



Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Colofon

Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg - Utrecht

Organisaties: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Universiteit Maastricht sectie Gezondheidsrecht, Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg.

ISBN: 90-8523-042-X

© 2004, Stichting Beheer Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Per adres: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Postbus 20064

3502 LB Utrecht

Tel.: 030-2843900

Fax: 030-2943644

Internet: <http://www.cbo.nl>

Uitgever



Van Zuiden Communications B.V.

Postbus 2122, 2400 CC Alphen aan de Rijn

Tel.: 0172-476191

E-mail: zuiden@zuidencomm.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of door enige andere manier voor niet-commerciële doeleinden, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever.

Toestemming voor gebruik van tekst (gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen.

Deze uitgave en andere richtlijnen zijn te bestellen via: www.richtlijnonline.nl.

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Het CBO biedt via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

SOKG expertisecentrum klachtenmanagement zorg (Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg) te Utrecht heeft tot doel de kwaliteit van het stelsel van klachtvoorzieningen in de gezondheidszorg te bevorderen. SOKG biedt onder meer informatie (helpdesk), advies, projectbegeleiding, methodiek- en instrumentontwikkeling alsmede scholing voor klachteninstanties, zorgverleners en management.

De sectie Gezondheidsrecht van de capaciteitsgroep Zorgwetenschappen van de Universiteit Maastricht geeft onderwijs aan en doet onderzoek binnen de Faculteiten der Geneeskunde, Gezondheidswetenschappen en Rechtsgeleerdheid van die universiteit. In deze sectie zijn veel kennis en ervaring verzameld over rechten van patiënten, waaronder het klachtrecht.

Dit project is financieel ondersteund door de Programmacommissie Vraagsturing van ZonMw, met medefinanciering van Fonds PGO en de Orde van Medisch Specialisten.

Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Inhoudsopgave

| | |
|---|------------|
| Voorwoord | 7 |
| Leeswijzer | 9 |
| Algemene inleiding | 11 |
| Deel I: Variant voor instellingen | 15 |
| 1. Organisatie van en toegang tot de klachtenregeling | 17 |
| 2. Omgang van de zorgverlener met de klager | 41 |
| 3. Opvang | 57 |
| 4. Bemiddeling | 69 |
| 5. Behandeling | 77 |
| 6. Bijdrage aan kwaliteitsverbetering | 101 |
| Deel II: Variant voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren | 117 |
| 1. Organisatie van en toegang tot de klachtenregeling | 119 |
| 2. Omgang van de zorgverlener met de klager | 143 |
| 3. Opvang | 159 |
| 4. Bemiddeling | 169 |
| 5. Behandeling | 177 |
| 6. Bijdrage aan kwaliteitsverbetering | 199 |
| Bijlagen | 215 |
| 1. Proeftuinen | 217 |
| 2. Praktijkvoorbeelden | 249 |
| 3. Overzicht betrokkenen bij totstandkoming Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg | 291 |
| 4. Begrippenlijst | 299 |

Voorwoord

De goede omgang met klachten van cliënten is een zaak van velen. Het is niet iets om over te laten aan één instantie, bijvoorbeeld een klachtencommissie. Die overtuiging spreekt uit de opbouw van deze Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg en ook uit de wijze waarop deze tot stand is gekomen. Zeer velen, vanuit een diversiteit van achtergronden, waren hier bij betrokken. De lijst van personen en organisaties (*bijlage 3*) geeft u hiervan een indruk.

De Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg is het resultaat van denkwerk en ook het startpunt voor doewerk. Immers, in de praktijk zal de richtlijn van nut moeten zijn voor al diegenen die een bijdrage leveren aan de goede omgang met klachten van cliënten. De in de richtlijn opgenomen aanbevelingen zijn daarom voorzien van een uitvoerige toelichting, inclusief suggesties en praktijkvoorbeelden. Deze toelichting kan behulpzaam zijn bij het implementeren van de aanbevelingen.

De richtlijn zal een levende richtlijn zijn. Wat hier nu op papier staat, zal zich – mede door het gebruik in de praktijk – verder ontwikkelen. De commentaren van de gebruikers zullen worden verzameld. Een brede commissie van betrokkenen zal vervolgens besluiten of aanpassingen nodig zijn. Op deze wijze kan de richtlijn van nut blijven. De Stichting Beheer Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg zal hiervoor zorg dragen.

De totstandkoming van de richtlijn kenmerkte zich door uitwisseling en dialoog tussen partijen met zeer uiteenlopende achtergronden. Dat was een stimulerend en inspirerend proces. We hopen dat de richtlijn nu in de praktijk ook een stimulans is bij het bevorderen van de dialoog tussen ‘klager’ en ‘aangeklaagde’. Het streven is dat beiden zich met respect behandeld weten en een klacht tevens een stimulans is om te komen tot betere zorg.

Prof. mr. dr. F.C.B. van Wijmen

Leeswijzer

De Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg – twee varianten

Deze richtlijn bestaat uit twee varianten, die in twee delen in dit boekwerk zijn opgenomen.

