

OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

VLAANDEREN • 2019



www.ombudsfunctieggz.be

**JAARVERSLAG
EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

VLAANDEREN

registratieperiode van 1 januari t.e.m. 31 december 2019

Tom Engelen

**Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Provincie Vlaams-Brabant**

**in samenwerking met de
externe ombudspersonen GGZ
Vlaanderen en Brussel
Februari 2020**

INHOUD

INLEIDING	6
1. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ	8
2. STRUCTUREEL OVERLEG	10
3. TRANSITIE OVERLEGPLATFORMS	11
4. AANMELDINGEN: CIJFERS VLAANDEREN	14
5. KORTE TOELICHTING CIJFERS VLAANDEREN	33
6. AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN 2019	34
7. PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN OPGENOMEN VLAAMS JV	40

INLEIDING

Dit verslag is het zestiende jaarlijkse overzicht van alle aanmeldingen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg die in de loop van 2019 werden gericht aan de externe ombudspersonen van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg.

In dit rapport vergelijken we de aanmeldingen van 2019 met die van 2018, bundelen we de aanmeldingen per provincie en krijgen we aldus een overzicht van de globale ombudspraktijk GGZ in Vlaanderen.

De verantwoordelijken van de betrokken psychiatrische ziekenhuizen ontvangen een afzonderlijk verslag over de aanmeldingen 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 verzorgings-
tehuizen, centra geestelijke gezondheidszorg en voorzieningen met RIZIV-conventie
blijft het aantal aanmeldingen dermate gering dat een afzonderlijk jaarverslag niet
zinvol is.*

De voorgeschiedenis van de ombudsfunctie is ondertussen 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 alleen de vergelijking gemaakt tussen 2019 en 2018. Wie de evolutie op langere termijn in detail wil volgen, kan 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 ondertussen gelegd. Voor de andere types voorzieningen blijft het zoeken naar een gepaste benadering, waarbij rekening moet worden gehouden met budgettaire mogelijkheden en andere factoren (zoals bvb. afstanden, aantal voorzieningen, aantal campussen...). Vanaf 2013 werd de ombudsfunctie ook aangeboden aan de mobiele teams in het kader van de projecten art. 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 relevante regelgeving vindt men op www.ombudsfunctieggz.be onder "Wet- en regelgeving". De inhoudelijke visie en basisprincipes van het ombudswerk in de GGZ vindt men onder "Wat en hoe?" (*visietekst, gedragscode, overeenkomst, huishoudelijk reglement, traject aanmelding en andere praktische tools*).

Tussen de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg en de psychiatrische ziekenhuizen werd bij de opstart van de externe ombudsfunctie een overeenkomst afgesloten. Het geactualiseerd huishoudelijk reglement werd in 2017 overgemaakt aan de voorzieningen.

Zoals gevraagd in artikel 9 § 1 van het K.B. van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in ziekenhuizen moet voldoen, bevat dit jaarverslag een gedetailleerd overzicht van het aantal meldingen, het voorwerp van de meldingen en het resultaat van het optreden van de ombudspersonen tijdens het voorbije jaar.

De term "meldingen" werd bewust gekozen, daar het immers niet altijd over klachten gaat. Soms betreft het een vraag naar informatie, verduidelijking, of wil een patiënt gewoon zijn/haar verhaal kwijt. Andere keren betreft het effectief een klacht en is een patiënt ontevreden over de zorgverlening, of voelt deze zich geschonden in zijn of haar patiëntenrechten.

Het verwerken van de meldingen gebeurt door middel van een gemeenschappelijk registratiesysteem voor alle Vlaamse externe ombudspersonen GGZ. Dit systeem, "Go-Between" genoemd, is een centrale databank waar alle gegevens rechtstreeks kunnen worden verwerkt. Zo proberen we de soms zeer uiteenlopende vragen die ons bereiken duidelijk in kaart te brengen. Dit systeem geeft een overzicht van alle meldingen in de verschillende voorzieningen waar de ombudspersoon werkzaam is.

Na uitgebreide feedback vanuit de ombudsfunctie worden de eerste verkennende stappen gezet voor de ontwikkeling van een opvolger voor het verouderde Go-Between systeem, dat zich nog moeilijk laat aanpassen aan de werkmethoden en technische noden van vandaag. De voornaamste vereisten voor dit nieuwe systeem zijn verhoogde gebruiksvriendelijkheid, platformafhankelijkheid (o.a. naar mobiele apparaten toe) en uitgebreide mogelijkheden op vlak van (zelf)beheer.

1. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ

Bij het tot stand komen van de Wet Patiëntenrechten op 22 augustus 2002 werd de basis gelegd van de ombudswerking GGZ. De praktijk van de externe ombudsfunctie in de GGZ is doorheen de jaren een betekenisvol kanaal en een krachtig medium gebleken in de verbinding tussen zorgvrager en zorgaanbieder, niet in het minst dankzij de deskundigheid, kennis en ervaring van elk van de onafhankelijke ombudspersonen GGZ op het terrein.

De onafhankelijke en gespecialiseerde ombudsfunctie binnen de GGZ versterkt zowel de kwetsbare cliënt in diens ontwikkeling t.a.v. de relatie met de hulpverlener, alsook de kwaliteit van de zorgaanbieder — wat op zijn beurt een positief effect heeft op de algemene patiëntentevredenheid.

De verslaggeving van de externe ombudsfunctie Vlaanderen van de voorbije vijftien jaar toont aan dat diens onafhankelijke karakter en onpartijdigheid voor de patiënt essentiële voorwaarden zijn om beroep te kunnen doen op deze dienst, gezien de kwetsbare positie van de doelgroep. Voor heel wat patiënten binnen de GGZ is het belangrijk dat zij informatie kunnen vragen en hun ongenoegen kunnen uiten bij een gekende ombudspersoon, die laagdrempelig werkt en onafhankelijk is van de betrokken zorgverlener/voorziening waarop zij beroep doen, maar er wel bemiddelingsruimte heeft.

Lokale verankering van de externe ombudswerking binnen de voorzieningen GGZ is dus essentieel voor een vertrouwelijke en professionele samenwerking, en verbetering van de zorgkwaliteit. Door structureel overleg met de betrokken voorzieningen op te nemen, verbetert men op relatief korte termijn de kwaliteit van de zorg. Binnen deze optiek worden klachten gezien als waardevolle feedback, en een uitnodiging tot dialoog en verbetering.

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, met focus op het herstel van een duurzame dialoog tussen patiënt en hulpverlener. Door te bemiddelen op hetzelfde niveau als waar de klacht zich bevindt wordt verdere escalatie voorkomen en de gelijkwaardige samenwerking tussen patiënt en zorgverlener versterkt.

Het is m.a.w. de opdracht van de ombudspersoon om bij een aanmelding te streven naar een aanvaardbare oplossing voor alle betrokken partijen. Een aanmelding of een uiting van ongenoegen komt vaak voort uit het verschil tussen de verwachtingen van de patiënt en wat deze uiteindelijk toekomt. Soms is dit een subjectief gegeven en volstaat de nodige toelichting door een ombudspersoon. In andere gevallen is de ontevredenheid gegrond, en is er mogelijk ook sprake van een schending van de patiëntenrechten.

