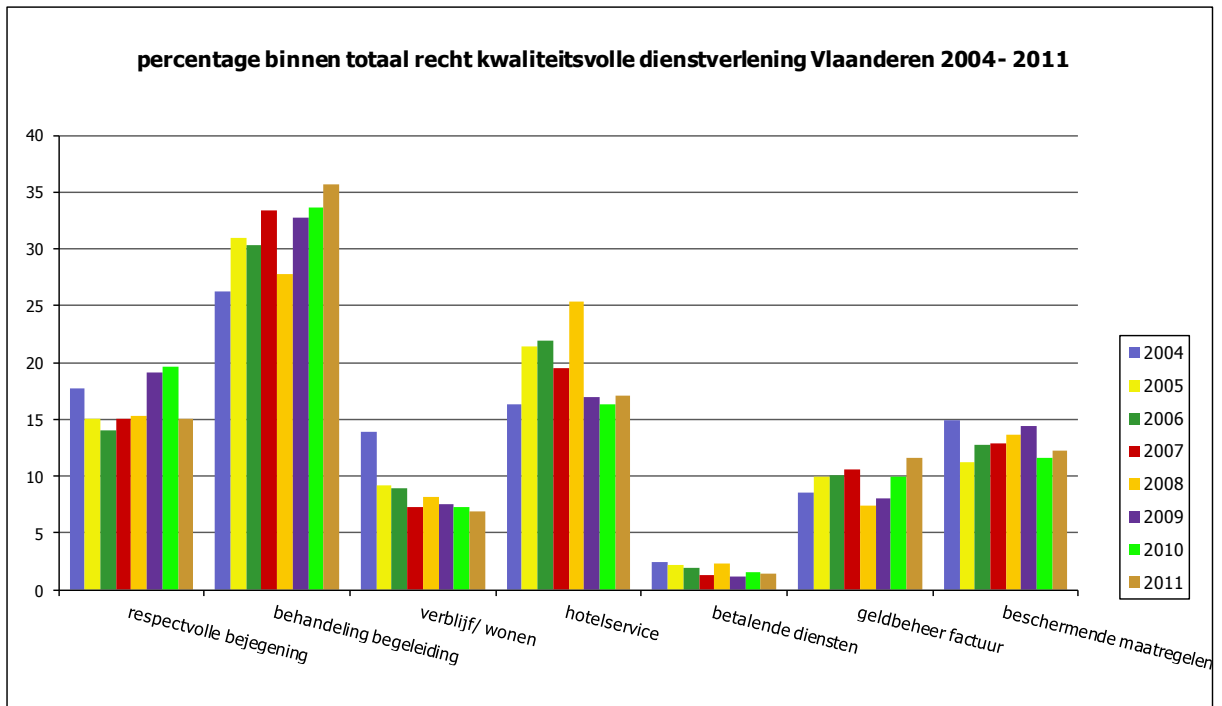
De louter informatieve vragen gaan over heel verschillende onderwerpen (*familiaal, juridisch, financieel, tewerkstelling, huisvesting, ...*). Ook puur informatieve vragen over patiëntenrechten worden hier geregistreerd. Soms contacteert de patiënt eerder de ombudspersoon dan iemand van de begeleiding, omdat hij de garantie heeft dat zijn probleem niet doorgegeven wordt aan het team. Soms vraagt men aan de ombudspersoon een second opinion. Soms heeft een patiënt gewoon de behoefte om zijn "levensverhaal" te doen aan een buitenstaander.



In de volgende grafieken worden de aanmeldingen weergegeven die betrekking hebben op een **patiëntenrecht**. Enkel het patiëntenrecht waarrond de ombudspersoon één of andere actie onderneemt wordt geregistreerd. Onderneemt de ombudspersoon actie rond meerdere patiëntenrechten dan wordt het verhaal van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aanmeldingen.

Het grootste aandeel van de aanmeldingen (*bijna 80 %*) heeft betrekking op het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening**. Deze verhouding blijft stabiel over alle registratiejaren heen. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening is dan ook een vlag die vele ladingen dekt, zoals blijkt uit de tweede grafiek.





Behandeling/begeleiding blijft doorheen de jaren de meest geregistreerde sub-categorie met betrekking tot het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, met een lichte stijging de laatste 3 jaar.

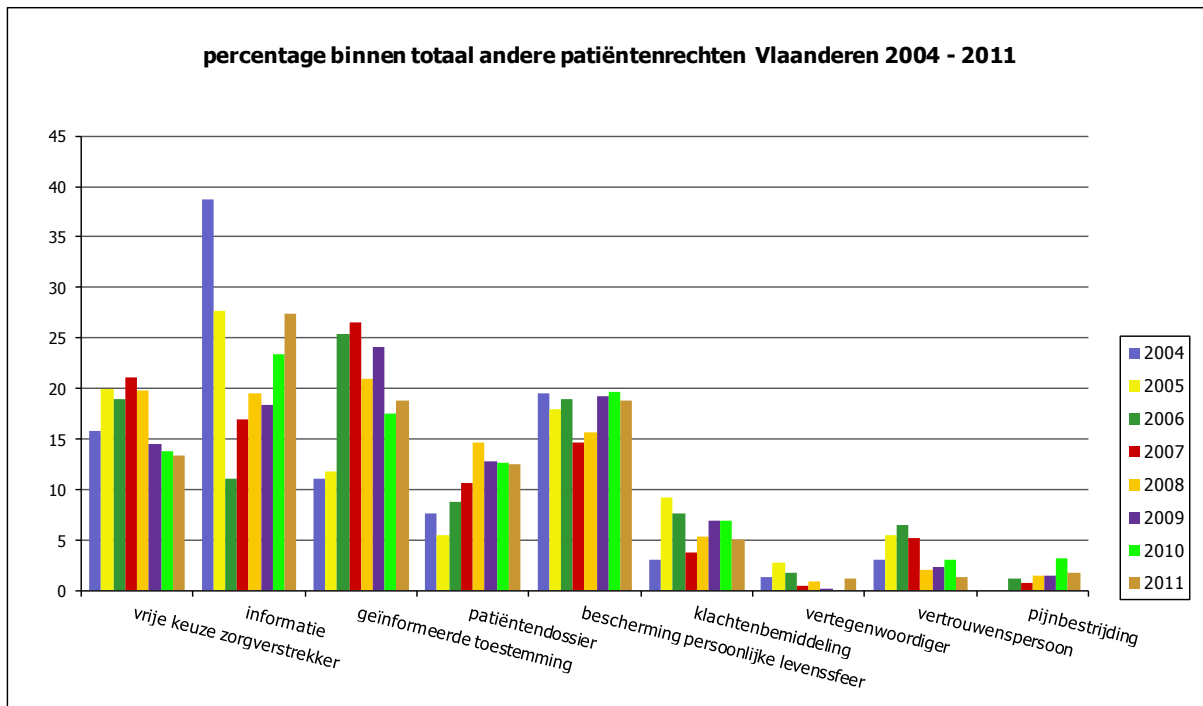
Elke subcategorie binnen kwaliteitsvolle dienstverlening wordt opgesplitst in concrete items. Ongeacht de subcategorie zijn dit de meest geregistreerde items (2004-2011):

