De Wet op de Patiëntenrechten – reactie op de update

Voorliggend document is de reactie van de vzw Patient Empowerment op de uitnodiging van de federale overheid om te reageren op de tekst van de update van de Wet op de Patiëntenrechten van 2002.

Vooreerst toch dit: het is een uitstekend initiatief om de Wet op de Patiëntenrechten te updaten, dat was ook nodig.

De vzw Patient Empowerment beschouwt de Wet van 2002 alsook de update ervan als het minimum waarop een zorgvrager recht heeft. Het is vandaag evident dat een zorgvrager recht heeft om geïnformeerd te zijn over alle aspecten van zijn ziekte en behandeling. Daarnaast heeft hij of zij ook recht op een gelijkwaardige behandeling en dat vermeldt de update niet. Zeer zeker hebben zorgvragers recht op informatie over de kwaliteit, expertise en professionele ervaring van de zorgverstrekkers en de behandelende zorgorganisaties. In de praktijk is het voor een zorgvrager niet evident om dat zelf te beoordelen. Een belangrijke stap zou zijn dat de overheid zorgverstrekkers en zorgorganisaties oplegt de zorgvragers daarover te informeren. Het is natuurlijk goed dat een patiënt in de update het recht heeft te vragen naar de beroepsbekwaamheid en ervaring terzake van de zorgverstrekker. Nog beter zou zijn dat daar gewoon open over wordt gecommuniceerd door de zorgverstrekkers en zorgorganisaties zelf.

Vanuit een patient empowerment-perspectief wordt de controle over het behandelingsproces gedeeld tussen zorgvrager, zorgverstrekker en zorgorganisatie alsook de verantwoordelijkheid ervoor. Ook de zorgvrager dient dus zijn verantwoordelijkheid op te nemen. Overheden zouden daartoe nog meer moeten inzetten. De vzw Patient Empowerment, die zich richt tot alle betrokkenen (zorgvragers, zorgverstrekkers, zorgorganisaties, overheden, …), heeft zich tot doel gesteld daartoe bij te dragen en is beschikbaar voor overleg.

De update hoort een nieuw beginpunt te zijn en niet een eindpunt waarmee we ons de komende 20 jaar tevreden moeten stellen:

- *In de tekst van de update zit hier en daar een "aanzet" vervat (bijv. m.b.t. het "Samenwerkingsverband (artikel 3 WPR)"). Ook werden essentiële aspecten van de patiëntenrechten niet aangepakt, zoals het klachtrecht. Hopelijk worden dit nu planmatig behandeld zodat ze concreet verder worden uitgewerkt en niet op de lange baan geschoven.*
- *Het lijkt ons aanbevelenswaardig om nu al de methode van evaluatie (en de bijhorende timing) vast te leggen van de update eens de wet is gepubliceerd. Met de update lopen we immers niet vooruit, er wordt louter een inhaalbeweging gemaakt. Die is zeker zinvol, maar we beschouwen de update niettemin louter als een nieuw vertrekpunt.*

- *Belangrijk is om nogmaals te noteren dat patiëntenrechten pas kunnen worden uitgeoefend als ze door de zorgvrager bekend zijn zodat die weet als zijn of haar rechten zijn geschonden. De wet van 2002 was ook na 20 jaar nog onvoldoende bekend bij zowel zorgvragers als zorgverstrekkers. De inspanningen om de update bekend te maken moeten veel groter zijn en vragen om een minder vrijblijvende communicatie erover. We bevelen aan om deze inspanningen te combineren met het niet vrijblijvend bekend maken én aanleren van de principes van Shared Decision Making (SDM) aan de hulpverleners.*

Het kan dat bepaalde suggesties in voorliggend document beter buiten de update van de wet worden voorzien. We hopen dat het engagement van de overheid er is om ze ernstig te overwegen en desgevallend meteen een ander kanaal te voorzien om ze te realiseren.