De ombudspersoon zal in eerste instantie een analyse maken door te luisteren naar de aanmelder, deze te informeren (o.a. over relevante processen, richtlijnen en eventueel wetgeving) en aldus helpen de situatie in het juiste perspectief te plaatsen, om uiteindelijk een gepaste en correcte oplossing te kunnen vinden. De aanmelder kan zelf aangeven welke stappen of acties dienen ondernomen te worden, al dan niet via een bemiddelingsgesprek met de betrokken beroepsbeoefenaar.

De ombudspersoon zal die informatie inwinnen die hij/zij nodig acht in het kader van de bemiddeling, door middel van ongehinderd contact met alle betrokken personen en/of diensten. Gedurende het verloop van de procedure verzorgt de ombudspersoon de opvolging, terugkoppeling en informatie aan de aanmelder.

Indien er via bemiddeling geen oplossing bereikt kan worden zal de ombudspersoon de aanmelder informeren over andere mogelijkheden voor de afhandeling van diens aanmelding, en indien mogelijk voor een doorverwijzing zorgen.

Naar de overheid toe is het voornaamste doel van de ombudsfunctie om de rechtspositie van de gebruiker in de gezondheidszorg te handhaven en te versterken.

De externe ombudsfunctie tracht een laagdrempelig, toegankelijk en onafhankelijk extern aanspreekpunt te bieden waar de zorggebruiker met alle klachten, vragen en bedenkingen terecht kan, en waar men steeds in samenspraak met de zorggebruiker naar oplossingen zoekt door de dialoog aan te gaan met andere betrokkenen in de voorziening.

Elke vraag, elke uiting van ongenoegen of onvrede die door de patiënt geformuleerd wordt met betrekking tot contacten, het verblijf en de behandeling in de voorziening, is ontvankelijk voor de externe ombudsfunctie GGZ. Elke interventie door de onafhankelijke ombudsfunctie is gericht op herstel van de zorgrelatie en kwaliteitsverbetering door bemiddeling. De bemiddeling omvat het aanhoren van de aanmelder, alsook het informeren en begeleiden van de patiënt in de dialoog met de betrokken hulpverlener. Deze methode is gericht op activering, verduidelijking en verheldering, en tenslotte herstel van de zorgrelatie en -communicatie.

De ombudsfunctie baseert zich op de voorgeschreven basisprincipes: onafhankelijk en laagdrempelig, vertrouwelijk en neutraal, gebonden aan beroepsgeheim, respectvol, empathisch en gelijkwaardig.

2. STREVEN NAAR STRUCTUREEL OVERLEG

In samenspraak met de externe ombudsen GGZ is geopteerd voor een systematische, structurele aanpak verankerd in de interne kwaliteitsmethodiek, waarbij op korte termijn een antwoord kan geboden worden op bemerkingen, vragen en klachten vanwege patiënten (in opname of ambulant). De taken en verantwoordelijkheden van de interne betrokken actoren zijn hierin specifiek vastgelegd, zodat het "zorg op maat" principe gericht en op afdelingsniveau geïmplementeerd wordt.

In voorbije jaren werden op basis van aanmeldingen en verkregen feedback (allen anoniem) verschillende structurele maatregelen getroffen ter verbetering van de zorgkwaliteit.

Zo wordt er enkele keren per jaar een overleg gehouden met verschillende actoren binnen een voorziening (afhankelijk van hun beschikbaarheid).

Alle vragen, gevoeligheden, klachten en bedenkingen worden systematisch gebundeld en besproken. De hieruit voortvloeiende adviezen, voorstellen en antwoorden worden vervolgens omgezet in concrete maatregelen, gaande van kleine en veelal preventieve interventies op korte termijn, tot uitgebreide processen van een jaar of langer die mogelijk ondersteuning van de overheid of wetgever vereisen.

Aangeduide verantwoordelijken volgen de ontwikkelingen op en monitoren het proces. Hierbij wordt afgetoetst met de externe ombudspersoon of bepaalde aanmeldingen zich herhalen of niet. De externe ombudspersonen GGZ blijven deze aanpak stimuleren op lokaal niveau.

Zo kan er kort op de bal worden gespeeld op vlak van interne en externe informatie-uitwisseling (bvb. Op vlak van "good practices"), onderlinge communicatie, en het oplossen van procesmatige problemen wanneer deze de kop opsteken.

3. TRANSITIE OVERLEGPLATFORMS

In 2018 kreeg de ontwikkeling van een nieuwe organisatiestructuur n.a.v. de fusie van de Overlegplatforms GG in Vlaanderen verder vorm:

- Fusie van de provinciale platformen in een vzw op Vlaams niveau, met coördinatie gericht op het uniformiseren, harmoniseren en professionaliseren van de ombudswerking, en op het creëren van een uniform aanbod (qua beschikbaarheid, bereikbaarheid enz.) voor aanmelders.
- Project Innoverende praktijk ombudswerking 2019-2020: verkennen en opstarten van concrete werking in een uitgebreider werkingsgebied (Mobiele teams, netwerken en kinder- & jeugdpsychiatrie).

In het Vlaams Decreet GG werd de ombudswerking "tot nader order", minstens tot 2020, bevestigd als één van de basisopdrachten van het Vlaams Overlegplatform.

Fusie provinciale overlegplatformen tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid

Op 1/1/2019 zijn de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheid (OGGPA vzw, SPIL vzw, PopovGGZ vzw, Logistiek Vlabo vzw en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw), met terugwerkende kracht gefusioneerd tot het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid via een 'inbreng om niet'. De oprichtingsakte (BS 28 december 2018) voorziet in haar doelstelling (art. 3) dat het Vlaams Overlegplatform de toepassing van de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg stimuleert.

Voorheen werkten de regionale ggz-ombudsfuncties al samen rond intervisie, het jaarverslag, registratie en andere aspecten, hanteerden zij een gemeenschappelijke visie en gedragscode, en werden gemeenschappelijke werkingsafspraken gemaakt in het kader van het Interplatform Steunpunt Ombudsfunctie (functioneel samenwerkingsverband).

Door de fusie wordt nu een bijkomende stap gezet en wordt in de schoot van het Vlaams Overlegplatform een Vlaamse ggz-ombudsfunctie gecreëerd met regionale antennes.

Ter ondersteuning van de regionale ombudspersonen bij de organisatie van hun intervisies, registratie, jaarverslag en communicatie schakelt het Vlaams Overlegplatform 0,2 VTE coördinatiefunctie in onder de vorm van een stafmedewerker.

Project Innoverende praktijk ombudswerking

Eind 2018 werd door de Vlaamse overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid) een project "Innoverende praktijk ombudswerking" goedgekeurd.

Dit project wil op termijn de strategische doelstelling van het Vlaamse Overlegplatform Geestelijke Gezondheid inzake externe ombudsfunctie realiseren: Het organiseren voor elke gebruiker van de GGZ van een goed toegankelijke externe, onafhankelijke ombudsfunctie.