Deel I is de variant voor instellingen. De aanbevelingen in deze variant gelden voor alle instellingen van de diverse sectoren in de gezondheidszorg. Waar nodig zijn in deze variant ook sectorspecifieke aanbevelingen opgenomen voor de sectoren ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorginstellingen (GGZ), verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) en gehandicaptenzorg. In een grijs kader is gemarkeerd voor welke sectorspecifieke sector(en) de tekst geldt.

Deel II is de variant voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Deze variant is een aanpassing van de instellingsvariant op de specifieke werkcontext van vrijgevestigden.

Hoofdstukken

De klachtenrichtlijn Gezondheidszorg bestaat in beide varianten uit een serie van aanbevelingen. Deze zijn geordend in zes hoofdstukken:

1. Organisatie van en toegang tot de klachtenregeling
2. Omgaan van de zorgverlener met de klager
3. Opvang
4. Bemiddeling
5. Behandeling
6. Bijdrage aan kwaliteitsverbetering

Onderbouwing van aanbevelingen

Bij elke aanbeveling is een uitgebreide onderbouwing opgenomen. Deze onderbouwing heeft als vaste elementen:

- Basis: het waarom of belang van deze aanbeveling en de grondslag daarvan (wettelijk kader, onderzoeks- of praktijkbevindingen).
- Toelichting: een korte uitleg van de betekenis van de aanbeveling.
- Suggesties: tips, ideeën en aanwijzingen voor het realiseren en eventueel ook optimaliseren van de aanbeveling.

De onderbouwing dient als ondersteuning bij het lezen en gebruiken van de Klachtenrichtlijn.

Bijlagen

1. Verslagen proeftuinen

In *bijlage 1* zijn verslagen van de acht proeftuinen opgenomen die de richtlijn in de praktijk hebben getest. Bij de desbetreffende hoofdstukken wordt naar deze verslagen verwezen.

2. Praktijkvoorbeelden

In *bijlage 2* zijn voorbeelden uit de praktijk opgenomen: verslagen van instellingen of organisaties waarin wordt beschreven hoe zij een bepaalde aanbeveling uit de richtlijn in de praktijk vorm hebben gegeven. Deze praktijkvoorbeelden dienen als verdere illustratie voor het realiseren van de aanbevelingen in de praktijk. Bij de desbetreffende hoofdstukken wordt naar deze praktijkvoorbeelden verwezen.

3. Overzicht betrokken

Bijlage 3 betreft een overzicht van alle betrokken organisaties en personen bij de totstandkoming van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg.

4. Begrippenlijst

In de teksten van deze Klachtenrichtlijn worden allerlei begrippen gebruikt: zorgaanbieder, klacht, klachteninstantie, klachtenopvang, -behandeling, enzovoort. In de praktijk krijgen deze begrippen nogal eens een wisselende betekenis.

Om de eenduidigheid te bevorderen is in *bijlage 4* een begrippenlijst gevoegd. Hierin staan de begrippen in de betekenis die voor deze Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg is aangehouden.¹

Overzicht van aanbevelingen

Om de lezer een snelle indruk te bieden van alle onderwerpen die in de richtlijn worden behandeld, is – naast deze Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg – ook een apart overzicht van alle aanbevelingen beschikbaar.

¹ Voor degene die diensten van de zorgaanbieder afneemt, bestaan vele benamingen: patiënt, cliënt, bewoner, hulpvrager, enzovoort. Vanwege de leesbaarheid wordt in de Klachtenrichtlijn steeds alleen de term 'cliënt' gebruikt – tenzij de tekst heel specifiek betrekking heeft op een bepaalde sector waar een andere benaming gangbaar is. Om dezelfde reden van leesbaarheid is in de Klachtenrichtlijn niet zowel de mannelijke als de vrouwelijke persoonvorm gebruikt.

Algemene inleiding

In deze algemene inleiding worden kort de doelstelling, ontwikkeling en status van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg toegelicht.

Aanleiding project Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Klachten ontstaan door een veelheid van factoren: (veronderstelde) fouten, ongecorrigeerde verwachtingen, misverstanden, niet nakomen van afspraken, interpretatieverschillen over patiënten- of cliëntenrechten, tarieven, bejegening of organisatie van de zorg.

Voor cliënten leiden klachten er vaak toe dat de ziekte of aandoening nog ingrijpender en meer belastend wordt. Voor zorgverleners en -instellingen leiden klachten mogelijk tot emotionele belasting, conflicten, (onnodige) imagoschade en extra kosten.

