

**HUISHOUDELIJK REGLEMENT
OMBUDSDIENST UZ LEUVEN**



INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	3
1 Samenstelling van de ombudsdienst en bereikbaarheid.....	4
2 Opdrachten van de ombudspersonen	4
2.1. Informeren en adviseren	4
2.2. Bemiddelen	4
2.3. Doorverwijzen.....	4
2.4. Formuleren/signaleren van aanbevelingen.....	4
2.5. Registreren.....	5
2.6. Opstellen van een jaarverslag.....	5
2.7. Secretariaat van de klachtencommissie	5
3 Positie en kenmerken van de ombudsdienst.....	5
4 Klachtenprocedure.....	6
4.1. Definitie van een klacht	6
4.2. Concrete behandeling en bemiddeling.....	6
5 Interne samenwerking	7
5.1. De dienst medische administratie	7
5.2. De juridische dienst.....	7
5.3. De dienst afschrift medisch dossier	7
5.4. De dienst kwaliteitsbeleid	7
5.5. Ad hoc werkgroepen.....	8
6 De Klachtencommissie	8
6.1. Opdracht.....	8
6.2. Samenstelling	8

INLEIDING

Dit huishoudelijk reglement regelt de specifieke modaliteiten voor de organisatie, de werking en de procedure inzake de behandeling van klachten bij de ombudsdienst in UZ Leuven in het kader van de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt (WPR) en werd opgesteld in uitvoering van volgende wettelijke bepalingen:

- De wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002¹ die stelt dat een patiënt het recht heeft om een klacht neer te leggen bij een bevoegde ombudsdienst (rekening houdend met de rechten die zijn beschreven in deze wet).
- Het KB van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen. Art. 10 van dit KB vermeldt het huishoudelijk reglement “*waarin de specifieke modaliteiten van de organisatie, de werking en de klachtenprocedure van de ombudsfunctie worden vastgelegd*”².
- De omzendbrief betreffende de onafhankelijkheid en de neutraliteit van de ombudsfunctie “rechten van de patiënt” van 6 juli 2010 van minister Onkelinx.
- De gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10 juli 2008. Art. 71. vermeldt: “*Om te worden erkend moet ieder ziekenhuis beschikken over een ombudsfunctie zoals bedoeld in artikel 11, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven waaronder bedoelde ombudsfunctie via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag worden uitgeoefend.*”³
- De Federale commissie “Rechten van de patiënt”⁴ is opgericht binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en evalueert de toepassing van de wet en de werking van de ombudsfuncties en formuleert aanbevelingen daarover. De Federale commissie gaat niet in op het inhoudelijke aspect, wel op het gevolgde proces. De Federale commissie “Rechten van de patiënt” is te bereiken: Directoraat-Generaal Gezondheidszorg Galileigebouw, Galileelaan 5 – 1210 Brussel, 02/524 85 20, www.patientrights.be.
- In Vlaanderen ziet het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid samen met de Zorginspectie toe op de naleving van de erkenningsnormen in de ziekenhuizen inclusief de wettelijke bepalingen voor de ombudsdienst.

De ombudsdienst behandelt ook klachten buiten dit wettelijk kader en dus klachten betreffende de omkadering van de zorg (dewelke die niet noodzakelijk rechtstreeks betrekking hebben op de zorg zelf). Het reglement is eveneens van toepassing voor de behandeling van deze klachten.

De ombudsdienst is niet bevoegd om te bemiddelen bij conflicten tussen UZ Leuven-medewerkers onderling en evenmin bij klachten waarvoor er reeds een juridische procedure lopende is.

Het huishoudelijk reglement is van toepassing op alle campussen van UZ Leuven.

Dit huishoudelijk reglement werd goedgekeurd op de klachtencommissie dd. 04/12/2024, het directiecomité dd. 09/12/2024 en het bestuurscomité dd. 16/12/2024, en vervangt het vorig goedgekeurde reglement dd. 04/12/2020 (goedkeuring klachtencommissie), dd. 15/02/2021 (goedkeuring directiecomité) en dd. 22/02/2021 (goedkeuring bestuurscomité).

