

Bijlage I: Onderzoeksplan



Onderzoeksplan Van patiënt naar cliënt

Wet cliëntenrechten zorg binnen het
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal

Nadine Stoffelen
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal
Roosendaal, 26 februari 2010



Inhoudsopgave

1 Het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	3
2 Onderzoeksplan	4
2.1 Onderzoeksformulering	4
2.1.1 Aanleiding	4
2.1.2 Probleembeschrijving	4
2.1.3 Doelstelling	5
2.1.4 Vraagstelling	5
2.2 Onderzoekopzet	5
2.2.1 Onderwerp	5
2.2.2 Plaats	5
2.2.3 Eenheid	5
2.2.4 Tijd	6
2.2.5 Soort onderzoek	6
2.2.6 Methoden van onderzoek	6
2.2.7 Middelen	6
2.2.8 Verwerking gegevens	7
2.2.9 Betrouwbaarheid en validiteit	7
3 Literatuur- en bronnenlijst onderzoeksplan	8
Bijlagen	
I: Visie en missie Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	
II: Planning	
III: Hoofdstukindeling met paragrafen	
IV: Voorlopige literatuurlijst	

H 1 Het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal

In 1951 werd de Stichting Rooms Katholiek Ziekenhuis St. Franciscus opgericht. De stichting kreeg als opdracht het bouwen van een nieuw ziekenhuis ter vervanging van het destijds bestaande Charitas Ziekenhuis. Het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal (hierna te noemen Franciscus Ziekenhuis) is geopend op 3 november 1968. Het Franciscus Ziekenhuis heeft nog twee buitenpoliklinieken die in de loop der jaren zijn ontstaan: het Oudenbosch Medisch Centrum en de Polikliniek Etten-Leur. Ook het aantal medisch specialisten en nieuwe functies alsmede het aantal nieuwe specialisme die wordt ondergebracht in het ziekenhuis is in de afgelopen jaren snel gegroeid.¹

Het Franciscus Ziekenhuis heeft een regionale functie. Optimale dienst- en zorgverlening, service, veiligheid en accuratesse staan voorop. Het ziekenhuis heeft 472 erkende bedden, 115 medisch specialisten en ruim 1500 hulpverleners en ondersteunende medewerkers. Door deze grootte heeft het ziekenhuis vrijwel alle facetten binnen de zorg in eigen huis en kan zij snel inspelen op vragen van patiënten en ontwikkelingen in de omgeving. In bijlage I zijn de visie en missie van het Franciscus Ziekenhuis terug te vinden.²

Het Franciscus Ziekenhuis kent een decentrale organisatiestructuur. Het ziekenhuis wordt geleid door de Raad van Bestuur. Deze raad kent drie bestuursleden: dr. P.P.A. (Peter) Razenberg (voorzitter, eindverantwoordelijke visieontwikkeling, strategisch beleid, PR en externe communicatie, HRM, calamiteiten, klachten en rampenopvang), ing. A.P.A.M. (Joris) de Jong (financiën, huisvesting en faciliteiten) en mevrouw J. (Janneke) van Vliet (zorgorganisatie, ICT en marktontwikkeling). De Raad van Toezicht staat boven hen.³

De Raad van Bestuur is belast met het besturen van het ziekenhuis. De taken van de Raad van Bestuur zijn o.a. het besturen en beheren van het ziekenhuis in al haar facetten en het ziekenhuis extern als bestuur te verantwoorden conform de zorgbrede Governance Code, het ontwikkelen en implementeren van de visie voor het besturen, het vaststellen van de doelen van het beleid en van de uitvoering daarvan, het beheersen van de financiële middelen, roerende- en onroerende zaken alsmede van het gebruik van middelen in de organisatie, het structureren van de organisatie (-ontwikkeling), management development en kwaliteitsbeleid, marketing van het ziekenhuis, zorgen voor rampenopvang, melden van calamiteiten, verantwoordelijkheid voor de klachtenregistratie en het vervullen van alle overige plichten uit wet- en regelgeving die van het bestuur wordt geëist en verwacht.

¹ <<http://www.franciscusziekenhuis.nl/over-franciscus/algemene-informatie/historie>> Bezocht op 10 februari 2010.

² <<http://www.franciscusziekenhuis.nl/over-franciscus>> Bezocht op 10 februari 2010;

Franciscus Ziekenhuis Roosendaal, *Introductieprogramma Franciscus Ziekenhuis*, Roosendaal: FZR 2010;

Franciscus Ziekenhuis Roosendaal, *De ambitie van het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal*, Roosendaal: FZR 2009.

³ <<http://www.franciscusziekenhuis.nl/over-franciscus/algemene-informatie/historie>> Bezocht op 10 februari 2010;

Franciscus Ziekenhuis Roosendaal, *Introductieprogramma Franciscus Ziekenhuis*, Roosendaal: FZR 2010.

H 2 Onderzoeksformulering

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt de onderzoeksformulering weergegeven en in de tweede paragraaf wordt de onderzoeksopzet beschreven.

2.1 Onderzoeksformulering

In deze paragraaf worden de aanleiding en de probleemstelling van het onderzoek beschreven. Tevens worden de doelstelling en vraagstelling geformuleerd.

2.1.1 Aanleiding

De afgelopen jaren hebben zich binnen de gezondheidszorg ontwikkelingen voorgedaan die aanleiding geven de huidige patiëntenwetgeving te actualiseren en aan te vullen. De huidige patiëntenwetgeving is ontoegankelijk, omdat de rechten van patiënten over verschillende wetten en regelingen zijn verspreid en onderling niet (optimaal) zijn afgestemd. Ook zijn de bestaande patiëntenrechten binnen de huidige wet- en regelgeving vaak moeilijk herkenbaar, omdat deze rechten veelal een afgeleide blijken van plichten van de zorgaanbieder.⁴

Naar het oordeel van de ministerraad kunnen de inhoud, de toegankelijkheid, de overzichtelijkheid en de handhaving van de rechten van patiënten en verplichtingen van zorgaanbieders worden verbeterd. Het in één wet samenbrengen van de vele, thans in verschillende wetten en niet altijd op elkaar afgestemde wijze geformuleerde rechten van cliënten en voorschriften voor zorgaanbieders, is vanuit wetgevingsoptiek van groot belang.⁵

Op 3 juli 2009 heeft de ministerraad ingestemd met het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (WCZ) van minister Klink en staatssecretaris Bussemaker, mede namens minister Hirsch Ballin (Jusitie) en minister Ter Horst (Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties). Het wetsvoorstel is daarna voor advies aangeboden aan de Raad van State. Dit advies heeft het ministerie van VWS in december (2009) ontvangen. Het ministerie zal aan de ministerraad een voorstel doen om eventuele aanpassingen te maken in de WCZ. Zodra de ministerraad hierover een besluit heeft genomen, wordt het wetsvoorstel ingediend bij de Tweede Kamer.⁶

2.1.2 Probleembeschrijving

De WCZ strekt tot versterking van de rechtspositie van de cliënt in de zorg. De rechten van de cliënt worden door het wetsvoorstel solide verankerd in een integrale wettelijke regeling. De rechten gelden voortaan niet alleen bij een geneeskundige behandeling, maar in alle relaties tussen cliënten en zorgaanbieders.⁷

Als de WCZ wordt ingevoerd, zal het een en ander veranderen op juridisch gebied voor de zorginstellingen in Nederland. Het Franciscus Ziekenhuis zal moeten voldoen aan de bepalingen uit de WCZ.

De Raad van Bestuur van het Franciscus Ziekenhuis ziet de komst van de WCZ als een probleem, omdat zij verantwoordelijk is voor de implementatie van de Nederlandse wet- en regelgeving binnen het ziekenhuis. Zij wil daarom graag weten wat deze nieuwe wet inhoudt en of de bestaande systemen, regels en procedures die uitvoering geven aan de huidige gezondheidsrechtelijke wet- en regelgeving binnen het Franciscus Ziekenhuis voldoen aan de WCZ. Tevens wil zij weten wat eventueel moet worden aangepast, dan wel nieuw moet worden ontwikkeld.

Het voorgaande probleem is ontstaan doordat er een nieuwe wet komt. Er zijn eerder nog geen oplossingen toegepast, omdat het een nieuw wetsvoorstel is en dit probleem voorheen

⁴ Reactie KNMG op de consultatieversie van de Wet cliëntenrechten zorg, Utrecht: KNMG 21 april 2009.

⁵ Memorie van Toelichting Wet cliëntenrechten zorg (nog niet ingediend bij de Tweede Kamer).

⁶ <<http://www.minvws.nl/nieuwsberichten/mc/2009/akkoord-wcz.asp>> Bezocht op 12 februari 2010;

<<http://www.hetlsr.nl/intern/333/53/Voortgang-nieuwe-Wet-clientenrechten-zorg-Wcz/>> Bezocht op 13 maart 2010.

⁷ Memorie van Toelichting Wet cliëntenrechten zorg (nog niet ingediend bij de Tweede Kamer).

niet bestond. Ondanks het vroege stadium van de nieuwe wet, wil het Franciscus Ziekenhuis nu de veranderingen tussen deze nieuwe wet en de huidige wet- en regelgeving in kaart brengen en toetsen of zij voldoet aan de bepalingen uit de WCZ. De Raad van Bestuur kan dan voorafgaand aan de inwerkingtreding van de wet eventuele regelingen treffen om de bepalingen uit de nieuwe wet te kunnen doorvoeren binnen het ziekenhuis. Het Franciscus Ziekenhuis kan op deze manier direct met de inwerkingtreding van de WCZ uitvoering geven aan de nieuwe wet- en regelgeving.

Er zijn verschillende betrokkenen. De Raad van Bestuur is een betrokkene, omdat zij verantwoordelijk is voor de implementatie van de wet- en regelgeving. Daarnaast zijn de betrokkenen vooral de cliëntenraad, het stafbestuur, de klachtenfunctionaris en de klachtencommissie, de patiënten, de medisch specialisten, verpleegkundigen en andere zorgverleners. Zij zijn tevens belanghebbenden.

2.1.3 Doelstelling

Op 28 mei 2010 zijn het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal en de Juridische Hogeschool Avans-Fontys in het bezit van een onderzoeksrapport waarin is beschreven of de bestaande systemen, regels en procedures, die uitvoering geven aan de huidige gezondheidsrechtelijke wet- en regelgeving, binnen het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal voldoen aan de bepalingen uit de WCZ, zodat het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal weet wat zij eventueel moet aanpassen, dan wel nieuw moet ontwikkelen naar aanleiding van dit wetsvoorstel.

2.1.4 Vraagstelling

Welke elementen van de bestaande systemen, regels en procedures moet het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal aanpassen dan wel nieuw ontwikkelen om te voldoen aan de bepalingen uit de WCZ?

Deelvragen:

- Wat is het wettelijk kader met betrekking tot de rechten van cliënten en de verplichtingen van zorgaanbieders?
- Wat houdt de WCZ in? (waarom moet de nieuwe wet er komen, doel)
- Wat is nieuw en wat verandert er in de WCZ ten opzichte van de huidige regelgeving?
- Welke zaken (beleid, protocollen, reglementen etc.) zijn er momenteel in het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal met betrekking tot in de WCZ geregelde onderwerpen?
- Welke aspecten uit de WCZ moeten een plaats krijgen in de systemen, regels en procedures van het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal?

2.2 Onderzoeksopzet

In deze paragraaf wordt de onderzoeksopzet behandeld. De onderzoeksopzet omvat de beheersmatige opzet van het onderzoek.

2.2.1 Onderwerp

Het onderzoek gaat over de WCZ. Er wordt gekeken of het Franciscus Ziekenhuis voldoet aan de bepalingen uit deze nieuwe wet.

2.2.2 Plaats

Het onderzoek zal voornamelijk plaatsvinden binnen het Franciscus Ziekenhuis aan de Boerhaavelaan 25 te Roosendaal. Daarnaast vindt thuisstudie plaats om (extra) informatie over het beoogde onderwerp te verzamelen en deze informatie te selecteren op bruikbaarheid en betrouwbaarheid. Tevens is het mogelijk dat het onderzoek plaatsvindt op de Juridische Hogeschool Avans-Fontys te Tilburg.

2.2.3 Eenheid

De opdrachtgever is het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal. Daarnaast worden uitspraken gedaan over de afdelingen van het ziekenhuis waarin bepaalde systemen, regels en

procedures uit de WCZ worden uitgevoerd, zoals de Raad van Bestuur, de cliëntenraad, het Patiënten Service Bureau, de klachtenfunctionaris, de klachtencommissie en het stafbestuur.

Er zullen uitspraken worden gedaan over de juridische procedures binnen het ziekenhuis en over de systemen, regels en procedures die naar voren komen in de WCZ (bijv. klachten- en geschillenbehandeling).⁸

2.2.4 Tijd

Het onderzoek vindt plaats gedurende een periode van veertien weken bij het Franciscus Ziekenhuis (8 februari 2010 t/m 12 mei 2010). In bijlage II is de planning terug te vinden.

2.2.5 Soort onderzoek

De eerste drie deelvragen zijn beschrijvend, omdat hierin wordt beschreven wat het huidige wettelijk kader is met betrekking tot de rechten van cliënten en de verplichtingen van zorgaanbieders, wat de WCZ inhoudt en wat de verschillen zijn tussen de huidige gezondheidsrechtelijke wet- en regelgeving en de WCZ.

De vierde en vijfde deelvraag van het onderzoek zijn zowel beschrijvend als toetsend. Er wordt gekeken of de bestaande systemen, regels en procedures binnen het Franciscus Ziekenhuis die uitvoering geven aan de huidige gezondheidsrechtelijke wet- en regelgeving moeten worden aangepast aan de hand van de inhoud van de WCZ. Het is beschrijvend, omdat de huidige uitvoering van verschillende wettelijke bepalingen wordt beschreven. Het is toetsend, omdat wordt gekeken of de huidige uitvoering voldoet aan het wetsvoorstel.⁹

2.2.6 Methoden van onderzoek

Het uitgangspunt van het onderzoek is deskresearch. Deze wordt gehanteerd bij de eerste drie deelvragen en gedeeltelijk bij deelvragen vier en vijf (beschrijvend). Tijdens de deskresearch wordt een documentenonderzoek uitgevoerd. De bronnen die gebruikt worden om de deelvragen te beantwoorden zijn rechtsbronnen en eventueel jurisprudentie. Ook worden algemene bronnen gebruikt, zoals boeken, artikelen, rapporten, richtlijnen, procedures en protocollen.

Daarnaast vindt ook fieldresearch plaats voor het beantwoorden van de vierde deelvraag. Bij beantwoording van de vierde deelvraag wordt uitgegaan van de bestaande praktijk binnen het Franciscus Ziekenhuis. Tevens wordt gekeken wat de gevolgen zijn van een verandering van deze bestaande praktijk. Het nieuwe wetsvoorstel is in dit geval de verandering. Voor het in beeld brengen van de bestaande praktijk worden gesprekken gevoerd met de betreffende medewerkers. Bijvoorbeeld bij het aspect klachten- en geschillenbehandeling wordt gesproken met de klachtenfunctionaris en één of meerdere personen van de klachtencommissie.¹⁰

2.2.7 Middelen

Tijdens het onderzoek worden verschillende soorten middelen gebruikt.

Allereerst worden verschillende Nederlandse wetten geraadpleegd, waaronder het concept van de WCZ en de bijbehorende Memorie van Toelichting, de Grondwet, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ), de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (WMCZ), de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZI), de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), Boek 3 van het Burgerlijk Wetboek (BW), Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek (BW), de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP), Wetboek van Strafrecht (WVSR), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ), Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG).

⁸ D.B. Baarda, M.P.M. de Goede en J. Teunissen, *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, Groningen: Stenfert Kroese 2005, p. 39-41.

⁹ D.B. Baarda, M.P.M. de Goede en J. Teunissen, *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, Groningen: Stenfert Kroese 2005, p. 93-107.

¹⁰ D.B. Baarda, M.P.M. de Goede en J. Teunissen, *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, Groningen: Stenfert Kroese 2005, p. 112-135.

Daarnaast worden kamerstukken geraadpleegd die in de Memorie van Toelichting worden aangehaald. Indien nodig wordt jurisprudentie gebruikt om de deelvragen te beantwoorden.

Tevens worden interne bronnen van het Franciscus Ziekenhuis gebruikt, zoals artikelen, rapporten, richtlijnen, protocollen en procedures. Deze zijn terug te vinden in DKS. Dit is een documentatiesysteem van het Franciscus Ziekenhuis waar alle richtlijnen, protocollen etc. digitaal zijn opgeslagen. Ook kunnen gesprekken plaatsvinden met medewerkers van verschillende organisaties die invloed hebben gehad op het concept wetsvoorstel (bijv. NPCF en NVZ).

2.2.8 Verwerking gegevens

Voorafgaand aan dit onderzoek vindt een informatieonderzoek plaats. Per deelvraag wordt informatie gezocht. Deze informatie wordt gezocht in de aangehaalde middelen uit de vorige paragraaf (2.2.7). Vervolgens wordt de gevonden informatie gefilterd op bruikbaarheid en betrouwbaarheid. De informatie moet namelijk relevant zijn voor het onderzoek. De informatie is relevant voor het onderzoek als hiermee de deelvragen of de hoofdvraag kunnen worden beantwoord. De informatie wordt zowel op de computer als op een externe harde schijf opgeslagen.

Tijdens het onderzoek staat de hoofdvraag centraal. Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn vijf deelvragen opgesteld. Deze deelvragen worden in de hoofdstukken twee tot en met zes uitgewerkt. Per hoofdstuk wordt één deelvraag uitgewerkt. Dit maakt en houdt het onderzoeksrapport overzichtelijk. Als de deelvragen zijn beantwoord, wordt de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord. Hieruit worden conclusies getrokken en worden aanbevelingen gedaan. Deze worden aan het eind van het onderzoeksrapport beschreven in een apart hoofdstuk.

2.2.9 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van het onderzoek is controleerbaar. De bronnen die zijn geraadpleegd, worden op dat tijdstip vastgelegd en vermeld in het rapport. Er wordt altijd uitgegaan van de oorspronkelijke bron. Indien hier niet naar wordt verwezen in het betreffende document wordt deze opgezocht. Als het onderzoek door een ander wordt uitgevoerd, zullen dezelfde feiten aan het licht komen. Er wordt niet uitgegaan van één bron, maar van meerdere bronnen om de betrouwbaarheid te verhogen.

Er zijn een duidelijke doelstelling en vraagstelling geformuleerd. Deze zijn goed op elkaar afgestemd. Door het opstellen van deelvragen worden alle aspecten uit de hoofdvraag behandeld en toegelicht. In de conclusie wordt concreet antwoord gegeven op de vraagstelling. De kwaliteit wordt gedurende het onderzoek mede bewaakt door de heer P. Razenberg van het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal en gedeeltelijk door mevrouw L. Nuchelmans van de Juridische Hogeschool Avans-Fontys.

H 3 Literatuur- en bronnenlijst onderzoeksplan

3.1 Literatuur

Baarda, De Goede & Teunissen 2005

D.B. Baarda, M.P.M. de Goede & J. Teunissen, *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, Groningen: Stenfert Kroese 2005.

Grit 2005

R. Grit, *Projectmanagement: projectmatig werken in de praktijk*, Groningen: Wolters-Noordhoff 2005.

Van den Bosch, Oltheten & Pop 2010

W. van den Bosch, J. Oltheten & J. Pop, *Competentieboek Afstuderen*, Tilburg: Juridische Hogeschool Avans-Fontys 2010.

3.2 Wet- en regelgeving

Concept Wet cliëntenrechten zorg

Memorie van Toelichting behorende bij de Wet cliëntenrechten zorg

3.3 Elektronische bronnen

<www.franciscusziekenhuis.nl/over-franciscus> , Bezocht op 9 februari 2010.

<www.franciscusziekenhuis.nl/over-franciscus/algemene-informatie/historie> , Bezocht op 11 februari 2010.

<www.minvws.nl/nieuwsberichten/mc/2009/akkoord-wcz.asp> , Bezocht op 10 februari 2010.

3.4 Documenten Franciscus Ziekenhuis Roosendaal

FZR 2009

Franciscus Ziekenhuis Roosendaal, *De ambitie van het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal*, Roosendaal: FZR 2009.

FZR 2010

Franciscus Ziekenhuis Roosendaal, *Introductieprogramma Franciscus Ziekenhuis*, Roosendaal: FZR 2010.

3.5 Overige

Reactie KNMG op de consultatieversie van de Wet cliëntenrechten zorg, Utrecht: KNMG 21 april 2009.

Bijlage I: Visie en missie Franciscus Ziekenhuis Roosendaal

De visie van het Franciscus Ziekenhuis voor de periode 2008 - 2011

Het Franciscus Ziekenhuis is een ondernemend, servicegericht ziekenhuis dat een uitstekende medische behandeling biedt. De geleverde zorg sluit optimaal aan bij de individuele zorgvraag van bewoners uit de regio. De lijn tussen patiënt en professional is kort, hulpverleners zijn gemakkelijk te benaderen en onderlinge doorverwijzing en consultatie worden snel geregeld. Hierdoor is het Franciscus Ziekenhuis een vanzelfsprekende keuze voor inwoners uit het verzorgingsgebied in West-Brabant.

Missie

Het Franciscus Ziekenhuis wil, door middel van een procesgerichte organisatie, op een persoonlijke en betrokken manier onderzoek en behandeling van haar patiënten waarborgen. Het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf vormt de basis, en hoge kwaliteit is het uitgangspunt. Dit alles kan alleen bereikt worden met vaardig, enthousiast en goed opgeleid en goed geïnformeerd personeel, in een bedrijfsmatige en servicegerichte organisatie met goede arbeidsomstandigheden.

Visie en ambities

In de visie van het Franciscus Ziekenhuis voor de periode 2008 - 2011 zijn vijf ambities vastgesteld:

1. Wij zijn een goed, snel en slim ziekenhuis
 - Persoonlijk en betrokken
 - Snelle toegang en behandeling
 - Zorg van de hoogste kwaliteit
 - Duurzame relatie met patiënten en strategische partners
2. Wij leveren alle medisch specialistische basiszorg in onze regio
 - Toegangspoort voor alle medisch specialistische zorg
 - Negentig procent kunnen we zelf, volgens kwaliteitsstandaard, betaalbaar en haalbaar
 - Tien procent verwijzen we door naar strategische partners
3. Wij streven naar een evenwichtige groei in en aan de rand van ons adherentiegebied
 - Bestendigen en uitbreiden van het aantal patiënten in de regio
4. Onze zorg- en bedrijfsprocessen zijn goed, snel en veilig
 - We werken klantgericht en veilig
 - Onze zorg is procesmatig georganiseerd
5. Wij werken met lef en zijn ondernemend
 - Vraaggerichte dienstverlening
 - Renderende inzet van mensen en middelen en nieuwe marktinitiatieven.

Inbreng medewerkers

Om deze ambities te kunnen realiseren, wordt inbreng en betrokkenheid gevraagd van de medewerkers. Zo is er een brede coalitie samengesteld die als klankbord fungeert. De deelnemers aan de brede coalitie vormen een doorsnede van de organisatie en nemen op persoonlijke titel deel aan het platform. Vanuit hun dagelijkse ervaringen met de patiënt geven medewerkers inhoud aan de ambities van het ziekenhuis. Er vindt uitwisseling plaats van ervaringen en gezichtspunten, die door leidinggevendenden vertaald worden naar de organisatie. Inmiddels is de brede coalitie goed op weg en zijn er ook bijeenkomsten geweest met leidinggevendenden en sectorspecialisten. Daarnaast is de coalitie verbreed door bijeenkomsten met specifieke groepen medewerkers te organiseren, waardoor in hoog tempo medewerkers betrokken raken bij dit veranderproces. Het ondersteunt en stimuleert medewerkers om professioneel, met passie en plezier hun werk uit te voeren.

Bijlage II: Planning

Het onderzoek vindt plaats gedurende een periode van veertien weken bij het Franciscus Ziekenhuis (8 februari 2010 t/m 12 mei 2010):

Week	Activiteit
1	Uitleg van stagebedrijf over afstudeeropdracht, kader afstemmen en formuleren hoofdvraag met bijbehorende deelvragen.
2 en 3	Uitwerken onderzoeksplan en uiterlijk vrijdag 26 februari 2010 onderzoeksplan inleveren bij eerste begeleider (stagedocent). Indien onderzoeksplan eerder wordt ingeleverd, informatie verzamelen over het onderwerp van het onderzoek en uitwerken eerste deelvraag.
4	Eventueel onderzoeksplan aanpassen a.d.h.v. reactie van stagedocent, informatie verzamelen over het onderwerp van het onderzoek en beginnen aan tweede deelvraag.
5	Onderzoeksplan aanpassen a.d.h.v. reactie en opmerkingen van stagedocent, inplannen gesprekken voor vierde deelvraag en verder uitwerken deelvraag twee.
6 en 7	Uitwerken derde deelvraag.
8	Uiterlijk 29 maart 2010 inleveren hoofdstuk vier (deelvraag 3). Uitwerken deelvraag vier.
9	Hoofdstuk aanpassen a.d.h.v. reactie en opmerkingen van stagedocent, verder uitwerken vierde deelvraag.
10	Uitwerken vierde deelvraag.
11	Uitwerken deelvraag vijf.
12	Uitwerken deelvraag vijf.
13	Schrijven conclusies(s) en aanbeveling(en).
14	Nakijken deelvragen en verzorging lay-out.

Periode na afloop van stage bij Franciscus Ziekenhuis:

15	Uiterlijk 18 mei 2010 beoordelingsformulieren naar mentor (zie BB). Uiterlijk 18 mei 2010 conclusie(s) en aanbeveling(en) inleveren bij eerste begeleider. Literatuur- en bronnenlijst opmaken a.d.h.v. bijgehouden voetnoten, voorwoord schrijven, samenvatting maken, evaluatie schrijven en controle rapport.
16	Conclusie(s) en aanbeveling(en) aanpassen a.d.h.v. reactie en opmerkingen van stagedocent. Reflectie schrijven. Uiterlijk vrijdag 28 mei 2010 insturen scriptie via Urkund!
17	Uiterlijk maandagochtend 31 mei 2010 scriptie inleveren bij stafmedewerker afstuderen!

Activiteitentabel:

Code	Omschrijving	Tijd in weken	Kan pas na
A	Formuleren hoofdvraag met deelvragen	1	-
B	Uitwerken onderzoeksplan	2	A
C	Inleveren onderzoeksplan	-	B
D	Wachten op goedkeuring Informatie zoeken	1	C
E	Uitwerken deelvragen	8	D
F	Beantwoorden hoofdvraag	1	E
G	Schrijven conclusies en aanbevelingen	1	E, F
H	Schrijven reflectie	1	E, F, G
I	Lay out	0,5	E, F, G, H
J	Controle onderzoeksrapport en inleveren scriptie	0,5	I

Strokenplanning

Activiteit	Tijd	5	10	15	20
A Formuleren hoofdvraag met deelvragen	1	■			
B Uitwerken onderzoeksplan	2	■			
C Inleveren onderzoeksplan	-				
D Wachten op goedkeuring Informatie zoeken	1	■			
E Uitwerken deelvragen	8	■	■	■	
F Beantwoorden hoofdvraag	1			■	
G Schrijven conclusies en aanbevelingen	1			■	
H Schrijven reflectie	1			■	
I Lay out	0,5				■
J Controle onderzoeksrapport en inleveren scriptie	0,5				■

Bijlage III: Hoofdstukindeling met paragrafen

1 Inleiding

- 1.1 Onderwerp
- 1.2 Doelstelling
- 1.3 Vraagstelling
- 1.4 Opbouw

2 Huidig wettelijk kader met betrekking tot de rechten van cliënten en de verplichtingen van zorgaanbieders

- 2.1 Grondwet
- 2.2 Kwaliteitswet Zorginstellingen
- 2.3 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
- 2.4 Wet Toelating Zorginstellingen
- 2.5 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
- 2.6 Wet Marktordening Gezondheidszorg
- 2.7 Wet Bescherming Persoonsgegevens
- 2.8 Burgerlijk Wetboek
- 2.9 Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
- 2.10 Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen
- 2.11 Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen

3 Wet cliëntenrechten zorg

- 3.1 Knelpunten in de positie van de cliënt
- 3.2 Totstandkoming wetsvoorstel cliëntenrechten zorg
- 3.3 Doel van het wetsvoorstel
- 3.4 Aard van het wetsvoorstel
- 3.5 Verwachte routing van de Wet cliëntenrechten zorg

4 Verschillen tussen de huidige wet- en regelgeving en de Wet cliëntenrechten zorg

- 4.1 Recht op goede zorg
- 4.2 Recht op keuze-informatie
- 4.3 Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- 4.4 Recht op een effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling
- 4.5 Recht op medezeggenschap en goed bestuur
- 4.6 Overheidswaarborgen
- 4.7 Toezicht en handhaving

5 Uitvoering van de gezondheidsrechtelijke wet- en regelgeving binnen het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal

- 5.1 Uitvoering aan recht op goede zorg
- 5.2 Uitvoering aan recht op keuze-informatie
- 5.3 Uitvoering aan recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- 5.4 Uitvoering aan recht op een effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling
- 5.5 Uitvoering aan recht op medezeggenschap en goed bestuur
- 5.6 Uitvoering aan overheidswaarborgen
- 5.7 Uitvoering aan toezicht en handhaving

6 Aspecten die een plaats moeten krijgen in de praktijk van het FZR

- 6.1 Aspecten met betrekking tot het recht op goede zorg
- 6.2 Aspecten met betrekking tot het recht op keuze-informatie
- 6.3 Aspecten met betrekking tot het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- 6.4 Aspecten met betrekking tot het recht op een effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling
- 6.5 Aspecten met betrekking tot het recht op medezeggenschap en goed bestuur
- 6.6 Aspecten met betrekking tot de overheidswaarborgen
- 6.7 Aspecten met betrekking tot de toezicht en handhaving

7 Conclusies en aanbevelingen

- 7.1 Conclusie(s)
- 7.2 Aanbeveling(en)

8 Literatuur- en Bronnenlijst

- 8.1 Literatuur
- 8.2 Wet- en regelgeving
- 8.3 Jurisprudentie
- 8.4 Elektronische bronnen
- 8.5 Rapporten
- 8.6 Documenten Franciscus Ziekenhuis Roosendaal
- 8.7 Personen

Bijlagen

- I: Onderzoeksplan
- II: Evaluatie
- III: Concepttekst Wet cliëntenrechten zorg

Bijlage IV: Voorlopige literatuurlijst

Literatuur

Baarda, De Goede & Teunissen 2005

D.B. Baarda, M.P.M. de Goede & J. Teunissen, *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, Groningen: Stenfert Kroese 2005.

