

"OMBUDSDIENST "RECHTEN VAN DE PATIËNT" IN DE SECTOR "OUDERENZORG":
EVALUATIE VAN DE VOORWAARDEN VAN EEN DOELGERICHTE WERKING /
TOEGESPITST OP DE DOELGROEP" (BESTEK DG1/AR062010 - AUGUSTUS 2011)

Verslag, overhandigd aan de Federale Overheidsdienst
Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, DG1

14 november 2012

Voorgesteld door:

Nathalie ZACCAI-REYNER

Auteurs:

Fabrizio CANTELLI, GRAP - ULB
Sylvie CARBONNELLE, CMDC
Laurence DE MUELENAERE, MESO - VUB
Nathalie ZACCAI-REYNER, GRAP - ULB

Partnerteams van het project:

Université Libre de Bruxelles

Nathalie Zaccai-Reyners, wetenschappelijk verantwoordelijke, gekwalificeerd onderzoeker van de FRS-FNRS, GRAP

Fabrizio Cantelli, belast met onderzoeken bij de FRS-FNRS, GRAP

Jean-Louis Genard, gewoon professor, GRAP

Guy Lebeer, docent, METICES

CMDC (vzw, ondergebracht bij het Institut de Sociologie - ULB)

Sylvie Carbonnelle, socio-antropologe, belast met onderzoek

Vrij Universiteit Brussel

Mark Leys, professor, MESO

Laurence De Mûelenare, belast met onderzoek, MESO

Sophie De Roeck, belast met onderzoek, MESO

Dankwoord

We willen iedereen bedanken die aan de redactie en de uitwerking van dit verslag heeft meegewerkt.

Sylvie Carbonnelle voor de redactie en de uitwerking van de situationele analyse van de Waalse en Brusselse gewesten, alsook van de ombudsfunctie.

Laurence de Mûelenaere, Sofie de Rouck en Mark Leys voor de redactie en de uitwerking van de situationele analyse van het Vlaams gewest.

Fabrizio Cantelli voor de voorstelling van het geval van Québec en Groot-Brittannië.

Naast de auteurs willen we Dominique Joly (CMDC) bedanken voor haar hulp bij de nauwkeurige retranscriptie van de gesprekken.

Jean-Louis Genard en Guy Lebeer hebben het onderzoek begeleid.

Verder bedanken we de leden van het begeleidingscomité van de studie van wie de aandachtige opvolging en de raad het goede verloop hebben vergemakkelijkt, meer bepaald Anita Duprez, Patricia Ghilbert, Isabelle Van der Brempt, Marie-Noëlle Verhaegen, Sylvie Gryson, Vanessa Debreyne, Thomas Van Hirtum.

Ten slotte zou de studie niet mogelijk zijn geweest zonder het onthaal en de participatie van talrijke spelers uit de sector van de gezondheid en de Ouderenzorg. Enkele van hen namen deel aan de afsluitingsdag van de studie. We danken hen allemaal om ons hun kostbare tijd te hebben gegeven.

Nota bene

Het antwoord op de offerteaanvraag voor onderhavige studie werd opgesteld en ingediend in oktober 2010. De studie kon echter pas beginnen in juli 2011 en werd afgerond in juni 2012. In die periode kende België belangrijke onderhandelingen over haar institutionele structuur. We hebben de weerslag van die nieuwe elementen niet kunnen opnemen in onderhavige studie, maar de werkpostes die uit het onderzoek naar voor komen, blijven relevant omdat ze in de realiteit van de betrokken sector zijn verankerd.

Inhoud

Dankwoord	3
Nota bene.....	5
Inhoud.....	7
Voorstelling van de problematiek	11
Structuur van het verslag.....	12
Eerste deel - Situationele analyse	13
Inleiding.....	15
Methodologie.....	16
Franstalig luik van het onderzoek.....	16
Nederlandstalig luik van het onderzoek.....	17
Grenzen van de resultaten van het onderzoek.....	18
I. De ombudsfunctie “rechten van de patiënt”. Contextuele elementen	19
1. De wet van 2002 betreffende de rechten van de patiënt.....	19
2. De rechten van de patiënt	20
3. Rol van de ombudsdiensten “Rechten van de patiënt”.....	21
4. Het landschap van de bemiddeling "rechten van de patiënt" in België.....	22
4.1. Federale ombudsdienst.....	22
4.1.1. Principes.....	22
4.1.2. Voorziening	22
4.1.3. Terugkoppeling naar de politieke wereld.....	23
4.2. De plaatselijke ombudsdiensten van het ziekenhuis.....	24
4.3. De ombudsfunctie in de geestelijke gezondheid (Franstalige kant).....	24
4.4. De bemiddeling "rechten van de patient" in de sector "Ouderenzorg"	29
4.4.1. De klachtenbehandeling rusthuis/RVT door de federale ombudsdienst.....	29
4.4.2. De moeilijkheden die de federale ombudsdienst ondervindt bij de uitoefening van de ombudsfunctie.....	30
4.4.3. De heroriëntatie van de klachten door de FOD.....	31
4.4.4. Overlappingsen in de klachtenbehandeling.....	33
4.4.5. Moeilijkheden door de verdeling van de bevoegdheden.....	33
4.5. Het perspectief van de Federale commissie “Rechten van de patiënt”.....	34
II. De sector huisvesting en opvang van bejaarde personen. Contextuele elementen	37
1. In het Vlaams gewest	37
1.1. Regelgeving.....	37
1.1.1. Wet Patiëntenrechten	37
1.1.2. Het Woonzorgdecreet.....	38
1.1.3. Het Kwaliteitsdecreet.....	38
1.1.4. Opmerkingen aangaande het wetgevend kader.....	39
2. In de Waalse en Brusselse Gewesten.....	40
2.1. Wetgeving.....	40
2.1.1. Waals gewest	40
2.1.2. Brussels Gewest.....	41
2.2. De omkadering van de sector in de Waalse en Brusselse gewesten en de rechten van de patiënt.....	41

2.2.1. In Wallonië.....	41
2.2.1.1. De (het gebrek aan) verwijzing naar de rechten van de patiënt	42
2.2.1.2. De organisatie van het welzijn.....	42
1. De menselijke waardigheid en de grondrechten eerbiedigen	43
2. De bewoner opvangen en begeleiden.....	43
3. Gepaste gezondheidszorg waarborgen	43
4. Gezond en lekker	44
5. Welzijn waarborgen	44
6. Animatie en recreatie.....	44
2.2.1.3. De organisatie van de relaties tussen de inrichtingen en de bewoners	45
2.2.1.3.1. Het huishoudelijk reglement en de huisvestingsovereenkomst	45
2.2.1.3.2. Het levensproject.....	45
2.2.1.3.3. De bewonersraad.....	46
2.2.1.4. De kwestie van de vertegenwoordiger van de bewoner	46
2.2.1.5. De samenwerking met de coördinatiecentra en de thuishulp.....	47
2.2.1.6. De klachtenvoorzieningen voor de bewoners	47
2.2.1.7. De algemene voorzieningen voor klachten.....	48
2.2.1.8. De rol van de burgemeester.....	48
2.2.1.9. De controle van de inrichtingen.....	49
2.2.2. In het Brussels gewest	49
2.2.2.1. De Cocof.....	49
2.2.2.1.1. De rechten en plichten van de bewoners	50
2.2.2.1.2. Het huishoudelijk reglement	50
2.2.2.1.3. De participatiecommissie.....	51
2.2.2.1.4. Klachtenbeheer.....	51
2.2.2.2. De Cocom	52
2.2.2.2.1. De vrijheden en rechten van de bejaarde personen.....	53
2.2.2.2.2. Het huishoudelijk reglement	53
2.2.2.2.2.1. De rechten van de bewoners inzake gezondheidszorg.....	53
2.2.2.2.2.2. De participatie van de bewoners.....	54
2.2.2.2.2.3. Indiening en behandeling van klachten.....	55

III. Klachtenbehandeling in de sector van de huisvesting en de opvang van bejaarde personen. Een analyse van de praktijken..... 57

1. Resultaten van de analyse van de gesprekken in het Vlaams Gewest

1.1. Wat is een klacht?.....	57
1.1.1. Algemeen	57
1.1.2. Klachten binnen WZC.....	58
1.1.3. Klachten (klachtenregistratie) volgens de Woonzorglijn	59
1.2. Kanalen en procedures	60
1.2.1. Kanalen en procedures bij medische klachten.....	60
1.2.2. Interne kanalen.....	60
1.2.2.1. De klachtencoördinator	60
1.2.2.2. Het klachtenregister of klachtenboek en de ideeënbus.....	61
1.2.2.3. De bewoners - en gebruikersraad en de gastgebruikersraad.....	62
1.2.2.4. Tevredenheidsbevragingen	63
1.2.2.5. De sociale dienst	63
1.2.2.6. Personeelsleden	64
1.2.2.7. De Coördinerend en Raadgevend Arts en de huisarts van vrije keuze	64
1.2.2.8. De hoofdverpleegkundige.....	65
1.2.3. De interne procedure	65

1.2.3.1. Preventie - en verbeterbeleid	66
1.2.3.2. Initiatie van de klacht	67
1.2.3.3.Registratie van de klacht.....	67
1.2.3.4. Analyse van de klacht	67
1.2.3.5. Actie.....	67
1.2.3.6. Feedback	67
1.2.4. Externe kanalen en procedures.....	68
1.2.4.1. De Federale Ombudsfunctie.....	68
1.2.4.2. De Orde van Geneesheren.....	69
1.2.4.3. De Woonzorglijn (en de Zorginspectie).....	70
1.2.4.4. Het Meldpunt Ouderenmis(be)handeling.....	72
1.2.4.5. Het ziekenfonds.....	72
1.2.4.6. Het OCMW en stadsombudsdiensten	72
1.2.4.7. Een advocaat.....	73
1.3. Andere topics	73
1.3.1. De verhouding Woonzorglijn en Federale Ombudsfunctie	73
1.3.2. Is er een algemene subjectieve drempel tot klagen?.....	74
1.4. Suggesties van de respondenten	75
1.4.1. Eén aanspreekpunt of sectorspecifieke ombudsdiensten?	75
Eenheid in beleid	76
1.4.2. Coöperatie en informatie.....	76
1.4.3. Andere klachten.....	76
1.4.4. Klachten van familieleden tegenover klachten van ouderen.....	77
1.4.5. Geef WZC feedback over de extern ontvangen klachten.....	77
1.4.6. Externe ombuds en bemiddelaars.....	77
1.4.7. Gradiëntmodel	77
1.4.8. Professionalisering klachtencoördinatoren.....	78
1.4.9. Huisartsen in het WZC	78
1.4.10. Aangepaste zorgvormen	78
2. Discussie.....	79
3. Conclusie	80
2. Resultaten van de analyse van de gesprekken in het Waals en het Brussels Gewest. 81	
2.1. Op extern niveau.....	81
2.1.1. Klachtenbehandeling door de Administratie.....	81
2.1.1.1. De Waalse Administratie (La Direction des Aînés)	81
2.1.1.2. De administratie van de COCOF	83
2.1.1.3. De administratie van de COCOM.....	86
2.1.2. De klachten die naar Infor-Homes en SEPAM worden gestuurd	88
2.1.2.1. Infor-Homes.....	88
2.1.2.2. SEPAM	90
2.1.2.3. Senior Médiation	92
2.2. Op het interne niveau	93
2.2.1. De directies van de inrichtingen.....	93
2.2.2. Het register	97
2.2.3. De participatieraad (PR).....	97
Tweede deel - Vergelijkende benadering	101
Inleiding.....	103
1. Frankrijk: naar een cultuur van “welbehandeling”	103
1.1. Waarom Frankrijk.....	103
1.2. Documentaire bronnen.....	103

1.3. Het overheidsbeleid dat sinds 2002 in de sector van de gezondheid van de bejaarde personen wordt gevoerd.....	104
1.3.1. De rechten van de bewoners sinds de Wet 2002.2 van 2/01/2002.....	104
1.3.2. De rechten van de patiënt sinds de wet van 4 maart 2002 betreffende de rechten van patiënten en de kwaliteit van het gezondheidssysteem	105
1.3.3. Naar een convergentie van het overheidsbeleid?.....	106
1.4. Andere spelers en voorzieningen die betrekking hebben op de sector	108
De relaties van het medische corps en zijn coördinatie in Ehpad	108
Het neerleggen van klachten via de sociale telefoon.....	108
1.5. Synthese: de grote lijnen van het Franse voorbeeld.....	108
2. Québec	109
2.1. Waarom Québec.....	109
2.2. documentaire bronnen en informatiebronnen	109
2.3. Globale situatie.....	110
2.4. Case	110
2.5. Synthese: de grote lijnen van de Québecse case.....	112
3. In Zwitserland: kantonale versie van de ombudsfunctie	113
4. GROOT-BRITANNIË.....	116
4.1. Waarom Groot-Brittannië	116
4.2. Documentaire bronnen en informatiebronnen.....	116
4.3. Globale situatie.....	117
4.4. Samenvatting: de grote lijnen van de case Groot-Brittannië	118
Derde deel - Prospectieve benadering.....	119
3.1. Voorzieningen en spelers die vandaag kunnen tussenkomen in de uitvoering van de rechten van de patiënt: vaststellingen en suggesties	121
3.1.1 INTERN lokaal van de huisvestingsinstellingen (eerstelijns voor de bewoners).....	122
3.1.1.1. Beknopt overzicht van de voorzieningen en spelers die we ontmoet hebben.....	122
3.1.1.2. Beknopte voorstelling van de vaststellingen	123
3.1.1.3. Suggesties voor het interne lokale niveau van de instellingen	125
3.1.2 Lokaal, regionaal, communautair of federaal EXTERN (tweede- of derdelijns).....	128
3.1.2.2. Beknopte voorstelling van de vaststellingen	129
3.1.2.3. Suggesties voor het externe niveau.....	131
3.2. Algemene aanbevelingen om de ombudsfunctie te verbeteren	135
3.2.1. de interne klachtenbehandeling	136
3.2.2. De informatie, de ontvangst en het sorteren van klachten	137
3.2.3. de bemiddeling zelf.....	137
3.3. Overzicht van de aanbevelingen	140
Bijlagen	143
Beilage 1 - Guide d'entretien - Volet francophone	145
Beilage 2 - Bibliographie indicative.....	146
Beilage 3 - Afkortingenlijst.....	157

Voorstelling van de problematiek

De Federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt” drukt al enkele jaren een zekere reserve en vrees uit bij de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt in de sector van de huisvestingsinrichtingen voor bejaarde personen. Naar aanleiding van haar jaarverslagen beveelt de federale ombudsdienst sinds 2006 aan om een “reflectie over de opportuniteit om specifieke ombudsdiensten ‘Rechten van de patiënt’ op te richten voor de rusthuizen/de rust- en verzorgingstehuizen, gevangenissen en instellingen voor sociaal verweer; voorzieningen waar mensen voor langere tijd verblijven”¹. Het achterliggende idee is dat een grotere aanwezigheid meer mogelijkheden biedt om de praktijken in de tijd te laten evolueren².

Deze patiënten zijn in de eerste plaats residentieel, wat tot een specifieke relatie in de gezondheidszorg leidt. Bejaarde personen die in een instelling wonen, vertonen echter andere kenmerken die maken dat ze een specifieke ‘doelgroep’ vormen. Naast de kwetsbaarheden in verband met hun gezondheidstoestand, vertonen ze andere vormen van kwetsbaarheid die rechtstreekse gevolgen kunnen hebben op de uitoefening van hun rechten. Dat geldt meer bepaald voor zogezegd ‘gedesoriënteerde’ personen.

Op dit moment is de federale ombudsdienst, zoals ze nu georganiseerd is, (bevoegd voor de behandeling van klachten uit de ambulante en institutionele sector die geen lokale ombudspersoon hebben) te weinig uitgerust om haar functies op bevredigende wijze te ontplooiën bij de patiënten die over meerdere plaatsen zijn verdeeld. Haar werking steunt op de beschikbaarheid van de ombudspersonen en dit is slechts een van hun vele taken. Er werd trouwens maar weinig ruchtbaarheid aan de wet gegeven naar deze sector toe. Ze bleef in grote mate onbekend, ook bij de diensten die belast zijn met materies in verband met het publiek van de ‘bejaarde personen’ of de ‘ouderen’. De weinige klachten die deze sector krijgt, interpelleert haar reële doeltreffendheid als ombudsfunctie.

Op basis van deze elementen heeft de FOD een offerteaanvraag gelanceerd voor de verwezenlijking van onderhavige studie die de obstakels voor de uitvoering van de functie moet blootleggen en verbeteringspistes moet voorstellen die rekening houden met de kenmerken van de sector waarin de functie moet worden uitgeoefend (meer bepaald gelet op de gedeelde bevoegdheden tussen federale en gefedereerde entiteiten). Het ging er niet om de ‘mirakeloplossing’ te vinden. De politieke, institutionele, juridische, economische en sociologische context (vergrijzing van de bevolking, evoluties van de sector en van de zorgfuncties,...) maken de materie uiterst complex. Zowel de uitvoering van de studie als de eindworkshop hebben dat bevestigd. Het is dus de bedoeling om alternatieve opties te formuleren op basis van de vaststellingen op het terrein en vergelijkingen met andere landen, met vermelding van de voordelen en nadelen van elke optie die al kunnen worden vastgesteld.

¹ Federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt”, Jaarverslag, 2006, p. 103.

² *Ibid*, p. 67.

Structuur van het verslag

Een eerste deel van de studie heeft betrekking op de analyse van de huidige situatie van de tenuitvoerlegging van de rechten van de patiënt in deze sector in België. Ze steunt op een reeks verkennende gesprekken in de drie gewesten van het land met de deskundige personen uit de sector.

Een tweede luik toont de vergelijkingselementen die in vier landen of gewesten werden ingezameld (Frankrijk, Zwitserland, Québec en Verenigd Koninkrijk).

Ten slotte behandelt een derde deel van het verslag, op basis van al deze elementen, alternatieve pistes die in de loop van de studie werden ontdekt. Deze pistes werden ook besproken en aangevuld tijdens een workshop waaraan belangrijke spelers met uiteenlopende expertises op het vlak van bemiddeling, de rechten van de patiënt en van de sector van de rusthuizen/RVT in België hebben deelgenomen.

Eerste deel - Situationele analyse

Inleiding

Het eerste deel van deze studie biedt een situationele analyse van de uitvoering van de wet betreffende de rechten van de patiënt in de sector van de Ouderenzorg (rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen)³ in België.

Dit deel wil vooral de problemen en moeilijkheden met betrekking tot de uitoefening van de ombudsfunctie “rechten van de patiënt” (kennis, zichtbaarheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid) voor de bewoners van deze inrichtingen identificeren.

Verder wil het praktijken opsporen die gewenst en/of geschikt worden bevonden om de uitoefening van deze rechten voor dit kwetsbare publiek te versterken (aanwezigheid, vertrouwelijkheid, anonimiteit, onafhankelijkheid, neutraliteit).

Met het oog hierop beschrijft een eerste hoofdstuk de ombudsfunctie “rechten van de patiënt” zoals ze vandaag wordt ontplooid in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg (ambulant, ziekenhuissector, geestelijke gezondheid) en onderzoekt de troeven en de zwakke punten die de ombudspersonen al hebben ontdekt bij de uitoefening van hun functie, gelet op de eigenheid van hun publiek.

Een tweede hoofdstuk zet het wettelijke kader uiteen van de verschillende gewesten en gemeenschappen dat de sector van de verzorging en de huisvesting van bejaarde personen organiseert (normen voor de rechten van de bewoners, de kwaliteit, reglementering inzake klachten,...). Verder koppelt het de kwestie van de rechten van de patiënt aan de specifieke institutionele context waarin ze moeten worden toegepast. Een voorstelling van de wettelijke bepalingen die de rechten moeten omkaderen van de bejaarde personen die in huisvestings- en opvanginrichting verblijven, leek ons inderdaad nodig in de mate waarin de rechten van de bewoner – meer bepaald het recht op klachten – er telkens op specifieke wijze worden uitgeoefend, terwijl er weinig beroep wordt gedaan op de rechten van de patiënt in deze sector.

Ten slotte buigt het onderzoek zich over de analyse van de al dan niet geformuleerde klachten en de behandelingsprocedures die daadwerkelijk werden gebruikt in de sector, zowel op het niveau van de administraties, als van de instellingen zelf, van de verenigingen die belast zijn met mishandeling of nog met de telefonische hulplijnen. Er werd aandacht besteed aan het beroep dat werd gedaan op elk van de officiële voorzieningen, zowel als op de meer informele procedures.

Deze situationele analyse toont de behandelingsmodaliteiten van de ‘klachten’ betreffende de rechten van de bejaarde personen, rechten van de bewoner en rechten van de patiënt, zoals ze zijn ingevoerd en zouden kunnen worden ingevoerd.

Op basis van die elementen is het uiteindelijk de bedoeling om pistes te ontdekken die de uitoefening van de rechten van de bejaarde patiënten in de sector vergemakkelijken en meer bepaald, om een ombudsfunctie in te voeren die zo goed mogelijk is aangepast aan de realiteit van het leven en de verzorging in een residentieel milieu.

³ Hoewel de offerteaanvraag zich specifiek toespitste op de uitoefening van de ombudsfunctie voor de bewoners van RVT's, bleek snel dat de bewoners van ‘rusthuizen’ evenzeer betrokken waren bij de problematiek omdat ze meestal ook gezondheidszorg genieten. Omdat talrijke inrichtingen gemengd zijn (en dus zowel bedden in rusthuizen als in RVT hebben), bleek dat dit onderscheid op basis van de kwalificatie van de bedden praktisch niet gemaakt werd op het terrein door de zorgverleners of de directies en dus weinig relevant was ten opzichte van de doelstellingen van de studie.

De twee Nederlandstalige en Franstalige luiken van de situationele analyse werden gerealiseerd volgens een vergelijkbare methodologie, aangepast aan de gewestelijke en communautaire kenmerken. In elk gewest werd een vijftiental gesprekken gevoerd en duidelijk geanalyseerd. De procedures en tussenliggende resultaten werden aan het team voorgesteld en besproken naarmate het onderzoek vorderde, om de overeenstemmingen en verschillen qua praktijken en perspectieven van de verschillende spelers zo goed mogelijk bloot te leggen.

Franstalig luik van het onderzoek

Een eerste fase van de studie bestond uit het onderzoek van de bestaande studies over de ombudsfunctie in het kader van de rechten van de patiënt sinds haar invoering, alsook van alle beschikbare verslagen en akten⁴. Parallel hiermee werd de wetgeving van de sector bestudeerd om de juridische beperkingen en eisen te kennen waarop de visies en verantwoordingen van de bestaande voorzieningen steunen. Ook de wetenschappelijke literatuur over de thema's bemiddeling, rechten van de gebruikers van gezondheidszorg, het leven in een instelling enz. werd geraadpleegd.

Een tweede fase was gericht op de uitwerking van het onderzoek, namelijk de redactie van een gesprekshandleiding, de selectie van bevoorrechte informateurs en de telefonische contacten.⁵

De gesprekken werden in meerdere opeenvolgende stappen gevoerd om de perspectieven van de volgende gesprekken te voeden met de inbreng en de lessen van de vorige gesprekken.

Op die manier steunt dit luik op semi-directieve gesprekken met deskundige personen (of bevoorrechte getuigen) die gespecialiseerd zijn in de kwesties van de opvang en de ouderenzorg in instellingen, ongeacht of het verantwoordelijken van de administratie, inspecteurs van de sector, directeurs van instellingen, coördinerende artsen en behandelende artsen, verantwoordelijken van verenigingen, federale ombudspersonen uit de ziekenhuissectoren of de geestelijke gezondheidssector of nog vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen zijn. De gesprekspartners werden met het oog op de diversiteit van de perspectieven via de 'sneeuwbalmethode' gekozen onder vier spelertypes: 'experts' uit de sector rusthuis/RVT (intern en extern), zorgverleners, ombudspersonen en (vertegenwoordigers van) bejaarde personen. Er werd ook een evenwicht gezocht tussen de drie gewesten van het land.

De gesprekken werden gevoerd aan de hand van een 'open' en 'soepel' stramien (of handleiding) (zie Bijlage 2), gericht op de verschillende thema's van de studie (follow-up aangepast aan het discours van de gesprekspartners in functie van de doelstellingen). Het was gestructureerd volgens een logica die uitging van kennis en praktijken om hun grenzen en de gewenste wijzigingen te bevragen.

⁴ Zie bibliografie.

⁵ Deze enquête werd bijzonder gunstig onthaald, wat kan worden verklaard door het belang van de problematiek voor alle betrokken spelers.

De gesprekken werden volledig uitgeschreven, per thema geanalyseerd om de perspectieven van de verschillende spelertypes zo grondig mogelijk te vergelijken, gelet op de realiteit van het terrein en de vraag van het onderzoek.

Een volledige versie van de voorstelling van de resultaten van dit luik bevat een bijlage met uittreksels van de gesprekken. Dit werd gedaan om zo dicht mogelijk bij de woorden van de spelers te blijven, gelet op de rijkdom en de variëteit van de ingezamelde informatie. Er werden enkele formuleringen gewijzigd om ze beter geschikt te maken als geschreven taal, zonder de zin te veranderen.

Nederlandstalig luik van het onderzoek

Het Nederlandstalige luik van het onderzoek steunt eveneens op de resultaten van semi-gestructureerde interviews. Eerst werden vijf algemene en oriënterende interviews gehouden met stakeholders en/of instituties in Vlaanderen. Doelstelling was een globale perceptie te krijgen op de wijze waarop het omgaan met klachten in de Vlaamse gemeenschap formeel en in de praktijk georganiseerd wordt.

Vervolgens werden acht interviews (waarvan één telefonisch) afgenomen bij RVT-WZC waarvan verondersteld kon worden dat ze informatie konden geven over ervaringen met het interne klachtenbeleid. Er werden interviews afgenomen van kwaliteitsmedewerkers en directies van WZC in verschillende regio's in Vlaanderen.

Aanvullend werden --op basis van het overleg tussen de onderzoeksequipes en op basis van intermediaire reflecties-- interviews ingelast met vertegenwoordigers van de coördinerend en raadgevende artsen (CRA) van WZC (huisartsen, een groepsinterview), werd een telefonisch interview afgenomen met een beleidsmedewerkster van het meldpunt ouderenmis(be)handeling in Oost-Vlaanderen, werd een interview gehouden met vertegenwoordigers van de zorginspectie, en werd een vervolginterview ingelast met werknemers van de "Woonzorglijn".

Op basis van de informatie van de respondenten werd ook op zoek gegaan naar documenten en achtergrondinformatie over (overwegend) decreten en procedures.

De selectie van de geïnterviewden gebeurde via een sneeuwbalmethode. Als startpunt werd gebruik gemaakt van de input van respondenten (en hun informatie) in de beginfase van het onderzoek. Gezien de doelstellingen van dit onderdeel van de studie en de beschikbare middelen is dit de meest efficiënte methode om "ervaringskennis" op een korte periode te verzamelen en te ordenen. Er werd tijdens de interviews gevraagd naar voorbeelden van goede praktijken, waarop daaropvolgend contact werd genomen met de instelling of genoemde personen. Het criterium "goede praktijk" werd heel open ingevuld: we wilden op zoek naar instellingen en ervaringen met doordachte aanpakken van klachtenbeleid in RVT's of WZC. De lijst van geïnterviewde personen is te vinden in Bijlage 1.

Voor de interviews werd per type interview gebruik gemaakt van een aangepaste onderwerpenlijst. De onderwerpenlijst zelf, werd in de loop van de dataverzameling en op basis van de verzamelde informatie en het overleg met de Franstalige onderzoeksequipe verfijnd of verdiept op bepaalde thema's.

Tijdens de interviews waren bij de meeste interviews twee personen aanwezig: Een persoon leidde het interview terwijl de andere persoon eerder de functie vervulde van observator/notulist: de interviews werden digitaal opgenomen. Het audiobestand diende als back-up in het stadium van de analyse. Per interview werd een verslag gemaakt dat grosso modo de chronologie van het gesprek weerspiegelt, in functie van de topiclijst. De verslagen werden aangevuld door en bediscussieerd met de tweede persoon die bij het interview aanwezig was.

De analyse van de gegevens gebeurde op basis van de ruwe data uit de geschreven verslagen van de interviews. De analyse gebeurde manueel. Een thematische ordening van de data werd stapsgewijze ontwikkeld door overleg tussen de onderzoekers. In het deel resultaten vindt u in de inleiding de keuzes die de onderzoekers gemaakt hebben om de thema's uit de interviews te ordenen.

GRENZEN VAN DE RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Naast de diversiteit en de complexiteit van de te analyseren situatie en gelet op de middelen die we tot onze beschikking hebben, moeten we de grenzen van de resultaten van dit luik benadrukken.

Om redenen van haalbaarheid spitste het onderzoek zich toe op de rusthuizen en RVT, met uitzondering van de andere huisvestings- en opvanginstellingen van de sector zoals de centra voor dag-, avond- en/of nachtopvang, de dagcentra voor verzorging, de centra voor kortverblijf en de serviceflats.

Het onderzoek maakte het ook niet mogelijk om de bejaarde personen die in rusthuizen/RVT verblijven, noch hun naasten te interviewen. Dat zou immers een heel ander type methodologische voorziening hebben vereist (langdurige aanwezigheid, op sleutelmomenten: collectieve momenten, vergaderingen,...).

De kwalitatieve oriëntatie van de studie sluit per definitie elke aanspraak op representativiteit (in functie van het private of openbare karakter van de instellingen bijvoorbeeld) en volledigheid uit. De analyses moeten worden beschouwd als een gedeeltelijke, maar veelzeggende momentopname van de invulling van de wet betreffende de rechten van de patiënt in de rusthuizen/RVT, verlicht door de getuigenissen van eerstelijnsprofessionals.

We herinneren er ten slotte aan dat de informatie uit de gesprekken op elementen van redevoeingen steunt – net als bij elke enquête van dit type – en het subjectieve standpunt van de spelers en hun eigen standpunt weerspiegelt. Ze kunnen niet als 'objectieve feiten' worden beschouwd. Indien de woorden van onze gesprekspartners 'fouten' bevatten (betreffende bepaalde institutionele, reglementaire realiteiten, enz.), dan moeten die worden beschouwd als toelichting bij hun perspectief, vanuit hun persoonlijke expertisehorizon.

I. De ombudsfunctie “rechten van de patiënt”. Contextuele elementen

1. De wet van 2002 betreffende de rechten van de patiënt

Sinds 2002 heeft België, in navolging van vier Europese pionierlanden (Denemarken, Finland, Griekenland, Nederland), een wet betreffende de rechten van de patiënt⁶. Tot dan was de wetgeving in deze materie vaag en onderhevig aan de beoordeling van de arts. De patiënt moest verwijzen naar de rechten in internationale verdragen, verklaringen en handvesten (universele verklaring van de rechten van de Mens,...), naar algemene beginselen, alsook naar grondwettelijke en strafrechtelijke bepalingen⁷. Daarom konden slechts weinig patiënten er gebruik van maken: de afwezigheid van een wettekst over deze rechten beperkte de toegang tot informatie⁸.

De wet verduidelijkt de kenmerken van de relatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar en wil de kwaliteit van de gezondheidszorg verbeteren⁹. Indien een persoon vindt dat een beoefenaar een van zijn patiëntenrechten niet heeft nageleefd en zijn ontevredenheid of frustratie uitdrukt, kan hij zich tot een ombudsdienst richten: ofwel een lokale dienst (voor de ziekenhuissector en de ‘geestelijke gezondheidssector’), of tot de federale ombudsdienst ‘Rechten van de patiënt’ indien de beoefenaar niet in de hoger vermelde sectoren actief is (ambulante sector, Ouderenzorg,...).

De wet betreffende de rechten van de patiënt heeft meer bepaald betrekking op de gezondheidszorg die wordt verstaan als “diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden”¹⁰. Ze is van toepassing op “de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek”.

De beroepsbeoefenaars zijn deze in de zin van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, alsook de beroepsbeoefenaars van een niet-conventionele praktijk (wet van 29 april 1999). Ze moeten de rechten van de patiënten respecteren binnen de grenzen van hun wettelijke bevoegdheden.

De lezer vindt in bijlage X de lijst van de rechten van de patiënt en de opdrachten van de ombudsfunctie in dat kader.

⁶ www.patientrights.be

⁷ A.S.P.H. vzw, « Les limites du droit du patient », www.asbh.be (geraadpleegd op 10.08.2011)

⁸ UNMS, *Les droits du patient*, Brussel, 2003, p. 4.

⁹ www.patientrights.be. Zie ook www.ombudsfunctieggz.be.

¹⁰ Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, bekendgemaakt op 26.09.2002, van kracht op 6.10.2002 (Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu).

2. De rechten van de patiënt¹¹

1. Ontvangen van een kwaliteitsvolle dienstverlening

Elke patiënt ontvangt volgens zijn behoeften de best mogelijke dienstverlening in functie van de medische kennis en van de beschikbare technologie. De diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid en voor de autonomie van de patiënt, zonder enig onderscheid (bijv. sociale klasse, seksuele geaardheid, filosofische overtuiging). De zorgen met het oog op het voorkomen, behandelen en verzachten van lichamelijke en psychische pijn maken integraal deel uit van de behandeling van de patiënt.

2. Vrij kiezen van de beroepsbeoefenaar

De patiënt kiest de beroepsbeoefenaar en kan zich op elk ogenblik richten tot een andere beroepsbeoefenaar. Die vrije keuze kan evenwel in sommige gevallen beperkt worden door de wet of door de omstandigheden die eigen zijn aan de organisatie van de gezondheidszorgen (bijv. bij gedwongen opname van een persoon met een geestesziekte, bij aanwezigheid van slechts één specialist in een ziekenhuis). Anderzijds kan elke beroepsbeoefenaar een patiënt om persoonlijke of beroepsredenen weigeren een dienstverlening te verlenen, uitgezonderd in geval van nood. In geval de beroepsbeoefenaar de behandeling onderbreekt, moet hij evenwel de continuïteit van de zorgen waarborgen.

3. Geïnformeerd worden over zijn gezondheidstoestand

De beroepsbeoefenaar verstrekt aan de patiënt alle informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand (het betreft de diagnose, ook al is die negatief) en de vermoedelijke evolutie ervan. De beroepsbeoefenaar geeft ook aan welk gedrag er bijgevolg wenselijk is (bijv. in geval van risico's bij een zwangerschap).

4. Vrij toestemmen in een tussenkomst, met voorafgaande informatie

Vooraleer een behandeling wordt opgestart, dient de beroepsbeoefenaar daartoe de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt te verkrijgen. Dit houdt in dat de beroepsbeoefenaar de patiënt duidelijk heeft geïnformeerd over de karakteristieken van de beoogde tussenkomst. De informatie die op gepaste tijd verstrekt wordt (bijv. alvorens de patiënt zich op de operatietafel bevindt) heeft betrekking op de volgende aspecten van de tussenkomst: het doel (bijv. een diagnosestelling, om te opereren), de aard (bijv. is de tussenkomst pijnlijk?), de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de contra-indicaties, de nevenwerkingen, de relevante risico's, de noodzaak aan nazorg, de financiële gevolgen (bijv. honoraria, het al dan niet geconventioneerd zijn van de beroepsbeoefenaar), de eventuele gevolgen van een weigering van toestemming alsook de mogelijke alternatieven. In een spoedgeval, wanneer het onmogelijk is de wil van de patiënt of van zijn vertegenwoordiger te achterhalen (bijv. een bewusteloze persoon in een spoeddienst), voert de beroepsbeoefenaar alle noodzakelijke tussenkomsten uit en vermeldt dit in het patiëntendossier.

¹¹ Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu. (2007). Brochure : Een uitnodiging tot dialoog. Cf. www.patientrights.be

5. Over een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier beschikken, met mogelijkheid tot inzage en afschrift

De beroepsbeoefenaar heeft voor elke patiënt een zorgvuldig bijgehouden dossier, dat hij op een veilige plaats bewaart. Dit dossier bevat de identiteitsgegevens van de patiënt en medische informatie (bijv. onderzoeksresultaten, diagnosestellingen). De patiënt kan aan de beroepsbeoefenaar vragen om aan het dossier bepaalde documenten toe te voegen (bijv. een wetenschappelijk artikel over zijn ziekte, een document waarin een vertrouwenspersoon of een vertegenwoordiger aangewezen wordt). Indien de patiënt van beroepsbeoefenaar verandert, kan hij vragen dat zijn patiëntendossier wordt overgedragen om de continuïteit van de zorgen te waarborgen.

6. Verzekerd zijn van de bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer

Behoudens akkoord van de patiënt, zijn bij de verstrekking alleen die personen aanwezig die op professioneel vlak nodig zijn. De informatie in verband met de gezondheid van de patiënt mag niet aan derden worden meegedeeld (bijv. voor het sluiten van een levensverzekering), behalve in geval van wettelijke afwijking en indien dit nodig is voor de bescherming van de volksgezondheid of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen (bijv. besmettingsrisico).

7. Neerleggen van een klacht bij een ombudsdienst

Indien iemand oordeelt dat een van zijn patiëntenrechten niet gerespecteerd is, kan hij bij een bevoegde ombudsdienst een klacht neerleggen.

3. Rol van de ombudsdiensten “Rechten van de patiënt”

De ombudspersoon heeft in de eerste plaats als taak door middel van preventieve acties de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen teneinde klachten te voorkomen.

De ombudsfunctie heeft volgende opdrachten:

1° het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;

2° het bemiddelen bij de in § 1 bedoelde klachten met het oog op het bereiken van een oplossing;

3° het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2° bedoelde oplossing;

4° het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;

5° het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een in § 1 bedoelde klacht.

4. Het landschap van de bemiddeling "rechten van de patiënt" in België

4.1. FEDERALE OMBUDSDIENST

In 2003 werd een federale ombudsdienst opgericht bij de Federale commissie "Rechten van de patiënt" (die zelf werd ingevoerd in 2002), onder leiding van de ombudspersonen benoemd door de minister van Volksgezondheid¹².

4.1.1. Principes

Wat de principes betreft, moeten de ombudspersonen hun opdrachten volledig onafhankelijk kunnen uitvoeren. Ze moeten het beroepsgeheim respecteren, een strikte neutraliteit en onafhankelijkheid aan de dag leggen, wat betekent dat ze geen standpunt mogen innemen in een bemiddelingsprocedure. Ze mogen trouwens niet worden gestraft in het kader van de correcte uitoefening van hun opdracht. Die principes lijken echter niet altijd te worden gerespecteerd, wat Minister Onkelinx ertoe heeft aangezet om de ziekenhuisbeheerders opnieuw te wijzen op hun "essentieel belang voor het succes van de bemiddeling"¹³. De patiënt - verduidelijkt haar omzendbrief - zal pas erkennen dat het nuttig is om een beroep te doen op een ombudsfunctie wanneer hij de indruk heeft dat deze onafhankelijk werkt van de beroepsbeoefenaars van wie hij beweert dat ze zijn patiëntenrechten niet respecteren. Ten slotte kan de ombudsfunctie enkel optimaal werken indien ze niet constant tot de orde geroepen wordt door bijvoorbeeld de beroepsbeoefenaars¹⁴. De minister dringt niet alleen aan op de wettelijke garantie van het klachtrecht, maar ook op die van de uitoefening van dit recht 'in de praktijk'. Zo wordt het invoeren van een vertrouwensklimaat tussen de partijen (patiënten en beroepsbeoefenaars) door de ombudspersoon als onmisbaar beschouwd voor het succes van de bemiddeling.

4.1.2. Voorziening

Wanneer ze een klacht van een patiënt over de uitoefening van zijn rechten ontvangt, stuurt de ombudsdienst die door naar de lokale ombudsfunctie (ombudspersonen ziekenhuissectoren, ombudspersonen 'geestelijke gezondheid'), of behandelt ze de klacht zelf (ambulante sector: thuiszorg, dagcentra, serviceflats, rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen,...). Ze verzekert dan de bemiddeling tussen de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar vanaf het moment waarop de klacht werd ingediend, tot de communicatie van het resultaat van de klachtenbehandeling¹⁵. Elke klacht wordt

¹² Koninklijk besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *B.S.* 13 mei 2003, pp. 88-92.

¹³ Strategische cel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, omzendbrief over de onafhankelijkheid en de neutraliteit van de ombudsfunctie "rechten van de patiënt", 6. 07. 2010.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ Koninklijk besluit van 27 januari 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie "Rechten van de

geregistreerd en de klagende partij ontvangt een ontvangstbewijs. Om zijn opdracht uit te oefenen, kan de ombudspersoon het patiëntendossier raadplegen, met akkoord van de klagende partij.

Concreet gezien probeert de ombudsdienst een minnelijke oplossing te vinden voor het probleem dat de patiënt ervaren heeft indien hij geen genoegdoening kreeg toen hij zich rechtstreeks tot de betrokken beoefenaar of instelling richtte.

Er bestaat geen reglementaire procedure voor het verloop van de bemiddeling. De ombudspersonen moeten de mogelijkheid hebben om vrij in contact te komen met elke persoon die betrokken is bij de klacht en om alle informatie te verzamelen die ze in dit kader nuttig achten.

In de praktijk ziet de federale ombudsdienst haar bemiddelingsopdracht als een poging om de dialoog tussen de patiënten en de beroepsbeoefenaars te herstellen. Deze kadert niet in een logica van “herstel” in de eigenlijke zin van het woord. Ze wil de partijen betrekken bij de oplossing van een klacht, met behoud van een externe positie en wil de zorgverstrekker responsabiliseren met betrekking tot het vastgestelde probleem. Deze methode voor conflictoplossing wordt als interessant beschouwd, hoewel de oplossing na dialoog in bepaalde situaties grenzen kent, zoals bij medische fouten. Zoals een federale ombudspersoon het stelt: “Het gebeurt zelden dat een beroepsbeoefenaar komt zeggen ‘ja, ik erken die fout’”. In dat geval wenden de ombudspersonen zich tot het nieuwe Vergoedingsfonds voor slachtoffers (opgericht bij het RIZIV) zodat patiënten die het slachtoffer zijn van een therapeutische daad hun dossier door medische experts kunnen laten onderzoeken en, in dat geval, indien er een fout wordt aangetoond, in aanmerking kunnen komen voor een erkenning van de schade en de financiële vergoeding die daaruit voortvloeit.

4.1.3. Terugkoppeling naar de politieke wereld

In overeenstemming met de wet stelt de federale ombudsdienst jaarlijks een verslag op van de ontvangen, doorgestuurde, behandelde klachten met verduidelijking van hun onderwerp en de gekozen oplossing. Deze verslagen zijn beschikbaar op het internet zodat iedereen kennis kan nemen van de aanbevelingen die de ombudspersonen in het kader van hun opdracht doen, maar vooral en dit geldt dan rechtstreeks voor het gezondheidszorgsysteem, om te vermijden dat ernstige tekortkomingen op het niveau van het respect voor de rechten van de patiënt door een of meerdere beroepsbeoefenaars zich zouden herhalen¹⁶.

Patiënt” ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *B.S.* 20 februari 2008, 10700.

¹⁶ Koninklijk besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *B.S.* 13 mei 2003, pp. 88-92.

4.2. DE PLAATSELIJKE OMBUDSDIENSTEN VAN HET ZIEKENHUIS

Naast de federale ombudspersonen wordt de ombudsfunctie in de ziekenhuissector vervuld door de plaatselijke ombudspersonen van het ziekenhuis. Zij zijn verbonden aan de ziekenhuizen en hun functie wordt financieel gedragen door de ziekenhuizen.

Twee punten verdienen hier de nadruk. Enerzijds lijkt het feit dat de lokale ombudspersoon wordt gelijkgesteld met een personeelslid van de ziekenhuisstructuur in variabele, maar reële mate invloed te hebben op de perceptie van zijn onafhankelijkheid en zijn neutraliteit. Anderzijds heeft een groot aantal klachten dat de ombudspersonen van het ziekenhuis moeten behandelen in een collectieve structuur zoals het ziekenhuis betrekking op de organisatie van het ziekenhuis en niet in de eerste plaats op de zorgrelatie tussen een zorgverstreker en een patiënt. Vanuit juridisch oogpunt vallen deze materies buiten de strikte bevoegdheid van de ombudspersoon.

4.3. DE OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID (FRANSTALIGE KANT¹⁷)

In de geestelijke gezondheidssector zijn de inrichtingen¹⁸ verbonden aan een overlegplatform geestelijke gezondheid. Elk van hen organiseert een ombudsfunctie "rechten van de patiënt". De ombudspersonen zijn bevoegd voor de klachten die betrekking hebben op de beroepsbeoefenaars die in de instellingen werken die lid zijn van zijn platform¹⁹. Ze stellen jaarlijks een balans van hun activiteiten op met details over de ontvangen 'interpellaties', de ondervonden moeilijkheden en de aanbevelingen in het kader van de ombudsfunctie en de toepassing van de rechten van de patiënt²⁰.

De analyses die deze ombudspersonen voorstellen, geven een zeker aantal nuttige elementen voor vergelijking en inspiratie om de organisatie van een ombudsfunctie in de sector van de huisvesting en opvang van bejaarde personen te overwegen. In beide gevallen verblijven de 'patiënten' immers zo goed als 'levenslang' in de instellingen of anders toch gedurende enkele jaren. De uitoefening van de rechten van de patiënt past dus volledig in deze specifieke context van een instelling die zowel 'zorgruimte' als 'leefruimte' is en die wordt gekenmerkt door de weinige contacten met de buitenwereld.

Het is opvallend dat het verslag de term 'interpellaties' gebruikt en niet 'klachten'. Die term "dekt ofwel de uiting van een ontevredenheid, ofwel een vraag naar informatie,

¹⁷ We vermelden hier de Franstalige zijde, om reden van omstandigheden verbonden met de ontplooiing van het onderzoek dat zich niet heeft kunnen uitbreiden tot de Nederlandstalige zijde die nochtans zeer rijk aan bemiddelingsactiviteiten is in de geestelijke gezondheidszorg (zie www.ombudsfunctieggz.be)

¹⁸ Psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische diensten, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatief beschut wonen. De eerste twee kunnen ook over een eigen ombudsfunctie beschikken of een gemeenschappelijke met andere inrichtingen.

¹⁹ Koning Boudewijnstichting, *Klachtenbehandeling en ombudsfunctie in de gezondheidszorg. Naar een nieuw systeem in België*, Brussel, KBS, 2010, p. 24.

²⁰ Ombudsfunctie "rechten van de patiënt", *Geestelijke gezondheidszorg, Gemeenschappelijk activiteitenverslag van de ombudspersonen van de overlegplatformen voor geestelijke gezondheid van Wallonië en Brussel-Hoofdstad*, Jaar 2010, p. 5.

ofwel nog een verzoek voor verduidelijking over de zorg in de geestelijke gezondheidssector die een patiënt formuleert”²¹.

De ombudspersonen verantwoorden deze terminologische keuze meer bepaald door de verwarring waartoe de term ‘klacht’ leidt in de geesten van de patiënten. Zoals een van de ondervraagde ombudspersonen verklaart: “Wanneer men zegt ‘u kunt klacht neerleggen bij de ombudspersoon’, verwacht men dit met advocaten, met de politie”.