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. correcte omgangsvormen | 7. luisterbereidheid |
| 2. voeding | 8. somatische verzorging |
| 3. beëindiging behandeling/verblijf | 9. regels |
| 4. infrastructuur/accommodatie | 10. beperkte bewegingsvrijheid |
| 5. gedwongen opname | 11. bewindvoering |
| 6. voldoende beschikbaarheid | 12. veiligheid goederen |

Het item **correcte omgangsvormen** binnen de subcategorie respectvolle bejegening levert sinds 2008 telkens het meeste aantal meldingen op. De concrete inhoud kan heel erg uiteenlopen. Soms klaagt de patiënt over betutteling. Soms heeft hij de indruk dat een personeelslid hem viseert, te vaak berispt, kleineert, uitlacht of gewoon compleet negeert. Soms gaat het over slechte ervaringen met afzondering. Uitzonderlijk betreft het klachten over geweld of ongewenste intimiteiten.

Voeding staat meestal in de top 3. Verschillende aspecten komen hierbij aan bod: hoeveelheden, variatie en kwaliteit, eentonige vegetarische maaltijden, halvoeding, problemen met distributie (*niet warm genoeg, verkeerde bestellingen*), diëten, tijdstip van de maaltijden. Meldingen rond **infrastructuur** zijn nog ruimer: gebrek aan éénpersoonkamers met problemen met kamergenoten als gevolg, allerlei kleine defecten die lang op herstelling wachten, TV- en internetaansluiting, sanitair, douches.

Als we ons beperken tot de overige **meer specifieke patiëntenrechten** dan komt het recht op informatie nog het vaakst aan bod. Er zijn heel wat minder aanmeldingen rond rechten zoals bescherming van de persoonlijke levenssfeer, geïnformeerde toestemming en vrije keuze van zorgverstrekker.



Aanmeldingen over het recht op inzage patiëntendossier, klachtenbemiddeling op zich, pijnbestrijding, een vertrouwenspersoon of een wettelijke vertegenwoordiger komen nauwelijks voor.

Hoewel binnen de gebruikte categorieën enkele verschuivingen worden vastgesteld, blijven de verhoudingen tussen de categorieën onderling nagenoeg behouden.

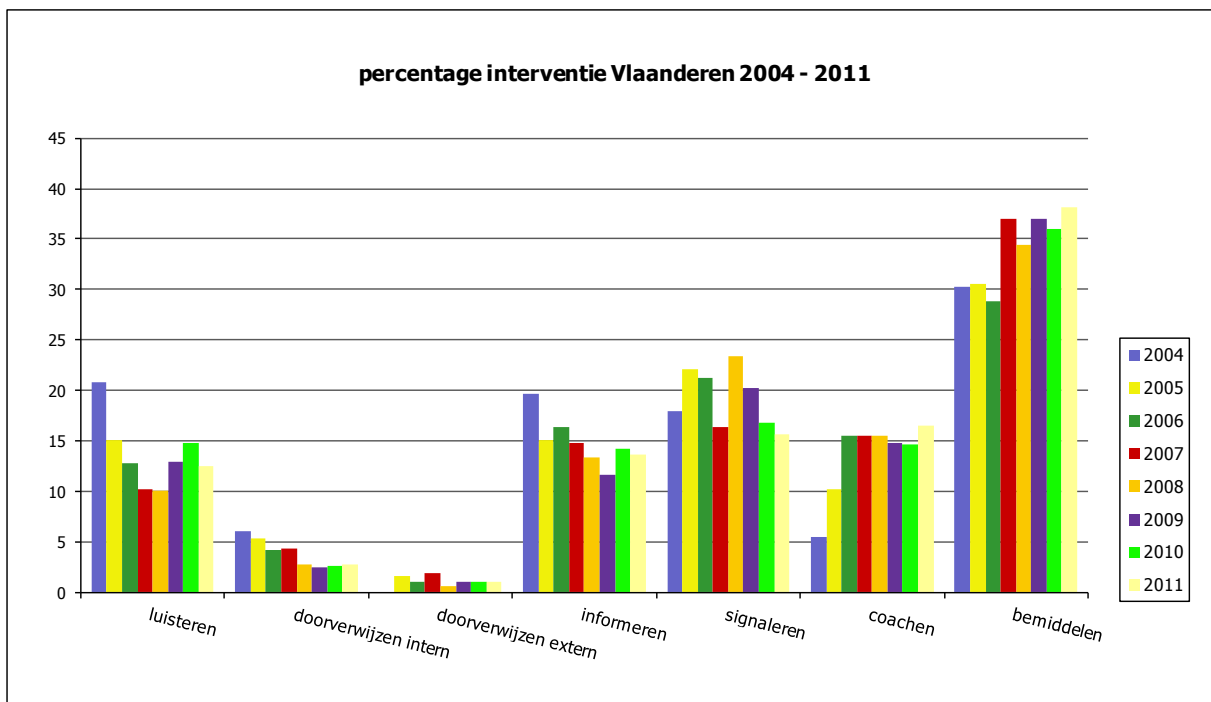
We zien een licht stijgende trend bij het recht op informatie en het recht op inzage van kopie patiëntendossier, een licht dalende trend bij het recht op vrije keuze zorgverstrekker en geïnformeerde toestemming. Misschien omdat de ervaring leert dat bemiddeling hierrond zelden leidt tot een oplossing?

