

Suaviter in modo, fortiter in re
(wees zachtzinnig in de wijze waarop je iets zegt, maar krachtig in de inhoud van wat je zegt)

Jaarverslag ombudsdienst 2022

INHOUDSTAFEL

Inleiding.....	2
Hoofdstuk 1 - Overzicht klachten en vragen.....	3
1. Dossiers.....	3
2. Klachten	3
2.1 Aantal klachten.....	3
2.2 Overzicht klachten.....	4
2.3 Klachtratio.....	6
3. Vragen	7
Hoofdstuk 2 - Verwachtingen van de klager of vraagsteller.....	8
Hoofdstuk 3 - Situering van de klachten	9
Hoofdstuk 4 - Resultaat van de klachtenbemiddeling	10
Hoofdstuk 5 - Doorlooptijd klachten en vragen.....	11
Hoofdstuk 7 - Aanbevelingen	12
Algemeen besluit	17

INLEIDING

Dit document bevat het jaarverslag van de ombudsdienst van het werkjaar 2022.

De federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt” beschrijft in haar jaarverslag 2021 (dat we ontvingen eind november 2022) nog eens de opdracht die de wetgever aan de ombudsdiensten (artikel 11 van de Wet Patiëntenrechten) heeft gegeven:

“(…) door ombudsfuncties (-diensten) op te richten, wilde de wetgever patiënten, die hun moeilijkheden, onbegrip, lijden, klachten naar aanleiding van de zorgverlening willen uiten, een plaats bieden waar ze een luisterend oor vinden en begeleiding kunnen krijgen. Daarnaast kent de wetgever de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar de mogelijkheid toe om met elkaar te communiceren met de hulp van een derde, zonder dat deze laatste een oordeel velt.”

Ik wilde deze beschrijving hierbij nog eens opnemen omdat de functie en de taak van de ombudspersoon in de ziekenhuizen (en andere zorginstellingen) niet voor iedereen altijd even duidelijk is en ik mijn rol nog vaak dien te omschrijven en verduidelijken.

Dit zowel naar de zorgvragers (en hun naasten) als naar de zorgverleners.

De voorbije jaren beschreef het voorlaatste hoofdstuk van dit jaarverslag steeds een **benchmarking** van de ombudsdiensten van een aantal Vlaamse zorgorganisaties (via de beroepsvereniging van ombudspersonen van alle zorgvoorzieningen, afgekort als VVOVAZ). Dit jaar werd dit echter niet meer voorzien/aangeboden vanuit de vereniging dus kan ik u over vorig werkjaar hier helaas geen gegevens rond doorgeven.

Evi Devos
Ombudsvrouw



HOOFDSTUK 1

OVERZICHT KLACHTEN EN VRAGEN

1 Dossiers

In 2022 behandelde de ombudsdienst **343 dossiers**. Dit is het totaal van het aantal klachten en vragen. In 2021 behandelde de ombudsdienst 324 dossiers. In 2020 323 dossiers.