- Oorsprong van de interpellaties

Een eerste vaststelling betreft de indieners van interpellaties: van de 1000 interpellaties in 2010 kwam de grote meerderheid van alleenstaande patiënten (92 %), 3 % van patiëntengroepen, 3 % van families of naasten en 1 % van beroepsbeoefenaars. Het verbaast de ombudspersonen dat zo weinig interpellaties afkomstig zijn van families en naasten, alsook van de vertrouwenspersoon en de gevolmachtigde, en ze stellen dus voor om dit type verhaal bij een door de patiënt aangeduide ‘ondersteunende derde’ te promoten²². Men merkt ook op, hoewel het zeldzaam is, dat de ombudspersonen intern worden geïnterpelleerd door beroepsbeoefenaars, wat in principe hun functie overschrijdt.

In de enkele gevallen waarin de familie een klacht stuurt, proberen de ombudspersonen steeds om de patiënt te ontmoeten, zeker als de familie niet werd aangeduid als ‘vertrouwenspersoon’, en te kijken of hij achter de klacht staat.

- Toegang tot de ombudspersonen

De patiënten nemen op verschillende manieren contact op met de ombudspersonen en de belangrijkste (34 %) is het dienstlokaal, gevolgd door het rechtstreekse contact buiten de zitdag en ten slotte de telefoon en de brief. Het is dus erg belangrijk dat de ombudspersonen regelmatig aanwezig zijn in de zorginstellingen om de toegang van de patiënten tot de functie te vergemakkelijken²³.

Nabijheid wordt belangrijk bevonden. Volgens de ombudspersonen vereist ze geen vestiging in de inrichting zelf, maar een regelmatige aanwezigheid om zich te laten kennen, te worden geïdentificeerd als gesprekspartner en een vertrouwensrelatie met de patiënten op te bouwen.

- Inhoud van de interpellaties

Vierenzestig procent ervan houdt rechtstreeks verband met de rechten van de patiënt, terwijl de andere daar niet rechtstreeks iets mee te maken hebben. Zoals het verslag vermeldt, bewijst dit dat er niet alleen belang wordt gehecht aan de kwesties in verband met de verzorging, maar ook aan die over het dagelijks leven²⁴.

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibid*, p. 7.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ibid.*, p. 12.

Rechten van de patiënt (n= 640):

- . Zorgkwaliteit (technische handelingen, relationele moeilijkheden²⁵, continuïteit van de zorg,...): 51 %
- . Instemming (informatie, uiting en/of respect van de weigering): 17 %
- . Informatie: 11 %
- . Respect voor de privacy (opdringerige houding, promiscuïteit, standpunt van de instelling tegenover seksualiteit,...): 8 %
- . Vrije keuze van de beroepsbeoefenaar: 5 %
- . Klacht bij een ombudsdienst (gebrek aan informatie, moeilijke toegang, betwisting van procedures, angst voor vergelding): 3 %
- . Dossier: 2 %
- . Vertegenwoordiging en vertrouwenspersoon (miskenning van de inhoud van de wet): 2 %
- . Pijn: 1 %

Andere (n= 340), in dalende volgorde:

- . Veiligheid van geld en persoonlijke voorwerpen (weinig privékamers, veel diefstallen)
- . Maaltijd (belangrijk geacht element voor de tevredenheid van de patiënten in een zorgomgeving)
- . Goederenbeheer
- . Administratieve aspecten
- . Hygiëne en comfort
- . Miskenning van de wetten betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke en sociaal verweer
- . Relationele problemen met de andere patiënten

Het is belangrijk te verduidelijken dat alle 'klachten' op het terrein gehoord worden en dat de ombudspersonen samen met de patiënten de verschillende mogelijke opties overwegen en hen raad geven bij de te nemen stappen, of 'zelf de link leggen' wanneer blijkt dat de klachten onder andere bevoegdheidsdomeinen vallen (inspectie, juridisch domein bijvoorbeeld).

- Een luisterend oor

De ombudspersonen dringen aan op het belang van het luisteren in hun werkzaamheden, dat hen regelmatig toelaat om 'klachten' te ontmijnen.

- Het 'decoderen' en behandelen van klachten

Voor ze het precieze voorwerp van de klacht kunnen identificeren om ze vervolgens te behandelen, moeten de ombudspersonen eerst aan interpretatie doen om de verwachtingen van de patiënten te kennen. Ze getuigen dat er meerdere klachtenniveaus bestaan zodat ze 'geval per geval' moeten handelen.

De ombudspersonen beschouwen zichzelf als een 'bevoorrecht luisterend oor', dat de klachten 'sorteert'. Ze vinden dat het niet geschikt zou zijn om de ontvangst van de

²⁵ De auteurs benadrukken het belang van de relationele dimensie van de zorg voor de psychiatrische patiënten. Ze vermelden verder dat een "kwalitatieve relatie zelfs vaak een voorwaarde schijnt te zijn voor aandacht voor alle andere rechten van de patiënt" (p. 18).

klacht a priori te versnipperen, dat een klacht pas doeltreffend kan worden behandeld na 'ontleding' en identificatie van de verschillende problemen in kwestie en bijgevolg van de verschillende spelers die betrokken zijn bij de oplossing ervan.

Het concept van de bemiddeling dat de ombudspersonen voor geestelijke gezondheid hebben ontwikkeld en dat ze promoten, onderscheidt zich van een strikt 'klachtenbeheer'. "Voor mij," verklaart een gesprekspartner, "is het doel van de bemiddeling niet het resultaat, niet om koste wat kost een oplossing te bereiken. Het doel is om de mensen met elkaar te doen praten. En wanneer men over klachtenbehandeling praat, denkt men duidelijk aan resultaten."

Een tweede aspect van de functie van de ombudspersonen heeft betrekking op aanbevelingen voor zorginstellingen en het gezondheidssysteem over het algemeen die via jaarverslagen worden gedaan. Hoewel ze deze rol heel belangrijk vinden, ontkennen ze niet dat deze moeilijk is omdat dat betekent dat ze afstand moeten nemen van hun neutrale standpunt.

Er heerst een debat onder de professionele ombudspersonen van de geestelijke gezondheid over de vraag of het geschikt is om de ombudsfunctie ook te openen voor zorgverstrekkers, naast de patiënten. Meer bepaald wanneer ze met het geweld van de patiënten worden geconfronteerd en de vraag wordt gesteld hoe ze hun verzorger kunnen blijven.

- Moeilijkheden en aanbevelingen inzake de organisatie van de functie²⁶

De ombudspersonen betreuren een heel relatieve onafhankelijkheid die schadelijk is voor de kwaliteit van hun activiteiten. Ze bevelen onder andere een financieringswijze aan die totaal onafhankelijk is van de ziekenhuizen om ervoor te zorgen dat het budget dat hen wordt toegekend om de bemiddeling te financieren, zo veel mogelijk aan de functie wordt besteed.

Ze stellen vast dat bemiddeling er nog steeds van wordt verdacht enkel ten dienste te zijn van de patiënten en niet van de relatie tussen zorgverstrekker en verzorgde, wat tot defensieve reacties leidt bij bepaalde professionals uit de gezondheidssector. Ze stellen trouwens vast dat het soms moeilijk is om hun neutraliteit te handhaven "ten aanzien van het belangrijke onevenwicht tussen bekwame professionals en kwetsbare patiënten".

Ze merken bij de patiënten ook een zekere terughoudendheid om een klacht te uiten uit angst voor 'vergeldingsmaatregelen' indien de betrokken zorgverstrekker zou worden ingelicht. Ze worden trouwens geconfronteerd met diverse voorstellingen van hun functie, wat wijst op een gebrek aan informatie over de exacte aard van de functie en haar modaliteiten: "patiënten die een straffende interventie verwachten, professionals die de functie ervaren als een extern instrument om de kwaliteit van hun praktijk te meten, instellingen die ze proberen te gebruiken als vergaarbak voor allerlei problemen,...".

²⁶ *Ibid.*, pp. 14-17.

Ten slotte betreuren ze dat ze onvoldoende logistieke middelen hebben om hun opdracht te vervullen (geen eigen telefonische identificatie, geen internettoegang of computers,...), en een werklast die wordt verhoogd door de noodzaak om hun tijd te verdelen tussen meerdere instellingen die soms ver van elkaar verwijderd zijn.

Al die elementen, opgetekend uit de ervaring op het terrein en de reflexiviteit van de ombudspersonen in de geestelijke gezondheidssector, moeten in aanmerking genomen worden op het moment dat men de toekomstige pistes voor de ouderensector overweegt. De nabijheid van de ombudspersonen 'geestelijke gezondheid' met de instellingen en de personen die er verblijven en er verzorgd worden, wordt zeker aangeduid als een troef in vergelijking met de federale ombudsfunctie.

Die nabijheid heeft echter ook een keerzijde in de huidige stand van zaken, gelet op de organisatie van de functie. De ombudspersonen betreuren meer bepaald een hoge turnover van de personen die de functie uitoefenen omwille van de moeilijke arbeidsvoorwaarden (inspanningen om de functie voor zo veel mogelijk patiënten toegankelijk te maken, reizende functie, veel verplaatsingen, stress en vermoeidheid die niet steeds gunstig zijn voor een optimale luisterbereidheid, deeltijdse arbeid die sommigen met een andere functie combineren, gebrek aan ondersteuning in de uitoefening van de functie,...).

De eis van de functie op het vlak van middelen (infrastructuur, tijd, arbeidsorganisatie, administratieve ondersteuning enz.) moet bijdragen tot de reflectie over de ouderensector. In verband hiermee benadrukt het verslag van de ombudspersonen voor geestelijke gezondheid ook het probleem dat het tekort aan gekwalificeerde professionals in de sector vertegenwoordigt. Volgens hen is dit fenomeen niet vreemd aan de ontevredenheid die de patiënten uitdrukken.

- Het bevoegdheidsdomein openen

De ombudspersonen voor geestelijke gezondheid worden geconfronteerd met chronische patiënten die afwisselend in een instelling en thuis wonen, waarbij ze op consultatie gaan naar geestelijke gezondheidscentra die onder de sector van de ambulante zorgverlening vallen. Ze vragen zich af wie in dat geval de bevoegde ombudspersoon moet zijn (de ombudspersoon geestelijke gezondheid, de federale ombudspersoon voor de ambulante sector of de ombudspersoon van het ziekenhuis indien een consultatie doorgaat in het ziekenhuis). Bovendien vinden ze het absurd om van ombudspersoon te veranderen telkens wanneer men ergens anders wordt opgevangen. Gelet op deze situatie die volgens hen weinig zin heeft, suggereren ze dat de ombudspersonen geestelijke gezondheid bevoegd kunnen zijn voor het volledige domein van de geestelijke gezondheid, met inbegrip van de ambulante sector, om de patiënten tijdens hun hele parcours te kunnen volgen en een regelmatigere band met hen op te bouwen.

- Het belang van de opleiding

Bemiddeling wordt beschouwd als een veeleisende discipline, een 'kunst' die specifieke bekwaamheden vereist en waar improvisatie zeker niet op zijn plaats is. Ook de supervisies worden belangrijk gevonden om zich telkens op de juiste plaats te kunnen

positioneren, zonder een standpunt in te nemen, hoewel men zich op het terrein soms 'op glad ijs begeeft'.

- Werken rond zorgrelaties

De ombudspersonen geestelijke gezondheid dringen aan op hun werkkader – wettelijk kader – dat meestal betrekking heeft op de 'zorgrelaties' tussen patiënt en zorgverstrekker. Ze zijn niet bevoegd voor problemen tussen zorgverstrekkers of tussen patiënten, hoewel ze soms verzoeken voor interventies in deze context ontvangen, waarbij ze telkens opnieuw de grenzen van hun opdracht moeten verduidelijken.

Gelet op hun ervaring met bemiddeling in de geestelijke gezondheidssector denken de ombudspersonen die we ontmoet hebben dat het invoeren van gedecentraliseerde polen ten opzichte van de federale bemiddeling voor de ambulante sector en de rusthuizen-RVT met 2 of 3 ombudspersonen in elke provincie een gunstige 'oplossing' zou kunnen zijn, op voorwaarde dat er een ad hoc financiering wordt voorzien.

4.4. DE BEMIDDELING "RECHTEN VAN DE PATIENT" IN DE SECTOR "OUDERENZORG"

4.4.1. De klachtenbehandeling rusthuis/RVT door de federale ombudsdienst

Een intern verslag²⁷ boog zich over de kwestie van de rechten van de patiënt in rusthuizen/RVT en analyseerde meer bepaald het aantal en het type klachten dat de federale ombudsdienst tussen 2005 en 2008 behandelde. Hun aantal lijkt relatief laag te zijn per jaar (van 2 tot 8 maximum, zowel aan Nederlandstalige als aan Franstalige kant).

Hun verdeling volgens de verschillende "Rechten van de patiënt" wordt verder weergegeven, met dien verstande dat meerdere klachten betrekking hadden op meerdere rechten. Het specifieke probleem dat bestond op het niveau van elk van de gefnuikte rechten wordt niet verduidelijkt. De meest voorkomende klachten hebben betrekking op de kwaliteitszorg en de kwestie van de vrije keuze van de beoefenaar is vrij marginaal.

- . kwaliteitszorg: 18
- . vertegenwoordiging van de patiënt: 8
- . inzage en kopie van het dossier: 6
- . toestemming en informatie: 5
- . vrije keuze van de beoefenaar: 1

Volgens de federale ombudsdienst hebben de klachten die ze ontvangt eerder betrekking op het welzijn en het comfort van de bejaarde personen dan op de strikte 'relatie patiënt-zorgverstrekker', zoals het feit dat men niet correct wordt gewassen of regelmatig verschoond. Wat de zorg betreft, is het meest voorkomende probleem dat

²⁷ Patricia Ghilbert, *Droit du patient en maison de repos: État des lieux 2009 et pistes pour l'avenir*, juni 2010, 47 pagina's (niet gepubliceerd verslag), pp. 11-15.

van de verdeling van de geneesmiddelen (verwarring, vergetelheid,...). De coördinatie tussen behandelende arts en verpleegsters zou op dat niveau niet altijd optimaal zijn.

Het verslag vermeldt dat de klachten die de federale ombudsdienst ontving, maar die niet tot haar bevoegdheden behoren, geïntereerd werden andere diensten (Infor-home, juridische diensten van de ziekenfondsen, maatschappelijk assistente die verbonden is aan een rusthuis enz.). Ze hadden betrekking op problemen van andere aard²⁸. De klachten die onder de inspectiediensten van de Gemeenschappen en Gewesten ressorteerden, werden trouwens naar die laatste doorgestuurd²⁹.

De federale ombudsdienst sorteert de ontvangen klachten in principe op basis van de strikte bevoegdheden die ze heeft: ze beheert klachten die enkel betrekking hebben op een *beroepsbeoefenaar* (bedoeld in het koninklijk besluit 78 van 10 nov. 1967) en van de *gezondheidszorg* in de betekenis van de wet.

De zaken zijn echter niet zo eenvoudig en stellen steeds opnieuw de vraag naar de grenzen van de opdracht en van de rol van de federale dienst gelet op de realiteit van de sector 'Ouderenzorg'.

De beperking van de bevoegdheden van de federale ombudsdienst tot het opgelegde wettelijke kader dat is afgebakend door zijn 'enge' kader is problematisch, gelet op de specifieke situatie van de bewoners van instellingen, voor wie het begrip 'kwaliteitszorg' de neiging heeft om zich – in de context van hun dagelijkse leven - uit te breiden tot dat van 'levenskwaliteit'. Dat betekent: verwijzend naar een ruime interpretatie van het begrip 'zorg'.

Daarom had de federale ombudsdienst in haar jaarverslagen sinds 2006 aanbevolen om "na te denken over de mogelijkheid om specifieke ombudsdiensten 'Rechten van de patiënt' in te voeren voor de rusthuizen/RVT in navolging van de andere inrichtingen (gevangenissen, inrichtingen voor sociaal verweer, enz.), waar patiënten langere tijd verblijven"³⁰. Die aanbeveling wordt ook in de meer recente verslagen herhaald³¹.

4.4.2 De moeilijkheden die de federale ombudsdienst ondervindt bij de uitoefening van de ombudsfunctie

Volgens de federale ombudsdienst wordt het lage aantal klachten van de sector 'Ouderenzorg' verklaard door een gebrek aan informatie over de wet en de mogelijkheid om zich tot de dienst te wenden, alsook door een gebrek aan zichtbaarheid en toegankelijkheid.

Ook de hinderpalen die verband houden met een 'cultuur' van de patiëntenrechten die onvoldoende ingeburgerd zijn en niet 'vanzelfsprekend' zijn (zowel voor de verzorgers als voor de gebruikers van de gezondheidszorg) worden vermeld:

. de angsten en terughoudendheid van de bewoners, een vrees voor vergeldingsmaatregelen van het verzorgend personeel bij klachten

²⁸ *Ibid.*, pp. 13-15 (*Klachtendossiers van andere diensten*).

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ibid.*, p. 3.

³¹ Federale overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, Federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt", *Jaarverslag 2010*, p. 66.

. een gebrek aan betrokkenheid van de beoefenaars wat het respect van de rechten van de patiënt betreft

De klachtenbehandeling van de kwetsbare patiënten vormt regelmatig een toetssteen omdat het vaak niet duidelijk is wie hun 'vertegenwoordiger' of 'vertrouwenspersoon' is. Daardoor is het niet altijd gemakkelijk te weten wie de wettelijke gesprekspartner van de patiënt-bewoner is, van wie een klacht als ontvankelijk mag beschouwd worden en met wie men moet onderhandelen.

Bovendien wijken de zorgpraktijken in residentiële milieus, georganiseerd volgens een ander model dan het model van de zorg in de ziekenhuissector of thuis, af van de traditionele dyadische relatie 'zorgverstreker-patiënt' die de referentie is voor het wettelijke bemiddelingskader. Ze vormen dus soms een probleem voor de uitvoering van de bemiddeling waar de zorgverlener natuurlijk persoonlijk moet worden geïdentificeerd.

Ten slotte legt de federale ombudsdienst de nadruk op de moeilijkheid waarmee de klachtenbehandeling wordt geconfronteerd op het vlak van het toepassingsgebied zelf van de bemiddeling. De organisatorische aspecten en de "rechten van de patiënt" ressorteren vandaag onder verschillende instanties (ofwel de Gewesten, ofwel het federale niveau). Die verdeling van de bevoegdheden maakt het moeilijk om een 'doeltreffend' beheer ervan te verzekeren. Enerzijds hebben de organisatorische aspecten een weerslag op het welzijn van de bejaarde personen hoewel ze niet onder de strikte bevoegdheid van de ombudsdienst "Rechten van de patiënt" vallen. Anderzijds worden talrijke klachten gezien als 'details' vanuit het standpunt van de zorgverlening, terwijl het essentiële aspecten zijn voor de personen die voor lange tijd in een instelling leven en erg kwetsbaar zijn³². Er wordt ook gewezen op een gebrek aan tijd en middelen om regelmatig naar instellingen te gaan waar gebruikers voor een langere periode verblijven om klachten doeltreffend te kunnen beheren en aan preventie te doen, wat nochtans een belangrijk aspect van de opdracht van deze dienst is³³.

4.4.3. De heroriëntatie van de klachten door de FOD

De instanties waarnaar de dienst de dossiers doorverwijst die volgens haar niet onder haar domein vallen, staan in onderstaande tabel, die opgesteld werd op basis van de twee recentste verslagen van de FOD (2010, 2011)³⁴.

³² FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, *Offerteaanvraag voor de uitvoering van het onderzoeksproject "De ombudsdienst 'Rechten van de patiënt' in de sector 'ouderenzorg': evaluatie van de voorwaarden voor een doel(groep)gerichte werking*, 21 juni 2010, p. 2.

³³ Federale overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, Federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt", *Jaarverslag 2010*, p. 63.

³⁴ Federale overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, Federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt", *Jaarverslag 2010*, pp. 35-43; Federale overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, Federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt", *Jaarverslag 2011*.

	<i>Franstalige kant</i>	<i>Nederlandstalige kant</i>
2010	<p>Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding</p> <ul style="list-style-type: none"> . racistische verklaringen van een directrice van een rusthuis <p>Inspectiediensten</p> <ul style="list-style-type: none"> . gebrek aan hygiëne in het rusthuis (3) . inrichting van de kamer in een rusthuis . slechte werking . dreigingen om een bewoner weg te sturen omwille van zijn geschreeuw (Alzheimer) . organisatie (2) 	<p>Infofoon rusthuizen</p> <ul style="list-style-type: none"> . organisatie van een kortverblijf in een rusthuis . organisatie van de administratieve en zorgaspecten in een residentieel zorgcentrum . plicht om een vergoeding te betalen bij stopzetting van een verblijfsovereenkomst met een rusthuis <p>Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid</p> <ul style="list-style-type: none"> . anonieme brief over de werking van een rusthuis
2011	<p>Inspectiediensten</p> <ul style="list-style-type: none"> . organisatorische aspecten in een RVT (2) . kwaliteit van de voeding en organisatie van het personeel in een rusthuis . organisatie van bezoek- en maaltijden in een rusthuis (+ Infor-Home) . verstopt toilet in een rusthuis . defecte lift in een rusthuis . gebrek aan personeel + wens dat de bewoner niet naar de eetzaal moet gaan + naar Woonzorglijn (Vlaams Gewest). <p>Advocaat</p> <ul style="list-style-type: none"> . slechte behandeling in een rusthuis (patiënt vastgebonden – gedehydrateerd) – advocaat al ingelicht. <p>Maatschappelijk assistente</p> <ul style="list-style-type: none"> . wens om van een rusthuis naar een psychiatrisch verzorgingstehuis in zijn streek te verhuizen. 	<p>Woonzorglijn</p> <ul style="list-style-type: none"> . algemene organisatie van een rusthuis . ontevredenheid over de geleverde diensten/het algemene beleid in een rusthuis . vraag over de permanente opname van een grootmoeder in een residentieel zorgcentrum . ontevredenheid met de algemene zorg die in een rusthuis wordt gegeven (vraag voor controle door een openbare dienst) . ontevredenheid over de diensten van een RVT <p>FOD Werkgelegenheid, Regionale Directie van Toezicht op het Welzijn</p> <ul style="list-style-type: none"> . klacht tegen een rusthuis als werkgever; geen verband met de zorgverlening aan de bewoners

Bij heroriëntatie van de klachten naar andere diensten beëindigt de FOD in principe haar eigen opvolging, volgens het principe dat iedereen binnen zijn bevoegdheidsdomein werkt.

4.4.4. Overlappen in de klachtenbehandeling

Soms worden bepaalde klachten simultaan naar meerdere instanties gestuurd, zonder dat die worden ingelicht. Hoewel de federale ombudsdienst alle klachten in het kader van haar officieel mandaat behandelt, is het niet altijd duidelijk hoe de andere instanties werken om de klachten op coherente wijze te kunnen beheren of om de eventuele complementariteiten te kunnen operationaliseren.

In een geval dat tijdens het onderzoek werd vermeld, werd een klacht simultaan ingediend bij Infor-Home in Brussel en door de twee instanties behandeld, onafhankelijk van elkaar en zonder coördinatie. Dat getuigt van bepaalde incoherenties en gedeeltelijke overlappen in de sector van de zorg en de huisvesting voor bejaarde personen zonder dat het specifieke interventiekader van elk van de instanties, hun rol en hun grenzen worden verduidelijkt. Voor de gebruikers en de interveniënten blijft het verloop van de klachten sterk onderhevig aan evaluaties, mobilisaties en de praktijken van de spelers naar wie ze worden gestuurd en door wie ze worden gedragen.

4.4.5. Moeilijkheden door de verdeling van de bevoegdheden

De moeilijkheden die de federale ombudsdienst ondervindt bij de uitoefening van haar opdracht ten aanzien van de bewoners-patiënten van rusthuizen/RVT zijn meer bepaald toe te schrijven aan de verdeling van de bevoegdheden tussen de Federale staat en de Gewesten. Ten tijde van deze studie waren de Gewesten en Gemeenschappen bevoegd voor alles wat de organisatie en de controle van de rusthuizen en RVT betreft, terwijl alles betreffende de 'zorgrelatie' onder federale bevoegdheid valt.

De federale ombudsdienst vindt het trouwens belangrijk om de bekendheid van haar dienst te verhogen in de sector rusthuizen/RVT, om de bewoners beter te informeren over de wet en haar toepassingsmodaliteiten, meer bepaald over de kwestie van de aanduiding van een vertrouwenspersoon voor de bewoner van zodra hij in de instelling aankomt. Daarnaast heeft de dienst bepaalde bedenkingen over een vermenigvuldiging van het aantal klachten waartoe een betere kennis van deze mogelijkheid zou kunnen leiden omwille van de middelen waarover ze beschikt. De ombudspersonen vrezen immers dat ze niet in staat zullen zijn om de vragen naar behoren te behandelen, indien de dienst beter gekend zou zijn.

4.5. HET PERSPECTIEF VAN DE FEDERALE COMMISSIE “RECHTEN VAN DE PATIËNT”

De federale commissie “Rechten van de patiënt” die de wettelijke opdracht heeft om de toepassing van de patiëntenrechten en de werking van de bemiddelingsfunctie te evalueren³⁵, stelde onlangs op verzoek van de minister een advies op³⁶ over het verslag “*Klachtenbehandeling en ombudsfunctie in de gezondheidszorg. Naar een nieuw systeem in België*” dat de Koning Boudewijnstichting in april 2010 publiceerde. In dat verslag wordt een fundamentele aanpassing van het ombudssysteem en een nieuw uniek systeem voorgesteld voor alle sectoren, georganiseerd op drie onderling afhankelijke niveaus.³⁷

Wat betreft de klachtenbehandeling in de ambulante zorgsector waartoe onder andere de residentiële structuren, de rusthuizen en de RVT behoren, stelde de werkgroep van de KBS voor om een “lokaal contactpunt voor klachtenbehandeling” (aangeduid met de term *Informatiebeambte en klachtenfunctionaris*) in elke zorgregio van het land in te voeren, ongeacht het onderwerp van de klacht³⁸, om in te spelen op een streven naar nabijheid. Indien een aanpak op dit eerste niveau zou mislukken, zou een tweede niveau, de ‘bemiddeling’ zelf (aangeduid als dienst van de *ombudspersoon in de gezondheidszorg* en gevestigd in Brussel) worden ingevoerd/versterkt. De onafhankelijkheid van die dienst zou worden gewaarborgd door zijn externe en neutrale karakter ten opzichte van de partijen en een externe financiering³⁹ en ze zou vooral de *rol van scheidsrechter* – niet van rechter – spelen door een standpunt in te nemen in het geschil dat wordt voorgelegd.

Een eerste aspect waarop de Commissie heeft gereageerd, heeft betrekking op de gebruikte terminologie. De term *Informatiebeambte en klachtenfunctionaris* zou niet geschikt zijn omdat dit afwijkt van het begrip bemiddeling dat de wetgever in de wet van 2002 beoogde, in het bijzonder “het bevorderen van een goede communicatie en evenwichtige dialoog tussen patiënt en zorgverlener om geschillen te voorkomen”⁴⁰.

Een tweede aspect heeft betrekking op de bevoegdheden van de ombudsfunctie. Uitgaande van de vaak herhaalde vaststelling dat de bemiddelaar vandaag tussenkomt voor een hele reeks klachten die niet tot de bevoegdheden behoren van de bij wet voorziene bemiddelingsfuncties, is de Federale Commissie van mening dat een

³⁵(<http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Patientsri ghts/index.htm>).

³⁶ FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen, Federale commissie “Rechten van de patiënt”, 2011-06-10, *Advies betreffende de evaluatie van de klachtenbemiddeling en de werking van de bemiddelingssfunctie in de gezondheidszorg*, Ref CFDP/VH/RE/2011/2, 11 pagina’s.

³⁷ Koning Boudewijnstichting, *Klachtenbehandeling en ombudsfunctie in de gezondheidszorg. Naar een nieuw systeem in België*, Brussel, KBS, 2010, p. 45-48.

³⁸ Rechten van de patiënt in de zin van de wet van 2002, organisatorische, administratieve problemen, problemen in verband met hotelfunctie, facturen,...

³⁹ Koning Boudewijnstichting, *Klachtenbehandeling en ombudsfunctie in de gezondheidszorg. Naar een nieuw systeem in België*, Brussel, KBS, 2010, p. 55.

⁴⁰ FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen, Federale commissie “Rechten van de patiënt”, 2011-06-10, *Advies betreffende de evaluatie van de klachtenbemiddeling en de werking van de bemiddelingssfunctie in de gezondheidszorg*, Ref CFDP/VH/RE/2011/2, p. 6.

verbetering van het klachtrecht onder meer ook het sluiten van samenwerkingsakkoorden veronderstelt tussen de federale overheid en de gefedereerde entiteiten om de ombudsfunctie “Rechten van de patiënt” te legitimeren “zonder dat dit de inspectiediensten of andere types diensten voor klachtenbehandeling van de deelgebieden belet hun eigen bevoegdheden uit te oefenen”. De toekenning van meer financiële middelen is natuurlijk het rechtstreekse gevolg van deze bevoegdheidsuitbreiding voor de ombudsfunctie⁴¹.

Het derde aspect waarop de Commissie in haar advies ten slotte de nadruk legt, is dat er maximale garanties moeten geboden worden zodat de klachtenbemiddeling goed kan functioneren, met name: onafhankelijkheid, professionaliteit, continuïteit. De Commissie herinnert aan de conclusies van het verslag van de KBS dat “deze coherentie een harmonisatie en eenvormig maken van een reeks na te leven regels en voorschriften vereist” zoals de klachtenafhandelingsprocedure, de gehanteerde concepten, de arbeidsvoorwaarden die essentieel zijn voor de uitoefening van de functie, alsook de professionele referenties (kennis, regels, waarden)⁴² en een certificatiesysteem van de bevoegdheden. Wat de onafhankelijkheid betreft, wordt gevraagd – op voorwaarde dat men een afdoende financiering heeft – dat de ombudsfunctie geen andere functies moet waarnemen in dezelfde inrichting en zeker geen functie met hiërarchische verantwoordelijkheid.

Ten opzichte van sector van de rusthuizen en RVT sluit het standpunt van de Commissie in grote mate aan bij de vaststellingen van de federale ombudsdienst. Ze vindt dat het gewenst is om een specifieke ombudsdienst voor de rusthuizen/RVT te hebben, die de betrokken instellingen geregeld kan bezoeken (in navolging van de ombudsdiensten van de overlegplatformen geestelijke gezondheid). Toegankelijkheid, regelmatige aanwezigheid en vertrouwdsheid met de cultuur van de instelling worden beschouwd als essentiële elementen voor de uitoefening van het recht van de ‘patiënten-bewoners’ die er verblijven en er worden verzorgd. De naburigheid is echter niet enkel gewenst om een doeltreffender klachtenbehandeling te verzekeren, maar ook om de praktijken in verband met de rechten van de patiënten op het terrein te verbeteren.

De Commissie stelt zich trouwens vragen bij het standpunt dat de auteurs van het verslag van de KBS over de klachtenbehandeling verdedigen. Ze vraagt zich immers af of het verstandig is om dit evaluatieve luik (“onderzoeken en beoordelen van een klacht, leidend tot de inname van een duidelijk standpunt”) toe te voegen aan de ‘bemiddeling’ die, voor haar en ze dringt hierop aan, in de eerste plaats gericht is op “het herstel van de relatie tussen patiënt en zorgverlener, het wegnemen van onvrede in de sfeer van de communicatie, informatie en bejegening en het bieden van – vooral – emotionele genoegdoening”⁴³.

De Commissie legt zo de nadruk op het terugkerende spanningsveld waarmee de ombudsfunctie sinds het begin wordt geconfronteerd: spanningsveld tussen de ‘grenzen’ van hun bemiddelingsopdracht en de verwachtingen/doelstellingen van de patiënt⁴⁴. Het al dan niet toevoegen van de klachtenbehandeling aan de bemiddeling via de creatie

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *Ibid.*, pp. 6-7.

⁴³ *Ibid.*, p. 9.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 10.

van een tussenniveau tussen de 'ombudspersoon' (in zijn huidige conceptie) en justitie is dus wel de vraag die zich stelt, gelet op de ervaring die in dit domein werd verworven na tien jaar werking. Ze dringt erop aan om deze twee oriëntaties, die fundamenteel verschillen in hun conceptie, maar regelmatig het voorwerp van verwarring zijn, worden opgehelderd. Terwijl sommige leden van de federale commissie 'Rechten van de patiënt' vinden dat een onafhankelijke lokale klachtencommissie de klachten zou kunnen behandelen door een standpunt in te nemen over de verweten feiten, geldt dat niet voor de federale functie die dan weer volledig onpartijdig zou blijven tijdens het verloop van de klachtenbemiddeling, in overeenstemming met de wet betreffende de rechten van de patiënt.

II. De sector huisvesting en opvang van bejaarde personen. Contextuele elementen

Op het moment waarop deze studie werd gerealiseerd, was de Federale staat conform de verdeling van de bevoegdheden tussen de Staat en de Gewesten, bevoegd gebleven voor alle materies van openbaar belang, zoals de sociale zekerheid (meer bepaald de financiering van de gezondheidszorg via het RIZIV). Alle zogezegde persoonsgebonden aangelegenheden zoals het gezondheidsbeleid en de bijstand aan personen werden overgedragen aan de Gewesten en Gemeenschappen.

1. In het Vlaams gewest

In deze resultatensectie van het rapport komt eerst het wetgevend kader van klachtenbemiddeling in Vlaanderen zoals het aan bod kwam tijdens de interviews aan bod. Vervolgens beschrijven we wat begrepen wordt onder de noemer 'klacht'. We bespreken daarna de verschillende kanalen waarlangs klachten kunnen worden geuit bij de klachtenprocedures en de klachtenbehandeling. Een laatste punt bij de resultaten zijn de suggesties van de respondenten.

1.1. REGELGEVING

Het wetgevend kader rond klachtenbehandeling in WZC bestaat uit één Federale wet en twee Vlaamse decreten. Het gaat hierbij om *de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt* (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid, 2002), *het Kwaliteitsdecreet* (De Vlaamse Regering, 2004) en *het Woonzorgdecreet* (Raad van State, 2009).

1.1.1. Wet Patiëntenrechten

De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt bepaalt het recht van de patiënt om een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie. De Federale Ombudsfunctie kadert binnen deze wet. Tot 2007 was deze wet vooral gericht op patiënten in acute zorgsituaties. Met het KB van 15 februari 2007 betreffende de afwijkende regels met betrekking tot vertegenwoordiging werd, om tegemoet te komen aan patiënten in een langdurige zorgcontext, het cascadeprincipe voor klachtrecht verlaten. Dit is een regeling om klacht in te dienen voor de omgeving van de patiënt in geval van wilsonbekwaamheid volgens een bepaalde rangorde. Dit werd verlaten omwille van de afhankelijke en kwetsbare positie van patiënten in een langdurige zorgsetting. Men moet nog verder in een rusthuis na een klacht, waardoor een grote extra drempel ontstaat om iets aan te kaarten. Om dit te vermijden werd mogelijk gemaakt dat familieleden en mantelzorgers buiten de patiënt om het recht

hebben klacht in te dienen (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu, 2007). Federaal werd dit recht zo geïnterpreteerd dat men klachtrecht heeft, maar de klacht steeds dient te worden afgetoetst bij de bewoner zelf. Indien deze duidelijk aangeeft zelf geen probleem te hebben aangaande de klacht, wordt de klacht niet verder behandeld⁴⁵.

1.1.2. Het Woonzorgdecreet

Het Woonzorgdecreet legt een aantal verplichtingen op die rechtstreeks betrekking hebben op het uiten van klachten.

- Elk WZC stelt een kwaliteitscoördinator en een klachtencoördinator aan in het kader van de formeel verplichte kwaliteitsprocedure.
- In het kader van klachtenbeleid geldt de verplichting een gebruikersraad te organiseren die minstens één maal per semester samen komt.
- WZC zijn verplicht tot klachtenregistratie.
- De persoon die een klacht initieert moet steeds worden ingelicht over de gevolgen van een klacht.
- WZC worden verplicht om het Vlaamse aanspreekpunt inzake klachtenbehandeling (Woonzorglijn) te afficheren. Op een duidelijke plek wordt kenbaar gemaakt op welke wijze er contact kan opgenomen worden met deze telefonische oproepcentrale. Dit dient duidelijk te zijn voor residenten, families en alle bezoekers.
- De klachtenprocedure moet volgens het Woonzorgdecreet beschreven staan in de Interne Afsprakennota (voormalige huishoudelijk reglement).
- Bewoners, familieleden en mantelzorgers moeten regelmatig geïnformeerd worden over het klachtenbeleid dat het WZC voert.

1.1.3. Het Kwaliteitsdecreet

Het doel van het Kwaliteitsdecreet is het verzekeren van een minimale kwaliteit in de welzijnssector. Dit situeert zich binnen het algemene kwaliteitsdenken en een streven naar continue verbeteringen. Klachtrecht staat daarom ook ingeschreven in het kwaliteitsdecreet.

- Elke gebruiker, familielid en medewerker wordt de mogelijkheid gegeven een klacht te uiten.

⁴⁵ Zie Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu (15/02/2007). — Koninklijk besluit houdende vaststelling van afwijkende regels met betrekking tot de vertegenwoordiging van de patiënt bij de uitoefening van het klachtrecht zoals bedoeld in artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Belgisch Staatsblad. De informatie kwam eveneens naar voor tijdens ons gesprek met Willeke Dijkhoffz, auteur van het boek: *Je rechten als patiënt*, EPO, 2008, 264 p.

- Elke voorziening werkt hiertoe een klachtenprocedure uit. De klachtenprocedure is een onderdeel van het kwaliteitshandboek dat ook middels het kwaliteitsdecreet wordt verplicht.
- Elke voorziening maakt deze de klachtenprocedure kenbaar aan haar gebruikers en medewerkers via de Interne Afsprakennota (IAN).
- Klachten worden verplicht geregistreerd. Een regelmatige analyse van gelijkaardige klachten verplicht de WZC tot het nemen van correctieve en preventieve maatregelen.

1.1.4. Opmerkingen aangaande het wetgevend kader

In de interviews werden een aantal reflecties gemaakt bij het bestaande juridische kader.

Een eerste belangrijke observatie is dat het voor de Zorginspectie niet helemaal duidelijk is of de Wet Patiëntenrechten wel van toepassing is op bewoners van WZC als dusdanig. Het gaat hier eerder om zorg, bewoners en cliënten, niet om patiënten. Hier zou duidelijkheid rond moeten komen.

Ten tweede laat het wettelijk kader rond klachtenbehandeling zeer veel ruimte voor interpretatie binnen de WZC:

- Enerzijds pleiten twee personen van WZC en twee experts voor concreter omschreven invullingen van de huidige verplichtingen. Zo is bijvoorbeeld de verplichting tot 'periodiek informeren over het klachtenbeleid' soms te vaag.
- Anderzijds wijzen onze respondenten erop dat de ruimte voor interpretatie van de wetgever precies een sterk punt is. De 'vaagheid' van het decreet biedt de mogelijkheid aan WZC om een eigen klachtenbeleid te ontwikkelen: de decreten verplichten enkel dat het WZC een doordacht beleid opzet. Er wordt op gewezen dat het beleid aangepast moet worden aan de grootte van het WZC. De grootte en structuur hebben gevolgen voor de wijze waarop met een klacht wordt omgegaan.

In de praktijk kan de ruimte voor interpretatie wel voor frustraties zorgen bij WZC die het Woonzorgdecreet zeer nauwkeurig en maximaal invullen en naleven. De ijverige WZC worden niet financieel beloond. Andere WZC die voor een minimale invulling kiezen worden niet afgestraft.

De Interne Afsprakennota (IAN) die bewoners en familieleden op de hoogte moet stellen van de klachtenprocedure is evenmin gespecificeerd. De IAN moet worden ondertekend door de bewoner bij de intake. Toch is dit volgens het Vlaams Patiëntenplatform geen garantie dat de bewoners echt op de hoogte zijn, aangezien velen dit ondertekenen zonder het door te nemen. Bepaalde WZC spelen hierop in door dit bij de intake of op een ander moment nog eens mondeling met de bewoner door te nemen.

2. In de Waalse en Brusselse Gewesten

2.1 WETGEVING

2.1.1. Waals gewest

De gewestelijke bevoegdheden blijven nauw verbonden met de bevoegdheden rond gezondheid en bijstand aan personen die federaal gebleven zijn⁴⁶, waaronder de regels inzake de ziekte-invaliditeitsverzekering, de basisnormen inzake programmering, alsook bepaalde erkenningsnormen van de gezondheidszorgvoorzieningen zoals de rust- en verzorgingstehuizen en de dagcentra⁴⁷.

Via de Direction des Aînés beheert de Service public de Wallonie (SPW) alle huisvestings- en opvanginrichtingen voor bejaarde personen op zijn grondgebied (onderzoek van de aanvraagdossiers voor de oprichting van inrichtingen - in het kader van de programmeringsregels - en van de exploitatievergunningen, controleert de naleving van de normen en inspecteert de inrichtingen).

Het is diezelfde Direction des Aînés die de klachten van de bewoners en hun familie – of elke andere getuige – ontvangt en behandelt en op basis daarvan de maatregelen neemt die de reglementering hem opleggen. Zo kan de bevoegde minister de exploitatievergunning van een inrichting voor bejaarde personen weigeren, opschorten of intrekken op advies van de Commission Wallone des Aînés, en in dat geval overgaan tot de dringende sluiting van een inrichting⁴⁸.

Verder kan de Service Public een administratieve boete opleggen bij exploitatie van een inrichting zonder exploitatievergunning of wanneer die de grenzen van de vergunning overschrijdt. In dat geval verzekert deze dienst de veiligheid, de gezondheid en het welzijn van de bejaarde personen die deze inrichtingen bezoeken of er wonen.

Naar aanleiding van het Decreet van 2008 betreffende de strijd tegen ouderenmishandeling van het Waals gewest, heeft de SPW het “Agence Wallone de lutte contre la maltraitance des personnes âgées” opgericht, ook Respect Seniors genoemd⁴⁹. Dit agentschap heeft vooral de opdracht om bejaarden die het slachtoffer zijn van een daad (of weglating) van mishandeling, waaronder medische mishandeling (die kan worden gekenmerkt door een teveel of een tekort aan geneesmiddelen), materie die valt onder de eerste van de rechten van de patiënt om kwaliteitszorg te krijgen, te helpen – meer bepaald via het beheer van een gratis telefoonnummer.

Volgens het Waals Wetboek voor sociale actie en gezondheid moet Respect Senior een jaarverslag opstellen met een statistische bijlage met de geregistreerde dossiers van mishandelingen en dat ter advies aan de Commission Wallone des Aînés voorleggen. De interventies betreffende “het luisteren, de voorlichting, de oriëntatie en de bemiddeling met het oog op het zoeken naar een oplossing die het agentschap op het terrein doet om de verschillende interveniënten bijeen te brengen en te coördineren” zijn in principe meegerekend.

⁴⁶ Direction Générale Opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé, Portail thématique sur l'Action sociale et de santé, <http://socialsante.Wallonie.be/?q=aines> (geraadpleegd op 24.07.2012).

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ Respect Seniors, <http://www.respectseniors.be/accueil.html>

Er is meer informatie nodig om de juiste aard, de doelstellingen en de modaliteiten van deze 'bemiddelingsopdracht' te identificeren en eventuele overlappings met de ombudsdienst 'rechten van de patiënt' te meten.

2.1.2. Brussels Gewest

In het Brussels Gewest voeren de Gemeenschappen (Franse en Vlaamse gemeenschap) hun eigen beleid wat de voorzieningen voor huisvesting of opvang van bejaarde personen betreft. De instellingen worden erkend en gecontroleerd door de Franse Gemeenschapscommissie(COCOF), of de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC), of nog de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM). De instellingen die bevoegd zijn voor gezondheid en bijstand aan personen kunnen kiezen om tot de ene of de andere gemeenschap te behoren of geen keuze maken. In het laatste geval ressorteren ze als 'bicommunautaire instellingen' (of 'bipersoonsgebonden') onder de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie⁵⁰.

2.2. DE OMKADERING VAN DE SECTOR IN DE WAALSE EN BRUSSELSE GEWESTEN EN DE RECHTEN VAN DE PATIËNT

Dit punt van het verslag zoekt de convergentiepunten tussen de wetgevingen van deze sector en de federale wetgeving betreffende de rechten van de patiënt, met name ten opzichte van de algemeen beoogde verbetering van de kwaliteitszorg. Er wordt bijzondere aandacht besteed aan de officiële voorzieningen die de klachten van de bewoners moeten optekenen.

2.2.1. In Wallonië

In navolging van de in Wallonië van kracht zijnde wetgeving inzake gezondheid en sociale actie, werd de wetgeving die de sector van de huisvesting en de opvang van bejaarde personen organiseert, onlangs verzameld in het Waals Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid, bekendgemaakt in het Belgisch staatsblad op 21 december 2011. Het gaat niet om nieuwe bepalingen in vergelijking met de vorige periode, maar om een harmonisering die beantwoordt aan een politiek streven naar administratieve modernisering. Het wetboek herneemt de bestaande bepalingen dus in een nieuwe indeling zonder hun inhoud te wijzigen, namelijk het Decreet van 30 april 2009 betreffende de opvang en de huisvesting van bejaarde personen, alsook het Besluit van de Waalse Regering van 15 oktober 2009 houdende uitvoering van het decreet van 30 april 2009 betreffende de opvang en de huisvesting van bejaarde personen en zijn bijlagen (handvest betreffende de kwaliteit, normen die gelden voor rusthuizen,...).

⁵⁰ Portaal van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: <http://www.bruxelles.irisnet.be/a-propos-de-la-region/les-institutions-communautaires-a-bruxelles/cocom>

2.2.1.1. De (het gebrek aan) verwijzing naar de rechten van de patiënt

De voorziening voor huisvesting en opvang voor bejaarde personen, die nu wordt vermeld in Boek V van het Waals Wetboek (“Hulpverlening aan bejaarde personen”) vermeldt in de teksten nergens de wet van 2002 betreffende de rechten van de patiënt – zelfs de term ‘patiënt’ wordt nergens vermeld. Dat kan worden verklaard door het feit dat het om een federale wet gaat die niet rechtstreeks onder de bevoegdheid van de Gewesten valt en omdat er geen samenwerkingsakkoord voor de toepassing ervan is geweest. Ze steunt op een eigen referentiekader – gedefinieerd door andere begrippen, zoals ‘bewoner’ en ‘rechten van de bewoners’.