Merelbeke, 17 april 2023

Vzw Patient Empowerment
www.patientempowerment.be
Info@patientempowerment.be

1. Van patiënt naar zorgvrager

We zouden het woord 'zorgvrager' verkiezen boven 'patiënt'. De term patiënt wordt in de praktijk vooral gerelateerd aan ziekenzorg, zorgvrager is breder en houdt ook de mens in die zorg of begeleiding krijgt in de geestelijke gezondheidszorg (de 'cliënt'), een revalidatiecentrum en een woonzorgcentrum (de 'bewoner' of 'resident'). Daarenboven is de term louter gericht op de kernpersoon die de zorg krijgt, terwijl een mantelzorger tegelijk een zorgvrager is en toepassing verdient van de Wet op de Patiëntenrechten.

2. De verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie

Ook "Zorginstelling" zou moeten worden gedefinieerd. Een zorgorganisatie (ziekenhuis, revalidatiecentrum, centrum voor GGZ, woonzorgcentrum, …) heeft ook rechten en plichten jegens de patiënt, niet enkel de behandelende gezondheidszorgbeoefenaar.

Heel wat informatie aan de zorgvrager is niet medisch, maar is niettemin voor hem of haar van groot belang, zoals bijv. informatie over de kosten van een ingreep. Het is daarom aangewezen dat ook de zorgorganisatie oor heeft naar de vragen, noden en behoeften van zorgvragers, zowel op individueel niveau als van groepen van zorgvragers met een vergelijkbare pathologie bijv. verenigd in een patiëntenvereniging.

3. De patiëntenrechten in een woonzorgcentrum - Memorie, artikel 5, p16-17

De nieuwe definitie van 'patiënt' luidt: "een natuurlijke persoon die gezondheidszorg wenst te ontvangen of ontvangt, al dan niet op eigen verzoek. Hierdoor wordt ook de persoon die gezondheidszorg wenst te ontvangen en daarvoor de nodige initiatieven neemt, beschermd door de wet." Gezondheidszorg wordt niet gedefinieerd. Krijgt een resident van een woonzorgcentrum in het algemeen zorg of gezondheidszorg? Wanneer wordt zorg gezondheidszorg? Als de voeding van een bewoner wordt voorgesneden omdat een bewoner niet meer in staat is dat zelf te doen, is dat gezondheidszorg? Als zorg in het algemeen wordt verleend door een verpleegkundige – een 'gezondheidszorgbeoefenaar dus' – gaat het dan om gezondheidszorg?

Art. 5, pag 17 vermeldt ook: "Maar zolang een persoon geen gezondheidszorg ontvangt, is hij strikt genomen geen patiënt in de zin van de wet en kan hij dat recht dus nog niet hebben en uitoefenen. Door de patiënt ook te definiëren als een persoon die gezondheidszorg wenst te ontvangen, maar nog niet ontvangt, kan hij dus ook dit recht volwaardig uitoefenen." Maakt dat de resident ook tot een persoon op wie de update van de wet van toepassing is? Meer duidelijkheid is nodig.

Beschermt de update van de Wet op de Patiëntenrechten de residenten in een woonzorgcentrum net zomin als de wet van 2002? Ouderen zijn vaak extra kwetsbaar en afhankelijk en kunnen deze wettelijke bescherming dus goed gebruiken.

Zie ook de blog van resident Lieve Flour: https://patientempowerment.be/getuigenissen/residenten-hebben-vandaag-niet-de-rechten-van-patienten/

4. De 'voorafgaande zorgplanning' – Memorie, artikel 5, 4°, p19 + 'Diagnose/behandelingsgerichte zorg' – Memorie, artikel 7, p27

"In de bepalingen m.b.t. de geïnformeerde toestemming wordt het concept van voorafgaande zorgplanning geïntroduceerd. Voorafgaande zorgplanning betekent het schriftelijk vastleggen van de wensen van de patiënt voor de toekomstige gezondheidszorg van de patiënt."