De overheid heeft in 1995 de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) ingesteld. Daarmee zou een minder formeel-juridische en een meer toegankelijke mogelijkheid voor behandeling van klachten ontstaan. De wetsevaluatie in 1999 liet zien dat twee derde van de klagers de wettelijk vereiste klachtenbehandeling door klachtencommissies als onvoldoende bevredigend en formeel ervaart. Zelfs als de klachten gegrond waren verklaard, bleven relatief veel cliënten ontevreden over de klachtenbehandeling. Tevens bleek uit deze evaluatie dat de signaalwaarde van klachten voor het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieder nog niet optimaal wordt benut. Het besluit viel om een vervolgproject te starten. Bijzondere aandachtspunten bij dit vervolgproject waren de plaats van de klachtenbehandeling in het totale systeem voor afhandeling van klachten, de toegankelijkheid en cliëntgerichtheid van procedures, en de relatie tussen klachtenafhandeling en kwaliteitsbeleid. In mei 2002 werd begonnen met de ontwikkeling van het vervolgproject, dat is uitgemond in deze Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. Het project is financieel ondersteund door de Programmacommissie Vraagsturing van ZonMw, met medefinanciering van Fonds PGO en de Orde van Medisch Specialisten.

Doelstelling Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Doelstelling van de Klachtenrichtlijn is om, rekening houdend met de WKCZ, zorgaanbieders handvatten te bieden voor het bewerkstelligen van een passende en cliëntgerichte klachtenafhandeling binnen hun eigen kaders. Oogmerk bij de totstandkoming van de Klachtenrichtlijn is ook een meer eenduidige inrichting van de klachtenafhandeling in de diverse sectoren van de gezondheidszorg.

De Klachtenrichtlijn wordt gekenmerkt door een integrale opzet, waarbij de aandacht niet alleen is gericht op klachtenopvang en -behandeling in engere zin, maar ook op de omgang met klachten door zorgverleners zelf en het gebruik van klachten ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

Om recht te doen aan de verschillen tussen de diverse zorgsectoren² zijn in de Klachtenrichtlijn sectorspecifieke aanbevelingen opgenomen voor de sectoren ziekenhuizen, geestelijke-gezondheidszorginstellingen (GGZ), verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) en gehandicaptenzorg. Deze sectorspecifieke aanbevelingen zijn terug te vinden in de variant voor instellingen, *deel 1* van dit boekwerk.³ In een grijs kader is gemarkeerd voor welke specifieke sector(en) de tekst geldt.

Daarnaast is er een aparte variant van de Klachtenrichtlijn voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren; deze is – waar nodig – een aanpassing van de instellingsvariant op de specifieke werkcontext van vrijgevestigden. De variant voor vrijgevestigden is opgenomen in *deel II* van dit boekwerk.

Richtlijngebruikers

De Klachtenrichtlijn is bedoeld voor uitvoerende klachteninstanties zoals klachtenfunctionarissen, vertrouwenspersonen, bemiddelaars en klachtencommissies én voor zorgaanbieders (zowel instellingen als vrijgevestigde beroepsbeoefenaren), managers, zorgverleners en kwaliteitsfunctionarissen. De richtlijn is tevens bedoeld voor de aan beroeps- en koepelorganisaties verbonden bestuurders en medewerkers die klachtenmanagement in hun portefeuille hebben.

Hoewel het IKG en soortgelijke externe instanties voor klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling in het systeem van klachtrecht een belangrijke functie hebben, bevat deze richtlijn geen aanbevelingen die op hen van toepassing zijn. De focus van de richtlijn is namelijk de zorgaanbieder.

Voor degenen die als zorgaanbieder of vanuit de zorgaanbieder betrokken zijn bij de klachtenregeling, kan de Klachtenrichtlijn op diverse manieren van nut zijn: als referentiekader bij een kritische beschouwing van de eigen klachtenregeling of onderdelen daarvan; als handvat bij de ontwikkeling van de klachtenregeling; als middel om de eigen kennis te bevorderen of om ideeën op te doen.

Daarnaast kan de Klachtenrichtlijn ertoe aanzetten dat klachtenregelingen van diverse zorgaanbieders een vergelijkbare opzet krijgen. Dit bevordert de overzichtelijkheid, met name voor cliënten die te maken hebben met meerdere zorgaanbieders.

² De afhankelijkheidsrelatie tussen cliënten en zorgaanbieders, de ingrijpendheid en de omvang van de zorghandelingen zijn voorbeelden van aspecten waarin de diverse zorgsectoren verschillen. Deze verschillen zijn van invloed op de wijze waarop de klachtenregeling c.q. de klachtenafhandeling gestalte krijgt en de bijzondere aandachtspunten daarbij.

³ In deze Klachtenrichtlijn is steeds sprake van een zorgaanbieder die verantwoordelijkheid draagt voor de (totstandkoming van de) klachtenregeling. Deze zorgaanbieder kan een instelling zijn of een vrijgevestigde beroepsbeoefenaar. Kenmerkend onderscheid is dat bij een instelling sprake is van een splitsing van bestuurlijke, leidinggevende en uitvoerende verantwoordelijkheden. Bij een individuele beroepsbeoefenaar zijn deze veelal verenigd in een en dezelfde persoon. Dit heeft gevolgen voor de inrichting van de klachtenregeling.