Het begrip ‘bewoner’ legt de nadruk op huisvesting en opvang, de hoofdfuncties van de instelling, en niet op zorg vanuit het oogpunt van de ‘relatie tussen patiënt en professional uit de gezondheidssector’. De rechten van de patiënt als zodanig vormen geen normaal referentiekader voor de partners van de sector, die erg gevoelig zijn voor het “respect voor de rechten van de bewoners”. Zoals we zullen uiteenzetten, dekken die rechten gedeeltelijk het domein van de rechten van de patiënt. Een ‘bewoner-patiënt’ wordt immers meer beschouwd als een begunstigde van prestaties die worden geleverd in een leefruimte waarvan hij afhangt omwille van de collectieve en professionele organisatie ervan, dan als een volwaardige partner in een (zorg)relatie waarin beide partijen worden verondersteld te communiceren en overeen te komen om voor de patiënt de best mogelijke therapeutische resultaten/doelstellingen te bereiken en te streven naar herstel. Het respect voor de individuele rechten van de bewoners wordt bevorderd door organisatorische normen voor de inrichtingen - en de beheerders moeten er in de eerste plaats voor zorgen dat ze worden gerespecteerd. Het beantwoordt meer aan een globale visie van ‘welzijn’ (een complex begrip), zoals blijkt uit de titel van hoofdstuk III van het Waals Wetboek (voorziening voor huisvesting en opvang voor bejaarde personen) dan een streven naar erkenning, ‘partnerschap’, invoering van een vertrouwensrelatie enz.

2.2.1.2. De organisatie van het welzijn

Zonder expliciete verwijzing naar de wet van 2002 verduidelijkt de Waalse wetgeving toch de plichten van de inrichtingen voor bejaarde personen en die dekken enkele van de “rechten van de patiënt”⁵¹:

- 1° de individuele rechten van de bewoners naleven
- 2° de eerbiediging van hun privé-, gevoels- en seksueel leven waarborgen
- 3° het behoud van hun zelfstandigheid bevorderen
- 4° hun deelname aan het sociaal, economisch en cultureel leven bevorderen
- 5° een omgeving waarborgen die gunstig is voor hun persoonlijke ontplooiing en welzijn
- 6° hun veiligheid verzekeren met eerbied voor hun individuele rechten en vrijheden

Om het welzijn van de bewoners te promoten heeft de Waalse regering een handvest in verband met de kwaliteit van de inrichtingen voor bejaarde personen opgesteld, gericht op de behoeften, de verwachtingen en het respect van de bewoners om hun levenskwaliteit te verbeteren (art. 338). De instemming met dit handvest is niet verplicht. De inrichtingen die instemmen met dit handvest krijgen wel een

⁵¹ Waals Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid, p. 90.

kwaliteitslabel. Om dat label te behouden, moeten de inrichtingen “gepaste initiatieven nemen om in te spelen op de behoeften, de verwachtingen en het respect van de bewoners”. De verwijzing naar de kwaliteit van de gezondheidszorg is in dit handvest het best uitgewerkt en leunt het dichtst aan bij de geest van de wet van 2002 betreffende de rechten van de patiënten (zie punt 3 lager).

1. De menselijke waardigheid en de grondrechten eerbiedigen

De menselijke waardigheid wordt beschouwd als de “erkenning van eenieders identiteit, de eerbied voor eenieders levensloop, eenieders intimiteit en persoonlijke ruimte, eenieders wereldopvatting en de organisatie van eenieders geestelijke leven en het recht om de ontwikkeling van eenieders menselijke vermogen voort te zetten”.

Het handvest vermeldt dat elke bewoner “recht heeft op autonomie, veiligheid en zelfontplooiing”, wat onder andere “het recht op een privéleven, het recht op affectieve beleving, het recht op seksuele beleving tussen instemmende volwassenen, het recht op inspraak bij de gemeenschappelijke beslissingen, het recht om in aanmerking te komen voor dienstverleningen en bijstand om eenieders bekwaamheid om zelfstandig te leven, te vergroten en eenieders levensritme te eerbiedigen” impliceert.

Dat betekent dat de inrichtingen alle maatregelen treffen opdat “de sterk afhankelijke bejaarde personen en, in het bijzonder, de ernstig gedesoriënteerde personen zo goed mogelijk hun vrijheid bewaren om te communiceren, om zich te verplaatsen, om deel te nemen aan het gemeenschapsleven en om de controle over hun bestaansmiddelen en hun goederen te behouden”.

Verder wordt de aanspreking met ‘u’ als regel ingevoerd.

2. De bewoner opvangen en begeleiden

Dit artikel benadrukt de geïndividualiseerde opvang, de dagelijkse begeleiding en het levenseinde dat een aangepaste en versterkte begeleiding noodzakelijk maakt.

3. Gepaste gezondheidszorg waarborgen

Met dit artikel verbindt de inrichting zich ertoe om “een multidisciplinaire medische, verpleegkundige, paramedische, verzorgende en sociale begeleiding te bieden, gewaarborgd door personeelsleden die op gepaste wijze in de gerontologie en geriatrie gevormd zijn”.

Het artikel bepaalt dat “de bejaarde persoon het recht heeft om een gepaste en afgestemde verzorging te krijgen die hem kan helpen een optimaal fysiek, psychisch en sociaal welzijnsniveau te handhaven en zelfs weer op krachten te komen en ziekte of een handicap te voorkomen”.

De verzorging wordt hier heel ruim geïnterpreteerd en omvat in het bijzonder “de medische, verpleegkundige en paramedische verrichtingen die de genezing mogelijk

maken telkens als die doelstelling kan worden bereikt alsmede degene die als doel hebben de handicaps te compenseren, de functies te revalideren, de pijn te verlichten, helderheid en comfort te handhaven, de verwachtingen en de projecten van de bewoner bij te stellen en de levenskwaliteit te verbeteren. Ze worden op geïntegreerde wijze aan elke persoon aangepast”.

In navolging van de rechten van de patiënt heeft de bewoner ten slotte “het recht om in alle vrijheid te beslissen over de oriëntatie van zijn verzorging, over de keuze van de zorgverstrekkers met inachtneming van de vigerende regels alsmede over het scenario dat hij het meest waardig en aangepast acht voor het einde van zijn leven, met name het recht om de behandelingen die uitsluitend bestemd zijn om zijn leven te verlengen, te aanvaarden of te weigeren”. Hij heeft verder het recht op inspraak bij de beslissingen i.v.m. de hem verstrekte zorg.

4. Gezond en lekker

Voeding is hier inbegrepen in het begrip kwaliteit. Er wordt verduidelijkt dat genoeg en gezelligheid de eerste doelstelling van de maaltijd zijn. De inrichting moet ernaar streven om “ondervoeding te bestrijden” door aandacht te besteden aan de maaltijd (inrichting van de eetkamer, keuze van de tafel, van de tafelgenoten, comfort, respect van de nodige tijd). Het gaat, onder nog andere maatregelen, om het inwinnen van het advies en de evaluatie van de bewoners over de maaltijden, om het verzekeren van de toegang tot een gezonde en evenwichtige voeding en tot het verzekeren van hulp bij het eten in alle omstandigheden.

5. Welzijn waarborgen

In dit handvest wordt welzijn beschouwd als “een gevoel van genoeg en lichamelijk, psychologisch en sociaal evenwicht dat berust op de voldoening van de behoeften van het lichaam en de geest”. Er wordt aanbevolen om een dergelijke aanpak uit te werken via technieken inzake relationele zorgen, dankzij materieel comfort en eerbied voor de lichamelijke gesteldheid van de persoon. Aangepast meubilair en uitrusting, aangename omgeving, correcte kleding en aandacht voor lichaamsverzorging zijn enkele van de pistes die worden vermeld om deze doelstelling te bereiken.

6. Animatie en recreatie

Het handvest verbindt de inrichtingen ertoe om hen toegang te verlenen tot een cultureel, sociaal en artistiek leven.

In de praktijk onderschrijven weinig rusthuizen/RVT dit handvest. Bij gebrek aan dwang wordt dit waarschijnlijk gedeeltelijk verklaard door een vorm van weerstand van de beheerders om zich “druk op te leggen” in een sector die vindt dat hij al aan een grote omkadering en controle is onderworpen, behalve indien aanvullende financiële middelen ter beschikking worden gesteld om al die doelstellingen te verwezenlijken. Verder werd tegengeworpen dat de instemming met een handvest geen enkele waarborg betekent voor de naleving van die principes, zodat ze zou kunnen worden herleid tot een argument om inrichtingen te promoten, zonder werkelijke mobilisatie.

2.2.1.3. De organisatie van de relaties tussen de inrichtingen en de bewoners

De rechten en taken van de bewoners en van de beheerder worden verduidelijkt in een huishoudelijk reglement (art. 339). Ze sluiten ook een huisvestingsovereenkomst af. Verder moet elke inrichting een levensproject voor bejaarde personen invoeren om de bewoners een “optimaal welzijn te verzekeren en hun autonomie te handhaven”.

2.2.1.3.1. Het huishoudelijk reglement en de huisvestingsovereenkomst

Het door de beheerder opgesteld huishoudelijk reglement moet bepaalde principes respecteren (art. 359):

- a) *eerbied voor het privéleven*⁵² van de bewoners alsmede voor hun ideologische, filosofische en religieuze opvattingen
- b) de vrije keuze van de arts
- c) de vrije toegang tot het rustoord voor familie en vrienden, en voor de bedienaars van de verschillende erediensten en de lekenzorgers die de bewoners of hun vertegenwoordiger hebben laten komen
- d) een maximale uitgangsvrijheid

De huisvestingsovereenkomst moet de volgende principes bekrachtigen:

- a) *de zekerheid van de bewoner omtrent de kwaliteit van de huisvesting en de verleende diensten*
- b) de zekerheid van de bewoner omtrent de prijs van de huisvesting (...)
- c) de bescherming van de bewoner i.v.m. het in bewaring geven van de goederen (...)
- d) de zekerheid van de bewoner omtrent de duur van de overeenkomst, de opzeggingsvoorwaarden en -termijnen ervan
- e) de inachtneming van de bijzondere voorschriften i.v.m. het kortstondig verblijf

Sommige van die principes stemmen overeen met de rechten van de patiënt.

2.2.1.3.2. Het levensproject

Het levensproject (art. 359, 10°) is ook een voorziening die de uitoefening van de rechten van de patiënt in de zin van de federale wet kan steunen, hoewel het zich tot bewoners in de zin van de Gewestelijke wetgeving richt. Het omvat namelijk “bepalingen i.v.m. de *organisatie van de zorgverlening* en de hotelwezendiensten, om de bewoners *autonomie* en tegelijkertijd *welzijn, levenskwaliteit en waardigheid* te waarborgen”. Hoewel het niet duidelijk wordt vermeld als “kwaliteitszorg” zoals in de wet van 2002 over de rechten van de patiënt, is dit begrip wel degelijk aanwezig. De andere bepalingen die in het levensproject moeten worden vermeld, hebben betrekking op:
. het onthaal van de bewoners (met het oog op het respect van hun persoonlijkheid, op de verzachting van de breuk die ze samen met hun gezin bij hun opname ondervinden...)

⁵² Wij onderlijnen.

. het levenskader (dat “zo dicht mogelijk aanleunt bij hun gezinskader, namelijk door ze aan te zetten tot deelname in de beslissingen betreffende het gemeenschappelijk leven en door het ontwikkelen van bezigheids-, relationele en culturele activiteiten zodat het rustoord zich kan openstellen voor de buitenwereld”)

. het ploegwerk “in een interdisciplinaire geest en in een kader van permanente vorming waarbij het personeel in zijn handelingen en woorden *respect* moet tonen *voor de persoon* en de individualiteit van de bewoner en waarbij aan bedoeld personeel o.a. inzake tijd middelen worden verschaft met het oog op een vlottere inzameling en overdracht van de opmerkingen die de doelstellingen van het levensproject helpen halen”, en ten slotte

. de deelname van de bewoners, “elk volgens zijn bekwaamheden, om *dialogo te bevorderen*, suggesties in ontvangst te nemen, in team de verwezenlijking te evalueren van de doelstellingen vervat in het institutionele levensproject en activiteiten aan te bieden die ieders verwachtingen inlossen”

2.2.1.3.3. De bewonersraad

De bewonersraad (art. 341) is één van de manieren waarop de bewoners-patiënten hun ontevredenheid, protesten en andere ‘klachten’ kunnen uiten en waar pistes voor oplossingen kunnen worden bedacht en besproken. Deze voorziening gaat echter niet over de relaties patiënten-zorgverstrekkers, maar over de werking van de inrichting, de organisatie van de diensten, het institutionele levensproject en de animatieactiviteiten.

Deze raad moet in elk rusthuis of RVT bestaan en minstens eenmaal per kwartaal vergaderen. De raad is samengesteld uit bewoners of hun vertegenwoordigers en/of hun gezinsleden. De directeur of diens vertegenwoordiger kan de vergaderingen van de bewonersraad bijwonen. De raad wordt gesteund door het personeel van de inrichting om de vlotte werking ervan te waarborgen. Deze werkingsmodaliteiten zijn niet vrij van bepaalde kritiek omdat sommige comités als weinig ‘democratisch’ worden beschouwd.

2.2.1.4. De kwestie van de vertegenwoordiger van de bewoner

Voor de toepassing van de Waalse wetgeving wordt ofwel de wettelijke of gerechtelijke vertegenwoordiger van de bewoner, ofwel de gevolmachtigde die hij heeft aangeduid (met uitzondering van elke persoon die een activiteit in de inrichting uitoefent of deelneemt aan het beheer ervan) als de ‘vertegenwoordiger’ van de bejaarde beschouwd. Bij ontstentenis van de twee hoger vermelde figuren, kan het ook gaan om een vertegenwoordiger van het bevoegd openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW).

Het begrip stemt niet helemaal overeen met de wet van 2002 die een onderscheid maakt tussen de ‘vertegenwoordiger’ en de ‘vertrouwenspersoon’. De vertegenwoordiger is de persoon die de rechten van de patiënt in zijn naam uitoefent bij onbekwaamheid van de patiënt, terwijl de vertrouwenspersoon de patiënt enkel bijstaat. Het kan gaan om een familielid, een vriend, een andere patiënt of elke andere persoon die de patiënt aanduidt om hem te helpen informatie over zijn gezondheidstoestand in te winnen, zijn dossier te raadplegen of te krijgen en om klacht neer te leggen. Hoewel de patiënten worden

aangemoedigd om hun vertrouwenspersoon aan te duiden via de speciaal daartoe bestemde formulieren die de Federale Overheidsdienst verspreidt, lijken de meeste bewoners in rusthuizen en RVT weinig geneigd om dergelijke stappen te zetten. Een meer gerichte studie zou nuttig kunnen zijn om deze praktijken in de rusthuizen en RVT te kennen.

2.2.1.5. De samenwerking met de coördinatiecentra en de thuishulp

Het is niet de bedoeling om alle normen die de sector regelen, gedetailleerd te bespreken. Een van deze normen heeft echter betrekking op de externe samenwerkingsverbanden en is daarom het vermelden waard. De specifieke normen van de rusthuizen vereisen immers dat ze hun modaliteiten voor de samenwerking met coördinatiecentra en thuishulp vastleggen, in dat geval met een RVT en met de vereniging voor palliatieve zorgen die de betrokken geografische zone dekt indien het rusthuis geen RVT-bedden heeft.

2.2.1.6. De klachtenvoorzieningen voor de bewoners

De procedure om opmerkingen, bezwaren of klachten neer te leggen, wordt vermeld in het huishoudelijk reglement dat de bewoner ontvangt (artikel 8). Intern kunnen de bewoners, hun vertegenwoordiger of hun familie zich tot de directeur richten (die zijn beschikbaarheid moet uithangen). Verder stelt de inrichting een register voor “suggesties, opmerkingen of klachten” ter beschikking. Dat register moet een keer per kwartaal aan de bewonersraad worden voorgelegd. Verder wordt verduidelijkt dat de klagende partij in kennis wordt gesteld van het gevolg dat aan zijn klacht wordt gegeven.

De klachten kunnen ook extern worden neergelegd. Er worden drie adressen vermeld, zonder enige vorm van uitleg voor de bewoner: dat van de Direction des Aînés van de Service public de Wallonie in Jambes, dat van de burgemeester van de gemeente waar de inrichting gevestigd is en ten slotte dat van Respect Seniors, het Waals agentschap voor de strijd tegen de mishandeling van bejaarde personen (een gratis telefoonnummer onder de vorm 0800⁵³).

Het huishoudelijk reglement bevat noch informatie betreffende de federale ombudsdienst, noch betreffende de mogelijkheid om klacht bij deze dienst neer te leggen in het kader van het recht van de patiënt.

Naast die voorzieningen die in het huishoudelijk reglement staan, verduidelijkt de overeenkomst tussen de beheerder en de bewoner (artikel 11) dat bij geschillen de burgerlijke rechtbank als enige bevoegd is.

⁵³ Volgens de Waalse Administratie kan Respect Seniors zowel optreden op het niveau van de institutionele huisvesting als thuis, maar hebben de aangeklaagde problemen van mishandeling hoofdzakelijk betrekking op thuissituaties.

2.2.1.7. De algemene voorzieningen voor klachten

In de transversale bepaling voor sociale actie en gezondheid die het Waals Gewest heeft ingevoerd, heeft het gewest over het algemeen een 'bemiddelingsopdracht' toegekend aan de burgemeester en de klachtenbehandeling aan de Administratie. Daarom heeft deze bepaling ook betrekking op de inrichtingen voor bejaarde personen. Deze modaliteiten worden uitgelegd in artikel 43 van Boek 1 van het Waals Wetboek (Titel VII: klachten):

1° Elke belanghebbende kan aan de Regering, de Administratie, de openbare instelling of de burgemeester een klacht richten met betrekking tot de werking van een dienst of een instelling inzake sociale actie of gezondheid. Elke klacht is het voorwerp van een bericht van ontvangst dat binnen de acht dagen wordt verstuurd.

2° De burgemeester, Administratie of openbare instelling die een klacht ontvangen, brengen de Regering en de dienst of instelling waarop die klacht betrekking heeft, onmiddellijk op de hoogte.

3° Indien bemiddeling mogelijk is, kan de burgemeester als verzoenende partij optreden en aanbevelingen uiten waarvan hij denkt dat ze een oplossing kunnen inhouden voor de werkingsmoeilijkheden.

4° De personen of organen bij wie de klacht aanhangig werd gemaakt, moeten een verslag opmaken over de inlichtingen die ze hebben kunnen inwinnen en dat aan de regering richten. De betrokken dienst of instelling licht het orgaan in over het gevolg dat aan de klacht gegeven is en die laatste moet op zijn beurt de klagende partij informeren.

5° Jaarlijks maakt de regering de dossiers betreffende de klachten van het vorige kalenderjaar over aan de "Conseil wallon de l'action sociale et de la santé".

De wettelijke bepalingen verduidelijken echter niet wat juist wordt verstaan onder 'bemiddeling', noch de voorwaarden en modaliteiten ervan. Een diepgaander onderzoek zou aantonen in welke mate problemen betreffende de 'gezondheidszorg' worden behandeld en hoe; of deze bemiddelingsopdracht eventuele overlappings kent met de ombudsfunctie 'rechten van de patiënt', wat weinig waarschijnlijk lijkt. De interviews bij de Waalse administratie leren ons inderdaad dat de burgemeester effectief kan worden geraadpleegd of kan deelnemen aan de bemiddeling, maar dat weinig mensen dat doen. In grote gemeenten zoals Charleroi of Luik worden de sociale diensten gemobiliseerd en zijn zij de echte partners van het gewest. In de kleine gemeenten wordt echter een partnerschap met het gewest ingevoerd en worden de klagende partijen aangemoedigd om hun klacht rechtstreeks naar de Direction des Aînés te sturen.

2.2.1.8. De rol van de burgemeester

Naast de eventuele 'bemiddelingsrol' die hij moet spelen, heeft de burgemeester ook de opdracht om de voorzieningen voor huisvesting of opvang van bejaarde personen te controleren.

Een omzendbrief van de Direction des Aînés aan de burgemeesters van 2 mei 2012 verduidelijkte immers hun “opdrachten en privileges met betrekking tot de huisvestings- en opvanginrichtingen voor bejaarde personen”. De omzendbrief vermeldt twee rollen die direct passen in een functie van toezicht en controle van de inrichtingen. Aan de ene kant kan hij de verslagen van de vergaderingen van de Bewonersraad raadplegen en anderzijds kan hij op “elk ogenblik een inrichting voor bejaarde personen bezoeken om de huisvestingsvoorwaarden en het welzijn van de personen die er worden ondergebracht of opgevangen, te controleren en indien nodig een verslag aan de regering te richten”. Het is de bedoeling om na te gaan of “alles in het werk gesteld is om de bewoners voorwaarden inzake gezondheid, veiligheid, hygiëne, ontplooiing te bieden die hun welzijn optimaliseren”.

2.2.1.9. De controle van de inrichtingen

Onlangs werd een bepaling ingevoerd betreffende de inspectie van de inrichtingen voor bejaarde personen die zijn controle over de inrichtingen versterkt (verificatie en opvolging van de naleving van de normen). De inspecteurs hebben nu een mandaat van officiers van de gerechtelijke politie bij de Procureur des Konings en moeten de eed afleggen. Dat betekent dat ze “bevoegd zijn om processen-verbaal van bevinding op te maken, die bewijskracht hebben tot het tegendeel is bewezen en dat ze onder het hiërarchisch gezag van de Procureur des Konings staan”. (*Verantwoordelijke van de administratie bij de Direction des Aînés*). Met deze maatregel koos de Service public de Wallonie ervoor om de logica van controle/ sanctie van de inrichtingen te versterken.

2.2.2. In het Brussels gewest

2.2.2.1. De Cocof⁵⁴

Het huisvestings- en opvangbeleid voor bejaarde personen dat de COCOF voert, is gereguleerd door verschillende decreten en besluiten: het decreet van 22 maart 2007, het besluit 2008/1561 houdende uitvoering van het vorige decreet van 2 april 2009 en het besluit 2010/1305 van 17 maart 2011 (bekendgemaakt in het Staatsblad op 26 september 2011) dat dit laatste wijzigt. Zoals een verantwoordelijke zegt, gaat het dus over een “vrij jonge” wetgeving en de Administratie heeft nog niet “veel ervaring” met de toepassing ervan. De belangrijkste vorderingen van de wetgeving hebben enerzijds betrekking op de klachten die nu ook mondeling en niet meer enkel schriftelijk kunnen worden neergelegd, alsook op de mogelijkheid om anoniem te blijven en de neerlegging te vergemakkelijken en anderzijds op de participatie van de bewoners via de participatiecommissie.

⁵⁴ Volgens een (op 10 okt 2011 bijgewerkte) lijst die de Administratie heeft meegedeeld, zijn 47 inrichtingen erkend door de COCOF, waarvan 20 RVT en 27 rusthuizen-RVT (gemengde inrichtingen). Al die inrichtingen behoren tot de privésector (al dan niet commercieel). De Brusselse openbare inrichtingen vallen allemaal onder de COCOM.

2.2.2.1.1. De rechten en plichten van de bewoners

Het besluit van 2009 heeft het decreet van 2007 aangevuld en verduidelijkt op het niveau van de rechten en plichten van de bewoners. Er zijn er nu 9 in totaal en ze integreren bepaalde privileges uit de rechten van de patiënt, zoals de vrije keuze van de arts en het recht op kwaliteitszorg (zie artikel 8):

1. Aan de resident wordt de grootst mogelijke vrijheid toegekend, voor zover die geen nadeel berokkent aan de andere residenten. De resident is met name verplicht om de persoonlijke hygiënemaatregelen in acht te nemen en zich te houden aan de veiligheidsregels.
2. Volledige vrijheid van verkeer en om naar buiten te gaan (...).
3. Recht om de bezoekers van zijn keuze te ontvangen (...).
4. Elke dwangmaatregel tegenover de resident is verboden. Wanneer een dergelijke maatregel noodzakelijk blijkt vanwege de lichamelijke of geestelijke toestand van de resident, dient deze te worden voorgesteld door de verzorgingsploeg en gerechtvaardigd te worden met een medisch attest dat bij het medisch dossier van de betrokkene wordt gevoegd, samen met een schriftelijk akkoord van de wettelijke vertegenwoordiger van de resident. De maatregel kan slechts worden genomen mits strikte naleving van de rechten van de betrokkene.
5. Recht op respect voor zijn privacy en zijn affectieve en seksuele leven (verplichting om de resident te verwittigen alvorens zijn kamer te betreden).
6. Vrije keuze van de arts.
7. Vrije keuze wat betreft het paramedisch personeel en de kinesitherapie, met uitzondering van het verplegend personeel dat voorzien is in de personeelsnormen en aangeworven werd door het rustoord door middel van een arbeidsovereenkomst.
8. Vrije keuze van de apotheker.
9. Volledige vrijheid verzekerd van filosofische, politieke en religieuze meningsuiting (...).

2.2.2.1.2. Het huishoudelijk reglement

Het huishoudelijk reglement dat elk rusthuis opstelt, moet de principes concretiseren die in het levensproject worden voorgesteld. Het moet niet alleen de rechten en plichten definiëren van de bewoner, maar ook die van het rusthuis dat zich ertoe moet verbinden de bewoner een leven te laten leiden dat overeenstemt met de menselijke waardigheid en alle vereiste middelen te gebruiken om het door hem voorgestelde levensproject te concretiseren. Verder licht het de bewoner in over:

- de naam van de directeur aan wie alle opmerkingen mogen worden meegedeeld, zowel door de resident en, in voorkomend geval, zijn gevolmachtigde, als door zijn familie (...)
- de indienings- en onderzoeksmodaliteiten van opmerkingen en klachten, en de vermelding van de adressen en telefoonnummers van de inspectiedienst van de administratie en de hygiëne-inspectie van de overheid
- het bestaan van een participatiecommissie
- de gegevens van de bevoegde inspectiedienst alsook van de erkende dienst voor hulpverlening aan mishandelde bejaarden

Net als in de reglementering van het Waals gewest wordt nergens melding gemaakt van de federale dienst 'Rechten van de patiënt'.

2.2.2.1.3. De participatiecommissie⁵⁵

In navolging van de bewonersraad in het WG moet binnen elk rusthuis een participatiecommissie worden gevormd en heeft iedere bewoner of zijn gevolmachtigde het recht om daar deel van uit te maken. Deze commissie heeft een adviesbevoegdheid hetzij op eigen initiatief, hetzij op vraag van de beheerder of van de directeur van de instelling op elke vraag over de algemene werking van de instelling. De verslagen van de vergaderingen kunnen geraadpleegd worden door de residenten of door hun familieleden en hun vertegenwoordigers, alsook door de ambtenaren die belast zijn met de inspectie. Net als in het WG krijgt de PC hulp van het personeel van het rusthuis en kan de directeur of zijn vertegenwoordiger de vergaderingen van de commissie bijwonen.

2.2.2.1.4. Klachtenbeheer⁵⁶

Artikel 19 van het besluit van 2009 bepaalt dat suggesties, opmerkingen of klachten in een register kunnen worden opgenomen door de resident, zijn gevolmachtigde of zijn familie. De verantwoordelijke van de administratie heeft ons verklaard dat dit register op een zichtbare en toegankelijke plaats moet worden bewaard, zo mogelijk “zonder druk”, dat wil zeggen beschermd tegen de blikken van de hiërarchie. De klagende partij dient door de directeur geïnformeerd te worden over het gevolg dat aan zijn klacht werd gegeven. Het bovenvernoemde register dient bovendien eenmaal per kwartaal op haar eenvoudig verzoek voorgelegd te worden aan de participatiecommissie.

Naast deze interne klachtenbehandeling bepaalt een nieuw besluit van 17 maart 2011 en bekendgemaakt in het Staatsblad op 26 september 2011 de modaliteiten voor de klachten die aan de Administratie werden gericht. De klachten kunnen schriftelijk of mondeling worden ingediend bij een beambte van de administratie die hiervan een proces-verbaal van hoorzitting zal opmaken (art 202/1). Indien het voorwerp ervan dit rechtvaardigt, gaat de administratie over tot de inspectie van de klacht binnen een termijn van maximaal 14 dagen na de ontvangst van de klacht. De administratie informeert de directeur en de beheerder over het bestaan en de inhoud van de klacht en deelt haar conclusies mee, waarbij zij de eventuele vraag om anonimiteit van de klagende partij respecteert. Wanneer de conclusies van een klacht wijzen op de niet-naleving van een erkenningsnorm, zendt de administratie een waarschuwing naar de betrokken instelling (art 202/2).

Volgens de directeur van de administratie bij de COCOF is het belangrijk om twee niveaus van klachtenbehandeling te hebben: een interne bij de directie (lees: de participatiecommissie) en een externe bij de administratie. Dit dubbele niveau concretiseert een politieke wil.

Volgens haar is het eerste niveau dat van het ‘bezwaar’, dat wil zeggen het neerleggen van een formele klacht. Deze stap laat toe om te melden, ongeacht de aard, dat “grote of kleine zaken niet gaan”, te worden gehoord en snel een antwoord te krijgen op zijn

⁵⁵ Besluit van 2/04/2009, Afdeling 7.

⁵⁶ Besluit van 2/04/2009, Afdeling 8.

grieven. De communicatie speelt een fundamentele rol op dit niveau: de bewoners moeten voelen dat men naar hen luistert en de beheerder moet de vastgestelde problemen ofwel kunnen contextualiseren, de verplichtingen van de instelling kunnen uitleggen, ofwel zich direct kunnen richten tot de professional waarover men ontevreden is in een poging om de situatie op te lossen. In de ogen van die verantwoordelijke is het 'logisch' om zich eerst tot de persoon te wenden die als eerste beslissingen neemt en acties onderneemt – de directie -, zodat ze op de hoogte is van de problemen en de gepaste correctieve maatregelen kan treffen. Dit eerste niveau wordt ook beschouwd als een manier om het neerleggen van officiële klachten te voorkomen en te vermijden.

De Administratie stelt trouwens vast dat de meeste klachten die ze ontvangt, het gevolg zijn van een slechte communicatie tussen de families en de directie of een gebrek aan reactie van die laatste op de ingeroepen feiten.

Volgens de vermelde verantwoordelijke valt dit tweede niveau, dat van de officiële klacht bij de administratie, eerder onder een 'bemiddelingslogica'. Het is de bedoeling om een derde in te schakelen, niet om iemand te hebben die luistert en een lichte oplossing biedt, maar met het oog op een 'behandeling' waarvoor de objectiviteit van de feiten moet worden gecontroleerd. In verband hiermee vindt de verantwoordelijke van de administratie dat de wetgeving van de COCOF vrij goed afgestemd is op de bemiddelingslogica 'rechten van de patiënt'.

Ze vindt dat een interne bemiddeling in de instellingen, zoals in het geval van de ziekenhuisbemiddeling, niet gunstig is, in de zin dat het "de verantwoordelijkheid wegneemt bij de personen die worden verondersteld als eerste te reageren". Zij acht het beter om enkel een derde in te roepen wanneer de bewoner de indruk heeft dat men niet naar hem luistert.

Net als in het Waals gewest wordt veel belang gehecht aan het inspectiewerk als instrument om de kwaliteitszorg te verbeteren. In vergelijking hiermee wordt minder gewicht toegeschreven aan het werken op basis van een 'klacht'.

De inspectiediensten stellen over het algemeen vast dat de bewoners in rusthuizen/RVT vermijden om over het verzorgend personeel te klagen, hoewel enkele van hen – weliswaar in mindere mate – het omgekeerde doen.

2.2.2.2. De Cocom

Twee belangrijke wetteksten regelen de inrichtingen voor opvang en huisvesting van bejaarde personen die onder het bicommunautaire niveau vallen:

1° De ordonnantie van 24 april 2008 betreffende de voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen (bekendmaking in het Belgisch staatsblad op 16/05/2008)

2° Het besluit van het verenigd College van 3 december 2009 tot vaststelling van de erkenningsnormen waaraan de voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen moeten voldoen (bekendmaking in het BS op 17/12/2009).

2.2.2.2.1. De vrijheden en rechten van de bejaarde personen

Een eerste reeks normen die in deze laatste wettekst worden verduidelijkt, heeft rechtstreeks betrekking op de vrijheden en rechten van de bejaarde personen die de inrichting moet waarborgen.

Naast de vrije keuze van de arts (6°) die in alle reglementeringen wordt vermeld, sluiten de andere rechten onder iets andere formuleringen aan bij die van de autoriteiten van de andere gewesten en gemeenschappen promoten (zie art. 3). Het valt wel op dat de nadruk wordt gelegd op de naleving van de godsdienstige, culturele overtuiging en de seksuele geaardheid:

1° Waarborg van een menswaardig leven, door onder meer af te zien van elke maatregel wat betreft immobilisatie, toezicht of afzondering

2° Waarborg van de grootste vrijheid tijdens de bewoning van de lokalen, voor zover zij de andere bejaarde personen en derden niet benadeelt

3° De volledige vrijheid van filosofische, politieke, godsdienstige, culturele overtuiging en van taal

4° Opvang en behandeling van de bejaarde persoon in het Nederlands of in het Frans, naargelang zijn taalkeuze

5° Eerbied voor het seksuele en affectieve leven van de bejaarde persoon en zijn seksuele geaardheid

Verder is de inrichting verplicht om (zie art. 5):

1° aan elke bejaarde persoon of zijn vertegenwoordiger en aan zijn behandelende arts, de adressen mee te delen van de gezondheidsinspectie, van de administratie belast met de inspectie van de voorziening, alsmede het adres waar klachten kunnen worden ingediend, zowel binnen als buiten de voorziening

2° de volgende informatie permanent op de meest passende plaats aan te brengen: de naam van de beheerder, de personalia van de directeur, de nadere regels voor de indiening en het onderzoek van de suggesties en opmerkingen van de bejaarde personen, de inlichtingen betreffende de 'participatieraad', nadere regels betreffende het indienen van klachten binnen de voorziening alsmede bij de ministers en de Administratie, het adres en de telefoonnummers van de diensten van de burgemeester en van de diensten ter bestrijding van mishandeling enz.

2.2.2.2.2. Het huishoudelijk reglement

In navolging van het WG en van de COCOF verduidelijkt het huishoudelijk reglement de rechten en plichten van de bejaarde persoon en van de beheerder, alsook de werkingsmodaliteiten de werking van de participatieraad en deze voor de interne indiening en behandeling van klachten bij de inrichting.

2.2.2.2.2.1. De rechten van de bewoners inzake gezondheidszorg

In tegenstelling tot hoger bestudeerde huishoudelijke reglementen bevat het model van huishoudelijk reglement dat de COCOF in 2011 verspreidde een zeker aantal elementen

dat betrekking heeft op de gezondheid van de bewoners en de aard van de relatie bewoner-zorgverstreker.

Hier wordt gezondheid gedefinieerd als een “algemene staat van welzijn” en het rusthuis als een “sociale leefruimte” die een “hoteldienst” aanbiedt en “een reeks verpleegkundige, medische, paramedische en farmaceutische verzorgingen (ter beschikking kan stellen)” (art. 1).

Het reglement vermeldt de belangrijkste functies van het personeel (art. 4): de directeur is belast met het dagelijkse beheer en de hoofdverpleger coördineert het multidisciplinaire werk van het verpleegkundig, paramedisch personeel en van de kinesitherapeuten.

Verder moet worden benadrukt dat er melding wordt gemaakt van de refertepersoon voor dementie die het personeel en de omgeving van de getroffen personen aanzet tot een reflectie over de problematiek en, voor de rust- en verzorgingstehuizen, van de coördinerende en adviserende arts die de continuïteit van de medische verzorging, alsook de samenstelling en de bewaring van de medische dossiers van de behandelende artsen moet coördineren en organiseren.

Het huishoudelijk reglement bevat nog een reeks rechten die voldoen aan de wet van 2002 betreffende de rechten van de patiënt (art. 15), meer bepaald: waarborg van de vrije keuze van de arts, bijhouden van een medisch dossier (met de eventuele verklaringen betreffende euthanasie en behandelingen) en van een zorgdossier voor elke bejaarde persoon, alsook de mogelijkheid om die dossiers op elk moment te raadplegen (en er een kopie van te krijgen).

2.2.2.2.2. De participatie van de bewoners

De participatie van de bewoners wordt ondersteund via twee wettelijke voorzieningen die sterk lijken op die van de andere gewesten en gemeenschappen: een participatieraad en een register met suggesties (artikel 17).

a) De participatieraad beoogt de “actieve medewerking” van de bewoners, zowel in het leefkader als voor de ontspanning. De raad kan een advies geven over “elke kwestie betreffende de algemene werking van de inrichting”. Het huishoudelijk reglement verduidelijkt hiervoor het belang van de rol van de beheerder en de directeur om enerzijds een “heuse participatiedynamiek van elke bejaarde persoon” te verzekeren en anderzijds een verslag op te maken van elke vergadering en dat ter beschikking te stellen van de bejaarde personen of hun vertegenwoordiger. Ze nemen niet automatisch deel aan deze raad, maar kunnen worden uitgenodigd, net als de coördinerende arts.

b) Het register voor suggesties of opmerkingen

Terwijl elke instelling over een register moet beschikken, net als in het WG of de inrichtingen die onder de COCOF vallen, is het opvallend dat het enkel beschikbaar is op afspraak en wordt bijgehouden door de directeur of een verantwoordelijke die hij aanduidt. Het moet echter op verzoek beschikbaar zijn voor de participatieraad en

ambtenaren. Verder moet een suggestiedoos ter beschikking worden gesteld van de bewoners. De suggesties worden daarna vermeld in het daarvoor bestemde register.

2.2.2.2.3. Indiening en behandeling van klachten

Het huishoudelijk reglement vermeldt dat “elke bejaarde persoon en elke betrokken persoon een klacht kan indienen bij de beheerder of de directeur en bij de ministers of de administratie” (artikel 18).

Indien de klacht aan de beheerder of de directeur wordt gericht, onderzoekt die de gegrondheid en licht hij de klagende partij schriftelijk in over het gevolg dat aan zijn klacht werd gegeven. Indien de klacht echter naar de ministers of de administratie wordt gestuurd, controleren de ambtenaren de gegrondheid ervan en horen ze de beheerder of de directeur. Ze moeten de vereiste maatregelen treffen om de anonimiteit van de klagende partij en de vertrouwelijkheid te verzekeren.

De volledige gegevens (adres, telefoon, e-mail, internetadres) van de administratie, van de bevoegde ministers, van de dienst voor de preventie van de mishandeling van de bejaarde personen van het Brussels Gewest (SEPAM en Brussels meldpunt Ouderenmis(be)handeling) worden vermeld, net als die, en dat moet worden benadrukt, van de federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt” (bepaling uit 2012).

*

De voorstelling van de Gewestelijke en communautaire reglementeringen betreffende de sector van de rusthuizen/RVT toont aan hoe complex het is om de federale ombudsfunctie voor de rechten van de patiënt uit te breiden tot de bewoners van de instellingen in hun relaties met de zorgverleners. De activiteit in de inrichtingen wordt geregeld door organisatorische normen die gericht zijn op kwaliteitszorg als visie en op respect voor de rechten van de bewoner als vooruitzicht, waarin klachtenbemiddeling een heel onzekere en weinig verzekerde plaats bekleedt, gelet op de uiteenlopende voorzieningen voor klachtenbehandeling die werden ingevoerd.

III. Klachtenbehandeling in de sector van de huisvesting en de opvang van bejaarde personen. Een analyse van de praktijken

In dit hoofdstuk buigen we ons over de volgende kwesties in een poging om, vertrekkende van de praktijken en houdingen inzake klachten die de sector in de verschillende gewesten en gemeenschappen hanteert, die kwesties te vinden die betrekking hebben op de rechten van de patiënt waaronder, in het bijzonder, het recht om een klacht neer te leggen bij een bemiddelingsdienst:

- welke types 'klachten' vinden we en wat verstaan we onder deze term?
- welke voorzieningen worden gebruikt om het uitdrukken en ontvangen van klachten in de sector te steunen?
- welke weg leggen de klachten af van hun indiening tot hun oplossing?
- doen sommige spelers aan bemiddeling? Met welke waarborgen (respect voor vertrouwelijkheid, neutraliteit enz.)? Hoe ver staan ze af van de woonplaats en de plaats van verzorging? Met welke middelen?
- welke voorzieningen vinden de verschillende spelers het meest geschikt?

1. Resultaten van de analyse van de gesprekken in het Vlaams Gewest

1.1. WAT IS EEN KLACHT?

Alle respondenten zijn het erover eens dat het begrip "klacht" geen eenduidig begrip is waarbij nogal wat interpretatie komt kijken. De interpretatie drukt een zware stempel op de wijze waarop met een klacht wordt omgegaan.

1.1.1. Algemeen

De geïnterviewden wijzen op de nood in de dagelijkse praktijk om een klacht te interpreteren om en daar een passend gevolg aan te geven. Er bestaat geen algemene regel om uitingen van ongenoegen of bezorgdheid te labelen als klacht. Interpretatie is een belangrijk onderdeel bij de vraag of een formele klachtenprocedure gestart wordt.

De geïnterviewden wijzen allen op het breed spectrum van meldingen, variërend van 'geuit ongenoegen', 'eerder banale incidenten en gebeurtenissen', tot klachten over feiten met een grote impact op de persoon of de familie. Opvallend is dat verschillende bevraagde WZC en andere actoren in dit veld op een andere wijze een "klacht" interpreteren. Dit interpretatieproces heeft directe gevolgen voor de registratie en behandeling van de melding.

1.1.2. Klachten binnen WZC

De geïnterviewden wijzen erop dat de interpretatie van het concept 'klacht' verschilt tussen de WZC. Zeker binnen WZC heeft de verschillende manier van interpreteren gevolgen voor de officiële registraties van klachten. Binnen de logica van het Vlaamse kwaliteitsdecreet heeft dit ook gevolgen voor het invullen van het kwaliteitsbeleid. Registratie van (sommige) klachten kan in deze logica gekoppeld worden aan een intern rapport met gevolgen voor het beleid van een WZC. Een brede definitie van de term 'klacht' zorgt voor meer registratie; meer zaken in aanmerking genomen voor interne verbeteringen. Een enge definitie, die leidt tot minder registratie, kan er voor zorgen dat potentieel structurele problemen minder snel aan het licht komen en bijgevolg dat ook niet wordt gewerkt aan oplossingen.

Uit de interviews komt ook naar voor dat het verschil in zwaarte dat aan een klacht wordt toegekend afhankelijk is van het onderwerp, het kanaal waarlangs de klacht kenbaar wordt gemaakt en de context van de klacht.

WZC onderscheiden reacties van bewoners of familieleden als 'tips', 'suggesties', 'opmerkingen' of 'meldingen'. Feiten die ingeschat worden als zwaarder doorwegend krijgen het label 'klacht'. De aard van het onderwerp is de basis om een klacht te interpreteren: Klachten omtrent de leefsituatie (bv. voeding, verwarming,...), klachten omtrent personeel, medische klachten, klachten rond facturatie,...

In functie van het onderwerp wordt soms een andere procedure gehanteerd. '*Delicate klachten*', bijvoorbeeld rond het functioneren van een medewerker of het functioneren van het klachtenbeleid worden extra omzichtig behandeld. Eén gecontacteerd WZC maakt een aparte categorie (en registratie en procedure) voor klachten rond verlies of diefstal. Ook voor medische klachten geldt een aparte registratie en procedure.

De interpretatie van de zwaarte van de klacht wordt ook beïnvloed door enerzijds het kanaal (schriftelijke of mondeling) en anderzijds door het feit of het om een formele dan wel informele klacht gaat. Informele klachten worden vaker geïnterpreteerd als 'kleine problemen', zij het dat hier verschillen opduiken tussen WZC. In twee gevallen worden schriftelijke klachten als formeel beschouwd en mondelinge klachten als informeel. In één geval worden problemen die die direct kunnen worden opgelost niet geformaliseerd en als een informele klacht beschouwd.

De behandeling van mondelinge klachten is vaak een onderdeel van een preventief klachtenbeleid. Toch worden informele klachten minder nauwgezet geregistreerd. Geïnterviewden wijzen erop dat deze registratie kan bijdragen tot het vaststellen van mogelijk structurele problemen en dus bijdragen aan het kwaliteitsbeleid.

Tot slot moet een klacht gecontextualiseerd worden. Bijvoorbeeld: Klachten van familieleden komen geregeld voort uit een schuldgevoel ten opzichte van de bewoner omdat die 'geplaatst' is. In dat geval '*kiezen ze de kant van de bewoner*' en uit zich dat in veelvuldig klagen. Diverse actoren geven tijdens de interviews aan dat bij dergelijke situaties men vooral aspecten van de zorgrelatie bespreekbaar moet maken. Uit de gesprekken met WZC bleek ook dat gebruikers soms onrealistische verwachtingen hebben over wat een WZC kan bieden voor een bewoner. In dat geval moet er bij een

klacht eerder een gesprek komen waarin verwachtingen worden afgestemd met wat men daadwerkelijk kan bieden. Het karakter van de persoon die klaagt kan worden meegenomen in de interpretatie van een klacht. Bij veelvuldige klagers schuilt er vaak iets anders achter de klacht.

Onze respondenten wijzen erop dat het voornamelijk familieleden zijn die klachten uiten. Omwille van de grote afhankelijkheid in een langdurige zorgcontext en de gezondheidssituatie van de bewoner. De meeste kanalen maken geen verschil naargelang de initiator van de klacht, of het nu de bewoner of een familielid is. Er wordt weinig onderscheid gemaakt tussen klachten van wilsbekwame en wilsonbekwame personen. Wanneer familieleden een klacht uiten, worden patiënten zo veel mogelijk betrokken bij beslissingen. In geval van volledige wilsonbekwaamheid, werkt men met de interpretatie van de nabije zorgverleners.

1.1.3. Klachten (klachtenregistratie) volgens de Woonzorglijn

De Woonzorglijn maakt een onderverdeling in klachten op basis van de inhoud (jaarverslag Woonzorglijn). Ze onderscheidt drie categorieën: klachtoproepen, mededelingen en informatievragen. De Woonzorglijn heeft ook als opdracht algemene informatie te verstrekken over vervangende thuismilieus. Dergelijke informatievragen vallen buiten het bestek van dit onderzoek, omdat.

De regels voor de indeling in klachten of mededelingen liggen formeel vast, maar er is interpretatieruimte.

- Een klacht is volgens de wetgeving een oproep waarbij men klaagt over inbreuken op enerzijds het persoonlijk welzijn van de bewoner of anderzijds over elementen die in strijd zijn met de erkenningsvoorwaarden van WZC opgelegd door het Agentschap Zorg en Gezondheid. Een klacht krijgt altijd formele gevolgen, hetzij via de inspectie, hetzij door contact op te nemen met de directies bij bepaalde klachten, zoals een fout in de facturatie.

- Een oproep wordt als ‘mededeling’ gecatalogeerd wanneer iemand bevindingen, ervaringen,... wil medelen zonder daaraan verdere acties te willen verbinden. Een mededeling kan nog omgezet in een klacht.

- Uit het gesprek met de Woonzorglijn blijkt dat iemand een klacht anoniem kan indienen. In het jaarverslag van de Woonzorglijn staat echter dat indien de klachtindiener zijn identiteit niet wil prijsgeven, de klacht wordt omgezet naar een mededeling.

- Een klacht wordt ook geregistreerd als mededeling indien er al een inspectieaanvraag werd gedaan, of indien er in de nabije toekomst al een zorginspectie gepland staat.

Samengevat, de Woonzorglijn interpreteert, ondanks een formele methode ook in welke mate het om een klacht dan wel een mededeling gaat. Bij de interpretatie houdt ze sterk rekening met praktische en financiële implicaties van de vervolgacties die decretaal gekoppeld zijn aan het label “klacht”.