1

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=nl&lg_txt=n&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2002082245&caller=eli&&view_numac=2002082245fx2002082245nl

2

https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-08-juli-2003_n2003022811

3

https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/federale_commissie_rechten_van_de_patiënt/2006-01-20_fcrp_advies_art._17novies_ziekenhuiswet.pdf

4

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2003040147

Het reglement ligt ter inzage aan het onthaal van elke campus van UZ Leuven en is raadpleegbaar op de website <https://www.uzleuven.be/nl/ombudsdienst/klachten-suggesties> en op intranet.

Het goedgekeurde reglement werd op 24/01/2025 ter informatie bezorgd aan de Federale commissie “Rechten van de patiënt”.

I Samenstelling van de ombudsdienst en bereikbaarheid

In UZ Leuven zijn 4 deeltijdse ombudspersonen tewerkgesteld.

De ombudspersonen zijn:

Sabine Denis
Carla Mondelaers
Nathalie Renneboogh
Katrien Nys

Secretariële ondersteuning: Caroline Van Lier

De ombudspersonen zijn bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 12.00 en van 13.15 tot 16.30 uur. Buiten deze uren kan er een boodschap ingesproken worden op het antwoordapparaat. Voor een persoonlijk gesprek wordt geadviseerd om een afspraak te maken.

De ombudsdienst is gelegen in campus Gasthuisberg, toegang Oost, poort 1, gelijkvloers.

De contactgegevens zijn: ombudsdienst@uzleuven.be, tel. 016 34 48 18.

2 Opdrachten van de ombudspersonen

Bemiddeling door de ombudsdienst is gratis. De ombudspersonen hebben de volgende opdrachten:

2.1. Informeren en adviseren

Verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsdienst. Voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de gezondheidszorgbeoefenaar te bevorderen: geven van adviezen zowel aan patiënten als aan zorgverleners. Patiënten adviseren hoe met bepaalde situaties om te gaan, hen aanmoedigen om zelf een gesprek met de betrokken medewerker, zorgverlener of diens verantwoordelijke aan te gaan. Zorgverleners op hun beurt advies en steun geven bij allerhande vragen en moeilijkheden.

2.2. Bemiddelen

Bemiddelen bij klachten teneinde het herstel van de zorgrelatie tussen de betrokken partijen mogelijk te maken en een oplossing te bereiken waarin alle partijen zich kunnen vinden. Deze opdracht van de ombudspersonen is een inspanningsverbintenis, geen resultaatsverbintenis naar de partijen. De ombudspersonen kunnen in het kader van de correcte uitoefening van hun opdracht niet verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.

2.3. Doorverwijzen

Waar nodig patiënten en zorgverleners doorverwijzen naar de geschikte dienst, instantie of persoon. Bij gebrek aan oplossing of bevredigend antwoord of wanneer de patiënt erom verzoekt, de patiënt inlichten inzake de mogelijkheden voor de verdere afhandeling van zijn klacht.

2.4. Formuleren/signaleren van aanbevelingen

Formuleren van aanbevelingen om herhaling van tekortkomingen die aanleiding gegeven hebben tot een klacht te voorkomen en als signaal voor kwaliteitsverbetering.

2.5. Registreren

Aanleggen van een dossier per melding waarin de probleemstelling en de ondernomen stappen, de verzoeningsresultaten en de bevindingen worden geregistreerd. Conform het KB van 8 juli 2003⁵ worden minstens de volgende gegevens geregistreerd:

- de identiteit van patiënt en eventueel vertrouwenspersoon
- datum van ontvangst
- aard en inhoud
- datum van afhandeling
- resultaat van afhandeling

De persoonsgegevens in het dossier zijn enkel toegankelijk voor de ombudsdienst en worden slechts bewaard gedurende de tijd nodig voor de behandeling van de melding en voor het opstellen van het jaarverslag.

2.6. Opstellen van een jaarverslag

Opmaken van een jaarverslag met een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat van de bemiddeling. In het jaarverslag worden tevens aanbevelingen tot kwaliteitsverbetering geformuleerd. Het jaarverslag bevat geen elementen waardoor personen betrokken bij de behandeling van de klacht kunnen worden geïdentificeerd.

Neerlegging van het jaarverslag: ten laatste op 30 april van elk jaar.