Bastiaans e.a. 2004

M.H. Bastiaans e.a., *Leidraad voor juridische auteurs*, Deventer: Kluwer 2004.

Beverwijk e.a. 2006

C. Beverwijk e.a., *Reader Rapporteren*, Tilburg: Juridische Hogeschool Avans-Fontys 2006.

Engberts & Kalkman-Bogerd 2009

D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2009.

Grit 2005

R. Grit, *Projectmanagement: projectmatig werken in de praktijk*, Groningen: Wolters-Noordhoff 2005.

Van den Bosch, Oltheten & Pop 2010

W. van den Bosch, J. Oltheten & J. Pop, *Competentieboek Afstuderen*, Tilburg: Juridische Hogeschool Avans-Fontys 2010.

Verbogt & Van Meersbergen 2007

S. Verbogt & D.Y.A. van Meersbergen, *Hoofdstukken over gezondheidsrecht*, Groningen: Wolters-Noordhoff 2007.

Wet- en regelgeving

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

Kwaliteitswet zorginstellingen.

Wet bescherming persoonsgegevens.

Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen.

Wet cliëntenrechten zorg.

Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.

Wet klachtrecht cliënten zorgsector.

Wet marktordening gezondheidszorg.

Wet medezeggenschap cliënten zorgsector.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wet toelating zorginstellingen.

Wetboek van Strafrecht.

Zorgverzekeringswet.

Memorie van Toelichting behorende bij de Wet cliëntenrechten zorg.

Kamerstukken II 2007-2008, 31 476, nr. 1.

Elektronische bronnen

- <knmg.artsennet.nl/Artikel/KNMG-zeer-kritisch-over-Wet-clientenrechten-zorg.htm>
Bezocht op 20 februari 2010.
- <knmg.artsennet.nl/dossiers/Dossiers-op-thema/arts-en-recht-1/Wet-Clientenrechten-Zorg-WCZ.htm>
Bezocht op 19 februari 2010.

- <www.clientenrechten.nl/nieuws/Zorgbelang+over+de+nieuwe+Wet+clientenrechten+zorg>
Bezocht op 18 februari 2010.
- <www.medicalfacts.nl/2009/04/18/reactie-npcf-wet-clientenrechten-zorg/>
Bezocht op 20 februari 2010.
- <www.minvws.nl/nieuwsberichten/mc/2009/akkoord-wcz.asp>
Bezocht op 8 februari 2010.
- <www.recht.nl/archief/gezondheidsrecht/index.html?nid=37603&origin=http://www.recht.nl/archief/gezondheidsrecht/index.html%3Fselect=2009&origin_title=archief&stayput=1>
Bezocht op 9 februari 2010.
- <www.recht.nl/nieuws/gezondheidsrecht/archief/index.html?nid=36694>
Bezocht op 11 februari 2010.
- <www.regering.nl/Actueel/Persberichten_ministerraad/2009/juli/03/Ministerraad_stemt_in_met_wet_clientenrechten_zorg>
Bezocht op 16 februari 2010.
- <www.sin-nl.org/index/wetten>
Bezocht op 22 februari 2010.

Overige

Doppegieter 2009

R.M. Doppegieter, 'Kanttekeningen bij het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. Gemiste Kans', *Medisch Contact* 2009, p. 892-894.

KNMG 2009

Reactie KNMG op de consultatieversie van de Wet cliëntenrechten zorg, Utrecht: KNMG 21 april 2009.

NPCF 2009

Reactie Wet Cliëntenrechten Zorg, Utrecht: NPCF 16 april 2009.

Timmers 2009

M.J.M. Timmers, *Wet Cliëntenrechten Zorg: stap vooruit of achteruit*, Woerden: SOKG 2009.

Documenten Franciscus Ziekenhuis Roosendaal

Aanvraagformulier verstrekking medische gegevens.

Handleiding gebruik patiëntendossier.

Het recht tot inzage (inzagerecht).

Reglement Patiënten Klachtencommissie Franciscus Ziekenhuis.

Bijlage II: Wet cliëntenrechten zorg d.d. 12 maart 2009

Wet cliëntenrechten zorg

concept van 12 maart 2009

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is de positie van de cliënt in de zorg te versterken door hem jegens de zorgaanbieder recht te geven op:

- het maken van eigen keuzen op basis van goede informatie;
- goede zorg;
- inrichting van een dossier inzake de zorgverlening en inzage daarin;
- bescherming van de persoonlijke levenssfeer;
- afstemming tussen zorgaanbieders;
- medezeggenschap en goed bestuur;

en hem effectieve middelen tot handhaving van die rechten te bieden;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

a. zorg:

- 1°. zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- 2°. handelingen op het gebied van de gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, die niet zijn begrepen onder 1°;

b. zorgaanbieder:

- 1°. de natuurlijke persoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, voor zover anders dan in het verband van een instelling;
- 2°. de natuurlijke persoon of rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent in het verband van een door hem in stand gehouden instelling;
- c. instelling: een in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband waarin zorg wordt verleend;

d. cliënt: een ieder die zorg vraagt of aan wie zorg wordt verleend;

d. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

2. Indien in het verband van een instelling een deel van de zorg wordt verleend door personen in een ander organisatorisch verband, wordt dat andere verband beschouwd als een deel van de instelling.

3. Op zorg in het kader van de collectieve infectieziektenbestrijding op grond van de Wet publieke gezondheid is artikel 20 niet van toepassing.

4. Op gemeentelijke gezondheidsdiensten als bedoeld in artikel 14 van de Wet publieke gezondheid zijn hoofdstuk 5 en artikel 49a, voor zover het betreft medezeggenschap, jaarverantwoording en goed bestuur, van deze wet niet van toepassing.

5. Op militaire gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel e, van de Militaire Ambtenarenwet 1931 zijn hoofdstuk 5, paragraaf 2, en artikel 49a, voor zover het betreft jaarverantwoording en goed bestuur, van deze wet niet van toepassing.

6. Op de hulpmiddelenzorg, bedoeld in artikel 10, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet, of omschreven krachtens artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, alsmede op de verstrekking van AV-geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, is deze wet is niet van toepassing behoudens voor zover bij algemene maatregel van bestuur anders is bepaald.

7. Niet als zorgaanbieder worden beschouwd drogisten in de zin van de Geneesmiddelenwet.

8. Op zorg voor zover deze betreft handelingen als bedoeld in artikel 21, eerste lid, onder b tot en met f, van de Wet bescherming persoonsgegevens, is deze wet van toepassing voor zover de grond voor het verlenen van die zorg zich daartegen niet verzet.

Artikel 2 geschrapt

Artikel 3
Zorgaanbieders die een instelling in stand houden, zijn ervoor verantwoordelijk dat de personen die in het verband van die instelling zorg verlenen, de rechten van de cliënt in acht nemen.

Artikel 4 geschrapt

Artikel 5
1. Voor de toepassing van de artikelen 13, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 25, 29, 31 en 32 wordt, voor zover het artikel 23 betreft, in afwijking van artikel 5 van de Wet bescherming persoonsgegevens, indien de cliënt de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt, onder cliënt verstaan degene die het gezag over de cliënt uitoefent.
2. Hetzelfde geldt indien de cliënt de leeftijd van twaalf jaren heeft bereikt, maar niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, tenzij die cliënt meerderjarig is en onder curatele staat of ten behoeve van hem een mentorschap is ingesteld, in welke gevallen onder cliënt de curator of de mentor wordt verstaan.
3. Indien een meerderjarige cliënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, niet onder curatele staat of ten behoeve van hem niet een mentorschap is ingesteld, wordt voor de toepassing van de in het eerste lid genoemde artikelen onder cliënt verstaan de persoon die daartoe door de cliënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden. Ontbreekt zodanige persoon, of treedt deze niet op, dan wordt onder cliënt verstaan de echtgenoot, de geregistreerde

partner of andere levensgezel van de cliënt, tenzij deze persoon dat niet wenst, dan wel, indien ook zodanige persoon ontbreekt, een ouder, kind, broer of zuster van de cliënt, tenzij deze persoon dat niet wenst.

4. De zorgaanbieder komt zijn verplichtingen na jegens de in het eerste en tweede lid bedoelde wettelijke vertegenwoordigers van de cliënt en de in het derde lid bedoelde personen, tenzij die nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed zorgaanbieder.

5. De persoon jegens wie de zorgaanbieder krachtens het tweede of derde lid gehouden is de verplichtingen na te komen die uit de in het eerste lid genoemde artikelen jegens de cliënt voortvloeien, betracht de zorg van een goed vertegenwoordiger. Deze persoon is gehouden de cliënt zoveel mogelijk bij de vervulling van zijn taak te betrekken.

Hoofdstuk 2. Goede zorg

Paragraaf 1. Kwaliteit

Artikel 6

1. De cliënt heeft jegens de zorgaanbieder recht op goede zorg.

2. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, die tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt, en waarbij de personen die de zorg verlenen, handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit voor hen geldende professionele standaard.

Artikel 6a

De cliënt geeft de zorgaanbieder naar beste weten de inlichtingen en medewerking die deze redelijkerwijs voor het kunnen verlenen van goede zorg behoeft.

Artikel 7

De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele, materiele en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen, en draagt, indien hij een instelling in stand houdt, tevens zorg voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.

Artikel 8

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen, indien het kwaliteitsniveau van de zorg, verleend door een bij de maatregel aangegeven categorie van zorgaanbieders, dit vereist, de bij de artikelen 6 en 7 gestelde regels nader worden omschreven.

Artikel 9

De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder die zorg verleent welke verblijf van de cliënt in een accommodatie gedurende een of meer etmalen met zich brengt, recht op dat:

a. geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënt;

b. voor zover het gaat om zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, bij het opstellen van een huisvestingsplan voor de lange termijn, een ingrijpende verbouwing, nieuwbouw of verhuizing van een accommodatie, onderzoek wordt gedaan naar de leefwensen van de betrokken cliënten.

Artikel 10

1. De zorgaanbieder draagt zorg voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.
2. De verplichting van het eerste lid houdt, de aard en omvang van de zorgverlening in aanmerking genomen, in:
 - a. het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
 - b. het aan de hand van de gegevens, bedoeld onder a, op systematische wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering van artikel 7 leidt tot goede zorg;
 - c. het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder b, zonedig veranderen van de wijze waarop artikel 7 wordt uitgevoerd.

Artikel 11

1. De zorgaanbieder mag in een register als bedoeld in artikel 10, tweede lid, tot de cliënt herleidbare gegevens opnemen zonder diens toestemming. Hij voorziet in waarborgen dat die herleidbaarheid uitsluitend mogelijk is voor zover een goede werking van het kwaliteitssysteem dat vereist.
2. De inhoud van de registers kan niet in een civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt, noch kan een disciplinaire maatregel, een bestuurlijke sanctie of een bestuurlijke maatregel daarop worden gebaseerd. In afwijking van de eerste volzin kan de inhoud van het register voor het bewijs in een strafrechtelijke procedure worden gebruikt indien naar aanleiding van een calamiteit als bedoeld in artikel 12, of een incident als bedoeld in artikel 24, een strafrechtelijk onderzoek naar een misdrijf wordt ingesteld.
3. De inhoud van de registers is niet openbaar.

Artikel 12

1. De zorgaanbieder meldt aan de ingevolge artikel 50, eerste lid, met het toezicht belaste ambtenaar onverwijld:
 - a. iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden;
 - b. seksueel misbruik waarbij een cliënt is betrokken.
2. Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.
3. Onder seksueel misbruik wordt verstaan grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.

Paragraaf 2. Afstemming tussen zorgaanbieders

Artikel 12a

De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat deze zich ervan vergewist of de cliënt die hem om zorg vraagt, ook zorg ontvangt van een andere zorgaanbieder. Indien dat het geval is, draagt de zorgaanbieder zo

nodig met die andere zorgaanbieder zorg voor onderlinge afstemming van de zorg die zij verlenen.

Artikel 13

1. De cliënt heeft er jegens zorgaanbieders recht op dat, indien meer zorgaanbieders, gelijktijdig of achtereenvolgens, betrokken zijn bij de zorg, zij, voor zover relevant, hun zorgverlening op elkaar afstemmen en daartoe afspraken maken over de verdeling en volgorde van hun werkzaamheden en de informatievoorziening aan de cliënt. De afspraken hebben mede betrekking op de eventuele nazorg.

2. De zorgaanbieders, bedoeld in het eerste lid, wijzen één van hen aan tot wie de cliënt zich kan wenden met vragen omtrent de zorgverlening.

3. Ieder van de in het eerste lid bedoelde zorgaanbieders is gehouden tot naleving van de in het eerste en tweede lid genoemde verplichtingen.

Artikel 14

1. De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat deze hem slechts naar een andere zorgaanbieder verwijst na zich ervan te hebben vergewist dat die andere zorgaanbieder de zorg kan verlenen.

2. De verwijzende zorgaanbieder verstrekt de andere zorgaanbieder de gegevens uit het dossier, bedoeld in artikel 23, welke die andere zorgaanbieder redelijkerwijs nodig heeft om goede zorg te kunnen verlenen.

3. Indien de zorgaanbieder niet de huisarts is van de cliënt, verstrekt hij informatie, voor zover relevant, over de door hem verleende zorg aan die huisarts.

Artikel 15

De cliënt heeft er jegens zijn huisarts recht op dat deze zich er op verzoekt van de cliënt voor inspanning dat de cliënt de door hem benodigde ondersteuning ontvangt met het oog op het verkrijgen van zorg, jeugdzorg of maatschappelijke ondersteuning.

Hoofdstuk 3. Informatie, toestemming, dossier en bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Paragraaf 1. Informatie en toestemming

Artikel 16

De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat deze hem op zijn verzoek informatie geeft over de door hem aangeboden prestaties en diensten, waaronder begrepen de tarieven en de kwaliteit, alsmede over de ervaringen van cliënten met die prestaties en diensten, een en ander op een wijze als omschreven krachtens artikel 49a. De zorgaanbieder informeert de cliënt voorts over het al dan niet bestaan van een wetenschappelijk bewezen werkzaamheid van die prestaties en diensten alsmede over de wachttijd en geeft informatie over de rechten die uit deze wet voor de cliënt voortvloeien.

Artikel 17

1. De cliënt heeft jegens de zorgaanbieder recht op overleg over zijn behoefte aan zorg, de inhoud en de wijze van verlening van de aangeboden zorg, en voorts van de termijn waarop deze kan worden verleend en de verwachte tijdsduur ervan. Het overleg vindt tijdig plaats; daarbij wordt de cliënt op duidelijke wijze informatie over een en ander gegeven, afgestemd op diens bevattingvermogen, en desgewenst schriftelijk.

2. De omvang van de informatie wordt bepaald door hetgeen de cliënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van:

- a. de aard en het doel van de zorg die de zorgaanbieder kan verlenen en van de uit te voeren handelingen;
- b. de te verwachten gevolgen en risico's van de zorg voor de gezondheid van de cliënt;
- c. andere methoden van zorg die in aanmerking komen;
- d. de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid wat betreft het terrein van de zorg.

3. De zorgaanbieder onthoudt de cliënt bedoelde informatie slechts voor zover het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de cliënt zou opleveren. Indien het belang van de cliënt dit vereist, verstrekt de zorgaanbieder de desbetreffende informatie aan een ander dan de cliënt. De informatie wordt de cliënt alsnog gegeven, zodra bedoeld nadeel niet meer te duchten is. De zorgaanbieder onthoudt de cliënt informatie niet dan nadat hij daarover een andere zorgaanbieder heeft geraadpleegd.

Artikel 18

Indien de cliënt te kennen heeft gegeven informatie niet te willen ontvangen, blijft het verstrekken daarvan achterwege, behoudens voor zover het belang dat de cliënt daarbij heeft niet opweegt tegen het nadeel dat daaruit voor hemzelf of anderen kan voortvloeien.

Artikel 19

verplaatst naar 6a

Artikel 20

1. De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat uitsluitend zorg wordt verleend waarvoor hij, na toepassing van artikel 17, toestemming heeft gegeven.

2. Indien de cliënt minderjarig is en de leeftijd van twaalf maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, is tevens de toestemming vereist van de persoon die het gezag over hem uitoefent. De zorg kan echter worden verleend zonder de toestemming van die persoon, indien zij kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen, of indien de cliënt ook na de weigering van de toestemming door die persoon, de zorg weloverwogen blijft wensen.

3. Indien een cliënt van zestien jaren of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, respecteren de zorgaanbieder en de persoon, bedoeld in artikel 5, tweede of derde lid, de weigering van toestemming van de cliënt, mits hij deze heeft vastgelegd in schriftelijke vorm toen hij nog tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat was. Hiervan kan de zorgaanbieder slechts om gegronde redenen afwijken.

Artikel 21

1. De vereiste toestemming mag worden verondersteld te zijn gegeven, indien de desbetreffende zorgverlening niet van ingrijpende aard is.
2. Is op grond van artikel 5 voor het verlenen van zorg uitsluitend de toestemming van de daar bedoelde persoon in plaats van die van de cliënt vereist, dan kan tot de verrichting zonder die toestemming worden overgegaan indien de tijd voor het vragen van die toestemming ontbreekt en onverwijlde zorgverlening kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen.
3. Verzet de cliënt zich tegen een handeling van ingrijpende aard waarvoor een persoon als bedoeld in het tweede of derde lid van artikel 5 toestemming heeft gegeven, dan kan de handeling slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen.

Artikel 22

1. De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat de zorgverlening niet voortijdig wordt beëindigd, tenzij van de zorgaanbieder voortzetting niet in redelijkheid kan worden verlangd.
2. De cliënt heeft er bij voortijdige beëindiging van de zorg recht op dat de zorgaanbieder al hetgeen redelijkerwijs van hem verlangd kan worden, doet om de zorg over te dragen aan een andere zorgaanbieder, tenzij de cliënt voortzetting van de zorg niet wenst. Artikel 14, eerste en tweede lid, is van toepassing.

Paragraaf 2. Dossiervorming

Artikel 23

1. De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat deze een dossier inricht met betrekking tot de zorgverlening. De zorgaanbieder houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de cliënt en de te diens aanzien uitgevoerde handelingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede zorgverlening noodzakelijk is.
2. Indien de zorgaanbieder de cliënt niet in staat acht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de zorg, legt hij dat in het dossier vast.
3. De zorgaanbieder legt in het dossier vast voor welke handelingen van ingrijpende aard de cliënt toestemming heeft gegeven.
4. De zorgaanbieder voegt desgevraagd een door de cliënt afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken aan het dossier toe.

Artikel 23a

1. De zorgaanbieder bewaart de gegevens en bescheiden, bedoeld in artikel 23, 30 jaren na de laatste wijziging van het dossier. Binnen die periode kan de cliënt de zorgaanbieder verzoeken:
 - a. gegevens of bescheiden te vernietigen, aan welk verzoek de zorgaanbieder binnen drie maanden gevolg geeft;
 - b. gegevens of bescheiden te bewaren gedurende een door de cliënt aangegeven periode.

2. Bij algemene maatregel van bestuur kan voor daarbij aangewezen gegevens en bescheiden of categorieën van gegevens en bescheiden een vaste bewaartermijn worden vastgesteld.

3. Indien de gegevens en bescheiden niet in de oorspronkelijke vorm worden bewaard, zijn de inhoud en omvang ervan zodanig dat goede zorg kan worden verleend.

4. Vernietiging na afloop van de in het eerste lid genoemde periode vindt niet plaats van gegevens of bescheiden waarvan redelijkerwijs aannemelijk is dat de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de cliënt, alsmede voor zover het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet.

5. Met betrekking tot zorg als omschreven in artikel 1, zevende lid:

a. worden de in artikel 23 bedoelde bescheiden slechts bewaard zolang dat noodzakelijk is in verband met het doel van de zorg, tenzij het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet;

b. wordt de persoon aan wie de zorg wordt verleend in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van de zorg wenst te vernemen. Indien die wens is geuit en de zorg niet worden verleend in verband met een tot stand gekomen arbeidsverhouding of burgerrechtelijke verzekering dan wel een opleiding waartoe de betrokkene reeds is toegelaten, wordt bedoelde persoon tevens in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij van de uitslag en de gevolgtrekking als eerste kennis wenst kennis te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan.

Artikel 24

De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat deze van de aard en toedracht van incidenten bij de zorgverlening die merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben voor de cliënt, zo spoedig mogelijk mededeling doet aan de cliënt en er melding van maakt in het dossier.

Artikel 25

De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat deze hem desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage geeft in of afschrift verstrekt van het dossier. De inzage of verstrekking blijft achterwege voor zover de zorgaanbieder dit noodzakelijk acht in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander dan de cliënt.

Artikel 26

Nabestaanden van de cliënt hebben jegens de zorgaanbieder recht op inzage in of afschrift van het dossier indien en voor zover:

- a. de cliënt daarvoor schriftelijk toestemming heeft gegeven;
- b. redelijkerwijs mag worden aangenomen dat de cliënt toestemming voor inzage zou hebben gegeven ware hij nog in leven geweest, of
- c. er sprake is van voldoende belang ter zake voor de nabestaanden.

Artikel 27

verplaatst naar 23 lid 4 en 23a lid 2

Paragraaf 3. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Artikel 28

1. Onverminderd artikel 17, derde lid, tweede volzin, heeft de cliënt er jegens de zorgaanbieder recht op dat aan anderen dan de cliënt geen inlichtingen over hem dan wel inzage in of afschrift van het dossier worden verstrekt dan met zijn toestemming. Indien verstrekking plaatsvindt, geschiedt deze slechts voor zover daardoor de persoonlijke levenssfeer van een ander dan de cliënt niet wordt geschaad. De verstrekking kan geschieden zonder inachtneming van de beperkingen, bedoeld in de voorgaande volzinnen, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht.

2. Onder anderen dan de cliënt zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorgverlening en degene die optreedt als vervanger van de zorgaanbieder, voor zover de verstrekking noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.

3. Onder anderen dan de cliënt zijn evenmin begrepen de personen wier toestemming voor de zorgverlening op grond van de artikelen 5 en 20 is vereist. Indien de zorgaanbieder echter door het verstrekken aan die personen van inlichtingen over de cliënt dan wel van inzage in of afschrift van de bescheiden, zou handelen op een wijze die niet geacht kan worden overeen te komen met goede zorg van een goed zorgaanbieder, laat hij zulks achterwege.

Artikel 29

1. In afwijking van artikel 28, eerste lid, kunnen zonder toestemming van de cliënt ten behoeve van statistiek of wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid aan een ander desgevraagd inlichtingen over de cliënt of inzage in het dossier worden verstrekt indien:

a. het vragen van toestemming in redelijkheid niet mogelijk is en met betrekking tot de uitvoering van het onderzoek is voorzien in zodanige waarborgen, dat de persoonlijke levenssfeer van de cliënt niet onevenredig wordt geschaad, of

b. het vragen van toestemming, gelet op de aard en het doel van het onderzoek, in redelijkheid niet kan worden verlangd en de zorgaanbieder zorg heeft gedragen dat de gegevens in zodanige vorm worden verstrekt dat herleiding tot individuele natuurlijke personen redelijkerwijs wordt voorkomen.

2. Verstrekking overeenkomstig het eerste lid is slechts mogelijk indien:

a. het onderzoek een zwaarwegend algemeen belang dient,

b. het onderzoek niet zonder de desbetreffende gegevens kan worden uitgevoerd, en

c. voor zover de betrokken cliënt tegen de verstrekking niet uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt.

3. Van een verstrekking overeenkomstig het eerste lid wordt aantekening gehouden in het dossier.

Artikel 30

1. De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat de verrichtingen ter zake van de zorg worden uitgevoerd buiten de waarneming van anderen dan de cliënt, tenzij de cliënt ermee heeft ingestemd dat de verrichtingen kunnen worden waargenomen door anderen.

2. Onder anderen dan de cliënt zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorgverlening en degene die optreedt als ver-

vanger van de zorgaanbieder, voor zover hun aanwezigheid noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.

3. Daaronder zijn evenmin begrepen degenen wier toestemming voor de zorgverlening op grond van de artikelen 5 en 20 is vereist. Indien de zorgaanbieder echter door zorg te verlenen in aanwezigheid van de in de eerste volzin bedoelde personen zou handelen op een wijze die niet geacht kan worden overeen te komen met goede zorg van een goed zorgaanbieder, laat hij zulks achterwege.

Hoofdstuk 4. Effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling

Artikel 31

1. De cliënt heeft jegens de zorgaanbieder recht op een effectieve, laagdrempelige behandeling van zijn klachten en geschillen.

2. De zorgaanbieder treft schriftelijk een regeling voor de opvang en de afhandeling van klachten over de naleving door de zorgaanbieder van deze wet, de kwaliteit van zorg en de bejegening van een cliënt daaronder begrepen:

- a. van cliënten;
- b. van nabestaanden van een overleden cliënt;
- c. van personen ten aanzien van wie artikel 5 ten onrechte niet is toegepast.

3. De regeling is, rekening houdende met de aard van de zorg en de categorie van cliënten waaraan zorg wordt verleend, zodanig ingericht dat:

- a. de klager desgewenst gratis met informatie, advies en bemiddeling wordt ondersteund door een daartoe door de zorgaanbieder aangewezen geschikte persoon met wie de klager op eenvoudige wijze in contact kan treden en die niet handelt dan met toestemming van de klager;
- b. klachten zorgvuldig worden onderzocht en de wijze van behandeling zoveel mogelijk is gericht op het voorkomen van geschillen;
- c. de klager zoveel mogelijk op de hoogte wordt gehouden van de voortgang van de behandeling;
- d. een persoon als bedoeld onder a, die in dienst is van de zorgaanbieder, niet uit hoofde van zijn functie door de zorgaanbieder wordt benadeeld;
- e. klachten, rekening houdende met de aard van de klacht, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen zes weken, worden afgehandeld;
- f. de klager een schriftelijke mededeling van de zorgaanbieder ontvangt waarin met redenen omkleed is aangegeven tot welk oordeel het onderzoek van de klacht heeft geleid, welke beslissingen de zorgaanbieder over en naar aanleiding van de klacht heeft genomen en binnen welke termijn maatregelen waartoe is besloten, zullen zijn gerealiseerd.

4. In de regeling kan worden bepaald dat zij niet van toepassing is op klachten voor zover deze betrekking hebben op geleden schade.

5. De regeling wordt door een zorgaanbieder die niet behoort tot de zorgaanbieders, bedoeld in artikel 33, vastgesteld in overeenstemming met een representatief te achten organisatie van cliënten.

6. De regeling wordt op daarvoor geschikte wijze onder de aandacht van de cliënten gebracht.

Artikel 32

1. De zorgaanbieder wijst een instantie aan waaraan geschillen over de naleving door de zorgaanbieder van deze wet kunnen worden voorgelegd door personen als bedoeld in artikel 31, tweede lid:

1°. die na de indiening van een klacht bij de zorgaanbieder niet tijdig een oordeel hebben ontvangen als bedoeld in artikel 31, derde lid, onder f, dan wel een klacht in tweede aanleg willen laten beoordelen;

2°. voor wie behandeling van een klacht overeenkomstig artikel 31 niet gewaarborgd was door het ontbreken van een regeling als bedoeld in dat artikel;

3°. van wie in redelijkheid niet kan worden verlangd dat zij onder de gegeven omstandigheden een klacht bij de zorgaanbieder indienen;

4°. omtrent door hen geleden schade.

2. Een stichting of vereniging met volledige rechtsbevoegdheid kan eveneens een geschil aan de instantie voorleggen, mits met dat geschil een belang in het geding is dat de stichting of vereniging volgens haar statuten behartigt.

3. De zorgaanbieder wijst slechts een instantie aan die haar werkzaamheden uitoefent op basis van een schriftelijke regeling, die waarborgt dat:

a. de instantie op korte termijn een uitspraak doet in gevallen waarin dat, gelet op de aard van een geschil en de daarbij betrokken belangen, aangewezen is te achten;

b. de instantie bevoegd is over een geschil bij wege van bindend advies een uitspraak te doen, alsmede een vergoeding van geleden schade toe te kennen van in ieder geval € 25.000,-;

c. de instantie ten minste eenmaal per jaar niet tot personen herleidbare gegevens openbaar maakt omtrent aan haar voorgelegde geschillen en de uitspraken die zij heeft gedaan, toezendt aan het Staatstoezicht op de volksgezondheid;

d. de instantie bevoegd is tot inzage in de registers, bedoeld in artikel 10, tweede lid, indien het geschil betrekking heeft op artikel 24 en de instantie aanleiding ziet om aan te nemen dat het geschil gegrond is.