1.2. KANALEN EN PROCEDURES

De wegen of kanalen waarlangs klachten worden gemeld of behandeld zijn uiteenlopend. We onderscheiden --vanuit het perspectief van de WZC-- interne en externe kanalen. De theorie veronderstelt dat een persoon eerst de interne klachtenkanalen zou moeten benutten zich pas indien dit niet het gewenste resultaat levert een extern kanaal contacteren. Omwille van drempels is dit echter eerder een ideaalbeeld.

Daaraan gekoppeld staan we ook stil bij de procedures. Die zijn afhankelijk van enerzijds het type (de zwaarte) klacht en anderzijds of men intern of extern gaat klagen. We staan ook stil bij het probleem rond medische klachten die andere werkwijze volgen omdat bevoegdheden en verantwoordelijkheden anders georganiseerd zijn.

1.2.1. Kanalen en procedures bij medische klachten

In geval van medische klachten met een huisarts geldt hetzelfde als bij een extramurale patiënt-arts relatie. Het is mogelijk dat klachten bemiddeld worden door de coördinerend en raadgevend arts (CRA) van het RVT-WZC of behandeld worden door de Orde van Geneesheren. Soms stelt WZC zelf voor om te veranderen van huisarts niet naar naam maar door een lijst met mogelijke artsen ter beschikking te stellen.

Indien er klachten zijn over de CRA kan er door het WZC/RVT weinig gedaan worden.

1.2.2. Interne kanalen

1.2.2.1. De klachtencoördinator

Decretaal zijn WZC ertoe verplicht een klachtencoördinator aan te stellen en dit aan te duiden in de Interne Afsprakennota. Ook familieleden moeten hierover worden geïnformeerd. Daarnaast wordt dit meestal ook vermeld bij het intakegesprek of in aanloop van de intake.

De klachtencoördinator is een werknemer van het WZC waarvan het coördineren van klachten deel uitmaakt van een breder takenpakket. De klachtencoördinator is er zowel voor bewoners, familieleden, mantelzorgers als werknemers. De klachtencoördinator is verantwoordelijk voor de registratie van klachten en hun behandeling, de coördinatie van het onderzoek en de opvolging van de te nemen acties.

Het profiel van de klachtencoördinator ligt niet decretaal vast. Binnen de WZC wordt deze taak door uiteenlopende personen of functies ingevuld. In veel gevallen is het de kwaliteitscoördinator, maar ook directieleden, maatschappelijk werkers, bewonersbegeleiders, vertrouwenspersonen, zorgcoördinatoren... nemen de taak op zich. Sommige WZC verdelen deze taak ook over meerdere personen. Meestal is de directeur dan één van de klachtencoördinatoren. De directie bepaalt wie deze taak op zich neemt.

De persoon die deze taak vervult hoeft geen specifieke opleiding te hebben gevolgd, wel zijn bepaalde eigenschappen van belang. Ze dienen goed te kunnen luisteren, communiceren en in team werken. Daarnaast moet deze persoon ook discreet zijn en kennis van de sector en de organisatie hebben om de haalbaarheid van bepaalde maatregelen te kunnen inschatten. Deze persoon zou ook in staat moeten zijn een neutrale houding aan te nemen ten opzichte van een conflict en de betrokkenen. De attitude van de klachtencoördinator ten aanzien van klachten dient open te zijn. Een klacht moet gezien worden als een verbeterpunt, niet als kritiek.

De neutraliteit van de klachtenbemiddelaar

De neutrale positie van een directeur als klachtencoördinator blijkt volgens de geïnterviewden altijd moeilijk in te schatten. Er wordt op gewezen dat andere medewerkers evenzeer onder invloed van de directie kunnen staan. Om te vermijden dat de neutraliteit in het gedrang komt stellen sommige directeurs bewust een andere functie of persoon als klachtencoördinator aan.

Volgens de respondenten is het veel belangrijker dat de klachtencoördinator nabij en zeer toegankelijk is voor bewoners, familieleden, mantelzorgers en medewerkers. Een vertrouwensband is zeer belangrijk. In het algemeen is de drempel naar de directie toe in een kleiner WZC laag. In een groot WZC is die drempel hoger, door gebrek aan tijd van de directie of omdat er minder informeel contact is door het grote aantal bewoners.

1.2.2.2. Het klachtenregister of klachtenboek en de ideeënbus

Het klachtenregister kent een klassieke en een modernere interpretatie. In het eerste geval interpreteert men de decretale verplichting tot het hebben van een klachtenregister zeer letterlijk. Men plaatst een register aan het onthaal of op een zeer duidelijke plaats, waarbij het bewoners, bezoekers en personeel vrij staat hier klachten in te uiten. WZC hebben het idee dat dit de verplichte manier van werken is, maar stellen zich vragen bij het feit dat de klachten door iedereen na te lezen zijn. Eén WZC waarschuwt daarom in haar klachtenregister voor het noemen van namen en geeft aan dat delicate zaken beter bij de klachtencoördinator of directie worden aangekaart. In een ander WZC wordt het klachtenregister regelmatig bekeken door medewerkers en de ingevulde pagina's uitgescheurd en geklasseerd. Drie WZC kiezen voor deze werkwijze hanteert omwille van de decretale verplichting. De Zorginspectie gaf echter aan dat dit een verouderde techniek is en men andere methodes aanmoedigt.

Vijf WZC gebruiken een alternatieve methode. Volgens één WZC is dit in principe niet conform de wetgeving, maar wordt dit geduld door de inspectie. Zij interpreteren dit telkens als een vorm van goodwill afhankelijk van de inspecteur.

Omwille van privacyredenen gaat men in twee WZC formulieren of uitscheurbare pagina's klaarleggen die daarna in een gesloten bus kunnen worden gestoken. In twee WZC moet het formulier aan een medewerker worden gegeven. Een klacht kan 'anoniem' gebeuren. In dat geval geeft de medewerker de naam niet door aan

betrokkenen, maar kan bij de behandeling van de klacht de bewoner toch feedback krijgen. Soms zijn de klachtenformulieren genummerd, zodat een klachtenformulier niet onopgemerkt kan 'verdwijnen'. Dit gebeurt ook met het oog op inspectie. In één geval dienden de formulieren te worden afgehaald aan het onthaal en in een ander WZC op de afdeling. Deze maatregelen verlagen de privacy dan wel weer.

In sommige WZC stimuleert men het personeel om bij mondelinge of informele klachten van bewoners of familieleden, hen aan te sporen om hun klacht te registreren. Dit in het kader van een verbeterbeleid.

Slechts weinig klachten komen via het klachtenregister bij de klachtencoördinator. Dit kanaal wordt niet vaak gebruikt. Enerzijds is het laagdrempelig door de gemakkelijke toegang en de mogelijkheid tot anoniem klagen. Anderzijds is de drempel hoog door het gebrek aan privacy doordat dit door iedereen kan worden nagelezen en men schriftelijk gaat klagen (uitgezonderd wanneer gewerkt wordt met een klachtenbus).

1.2.2.3. De bewoners - en gebruikersraad en de gastgebruikersraad

De gebruikersraad die decretaal minstens één maal per trimester vergadert is samengesteld uit bewoners, familieleden en/of mantelzorgers. De vertegenwoordigde leden moeten minstens de helft bewoners zijn. Een WZC organiseert soms enerzijds een bewonersraad met bewoners en anderzijds apart een familieraad waarin familie en/of mantelzorgers actief zijn. Eén WZC meldde dat ze een aparte gastgebruikersraad hebben waarin de bewoners van kortverblijf apart vergaderden.

Op deze raden komen vaker kleinere, collectieve problemen aan bod. Geen individuele of persoonlijke zaken. Het Vlaams Patiëntenplatform vindt dit het kanaal om klachten rond voeding, comfort en infrastructuur aan te kaarten en op te lossen. In verschillende WZC is de evaluatie van maaltijden en activiteiten een vast agendapunt.

de geïnterviewden benadrukken de meerwaarde van dit orgaan, maar wijzen op de problemen om bewoners actief te betrekken. Een ander probleem is dat steeds hetzelfde wordt besproken. De organisatie volledig aan bewoners overlaten is meestal onmogelijk omwille van de stijging in het aantal zwaar zorgbehoevenden en een gebrek aan ondernemingszin bij de bewoners. De manier waarop bewonersraden functioneren is afhankelijk van het type bewoners.

De Zorginspectie benadrukt dat de visie van het WZC de werking en betrokkenheid van de gebruikersraad sterk beïnvloeden. Soms worden bewonersraden zeer steriel georganiseerd en wordt er te weinig ingegaan op voor de bewoners concrete problemen. Gebruikersraden worden vaak georganiseerd 'omdat het moet' maar zijn niet doorleefd. Zij pleit ervoor dat WZC meer openingen creëren om de werking van gebruikersraden te openen. Bewoners moeten het gevoel hebben dat WZC iets doen met hun input, dat het centrum aanpassingen doet op basis van hun inbreng. Dit gebeurt momenteel nog te weinig. De inspanningen om hier een waardevol, constructief kanaal van te maken dienen van twee kanten te komen.

De Woonzorglijn geeft aan dat bewoners en familieleden vaak niet beseffen dat ze in deze bewonersraden terecht kunnen met hun klachten. Soms gebruiken ze deze kanalen

niet omdat het te lang duurt voor een volgende vergadering plaatsvindt. Soms geven familieleden aan dat ze niet naar de gebruikersraad gaan of dat ze niet weten dat dit bestaat.

Daarnaast doen zich soms problemen voor met bewonersraden in de heel kleine WZC (ongeveer tien bewoners). In dergelijke WZC trekken bewoners meestal naar de directie met klachten en opmerkingen.

Hoe bewoners worden vertegenwoordigd hangt samen met de grootte van de WZC. De vertegenwoordigers van de bewoners en gebruikers worden niet in alle zorgcentra verkozen. Over een gebrek aan legitimiteit of klachten over de vertegenwoordigers was bij de respondenten uit dergelijke zorgcentra niets geweten. In andere WZC staat het bewoners vrij om al dan niet aanwezig te zijn op de gebruikers- en bewonersraden.

1.2.2.4. Tevredenheidsbevragingen

Als onderdeel van hun kwaliteitsbeleid voeren veel WZC tevredenheidsbevragingen uit bij bewoners en personeelsleden. De zorginspectie vindt dat een tevredenheidsbevraging onderdeel is van een preventief klachtenbeleid. Voor WZC zijn deze tevredenheidsbevragingen een dure investering met een hoge werklast. Toch geeft één WZC aan dat dit een investering is die loont, aangezien het grotere klachten kan voorkomen.

WZC proberen via deze bevragingen de bewoner te consulteren. Indien deze niet in staat is dit zelf in te vullen gebeurt dit door neutrale vrijwilligers die de bewoners niet kennen of door familieleden. Op de vragenlijst wordt aangeduid door wie ze werd ingevuld.

De bevragingen gebeuren niet in alle WZC met regelmaat, hoewel die ambitie er voor de toekomst wel is. Tevredenheidsbevragingen gebeuren meestal afwisselend bij bewoners en personeelsleden. Een aantal WZC maakt hierbij gebruik van een extern onderzoeksbureau, of bij WZC uit een groep staat een centrale dienst daarvoor in.

Eespondenten van de Vlaamse administratie gaven aan dat men overweegt de tevredenheidsbevragingen tot een verplicht onderdeel van het kwaliteitsbeleid te maken.

1.2.2.5. De sociale dienst

(Enkel) grotere WZC beschikken over een Sociale Dienst. Sociale Diensten spelen ook een rol in het klachtenbeleid. Zij hebben vaak en direct contact met bewoners, en kunnen mee voorkomen dat opmerkingen echte klachten worden. Volgens de Woonzorglijn kan de Sociale Dienst een rol spelen in de hoeveelheid personen die de Woonzorglijn contacteren. De Sociale Dienst zou voorkomen dat bewoners en familieleden met hun klachten naar een extern kanaal willen trekken.

In sommige WZC neemt de sociale dienst de rol op om bij de intake het IAN en de klachtenprocedure te overlopen met de nieuwe bewoner.

1.2.2.6. Personeelsleden

Omwille van de nabijheid en de vertrouwensband zijn personeelsleden een belangrijk kanaal voor bewoners en familieleden voor het uiten van ongenoegen. Wat een personeelslid met een klacht doet en hoe hij/zij deze interpreteert is afhankelijk van het klachtenbeleid van het WZC en de eigen ingesteldheid ten opzichte van klachten. Volgens onze geïnterviewden zouden personeelsleden vaak te weinig openstaan voor klachten en hier onvoldoende constructief mee omgaan. Volgens de Zorginspectie is daar een taak weggelegd voor de directie. Vijf bevroegde WZC geven aan een positieve houding van personeel bij klachten te stimuleren.

1.2.2.7. De Coördinerend en Raadgevend Arts en de huisarts van vrije keuze

De Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) van een WZC/RVT is verantwoordelijk voor de coördinatie van medische activiteiten binnen het WZC. Hij/zij werkt mee aan de organisatie van bijscholingsactiviteiten voor verpleegkundig, verzorgend, paramedisch personeel en andere huisartsen actief in het WZC. De taak van de CRA is op preventief vlak zeer belangrijk. De communicatie van o.a. vroegtijdige zorgplanning en medicatie hangt grotendeels van hem/haar af. De CRA stroomlijnt het zorgbeleid en poogt een uniform huisbeleid vorm te geven en te laten respecteren. De CRA is vaak sterk verweven in huisartsenkringen en kan op diplomatische wijze vaak conflictsituaties voorkomen door de informerende, motiverende en sensibiliserende rol. Desgevraagd geeft de CRA huisartsen adviezen en betreft hen bij bijscholingen.

De CRA wordt soms aangesproken door het WZC om op te treden in geval van klachten over huisartsen actief in het WZC. Dit gebeurt in sommige WZC via de directie of via verpleegkundigen die geen autoriteit of impact hebben op een arts waar men problemen mee heeft. Deze situaties vinden CRA's veelal vervelend. Al snel wordt een dergelijk gesprek ervaren als een berisping, controle of betweterigheid.

De CRA is aangesteld voor bepaalde duur en herverkiesbaar. Crataegus, een vertegenwoordigingsplatform voor CRA's bij Domus Medica, haalt aan dat het van belang is dat een CRA verkozen wordt en deze functie wordt ondersteund door alle huisartsen actief in het WZC. Een benoeming door de directie die niet wordt ondersteund door de huisartsen kan hinderlijk zijn wanneer de CRA wordt ingeschakeld om te bemiddelen bij conflict met een andere huisarts.

De visie rond de rol van de CRA in het geval van klachten verschilt tussen de diverse actoren. Een aantal WZC kennen de CRA een belangrijke rol toe in het bemiddelen en behandelen van klachten ten aanzien van huisartsen. Zij verwachten een meer controlerende en sturende houding van de CRA in geval van klachten en problemen. Volgens de Woonzorglijn is dit ook de taak van de CRA. Deze hoort tussen te komen indien er klachten zijn rond een huisarts. Hij/zij wordt hier volgens hen voor betaald. Andere WZC zien de taak van de CRA enkel als informeren, motiveren en sensibiliseren. De CRA komt in geval van klachten niet tussen. Een andere strategie is de CRA niet rechtstreeks te betrekken in geval van klachten, maar deze wel als medisch adviseur te

hebben in geval van klachten, zodat het WZC de medische aspecten van een klacht beter kan inschatten. Deze laatste visie wordt door Crataegus ondersteund. WZC lossen problemen zo veel mogelijk zelf op, waarbij de CRA medische adviezen verstrekt maar niet rechtstreeks wordt betrokken. De CRA is dan de stok achter de deur in geval van aanhoudende problemen. Dan volgt een gesprek tussen de huisarts en de CRA, een bijscholing en eventueel een bespreking op een LOK-vergadering (Lokale Kwaliteitsgroep voor peer-review).

De huisarts kan soms klachten opvangen van patiënten. Slechts één WZC gaf aan dat de huisarts klachten doorgeeft aan de directie.

1.2.2.8. De hoofdverpleegkundige

De hoofdverpleegkundige is een belangrijk aanspreekpunt voor klachten van bewoners, familieleden, mantelzorgers en personeelsleden. Het is soms ook de persoon aan wie personeelsleden klachten van bewoners rapporteren. Vaak zou deze door de kennis van de organisatie in staat zijn snel een oplossing te bieden voor klachten en zo formele klachten voorkomen. Ook bij klachten over personeelsleden en soms ook huisartsen wordt de hoofdverpleegkundige betrokken.

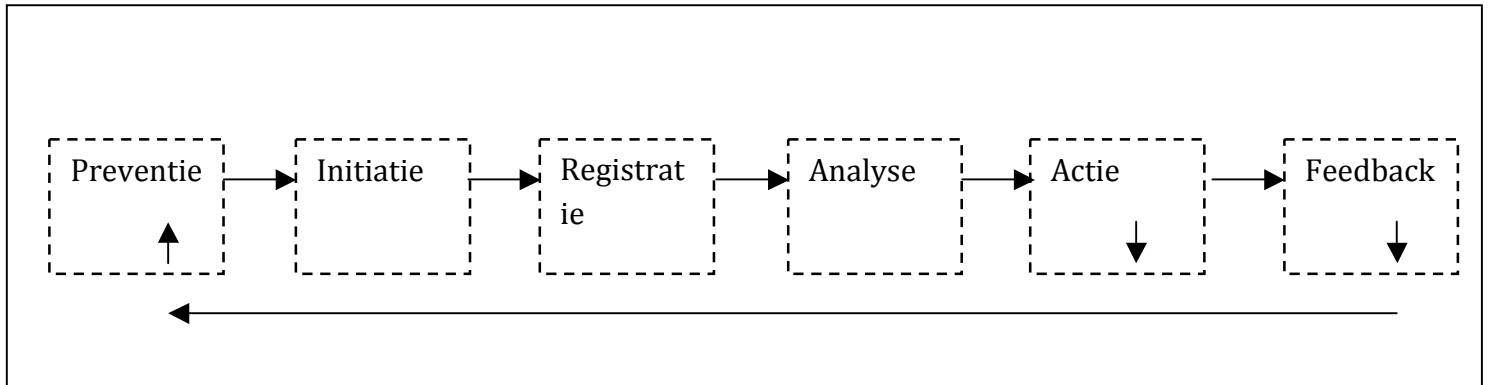
- In één WZC neemt de hoofdverpleegkundige de rol van bemiddelaar op, terwijl de directie formele klachtencoördinator is. De hoofdverpleegkundige dient er de mate waarin een klacht van een familielid ook zo wordt gevoeld door een bewoner af te toetsen.

De directie ziet de hoofdverpleegkundige als een kanaal waarlangs men de openheid naar klachten toe bij het hele personeelsbestand kan vergroten. De houding van personeel ten aanzien van klachten kan via de hoofdverpleegkundige worden beïnvloed.

1.2.3. De interne procedure

De wetgeving is niet specifiek bij het bepalen van de klachtenprocedure binnen een WZC. Er werden dan ook veel verschillen in deze procedures vastgesteld. Analytisch kunnen de stappen preventie, het ontvangen en initiëren van een klacht, aspecten van registratie, de analyse, het (al dan niet) ondernemen van actie en de feedback naar zowel de klachteninitiator als het WZC toe, onderscheiden worden (figuur 1)

Figuur 1: Interne klachtenprocedure in WZC



1.2.3.1. Preventie - en verbeterbeleid

Alle respondenten benadrukken het belang van een preventief klachtenbeleid. Klachten kunnen vaak vermeden worden door te werken met verschillende middelen. (zie voorgaande paragrafen).

Respondenten wijzen erop dat het begrijpen van de noden, wensen en voorkeuren van bewoners (zowel tijdens als vooraf aan opname) een wezenlijke stap is in het vermijden van klachten. Op die manier kan zorg en wonen in lijn worden gebracht met de verwachtingen van de bewoner. WZC hebben hiervoor soms een aparte werknemer die voor of tijdens de intake nagaat hoe het verblijf van de bewoner optimaal in lijn kan worden gebracht met de wensen, verwachtingen en gewoontes. Dit wordt tijdens het verblijf ook verder opgevolgd. Ook tevredenheidsbevragingen kunnen volgens geïnterviewden een belangrijk ondersteunend hulpmiddel zijn in het opzetten van het preventiebeleid. Een verbeterbeleid (zie ook registratie en analyse van klachten) combineren met het klachtenbeleid is deel van een goed preventief beleid. Bij herhaling van dezelfde type klachten, kunnen indien nodig en mogelijk veranderingen worden doorgevoerd.

Het preventie- en verbeterbeleid kan worden gefaciliteerd door het werken met netwerken of koepels van WZC. Netwerken van WZC kunnen in groep investeren in tevredenheidsbevragingen wat de kosten hiervan drukt. Eén van de bevroegde respondenten maakte deel uit van de staf van een commerciële onderneming met diverse WZC. In deze onderneming worden klachten centraal geregistreerd en is er een centrale CRA. Door deze stroomlijning konden klachten meer worden overzien. Een andere groep WZC had dezelfde gedelegeerd bestuurder. Door aanwezigheid van deze

persoon op jaarlijkse vergaderingen van het directiecomité rond klachten, kon een lijn worden getrokken en konden zo ook maatregelen en kennis worden uitgewisseld. Duidelijke communicatie tussen werknemers onderling en met directie voorkomt klachten.

1.2.3.2. Initiatie van de klacht

Een bewoner, familielid, mantelzorger, personeelslid of huisarts brengt een klacht of mededeling onder de aandacht. In dit stadium wordt de klacht geïnterpreteerd als een klacht of een mededeling.

1.2.3.3.Registratie van de klacht

De mate waarin klachten worden geregistreerd is afhankelijk van het klachtenbeleid en de klachtencultuur in een WZC. Eén van de bevraagde WZC gaf aan de personeelsleden zo veel mogelijk aan te sporen elke klacht, hoe klein ook, te registreren. Andere WZC kiezen er dan weer voor niet alle klachten, meldingen en tips te registreren omdat de workload hierdoor te groot wordt.

1.2.3.4. Analyse van de klacht

Men gaat de klacht analyseren. Belangrijk is hierbij alle betrokken partijen aan te spreken. De klacht van een familielid kan immers door de betreffende bewoner niet zo worden gezien. Vervolgens kunnen in overleg oplossingen worden uitgedacht om het probleem op te lossen.

1.2.3.5. Actie

Er wordt bepaald welke maatregelen zullen ondernomen worden om aan het probleem tegemoet te komen. Een verantwoordelijke voor deze maatregelen wordt aangeduid door de klachtencoördinator of de directie in overleg. De getroffen maatregelen worden eveneens geregistreerd.

1.2.3.6. Feedback

De feedback dient verplicht te gebeuren naar de klachteninitiator toe. Men is verplicht binnen een redelijke termijn feedback te bezorgen aan de klachteninitiator. WZC proberen dit sneller te doen.

Daarnaast is er ook feedback mogelijk naar het WZC toe. Men rapporteert klachten en plaatst hierbij ook welk gevolg er aan werd gegeven. Een goed intern beleid houdt ook het leren van fouten in. Een jaarlijks rapport met klachten is hiertoe een goed hulpmiddel. De vraag hoort dan te zijn 'is de klacht nu opgelost?' Klachten kunnen klein, maar structureel zijn. Door middel van de analyse van de klachten en meldingen kunnen

dergelijke structurele punten aan het licht komen. In dergelijke gevallen kan een aanpassing aan het systeem veel kleine ergernissen voorkomen.

Volgens de Zorginspectie zouden WZC meer werk kunnen maken van hun klachtenbeleid. Er zou meer openheid moeten worden gecreëerd en men zou open moeten kunnen staan voor klachten. WZC moeten zich misschien kwetsbaarder durven opstellen. De mate waarin dit in WZC het geval is, is voor de Zorginspectie moeilijk vast te stellen. Ze duidt aan dat in sommige WZC het personeel rijper moet zijn om om te gaan met klachten en mee te werken aan een verbeterbeleid. Het gaat hem niet enkel om de formele maatregelen rond klachtenbeleid, maar rond een visie op klachten. De visie op een verbeterbeleid begint volgens de Zorginspectie bij de directie.

Niet alle WZC gebruiken de informatie uit het klachtenregister voor hun verbeter- of kwaliteitsbeleid. Ze stellen hierover niet noodzakelijk een rapport op. In slechts twee van de bevraagde WZC wordt dit register gebruikt bij een jaarverslag of bij een maandelijks overleg met alle disciplineverantwoordelijken.

1.2.4. Externe kanalen en procedures

De externe kanalen hanteren verschillende procedures. De functie en werking hangen nauw samen met de gebruikte procedure. Ook de opmerkingen van respondenten hangen hier nauw mee samen. Daarom worden deze samen in de tekst gepresenteerd.

1.2.4.1. De Federale Ombudsfunctie

De Federale Ombudsfunctie werkt in het kader van de Wet Patiëntenrechten. In deze wet staat de patiënt centraal en de bemiddeling. Eventuele fouten die ontdekt worden naar aanleiding van ene klacht worden niet in de eerste plaats beoordeeld. Men poogt te bemiddelen zonder de zorgrelatie te schaden. Men probeert de zorgrelatie zo veel mogelijk te herstellen in de plaats van met de vinger te wijzen. Men tracht een diepteanalyse van de klacht te doen, om een objectief zicht op de situatie te krijgen. De Federale Ombudsfunctie licht nooit rechtstreeks de zorginspectie in omdat bemiddelen belangrijker is. Het kan wel voorvallen dat de federale ombuds de bewoner of familie zelf adviseert de zorginspectie te contacteren indien de klacht van een dermate ernstige aard is.

De zichtbaarheid van de Federale Ombudsfunctie is problematisch. Slechts twee respondenten van de bevraagde WZC gaf aan deze ombudsfunctie te kennen. Eén van de twee wist niet dat dit kanaal ook dient voor WZC. Volgens haar staan WZC niet als doelgroep in de folder van de Federale Ombudsfunctie, terwijl andere sectoren in de gezondheidszorg daarin wel worden aangehaald. Ook van de bevraagde experts was het aandeel die op de hoogte was van het bestaan van de federale ombudsfunctie voor WZC beperkt tot één persoon. In 1 WZC staat de Federale Ombudsdienst wel vermeld in de interne afsprakennota. Dit ondanks dat de directeur onbekend was met deze dienst. Het is dus mogelijk dat bewoners er op die manier wel kennis van hebben genomen. Ook de

Zorginspectie was tot voor dit onderzoek niet op de hoogte van het bestaan van de Federale Ombudsfunctie. Volgens Zorgnet Vlaanderen is de sector is onvoldoende betrokken geweest bij de oprichting van de Federale Ombudsfunctie. Men onderschatte hoe dit initiatief bekend moest worden gemaakt.

De Zorginspectie vraagt zich, net als Zorgnet Vlaanderen, af tot welk soort klachten de federale ombudsdienst zich richt. De Zorginspectie vermoedt dat de Federale Ombudsfunctie voornamelijk de taak heeft klachten te bemiddelen die vrij specifiek zijn en gerelateerd zijn aan de Rechten van de Patiënt.

Volgens Zorgnet Vlaanderen is de Federale Ombudsfunctie enkel voor bewoners die gebruik maken van een RVT-bed. In de praktijk is het verschil met een ROB-bed enkel boekhoudkundig. Bewoners van WZC weten niet in wat voor bed ze liggen. Het onderscheid is zeer gekunsteld wanneer we dit toepassen op het klachtenbeleid.

Het Vlaams Patiëntenplatform en de sectorverantwoordelijke Planningsvergunningen en regelgeving RVT vragen zich af in welke mate de Federale Ombudsfunctie de mogelijkheid heeft om WZC te sanctioneren en te bemiddelen. De Federale Ombudsfunctie treedt bemiddelend op, maar soms is dit onvoldoende. Volgens het Vlaams Patiëntenplatform bemiddelt de Federale Ombudsfunctie enkel en behandelt ze niet echt klachten. Als bemiddelen niet lukt, dan doet de Federale Ombudsfunctie weinig, behalve het informeren en ondersteunen met adressen en weetjes. Daarenboven wordt door WZC en Crateagus gevreesd voor een gebrek aan inzicht in de specifieke context van klachten. De drempel naar de Federale Ombudsfunctie is – indien deze al gekend is – redelijk hoog omwille van de fysieke afstand. Het moet al over zeer zwaarwichtige dingen gaan als mensen dit kanaal contacteren. Andere respondenten spraken deze stelling tegen en wezen erop dat de communicatie toch via mail, telefonisch of schriftelijk zou verlopen. Deze ombudsfunctie bevindt zich in Brussel. Eén WZC merkte op dat de benaming van de Federale Ombudsfunctie een afstand creëert en niet toegankelijk klinkt. Bovendien gaat het om een administratief-technische manier van handelen zonder persoonlijk contact, volgens het Vlaams Patiëntenplatform.

1.2.4.2. De Orde van Geneesheren

De Orde van Geneesheren behandelt medische klachten. Indien men binnen een WZC klachten rond een huisarts niet weet op te lossen, vormt de Orde der Geneesheren een extern orgaan dat de klacht evalueert. Soms ontvangt de Orde ook rechtstreekse klachten van patiënten.

De Orde gaat bij klachten niet bemiddelen, wat volgens diverse respondenten een gebrek is. Daarnaast voorziet de Orde weinig of geen feedback over wat er met de klacht gebeurt aan de klachteninitiator. De Woonzorglijn ontvangt na behandeling van een klacht door de Orde nog eens medische klachten, omdat bewoners of familieleden meer verwachten. De Woonzorglijn kan hier echter niet bij remediëren. De drempel naar de Orde is voor patiënten zeer hoog.

1.2.4.3. De Woonzorglijn (en de Zorginspectie)

De Woonzorglijn is een Vlaamse dienst die informatie en advies verstrekt over WZC. Iedereen kan deze dienst contacteren met allerhande vragen aangaande WZC. Het kan hierbij gaan om de rechten en plichten van een oudere, financiële en andere vragen. De Woonzorglijn ontvangt en behandelt ook klachten. Volgens de Zorginspectie zou de Woonzorglijn als kanaal vooral moeten dienen voor klachten rond woonaspecten in WZC.

De Woonzorglijn is zowel telefonisch, via de post en via mail bereikbaar. Er is telefoonpermanentie op elke weekday van 9 tot 12u. Het jaarverslag van de Woonzorglijn wordt publiek gemaakt via de pers om de zichtbaarheid te verhogen. Het hoofdkantoor ligt in Brussel, wat door een aantal geïnterviewden gezien wordt als een potentiële drempel voor bewoners of familie. Volgens de vertegenwoordiger van Zorgnet Vlaanderen is de toegankelijkheid van de Woonzorglijn te beperkt en hoogdrempelig.

De Woonzorglijn interpreteert het aantal klachten dat ze krijgen als veel en representatief voor het aantal bewoners van WZC. Het Vlaams Patiëntenplatform is het hier niet mee eens. Zij vinden dat de Woonzorglijn bedroevend weinig klachten krijgt. Diverse stakeholders schatten de bereikbaarheid en effectiviteit van de Woonzorglijn dus anders in. In de meeste gevallen zijn het familieleden van bewoners die klachten indienen bij de Woonzorglijn. Bewoners doen dit maar zelden. Vaak gaat het om ouderen die zeer zorgbehoevend zijn en niet meer in staat zelf klachten te signaleren. Ook personeel dient vaak ook klachten in, net als huisartsen.

Alle respondenten loven het bestaan en relevantie van dit externe 'neutrale' klachtenkanaal. Alle respondenten schatten ook in dat de Woonzorglijn zeer goed gekend is in de sector. Het jaarverslag van de Woonzorglijn wordt publiek gemaakt via de pers om de zichtbaarheid te verhogen.

Hoewel officieel geen kanaal voor klachtenbemiddeling, ontvangt de Zorginspectie regelmatig klachten van bewoners en familie. De werkafpraak is dat de inspectie in dat geval doorverwijst naar de Woonzorglijn. Toch speelt de inspectie bij haar werk in op klachten. Zij formuleert bij inspecties aandachtspunten voor de WZC op basis van klachten die de Woonzorglijn ontving en doorgaf aan de Zorginspectie. De Zorginspectie probeert de WZC zelf te laten reflecteren over hun klachtenbeleid. Ze geven hieromtrent geen specifieke tips, maar verwijzen naar andere koepels en WZC waar eventueel inspiratie kan worden opgedaan.

De procedure van de Woonzorglijn ziet er als volgt uit:

1. Initiatie van de klacht

Ouderen, familieleden, mantelzorgers, personeelsleden en huisartsen kunnen telefonisch of via mail klachten uiten. Hierbij krijgen personen met klachten geen begeleiding van WZC. Klachten komen voornamelijk van familieleden van bewoners.

2. Analyse van de klacht

Een contactpersoon beluistert de klacht en analyseert het type klacht. Men gaat na of de persoon intern het probleem al heeft aangekaart en of die dit als een mogelijkheid

beschouwt. Personen worden zo veel mogelijk gemotiveerd intern aan klachtenbehandeling te doen. Indien men intern geen gewenste resultaten bereikte of niet intern durft klagen informeert en overlegt men met de persoon met een klacht over wat men kan ondernemen. De klacht wordt ingedeeld als een 'melding' of een 'klacht'.

3. Actie

Afhankelijk van het type klacht en de steun van de persoon met een klacht kunnen verschillende acties worden ondernomen. Een eerste mogelijkheid is dat men het WZC in kwestie contacteert om de klacht te bespreken. Een andere mogelijkheid is contactname door de Woonzorglijn met de Zorginspectie of andere inspecties die bevoegd zijn met betrekking tot de klacht. De actie wordt ondernomen door de contactpersoon van de Woonzorglijn, die zelf de klachten interpreteert. Bij deze interpretatie houdt men dan ook rekening met de praktische en financiële gevolgen van de eventueel te ondernemen acties.

4. De Woonzorglijn werkt nauw samen met de Vlaamse Zorginspectie. In geval van een klacht wordt de Zorginspectie op de hoogte gesteld, die dan regelmatig een onaangekondigd bezoek brengt aan de zorginstelling. Dit zijn onaangekondigde bezoeken omdat de bewoner een zwakke partner is, het verhaal van deze persoon dient te worden geverifieerd zonder dat een WZC aanpassingen kan doen alvorens er controle is. Een deel van de bevraagde WZC, Zorgnet Vlaanderen en een voormalig medewerker van de Federale Ombudsfunctie ervaren deze binding met de Zorginspectie als sanctionerend en vinden dat de Woonzorglijn eerder bemiddelend zou moeten trachten op te treden. Men vindt dit optreden in geval van klachten te eng. Daarenboven zou ook de context van klachten vaak niet worden meegenomen in de interpretatie en behandeling van klachten. Men wenst met de vinger te wijzen, terwijl het herstel van de zorgrelatie centraal zo moeten staan. Volgens één van de bevraagde respondenten van een WZC heeft de Woonzorglijn ook een preventieve bijwerking. Deze respondent beschouwt het bestaan van de Woonzorglijn en de mogelijkheid dat hierdoor de Zorginspectie komt als een extra stimulans voor een goede interne klachtenprocedure.

5. Feedback aan de klachteninitiator

De persoon met een klacht wordt geïnformeerd over de getroffen maatregelen als resultaat van zijn of haar klacht.

6. Feedback-loop naar het WZC

De Woonzorglijn geeft zelf geen feedback aan WZC, tenzij ervoor wordt gekozen het WZC te contacteren bij een klacht. Het jaarverslag van de Woonzorglijn is wel vrij te consulteren. De Zorginspectie besteedt extra aandacht aan de zaken waar klachten over kwamen bij de Woonzorglijn. Bij de aanbevelingen van de Zorginspectie kunnen deze zaken extra worden belicht.

Wanneer WZC feedback krijgen of zorginspectie over de vloer krijgen omwille van een klacht, dan zou de reflex een vraag moeten zijn naar waarom hiervoor een extern kanaal werd gecontacteerd.

De Woonzorglijn ontvangt soms medische klachten die al gemeld zijn aan de Orde. Dit gebeurt omdat bewoners of familieleden meer persoonlijke feedback verwachten. Mensen met klachten zijn regelmatig onzeker is over de klachtenbehandeling bij de Orde

en voor de zekerheid nog een ander kanaal contacteert. De Woonzorglijn kan hier echter niet bij remediëren en komt hier niet in tussen.

1.2.4.4. Het Meldpunt Ouderenmis(be)handeling

Het Meldpunt Ouderenmis(be)handeling is een dienst gericht op mis(be)handeling van ouderen in een thuissituatie of door familieleden in een WZC. Mishandeling van ouderen door personeelsleden van een WZC hoort dus niet tot hun bevoegdheid. Toch ontvangt het meldpunt jaarlijks ongeveer een tiental klachten aangaande mis(be)handeling door het personeel of de slechte infrastructuur in WZC. Het meldpunt verwijst in die gevallen door naar de Woonzorglijn. Het Meldpunt verwijst nooit naar de Federale Ombudsfunctie, gezien de onbekendheid van dit orgaan.

1.2.4.5. Het ziekenfonds

Het ziekenfonds wordt door WZC niet gezien als een kanaal voor klachten. Ze hebben geen kennis van klachten die aan het ziekenfonds werden doorgegeven. Het ziekenfonds werd in het kader van dit onderzoek niet bevraagd.

De Woonzorglijn gelooft dat ziekenfondsen ouderen soms informeren over hun bestaan en functie. Ziekenfondsen verwijzen door naar de Woonzorglijn.

Volgens het Vlaams Patiëntenplatform is de onafhankelijkheid van ziekenfondsen niet gegarandeerd, want zij bieden ook zorg aan. Het is soms niet eenduidig welke pet ze op hebben. Voor financiële klachten ziet ze wel een rol, aangezien ze hier de mankracht voor hebben en mee de prijzen van WZC bepalen.

1.2.4.6. Het OCMW en stadsombudsdiensten

Het OCMW wordt als klachtencircuit soms gebruikt indien een WZC verbonden is of was aan een OCMW en men daar contactpersonen heeft. Het OCMW geeft de klachten ofwel door aan de WZC, of verwijst door naar de Woonzorglijn. Dit kanaal speelt geen dominante rol bij klachtenbemiddeling in de ouderensector. Indien dit wel gebeurt, is dit vaak omwille van structurele zaken, zoals geldkwesties, niet omwille van persoonlijkere problemen.

Ook de ombudsdienst van een stad kan een rol spelen als klachtenkanaal. Bewoners van WZC in Antwerpen contacteren bijvoorbeeld regelmatig de ombudsvrouw van de stad Antwerpen. Deze dienst is goed gekend. WZC verwijzen soms zelf door naar deze ombudsdienst indien een intern geformuleerd antwoord op een klacht niet aanvaard wordt. De ombuds is een neutralere persoon, waardoor een gelijkaardig antwoord van haar toch ontvankelijker is.

1.2.4.7. Een advocaat

Bewoners, mantelzorgers en familieleden contacteren enkel in advocaat in het geval van zeer serieuze klachten in verband met financieel of fysiek nadeel. Dit gebeurt zelden.

1.3. ANDERE TOPICS

1.3.1. De verhouding Woonzorglijn en Federale Ombudsfunctie

De Federale Ombudsfunctie wordt bijna onbenut gelaten in Vlaanderen. De reden die men hiervoor aanhaalt zijn de onbekendheid van deze instantie en het bestaan van de Woonzorglijn. Verschillende respondenten geven aan onvoldoende kennis te hebben van de Federale Ombudsfunctie om uitspraken te doen over haar nut en werking of pleiten voor een afschaffing van dit orgaan.

Verscheidene respondenten pleiten voor de afschaffing van de Federale Ombudsdienst. Alle respondenten van WZC, Cateagus, de Woonzorglijn en Zorgnet Vlaanderen achten de Woonzorglijn en de Orde der Geneesheren als voldoende kanalen voor externe klachtenbemiddeling. Men ziet geen nut in deze dienst, aangezien de Woonzorglijn de taak hiervan volledig zou invullen. De Federale Ombudsdienst is daarnaast momenteel van weinig tot geen nut is voor klachten uit WZC. De Federale Ombudsfunctie is volgens hen een verspilling van middelen en nutteloos. Er werd geopperd dat de Federale Ombudsfunctie zo weinig klachten ontvangt doordat er al zo veel mogelijkheden zijn voor bewoners en familie om hun klachten, suggesties en opmerkingen te uiten.

Volgens de Zorginspectie kan de Federale Ombudsfunctie wel een leemte opvullen aangezien ze kadert in de Wet Patiëntenrechten. Deze ombudsfunctie is gericht op een ander type klachten dan de Woonzorglijn. Daar waar de Woonzorglijn te maken heeft met woonaspecten, is de Federale Ombudsfunctie verantwoordelijk voor klachten in verband met medisch handelen en inzage in het medisch dossier. Voor de Zorginspectie biedt de Federale Ombudsfunctie een meerwaarde omdat De Orde van Geneesheren momenteel niet volstaat om medische klachten op te vangen. Er is niet echt sprake van bemiddeling, de drempel is te hoog en feedback naar de klachteninitiator toe is niet verplicht. Volgens de Zorginspectie is het interessant om de Federale Ombudsfunctie te hebben, indien duidelijk is waar het voor staat. De kloof die zou moeten worden opgevuld is die aangaande medische klachten en inzage in het dossier.

De respondenten uit de WZC en de Woonzorglijn zijn dan weer van mening dat de Wet rond de rechten van de patiënt inhoudelijk niets aanvult aan het Kwaliteitsdecreet en het Woonzorgdecreet. Daarnaast gelooft een deel van de respondenten ook dat er in de komende periode van twee tot vier jaar een overheveling van bevoegdheden zal plaatsvinden naar de Vlaamse overheid toe, waardoor een federaal orgaan niet zinvol zal zijn.

Momenteel hebben de Woonzorglijn en de Federale Ombudsfunctie overlappende bevoegdheden of is voor de doelgroepen onbekend wat de verschillen in functie zijn. Er wordt gevreesd dat een effectieve opsplitsing van bevoegdheden tussen de twee klachtenkanalen tot verwarring en onnodig veel doorverwijzingen zou leiden. Sommigen vrezen ook dat de beide kanalen tegen elkaar uitgespeeld zouden worden. Dit zou een drempelverhogende uitwerking kunnen hebben.

1.3.2. Is er een algemene subjectieve drempel tot klagen?

Tijdens de interviews werd de vraag gesteld of personen los van de formeel vast te stellen drempels toch nog geremd zijn om te klagen wegens een angst voor repercussies. Volgens de Zorginspectie is dit zeer moeilijk na te gaan. Daarenboven is het ook moeilijk na te gaan in welke mate deze aarzeling tot klagen gerechtvaardigd is. Volgens artsen in Cateagus gebeurt het regelmatig dat personen klachten hebben, maar patiënten de energie niet hebben hier iets aan te doen. Het ontbreekt familie ook vaak aan de energie om hier dieper op in te gaan. In dat geval blijft men met de klacht zitten.

Een aantal respondenten uit WZC haalden aan dat een drempel tot klagen ook positief kan zijn. Een klachtencultuur moet vermeden worden. Twee WZC vermijden daarom het woord 'klacht' in hun communicatie met bewoners en familieleden en gebruiken liever een andere terminologie, zoals 'suggestie', bij de vraag om feedback. Dit om een 'klachtencultuur' te vermijden. WZC vrezen daarnaast soms een juridisering van de sector.

Anderzijds is een klein aantal klachten volgens het Vlaams Patiëntenplatform een teken aan de wand. Het is geen teken van een goed beleid in de WZC, maar eerder een aanwijzing dat het uiten van klachten wordt ontmoedigd. Er moet dus een goed evenwicht gevonden worden tussen bewoners stimuleren ontevredenheden te uiten en het vermijden van een klachtencultuur, waarbij elke pietluttigheid wordt omgevormd tot een klacht.

1.4. SUGGESTIES VAN DE RESPONDENTEN

Bij de gesprekken met de diverse stakeholders werd gepolst naar diverse suggesties rond het klachtenbeleid. Hierbij bestond geen eensgezindheid.

1.4.1. Eén aanspreekpunt of sectorspecifieke ombudsdiensten?

Diverse respondenten vragen om het extern klachtenbeleid zo eenvoudig mogelijk te houden voor bewoners. Hiertoe zou stroomlijning van de klachtenkanalen een goede oplossing zijn. Er wordt geopperd dat het vormen van één duidelijk aanspreekpunt het klachtenbeleid zou optimaliseren.

De respondenten gaven aan wat hun bedenkingen zijn bij een sectorspecifieke ombudsdienst. Ook speelt mee dat klachten niet zo gemakkelijk op te delen zijn volgens sector. Deze grenzen kunnen vaag zijn, waardoor niet duidelijk is welke dienst men zou moeten contacteren. Veel doorverwijzingen kunnen de klachtenprocedure aanzienlijk verlengen. Andere respondenten gaven aan dat het niet veel uitmaakt of dit sectorspecifiek zou zijn. Het gaat om de competenties en het organisatiemodel die goed moeten zijn.

Zowel de Woonzorglijn, de Federale Ombudsfunctie als het Meldpunt Ouderenmishandeling zouden volgens respondenten moeten worden samengevoegd. Een voorwaarde hiertoe is dat deze dienst toegang zou hebben tot een achterliggende studiedienst met kennis van de verschillende sectoren en hun wetgeving. Volgens Zorgnet Vlaanderen is een sectorspecifieke ombudsfunctie verspilling. Alle voorzieningen die in het woonzorgdecreet benoemd zijn moeten op een gemeenschappelijke wijze instaan voor klachtenbeleid en aangestuurd worden door de Vlaamse overheid. De Woonzorglijn acht de regelgeving te complex om het niet-sectorspecifiek te doen en gelooft dat interne doorverwijzingen in dit aanspreekpunt te omslachtig zouden zijn. Daarnaast wordt er op gewezen dat er al een Vlaamse ombuds voor alle Vlaamse materie is, die als centraal aanspreekpunt kan fungeren. De sectorverantwoordelijke planningsvergunningen en regelgeving RVT schat in dat de behoeften van een ombudsdienst verschillen naargelang de sector. In ouderenzorg is er meer een luisterend oor, een informant en een coach nodig dan bij de ombudsfunctie voor ziekenhuizen. Dit vereist een andere aanpak.

Indien men niet voor een niet-sectorspecifiek model zou opteren zou dit communicatievoordelen hebben. Indien dit niet het geval zou zijn, is de rol van deze diensten onduidelijk. Er wordt aangegeven dat het eenvoudig zou zijn te communiceren aan de bevolking waar dit kanaal voor dient. Eén andere respondent van een WZC geeft dan weer aan dat dit moeilijk zou zijn omdat de lijst van bevoegdheden van dit kanaal te lang zou zijn om op te sommen. Indien de doelgroep van het kanaal te breed is, zouden misschien minder klachten binnenkomen. Daarnaast bestaat volgens de Woonzorglijn het gevaar dat betrokkenen proberen de twee lijnen tegen elkaar op te zetten.

Zorgnet Vlaanderen pleit er voor de wetten, decreten, visies en krijtlijnen van de federale en Vlaamse overheid te integreren bij een overheveling van de federale bevoegdheid naar het Vlaamse niveau. Men zou de oefening moeten maken vanuit de Wet Patiëntenrechten, palliatieve zorg, privacy ...