Patiënten doen vooral aanmeldingen over probleemsituaties die een directe impact hebben op hun eigen welbevinden. Net zoals heel wat hulpverleners zijn ze nog steeds onvoldoende op de hoogte van de bescherming die bepaalde patiëntenrechten hen kunnen bieden.

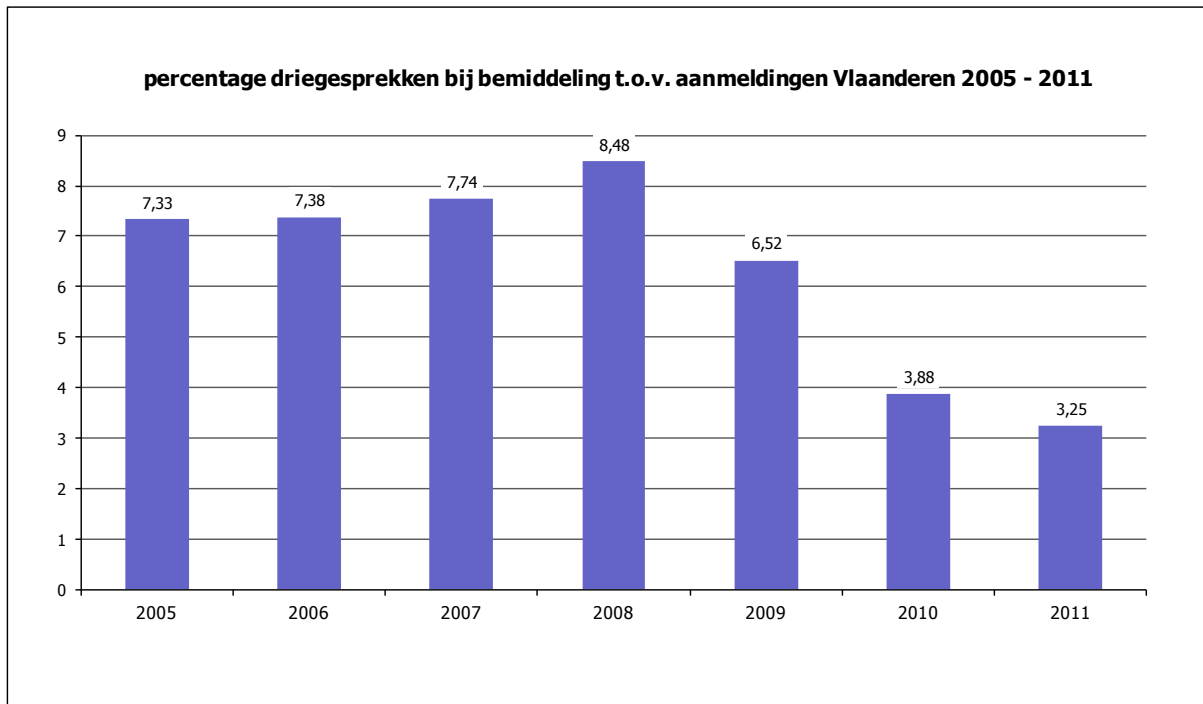
Wat onderneemt de ombudspersoon?

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (2.370 in 2011). Voor de werkwijze en verschillende interventies van de ombudspersoon verwijzen we naar p. 6. We registreren slechts de belangrijkste interventie.

Zoals blijkt uit volgende grafiek, blijft bemiddelen de belangrijkste **hoofdinterventie**. In meer dan de helft van de aanmeldingen werd naar een interventie gevraagd (*initieel verzoek, zie p. 13*). Via bemiddelen, signaleren en coachen voldoen de ombudspersonen in ruime mate aan deze vraag.



Driegesprekken waarbij de patiënt de vraag samen met de ombudspersoon en de betrokken hulpverlener uitklaart, blijven (te) beperkt. Aangezien de meeste ombudspersonen slechts een dag of dagdeel per week in een voorziening werken, is een driegesprek niet makkelijk te organiseren. Betrokken hulpverleners zijn op dat moment dikwijls niet beschikbaar. Naast deze praktische moeilijkheden ervaren ombudspersonen ook nog regelmatig drempelvrees bij de betrokkenen, zowel patiënten als beroepsbeoefenaars, om rechtstreeks en open te communiceren in het bijzijn van een "buitenstaander".