4. De aanwijzing van een instantie door een zorgaanbieder die niet behoort tot de zorgaanbieders, bedoeld in artikel 33, geschiedt in overeenstemming met een representatief te achten organisatie van cliënten.

5. De zorgaanbieder brengt de mogelijkheid om geschillen aan de instantie voor te leggen op daarvoor geschikte wijze onder de aandacht van de cliënten.

Hoofdstuk 5. Medezeggenschap en goed bestuur

Paragraaf 1. Medezeggenschap

Artikel 33

Deze paragraaf is uitsluitend van toepassing op zorgaanbieders die een instelling in stand houden voor het verlenen van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, dan wel andere zorg voor zover die gepaard gaat met verblijf van de cliënten gedurende een of meer etmalen in een accommodatie.

Artikel 34

geschrapt

Artikel 35

1. De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat deze met betrekking tot de medezeggenschap voldoet aan deze paragraaf.
2. De zorgaanbieder treft schriftelijk een regeling voor de medezeggenschap van de cliënten van de instelling die hij in stand houdt.
3. De regeling is, rekening houdend met de aard van de zorg en de categorieën van cliënten waaraan zorg wordt verleend, zodanig ingericht dat:
 - a. een door de zorgaanbieder in te stellen cliëntenraad wordt belast met de behartiging van de gemeenschappelijke belangen van de cliënten van de instelling;
 - b. is geregeld hoeveel leden de cliëntenraad heeft, welke categorieën van personen tot lid kunnen worden benoemd en op welke wijze en voor welke termijn benoeming plaats vindt.
4. Indien zulks voor een of meer te onderscheiden onderdelen van een instelling in redelijkheid aangewezen is te achten, voorziet de regeling er in dat:
 - a. naast of in plaats van de in het derde lid bedoelde cliëntenraad een of meer cliëntenraden worden belast met de behartiging van de gemeenschappelijke belangen van de cliënten van zodanige onderdelen;
 - b. is geregeld hoeveel leden zodanige cliëntenraden hebben, welke categorieën van personen tot lid kunnen worden benoemd en op welke wijze en voor welke termijn benoeming plaats vindt;
 - c. de taken van en de verdeling van de bevoegdheden over de onderscheiden cliëntenraden zijn geregeld.
5. De zorgaanbieder treft de voorzieningen die op grond van de regeling noodzakelijk zijn voor de benoeming van de leden van de cliëntenraad of cliëntenraden. De zorgaanbieder treft zodanige voorzieningen opnieuw telkens wanneer een cliëntenraad gedurende twee jaren niet heeft gefunctioneerd wegens het ontbreken van het in de regeling vastgestelde aantal leden.
6. Een cliëntenraad regelt schriftelijk zijn werkwijze met inbegrip van zijn vertegenwoordiging in en buiten rechte. De cliëntenraad zendt een kopie van de regeling van zijn werkwijze aan de zorgaanbieder.
7. De zorgaanbieder brengt de door hem vastgestelde regeling alsmede een wijziging daarvan op daarvoor geschikte wijze onder de aandacht van de cliënten.

Artikel 36

De zorgaanbieder verstrekt aan de cliëntenraad of cliëntenraden tijdig en, desgevraagd, schriftelijk de inlichtingen en gegevens die deze voor de vervulling van hun taak redelijkerwijs nodig hebben. Voorts verstrekt hij ten minste eenmaal per jaar algemene gegevens omtrent het beleid dat in het verstreken tijdvak is gevoerd en in het komende jaar zal worden gevoerd.

Artikel 37

overgebracht naar art. 40

Artikel 38

1. De zorgaanbieder stelt de cliëntenraad of cliëntenraden in de gelegenheid advies uit te brengen over elk voorgenomen besluit dat betrekking

heeft op het beleid ten aanzien van de instelling of een onderdeel daarvan of op maatregelen en regelingen van algemene aard die voor cliënten van belang zijn.

2. De zorgaanbieder vraagt het advies op een zodanig tijdstip dat het van wezenlijke invloed kan zijn op het te nemen besluit.

3. Een cliëntenraad is bevoegd de zorgaanbieder ook op eigen initiatief te adviseren inzake de in het eerste lid bedoelde onderwerpen.

4. Indien een zorgaanbieder deel uitmaakt van een groep in de zin van artikel 42b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek en de rechtspersoon die aan het hoofd staat van de groep, geen zorgaanbieder is, stelt de zorgaanbieder de cliëntenraad of cliëntenraden in de gelegenheid aan hem advies uit te brengen over een voorgenomen besluit van het bestuur van de rechtspersoon die aan het hoofd staat van de groep, dat ingrijpende gevolgen heeft voor die zorgaanbieder.

Artikel 39

1. De zorgaanbieder neemt geen besluit dat afwijkt van een schriftelijk door een cliëntenraad uitgebracht advies zonder dat hij daarover met die raad overleg heeft gepleegd.

2. Behoudens voor zover de zorgaanbieder een besluit moet nemen krachtens een wettelijk voorschrift, neemt hij geen besluit dat afwijkt van een door een cliëntenraad ter zake op zijn verzoek of ongevraagd uitgebracht advies over:

- a. een wijziging van de doelstelling of de grondslag van de zorgaanbieder;
- b. fusie waarbij de zorgaanbieder is betrokken en overdracht van de zeggenschap over de instelling of een onderdeel daarvan;
- c. een huisvestingsplan voor de lange termijn, een ingrijpende verbouwing, nieuwbouw of verhuizing van een accommodatie;
- d. een profielschets voor de benoeming van de personen die belast zullen worden met de hoogste leiding van de arbeid, de leden van het toezicht-houdend orgaan en personen als bedoeld in artikel 31, vijfde lid, onder a;
- e. het algemene beleid met betrekking tot de toelating van cliënten tot de zorgverlening en de beëindiging daarvan, de geestelijke verzorging van en de maatschappelijke bijstand aan cliënten, het algemene beleid ter zake van kwaliteit, veiligheid en hygiëne, voedingsaangelegenheden van algemene aard en recreatiemogelijkheden of ontspanningsmogelijkheden voor de cliënten;
- f. een regeling als bedoeld in de artikelen 31, tweede lid, en 35, alsmede andere voor de cliënten geldende regelingen, waaronder begrepen de procedure die wordt gevolgd bij het opstellen van zorgplannen ten behoeve van cliënten.

3. De zorgaanbieder doet van een besluit inzake een onderwerp waarover een cliëntenraad advies heeft uitgebracht, schriftelijk en, voor zover hij van dat advies afwijkt, onder opgave van redenen, mededeling aan die raad.

Artikel 40

1. De kosten van het functioneren van een cliëntenraad of cliëntenraden komen voor rekening van de zorgaanbieder, voor zover deze het door de zorgaanbieder daarvoor beschikbaar gestelde bedrag niet te boven gaan.

2. De zorgaanbieder stelt jaarlijks het voor het functioneren van een cliëntenraad beschikbare bedrag vast op basis van een door de cliëntenraad ingediende begroting van te maken kosten en een werkplan. De zorgaanbieder kan een geraamde kostenpost slechts buiten beschouwing laten voor zover het kosten betreft die de cliëntenraad in redelijkheid niet hoeft te maken om zijn taken naar behoren uit te oefenen.

3. Indien zich na de vaststelling van het beschikbare bedrag, bedoeld in het tweede lid, onvoorziene kosten voordoen, dient de cliëntenraad een aanvullende begroting bij de zorgaanbieder in. De zorgaanbieder herzielt alsdan het beschikbare bedrag op basis van de aanvullende begroting. De tweede volzin van het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.

4. De kosten die verband houden met het voorleggen van een geschil over de toepassing van de artikelen 36 tot en met 39 alsmede dit artikel aan de vertrouwenscommissie, bedoeld in artikel 41, komen ten laste van de zorgaanbieder.

5. In geval van een rechtsgeding tussen de zorgaanbieder en de cliëntenraad, komen de aan het geding verbonden kosten ten laste van de zorgaanbieder.

Artikel 41

1. De zorgaanbieder is aangesloten bij een door een of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en een of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders ingestelde commissie van vertrouwenslieden, die tot taak heeft te bemiddelen en bevoegd is zonodig een bindende uitspraak te doen:

a. op verzoek van een cliëntenraad in geval van een geschil over de toepassing van de artikelen 35 tot en met 40;

b. op verzoek van de zorgaanbieder, indien hij ten aanzien van een onderwerp, genoemd in artikel 39, eerste lid, waarover een cliëntenraad een schriftelijk advies heeft uitgebracht, een van dat advies afwijkend besluit wenst te nemen.

2. In een geval als bedoeld in het eerste lid, onder b, geeft de commissie van vertrouwenslieden toestemming om het besluit te nemen, indien het advies van de cliëntenraad onredelijk is, of indien de zorgaanbieder zwaarwegende redenen heeft om het voorgenomen besluit te nemen.

3. Een besluit van de zorgaanbieder, genomen in strijd met artikel 39, tweede lid, is nietig indien:

a. de zorgaanbieder van de commissie van vertrouwenslieden geen toestemming heeft gekregen om het voorgenomen besluit te nemen, en

b. de cliëntenraad tegenover de zorgaanbieder schriftelijk een beroep op de nietigheid heeft gedaan binnen een maand nadat de zorgaanbieder hem zijn besluit heeft meegedeeld dan wel, bij gebreke van deze mededeling, de cliëntenraad is gebleken dat de zorgaanbieder uitvoering of toepassing geeft aan zijn besluit.

Paragraaf 2. Goed bestuur

Artikel 42

Deze paragraaf is uitsluitend van toepassing op zorgaanbieders die een instelling in stand houden en rechtspersoonlijkheid bezitten.

Artikelen 43-45

pm

Artikel 46

verplaatst naar 49a

Hoofdstuk 6. Overheidswaarborgen

Artikel 47

1. Zorgaanbieders die Onze Minister daartoe bij ministeriële regeling heeft aangewezen, dragen in een bij de regeling aangegeven gebied zorg voor afspraken inzake de beschikbaarheid van spoedeisende zorg met andere zorgaanbieders en andere bij spoedeisende zorg betrokken instanties.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden omschreven welke vormen van zorg de afspraken moeten betreffen en kunnen eisen worden vastgesteld waaraan de beschikbaarheid van spoedeisende zorg moet voldoen.

Artikel 48

pm

Artikel 49

1. Elke zorgaanbieder verstrekt Onze Minister ten behoeve van een openbaar register de volgende gegevens:
 - a. zijn naam of een andere aanduiding;
 - b. zijn rechtsvorm;
 - c. zijn Handelsregisternummer;
 - d. zijn adres van vestiging;
 - e. het adres van waaruit de zorg wordt verleend;
 - f. het adres van de accommodatie of accommodaties waarin zorg wordt verleend;
 - g. de vormen van zorg die worden verleend.
2. Onze Minister draagt zorg dat het register, de op grond van artikel 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg openbaar gemaakte informatie en het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, in onderling verband zijn in te zien.

Artikel 49a

Zorgaanbieders dienen jaarlijks vóór 1 juni bij Onze Minister stukken in waaruit blijkt hoe zij in het voorgaande jaar deze wet hebben nageleefd met betrekking tot de volgende onderwerpen:

	kwaliteit	klachten	medezeggenschap	jaarverantwoording	goed bestuur
1. zorgaanbieder die instelling in stand houdt	ja	ja	ja, mits vallend onder 2	ja, mits vallend onder 2	ja

en rechtspersoon is					
2. zorgaanbieder die instelling in stand houdt en AWBZ-zorg levert of andere zorg-met-verblijf	ja	ja	ja	ja	ja, mits vallend onder 1
3. zorgaanbieder die instelling in stand houdt en AWBZ-zorg levert of medisch-specialistische Zvw-zorg	ja	ja	ja, mits vallend onder 2	ja	ja, mits vallend onder 1
4. overige zorgaanbieders	ja	ja	nee	nee	ja, mits vallend onder 1

Paragraaf 2. Ministeriële regelgeving

Artikel 49b

1. Onze Minister bepaalt bij ministeriële regeling:

- a. op welke wijze de bij de regeling omschreven gegevens in het kwaliteitsregister, bedoeld in artikel 10, tweede lid, moeten worden opgenomen en hoe die gegevens moeten worden gemeten;
- b. welke gegevens de zorgaanbieder bij zijn keuze-informatie, bedoeld in artikel 16, eerste volzin, moet verstrekken en op welke wijze die informatie wordt verstrekt;
- c. op welke wijze de gegevens voor de registratie, bedoeld in artikel 49, moeten worden verstrekt;
- d. welke gegevens moeten worden opgenomen in de jaarstukken, bedoeld in artikel 49a, en de wijze waarop die gegevens moeten worden opgenomen.

2. Onze Minister stelt de regeling, voor zover het betreft onderdeel b van het eerste lid, vast na overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit.

Paragraaf 3. Financiële waarborgen pm

Hoofdstuk 7. Toezicht en handhaving

Artikel 50

1. De ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid zijn belast met het toezicht op de naleving door zorgaanbieders van de verplichtingen die voor hen uit het bepaalde bij of krachtens deze wet voortvloeien.

2. Het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 6, 7 en 49b is mede gericht op het bevorderen van het gebruik van standaarden door zorgaanbieders.

3. Onze Minister kan bij ministeriële regeling andere personen aanwijzen, die belast zijn met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de bij die regeling aangewezen artikelen.

4. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren zijn bevoegd, met medeneeming van de benodigde apparatuur, een woning binnen te treden zonder toestemming van de bewoner, voor zover de woning deel uitmaakt van een instelling.

5. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren zijn, voor zover dat voor de vervulling van hun taak noodzakelijk is en in afwijking van artikel 5:20, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht, bevoegd tot inzage van de patiëntendossiers. Voor zover de betrokken beroepsbeoefenaar uit hoofde van zijn beroep tot geheimhouding van het dossier verplicht is, geldt gelijke verplichting voor de betrokken ambtenaar.

6. De in het eerste en derde lid bedoelde ambtenaren en personen kunnen overtredingen van incidenteel karakter buiten behandeling laten.

Artikel 51

1. Indien Onze Minister van oordeel is dat het bepaalde bij of krachtens de artikelen 6, 7 tot en met 10, 13 tot en met 32, 47, eerste en tweede lid, en 49b niet wordt nageleefd, kan hij de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven.

2. In de aanwijzing geeft Onze Minister met redenen omkleed aan op welke punten het bepaalde bij of krachtens de artikelen 6, 7 tot en met 10, 13 tot en met 32, 47, eerste en tweede lid, en 49b niet wordt nageleefd, alsmede de in verband daarmee te nemen maatregelen.

3. Een aanwijzing bevat de termijn waarbinnen de zorgaanbieder er aan moet voldoen.

4. Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden, kan de ingevolge artikel 50, eerste lid, met het toezicht belaste ambtenaar een schriftelijk bevel geven. Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen, welke door Onze Minister kan worden verlengd.

5. De zorgaanbieder is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan de aanwijzing onderscheidenlijk onmiddellijk aan het bevel te voldoen.

6. Mandaat tot het verlengen van de geldigheidsduur van een bevel wordt niet verleend.

Artikel 52

Onze Minister is bevoegd een last onder bestuursdwang op te leggen ter zake van een gedraging die in strijd is met het bepaalde bij of krachtens de artikelen 34 tot en met 42, 49a en 49c dan wel met een krachtens artikel 51 gegeven aanwijzing of bevel.

Artikel 53

1. Onze Minister is bevoegd een bestuurlijke boete van ten hoogste € 33.500,- op te leggen ter zake van een gedraging die in strijd is met het bepaalde bij of krachtens de artikelen 12 en 49.
2. Een gedraging in strijd met het bepaalde bij of krachtens de artikelen 12 en 49, is een strafbaar feit indien:
 - a. in de daaraan voorafgaande 24 maanden tweemaal een bestuurlijke boete ter zake van eenzelfde gedraging onherroepelijk is opgelegd, of
 - b. de opzettelijke of roekeloze gedraging een direct gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de mens tot gevolg heeft.
3. Met hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de vierde categorie wordt gestraft degene die een strafbaar feit pleegt als bedoeld in het tweede lid.
4. Een strafbaar feit als bedoeld in het tweede lid is een overtreding.

Artikel 54

pm

Hoofdstuk 8. Wijzigingen in en intrekking van andere wetten en overgangerecht

Artikel 55

1. De Kwaliteitswet zorginstellingen wordt ingetrokken.
2. Na inwerkingtreding van het eerste lid berusten het Besluit kwaliteits-eisen ziekenhuisbloedbanken en het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg op artikel 8 van deze wet.

Artikel 56

De Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1 komt onderdeel c te luiden:

c. zorgaanbieder;

1°. de natuurlijke persoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, anders dan in het verband van een instelling, en die is ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg of een persoon is als bedoeld in artikel 34 van die wet;

2°. de natuurlijke persoon of rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent in het verband van een door hem in stand gehouden instelling, zijnde een in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband waarin zorg wordt verleend;

B

In artikel 16 wordt "artikel 8, eerste lid, van de Kwaliteitswet zorginstellingen" vervangen door: artikel 50, eerste lid, van de Wet cliëntenrechten zorg.

Artikel 57

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 40 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste tot en met derde lid alsmede de aanduiding "4." voor het vierde lid vervallen.
2. In de aanhef van de resterende tekst vervalt het woord "voorts".
3. Onder vervanging van het leesteken aan het slot van onderdeel c door een punt, vervalt onderdeel d.

B

In artikel 86, eerste lid, wordt "bij of krachtens artikel 40, eerste, derde en vierde lid, gestelde voorschriften" vervangen door: krachtens artikel 40 gestelde voorschriften.

C

De artikelen 87a en 100a vervallen.

D

Artikel 96 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt "hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie" vervangen door: gevangenisstraf van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie.
2. In het tweede lid wordt "gevangenisstraf van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie" vervangen door: gevangenisstraf van ten hoogste een jaar of geldboete van de vierde categorie.

E

In artikel 101 wordt "artikel 40, vierde lid," vervangen door: artikel 40.

F

Artikel 102 komt te luiden:

Artikel 102

1. De in artikel 96 strafbaar gestelde feiten zijn misdrijven.
2. De in de artikelen 97 tot en met 101 strafbaar gestelde feiten zijn overtredingen.

G

Artikel 103 komt te luiden:

Artikel 103

1. Indien tijdens het plegen van een strafbaar feit, omschreven in artikel 97, nog geen vier jaren zijn verlopen sedert een vroegere veroordeling van de schuldige wegens een strafbaar feit, omschreven in de artikelen 96 en 97, onherroepelijk is geworden, kan hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie worden opgelegd.
2. Indien tijdens het plegen van een strafbaar feit, omschreven in artikel 96 nog geen vier jaren zijn verlopen sedert een vroegere veroordeling van de schuldige wegens een strafbaar feit, omschreven in de artikelen 96 en 97, onherroepelijk is geworden, kan gevangenisstraf van ten hoogste twee jaar of geldboete van de vijfde categorie worden opgelegd.

Artikel 58

De Wet toelating zorginstellingen wordt ingetrokken.

Artikel 59

geschrapt

Artikel 60

overgangsrecht toelating in relatie tot registratie?

Artikel 61

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1, eerste lid, onder d, 1°, komt te luiden:

1°. de natuurlijke persoon of rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent in het verband van een door hem in stand gehouden instelling, zijnde een in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband;.

B

Artikel 57 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Het College zorgverzekeringen en de zorgautoriteit verstrekken desgevraagd aan Onze Minister de voor de uitoefening van diens taak benodigde inlichtingen en gegevens.

2. In het tweede lid vervalt de zinsnede "of door een bestuursorgaan, bedoeld in het eerste lid,".

Artikel 62

In artikel 2, eerste lid, van de de Ambtenarenwet vervalt de zinsnede "- de voorzitter en de leden van het College bouw zorginstellingen en het College sanering zorginstellingen, bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen, en het personeel van die colleges;".

Artikel 63

De Geneesmiddelenwet wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 18, zevende lid, wordt "een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen" vervangen door: een instelling in de zin van de Zorgverzekeringswet.

B

In artikel 57, tweede lid, onder a, wordt "een krachtens artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen als algemeen onderscheidenlijk psychiatrisch ziekenhuis aangewezen instelling" vervangen door: een ingevolge artikel 49 van de Wet cliëntenrechten zorg als algemeen onderscheidenlijk psychiatrisch ziekenhuis geregistreerde zorgaanbieder.

Artikel 64

In artikel 12, eerste lid, onder b, van de Wet inzake bloedvoorziening wordt "krachtens artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen als ziekenhuis toegelaten instellingen" vervangen door: ingevolge artikel 49 van de Wet cliëntenrechten zorg als ziekenhuis geregistreerde zorgaanbieders.

Artikel 65

Artikel 1, onder f, van de Wet op de orgaandonatie komt te luiden:
f. ziekenhuis: een ingevolge artikel 49 van de Wet cliëntenrechten zorg als ziekenhuis geregistreerde zorgaanbieder;.

Artikel 66

Artikel 12.15 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek komt te luiden:

Artikel 12.15

De raad van bestuur beslist, na overleg met het college van bestuur van de universiteit waaraan het ziekenhuis is verbonden, welke afdelingen en andere onderdelen het academisch ziekenhuis omvat.

Artikel 67

Artikel 90 sexies van het Wetboek van Strafrecht komt te luiden:

Artikel 90sexies

Onder psychiatrisch ziekenhuis wordt verstaan:

- 1°. een ingevolge artikel 49 van de Wet cliëntenrechten zorg als ziekenhuis, verpleeghuis of gehandicapteninrichting geregistreerde zorgaanbieder, voor zover diens zorg blijkt de registratie gericht is op de behandeling van psychiatrische patiënten;
- 2°. een psychiatrische afdeling van een academisch ziekenhuis.

Artikel 68

Artikel 53 van de Woningwet vervalt.

Artikel 69

De Zorgverzekeringswet wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1, onder m, 1°, komt te luiden:

1°. de natuurlijke persoon of rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent in het verband van een door hem in stand gehouden instelling, zijnde een in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband;.

B

Artikel 91 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het tweede lid komt te luiden:
2. Het College zorgverzekeringen en de zorgautoriteit verstrekken desgevraagd aan Onze Minister de voor de uitoefening van diens taak benodigde inlichtingen en gegevens.
2. In het derde lid vervalt de zinsnede "of door een bestuursorgaan, bedoeld in het tweede lid,".

Artikel 70

De Wet klachtrecht cliënten zorgsector wordt ingetrokken.

Artikel 71

In de Wet maatschappelijke ondersteuning wordt na paragraaf 2 een paragraaf ingevoegd, luidende:

§ 2a. Klachten en medezeggenschap

(hier zullen tzt de bepalingen van de WCZ inzake de behandeling van klachten en de medezeggenschap van cliënten bij maatschappelijke ondersteuning door derden mutatis mutandis worden uitgeschreven, zoals bij art. 72.)

Artikel 72

In de Wet kinderopvang wordt in hoofdstuk 3, paragraaf 2, na artikel 57a een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 57b

1. De houder van een kindercentrum of een gastouderbureau treft schriftelijk een regeling voor de opvang en afhandeling van klachten van ouders over de kwaliteit van de opvang, de bejegening van de kinderen daaronder begrepen.
2. De regeling is zodanig ingericht dat:
 - a. de ouder desgewenst gratis met informatie, advies en bemiddeling wordt ondersteund door een daartoe aangewezen en geschikt persoon;
 - b. klachten zorgvuldig worden onderzocht;
 - c. klachten zoveel mogelijk op een voor de ouder bevredigende wijze worden afgewikkeld;
 - d. klachten, rekening houdende met de aard van de klacht, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen zes weken worden afgewikkeld;
 - e. de ouder een schriftelijke mededeling van de houder ontvangt waarin met redenen omkleed is aangegeven tot welk oordeel het onderzoek van de klacht heeft geleid, welke beslissingen de houder over en naar aanleiding van de klacht heeft genomen en binnen welke termijn maatregelen waartoe is besloten, zullen zijn gerealiseerd.
3. In de regeling kan worden bepaald dat zij niet van toepassing is op klachten voor zover deze betrekking hebben op de betaling van een schadevergoeding door de houder.
4. In de regeling is voorts voorzien in het periodiek openbaar maken door de houder van niet tot personen herleidbare gegevens omtrent ingediende klachten en de afhandeling daarvan.
5. De regeling wordt op daarvoor geschikte wijze onder de aandacht van de ouders van de kinderen gebracht.

Artikel 73

1. De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen wordt ingetrokken.
2. In afwijking van artikel 38, eerste lid, van de Wet cliëntenrechten zorg stelt de zorgaanbieder die op het tijdstip van inwerkingtreding van dat artikel reeds een cliëntenraad heeft ingesteld, die cliëntenraad in de gelegenheid advies uit te brengen over een voorgenomen besluit dat betrekking heeft op een regeling als bedoeld in artikel 31, tweede lid, of 35, tweede lid, van die wet.
3. Een zorgaanbieder die op het tijdstip van inwerkingtreding van artikel 38, eerste lid, van de Wet cliëntenrechten zorg nog geen cliëntenraad heeft ingesteld, stelt voor de eerste toepassing van dat artikel een representatief te achten cliëntenorganisatie in de gelegenheid advies uit te brengen over een voorgenomen besluit dat betrekking heeft op een regeling als bedoeld in artikel 31, tweede lid, of 35, tweede lid, van die wet.

Artikel 74

De Wet marktordening gezondheidszorg wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1 vervallen de onderdelen n en o.

B

geschrapt

C

In artikel 17, eerste lid, vervallen de onderdelen f en g.

D

geschrapt

E

geschrapt

F

Artikel 38 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste en zevende lid vervallen.
2. Het tweede tot en met zesde lid worden vernummerd tot eerste tot en met vijfde lid.
3. In het vierde lid (nieuw) wordt "vierde lid" telkens vervangen door: derde lid.
4. In het vijfde lid (nieuw) wordt "vijfde lid" vervangen door: vierde lid.

G

geschrapt

H

geschrapt

I

geschrapt

Artikel 75

geschrapt

Artikel 76

pm

Artikel 76a

pm

Artikel 77

Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek wordt als volgt gewijzigd:

A

Aan artikel 446 wordt een lid toegevoegd, luidende:

5. Op de behandelingsovereenkomst is de Wet cliëntenrechten van toepassing voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet.

B

De artikelen 448 tot en met 459, 462, 464, 465 en 466 vervallen.

Hoofdstuk 9. Slotbepalingen

Artikel 77a

Tot een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip wordt in artikel 35, derde lid, onder b, in plaats van "€ 25.000,-" gelezen: € 10.000,-.

Artikel 78

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 79

Deze wet wordt aangehaald als: Wet cliëntenrechten zorg.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

De Minister van Justitie,

Bijlage III: Overzicht wachttijden FZR

Overzicht wachttijden FZR

		Wachttijd * polikliniek	Wachttijd * behandeling	Wachttijd * diagnostiek
Cardiologie		2,5		
Chirurgie algemeen		<1		
Mammapoli		<1		
Oncologie		<1		
Traumatologie		<1		
Vaatchirurgie		2		
	<i>Galblaas</i>		5	
	<i>Liesbreuk</i>		1	
	<i>Spataderen</i>		5	
Dermatologie		3,5		
Gastro-enterologie (maag-, darm-, leverarts)		3,5		
	<i>Gastroscopie</i>			2
Gynaecologie algemeen		1		
Infertiliteit		2		
Oncologie		2		
	<i>Baarmoeder- verwijdering</i>		8	
	<i>Incontinentie bij de vrouw</i>		8	
	<i>Sterilisatie bij de vrouw</i>		8	
Interne Geneeskunde algemeen		2,5		
Nefrologie		2,5		
Immunologie		2,5		
Hypertensie		2,5		
Hematologie		1,5		
Endocrinologie		2,5		
Oncologie		1		
	<i>Diabetes</i>		2,5	
Kaakchirurgie		12		
Keel-, neus- en oorheelkunde		1,5		
	<i>Neus- en/of keelamandelen</i>		3	
	<i>Neustussenschot</i>		6	
	<i>Oorbuisjes</i>		3	
Kindergeneeskunde algemeen		2,5		
Sociale pediatrie		2,5		

Longziekten		1		
	<i>Oncologie</i>	1		
Neurochirurgie		4		
	<i>Hernia</i>		10	
Neurologie		2,5		
	<i>Carpaal tunnel syndroom</i>		5	
Oogheelkunde		5,5		
	<i>Staaroperatie</i>		1	
Orthopedie		4		
	<i>Totale heupoperatie</i>		5	
	<i>Kijkoperatie knie</i>		5	
	<i>Totale knieoperatie</i>		5	
	<i>Spondylodese</i>		32	
	<i>Carpaal tunnel syndroom</i>		5	
Plastische chirurgie		3		
	<i>Borstcorrectie met medische indicatie</i>		8	
	<i>Borstcorrectie zonder medische indicatie</i>		8	
	<i>Buikwandcorrectie</i>		8	
	<i>Carpaal tunnel syndroom</i>		8	
	<i>Dupuytren</i>		8	
Pijnbestrijding/ Anesthesiologie		3		
Psychiatrie		1,5		
Radiologie				
	<i>MRI-scan</i>			zsm
	<i>CT-scan</i>			zsm
Reumatologie		1,5		
Revalidatie		3,5		
Urologie		3		
	<i>Blaasgezwel (Blaastumor)</i>		4	
	<i>Prostaatoperatie/prostaat carcinoom</i>		8	
	<i>Sterilisatie bij de man</i>		7	

* Wachttijden in weken.