Men moet hierbij de bestaande instrumenten op regionaal en federaal niveau evalueren. Er moet gekeken worden welke elementen op welke wijze geïntegreerd kunnen worden in de regionale wetgeving. Tegenwoordig zouden federale wetten te amateuristisch vertaald worden naar WZC.

1.4.2. Coöperatie en informatie

Zorgnet Vlaanderen pleit er voor de rapporten die worden opgesteld door de verschillende betrokken instanties te koppelen en door te spelen naar de sector en de minister. Dit levert informatie op waar verschillende instanties uit kunnen leren. De rapporten moeten geïntegreerd worden in de informatiestroom vanuit individuele voorzieningen naar de Vlaamse Overheid. Voorzieningen moeten verantwoording afleggen en transparant zijn. Er kan bijvoorbeeld een verslag gemaakt worden van hoe een instelling is omgegaan met klachten, welk type klachten er zijn en welke oplossing hiervoor werd voorzien. Zo kunnen klachten ook getoetst worden aan de profielen van de WZC. Op die manier zou bijvoorbeeld een atypische klacht voor een specifiek WZC beter kunnen worden ingeschat en het kanaal een beter beeld krijgen van de klacht. Daarenboven kan ook de overheid een betere inschatting maken over het geheel.

1.4.3. Andere klachten

Eén respondent besprak de mogelijkheid een kanaal te geven voor zorgverleners en zorgvoorzieningen indien familie van een wilsonbekwame patiënt niet handelt in het belang van de patiënt. Het gebeurt dat familieleden eerder vanuit financiële overwegingen handelen en niet in het belang van de patiënt. Zij stelt een objectieve ombudsdienst voor waar deze klachten kunnen worden behandeld en bemiddeld. WZC geven echter aan dat dergelijke zaken meestal op een bemiddelende manier binnen het WZC kunnen worden opgelost. Bovendien is het meldpunt voor ouderenmis(be)handeling bevoegd voor verwaarlozing of mishandeling van bewoners door familieleden en kunnen personeelsleden van WZC daar terecht.

1.4.4. Klachten van familieleden tegenover klachten van ouderen

Diverse experts benadrukken dat er steevast zou moeten worden nagegaan of klachten van familieleden of mantelzorgers ook door bewoners zo worden aan gevoeld. Indien een klacht wordt geuit dient men van bij het begin na te gaan of dit met medeweten van de bewoner is. Indien dit niet het geval is, moet men een reden hebben dit niet te doen. Men wenst bijvoorbeeld een terminale patiënt niet meer belasten of het gaat om een dementerende patiënt.

1.4.5. Geef WZC feedback over de extern ontvangen klachten

WZC gaven aan graag feedback te ontvangen van de Woonzorglijn betreffende klachten uit hun WZC. Deze feedback kan ter harte genomen worden en kan ook een extra stimulans of schouderklopje zijn voor WZC die goed bezig zijn. De Woonzorglijn is hier echter niet voor te vinden omdat dit de mogelijke controle / behandeling van de klacht in het gedrang brengt. Het is volgens de WZC echter wel mogelijk om op jaarbasis feedback te geven zonder de anonimiteit van de klachtinitiator te schaden.

1.4.6. Externe ombuds en bemiddelaars

Volgens Zorgnet Vlaanderen zou het een goed idee zijn om misschien vrijwilligers, mits een beperkte opleiding, aan te spreken klachtenbemiddelaar te worden. Deze persoon moet aangesteld zijn op voorzieningsniveau. Dit omwille van de toegankelijkheid en zichtbaarheid, maar het hoeft daarom niet iemand van de voorziening zelf te zijn. Ook gemeentes zouden hierbij een rol op kunnen nemen.

Voorzieningsoverstijgend zien diverse respondenten mogelijkheden, maar het probleem hiermee is dat de toegankelijkheid afneemt (afstand wordt gecreëerd). Een oplossing zou kunnen zijn de ombudspersoon te laten roteren tussen instellingen, het zou de betaalbaarheid en haalbaarheid van een dergelijke functie meteen ten goede komen. Eén respondent heeft vragen bij de financiering. Indien dit via de WZC verloopt is deze ombuds niet onafhankelijk met als effect dat de toegankelijkheid afneemt. Het Vlaams Patiënten Platform ziet ook een mogelijkheid om een externe facilitator uit te nodigen op de bewonersraad.

Bij implementatie van zo'n lokale ombudsfunctie moet die op toegang tot informatie van de voorziening kunnen rekenen.

1.4.7. Gradiëntmodel

Zorgnet Vlaanderen pleit voor een gradiëntmodel. Waarbij men het interactionele aspect op niveau van het WZC centraal stelt. Interne systematische bevraging, is de eerste stap,

waarbij geweten is dat het hierna niet stopt. Indien personen omwille van hun stijl van optreden, foute stapjes in de procedures,... geen resultaat bereiken, kunnen ze steeds bij een klachtenbemiddelaar terecht. In dit geval is er een officiële aanvraag aan de bemiddelaar die vanuit enerzijds die werking van de voorziening, anderzijds de beleving van de cliënt kijkt naar wat fout loopt. Er zouden hierbij garanties moeten zijn rond anonimiteit. De procedure moet duidelijk zijn voor iedereen; bij wie, hoe en wanneer feedback. Daarnaast moet er feedback worden gegeven aan de directie. De derde stap is de ombudsfunctie op Vlaams overheidsniveau. Deze stap zou enkel mogen worden genomen indien men de eerste twee stappen al ondernam. De vierde stap is juridisch-procedureel. Als zaken onrustwekkend zijn en een schijn van mogelijk strafrechtelijke implicaties hebben, moeten klachten anders worden behandeld dan door de Woonzorglijn en de Federale Ombudsfunctie. Hier moeten de rechten van bewoner zeer duidelijk geformuleerd worden en moet men de mogelijk juridische kanalen zeer duidelijk aangeven. Het resultaat hiervan is dat formele klachten een uitzondering zouden moeten worden.

1.4.8. Professionalisering klachtencoördinatoren

Er zou volgens de Zorginspectie meer externe invloed moeten zijn bij het opstellen van de klachtenprocedure door WZC. De vraag is hoe dit moet worden aangepakt, aangezien dit indien verplicht onderhevig zou moeten zijn aan veel regels en hiervoor budget zou moeten worden vrijgemaakt. De specifieke werking van een dergelijke zaak is onduidelijk, evenals wie dit proces zou moeten aansturen. De Zorginspectie is dan ook van mening dat dergelijke initiatieven vanuit de sector zelf moeten komen. WZC drukten deze nood in het interview niet uit.

1.4.9. Huisartsen in het WZC

Eén directeur die tevens de rol van klachtenbemiddelaar vervulde in een WZC pleitte er voor WZC meer vat te geven op huisartsen. Momenteel kan men in geval van problemen zeer weinig doen. Het zou interessant zijn daar verandering in te brengen door bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag of de bezoeken van huisartsen te kunnen opleggen. Het besef is wel aanwezig dat huisartsen het druk hebben en de meesten hun best doen rekening te houden met de wensen in het WZC.

1.4.10. Aangepaste zorgvormen

Sommige ondervraagden vestigen er de aandacht op dat de weerstand om naar een WZC te verhuizen vandaag groot is. Dit leidt tot verbittering, depressie, veeleisendheid,... Deze gevoelens komen minder voor indien men op het juiste moment verhuist naar een

WZC. Door middel van zorgvernieuwingsprojecten moet er voor gezorgd worden dat residentieel verblijf wordt voorkomen of uitgesteld. Alternatieven dienen beschikbaar te zijn om ouderen niet naar een WZC te sturen als het nog niet moet. Enkel indien er duidelijke indicaties zijn van serieuze zorgnood hoort men te verhuizen naar een WZC, wat de kwaliteit van leven verhoogt. Dit leidt uiteindelijk tot een grotere tevredenheid bij de bewoners en een vermindering in het aantal klachten. Er moet meer geïnvesteerd worden in de revalidatie van ouderen, zodat ze in kortverblijf worden opgenomen en terug naar huis kunnen. Want nu gaan zo'n ouderen te snel naar een WZC, wat verspilling is van overheidsgeld.

2. Discussie

Dit onderzoek is exploratief en vooral beschrijvend. Het heeft ons in staat gesteld om verschillende procedures en aspecten m.b.t. klachten in woon zorgcentra in kaart te brengen. Binnen het kader van de werkafspraken met de hoofdopdrachthouder van het onderzoek, en de beschikbare middelen en tijd hebben de gesprekken met experts en de gesprekken met mensen met zeer goed inzicht in het functioneren van de residentiële ouderenzorg in Vlaanderen waardevolle inzichten opgebouwd.

Door een stapsgewijze semigestructureerde aanpak zijn we in staat geweest om belangrijke inzichten met betrekking tot de centrale onderzoeksvraag in kaart te brengen. Nieuwe informatie en inzichten die we verzameld hebben tijdens de interviews en documentenanalyse hebben ervoor gezorgd dat bij een aantal respondenten zijn teruggekeerd voor een vervolginterview. De selectie van het "type" respondenten is niet louter "vooraf gebeurd" maar de selectie is ook beïnvloed door topics en nieuwe inzichten die tijdens de gesprekken naar boven kwamen.

Maar we pretenderen zeker niet dat in dit deel alles is gezegd over klachtenbeleid en ombudsfuncties in WZC/RVT. Dit deel van het onderzoek naar de Vlaamse omgang met klachten in WZC is beperkt en maakt onderdeel uit van een studie over werkwijzen in heel België. Bovendien zijn er ook tal van methodologische beperkingen.

De respondenten voor dit deel van het onderzoek zijn geselecteerd via een sneeuwbal methode. Zeker op het niveau van de WZC hebben we instellingen gezocht die gekend zijn als goede praktijken. Daardoor is de informatie die we hier brengen zeker gevoelig voor vertekening.

Een belangrijke (en voor dit soort vraagstelling fundamentele) bedenking is dat dit deel van het onderzoek, gezien de tijd en middelen, geen inventaris heeft gemaakt van het perspectief van bewoners en hun familie. We hebben enkel ene interview gevoerd met een vertegenwoordigster van een patiëntenorganisatie, die op zich minder ervaring heeft met de ouderensector. Deze bedenkingen doen op zich geen afbreuk aan de waarde van de beschrijvende informatie, maar we claimen op geen enkele manier dat we in methodologisch oogpunt een analyse ten gronde hebben gemaakt.

Verder zijn we ons ook bewust dat sommige informatie of meningen van respondenten eerder gebracht werd als denkoefening dan gefundeerd in concrete ervaringen. Omwille van het feit dat onze respondenten de federale ombudsfunctie niet of nauwelijks kennen, zijn hun commentaren eerder hypothetisch en niet gestoeld op concrete ervaringen.

3. Conclusie

- Om te bepalen wat een “klacht” is, is interpretatieruimte en contextualiseren nodig
 - Er zijn verschillende types klachten, die mogelijk per type een andere benadering vragen
 - De federale ombudsfunctie is niet of nauwelijks bekend, laat staan hun opdracht of hun werkwijze
 - In Vlaanderen is het onduidelijk of en in welke mate Wet op de rechten van de Patiënten relevant is voor de WZC
 - In Vlaanderen is het door de overheid en met decreten aangestuurde kwaliteitsbeleid een belangrijke stimulans voor het vormgeven van kwaliteitsbeleid waarin omgang met klachten een rol speelt
 - WZC zijn grote pleitbezorgers voor een graduele benadering en behandeling van klachten (van preventie tot behandeling) : probeer eerst klachten intern op te lossen via overleg en proactieve aanpak
 - Klachtenbehandeling te veel in bedden in formele bureaucratische processen is moeilijk omwille van de noodzaak om verhalen van bewoners en familieleden te interpreteren.
- Er moet meer werk gemaakt worden aan kennisverspreiding bij bewoners en familie over de verschillende wegen en instanties die kunnen gebruikt worden bij klachten

2. Resultaten van de analyse van de gesprekken in het Waals en het Brussels Gewest

2.1. OP EXTERN NIVEAU

2.1.1. Klachtenbehandeling door de Administratie

2.1.1.1. De Waalse Administratie (*La Direction des Aînés*)

In overeenstemming met de bepalingen van het huishoudelijk reglement en de bewonersovereenkomst behandelt de Waalse Administratie van de sector klachten die ze ontvangt zelf of stuurt ze door naar andere partijen. Naar de burgerlijke rechtbanken in het geval van een probleem met de overeenkomst tussen de bewoner en de beheerder; naar andere administraties zoals het RIZIV, het RSZ, de FOD Economie indien de klacht betrekking heeft op de financiering van de zorg, de controle van de prijzen enz. De Direction des Aînés ontvangt in de praktijk klachten die betrekking hebben op een hele reeks domeinen waarvan zorg slechts een van de vele onderdelen is (sociale conflicten bijvoorbeeld).

Volgens de ondervraagde verantwoordelijke heeft het Gewest nooit een klacht naar de federale ombudsdienst 'rechten van de patiënt' gestuurd. **Er wordt aangenomen dat de gewestelijke voorzieningen volstaan en dat het niet gerechtvaardigd is om een beroep te doen op deze dienst of om een specifieke dienst voor deze functie te hebben, lees dat bepaalde aspecten voor een overlapping zorgen van de bevoegdheden van operatoren die *de facto* al een "bemiddelingsrol" spelen en/of aan klachtenbehandeling doen** (directies van inrichtingen op lokaal niveau en inspectiediensten op gewestelijk niveau).

De administratie plaatst haar interventie in het precieze kader van de relatie tussen de bewoners en de instellingen, en meer bepaald hun personeel: dus met uitsluiting van de behandelende artsen die, zo wordt verduidelijkt, nog steeds vrij worden gekozen door de eerste groep. Aangezien de patiënt vrij is om zijn behandelende arts te kiezen, vindt de administratie het niet nodig om zich op dat niveau te mengen.

Trouwens, wanneer de Waalse diensten inspecties moeten uitvoeren naar aanleiding van klachten, kan het gebeuren dat ze bij deze gelegenheid andere problemen ontdekken. Hun rol wordt daarom beschouwd als **veel 'geïntegreerder', 'doeltreffender' dan wanneer enkel een 'externe' ombudspersoon elke ontvangen klacht individueel zou behandelen zonder onderdompeling in de instellingen**. Ze bevestigen dat het vaak gebeurt dat de inspectrices problemen in verband met de verzorging ontdekken in het kader van hun bezoeken aan de inrichtingen terwijl er toch geen klachten zijn!

Dergelijke redevoeringen vatten de politieke opvatting samen die de administratie heeft van de sector van de huisvesting en van de opvang van de bejaarde personen in de huidige context van de praktijken in de instellingen. De verbetering van de kwaliteit van de diensten en van de zorg vereist een versterkte controle van de instellingen met bijkomende middelen voor de inspectie en in het kader van deze doelstelling wordt de ombudsfunctie niet als het meest doeltreffende middel beschouwd: deze

klachtenvoorziening wordt beschouwd als zijnde onaangepast aan het publiek van de bejaarde bewoners. Daarom wordt bemiddeling niet als een prioriteit gezien.

Volgens diezelfde verantwoordelijke ontvangt de Waalse administratie talrijke anonieme klachten. Die situatie is problematisch omdat het moeilijk is om er een gevolg aan te geven, behalve via een inspectie. Er wordt erkend dat het niet altijd gemakkelijk is om de anonimiteit van de klagende partij te garanderen bij conflicten met de directie of de beheerder, dat hangt af van de gevolgde procedures.

Ze stelt jaarlijks een verslag op van de klachten die ze ontving. Terwijl die klachten in het verleden hoofdzakelijk betrekking hadden op de privésector, werd de verdeling van de klachten tussen deze sector, de verenigingssector en de openbare sector evenwichtiger in 2011. Zo werden er vorig jaar 758 klachten ingediend, hoofdzakelijk in rusthuizen en RVT. Dit aantal neemt toe⁵⁷, wat onze gesprekspartner de reactie uitlokte dat “de tongen een beetje loskomen”. Deze evolutie is niet zozeer toe te schrijven aan een eventueel effect van de wet betreffende de rechten van de patiënt dan aan wijzigingen op het niveau van de communicatie van het Waals gewest over de bestaande voorzieningen (website, relaties met spelers op het terrein,...).

De klachten zouden voor 60 % afkomstig zijn van een familielid van de bewoners. Dit fenomeen is niet nieuw en vormt waarschijnlijk **een specifiek kenmerk van de sector “bejaarde personen”, waar niet de “bewoners-patiënten” zich manifesteren bij ontevredenheid, maar hun naasten.**

De Direction des Aînés deelt de klachten als volgt in⁵⁸:

- 1°: Kwaliteitszorg: 21 % (veel hebben betrekking op de aanwezigheid van nachtpersoneel, de wachtdienst, de aflevering van geneesmiddelen)
- 2°: Nalatigheden, mishandeling of pesterijen: 18 % (personeel dat als “niet correct” wordt ervaren, als onvoldoende zorgvuldig zoals het feit dat personen niet voldoende ververst worden,...)
- 3°: Organisatie van het werk: 17 %
- 4°: Kwaliteit van de infrastructuur en het gebouw: 12 %
- 5°: Hygiëne voor de bewoner: ongeveer 7 %
- 6°: Voeding: *idem*
- 7°: Financiële aspecten: iets meer dan 6 %
- 8°: Respect overeenkomst en huishoudelijk reglement: 4,49 %
- 9°: Kwaliteit van de opvang: ?
- 10°: Andere (hygiëne van het personeel, van de keuken, enz.)

De eerste stap in de klachtenbehandeling door de diensten van de Waalse Administratie bestaat uit de controle van hun gegrondheid. Ongeveer een vierde (24,5 %) wordt ‘gegrond’ bevonden, ongeveer de helft (45 tot 46 %) ‘ongegrond’, en de andere klachten zijn oncontroleerbaar (7,58 %), of de informatie werd niet meegedeeld (22 %).

⁵⁷ Op een aanbod van 45 445 bedden.

⁵⁸ Mondeling meegedeelde gegevens.

Volgens onze gesprekspartner zou de dienst nooit klachten gekregen hebben over de relatie tussen een bewoner en zijn behandelende arts. De beheerders klagen echter wel regelmatig over het gedrag van die laatste (samenwerkingsproblemen met de collega's, bezoeken op ongepaste uren, vragen van onrechtmatige erelonen, gebrek aan waakzaamheid,...). De genoemde gevallen werden doorgestuurd naar de Orde der Geneesheren omdat de administratie oordeelde dat dit niet tot haar bevoegdheden hoort.

Het lage aandeel klachten van bewoners lijkt een algemeen kenmerk te zijn van de sector en lijkt te zijn ingegeven door het gebrek aan beschikbare plaatsen: *“Ze zijn bang! Ze zijn bang omdat het moeilijk is om een plaats te hebben in een rusthuis! Er is geen concurrentie in de sector! Men aanvaardt een plaats waar er een is! Dit plaatst de bewoners en in het bijzonder de families in extreem moeilijke situaties,”* verklaarde onze gesprekspartner perplex.

2.1.1.2. De administratie van de COCOF

De COCOF heeft nog geen ‘jaarlijkse klachtenstatistieken’ omwille van het recente karakter van de wetswijzigingen. Volgens onze gesprekspartner wordt een dergelijk jaarverslag dat de aard en de ingevoerde klachtenbehandeling verduidelijkt, vanaf volgend jaar ingevoerd. Nu wordt een ‘klachtenregister’ halfjaarlijks naar het Kabinet gestuurd, maar niet systematisch geanalyseerd.

- Type klachten

Volgens de personen die we bij de COCOF ontmoetten, handelen ook de klachten die de administratie ontvangt over alle domeinen die betrekking hebben op een ‘leefruimte’, het ‘dagelijks leven’. Ze zijn heel variabel in functie van het profiel en de verwachtingen van de bewoners, hun gezondheidstoestand en hun niveau van afhankelijkheid: problemen met facturen, voeding waarvan de houdbaarheidsdatum overschreden is, de uren van de maaltijden, het gebrek aan hygiëne van het linnengoed, verdenking van diefstal, de relaties tussen bewoners enz.

“De klachten handelen over het dagelijks leven van personen die een deel van hun autonomie, een deel van hun verstand, een deel van hun actiemiddelen verloren zijn ... Het gaat over het dagelijks leven, ik kan het niet anders stellen. Ik bedoel: hun dagelijks leven is “slopend”. Eigenlijk komt het hierop neer: ‘ik krijg niet de dienstverlening waarvoor ik betaal’”.
(Verantwoordelijke van de administratie)

Ze hebben echter heel zelden betrekking op een probleem van een bewoner met een zorgverlener.

De klachten van medische aard worden meestal door de behandelende arts van de bewoner ingediend tegen de coördinerende arts van het RVT. De ondervraagde verantwoordelijke vindt echter dat de administratie niet over het competente personeel beschikt om dit soort situaties te behandelen en ze acht zich trouwens relatief machteloos in dergelijke situaties.

De administratie sluit alle klachten betreffende de medische behandeling van de gebruikers a priori uit haar interventiedomein uit. Ze heeft toch geen macht over de behandelende artsen die vrij gekozen worden door de bewoners. Wanneer ze echter vaststelt dat een inrichting de normen niet respecteert (immobilisatie bijvoorbeeld), zal ze bij die inrichting optreden.

De inspectiediensten ontvangen nu en dan klachten over het 'wegsturen' van bewoners, dat wil zeggen, abusief geachte contractbreuk. Ze hebben al vastgesteld dat de instellingen er soms voor kiezen om bewoners weg te sturen bij herhaalde klachten. Dat is meer bepaald het geval in rusthuizen wanneer wordt geoordeeld dat 'het geval' te zwaar wordt voor de diensten en problematisch voor de andere bewoners of wanneer de families voortdurend ontevreden zijn.

De inspectiediensten maken gewag van hun ontreddering in deze delicate situaties en zeggen dat de interventie van een 'ombudspersoon' in bepaalde situaties relevant zou kunnen zijn. De bewoner is in principe beschermd, omdat zijn contract niet zonder redenen kan worden opgezegd. Het feit dat hij meer verzorging eist, kan dan wel geen verbreking van de huisvestingsovereenkomst rechtvaardigen, maar leidt wel vaak tot ontevredenheid en moeilijkheden bij alle betrokkenen en tot een gevoel van onmacht bij de communautaire autoriteit.

Volgens onze gesprekspartners heeft de administratie van de COCOF nooit een klacht naar de federale ombudsdienst doorgestuurd. Deze dienst is niet enkel miskend, maar wordt in geen enkele reglementering over klachten vermeld, in tegenstelling tot andere voorzieningen. Daarom wordt besloten dat het, in navolging van deze laatste, primordiaal is om de bewoners in te lichten over haar bestaan, via het huishoudelijk reglement of de huisvestingsovereenkomst.

De administratie vindt dat heel wat klachten niet voor haar bestemd zijn, zoals de klachten die betrekking hebben op kleine reparatiewerken die in de inrichtingen moeten uitgevoerd worden. Ze verklaart deze door de angst van bepaalde bewoners om de confrontatie met de directie aan te gaan.

Om dit fenomeen te verhelpen, wil de COCOF inzetten op de opleiding van de directeurs, hun kwalificatie, de uitbreiding van hun competenties met betrekking tot communicatie en conflictbeheer.

- De oorsprong van de klachten

Volgens een snelle raming van onze gesprekspartners komt 80 % van de klachten die de administratie ontvangt, van de families van de bewoners en niet van de bewoners zelf.

Hoewel de meeste klachten de vereiste aandacht schijnen te krijgen, doen bepaalde redevoevingen vermoeden dat enkele klachten even snel worden uitgesloten als ze worden ingediend, zoals dat het geval schijnt te zijn wanneer ze doorlopend zijn.

Een inspectrice stelt vast dat de klachten vaak betrekking hebben op dezelfde instellingen en dat het zelden gebeurt dat de beheerder en de directie heel beschikbaar zijn, 'luisteren' en reageren op de opmerkingen die worden gemaakt in het kader van de ontvangen klachten.

- De klachtenbehandeling

De klachten worden geval per geval beheerd in functie van het type probleem dat zich voordoet. Elk dossier wordt onderzocht en op basis daarvan wordt gekeken of een inspectie zich opdringt of niet.

Soms toont de behandeling van de klacht geen enkele institutionele disfunctie aan en eindigt ze op een gewoon empathisch antwoord aan de klagende partij.

Soms doen de inspectiediensten bij conflict tussen de partijen (bewoner en directie bijvoorbeeld) een beroep op psychologen om tot een akkoord te komen. Dat is een vorm van interventie van een derde, in zekere zin in onderaanneming gegeven aan een professional wanneer blijkt dat er geen enkele norm werd overschreden.

In navolging van wat er in het WG gebeurt, stelt de administratie van de COCOF vast dat talrijke klagende partijen zich simultaan tot verschillende officiële instanties richten. Wat hun klacht ook is, ze hebben de neiging om ze willekeurig in te dienen in de hoop te worden gehoord. In dat geval is de klachtenbehandeling soms een opeenvolging van heroriëntaties en dubbele behandelingen, waarbij de klagende partijen veel meer fases moeten doorlopen dan in principe nodig is.

Volgens de inspectrice van COCOF stuurt SEPAM (Service d'Ecoute pour Personnes Agées Maltraitées) soms klachten naar de administratie, maar gebeurt het omgekeerde enkel in het geval van een probleem van mishandeling en een behoefte aan een luisterend oor.

Het gebeurt ook dat gebruikers zich liever tot Infor-Home of SEPAM wenden dan tot de administratie zelf om te ontsnappen aan het formalisme van de procedures en om de eventuele collaterale gevolgen voor de bewoner te beperken.

Een andere gelijkaardige vaststelling als in het WG: de bestaande klachtenvoorziening treft niet de meest kwetsbare en geïsoleerde personen die in een instelling leven. Er wordt gewezen op het belang van de inspecties om eventueel misbruik betreffende die groep te ontdekken.

Ondervraagd over de invoering van een specifieke bemiddelingsdienst voor de bewoners van rusthuizen en RVT, antwoordt de verantwoordelijke van de COCOF dat het niet nodig is om een nieuw bijkomend klachtenniveau in te voeren, bovenop of naast de twee bestaande niveaus. Ze mikt eerder op een goede communicatie in de rusthuizen en dus op een goed beheer van de problemen door de directies van de inrichtingen. Een eerste argument is zowel praktisch als economisch: "we gaan niet overal tussenstappen toevoegen, dat zou trouwens niet lukken" en het tweede is eerder politiek: ze vreest, net als de administratie van het WG, dat dit eerder leidt tot de deresponsabilisering van de professionals uit de rusthuizen (en de rust- en verzorgingstehuizen). Het lijkt bovendien ingewikkeld om de kwesties van kwaliteitszorg te scheiden van alle kwesties die tot het organisatorische domein behoren. Een inspectrice vindt dan weer dat een heuse ombudsfunctie nuttig zou kunnen zijn als er geen organisatorische oplossing mogelijk is.

Conclusie: vanuit het standpunt van de personen die we bij de COCOF hebben ontmoet, heeft de globale verbetering van de kwaliteit van de diensten en de verzorging in instellingen voor bejaarde personen meer baat bij een betere communicatie in de inrichtingen zelf dan bij de ontwikkeling van klachtenvoorzieningen die worden

beschouwd als bijkomstig en te indirect om een dergelijke doelstelling te verwezenlijken.

Indien er een ombudsfunctie zou worden ingevoerd, dan zou die nuttig worden geacht om de spanningen tussen bewoners/familie en directies te verzachten wanneer er geen overtreding van de normen werd vastgesteld. En het is soms wenselijk om de problemen te regelen zonder het 'grof geschut' van de administratie of justitie en hun controleprocedures boven te halen.

Het is duidelijk dat bemiddeling hier niet wordt overwogen in de betekenis die ze heeft in de wet betreffende de rechten van de patiënten. Ze zou buiten het kader van de 'verzorging' door professionals treden om alle aspecten van het dagelijks leven in een inrichting voor bejaarde personen te dekken. Het zou gaan om een dienst die gekoppeld is aan het gewest en waarop de inspecties een beroep zouden kunnen doen wanneer ze hun eigen voorzieningen hebben uitgeput.

In dat opzicht wordt het ook niet als wenselijk beschouwd om het bemiddelingsdomein te scheiden tussen het domein van de verzorging en de andere (organisatorische, enz.) om te vermijden dat de "klachten worden opgesplitst". Dat de bewoners een beroep zouden moeten doen op verschillende interveniënten in functie van het type moeilijkheid wordt als veel te gecompliceerd en weinig operationeel afgedaan.

2.1.1.3. De administratie van de COCOM

Volgens de inspectrices die we bij de COCOM hebben gesproken, worden de klachten die de administratie ontvangt, behandeld door een inspectrice-maatschappelijk assistente wanneer ze betrekking hebben op een algemene problematiek en door een inspectrice-verpleegster indien de klacht specifiek betrekking heeft op de verzorging.

Er is geen officieel verslag van de klachten: de inspectiediensten communiceren hun jaarlijks overzicht enkel intern.

Er zijn over het algemeen weinig formele klachten, die overigens zelden betrekking hebben op de verzorging – hoewel ze de neiging hebben om lichtjes te stijgen – wat veelzeggend blijft voor het lage gebruik dat er wordt gemaakt van deze voorziening.

Dit is het overzicht van de afgelopen jaren⁵⁹:

2008: 1 klacht (gebrek aan verpleger in RVT)

2009: 2 klachten (slechte opvolging van de behandeling van chronisch zieke patiënten)

2010: 5 klachten (probleem van rokerslokaal, slechte opvolging van de verzorging, ...)

2011: 4 klachten (gebrek aan personeel, uur van het avondmaal, hygiëneproblemen – geen bad)

Twee van de 12 klachten werden ingestuurd door een personeelslid, 1 door een bewoner en de rest door de families.

⁵⁹ Mondeling meegedeelde informatie.

Naast die formele klachten stelt de inspectie vast dat de protesten vaak handelen over een reeks grieven en zelden heel gericht zijn: “voeding, verzorging, administratieve en/of financiële problemen, gebrek aan personeel, alles!...”. De klachten over de verzorging hebben trouwens betrekking op fouten met geneesmiddelen, brandwonden tijdens het baden, valpartijen zonder medische opvolging, enz.

Tijdens hun bezoeken aan de instellingen stellen de inspectrices die belast zijn met de inspectie van de verzorging soms problemen vast met de verdeling van de geneesmiddelen, de verbanden of nog het bijhouden van de medische dossiers, zonder dat daarover klachten werden neergelegd.

Het lage aantal klachten dat bij de administratie wordt ingediend, wordt volgens onze gesprekspartners gedeeltelijk verklaard door het feit dat de meeste problemen die zich in de instellingen voordoen, intern worden beheerd.

Ook de angst om uit de instelling te worden gezet, zou een reden zijn om geen klacht in te dienen.

- De oorsprong van de klachten

Net als voor het WG en de COCOF zijn het meestal de families die de klachten naar de administratie sturen en niet de bewoners. In de ogen van de inspectrices onthullen deze klachten soms eerder een slechte beleving door de naasten zelf ten opzichte van hun ouder dan een echt probleem met de diensten.

De administratie krijgt ook klachten van professionals over de inrichting. Dat gebeurt regelmatig nadat personeelsleden werden ontslagen om bepaalde onregelmatigheden ‘aan te klagen’ zoals de vervalsing van dienstroosters bijvoorbeeld.

Naast deze kanalen waarlangs klachten worden ingediend, ontvangt de COCOM er ook van de ministers die de klachten doorverwijzen die ze ontvangen – wat een normale procedure is – en van Infor-Home met wie de administratie gewoonlijk samenwerkt.

- De klachtenbehandeling

De procedures voor klachtenbehandeling van de administratie van de COCOF lijken op de hoger beschreven procedures.

- De bekendheid van de federale ombudsdienst verhogen

Op het moment dat we onze enquête hebben gedaan, was de federale dienst niet gekend bij de inspectiediensten. Een situatie die de afgelopen maanden waarschijnlijk veranderd is, omdat deze instantie nu in het huishoudelijk reglement wordt vermeld. Het was voor onze gesprekspartners vanzelfsprekend dat de bekendheid van de dienst moest worden verbeterd, niet enkel in de inrichtingen, maar vooral bij de bewoners.

Ze oordeelden dat dit de klagende partijen zou toelaten om beter dan vandaag betrokken te zijn in het traject van de klachten en de zoektocht naar een gunstige oplossing.

Net als bij de COCOF benadrukten de inspectrices eveneens het belang voor de directies om zich ook tot een 'bemiddelingsdienst' te kunnen richten: niet om de rechten van de bewoners op zich te doen respecteren, maar om de relationele moeilijkheden op te lossen die ontstaan door hun verblijf in een instelling. Het gaat dus om een ietwat verschillend perspectief, dat gedeeltelijk overeenstemt met dat wat Infor-Home/Senior Médiation aanbiedt.

De ondervraagde dienst bij de COCOM stelt inderdaad de grenzen van hun actiedomein vast op het vlak van de uitoefening van de rechten van de bewoners. Hoewel de inspecties toelaten om bepaalde tekortkomingen in de inrichtingen te ontdekken, is het materieel niet mogelijk om zich om elke bewoner individueel te bekommeren.

Net als de COCOF vindt de COCOM dat de opleiding van de directies een fundamentele stap is om de kwaliteit van de diensten en van de verzorging in de inrichtingen te verbeteren. De sector boekt vooruitgang op het niveau van de kwaliteit van de opvang van de bewoners en dat wordt voor een groot deel toegeschreven aan hun betere kwalificatie, hoewel er nog verschillen zijn in termen van persoonlijke betrokkenheid.

2.1.2. De klachten die naar Infor-Homes en SEPAM worden gestuurd

2.1.2.1. Infor-Homes⁶⁰

Hoewel de hoofdplicht van Infor-Homes erin bestaat om klachten te vermijden (en informatie en advies te geven bij de keuze van een huisvesting), ontvangt de vereniging toch oproepen met klachten over rusthuizen en RVT. Ze informeert ook en geeft juridische raad over de normen van de instellingen en de rechten van de bewoners. Hoewel het advies meestal betrekking heeft op de aspecten van de huisvestingsovereenkomst (facturen, opzegtermijn, verantwoordelijkheden van de instelling, enz.), gaat ze soms uitdrukkelijk over de rechten van de bewoners-patiënten, zoals het recht om zijn behandelende arts te kiezen⁶¹. Infor-Homes benadrukt in zijn jongste activiteitenverslag dat de vraag naar informatie soms de uitdrukking is van een onderliggend onwelzijn, een lijden – een 'klacht' (Infor-Homes, *Activiteitenverslag 2011*, p. 71).

- Luisteren naar de 'klacht'

Dankzij de luisterende rol die Infor-Homes in zijn raadplegingen ontwikkeld heeft, maken de professionals het onderscheid tussen twee types 'klachten' vanwege de

⁶⁰ Infor-Homes Bruxelles definieert zich als een Brusselse, onafhankelijke en pluralistische vzw die "het welzijn van de bejaarde volwassene die in een instelling verblijft, wil promoten". Ze wordt gedeeltelijk gesubsidieerd door de COCOF en de COCOM en werkt samen met haar Nederlandstalige Brusselse tegenhanger Home Info vzw. Ze heeft een drieledige opdracht: databank met alle plaatsen voor de opvang en huisvesting van bejaarde personen in Brussel, informatie en oriëntatie op maat van consultants op zoek naar een leefruimte, voorziening voor de strijd tegen de mishandeling van bejaarde personen (erkend door de COCOM); opdracht van 'observatorium' ten aanzien van de gebruikers, de professionals en de politieke besluitvormers. (Infor-Homes, *Activiteitenverslag 2011*, pp. 9-10).

⁶¹ Infor-Homes, *Activiteitenverslag 2011*.

bewoners en hun naasten. Er zijn de klachten die in een globaal lijden ten aanzien van de situatie van de gehuisveste bewoner lijken te zijn verankerd (ziekte, vergrijzing, dementie, gevoel van verlatenheid, schuld, verscheurdheid,...) zonder dat er 'objectieve' disfuncties zijn, en er zijn klachten die bepaalde problemen bij de inrichtingen aantonen. In het eerste geval luistert I-H zonder gevolg te geven aan de klacht, behalve om de bellers voor te stellen om zich tot een geestelijk gezondheidscentrum te richten indien dat zou kunnen helpen.

- De 'gerichte' protesten op het vlak van verzorging

Naast de oproepen en consultaties die op een moeilijke beleving wijzen, wijzen andere volgens I-H meer expliciet naar te corrigeren of te verbeteren werkwijzen. Die 'klachten' worden niet enkel uitgedrukt door de bewoners en hun naasten, maar ook door zorgverleners, ten aanzien van collega's of ten aanzien van de instelling:

- . gebrek aan waakzaamheid (bv.: valpartijen waaraan geen aandacht werd besteed)
- . gebrek aan achting voor families bij het overlijden van een ouder ("Hoe vaak komt de directie, niet om zijn medeleven te betuigen, maar om de factuur af te geven", noodzaak om de kamer onmiddellijk 'leeg te maken',...)
- . gebrek aan informatie over de geneesmiddelen en de verzorging (welke, waarom?, ...)
- . wil van de bewoners om hun geneesmiddelen zelf te beheren
- . slecht aangepaste behandelingen (te veel geneesmiddelen of geen behandeling,...)
- . gebrek aan waakzaamheid van de behandelende arts
- . gebrek aan communicatie van de behandelende artsen met de verantwoordelijken van de nursing
- . gebrek aan opvolging van het medisch dossier
- . voorschrijven van immobilisaties door de coördinerende arts die ook behandelende arts is,...

I-H stelt vast dat de klachten over het algemeen zelden specifiek betrekking hebben op de 'verzorging'. Men gaat volgens onze gesprekspartner echter "klagen over het gebrek aan communicatie, het gebrek aan aandacht, een zekere vorm van verwaarlozing, met andere woorden alles wat rond de zorg 'draait'".

- Een 'verzoenende' rol

Wanneer I-H de 'klachten' gewettigd vindt, kan de vzw de bewoners of hun naasten adviseren en ondersteunen om formeel klacht neer te leggen bij de interne betrokken spelers (beheerder, directie, nursingdirectie, coördinerende arts) of de inspectiediensten. De juridische dienst van I-H 'leidt' echter zelf bepaalde klachten in bij de inrichtingen en handelt naar eigen zeggen als 'verzoener'.

- De 'kwaliteit' boosten

I-H bezoekt constant rusthuizen en RVT in het Brussels gewest (COCOF en COCOM). Indien er klachten worden geformuleerd tegen een van hen, organiseert I-H bezoeken om de aangeklaagde praktijken met de directie te bespreken. Het gaat hier niet om een formele klachtenbehandeling, maar ze openen de weg naar dialoog en voorstellen die de kwaliteit van de opvang en van de diensten moeten verbeteren.

I-H oefent tot op heden geen controle uit over de instellingen zoals een inspectiedienst zou doen, maar wel – naar eigen zeggen – de rol van een ‘pressiegroep’.

I-H neemt deel aan de adviesraden van de COCOF en de COCOM. Bij ernstige en terugkerende problemen in een inrichting, kan het advies van de vzw doorslaggevend zijn om in voorkomend geval de intrekingsprocedure van de erkenning te starten.

- Uitgebreide bemiddeling

Hoewel I-H niet aan ‘bemiddeling’ doet (daarvoor werd een andere dienst opgericht), is het volgens de directrice belangrijk om een dergelijke functie te ontwikkelen, die “toelaat om de gebruikers te betrekken naar het zoeken van oplossingen”. Volgens haar zou het echter geen zin hebben om deze functie te beperken tot de “rechten van de patiënten” en het zou zelfs schadelijk zijn voor de ontwikkeling van een ‘gerontologische cultuur’. Die zou namelijk verder moeten gaan dan de kwaliteitszorg en de ‘levenskwaliteit’ in zijn geheel moeten beogen. Bovendien wordt het belang van de onafhankelijkheid van deze functie ten aanzien van de instelling krachtig benadrukt. Onze gesprekspartner stelt immers vast dat bepaalde inrichtingen een beroep doen op psychologen om een antwoord te geven op de moeilijkheden door en met de bewoners, om op te treden als derden ten aanzien van de professionals van de instelling. Terwijl de begeleiding van de bewoners in hun parcours enerzijds en de steun aan de professionals in de aanpak van hun beroep anderzijds als mogelijk goede benaderingen worden beschouwd, wordt het delicaat bevonden om een psycholoog in dienst van de instelling te belasten met het beheer van klachten en conflicten tussen de betrokken partijen. Het is voor de directrice van I-H in de huidige stand van zaken in elk geval belangrijk om een synergie tussen de diensten tot stand te brengen om “het kader rond de gehuisveste bejaarde personen te versterken, dat wil zeggen iets te bouwen dat hun levenskwaliteit zo goed mogelijk verzekert”.

2.1.2.2. SEPAM⁶²

SEPAM ontvangt telefonische oproepen van ontevreden en klagende bewoners van rusthuizen/RVT. Hoewel ‘luisteren’ de belangrijkste roeping is van deze dienst kan er in een tweede fase een persoonlijke consultatie zijn in de lokalen van de vzw voor advies op maat bij de keuze van een inrichting, voor juridische ondersteuning of voor de oriëntatie naar een ‘Senior Médiation’.

- Oorsprong van de oproepen

In 2011 hadden 182 van de 254 geopende dossiers⁶³ (72 %) betrekking op een situatie in een instelling (rusthuis, RVT en serviceflat). De oproepers richten zich regelmatig tot

⁶² SEPAM, dienst die luistert naar mishandelde bejaarde personen, is een vzw die wordt erkend en gesubsidieerd door de COCOF en de COCOM als voorziening voor de strijd tegen de mishandeling van bejaarde personen die in Brussel leven, zowel thuis als in een instelling. De activiteiten van de dienst zijn verdeeld over drie pijlers: telefonische oproepen, de coördinatie van de acties van professionals die worden geconfronteerd met een situatie van mishandeling en de sensibilisering van het publiek om mishandeling te voorkomen. Het gaat om een dienst van Infor-Homes (<http://www.inforhomes-vzw.be>).

⁶³ In het activiteitenverslag van 2011 van Infor-Homes (p. 37) wordt verduidelijkt dat de “opening van een dossier niet betekent dat de klacht voor mishandeling bewezen is, maar dat ze werd opgevolgd door een lid van het team en dat rond deze klacht werd gewerkt”.

SEPAM met het verzoek om tussen te komen bij de directie van de betrokken instelling of hun klacht over te maken aan de bevoegde inspectiedienst⁶⁴. Het gaat meestal (57 %) om de familie van de gehuisveste personen (kinderen, schoonkinderen, echtgenoten, kleinkinderen, neven, enz.), in 12 % van de gevallen zijn de oproepen afkomstig van de directie zelf, de personeelsleden, maatschappelijke assistenten van buiten de instelling of - nog zeldzamer - de behandelende arts (2 %), en slechts 15 % van de oproepen komt van de bewoners zelf.

In enkele gevallen (3 %) wordt SEPAM expliciet gevraagd om de anonimiteit van de beller te bewaren bij het contact met de instelling en dat om mogelijke vergeldingsmaatregelen te voorkomen.

Verder valt ook op dat de bewoner slechts in één geval op 5 “duidelijk op de hoogte is van de oproep”⁶⁵. Deze oproepen dekken waarschijnlijk ook oproepen die voor de federale dienst bestemd zijn. Toch gaat het niet om gelijkaardige voorzieningen, hoewel ze waarschijnlijk complementair zijn.

- De redenen voor een oproep

In 2011 stelde 59 % van de oproepen de organisatie van de instelling aan de kaak, 18 % ging over een probleem met een lid van het verzorgende team, 2 % met een behandelende arts, de andere betreffende de relaties met de naasten (kinderen, echtgenoten, vrienden, burens) en de banden met de bewindvoerder over de goederen van de betrokkene.

Het gaat meestal niet zozeer om de relaties tussen bewoners en zorgverleners dan wel om het gebrek aan aanwezigheid bij of waakzaamheid ten aanzien van de bewoners. De tweede melding (ook ongeveer een vierde) heeft betrekking op de ‘tekortschietende verzorging en hygiëne’. De ‘institutionele mishandelingen’ die SEPAM telt (22 % van de oproepen) lijken hoofdzakelijk te maken te hebben met organisatorische problemen. Sommige problemen bij de ‘psychische’ (9 %) en ‘fysieke mishandelingen’ (6 %) hebben echter betrekking op de ‘rechten van de patiënt’ zoals “agressief of autoritair personeel”, en “systematische immobilisaties zonder medisch advies”.

- Het gevolg dat aan de oproepen wordt gegeven

Bij de meeste oproepen naar SEPAM volstond het om te ‘luisteren’ en uitleg, advies of raad te geven over de stappen die moesten worden ondernomen in de meegedeelde situatie⁶⁶. Wanneer de situatie delicaat bevonden wordt en de persoon zich niet alleen kan mobiliseren, onderneemt de vereniging zelf een reeks stappen – met instemming van de betrokken persoon (personen) -, zoals het zoeken naar informatie voor de oproeper of meer: contact opnemen met de directies, de inspectiediensten, een medisch-sociaal interveniënt, een ‘Senior Médiation’ voorstellen. Volgens het geanalyseerde verslag is er nooit sprake geweest van de Federale ombudsdienst ‘rechten van de patiënt’. SEPAM vindt niet dat ze aan ‘bemiddeling’ doet, maar eerder aan ‘overleg’. De

⁶⁴ Infor-Homes Brussel, Activiteitenverslag 2011, p. 40.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 52.

⁶⁶ Infor-Homes, Activiteitenverslag 2011, p. 62.

vzw vindt dat ze een *functie van waakhond* vervult ten opzichte van de sector rusthuizen/RVT.

2.1.2.3. Senior Médiation⁶⁷

De meeste gebruikers die zich tot deze dienst richten, zijn doorverwezen door SEPAM nadat deze de 'klacht' al heeft ontleed en een bemiddeling wordt overwogen om een oplossing te vinden voor het intrafamiliale of intra-institutionele conflict.

Volgens de ombudspersoon wensen weinig personen een dergelijke stap te zetten. Ze vindt dat de dienst en dit type procedure nog vrij slecht gekend is; dat deze "nog niet ingeburgerd is". Hoewel het volgens haar haalbaar zou zijn om bemiddelingen tussen een bejaarde persoon en zorgverleners te organiseren, heeft dit type situatie zich nog niet voorgedaan. Er zijn echter wel al bemiddelingen geweest tussen een bewoner en/of zijn naasten en een directie en die passen perfect in de opdracht van Senior Médiation.

Voorafgaand aan een *Senior Médiation* wordt het schriftelijk akkoord van de klagende partij gevraagd. Op basis daarvan neemt de ombudspersoon contact op met de instelling en stelt hij/zij een ontmoeting tussen de partijen voor.

Soms neemt een directie op eigen initiatief contact op met de dienst om een bemiddeling te vragen met een familie die 'klaagt' en met wie de relaties verslechteren. Hoewel de vermelde problemen soms betrekking hebben op de verzorging (bijvoorbeeld de verdeling van geneesmiddelen), gaan ze vaak over de huisvestingsovereenkomst zoals bij de betekening van de opzeg aan de bewoner.