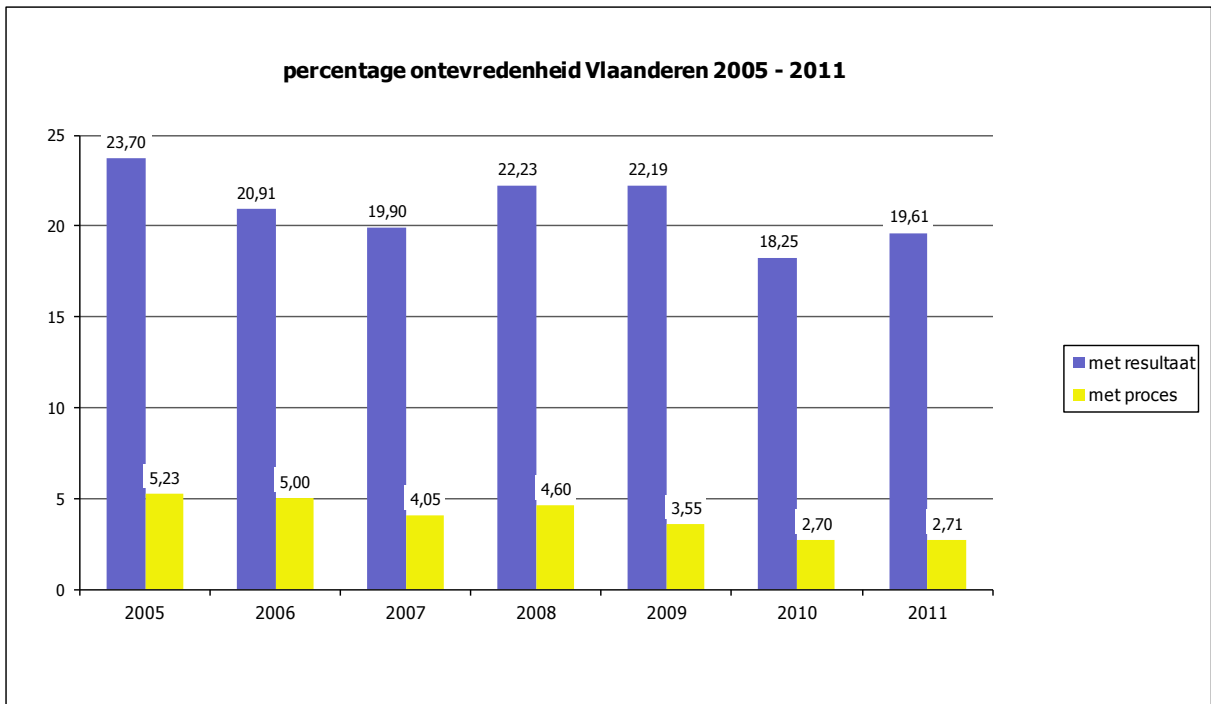
Evaluatie ombudswerk

Momenteel beschikken we (*nog*) niet over een betrouwbaar instrument om de **tevredenheid** over het ombudswerk rechtstreeks bij de betrokken patiënt te bevragen. Het lijkt ons belangrijk om in de toekomst een praktisch instrument te ontwikkelen. Volgende grafiek is gebaseerd op een inschatting door de ombudspersoon zelf of op de feedback die hij tijdens het ombudswerk van de patiënt ontvangt.

Opvallend is dat de aanmelders doorgaans minder tevreden zijn over het **resultaat** van het ombudswerk dan over het **proces**. Het percentage aanmeldingen waarover de ombudspersoon geen feedback heeft, blijft echter vrij hoog.

Aanmelders zijn vaak tevreden over opvang, luisterbereidheid, coaching en bemiddeling door de ombudspersoon, maar ervaren nog vaak te weinig "resultaat" in termen van een (*vanuit hun positie*) gunstige verandering. De beperkte afdwingbaarheid van een aantal patiëntenrechten kan leiden tot teleurstelling.

Aangezien de ombudspersoon een neutrale positie dient in te nemen, is het logisch dat bij sommige aanmeldingen de patiënt zich niet kan verzoenen met de aanpak van de ombudspersoon.



We hebben geen zicht op het aantal klachten over het functioneren van de ombudspersoon, die bij de voorziening zelf en/of de overheid (*federale ombudsvrouw, inspectie Vlaamse gemeenschap*) terechtkomen. Registratie en/of signalering hiervan zou een meer onafhankelijke indicator kunnen opleveren.

Hoeveel is veel?

Om uit te maken of er in de Vlaamse GGZ veel klachten tot bij de ombudspersonen komen, zou men moeten kunnen vergelijken.

Vergelijken met het aantal klachten in algemene ziekenhuizen is moeilijk, omdat er op een andere manier wordt geregistreerd (*per klachtendossier, niet per patiëntenrecht*) en de gegevens ook vrij onvolledig zijn. In 2010 werden er in 67 Vlaamse algemene ziekenhuizen 11.854 klachtendossiers geregistreerd in functie van de minimale registratie voor de Federale Commissie.

Bovendien is de context ook totaal anders. In algemene ziekenhuizen, ook in de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (*PAAZ*), passeren veel meer patiënten. Meestal heeft de patiënt zelf het ziekenhuis gekozen. De verblijfsduur is er veel korter. In de psychiatrische centra, zowel ziekenhuizen als PVT, verblijven patiënten soms jaren. Sommigen zelfs het grootste deel van hun leven. Velen zijn er gedomicilieerd. Een aanzienlijk percentage verblijft er onder een gedwongen sta-tuut. Veel klachten hebben te maken met het samenleven met personen die men niet zelf heeft gekozen. Dit is ook zo in beschut wonen.

De Federale Commissie "Rechten van de patiënt" probeert enig overzicht te behouden over de klachten rond patiëntenrechten. De jaarverslagen en analyses zijn raadpleegbaar op www.patientrights.be bij "Federale Commissie".

Vergelijken met de GGZ in Nederland is al even problematisch. De gegevens werden door de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon (*PVP*) maar tot 2006 bijgehouden op de website www.pvp.nl. Toen kwam men aan 24.428 klachten en/of informatie-vragen.

In Nederland zijn wel meer dan 50 vertrouwenspersonen actief. De Stichting PVP beschikt over een ruime staf die deze vertrouwenspersonen kan ondersteunen. De positie van de vertrouwenspersoon is ook enigszins anders dan die van de ombudspersoon binnen de Belgische patiëntenrechtenwet. Hij staat aan de kant van de patiënt en hoeft geen neutrale positie in te nemen bij zijn interventie.

De gegevens in het jaarverslag over de Vlaamse GGZ laten wel toe om bepaalde tendensen vast te stellen. Daarnaast kan een voorziening zijn gegevens vergelijken met het geheel van de gegevens binnen een provincie of binnen een bepaalde voorzieningensoort.

4. Wat levert het ombudswerk in de GGZ op?

Het is voor de ombudspersonen erg moeilijk om uitspraken te doen over eventuele effecten van het ombudswerk op het kwaliteitsbeleid van GGZ-voorzieningen. Toch leeft de verwachting dat de betrokken organisaties hun beleid bijsturen op basis van de feedback vanuit het ombudswerk.

Sommige aanbevelingen verschillen van jaar tot jaar, andere worden bijna jaarlijks herhaald. Sommige verbeteracties zijn aangestuurd door opgelegde verplichtingen vanwege de overheid, andere worden op gang gebracht door de aanbevelingen van de ombudspersonen of vanuit een eigen analyse of evaluatie binnen de voorziening zelf.

Het blijft de verantwoordelijkheid en de keuzevrijheid van de voorziening om aanbevelingen te wege, te selecteren en eventueel om te zetten in verbeteracties.

Ombudspersonen worden niet systematisch geïnformeerd door de voorzieningen over de acties die worden ondernomen in het kader van kwaliteitsverbetering en/of analyse van de aanbevelingen geformuleerd door de ombudspersonen. Toch springen enkele **verbeteracties en initiatieven** van de voorbije jaren in het oog.