Het project zal lopen over 2 jaar (2019-2020). Vanuit de projectopdracht werden volgende doelen geformuleerd:

1. Actief verzamelen van input van zowel de zorggebruikers als de zorgverleners.
Oriënteringsfase: input vergaren d.m.v. de organisatie van interviews en focusgroepen.
2. Uitbouwen van een innovatieve ombudspraktijk.
Deze actie houdt het opmaken en uittesten van een juridisch onderbouwde visietekst en richtlijnen voor de externe ombudsfunctie in over het omgaan met aanmeldingen/klachten bij minderjarigen.
3. Verbetering van communicatietools en bekendmaking externe ombudsfunctie.
De werking van de externe ombudsfunctie GGZ wordt aangepast en toegankelijk gemaakt voor minderjarigen.
4. Sensibilisering en bekendmaking van de externe ombudsfunctie.
De externe ombudsfunctie zal structureel uitgebreid toegelicht worden tijdens teamvergaderingen. Vanuit onze werking bieden wij een professioneel en praktijkgericht vormingsaanbod.
5. Structureel informatiemomenten organiseren voor de doelgroep.
Op regelmatige basis kennismakingsmomenten inplannen, zowel in de residentiële settings als de ambulante en mobiele.

Verskillende ervaren ombudspersonen zijn ingezet om in 3 regio's het project gestalte te geven

- 1 x 0,4 VTE met specifieke opdracht om in één pilootregio externe ombudsfunctie voor **volwassenen in ambulante en mobiele settings** waar te nemen en een innovatief project te realiseren
- 1 x 0,2 VTE stafmedewerker
- 2 x 0,2 VTE met specifieke opdracht om in twee pilootregio's de externe ombudsfunctie in settings voor **kinderen en jongeren** waar te nemen en een innovatief project te realiseren.

Realisaties tot dusver:

- Explorerende gesprekken met belangrijke stakeholders:
 - Aan de hand van onderzoeksvragen werden gesprekken gevoerd met relevante stakeholders vanuit verschillende perspectieven, zoals onder meer familieplatform, jongerenwelzijn, Awel, ...

- Er werd een avond georganiseerd met ervaringsdeskundige jongeren i.s.m. Cachet en Esperto.
- Deelname aan het tweedaagse congres kinderpsychiatrie in Leuven.
- Verschillende overlegmomenten met (vertegenwoordigers van) organisaties met het oog op verdere samenwerking. In 2020 zal worden verdergewerkt vanuit de afspraken gemaakt in de voorbije maanden (bvb. week van de GG in het Overkophuis). Zo zijn er explorerende gesprekken geweest met o.a. Centra voor geestelijke gezondheidszorg en Mobiele teams over de huidige invulling van de externe ombudsfunctie GGZ in de ambulante en mobiele setting. Daarnaast is er op 15 februari een overleg met ervaringsdeskundigen via cliëntenbureau Het Pakt. Er werd ook een overzicht gemaakt van de informatie over de ombudsfunctie en patiëntenrechten zoals gevonden op websites binnen de ambulante en mobiele setting.
- Er is actief in de literatuur gezocht naar *good practices* in het eigen land en over de grenzen heen die mogelijks toepasbaar kunnen zijn in relevante settings. Op basis van bestaande literatuur aan wetgeving en wetenschappelijke artikels werd een analyse gemaakt om tot een overzicht van onderzoeksvragen en dilemma's te komen. Hieruit werd ook duidelijk wie verder bevraagd moet worden en/of deelnemen aan de focusgroepen.
- Organisatie van focusgroepen:
 - Voor de setting kinderen & jongeren worden 2 focusgroepen georganiseerd (28 januari 2020 en 3 maart 2020) waarbij een vertegenwoordiging vanuit vele perspectieven aanwezig zal zijn. Deze perspectieven zijn: jongeren, ambulante zorg, residentiële zorg, ombudsfunctie, familie, jongerenwelzijn, pedagogisch, medisch en juridisch. In het najaar ging al een eerste maal een stuurgroep door. De volgende stuurgroep is gepland in maart.
 - Voor de setting volwassenen in ambulante en mobiele zorg worden 2 focusgroepen georganiseerd in de periode april/ mei 2020 waarbij een vertegenwoordiging vanuit verschillende perspectieven aanwezig zal zijn zoals juridisch perspectief, ethisch perspectief, medisch perspectief, perspectief vanuit Centra geestelijke gezondheidszorg en Mobiele teams.
- Visievorming:
Op basis van bovenstaande acties zal een visie ontwikkeld worden die een basis is voor de verdere uitwerking van de innovatieve praktijk.

4. AANMELDINGEN 2019

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 01/01/2019, de laatste op 31/12/2019.

Uiteraard waren een aantal van deze aanmeldingen nog niet afgesloten op 31/12/2019. De hieronder vermelde cijfers zijn een momentopname (d.d. 28/01/2020); latere aanvullingen zijn nog steeds mogelijk.

Het **totaal aantal aanmeldingen** voor 2019 bedraagt 2651, het totaal aantal **in 2019 afgesloten aanmeldingen** 2643.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2016 tot en met 2019.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2016	2017	2018	2019
aanmeldingen	2571	2789	2445	2651
aanmelders	1740	1902	1721	1836

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2019** met deze van **2018**.

4A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanmeldingen	2445		2651	
aanmelders	1721		1836	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	1689	74,93	1740	75,42
<i>binnen de week</i>	470	20,85	461	19,98
<i>binnen de twee weken</i>	47	2,08	61	2,64
<i>binnen de vier weken</i>	25	1,10	28	1,12
<i>later dan vier weken</i>	23	1,02	17	0,73
totaal	2254	100	2307	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	319	12,39	321	12,19
<i>1 contact</i>	1559	60,56	1471	55,86
<i>2 contacten</i>	479	18,60	542	20,58
<i>3 contacten</i>	128	4,97	174	6,60
<i>meer dan 3 contacten</i>	89	3,45	125	4,74
totaal	2574	100	2633	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	15		12	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	14		18	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	2495		2643	

Bij de verwijzing naar een andere ombudspersoon betreft het 3 keer een interne ombudspersoon GGZ, 2 keer een externe ombudspersoon GGZ van een ander overlegplatform, 6 keer een ombudspersoon van een algemeen ziekenhuis, 4 keer de federale ombudspersoon en 3 keer een andere ombudsdienst.