Dit jaarverslag wordt op de klachtencommissie van UZ Leuven gepresenteerd en besproken. Eveneens wordt dit jaarverslag binnen UZ Leuven voorgesteld aan het directiecomité, het bestuurscomité, de medische raad en op vraag aan de raad medische diensthoofden.

Een kopie van het jaarverslag wordt overgemaakt aan de federale commissie “Rechten van de patiënt.”

2.7. Secretariaat van de klachtencommissie

De ombudspersonen staan in voor de dossiervoorbereiding en verslaggeving van de vergaderingen van de klachtencommissie (cf. 6 De Klachtencommissie).

3 Positie en kenmerken van de ombudsdienst

De ombudsdienst werkt autonoom en onafhankelijk en is dus niet onderworpen aan het hiërarchisch toezicht van het directiecomité van UZ Leuven. Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van hun opdracht, moeten de ombudspersonen de mogelijkheid krijgen om ongehinderd in contact te treden met alle bij de klacht betrokken personen en kunnen zij niet worden gesanctioneerd wegens daden in het kader van de correcte uitoefening van hun opdracht.

De ombudspersonen dienen vertrouwelijkheid in acht te nemen ten aanzien van alles wat hen in het kader van hun opdracht bekend wordt. De ombudspersonen zijn verplicht het beroepsgeheim te respecteren en een strikte neutraliteit en onpartijdigheid/meerzijdige partijdigheid in acht te nemen. Zij mogen niet betrokken zijn (geweest) bij de feiten noch met de perso(o)n(en) waarop de klacht betrekking heeft. Mocht dit toch het geval zijn dan wordt de bemiddeling overgenomen door een andere ombudspersoon.

Alle communicatie in het kader van de bemiddeling is vertrouwelijk. De documenten opgemaakt en de schriftelijke of mondelinge mededelingen gedaan door de ombudspersonen of de betrokken partijen mogen niet worden gebruikt buiten de context van de bemiddeling in het bijzonder in een gerechtelijke, administratieve, disciplinaire of arbitrale procedure of in enige andere procedure voor de oplossing van het conflict en ze zijn niet toelaatbaar als bewijs. De ombudspersonen wijzen de betrokken verantwoordelijken erop dat de gevoerde communicatie niet gebruikt mag worden buiten de context van de bemiddeling en niet mag opgenomen worden in het patiëntendossier.

⁵ https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-08-juli-2003_n2003022811.html

4 Klachtenprocedure

4.1. Definitie van een klacht

Met klacht wordt elke uiting van ongenoegen of ontevredenheid bedoeld die door of namens een patiënt wordt geformuleerd en die handelt over het zorgproces of de zorgomkadering in het ziekenhuis.

Gezien de ombudsdienst een tweedelijnsfunctie vervult, worden klachten bij voorkeur rechtstreeks opgevangen op de plaats waar ze zijn ontstaan. Wanneer dit niet mogelijk is of niet verliep volgens verwachting of wanneer de patiënt zijn klacht centraal wil melden, kan de patiënt de ombudsdienst contacteren.

De aanmelding van een klacht gebeurt in principe door de patiënt, zijn familie, vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger (de 'melder'). Klachten kunnen zowel persoonlijk, telefonisch als schriftelijk gesignaleerd worden.

Anonieme klachten worden louter als signaal overgemaakt aan de bevoegde verantwoordelijken als deze constructief kunnen bijdragen aan het optimaliseren van de zorg- en dienstverlening.