Enkele voorbeelden:

- De federale brochure "Uitnodiging tot dialoog" over de patiëntenrechtenwet wordt in heel wat voorzieningen systematisch aangeboden bij opname of geïntegreerd in de opnamebrochure. De **patiëntenrechten** en **ombudsfunctie** worden vermeld op de websites van de meeste voorzieningen.
- Op heel wat crisis- en opnamediensten wordt de brochure "**van GEDWONGEN OPNAME tot NAZORG**" ter beschikking gesteld van patiënten die met deze procedure te maken hebben.
- In heel wat residentiële voorzieningen worden creatieve antwoorden gezocht op vragen naar meer zorg op maat wat betreft de **voeding**.
- De voorbije 5 jaar zagen we een radicale breuk in het **rookbeleid**. Ook de GGZ-voorzieningen ontsnapten niet aan de algemene maatschappelijk trend. Initieel zorgde dit voor heel wat klachten, maar de trendbreuk lijkt in de meeste voorzieningen inmiddels verteerd, zeker waar men voor chronische patiënten een creatieve oplossing wist te bedenken.
- Al of niet draadloos **internet** behoort stilaan tot de hotelservice van elk psychiatrisch centrum. In sommige voorzieningen denkt men aan therapeutische toepassingen.
- **Mobiele equipes** vangen langdurige afwezigheden van basispersoneel in afdelingen op.
- In het kader van **artikel 107** wordt gewerkt aan alternatieve ambulante opvang voor patiënten waarvoor het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis nog weinig meerwaarde biedt.

In wat volgt geven we beknopt een aantal specifieke aandachtspunten en aanbevelingen weer bij elk van de **patiëntenrechten**. We hebben een selectie gemaakt van de vele aandachtspunten en aanbevelingen uit de jaarverslagen van de voorzieningen, ofwel omdat ze bijna overal vermeld worden, ofwel omdat ze in dit overzicht een bijzondere vermelding verdienen.

Er valt algemeen nog heel wat te doen inzake een betere **bekendmaking** van de patiëntenrechten. Het is belangrijk dat men deze vertaalt naar de dagdagelijkse praktijk. Zowel patiënten als hulpverleners hebben weinig aan brochures en informatiesessies wanneer deze te ver afstaan van de eigen zorg- of werksituatie. Hulpverleners moeten leren om de patiëntenrechten en klachten aan te grijpen als een kans tot dialoog. Het rekening houden met de patiëntenrechten moet geïntegreerd worden in de basishouding van de hulpverlener. De patiëntenrechten responsabiliseren de patiënt om de verantwoordelijkheid voor zijn eigen zorg op te nemen.

1. Recht op kwaliteitsvolle zorg (art. 5)

Veel aanmeldingen hebben te maken met het te weinig beschikbaar zijn van de psychiater en andere hulpverleners. Dit heeft te maken met personeelsnormen, maar evenzeer met hoe de beschikbare tijd wordt besteed.

- Zorgen voor voldoende face-to-face contacten tussen patiënt en hulpverleners.
- Administratieve taken en overlegmomenten zo efficiënt mogelijk organiseren.
- Aandacht voor luisterbereidheid en communicatieve vaardigheden van hulpverleners.

Veel vragen ten aanzien van de ombudspersonen zijn eigenlijk vragen naar verduidelijking of informatie.

- Algemene luisterbereidheid en tijd voor de patiënt.
- Patiëntenvergaderingen op voorzienings- en afdelingsniveau.
- Aandacht voor het adequaat informeren van patiënten, niet alleen via brochures, websites en publicaties, maar vooral via face-to-face en informeel contact.
- Patiënten betrekken bij het uitwerken van deze informatie.

Heel wat aanmeldingen hangen samen met weigering van opname, verplicht of geweigerd ontslag, verplichte of geweigerde transfer naar een andere afdeling of een andere voorziening.

- Via de ambulante teams in het kader van artikel 107 alternatieven zoeken voor patiënten waarvoor een residentieel verblijf niet langer een meerwaarde betekent.

Er zijn veel aanmeldingen over lacunes in het therapieaanbod, vooral bij afwezigheden en vakantieperiodes. Ook wordt de zin van sommige therapieën soms in vraag gesteld.

- Alternatieven voorzien wanneer therapieën wegvallen, evenals goede communicatie hierover met patiënten (*tijdig verwittigen, motiveren, alternatieven bespreken*).
- Zoveel mogelijk zoeken naar therapieën en activiteiten die aansluiten bij de persoonlijke interesse en mogelijkheden van de patiënt.

Door de (*gemiddeld*) lange opnameduur in psychiatrische centra zijn er relatief veel aanmeldingen over de goede hotelfunctie.

- Patiënten via overleg een stem geven in het beleid rond voeding. Ook hierover goed en tijdig communiceren.
- Nood aan een dynamisch beleid rond voeding (*diëten, moslimoptie, vegetarische alternatieven, ...*). Budgetten evalueren en indien nodig herzien.
- Responsabilisering via eigen kamersleutel (*beveiliging persoonlijke bezittingen, waaronder steeds meer elektronica*).
- Waar mogelijk meerpersoonskamers vervangen door éénpersoonskamers.

Klachten over financiën hebben meestal te maken met bewindvoering.

- Nood aan een patiëntgerichte brochure, in combinatie met een persoonlijke uitleg aan de patiënt, over het voorlopig bewind waarin minimale kwaliteitseisen en good practices worden beschreven. Het is wachten op de nieuwe wet.

Patiënten hebben het vaak moeilijk met de weekend- en verlofregeling in psychiatrische centra. Voorzieningen moeten voldoende verpleegdagen kunnen registreren om hun subsidies te vrijwaren. Patiënten willen dan weer voldoende contact met hun thuissituatie bewaren. De huidige regelgeving rond financiering van psychiatrische ziekenhuizen strookt niet met de ideeën rond de vermaatschappelijking van de zorg.

- Overleg met de overheid over de regelgeving voor de financiering van psychiatrische ziekenhuizen. De regelgeving mag de reïntegratie van de patiënt niet belemmeren.
- Contact tussen patiënt en zijn thuissituatie optimaliseren.

In psychiatrische centra leven patiënten noodgedwongen samen met personen waar ze niet voor gekozen hebben. Regels zijn hierbij onvermijdelijk.