Peildatum: 1 april 2010.

Bijlage IV: Gezagsformulier ten behoeve van onderzoek en behandeling bij minderjarigen

Ponsplaatje



Gezagsformulier ten behoeve van onderzoek en behandeling bij minderjarigen.

1. Hierbij verklaart ondergetekende:

(aankruisen wat van toepassing is)

- ☐ Dat hij / zij als ouder gezamenlijk met dhr / mw.....
het ouderlijk gezag voert over bovengenoemde patiënt.
Ondergetekende draagt er zorg voor dat de andere ouder door hem / haar wordt
geïnformeerd over onderzoeken en / of behandelingen.
Hij / zij is ervan op de hoogte dat deze andere ouder eveneens toestemming moet
geven voor onderzoeken en / of behandelingen en laat de behandelend arts weten
indien geen toestemming verkregen wordt.
- ☐ Dat hij / zij als enige ouder / voogd het ouderlijk gezag over bovengenoemde
patiënt voert.
- ☐ Dat hij / zij de voogdij over bovengenoemde patiënt voert.

Naar waarheid ingevuld,

.....(datum),(plaats)

Naam ouder / voogd:

Handtekening ouder / voogd

Doel van het gezagsformulier

Vaststellen dat de persoon met wie de behandeling van een patiënt wordt besproken daadwerkelijk zeggenschap heeft over deze patiënt. Hetzij als ouder, als gedeeld ouderschap, hetzij als voogd.

Toelichting

Ouder met gezag (ouderlijk gezag):

Degene die op grond van zijn ouderschap en de wet de wettelijke vertegenwoordiger is van een minderjarige ^[1] en op grond daarvan in het belang van de minderjarige beslissingen over opvoeding en verzorging ten behoeve van deze minderjarige kan nemen.

De wet heeft als uitgangspunt dat beide ouders het gezamenlijk gezag hebben als de kinderen tijdens het huwelijk zijn geboren, tenzij de rechter na een echtscheiding hierover anders heeft beslist.

Het gezag over kinderen van ouders die niet met elkaar zijn gehuwd noch met elkaar gehuwd zijn geweest, rust bij één van de ouders, tenzij de ouders hebben verzocht om in het openbaar register betreffende het over minderjarigen uitgeoefende gezag te laten aantekenen dat zij beiden het ouderlijk gezag over hun kind voeren.

Voogd:

Een door de rechter aangewezen vertegenwoordiger van een minderjarige anders dan een ouder, die met uitsluiting van deze ouders, bevoegd is beslissingen ten behoeve van deze minderjarige te nemen.

^[1] *Minderjarige:*

- Een persoon jonger dan twaalf jaar
(Minderjarigen jonger dan twaalf jaar hebben formeel geen beslissingsbevoegdheden. Hun belangen worden waargenomen door de ouders met ouderlijk gezag, of indien van toepassing de voogd.)
- Een persoon tussen twaalf en zestien jaar
(Minderjarigen tussen twaalf en zestien hebben wel inspraak in de behandeling die zij moeten ondergaan. De wet schrijft voor dat de toestemming van de ouders én van het minderjarige kind is vereist.)
- Een persoon ouder dan twaalf maar jonger dan achttien jaar, waarvan door de behandelend arts is vastgesteld dat hij niet in staat is om een redelijke belangenafweging te maken.

Bijlage V: Eenzijdige beëindiging van de behandelovereenkomst

Titel

Eenzijdige beëindiging van de behandelovereenkomst

Inleiding / toelichting

Het uitgangspunt van het FZR is dat alle mensen zich veilig voelen binnen het FZR. Het is hierbij belangrijk om te weten wanneer bij misplaatst of agressief gedrag een behandelovereenkomst met een patiënt eenzijdig beëindigd mag worden.

Doel

De doelstelling van deze beschrijving is dat duidelijkheid wordt gecreëerd over de wettelijke eisen of een behandelovereenkomst beëindigd mag worden naar aanleiding van misplaatst of agressief gedrag.

Toepassingsgebied

De "eenzijdige beëindiging van de behandelovereenkomst" heeft betrekking op de interne doelgroepen:

- Verpleegkundigen, specialisten en bestuursleden

Werkwijze

Eenzijdige beëindiging van de behandelovereenkomst

Gewichtige redenen

Juridisch gezien is het in sommige omstandigheden mogelijk, maar heel moeilijk om de behandelovereenkomst eenzijdig op te zeggen. De Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) eist in artikel 7:460 BW voor eenzijdige opzegging "gewichtige redenen". Dit artikel staat in verband met artikel 7:452 BW waarin staat dat de patiënt zich als goed patiënt dient te gedragen.

Gewichtige redenen zijn:

- Herhaald uiterst onheus en/of agressief gedrag.
- Herhaald discriminerende, seksistische en / of uiterste negatieve uitlatingen.
- Grensoverschrijdend gedrag, dit kan aan de orde zijn bij het afdwingen van een geneeskundige verklaring, een ernstige bedreiging met geweld, bedrog of via stalking, waarbij door de patiënt getracht wordt de te bewegen handeling in te zetten.

Agressief gedrag alleen is echter onvoldoende om de behandelovereenkomst op te zeggen. Is met de patiënt over zijn gedrag / houding geen gesprek meer mogelijk, dan moet besloten worden om de behandelovereenkomst van de patiënt te beëindigen. Mocht besloten zijn om de beëindiging door te zetten, dan moet de behandelende arts de onderstaande aspecten hebben nageleefd of naleven:

- Het Franciscus Ziekenhuis moet bij de patiënt herhaaldelijk aangedrongen hebben op verandering van zijn houding / gedrag. Hierover maakt de arts schriftelijke afspraken en aantekeningen in het dossier. Als deze besproken afspraken met de patiënt niet tot bevordering van een beter gedrag of houding zorgen kan gesproken gaan worden om de behandelovereenkomst te beëindigen.
- De patiënt moet vooraf worden gewaarschuwd bij een voornemen van de hulpverlener tot eenzijdige beëindiging als er geen verbetering komt.
- Is besloten om de behandelovereenkomst eenzijdig te beëindigen dan moet de behandelende arts van het Franciscus Ziekenhuis de patiënt tijdig inlichten over de grond(en) van zijn eenzijdige beëindiging.
- Bij het beëindigen van een behandelovereenkomst moet voor de patiënt een oplossing gezocht worden voor een verdere behandeling met een andere arts. Dit in overleg met de zorgverzekeraar, artsen of eventuele instelling waar de patiënt verblijft. Voor die tijd blijft de behandelende arts in elk geval medische noodzakelijke hulp bieden aan de patiënt ter voorkoming van gezondheidsschade.
- Het dossier van de patiënt moet na beëindiging bewaard blijven. Heeft de patiënt een nieuwe arts dan bepaalt de patiënt of overdracht van het patiëntendossier plaats vindt.
- Bij het beëindigen van een behandelovereenkomst van een patiënt of bij ontzegging van het ziekenhuis is het verplicht om spoedeisende hulp of acute hulp te verlenen. Noodzakelijke medische behandelingen mogen niet ontnomen worden. Naarmate de aandoening waaraan de agressieve zorgvrager lijdt ernstiger en acuter is, is onthouden van zorg minder te verantwoorden.

Geen gewichtige redenen

Gewichtige redenen zijn volgens de WGBO niet als:

- Het onheuselijk en/of agressief gedrag / houding eenmalig is voorgekomen.
- De patiënt een gezinslid (familie) is van een patiënt waarvan de behandelovereenkomst beëindigd is.
- Het gedrag van de patiënt een gevolg is van een (psychische) ziekte. De patiënt kan er weinig aan doen dat hij zijn zorg bemoeilijkt.
- Het gedrag voortkomt uit dronkenschap, drugsgebruik, emoties als angst, onzekerheid en frustratie.

Termijn van beëindiging

Beëindiging van de behandelovereenkomst is alleen mogelijk na toestemming van de Raad van Bestuur. Een redelijk termijn voor de beëindiging van de behandelovereenkomst moet bepaald worden aan de hand van de volgende factoren:

- De ernst van de situatie. Naarmate de patiënt afhankelijker is van de geboden zorg door de hulpverlener of instelling zal de termijn van beëindiging langer zijn.
- De aard en duur van de arts-patiënt relatie.
- De aard van de instelling waar de patiënt verblijft en de duur van het verblijf. Ten aanzien van patiënten die al enige tijd zijn aangewezen op verblijf in een bepaalde instelling en niet zomaar zelfstandig kunnen functioneren is, is een langere termijn van opzegging vereist.

Referentie / verwijzing / literatuur

Beleid geweldsincidenten Franciscus Ziekenhuis

Controledatum

02-12-2010

Bijlage VI: Handleiding gebruik patiënten-dossier

Titel

Handleiding gebruik patiënten-dossier

Inleiding / toelichting

Op 1 april 1995 is de Wet Geneeskundige Behandelings-Overeenkomst (W.G.B.O.) in werking getreden. Deze wet regelt rechten en plichten van de hulpverleners en patiënten met als belangrijk doel de positie van de patiënt te versterken en te verduidelijken. Deze wet onderschrijft onder meer regels m.b.t. dossiervorming, bewaartermijnen en ook het inzagerecht.

Teneinde zo goed mogelijk aan deze regelgeving te kunnen beantwoorden heeft de Commissie Medische Administratie deze handleiding geschreven.

De Stafmedewerker Informatievoorziening Ambulante Zorg ziet toe op een goede invulling hiervan en fungeert als vraagbaak. Indien nodig zorgt deze voor aanpassingen van de richtlijnen.

Taken

Zowel poliklinisch als klinisch worden in het kader van de behandeling van een patiënt gegevens verzameld die in het dossier dienen te worden vastgelegd. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt als volgt:

- **Poliklinische gegevens**
 - De behandelend specialist is verantwoordelijk voor de vastlegging van de poliklinische gegevens. Behoudens het maken van de werkaantekeningen zullen deze activiteiten meestal zijn uitbesteed aan de secretaresse, die dan ook de verantwoordelijkheid heeft om het dossier conform de regels in deze handleiding te beheren.
- **Klinische gegevens**
 - Voor vastlegging van de klinische gegevens ligt de verantwoordelijkheid bij het ziekenhuis, dat wil zeggen dat, behoudens de werkaantekeningen van de specialist, de afdelingssecretaresse het dossier conform de regels beheert tijdens de opnameperiode van de patiënt.

Doel

Deze instructie beschrijft hoe de gebruiker om dient te gaan met het patiënten-dossier en is opgesteld door de Stafmedewerker Informatievoorziening Ambulante Zorg in overleg met de Medische Staf.

Werkwijze

Via onderstaande linken kunt u snel bij een onderwerp komen:

(Voor alle overige onderwerpen dient u de navigatie in de linkerkolom gebruiken)

[Richtlijnen voor het beheer van dossiers van patiënten welke deelnemen aan een trial](#)

[Richtlijnen voor het beheer van dossiers na euthanasie en hulp bij zelfdoding](#)

[Het recht tot inzage \(inzagerecht\)](#)

[Verzoek om vernietiging van bescheiden](#)

[Recht op verbetering en het recht op aanvulling](#)

Inhoud van het dossier

Het dossier is onderverdeeld in drie delen:

- De linker binder.
- De rechter binder boven de gele kaart.
- De rechter binder onder de gele kaart.

De linker binder

Achter de linker binder dienen de volgende items te worden opgeborgen:

- De inkomende correspondentie (geen interne correspondentie).
- Het orthopedie-vel met daarop het OK verslag.
- Het cystoscopie verslag bij blaastumoren.
- Het formulier voor extracorporeel shock wave lithotripsy (ESWL).

Deze documenten worden opgeborgen in chronologische volgorde, oudste onder, jongste boven.

In en uitgaande Correspondentie

Alle uitgaande correspondentie, welke raadpleegbaar is in Mirador, wordt met ingang van 1 januari 2007 niet meer in het dossier opgeborgen.

De verzonden kopie-brief gericht aan de medebehandelaar heeft voorts nog een signaalfunctie. Dit exemplaar mag na akkoord van de medisch specialist worden vernietigd en hoeft derhalve niet meer in het dossier te worden opgeborgen. (Het betreft hier alleen de interne correspondentie.)

Opbergen correspondentie

Het opbergen van externe uitslagen en correspondentie is primair een taak van de poliklinieksecretaresses van de specialisten. We gaan ervan uit dat het dossier bij overdracht goed is ingebonden en compleet wordt overgedragen.

Om praktische redenen zal door de medische archivering toch een aantal documenten opgeborgen worden als het dossier in het archief aanwezig is. Dit opbergen beperkt zich uitsluitend tot documenten die van buiten het ziekenhuis komen.

Indien het dossier niet in het archief aanwezig is schrijft de ontvanger op het document: de datum van ontvangst en aan wie het dossier staat uitgeleend. Vervolgens gaat het document naar het secretariaat op wiens naam het dossier staat uitgeleend. Dit secretariaat heeft nu de plicht om het document op de juiste plaats aan het dossier toe te voegen.

Er zullen geen documenten ter opberging naar de medische archivering gaan voor de dossiers die op dat moment op de eigen polikliniek aanwezig zijn.

Schoning linker binder

Schoning hierbinnen is niet toegestaan.

De rechter binder boven de gele scheidingskaart

Algemeen

Boven de gele scheidingskaart bevinden zich het ID-formulier, het A-blad, het T-blad en de statusvellen van de diverse specialisten.

De bovengenoemde formulieren dienen hier te worden opgeborgen en wel in de volgende volgorde:

- Het ID-formulier.
- Klinische afspraken (het A-blad).
- De temperatuurlijst (T-blad).
(Na het verwerken van de ontslagbrief dienen het A-blad en T-blad, per opnameperiode, achter de gele scheidingskaart te worden opgeborgen. Dit is een taak van de secretaresse op de polikliniek)
- De anaesthesieverslagen (ANA-blad) bij de werkaantekeningen van de anesthesiologie ANS.
- De werkaantekeningen van de specialist. Opgeborgen in alfabetische volgorde. Binnen het specialisme moeten de nieuwe bladen achter worden toegevoegd.
- Verloskundeformulier bij de Gynaecologie.
- Groeicurven bij de Pediatrie.

De rechter binder onder de gele scheidingskaart

In de rechter binder onder de gele scheidingskaart dienen alle verslagen van de diagnostiekafdelingen, in volgorde zoals op de gele scheidingskaart staat aangegeven, te worden ingebonden (zie bijlage).

Fotomateriaal, echo's enz. opbergen in een plastic map met klep helemaal achter in het dossier.

Laboratorium uitslagen

Als de aanvrager de laboratoriumuitslagen heeft beoordeeld hoeven deze niet meer in het dossier te worden opgeborgen.

Uitslagen van externe laboratoria dienen voorts nog ingebonden te worden.

Medische microbiologie

Als de aanvrager de laboratoriumuitslagen heeft beoordeeld hoeven deze niet meer in het dossier te worden opgeborgen.

Uitslagen van externe laboratoria dienen voorts nog ingebonden te worden.

Schoning rechter binder onder de gele scheidingskaart

Schoning hierbinnen is niet toegestaan.

Niet tot de inhoud van het dossier behoort

De volgende formulieren behoren niet tot de inhoud van het dossier:

- het voorlopig ontslagformulier.
- rapportage formulier LMR.
- registratie formulier DBC.

Kerngegevens

Kerngegevens zijn die gegevens welke bij een eventuele nieuwe of verdere behandeling van belang kunnen zijn. De volgende gegevens in het dossier behoren tot de kerngegevens:

- alles wat aan de linker binder zit.
- vanuit de rechter binder:
 - de documenten waarop de specialist "BEWAREN" schreef,
 - het PA-verslag,
 - het pulmonologische verslag (PUL),
 - hyperventilatietest,
 - de huidtesten,
 - audiogrammen van patiënten met een gehoorapparaat,
 - eerste en laatste ECG,
 - groeidiagram,
 - verloskundeformulier,
 - endoscopieën door internisten.

Microfilm

Algemeen

Twee jaar na de laatste raadpleging van het dossier worden de kerngegevens op microfilm gezet. Voor overleden patiënten geldt dat deze twee jaar na overlijden op microfilm worden geplaatst.

Alle overige gegevens, niet zijnde de kerngegevens, worden apart bewaard of verfilmd. De opslag vindt plaats in het W.G.B.O.-archief. In de praktijk zal dit archief slechts patiëntengegevens bevatten en slechts toegankelijk zijn bij klachtenbehandeling, aansprakelijkheidsstelling en dergelijke. Het opvragen van patiëntengegevens zal slechts na toestemming van de directie plaatsvinden.

Microfiche

Wanneer de patiënt later weer in het ziekenhuis voor behandeling komt wordt een nieuw dossier aangelegd.

Een kopie van de microfilm, met de kerngegevens, wordt niet standaard meegeleverd.

"Terug"-vergroting vanaf de microfilm

Ten behoeve van externe aanvragers worden de "eigen" correspondentie en eventueel andere gegevens vergroot. Incidenteel worden bij herinrichting van een dossier de documenten vergroot. Het verzoek hiertoe moet lopen via de leiding van de medische archivering.

De taken van de Medische Archivering

Algemeen

Het is van het grootste belang dat de dossiers op de juiste plaats in het Medisch Archief worden opgeborgen. Dit gebeurt op geboortedatum en daarbinnen alfabetisch volgens de familienaam. (vrouwen op meisjesnaam).

Uitleenen dossiers

De dossiers worden t.b.v. het poliklinisch spreekuur en het klinisch verblijf, uitgeleend. Dit gebeurt aan de hand van afspraaklijsten, administratieve lijsten en spoedaanvragen. Drie dagen voorafgaand aan het spreekuur worden de dossiers opgezocht en klaargelegd.

Een dagdeel voor aanvang van het spreekuur worden de definitieve spreekuurlijsten met uitleengegevens uitgedraaid. De ontbrekende dossier voor het betreffende spreekuur liggen om respectievelijk 10.00 uur en 14.00 uur gereed.

De dossiers welke nodig zijn voor de geplande operaties liggen op, werkdagen, om 10.30 uur gereed.

Alleen de zogenaamde "spoedjes" worden op verzoek onmiddellijk klaargelegd.

Onder "spoedjes" mag worden verstaan de dossiers welke voor een direct patiëntcontact op dezelfde dag (2 dagdelen) nodig zijn.

Indien het dossier niet aanwezig is op het archief wordt, op de bovengenoemde lijsten, aangetekend waar het dossier zich volgens de uitleenadministratie bevindt.

De secretaresse draagt zelf zorg voor het compleet maken van het spreekuur.

Uitleenadministratie

Er wordt op code van de arts en locatie uitgeleend. (bv. KRK/CHIF)

Bij het uitleenen van een dossier wordt in het systeemdeel "UITLEEN" aangetekend naar welke persoon/locatie het dossier gaat.

De persoon, die in het systeemdeel "UITLEEN" staat vermeld, is verantwoordelijk voor het dossier. Dat wil zeggen dat de secretaresse hiervoor verantwoordelijk is.

Het doorlenen van het dossier dient op het moment van de overdracht te geschieden, niet eerder.

Aanmaken en gebruik van het tijdelijk patiëntendossier

De mogelijkheid dat u een tijdelijk patiëntendossier krijgt, is alleen wanneer de patiënt via de spoedeisende hulp wordt opgenomen. Het tijdelijk patiëntendossier mag alleen na kantooruren en in het weekend worden gebruikt.

U kunt dus nooit een tijdelijk patiëntendossier ontvangen van een patiënt waar een dossier van bestaat.

Heeft u een tijdelijk patiëntendossier dan dient u de eerst volgende werkdag, per computer, een patiëntendossier aan te vragen. Daarna kunt u het patiëntendossier ophalen en het tijdelijk patiëntendossier retour zenden aan de medische archivering.

Een tijdelijk patiëntendossier kan dus nooit vanuit de kliniek op een van de secretariaten van de poliklinieken terechtkomen.

Haal en brengplicht van het dossier

Iedereen heeft een haalplicht. Dat wil zeggen, wilt u een dossier, dan dient u het bij de afdeling waar het dossier op staat uitgeleend, aan te vragen en op te halen.

Tijdens de kantooruren heeft iedereen een brengplicht naar de spoedeisende hulp. Dus beschikt u over het dossier, dan bent u verplicht deze op verzoek van het personeel van de SEH, zo snel mogelijk aldaar af te geven. In de avonden neemt het personeel van de SEH deze taak van u over. Zij zorgen dan dat de beide dossiers (algemeen en het interne) met de patiënt mee naar de afdeling gaan.

Algemeen en intern dossier op de afdeling

Bij een opname dienen beide dossiers, het algemeen en het interne indien zij bestaan, op de afdeling aanwezig te zijn. Ongeacht of er wel of geen gebruik van het dossier wordt gemaakt. Het moet niet nodig zijn dat het personeel van de SEH in de avond- of de nachtelijke uren een dossier moet ophalen in het medisch archief of op een van de poliklinieken.

Nieuwe dossierformulieren

Om de groei van formulieren, waarop medisch informatie wordt vermeld, in de hand te houden worden deze uitsluitend door tussenkomst van de stafmedewerker informatievoorziening ambulante zorg ontworpen en aangemaakt.

Richtlijnen voor het beheer van dossiers van patiënten welke deelnemen aan een trial.

Voor deze dossiers is een afwijkende procedure ontwikkeld. Hierbij is van de basisgedachte uitgegaan dat alle dossiers beheerd moeten worden door de Medische Archivering en dat deze daar ook opgeslagen dienen te zijn.

Een specialist die patiënten deel laat nemen aan een trial geeft aan de medische archivering door om welke patiënten het gaat. Dit kan gebeuren op een lijst waarbij de naam, bij gehuwde vrouwen ook de meisjesnaam, de geboortedatum en het patiënten nummer van de patiënt staat vermeld. De lijst dient gesorteerd te zijn op dag-maand-jaar (dd-mm-jj).

Bovendien dient men ook aan te geven tot welk jaar het dossier bewaard moet blijven en om welke studie het gaat. Het archief voorziet het dossier van een felgekleurde sticker waarop het jaar vermeld staat tot wanneer het dossier integraal bewaard moet blijven. Bovendien vindt er een extra registratie plaats in het systeemdeel "UITLEEN". De vermelding "TRIAL, bewaren tot 20.... komt in het vakje opmerking te staan welke on-line leesbaar is.

Alle gebruikers van het dossier kunnen dus meteen zien dat het een trial dossier betreft en via het systeemdeel "UITLEEN" kan men traceren waar het dossier zich bevindt.

Na overlijden van de patiënt blijft het dossier integraal bewaard tot het aangegeven jaar. Daarna wordt in overleg met de specialist bepaald wat er met het dossier gaat gebeuren.

Richtlijnen voor het beheer van dossiers na euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn volgens de huidige wetgeving strafbare feiten. In de praktijk zal echter bij

euthanasie of hulp bij zelfdoding in principe niet tot strafvervolgning worden overgegaan, indien de behandelend arts zich kan beroepen op overmacht in de zin van noodtoestand en hij / zij zelf en andere betrokken hulpverleners de zorgvuldigheidscriteria in acht nemen, die in de rechtspraak naar voren zijn gekomen. Het Openbaar Ministerie zal in ieder voorkomend geval toetsen of aan deze beide voorwaarden is voldaan. Deze toetsing gebeurt aan de hand van de ingevulde vragenlijst en de verklaring van de geconsulteerde arts(en).

(Bron: Richtlijnen voor euthanasie en hulp bij zelfdoding, Franciscus Ziekenhuis Roosendaal, juni 1998)

Een kopie van de bovengenoemde vragenlijst en de verklaring en tevens alle medische gegevens, het medisch dossier en het verpleegkundig dossier, verslagen van gesprekken en alle andere stukken die van belang kunnen zijn, moeten gedurende de wettelijke bewaartermijn worden bewaard in het medisch archief van het ziekenhuis. De behandelend arts dient beide dossiers, het medisch en verpleegkundige, te kenmerken en deze afzonderlijk van de overige dossiers aan het medisch archief aan te bieden. De leiding van het medisch archief draagt zorg voor de verdere afwikkeling en archivering. De gegevens worden niet op microfilm geplaatst.

Het recht tot inzage

Zoals bekend kan bij het geven van inlichtingen de therapeutische exceptie worden ingeroepen. Men deed vroeger ook wel een beroep op deze exceptie bij een verzoek om inzage of het verstrekken van een afschrift.

Onder de WGBO is dit echter uitdrukkelijk niet toegestaan. De reden hiervan is dat nu de patiënt zelf initiatief neemt. Daarvan moet hij ook de consequenties dragen.

Eigendom van het dossier

Wie heeft de volledige beschikkingsbevoegdheid over het dossier?

Geen van beide partijen heeft zo'n beschikkingsbevoegdheid. Hoogstens zou men kunnen spreken van de eigendom van bepaalde informatiedragers, zoals het papier, de foto's etc..

De rechter heeft een aantal malen uitgemaakt dat de patiënt daarom niet over het originele dossier kan beschikken. Indien hij echter zelf originelen aan de hulpverlener ter beschikking heeft gesteld die bij het dossier zijn gevoegd, behoudt hij daarover uiteraard wel de volledige beschikkingsbevoegdheid. Zulke situatie zijn echter uitzonderlijk.

Inzagerecht

Aan een verzoek tot inzage of afschrift moet de arts of de ziekenhuisdirectie zo spoedig mogelijk, maar in elk geval binnen vier weken voldoen. Als het ziekenhuis het inzage- of afschriftverzoek afhandelt, is het van belang dat het verzoek wordt afgestemd met de betrokken hulpverlener en dat conform een daartoe binnen de instelling opgestelde procedure wordt gehandeld. De betrokken hulpverlener moet beoordelen of alle gegevens kunnen worden ingezien of opgevraagd.

Wat omvat het inzagerecht?

Het inzagerecht omvat het recht van de patiënt het gehele medische, röntgen-, verpleegkundig en paramedisch dossier in te zien, ongelimiteerd, dus inclusief alle ziektegeschiedenissen welke zich ooit hebben voorgedaan. De patiënt heeft geen recht op overdracht van het dossier, wel kan hij aanspraak maken op kopieën of afschriften van het gehele dossier.

Tot het medisch dossier behoren echter ook de gegevens die decentraal gearchiveerd worden zoals o.a. röntgenfoto's, ECG's, EEG's, catheterisatiefilms, enz.

Wat valt niet onder het inzagerecht?

Persoonlijke werkaantekeningen behoren niet tot het dossier. Persoonlijke werkaantekeningen zijn, zoals de naam al zegt, door een individuele hulpverlener gemaakte aantekeningen, geheugensteuntjes, ect., bedoeld voor de eigen gedachtenvorming. Indien men zulke persoonlijke werkaantekeningen maakt (wat zelden het geval hoeft te zijn) dan kunnen deze op een los vel worden bewaard bij het dossier, maar daar niet ingevoegd. Zij behoren niet aan derden onder ogen te komen. Dat betekent dat bij een centrale opslag in het dossier geen persoonlijke werkaantekeningen mogen zitten ook niet op de genoemde losse velletjes.

(Zijn de persoonlijke werkaantekeningen in het dossier opgenomen, dan geeft de hulpverlener daarmee aan het persoonlijk gebruik niet als enig doel te zien. Daarmee zijn dan ook deze gegevens voor inzage vatbaar geworden. Ook als gedeelten van de werkaantekeningen op verschillende plaatsen worden bewaard, heeft de patiënt recht op inzage in die gedeelten omdat het kennelijk om gegevens gaat die worden opgeslagen en dus eigenlijk in het dossier moeten worden opgenomen.)

De statusvellen in het patiënten dossier, waar u uw aantekeningen op maakt, zijn dus geen persoonlijke werkaantekeningen maar vallen onder de categorie werkdossier en zijn ook voor de patiënt ter inzage.

Gegevens over de patiënt afkomstig van (een) derde(n) of gegevens betreffende (een) derde(n), waarvan mededeling aan de patiënt de persoonlijke levenssfeer van deze derde(n) zou kunnen schaden, vallen niet onder het inzagerecht. De gegevens zijn immers verstrekt in het veronderstelde vertrouwen dat de patiënt daarvan geen kennis zou krijgen. Gegevens van intercollegiale toetsing alsmede gegevens verzameld door een commissie infectieziekten of een

vergelijkbare commissie waarin kwaliteitstoetsing plaatsvindt, vallen niet onder het inzagerecht.

Ook zijn de aantekeningen van de FONA-(Fouten, Ongevallen, Near Accidents) of Meldingscommissie van inzage uitgezonderd.

(Bepalend voor het antwoord op de vraag of de patiënt ten aanzien van door derden beschikbaar gestelde informatie zijn inzagerecht kan effectueren, is eveneens het al dan niet opgenomen zijn van deze informatie in het dossier. Maken deze gegevens onderdeel uit van het dossier, dan heeft de patiënt het recht ook deze in te zien. De hulpverlener kan de patiënt dan niet verwijzen naar degene die hem de informatie heeft verstrekt. Met het toevoegen aan het dossier van deze informatie geeft de hulpverlener immers aan dat deze gegevens noodzakelijk, althans van belang zijn voor hulpverlening aan de patiënt.)