4.2. Concrete behandeling en bemiddeling

- De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest met de feiten en de perso(o)nen waarop de klacht betrekking heeft.
- De ombudspersoon vertrekt vanuit de beleving van de patiënt/vertrouwenspersoon. Indien de melder van de klacht niet de patiënt zelf is, bevaart de ombudspersoon of de patiënt op de hoogte is en akkoord is met de melding.
- De ombudspersoon tracht duidelijkheid te verkrijgen over de inhoud van de klacht en toetst naar de verwachtingen van de melder.
- Bij mondelinge klachten wordt – wanneer de urgentie van het probleem het toelaat - gevraagd naar een schriftelijke formulering: dit in functie van een zo accuraat mogelijke verwoording van de ervaringen.
- Per klacht wordt een dossier aangelegd waarin de persoonsgegevens van de patiënt, de identiteit van de aanmelder, de datum, de probleemstelling, de ondernomen stappen en de uiteindelijke resultaten worden geregistreerd. Deze registratie is enkel toegankelijk voor de ombudsdienst en biedt de nodige garantie tot het bewaren van het beroepsgeheim.
- Bij elke schriftelijke klachtmelding per e-mail wordt een automatische ontvangstmelding aan de melder verstuurd. Hierin wordt gesteld dat de melding aan de ombudsdienst goed ontvangen werd, dit verder opgenomen wordt en dat de melder op de hoogte gehouden wordt.
- Afhankelijk van de urgentie, de ernst en de complexiteit van de klacht gebeurt de behandeling schriftelijk of mondeling. Telefonisch of persoonlijk contact is waardevol voor genuanceerd overleg en voor bemiddelende tussenkomsten.
- Indien de melder verwacht dat de ombudspersoon bemiddelt om tot een oplossing, een rechtzetting of een accuraat antwoord te komen, wordt de klacht voor verder onderzoek en nadere toelichting overgemaakt aan de betrokken medewerker. De ombudspersoon verzoekt hierbij om elementen voor een oplossing of antwoord aan te reiken. Op basis daarvan wordt door de ombudspersoon een uiteindelijk antwoord geformuleerd aan de melder of wordt door de betrokken medewerker zelf contact opgenomen met de melder van de klacht.
- Tenzij de ombudspersoon de tussenkomst van andere instanties of personen noodzakelijk acht, zal de ombudspersoon enkel bemiddelen tussen de melder en de betrokken medewerker(s), op wie de klacht betrekking heeft. Zo kan de ombudspersoon het bijvoorbeeld noodzakelijk achten in contact te treden met:
 - de supervisor, indien de klacht betrekking heeft op een arts-specialist in opleiding,
 - de leidinggevende van de betrokken medewerker(s), indien de kwaliteit van zorg in gevaar is,
 - de leidinggevende van de betrokken medewerker(s), indien de identiteit van deze laatste niet gekend is,
 - de leidinggevende van de betrokken medewerker(s), indien deze, ondanks herhaalde aanmaningen (cf. infra), nalaat te antwoorden op vragen van de ombudspersoon.

- In geval de melder louter een probleem wil signaleren met het oog op een verbetering in de toekomst ('voor al wie na ons komt'), wordt de klacht in overleg met de melder 'ter kennisgeving' overgemaakt, in functie van de optimalisering van de zorg en om herhaling van soortgelijke situaties te voorkomen.
- Indien aangewezen of op vraag van één van de partijen, kan een bemiddelingsgesprek georganiseerd worden. Dit gebeurt steeds op vrijwillige basis en kan door geen van de partijen afgedwongen worden.
- De ombudspersoon streeft ernaar om klachten binnen een redelijke termijn af te handelen. Wanneer er na 3 weken geen toelichting gegeven werd door de betrokken medewerker die aangeschreven werd, wordt een eerste herinnering gestuurd. Wordt er na de daaropvolgende 2 weken nog geen antwoord ontvangen, dan wordt opnieuw een herinnering gestuurd met ditmaal de leidinggevende in cc. Indien daarop opnieuw geen antwoord komt, wordt na 2 weken een derde herinnering gestuurd, met de hoofddarts in cc, wanneer het om medische aangelegenheden gaat en de directeur verpleegkunde en patiëntenbegeleiding in cc, wanneer het om verpleegkundige en paramedische aangelegenheden gaat.
- De ombudsdienst streeft bij dit alles naar een optimale objectiviteit en een onbevooroordeelde benadering volgens de methodiek van meerzijdige partijdigheid, waarbij getracht wordt om de vertrouwensbreuk tussen de zorgverlener en de patiënt of diens vertegenwoordiger maximaal te herstellen.
- De ombudsdienst gaat een inspannings- en geen resultaatsverbintenis aan. Ze kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.
- Wanneer er via bemiddeling door de ombudsdienst geen bevredigende oplossing of consensus bereikt wordt, licht de ombudspersoon de patiënt in over de (externe) mogelijkheden voor verdere afhandeling van de klacht.
- Indien het probleem louter een factuurbetwisting betreft, wordt de patiënt in eerste instantie doorverwezen naar de dienst medische administratie, waar de klacht verder onderzocht, behandeld en beantwoord wordt.
- Bij vragen/klachten die de aansprakelijkheid van het ziekenhuis betreffen of die een schadeclaim inhouden wordt de patiënt doorverwezen naar de juridische dienst van het ziekenhuis die dit verder zal bekijken en eventueel aangifte zal doen bij de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid voor nader onderzoek.