Ontwikkeling Klachtenrichtlijn

Bij de ontwikkeling van de Klachtenrichtlijn werd een bijzonder traject doorlopen, waarbij velen betrokken waren. Een algemeen overzicht van organisaties en personen is te vinden in *bijlage 3*. Hierna is een korte toelichting opgenomen.

Commissies

Voor de ontwikkeling van de richtlijn is in mei 2002 een commissie ingesteld, bestaande uit afgevaardigden vanuit koepelorganisaties van zorgaanbieders, zorgverleners, patiënten-/consumentenverenigingen en andere organisaties. Bij de samenstelling van de commissie is gestreefd naar een evenredige vertegenwoordiging van de diverse betrokken verenigingen en instanties. De werkgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en waren gemandateerd door hun vereniging.

Het voorzitterschap van de commissie werd vervuld door prof. mr. dr. F.C.B. van Wijmen (Universiteit Maastricht).

De conceptteksten voor de aanbevelingen in de richtlijn en voor de onderbouwing hiervan zijn opgesteld door drs. M.J.M. Timmers, met medewerking van drs. C.M. de Rooter (beiden SOKG). Deze conceptteksten werden bediscussieerd tijdens de vergaderingen van de commissie en op grond hiervan bijgesteld, totdat consensus over de aanbevelingen en onderbouwing werd bereikt. In totaal is de commissie negen keer bij elkaar geweest in de periode oktober 2002-september 2004.

Voor de ontwikkeling van sectorspecifieke aanbevelingen werden in mei 2003 vijf aparte commissies ingesteld, alle bestaande uit experts op het gebied van klachtenmanagement in de desbetreffende sector. Het betrof commissies voor de sectoren:

- ziekenhuizen;
- verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT);
- geestelijke-gezondheidszorginstellingen (GGZ);
- gehandicaptenzorg;
- vrijevestigde beroepsbeoefenaren.

De commissies waren zo samengesteld dat ten minste twee personen uit de sectorspecifieke commissie ook zitting hadden in de ‘algemene’ commissie. Een van deze twee personen vervulde de rol van voorzitter voor de sectorspecifieke commissie.

De commissies stelden sectorspecifieke aanbevelingen (inclusief onderbouwing) op waarover, na bespreking, consensus bestond binnen de commissie. Veel aanbevelingen van de sectorspecifieke commissies zijn uiteindelijk als algemene aanbevelingen opgenomen in de richtlijn, omdat deze aanbevelingen ook geldend bleken voor andere sectoren. Zodoende hebben sectorspecifieke commissies ook een grote bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de gehele richtlijn.

De sectorspecifieke aanbevelingen van de verschillende commissies zijn in een later stadium waar mogelijk (veelal tekstueel) op elkaar afgestemd.

Proeftuinen

In het voorjaar van 2003 is een oproep gedaan aan organisaties en instellingen om de in ontwikkeling zijnde richtlijn te testen in de praktijk. Acht proeftuinen uit de verschillende sectoren van de gezondheidszorg hebben daaraan meegewerkt.

Voor en met de proeftuinen zijn twee werkconferenties georganiseerd: een startconferentie in november 2003 en een slotconferentie in april 2004.

In de eerste werkconferentie hebben deze proeftuinen bepaald welk onderdeel van de richtlijn ze zouden gaan testen. Vervolgens hebben de proeftuinen gedurende vijf maanden aan het project gewerkt. Ze werden daarbij begeleid door deskundigen uit het veld en door het kernteam van het project. Alle teams hebben in die periode twee voortgangsrapportages gemaakt.

Tijdens de tweede werkconferentie werden de resultaten gepresenteerd.

Daarna hebben de teams de voortgangsrapportages samengevat tot een verslag. Hierin beschrijft elk proeftuinteam wat het wilde bereiken en wat de ervaringen waren bij het testen van (een onderdeel van) de richtlijn. Deze verslagen zijn opgenomen in *bijlage 1* bij de richtlijn. In deze richtlijn zijn de reacties van de proeftuinen verwerkt ten aanzien van de bruikbaarheid van de richtlijn in de praktijk.

Praktijkvoorbeelden

Het projectteam heeft gedurende het project praktijkvoorbeelden voor de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg geïnventariseerd. Hiertoe benaderde het team organisaties die reeds een bepaald onderdeel van de klachtenafhandeling op illustratieve wijze in de praktijk hadden gebracht en op dat onderdeel al in de geest van de richtlijn werkten.

Deze organisaties kunnen als praktijkvoorbeeld dienen voor andere organisaties in dezelfde sector, maar ook in andere sectoren van de zorg. Zo kan de wijze waarop een verpleeghuis een bepaald aspect heeft vormgegeven, als voorbeeld dienen voor een ziekenhuis.

Van deze voorbeelden zijn verslagen gemaakt en opgenomen in *bijlage 2* bij de richtlijn.

Dit onderdeel van het project werd samen met de NPCF opgezet. Het Fonds PGO bood financiële ondersteuning.