- Regels niet enkel op- maar ook uitleggen.
- Niet elk conflict oplossen door een nieuwe regel in te voeren.
- Patiënten betrekken bij het opstellen en evalueren van afdelingsregels.

Aanmeldingen over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening hebben vaak te maken met respectvolle bejegening.

- Copingmethodieken voor hulpverleners bij situaties van hoge werkdruk en stress.

Afzondering en fixatie worden meestal als zeer traumatiserend beleefd.

- Bij afzondering mag regelmatig persoonlijk contact niet vervangen worden door cameratoezicht.
- Update kader voor afzondering en fixatie.

Ontbreken van de psychologische functie in de PVT.

- Zoeken naar creatieve oplossingen om gesprekken met een psycholoog te organiseren. Samenwerking met CGG.

2. Recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (art. 6)

Elk jaar zijn er een aantal meldingen over de vrije keuze van beroepsbeoefenaar, vooral van psychiater. Omwille van de organisatie per afdeling is vrije keuze meestal niet mogelijk.

- Indien er meerdere psychiaters op een afdeling werken, toch de keuze voorzien, zeker wanneer hiervoor een goede motivatie is.
- Vrije keuze van huisarts (*van het betrokken ziekenhuis of de eigen huisarts*) en externe specialist garanderen.

3. Recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand (art. 7)

Patiënten stellen zich vaak vragen bij de meerwaarde van de opname en de behandeling. Dikwijls hebben ze ook geen zicht op de duur van de opname.

- Herhaald overleg over het doel en de duur van de opname.

4. Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (art. 8)

Er zijn elk jaar een aantal meldingen rond gedwongen medicatie, afzondering en fixatie, al dan niet in het kader van een procedure gedwongen opname. De bemiddelingsruimte van de ombudspersoon is hier vaak beperkt tot het aansporen om te blijven informeren en communiceren.

- Betere regelgeving dwangbehandeling (*zie advies Federale Commissie "Rechten van de patiënt" dd. 18 maart 2011 met betrekking tot de toepassing van art. 8 van de patiëntenrechtenwet in de sector van de geestelijke gezondheidszorg*).

- Voldoende duidelijke en begrijpelijke communicatie rond de medicatie en de neveneffecten. Durven meedenken over alternatieven wanneer de patiënt niet akkoord gaat.

5. Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier (art. 9 §1)

Recht op inzage (art. 9 §2) en afschrift (art. 9 §3) van het patiëntendossier

Er zijn relatief weinig meldingen over dit patiëntenrecht, ondanks de cruciale rol die dit kan spelen in een volwaardige dialoog tussen patiënt en hulpverlener.

- Het patiëntendossier gebruiken als een gemeenschappelijk instrument waarin zowel de hulpverlener als de patiënt zijn bedenkingen kwijt kan. Er zijn goede praktijkvoorbeelden te vinden op het vlak van online dossiers.
- Het recht om als patiënt documenten toe te voegen aan het patiëntendossier beter bekend maken.

6. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)

In psychiatrische centra zijn heel wat mensen gedomicilieerd. Ze leven er lange jaren samen met personen die ze niet zelf hebben gekozen. De weinige privacy die ze hebben, verdient extra bescherming.

- Aandacht voor geheimhoudingsplicht, ook voor personeel buiten de zorg.
- Doorzoeken van kamer en kasten steeds in aanwezigheid van de patiënt en in afwezigheid van irrelevante derden.

7. Recht op het neerleggen van een klacht (art. 11)

Er zijn relatief weinig meldingen over de toegankelijkheid van de ombudsfunctie. Toch moeten we erover waken dat deze ten allen tijde gevrijwaard wordt.

- Klachtrecht ook garanderen voor patiënten in afzondering.

8. Pijnbestrijding gerichte zorg (art. 11 bis)

Het aantal meldingen over het recht op pijnbestrijding is beperkt en gefocust op euthanasie.

- Deze vragen ernstig nemen en hiervoor richtlijnen opstellen.

9. Wettelijke vertegenwoordiger (hoofdstuk 4) en vertrouwenspersoon (art. 7 §2)

Deze twee steunfiguren voor de patiënt zijn nog te weinig gekend.

- Informatie hierover opnemen in opnamebrochures en toelichten.
- Met de patiënt nagaan of hij iemand kan inschakelen als vertrouwenspersoon.
- De mogelijkheid om zelf een wettelijke vertegenwoordiger aan te stellen promoten.

5. Waar staan we 10 jaar na de patiëntenrechtenwet?

Algemeen kunnen we stellen dat de patiëntenrechtenwet zijn nut heeft bewezen en stilaan voet aan de grond krijgt in het werkveld. In de meeste GGZ-voorzieningen staat men open voor de externe ombudsfunctie. Het doet ons plezier dat nagenoeg elke GGZ-voorziening in Vlaanderen inmiddels een beroep doet op een ombudspersoon van de overlegplatforms GGZ. Dit doet geen afbreuk aan de waarde van een intern klachtenbeleid of een interne klachtenbemiddelaar, waarmee de samenwerking overigens meestal constructief is. Openstaan voor klachten, kritische bedenkingen en suggesties vormt de basis voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Tien jaar is echter nog bitter jong voor een wet. Er blijft nog een lange weg te gaan. Uit verschillende onderzoeken, uit de jaarverslagen en uit de dagelijkse ombudspraktijk blijkt dat heel wat patiënten en hulpverleners de patiëntenrechten nog onvoldoende kennen. Ze zijn nog onvoldoende geïntegreerd in de praktijk. De meeste patiënten hebben er ook niet direct een boodschap aan. Hun prioriteit is een goede behandeling. Ze willen die niet op de helling zetten door "rechten" te gaan opeisen, al dan niet via de ombudspersoon. Sommige hulpverleners zien de patiëntenrechten dan weer teveel als een bedreiging, eerder dan als een uitnodiging tot dialoog.

De patiëntenrechtenwet heeft naar ons aanvoelen de zorgrelatie tot nu toe nog onvoldoende veranderd in de richting van meer inspraak van de patiënt in zijn eigen behandel- of zorgtraject. Gelukkig is er nog ruimte voor groei. Er valt meer te halen uit de patiëntenrechten en deze stap van droom naar daad is de gedeelde verantwoordelijkheid van de patiënt én de professionele hulpverlener. De ombudsmannen en -vrouwen werken hier graag aan mee, maar wensen te benadrukken dat patiëntenrechten niet het exclusieve terrein mogen blijven van juridische specialisten en ombudspersonen.