5 Interne samenwerking

Omdat een klacht meerdere raakvlakken of dimensies kan hebben, is een nauwe onderlinge samenwerking met verschillende diensten onontbeerlijk.

5.1. De dienst medische administratie

Patiënten die een klacht formuleren over louter factuurtechnische aspecten worden in eerste instantie verwezen naar de dienst medische administratie. De behandeling van deze klachten gebeurt onder de verantwoordelijkheid van het diensthoofd van deze dienst. Factuurbetwistingen die te maken hebben met ontevredenheid over de zorg- en/of dienstverlening worden door de ombudsdienst opgenomen. De dienst medische administratie verwijst in dergelijke situaties eveneens personen door naar de ombudsdienst.

5.2. De juridische dienst

Patiënten die een klacht formuleren en daarin de aansprakelijkheid van het ziekenhuis ter discussie stellen, worden verwezen naar de juridische dienst van het ziekenhuis.

5.3. De dienst afschrift medisch dossier

De wet op de patiëntenrechten voorziet onder meer dat een patiënt recht heeft op een zorgvuldig bijgehouden dossier, met mogelijkheid tot afschrift en inzage⁶.

⁶ <https://vlaamspatientenplatform.be/nl/advies-en-tips/mijn-rechten-als-patient#pati%C3%ABntendossier>

5.4. De dienst kwaliteitsbeleid

Belangrijke signalen vanuit klachten over tekortkomingen in de zorg- en dienstverlening die een structurele aanpak vergen, worden zo nodig vanuit de signaalfunctie van de ombudsdienst gedeeld met de dienst kwaliteitsbeleid als waardevolle input voor het opstellen van verbeteracties en -projecten.

5.5. Ad hoc werkgroepen

De ombudspersonen nemen op vraag deel aan werkgroepen om acties en initiatieven uit te werken ter verbetering en verandering van de zorg- en dienstverlening.

6 De Klachtencommissie

6.1. Opdracht

De klachtencommissie is opgericht als adviescommissie die de klachtenbehandeling in UZ Leuven stuurt en advies verstrekt aan het directiecomité. De commissie wordt niet betrokken bij de concrete behandeling van individuele aanmeldingen. Opdracht van de commissie werd als volgt bepaald:

- overlegforum om het klachtenbeleid van UZ Leuven te bepalen en op te volgen
- sturing van de kanalen voor klachtenbehandeling en de ombudspersonen en functie van klankbord voor probleemsituaties vanuit de klachtenbehandeling
- kritische analyse van jaaroverzichten en overzichten van bepaalde probleemgebieden en opvolging van evoluties
- bewaken dat belangrijke signalen vanuit de klachten – of zich herhalende klachten – aangewend worden en resulteren in structurele maatregelen voor kwaliteitsverbetering
- formuleren van suggesties tot verbeteracties.

De leden van de klachtencommissie zijn gehouden tot vertrouwelijkheid ten aanzien van al datgene wat hen in het kader van hun functie bekend is geworden.

6.2. Samenstelling

De klachtencommissie wordt voorgezeten door de algemeen secretaris en de leden zijn: de hoofdarts, 3 artsen (waarvan 2 aangeduid door de medische raad), het diensthoofd medische administratie, een stafmedewerker van de juridische dienst, de DPO, een stafmedewerker kwaliteitsbeleid, de directeur verpleegkunde en patiëntenbegeleiding, een verpleegkundig manager, de verantwoordelijke van het administratief servicecenter en de ombudspersonen.

De ombudspersonen staan in voor de dossiervoorbereiding en verslaggeving van deze vergaderingen.

Ombudsdienst

Herestraat 49, 3000 Leuven

Tel. 016 34 48 18

E-mail: ombudsdienst@uzleuven.be

Contactformulier: <https://www.uzleuven.be/nl/ombudsdienst/contactformulier>