Status van de richtlijn

De richtlijn heeft de status van aanbeveling. Dat betekent dat de vertegenwoordigers van de diverse koepel- en beroepsorganisaties in de gezondheidszorg die aan de richtlijnontwikkeling meewerkten, aangeven dat het opvolgen van de aanbevelingen een waarborg vormt voor goede omgang met klachten in de zorg.

Elke zorgaanbieder kan daarbij uiteraard, in de geest van de richtlijn, de eigen klachtenregeling verder uitwerken en aanpassen aan de eigen situatie.

Deel I: Variant voor instellingen

Hoofdstuk 1

Organisatie van en toegang tot de klachtenregeling

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 1* zijn dit:

Proeftuinen

- Amphia Ziekenhuis (doelstelling 1)¹
- De Geestgronden
- Stichting Zorgbeheer de Zellingen (doelstelling 1)

Praktijkvoorbeelden

- ConForte
- Isala Klinieken
- KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Reinier de Graaf Groep
- Stichting Zorgbeheer de Zellingen

Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft met name hoe een zorgaanbieder (instelling) de goede omgang met klachten van cliënten kan bevorderen. De nadruk ligt daarbij op de algemene uitgangspunten en randvoorwaarden voor een effectief klachtenmanagement.

Aanbeveling 1A

De zorgaanbieder legt in een klachtenregeling vast hoe met klachten van cliënten wordt omgegaan. Cliënten kunnen, naar wens, gebruikmaken van goed toegankelijke en professionele klachtenopvang, -bemiddeling en/of -behandeling.

¹ Sommige proeftuinen werkten met meerdere doelstellingen of aspecten die men in de praktijk wilde toetsen.

Basis

Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht² een klachtenregeling te realiseren voor de behandeling van klachten van cliënten, hun vertegenwoordigers of nabestaanden. Deze klachtenregeling dient bekend en bereikbaar te zijn. Uit de wetsevaluatie³ bleek dat twee derde van de klagers de klachtenbehandeling ervaart als formeel en moeilijk toegankelijk. De meeste zorginstellingen bleken veel klachten, met grotere tevredenheid van de betrokkenen, via klachtenopvang en -bemiddeling af te handelen.⁴ Het advies is dan ook om een brede invulling te geven aan de verplichting om een klachtenregeling te treffen en de klager naast klachtenbehandeling ook klachtenopvang en -bemiddeling te bieden (zie de begrippenlijst in *bijlage 4*). Deze vormen van klachtenafhandeling dienen toegankelijk te zijn en voldoende professioneel te zijn opgezet. Willen de klachteninstanties effectief kunnen zijn, dan is een professioneel-onafhankelijke positionering van belang. Rechtspositionele onafhankelijkheid is niet zonder meer vereist.

Toelichting

De meest gebruikelijke vorm van klachtenafhandeling is het bespreken van onvrede tussen de betrokken zorgverlener en de klager. Daarnaast wordt onvrede vaak effectief opgelost door klachtenopvang of -bemiddeling.⁵ Klachtenbehandeling biedt klagers weer een andere mogelijkheid: beoordeling van hun klacht door de klachtencommissie.

Belangrijk is dat de wijze van klachtenafhandeling aansluit bij doelen, behoeften en verwachtingen van de klager. De klager is vrij in de (eerste) ingang die hij kiest voor het aan de orde stellen van zijn klacht. Daarom is het van belang dat elke klachteninstantie navraag doet naar de doelen, wensen en verwachtingen van de klager en hem informatie geeft over andere – meer passende – mogelijkheden om zijn klacht aan de orde te stellen.

Het hierna volgende schema vermeldt de doelen of wensen van klagers met de daarbij meest passende klachteninstantie of -procedure. Belangrijk is dat elk van deze mogelijkheden voor cliënten goed bekend en toegankelijk is.

| Doelen klager | Passende afhandeling van klacht |
|---|---|
| Onvrede en emoties serieus nemen | Zorgverlener, klachtenopvang of -bemiddeling |
| Zorgverlener geeft fout toe/biedt excuses aan | Zorgverlener, eventueel via klachtenopvang of -bemiddeling |
| Herstel relatie/zorg voor cliënt zelf | Zorgverlener, eventueel via IKG of klachtenfunctionaris |
| Gelijk krijgen van onpartijdige instantie | Klachtencommissie of tuchtcollege |
| Algemene kwaliteitsverbetering zien | Terugkoppeling actie na klacht door zorgaanbieder |
| Schadevergoeding | Aansprakelijkstelling (directie en/of schadeverzekeraar) of rechter |

2 Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, artikel 2.

3 Friele RD, Ruiter C de, Wijmen F van, Legemaate J. Evaluatie WKCZ. ZON, 1999:28-9.

4 Sluijs EM, Friele RD, Hanssen JE. WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen: verwachtingen en ervaringen van cliënten. Fase II. Den Haag, juni 2004. Uit dit aanvullend onderzoek blijkt dat slechts 10% van de klachten in ziekenhuizen via de WKCZ-klachtencommissie wordt afgehandeld. Ook uit onderzoek in andere sectoren blijkt dat het overgrote deel van klachten effectief via opvang en bemiddeling wordt afgehandeld.