We merken vandaag grote verschillen in de ombudspraktijk per overlegplatform, per voorzieningensoort en zelfs per ombudspersoon. Hierin spelen vele factoren een rol.

We denken in eerste instantie aan het verschil tussen de platforms wat betreft de beschikbare VTE ombudsfunctie. Het aandeel van de subsidie dat de voorzieningen hiervoor doorstorten aan de overlegplatforms GGZ hangt hiermee samen.

Het is ook opvallend dat de ombudspraktijk zich vooral ontwikkelt binnen psychiatrische centra. De laatste jaren stijgt het aantal meldingen vanuit de PVT lichtjes. In dergelijke residentiële settings is (*het contact met*) de ombudsfunctie gemakkelijk te organiseren. In de CGG en BW is dit veel moeilijker. Met de vermaatschappelijking van de zorg staat de ombudsfunctie voor een grote uitdaging.

Verder spelen ook de persoonlijkheid en aanpak van de ombudspersoon, de cultuur van de voorziening (*staat men open voor "klachten"*), de doelgroep (*patiënten in gedwongen statuten hebben meer klachten*), de aanwezigheid van andere klachtenkanalen in de voorziening, de therapeutische benadering (*mate van patiëntgerichtheid*) en een aantal toevallige factoren (*bv. tijdelijke infrastructurele problemen, reorganisatie, personeelsproblemen*) een rol.

Veel of weinig klachten kan dus niet zomaar gekoppeld worden aan een slechte of goede werking. Veel klachten kan juist betekenen dat de voorziening open staat voor kritiek en ernaar streeft de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Veel klachten kan ook betekenen dat patiënten vlot de weg vinden naar de externe ombudspersoon, omdat die voldoende vaak, laagdrempelig en op afdelingsniveau te contacteren is.

Er moet met andere woorden voldoende nuance aan de dag worden gelegd wanneer men cijfers over voorzieningen en provincies heen wil interpreteren en vergelijken.

Tot slot kunnen we ons de vraag stellen of het niet zinvol zou zijn om minimale criteria te formuleren voor de realisatie van een constructieve ombudspraktijk in de GGZ. Deze kunnen bv. focussen op:

- een duidelijke positionering van de ombudsfunctie binnen een algemeen klachtenbeleid;
- het aantal nodige VTE per type voorziening, niet enkel residentieel, maar ook ambulans;
- een verdeelsleutel voor de financiering;
- vorming en intervisie voor de ombudspersonen;
- vorming voor hulpverleners;
- de toegankelijkheid van de ombudsfunctie;
- een methodiek om de ombudsfunctie op een zinvolle manier te evalueren;
- het integreren van de aandachtspunten en aanbevelingen van de ombudsfunctie in het kwaliteitsbeleid.

Genoeg werk aan de winkel voor de komende tien jaar.

Reacties op deze nota en suggesties voor het verbeteren van de ombudsfunctie blijven welkom.

**Een mens heeft twee oren en één mond
om twee keer zoveel te luisteren dan te praten.**

Confucius

6. Basisliteratuur

- Benoit, G. et al. (2010). *De bescherming van de persoon van de geesteszieke*. Brugge: NV Die Keure, 258p. ISBN: 978 90 4860 750 1
- De Hert, M., Magiels, G. & Thys, E. (2003). *Over mijn lijf. Bijsluiter bij de wet over de rechten van de patiënt*. Antwerpen: Houtekiet, 135 p. ISBN : 90 5240 713 21
- Dijkhoffz, W. & Vercruyssen, W. (2010). *Handboek werken met patiënten*. Brussel: Politeia, Aflevering 1 – september 2010, ISBN D/2010/81132/188
- FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu (sd). *Een uitnodiging tot dialoog. Wet "Rechten van de patiënt"*, FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 22 p., ook raadpleegbaar via www.patientrights.be
- Rotthier, K. (2007). *Gedwongen opname. De rechtsbescherming van de psychiatrische patiënt*. Brugge: die Keure, 228 p., ISBN: 978 90 8661 710 4
- Vanhauwaert, K. & Claeys, P. (2011). *van GEDWONGEN OPNAME tot NAZORG*. Gent: PopovGGZ, 20 p.
- Veys, M.-N. (2005-2006). *De positie van de psychiatrische patiënt in de Wet Patiëntenrechten*. Universiteit Antwerpen, 250 p.

Websites

- | | |
|---|--|
| - Federale Commissie Rechten van de patiënt | www.patientrights.be |
| - Ombudsfunctie GGZ | www.ombudsfunctieggz.be |
| - Vlaamse Vereniging van Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen | www.vvovaz.be |
| - Overlegplatforms GGZ | www.overlegplatformsggz.be |
| - Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Nederland | www.pvp.nl |

BIJLAGE Visietekst

"Ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg"

tekst goedgekeurd door IPSOF, juni 2012

Door het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie werd in het voorjaar volgende visietekst goedgekeurd, een synthese op basis van volgende teksten:

- "Ombudsdienst verbonden aan een overlegplatform geestelijke gezondheidszorg" (*werktekst 14 november 2008*)
- "Klachtenbehandeling en ombudsfunctie in de gezondheidszorg, naar een nieuw systeem in België" (*voorstel Koning Boudewijnstichting, 12 januari 2011*)
- Reacties van ombudspersonen GGZ Vlaanderen en Brussel op voorstel KBS
- Antwoorden op de vragen van de federale commissie patiëntenrechten n.a.v. voorstel KBS over de ombudsfunctie 2011
- Synthese van antwoorden van ombudspersonen en coördinatoren van de Vlaamse overlegplatforms GGZ
- Antwoorden op vraagstelling ombudsfunctie GGZ vanuit de adhoc werkgroep "Ombudsfunctie" van de werkgroep Psychiatrie van de NRZV (*13 juli 2011*)

1. Onafhankelijkheid

Aangezien de geestelijke gezondheidszorg evolueert in de richting van zorgcircuits aangeboden door netwerken, lijkt het zinvol om de ombudsfunctie integraal aan te bieden aan een voorzieningen overstijgend niveau. Het idee om per werkingsgebied verbonden aan artikel 107 een onafhankelijke pool van ombudspersonen te voorzien, wordt nu al geopperd.