4.1. Uiteraard is het essentieel dat de zorgdoelen van de zorgvrager worden gedefinieerd; "doelgerichte zorg" slaat op het doel of de doelen van de zorgvrager. Het is daarbij wel belangrijk te beseffen dat de visie en de voorkeuren van de patiënt kunnen veranderen. In de toelichting (bijlage 1- staat terecht: "Het uittekenen van de gezondheidsdoelen en wensen voor de eigen gezondheidszorg is een continu proces voor de patiënt." Het is dus oppassen geblazen: het vastleggen van zorgdoelen en zorgplanning op één tijdstip, in contrast met de wetenschappelijk-medische vooruitgang en (nieuwe) maatregelen in de zorgsector en samenleving en de eventueel wijzigende context en omstandigheden van de zorgvrager, houdt risico's in. Behandelingsmogelijkheden en de kennis erover veranderen/verbreden doorlopend, terwijl deze die besproken zijn met de zorgvrager, en diens keuzes/beslissingen, van vroeger dateren.

4.2. Vroegtijdige afspraken tussen de patiënt (of familie), en het team van zorgverstrekkers of instelling, brengt nieuwe risico's met zich mee, nl. dat de latere consequenties/gevolgen/impact niet steeds duidelijk zijn voor de patiënt.
Een concreet voorbeeld is de vraag gericht aan de patiënt of familie: "*Wenst u gehospitaliseerd te worden, of liever hier blijven?"*
Door de keuze "niet hospitaliseren" ziet de persoon de facto af van de maximale genezende behandeling die alleen in (gespecialiseerde) ziekenhuizen wordt toegepast.
De feiten tijdens de COVID-pandemie bewijzen dit: veel zieken zijn overleden in woonzorgcentra die niet zijn toegerust om de speciale zorgen toe te dienen. Achteraf is toen verwezen naar de vroegtijdige zorgplanning ondertekend door de bewoner (of familie), zelfs voor het begin van de COVID-ziekte. Een variant op bovenstaande vraag is "*Wenst u geïntubeerd te worden?*". Een negatief antwoord verkleint de kans op overleven (toch indien wij overtuigd zijn van het medisch nut van deze ingreep).

4.3. Een ander voorbeeld van het risico is het vastleggen van de "gezondheidsdoelen", "behandelingsdoelen" of "zorgdoelen", vandaag een frequent gebruikt begrip in medische kringen. Als voorbeeld stelt men levensduur verlenging *tegenover* de kwaliteit van leven en ongewenste effecten bij ouderen. Men verplicht te kiezen tussen het één of het ander. Deze keuze aanbieden getuigt van een twijfelachtige moraliteit. Mag een zieke niet kiezen voor levensduur verlenging EN levenskwaliteit? Meestal verwachten de bewoner van een rusthuis, een zieke, de familie, dat artsen alle middelen zullen aanwenden die genezing nastreven, tegelijk met optimale pijnbestrijding en vermijden van ongemakken. Dat artsen en instellingen de keuze aanbieden om NIET te genezen, is een nieuwe moraal die de meeste mensen niet verwachten.

4.4. En wat met de ongeneeslijke aandoeningen, zoals kanker metastasen? Het antwoord volgt uit de vergelijking met diabetes, reumatoïde arthritis, COPD, inflammatoir darmlijden, nierfalen, arteriële vernauwingen, schizofrenie, en vele andere. Dit zijn chronische ziekten die in de regel

nooit genezen worden. Met de gepaste en, in mindere of meerdere mate, succesvolle behandeling verlangt niemand dat deze "patiënten" moeten kiezen of ze niet liever palliatie zouden krijgen. Terecht zou dergelijke vraag als een falen van ons gezondheidssysteem gezien worden.