5 Dane A, Lindert H van, Friele RD. Klacht opvang in de Nederlandse Gezondheidszorg. NIVEL, 2000:30-1.

In de klachtenregeling dienen zekere waarborgen te zijn ingebouwd dat de uitvoerders (klachtenfunctionaris, vertrouwenspersoon, klachtencommissie) zich vrij tegenover de (belangen van de) zorgaanbieder kunnen opstellen. Dit is doorgaans via een protocol, professioneel statuut en/of reglement te waarborgen. Eventueel is ook detachering van met name de functionaris die de klachtenopvang verzorgt, te overwegen (zie de situatie van patiëntenvertrouwenspersoon in de geestelijke gezondheidszorg).

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- een klachtvriendelijke houding onder personeel en management te stimuleren, waardoor deze snel en professioneel reageren op klachten (zie ook *hoofdstuk 2*). Dit bevordert een vroegtijdige signalering en oplossing van onvrede waarmee verdere conflicten en/of imago-schade te voorkomen zijn;
- mogelijkheden te creëren voor goed bereikbare klachtenopvang, -bemiddeling en – behandeling, waarbij de klachtenfunctionaris en (de ambtelijk secretaris van) de klachtencommissie op voldoende tijden én op een bekende centrale plek bereikbaar zijn;
- naast de reguliere opvang, bemiddeling en behandeling van klachten te voorzien in een spoedprocedure via welke een onmiddellijke afhandeling start van klachten die direct oplossing behoeven;
- de voornemens, uitgangspunten, middelen en de gewenste resultaten wat betreft de omgang met klachten vast te leggen in een beleidsnota. Tevens is het wenselijk dat dit beleid wordt ‘gedragen’ door management en medewerkers;
- regelmatig te evalueren of de gewenste resultaten zijn bereikt;
- aansluitend op het VKIG-beroepsprofiel intern een code of protocol te ontwikkelen waarin afspraken zijn vastgelegd over de professionele onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris of vertrouwenspersoon.

Aanbeveling 1B

Het is wenselijk dat klagers voor klachten over zorgverleners die in of vanuit de instelling werkzaam zijn, zoveel mogelijk gebruik kunnen maken van een en dezelfde klachtenregeling. De zorgaanbieders maken daartoe onderling afspraken, waarbij tevens is vastgelegd hoe in de voorlichting aan klagers en in de voor beoordeling benodigde deskundigheid wordt voorzien.

Basis

De zorgaanbieder heeft conform de WKCZ een eigen verantwoordelijkheid voor het treffen van een klachtenregeling, maar de werkzaamheden van de zorgaanbieder en de voor deze werkzame personen kunnen in verschillende organisatorische settings plaatsvinden.

Voor de cliënt moet duidelijk zijn via welke of wiens klachtenregeling hij zijn onvrede aan de orde kan stellen. Daarbij is het vanuit het oogpunt van cliëntgerichtheid wenselijk dat klagers hun klachten zo min mogelijk moeten ‘opsplitsen’.

Toelichting

In de praktijk zijn de grenzen tussen diverse zorgaanbieders niet altijd even scherp. Denk bijvoorbeeld aan situaties zoals:

- een psychiater van een RIAGG die in consult wordt geroepen door de internist in het ziekenhuis;
- een specialist die naast zijn reguliere praktijk ook een privé-praktijk heeft in hetzelfde ziekenhuis;
- de zelfstandig werkzame verloskundige die een poliklinische bevalling in het ziekenhuis begeleidt;
- de fysiotherapeut die praktijkruimte huurt in het verzorgingshuis.

Het heeft de voorkeur dat de cliënt zijn onvrede over een bepaalde gebeurtenis niet via de klachtenregeling van diverse zorgaanbieders aan de orde moet stellen. Zo is het bijvoorbeeld niet wenselijk dat een klacht naar aanleiding van een poliklinische bevalling moet worden gesplitst over de klachtencommissie van de KNOV (wat betreft de verloskundige) en de klachtencommissie van het ziekenhuis (over de mankerende apparatuur, het optreden van de kinderarts, e.d.).⁶

Wanneer een klachtencommissie van de instelling vanwege dit principe mede een klacht van een ‘externe’ medewerker in behandeling neemt, stelt dit bijzondere eisen aan de bij de klachtencommissie beschikbare deskundigheid. Zie hiervoor ook de aanbevelingen in *hoofdstuk 5*.

De eigen verantwoordelijkheid van elke zorgaanbieder om cliënten goed te informeren over de klachtenregeling blijft behouden. Dit betekent – in dit voorbeeld – dat de verloskundige bij een bevalling in het ziekenhuis de cliënt actief moet voorlichten over het hoe en waar van indiening van een klacht.