Er zijn maar zelden verzoeken om te bemiddelen tussen bewoner en instelling en de vereniging benadrukt het belang van een 'betere zichtbaarheid' en van de optimalisering van de afstemmingen met andere structuren zoals de Federale ombudsdienst "rechten van de patiënt" (2011, pagina 73). Dat neemt echter niet weg dat het a priori moeilijk blijft om een onderscheid te maken tussen klachten die onder de rechten van de patiënt vallen en de andere omdat ze soms heel verward worden uitgedrukt; omdat het onwelzijn in grote mate betrekking heeft op een algemene context van 'tekortkomingen' en niet op de verzorgenden in het bijzonder.

We benadrukken dat de term 'bemiddeling' wordt gebruikt om verschillende types praktijken te definiëren waarvan de filosofie en de methodologie soms mijlenver van elkaar verwijderd zijn.

⁶⁷ Senior Médiation is een structuur die in 2005 werd gecreëerd op initiatief van Infor-Homes. Ze kan op verzoek optreden bij een conflict tussen een bejaarde persoon en zijn omgeving, ongeacht of die persoon thuis of in een opvangstructuur woont. De door het beroepsgeheim gebonden ombudspersoon stelt een bemiddeling van een tot tien vergaderingen voor om een akkoord uit te werken dat duurzaam en aanvaardbaar is voor elk van de partijen (<http://www.inforhomes-vzw.be>).

2.2.1. De directies van de inrichtingen

In overeenstemming met de reglementeringen van de sector en de Waalse en Brusselse gewesten vertegenwoordigen de directies het belangrijkste kanaal om “suggesties, opmerkingen of klachten” op het interne niveau in rusthuizen en RVT uit te drukken.

De directeurs moeten hiervoor enkele uren per week beschikbaar zijn, meer bepaald ‘s avonds zodat de familieleden hen gemakkelijker kunnen ontmoeten.

- Variabele verbintenissen

Uit de getuigenissen blijkt dat de praktijken inzake klachtenbehandeling sterk verschillen tussen de rusthuizen en RVT en hetzelfde geldt voor de toepassing van een kwaliteitsbeleid. De betrokkenheid van de directies en hun wil in dit opzicht worden trouwens op uiteenlopende wijze beoordeeld. Zich actief inzetten voor dit type aanpak schijnt af te hangen van het belang dat ze eraan hechten en van de middelen die ze ervoor kunnen inzetten.

- Bewoners (en hun naasten) weinig gesensibiliseerd wat betreft hun rechten?

Volgens de gesprekspartners die we in de rusthuizen en RVT hebben ontmoet, zijn de bewoners en hun naasten heel weinig gesensibiliseerd wat betreft hun specifieke rechten als ‘patiënt’, lees: ze weten niet dat ze er hebben. De algemene tendens is dat deze kwesties a priori niet hun grootste zorg zouden zijn. Volgens sommigen zouden ze echter “meer bezig zijn met hun recht om de diensten te krijgen waarvoor ze betalen”. Zou de verhuis naar een instelling voor velen onder hen een afstand van hun rechten, een verzaking aan hun burgerschap betekenen, ingegeven door de dwang om “een plaats te vinden”?

- Van ‘klacht’ naar ‘klacht’

Wanneer men de term ‘klacht’ gebruikt bij de directies, moet er een onderscheid gemaakt worden tussen de klachten die mondeling, informeel en spontaan worden uitgedrukt in de gangen en de kantoren en de klachten die meer officieel, en schriftelijk, ingediend worden. Terwijl de eerste regelmatig en van uiteenlopende aard zijn (van de gewone opmerking die tot een uitleg leidt tot het protest dat tot wijzigingen leidt), zijn de meer formele klachten die feiten of personen aanklagen, zeldzamer.

Terwijl de klacht als formulering tot de dagelijkse praktijk van de directies behoort, blijft de klacht als procedure echter problematisch in dit type residentiële instelling. De afhankelijkheid, de kwetsbaarheid, een zekere onderworpenheid of berusting, de angst, maar ook de vrees om verzorgers schade te berokkenen kunnen die houding gedeeltelijk verklaren. De analyses van de relatie bewoner-verzorger door bepaalde professionals zijn frappant: de asymmetrie zou geen opening bieden voor klachten die zouden worden geïnterpreteerd als een bedreigende aanval op hun bevoegdheden. Sommige directies benadrukken de moeilijkheden die de bijzonder complexe machtsverhoudingen tussen bewoners/verzorgden en professionals/verzorgenden meer dan andere vertegenwoordigen in deze institutionele microkosmos, met een typische onderlinge

afhankelijkheid tussen de personen die er leven en er 'thuis zijn', en de mensen die er werken.

- Voorwerp van de klachten

De klachten die de directies ontvangen, hebben betrekking op verschillende registers van de verzorging tot het financiële aspect, de organisatie, het slecht werkende systeem van de wasruimte, de maaltijden die niet aangepast zouden zijn, enz. Ze dekken alle werkingshorizonten van dit instellingstype, hoewel de meest opvallende tendens is om de ontevredenheid te melden over de maaltijden, de was, het beheer van de geneesmiddelen en de weinig voorkomende houding van bepaalde leden van het verzorgend personeel. In deze leefruimte wordt aanvaard dat problemen met de organisatie van de diensten even belangrijk, of zelfs belangrijker kunnen zijn dan problemen met de relaties tussen bewoners en zorgverleners.

- De ontvangst van de klachten

De directies 'ontvangen' mondeling een reeks opmerkingen die op disfuncties wijzen. Ze maken vanaf dat moment een onderscheid tussen de, volgens hen, 'kleine (snel opgeloste) zorgen' en de 'echte klachten'. Ze stellen vast dat de uitdrukking van een grief soms volstaat om de bewoner te troosten en hij niet meer verlangt. De behandelingswijze hangt bijgevolg af van hun eigen evaluatie van de maatregelen die moeten worden genomen.

Het gebeurt ook vrij vaak dat bepaalde klachten aan andere leden van de inrichting worden meegedeeld, zoals aan maatschappelijk assistenten (als er zijn) of verplegers, die nauwer betrokken zijn bij de bewoners en hun naasten dan de directies. Die laatste zijn dus niet noodzakelijk op de hoogte van de gemelde problemen indien ze niet persoonlijk worden aangesproken.

In RVT met een nursingdirectie worden klachten betreffende de verzorging (toestemming, kwaliteit ...) a priori aan de directie zelf gericht of doorverwezen, vermits ze de dagelijkse link is met de behandelende arts en de apotheek en ze de geneesmiddelen beheert.

Sommige directies hebben de neiging om klachten formeler te maken door ze schriftelijk te laten optekenen. Dat zou hen meer gewicht geven ten opzichte van de beheerder.

De officiële term 'klacht' wordt trouwens problematisch bevonden door bepaalde directies. De term roept immers een zeker formalisme in de procedures op dat vaak niet als relevant wordt beschouwd, gelet op het verwachte antwoord, noch zelfs gewenst door de 'klagende partijen' zelf die soms de indruk hebben dat ze worden gedwongen om iemand bij naam aan te klagen.

Deze angst voor schriftelijke klachten is in bepaalde gevallen problematisch voor de directies die een onderzoek willen instellen naar de aangeklaagde handelingen. Soms laat de officialisering van de klacht hen toe om verder te gaan in het onderzoek naar de gegrondheid van de verweten feiten.

- De klachtenbehandeling

De klachtenbehandeling door de directies is vaak weinig formeel en verloopt niet volgens een standaardprocedure. Het gaat om een behandeling geval per geval waarbij professionals worden betrokken van wie men verwacht dat ze de aangeklaagde feiten het best kunnen ontleden, afhankelijk van de problematiek (op het vlak van de verzorging zal het in de eerste plaats de verantwoordelijke verpleger zijn).

Zoals een gesprekspartner over zijn instelling samenvatte: “de directie probeert te begrijpen, de mensen met elkaar in contact te brengen, uit te leggen, te vatten wat er gebeurd is, wat men kan doen, wat men kan verbeteren ...”.

Sommige directies hebben geprobeerd om de procedures meer te formaliseren, maar moesten daaraan verzaken omwille van de logheid van dergelijke procedures.

De meeste klachten worden aangepakt door dialoog en dat schijnt in te spelen op een streven naar verzoening in een context waar de spanningen kunnen worden opgedreven door de gebrekkige beheersing van de institutionele werkingsmodi door de bewoners en hun naasten, in het bijzonder wanneer ze nog niet vertrouwd zijn met het leven in een residentie.

Heel wat klachten worden dus niet beschouwd als protesten of beschuldigingen die herstel vragen, maar eerder als beklag dat een onwelzijn uitdrukt dat kan worden verholpen door aandacht en eerbied te hebben voor de aangehaalde problemen; al was het maar door de betrokken elementen in de context te plaatsen.

Wanneer een disfunctie echter gegrond blijkt, nemen de directies uiteenlopende schikkingen, afhankelijk van de situatie. Hertekenen, bespreken of regelen met een verzorger, vermelding van het probleem op de teamvergadering, reorganisatie van het werk, sanctie ... Soms wordt een ontmoeting tussen de klagende partij en de aangeklaagde verzorger voorgesteld, maar dat schijnt niet gemakkelijk te zijn in de context van een rusthuis/RVT. Daarom kan een vorm van interbemiddeling beter zijn.

Andere directies vinden dat bemiddeling niet onder hun functie valt omdat het tijdsgebonden aspect van deze praktijk niet past bij de eis om snel aanvaardbare praktijken te herstellen.

Volgens meerdere getuigen die iets meer ‘buiten’ de directies zelf staan en hoewel er uitzonderingen bestaan, wordt hun gebrek aan neutraliteit ervaren als een belangrijke limiet van de klachtenvoorziening als middel om de ontevredenheid van de bewoners uit te drukken. Volgens hen zullen directies meestal de neiging hebben om hun verzorgend team, hun instelling te verdedigen en te vermijden dat de klachten buiten de instelling bekend worden om de reputatie van de inrichting niet te schaden.

- De opvolging van de klachten

De klachten worden niet systematisch opgevolgd bij de bewoners. In de praktijk worden ze niet noodzakelijk ingelicht over de ondernomen stappen of de getroffen maatregelen die moeten bijdragen tot de oplossing van de aangeklaagde situaties. Dat lijkt niet te wijten te zijn aan een of andere strategie, maar wel aan de moeilijkheid voor de directies om al hun taken te vervullen, zodat het uitbrengen van een verslag over het antwoord

op de klacht van de bewoners bijkomstig kan lijken ten opzichte van de stappen die daadwerkelijk werden ondernomen om de aangekaarte problemen te onderzoeken en op te lossen.

- Houding ten opzichte van een interne ombudsfunctie

Globaal gezien snappen de directies het nut niet van een ombudsfunctie betreffende de rechten van de patiënt in hun inrichting zelf. Enkelen hebben echter wel laten weten dat ze gebruik willen maken van de diensten van een psycholoog wanneer ze worden geconfronteerd met of getuige zijn van conflictsituaties waarbij de bewoners en hun naasten betrokken zijn.

Hoewel het bestaan van de federale dienst niet gekend is, laten bepaalde woorden de behoefte doorschijnen aan een 'derde' die niet wordt ingevuld in het huidige kader, maar die welkom zou zijn. Behoefte aan afstand ten opzichte van de invoering van bepaalde zorgprocessen, behoefte aan triangulatie ten opzichte van de verzorgden, hun naasten en de zorgteams, behoefte om de keuze van de patiënt te laten respecteren rond een behandelingsplan, meer bepaald bij gedesoriënteerde personen,...

Andere, meer sceptische, gesprekspartners vrezen dat de invoering van een ombudsfunctie niet veel nut heeft indien die niet gestuurd wordt door een sterke wil om de praktijken en de mentaliteiten te veranderen.

- Bedenkingen rond een ombudsfunctie betreffende de rechten van de patiënt

De eerste bedenking die wordt geopperd ten aanzien van de invoering van een dergelijke functie in de verblijfplaats zelf, is van economische aard. Niemand weet hoe de functie in het huidige financieringskader van de rusthuizen/RVT gefinancierd kan worden.

De directies spelen trouwens al een belangrijke rol in de klachtenbehandeling en ze zeggen dat ze geen behoefte hebben aan een bijkomende persoon om in te spelen op dit aspect van het institutionele leven. Ze merken op dat instellingen veel kleiner zijn in vergelijking met ziekenhuizen, maar vooral dat de 'zorgproblematieken' niet de belangrijkste zijn.

Ze vrezen de ondoeltreffendheid van de personen die als 'ombudspersonen' worden aangeduid en die geen deel zouden uitmaken van de inrichtingen. Volgens hen is het niet enkel belangrijk om de instellingen van binnenuit te kennen, maar ook de geschiedenis van de families en hun dagelijkse realiteiten om de klacht te kunnen interpreteren, te kunnen handelen en de praktijken te kunnen wijzigen.

Ze vinden bovendien dat de ombudsfunctie maar weinig impact zal hebben indien ze niet gekoppeld is aan een kwaliteitsaanpak. Om wijzigingen te kunnen invoeren, is het volgens hen vooral belangrijk om de bestaande instrumenten te operationaliseren. Volgens hen bestaat de kans dat er enkel oppervlakkig zal worden gehandeld, zonder te raken aan de structurele elementen die werkelijk problematisch zijn.

We kunnen concluderen dat de directies de mening zijn toegedaan dat het belangrijk is om vroeger in te grijpen en klachten te vermijden. Ze benadrukken het belang van nabijheid, dialoog en transparantie "die verhinderen dat kleine gebeurtenissen uitgroeien tot klachten".

Ze stellen vast dat de meeste klachten hoofdzakelijk structurele wijzigingen (organisatie van de diensten) en wijzigingen van de ‘zorgcultuur’ vragen. Dat betekent dat het personeel moet worden opgeleid en moet worden betrokken bij de reflecties en de wijzigingen. Opleiding wordt gezien als noodzakelijk om te leren ‘de goede afstand’ te bewaren en zich niet persoonlijk aangevallen te voelen bij klachten omdat dat meestal leidt tot reacties van het type wraak, tegenaanval, enz. Opleiding om waakzaam, aandachtig en voorkomend te blijven en zich niet te laten meespelen in banalisering of andere verwaarlozingen.

2.2.2. Het register

Het – verplichte – register dat in principe beschikbaar is in elke inrichting en waarin alle “suggesties, opmerkingen of klachten” worden opgetekend, lijkt volgens onze gesprekspartners globaal weinig gebruikt en functioneel. De registers worden systematisch gecontroleerd tijdens inspecties en bepaalde inspecteurs vinden zelf dat het “concept moet worden herzien”. Ze stellen immers vast dat dit instrument – omwille van het openbare karakter⁶⁸ ervan - niet echt geschikt is om opmerkingen en kritiek te formuleren, zeker wanneer ze rechtstreeks betrekking hebben op de personen in kwestie, of het nu de directie, een personeelslid of een andere bewoner is. De bewoners zouden niet echt op hun gemak zijn om zich via dit middel uit te drukken. Sommige instellingen waar, volgens de directie, een sfeer van communicatie heerst, vinden dit instrument trouwens verouderd. Bepaalde directeurs verklaren bijgevolg dat “het register leeg blijft omdat hun deur altijd open staat”.

Een lid van de LUSS (Ligue d’Usagers des Services de Santé) getuigt dat dit register soms wekenlang ‘vergeten’ wordt en er dus geen gevolg aan wordt gegeven. Een coördinerende arts (WG) meldt dat de bewoners niet lijken te weten dat er een register tot hun beschikking is. Een andere coördinerende arts klaagt de perverse aspecten aan van dit instrument dat ongepast wordt bevonden omdat het de vertrouwelijkheid niet respecteert.

2.2.3. De participatieraad (PR)

De bewonersraad (ook participatieraad genoemd, afhankelijk van de gewesten en gemeenschappen) wordt gezien als een forum waar de organisatie van de inrichting en het dagelijks leven aan bod komen. Het gaat eigenlijk om een plaats waar een aantal protesten en klachten over het dagelijks beheer (schoonmaak, menu’s), het verzorgend personeel en elk ander aspect van het leven in groep kan worden besproken.

- Organisatie

Hoewel zo een raad in elk rusthuis/RVT verplicht is, stellen de administraties – via de gevoerde inspecties – vast dat de daadwerkelijke organisatie ervan heel sterk afhangt van de instelling en in grote mate van de wil en de dynamiek van de directies, waarvan

⁶⁸ Wanneer iedereen het register kan zien. Bij de COCOF lijkt deze kwestie te zijn opgelost via een “doos voor opmerkingen en suggesties”, waarvan de inhoud vervolgens in het register wordt opgetekend door de beheerder van de instelling.

sommigen, volgens onze gesprekspartners, “niet veel zin hebben om hun werkwijze in vraag te stellen”.

- Participatie

Hoewel de administratie die comités belangrijk vindt om op de hoogte te zijn van een zeker onbehagen of problemen betreffende de instellingen en ze te beheren, botst de voorziening op beperkingen wat betreft de participatie van personen met een cognitieve deficiëntie, en de mensen die het meest geïsoleerd zijn. De verantwoording die de inspectie regelmatig te horen krijgt wanneer de inrichting geen participatieraad heeft georganiseerd, is gelinkt aan het ‘onvermogen’ van de bewoners die aan dementie lijden. Een coördinerende arts (WG) die bij de organisatie van de PRbetrokken is, getuigt dat de raad doorgaat in afwezigheid van die bewoners, die door hun familie worden vertegenwoordigd.

- Werking

De werking van de PR hangt af van de instelling. Terwijl sommigen erin slagen om een constructieve dynamiek in te voeren, schijnen anderen zich te verliezen in spiralen van verstikkende aanvallen en verdediging.

Een gewezen rusthuisdirecteur betreurt trouwens dat de bewonersraad vaak wordt afgeleid van zijn participatieve functie om een voorlichtingsinstrument door en voor de directie te worden, zonder dat de uitgebrachte adviezen in enig opzicht bindend zijn. Hij twijfelt over het vermogen van de raad om de praktijken te veranderen, zeker in de huidige budgettaire context die nauwelijks marge biedt.

Wanneer ze (goed) werken, vormen de PR heuse fora voor informatie, ontmoeting en uitwisseling. De aankondiging van hun vergaderingen en van de agenda wordt uitgehangen. Iedereen die wil, kan deelnemen. De PR wordt echter meestal geleid door de directie of de personeelsleden: maatschappelijk assistente, ergotherapeut, enz.

De klachten die in de PR worden gemeld, hebben soms betrekking op persoonlijke kwesties, wat in principe niet als het meest gepast wordt beschouwd.

Voor sommige ondervraagde directies is de PR ook de gelegenheid voor hen om ‘verkeerde’ informatie of ‘roddels’ recht te zetten.

Hoewel de PR in de eerste plaats ontworpen is als een participatievoorziening voor de bewoners, is de raad afhankelijk van de instelling en eerder gericht op het neerleggen van klachten, luisteren naar en informeren van de bewoners, of zelfs overleg over pistes om de diensten en de verzorging te verbeteren.

Sommige respondenten benadrukken dat het belangrijk is om voorwaarden te creëren/vormen die de bewoners toelaten om zich uit te drukken. Terwijl de ontvankelijkheid voor de uitdrukking ‘wat niet gaat’ wordt beschouwd als het uitgangspunt van dit proces: “we geven u het woord – u mag zich uitdrukken”, wordt aangenomen dat de uitdrukking sterker zou zijn als de bewoners ze zelf zouden ondersteunen, via de invoering van een contactpersoon. In dat opzicht wint het idee om vertegenwoordigers of referenten van bewoners in te voeren, aan sterkte.

Om beter gebruik te maken van deze collectieve fora die de PR zijn, hebben meerdere ondervraagde professionals de wens uitgesproken dat ze fora zouden worden voor

sensibilisering en discussie rond sociale thema's in verband met vergrijzing, het lijden, het levenseinde, en de rechten ... van de patiënt!

Tweede deel - Vergelijkende benadering

Inleiding

Dit deel van het verslag zoekt de logica achter de openbare actie in de huisvestingssector van bejaarde personen in vier verschillende landen. Meer nog, het wil de elementen identificeren die bijdragen tot de formulering van toekomstige pistes (positieve experimenten en institutionele innovaties) in deze diverse uitvoeringen. De grenzen van onderhavige studie beperken de vergelijking echter tot de grote lijnen van het overheidsbeleid dat de afgelopen jaren in de sector werd gevoerd. Op basis van de studie van meestal officiële documenten wordt aandacht besteed aan de modaliteiten van de uitvoering van de wet betreffende de rechten van de patiënt en de ombudsfunctie die in de wetgeving en de praktische organisatie van de sector kunnen worden ontdekt.

1. Frankrijk: naar een cultuur van “welbehandeling”

1.1. WAAROM FRANKRIJK

De juridische en institutionele instrumenten die het domein van de gezondheid en de sociaal-medische huisvesting regelen, werden er sinds 2002 grondig hervormd. Deze hervorming wordt gekenmerkt door zijn tweeledigheid. Enerzijds een gezondheidsbeleid dat de rechten van de patiënten wil garanderen; anderzijds een sociaal actiebeleid dat de huisvestingsinstellingen voor kwetsbare personen moet aanzetten om een kwalitatief onthaal te verzekeren. Het respect voor de rechten van de bejaarde patiënten die in een instelling verblijven, is dus ingekapseld tussen verschillende vormen van openbare acties, waarvan de ene meer op de patiënt gericht is en de andere meer op de bewoner. Dit omvangrijke land met een sterke gecentraliseerde traditie is trouwens verplicht om een brede waaier machtsniveaus op departementaal, regionaal en lokaal niveau te coördineren. Het was daarom interessant om te observeren hoe het gezondheidsbeleid en het huisvestingsbeleid van kwetsbare personen er op elkaar worden afgestemd en welke plaats de ombudsfunctie voor de rechten van de patiënt daarin bekleedt.

1.2. DOCUMENTAIRE BRONNEN

We hebben diverse officiële sites geraadpleegd (ministeries van gezondheid, van sociale actie, site van ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux)). We keken vooral naar:

- het verslag “Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé” (Balans en voorstellen voor de hervorming van de wet van 4 maart 2002 betreffende de rechten van patiënten en de kwaliteit van het gezondheidssysteem), verslag van 310 pagina's dat Alain-Michel Ceretti en Laure Albertini op 14 februari 2011 aan de minister hebben overhandigd (zie <http://www.sante.gouv.fr/remise-des-rapports-2011-annee-des-patients-et-de-leurs-droits.html>)
- het verslag “Promouvoir la bientraitance dans les institutions de santé” (Welbehandeling in gezondheidsinstellingen promoten), overhandigd door Michelle Bressand, Michel Schmitt en Martine Chriqui-Reinecke in januari 2011

- de akten van de Assises de la bienveillance van Creuse (Conferentie over welbehouding -Actes_Assises_Bienveillance_Creuse_2010.pdf)
- het Verslag 2011 van de Conférence Nationale de Santé (Nationale gezondheidsconferentie) over de evaluatie van de voorwaarden waarin de rechten van de gebruikers van het gezondheidssysteem worden toegepast en gerespecteerd, over de gelijke toegang tot de gezondheidszorg en over de kwaliteit van de opvang in het sanitaire en sociaal-medische domein

1.3. HET OVERHEIDSBELEID DAT SINDS 2002 IN DE SECTOR VAN DE GEZONDHEID VAN DE BEJAARDE PERSONEN WORDT GEVOERD

Het overheidsbeleid betreffende de rechten van de bejaarde patiënten valt onder de bevoegdheid van twee autoriteiten. Het ministerie van de Sociale actie is bevoegd voor de sector van de huisvestingsinstellingen voor zorgbehoevende bejaarde personen (Ehpad). Het ministerie van Volksgezondheid leidde de invoering van de wet betreffende de rechten van de patiënten. Sinds de verkiezing van F. Hollande in mei 2012 zijn die twee autoriteiten samengevoegd in een enkel ministerie van sociale actie en gezondheid.

1.3.1. De rechten van de bewoners sinds de Wet 2002.2 van 2/01/2002

In 2004 heeft deze wet die “van de bescherming van de kwetsbare persoon naar de erkenning van een burger-gebruiker wil gaan” betrekking op ongeveer 32.000 structuren of meer dan één miljoen plaatsen en meer dan 400.000 loontrekkenden.

De wet somt **7 fundamentele rechten van de gebruikers van de instellingen en de sociale en sociaal-medische diensten** op (artikel L311-3 CASF):

- Respect voor de waardigheid, de integriteit, het privéleven, de intimiteit, de veiligheid
- Vrije keuze tussen prestaties thuis / instelling
- Onthaal of begeleiding op maat en van goede kwaliteit, met respect voor de instemming met kennis van zaken
- Vertrouwelijkheid van de gegevens betreffende de gebruiker
- Toegang tot de informatie
- Informatie over de fundamentele rechten en rechtsmiddelen
- Directe participatie in het opvang- en begeleidingsproject

De wet voorziet simultaan de invoering van **7 instrumenten om die rechten** uit te oefenen:

- Het onthaalboekje
- Het handvest van de rechten en vrijheden van de onthaalde persoon
- De huisvestingsovereenkomst of het individuele onthaaldocument
- De gekwalificeerde persoon
- Het werkingsreglement van de instelling of van de dienst
- De raad van het sociale leven of een andere participatievorm van de gebruikers
- Het project van de instelling of de dienst

Als aanvulling op die maatregelen werd de ‘Conseil National de l’évaluation sociale et médico-social’ (Nationale raad voor sociale en sociaal-medische evaluatie) in het leven geroepen in 2005 en onder het toezicht geplaatst van de minister die belast is met de sociale actie. Hij moet de verplichte interne en externe evaluatie van de instellingen

concretiseren, met de versterking van de goede praktijken en de ontwikkeling van een evaluatiecultuur in de sector als doelstelling. Hij stelt twee verslagen op (2005 en 2006) voor zijn omvorming tot '**Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux**' (Anesm - Nationaal agentschap voor de evaluatie en de kwaliteit van de sociale en sociaal-medische instellingen en diensten). Sinds 2007 heeft deze onder andere tot taak om de kwaliteit van de instellingen te evalueren. De Ehpad moeten om de 5 jaar een verslag indienen bij de algemene raden en/of de staat. Elke 7 jaar is er een externe evaluatie van de instellingen door organismen die het agentschap benoemt. De beslissing om de vergunning van de instelling of van de dienst te verlengen, houdt verband met deze evaluaties. Anesm produceert eveneens documenten en instrumenten die een 'cultuur van welbehouding' moeten promoten in de instellingen uit de sociale en sociaal-medische sector waaronder de Ehpad vallen.

Hoe staat het in de context van deze nationale instrumenten met de rechten van de bewoners enerzijds en de bemiddeling anderzijds? Hoewel deze rechten worden vermeld en herhaald in de diverse documenten en onthaalprojecten van de personen en hun families, zijn ze niet gekoppeld aan voorzieningen voor verzoening of bemiddeling als dusdanig. In de literatuur die de goede praktijken vermeldt die in de Ehpad moeten worden toegepast, wordt het begrip 'bemiddeling' slechts uitzonderlijk aangehaald (bij geweld vanwege het personeel in het zelfevaluatiedocument dat aan de instellingen wordt voorgesteld, p. 29). Er wordt geen melding gemaakt van het begrip 'klacht', noch van dat van de 'bemiddelaar'. In het verslag van de 'Assises de la bientraitance' van het departement Creuse, een document van meer dan 70 pagina's, staat het woord 'klacht' 2 maal en is er noch sprake van bemiddeling, noch van bemiddelaar. In elke instelling is het echter wel mogelijk om een beroep te doen op een **gekwalficeerde persoon** om de bejaarde persoon te begeleiden: "Elke persoon die door een instelling wordt onthaald (of zijn familie of zijn wettelijke vertegenwoordiger) kan een beroep doen op een gekwalficeerd persoon die hij kiest uit een lijst die wordt opgesteld door de Prefect van het Departement en de Voorzitter van de Algemene raad, om hem te helpen zijn rechten te doen gelden bij geschillen. De gekwalficeerde persoon brengt verslag uit over zijn interventies bij de autoriteiten die belast zijn met de controle van de betrokken instellingen of diensten, aan de betrokkene of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger en respecteert daarbij de voorwaarden die de Raad van state heeft vastgelegd. Zodra zijn interventie is afgelopen, licht de gekwalficeerde persoon de vragende partij of zijn wettelijke vertegenwoordiger in over het gevolg dat aan zijn verzoek werd gegeven. De gegevens van de gekwalficeerde personen moeten in elke instelling gevraagd worden." (*Decreet van 14/11/2003*)

1.3.2. De rechten van de patiënt sinds de wet van 4 maart 2002 betreffende de rechten van patiënten en de kwaliteit van het gezondheidssysteem

Deze wet heeft de praktijken van de professionals en de relaties met de gebruikers grondig gewijzigd. Het 'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé' (ANAES - Nationaal agentschap voor accreditering en evaluatie in de gezondheidssector) en vervolgens de 'Haute Autorité de Santé' (HAS - Hoge Autoriteit voor gezondheid) hebben bijgedragen tot de uitvoering van deze 'rechten van de patiënten', meer bepaald via de erkenning van de gezondheidsinstellingen.

De wet voorziet de invoering in de gezondheidsinstellingen van een **Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC** – Commissie voor de betrekkingen met de gebruikers en de kwaliteit van het onthaal). “De CRUQPC verving de verzoeningscommissies die in 1996 werden opgericht, maar niet voldeden aan de verwachtingen van het publiek of de verenigingen. Die laatsten stelden hun werking en hun partijdigheid aan de kaak omdat ze onvoldoende onafhankelijk waren van de ziekenhuismacht en dus niet losstonden van het ziekenhuisbeheer. De gewezen verzoeners werden vervangen door twee types bemiddelaars: een **medische bemiddelaar en een niet-medische bemiddelaar**. Ze verenigen voor de eerste keer de gebruikersverenigingen en institutionaliseren de participatie van de gebruikers aan het beheer van de klachten en de bezwaren.” (Verslag februari 2011, p. 88)

Het klachtenbeheer wordt hier duidelijk gezien als een hulpinstrument voor de verbetering van de kwaliteit en de zekerheid van de verzorging, alsook voor de evaluatie van de tevredenheid van de gebruikers. In de evaluatiehandleiding van juni 2009 (V2010) wordt verduidelijkt: “De toepassing van een beheersysteem voor bezwaren en klachten zorgt ervoor dat de ervaring van de patiënten en hun omgeving in aanmerking wordt genomen en draagt bij tot de verbetering van de kwaliteit van de werking van een instelling. In overeenstemming met de reglementering (artikels R. 1112-91 tot R. 1112-94 van het Wetboek van volksgezondheid) laat het systeem van klachtenbehandeling toe om: de uitlatingen van de gebruikers op te tekenen; een relevant en persoonlijk antwoord te geven op elke klacht en elk bezwaar. De bepalingen betreffende de bemiddeling en de rol van de CRU zijn bijzonder belangrijk in dit kader. De analyse van de klachten en bezwaren vormt een hulpinstrument voor de verbetering van de kwaliteit van het onthaal van de patiënt en de preventie van mishandeling (10.a) en veronderstelt: een kwantitatieve en kwalitatieve exploitatie van de klachten en bezwaren in het kader van de CRU om de slechte werkingen te identificeren, in te delen en te behandelen; zijn integratie in het algemene streven naar verbetering van de kwaliteit en van de zekerheid van de verzorging (8.a,8.f).” (p.40)

Wat de huisvesting van de bejaarde personen betreft, zijn deze bepalingen enkel van toepassing wanneer de Ehpad een eenheid van een ziekenhuis is. In deze contexten kunnen de bewoners en hun families de CRUQPC schriftelijk inlichten. Ze ontvangen binnen de acht dagen een antwoord met een voorstel voor een afspraak bij een bemiddelaar. Ze kunnen ook een brief sturen “naar de heer Directeur” (Ziekenhuis van Joinville, februari 2011).

1.3.3. Naar een convergentie van het overheidsbeleid?

Klachtenbehandeling en bemiddeling zijn instrumenten die de wetgever heeft ingevoerd in het domein van de gezondheid en niet in dat van de sociale actie. Verschillende instanties van die kant stellen reflecties voor om de ombudsfunctie te verbeteren en uit te breiden tot de sector van de sociale actie.

In zijn jongste verslag dringt de ‘**Conférence Nationale de santé**’ aan op de noodzaak om aan een convergente, globale aanpak van de rechten van de gebruikers van het gezondheidssysteem te bouwen. De ombudsfunctie vormt het tweede punt van de aanbevelingen die “de bemiddeling op het vlak van gezondheid in de verschillende sectoren (‘thuis’, sanitair en sociaal-medisch) willen harmoniseren en verzekeren.” In dit kader wordt aanbevolen om “**binnen de ‘Agences régionales de santé’ (A.R.S. – Regionale gezondheidsagentschappen) een persoon aan te duiden die duidelijk**

wordt geïdentificeerd als zijnde belast met het thema van de rechten van de gebruikers”(verslag 2011).

In het verslag met de titel “Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé” streven meerdere punten een betere **neutraliteit van de bemiddelaars op het vlak van gezondheid na**. In de aanbevelingen 90 en 91 (pagina 272) wordt voorgesteld om: “De bemiddeling te verheffen door ervoor te zorgen dat de elementen die worden meegedeeld tijdens een ontmoeting van professionals uit de gezondheidssector en de families in het kader van een bemiddeling naar aanleiding van een ernstig evenement betreffende de verzorging, niet kunnen worden gebruikt voor een rechtsmacht. Deze werkingswijze van de bemiddeling sluit aan bij die van de verzoening en de gerechtelijke bemiddeling, die samen met artikel 832-9 van het Wetboek van burgerlijke rechtsvordering bepaalt: “De vaststellingen van de verzoener en de verklaringen die hij noteert, mogen noch worden neergelegd, noch worden ingediend tijdens de rechtspleging zonder het akkoord van de partijen, noch bij een andere instantie.” Verder wordt voorgesteld om “De artsen-bemiddelaars te integreren in de pool gezondheid en zekerheid van de verzorging (P3S) van de Bemiddelaar van de Republiek om onafhankelijke en onpartijdige territoriale delegaties te vormen.”

Het gezondheidsbeleid van de overheid voor de doelgroep van de bejaarde personen komt ook tot uiting door de uitwerking en verspreiding van gecentraliseerd uitgewerkte opleidings- en evaluatie-instrumenten die via de regionale autoriteiten worden aangeboden aan de spelers uit de sector: **de instrumenten “MobiQual”**. De ‘Direction générale de la Santé’ (Directoraat-generaal Gezondheid) nam het initiatief voor de creatie en de verspreiding van sensibiliserings- en opleidingsinstrumenten rond vier thema’s: pijn, palliatieve zorg, “welbehandeling” en depressie en vertrouwdde deze opdracht toe aan de ‘Société Française de Gériatrie et Gérontologie’ (SFGG - Franse Maatschappij voor Geriatrie en Gerontologie), samen met alle betrokken wetenschappelijke kringen. De “Pijnkit”, “map Palliatieve zorg”, de “Depressiekoffer” en het “etui voor Welbehandeling” worden sinds 2007 verspreid bij de directeurs en professionals van geriatrie en gerontologische instellingen en zorgstructuren die actief zijn in instellingen of thuis in het domein van de palliatieve zorg, de pijn en de depressie.

Op het vlak van de sociale actie werd in 2010 een ministeriële missie opgestart om “**De welbehandeling in de gezondheidsinstellingen te promoten**” en die gaf aanleiding tot een indrukwekkend verslag (januari 2011). Opnieuw wordt het woord ‘klacht’ maar eenmaal op 286 pagina’s vermeld en ontbreekt het woord bemiddeling. Het verslag vermeldt dat **er geleidelijk een link groeit tussen het sociaal-medisch huisvestingsbeleid voor de ‘bewoners’ en het gezondheidsbeleid van de overheid voor de ‘patiënten’**. De rechten van de patiënten staan in de gezondheidsreferenties, maar het begrip ‘welbehandeling’ domineert het semantische domein van de officiële documenten in ruime mate.

1.4. ANDERE SPELERS EN VOORZIENINGEN DIE BETREKKING HEBBEN OP DE SECTOR

De relaties van het medische corps en zijn coördinatie in Ehpad

De beroepsverenigingen hebben in november 2009 een reeks voorstellen gedaan aan de ministeriële autoriteiten in het kader van de medische opvolging van de bewoners van Ehpad en de relaties tussen de betrokken zorgverleners. Onder andere maatregelen voor een **overeenkomst van goede praktijken** tussen **de coördinerende arts** en de behandelende artsen, alsook voor het gebruik van een instrument met de naam **“Levensproject op maat van de bewoner”** dat het spoor zou bijhouden van zijn keuzen inzake gezondheidsoriëntatie, maar ook de opvolging van de interventies en voorschriften van de verschillende gezondheidsspelers in zijn parcours.

Het neerleggen van klachten via de sociale telefoon

De ‘Association Française pour la Bientraitance des Aînés et Handicapés’ (AFBAH-Franse vereniging voor de welbehandeling van ouderen en personen met een handicap) heeft in 2004 **regionale telefoonplatformen** ingevoerd en in 2008 een nationale lijn (de departementale oproepnummers werden behouden). Het nationale platform, gevestigd in het ziekenhuis Paul Brousse in Villejuif, **werkt samen met de algemene raden, de departementale directies voor sanitaire en sociale zaken of met verenigingen**. “Het platform zorgt voor de eerste opvang terwijl de partners het onthaal op het terrein verzekeren indien de persoon een transfer van zijn dossier en een sociale opvang wenst. Het platform beperkt zich echter niet tot het inwinnen van administratieve informatie, ze biedt een kostbare luistertijd die gemiddeld dertig minuten duurt. De oproepen hebben in de eerste plaats betrekking op psychologische mishandeling, vervolgens op financiële mishandeling en ten slotte op fysieke mishandeling.”(Conferentie Creuse)

1.5. SYNTHESE: DE GROTE LIJNEN VAN HET FRANSE VOORBEELD

De Franse situatie wordt gekenmerkt door een dubbele benadering van de rechten van de bejaarde patiënt. Enerzijds verwijzen het ministerie van volksgezondheid en alle openbare instellingen die aan gezondheidsdiensten gekoppeld worden, naar een aanpak in termen van ‘verzoening’, lees schadeloosstelling bij klachten over de “rechten van de patiënten en van de gezondheidsgebruikers”. Anderzijds ijveren het ministerie van de sociale actie en Anesm voor een aanpak die aanzet tot een “management van de kwaliteit” voor de huisvestingsinstellingen, dat tot uiting komt in een hoge productie van documenten en opleidings- en evaluatie-instrumenten voor de directies, het personeel en de betrokken nieuwe beroepen. Al die elementen moeten leiden tot een “cultuur van de welbehandeling”, die vraagt om goede praktijken op verschillende niveaus: bij de professionals individueel door hen aan te zetten tot zelfkritiek, met name tijdens de jaarlijkse evaluaties; bij de directies van instellingen door hen ertoe te verbinden interne denk- en evaluatieprocedures in te voeren. Dat beleid wordt aangevuld met stimuli (verspreiding van instrumenten en opleidingen) en controles (erkenningen, inspecties).

2. Québec

2.1. WAAROM QUÉBEC

Québec is een provincie van de federale staat Canada die vrij vroeg voorzieningen voor de bemiddeling en het beheer van klachten op het vlak van de gezondheid heeft ontwikkeld. Om er een beknopt beeld van te schetsen, kunnen we stellen dat het hoge aantal instellingen en spelers die optreden in de voorzieningen die de ouderen huisvesten (bewonerscomités, Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services' (lokale commissaris voor klachten en de kwaliteit van de diensten) enz.) maar ook daarbuiten (patiëntenverenigingen, organisatie van ouderen, 'Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services' (regionale commissaris voor klachten en de kwaliteit van de diensten), 'Agence de la santé et des services sociaux' (Agentschap voor gezondheid en sociale diensten), 'Protecteur du citoyen' (Beschermer van de burger) enz.) het belangrijkste kenmerk is. Québec biedt ons vergelijkend onderzoek een gevorderde case van institutionalisering van het recht van de patiënten en de verregaande standaardisering van procedures en reglementen. Dat staat in fel contrast met de Belgische case die wordt gekenmerkt door een grotere heterogeniteit in de behandeling, de ontvangst en de opvolging van klachten. De demografie van Québec, met acht miljoen inwoners, sluit nauw aan bij die van België (tien miljoen inwoners). Er zijn echter opvallende verschillen: het grondgebied is uitgebreider en het politiek-bestuurlijke systeem van Québec heeft een exclusieve autonomie en wetgevende macht op het vlak van gezondheid. Het gezondheidssysteem wordt door de overheid bepaald. De wet op de gezondheidsdiensten en de sociale diensten regelt de gezondheidssector en definieert de organisatie van het klachtensysteem dat vervolgens op meerdere organisatorische en institutionele punten werd hervormd en aangepast.

2.2. DOCUMENTAIRE BRONNEN EN INFORMATIEBRONNEN

F. Cantelli voerde etnografische enquêtes in het ziekenhuismilieu tijdens zijn verblijf in Montréal en deze getuigen van een zekere familiariteit met de context in Québec. Voor het specifieke aspect van de behandelingswijzen van klachten van bejaarde personen, steunt onderhavig hoofdstuk hoofdzakelijk op enerzijds een literatuur van rechtsnormen die de sector in Québec regelen, van openbare jaarverslagen van de 'Protecteur du citoyen', van persberichten van het 'Centre pour la Protection des malades' (CPM – Centrum voor de bescherming van zieken) en van de 'Regroupement provincial des comités des usagers' (RPCU – Provinciale groepering van gebruikerscomités), van de evaluaties en analyses die de experts in gezondheidsinstellingen realiseerden, van getuigenissen van de 'commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services'. Anderzijds steunt dit hoofdstuk op de lezing van werken van sociale wetenschappen en recht, op het continue contact met meerdere collega's van de Universiteit Laval (prof. E. Gagnon, antropoloog) en van de Universiteit van Sherbrooke (prof. C. Régis, jurist) die werken of gewerkt hebben rond de kwestie van de bemiddeling met betrekking tot bejaarde personen.

2.3. GLOBALE SITUATIE

Naast de inspectie en de evaluatie door middel van “beoordelingsbezoeken van de kwaliteit”, schijnt een politiek streven naar de coördinatie van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de instellingen en spelers het beleid in Québec te definiëren. Een van de aanwijzingen daarvoor is het feit dat de minister voor Gezondheid en Sociale Diensten in 2005 “Un défi de solidarité” (Een uitdaging voor de solidariteit) heeft ingevoerd, naam van het Actieplan 2005-2010 over de diensten aan ouderen en het verlies van autonomie. Een verplichte sanitaire erkenningsprocedure voor residenties voor bejaarde personen, elke twee jaar te vernieuwen, werd geformaliseerd en ingevoerd. Na overhandiging van het verslag door het erkenningsorganisme neemt het agentschap voor gezondheid een beslissing betreffende de uitgifte van het certificaat.

Zonder de situatie te idealiseren of de ongetwijfeld veel contrastrijkere realiteiten op het terrein te veronderstellen, nemen we nota van het feit dat de kwestie van de ouderen in Québec verder gaat dan de loutere behandeling van de klachten en een ruimer en transversaler gamma voorzieningen en politieke bepalingen lijkt in te houden: een minister voor ouderen en het gezin, een Ouderenraad, een Observatorium, een rondetafel enz. Volgens diezelfde logica wordt er bijzondere aandacht besteed aan mishandeling en misbruik en werden er meerdere acties opgestart: Ligne Aide Abus Aîné (Hulplijn misbruik ouderen), Maltraitance Aînés (Mishandeling ouderen), informatiemateriaal, handvest van welbehouding voor bejaarde personen enz. Er wordt een grote plaats voor bejaarde personen toegekend in de ‘Centres d’Hébergement et de soins de longue durée’ (CHSLD – Centra voor langdurig verblijf en verzorging) die afhankelijk van een of meerdere ‘Centres de Santé et de services sociaux’ (CSSS – Centra voor gezondheid en sociale diensten) – enkel personen die drie uur verzorging en meer per dag nodig hebben, worden toegelaten. Er bestaat echter ook een reeks privéresidenties waar het recht van de patiënten en de klachtenbehandeling op basis van andere criteria werken. De bejaarde personen zijn als volgt verdeeld in Québec (2009): privéresidenties voor bejaarde personen (8,4 %), geconventioneerde openbare en privé CHSLD (3 %), niet-geconventioneerde CHSLD (0,3 %), conventionele thuiszorg (87,9 %).

2.4. CASE

We hebben tot hier de belangrijkste organisatorische en institutionele logica’s die in Québec heersen, beschreven. Nu willen we dieper ingaan op de spelers die binnen en buiten de voorzieningen die bejaarde personen opvangen, optreden bij klachten. Binnen de **Centres d’Hébergement en de soins de longue durée** (CHSLD) zijn er **drie grote spelers** (de gebruikers- en bewonerscomités, de plaatselijke ‘commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services’ en de onderzoekende arts), terwijl er buiten de instelling veel meer interveniënten zijn die we hier niet allemaal grondig kunnen bespreken.

De bewonerscomités, verkozen door alle bewoners van de instelling, bestaan uit vijf personen - bewoners of familieleden. Ze kunnen deelnemen aan meerdere comités en werkgroepen binnen de instellingen en hebben een mandaat (voorzitter, penningmeester, adviseur, secretaris enz.), regels, procedures, een eigen budget en vervullen drie specifieke functies: de gebruikers inlichten over hun rechten en plichten,

de verbetering van de kwaliteit promoten, de rechten en de collectieve belangen van de gebruikers verdedigen. Bovendien kunnen meerdere van de hoger vermelde netwerken en organisaties van patiënten die comités voorzien van opleiding, budget, recht. De voorzitter van het comité stelt zich bijvoorbeeld als volgt voor op de website van het CHSLD:

*Het gebruikerscomité van het CHSLD Bussey is...
De stem, de ogen en de oren van alle bewoners.*

Het gebruikerscomité is er om te helpen wanneer:

- *U informatie over uw rechten nodig hebt.*
- *U een suggestie wil doen om de diensten te verbeteren.*
- *U een ontevredenheid wil uitdrukken.*
- *U wilt dat iemand u vergezelt om klacht neer te leggen of bijstand te vragen.*

De wet op de gezondheidsdiensten en de sociale diensten definieert de belangrijkste functies van het gebruikerscomité als volgt:

- *Het moet de kwaliteit van de levensvoorwaarden van de bewoners promoten en evalueren.*
 - *Het moet de rechten en de collectieve belangen van de bewoners verdedigen.*
 - *Het moet een bewoner op zijn verzoek begeleiden en bijstaan in elke stap die hij wil ondernemen, ook wanneer hij een klacht wil neerleggen.*
- De bewoners en familieleden kunnen ons bereiken op het nummer 514-637-1127 post 39*

De tweede interne hoofdspeler is de **Commissaris**. Na meerdere hervormingen van het systeem wordt hij beschouwd als een kaderlid, hij beschikt over een monopolie voor de behandeling van klachten, en stelt jaarlijks een balans en aanbevelingen op. Ter illustratie kijken we hoe de Commissaris zijn opdracht en zijn rol op de website van hetzelfde CHSLD voorstelt:

Naar aanleiding van de invoering van de wet 83 op de gezondheidsdiensten en de sociale diensten heeft de directie van het CHSLD Bussey mij aangeduid als plaatselijke commissaris voor klachten en de kwaliteit van de diensten, een post die nu exclusief bestemd is voor de verbetering van de kwaliteit zoals beschreven in de nieuwe bepalingen van deze wet.