2 Klachten

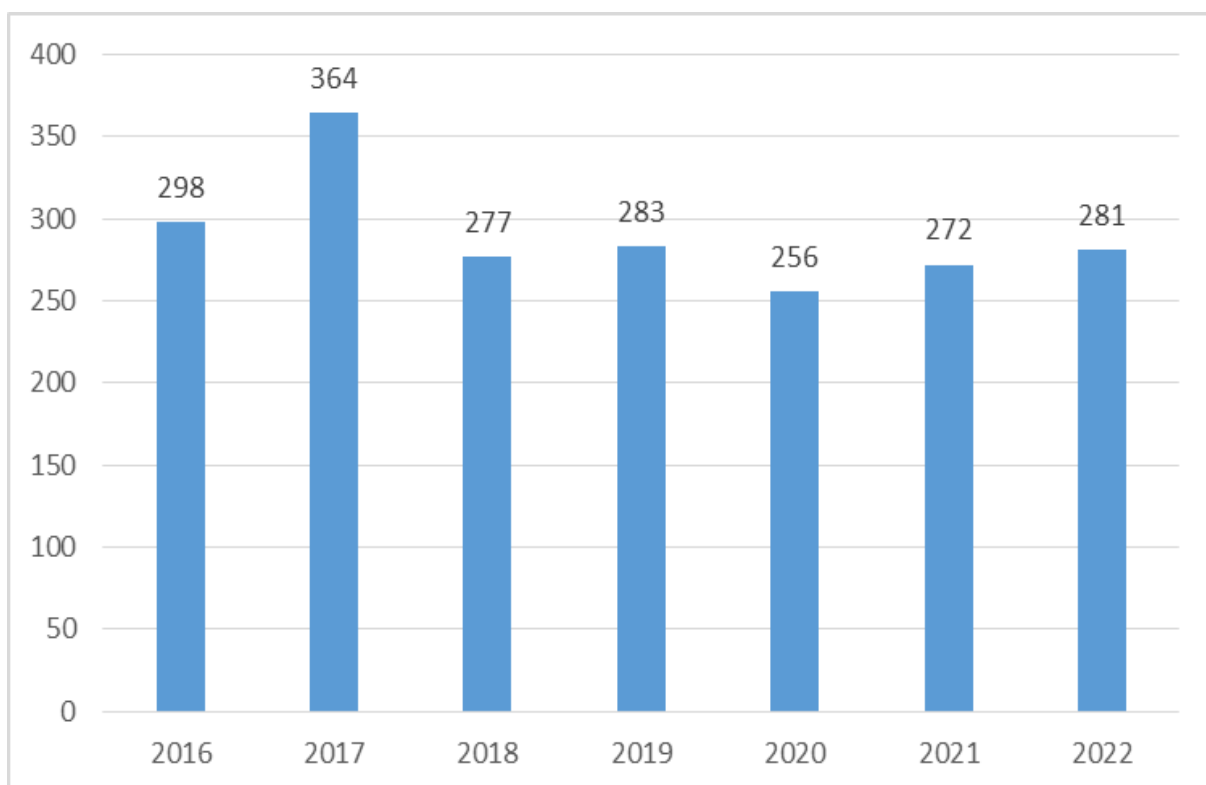
2.1 Aantal klachten

We noteerden **281 klachten** waarvan:

- 164 klachten (58 %) in verband met de wet 'rechten van de patiënt'
- 117 klachten (42 %) niet rechtstreeks in verband te brengen met de 'rechten van de patiënt'

Het aandeel van klachten met betrekking tot de patiëntenrechten is net hetzelfde als vorig jaar.

Er is dit jaar een (zeer) lichte stijging in het aantal klachten te zien.



2.2 Overzicht klachten

2.2.1 Klachten met betrekking tot de rechten van de patiënt.

Deze groep klachten hebben betrekking op een bepaalde groep zorgverleners, genaamd 'beroepsbeoefenaars van gezondheidszorg' (in het kader van KB 78 van 10 november 1967).

Binnen deze groep terug een stijging.

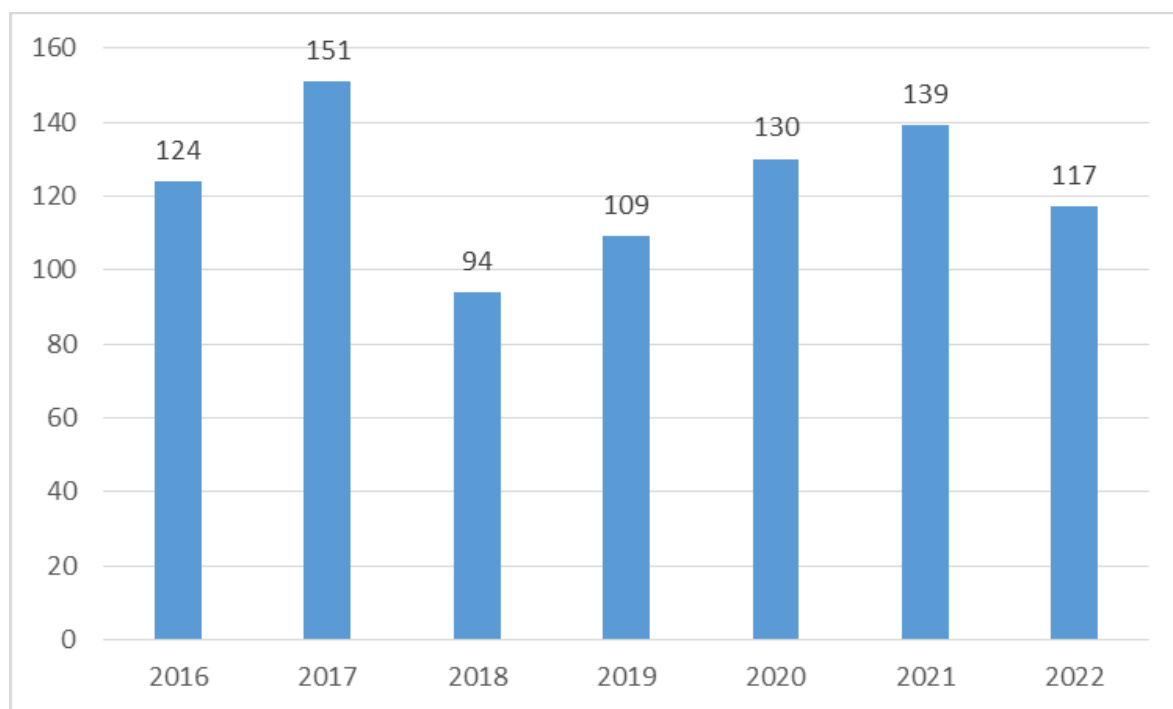
Deze stijging zien we dan vooral bij de klachten rond kwaliteitsvolle dienstverlening.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Kwaliteitsvolle dienstverlening	136	174	150	143	88	110	136
Vrije keuze beroepsbeoefenaar	2	2	2	1	/	/	/
Informatie gezondheidstoestand	15	11	8	6	8	8	7
Geinformeerde toestemming	11	17	10	14	19	10	10
Patiëntendossier	4	4	5	1	1	2	3
Inzage patiëntendossier	0	0	0	1	1	1	/
Afschrift patiëntendossier	3	1	1	3	4	1	3
Privacy	3	4	7	5	3	1	4
Klachtenbehandeling	0	0	0	0	2	/	/
Pijnbehandeling	0	0	0	0	/	/	1
TOTAAL	174	213	183	174	126	133	164