Inzage in het gehele dossiers

Als er een verzoek wordt gedaan tot inzage in en/of afschrift van bescheiden van het gehele dossier, is er meestal meer aan de hand en is het zinvol dit via een centraal punt te laten verlopen. Voorstel is om deze verzoeken te laten richten aan de directeur patiëntenzorg of aan de leiding van de medische archivering. Deze bepaalt of het verzoek doorgezonden moet worden naar de diverse behandelaren of dat men het verzoek zelf afhandelt.

Inzagerecht tussen patiënt en betreffende specialist

De hulpverlener verstrekt aan de patiënt desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van bescheiden.

Alleen de patiënt heeft inzagerecht.

De patiënt kan anderen, derde(n), bevoegdheid verlenen namens hem of ten behoeve van hem inzage te nemen in het dossier, ook ingeval van strafrechtelijke of civiele procedures. Hierbij kan gedacht worden aan b.v. een vertrouwensarts of een advocaat.

Patiënt zal hiertoe schriftelijk van zijn instemming moeten doen blijken.

Een minderjarige die 12 jaar of ouder is, heeft eveneens recht op inzage in het dossier.

Toelichting:

Gegevensverstrekking aan derde(n).

Hoofregel is dat gegevens alleen aan 'anderen' mogen worden verstrekt als de patiënt daarvoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven. Met 'anderen' bedoelt de WGBO niet de hulpverleners die rechtstreeks bij de behandeling of begeleiding van de patiënt zijn betrokken, zoals een medebehandelaar, praktijkassistente, arts-assistent, verpleegkundige, fysiotherapeut, een vervanger of waarnemer. Met 'anderen' worden evenmin bedoeld de (wettelijk) vertegenwoordiger van de patiënt, zoals ouders, voogd, curator, mentor, kind, broer of zus, of de door de patiënt (schriftelijk) gemachtigde. Voor informatieverstrekking aan deze personen hoeft de arts dus niet eerst toestemming aan de patiënt te vragen. Wel voor verstrekking aan personen die hierboven niet zijn aangegeven.

In het kort:

Alle hulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst hebben inzage in de medische gegevens van de patiënt.

Er zijn dus geen beperkingen.

Inzage door vertegenwoordiger van de patiënt

In het geval dat de patiënt de leeftijd van 16 jaar nog niet heeft bereikt, komt het recht op inzage in beginsel eveneens toe aan de wettelijke vertegenwoordigers (ouders, (toezien) voogd).

Wanneer de belangen van een patiënt behartigd worden door een door de rechter benoemd vertegenwoordiger (curator of mentor), komt het recht op inzage toe aan deze vertegenwoordiger. Indien een schriftelijke machtiging ontbreekt en de patiënt tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake niet in staat kan worden geacht, kan het recht op inzage worden uitgeoefend door respectievelijk de echtgeno(ote) of andere levensgezel, de ouders of (toezien) voogd, kind, broer of zuster van de patiënt. Vertegenwoordigers hebben echter geen recht op inzage indien dit niet verenigbaar is met de zorg van een goede hulpverlener.

Inzage in gegevens van een overledene

Inzage in medische gegevens van een overledene kan worden verleend wanneer de arts van mening is dat de overledene bij leven hiertegen geen bezwaar zou hebben gehad of indien een wettelijke verplichting dit vereist. De arts heeft hierin zelf een verantwoordelijkheid. Hij kan niet door nabestaanden van zijn zwijgplicht worden ontheven.

Schriftelijke toestemming

Een schriftelijk verzoek tot inzage is niet noodzakelijk indien het de patiënt zelf betreft.

Is er sprake van inzage door derden, dan is een schriftelijk verzoek alsmede de schriftelijke toestemming van de patiënt / voogd wel noodzakelijk.

Verzoeker dient zich te legitimeren op het verzoek tot inzage.

Legitimeren

Op het verzoek tot inzage:

- Verzoeker dient zich te legitimeren op het verzoek tot inzage.

Bij een schriftelijk verzoek om kopieën of afschriften:

- Bij het verzoek om kopieën of afschriften van het dossier dient een kopie van het legitimatiebewijs van betrokkene te zijn bijgevoegd.
- Is er sprake van het opvragen van kopieën door derde(n) dan is de schriftelijke toestemming van de patiënt voldoende.

Financiële vergoedingen

Kosten, welke de patiënt in rekening gebracht mogen worden wanneer deze gebruik maakt van zijn recht op afschrift van medische gegevens:

- per pagina mag € 0,23, met een maximum bedrag van € 4,50 per bericht van niet meer dan 100 pagina's, worden gevraagd.
- wanneer het meer dan 100 pagina's betreft, maximaal € 22,50;
- kopie van een röntgenfoto: € 4,50 per stuk.

Voor inzage in het dossier kan de begeleidend specialist een consult in rekening brengen.

Kosten, welke de belangenorganisatie in rekening gebracht mogen worden voor afschriften van medische gegevens.

- per pagina mag € 0,23, met een maximum bedrag van € 23,- per bericht van niet meer dan 100 pagina's, worden gevraagd.
- wanneer het meer dan 100 pagina's maximaal € 34,-;
- kopie van een röntgenfoto: € 4,50 per stuk.

Verzoek om vernietiging van bescheiden

Indien de patiënt verzoekt om vernietiging van bescheiden, dient dit verzoek binnen drie maanden te worden gehonoreerd. Het verzoek dient gericht te worden aan de directeur patiëntenzorg. Hij bepaalt of het verzoek doorgezonden moet worden naar de diverse behandelaren of dat hij het verzoek zelf afhandelt.

Voor de praktijk betekent dit, dat ook in het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) opgeslagen gegevens vernietigd dienen te worden. Vernietiging op verzoek van een patiënt dient achterwege te blijven, indien het bescheiden betreft waarvan redelijkerwijs aanneemelijk is, dat de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt. Aan de patiënt dient het 'redelijkerwijs aanneemelijk', alsmede 'het aanmerkelijk belang voor een ander' duidelijk te worden gemaakt, omdat niet zonder meer afwijzing van het verzoek tot vernietiging kan plaatsvinden. Aan de patiënt zal gemotiveerd kenbaar gemaakt dienen te worden waarom zijn verzoek niet zal worden gehonoreerd. Bij verschil van mening zal eventueel de rechter moeten beslissen danwel de registratiekamer ingeschakeld moeten worden.

De hulpverlener dient gegevens ook langer te bewaren indien een wettelijk voorschrift hem hiertoe verplicht. De wens van de patiënt tot vernietiging van bescheiden kan hierin geen verandering brengen (algemeen maatschappelijk belang boven individueel belang). Dergelijke wettelijke voorschriften zijn bijvoorbeeld vastgelegd in het Asbestbesluit, besluiten op grond van de Arbeidsomstandighedenwet en het uitvoeringsbesluit Archiefwet 1962.

Verzoeker dient zich te legitimeren bij het verzoek tot vernietiging.

Verzoeker tekent een formulier voor vernietigingsverzoek. Dit formulier dient de bewaartermijn te krijgen, als welke zou gelden voor het patiëntendossier.

De leiding van de Medische Archivering is, na overleg met de betreffende specialist, uitvoerder van de verzoeken tot vernietiging.

Recht op verbetering en het recht op aanvulling

Eenmaal kennis genomen hebbende van de hem betreffende gegevens, kan de patiënt van opvatting zijn dat de gegevens onjuist of onvolledig zijn. De patiënt kan dan de hulpverlener verzoeken deze gegevens te verbeteren of aan te vullen. Ingevolge de Wpr is de hulpverlener daartoe niet verplicht. De patiënt heeft op grond van artikel 31 lid 1 Wpr het recht de houder schriftelijk te verzoeken de gegevens te verbeteren of aan te vullen. Binnen twee maanden moet de houder dan aangeven of hij aan het verzoek zal voldoen.

Indien de hulpverlener niet tevens de houder is, zal vanzelfsprekend de houder dit verzoek ter beantwoording moeten voorleggen aan de behandelend arts. Weigert deze de correctie door te voeren of de aanvullingen toe te voegen, dan moet hij de patiënt hiervan gemotiveerd in kennis stellen. Bij inwilliging van het verzoek moet de houder zo spoedig mogelijk ook tot uitvoering daarvan overgaan. (Hoewel in de tekst van de WGBO het recht op verbetering van in het dossier opgenomen gegevens niet met zoveel woorden wordt genoemd (art. 7:454 lid 2 BW, bevat het recht op aanvulling) blijkt uit de parlementaire geschiedenis dat de patiënt dit recht wel heeft. De bedoeling van de wetgever is duidelijk: de

vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is niet gediend met een discussie over de juistheid van dossiergegevens.)

Het kan zich echter voordoen dat de arts ten aanzien van de vraag of een bepaald gegeven voor verbetering in aanmerking komt, met de patiënt van mening verschilt. In zo'n situatie ligt de oplossing voor de hand: de patiënt stelt zijn visie op papier en voegt dat toe aan het dossier. De hulverlener is dan verplicht deze op schrift gestelde visie op te nemen, ook al is hij het met de inhoud daarvan niet eens.

Bijlagen

NA DEZE SCHEIDINGSKAART KOMEN DE VERSLAGEN VAN DE DIAGNOSTIEK-AFDELINGEN IN DE ONDERSTAANDE VOLGORDE: (van voor naar achter)

1.	Brief diëtetiek		
2.	Laboratorium uitslagen	(externe laboratoria)	
3.	Diabeteslijst		DIAB
4.	Endoscopie + fotomateriaal		SCO
5.	Ambulante bloeddruk meting		
6.	Beenmerg onderzoek		BNM
7.	Audiometrie		
8.	Brainstem evoked - potential		BEP
9.	Electro - encefalografie		EEG
10.	Electro - myelografie		EMG
11.	Electro - nystagmografie		ENG
12.	Electro - oculografie		EOG
13.	Electro - retinografie		ERG
14.	Hematotachogram		HTG
15.	Trans craneel doppler onderzoek		TCD
16.	Duplex carotiden		DUP
17.	Visual - evoked - potential		VEP
18.	Somato - sensory - evoked potential		SSEP
19.	Longfunctie onderzoek "BOX"		
20.	Longfunctie onderzoek "SENSORMEDICS"		
21.	Longdiagnostiek		PUL
22.	Hyperventilatie - provocatie test		
23.	Ventilatie meting		VEN
24.	Huidtesten intracutaan		
25.	Histamine drempelbepaling		
26.	ECG's		
27.	Telemetrie		
28.	Pace-maker controle		
29.	Fietsergometrie		FIE
30.	Echo verslag		ECH
31.	DECG = holter		
32.	Doppler onderzoek van arteriële stelsel		
33.	Doppler onderzoek van veneuze stelsel		
34.	Duplex onderzoek perifere arteriën		DUP
35.	Duplex onderzoek perifere venen		DUP
36.	CTG (in plastic hoes met klep)		
37.	Fotomateriaal ((echo's) in plastic map met klep)		
38.	A-blad en T-blad (per opnameperiode gearhiveerd)		

Controledatum

01-12-2010

**Bijlage VII: Klachtenregeling patiënten Franciscus Ziekenhuis
Roosendaal: U bent niet tevreden over de zorg. Wat nu?**

Titel

Klachtenregeling patiënten

Inleiding / toelichting

De regeling is geschreven voor patiënten en medewerkers en is ook geplaatst op de website van het Franciscus Ziekenhuis.

Er is voor gekozen de tekst te richten aan de patiënt. De regeling is in zijn geheel opgenomen.

Doel

De regeling geeft informatie over het gehele traject van het afhandelen van klachten van patiënten.

Toepassingsgebied

De regeling is van toepassing voor alle patiënten en zijn naasten van het Franciscus Ziekenhuis.

Werkwijze

U bent niet tevreden over de zorg. Wat nu?

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. U bent niet tevreden over de zorg
 - 2.1 Klagen is een recht
 - 2.2 Uw doel van het uitspreken van uw ontevredenheid
 - 2.3 Een klacht van een naaste
 - 2.4 Een ander dient namens u een klacht in
 - 2.5 Verantwoordelijkheid van de hulpverlener of instelling
3. In gesprek met de hulpverlener
 - 3.1 Uw verwachting van het gesprek met de hulpverlener
 - 3.2 Iemand erbij
 - 3.3 Verwijzen
 - 3.4 U ziet er tegenop
4. Het Patiënten Service Bureau
5. Klachtenbemiddeling
 - 5.1 Onpartijdig
 - 5.2 Werkwijze van de klachtenfunctionaris
 - 5.3 Schriftelijke bemiddeling
 - 5.4 Mondelinge bemiddeling
 - 5.5 De aangeklaagde wenst geen bemiddeling
 - 5.6 De uitkomst
 - 5.7 Informeren
6. De klachtencommissie
 - 6.1 Onafhankelijk oordeel
 - 6.2 Een klacht indienen bij de klachtencommissie
 - 6.3 Behandeling door de klachtencommissie
 - 6.4 Onderzoek
 - 6.5 Verslag
 - 6.6 Maatregelen
 - 6.7 Termijnen
 - 6.8 Geen beroep
7. Uw rechten en plichten als klager
 - 7.1 Uw rechten als klager
 - 7.2 Uw plichten als klager
8. Tot slot
9. Nuttige adressen
10. Colofon

1. Inleiding

Het contact met uw hulpverleners van het Franciscus Ziekenhuis verloopt soms anders dan u verwacht. U vraagt zich af of het wel klopt wat er is gebeurd. U bent boos of teleurgesteld. U vindt dat er iets is misgegaan of u bent ronduit ontevreden. Het Franciscus Ziekenhuis vindt het belangrijk dat u uw ongenoegen bespreekbaar kunt maken. U hebt het recht om uw onvrede aan de orde te stellen, om serieus te worden genomen als er volgens u iets is misgegaan. Bovendien kan met uw advies het Franciscus Ziekenhuis de kwaliteit verbeteren.

U kunt veel redenen hebben om uw onvrede ter sprake te brengen. U wilt horen of u gelijk heeft. Of u vindt het belangrijk dat herhaling wordt voorkomen. Misschien wilt u alleen uw verhaal kwijt. Als u besluit stappen te ondernemen, komt u voor vele vragen te staan:

- Waar kan ik het beste terecht met mijn onvrede?
- Waar kan ik terecht voor advies?
- Wie kan mij helpen bij het indienen van een klacht?
- Heeft het eigenlijk wel zin om te klagen?
- Zijn er andere mogelijkheden?

Deze regeling geeft een antwoord op deze en andere vragen.

Voor de leesbaarheid is in de tekst de hij-vorm gebruikt. Waar 'hij' staat kan ook 'zij' worden gelezen

2. U bent niet tevreden over de zorg

U bent niet tevreden over de zorg die is verleend of er is iets misgegaan tijdens uw behandeling. Dan staat u voor de vraag: "Laat ik het erbij zitten of wil ik proberen er iets aan te doen?" Belangrijk is na te gaan hoe ernstig het gebeuren voor u is én wat u wilt bereiken. Wacht in elk geval niet te lang met uw klacht bespreekbaar te maken. Denken over klachten of plekeren over vragen kost veel energie. Vaak is uitleg snel gegeven of een oplossing geboden.

2.1 Klagen is een recht

Klagen is in de eerste plaats uw goed recht. Een klacht of een gevoel van onvrede kan over van alles gaan. U vindt bijvoorbeeld dat de behandelaar een fout heeft gemaakt. Of u voelt zich onheus behandeld. Maar klachten kunnen ook gaan over het eten of de verzorging, over wachttijden, over onduidelijke of te weinig informatie.

2.2 Het doel van het uitspreken van uw ontevredenheid

Bent u vooral boos over een bepaald voorval, of heeft de hulpverlener volgens u een fout gemaakt en wilt u dat dit wordt erkend? Dan is het raadzaam eerst een gesprek aan te gaan met de hulpverlener. Soms blijkt dat er iets is misgegaan in de communicatie en dat het niet gaat om een (medische) fout. Als de hulpverlener een bevredigende uitleg heeft, hoeft u niet allerlei officiële procedures te starten. Het is ook mogelijk dat u vooral herhaling wilt voorkomen. Dan is contact met een leidinggevende voor u de snelste weg.

2.3 Een klacht van een naaste

Misschien hebt u als naaste vragen of klachten. Bijvoorbeeld over de verzorging van de patiënt of over de omgang met uzelf. De naasten zijn voor een patiënt vaak erg belangrijk. Daarom moeten hulpverleners vragen en klachten van naasten ook serieus nemen. Dat geldt ook als de patiënt inmiddels is overleden.

2.4 Een ander dient namens u een klacht in

Bent u niet in staat om zelf een klacht in te dienen, of u ziet er erg tegenop? Dan kunt u een vertegenwoordiger aanwijzen. Dat is iemand die namens u handelt en de klacht indient. Een minderjarige tot en met 11 jaar heeft altijd een wettelijk vertegenwoordiger: de (gezaghebbende) ouder(s) of de voogd. In geval van jongeren van 12 tot en met 15 jaar is instemming nodig van de ouder / voogd én de jongere zelf. Een jongere vanaf 16 jaar is in staat om voor zichzelf een behandelingsovereenkomst aan te gaan en dus ook om rechtshandelingen te verrichten die hiermee verband houden zoals het indienen van een klacht. Een wilsonebekwame persoon heeft vaak ook een wettelijke vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een mentor.

Uw vertegenwoordiger moet uiteraard iemand zijn die u vertrouwt en die alle stappen duidelijk met u afspreekt. Het is noodzakelijk dat u uw vertegenwoordiger machtigt middels een daarvoor bestemd formulier.

2.5 Verantwoordelijkheid van de hulpverlener of instelling

Niet alleen u, maar ook het Franciscus Ziekenhuis en haar hulpverleners merken dat zaken soms (bijna) misgaan in de zorg. De medewerkers hebben er zelf uiteraard ook belang bij dat er maatregelen worden genomen. Zij maken gebruik van een verplichte meldprocedure en van diverse protocollen. Als er sprake is van een calamiteit - met schade of overlijden als gevolg - of een vermoeden van seksueel misbruik van een patiënt door een hulpverlener, moet de Raad van Bestuur dat altijd melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze stelt vervolgens een onderzoek in en kan de Raad van Bestuur verplichten tot het nemen van maatregelen.

3. In gesprek met de hulpverlener

Het kan behoorlijk lastig zijn om uw onvrede open en eerlijk te bespreken met de hulpverlener op wie uw onvrede betrekking heeft. U kunt geëmotioneerd zijn door het gebeurde. Of u voelt zich onzeker omdat er onduidelijkheid is over uw diagnose of het verloop van uw behandeling. Toch heeft het veel voordelen rechtstreeks het gesprek aan te gaan als u iets dwars zit. De hulpverlener kan zijn reactie geven en specifiek ingaan op de punten die u aanvoert. Als hij inderdaad een fout heeft gemaakt, krijgt hij op dat moment zelf eerst de kans om uitleg te geven. Soms ook blijkt er sprake te zijn van een misverstand. In een gesprek kan dat worden opgehelderd.

3.1 Uw verwachting van het gesprek met de hulpverlener

Elke hulpverlener moet open staan voor eventuele kritiek of klachten. Het is onderdeel van zijn opleiding en professionaliteit om zijn eigen functioneren kritisch onder de loep te nemen en de bereidheid te tonen van fouten te

leren. Als het goed is heeft uw hulpverlener u ook al in een vroeg stadium gevraagd uw eventuele vragen te stellen of onvrede te uiten.
Bedenk wel dat uw hulpverlener ook andere patiënten heeft. Misschien is het moment waarop u uw verhaal kwijt wilt niet geschikt om rustig te praten. Als de hulpverlener op dat moment geen tijd heeft, maakt u samen een nieuwe afspraak.

3.2 Iemand erbij

Bij het gesprek tussen u en de hulpverlener kunt u zich ook laten ondersteunen door iemand anders. Dat kan een familielid, vriend of goede kennis zijn. Maar u kunt ook de klachtenfunctionaris van het ziekenhuis inschakelen. Soms is het zinvol als ook de leidinggevende bij het gesprek aanwezig is, of een collega-hulpverlener.

3.3 Verwijzen

Komt u er samen met de hulpverlener niet uit? Is er meer nodig om het probleem achter de klacht aan te pakken? De hulpverlener verwijst u in dat geval naar een medewerker van het Patiënten Service Bureau of naar de klachtenfunctionaris. Deze kan u verder de weg wijzen en informeren over alle overige manieren om uw klacht te laten behandelen.

3.4 U ziet er tegenop

Misschien vindt u het moeilijk om uw probleem aan de orde te stellen. U bent bijvoorbeeld bang dat de hulpverlener vindt dat u zeurt. U ziet dat hij zijn best doet en u wilt hem niet lastigvallen met uw vragen of klachten. U kunt ook bang zijn dat u er nadeel van ondervindt als u klaagt. Dan is het een goed idee om contact op te nemen met een medewerker van het Patiënten Service Bureau. U vindt daar een luisterend oor en u krijgt informatie over de klachtenregeling van het Franciscus Ziekenhuis.

4. Het Patiënten Service Bureau

Bij het Patiënten Service Bureau vindt de eerste opvang van uw klacht plaats. Degene met wie u spreekt kiest geen partij en spreekt geen oordeel uit. Het belangrijkste is dat u uw verhaal kwijt kunt en dat hij u een luisterend oor biedt. U kunt zelf kiezen of u dat mondeling of schriftelijk doet. De medewerker van het Patiënten Service Bureau bespreekt met u wat u wilt dat er gebeurt met uw klacht. U krijgt algemene informatie over de mogelijkheden om uw klacht aan de orde te stellen en als u dat wilt ook een advies. Het kan ook zijn dat u eerst alles even met iemand op een rij wilt zetten: Wat is er gebeurd? Welke vragen heb ik? Waarover ben ik ontevreden? Waar heb ik recht op? Hij fungeert als wegwijzer naar mogelijke oplossingen. Als u dit wenst legt de medewerker van het Patiënten Service Bureau contact met de hulpverlener tegen wie uw klacht gericht is met als doel direct tot een adequate oplossing van het probleem te komen. Lukt dit niet dan kan de klachtenfunctionaris via bemiddeling alsnog dit doel proberen te bereiken. De medewerker van het Patiënten Service Bureau registreert uw signaal van onvrede of klacht in een digitaal systeem. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het behandelen van uw klacht. Indien gewenst kan wel anoniem gemeld worden. De klacht wordt dan als signaal doorgegeven aan de betrokkene. De medewerker van het Patiënten Service Bureau geeft ook aan waar u terecht kunt voor informatie, advies en eventuele bijstand.

5. Klachtenbemiddeling

Vindt u het prettig als iemand u helpt met uw hulpverlener in gesprek te gaan en of een probleem op te lossen? Dan is het een goed idee om de klachtenfunctionaris in te schakelen. U geeft aan of u mondelinge of schriftelijke bemiddeling wenst.

5.1 Onpartijdigheid en geheimhouding

De klachtenfunctionaris is onpartijdig en heeft de plicht tot geheimhouding. Hij spreekt geen oordeel uit over de klacht. Hij probeert via bemiddeling klager en aangeklaagde weer met elkaar in gesprek te brengen. De klachtenfunctionaris werkt met u aan het vinden van een oplossing en herstel van het vertrouwen. Om zijn werk goed te doen, is het belangrijk dat de klachtenfunctionaris het vertrouwen van beide partijen heeft. Ook uw hulpverlener kan het initiatief nemen en de klachtenfunctionaris benaderen.

5.2 Werkwijze van de klachtenfunctionaris

De klachtenfunctionaris registreert uw signaal van onvrede of klacht in een digitaal systeem als dit nog niet gebeurd is door de medewerker van het Patiënten Service Bureau. Bemiddeling blijkt in de praktijk vaak de meest effectieve en snelle manier om klachten te bespreken en op te lossen. De klachtenfunctionaris heeft uw klacht mondeling of schriftelijk rechtstreeks van u of via een andere weg ontvangen. Binnen 5 werkdagen stuurt de klachtenfunctionaris u een bericht van ontvangst of neemt telefonisch contact met u op. Ook verzamelt hij binnen 5 werkdagen na ontvangst van uw klacht relevante informatie en benadert hij de hulpverlener over wie u een klacht heeft ingediend. Deze persoon krijgt de gelegenheid toe te lichten wat er in zijn ogen is gebeurd en geeft aan of hij wil meewerken aan de bemiddeling. Soms blijkt dat sprake is van een vergissing of misverstand. De klachtenfunctionaris schat in hoe de zaak het beste verder kan worden aangepakt. Vaak is een gesprek, met eventueel eerst een schriftelijke toelichting door de hulpverlener, de beste weg.

5.3 Schriftelijke bemiddeling

Als u heeft aangegeven een schriftelijke bemiddeling te wensen dan stuurt de klachtenfunctionaris een kopie van uw klachtbrief naar de (leidinggevende van de) hulpverlener op wie de klacht betrekking heeft met een begeleidend

schrijven waarin hij verzoekt binnen een termijn van 3 weken schriftelijk te reageren. Ook ontvangt, indien van toepassing, de sectormanager waartoe de afdeling behoort, een kopie van de klachtbrief. Zodra de klachtenfunctionaris een reactie op uw klacht heeft ontvangen stuurt hij hiervan een kopie naar u. Uiteraard kunt u hierop reageren. Als u tevreden bent of niet wilt reageren hoeft u geen actie te ondernemen. De klachtenfunctionaris gaat ervan uit dat, als u niet meer reageert binnen 3 weken na datering van de reactie, hij de klacht kan afsluiten. De klachtenfunctionaris stelt de betrokken hulpverlener hiervan schriftelijk op de hoogte.

Als u wel reageert en niet (helemaal) tevreden bent dan overlegt de klachtenfunctionaris met u of en hoe u verder wilt gaan. Mogelijke opties zijn:

- De desbetreffende hulpverlener nogmaals schriftelijk laten reageren.
- Een bemiddelingsgesprek arrangeren.
- Doorverwijzing naar de klachtencommissie.
- Een gesprek met een vertegenwoordiger van de Raad van Bestuur.

5.4 Mondelinge bemiddeling

Als u heeft aangegeven een mondelinge bemiddeling te wensen dan maakt de klachtenfunctionaris in overleg met u een afspraak voor een bemiddelingsgesprek met u en eventueel uw begeleider en de betrokken hulpverlener. Hij zorgt voor een ruimte die rustig is en geschikt met het oog op privacy en veiligheid. De klachtenfunctionaris is aanwezig als gespreksleider.

Heeft de bemiddeling tot tevredenheid geleid dan sluit de klachtenfunctionaris de klacht af.

Bent u niet tevreden dan overlegt de klachtenfunctionaris met u of en hoe u verder wilt gaan. Mogelijke opties zijn:

- Doorverwijzing naar de klachtencommissie. De klachtenfunctionaris zendt uw schriftelijk ingediende klacht met eventueel bijgevoegde stukken naar de Klachtencommissie en naar de hulpverlener tegen wie uw klacht gericht is. U verneemt schriftelijk van de klachtenfunctionaris welke documenten naar wie zijn verstuurd.
- Een gesprek met een vertegenwoordiger van de Raad van Bestuur.

5.5 De aangeklaagde wenst geen bemiddeling

Als de aangeklaagde niet instemt met bemiddeling kunt u uw klacht door (laten) sturen naar de klachtencommissie voor behandeling. De klachtenfunctionaris zendt uw schriftelijk ingediende klacht met eventueel bijgevoegde stukken naar de Klachtencommissie en naar de hulpverlener tegen wie uw klacht gericht is. U verneemt schriftelijk van de klachtenfunctionaris welke documenten naar wie zijn verstuurd.

5.6 De uitkomst

De klachtenfunctionaris legt eventueel gemaakte afspraken vast. Hij vraagt bij beide partijen na of de zaak zo voldoende is afgehandeld. Hij bevestigt de uitkomst van de bemiddeling aan beide partijen.

Is de bemiddeling niet geslaagd dan informeert hij beide partijen en geeft aan waar u terecht kunt voor vervolgstappen.

De klachtenfunctionaris informeert derden niet over wat er tijdens de bemiddeling is besproken. Hooguit kan hij – met toestemming van beide partijen – een andere instantie berichten of de bemiddeling wel of niet geslaagd is.

5.7 Informeren

U wordt op de hoogte gehouden van wat er met uw klacht gebeurt en wat eventuele volgende stappen zijn.

6. De klachtencommissie

Wilt u dat een onafhankelijke instantie een oordeel uitspreekt en wilt u ook herhaling voorkomen? In dat geval kunt u het beste aankloppen bij de klachtencommissie.

6.1 Onafhankelijk oordeel

Elke instelling of hulpverlener moet ervoor zorgen dat er een klachtencommissie is waar de patiënten een klacht kunnen indienen. Dat is bij wet geregeld. Deze commissie is onpartijdig. De klachtencommissie gaat na of de klacht gegrond of ongegrond is en doet eventueel aanbevelingen. Deze kunnen bijvoorbeeld bestaan uit een advies aan de hulpverlener of aan de Raad van Bestuur om bepaalde maatregelen te nemen.

Bij een klachtencommissie kunt u geen schadeclaim indienen. Daarvoor moet u de Raad van Bestuur aansprakelijk stellen. De klachtencommissie kan evenmin straffen uitdelen of zelf maatregelen ter verbetering nemen. Ze kan alleen aanbevelingen voor verbetering doen.