¹ verwijzingen naar andere ombudspersonen worden voor de verdere gegevens niet meegeteld

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
individuele patiënt	2082	80,88	2133	81,01
groep patiënten	197	7,65	188	7,14
andere	295	11,46	312	11,84
totaal	2574	100	2633	100

Geslacht indien individueel

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
man	1102	53,00	1199	56,23
vrouw	968	46,56	930	43,62
onbekend	9	0,43	3	0,14
totaal	2079	100	2132	100

Aantal leden groep

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
2 personen	33	16,75	46	24,46
3 personen	22	11,16	9	4,78
4 personen	23	11,67	25	13,29
meer dan 4 personen	119	60,40	108	57,44
totaal	197	100	188	100
grootste groep	21		22	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familielid/partner	258	87,75	255	81,73
kennis	2	0,68	8	2,56
personeelslid	23	7,82	26	8,33
andere	11	3,74	23	7,37
totaal	294	100	312	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	36	12,28	35	11,29
als vertrouwenspersoon	73	24,91	63	20,32
ten persoonlijke titel	184	62,79	212	68,38
totaal	293	100	310	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	126	42,71	132	42,30
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	50	16,94	52	16,66
terugkoppeling was niet mogelijk	84	28,47	94	30,12
terugkoppeling was niet nodig	35	11,86	34	10,89
totaal	295	100	312	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	1777	69,09	1793	68,14
neen	795	30,90	838	31,85
totaal	2572	100	2631	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	540	67,92	604	72,07
dit jaar binnen een andere voorziening	24	3,01	21	2,50
vorige jaren binnen deze voorziening	200	25,15	182	21,71
vorige jaren in andere voorziening	31	3,89	31	3,69
totaal	795	100	838	100

4B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
direct contact	937	36,40	983	37,33
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	587	22,80	610	23,16
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	1050	40,79	1040	39,48
totaal	2574	100	2633	100

Initieel verzoek betreft:

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	322	12,50	370	14,05
vraag tot interventie	1539	59,79	1495	56,77
vraag tot signalering	362	14,06	445	16,90
vraag naar een luisterend oor	351	13,63	323	12,26
totaal	2574	100	2633	100

Vraag tot interventie betreft:

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	112	7,29	104	6,95
vraag om een ander soort akkoord	1424	92,70	1391	93,04
totaal	1536	100	1495	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ja	1009	39,26	1214	46,14
neen	951	37,00	889	33,78
werd niet bevraagd	610	23,73	528	20,06
totaal	2570	100	2631	100

Welke stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
informeel	962	95,43	1147	94,48
formele interne klachtenprocedure	13	1,28	11	0,90
interne ombudsfunctie	16	1,58	17	1,40
extern	17	1,68	39	3,21
totaal	1008	100	1214	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	107	11,25	96	10,82
durfde niet	161	16,92	162	18,26
princiepueel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	683	71,81	629	70,91
totaal	951	100	887	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	46	1,78	64	2,43
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	2161	83,95	2153	81,80
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	313	12,16	353	13,41
niet van toepassing	40	1,55	54	2,05
andere	14	0,54	8	0,30
totaal	2574	100	2632	100

4C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen.

Elke aanmelding heeft ofwel betrekking op één **patiëntenrecht**, ofwel betreft het één **algemene vraag 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.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	2391	92,89	2403	91,26
algemene vraag los van patiëntenrecht	183	7,10	230	8,73
totaal	2574	100	2633	100

Hieronder worden de soorten **algemene vragen** los van de patiëntenrechten weergegeven. Per aanmelding wordt slechts één categorie geregistreerd. Verstrekt de ombudspersoon informatie over meerdere categorieën, dan wordt de vraag van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aanmeldingen.

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
familiaal	8	4,37	8	3,47
juridisch	31	16,93	29	12,60
financieel	18	9,83	29	12,60
tewerkstelling	3	1,63	4	1,73
huisvesting	6	3,27	14	6,08
levensverhaal	84	45,90	84	36,52
patiëntenrechten	9	4,91	10	4,34
andere	24	13,11	52	22,60
totaal	183	100	230	100

Ook al heeft een aanmelding soms betrekking op meerdere **disciplines**, toch wordt er slechts één (*de belangrijkste, vooral vanuit het perspectief van de patiënt*) geregistreerd.

Betrokken discipline

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geen	185	7,18	227	8,62
psychiater	483	18,76	532	20,20
huisarts	28	1,08	13	0,49
andere arts	20	0,77	16	0,60
apotheker	3	0,11	5	0,18
verpleging	376	14,60	387	14,69
persoonlijke begeleider	80	3,10	83	3,15
sociale dienst	85	3,30	90	3,41
psycholoog	65	2,52	41	1,55
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	55	1,98	56	2,12
diëtist	2	0,07	2	0,07
multidisciplinair team	696	27,03	680	25,82
administratieve dienst	41	1,59	32	1,21
technische dienst	72	2,79	89	3,38
voedingsdienst	159	6,17	109	1,13
poetsdienst	14	0,54	22	0,83
directie	83	3,22	106	4,02
bewindvoerder	39	1,51	44	1,67
ombudspersoon	38	1,47	24	0,91
andere	67	2,60	75	2,84
totaal	2574	100	2633	100

In volgende tabellen 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.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	1897	79,37	1913	79,60
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	43	1,79	50	2,08
3. informatie	84	3,51	86	3,57
4. geïnformeerde toestemming	163	6,82	154	6,40
5. inzage patiëntendossier	89	3,72	83	3,45
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	75	3,43	83	3,45
7. klachtenbemiddeling	19	0,79	11	0,45
8. wettelijke vertegenwoordiger	2	0,08	1	0,04
9. vertrouwenspersoon	12	0,50	10	0,41
10. pijnbestrijding	6	0,25	12	0,49
totaal	2390	100	2403	100

Het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening** wordt in de volgende tabellen opgesplitst in subcategorieën. Elke subcategorie wordt verder gepreciseerd:

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	241	12,70	256	13,38
1.2. goede behandeling/begeleiding	688	36,26	686	35,85
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	158	8,32	182	9,51
1.4. goede hotelservice	433	22,82	432	22,58
1.5. betalende diensten	21	1,10	31	1,62
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	123	6,48	113	5,90
1.7. beschermende maatregelen	233	12,28	213	11,13
totaal	1897	100	1913	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	56	23,23	63	24,60
correcte omgangsvormen	146	60,58	153	59,76
grensoverschrijdend gedrag	28	11,61	15	5,85
andere	11	4,56	25	9,76
totaal	241	100	256	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	6	0,87	13	1,89
somatische verzorging	83	12,06	62	9,03
medicatie	28	4,06	41	5,97
individuele therapie	88	12,79	83	12,09
groepstherapie	23	3,34	41	5,97
voldoende beschikbaarheid	123	17,87	122	17,78
betrokkenheid familie	71	10,31	41	5,97
start opname/behandeling/begeleiding	46	6,68	52	7,58
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	109	15,84	127	18,51
overplaatsing naar andere afdeling	30	4,36	29	4,22
overplaatsing naar een andere voorziening	37	5,37	43	6,26
andere	44	6,39	32	4,66
totaal	688	100	686	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	1	2,17	3	5,76
geweigerd	15	32,60	32	61,53
andere	30	65,21	17	32,69
totaal	46	100	52	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	71	65,13	92	73,01
geweigerd	8	7,33	11	8,73
andere	30	27,52	23	18,25
totaal	109	100	126	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	10	33,33	11	37,93
geweigerd	8	26,66	7	24,13
andere	12	40,00	11	37,93
totaal	30	100	29	100