2.2.2 Klachten zonder betrekking tot de rechten van de patiënt

In 2022 zijn deze klachten gedaald.



Deze klachten hebben voornamelijk te maken met ongenoegen en ontevredenheid omtrent **administratieve en financiële aspecten** (bv. facturatie), **facilitaire aspecten** (bv. maaltijden), **technische aspecten** (bv. kamercomfort, parking, lawaaihinder), en **organisatorische aspecten** (bv. afsprakenregeling, ontslagregeling, roken).

Deze klachten leren hoe de organisatie door patiënt/familie/bezoeker ervaren wordt en kunnen dus de organisatie belangrijke leer- en actiepunten aanreiken.

Er zijn in deze categorie ook medische, verpleegkundige en paramedische/sociaal verpleegkundige klachten onder te brengen, maar in veel kleinere aantallen.

>In Hoofdstuk 3 wordt nog meer in detail ingegaan op de klachten



2.3 Klachtratio

Met het opnemen van de klachtratio in het jaarverslag worden de klachten in perspectief geplaatst ten opzichte van het totaal aantal patiënten die het ziekenhuis opzocht (als klassiek gehospitaliseerde patiënt, patiënt in daghospitalisatie, ambulant of op spoed) in het afgelopen jaar.

1. **Algemene klachtratio** = totaal aantal klachten/totaal aantal opgenomen patiënten, ambulante patiënten en patiënten op spoed: **7 klachten per 10.000 patiënten (contacten)**
➤ Ruwe gegevens: 281 klachten/ 384.750 patiënten (contacten)
2. **Klachtratio klassieke hospitalisatie**: aantal klachten van opgenomen patiënten /totaal aantal opgenomen patiënten in klassieke opname: 79 klachten per 10.000
➤ Ruwe gegevens: 117 klachten/14.747 patiënten (contacten)
3. **Klachtratio daghospitalisatie**: aantal klachten van patiënten in daghospitalisatie/totaal aantal patiënten in daghospitalisatie: 8 klachten per 10.000
➤ Ruwe gegevens: 20 klachten/ 26.561 patiënten (contacten)
4. **Klachtratio poliklinische contacten**: aantal klachten van poliklinische patiënten/ totaal aantal poliklinische contacten: 3 klachten per 10.000
➤ Ruwe gegevens: 100 klachten/ 320.145 patiënten (contacten)
5. **Klachtratio spoed**: aantal klachten van patiënten op spoed/ totaal aantal spoedcontacten: 19 klachten per 10.000
➤ Ruwe gegevens: 44 klachten/ 23.297 patiënten (contacten)

Klachtratio (aantal klachten per 10.000 patiëntencontacten)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Algemene	11	13	9	9	9	8	7
Klassieke hospitalisatie	110	115	90	92	77	60	79
Daghospitalisatie	9	13	4	5	8	4	8
Poliklinisch	4	6	3	3	4	6	3
Spoed	16	16	21	18	24	12	19