Op dit moment lijken de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg hiervoor het meest geschikte niveau. De binnen de overlegplatforms en binnen het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (*IPSOF*) ontwikkelde expertise lijkt een goede basis om op deze ontwikkelingen te anticiperen.

De onafhankelijkheid van de ombudspersonen is extra belangrijk gezien de kwetsbare positie van de doelgroep. Voor heel wat patiënten binnen de GGZ is het zeer belangrijk dat zij informatie kunnen vragen en hun ongenoegen kunnen uiten bij een ombudspersoon die ze kennen en die toch losstaat van de voorziening waar ze verblijven.

We zijn er ons van bewust dat ook in de GGZ de praktijk niet overal even goed loopt en dat de relatie tussen overlegplatforms en psychiatrische ziekenhuizen in deze materie soms gevoelig ligt (*sterke positie PZ in Raad van bestuur OP, hier en daar verwarrende combinatie met een interne ombudspersoon, geen garantie voor het doorstorten van de middelen*). Er zijn evenwel voldoende psychiatrische ziekenhuizen waar het huidig systeem en de bemiddelingsaanpak wel behoorlijk functioneren. Indien men bezorgd is om de onafhankelijkheid, zou men dat kunnen oplossen door deze goede voorbeelden in kaart te brengen, te analyseren en eventueel te veralgemenen.

2. Laagdrempeligheid en nabijheid

De ombudspersonen besteden veel zorg aan een laagdrempelige werking. Dit impliceert dat zij gemakkelijk bereikbaar zijn voor de patiënt en de hulpverlener via het organiseren van permanenties, bezoeken aan gesloten afdelingen en gemeenschappelijke ruimtes van ziekenhuizen, ombudsbrievenbussen, deelname aan patiëntenvergaderingen, enz..

De nabijheid en laagdrempeligheid van de ombudsfunctie zijn uiterst belangrijk. De ombudspersoon moet op regelmatige basis aanwezig zijn in het ziekenhuis, zodat patiënten hun schroom of angst om een klacht te uiten, kunnen overwinnen. Het is vaak nodig om verschillende contacten met iemand te hebben voor de klacht echt duidelijk wordt. Regelmatig worden ombudspersonen geconfronteerd met patiënten die totaal geïsoleerd zijn van de maatschappij. Hierdoor bevinden zij zich in een bijzondere kwetsbare positie. De aanwezigheid van een ombudspersoon biedt dan nog enige garantie op het vrijwaren van hun rechten.

Er is ook specifieke aandacht voor het speciale statuut van de patiënten in gedwongen opname. Hun statuut maakt hen zeer afhankelijk. Bovendien is bv. het recht op keuze van de beroepsbeoefenaar zeer beperkt. Bemiddeling en nabijheid van de ombudspersoon blijft voor deze groep mensen zeer belangrijk.

Een cascadestructuur zal binnen de GGZ de drempel verhogen. Informeren en bemiddelen gebeurt best door één persoon en liefst zo dicht mogelijk bij de werkvloer.

In uitzonderlijke gevallen waarbij de voorziening of de beroepsbeoefenaar niet bereid is om mee te werken, zou een arbitragemogelijkheid, vooraleer de patiënt naar de rechtbank stapt, eventueel zinvol zijn. Hier zou de Federale Commissie van de patiënt een rol kunnen spelen en advies kunnen formuleren. Het betreft hier niet een uitspraak over de inhoud van de klacht maar het bewaken van de bemiddelingsopdracht van de ombudspersoon. Bemiddelen en arbitrereren moeten in ieder geval strikt gescheiden blijven.

Voor klachten over de ombudsfunctie kan men terecht bij de Federale Commissie "Rechten van de patiënt". Dit zou duidelijk moeten beschreven worden in de brochure "Een uitnodiging tot dialoog. Rechten van de patiënt".

3. Consensusmodel

Bij het organiseren van de ombudsfunctie kiezen de overlegplatforms voor het consensusmodel. De ombudspersoon heeft een neutrale positie.

In de praktijk van de GGZ-ombudsfunctie wordt veel belang gehecht aan het herstel van de dialoog tussen de patiënt en de hulpverlener. Bemiddeling zoals gehanteerd door de GGZ-ombudspersonen, lijkt de methode bij uitstek om tot een duurzame dialoog te komen. Deze manier van werken biedt niet alleen 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. Bovendien beoogt bemiddeling een oplossing die voor beide partijen als win-win wordt beschouwd, waardoor verdere stappen vermeden worden.

Het is onze overtuiging dat men de cultuur waarbinnen men een klacht beschouwt als een positief gegeven en als een uitnodiging tot dialoog en verbetering, best ent op de bestaande bedrijfscultuur van de voorziening waar de ombudsfunctie zijn activiteiten ontplooit.

4. Professionalisering

Wij pleiten voor een goed onderbouwde, kwaliteitsvolle en te verantwoorden aanpak, overeenkomstig de hedendaagse inzichten inzake bemiddeling en klachtenbehandeling. Ombudspersonen dienen een hoge graad van competentie te beschikken, zowel inzake kennis, vaardigheden als attitude.

5. Financiering

De ombudssubsidie van de overlegplatforms kan beter geflexibiliseerd worden zodat ze kan gebruikt worden voor het aanbieden van de ombudsfunctie in voorzieningen met een RIZIV-conventie en ook in zorgvernieuwingsprojecten en pilootprojecten artikel 107.

Eventueel kan de ombudsfunctie ook inzetbaar gemaakt worden in de CGG.

Er zijn opmerkelijke verschillen over het bedrag dat de psychiatrische ziekenhuizen doorstorten naar de overlegplatforms wanneer zij een beroep doen op de externe ombudsfunctie van het overlegplatform. Het is niet steeds duidelijk op basis van welke criteria bepaald worden of en in welke mate financiële middelen worden overgeheveld naar de overlegplatforms.

Een psychiatrisch ziekenhuis kan de middelen die het krijgt voor de ombudsfunctie ook inzetten voor initiatieven in het kader van de "rechten van de patiënt". Er bestaat weinig transparantie over de besteding van de middelen die de PZ krijgen voor de ombudsfunctie.