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
verplicht	10	27,02	16	37,20
geweigerd	20	54,05	11	25,58
andere	7	18,91	16	37,20
totaal	37	100	43	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
regels	62	39,24	85	56,70
groepsleven	51	32,27	64	35,16
ontspanning/vrije tijd	13	8,22	6	3,29
weekend- en verlofregeling	24	15,18	23	12,63
andere	8	5,06	4	2,19
totaal	158	100	182	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
voeding	168	38,79	123	28,47
infrastructuur/accommodatie	148	34,18	178	41,20
hygiëne	18	4,15	28	6,48
veiligheid persoon	27	6,23	38	8,79
veiligheid goederen	67	15,47	55	12,73
andere	5	1,15	10	2,31
totaal	433	100	432	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
cafeteria	3	14,28	3	9,67
winkel	1	4,76	-	-
wasserij	7	33,33	11	35,48
publifoon	-	-	2	6,45
andere	10	47,61	15	48,38
totaal	21	100	31	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
factuur	41	33,33	28	24,77
opbouw inkomen	3	2,43	4	3,53
zakgeld	17	13,82	8	7,07
bestedingsautonomie	10	8,13	18	15,92
bewindvoering	34	27,64	41	36,28
verzekeringen	13	10,56	4	3,53
andere	5	4,06	10	8,84
totaal	123	100	113	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
straf	28	12,01	8	3,75
beperkte bewegingsvrijheid	51	21,88	55	25,82
afzondering	38	16,30	30	14,08
fixatie	11	4,72	11	5,16
gedwongen opname	89	38,19	88	41,31
internering	5	2,14	6	2,81
andere	11	4,72	15	7,04
totaal	233	100	213	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
psychiater	24	55,81	29	58,00
psycholoog	1	2,32	4	8,00
persoonlijk begeleider	13	30,23	7	14,00
andere	5	11,82	10	20,00
totaal	43	100	50	100

3. Recht op informatie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
diagnose	20	23,80	27	31,39
duur	3	3,57	1	1,16
kosten	3	3,57	8	9,30
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	7	8,33	7	8,13
alternatieven	7	8,33	3	3,48
andere	44	52,38	40	46,51
totaal	84	100	86	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie		2018		2019	
		n	%	n	%
medicatie	informatie	6	3,68	10	6,49
	toestemming	60	36,80	60	38,96
behandeling/begeleiding	informatie	14	8,58	18	11,68
	toestemming	77	47,23	62	40,25
andere	informatie	1	0,61	-	-
	toestemming	5	3,06	4	2,59
totaal		163	100	154	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	9	10,11	10	12,04
inzage/afschrift dossier	80	89,88	73	87,95
totaal	89	100	83	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
medisch luik	inzage	1 1,26	-	-
	afschrift	10 12,65	4	5,47
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-
	afschrift	3 3,79	3	4,10
volledig dossier	inzage	11 13,92	10	20,54
	afschrift	44 55,69	48	65,75
andere	inzage	1 1,26	-	-
	afschrift	9 11,39	3	4,10
totaal		79 100	73	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	29	38,66	31	37,34
persoonlijke overtuiging	2	2,66	2	2,40
briefgeheim	6	8,00	1	1,20
territoriale privacy	24	32,00	24	28,91
mondelijke indiscretie	7	9,33	15	18,07
andere	7	9,33	10	12,04
totaal	75	100	83	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
geweigerd	2	10,52	-	-
bemoeilijkt	4	21,05	4	36,36
gesanctioneerd	1	5,26	-	-
informatie	10	52,63	4	36,36
andere	2	10,52	3	27,27
totaal	19	100	18	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	1	50,00	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	50,00	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	2	100	1	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	1	10,00
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	9	75,00	9	90,00
andere	3	25,00	-	-
totaal	12	100	10	100

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
chronische pijn	2	33,33	5	41,66
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	3	50,00	4	33,33
andere	1	16,66	3	25,00
totaal	6	100	12	100

4D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (2643).

De **interventie** van de ombudspersoon is bij heel wat meldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het ombudswerk, en soms verlangt de patiënt niet meer dan dat. Soms volstaat informeren of het doorverwijzen naar een hulpverlener of een dienst. Soms verkiest de patiënt zelf de nodige stappen te ondernemen en is de rol van de ombudspersoon beperkt tot coachen.

Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al of niet samen met hem/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 rechtstreekse betrokkene(n), soms aan de directie van de voorziening.

De categorieën in volgende tabel dienen dan ook volgens dit stramien te worden geïnterpreteerd. We registreren slechts de belangrijkste interventie, niet de "aanloop" ernaartoe.

Hoofdiventie

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
luisteren	261	10,46	179	10,56
doorverwijzen intern	32	1,28	73	2,76
doorverwijzen extern	42	1,68	32	1,21
informeren	311	12,46	308	11,66
signaleren	533	21,37	736	27,87
coachen	253	10,14	268	10,15
bemiddelen	1062	42,58	944	35,75
totaal	2494	100	2640	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	195	18,36	204	21,63
ombudspersoon zonder patiënt	867	81,63	739	78,36
totaal	1062	100	943	100

4E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	1047	42,04	851	32,22
<i>binnen de week</i>	753	30,24	802	30,36
<i>binnen de twee weken</i>	273	10,96	328	12,41
<i>binnen de vier weken</i>	171	6,86	303	11,47
<i>later dan vier weken</i>	246	9,87	357	13,51
totaal	2490	100	2641	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	47		55	

Het is soms moeilijk af te lijnen wanneer een aanmelding definitief is afgehandeld, zeker in gevallen waar er geen feedback is. Het afsluiten gebeurt soms na het wekelijks bezoek aan het ziekenhuis, soms bij het registreren. En soms ontvangt de ombudspersoon achteraf nog bijkomende informatie. De cijfers in de vorige tabel geven dan ook slechts een indicatie van hoeveel **tijd** de afhandeling van aanmeldingen doorgaans beslaat.

De volgende tabellen geven een idee van hoe de **tevredenheid** van de patiënt met de afhandeling van de aanmelding wordt ingeschat. Wij maken een onderscheid tussen tevredenheid over het **resultaat** en tevredenheid met het **proces**.

Ontvangt de ombudspersoon de inschatting expliciet van de patiënt zelf, dan wordt de tevredenheid geregistreerd in de rijen "patiënt". Anders wordt enkel geregistreerd in de rijen (*inschatting door de*) "ombudspersoon".

Een betrouwbaar, praktisch instrument om deze tevredenheid rechtstreeks bij de betrokkene te kunnen bevragen is momenteel niet voorhanden. Voor een regelmatige en nuttige evaluatie van de ombudsfunctie —door zowel personeel en ziekenhuis als door de zorggebruiker zelf— blijft de ontwikkeling hiervan echter wenselijk.