3 Aantal vragen naar informatie/tussenkoms

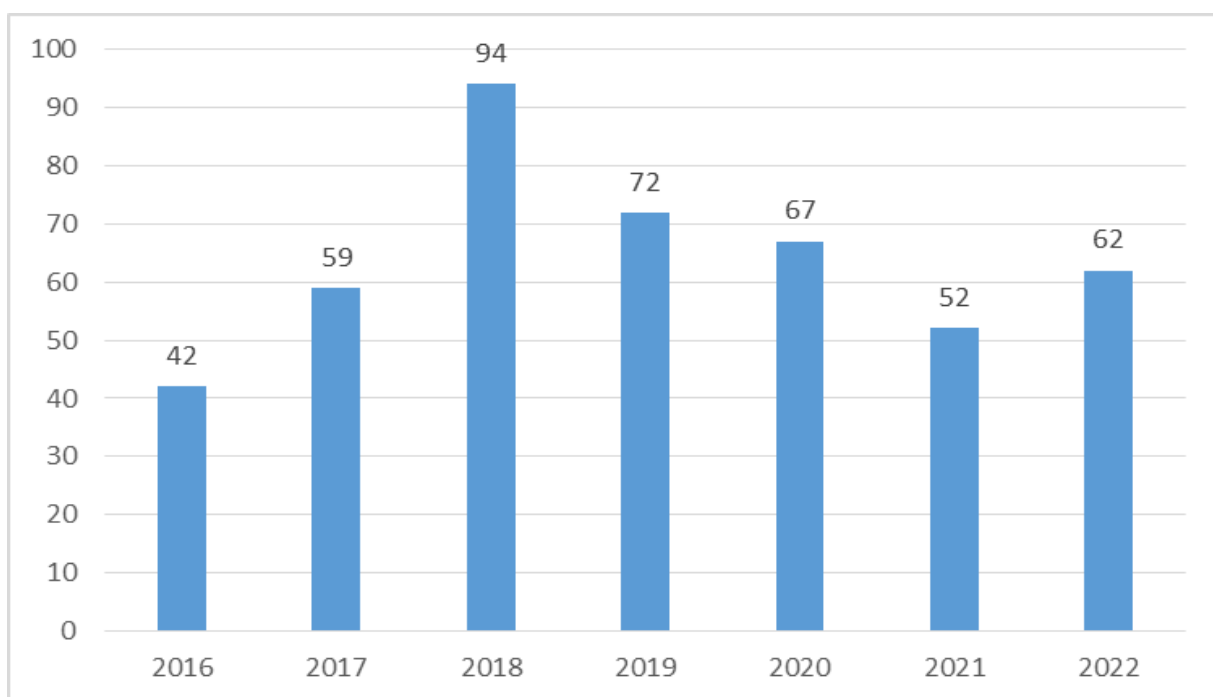
Naast de klachten ontvangt de ombudsdienst ook vragen naar informatie (over de rechten van de patiënt, vragen over allerlei aspecten van een ziekenhuisopname, enz....), vragen naar adviesverlening of vragen naar een tussenkomst zoals hulp bij aanvragen inzage/afschrift dossier

Er was dit jaar een stijging in het aantal vragen.

34 vragen waren rond het bekomen van een afschrift van een patiëntendossier of inzage in dossier. Vorig jaar waren er 33 vragen hierover.

Ook het ziekenhuis krijgt rechtstreeks (patiënten kunnen dit via de website zelf ook rechtstreeks aanvragen) veel vragen tot een afschrift van een patiëntendossier.

Dit cijfer blijft dus wat hetzelfde, zelfs met alle andere mogelijkheden waarbij de patiënt zelf rechtstreeks zijn of haar dossier kan bekijken zoals via mynexuzhealth.be of mijngezondheid.be



HOOFDSTUK 2

VERWACHTINGEN VAN DE KLAGER OF VRAAGSTELLER

Dit jaar kwam opnieuw als meest aangehaalde verwachting van de patiënten (of hun familie of kennis) het ontvangen van ‘**uitleg of info of excuses**’ naar voren naar aanleiding van hun klacht (of vraag).

Het ‘**geven van een signaal**’ was de daarop volgende belangrijkste verwachting.