Een oplossing voor dit gevaar dat voortvloeit uit de patiëntenraadpleging, is niet erop te rekenen dat artsenteams en instellingen dit op duidelijke wijze uitleggen aan de rechthebbende of familie. Immers …

- (sommige) artsen en instellingen zijn er voorstander van dat *zij* kunnen kiezen om de ene persoon genezend te behandelen of een comfort- of kwaliteitsverhogende therapie aan te bieden, en de andere persoon palliatief (in brede zin).

  Zo wordt aanbevolen bij een nieuwe bewoner of zieke eerst de "Frailty score" te registreren die vervolgens gebruikt wordt om zieken te selecteren. https://geriatrie.be/media/2020/10/Leidraad-voor-artsen-ziekenhuisopname-bij-WZC-bewoner-met-COVID-19-23092020-1.pdf

- Het "volledig informeren van zieken en familie" is voor artsen een moeilijke en tijdrovende opdracht die ten koste gaat van andere wachtende patiënten.
- De (geïnformeerde) afspraak met de (toekomstige) zieke is gebeurd op een vroegere datum, terwijl op het ogenblik van de uitvoering de medische mogelijkheden veranderd/verbeterd zijn of de houding tegenover die medische ingrepen voor de hulpvrager veranderd is.

Het vermijden van de kwalijke gevolgen voor de rechthebbende is deels mogelijk door de talrijke keuzen van zorgplanning enkel te bespreken op verzoek van de rechthebbende of de familie, en niet op initiatief van de instelling, van zorgverleners of van buitenstaanders, zoals nu al gebeurt. Dit vereist **een aanpassing van art 8/2 §2** (vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger brengen gezondheidszorgbeoefenaar automatisch op de hoogte).

Het is belangrijk dat in de wet wordt vermeld

- dat de gezondheidszorgbeoefenaars geregeld moeten aftoetsen met de zorgvrager of hij of zij nog steeds de zorgplanning onderschrijft.
- dat zij alle rechthebbenden en potentiële patiënten vooraf goed dienen te informeren over de gevolgen en risico's van het vastleggen van hun persoonlijke keuzen in de gezondheidsplanning. Immers, deze keuzen zullen (later) gebruikt worden bij prioritering/selectie van zieken.

Zie nog Roels: https://www.artsenkrant.com/actueel/wie-beslist-om-ernstig-zieken-in-een-woonzorgcentrum-te-laten/article-opinion-46665.html?cookie_check=1678182878
Mrt 2020: https://www.tijd.be/dossiers/coronavirus/zwakste-rusthuisbewoners-met-corona-gaan-niet-naar-ziekenhuis/10216345

5. Multidisciplinaire teams – Memorie, artikel 6, p19-20

In heel wat ziekenhuizen wordt overleg gepleegd over de toestand en behandelingswijze van patiënten door mensen uit verschillende disciplines, bijv. m.b.t. kankerpatiënten wordt een MOC-team (= Medisch Oncologisch Consult) samengeroepen. Ook de betrokken huisartsen worden

uitgenodigd om deel te nemen aan deze overlegvergaderingen. Diegenen waarover er gesproken wordt, in casu de patiënten zelf, kunnen deze vergaderingen niet bijwonen.

5.1. Is het niet aangewezen om ook de zorgvrager, uiteraard als hij dat wenst, uit te nodigen om hem of haar de kans te geven (eventueel online) deze bespreking bij te wonen? Op die wijze kan de zorgvrager uit de eerste hand vernemen wat er over zijn/haar zaak besproken wordt. Binnen de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg raakt deze methodiek al meer en meer ingeburgerd. Waar gewenst kunnen zorgvragers zich er laten bijstaan of vertegenwoordigen door een vertrouwenspersoon, ervaringswerker of een familielid.

5.2. Artikel 4 vermeldt "In het belang van de patiënt pleegt hij desgevallend multidisciplinair overleg". Desgevallend is te vrijblijvend. De patiënt heeft recht op multidisciplinair overleg zodat alle aspecten van de ziekte en de behandeling worden opgenomen in het behandel- en zorgplan: specialist, chirurg, radiotherapeut, radioloog, verpleegkundigen, voedingsdeskundigen, psycholoog, ergotherapeut, psychomotorisch therapeut, kinesitherapeut, sociaal assistent, ..."

