

FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

24/04/2008

DIRECTORAAT-GENERAAL ORGANISATIE
GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN

FEDERALE COMMISSIE “RECHTEN VAN DE PATIËNT”

Ref. : FCRP/MED

ADVIES

Advies betreffende de vorming van de ombudspersonen “Rechten van de patiënt” in de ziekenhuizen en bij de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg

Dit advies werd bekrachtigd op de plenaire vergadering van 24 april 2008

I. Inleiding

De Federale commissie is van mening dat er zich in de werking van de ombudsfuncties meerdere problemen stellen, in het bijzonder wat betreft:

- de minimale eisen waaraan de ombudsfunctie “Rechten van de patiënt” in de ziekenhuizen en bij de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg moet voldoen;
- de situatie van de ombudspersoon ten opzichte van de ziekenhuisbeheerder of het comité van het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg¹;
- de arbeidstijd die ombudspersonen wettelijk en effectief aan de uitoefening van hun functie besteden;
- de basisvorming en permanente vorming.

Het onderhavige advies betreft het laatste punt.

Ter herinnering, het koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen (*B.S.* 26 augustus 2003) regelt de werking van de lokale ombudspersonen in de ziekenhuizen. Het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten (*B.S.* 26 juli 1990) regelt de werking van de ombudspersonen in de geestelijke gezondheidszorg via de overlegplatforms.

Omwille van de keuze om de ombudspersonen in ziekenhuizen te installeren en om deze aan een werkgever te onderwerpen, nl. het ziekenhuis of in het geval van de overlegplatforms aan een raad van bestuur, is het wenselijk de coherentie van de algemene principes en de gelijkvormigheid van het bemiddelingswerk in de gezondheidszorg in België te verzekeren. Iedere ombudspersoon past zijn stijl en communicatievaardigheden, in combinatie met een zekere bagage, toe, maar buiten het proces van bemiddeling, dat afhankelijk van de case anders verlopen kan, vertonen er zich grote verschillen, vooral op het niveau van de bemiddeling zelf. Afhankelijk van het ziekenhuis waarin de bemiddeling plaatsvindt, en, bovendien, deels door de invloed van elke werkgever, verloopt de bemiddeling er anders in functie van de cultuur van het ziekenhuis. Concreet betekent dit dat elke ombudspersoon een eigen visie, definitie, begrippenkader en gedragscode hanteert. Dit blijkt ook uit de analyse van de jaarverslagen van de lokale ombudspersonen, die de FOD Volksgezondheid opgemaakt heeft. De commissie verwijst eveneens naar zijn advies van 22 januari 2007 “betreffende de positie van de ombudspersoon in het ziekenhuis en zijn relatie tegenover de ziekenhuisbeheerder, directie en de hoofdgeneesheer”.

II. Opleidingsprincipes

De Federale commissie suggereert dan ook Mevrouw de Minister om een eenvormige vorming te organiseren, waardoor:

- beginnende ombudspersonen een basisvorming aangeboden zouden krijgen
- de ombudspersonen vervolgens jaarlijks continue theoretische, maar vooral praktisch gerichte opleidingen zouden moeten volgen
- met een intervisie en een supervisie (zie in verband met dit onderwerp punt 4)

¹ Zie advies van 22 januari 2007 van de Federale commissie “Rechten van de patiënt” betreffende de positie van de ombudspersoon in het ziekenhuis en zijn relatie tegenover de ziekenhuisbeheerder, directie en de hoofdgeneesheer, <http://www.patientright.be> / Federale commissie “Rechten van de patiënt” / Adviezen.

III. Inhoud van de continue vorming

De continue vorming zou zowel een theoretisch als een praktisch gedeelte kunnen omvatten. Ombudspersonen die de eerste keer met de navormingen zouden starten, zouden gehouden kunnen worden om een vast bepaald aantal modules betreffende theoretische kennis en praktische vaardigheden uit het vormingspakket te volgen, voornamelijk in verband met:

- de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en haar uitvoeringsbesluiten;
- de juridische, deontologische en ethische aspecten van de ombudsfunctie;
- een overzicht van gerichte doorverwijsmogelijkheden en alternatieven bij bemiddeling;
- een overzicht van de regelgevingen relevant voor het gebied van de bemiddeling en deze van de andere vormen van bemiddeling;
- de registratie van gegevens en het opstellen van een synthese (huishoudelijk reglement en jaarverslag);
- de bijzondere vaardigheden nodig voor deze functie, zoals de bemiddelingstechnieken, het inlevend luisteren en de conflicthantering.

Na de “basisuren” van de vorming doorlopen te hebben, zouden de ombudspersonen vervolgens verplicht zijn om jaarlijks een minimumkeuze uit een continue vormingscyclus te maken, die zou bestaan uit een bepaald aantal modules van theoretische vormingen en praktische communicatievormingen met betrekking tot hogergenoemde onderwerpen.

De Federale commissie acht het nodig om de nadruk te leggen op de inoefening van praktische communicatievaardigheden. Het doel van bemiddeling is immers om de communicatie tussen de partijen – patiënt en beroepsbeoefenaar – te herstellen met het oog op het bereiken van een oplossing.

IV. Praktische organisatie

De theoretische (basis)vorming zou op een centraal niveau georganiseerd kunnen worden. De inoefening van praktische communicatievaardigheden zou op een decentraal niveau georganiseerd kunnen worden, zodat de ontmoetingen met ombudspersonen uit andere ziekenhuizen een supervisie of een intervisie zouden kunnen bevorderen. Voor het inrichten van de vormingen zou een samenwerking, onder andere met de koepels van de ombudspersonen, de patiëntenverenigingen of andere externe partners, mogelijk kunnen zijn.

De Federale commissie onderstreept het belang om in de organisatie en de opvolging van de kwaliteit van de inhoud van de vormingen en van de personen die ze geven, betrokken te worden.