Mensen hebben soms meerdere verwachtingen m.b.t. de opvolging van hun klacht of vraag. De verschillende verwachtingen worden ook telkens geregistreerd.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Signaal	157	213	159	145	114	94	120
Uitleg/info/excuses	125	173	180	148	121	126	158
Luisterend oor/opvang	7	23	46	28	18	22	16
Schadeclaim	31	28	25	26	21	20	22
Correctie factuur	60	57	43	36	32	45	43
Oplossing	40	57	48	62	63	73	53
Voorval zonder schadeclaim	1	/	/	/	/	/	/
Andere	2	4	4	5	/	4	/

Uiteraard kan de ombudsdienst niet steeds aan deze verwachtingen voldoen.

Dit wordt dan ook duidelijk besproken met de patiënt die hiermee genoeg kan nemen of die wordt doorverwezen naar een andere interne of externe dienst (bv. dienst ledenverdediging van het ziekenfonds) indien de patiënt hierin wil verder gaan.



HOOFDSTUK 3

SITUERING VAN DE KLACHTEN

In deze rubriek worden enkel de **klachten** verder bekeken, niet de vragen.

De klachten worden volgens inhoud besproken.

Medische aspecten	103
Verpleegkundige aspecten	51
Paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten	3
Administratief-financiële aspecten	49
Facilitaire aspecten	3
Technische aspecten	17
Organisatorische aspecten	46
Andere	9
TOTAAL	281



HOOFDSTUK 4

RESULTAAT VAN DE KLACHTENBEMIDDELING

Dit hoofdstuk handelt enkel over de klachten.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Intern opgelost	84 %	89%	88%	83%	82%	93%	93%
Niet (intern) opgelost	16 %	11%	12%	17%	18%	7%	7%
Juridische weg	/	/	/	/	/	/	/

Intern opgelost: dit zijn de dossiers waarbij de klachtmelder het antwoord , dat hij/zij kreeg via de ombudsdienst van het ziekenhuis of zorgverlener, voldoende vond (antwoord, excuses, financieel akkoord,...) of waarbij er een aangifte bij de verzekering van arts of ziekenhuis gebeurde.

Niet (intern) opgelost zijn deze dossiers waarbij de klachtmelder van de tussenkomst ombudsdienst een irrealistische verwachting had, de klachtmelder na een eerste aanmelding het contact verder eenzijdig verbrak, een oplossing bij voorbaat niet mogelijk leek, er geen gevolg werd gevraagd of een doorverwijzing naar de mutualiteit gebeurde.



HOOFDSTUK 5

DOORLOOPTIJD KLACHTEN EN VRAGEN

De ombudsdienst beschikt sinds 2016 over een tijdsbesteding voor de ombudsfunctie van 60 % ten opzichte van 80 % de jaren daarvoor.

Dit heeft geen al te grote invloed gehad op de doorlooptijd.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
≤ 1 dag	33 %	40%	45%	48%	63%	52%	45,5%
2-10 dagen	36 %	35%	34%	31%	25%	31%	29%
11-20 dagen	16 %	10%	11%	6%	4,8%	8%	11%
21-30 dagen	7 %	5%	4%	5,9%	3%	3,7%	8,5%
31-60 dagen	7 %	8%	5%	5%	3%	4%	4%
61-90 dagen	/	0,2%	1.3%	1,9%	0,3%	0,3%	1%
≥ 90 dagen	0,60 %	1,8%	0,3%	2,2%	0,9%	1%	1%



HOOFDSTUK 7

AANBEVELINGEN

Deze aanbevelingen zijn opgemaakt door het bestuur van VVOVAZ (beroepsvereniging van ombudspersonen van alle zorgvoorzieningen) na input van de leden.

Het zijn aanbevelingen die over de ziekenhuizen heen gelden en zowel op de ziekenhuizen als de overheid een appel doen.

Financiële informatie aan patiënten: nood aan meer en betere transparantie

Problematiek

Via de meldingen vernemen we dat patiënten de ervaring of perceptie hebben dat er niet (tijdig) of niet transparant genoeg wordt gecommuniceerd over de kostprijs van behandelingen en zorgverlening. Deze klachten worden vooral geformuleerd bij het ontvangen van de factuur. Het te betalen bedrag wijkt af van hetgeen patiënten verwachten.

1. Patiënten geven in deze dossiers aan dat zij vooraf niet op de hoogte werden gebracht over de kosten. Bij het ondertekenen van een Informed Consent hebben zij onvoldoende tijd om vragen te stellen bij hetgeen ze aftekenen. Hoewel er reeds veel prijsinformatie te vinden is o.a. op websites, in brochures, via mutualiteit of hospitalisatieverzekering, blijft het verzamelen van deze prijsinformatie een opdracht voor de patiënt waartoe hij niet altijd in staat is of waarvoor energie ontbreekt.

Artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners zijn zelf niet altijd op de hoogte van de kostprijs van hun diensten en de terugbetaalbaarheid ervan vb. het gebruik van een nieuw geneesmiddel dat comfort biedt aan patiënten maar nog niet wordt terugbetaald.

Zorgverleners zorgen in eerste instantie voor correcte adviezen rond behandeling en zorg en staan in mindere mate stil bij de financiële gevolgen van de behandeling die zij voorstellen. Een aantal zorgverleners blijven het daarnaast ook een drempel vinden om over kostprijs te spreken in een zorgcontact met patiënten. Het feit dat ook deze informatie bij een correct patiëntencontact hoort maakt nog geen evident deel uit van hun zorgcultuur.

2. Patiënten blijven aanlopen tegen de begrippen conventie en niet-conventie en de financiële gevolgen hiervan.

Ziekenhuizen afficheren ondertussen correct de conventiestatuten en plaatsen informatie in onthaalbrochures, op websites... Toch blijven de begrippen geconventioneerd, niet geconventioneerd en gedeeltelijk geconventioneerd moeilijk te begrijpen.

Patiënten die door behandelende artsen worden verwezen naar collega's vb. voor medische beeldvorming, nucleaire onderzoeken... krijgen niet altijd de conventiestatus van deze artsen mee. Om comfort voor de patiënt te verhogen worden gecombineerde afspraken aangeboden zonder dat er aandacht is voor het vermelden van de conventiestatus van de arts waarnaar wordt verwezen. De gevolgen hieromtrent worden vaak duidelijk bij het ontvangen van de factuur wat leidt tot bedenkingen en klachten.



3. Behandelingen in ziekenhuizen die doorgaan in daghospitalisatie (met of zonder gebruik te maken van een bed) levert een ziekenhuisforfait op maar blijft een moeilijk te begrijpen systeem voor patiënten. Ook al zijn ze aanwezig in een ruimte die daghospitaal heet, hun verzekering komt niet altijd tussen.

4. Er is meer prijstransparantie nodig rond het patiëntenvervoer binnen de ziekenhuisnetwerken. Binnen netwerken worden taakafspraken gemaakt en patiënten worden verwezen tussen instellingen. Indien dit patiëntenvervoer binnen het netwerk niet wordt geregeld blijft de patiënt een hoge vervoersfactuur ontvangen.

Mutas neemt een groot deel van het ziekenvervoer op zich. Het is een dagelijks gegeven dat het aantal gevraagde ritten het aanbod overstijgt. Er worden alternatieve vervoersmogelijkheden gezocht waarvan de kosten vaak voor rekening van de patiënt zijn.

Aanbevelingen

Het is noodzakelijk meer transparantie te brengen in de kostprijs van gezondheidszorg in een taal verstaanbaar voor alle patiënten en zonder een weg af te leggen waarbij het bos en de bomen niet meer te onderscheiden zijn.

1. Zorgverleners hebben training en opleiding nodig om, zonder gevoel dat zij een commerciële houding aannemen, te spreken over kostprijs van gezondheidszorg. Ook dit hoort bij een open en informerend patiëntencontact.

2. Het regelen van kosten bij vervoer van patiënten binnen een ziekenhuisnetwerk erbuiten bij verwijzingen naar andere ziekenhuizen vraagt om meer afspraken en transparantie. Het bepalen van een maximumforfait voor vervoer en het informeren van de patiënt over deze kosten kan helderheid brengen.

3. Sensibiliseren van patiënten om (pro)-actief te vragen naar de financiële impact van de geleverde zorg is absoluut aan de orde. Patiënten kunnen worden gestimuleerd om kostenramingen te vragen alvorens toe te stemmen in ingrijpende behandelingen. Het overwegen van een financiële front-office in een zorginstelling kan een oplossing bieden voor deze vragen van patiënten.

Het elektronisch patiëntendossier en vragen rond bescherming van privacy van patiëntengegevens

Problematiek

Patiënten zijn het noorden kwijt geraakt in de noodzaak om patiëntengegevens te delen binnen steeds grotere datagroepen tegenover alle informatie en wetgeving die oproept tot voorzichtigheid en bescherming van privacy.

Het kunnen raadplegen van zijn patiëntengegevens door de patiënt heeft veel voordelen naar transparantie en openheid. De patiënt leest mee en dit vergroot zijn participatiemogelijkheid. Het meelesen brengt echter ook nieuwe vragen met zich mee.