Evaluatie resultaat

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	967	38,80	1060	40,16
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	429	17,21	526	19,93
ontevredenheid patiënt	211	8,46	223	8,45
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	37	1,48	61	2,31
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	97	3,89	47	1,78
ontevredenheid patiënt	24	0,96	21	0,79
geen feedback	727	29,17	701	26,56
totaal	2492	100	2375	100

Evaluatie proces

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1294	51,92	1490	56,46
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	346	13,88	307	11,63
ontevredenheid patiënt	34	1,36	25	0,94
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	70	2,80	82	3,10
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	85	3,41	51	1,93
ontevredenheid patiënt	5	0,20	2	0,07
geen feedback	658	26,40	682	25,84
totaal	2492	100	2639	100

Tot slot geven we de eventueel door de ombudspersoon voorgestelde **verdere stappen** weer, indien de interventie van de ombudspersoon geen oplossing bracht. Het gaat hier enkel over de louter informatieve opdracht van de ombudspersoon. Eenmaal de nodige informatie gegeven, houdt de opdracht van de ombudspersoon op.

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2018		2019	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	2	2,98	1	1,03
orde geneesheren	-	-	3	3,09
advocaat	26	27,08	22	22,68
inspectie	-	-	5	5,15
vrederechter	3	3,12	7	7,21
andere rechtbank	2	2,08	2	2,06
ziekenfonds	10	10,41	5	5,15
andere	53	55,20	52	53,60
totaal	96	100	97	100

5. KORTE TOELICHTING CIJFERS VLAANDEREN 2019

- 2651 aanmeldingen in 2019 komen van 1836 aanmelders.
- We stellen een lichte stijging van het aantal aanmeldingen vast t.o.v 2018 (van 2588 naar 2651, dus +2,43%).
- **95,4%** van de aanmeldingen kregen een 1^e gehoor **binnen de week**. 75% van de aanmeldingen kan binnen 2 weken na het eerste contact worden afgesloten.
- Bij meer dan drie kwart van de aanmeldingen was er **minstens 1 persoonlijk** contact (**87,78%**).
- Het aantal aanmeldingen waarbij er **geen face to face** contact was, is quasi gelijk gebleven (van 12,39% in 2018 naar 12,19% in 2019).
- Van de aanmeldingen die niet door de patiënt zelf werden geïnitieerd, kwam **81,73%** van familieleden, een lichte daling t.o.v. 2018 (87,75%)
- Het aantal aanmelders dat expliciet om een **interventie** vraagt is licht gedaald (van 59,79% in 2018 naar **56,77%** in 2019).
- **33,78%** van de aanmelders heeft **geen eerdere stappen** ondernomen, noch formeel, noch informeel. Dit is een lichte daling in vergelijking met 2018 (37%)
- **70,91%** van het totaal aantal aanmelders geeft aan bewust te kiezen voor een onafhankelijke benadering van hun vraag of klacht. (In 2018: 71,81%)
- **81,80%** van de aanmelders doet beroep op de onafhankelijke ombudsfunctie **tijdens hun behandeling/opname**. (In 2018: 83,95%)
- **Kwaliteitsvolle dienstverlening** (79%), **Informed Consent**, vraag naar **Informatie** en inzage & afschrift **EPD** blijven samen de belangrijkste categorieën. (Onder het luik kwaliteitsvolle dienstverlening vallen o.a. goede behandeling, hotelservice en beschermende maatregelen.)
- **Bemiddelen** blijft de belangrijkste vorm van interventie (35,75%), naast het **signaleren** (27,87%), **informer** (11,66%), **coachen** en **luisteren**.
- Ongeveer 2 op 5 aanmelders geven aan bewust te kiezen voor een onafhankelijke benadering van hun vraag of klacht.

6. AANBEVELINGEN EN UITDAGINGEN 2019

1. Modaliteiten, werkmiddelen en mankracht

De huidige werkdruk (meer specifiek: het aantal voorzieningen waar een ombudspersoon verantwoordelijk voor is) vormt nog te vaak een hinderpaal bij:

- het voldoende tijd kunnen nemen voor het opvolgen van meldingen (o.a. voorbereiden van bemiddelings-gesprekken en het betrekken van de context)
- het preventief kunnen werken en informeren rond patiëntenrechten
- tijdsintensieve acties, bv. deelname aan denkrondes over patiëntenrechten, het agenderen van problematieken op verschillende niveaus (bv. op beleids- en mesoniveau)

Deze situatie laat daarenboven weinig ruimte voor o.a. projectmatig werken, bijscholing, deelname aan werkgroepen (bvb rond ethiek), ...

2. Organisatorische knelpunten

- Behoefte aan een vast aanspreek- en coördinatiepunt voor de ombudswerking m.b.t. opvolging van intervisie, supervisie, vormingen, wetgeving en algemene informatie over de evolutie van het werkveld. Deze functie wordt nu al deels gerealiseerd maar er is nood aan een verdere uitbouw (bijkomende investeringen nodig).
- Behoefte aan een geactualiseerd registratiesysteem voor het registreren van meldingen.
- Een gebrek aan back-up en opvolging bij uitval of ziekte van een ombudspersoon, wat nefaste gevolgen kan hebben op het vlak van continuïteit.
- De ggz-ombudsfunctie van het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid wordt gefinancierd via 2 kanalen:
 - een rechtstreeks financiering vanuit de Vlaamse overheid aan het OPGG;
 - een bijdrage vanuit de psychiatrische ziekenhuizen die een aparte subsidie ontvangen van de federale overheid voor de organisatie van de ombudsfunctie in het ziekenhuis.

Sommige voorzieningen en regio's dragen substantieel bij aan de werking van de externe ombudsfunctie vanuit deze financiering; andere voorzieningen of regio's dragen vandaag nog niet bij. Een gelijke bijdrage over ziekenhuizen en regio's heen dringt zich dan ook op.

- De ziekenhuizen hebben de keuze om een interne ombudspersoon aan te stellen. Deze mogelijkheid leidt tot ongelijkheid tussen voorzieningen. Waar

een interne ombudspersoon aanwezig is, is de verhouding tussen de interne en externe ombudspersoon niet altijd duidelijk en is het een continu zoeken naar afstemming tussen beiden.

3. Toenemende werkdruk in instellingen bemoeilijkt zorgcontinuïteit

De intensifiëring van de zorg vertaalt zich de laatste jaren ook in een toenemende werkdruk. De opnameduur wordt korter, herstel wordt steeds sneller verwacht, er worden steeds meer administratieve eisen gesteld aan het personeel, en dit vertaalt zich in de klachten van patiënten...

Steeds meer patiënten blijken niet tot de doelgroep te behoren en krijgen geen toegang tot de hulp die ze wensen. Er wordt gewerkt met vragenlijsten en hierop moet je 'slagen' om tot de doelgroep te behoren.

Daarnaast is er ook een stijging van het aantal verplichte ontslagen. Continuïteit en intensifiëring hebben geleid tot een kortere opnameduur. Soms hebben patiënten (en/of familieleden) andere verwachtingen of ideeën over opname, behandeling en therapie. Er is nood aan duidelijke en heldere communicatie zodat zowel patiënt/familie als hulpverlener weten wat ze van elkaar wel en niet mogen verwachten.