Suggesties

Het is wenselijk dat elke zorgaanbieder bij het opstellen of evalueren van de door hem in te stellen klachtenregeling expliciet nagaat:

- of sprake is van externen die ‘binnen de muren van zijn instelling’ werkzaamheden verrichten;
- of sprake is van externe werkzaamheden door medewerkers die regulier voor hem werkzaam zijn;

⁶ De NVZ en KNOV hebben hierover inmiddels al nadere afspraken gemaakt, waardoor toevoeging van een tijdelijk lid (verloskundige) aan de klachtencommissie van het ziekenhuis mogelijk wordt.

- in overleg met de belanghebbende andere zorgaanbieders, of en hoe in deze situaties overdracht van de verantwoordelijkheden ten aanzien van opvang, bemiddeling en behandeling mogelijk is;
- hoe en door wie daarbij wordt voorzien in de voorlichting aan de betrokken cliënten, in de deskundigheid van de betrokken klachteninstantie, in de terugrapportage van de uitkomsten (waaronder de wettelijk verplichte reactie op de uitspraak), in de geheimhoudingsplicht en in de verrekening van kosten.

Aanbeveling 1C

Doelen van de klachtenregeling zijn:

- tegemoet komen aan de klager en zo mogelijk oplossen van diens onvrede;
 - bijdragen aan kwaliteitsverbetering van zorg.
-

Basis

Het eerste doel van de WKCZ is rechtsbescherming van de cliënt, het tweede doel de kwaliteitsverbetering van zorg.⁷ Bij de ontwikkeling van deze Klachtenrichtlijn is het eerste doel van de WKCZ geherformuleerd. De WKCZ beschrijft immers alleen de wettelijk vereiste klachtenbehandeling waarbij de gegrondheid van klachten wordt beoordeeld maar geen oplossing wordt bereikt.⁸ Deze richtlijn adviseert een bredere klachtenregeling. Daarom wordt ook de eerste doelstelling verbreed naar het tegemoet komen aan de klager en het zo mogelijk oplossen van onvrede. De rechten en plichten van zowel cliënt als zorgverlener gelden daarbij als uitgangspunt.

Aanbeveling 1D

De zorgaanbieder bevordert een open klimaat rondom klachten, fouten en complicaties.

Basis

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat een open klimaat rondom ‘alles wat misgaat’ onzekerheid, defensief gedrag en escalatie voorkomt. De openheid betreft zowel de cliënt zelf – die zonder angst voor repercussies onvrede kan uiten – als de zorgverlener – die ook zonder dreiging van straf en sancties mogelijke fouten of complicaties kan bespreken. Een open reactie is voor cliënten bepalend voor de mate waarin zij uiteindelijk (on)tevreden zijn over de zorg en over de afhandeling van een klacht.⁹

⁷ Noodzaak en doel van de wet zoals beschreven in: Friele RD, Ruiter C de, Wijmen F van, Legemaate J. Evaluatie WKCZ, 1999:36-7.

⁸ Zie ook Sluijs EM e.a. (onderzoek NIVEL, juni 2004). Hieruit komt naar voren dat 55% van degenen die een klacht indienden bij de WKCZ-klachtencommissie, niet het gevoel heeft dat hen recht is gedaan.

⁹ Zie ook onderzoek Sluijs EM e.a. (2004). Hieruit komt naar voren dat 84% van de cliënten het erg belangrijk vindt dat een zorgverlener het toegeeft als er iets fout is gegaan; excuses vinden zij veel minder belangrijk (41%). Cliënten verwachten dat hulpverleners uitleggen hoe een bepaalde gebeurtenis (waarover zij ontevreden zijn) heeft kunnen plaatsvinden.

Toelichting

De zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid om een klimaat te bevorderen waarin niet de angst voor schuld en straf regeert, maar de wens om door een gezamenlijke inspanning van zorgverlener en cliënt goede zorg te realiseren en onnodige schade te voorkomen.

Een open klimaat betekent overigens niet dat de zorgaanbieder of zorgverlener elke uitingsvorm van onvrede lijdzaam moet accepteren¹⁰ of dat de klager zich niet aan bepaalde fatsoensnormen zou moeten houden.¹¹ Het betekent wel dat bij elke klacht, ongeacht de uitingsvorm, de zwaarte of de 'terechtheid', de betekenis van deze als signaal van de cliënt serieus de aandacht krijgt.

Suggesties

Om een open klimaat rondom klachten, fouten en complicaties te bevorderen, kan worden overwogen om:

- als zorgaanbieder voorbeeldgedrag te vertonen door eventuele misgrepen ruiterlijk te erkennen;
- een open klimaat niet te verwarren met een klimaat van 'laissez faire': ieder wordt aangesproken op zijn verantwoordelijkheden, maar dit gebeurt op een open en niet-beschuldigende manier;
- medewerkers toe te rusten op het open communiceren over klachten, fouten en complicaties;
- het aspect van 'open communicatie' op te nemen in functioneringsgesprekken.