Ik moet de klachten die het CHSLD Bussey ontvangt, dus behandelen in overeenstemming met de eisen van de wet, ongeacht of deze ontevredenheid mondeling of schriftelijk wordt uitgedrukt. Om te beginnen moet u zich steeds richten tot de directie van de verpleegkundige verzorging of elke andere persoon van uw keuze in de instelling, persoon die de verantwoordelijkheid heeft om alle ontevredenheden die hij in deze eerste fase niet kan oplossen, aan mij te melden.

Ik herinner u eraan dat u steeds de steun kunt vragen van het gebruikerscomité van de instelling of van het 'Centre d'assistance en d'accompagnement aux plaintes' (CAAP – Centrum van bijstand en begeleiding bij klachten) van de regio Montréal in uw stappen om klacht neer te leggen. U kunt bovendien pas na de behandeling van uw klacht door de

plaatselijke commissaris een beroep doen op de beschermer van de burger indien u niet tevreden bent met de antwoorden die u kreeg.

In dit streven naar verbetering van de kwaliteit van de diensten, zal ik met plezier alle situaties bestuderen die u mij meedeelt en proberen om uw verwachtingen goed te begrijpen en uw vraag vooral met veel aandacht en tact behandelen.

U kunt mij schriftelijk bereiken bij het CHSLD Bussey, Denis Chaput of mondeling door een bericht te geven aan een personeelslid van de instelling of in te spreken op mijn antwoordapparaat op het nummer 514-645-1673 post 500.

Ik dank u voor uw aandacht.

Hoogachtend,

Denis Chaput

Plaatselijk Commissaris voor klachten en de kwaliteit van de diensten

De **onderzoekende arts**, organisatorisch verbonden aan de Orde der Geneesheren van Québec, is belast met elke klacht over het medische corps. Er wordt blijkbaar weinig beroep op hem gedaan.

2.5. SYNTHESE: DE GROTE LIJNEN VAN DE QUÉBECSE CASE

Québec steunt een hoog aantal spelers en acties die een rol spelen in de behandeling van de klachten van bejaarde personen die in zorginstellingen verblijven. Er is verhaal mogelijk op meerdere niveaus en het klachtensysteem lijkt stevig te zijn verankerd op plaatselijk niveau. Verder is er de aanzienlijke ontwikkeling van evaluatie- en erkenningsvoorzieningen, wat dan weer getuigt van het belang dat aan het management van de verzorging wordt gehecht. De ouderen worden, naast de klachten en hun beheer, ten slotte gezien als een belangrijke politieke kwestie.

3. In Zwitserland: kantonale versie van de ombudsfunctie

3.1. Waarom Zwitserland?

Het is relevant om te zien hoe de bemiddelingsopdracht in combinatie met de wet op de rechten van de patiënten wordt verwezenlijkt in een land met een sterke federale structuur zoals Zwitserland. Hoewel elk van de kantons zijn eigen wetgeving op het vlak van gezondheid opstelt, hebben we ervoor gekozen om al onze aandacht op het kanton Vaud te richten dat, in het Franstalig gedeelte van Zwitserland een sanitaire bemiddelingspraktijk heeft uitgewerkt die openstaat voor de bewoners van de sociaal-medische instellingen.

3.2. Documentaire bronnen en informatiebronnen

De presentatie steunt op de raadpleging van de officiële sites van de kantons uit het Franstalige landsgedeelte en meer in het bijzonder van het kanton Vaud: reglement over de bemiddelaar, de organisatie van de onderzoekscommissies voor klachten van patiënten, over de werking van de gezondheidsraad en over de procedure inzake sancties en intrekking van vergunningen (RMCP) van 17 maart 2004 (RS 811.03.1)

http://www.rsv-fic.vd.ch/celluleweb/search_loi_essentiel.html; activiteitenverslagen van de 'Commissions vaudoises d'examen des plaintes' (Waadtlandse onderzoekscommissies voor klachten) en van het 'Bureau cantonal de médiation santé' (Kantonaal kantoor voor gezondheidsbemiddeling). Werden ook geraadpleegd: de site Sanimédia voor informatie over volksgezondheid (www.sanimedia.ch); de analyses van Isabelle Jeanneret, *La médiation sanitaire: une réponse à l'insatisfaction du patient*, Instituut universitaire Kurt Bosch (IUKB), Sion, Zwitserland – Europese master in bemiddeling, 2009.

3.3. Het Kanton Vaud

In Zwitserland hebben de kantons uit het Franstalige landsgedeelte de ombudsfunctie betreffende de rechten van de patiënt in hun gezondheidswetgevingen opgenomen tussen 1996 en 2006. Elk kanton (Vaud, Genève, Jura, Fribourg, Valais en Neuchâtel) handelde volgens zijn eigen modaliteiten, introduceerde variaties betreffende het statuut van de bemiddeling in combinatie met de uitvoering van deze rechten en vermeldde de rechten van de patiënt niet volgens dezelfde formuleringen (zie Sanimédia, "L'essentiel sur les droits des patients"). De verschillen hebben in het bijzonder betrekking op de opleiding van de bemiddelaars, hun graad van organisatorische en functionele onafhankelijkheid, de bevoegdheidsdomeinen en het type procedure dat ze moeten invoeren (zie I. Jeanneret, p. 27-33 voor een samenvatting van deze variaties). Van de kantons uit het Franstalig landsgedeelte heeft dat van Vaud een klachtenbehandeling ingevoerd voor **twee doelgroepen**: naast de gehospitaliseerde **patiënten** richten de bepalingen zich expliciet tot de groep van de **bewoners** van sociaal-medische instellingen.

Dit kenmerk vindt zijn oorsprong waarschijnlijk in de geschiedenis. Naar aanleiding van enkele zaken van mishandeling van bejaarde personen die in instellingen verbleven in het begin van de jaren 1990, heeft de staat van het kanton Vaud een '**unité de surveillance des prestations de soins**' (eenheid voor toezicht op de zorgprestaties) voor de 150 Waadtlandse sociaal-medische instellingen ingevoerd. Deze oprichting

ging gepaard met de invoering van een **onderzoekscommissie van de klachten**. Meerdere kantons uit het Franstalig gedeelte zullen dit voorbeeld volgen. De openbare opinie wordt in 1996 echter geschokt door nieuwe gevallen van mishandeling die aanleiding geven tot een parlementair onderzoek (1997-2001) dat het gebrek aan daadwerkelijke controle van de instellingen benadrukt en diverse aanbevelingen doet die vooral betrekking hebben op dwangmaatregelen en gedwongen behandelingen. Een van deze aanbevelingen is de invoering van een onderzoekscommissie van de klachten dat de anonimiteit van de klagende partijen verzekert en wordt aangevuld met de invoering van bemiddelingsprocedures.

In 2002 wordt de wet herzien volgens de aanbevelingen van dit onderzoek. In 2004 leidt dat tot de opening van het '**Bureau cantonal de médiation santé**' (**BCMS – Kantonaal kantoor voor gezondheidsbemiddeling**) in het centrum van Lausanne.

De voorziening voor de behandeling van klachten betreffende de rechten van de patiënten van dit kanton met 700.000 inwoners draait rond drie niveaus.

Op het eerste niveau is de bemiddeling bestemd voor de rechtstreekse, kosteloze en vertrouwelijke behandeling van klachten. Een bemiddelaar van het BCMS ontvangt zowel patiënten uit ziekenhuizen en gezondheidsinstellingen als bewoners van sociaal-medische instellingen. Ook de naasten van de patiënten en professionals uit de sector kunnen hier terecht.

De nagestreefde **doelstellingen** zijn: "De bemiddeling heeft tot doel om de dialoog tussen de partijen in een conflictsituatie te promoten door het vertrouwen te herstellen. De bemiddeling biedt personen de kans om elkaar beter te begrijpen in functie van hun respectieve logica's en hun beleving. De bemiddeling wordt geleid met de wens om een open constructieve dialoog in een geruuststellend klimaat in te voeren. De bemiddelaar, neutrale en onpartijdige derde, moet de communicatie en het begrip van de betrokken fenomenen vergemakkelijken."

Ter attentie van de professionals benadrukt het BCMS: "De bemiddeling kan bijdragen tot de verbetering van de werking van de structuur en het onthaal van de gebruikers. Ze laat ook toe om de reputatie van de professionals en van de instellingen te handhaven door te vermijden dat kritiek en geruchten openbaar worden gemaakt."

Het BCMS verduidelijkt de **modaliteiten** van zijn interventie op zijn website:

- "De bemiddelingsgesprekken en -sessies gebeuren op afspraak in onze kantoren in het centrum van Lausanne. Op deze manier wordt de discretie verzekerd voor de klagende partijen en de professionals. Deze ligging, in het hart van de stad, geeft onze structuur bovendien een nog neutraler imago bij de gebruikers.
- De bemiddeling is een individuele aanpak: dat betekent dat juristen en advocaten er niet aan kunnen deelnemen.
- Het gaat om een vrijwillige daad: geen van de protagonisten kan worden gedwongen tot deze aanpak.
- De vertrouwelijkheid, snelheid en kosteloosheid zijn verzekerd.
- Het actief luisteren, het geduld, de authenticiteit, het respect voor de andere en ethiek zijn fundamentele waarden die worden ingezet tijdens de bemiddelingsprocedure.
- Door de bemiddeling te aanvaarden, verbinden de personen er zich schriftelijk toe om deel te nemen aan de besprekingen in een klimaat van wederzijds respect en medewerking.
- Indien de bemiddeling geen resultaat oplevert, kan de klagende partij naar een ander beroepsorgaan worden doorverwezen.

- De bemiddelaar oefent zijn functie uit in totale onafhankelijkheid ten overstaan van de partijen, alsook van de sanitaire autoriteiten en de politieke groepen.”

Uit een analyse van de activiteitenverslagen van het BCMS tussen 2004 en 2008 (I. Jeanneret, p. 39 s.) zouden er jaarlijks ongeveer 160 klachten behandeld worden. Van die klachten is 16 % van sociaal-medische instellingen. Het recht op informatie van de patiënt (48 %), de artikelen 94 en 124 betreffende de medische en verpleegkundige bevoegdheden (16 %) en het recht op toegang tot het medisch dossier (15 %) worden het meest mismeesterd. Zowat veertig van alle ontvangen klachten zijn jaarlijks het onderwerp van een bemiddeling waarvan de slaagkans gemiddeld 88 % zou bedragen. Indien de bemiddeling geen resultaat oplevert, wordt de klagende partij doorverwezen naar de Onderzoekscommissie voor klachten.

Op het tweede niveau onderzoeken de Kantonale Onderzoekscommissies voor klachten, de ene voor de rechten van de patiënt, de andere voor de rechten van de bewoner, dossiers waarin bemiddeling niet tot een ondertekend akkoord heeft geleid. De commissies vergaderen maandelijks. Na onderzoek sturen ze de klacht door voor onderzoek en kennisgeving naar het hoofd van het Departement gezondheid en sociale zaken van het kanton of voor onderzoek en tuchtbeslissing naar de Gezondheidsraad die bevoegd is om tuchtmaatregelen te nemen.

Het activiteitenverslag 2011 van de **Commissie voor klachten van de bewoners of gebruikers van sanitaire instellingen en socio-educatieve instellingen** benadrukt dat de klachten over de rechten van de bewoners allemaal werden ingediend door de familie of een naaste.

In haar conclusies stelt de Commissie vast: “Naar aanleiding van het onderzoek en de behandeling van de klachten die in 2011 werden geregistreerd, staat de Commissie verstuurd door de vaststelling dat er heel vaak melding wordt gemaakt van grote communicatieproblemen tussen familie en verzorgend personeel. De Commissie stelt vast dat dit punt herhaaldelijk terugkomt in de loop der jaren. Ondanks de aanwerving van de bemiddelaar bij de instellingen, ziet de Commissie dat de rechten van de patiënten niet strikt worden gerespecteerd. Het gaat soms om een gebrek aan opleiding van de zorgverleners, maar ook om een gebrek aan empathie van deze laatste. Het personeelsverloop in de EMS (Etablissement Médico-Social – Sociaal-medische instellingen) is vaak hoog en maakt het onmogelijk om een relatie in de tijd te ontwikkelen. Verder stelt de Commissie vast dat de dotaties in verzorgend personeel naar beneden toe worden berekend, zodat de teams geen tijd meer hebben om te communiceren, te luisteren naar de vragen en de wensen van de bewoners. Ook de opleiding van de medewerkers heeft te lijden onder deze beperkingen, meer bepaald wat de overdracht van de waarden van de instellingen betreft. De Commissie vindt dat er moet worden ingegrepen bij de ziekteverzekeraars die de arbeidsposten in de verzorging beheren, zodat ze hun berekeningen herzien en er personeel wordt aangeworven. De Commissie merkt opnieuw op dat het onthaal van een kortverblijf door de EMS in sommige gevallen problematisch kan zijn door de slechte communicatie van de informatie tussen de verschillende interveniënten, ziekenhuizen, CMS (Centre médico-social - Sociaal-medisch centrum), behandelende arts en familie.

Ten slotte merkt de Commissie op dat de doeltreffendheid van de interventie van het ‘Bureau de la médiation’ (Bemiddelingsbureau) haar heeft toegelaten om slechts acht nieuwe gevallen te registreren in 2011.”

3.5. Samenvatting

Het Kanton Vaud heeft een voorziening voor klachtenbehandeling op drie niveaus. Een eerste niveau betreft het openbare aanbod van een professionele, onafhankelijke, vertrouwelijke en kosteloze bemiddeling. Zowel de zorgverleners als de naasten kunnen klachten over de rechten van de patiënten indienen. Indien de bemiddeling niet tot een akkoord leidt, werkt een tweede onderzoeksniveau van de klachten in commissie. Dit onderzoek leidt tot een doorverwijzing voor onderzoek en kennisgeving naar het hoofd van het Departement gezondheid en sociale zaken van het kanton of voor onderzoek en tuchtbeslissing naar de Gezondheidsraad. Het specifieke aan dit tweede niveau is het onderscheid tussen de gehospitaliseerde patiënten en de bewoners van sociaal-medische instellingen in de samenstelling van de commissies die de klachten moeten onderzoeken.

4. GROOT-BRITTANNIË

4.1. WAAROM GROOT-BRITTANNIË

De case van Groot-Brittannië is interessant in die zin dat de klachtenbehandeling binnen het Nationaal gezondheidssysteem (National Health System - NHS) niet in grote mate geprofessionaliseerd is op plaatselijk niveau en bij de instellingen, maar dat er vooral spelers en instellingen werden ingevoerd die eerder op macroniveau op de klachten reageren. Het gaat om een relatief eenvoudig systeem in twee fasen, ingevoerd in april 2009, en geldig voor alle uiteenlopende doelgroepen en organisatorische gezondheidscontexten op het grondgebied: eerst de plaatselijke oplossing van de klacht (local resolution), gevolgd door het beroep bij de *Parliamentary and Health Service Ombudsman* (*Ombudsman voor de openbare diensten en de gezondheidsdienst*), een orgaan dat onafhankelijk is van de NHS en van de regering. Het model dat hier wordt gebruikt, vormt duidelijk een interessante hefboom om de Belgische case te bespreken en beter te begrijpen.

4.2. DOCUMENTAIRE BRONNEN EN INFORMATIEBRONNEN

Dit hoofdstuk steunt hoofdzakelijk op de lezing van de onderzoeksverslagen die openbaar zijn, de officiële teksten en documenten van de gezondheidsregulator 'Care Quality Commission' (Commissie voor de kwaliteit van de zorg - CQC) waarin de procedures en de verantwoordelijkheden worden voorgesteld, websites van de verschillende organisaties die ouderen verdedigen (*Age UK, Counsel and Care*). Verder waren er meerdere uitwisselingen met collega's van Engelse universiteiten zoals King's

College London (Dr. J. Ocloo, Dr. N. Kodate), waarmee we al samenwerkten, die onze benadering van de Engelse case nog beter verduidelijkten.

4.3. GLOBALE SITUATIE

We zetten eerst het model in twee fasen uiteen en verduidelijken vervolgens de andere belangrijkste interveniënten van het Engelse model. Op plaatselijk niveau wordt voorrang gegeven aan een “plaatselijke oplossing” van de klacht. Er bestaat een reeks formele procedures die de opvolging en de behandeling van klachten omkaderen. Dit niveau lijkt geen specifieke aandacht te krijgen van de bevoegde autoriteiten. De lokale spelers krijgen de vrijheid om zich te organiseren en te coördineren om te reageren op de klachten van personen. Het is hoofdzakelijk de ‘local primary care trust’ (plaatselijke eerstelijnszorg - PCT) die de verantwoordelijkheid voor de klachtenbehandeling op zich neemt. De tweede mogelijkheid is op het niveau van de *Parliamentary and Health Service Ombudsman*. Opgericht in 1967 en geleid door een belangrijk persoon uit de bestuurswereld, geselecteerd door middel van een examen onder leiding van de openbare administratie, biedt deze historische instelling een kosteloze dienst en stelt zich voor als de belangrijkste contactpersoon voor alles wat ontevredenheid, problemen en indienen van klachten door patiënten betreft. Zijn website is heel duidelijk op dat punt en legt uit wat er moet gebeuren en hoe men moet handelen wanneer men een klacht heeft. Deze instelling stelt een reeks interpellaties en aanbevelingen voor het parlement, verslagen (beschikbaar vanaf 1999) en statistieken (beschikbaar vanaf 2004) over de kwaliteit van het gezondheidssysteem en de klachtenbehandeling ter beschikking van het publiek. De continue verbetering van de openbare dienstverlening voor de gebruikers is de eerste doelstelling van deze instelling.

De logica die hier heerst, zorgt echter voor moeilijkheden en problemen. Een verslag uit februari 2011 met de titel “*Care and Compassion? Report of the Health Service Ombudsman on ten investigations into NHS care of older people*” (Zorg en mededogen? Verslag van de Ombudsman van de gezondheidszorg over tien onderzoeken naar zorg voor ouderen door de NHS), gaf via tien ernstige gevallen - waarvan negen eindigden met het overlijden van de bejaarde persoon - toelichting bij problemen, misbruik, slechte werkingen. Elke situatie wordt eerst gedetailleerd beschreven, gevolgd door het onderzoek dat de *Parliamentary and Health Service Ombudsman* gevoerd heeft en werd afgesloten met de resultaten op het terrein. Het belangrijkste kritieke punt dat in deze publicatie wordt aangetoond, ligt bij het ernstige tekort aan gedeelde verzorgingsstandaarden voor de behandeling van het kwetsbare bejaarde publiek.

Naast deze twee niveaus bestaan er meerdere specifieke organisaties die bejaarde personen ondersteunen (*Age UK, Counsel and Care*), maar die geen formele rol hebben in de klachtenbehandeling. Er zijn ook meerdere algemene organisaties die patiënten, hun naasten en families ondersteunen, inlichten en begeleiden bij elke stap in verband met het indienen van een klacht: de Patient Advice and Liaison Service (PALS – Advies- en verbindingsdienst voor patiënten) biedt zijn diensten aan en heeft een werknemer in elk ziekenhuis, de Independent Complaints Advocacy Service (ICAS – Onafhankelijke dienst voor klachtenbehandeling) is een nationale dienst die de patiënten helpt bij elke stap in verband met het indienen van een klacht, Citizens Advice Bureau (Adviesbureau voor burgers), NHS Direct.

4.4. SAMENVATTING: DE GROTE LIJNEN VAN DE CASE GROOT-BRITANNIË

De Engelse case wordt georganiseerd rond een model met twee niveaus, aangevuld door een reeks organisaties die hulp en steun verlenen. We merken echter op dat het macroniveau sterk voorrang krijgt en dat de plaatselijke bemiddeling eerder werkt onder de vorm van hulp en ondersteuning of onder de vorm van relatief weinig gestandaardiseerde en professionele procedures die voorkeur geven aan dialoog en samenwerking (local resolution).

Derde deel - Prospectieve benadering

Op basis van de vorige delen van de studie – situationele en vergelijkende analyses –, evolueren we in dit derde deel naar een prospectieve aanpak van de ombudsfunctie in combinatie met de wet betreffende de rechten van de patiënt in de sector van de opvang van bejaarde personen in België.

Voor we algemene strategieën voor de verbetering van de uitoefening van deze functie voor de doelgroep uitwerken, willen we eerst stilstaan bij de verschillende dimensies ervan: informatie, preventie, ontvangst, bemiddeling en behandeling van klachten, aanbevelingen. We zullen voor elk van hen de in het oog springende vaststellingen vermelden, alsook de suggesties die een aanpassing beogen die bevredigender is voor de bejaarde personen of die een verbetering van de voorzieningen in het kader van hun eigen doelstellingen vormen.

De vaststellingen worden algemeen geformuleerd om te wijzen op constanten. Ze streven niet de beschrijvende juistheid na die de situationele analyse typeert, maar willen de grote lijnen die uit de band springen, samenvatten om voorstellen en aanbevelingen te staven.

De suggesties expliciteren de verschillende pistes die onze gesprekspartners geformuleerd hebben of die werden afgeleid uit documentaire bronnen, gaande van de pistes die het eenvoudigst te verwezenlijken lijken tot de pistes waarvan de logheid en/of de prijs laten vermoeden dat ze moeilijk toe te passen zullen blijven. Die laatste categorie lijkt ons vermeldenswaardig te zijn omdat de intentie die hen draagt, een weerspiegeling is van het elan van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

Na dit eerste punt gaan we over naar de afstemming van de functie in haar geheel.

3.1. Voorzieningen en spelers die vandaag kunnen tussenkomen in de uitvoering van de rechten van de patiënt: vaststellingen en suggesties

Uit de situationele analyses blijkt dat, naast de federale ombudsdienst, diverse voorzieningen en spelers vandaag in België tussenkomen in de uitvoering van de rechten van de patiënt in de huisvestingssector voor bejaarde personen. We bespreken ze hier aan de hand van de opdrachten die ze in het kader van de ombudsfunctie uitvoeren. We herhalen deze opdrachten nog even kort:

- informatie over de rechten
- preventie van de klachten
- ontvangst van de klachten
- bemiddeling
- klachtenbehandeling
- return en aanbevelingen om het systeem te verbeteren.

We maken het onderscheid tussen eerstelijnsvoorzieningen en -spelers, die zich in de verblijfplaats van de bejaarde personen (intern lokaal) zelf bevinden en de

tweede- of derdelijnsvoorzieningen en -spelers die zich buiten de verblijfplaats of de zorginstelling bevinden (extern). We spitsen de analyse hier toe op de verblijfplaatsen als zorgvoorzieningen. Voor bejaarde personen die thuis verzorgd worden, is het eerste niveau niet relevant en moeten enkel de externe voorzieningen en spelers in aanmerking worden genomen.

3.1.1 INTERN lokaal van de huisvestingsinstellingen (eerstelijns voor de bewoners)

De voorzieningen en spelers die vandaag actief zijn in de residentiële sector kunnen beknopt worden voorgesteld volgens het type bijdrage dat ze leveren aan de opdrachten in het kader van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

3.1.1.1. Beknopt overzicht van de voorzieningen en spelers die we ontmoet hebben

Informatie

- Huishoudelijk reglement
- Ad valvasbord
- Onthaal van de bewoners door de directie en het team
- Opdracht van de klachtencoördinator en de kwaliteitsverantwoordelijke (Vlaanderen)

Ontvangst van klachten

- Klachtenregister
- Ideeënbus
- Zitdagen van de directies van instellingen
- Bewonersraden
- Tevredenheidsenquêtes
- Opdracht van de klachtencoördinator en de kwaliteitsverantwoordelijke (Vlaanderen)

Preventie, 'bemiddeling' en klachtenbehandeling

- De directie van de instellingen
- Het hoofd van de verpleegkundige dienst
- De coördinerende arts
- De klachtencoördinator (Vlaanderen)
- Occasioneel de steun van een sociale dienst (Vlaanderen)

3.1.1.2. Beknopte voorstelling van de vaststellingen

De algemene vaststellingen in verband met de uitvoering van de wet betreffende de rechten van de patiënt op dit interne niveau kunnen schematisch worden weergegeven als sterke en zwakke punten.

Wat betreft de kenmerken van de voorzieningen voor klachtenbehandeling, wordt er bijzondere aandacht besteed aan de volgende dimensies: nabijheid, zichtbaarheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid, vertrouwelijkheid, onafhankelijkheid, professionalisering, kostprijs. We hernemen de studie van meerdere criteria die in de literatuur als essentieel voor de organisatie van een systeem voor klachtenbehandeling en -bemiddeling worden bestempeld (Zie A. Jaquerye, 2007, P. 124).

Sterke punten

Van de sterke punten die deze eerstelijnsvoorzieningen en -spelers kenmerken vanuit het oogpunt van de uitvoering van de wet betreffende de rechten van de patiënt, moeten we de **nabijheid** benadrukken.

Met deze term bedoelen we enerzijds de kennis van de realiteit van de sector zelf en anderzijds de potentiële reactiviteit ten overstaan van een specifieke problematische situatie.

Vanuit deze twee oogpunten zijn de eerstelijnsvoorzieningen en -spelers bijzonder doeltreffend.

Gelet op de beschikbare voorzieningen zou niet enkel de informatieopdracht gemakkelijk moeten vervuld worden. Ook de kennis van de situaties en van de personen die bij de zorgrelaties betrokken zijn, de mogelijkheid om snel en informeel op te treden, zouden actief moeten bijdragen tot de preventie en de behandeling van problematische situaties die kunnen leiden tot ontevredenheid, vragen, bezwaren of klachten in verband met de wet betreffende de rechten van de patiënt, alsook met alle rechten van de bewoners. Het is inderdaad vaak moeilijk om de oorzaken van ontevredenheid of disfuncties te onderscheiden door ze bij voorkeur terug te brengen tot regionale, communautaire of federale normatieve referenties. In de leef- en zorgruimten die de huisvestingsinstellingen zijn, heeft het klachtenbeheer er baat bij om alle dimensies van de zorg in de ruime zin in aanmerking te nemen, zowel de organisatorische als de therapeutische.

De interne voorzieningen van de instellingen bevinden zich dicht bij de betrokkenen en zouden in principe een optimale **zichtbaarheid**, **toegankelijkheid** en **beschikbaarheid** moeten genieten. Deze mogelijkheden worden echter bedreigd door een aantal zwakke punten.

Zwakke punten

Terwijl de rechten van de bewoner volgens de vigerende regionale wetgevingen worden toegepast, toonde het onderzoek aan dat de verwijzing naar de wet betreffende de rechten van de patiënt ontbreekt bij de informatievoorzieningen in de instellingen. **De informatieopdracht over de rechten van de patiënt moet dus volledig worden opgebouwd voor de sector.**

Op vlak van de interne **ontvangst en de klachtenbehandeling** kunnen er meerdere vaststellingen worden geformuleerd.

De **anonimiteit** en het respect van de **vertrouwelijkheid** bij de ontvangst van klachten zijn meestal problematisch. De uiting van ontevredenheid, vragen of bezwaren gebeurt te vaak onder vormen en in plaatsen die vrij toegankelijk zijn voor het personeel en voor de andere bewoners. De informele klachtenbehandeling biedt niet meer garanties op vertrouwelijkheid en nog minder op de anonimiteit van de klagende partij. Aangezien er werd benadrukt dat de vrees voor vergeldingsmaatregelen een van de redenen voor het lage aantal klachten van bejaarde bewoners zou zijn, moet er speciaal aandacht worden besteed aan deze mogelijke zwakke punten van de bestaande voorzieningen.

Ook de **neutraliteit** van de spelers die de klachten behandelen, is een problematisch punt. Het zijn vaak de directie of personeelsleden die door de inrichting worden betaald, die instaan voor de ontvangst, de analyse en de behandeling van de klachten die intern worden geformuleerd. Wat niet toelaat om de onpartijdigheid te verzekeren van de personen die de problematische situaties moeten beheren, noch hun autonomie ten aanzien van de inrichting die hen tewerkstelt. Er wordt herinnerd aan het feit dat het belang van de instelling niet noodzakelijk overeenstemt met dat van de patiënt of de zorgverstreker. Klachtenbehandeling ten dienste van de instelling kan echter deel uitmaken van een kwaliteitsbeleid zoals dat het geval is in Vlaanderen.

Ten slotte overwegen heel wat spelers die betrokken zijn bij de klachtenbehandeling in de instellingen uit de sector hun actie als **bemiddeling**. We willen twee vaststellingen in verband hiermee benadrukken. Enerzijds is het feit dat men op dit eerste interne niveau over 'bemiddeling' spreekt heel problematisch vanuit het standpunt van de professionals van de bemiddeling. Anderzijds wordt verwezen naar een logica van kwaliteitsmanagement van de instellingen en niet naar een uitvoeringsbeleid van de rechten wanneer de personen die een ombudsfunctie uitoefenen, professionals zijn. Er moet **dus heel voorzichtig omgesprongen worden met de kwalificatie van de interne praktijken van klachtenbehandeling. Het gebruik van het begrip 'bemiddeling' garandeert niet dat de praktijken voldoen aan de sterke verwachtingen die de ombudsfunctie in het kader van de wet betreffende de rechten van de patiënt oproept**, meer bepaald op het vlak van

vertrouwelijkheid, neutraliteit en onafhankelijkheid, alsook van professionele kwalificatie.

3.1.1.3. Suggesties voor het interne lokale niveau van de instellingen

Uitgaande van de vaststellingen en meer bepaald van de variaties in de praktijken die tijdens de vergelijkende analyse werden blootgelegd, kunnen we een zeker aantal interessante innovaties betreffende de bestudeerde opdrachten melden en suggesties formuleren voor de toename van de menselijke en materiële investeringen waarmee hun uitvoering gepaard zou gaan.

Informatie

- De rechten van de patiënt bekend maken bij de directies van instellingen, vermelden in decreten of op zijn minst in de huisvestingsovereenkomsten en het huishoudelijk reglement.
- De rechten van de patiënt in elke inrichting ophangen om ze te promoten bij de bewoners en hun naasten.
- De rechten van de patiënt bekend maken bij artsen en het verzorgend personeel (verpleegkundigen en ziekenverzorg(st)ers) die actief zijn in de sector.
- Deze rechten hardop vermelden bij het onthaal en bij problemen in verband met de rechten van de patiënt.
- De bewonersraden omvormen tot informatiedragers voor de rechten zoals dat het geval is in Québec. Ter herinnering, de wet definieert de belangrijkste functies van de interne gebruikerscomités van de instellingen daar als volgt: de kwaliteit van de leefvoorwaarden van de bewoners promoten en evalueren; de rechten en de collectieve belangen van de bewoners verdedigen; een bewoner op zijn verzoek begeleiden en bijstaan in elke stap die hij wil ondernemen, ook wanneer hij een klacht wil neerleggen.

Om dit te verwezenlijken moeten deze instanties wel uitgerust worden met actiemiddelen die aan hun opdracht zijn aangepast. In Québec hebben de verkozen leden een mandaat, procedureregels, en een eigen budget en kunnen ze gesteund worden in termen van opleiding, budget en juridische ondersteuning door meerdere patiëtnetwerken en -organisaties die actief zijn in de sector.

Ontvangst van de klachten

- De **vertrouwelijkheid** bij de ontvangst van de opmerkingen en ‘klachten’ verbeteren door gesloten bussen in plaats van open registers te plaatsen; door ervoor te zorgen dat deze voorzieningen in neutrale ruimten staan.
Indien een persoon aangesteld is om de klachten in ontvangst te nemen, dan moet hij/zij over een specifiek onthaallokaal beschikken om de vertrouwelijkheid van de stappen die de klagende partijen ondernemen zo goed mogelijk te verzekeren.
- Een of meerdere refertepersonen onder het personeel van de instellingen aanstellen voor de ontvangst van de klachten.
Dat is het geval in Vlaanderen, waar de coördinator belast is met de interne ontvangst en behandeling van de klachten van de bewoners. Dat is ook het geval in Québec waar de ‘Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services’ (lokale commissaris voor klachten en de kwaliteit van de diensten) bevoegd is om deze functie te bekleden. Deze voorbeelden passen in een logica van management en verbetering van de kwaliteit van de prestaties die het uiten van klachten gebruikt als een instrument voor reflexiviteit waarmee de instelling zich kan uitrusten om de kwaliteit van de diensten te verbeteren. De aanduiding van de refertepersonen voor de ontvangst de klachten kan ook kaderen in een logica van preventie van mishandeling van bejaarde personen in instellingen zoals dat het geval is in het kanton Fribourg in Zwitserland. De interne klachtenbehandelingsprocedure dwingt elke inrichting er om “ten minste 2 refertepersonen aan te duiden met wie men kan praten in moeilijker situaties of in geval van twijfel of vrees voor het gevolg dat zal worden gegeven aan de tussenkomst van de klagende partij. De directeur, hoofdverple(e)g(st)er, een verpleegster van de eenheid of elke andere persoon van binnen of buiten de instelling die deze laatste aanduidt, kunnen de refertepersonen zijn.” (Preventie van de mishandeling van ouderen. Kanton Fribourg⁶⁹).
- Creëren en vermelden van een contactpunt (specifiek telefoonnummer en e-mailadres) waar de bewoner of zijn naasten terecht kunnen met eventuele opmerkingen en klachten en waar ze informatie kunnen vragen over de eventuele verdere stappen die ze moeten ondernemen.
- Zitdagen over het respect van de rechten organiseren in een lokaal op een neutraal adres.

⁶⁹ « Prévention de la maltraitance envers les aînés », État de Fribourg, Service du Médecin Cantonal, p. 13.

http://www.fr.ch/smc/fr/pub/prev_promotion_sante/sante_personnes_agees/pr_vention_malt_raitance.htm

Preventie en klachtenbehandeling

- Het onderzoek toonde aan dat er uiteenlopende voorzieningen werden gecreëerd om het interne beheer van kritieke situaties te verbeteren. Zoals de aanduiding, naast de directie, van een of twee personeelsleden als refertepersonen of klachtenbeheerders (zie vorig punt). In Vlaanderen en in Québec is er al een verantwoordelijke voor het kwaliteitbeheer actief in de sector.
- Men zou de opleiding van het personeel dat wordt aangeduid om de interne klachtenbehandeling van de instellingen te realiseren, moeten bestuderen en daarbij beoordelen of de verwezenlijkte opdrachten al dan niet beantwoorden aan de kenmerken van een behoorlijke ‘bemiddeling’.
- Er moet gezocht worden naar formules om de samenwerking tussen behandelende artsen en de coördinerende arts in de instellingen te organiseren, om de communicatie van de interveniënten en de afstemming van de opvang te verbeteren.
In Frankrijk vragen beroepsverenigingen de invoering van overeenkomsten van goede praktijken tussen de coördinerende arts van de Ehpad en de behandelende artsen. (Voorstellen aan Minister Bera, november 2009).
- De groepering in eenzelfde dossier van de sporen van alle zorghandelingen en -beslissingen rond een patiënt, meer bepaald om een overzicht van de voorgeschreven geneesmiddelen te vergemakkelijken en de toegang te verzekeren tot de eventueel geformuleerde wil over het levenseinde.
De Franse beroepsverenigingen prijzen het gebruik aan van een “levensproject op maat van de bewoner” dat sporen bewaart van zijn keuzen op het vlak van gezondheidsoriëntatie, alsook de opvolging van de interventies en voorschriften van de verschillende spelers uit de gezondheidssector in zijn parcours (Voorstellen aan Minister Bera, november 2009).
- Wat de begeleiding van de bejaarde personen betreft in de stappen om hun rechten te doen gelden, zou het welkom zijn om de bewoners de toegang tot ‘deskundige personen’ voor te stellen.
In Québec en Engeland kunnen de bewoners dergelijke steun vinden bij de patiëntenverenigingen of specifieke voorzieningen zoals het ‘Centre d’assistance et d’accompagnement aux plaintes régionaux’ in Québec. In Frankrijk moeten de instellingen een lijst voorstellen van ‘Personnes de qualité’ (Belangrijke personen) tot wie de bewoners zich kunnen richten om hen te begeleiden in hun stappen. Het gaat om vrijwilligers die door de plaatselijke overheid worden aangeduid en die vreemd zijn aan de opvanginstelling en de familie. Deze piste kan de capaciteiten van een

kwetsbaar publiek in de uitvoering van zijn rechten versterken en verdient daarom verder onderzoek.

- Ten slotte zou het ideaal zijn om te beschikken over een ‘ombudspersoon’ die behoorlijk is opgeleid en gemandateerd door de FOD, die niet van de huisvestingsstructuur afhangt, die ter plaatse zitdagen organiseert en alle eisen van een behoorlijke ombudsfunctie combineert (toegankelijkheid, nabijheid, onafhankelijkheid, neutraliteit, professionalisme). Gelet op het aantal bestaande instellingen is een dergelijke functie financieel helaas niet haalbaar.

*3.1.2 LOKAAL, REGIONAAL, COMMUNAUTAIR OF FEDERAAL **EXTERN** (TWEEDE- OF DERDELIJNS)*

De bestaande voorzieningen en spelers in de sector van de huisvesting en de opvang van bejaarde personen kunnen beknopt worden voorgesteld in functie van hun bijdrage tot de opdrachten in verband met de wet betreffende de rechten van de patiënt.

3.1.2.1. Beknopt overzicht van de voorzieningen en spelers die we ontmoet hebben

Informatie

- Woonzorglijn (Vlaanderen)
- Verenigingen die actief zijn in de sector zoals Infor-Home Bruxelles, Respect-seniors Wallonie
- Federale ombudsdienst

Ontvangst van klachten

- Woonzorglijn (Vlaanderen)
- Regionale besturen (inspecties)
- Verenigingen: Infor-Home Bruxelles, Sepam, Respect-seniors Wallonie, Meldpunt Ouderenmis(be)handeling
- De juridische diensten van de ziekenfondsen, de politie, het FAVV, de inspectie voor hygiëne, enz.
- Advocaten
- Verzekeringsmaatschappijen
- De Orde der Geneesheren
- Federale ombudsdienst

Min of meer formele bemiddeling

- De burgemeester, het OCMW
- Infor-home dienst ‘médiation’ (bemiddeling)
- Federale ombudsdienst

Min of meer formele klachtenbehandeling

- Regionale besturen
- Andere instanties: Woonzorglijn, Infor-Home, Sepam, juridische diensten van de ziekenfondsen, politie...
- De Orde der Geneesheren

3.1.2.2. Beknopte voorstelling van de vaststellingen

De spelers uit de sector zijn unaniem: als de interne klachtenbehandeling geen bevredigend resultaat oplevert, moet men toegang hebben tot een tweede niveau.

Er zijn heel veel en uiteenlopende instanties die vandaag op dat niveau kunnen optreden. Deze pluraliteit is echter niet op elkaar afgestemd en gecoördineerd. De voorzieningen zijn soms niet op de hoogte van elkaars bestaan. **Het veelvoud is dus in feite een bron van ondoorzichtigheid, van verlies van energie en middelen, van slechte werkingen en ontevredenheid.**

Er heerst bij de spelers uit de sector geen unanimité over welke middelen het best worden gemobiliseerd om de kwaliteit van de huisvesting en de zorg voor het doelpubliek te verbeteren.

De Waalse en Brusselse huisvestingssectoren voor bejaarde personen roepen algemene maatregelen die de opvanginstellingen dwingen om de kwaliteit te verbeteren door normen op te leggen en versterkte controlerende instanties te mobiliseren in als een prioriteit.

De Nederlandstalige sector steunt een intern managementbeleid van de kwaliteit, gekoppeld aan externe controle- en sanctiewaarborgen van de regionale overheid.

De regionale spelers uit de sector lijken zich te hebben georganiseerd zonder verwijzing naar een externe bemiddelingsinstantie.

Ondertussen is de federale wet betreffende de rechten van de patiënt wettelijk van toepassing in de sector en schiet de opvang van bejaarde personen tekort door de onzichtbaarheid van de bestaande mogelijkheden die de wet heeft ingevoerd. De zichtbaarheid van de wet betreffende de rechten van de patiënt is des te meer relevant omdat de vragen rond het levenseinde en de zorg waarmee dat gepaard gaat, de kern van de residentiële opvang van de bejaarde personen vormen. Net als de kwestie van de medicatie centraal staat in deze instellingen. Maar de regionale overheden zijn niet bevoegd voor die materies.

Een van de opmerkelijkste moeilijkheden ontstaat door de afstemming op de leef- en zorgruimte van twee types rechten waarvan de bronnen en het gebruik niet gezamenlijk georganiseerd zijn: rechten van de bewoners en rechten van de patiënten. De meeste klachten hebben betrekking op de rechten van de bewoners, hoewel de rechten van de patiënt een interpretatieruimte scheppen wanneer er concrete voorbeelden van situaties worden gegeven. Tijdens de workshop die onderhavige studie afslot, werden bijvoorbeeld de volgende

situaties vermeld: de lange wachttijd voor het personeel reageert op een oproep van een bewoner of nog het feit dat men 's nachts niet verschoond werd ... zijn situaties die betrekking hebben op de organisatie van de huisvestingsinrichting, maar ook aanleiding kunnen geven tot eisen voor erkenning en interventie op basis van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

Omdat talrijke problematische situaties zowel kunnen worden teruggebracht tot een verwijzing naar de rechten van de patiënt als naar de rechten van de bewoner, worden ze in overweging genomen door de bevoegde diensten die verwijzen naar de rechten van de bewoner (gewestelijke overheden en verenigingen die actief zijn in de sector verwijzen naar normatieve en juridische bronnen). We staan dus niet voor een normatieve leegte. Maar of men de situaties bekijkt vanuit de rechten van de bewoners of vanuit de rechten van de patiënt, het **onderscheid zal betrekking hebben op het type antwoord dat op die bezwaren of klachten zal volgen**. De gewestelijke overheden leggen de nadruk op de controle en de bestraffing van de afwijkingen op de wettelijke normen. **De bemiddelingspraktijk wordt niet georganiseerd op gewestelijk niveau. De gewestelijke tweedelijnsomkadering past dus niet in de geest van de wet betreffende de rechten van de patiënt die vooral elke rechterlijke afhandeling van problematische situaties wil vermijden door de dialoog tussen de betrokken partijen te herstellen.**

Wat de opdrachten van de ombudsfunctie betreft, deden we de volgende vaststellingen.

Over het algemeen zorgen de vermelde voorzieningen niet voor de **informatie** over de wet betreffende de rechten van de patiënt (met uitzondering van de FOD).

De ontvangst van de klachten

Uit de studie blijkt dat de personen over een brede waaier contactpunten beschikken, in het bijzonder in Wallonië en Brussel, zelfs indien verenigingen zoals Infor-Home Bruxelles en Respect-seniors Wallonie door de sector duidelijk als referentiepunten worden beschouwd.

Zonder de kwaliteit van de activiteiten van de bestaande contactpunten in twijfel te trekken, kunnen we ons vragen stellen bij de kwalificaties van de personen die de vragen die aan hen gericht worden, moeten ontvangen en heroriënteren wanneer ze verband houden met de wet betreffende de rechten van de patiënt. De meeste mensen kennen deze wet immers niet of vatten de specifieke elementen ervan ten opzichte van de gewestelijke en communautaire bepalingen niet, met inbegrip van de Woonzorglijn.

Op vlak van de ontvangst en de behandeling van de klachten kunnen deze contactpunten geen eindpunt vormen, maar slechts een tussenstap. Hun praktijk voldoet immers niet aan de verwachtingen van een behoorlijke klachtenbehandelingsprocedure.

De bemiddelingspraktijken en de klachtenbehandeling

De gewestelijke inspecties zijn niet bevoegd om zorgvragen te behandelen. Ze bieden geen bemiddelingsdienst, ook niet voor de rechten van de bewoners.

Klachten die door verenigingen worden ontvangen en behandeld, genieten het voordeel van hun heel goede kennis van het terrein. Hun mandaat heeft echter niet de gepaste juridische basis en de functionele link met de sector is niet altijd duidelijk.

Het gaat hier eigenlijk om de professionalisering van de ombudsfunctie. Er bestaat twijfel over het gebruik van dit begrip dat niet voor alle voorzieningen en spelers naar een duidelijk geïdentificeerd beroep of duidelijk gedefinieerde eisen verwijst.

3.1.2.3. Suggesties voor het externe niveau

Algemeen: overleg tussen de spelers van de sector is sterk gewenst. Het zou in de eerste plaats toelaten om dubbel gebruik en de verspilling van energie en middelen vast te stellen. Het zou toelaten om de actiologica's van de verschillende betrokken instanties te snappen en hun samenwerking en betere afstemming op elkaar te overwegen.

Meerdere suggesties verdienen een vermelding in het streven naar de zo globaal mogelijke afstemming van de instanties die vandaag actief zijn in de alternatieve modellen.

Informatie: zichtbaarheid, toegankelijkheid

- Alle interveniënten van de sector op de hoogte brengen van de wet betreffende de rechten van de patiënt.
Zowel bij de gesprekken als bij de workshop werd duidelijk dat de wet niet of slecht gekend is bij talrijke spelers van de sector.

Ontvangst van klachten: zichtbaarheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid, anonimiteit en vertrouwelijkheid

- Indien mogelijk met **één contactpunt per gewest** werken voor de volledige ouderensector, met inbegrip van de rechten van de patiënt.
Het verslag over de "Klachtenbehandeling en ombudsfunctie in de gezondheidszorg" dat de KBS in april 2010 publiceerde, raadt de invoering aan van een uniek contactpunt voor het hele land en voor alle klachten over de gezondheidszorg. Omdat er al meerdere contactpunten op gewestelijk niveau operationeel zijn in de ouderensector en zij relatief goed gekend zijn bij het publiek en bij de spelers van de sector, lijkt het ons coherent om op deze bestaande voorzieningen te steunen. Er moet wel een hergroepering komen als we slechts één contactpunt per gewest willen behouden. Er moet ook

worden nagedacht over de definitie van de opdrachten die van deze voorzieningen worden verwacht, alsook over de opleiding van het personeel dat er zal werken.

- Ruime openingsuren voor deze contactpunten verzekeren.
- De taken definiëren en de personen die deze contactpunten moeten bemannen, opleiden. De ontvangst van de klachten en de oriëntatie van de vragen blijkt een relatief complexe taak te zijn. Er zijn specifieke capaciteiten nodig om de klachten te 'sorteren' of de ernst van elk van de situaties te analyseren en de meest gepaste antwoorden op elk geval te formuleren. Men moet er zich van vergewissen dat de personen die met deze taak belast zijn:
 - alle mogelijke rechtsmiddelen en beschikbare voorzieningen kennen
 - in staat zijn om, over het luisteren heen, te verwijzen naar de instantie die het meest geschikt is om de eventuele vraag te behandelen
 - kunnen onderscheiden of de interventie van de inspectie of die van de bemiddeling nodig is
- De identificatie van het contactpunt met enkel de kwestie van het aanklagen van mishandeling rechtzetten.
- De vertrouwelijkheid verzekeren van de voorzieningen voor de ontvangst en het sorteren van de klachten door deze contactpunten.