6. De zorgvrager zonder vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger?

De update vermeldt terecht dat een zorgvrager een vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger kan aanduiden. Dat die de mogelijkheid krijgt “om de voorafgaande zorgplanning en/of de voorafgaande weigeringsverklaring ter kennis te brengen van een gezondheidszorgbeoefenaar”, is een goede zaak.

Maar wat met de zorgvrager die geen vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger heeft aangesteld of heeft kunnen aanstellen, bijv. omwille van zijn of haar gezondheidstoestand. Ook die heeft recht op de toepassing van de patiëntenrechten! In dat geval lijkt het evident dat de partner en andere naasten (zoals familieleden) het best geplaatst zijn - **ook dus als de zorgvrager dat zelf niet aangaf** - om op de toepassing van de patiëntenrechten toe te zien. Ook de update kent hen daartoe echter het mandaat niet, en dat is nochtans wel aangewezen.

Er is dus nood aan een getrapt systeem. Uiteraard wordt de zorgvrager in de eerste plaats bijgestaan door de vertrouwenspersoon en/of de vertegenwoordiger als hij of zij die formeel heeft aangeduid. indien de zorgvrager geen vertrouwenspersoon en/of de vertegenwoordiger heeft aangeduid en ook niet meer in staat is om dat te doen, komt dat recht in de eerste plaats toe aan de dichtstbijzijnde naaste, de partner, daarna kunnen familieleden (broers, zusters, kinderen) onderling één vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger aanduiden, uiteraard tenzij er aanwijzingen zouden zijn van relevante meningsverschillen tussen de zorgvrager en de partner en familie.

7. Doorverwijzen naar de hoogste expertise – Memorie, artikel 8, p22

“§ 2. Teneinde het in paragraaf 1 geformuleerde recht uit te oefenen, kan de patiënt de beroepsbekwaamheid en de beroepservaring van de gezondheidszorgbeoefenaar bevragen.”

7.1. Zou het niet aangewezen zijn te vermelden dat de zorgverstrekker zich verplicht door te verwijzen naar de zorgverstrekker of zorgorganisatie met de meeste expertise?

7.2. En ook: Artikel 6 meldt "De patiënt kan de beroepsbekwaamheid en de beroepservaring van de gezondheidszorgbeoefenaar bevragen". Door zowel de afhankelijkheid als de kwetsbaarheid en de beperktere medische kennis van de zorgvrager aarzelen zorgvragers om te informeren naar de beroepsbekwaamheid van de zorgverstrekker. Sterker zou zijn als de zorgverstrekker spontaan zijn beroepsbekwaamheid en professionele ervaring informatief zou aantonen.

8. Recht op informatie – Memorie, artikel 9, pag24

"1° Het verstrekken van informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt is cruciaal voor de patiënt om zijn zorgsituatie te kunnen inschatten. Al in de wet van 2002 werd daarom het recht op informatieverstrekking over de gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan ingeschreven in artikel 7."

Het lijkt ons aangewezen dat "recht op informatieverstrekking over de gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan" explicieter te omschrijven. De zorgvrager moet ook geïnformeerd worden over:

- het risico (en de risicograad) op eventuele tijdelijke en permanente bijwerkingen, ook op middellange en lange termijn,
- alle andere diagnostische technieken en behandelingswijzen.