6.2 Een klacht indienen bij de klachtencommissie

U dient uw klacht voor de Klachtencommissie altijd schriftelijk in bij de klachtenfunctionaris. In uw klachtbrief geeft u duidelijk aan wat uw klachten zijn en wat er volgens u is gebeurd. Als u weet over welke hulpverlener(s) het gaat, geeft u dat aan. Weet u dat niet, dan zal de klachtencommissie dat verder uitzoeken.

U bepaalt zelf wat u aan de klachtencommissie voorlegt. De klachtenfunctionaris zorgt voor registratie van uw klacht in het digitale systeem en voor verzending naar de secretaris van de Klachtencommissie. Hij stelt de aangeklaagde(n) schriftelijk op de hoogte en stuurt een kopie van uw klacht ter informatie mee. De klachtencommissie draagt er zorg voor dat u binnen een week een ontvangstbevestiging krijgt toegestuurd, waarin u wordt geïnformeerd over de verdere procedure.

6.3 Behandeling door de klachtencommissie

De klachtencommissie bestaat uit tenminste drie personen en heeft een onafhankelijke voorzitter. Als u uw klacht heeft ingediend, kijkt de klachtencommissie eerst of zij uw klacht voldoende onpartijdig kan beoordelen. Indien de klacht betrekking heeft op een lid van de commissie, mag deze niet deelnemen aan de behandeling van de klacht en zal de plaatsvervanger van dat lid optreden. Evenmin mag een lid van de commissie dat een persoonlijke band heeft met u of de aangeklaagde, een rol hebben bij de behandeling van de klacht.

6.4 Verloop klachtenprocedure

Als de klacht eenmaal in behandeling is genomen, gaat de klachtencommissie na of uw klacht gegrond of ongegrond is. De klachtenprocedure wordt opgestart als de commissie uw klachtbrief heeft ontvangen. Deze klachtbrief wordt doorgestuurd naar de aangeklaagde. Die krijgt de gelegenheid om een verweerschrift in te dienen waarin hij/zij kan reageren op de klacht. Daarna stelt de klachtencommissie u en de aangeklaagde vervolgens in de gelegenheid om mondeling uw verhaal te doen. U en de aangeklaagde kunnen daarin ieders standpunt nog eens duidelijk naar voren brengen en de commissie kan vragen stellen.

Om de klacht te kunnen beoordelen wil de klachtencommissie mogelijk ook uw dossier inzien. Daarvoor is uw toestemming nodig. Verder kan de klachtencommissie informatie vragen bij getuigen of extra deskundigen inschakelen. De klachtencommissie mag anderen niet over de klacht en haar oordeel informeren.

6.5 Oordeel

De commissie maakt een oordeel en eventuele aanbevelingen. Dit oordeel is voor de Raad van Bestuur van het Franciscus Ziekenhuis. U en de aangeklaagde(n) krijgen hiervan een kopie.

6.6 Maatregelen

De Raad van Bestuur van het Franciscus Ziekenhuis moet binnen een maand schriftelijk reageren op het oordeel. Daarbij maakt het niet uit of de klacht gegrond of ongegrond is. In dit oordeel staat of de Raad van Bestuur maatregelen zal nemen en welke deze zijn. Die beslissing is aan de Raad. De klachtencommissie kan maatregelen dus niet afdwingen.

De klachtencommissie heeft wel de plicht om ernstige klachten die zich vaker (kunnen) voordoen te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dat doet de klachtencommissie als blijkt dat de Raad van Bestuur zelf niets of te weinig aan het probleem doet.

6.7 Termijnen

Vanaf het moment dat de klacht in behandeling is, start de termijn waarbinnen een klacht moet worden afgehandeld. Binnen die tijd moet de commissie tot een oordeel komen. Deze termijn is ook vastgelegd in het klachtenreglement van het Franciscus Ziekenhuis. Het hele proces van indiening tot uitspraak is doorgaans twee tot vijf maanden.

6.8 Geen beroep

Tegen de uitspraak van de klachtencommissie kan niet in beroep worden gegaan.

7. Uw rechten en plichten als klager

Hier staan de belangrijkste rechten en plichten van u als klager nog eens kort opgesomd.

7.1 Uw rechten als klager

- Serieuze en respectvolle afhandeling van uw klacht.
- Duidelijke informatie over waar u terecht kunt voor (eerste) opvang en advies.
- Informatie over de verschillende mogelijkheden om een klacht in te dienen.
- Vrije keuze waar u uw klacht wilt indienen.
- Informatie over wat er met uw klacht gebeurt.
- Duidelijkheid over termijnen bij de afhandeling van uw klacht.
- Inzet van een interne klachteninstantie zonder dat u daarvoor betaalt.
- De mogelijkheid u te laten bijstaan.
- De mogelijkheid u te laten vertegenwoordigen.
- De mogelijkheid om een onafhankelijk oordeel over uw klacht te krijgen.
- Vertrouwelijke omgang met uw klacht en uw gegevens.
- Geen nadelige gevolgen wanneer u een klacht inbrengt.
- Beklag kunnen doen over formuleren. Met de inwerkingtreding van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (VMG) is het volgende bepaald: Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen beklag indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de door het Franciscus Ziekenhuis gehanteerde formuleren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formuleren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies.

7.2 Uw plichten als klager

- Uw klacht desgevraagd (verder) toe lichten.

- De hulpverlener de kans geven zijn kant van de zaak toe te lichten.
- U houden aan afgesproken termijnen bij de afhandeling van een klacht.
- Duidelijkheid geven als u de klachtenafhandeling niet wilt voortzetten.
- De hulpverlener – ook al vindt u dat u onrecht is aangedaan – volgens de gangbare fatsoensregels aanspreken.

8. Tot slot

Het kan zijn dat u, ook na een behandeling van uw klacht door de klachtencommissie, niet tevreden bent. Of u wenst behandeling door een juridische of overheidsinstantie. Daarvoor zijn verschillende mogelijkheden. Op de website van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), www.npcf.nl, vindt u hierover informatie.

In uw medisch dossier over de zorg en behandeling horen klachtbrieven, verslagen van klachtgesprekken of stukken van klachtenprocedures niet thuis. Er mag ook niet in vermeld staan dat er een klacht is ingediend. Het enige dat de hulpverlener mag optekenen in uw dossier zijn bijvoorbeeld afspraken over de behandeling die tijdens een klachtgesprek zijn gemaakt.

De klachtenregeling vindt u op de website van het Franciscus Ziekenhuis.

Het Franciscus Ziekenhuis brengt niets in rekening voor de tijd die aan uw klacht wordt besteed.

Het Franciscus Ziekenhuis heeft een cliëntenraad. Deze raad krijgt jaarlijks een overzicht van de geanonimiseerde klachten. Dit gerubriceerde overzicht wordt door de Raad van Bestuur besproken met de cliëntenraad.

9. Nuttige adressen

Civiele rechtbanken

Zie: www.rechtspraak.nl gegevens over de rechtbank in uw regio.

De Geschillencommissie (ziekenhuizen)

Postbus 90600, 2509 LP Den Haag

tel. 070 3105310

www.geschillencommissie.nl

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

tel. 088 1205000 (lokaal tarief)

www.igz.nl

NPCF(Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie)

Meldpunt voor klachten en adressen van patiëntenverenigingen

Voor het meldpunt Consument en Zorg

tel: 030 2916777 ma - vr 10 -16 uur of meldpunt@consument-en-zorg.nl

Postbus 1539, 3500 BM Utrecht

tel. 030 2970303

www.npcf.nl

Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg

Voor advies en bijstand aan cliënten in de Geestelijke Gezondheidszorg

F.C. Dondersstraat 9, 3572 JA Utrecht

tel. 030 2718353

Helpdesk: tel. 0900 4448888 (€ 0,10 p/m) of helpdesk@pvp.nl

www.pvp.nl

Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Zie: www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl voor gegevens van de vijf regionale tuchtcolleges.

Zorgbelang Nederland

Zie: www.zorgbelang-nederland.nl voor alle gegevens van een Zorgbelangorganisatie bij u in de buurt. Deze beschikken over een Klachtenbureau Gezondheidszorg waar u terecht kunt voor steun en advies.

Postbus 2250, 3500 GG Utrecht

tel. 0900 243 70 70 (€ 0,10 p/m)

Belangrijke websites met informatie over patiëntenrechten en rechtshulp

www.consuwijzer.nl

www.juridischloket.nl

www.kiesbeter.nl

www.klachtenrichtlijn.nl

www.npcf.nl

www.zorgbelang-nederland.nl

10. Colofon

Franciscus Ziekenhuis Roosendaal, afdeling Communicatie. Tel. (0165) 58 85 76
Email: psb@fzr.nl

Bron: brochure "U heeft een klacht over de zorg. Wat nu?" NPCF september 2007

Maart 2010

Referentie / verwijzing / literatuur

Bron: brochure "U heeft een klacht over de zorg. Wat nu?" NPCF september 2007.

Controledatum

05-04-2012

Bijlage VIII: Klachtenbemiddeling

Titel

Klachtenbemiddeling

Inleiding / toelichting

Klachtenbemiddeling maakt onderdeel uit van de totale klachtenregeling en omvat de werkwijze van de klachtenfunctionaris bij een bemiddeling.

Doel

1. Het opheffen van individueel ongenoegen en het wegnemen van gevoelens van onrecht en frustratie bij de klager.
2. De relatie tussen hulpvrager en hulpverlener (zo goed als mogelijk) herstellen.
3. Het bijdragen aan de bevordering van kwaliteit van zorg door verbeterpunten uit de aanleiding van de klacht traceren.
4. Zekerstellen dat klachtenbemiddeling binnen het FZR voldoet aan de landelijke "Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg".

Definities en begrippen

Klacht:

Een ontevredenheid, geuit door patiënt of diens vertegenwoordiger

Klachtenbemiddeling:

De door de KF (klachtenfunctionaris) ontplooiende activiteiten die ertoe leiden dat klager en beklaagde zodanig tot inzicht en begrip komen omtrent gebeurtenissen en beweegredenen, dat de oorzaak van de klacht wordt weggenomen.

Klachtenrichtlijn:

Een methode om met inzet van een neutrale en onpartijdige persoon een conflict of bestaande onvrede van de klager tot een oplossing te brengen.

Klager:

De hulpvrager dan wel namens de hulpvrager zijn vertegenwoordiger, zijn naast staande of nabestaande die een klacht naar voren brengt.

Beklaagde:

Degene tegen wie de klacht is gericht. Dit kan een ieder zijn die binnen de instelling hulp verleent of daartoe diensten levert aan de hulpvrager of de instelling zelf.

Hulpvrager:

De persoon die in het ziekenhuis medische hulp inroept.

Hulpverlener:

De zorgaanbieder of een voor hem werkzame persoon.

Klachtenfunctionaris (KF):

De medewerker die zorgdraagt voor alle aspecten uit de klachtenregeling vanaf het moment van melding tot de behandeling door de klachtencommissie.

Verbeterpunt:

Een te ondernemen actie ten einde de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Toepassingsgebied

Deze werkprocedure is van toepassing binnen de afdeling Communicatie voor de klachtenfunctionaris bij het bemiddelen van klachten, waarbij de klager bemiddeling wenst en de beklaagde instemt met de bemiddelingspoging.

Werkwijze

Bijlage IX: Reglement Patiënten Klachtencommissie Franciscus Ziekenhuis

Reglement Patiënten Klachtencommissie
Franciscus Ziekenhuis

Herziene versie november 2007

REGLEMENT PATIËNTENKLACHTENCOMMISSIE

Begripsomschrijving

Artikel 1

Voor de toepassing van het bij of krachtens deze regeling bepaalde, wordt verstaan onder:

- a. **klacht:**
als klacht wordt gedefinieerd een, aan de instelling gerichte, op schrift gestelde uiting van onvrede met de behandeling of bejegening die door de betrokkene als onjuist of onterecht wordt ervaren en die gericht is op het verkrijgen van een oordeel over die behandeling of bejegening. De klacht kan betrekking hebben op een of meerdere aspecten van de door of in het ziekenhuis verleende diensten, zoals:
 - * de medische;
 - * de verpleegkundige;
 - * de civiel-technische;
 - * de relationele;
 - * de organisatorische;
- b. **klager:**
de hulpvrager, dan wel namens de hulpvrager, zijn vertegenwoordiger of zijn naast staande of de nabestaande(n);
- c. **Patiënten Service Bureau:**
de medewerkers van het bureau die zich toeleggen op het geven van informatie en advies naar aanleiding van vragen en klachten van de hulpvrager, alsmede het bieden van ondersteuning bij de eventuele verdere aanpak van de klacht;
- d. **klachtenfunctionaris:**
de bemiddelaar die via de Raad van Bestuur zijn plaats binnen de organisatie krijgt en die ten doel heeft:
 - herstellen van het contact tussen de patiënt en de behandelaar;
 - nagaan of in goed overleg de oorzaken van de klacht kunnen worden weggenomen en dit proces vervolgens stimuleren en ondersteunen;
 - vaststellen en verhelderen hoe de verdere procedure zal zijn bij een blijvend geschil;

De klachtenfunctionaris is geen lid van de patiëntenklachtencommissie en heeft bij uitstek tot taak om in het voortraject een inventariserende, bemiddelende en deëscalerende rol te spelen bij mondeling en schriftelijk ingebrachte klachten en onvrede.
- e. **patiëntenklachtencommissie:**
een voor de klager beschikbare en bereikbare onafhankelijke commissie, ingesteld op basis van de Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector, die de door de klager ingediende klacht behandelt, onderzoekt en een niet juridisch afdwingbaar oordeel geeft over de gegrondheid van de klacht of zonodig verwijst naar een andere instantie;
- f. **de instelling:**
het ziekenhuis;
- g. **aangeklaagde:**
kan een ieder zijn die binnen de instelling hulp verleent of daartoe diensten levert aan de hulpvrager of de instelling zelf.

Doelstelling van klachtenafhandeling

Artikel 2

- a. Creëren van de mogelijkheid voor herstel van de relatie, gebaseerd op onderling vertrouwen tussen en gelijkwaardigheid van klager en aangeklaagde;
- b. Recht doen aan de individuele klager;
- c. Systematisch verzamelen van klachten teneinde een beter zicht te krijgen op tekortkomingen om daardoor beter te kunnen inspelen op de behoefte van de hulpvrager in het algemeen;
- d. Controle op en evaluatie van de onder c verkregen gegevens welke worden aangewend in het kader van de beleidsvorming ten aanzien van de bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg.

Uitgangspunten bij de klachtenregeling

Artikel 3

- a. De klacht wordt bij voorkeur eerst besproken tussen klager en aangeklaagde. Daarbij kunnen, indien gewenst, het Patiënten Service Bureau en de klachtenfunctionaris bemiddelen;
- b. Een onafhankelijke klachtenbehandeling, onder meer tot uitdrukking komend in de samenstelling van de patiëntenklachtencommissie;
- c. Een vlotte afhandeling van de klacht;
- d. Een zorgvuldige en vertrouwelijke behandeling en registratie van alle gegevens over de klager en aangeklaagde. De leden van de patiëntenklachtencommissie en andere bij de procedure betrokkenen hebben een geheimhoudingsplicht ten aanzien van hetgeen hun uit hoofde van hun functie als lid van de commissie dan wel uit hoofde van hun betrokkenheid bekend is geworden;
- e. Het beginsel van hoor en wederhoor van klager en aangeklaagde.

Taken, bevoegdheden en samenstelling van de patiëntenklachtencommissie

Artikel 4

De patiënten klachtencommissie heeft de volgende taken:

- a. op basis van de behandeling van een klacht komen tot een oordeel over de gegrondheid van een klacht. De klacht zal gegrond worden bevonden indien de klager aannemelijk maakt dat sprake is van, naar objectieve maatstaven, laakbaar handelen of nalaten. Het schriftelijk oordeel kan vergezeld gaan van een aanbeveling, gericht tot de klager en aangeklaagde, in afschrift aan de Raad van Bestuur van de instelling, een en ander met inachtneming van het in artikel 23 bepaalde;
- b. voor zover nodig, regelmatig doen van aanbevelingen aan de Raad van Bestuur inzake mogelijkheden voor bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg op grond van signalen, ontvangen uit door hen behandelde klachtenprocedures. Hiertoe kunnen vergaderingen met de Raad van Bestuur worden belegd;
- c. uitbrengen van een jaarverslag, waarin het aantal en de aard van de door de patiëntenklachtencommissie behandelde klachten worden aangegeven. In het jaarverslag worden geen tot de individuele persoon herleidbare gegevens opgenomen.

- d. ter uitvoering van haar taken (voor zover nodig) zorg dragen voor een goede afstemming van haar werkzaamheden met andere daarvoor in aanmerking komende personen en diensten die een taak hebben in de opvang van klachten van hulpvragers.

Artikel 5

De patiëntenklachtencommissie heeft ter uitvoering van haar functie de volgende bevoegdheden:

- a. het inwinnen van informatie en raadplegen en inzien van stukken. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat met het indienen van een klacht de toestemming van klager mag worden verondersteld om voor de beoordeling van de klacht relevante gegevens door de commissie te vergaren c.q. om voor het verweer relevante gegevens door de aangeklaagde aan de commissie te verstrekken. Bij gerede twijfel omtrent toestemming vraagt de commissie aan de klager toestemming voor inzage in relevante dossiers.
- b. oproepen en horen van personen binnen de instelling die direct bij de ingediende klacht zijn betrokken;
- c. inschakelen van deskundigen.

Artikel 6

De Raad van Bestuur van de instelling benoemt de leden van de commissie. De samenstelling van deze commissie dient een gerede afspiegeling te vormen van binnen de instelling werkzame personen. Verder kan worden gedacht aan de benoeming, door de Raad van Bestuur, van een lid op voordracht van:

- een voor de eerstelijns gezondheidszorg representatieve organisatie van hulpverleners;
- een regionale patiëntenorganisatie;
- de cliëntenraad;

en een vertegenwoordiger van de bevolking die wordt uitgenodigd op persoonlijke titel deel te nemen.

Artikel 7

De commissie bestaat uit minimaal zes leden, onder wie een externe voorzitter, een externe vice-voorzitter en een ambtelijk secretaris. De voorzitter en de vice-voorzitter mogen niet werkzaam zijn voor of bij de instelling. De voorzitter is bij voorkeur jurist, de vice-voorzitter arts, of andersom. Alle leden worden benoemd door de Raad van Bestuur. De interne leden vormen een representatieve afspiegeling van de medische en paramedische disciplines van het ziekenhuis. De leden van de commissie worden voor drie jaar benoemd en zijn herbenoembaar. De besluitvorming binnen de commissie vindt bij voorkeur plaats op basis van consensus.

Artikel 8

Voor ieder lid, met uitzondering van de voorzitter en de vice-voorzitter, wordt zo mogelijk een plaatsvervangend lid benoemd. De benoeming vindt plaats door de Raad van Bestuur op voordracht van het te vervangen lid.

Artikel 9

Het lidmaatschap van de commissie is onverenigbaar met het lidmaatschap van de Raad van Bestuur.

Artikel 10

De commissie stelt een rooster van aftreden op van de leden en hun plaatsvervangers.

Artikel 11

Een (plaatsvervangend) lid kan vrijwillig terugtreden. Daartoe wordt mededeling gedaan aan de Raad van Bestuur, die zo spoedig mogelijk in de opvolging voorziet, een en ander met inachtneming van het in de artikelen 7 en 8 bepaalde.

Artikel 12

De Raad van Bestuur zorgt dat de commissie kan beschikken over een ambtelijk secretariaat. Ten aanzien van de persoon/personen die met de secretariële ondersteuning is/zijn belast, geldt een plicht tot geheimhouding.

Indienen en behandelen van klachten van patiënten**Artikel 13**

De klager wendt zich bij voorkeur, nog voordat het tot een officiële indiening van een klacht bij de commissie komt, tot de hulpverlener tegen wie de klacht is gericht om te trachten op deze wijze tot een oplossing te komen. Indien de klager dit wenst kan hij hierbij de hulp van het Patiënten Service Bureau dan wel de hulp van de klachtenfunctionaris inroepen.

Artikel 14

In het geval het bepaalde in artikel 13 niet tot een oplossing van de klacht leidt, kan een klacht worden ingediend bij (het secretariaat van) de commissie. De commissie neemt slechts schriftelijk ingediende klachten in behandeling. De commissie draagt er zorg voor dat binnen een week een ontvangstbevestiging aan de klager wordt gestuurd, waarin hij wordt geïnformeerd over de verdere procedure.

Artikel 15

Indien een klacht naar het oordeel van de commissie onvoldoende informatie bevat, stelt zij de klager in de gelegenheid alsnog binnen een week duidelijkheid te verschaffen. Zo nodig verwijst de commissie de klager voor de nodige hulp bij het formuleren van zijn klacht naar de klachtenfunctionaris.

Artikel 16

De commissie doet binnen een week mededeling van de inhoud van de klacht aan de aangeklaagde, met het verzoek daarop binnen twee weken schriftelijk te reageren.

Artikel 17

De commissie vergadert in de regel eenmaal per maand en voorts zo dikwijls de voorzitter het nodig oordeelt. De vergadering vindt plaats in aanwezigheid van bij voorkeur alle commissieleden en bij afwezigheid van een lid, van zijn plaatsvervanger. Van de externe leden is er tenminste één aanwezig, voor behandeling van de klacht dienen tenminste vier leden aanwezig te zijn. De vergadering heeft een besloten karakter.

Artikel 18

Indien een klacht betrekking heeft op een lid van de commissie, dient deze zich te onthouden van deelneming aan de behandeling van die klacht en zal de plaatsvervanger van het lid optreden.

Artikel 19

De klager, de aangeklaagde, alsmede de bij de procedure betrokkenen die naar het oordeel van de commissie moeten worden gehoord worden, indien de commissie dit noodzakelijk acht, opgeroepen voor de mondelinge behandeling door de commissie. Schriftelijke stukken,

replik en dupliek, worden in het kader van hoor en wederhoor zoveel mogelijk aan de partijen ter beschikking gesteld.

Artikel 20

Klager en aangeklaagde kunnen zich, indien zij dat wensen, laten bijstaan door een adviseur of een gemachtigde.

Artikel 21

De ambtelijk secretaris maakt een verslag van de gevolgde procedure en de verklaringen van de betrokkenen en deskundigen.

Hierin wordt tevens opgenomen de conclusie van de commissie ten aanzien van de ingediende klacht. Het oordeel van de commissie dient gemotiveerd te worden.

Artikel 22

De commissie zal de klacht binnen zes weken in behandeling nemen. Wanneer dit niet lukt zal daarover een brief naar de klager worden gestuurd, met redenen omkleed. De totale behandelingstermijn mag niet langer dan twee maanden bedragen. Het oordeel van de commissie wordt schriftelijk -zo mogelijk binnen twee maanden, maar uiterlijk binnen drie maanden na behandeling van de klacht- gezonden aan de klager, aan de aangeklaagde en aan de Raad van Bestuur van de instelling en eventueel aan andere bij de procedure rechtstreeks betrokkenen.

De Raad van Bestuur deelt de klager en de commissie binnen een maand na ontvangst van het oordeel schriftelijk mede of zij naar aanleiding van dit oordeel maatregelen zal nemen en zo ja welke. Bij afwijking van de termijn doet de Raad van Bestuur daarvan met redenen omkleed mededeling aan de klager en de commissie onder vermelding van de termijn waarbinnen de Raad van Bestuur haar standpunt aan hen kenbaar zal maken. Deze laatste termijn kan maximaal drie maanden bedragen.

Artikel 23

De klager behoudt in alle gevallen de mogelijkheid zich te wenden tot een andere daartoe geëigende (externe) instantie die de klacht in behandeling neemt, zoals het Tuchtcollege of de rechter in civiele of strafrechtelijke procedures. Indien de klacht een aansprakelijkstelling en/of een complexe hulpverleningstechnische situatie betreft, zal de commissie, met het oog op een vlotte afdoening van de klacht, de klager adviseren de klacht voor te leggen aan een meer geëigende instantie. Indien klager in voornoemde gevallen vasthoudt aan behandeling van de klacht door de commissie dan zal deze zich beperken tot een globaal oordeel over de gedraging welke aanleiding vormde voor de klacht. De commissie zal zich onthouden van een oordeel over aansprakelijkheid en over een schadeclaim. Er is geen beroep mogelijk tegen de uitspraak van de commissie.

Artikel 24

De klachtenprocedure is kosteloos. Dit geldt niet ten aanzien van de eventuele kosten die het invoeren van een adviseur of gemachtigde ingevolge artikel 20 met zich meebrengt. Het opvragen van een dossier geschiedt volgens de gebruikelijke regelingen die daarvoor in het Franciscus Ziekenhuis zijn opgesteld. Hieraan zijn wel kosten verbonden.

Artikel 25

Indien de commissie bij haar onderzoek concludeert dat er sprake is van een ernstige situatie van tekortschietende zorg (calamiteit) met een structureel karakter, wordt de volgende procedure gehanteerd:

1. Of er sprake is van een dergelijke situatie wordt met meerderheid van stemmen binnen de commissie besloten.
2. Als hiertoe besloten wordt volgt melding van de casus aan de Raad van Bestuur

met het verzoek om het nemen van de noodzakelijke maatregelen binnen een "redelijke" termijn. Deze termijn is afhankelijk van de omstandigheden, maar in geen geval langer dan twee maanden.

3. Als binnen deze termijn geen adequate actie is ondernomen wordt per ommekeer aan de Raad van Bestuur een conceptmelding aan de Inspectie overlegd, waarbij nog een uiterste termijn van twee weken wordt vergund om aan de vermeende situatie van onverantwoorde zorg een einde te maken.

Slotbepalingen

Artikel 26

- Lid 1.* In alle gevallen waarin dit reglement niet voorziet, beslist de Raad van Bestuur, gehoord de commissie. Bij wijziging van het reglement worden de voorzitter en vicevoorzitter gehoord.
- Lid 2.* Klachten over de commissie worden door de Raad van Bestuur in behandeling genomen. Alleen formele (dus niet-inhoudelijke) klachten kunnen door de Raad van Bestuur ontvankelijk worden verklaard.

Artikel 26

Het reglement treedt in werking op 1 juli 1996 en is gewijzigd in november 2007.

Bijlage X: Samenwerkingsovereenkomst Raad van Bestuur en Cliëntenraad Franciscusziekenhuis Roosendaal

SAMENWERKINGSOVEREENKOMST

RAAD VAN BESTUUR

EN

CLIËNTENRAAD

FRANCISCUSZIEKENHUIS ROSENDAAL

MAART 2007

Paragraaf 1: Begripsbepaling

In deze samenwerkingsovereenkomst wordt verstaan onder:

Zorgaanbieder:

Stichting R.K. Ziekenhuis St. Franciscus, zijnde de rechtspersoon die het ziekenhuis in stand houdt.

Raad van Bestuur:

Het orgaan dat belast is met de coördinatie van de beleidsvoering en met de dagelijkse leiding van de stichting. De Raad van Bestuur vertegenwoordigt de zorgaanbieder in het overleg met de Cliëntenraad.

Ziekenhuis:

Ziekenhuis St. Franciscus te Roosendaal, zijnde de instelling die zorg verleent aan cliënten en daartoe is toegelaten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Raad van Toezicht:

Het orgaan dat toezicht houdt op de Raad van Bestuur

Cliënten:

De natuurlijke personen ten behoeve van wie de instelling werkzaam is en de wettelijke vertegenwoordigers van deze personen.

Cliëntenraad:

Het, op basis van artikel 2 van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) door de zorgaanbieder ingestelde orgaan dat de gemeenschappelijke belangen van cliënten behartigt.

Achterban:

Personen van wie de belangen door de cliëntenraad worden behartigd. Dit kunnen de volgende personen zijn:

- Patiënten in behandeling (poli/klinisch);
- Ex-patiënten en potentiële patiënten uit het verzorgingsgebied;
- Wettelijke vertegenwoordigers van patiënten;
- Partners en directe familieleden van patiënten

Ambtelijk secretaris:

Diegene of diegenen die de cliëntenraad ondersteunt of ondersteunen bij zijn functioneren.

Patiëntenklachtencommissie:

Een voor de klager beschikbare en bereikbare onafhankelijke commissie, die de door klager ingediende klacht behandelt, onderzoekt en een niet juridisch afdwingbare uitspraak doet of zonodig verwijst naar een andere instantie.

Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden:

De zorgbrede commissie, zoals bedoeld in artikel 10 van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ), die belast is met bemiddeling bij en de behandeling van meningsverschillen tussen de zorgaanbieder en de cliëntenraad: de LCvV (Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden).

Samenwerkingsovereenkomst:

Dit document, waarin de Raad van Bestuur en de cliëntenraad vastleggen hoe zij met elkaar omgaan, wat de bevoegdheden van de cliëntenraad zijn en wat de positie van de cliëntenraad binnen het ziekenhuis is.

Paragraaf 2: De overlegvergadering

2.1

2.1.1 De cliëntenraad en de zorgaanbieder komen bijeen volgens een, door hen in onderling overleg jaarlijks vast te stellen, vergaderrooster. De Raad van Bestuur en de cliëntenraad vergaderen minimaal 1 x per kwartaal.

2.1.2 Voorts komen de Raad van Bestuur en de cliëntenraad bijeen binnen twee weken nadat de cliëntenraad of de Raad van Bestuur daar schriftelijk, onder opgave van redenen, om heeft verzocht. Dit verzoek wordt ingediend bij de secretaris van de overlegvergadering (ambtelijk secretaris).