Een doorverwijzing van een patiënt naar een psychiatrische voorziening, bv bij een spoedprocedure voor een gedwongen opname, betekent niet noodzakelijk dat er ook een psychiatrische kwetsbaarheid aanwezig is. Afdelingen die deze patiënten opnemen, kunnen na multidisciplinair overleg beslissen om de gedwongen opname vervroegd te stoppen.

Patiënten ervaren echter weleens dat een ontslag versneld wordt omwille van andere dan continuïteitsredenen. Bij niet aangepast gedrag, het overtreden van afdelingsregels of te trage vooruitgang, lijkt het enige antwoord een verplicht ontslag.

Steeds meer patiënten melden dat ze niet meer welkom zijn in de afdeling/therapie o.w.v. verschillende redenen: agressie, drinken, geen vooruitgang...

Vaak gaat het inderdaad om ongewenst gedrag maar is dat gedrag net hetgene waarvoor ze opgenomen zijn. Ombudspersonen stellen regelmatig vast dat bij moeilijk of ongewenst gedrag er automatisch ontslag volgt — hetzij definitief, hetzij als tijdelijke maatregel (vaak met een breuk in de zorgcontinuïteit en alle daaraan verbonden praktische complicaties als gevolg).

Automatisch ontslag bij ongewenst gedrag is louter een verschuiving van het probleem, en voelt al snel aan als een "gemakkelijkheidsoplossing". Een verplicht ontslag zou een uitzonderlijke maatregel moeten zijn, waar men in principe slechts tot kan overgaan nadat een multidisciplinair team in overleg heeft vastgesteld dat de opname en opnamekosten verbonden aan de gestelde hulpvraag naar de

samenleving toe niet kunnen worden verantwoord, én na in gesprek te zijn gegaan met de patiënt en diens omgeving.

Anderzijds zien we ook dat patiënten die onder bewindvoering Persoon staan net in opname moeten blijven, ook al ziet men 'herstel'. Hier ontstaat een spanningsveld tussen het medische luik en de juridische positie van de bewindvoerder die finaal de knoop voor de patiënt doorhakt, soms tegen medisch advies in.

4. Toegankelijkheid / zichtbaarheid

De afgelopen jaren werd sterk ingezet op aanwezigheid van personeel op de afdeling, waarbij gevraagd werd zo weinig mogelijk zich af zonderen in het personeelslokaal.

In 2019 lijkt deze tendens opnieuw gekeerd te zijn: er is terug een stijging van meldingen dat personeel amper of niet in de leefruimte van de patiënten is. Nochtans is dit de manier van observatie en opbouwen van contact met patiënten, die zelf ook aangeven hier veel belang aan te hechten.

Aanbeveling: inzetten op tijd en aanwezigheid (=aanspreekbaarheid) van personeel, bijvoorbeeld door te investeren in werkplaatsen in een leefruimte, kan frustraties en agressie voorkomen. Personeelsleden merken zo sneller op wanneer een patiënt het moeilijk heeft en kunnen escalatie van een situatie voorkomen.

Sommige ombudsen signaleren zelf nog regelmatig beperkingen qua modaliteiten en toegankelijkheid in de voorzieningen, bijvoorbeeld geluidsoverlast en/of gebrek aan privacy in de ter beschikking gestelde permanentieruimtes, of beperkingen op IT-vlak (bvb geen toegang tot e-mail of externe netwerken, geen telefonische ontvangst in gesprekslokaal, ...)

Ook de toegankelijkheid van bvb. gedwongen opnameafdelingen, afzonderingskamers, ... voor de ombudsen wordt door sommige instellingen nog steeds beperkt, wat de dienstverlening belemmert.

5. Betrekken van de omgeving in de zorg

Door intensifiëring van de zorg is de omgeving een belangrijkere rol in de behandeling (zowel in de zorgvoorziening als in de eigen woonst) gaan spelen. Omgeving is niet alleen de familie en vriendenkring, maar ook de buurt, het verenigingsleven van de woonplaats van de patiënt en de ondersteunende thuisdiensten. Een voorziening heeft dankzij haar multidisciplinaire teams alle expertise in huis om te patiënt te motiveren maximaal gebruik te maken van diens omgeving.

Van voor of bij opname zouden familieleden en eventueel de bredere omgeving gehoord en betrokken moeten worden (uiteraard alleen met toestemming van de

patiënt). Hoewel de verwachtingen van familieleden niet noodzakelijk dezelfde zijn als die van de patiënt, en deze dualiteit extra inspanningen vraagt van hulpverleners, kunnen ze ook een belangrijke partner en bron van informatie voor de hulpverleners zijn, en (mits de nodige professionele ondersteuning) ook een belangrijke factor in een succesvolle nieuwe start en herstel.

Als externe ombudspersonen weten we uit ervaring dat het niet evident is om patiënten die een negatieve ervaring hebben met hun familie en vriendenkring hiervoor over de streep te trekken. Ook dit familiale netwerk heeft soms, na jarenlange zorg en aanwezigheid, het besluit genomen om afstand te nemen van de patiënt. De betrokken hulpverlener heeft hiervoor begrip en zet voorzichtige stappen om samen met de patiënt te komen tot een nieuwe omgeving waarin een garantie op continuïteit van zorg kan aangeboden worden.

De voorzieningen missen hiervoor echter de nodige mankracht om dit op maat van hun patiënten en familiale omgeving te realiseren. De focus van een behandeling ligt momenteel op het behandelen van de patiënt, hoewel het netwerk van de patiënt hierbij ook een belangrijke partner is, of kan zijn.

In de praktijk betekent dit dat de familie enkele malen wordt uitgenodigd voor een familiegesprek. Mits toestemming van de patiënt en met de nodige professionalisering en beschikbare hulpverleners kan de familie of de betrokken vriendenkring een deel uit maken van de behandeling en aanwezig zijn tijdens de therapie sessies op hun maat.

Externe ombudspersonen ontmoeten zelfs na 17 jaren wet patiëntenrechten nog steeds patiënten, betrokkenen en hulpverleners die onvoldoende vertrouwd zijn met deze wetgeving.

De aanwezigheid van ombudspersonen in de zorgvoorzieningen ter voorkoming van klachten, dient een evidentie te zijn. Infosessies om de theorie en de praktijk van de wet patiëntenrechten te duiden bewijzen in dezen hun nut. Ook de omgeving betrekken bij het werk van externe ombudspersonen kan bijdragen tot het voorkomen van klachten.

6. Vertrouwenspersonen

Vele (zometer de meeste) patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd, hebben geen vangnet, familie of sociaal netwerk. Ze zijn kwetsbaar en kennen hun rechten niet, laat staan de mogelijkheid tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon. In situaties waar sprake is van dwang en beperkte autonomie van de patiënt is er een duidelijke nood aan een vertrouwenspersoon die morele ondersteuning biedt, dialoog stimuleert en aldus helpt bij het optimaal informeren van de patiënt. Patiënten én hulpverleners ervaren de aanwezigheid van de aanwezigheid van één of meerdere vertrouwenspersonen tijdens een bespreking als een meerwaarde en ondersteuning.