9. Inzage patiëntendossier – Memorie, artikel 14, p39

9.1. Het is belangrijk dat de zorgvrager snel en bij voorkeur in real time inzicht kan hebben in alle medische informatie over zijn gezondheidstoestand. De gegevens zijn tenslotte de eigendom van de zorgvrager, en hij of zij heeft dus te allen tijde recht op toegang tot al zijn gegevens. Bepaalde ziekenhuizen hebben een intern beleid waarbij ze de medische verslagen en/of medische beelden, enz. zodra ze klaar zijn onmiddellijk ter beschikking stellen van zorgverstrekkers (huisartsen, enz.), maar doelbewust NIET onmiddellijk ter beschikking stellen van de betrokken patiënt. Dat is een paternalistische benadering van de zorgvrager. Het is volledig aan de zorgvrager om te beslissen wanneer hij de informatie wil inzien, zelfs al is het aangewezen dat de lectuur wordt begeleid door een zorgverstrekker.

9.2. Het gebruik van die data voor andere doeleinden dan voor de zorg aan een specifieke zorgvrager (bijv. voor onderzoek) mag enkel gebeuren met expliciete toestemming van de zorgvrager.

9.3. Inzage door andere zorgverstrekkers en anderen

Er is nood aan duidelijkheid wie het medisch dossier mag inkijken. Aangewezen is: die zorgverstrekkers die een therapeutische relatie hebben met de zorgvrager. Wie toegang heeft, moet in overleg met de zorgvrager worden beslist. In elk geval heeft de patiënt het recht om zijn elektronisch patiëntendossier te delen met wie hij wil.

Daarenboven moet de zorgvrager ook steeds op een gemakkelijke wijze toegang hebben tot het rapport van wie zijn of haar patiëntendossier heeft geraadpleegd (data-logging), bijv. via het patiëntenportaal van de zorgorganisatie.

9.4. Aanpassingen aan het patiëntendossier

Gegevens mogen niet worden verwijderd uit het dossier tenzij met expliciete goedkeuring van de patiënt. Zorgvrager/rechthebbende moet daarnaast ook gegevens kunnen toevoegen.

9.5. Inzage Globaal Medisch dossier

Als de zorgvrager het niet meer wenselijk acht dat een huisarts zijn/haar Globaal Medisch Dossier bijhoudt, dan kan hij/zij dit NIET zomaar bewerkstelligen. Hij/zij dient immers een lange termijn (= enkele jaren) te wachten vooraleer dit daadwerkelijk een feit wordt.

Het bijhouden van zijn/haar GMD door een bepaalde (huis)arts zou onmiddellijk beëindigd moeten kunnen worden als de zorgvrager dit wenst, mits wordt vastgelegd wie het GMD zal bewaren.

10. Wanneer een bemiddeling niet het gewenste resultaat oplevert, … - Memorie, artikel 15, p46

"1° Wanneer een bemiddeling niet het gewenste resultaat oplevert, voorzag de wet van 2002 dat de ombudspersoon de patiënt inlichtte inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht."

De vermelde mogelijkheden indien de bemiddeling niet het gewenste resultaat oplevert, lijken ons in de tekst veel te vrijblijvend. De verschillende mogelijkheden voor verdere conflictafhandeling zouden concreet opgesomd moeten worden. Welke mogelijkheden heeft een zorgvrager (of diens mantelzorger en/of vertegenwoordiger of naaste – zie punt 6 van deze nota) als hij of zij bij de ombudsdienst van het ziekenhuis geen gehoor krijgt of als de bemiddeling niet het gewenste resultaat oplevert:

- De zorgvrager kan de onenigheid of het conflict formeler stellen, bijv. via een aangetekend schrijven.
- De zorgvrager kan de onenigheid of het conflict én het feit dat er geen gehoor aan werd gegeven door de ombudspersoon schriftelijk melden aan de directie van de zorgorganisatie, eventueel ook via een aangetekende brief.
- De zorgvrager kan ook (zie onder meer ook deze site van de federale overheid: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/patiententhemas/grensoverschrijdende-gezondheidszorg/rechten-van-de-0)

- Melding maken van de onenigheid of het conflict bij het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: mailadres zorg-en-gezondheid@vlaanderen.be
- de onenigheid of het conflict melden aan zijn of haar ziekenfonds en hen om advies en eventueel een tussenkomst vragen.
- de onenigheid of het conflict neerleggen bij de federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt": https://www.health.belgium.be/nl/de-federale-ombudsdienst-rechten-van-de-patient Dat is zeker aangewezen als de onenigheid of het conflict een beroeps- beoefenaar uit de ambulante sector betreft, die buiten een ziekenhuis werkzaam is (bijv. een huisarts, een specialist in zijn privé-praktijk, een zelfstandige verpleegster, een tandarts, een arts in een woonzorgcentrum, een gevangenisarts).