Bemiddeling: neutraliteit, professionaliteit, vertrouwelijkheid, onafhankelijkheid

- De term 'bemiddeling' voorbehouden voor een praktijk die wordt gerealiseerd door een persoon die naar behoren opgeleid en gediplomeerd is om dit te doen en waarvan de praktijk wordt gecontroleerd door bevoegde instanties en beantwoordt aan nauwkeurige beroepsvereisten. De literatuur over bemiddeling lijkt unaniem te zijn over de noodzaak om deze praktijk te professionaliseren om de verwachte resultaten te verzekeren. Dat impliceert een **onderscheid tussen de klachtenbehandeling zelf en de bemiddeling** die als tweedelijnsvoorziening kan optreden wanneer de eerste klachtenbehandeling geen resultaten heeft opgeleverd. In de huisvestingssector voor bejaarde personen wordt de klachtenbehandeling intern gerealiseerd (zie vorig punt) en valt de bemiddeling vandaag onder de bevoegdheid van de federale ombudspersonen. In de **sector van de thuiszorg** is er echter geen eerste niveau van klachtenbehandeling georganiseerd, iets wat wel moet verholpen worden.

- De praktijk van de bemiddeling met betrekking tot het respect van de rechten van de bewoners voor de huisvestingssector voor bejaarde personen in rusthuizen en RVT invoeren.
De regionale en communautaire instanties die belast zijn met de toepassing van de normen die de sector omkaderen, beschikken vandaag niet over een bemiddelingsvoorziening, terwijl meerdere gesprekspartners deze geschikt vinden. Naast de functie van toezicht, controle en sanctie zou de ombudsfunctie de vormen van regionale overheidsactie in deze sector kunnen aanvullen.
- De rechten van de patiënt uitbreiden om de zorgrelaties in de brede zin in aanmerking te nemen, met inbegrip van hun organisatorische aspecten die tot de zorgcontexten behoren.
De wet betreffende de rechten van de patiënt werd eigenlijk ontworpen om te worden toegepast op de relaties tussen een zorgverstreker en een patiënt. In de context van de leefruimten die de instellingen voor langdurige huisvesting zijn, is het delicaat om een onderscheid te maken tussen de handelingen die onder de therapeutische zorg vallen en de handelingen die onder de organisatorische zorg of het hotelwezen vallen. De patiënten interpreteren de verwijzing naar de kwaliteit ruim en kan voor hen zowel betrekking hebben op de organisatorische structuur als op de zorgverstrekkers. Het is dus bijzonder frustrerend voor een patiënt die oordeelt dat zijn rechten niet gerespecteerd worden, om vast te stellen dat zijn grieven gericht en gedeeltelijk in aanmerking worden genomen. Het kan ook revolterend zijn om zich te moeten schikken naar een definitie a priori van dat wat onder verzorging valt, waarbij bepaalde handelingen of bepalingen uit de boot vallen terwijl die voor sommige bewoners essentieel zijn.
- Daarom moet de ombudsfunctie in het kader van de rechten van de patiënt worden uitgebreid tot alle klachten betreffende de verzorging en niet enkel de klachten die betrekking hebben op de relatie tussen patiënt en zorgverstreker.
In de praktijk melden de ombudspersonen van ziekenhuizen en de ombudspersonen uit de geestelijke gezondheid dat het moeilijk is om de verschillende klachtentypes duidelijk te scheiden. Dit punt is nog relevanter voor de residentiële sector.
- De neutraliteit en de onafhankelijkheid van de ‘ombudspersonen’ verzekeren door hen te verbinden aan instellingen die niet betrokken zijn bij de instanties voor opvang en organisatie van de verzorging.
De literatuur en de gesprekken benadrukken hoe belangrijk het is om de geloofwaardigheid en de legitimiteit van de ombudsfunctie te verzekeren en ervoor te zorgen dat de ombudspersonen niet worden tewerkgesteld door spelers uit de sector.

Gelet op de moeilijkheden ten gevolge van de verstrengeling van de rollen en statuten, wordt er in Frankrijk nagedacht over de verankering van de interne ombudspersonen in de ziekenhuizen. In het verslag van 14/02/2011 wordt voorgesteld om “De ombudspersonen-artsen in de pool gezondheid en zekerheid van de verzorging van de Ombudspersoon van de Republiek op te nemen om onafhankelijke en onpartijdige territoriale delegaties te vormen”. Tijdens het onderzoek kwam deze kwestie meermaals aan bod. Vertegenwoordigers van de LUSS (Ligue d’Usagers des Services de Santé) zijn erg gesteld op de autonomie en de onafhankelijkheid van de ombudspersonen. Een wetsvoorstel van Patrick Vankrunkelsven (13/11/2007) ging in die richting, met het voorstel om ombudspersonen te laten aanwerven, opleiden, evalueren en bezoldigen door de FOD Volksgezondheid, die hen vervolgens bij de instellingen zou detacheren (Verslag KBS, 2010, p. 40). Het lijkt ons een goed idee om dit punt mee te nemen in de reflectie over de verbetering van de ombudsfunctie in de sector van de opvang van bejaarde personen.

- De ‘bemiddelingspraktijk’ in de sector immuniseren om elke vrees te vermijden voor latere vervolgingen op basis van de vertrouwelijke mededelingen die tijdens de bemiddelingsprocedure werden gedaan. In Frankrijk stelt het verslag van 14/02/2011 voor om “De bemiddeling te verheffen door ervoor te zorgen dat de elementen die worden meegedeeld tijdens een ontmoeting van professionals uit de gezondheidssector en de families in het kader van een bemiddeling naar aanleiding van een ernstig evenement betreffende de verzorging, niet kunnen worden gebruikt voor een rechtsmacht. Deze werkwijze van de bemiddeling sluit aan bij die van de verzoening en de gerechtelijke bemiddeling”.

Klachtenbehandeling en aanbevelingen voor de sector

Er moet een reflectie worden opgestart over de behandeling van klachten die niet via bemiddeling konden worden opgelost. Op dit moment worden ze, in functie van hun aard, naar diverse instanties doorverwezen.

Om deze reflectie aan te vullen, vermelden we het voorbeeld van het kanton Vaud dat over twee ‘Commissions d’examen des plaintes’ (Onderzoekscommissies voor klachten) beschikt, een voor patiënten en een voor bewoners. De commissies moeten die klachten behandelen waarvoor bemiddeling geen oplossing bood. Verder moeten ze verslagen opstellen van de klachten die jaarlijks ontvangen en behandeld worden en publiceren ze ook een reeks aanbevelingen.

3.2. Algemene aanbevelingen om de ombudsfunctie te verbeteren

Op basis van de hoger geformuleerde suggesties moet worden nagedacht over de verduidelijking en de globale afstemming van de opdrachten in verband met de uitvoering van de wet betreffende de rechten van de patiënt voor de specifieke ouderensector in België.

De formulering van deze aanbevelingen neemt de vorm van ‘modellen’ of alternatieve pistes. Het is de bedoeling om de oriëntaties samen te vatten van de overwegingen, verduidelijkingen en optimalisering van de diverse functies die de uitvoering van de wet betreffende de rechten van de patiënt in de specifieke ouderensector kunnen begeleiden.

Het complexe karakter van de taak bestaat er inderdaad in om tegenstrijdige eisen op elkaar af te stemmen. Enerzijds de vereiste nabijheid van de voorzieningen en spelers, die instaan voor de begeleiding en de interventie in de uitvoering van de rechten van een kwetsbare bevolking. Nabijheid die de zichtbaarheid, de toegankelijkheid, de beschikbaarheid, maar ook de kennis van de specifieke kenmerken van de problematische situaties verhoogt. Anderzijds de vereiste onafhankelijkheid en neutraliteit van de ombudsfunctie, die een gepaste opleiding, erkenning en controle vereist om de kwaliteit van de interventies te waarborgen, zoals gewenst door de wet. Een laatste centrale eis ten slotte is die van de vereenvoudiging van de trajecten die de patiënt en zijn naasten moeten afleggen om informatie in te winnen over zijn rechten en de middelen die beschikbaar zijn om die rechten te doen gelden.

Na afloop van de studie lijkt het ons relevant om te redeneren op basis van de voorzieningen en de spelers die aanwezig zijn in de sector en door een duidelijk onderscheid te maken tussen drie types interventies. De algemene aanbevelingen en alternatieve pistes spitsen zich toe op de volgende functies:

- De interne klachtenbehandeling
- De informatie, de ontvangst en het sorteren van de klachten door externe voorzieningen
- De klachtenbemiddeling

De verduidelijking van de opdrachten die met elk van deze functies verbonden zijn, kan slechts slagen indien alle betrokken spelers en voorzieningen samenwerken. Het is daarom belangrijk om het overleg tussen de spelers van de sector te organiseren. Naast de uitwisseling van goede praktijken, het vermijden van dubbel gebruik en verspilling, is overleg nodig om aan een doeltreffende afstemming te timmeren van de voorzieningen die in de sector actief zijn.

3.2.1. DE INTERNE KLACHTENBEHANDELING

Wat de organisatie van de interne klachtenbehandeling in de huisvestingsinstellingen voor bejaarde personen betreft, hebben de regionale overheden in uiteenlopende richtingen gewerkt.

In Vlaanderen maakte een cultuur van kwaliteitbeheer het mogelijk om de functie van verantwoordelijke voor klachten en de kwaliteit op reglementaire wijze bij rusthuizen en RVT te introduceren.

Dat is niet het geval in de andere gewesten, waar er zou kunnen worden nagedacht over de inbreng die een meer constructieve visie van de 'klacht' voor de sector zou kunnen vertegenwoordigen. Niet de klacht als laatste drempel voorafgaand aan de repressieve interventie van sancties, maar als aanwijzing en prikkel om de perceptie van de kwaliteit van de diensten te verhogen en de prestaties te verbeteren.

In de huisvestingssector voor bejaarde personen gebeurt de klachtenbehandeling intern en valt de bemiddeling zelf vandaag onder de bevoegdheid van de federale ombudspersonen.

Voor de **sector van de thuiszorg** is het eerste niveau van klachtenbehandeling echter niet duidelijk georganiseerd.

Er zou een functie van klachtenbehandeling kunnen worden ingevoerd, in Vlaanderen op het niveau van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijngesondheidszorg (SEL) en in Wallonië en het Brussels Gewest bij de 'Services Intégrés de Soins à Domicile' (SISD (Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging – GDT)). Het verslag "Klachtenbehandeling en ombudsfunctie in de gezondheidszorg" (KBS, 2010, p. 45) stelt voor om voor de ambulante sector op deze niveaus **lokale punten voor klachtenbehandeling** in te voeren. We onthouden dit voorstel voor de thuiszorg voor bejaarde personen.

Samenvatting:

- de steun voor de ontwikkeling en de versterking van interne voorzieningen voor klachtenbehandeling in de instellingen handhaven en versterken met het oog op een verbetering van de kwaliteit van de opvang en het respect van de rechten van de bewoners.

- lokale punten voor klachtenbehandeling creëren voor gebruikers van de thuiszorg.

3.2.2. DE INFORMATIE, DE ONTVANGST EN HET SORTEREN VAN KLACHTEN

De groepering van de krachten van de sector rond unieke contactpunten in elk gewest zou moeten worden vervolgd. De openingsuren en de toegangsmodaliteiten van deze diensten moeten ruim en praktisch zijn.

Het is belangrijk om er tegelijkertijd voor te zorgen dat het personeel, dat deze functie van tussenpersoon moet spelen, wordt opgeleid en ingelicht over alle voorzieningen en spelers die relevant zijn voor de klagende partijen. De ontvangst en het sorteren van de vragen is bijzonder delicaat en vereist specifieke vaardigheden en bekwaamheden.

Daarom moet de begeleiding van de opleiding van het personeel van de verenigingen uit de sector worden overwogen, zodat ze kunnen inspelen op de verwachtingen die ze moeten invullen.

Er moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen de functies van ontvangst en sorteren enerzijds, en de bemiddelingsfuncties zelf anderzijds.

Samenvatting

- unieke contactpunten voor de informatie, de ontvangst en het sorteren van alle klachten creëren
- zich vergewissen van de bekwaamheid van het personeel en van de beschikbaarheid van de contactpunten
- de opdrachten van de contactpunten duidelijk onderscheiden van de ombudsfunctie

Opties

- een uniek contactpunt creëren voor alle vragen betreffende de verzorging (optie van het verslag van de KBS van 2010)
- voor elk gewest een specifiek contactpunt creëren voor de sector 'ouderen'. Rekening houdend met het verenigingsleven dat al actief is in de sector (Woonzorglijn, Infor-Home Bruxelles, Respect-Senior Wallonie) en met de verankering van de vigerende wetgeving in de sector lijkt deze optie ons het meest geschikt.

3.2.3. DE BEMIDDELING ZELF

Het is in de eerste plaats nodig om te herhalen hoe belangrijk het is om de professionaliteit van deze functie te verzekeren door er voorwaarden aan te koppelen die het goede verloop moeten verzekeren. Dat is nu het geval, behalve dan dat de federale ombudspersonen alleen niet kunnen instaan voor een afdoende beschikbaarheid om alle potentiële vragen van de sector te

beantwoorden. Dat is al een eerste belangrijke hindernis voor de uitvoering van de ombudsfunctie: het gebrek aan personeel dat moet worden opgelost.

Er zijn echter nog andere hindernissen die verband houden met de specifieke kenmerken van de verzorgingssector van bejaarde personen.

Indien de bewoners en hun naasten en de spelers uit de sector vandaag niet echt vertrouwd zijn met de mogelijkheid om hun toevlucht te zoeken bij de Federale ombudsdienst, is dat niet enkel het gevolg van een gebrek aan zichtbaarheid en een tekort aan informatie. We moeten in het bijzonder twee redenen overwegen.

Om te beginnen is de verwarring het gevolg van het feit dat de **interventiologica** van de regionale instanties die belast zijn met de reglementering van de sector enerzijds, en van de federale wetgever anderzijds, niet equivalent zijn. Om het eenvoudig te stellen, kunnen we zeggen dat het regionale niveau een autonome organisatie kent dat een promotiebeleid voor interne klachtenbehandeling en een beleid van extern toezicht, controle en reactie combineert. De bemiddeling zelf werd niet opgenomen in dit circuit.

De federale wetgever nodigt dan weer uit om een tussenliggend bemiddelingsmoment te overwegen, tussen de interne klachtenbehandeling en de externe en formele behandeling ervan.

En dan is er nog een tweede bron van verwarring in verband met de **types rechten die men moet doen gelden**. De sector heeft zich georganiseerd rond de rechten van de bewoner terwijl de federale wet naar de rechten van de patiënt verwijst.

Om duidelijkheid te scheppen in de voorzieningen waarover de sector beschikt, moeten deze twee actie- en interventiologica's dus op elkaar worden afgestemd.

De duidelijkste hindernis is die van de verdeling van de bevoegdheden tussen de federale staat en de gefedereerde entiteiten. Nochtans bestaan deze logica's naast elkaar in landen die niet met dezelfde institutionele moeilijkheden kampen. Zoals in Frankrijk waar de normen in de huisvestingssector niet aan dezelfde logica beantwoorden als die in de ziekenhuissector. Het is wel degelijk de samenvoeging van meerdere factoren die voor het complexe karakter zorgt. Daarom is het belangrijk om te werken aan een progressieve afstemming van de wederzijdse inbreng zonder daarom de redenen uit het oog te verliezen die de oriëntaties van de verschillende voorzieningen hebben gemotiveerd.

Minimale aanbevelingen voor de Federale ombudsdienst:

- het team van de federale ombudspersonen versterken om te kunnen antwoorden op een groter aantal vragen
- de klachtenbehandeling uitbreiden tot alle klachten over verzorging, inclusief de klachten die betrekking hebben op organisatorische kwesties

- een duidelijke band creëren met de contactpunten die de klachten in de sector kunnen ontvangen

De federale ombudsdienst heeft meerdere opties voor de organisatie van de functie, gelet op de kenmerken van de sector

1. Een algemene koppeling aan de pool van de federale ombudspersonen
2. Een specifieke koppeling aan de ouderensector

Anderzijds is er ook de kwestie van de geografische en institutionele verankering van de functie.

1. Een federale verankering
2. Een gewestelijke verankering
3. Een provinciale verankering, lees op het niveau zelf van de zorgregio's

Uit de studie blijkt dat de specifieke koppeling van de ombudsfunctie en de sector dubbel relevant zou zijn. Enerzijds om te passen in een complex wetgevend kader en anderzijds om de regionale overheden te steunen die op deze manier de ontwikkeling kunnen overwegen van bemiddelingspraktijken in verband met de rechten van de bewoners.

In dat geval moeten specifieke ombudspersonen voor de ouderensector worden opgericht.

Het lijkt logisch te zijn om zowel rond de rechten van de bewoners als rond de rechten van de patiënt te werken in het kader van de zorgverlening voor bejaarde personen. De ombudspersoon die belast is met dit publiek zou er baat bij hebben om zich duidelijk in de sector te integreren door geschillen op de grens van de verschillende rechten te behandelen enerzijds; en anderzijds door de institutionele én praktische complexiteit van deze sector te beheersen.

De vraag is hoeveel ombudspersonen moeten worden aangesteld en aan welke voorziening ze moeten worden gekoppeld. Er werden meerdere mogelijkheden vermeld tijdens de studie.

Er moeten minstens 3 specifieke ombudspersonen voor bejaarde personen worden aangesteld, gekoppeld aan de geïdentificeerde regionale instellingen of regionale contactpunten van de sector (Woonzorglijn; Infor-Home Bxl; respect-seniors Wallonie).

Er zouden meer specifieke ombudspersonen kunnen worden voorzien voor kleinere geografische zones, die bijvoorbeeld de zones van de platforms voor geestelijke gezondheid of die van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging zouden overlappen.

3.3. Overzicht van de aanbevelingen

We geven een overzicht van de belangrijkste aanbevelingen die uit de studie naar voor komen. De onderliggende argumenten zijn uitgewerkt in het hoofddeel van het verslag. Deze beknopte formulering geeft een overzicht van de opvallende voorstellen van de studie.

Om de beoogde werking van de ombudsdienst voor de bejaarde personen te evalueren, lijkt het ons relevant om te redeneren op basis van de voorzieningen en de spelers die aanwezig zijn in de sector en door een duidelijk onderscheid te maken tussen drie types interventies:

1. De interne klachtenbehandeling
2. De informatie, de ontvangst en het sorteren van de klachten door externe voorzieningen
3. De klachtenbemiddeling zelf

1. Dit zijn de belangrijkste aanbevelingen voor de interne klachtenbehandeling:

- een duidelijk onderscheid maken tussen de klachtenbehandeling en de klachtenbemiddeling zelf
- de steun voor de ontwikkeling van interne voorzieningen voor klachtenbehandeling in de instellingen handhaven en versterken met het oog op een verbetering van de kwaliteit van de opvang en het respect van de rechten van de bewoners
- lokale punten voor klachtenbehandeling creëren voor bejaarde personen die gebruik maken van diensten voor thuiszorg

2. Dit zijn de belangrijkste aanbevelingen voor de informatie, de ontvangst en het sorteren van de klachten:

- unieke contactpunten creëren voor de informatie, de ontvangst en het sorteren van alle klachten betreffende de rechten van de bewoners en de patiënten uit de sector
- zich vergewissen van de bekwaamheid van het personeel, van de vertrouwelijkheid en van de beschikbaarheid van de contactpunten
- de opdrachten van de contactpunten duidelijk onderscheiden van de ombudsfunctie

Hiervoor werden de volgende opties geïdentificeerd:

- een uniek contactpunt creëren voor alle vragen betreffende de verzorging (optie van het verslag van de KBS van 2010)
- voor elk gewest een specifiek contactpunt creëren voor de sector 'ouderen'. Rekening houdend met het verenigingsleven dat al actief is in de sector (Woonzorglijn, Infor-Home Bruxelles, Respect-Senior Wallonie) en met de verankering van de vigerende wetgeving in de sector lijkt deze optie ons het meest geschikt.

3. Wat de klachtenbemiddeling zelf betreft:

- de ombudsfunctie duidelijk onderscheiden en de term 'bemiddeling' voorbehouden voor een praktijk die wordt gerealiseerd door een persoon die naar behoren opgeleid en gediplomeerd is om dit te doen en waarvan de praktijk wordt gecontroleerd door bevoegde instanties en beantwoordt aan nauwkeurige beroepsvereisten.
- de professionaliteit van deze functie verzekeren voor de ombudsdienst voor de rechten van de patiënt, door er voorwaarden aan te koppelen die het goede verloop moeten verzekeren. De meest geloofwaardige optie hiervoor is het handhaven van de verankering van de functie bij de FOD of de overheid die belast is met deze opdrachten.
- het team van de federale ombudspersonen die belast zijn met de ouderensector versterken, om te kunnen antwoorden op een groter aantal vragen.
- de klachtenbehandeling uitbreiden tot alle klachten over verzorging, inclusief de klachten die betrekking hebben op organisatorische kwesties.
- een duidelijke band creëren met de contactpunten die de klachten in de sector kunnen ontvangen.
- constructieve samenwerkingsverbanden creëren met de diensten die belast zijn met de wetgeving betreffende de huisvesting van bejaarde personen en de toepassing van de rechten van de bewoners.

Hiervoor werden volgende alternatieve modellen geïdentificeerd:

1. Een algemene koppeling aan de pool van de federale ombudspersonen of aan de dienst die belast is met deze opdrachten.

2. Een specifieke koppeling aan de ouderensector.

Wat de geografische en institutionele verankering van de functie betreft, zijn dit de mogelijke formules:

1. Een federale verankering

2. Een gewestelijke verankering

3. Een provinciale verankering, lees op het niveau zelf van de zorgregio's.

Bijlagen

Beilage 1 – Guide d’entretien – Volet francophone

Introduction :

. explicitation de la problématique, réaction/sensibilité à la question de recherche selon l'expérience de la personne interrogée (position sociale)

Thèmes à explorer:

- . Connaissances et attitudes vis-à-vis de la loi Droits du patient (des partenaires du secteur, prestataires de soins, personnes âgées et leurs proches)
- . Connaissances de la fonction de médiation Dts du P, du service fédéral, opinion/évaluation quant à l'importance/l'utilité, à l'usage et l'efficacité de cette fonction
- . Dispositifs et procédures en matière de plaintes en MR-MRS (formels et informels), information des résidents
- . Opinion à l'égard de ces dispositifs, pertinence
- . Type d'insatisfactions et plaintes (distinction quant à celles liées aux prestations de soins et aux aspects organisationnels, à la qualité des soins et la qualité de vie)
- . Cheminement des plaintes
- . Difficultés rencontrées quant à l'expression, le recueil, la réception et le traitement des insatisfactions et plaintes (préciser selon type de plaintes), analyse
- . Effets de retour des plaintes sur les pratiques institutionnelles, prévention/réajustements
- . Problèmes rencontrés en matière de respect des droits des patients/résidents - les plus fragiles
- . Pistes de remédiation, pratiques mises en place et envisagées au niveau des MR-MRS
- . Suggestions par rapport à une fonction de médiation "efficace", (mieux) "adaptée" à la spécificité des résidents âgés (séjours de longue durée, vulnérabilité,...)
- . Discussion de différents scénarios, politique à privilégier vs à éviter, comparaison avec les secteurs hospitalier, santé mentale, ambulatoire; point de vue prospectif

Conclusion

- . Synthèse des difficultés liées à l'exercice d'une fonction de médiation au sein du secteur "soins aux personnes âgées" et des changements/améliorations à apporter
- . Suggestions de personnes-ressource à rencontrer

Beilage 2 – Bibliographie indicative

Ouvrages et articles consultés dans la phase préparatoire de l'étude

Articles et ouvrages

Argoud Dominique, Puijalon Bernadette, "Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux", *Gérontologie et société*, n°106, 2003, pp. 23-40.

Balard Frédéric, "Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe", Communication au 4ème colloque international "Le droit de vieillir", REIACTIS, Dijon, 25-27 janvier 2012.

Baranès William, Frison-Roche Marie-Anne, "L'autorité en droit", in Jeudy Henry-Pierre (ed.), *Tout négociateur. Masques et vertiges du compromis*, Paris, Éditions Autrement, n°163, avril 1996, pp. 45-65.

Ben Mrad Fathi, "Équité, neutralité, responsabilité. A propos des principes de la médiation", *Négociations*, 2006/1, n°5, pp. 51-65.

Ben Mrad Fathi, Marchal Hervé, Stébé Hervé (éds), *Penser la médiation*, Paris, L'Harmattan, 2008.

Ben Mrad Fathi, *Sociologie des pratiques de médiation. Entre principes et compétences*, Paris, L'Harmattan, 2002.

Bickerstaff Julie C., "Institutionnalisation des personnes âgées. Les représentations sociales et leurs impacts", *Revue canadienne de service social*, vol. 20, n°2, pp. 227-241.

Bertholet Florence, Mottet Cindy, "Les défis de la fonction de médiateur", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 35-42.

Bonafé-Schmitt, Jean-Pierre, "La médiation : une nouvelle forme d'action", in Faget Jacques (ed.), *Médiation et action publique. La dynamique du fluide*, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2005, pp. 63-77.

Bonnet Magalie, Minary Jean-Pierre, Fillon Léa, Galliot Fabien, "L'évaluation de la qualité de vie comme un facteur d'intégration des personnes âgées en institution", Communication au 4ème colloque international "Le droit de vieillir", REIACTIS, Dijon, 25-27 janvier 2012.

Boulad Monique, Lebeer Guy, "Entre principes et pratiques : les grands écarts de la loi relative aux droits du patient", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 26-32.

Brandého Daniel, "De quoi se plaignent-ils? Vers une "judiciarisation" des plaintes?", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 151-159.

Briant (de) Vincent, Palau Yves, *La médiation. Définitions, pratiques et perspectives*, Paris, Armand Colin, 2005.

Broucker Didier de, Delerue Maris, Poulain Claire, Jacquemain Dominique, "Enjeux cliniques et éthiques de la personne de confiance", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 43-47.

Bucher K, Lenoir E., Sury J.-Cl., *La médiation en gérontologie*, Documents CLEIRPPA, 2003/4, n°10, pp. 9-23.

Bungener Martine, "Une gestion des corps malades et vieillissants", in : Fassin Didier, Memmi Dominique, *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, pp. 109-133.

Bungener Martine, "Susciter ou contenir : que faire des désirs singuliers des résidents âgés dépendants ?", *Sciences Sociales et Santé*, Juin 2011, vol. 29, n°2, pp. 75-82.

Cantelli Fabrizio, "Quel travail politique sur la plainte des patients ? Regards croisés sur les cas belge et québécois, *Actes du colloque international Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance* (Nice, 4 et 5 juin 2009), mis en ligne le 01 octobre 2010, <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=594>.

Cantelli Fabrizio, "La plainte comme un droit ? Médiation, politiques publiques et droits des patients", *Quaderni*, n°76, automne 2011.

Cantelli Fabrizio, "Temps fort du médiateur, temps mort d'une politique", *L'observatoire*, n°69, 2011, pp. 89-93.

Clément Michèle, Bolduc N., "Regards croisés sur la vulnérabilité : le politique, le scientifique et l'identitaire", in Saillant Francine, Clément Michèle (éds.), *Identité, vulnérabilité et communauté*, Montréal, Éditions Nota Bene, 2004, pp. 61-82.

Clément Michelle, Gagnon Éric, "La rencontre avec l'utilisateur comme sujet de droit : la mise en scène de sa parole dans le régime d'examen des plaintes", in Schweyer François-Xavier, Pennec Simone, Cresson Geneviève, Bouchayez Françoise, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Editions ENSP, 2004, pp. 291-301.

Clément Michelle, Gagnon Éric, "The Québec complaint examination system: stakeholder perspectives on the purpose and intake of complaints", *Health Care Analysis*, 14, 2006, pp. 51-63.

Clément Michelle, Gagnon Éric, Deshaies Marie-Hélène, "Dignité et indignité de l'hébergement institutionnel ou de la dignité et de l'indignité en hébergement", in Institut d'éthique appliquée (U. Laval), ENAP (U. du Québec), Chaire d'éthique appliquée de l'Université de Sherbrooke (sld.), *Éthique publique : Revue internationale d'éthique sociale et gouvernementale*, Éditions Liber, 2009, pp. 19-27.

Clément Michelle, Gagnon Éric, "Les droits des usagers des services de santé : le cas particulier des personnes âgées vivant en centre d'hébergement", Communication au 4^{ème} colloque international "Le droit de vieillir", REIACTIS, Dijon, 25-27 janvier 2012.

Clément Serge, "Qualités de vie de la vieillesse ordinaire", *Prévenir*, n°33, 2^è semestre, 1997, pp. 169-176.

Charpentier Michèle, *Vieillir en milieu d'hébergement. Le regard des résidents*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007.

De Broucker Didier, Delerue Maris, Poulian Claire, Jacquemin Dominique, "Enjeux cliniques et éthiques du recours à la personne de confiance", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 43-47.

Decelle, A., "La médiation des conflits entre familles et soignants", *Soins Gérontologie*, 2005/07-08, n°54, pp. 19-23.

Demoures G., "Soigner les patients atteints de démence en institution", *NPG-Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 2003, n°15, pp. 34-38.

Derèse Marie-Noëlle, « La médiation dans le domaine des soins de santé. La notion de plaignant, l'indépendance du médiateur et la formation du médiateur. Situation en droits belge, néerlandais et français », in : Schamps Geneviève (éd.), *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Centre de droit médical et biomédical, Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 299-362.

Derèse Marie-Noëlle, « Mediation in the Belgian healthcare sector. Analysis of a particular issue: the material area of application of mediation », *Proceedings of the 18th World Congress on Medical Law*, Zagreb, World Association for Medical Law, 2010, pp. 1-11.

Droz Mendelzweig Marion, Bedin Maria Grazia, Chappuis Marianne, "La régulation en institution de long séjour. Un travail de soin et d'accompagnement auprès des personnes âgées", *Sciences sociales et Santé*, Vol. 29, n°2, Juin 2011, pp. 47-74.

Dumange Isabelle, "L'évolution des normes de qualité. De l'industrie à la gérontologie", *Cahier du Cleirppa*, n°34 (La qualité : dictature ou progrès ?), mai 2009.

Ennuyer Bernard, "Le droit des usagers", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 13-28.

Ennuyer Bernard, "Quand la dictature des normes tue l'essence même de la relation d'aide", *Cahier du Cleirppa*, n°34 (La qualité : dictature ou progrès?), mai 2009.

Faget Jacques, "Médiation et post-modernité. Légitimation ou transformation de l'action publique ?", *Négociations*, 2006/2, n°6, pp. 51-62.

Faget Jacques (ed.), *Médiation et action publique. La dynamique du fluide*, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux, 2005.

Frijters Dinnus, « A view on Quality of Care assurance in LTC in the Netherlands », London School of Economics and Political Science (LSE) meeting on “Measuring the Quality of Long Term Care Indicators”, May 21, 2010.

Gagnon Éric, Clément Michelle, "L'hébergement et le langage des droits", in Hamelin-Brabant Louis, Bujold Louise, Vonarx Nicolas (éds), *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. Rencontre à propos des âges de la vie, des vulnérabilités et des environnements*, Presses de l'Université Laval, Tome 2, 2010, pp. 297-313.

Gagnon Éric, Clément Michelle, Deshaies Marie-Hélène, Raizenne Emilie, « Espaces de parole, espaces publics ? Les comités de résidents en centre d'hébergement au Québec », Communication au 4^{ème} colloque international "Le droit de vieillir", REIACTIS, Dijon, 25-27 janvier 2012.

Gagnon Éric, Clément Michelle, "Parole de l'utilisateur. Audition et mise en ordre de la parole dans l'institution de la santé", in Saillant Francine, Clément Michèle (éds.), *Identité, vulnérabilité et communauté*, Montréal, Éditions Nota Bene, 2004.

Gibowski Carine, "Vécu institutionnel en Ehpad : une place pour chacun, chacun à sa place", *Cliniques*, 2012/1, n°3, pp. 84-95.

Gucher Catherine, "Reconnaissance de l'expertise profane et accès à une position d'utilisateur-citoyen dans un contexte de compensation de la dépendance", Communication au 4^{ème} colloque international "Le droit de vieillir", REIACTIS, Dijon, 25-27 janvier 2012.

Guffens Caroline, "Autonomie et participation, même en MRS, c'est possible!", *Communication au colloque "Créativité et gérontologie"*, Haute École Roi Baudouin, Wépion, 29 novembre 2007, 8 pages.

Guillaume-Hofnung Michèle, *Droit des malades. Vers une démocratie sanitaire ?*, Paris, La Documentation française, n°885, 2003.

Guillaume-Hofnung Michèle, *La médiation*, Paris, PUF, 2009 (1^{ère} éd. 1995).

Hardy Jacques, "Les transformations du contrat médical", in Schweyer François-Xavier, Pennec Simone, Cresson Geneviève, Bouchayez Françoise, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions ENSP, 2004, pp. 37-67.

Hélaridot Valentine, Membrado Monique, "Les univers hospitaliers en France : une impossible démocratisation ?", in Drulhe Marcel, Sicot François (éds), *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2011, pp. 207-230.

Ingwiller Sophie, Molinier Pascale, "'On ne va pas prendre les patients en otage'. Souffrance éthique et distorsion de la communication dans un service de nuit en gérontologie", *Travailler*, 2010/1, n°23, pp. 59-75.

Janvier R., Matho Y., *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*, Paris, Dunod, 2004.

Jeudy Henri-Pierre, "Le tout-négociable", in Jeudy Henry-Pierre (ed.), *Tout négocié. Masques et vertiges du compromis*, Paris, Éditions Autrement, n°163, avril 1996, pp. 20-30.

Khodoss H., "Démocratie sanitaire et droits des usagers", *Revue Française des Affaires Sociales*, 2000, vol. 54, n°2, pp. 111-126.

Laé Jean-François, *L'instance de la plainte. Une histoire politique et juridique de la souffrance*, Paris, Descartes, 1996.

Lascoumes Pierre, "L'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ?", *Politique et management public*, 15-2, 2007, pp. 129-144.

Lévy Cinthia, Jacob Colette, *La médiation et les conflits dans le secteur des soins de santé*, *Pratiques du droit*, n°32, Bruxelles, Kluwer, 2007.

Limousin Nicole, "Les droits des résidents en établissement : Le point de vue des personnes concernées", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 189-200.

Mackenney Stephen, Falberg Lars, *Protecting Patients' Rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare*, Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2004.

Maillard (de) Jacques, "La médiation sociale ou les avatars d'une catégorie d'action publique. Les agents de "médiation" en action, in Faget Jacques (éd.), *Médiation et action publique. La dynamique du fluide*, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2005, 187-199.

Maunier Sophie, *Faire respecter les droits des usagers en maison de retraite : enjeux et contraintes institutionnelles*, Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social, Rennes, ENSP, 1998-1999.

Mérette Marguerite, « Le droit des usagers : un droit à reconnaître », *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 243-252.

Meurisse Marie-Françoise, "Les enjeux sous-jacents aux droits du patient", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 4-15.

Molinier Pascale, "Le respect des procédures peut-il nuire à la qualité du service rendu aux usagers?", *Cahier du Cleirppa*, n°34 (La qualité : dictature ou progrès ?), mai 2009, pp. 5-8.

Molinier Pascale, "Apprendre des aides-soignantes", *Gérontologie et sociétés*, 2010/2, n°133, pp. 133-144.

Moreno-Elgard Paloma, "Les services et les usagers. Entre droits, contraintes et opportunités", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 89-100.

Moutel Grégoire, *Médecins et patients. L'exercice de la démocratie sanitaire*, Paris, L'Harmattan, 2009.

Mulcahy Linda, *Disputing doctors. The socio-legal dynamics of complaints about medical care*, Maidenhead, Open University Press, 2003.

Munck (de) Jean, "Pluralisme des modèles de justice", in Garapon A., Salas D. (eds), *La justice des mineurs : évolution d'un modèle*, Paris-Bruxelles, LGDG-Bruylant, 1995, pp. 91-138.

Munck (de) Jean, "De la loi à la médiation" in Cohen D., Depardon R., Garapon A., *France. Les révolutions invisibles*, Paris, Calmann-Lévy, 1998.

Nettleton Sarah, Harding Geoff, «Protesting patients: a study of complaints submitted to a family health service authority», *Sociology of Health & Illness*, 16 (1), 1994, pp. 38-61.

Pelletier Christophe, "La normalisation au service des droits des usagers", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 215-223.

Périlleux Thomas, "L'évaluation gestionnaire de la qualité et le sens du travail du soin", *Ethica Clinica*, Évaluer la qualité des soins ?, n°59, 2010, pp. 4-17.

Planson Nadège, "La définition normative des résidents en maison de retraite et le travail de leurs personnels", *Sociétés Contemporaines*, 2000, n°40, pp. 77-97.

Ponchon F., *Les droits des patients à l'hôpital*, Paris, PUF, coll. "Que sais-je?", 2003.

Prévoit Julie, Weber Amandine, "Participation et choix des personnes âgées vivant en institution", *Retraite et société*, 2009/3, n°59, pp. 181-193.

Roelandt Micheline, "Quelques réflexions concernant l'éthique clinique à l'égard de patients "malades mentaux" et/ou assimilables", *Ethica Clinica*, n°62, 2011, pp. 14-21.

Routelous Christelle, "La modernisation du statut de l'utilisateur, une démarche au carrefour du droit et de la qualité", in Tournay, V. (ed.), *Les nouvelles formes d'action publique en matière de santé*, Paris, PUF, 2007.

Routelous Christelle, *La démocratie sanitaire à l'épreuve des pratiques médicales : sociologie d'un modèle participatif en médecine*, Thèse de doctorat de socio-économie de l'innovation de l'École Nationale Supérieure des Mines de Paris sous la co-direction de M. Akrich (CSI, ENSMP) et de N. Dodier (GHPM, EHESS), 2008.

Scodellaro Claire, "La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social", *Lien social et Politiques*, n°55, 2006, pp. 77-88.

Sorbets Claude, "Médiation(s) et politique(s) : effets spectaculaires à double sens", in Faget Jacques (éd.), *Médiation et action publique. La dynamique du fluide*, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2005, pp. 39-47.

Soulières Maryse, Charpentier Michèle, « Quel pouvoir pour les résidentes ? Le quotidien des femmes âgées en milieu d'hébergement », in Charpentier Michèle, Quéniart Anne, *Vieilles, et après ! Femmes, vieillissement et société*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2009, pp. 271-291.

Stébé Hervé, "Les métamorphoses de l'activité médiatrice. Quand la médiation tacite concurrence la médiation formelle", in Ben Mrad Fathi, Marchal Hervé, Stébé Hervé (éds), *Penser la médiation*, Paris, L'Harmattan, 2008, pp. 114-129.

Talpin Jean-Marc, "L'agé en institution, ses droits et l'inconscient", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 135-149.

Terrier Gérard et al., "Connaissance de la loi relative aux droits des malades et de la fin de vie dans un CHU : enquête auprès des personnels", *Revue internationale de soins palliatifs*, 2012/ 1, vol. 27, pp. 13-18.

Vanormelingen Piet, "La gestion des plaintes de patients auprès des services de médiation", in : Schamps Geneviève (éd.), *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Centre de droit médical et biomédical, Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 251-257.

Vanormelingen Piet, Legrand Emmanuel, "Et si on s'écoutait ?", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 33-34.

Vendeuvre I., "Le respect de la personne âgée en institution", *Soins Gérontologie*, 1999, n°16, pp. 38-41.

Verhaegen Marie-Noëlle, « La gestion de plaintes de patients auprès de services de médiation selon la loi relative aux droits du patient », in : Schamps Geneviève (éd.), *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Centre de droit médical et biomédical, Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 259-297.

Volckrick Elisabeth, "Les dispositifs de médiation et la question du tiers. Vers une interprétation pragmatique du tiers", in Lebrun Jean-Pierre, Volckrick Elisabeth, *Avons-nous encore besoin d'un tiers ?*, Toulouse, Erès, 2005, pp. 133-158.

Younès Carole, "La médiation et l'émergence du sujet", in Faget Jacques (ed.), *Médiation et action publique. La dynamique du fluide*, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2005, pp. 49-61.

BSM Management et Medsoc (Bielen Frédéric), *Faciliter l'accès au service de médiation hospitalière*, Projet réalisé avec le soutien de la FRB, Janvier 2008, 39 pages.

CRIOC, *Médiation hospitalière : perceptions et attentes des patients*, Bruxelles, CRIOC, Décembre 2007, 33 pages.

CRIOC, *Médiation hospitalière : Le point de vue des médiateurs*, Bruxelles, CRIOC, Décembre 2008, 36 pages.

Fonction de médiation en santé mentale

- *Rapport commun des médiateurs attachés aux plates-formes de concertation en santé mentale wallonnes et bruxelloise*, Année 2008, 14 pages.

- *Rapport commun par les médiatrices et médiateurs attachés aux Plates-formes de Concertation pour la Santé mentale des Régions Wallonne et Bruxelloise*, Année 2009, 25 pages.

- *Rapport d'activité commun par les médiateurs attachés aux Plates-formes de concertation pour la santé mentale de la Wallonie et de Bruxelles-Capitale*, Année 2010, 25 pages

Fondation Roi Baudouin (Prof. Jacquerye Agnès, ULB), *Étude exploratoire de la médiation hospitalière*, Bruxelles, FRB, Décembre 2007, 133 pages.

Fondation Roi Baudouin, *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Un bref état de la question en Belgique*, Bruxelles, FRB, 2009, 44 pages.

Fondation Roi Baudouin, *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Vers un nouveau système en Belgique*, Bruxelles, FRB, 2010, 71 pages.

Fontaine Laetitia, Jans Brigitte, *Enquête de satisfaction dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et soins - 2007*, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, Juin 2009, 184 pages.

Ghilbert Patricia, *Droits du patient en Maisons de Repos : État des lieux 2009 et pistes pour l'avenir*, Juin 2010, 47 pages (Rapport non publié).

Infor-Homes Bruxelles, Rapport d'activités 2010.

Infor-Homes Bruxelles, Rapport d'activités 2011, 75 pages.

Infor-Homes Bruxelles, Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en Maisons de Repos Bruxelloises 2011, 40 pages.

Plateforme de Concertation en Santé mentale Région Bruxelles-capitale, *Rapport d'activités 2010*, 68 pages.

Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Commission fédérale "Droits du patient"

- *Rapport annuel 2009* (Hubert V.)

- *Rapport annuel 2008* (Hubert V.)

Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Service de médiation fédérale "Droits du patient"

- Rapport annuel 2011

- Rapport annuel 2010

- Rapport annuel 2009

- Rapport annuel 2008

- Rapport annuel 2007

- Rapport annuel 2006

- Rapport annuel 2005

- Rapport annuel 2004 néerlandophone

- Rapport annuel 2004 francophone

Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Direction générale Organisation des établissements de soins, Service Legal Management (Debreyne V.), *Données légales minimales dans les rapports annuels 2009 des médiateurs "Droits du patient" dans les hôpitaux et dans les plates-formes de concertation en santé mentale*, 14.09.2010, 20 pages.

Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Direction générale Organisation des établissements de soins, *Les particularités de la médiation "Droits du patient" et leurs implications dans les pratiques des médiateurs*, Journées d'étude organisées par le Fondation Roi Baudouin et le SPF Santé Publique (Bruxelles, vendredi 25 septembre et jeudi 1er octobre 2009), Abstracts des orateurs, 45 pages.

Législation

Arrêté royal du 1er avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale "Droits du patient" instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 13 mai 2003, pp. 88-92.

Arrêté royal du 27 janvier 2008 modifiant l'arrêté royal du 1er avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale "Droits du patient"

instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 20 février 2008, 10700.

Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, 191 pages.
(http://socialsante.mrw.wallonie.be/cwass/Partie_decretale.pdf)

Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002, publiée le 26.09.2002, entrée en vigueur le 6.10.2002 (Affaires sociales Santé publique et Environnement)

Service public de Wallonie, Département des Aînés et de la Famille, Direction des Aînés, *Réglementation applicable à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées en Wallonie*, DG05, Coordination officieuse au 1/1/2011, 142 pages.

De Raad van State (13/03/2009) Decreet Woonzorgdecreet. *Belgisch Staatsblad*.

De Vlaamse Regering (30/07/2004). Besluit van de Vlaamse Regering houdende uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen. *Belgisch Staatsblad*.

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu(15/02/2007). — Koninklijk besluit houdende vaststelling van afwijkende regels met betrekking tot de vertegenwoordiging van de patiënt bij de uitoefening van het klachtrecht zoals bedoeld in artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. *Belgisch Staatsblad*

Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (22/08/2002). Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *Belgisch Staatsblad*.

Avis

SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Direction générale de l'organisation des établissements de soin, Commission fédérale "Droits du patient",

- 2011-06-10, *Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé*, Réf CFDP/VH/RE/2011/2, 11 pages.

- 2009-06-12, *Avis relatif au règlement intérieur de la fonction de médiation dans les hôpitaux et les plates-formes de concertation en santé mentale*, Réf CFDP/MED, 15 pages.

- 2008-04-24, *Avis relatif à la formation des médiateurs "Droits du patient" dans les hôpitaux et dans les plates-formes de concertation en santé mentale*, Réf CFDP/MED, 3 pages.

- 2007-01-22, *Avis relatif à la position du médiateur dans l'hôpital et sa relation vis-à-vis du gestionnaire, de la direction et du médecin en chef*, Réf CFDP/A/MED/1, 13 pages.

- 2006-03-17, *L'élargissement des compétences du médiateur "droits du patient" dans le cadre d'une conférence interministérielle Santé publique*, Réf CFDP/MED/2,

Beilage 3 - Afkortingenlijst

AFBAH : Association française pour la bienveillance des aînés et handicapés
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS : Agences régionales de santé
BCMS : Bureau cantonal de médiation santé
CAAP : Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CHSLD : Centres d'hébergement et de soins de longue durée
COCOF : Commission communautaire française
COCOM : Commission communautaire commune
CP : Comité de participation ou conseil participatif
CPM : Centre pour la protection des malades
CQC : Care quality commission
CR : Conseil des résidents
CRA : Coördinerend en raadgevend arts
CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSSS : Centres de santé et de services sociaux
EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS : Etablissement médico-social
ETP : Equivalent temps plein
FOD : Federale overheidsdienst
FRB : Fondation Roi Baudouin
HAS : Haute autorité de santé
IAN : Interne afsprakennota
ICAS : Independent complaints advocacy service
INAMI Institut national d'assurance maladie invalidité
LUSS : Ligue des usagers en soins de santé
MCC : Médecin coordinateur et conseiller
MR : Maison de repos
MRS : Maison de repos et de soin
NHS : National health system
PALS : Patient advice and liaison service
RIZIV Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering
ROI : Règlement d'ordre intérieur
RPCU : Regroupement provincial des comités des usagers
RVT : Rust en verzorgingstehuis
RW : Région Wallonne
SEPAM : Service d'écoute pour personnes âgées maltraitées
SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie
SMF : Service de médiation fédéral
SPF : Services publics fédéraux
SPW : Service public de Wallonie
VGC : Vlaamse gemeenschapscommissie
WZC : Woonzorgcentrum