Hulpverleners in het algemeen en ombudspersonen in het bijzonder hebben de plicht (zie o.a. de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke op 20 februari 2017) om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken, bijvoorbeeld door middel van documentatie of infosessies.

Idealiter worden er procedures ontworpen en geïmplementeerd waardoor een vertrouwenspersoon wordt opgenomen in het standaard zorgmodel.

7. Informeren van de patiënt

Patiënten krijgen doorgaans de nodige informatie die voor hen van toepassing is, hetzij bij de intake, tijdens de opname en in nazorg. Door de complexiteit van de situatie, de persoonlijke kwetsbaarheid en stress van de patiënt, dringt de boodschap onvoldoende door of komt deze niet altijd over zoals bedoeld. Wat voor hulpverleners vanzelfsprekend is, is dat niet noodzakelijk ook voor de hulpvrager.

Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten creëert onzekerheid en stress. Daarom blijft bijvoorbeeld het gebruik van de brochure "Gedwongen Opname" aangewezen als efficiënte en doeltreffende manier om de patiënt duidelijk te informeren.

8. Inzage en afschrift elektronisch patiëntendossier (EPD)

Tegenwoordig is digitalisering van gezondheidsgegevens gemeengoed. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) biedt voordelen voor zowel de beroepsbeoefenaars als de patiënten. Medicatie, observaties, ontwikkelingen en het persoonlijk verhaal van de zorgvrager worden gebundeld en beveiligd opgeslagen in een gecentraliseerd multidisciplinair dossier.

Daar zelfbeschikking binnen de zorg centraal staat en de patiënten mondiger worden, wordt er vaak beroep gedaan op het recht op inzage en afschrift van het EPD. Op afdelingsniveau moedigt men de dialoog tussen de behandelende arts en de patiënt en/of vertrouwenspersoon via dit medium aan. Deze manier van werken stimuleert de gelijkwaardige samenwerking tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

Patiënten kunnen sinds enkele jaren het EPD digitaal raadplegen (bvb. Collectief Zorgplatform – cozo.be). Afhankelijk van het vermogen en/of toestand van de patiënt biedt dit bij het doornemen van het dossier een duidelijke meerwaarde. Deze digitalisering vraagt echter ook een nauwe(re) betrokkenheid van de zorgvrager; niet elke patiënt is (om uiteenlopende redenen) in staat het EPD digitaal te raadplegen.

Een duidelijk gedragen visie omtrent digitale zorg vanuit de zorgvoorzieningen blijft dus een uitdaging: een nieuwe manier van werken met nieuwe technologieën vereist ook op meerdere vlakken een cultuurverandering, bijvoorbeeld betreffende de

omgang en beveiliging van vertrouwelijke gegevens (o.m. in het licht van de in 2018 aangepaste Europese GDPR-regelgeving).

9. Feedback vanuit de zorgvoorziening

Bij elke klacht/melding/opmerking, wordt de betrokken hulpverlener of afdeling gecontacteerd, mits akkoord van de patiënt. Soms wordt er bemiddeld, soms signaleerd.

Ombudsen gaan vaak in gesprek met een hulpverlener over hoe deze klacht tot stand is gekomen, wat er aan gedaan kan worden, hoe een team ermee kan omgaan. Zelden of nooit wordt er echter feedback gegeven over wat er effectief gedaan is met deze input. De ombudspersonen moeten dit zelf gaan navragen, en dit is vaak een tijdsintensief en frustrerend proces...

Binnen deze optiek zijn afspraken met de patiënt vaak ook moeilijk bindend te maken naar de behandelende instelling/geneeskundige toe.

Daarnaast evolueren de zorgvoorzieningen ook: Eigen visie en beleid, keuzes in zorgaanbod, verbouwingen, wijzigingen in therapieaanbod etc... het zou een evidentie moeten zijn om de ombudspersoon automatisch te informeren zodat eventuele meldingen hieromtrent gecounterd kunnen worden.

10. Nood aan meer/intensievere omkadering & modaliteiten

Door het sluiten van bepaalde afdelingen vallen sommige patiënten uit de boot. Het gaat dan bvb. om patiënten die een PVT nodig hebben maar met intensievere en meer medische zorg dan momenteel een PVT momenteel kan bieden.

In een PVT is momenteel geen psycholoog verplicht op post. Patiënten ervaren dit vaak als een groot tekort. Dit zou in de omkadering moeten worden voorzien.

We merken op verschillende afdelingen en verschillende ziekenhuizen dat er nog te kort is aan therapie en zinvolle dagbesteding. Patiënten hebben te veel "lege" uren.

Er is blijvende aandacht nodig voor het voorkomen en goed opvolgen van afzonderingsmaatregelen

Er is onduidelijkheid over het stemrecht bij forensische patiënten. Er zouden wat dit betreft verschillen zijn in de doelgroep. Bij de laatste verkiezingen zijn bepaalde stembrieven weer ingetrokken.

Toegang tot het internet alsook vrij gsm gebruik als algemene regel zou een evidentie moeten zijn.

7. PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN OPGENOMEN IN HET VLAAMS JAARVERSLAG

Antwerpen, Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg – 998
Beernem, Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus – 982
Bierbeek, Universitair Psychiatrisch Centrum Sint- Kamillus – 975
Bilzen, Medisch Centrum Sint – Jozef -952
Boechout, Multiversum – 902
Boechout, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen – 936
Brugge, Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw – 963
Brugge, Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg – 987
Brussel, Psychotherapeutisch Centrum Sint Alexius -997
Diest, Psychiatrische Kliniek Sint Annendael – 942
Duffel, Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel – 970
Eeklo, Psychiatrisch Centrum Sint-Jan – 956
Elsene, Psycho-sociaal Centrum Sint-Alexius – 997
Geel, Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel – 939
Genk, Kinderpsychiatrisch Centrum Genk – 989
Gent, Fusieziekenhuis Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain – 900
Gent, Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge, - 992
Gent, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus (Karus) - 930
Grimbergen, Psychiatrische Kliniek Sint-Alexius – 944
Ieper, Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart – 961
Kortenberg, Universitair Centrum Sint-Jozef – 943
Kortrijk, Kliniek Heilige Familie – 528
Lanaken, Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem – 909
Lede, Psychiatrisch Centrum Ariadne – 988
Melle, Psychiatrisch Centrum Caritas (Karus) - 959
Menen, Psychiatrisch Centrum Onze-Lieve-Vrouw van Vrede – 962
Mortsel, Multiversum – 902
Pittem, Kliniek Sint-Jozef, Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie – 901
Sint-Niklaas, Psychiatrisch Ziekenhuis en Revalidatiecentrum Sint-Hiëronymus – 918
Sint-Niklaas, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia – 960
Sint-Truiden, Psychiatrisch Ziekenhuis Asster – 991
Tienen, Alexianen Zorggroep Tienen (campussen Tienen en Leuven) – 947
Zoersel, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis – 937
Zottegem, Psychiatrisch Centrum Sint-Franciscus - De Pelgrim — 911

Werden voor het jaarverslag 2019 **niet** opgenomen:

Zelzate, Psychiatrisch Centrum Sint-Jan Baptist - 978