We vinden het jammer dat het klachtrecht in de wet niet verder wordt uitgewerkt, zoals de Toelichting vermeldt. De toelichting vermeldt: "De hervorming van het klachtrecht binnen de gezondheidszorg staat al lang op de politieke agenda." Dit illustreert dat er weinig en te weinig beweging zit in dat dossier en dat in de Toelichting verwezen wordt naar "de bevoegdheidsgrenzen" en "de partners in de deelstaten" klinkt communautair en belooft niet veel goeds met betrekking tot een snelle uitkomst. Ondertussen staat de zorgvrager zwak in zijn verdediging als de bemiddeling via de ombudsfunctie op niets uitdraait. Net omdat de zorgvrager de meest kwetsbare partij is bij een onenigheid of conflict is een adequaat en concreet uitgewerkt klachtrecht essentieel!

11. Ombudspersoon of bemiddelaar?

11.1. We vinden het aangewezen om het te hebben over de bemiddelaar in plaats van over de ombudspersoon of ombudsdienst (cfr 'médiateur in de Franstalige tekst)? Dat zou ook de kans verkleinen dat de functie te veel wordt gepercipieerd als een algemene klachtendienst. Vandaag krijgen de ombudsdiensten van ziekenhuizen al geregeld allerhande klachten gemeld die niet thuishoren in de uitvoering van de Wet op de Patiëntenrechten binnen dewelke de ombudsfunctie is voorzien, maar gerelateerd zijn aan bijv. service-gerelateerde aspecten zoals de parking of de voeding in de zorgorganisatie

11.2. Het lijkt ons zinvol het woord 'klacht' te definiëren gerelateerd aan de Wet op de Patiëntenrechten. Dat zou ook de interne en externe communicatie van de ombudspersoon over zijn rol vergemakkelijken. Het lijkt ons aangewezen niet het woord 'klacht' te gebruiken maar eerder conflict of onenigheid.

12. Arbeidsgeneeskunde

De arbeidsgeneeskunde lijkt helemaal buiten de Wet op de Patiëntenrechten te vallen, terwijl ook daar de relatie zorgvrager-zorgverstrekker (de arbeidsarts) bestaat, weze het niet in een zorgcontext maar wel in een context van controle en gezondheidsbeoordeling. Ook in die specifieke context dient een zorgvrager bijv. zijn recht op informatie te kunnen uitoefenen.

Lees de blog van Cindy Van Vooren: https://patientempowerment.be/getuigenissen/nog-niet-genoeg-gestraft-met-je-aandoening-daar-doen-wij-wat-aan/

Deze tekst werd opgesteld door

Edgard Eeckman, voorzitter vzw Patient Empowerment.
Volgende personen dachten mee of bezorgden concrete suggesties: Tine De Coster (erkend bemiddelaar), Stefan Gijssels (voorzitter Patient Expert Center), Jef Reynaert (ervaringsdeskundige en preventieadviseur), Walter Raemaekers (ervaringsdeskundige), Frank Roels (Emeritus gewoon hoogleraar faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen UGent), An Staels (werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg en lid raad van bestuur vzw Patient Empowerment), Joris Tas (ervaringsdeskundige en voorzitter a.i. CVS-contactgroep vzw) en Lode Verreyen (kinesitherapeut en lid raad van bestuur vzw Patient Empowerment).

Patient Empowerment vzw
Potaardeberg 58
9820 Merelbeke
info@patientempowerment.be
www.patientempowerment.be