1. De patiënten maken zich zorgen over de bescherming van hun persoonlijke levenssfeer en over het vertrouwen waarop hun relatie met een beroepsbeoefenaar is gebouwd. Zij vragen transparantie over de manier waarop de gezondheidsgegevens worden gedeeld via de netwerken. We stellen vast dat vele patiënten zich aanvankelijk niet bewust zijn van wat gegevensdeling werkelijk inhoudt. En de  patiënten weten niet echt wie "toegang kan

hebben tot wat". Zij beseffen niet steeds wat de gevolgen zijn van het overhandigen van de identiteitskaart aan de balie van het ziekenhuis.

2. Sommige patiënten willen dat bepaalde gegevens niet gedeeld worden bv. eenmalige consulten bij een psycholoog, een vroegere verslavingsproblematiek, oude psychiatrische werkhypothesen, foto's van voor- en nabehandelingen.... Zij vragen deze te verwijderen uit hun dossier zonder te weten wat wettelijk hiertoe de mogelijkheden zijn. Ze verliezen vertrouwen en veiligheid. Dit kan leiden tot gedrag waarbij patiënten niet langer alles durven toevertrouwen aan de beroepsbeoefenaar en/of de toestemming voor deling binnen de grote netwerken intrekken.

3. Patiënten lezen diagnoses en werkhypothesen in hun dossierapp zonder dat er reeds een overleg heeft kunnen plaatsvinden bij de behandelende arts. Dokter google, zelfdeductie, zelf opzoekingswerk leidt er soms toe dat patiënten ziektebeelden opsporen zonder correctheid te kunnen inschatten. Het brengt onterechte onrust enerzijds en slecht nieuws zonder slechtnieuwsbegeleiding anderzijds.

4. Zorgverleners hebben meer bewustzijn nodig rond het formuleren van bepaalde inhoud en van de gevolgen van verder werken op werkhypothese van andere zorgverleners. Door het knip-en plakwerk gaat een objectieve kijk op de situatie soms verloren en werkt men verder op een eerdere behandelingshypothese zonder oog te hebben voor mogelijkheden van nieuwe inzichten.

5. Het ter beschikking zijn van tijdige en correcte medische verslagen en terugkoppelingen binnen een billijke termijn is noodzakelijk want kan financiële gevolgen hebben voor de patiënt (cf. hospitalisatieverzekering).

Aanbevelingen

1. Zorgverleners hebben verdere opleidingen nodig aangaande het onderscheid tussen het individueel patiëntendossier zoals verplicht in de wet betreffende de rechten van de patiënt en het via online netwerken tussen beroepsbeoefenaars "gedeeld" of "gecentraliseerd" dossier.

2. Er is een duidelijke overheidscampagne nodig om mensen beter te informeren over mogelijkheden en beperkingen van het elektronisch patiëntendossier. Met wie kan er wat worden gedeeld, wat met de vraag om zorgverleners uit te sluiten, wat na overlijden en toegang nemen, wat met ouders van kinderen, wat met kinderen van ouders, wat met pleegouders....

3. Zorgverleners hebben ondersteuning nodig om op een objectieve, niet oordelende manier feiten te kunnen weergeven in hun verslag. Leren schrijven alsof de patiënt mee aan tafel zit zou het motto moeten zijn. Verdere opleiding en scholing hieromtrent kan worden opgenomen in opleiding als zorgverlener.

4. De overheid en de zorginstellingen zullen waakzaam moeten blijven voor deze groep van patiënten die digitale achterstand heeft of digibeet dreigt te worden. Zij worden afgesloten van een hoeveelheid aan data over hun persoon en hebben verminderde mogelijkheden om hun recht op inzage en afschrift van patiëntengegevens op te nemen en hun recht op informatie te verzekeren.

5. De patiënt moet "zo snel mogelijk" en herhaald ingelicht worden dat zijn gegevens in een bepaald netwerk of een bepaald zorgteam gedeeld kunnen worden, met vermelding van het type beroepsbeoefenaar . De toestemming zou bevestigd kunnen worden door een e-mail, sms of brief, waarin "basisinformatie"  over het betreffende uitwisselingsnetwerk

en de contactpersonen/websites/callcenters, waar de patiënt meer informatie kan bekomen, vermeld staan.

Het verduidelijken van de verschillende mandaten die een patiënt kan opnemen is dringend aan de orde

Problematiek

Er bestaan vandaag voor patiënten verschillende mogelijkheden om zich te laten bijstaan of vertegenwoordigen in de uitoefening van hun patiëntenrechten als zij zelf hiertoe niet in staat zijn.