2.1.3 Tenminste één keer per jaar wordt in de overlegvergadering de algemene gang van zaken binnen het ziekenhuis besproken.

Toelichting: De WMCZ (artikel 5, lid 2) schrijft alleen voor dat de zorgaanbieder de cliëntenraad eenmaal per jaar mondeling of schriftelijk algemene gegevens omtrent het gevoerde en het toekomstige beleid verstrekt.

2.2

2.2.1 Aan de overlegvergadering wordt deelgenomen door de Raad van Bestuur en de cliëntenraad.

2.2.2 Aan de in 2.1.3. bedoelde overlegvergadering wordt vorm gegeven door een gezamenlijke vergadering met de Raad van Toezicht, de cliëntenraad en de Raad van Bestuur. Deze overlegvergadering wordt voorgezeten door de voorzitter van de cliëntenraad.

2.2.3 Zowel de cliëntenraad als de Raad van Bestuur kan zich tijdens een overlegvergadering laten bijstaan door één of meer deskundigen.

2.3

2.3.1 De overlegvergadering wordt voorgezeten door de voorzitter van de cliëntenraad.

2.3.2 De ambtelijk secretaris treedt tevens op als secretaris van de overlegvergadering.

2.4

2.4.1 De agenda voor de overlegvergadering wordt opgesteld door de ambtelijk secretaris, in overleg met de voorzitter van de cliëntenraad. De ambtelijk secretaris plaatst (indien mogelijk) alle onderwerpen die door de Raad van Bestuur en/of de cliëntenraad voor het overleg zijn aangemeld, op de agenda. Zonodig worden, door de voorzitter van de cliëntenraad in overleg met de Raad van Bestuur, agendapunten doorgeschoven of wordt een extra overlegvergadering belegd.

2.4.2 De overlegvergadering wordt door de ambtelijk secretaris schriftelijk bijeengeroepen, tenminste zeven dagen voordat de vergadering wordt gehouden. De ambtelijk secretaris voegt bij de oproep de agenda en de bijbehorende stukken.

2.4.3 De ambtelijk secretaris is verantwoordelijk voor het opstellen van een verslag van de vergadering. Dit verslag wordt tijdens de eerstvolgende overlegvergadering vastgesteld en ondertekend door de voorzitter van de cliëntenraad en een lid van de Raad van Bestuur.

2.4.4 Een overlegvergadering wordt door de voorzitter van de cliëntenraad geschorst wanneer de cliëntenraad of de Raad van Bestuur voor een bepaald onderwerp afzonderlijk beraad wenst.

Paragraaf 3: Afspraken over het omgaan met informatie

3.1

3.1.1 De Raad van Bestuur verstrekt de cliëntenraad tijdig en desgevraagd, schriftelijk en/of mondeling, alle inlichtingen en gegevens die de cliëntenraad voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs nodig heeft.

3.1.2 De Raad van Bestuur verstrekt de cliëntenraad voorts tenminste één keer per jaar mondeling of schriftelijk algemene gegevens over het beleid dat in het verstreken tijdvak is gevoerd en dat in het komende tijdvak zal worden gevoerd.

3.1.3 De Raad van Bestuur verstrekt jaarlijks voor het einde van het kalenderjaar zoveel als mogelijk is een overzicht van de te verwachten adviesaanvragen in het komende kalenderjaar. Tevens verstrekt de Raad van Bestuur overige documenten en nota's die de cliëntenraad nodig heeft voor het vaststellen van zijn werkplan.

3.1.4 De cliëntenraad ontvangt het geanonimiseerde jaarverslag van de patiëntenklachtencommissie en overlegt minimaal één keer per jaar met de voorzitter hiervan.

3.2

3.2 De cliëntenraad houdt de Raad van Bestuur op de hoogte van de wijze waarop de cliëntenraad met de cliënten overlegt en van de wijze waarop de cliëntenraad de cliënten informeert.

3.3

3.3 De Raad van Bestuur geeft de cliëntenraad de gelegenheid cliënten en medewerkers te informeren over het werk van de cliëntenraad via de patiëntenfolders, het magazine voor medewerkers en de website van het ziekenhuis.

3.4

3.4.1 De Raad van Bestuur maakt in zijn jaarverslag gebruik van de gegevens uit het jaarverslag van de cliëntenraad.

3.4.2 De cliëntenraad ontvangt direct na vaststelling de stukken genoemd in artikel 9, lid 1 van de WMCZ. Ook cliënten kunnen hiervan op verzoek kosteloos een afschrift krijgen.

Toelichting:

Ad 3.4.1: de WMCZ (artikel 8) schrijft voor dat de zorgaanbieder verplicht is jaarlijks een verslag over de medezeggenschap van cliënten uit te brengen.

Ad 3.4.2.: Artikel 9, lid 1 van de WMCZ geeft een overzicht van stukken die openbaar gemaakt moeten worden en zegt op welke wijze dit moet gebeuren. Het ziekenhuis kan ervoor kiezen cliënten maximaal de kostprijs van deze stukken te laten betalen; de WMCZ staat dit toe).

3.5

3.5.1 De leden van de cliëntenraad en de ambtelijk secretaris zijn verplicht tot geheimhouding van alle informatie die zij in hun hoedanigheid als lid van de cliëntenraad vernemen en waarvan zij het vertrouwelijke karakter kennen of redelijkerwijs kunnen vermoeden.

3.5.2 De geheimhoudingsplicht duurt voort na het einde van het lidmaatschap van de cliëntenraad.

Paragraaf 4: Bevoegdheden van de cliëntenraad**4.1**

4.1.1 De cliëntenraad is bevoegd de Raad van Bestuur voorstellen te doen over alle onderwerpen die voor cliënten van belang zijn.

4.1.2 De Raad van Bestuur neemt geen van een schriftelijk door de cliëntenraad gedaan voorstel afwijkend besluit dan nadat dit besluit, voorzover dat redelijkerwijs mogelijk is, tenminste éénmaal in de overlegvergadering aan de orde is geweest.

4.1.3 De Raad van Bestuur doet van een besluit over een schriftelijk gedaan voorstel van de cliëntenraad schriftelijk, en, voorzover de Raad van Bestuur van het voorstel afwijkt onder opgave van redenen, mededeling aan de cliëntenraad.

4.1.4 Wanneer de cliëntenraad een schriftelijk voorstel doet over één van de onderwerpen genoemd in 4.2.2 en de Raad van Bestuur overweegt een afwijkend besluit te nemen, dan zullen beide partijen zich inspannen om tot consensus te komen. Wanneer dit niet lukt heeft de cliëntenraad de mogelijkheid om de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCvV) in te schakelen (zie ook 4.2.3).

4.2

4.2.1 De Raad van Bestuur stelt de cliëntenraad in ieder geval in de gelegenheid advies uit te brengen over elk voorgenomen besluit dat de instelling betreft over:

- een wijziging van de doelstelling of grondslag;
- het overdragen van de zeggenschap of fusie; het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling;
- de gehele of gedeeltelijke opheffing van de instelling, verhuizing of ingrijpende verbouwing, vervangende nieuwbouw;
- een belangrijke wijziging in de organisatie;
- een belangrijke inkrimping, uitbreiding of andere wijziging van werkzaamheden;
- het benoemen van personen die rechtstreeks de hoogste zeggenschap zullen uitoefenen bij de leiding van arbeid binnen de instelling (RvB);
- de begroting en de jaarrekening;
- het algemeen beleid inzake de toelating van cliënten en de beëindiging van de zorgverlening aan cliënten.

4.2.2 De Raad van Bestuur stelt de cliëntenraad in de gelegenheid een verzwaard advies uit te brengen over elk door de Raad van Bestuur voorgenomen besluit dat de instelling betreft over:

- voedingsaangelegenheden van algemene aard;
- het algemeen beleid op het gebied van gezondheid en hygiëne;
- het algemeen beleid op het gebied van de geestelijke verzorging van en maatschappelijke bijstand aan cliënten;
- het algemeen beleid op het gebied van recreatiemogelijkheden en ontspanningsactiviteiten voor cliënten;
- de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan de cliënten verleende zorg;
- de vaststelling of wijziging van een regeling inzake de behandeling van klachten van cliënten;
- de aanwijzing van personen die worden belast met de behandeling van klachten van patiënten;
- wijziging van het besluit tot instelling van de cliëntenraad;

- vaststelling of wijziging van voor cliënten geldende regelingen;
- toekenning van bovenwettelijke bevoegdheden aan de cliëntenraad of de intrekking daarvan.

4.2.3 De Raad van Bestuur neemt geen besluit over de onder 4.2.2. genoemde onderwerpen wanneer de cliëntenraad daar niet mee instemt, tenzij de Raad van Bestuur het besluit moet nemen op grond van een wettelijk voorschrift of nadat de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden Ziekenhuizen (LCVZ) heeft vastgesteld dat de Raad van Bestuur bij afweging van betrokken belangen in redelijkheid tot zijn voornemen heeft kunnen komen.

4.2.4 Alle adviezen worden op een zodanig tijdstip gevraagd dat het van wezenlijke invloed kan zijn op het te nemen besluit.

4.2.5 De Raad van Bestuur legt het te nemen besluit schriftelijk, in duidelijke bewoordingen, aan de cliëntenraad voor samen met een overzicht van:

- de beweegredenen die aan het voorgenomen besluit ten grondslag liggen;
- de gevolgen die een zodanig besluit voor cliënten zal hebben;
- de naar aanleiding van het besluit te nemen maatregelen;
- de planning van de besluitvorming;
- de status van het advies: verzwagd of gewoon adviesrecht.

4.2.6 De cliëntenraad brengt het advies, zo mogelijk schriftelijk, binnen een door de voorzitter van de cliëntenraad en de zorgaanbieder per adviesaanvraag afgesproken redelijke termijn na ontvangst van de adviesaanvraag uit aan de Raad van Bestuur.

4.2.7 Wanneer de cliëntenraad niet binnen de onder 4.2.6. genoemde termijn een advies heeft uitgebracht, wordt hij geacht geen gebruik te maken van zijn bevoegdheid. Dit is niet van toepassing indien een verlenging van de adviestermijn is overeengekomen.

4.2.8 Als de cliëntenraad afziet van het uitoefenen van een adviesbevoegdheid stelt de cliëntenraad de Raad van Bestuur hiervan zo spoedig mogelijk en uiterlijk binnen zes weken na ontvangst van de adviesaanvraag op de hoogte.

Toelichting: 4.2.1 t/m 4.2.8 zijn conform de WMCZ (artikel 3 en 4)
--

4.3

4.3.1 De cliëntenraad kan bijeenkomsten voor cliënten organiseren. Hierbij moet rekening worden gehouden met de algemene regels van het ziekenhuis en de huisregels van de afdelingen. De cliëntenraad draagt zorg voor afstemming met de betreffende afdelingen over de organisatie van het overleg met de cliënten.

4.3.2 De cliëntenraad kan informatie verstrekken aan cliënten over alle aangelegenheden die de cliëntenraad van belang acht.

4.3.3 De cliëntenraad kan medewerkers van het ziekenhuis raadplegen of, na overleg met de Raad van Bestuur, deskundigen van buiten het ziekenhuis om informatie, bijstand en / of advies vragen.

Paragraaf 5: Procedure voordracht Raad van Toezicht

5.1

5.1.1 Een lid van de Raad van Toezicht van het ziekenhuis wordt benoemd op bindende voordracht van de cliëntenraad.

5.1.2 Wanneer het lid van de Raad van Toezicht dat op bindende voordracht van de cliëntenraad is benoemd terugtreedt, wordt de cliëntenraad hiervan zo spoedig mogelijk in kennis gesteld door de Raad van Toezicht.

5.1.3 De Raad van Toezicht en de cliëntenraad spreken een termijn af waarbinnen de cliëntenraad een voordracht zal doen.

5.1.4 De Raad van Toezicht benoemt de kandidaat die de cliëntenraad heeft voorgedragen, tenzij deze kandidaat niet voldoet aan de eisen die volgens de statuten van de zorgaanbieder gelden voor alle leden van de Raad van Toezicht.

5.1.5 Indien de cliëntenraad geen gebruik maakt van zijn bevoegdheid om een kandidaat voor te dragen, is de Raad van Toezicht vrij om een kandidaat te benoemen die niet is voorgedragen door de cliëntenraad. Dit is ook het geval als de cliëntenraad geen voordracht doet binnen de in 5.1.3. bedoelde termijn. Na het verstrijken van de zittingstermijn van degene die is genoemd op basis van deze bepaling, wordt de cliëntenraad opnieuw in de gelegenheid gesteld om een kandidaat ter benoeming voor te dragen.

Paragraaf 6: Materiële voorzieningen

6.1

6.1.1 De cliëntenraad heeft het recht gebruik te maken van een door de Raad van Bestuur hiertoe aangewezen vergaderfaciliteit.

6.1.2 De cliëntenraad heeft recht op ondersteuning door een ambtelijk secretaris die in dienst is van het ziekenhuis (of een andere organisatie). Het aantal uren dat deze secretaris werkzaam is voor de cliëntenraad wordt in overleg met de Raad van Bestuur vastgesteld en regelmatig geëvalueerd.

6.1.3 De ambtelijk secretaris draagt, indien hij verhinderd is om een vergadering te notuleren, zelf zorg voor een vervanger.

6.1.4 De cliëntenraad werkt niet met een vast jaarlijks budget.

De leden van de cliëntenraad hebben recht op een reële vergoeding van onkosten volgens een in overleg met de Raad van Bestuur vast te stellen regeling.

Deze vergoeding bestaat uit de volgende onderdelen:

- Een vast jaarlijks bedrag voor het bijwonen en voorbereiden van eigen vergaderingen, overlegvergaderingen en commissievergaderingen, de zgn. vacatiegelden;
- Deelnametekosten voor scholingen, conferentiebezoek e.d. (incl. eventuele overnachtingskosten);
- Reiskostenvergoeding t.b.v. het bezoeken van externe vergaderingen, cursussen, landelijke of regionale bijeenkomsten e.d.;
- kosten t.b.v. teambuilding;
- abonnementskosten voor relevante vakliteratuur.

6.1.5 Verder heeft de cliëntenraad, na overleg met de Raad van Bestuur, de beschikking over de volgende voorzieningen:

- vergaderruimte
- gebruik van computer en printer
- gebruik van kopieermachine
- frankieerkosten
- inwinnen van advies
- organiseren van informatie-avonden, maken van een folder
- advertenties t.b.v. het aantrekken van nieuwe leden
- voorzieningen voor sollicitatiecommissies
- lidmaatschap van een belangenvereniging van cliëntenraden

Paragraaf 7: Geschillenregeling

7.1

7.1.1 Geschillen tussen de Raad van Bestuur en de cliëntenraad over de WMCZ en over de uitvoering van de samenwerkingsovereenkomst worden voorgelegd aan de LCVZ, zijnde de commissie van vertrouwenslieden zoals bedoeld in art. 10 van de WMCZ..

7.1.2 Van een geschil is alleen sprake wanneer de cliëntenraad of de Raad van Bestuur te kennen geven een geschil aanwezig te achten.

7.1.3 Bij inschakeling van de LCVZ stelt de Raad van Bestuur dan wel de cliëntenraad de andere partij terstond op de hoogte.

7.1.4 De kosten voor de LCVZ worden gedragen door de zorgaanbieder.

Toelichting: De cliëntenraad kan de LCVZ inschakelen om te bemiddelen of een uitspraak te doen bij conflicten betreffende artikel 3, artikel 4 lid 1 en 3, artikel 5 lid 1 of artikel 9 van de WMCZ. De Raad van Bestuur kan de LCVZ inschakelen wanneer het gaat om conflicten over artikel 3, 1° lid, i tot en met m van de WMCZ.

Paragraaf 8: Slotbepalingen

8.1

8.1.1 De samenwerkingsovereenkomst gaat in op de datum waarop deze is ondertekend door cliëntenraad en Raad van Bestuur.

8.1.2 Iedere wijziging van de samenwerkingsovereenkomst treedt pas in werking nadat tenminste tweederde van het aantal leden van de cliëntenraad en de Raad van Bestuur hiermee ingestemd heeft.

8.1.3 De Raad van Bestuur informeert cliënten en medewerkers schriftelijk over belangrijke wijzigingen in de samenwerkingsovereenkomst.

8.1.4 De samenwerkingsovereenkomst eindigt door schriftelijke opzegging door een van beide partijen, met een opzegtermijn van drie maanden en met schriftelijke opgaaf van redenen.

8.1.5 De samenwerkingsovereenkomst zal na inwerkingtreding ieder jaar door cliëntenraad en Raad van Bestuur worden geëvalueerd. Uiterlijk drie maanden voor het einde van deze periode maken de cliëntenraad en de Raad van Bestuur een afspraak over de wijze waarop de evaluatie plaatsvindt.

8.1.6 Aangelegenheden die beide partijen raken maar die niet in de samenwerkingsovereenkomst zijn geregeld, worden behandeld in de geest van deze overeenkomst.

8.1.7 In gevallen waarin deze samenwerkingsovereenkomst niet voorziet of strijdig is met de bepalingen in de WMCZ, prevaleert het bepaalde in deze wet.

Aldus vastgesteld en ondertekend op 1 maart 2007 te Roosendaal.

namens de cliëntenraad,

namens het ziekenhuis,

de heer H. Suijkerbuijk,
voorzitter

de heer drs. J. Kevenaer RC,
lid Raad van Bestuur

de heer dr. P.P.A. Razenberg,
lid Raad van Bestuur

Bijlage XI: Huishoudelijk reglement cliëntenraad Franciscusziekenhuis

HUISHOUELIJK REGLEMENT
CLIENTENRAAD FRANCISCUSZIEKENHUIS
December 2009

Paragraaf 1: Begripsbepaling

Zorgaanbieder:

Stichting R.K. Ziekenhuis St. Franciscus, zijnde de rechtspersoon die het ziekenhuis in stand houdt.

Raad van Bestuur:

Het orgaan dat belast is met de coördinatie van de beleidsvoering en met de dagelijkse leiding van de stichting. De Raad van Bestuur vertegenwoordigt de zorgaanbieder in het overleg met de Cliëntenraad.

Ziekenhuis:

Ziekenhuis St. Franciscus te Roosendaal, zijnde de instelling die zorg verleent aan cliënten en daartoe is toegelaten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Raad van Toezicht:

Het orgaan dat toezicht houdt op de Raad van Bestuur.

Cliënten:

De natuurlijke personen ten behoeve van wie de instelling werkzaam is en de wettelijke vertegenwoordigers van deze personen.

Cliëntenraad:

Het, op basis van artikel 2 van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ), door de zorgaanbieder ingestelde orgaan dat de gemeenschappelijke belangen van cliënten behartigt.

Achterban:

Personen waarvan de belangen door de cliëntenraad worden behartigd. Dit kunnen de volgende personen zijn:

- patiënten in behandeling (poliklinisch);
- ex-patiënten en potentiële patiënten uit het verzorgingsgebied;
- wettelijke vertegenwoordigers van patiënten;
- partners en directe familieleden van patiënten.
- Mensen woonachtig in het adherentiegebied

Ambtelijk secretaris:

Diegene of diegenen die de cliëntenraad ondersteunt of ondersteunen bij zijn functioneren.

Huishoudelijk reglement:

In dit document legt de cliëntenraad zijn werkwijze en vertegenwoordiging in en buiten rechte vast.

Samenwerkingsovereenkomst:

Document waarin de cliëntenraad en Raad van Bestuur vastleggen hoe zij met elkaar omgaan, wat de bevoegdheden van de cliëntenraad zijn en wat de positie van de cliëntenraad binnen het ziekenhuis is.

Paragraaf 2: Taak cliëntenraad

2.1

2.1.1 De cliëntenraad heeft tot taak om, binnen het kader van de doelstellingen van de instelling, in het bijzonder de gemeenschappelijke belangen van cliënten te behartigen.

Paragraaf 3: Functies van de cliëntenraad

3.1.

3.1.1 De cliëntenraad kiest uit zijn midden een voorzitter, een vice-voorzitter, en een plaatsvervangende voorzitter. De voorzitter de vice-voorzitter en de ambtelijk secretaris vormen samen het dagelijkse bestuur.

3.1.2 De functie van vice-voorzitter en vervangend voorzitter zijn in één persoon verenigd.

3.1.3 De functieverdeling wordt ter kennis gebracht aan de achterban en de Raad van Bestuur.

3.2.

3.2.1 De voorzitter leidt de vergaderingen van de cliëntenraad. Hij draagt zorg voor naleving van het reglement en ziet erop toe dat de cliëntenraad zijn taak naar vermogen uitvoert.

3.2.2 Bij afwezigheid van de voorzitter neemt diens plaatsvervanger, voor de duur van de vervanging, de taken en bevoegdheden van de voorzitter over.

3.3

3.3.1 De leden van de cliëntenraad zijn verplicht tot geheimhouding van alle informatie die zij in hun hoedanigheid van lid van de cliëntenraad vernemen en waarvan zij het vertrouwelijke karakter kennen of redelijkerwijs kunnen vermoeden.

3.3.2 De geheimhoudingsplicht duurt voort na het einde van het lidmaatschap van de cliëntenraad.

3.4

3.4.1 De cliëntenraad bestaat bij voorkeur uit negen leden (= maximum) met een minimum aantal van vijf.

3.4.2 De cliëntenraad hanteert een rooster van aftreden. De gangbare zittingstermijn is 4 jaar, met een eenmalige verlenging van 4 jaar.

3.4.3 Bij het ontstaan van vacatures in de cliëntenraad wordt door de cliëntenraad een sollicitatie- en selectieprocedure gestart. Daartoe kan een selectiecommissie worden aangesteld waarin vertegenwoordigers van de cliëntenraad zitting hebben.

3.4.4 De cliëntenraad besluit over de kandidatuur en doet een voordracht aan de Raad van Bestuur.

Toelichting: In het instellingsbesluit is bepaald dat de leden van de cliëntenraad woonachtig* moeten zijn in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis en affiniteit moeten hebben met patiëntenbelangen. Naast deze "functievereisten" zal de cliëntenraad bij de voordrachten onder meer als aandachtspunten hanteren: spreiding over het verzorgingsgebied, spreiding van maatschappelijke achtergronden en een streven naar een evenwichtige vertegenwoordiging van mannen en vrouwen.

* Personen die een dienstverband zijn aangegaan c.q. aan willen gaan met de instelling, kunnen geen deel uitmaken van de cliëntenraad.

3.5

3.5.1 De cliëntenraad kan besluiten een lid te schorsen als voortzetting van diens lidmaatschap in redelijkheid niet van de cliëntenraad kan worden gevergd.

3.5.2 Een besluit tot schorsing wordt alleen genomen nadat de betrokkene in de gelegenheid is gesteld zich hiertegen te verdedigen.

3.5.3 Een besluit tot schorsing kan alleen worden genomen indien tweederde van het aantal leden van de cliëntenraad bij de stemming aanwezig of vertegenwoordigd is. Het besluit vereist vervolgens een tweederde meerderheid van de stemmen.

3.5.4 Bij het besluit over de schorsing heeft de betrokkene geen stemrecht.

3.5.5 Een schorsing duurt 3 maanden, tenzij de cliëntenraad besluit de schorsing eerder te beëindigen.

3.5.6 In de derde maand van de schorsing beslist de cliëntenraad of het geschorste lid wordt ontslagen. Lid 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3 en 3.5.4 zijn van overeenkomstige toepassing op dit besluit, met dien verstande dat voor "schorsen" gelezen wordt "ontslaan" en voor "schorsing" "ontslag".

3.6

3.6.1 De cliëntenraad kan commissies instellen ter voorbereiding van door de cliëntenraad te behandelen onderwerpen en maakt hierbij, indien nodig, gebruik van een of meerdere deskundigen binnen het ziekenhuis. In overleg met de Raad van Bestuur kan de Cliëntenraad gebruik maken van de deskundigheid van derden.

3.6.2 Voordat een commissie van start gaat formuleert de cliëntenraad de opdracht en worden afspraken gemaakt over bevoegdheid, tijdspad en al het overige wat de cliëntenraad van belang acht.

3.6.3 Lid 3.3.1 en 3.3.2 zijn ook hier van toepassing.

3.6.4 De commissie houdt de leden van de cliëntenraad op de hoogte over haar vorderingen, conform daarover gemaakte afspraken.

3.7

3.7.1 De cliëntenraad laat zich bij zijn werkzaamheden bijstaan door een ambtelijk secretaris.

- 3.7.2 De cliëntenraad regelt in overleg met de ambtelijk secretaris, wat de werkzaamheden zullen zijn en al het overige wat de cliëntenraad in dit kader van belang acht.
- 3.7.3 De ambtelijk secretaris legt voor wat betreft de inhoud van zijn werkzaamheden voor de cliëntenraad verantwoording af aan het dagelijks bestuur van de cliëntenraad. De ambtelijk secretaris heeft geen dienstverband bij de cliëntenraad, maar bij de zorgaanbieder (of een andere organisatie).
- 3.7.4 De ambtelijk secretaris draagt zorg voor een vervanger, indien hij zelf verhinderd is om een vergadering te notuleren.
- 3.7.5 Lid 3.3.1 en 3.3.2 zijn van overeenkomstige toepassing op de ambtelijk secretaris van de cliëntenraad.

Paragraaf 4: Vergaderingen

4.1.

- 4.1.1 De cliëntenraad komt volgens een jaarlijks door de cliëntenraad vast te stellen vergaderrooster bijeen en stelt hiervan de Raad van Bestuur en andere belanghebbenden op de hoogte. De cliëntenraad komt voorts bijeen wanneer de voorzitter dit nodig acht en binnen twee weken nadat tenminste twee leden van de cliëntenraad een schriftelijk en gemotiveerd verzoek hiertoe hebben ingediend bij de ambtelijk secretaris.
- 4.1.2 De ambtelijk secretaris roept de cliëntenraad bijeen door middel van een schriftelijke (per e-mail) kennisgeving aan de leden. Deze moet, behalve in spoedeisende gevallen, tenminste een week voor de vergaderdatum worden verzonden, samen met de agenda en eventuele andere vergaderstukken.
- 4.1.3 De cliëntenraad heeft drie keer per jaar een overleg met de Raad van Bestuur
- 4.1.4 De cliëntenraad heeft één keer per jaar een overleg met de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.
- 4.1.5 De cliëntenraad heeft maandelijks een overleg met de eigen leden.
- 4.1.6 Het dagelijks bestuur van de cliëntenraad heeft maandelijks een overleg met de Raad van Bestuur.

4.2.

- 4.2.1 De agenda voor een vergadering van de cliëntenraad wordt opgesteld door de ambtelijk secretaris, in overleg met de voorzitter en/of de vice-voorzitter.
- 4.2.2 De leden van de cliëntenraad hebben ieder het recht onderwerpen te agenderen.

4.3.

- 4.3.1 Een vergadering wordt niet gehouden als minder dan de helft van het aantal leden van de cliëntenraad aanwezig is.
- 4.3.2 Indien een vergadering, op grond van het bepaalde in lid 4.3.1, niet doorgaat wordt indien nodig een nieuwe vergadering uitgeschreven met dezelfde agenda. Deze vindt plaats in de eerste of tweede week na de afgelaste vergadering. De tweede vergadering wordt gehouden ongeacht het aantal leden van de cliëntenraad dat aanwezig is.

4.4

- 4.4.1 De cliëntenraad kan deskundigen of belanghebbenden uitnodigen een vergadering geheel of gedeeltelijk bij te wonen.

4.5

- 4.5.1 Ieder lid van de cliëntenraad heeft stemrecht, tenzij in dit reglement anders wordt bepaald.
- 4.5.2 De cliëntenraad beslist bij gewone meerderheid van stemmen. Over zaken wordt mondeling en over personen schriftelijk gestemd. De cliëntenraad kan besluiten dat ook over zaken schriftelijk wordt gestemd. Blanco stemmen zijn ongeldig.
- 4.5.3 Staken de stemmen, dan wordt het voorstel geacht te zijn verworpen.

4.6

4.6.1 Bij ordeverstoring kan de voorzitter de betreffende persoon het woord ontnemen of hem verzoeken de vergadering te verlaten.

4.6.2 Bij weigering te voldoen aan dit verzoek, schorst de voorzitter de vergadering.

4.7

4.7.1 De ambtelijk secretaris zorgt dat van elke vergadering van de cliëntenraad een verslag wordt gemaakt. Het verslag wordt binnen zeven werkdagen naar de leden gestuurd en in de eerstvolgende vergadering vastgesteld.

4.7.2 Verslagen worden tenminste vijf jaar na vaststelling bewaard.

Paragraaf 5: Vertegenwoordiging

5.1

5.1.1 De voorzitter en de vice voorzitter zijn gezamenlijk bevoegd de cliëntenraad in rechte te vertegenwoordigen. Zij mogen wettelijke verplichtingen aangaan, zoals het afsluiten van contracten.

5.1.2 De voorzitter en de vice voorzitter zijn bevoegd de cliëntenraad buiten rechte te vertegenwoordigen. Zij mogen de cliëntenraad vertegenwoordigen, bijvoorbeeld door het ondertekenen van brieven van de cliëntenraad. De cliëntenraad kan incidenteel, en wanneer hij dit nodig acht onder voorwaarden, andere leden van de cliëntenraad de bevoegdheid toekennen de cliëntenraad buiten rechte te vertegenwoordigen.