1. Patiënten zijn hier zelf te weinig van op de hoogte en worden vaak geconfronteerd met een hiaat in deze kennis tijdens hun opname. Zelden zijn er vertrouwenspersonen of vertegenwoordigers aangeduid bij een ziekenhuisopname met alle gevolgen van dien. Het wettelijke cascadesysteem wordt dan gebruikt maar is niet steeds de wens van de patiënt.
2. De behandelende teams zijn niet altijd vertrouwd met de verschillende mandaten en hun wettelijke gevolgen. Wie is vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, bewindvoerder (en in welke vorm) zorgvolmachtouder? Met wie kan er worden gesproken en met wie moet er worden gesproken alvorens te kunnen behandelen? Welke documenten zijn er noodzakelijk om dit te kunnen kracht van uitvoering te maken? Wie kan er toegang nemen tot het digitaal patiëntendossier en welke bewijzen zijn noodzakelijk om een koppeling te kunnen doorvoeren?

Aanbevelingen

1. Het is belangrijk dat zorgverleners zicht hebben op de verschillende soorten mandaten en kennis hebben van de wettelijke bevoegdheden die aan deze mandaten gekoppeld zijn. Er is nood om deze cruciale documenten (zorgvolmacht, bewindvoering, aanwijzing vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger) transparant ter beschikking te krijgen en op een duidelijke en toegankelijke plaats in het patiëntendossier op te nemen.
2. Verder adviseren we dat de huidige documenten die door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu worden aangeboden om een vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger aan te wijzen worden aangepast zodat de identiteit van deze persoon gelegitimeerd kan worden. De toevoeging van een rijksregisternummer of een kopie van de identiteitskaart zou dit kunnen opvangen.

Het voeren van preventiecampagnes en toegankelijkheid van de zorg

Met heel veel respect wordt er gekeken naar campagnes, acties, tv-programma's die het publiek willen duidelijk maken dat elke vraag naar hulp een waardige vraag is. Praat erover, laat je screenen, neem actie voor het te laat is zijn evoluties die enkel kunnen worden toegejuicht.

De vraag naar psychologische ondersteuning is reeds jaren groter dan het mogelijke aanbod. Algemene ziekenhuizen hebben niet de mogelijkheden aangepaste ondersteuning te bieden. Ziekenhuizen met mogelijkheden tot gespecialiseerde hulp kunnen enkel hun deuren gesloten houden omwille van gebrek aan capaciteit. Ambulante zorg kan de vraag niet meer voldoen. Alternatieve initiatieven vangen mee op maar zitten ondertussen evenzeer aan het einde van hun mogelijke Latijn.



In overheidscampagnes wordt aangeraden preventief dermatologisch te screenen. Velen gaan in op deze oproep en worden nu geconfronteerd met een patiëntenstop bij dermatologen. Hetzelfde fenomeen is eveneens merkbaar voor tandzorg en – behandeling.

Wachttijden voor een aantal specialisaties zijn lang en leiden tot wanhoop bij patiënten die nood hebben aan ondersteuning. Zorg kan niet snel genoeg worden opgenomen en leidt tot een grotere zorgzwaarte bij consult en opname. De preventie schiet zijn doel voorbij.

Resultaten van deze problematiek komen tot uiting bij extra aanmeldingen op de spoeddiensten. Patiënten bieden zich bij gebrek aan alternatief aan bij de spoeddiensten terwijl deze pathologie daar niet thuishoort. Dit creëert op zijn beurt lange wachttijden en overvraagde spoedmedewerkers die aanlopen tegen patiëntennoden die geen spoed behoeven.

Het herdenken van mogelijkheden voor deze problematiek dringt zich op om verdere schade te voorkomen.



ALGEMEEN BESLUIT

Het aantal dossiers is gestegen. Hierbij is een (zeer) lichte stijging in het aantal klachten te zien.

De algemene klachtratio is gedaald naar **7 klachten per 10.000 patiëntencontacten**.

In 2021 ging het om 8 klachten op 10.000 patiëntencontacten.

Het aantal verpleegkundige klachten en medische klachten is gestegen.

De administratief-financiële klachten en organisatorische klachten zijn gedaald.

We zien een sterke daling in het aantal dossiers waarbij een financiële tegemoetkoming werd afgesproken en ook in het totaalbedrag van tussenkomst in vergelijking met vorig jaar.

Evi Devos
Ombudsvrouw