Paragraaf 6: Contact met de achterban

6.1

6.1.1 De cliëntenraad doet aan zijn achterban regelmatig verslag van zijn werkzaamheden, door middel van:

- a. flyers die in wachtruimtes liggen en/of op prikborden hangen,
- b. de website van het ziekenhuis,
- c. publicatie in het jaarlijkse informatieblad voor externen, dat door het ziekenhuis wordt verspreid.

6.1.2 De cliëntenraad verspreidt zijn algemene folder onder cliënten, huisartsen en patiëntenorganisaties.

6.2

6.2.1 De cliëntenraad organiseert desgevraagd éénmaal per jaar een bijeenkomst waarvoor de achterban wordt uitgenodigd (of zoekt een andere manier om de achterban te benaderen). Nader te bepalen is hoe en wanneer deze bijeenkomst wordt aangekondigd.

6.2.2 Tijdens deze bijeenkomst legt de cliëntenraad verantwoording af aan de achterban over de verrichte werkzaamheden en de behaalde resultaten. Ook maakt de cliëntenraad bekend wat zijn plannen zijn voor het komende jaar.

Paragraaf 7: Werkplan en jaarverslag

7.1

7.1.1 De cliëntenraad stelt jaarlijks, uiterlijk 2 maanden na het einde van het kalenderjaar, een werkplan vast voor het komende jaar.

7.1.2 De cliëntenraad stelt jaarlijks, binnen drie maanden na afloop van het kalenderjaar, een verslag vast van zijn werkzaamheden van het afgelopen jaar.

7.1.3 Het werkplan en het jaarverslag worden ter kennis gebracht van de achterban, de Raad van Bestuur en overige belanghebbenden.

Paragraaf 8: Slotbepalingen

8.1

8.1.1 De cliëntenraad is te allen tijde bevoegd het huishoudelijke reglement te wijzigen.

8.1.2 Het huishoudelijke reglement wordt jaarlijks door de cliëntenraad geëvalueerd.

8.1.3 In gevallen waarin dit reglement niet voorziet, beslist de cliëntenraad.

Aldus vastgesteld door de cliëntenraad
in de vergadering op 03-12-2009 te Roosendaal

.....
Bert Suijkerbuijk
voorzitter cliëntenraad

.....
Vera Maillie-Hengst
secretaris cliëntenraad

Bijlage XII: Schematisch overzicht resultaten scriptie

Recht op kwaliteit van zorg	
Huidig wettelijk kader	- KWZI; - Wet BIG; - WGBO.
Toekomstig wettelijk kader	- Artt. 6 – 12 WCZ.
Wijzigingen/vernieuwingen	- Het begrip ‘verantwoorde zorg’ wordt verruimd onder het begrip ‘goede zorg’; - Het veilig melden van incidenten wordt wettelijk geregeld; - De inhoud van het VIM-systeem mag niet worden gebruikt in (buiten) gerechtelijke procedures.
Praktijk FZR	- ‘Patiëntveiligheid in het FZR’; - ‘Veilig Incident Melden Reglement Franciscus ziekenhuis Roosendaal’; - ‘Calamiteitenprocedure Franciscus ziekenhuis Roosendaal’; - ‘Protocollen bij indiensttreding’; - ‘Werkplan ten behoeve van de herregistratie in het BIG-register voor verpleegkundigen, verloskundigen en fysiotherapeuten’; - ‘Toelatingsovereenkomst’; - ‘Patiëntenvoorlichting Thuis in het Ziekenhuis’; - ‘Beleid Geweldincidenten’; - ‘Regels met betrekking tot geweldsincidenten’; - ‘Registratie procedure geweldsincidenten’; - ‘De klokkenluidersregeling’; - Verschillende accreditaties.
Conclusie(s)	- Het FZR voldoet grotendeels aan artt. 6 – 12 WCZ. - Het FZR voldoet niet aan art. 12 lid 1 sub b WCZ, omdat in de onderstaande documenten niet staat vermeld dat seksueel misbruik waarbij een cliënt (als slachtoffers of als pleger) is betrokken moet worden gemeld bij de IGZ. Dit zou krachtens art. 12 lid 1 sub b WCZ wel moeten. • ‘Beleid Geweldincidenten’ • ‘Regels met betrekking tot geweldsincidenten’ • ‘Registratie procedure geweldsincidenten’ • ‘De klokkenluidersregeling’
Aanbeveling(en)	Om te voldoen aan art. 12 lid 1 sub b WCZ wordt aan het FZR aanbevolen in de documenten ‘Registratie procedure geweldsincidenten’ en ‘De klokkenluidersregeling FZR’ op te nemen dat seksueel misbruik waarbij een cliënt is betrokken, moet worden gemeld bij de IGZ.

Recht op afstemming tussen zorgaanbieders

Huidig wettelijk kader	- Geen specifieke regels. - Voornamelijk af te leiden uit de WGBO.
Toekomstig wettelijk kader	- Artt. 12a – 15 WCZ.
Wijzigingen/vernieuwingen	- De zorgaanbieder moet nagaan of een cliënt ook zorg ontvangt van andere zorgaanbieders; - De zorgaanbieder moet de zorg afstemmen met andere zorgaanbieders die gelijktijdig of achtereenvolgens zijn betrokken bij de zorg van een cliënt; - De zorgaanbieder mag een cliënt slechts doorverwijzen als is nagegaan of een externe zorgaanbieder de zorg daadwerkelijk kan verlenen.
Praktijk FZR	- 'Protocol Hoofdbehandelaar – Medebehandelaar – Consulent'; - Zorgpaden; - Weihoek.
Conclusie(s)	- Het FZR gaat ervan uit dat een cliënt zelf aangeeft als hij ook zorg ontvangt van een externe zorgaanbieder. - Uit de praktijk in het FZR blijkt dat de afstemming tussen het FZR en externe zorgaanbieders die bij de zorg voor een bepaalde cliënt zijn betrokken goed verloopt. Er zijn echter geen schriftelijke regels voor opgesteld. - Er kan worden geconcludeerd dat het FZR de afstemming van de zorg zowel intern als extern goed heeft geregeld en voldoet aan artt. 12a, 13 en 14 WCZ.
Aanbeveling(en)	- Het FZR wordt aanbevolen om schriftelijk op te nemen dat alle hulpverleners zich ervan moeten vergewissen of de cliënt die hem om zorg vraagt, ook zorg ontvangt van een externe zorgaanbieder. Op deze manier kan namelijk de zorg sneller worden afgestemd met externe zorgaanbieders. - Daarnaast wordt aanbevolen een schriftelijke regeling op te stellen met betrekking tot de afstemming tussen het FZR en andere bij de zorg betrokken zorgaanbieders. Hierin kunnen bijv. de verplichtingen voor de hulpverleners die voortvloeien uit artt. 12a – 14 WCZ worden opgenomen. Tevens kan worden opgenomen hoe de afstemming moet geschieden en in welke situaties het FZR het aanspreekpunt blijft voor de cliënt.

Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy	
Huidig wettelijk kader	- WBP; - WGBO.
Toekomstig wettelijk kader	- Artt. 16 – 30 WCZ.
Wijzigingen/vernieuwingen	- De cliënt heeft recht op keuze van zorg; - De cliënt heeft recht op informatie; - De zorgaanbieder moet informatie verstrekken over de te verwachten tijdsduur van de zorg en de termijn waarop de zorg kan worden verleend; - De zorgaanbieder moet alles doen wat redelijkerwijs van hem kan worden verlangd om de zorg bij voortijdige beëindiging over te dragen aan een andere zorgaanbieder; - De zorgaanbieder moet in het cliëntendossier aantekening maken van het feit dat een cliënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de zorg; - De bewaartermijn van cliëntendossiers is verlengd naar dertig jaren; - De bewaartermijn begint te lopen nadat de laatste wijziging in het cliëntendossier heeft plaatsgevonden; - Incidenten bij de zorgverlening moeten aan de cliënt worden gemeld; - De regels omtrent inzage door nabestaanden zijn wettelijk vastgelegd.
Praktijk FZR	- 'Informed Consent'; - 'Patiëntenvoorlichting: rechten en plichten als patiënt'; - 'Gezagsformulier ten behoeve van onderzoek en behandeling bij minderjarigen FZR'; - 'Eenzijdige beëindiging van de behandelovereenkomst'; - Handleiding gebruik patiënten-dossier'; - 'Procedure registratie medische en verpleegkundige gegevens'; - 'Aanvraagformulier verstrekking medische gegevens.
Conclusie(s)	- Het FZR voldoet over het algemeen aan artt. 16 – 30 WCZ. - Er is in het FZR een duidelijke regeling opgesteld omtrent het toestemmingsvereiste bij minderjarigen. Met betrekking tot het toestemmingsvereiste bij wilsonbekwame cliënten heeft het FZR echter geen duidelijke regeling opgesteld. In de praktijk voldoet het FZR wel aan de eisen die de WCZ stelt over de toestemming bij minderjarigen en wilsonbekwame cliënten. - Krachtens art. 23a lid 1 WCZ is de bewaartermijn van cliëntendossiers dertig jaren. In het document 'handleiding gebruik patiënten-dossier' staat dat het FZR een bewaartermijn van vijftien jaren hanteert. Uit de praktijk blijkt echter dat het FZR nooit gegevens uit cliëntendossiers vernietigt, tenzij de cliënt hierom vraagt. Het FZR moet de bewaartermijn aanpassen naar dertig jaren en deze termijn ook daadwerkelijk in acht nemen.

Aanbeveling(en)	- Het FZR wordt aanbevolen in het document ‘Handleiding gebruik patiënten-dossier’ de bewaartermijn van cliëntendossiers van vijftien jaren aan te passen naar dertig jaren en te vermelden dat deze bewaartermijn begint te lopen vanaf de laatste wijziging in het cliëntendossier. In de praktijk moeten de dossiers die ouder zijn dan dertig jaren ook daadwerkelijk worden vernietigd, tenzij een uitzonderingsgrond bestaat. Dit is conform art. 23a WCZ. - Tevens moeten de regelingen op afdelingsniveau die invulling geven aan de hiervoor genoemde handleiding worden aangepast evenals de cliëntenfolders. - Aanbevolen wordt om een formulier op te stellen voor de vertegenwoordiging van wilsonbekwame cliënten. Dit kan worden gedaan aan de hand van het ‘Gezagsformulier ten behoeve van onderzoek en behandeling bij minderjarigen FZR’. - Tevens wordt aanbevolen informatie over de rechten en plichten van de cliënt op de website van het FZR, in de informatiemappen op alle afdelingen van het FZR, bij het PSB en in de folder ‘Patiëntenvoorlichting: rechten en plichten als patiënt’ aan te passen aan de artt. 16 – 30 WCZ (in plaats van de WGBO).
-----------------	---

Recht op een effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling	
Huidig wettelijk kader	- WKCZ.
Toekomstig wettelijk kader	- Art. 31 WCZ en art. 32 WCZ.
Wijzigingen/vernieuwingen	- Er moet een schriftelijke regeling worden opgesteld voor de opvang van klachten; - Er zijn meer gronden waarover cliënten kunnen klagen; - Er zijn meer klachtgerechtigden; - Het in stand houden van een klachtencommissie is niet meer verplicht; - Klachten moeten binnen een termijn van zes weken worden behandeld; - Zorgaanbieders zijn verplicht zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie.
Praktijk FZR	- 'Patiëntenvoorlichting Thuis in het Ziekenhuis'; - 'Klachtenregeling patiënten Franciscus Ziekenhuis Roosendaal: U bent niet tevreden over de zorg. Wat Nu?'; - 'Klachtenopvang FZR'; - 'Klachtenbemiddeling FZR'; - 'Reglement Patiënten Klachtencommissie Franciscus Ziekenhuis'; - 'Functiebeschrijving ambtelijk secretaris patiëntenklachtencommissie Franciscus Ziekenhuis'.
Conclusie(s)	- Het FZR voldoet in grote lijnen aan art. 31 WCZ, maar voldoet nog niet aan art. 32 WCZ. - In de klachtenregeling en het reglement van de klachtencommissie staat dat klachtgerechtigden een klacht kunnen indienen over de kwaliteit van de zorg en over de bejegening. Krachtens art. 31 lid 2 WCZ kunnen ook klachten worden ingediend over de naleving van cliëntenrechten door de zorgaanbieder. De zorgaanbieder is namelijk volledig verantwoordelijk voor de naleving van de WCZ door alle individuele zorgverleners binnen de instelling. Uit het voorgaande kan worden geconstateerd dat het FZR de klachtgronden in de klachtenregeling en in het reglement van de klachtencommissie aan moet vullen en dat de toelatingsovereenkomsten met de medisch specialisten enigszins moeten worden gewijzigd. - Het FZR voldoet nog niet aan art. 31 lid 3 sub e WCZ. Op grond van dit artikel bedraagt de klachtbehandelingstermijn maximaal zes weken. In de klachtenregelingen van het FZR staat beschreven dat het hele proces bij de klachtencommissie doorgaans twee tot vijf maanden bedraagt. Aan de klachtbehandeling door de klachtenfunctionaris wordt in het FZR geen termijn gesteld. Indien de klacht niet binnen zes weken is afgehandeld, kan de cliënt direct naar een onafhankelijke geschilleninstantie stappen voor een bindend advies. - Op grond van art. 32 WCZ moeten zorgaanbieders zich aansluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Het FZR is niet aangesloten bij een geschilleninstantie. Om te voldoen aan de WCZ moet het FZR zich dus aansluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie.

Aanbeveling(en)	- Aan het FZR wordt aanbevolen in de documenten 'Klachtenregeling patiënten Franciscus Ziekenhuis Roosendaal: U bent niet tevreden over de zorg. Wat Nu?' en 'Reglement Patiënten Klachtencommissie Franciscus Ziekenhuis' de gronden waarover kan worden geklaagd, aan te vullen met de grond dat klachten kunnen worden ingediend over de naleving van cliëntenrechten door de zorgaanbieder, conform art. 31 lid 2 WCZ. - In de WCZ veranderen de cliëntenrechten en verplichtingen voor zorgaanbieders ten opzichte van de huidige wet- en regelgeving in dit kader. Het is aan te raden in de toelatingsovereenkomsten met de medisch specialisten de bepalingen die betrekking hebben op de huidige wet- en regelgeving te actualiseren, omdat het FZR als zorgaanbieder volledig verantwoordelijk is voor de naleving van de WCZ. - Ook wordt aanbevolen in de documenten 'Klachtenregeling patiënten Franciscus Ziekenhuis Roosendaal: U bent niet tevreden over de zorg. Wat Nu?', 'Reglement Patiënten Klachtencommissie Franciscus Ziekenhuis' en 'Klachtenopvang FZR' een behandelingstermijn van maximaal zes weken op te nemen. Dit is verplicht krachtens art. 31 lid 3 sub e WCZ. - Daarnaast wordt het FZR aangeraden zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Een mogelijke geschilleninstantie is: 'De Geschillencommissie Zorginstellingen', indien deze commissie haar reglement aanpast aan art. 32 WCZ (zoals de gronden waarover een geschil kan worden ingediend). De Geschillencommissie Zorginstellingen bestaat uit drie leden: een voorzitter aangezocht door de Stichting Geschillencommissie voor consumentenzaken (SGC), een lid voorgedragen door de Consumentenbond en een lid voorgedragen door de NVZ vereniging van ziekenhuizen of de KNMG, ActiZ, GGZ en de VGN. Deze samenstelling waarborgt de onafhankelijkheid en onpartijdigheid. - Als het FZR zich heeft aangesloten bij een onafhankelijke geschilleninstantie, dan moet de mogelijkheid tot het indienen van klachten bij deze geschilleninstantie worden opgenomen in het document 'Klachtenregeling patiënten Franciscus Ziekenhuis Roosendaal: U bent niet tevreden over de zorg. Wat Nu?'.
-----------------	---

Recht op medezeggenschap en goed bestuur

Huidig wettelijk kader	- WMCZ.
Toekomstig wettelijk kader	- Artt. 33 – 46 WCZ. - De bepalingen omtrent goed bestuur zijn in de concepttekst van de WCZ nog niet opgenomen en daar kan dus in dit onderzoek niet aan worden getoetst
Wijzigingen/vernieuwingen	- Er zijn meer onderwerpen waarover de cliëntenraad een advies mag uitbrengen waarvan de zorgaanbieder niet mag afwijken; - De kosten voor het functioneren van de cliëntenraad komen voor rekening van de zorgaanbieder; - De zorgaanbieder stelt jaarlijks een budget vast voor de cliëntenraad op basis van een door de cliëntenraad ingediende begroting; - De commissie van vertrouwenslieden kan toestemming geven aan de zorgaanbieder om een besluit dat afwijkt van het advies van de cliëntenraad te nemen; - Er is een nieuwe grond opgenomen voor nietigheid van een besluit van de zorgaanbieder dat afwijkt van het advies van de cliëntenraad.
Praktijk FZR	- ‘Samenwerkingsovereenkomst Raad van Bestuur en Cliëntenraad Franciscusziekenhuis Roosendaal’; - ‘Huishoudelijk reglement cliëntenraad Franciscusziekenhuis’; - ‘Vergoeding leden cliëntenraad’.
Conclusie(s)	- Het FZR voldoet in grote lijnen aan artt. 33 – 41 WCZ inzake het recht op medezeggenschap. - Ten eerste voldoet het FZR niet voldoende aan art. 35 lid 7 WCZ. Hierin staat dat de medezeggenschapsregeling op een geschikte wijze onder de aandacht van de cliënten moet worden gebracht. Cliënten van het FZR kunnen informatie over de cliëntenraad vinden op de website van het FZR of krijgen bij het PSB, maar deze informatie is erg summier. Ook wordt de samenwerkingsovereenkomst niet goed kenbaar gemaakt bij de cliënten. - Op grond van art. 39 lid 1 en 2 WCZ mag de cliëntenraad over verschillende onderwerpen een advies uitbrengen waarvan het FZR niet mag afwijken. De samenwerkingsovereenkomst voldoet niet aan dit artikel, omdat niet alle gronden uit de WCZ hierin worden opgenomen. - Het FZR voldoet aan art. 40 lid 1 en 2 WCZ, omdat zij jaarlijks een bedrag vaststelt voor het functioneren van de cliëntenraad. Dit wordt echter niet gedaan op basis van een door de cliëntenraad ingediende begroting, zoals is vastgesteld in art. 40 lid 2 en 3 WCZ.

	- Het FZR voldoet aan art. 40 lid 5 WCZ, waarin staat dat in geval van een rechtsgeding tussen de zorgaanbieder en de cliëntenraad, de aan het geding verbonden kosten ten laste komen van het FZR. Dit is echter niet schriftelijk geregeld. Dit zou, met het oog op een goede implementatie van de WCZ in het FZR, wel moeten worden opgesteld. - Daarnaast is in de regelingen betreffende de medezeggenschap van cliënten niet opgenomen wat het gevolg is van een besluit van de RvB dat afwijkt van het advies van de cliëntenraad. Volgens art. 41 lid 3 WCZ is een dergelijk besluit van de RvB nietig.
Aanbeveling(en)	- Het FZR wordt aanbevolen om de samenwerkingsovereenkomst met de cliëntenraad en het huishoudelijk reglement van de cliëntenraad zowel op DKS als op de website van het FZR te plaatsen. Op deze wijze worden de regelingen over de medezeggenschap in het FZR bekend gemaakt bij de cliënten en de medewerkers van het FZR. - Tevens wordt aanbevolen een kort stukje te plaatsen over de cliëntenraad in het opnameboekje 'Thuis in het ziekenhuis'. Op de website van het FZR staat al een kort stukje over de cliëntenraad waarin wordt beschreven wie de leden van deze raad zijn, wat de functie van de cliëntenraad is, bij welke besluiten de cliëntenraad o.a. betrokken is geweest en hoe cliënten de cliëntenraad kunnen bereiken. Dit zou in het opnameboekje kunnen worden overgenomen. - Ook wordt aanbevolen een folder over de cliëntenraad op te stellen en deze bij het PSB ter inzage te leggen. Hiermee voldoet het FZR aan art. 35 lid 7 WCZ. - Er wordt aanbevolen de onderstaande punten uit art. 4.2.1 van de samenwerkingsovereenkomst te verplaatsen naar art. 4.2.2 van deze overeenkomst om te voldoen aan art. 39 WCZ: • een wijziging van de doelstelling of grondslag; • het overdragen van de zeggenschap of fusie; het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling; • de gehele of gedeeltelijke opheffing van de instelling, verhuizing of ingrijpende verbouwing, vervangende nieuwbouw; • het benoemen van personen die rechtstreeks de hoogste zeggenschap zullen uitoefenen bij de leiding van arbeid binnen de instelling (RvB); • het algemeen beleid inzake de toelating van cliënten en de beëindiging van de zorgverlening aan cliënten.

	- Bovendien moet het vierde punt van bovenstaande opsomming, het benoemen van personen die rechtstreeks de hoogste zeggenschap zullen uitoefenen bij de leiding van arbeid binnen de instelling (RvB), worden veranderd in: een profielschets voor de benoeming van de personen die belast zullen worden met de hoogste leiding van de arbeid, de leden van het toezichthoudend orgaan en personen als bedoeld in art. 31 lid 5 sub a WCZ. Met deze aanpassing voldoet het FZR aan art. 39 WCZ. - In de samenwerkingsovereenkomst staan toelichtingen uit de WMCZ. Omdat de WMCZ komt te vervallen, wordt aangeraden deze toelichtingen te verwijderen of aan te passen naar de bepalingen uit de WCZ. - In de samenwerkingsovereenkomst wordt verwezen naar de LCVZ. Deze is echter opgevolgd door de LCvV. Aangeraden wordt om in de samenwerkingsovereenkomst de verwijzingen naar de LCVZ te vervangen door de LCvV. - Ook wordt aanbevolen om het jaarlijkse budget voor de cliëntenraad vast te stellen op basis van een door hen ingediende begroting. Op deze wijze is de financiering van de cliëntenraad gewaarborgd en in overeenstemming met art. 40 lid 2 WCZ. - Aanbevolen wordt om een bepaling in de samenwerkingsovereenkomst op te nemen waarin staat dat de kosten in geval van een rechtsgeding tussen het FZR en de cliëntenraad voor rekening komen van het FZR. Dit is in overeenstemming met art. 40 lid 4 WCZ. - Het FZR wordt, conform art. 41 lid 3 WCZ, aanbevolen om een bepaling in de samenwerkingsovereenkomst op te nemen waarin staat dat een besluit van de RvB, dat afwijkt van het advies van de cliëntenraad nietig is, indien: • de RvB van het FZR geen toestemming heeft gekregen van de commissie van vertrouwenslieden om het voorgenomen besluit te nemen, en • de cliëntenraad tegenover de RvB van het FZR schriftelijk een beroep op de nietigheid heeft gedaan binnen een maand nadat de RvB van het FZR hem zijn besluit heeft meegedeeld dan wel, bij gebreke van deze mededeling, de cliëntenraad is gebleken dat de RvB van het FZR uitvoering of toepassing geeft aan zijn besluit.
--	---

Waarborgen	
Huidig wettelijk kader	- KWZ; - WTZi; - WKCZ; - WMCZ.
Toekomstig wettelijk kader	- Artt. 47 – 49b WCZ.
Wijzigingen/vernieuwingen	- Het waarborgen van de beschikbaarheid van de spoedeisende hulp is een zelfstandige eis geworden; - Zorgaanbieders hoeven geen toelating meer te hebben op grond van de WTZi; - De Minister van VWS bepaalt op welke wijze bepaalde gegevens (zoals het jaarverslag) moeten worden verstrekt.
Praktijk FZR	- Gegevens openbaar maken o.a. middels jaarverslag en jaarrekening; - Begin implementatie rapport 'Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis'.
Conclusie(s)	- FZR voldoet op dit moment aan de bepalingen omtrent de overheidswaarborgen in de WCZ. Op grond van art. 49b WCZ wordt een ministeriële regeling opgesteld. Deze is nog niet bekend en daar kan in dit onderzoek dus niet aan worden getoetst.
Aanbeveling(en)	- Het FZR wordt aanbevolen in de gaten te houden wanneer de ministeriële regeling krachtens art. 47 lid 1 WCZ in werking treedt. Indien het FZR in deze regeling wordt opgenomen, zal zij nogmaals goed moeten kijken wat zij met zorgaanbieders in de regio op dat moment heeft geregeld over de SEH en of eventuele aanpassingen nodig zijn. - Tot slot wordt aanbevolen om, als de WCZ in werking is getreden, alle centrale regelingen die in deze scriptie zijn gebruikt (zie bijlage XII) en alle decentrale regelingen op afdelingsniveau te controleren op verwijzingen naar de, op dat moment, oude wet- en regelgeving en te veranderen in de bepalingen uit de WCZ.

*** De resultaten zijn schematisch per onderwerp weergegeven, zodat de betreffende afdelingen/personen van het FZR direct het schema met het onderwerp dat op hen van toepassing is, kunnen raadplegen.**

Bijlage XIII: Overzicht gebruikte documenten FZR

Overzicht gebruikte documenten FZR

- **Aanvraagformulier medische gegevens FZR 2006**
Aanvraagformulier verstrekking medische gegevens, Roosendaal: FZR 2006.
- **Afdeling I&O, Korsmit & Oostenbrink 2008**
Afdeling I&O, E. Korsmit & J. Oostenbrink, Patiëntveiligheid in het FZR, Roosendaal: FZR 10 december 2008.
- **Beleid Geweldsincidenten FZR 2009**
Beleid Geweldsincidenten, Roosendaal: FZR 2009.
- **Calamiteitenprocedure FZR 2009**
Calamiteitenprocedure Franciscus ziekenhuis Roosendaal, Roosendaal: FZR 28 mei 2009.
- **Eenzijdige beëindiging overeenkomst FZR 2005**
Eenzijdige beëindiging van de behandelovereenkomst, Roosendaal: FZR 2005.
- **Functiebeschrijving ambtelijk secretaris klachtencommissie FZR 2005**
Functiebeschrijving ambtelijk secretaris patiëntenklachtencommissie, Roosendaal: FZR 2005.
- **Gezagsformulier minderjarigen FZR 2009**
Gezagsformulier ten behoeve van onderzoek en behandeling bij minderjarigen, Roosendaal: FZR 2009.
- **Handleiding cliëntendossier FZR 2001**
Handleiding gebruik patiënten-dossier, Roosendaal: FZR 2001.
- **Huishoudelijk reglement cliëntenraad FZR 2009**
Huishoudelijk reglement cliëntenraad Franciscusziekenhuis, Roosendaal: FZR December 2009.
- **Informed Consent FZR 2006**
Informed Consent, Roosendaal: FZR 2006.
- **Jaarverslag FZR 2008**
Jaarverslag Vereniging Medische Staf, Roosendaal: FZR 2008.
- **Klachtenbemiddeling FZR 2010**
Klachtenbemiddeling, Roosendaal: FZR 2010.
- **Klachtenopvang FZR 2010**
Klachtenopvang, Roosendaal: FZR 2010.
- **Klachtenregeling FZR 2010**
Klachtenregeling patiënten Franciscus Ziekenhuis Roosendaal: U bent niet tevreden over de zorg. Wat Nu?, Roosendaal: FZR maart 2010.
- **Klokkenluidersregeling FZR 2010**
De klokkenluidersregeling, Roosendaal: FZR 2010.

- **Patiëntenvoorlichting FZR 2010**
Patiëntenvoorlichting Thuis in het Ziekenhuis, Roosendaal: FZR 2010.
- **Patiëntenvoorlichting rechten en plichten FZR 2005**
Patiëntenvoorlichting: rechten en plichten als patiënt, Roosendaal: FZR november 2005.
- **Procedure registratie medische gegevens FZR 2000**
Procedure registratie medische en verpleegkundige gegevens, Roosendaal: FZR 2000.
- **Protocol betreffende afstemming tussen hulpverleners FZR 2009**
Protocol Hoofdbehandelaar – Medebehandelaar – Consulent, Roosendaal: FZR 2009.
- **Protocol indiensttreding FZR 2007**
Protocolen bij indiensttreding, Roosendaal: FZR 2007.
- **Regels geweldsincidenten FZR 2009**
Regels met betrekking tot geweldsincidenten, Roosendaal: FZR 2009.
- **Registratie geweldsincidenten FZR 2009**
Registratie procedure geweldsincidenten, Roosendaal: FZR 2009.
- **Reglement klachtencommissie FZR 2007**
Reglement Patiënten Klachtencommissie Franciscus Ziekenhuis, Roosendaal: FZR november 2007.
- **Samenwerkingsovereenkomst FZR – cliëntenraad 2007**
Samenwerkingsovereenkomst Raad van Bestuur en Cliëntenraad Franciscusziekenhuis Roosendaal, Roosendaal: FZR maart 2007.
- **Toelatingsovereenkomst FZR 2006**
Toelatingsovereenkomst, Roosendaal: FZR juni 2006.
- **Vergoeding cliëntenraad FZR 2009**
Vergoeding leden cliëntenraad, Roosendaal: FZR 2009.
- **VIM reglement FZR 2008**
Veilig Incident Melden Reglement Franciscus ziekenhuis Roosendaal (versie 1.0), Roosendaal: FZR december 2008.
- **Wachttijden FZR 2010**
Wachttijden van de poliklinieken, behandelingen en diagnostiek in het Franciscus Ziekenhuis, Roosendaal: FZR april 2010.
- **Werkplan herregistratie BIG-register FZR 2009**
Werkplan ten behoeve van de herregistratie in het BIG-register voor verpleegkundigen, verloskundigen en fysiotherapeuten, Roosendaal: FZR 2009.