Aanbeveling 1E

Bij klachten wordt zorgvuldig omgegaan met de privacy van klager en aangeklaagde(n).

Basis

Degenen die een klacht voorgelegd krijgen, dienen zorgvuldig om te gaan met de privacy van beide partijen. Dit is een vereiste vanuit de algemene omgangsregels. Bovendien is de geheimhoudingsplicht van klachtencommissies, zorgaanbieders¹² en klachtenfunctionarissen¹³ uitdrukkelijk vastgelegd in de wet, het beroepsprofiel en/of een eigen protocol of gedragscode. Naast betrokken partijen ontvangt alleen de zorgaanbieder de uitspraak van de klachtencommissie.

¹⁰ Over de professionele omgang met onvrede en met irritaties die een cliënt kan oproepen, is meer informatie te vinden in het themanummer 'Emoties van de dokter' van *Medisch Contact* (jaargang 59, nr. 30/31, 23 juli 2004). Zie ook bespreking in tijdschrift *Klachtenmanagement*, nummer 2004-4.

¹¹ Over de plichten van de cliënt in dat opzicht stelt de *Modelregeling arts-patiënt* (opgesteld door KNMG en NPCF):

- De patiënt zal de privacy van de arts dienen te respecteren.
- De patiënt onthoudt zich van agressief verbaal of fysiek gedrag jegens de arts of diens medewerkers en familieleden.
- De patiënt wendt zich met klachten, indien mogelijk, primair tot de hulpverlener tot wie de klacht zich richt.

¹² *Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector*, artikel 8.

¹³ Zie *Beroepsprofiel klachtenfunctionarissen* zoals opgesteld door de VKIG (juni 2002).

Toelichting

Klachteninstanties maken de klacht(afhandeling) alleen bekend aan de betrokken partijen en voor zover nodig aan degenen die daarvoor informatie aanleveren of geraadpleegd worden. Zij mogen alleen met toestemming van beide partijen zakelijke en relevante gegevens verstrekken aan derden, bijvoorbeeld aan een andere klachteninstantie. Beide partijen dienen deze informatie dan wel te kennen.

Leidinggevend¹⁴ krijgen – althans via de klachteninstantie zelf – in principe alleen informatie over de klachten en de afhandeling daarvan die niet herleidbaar is tot personen.¹⁵ Eventuele uitzonderingen hierop (zie *aanbeveling 1G*) worden expliciet omschreven.

De zorgaanbieder en klachteninstanties dienen voorwaarden te treffen om te voorkomen dat gegevens in handen van derden komen.¹⁶ Vertrouwelijke klachtenafhandeling is noodzakelijk om onjuiste veroordeling en imagoschade te voorkomen.

De geheimhouding wordt alleen opgeheven als een wettelijke verplichting daartoe bestaat of als iemand ernstige schade kan oplopen door (dreigend) gevaar dat niet op een andere manier is af te wenden.¹⁷ Toestemming van beide partijen voor overdracht van informatie aan anderen is dan niet meer nodig, maar zij worden hierover tevoren wel geïnformeerd. Dit speelt bijvoorbeeld als een klachteninstantie door de ene partij vertrouwelijk wordt geïnformeerd over zijn voornemen om geweld tegen de andere partij te gebruiken.

De geheimhoudingsplicht voor de aangeklaagde, mede in het kader van diens mogelijkheid tot bijstand en verweer, is in *hoofdstuk 2* nader beschreven.

Suggesties

Met betrekking tot de privacy van klager en aangeklaagden, is te overwegen om:

- in de informatie over de klachtenregeling en de werkwijze van de afzonderlijke klachteninstanties aan te geven hoe de (voorwaarden voor het waarborgen van de) privacy van betrokkenen en de geheimhoudingsplicht in dat kader worden ingevuld;
- daarbij ook voor alle betrokkenen c.q. belanghebbenden aan te geven of, wanneer en onder welke voorwaarden doorbreking van de geheimhoudingsplicht is toegestaan;
- te bevorderen dat betrokken medewerkers en klachteninstanties een eventuele doorbreking van hun geheimhoudingsplicht goed motiveren en documenteren;

¹⁴ Vanuit het klachtrecht is niet te legitimeren dat de klachteninstantie zelf een klacht bekend maakt aan de leidinggevende, bijvoorbeeld omdat het een medewerker in opleiding betreft. Vanuit het belang van aansprakelijkheid en kwaliteit (zie ook meldplicht in medisch statuut) is bekendmaking van informatie over de klacht aan 'derden' eventueel wel van belang. In het arbeidsrecht ligt dit alles anders. Als het al van belang is een leidinggevende op de hoogte te stellen van de indiening van een klacht (vanwege toezicht op kwaliteit, ondersteuning van medewerker e.d.), is het de vraag of de klachteninstantie dit moet doen, dan wel de betrokken aangeklaagde zelf. Vergelijkbaar met de in een medisch statuut opgenomen meldplicht bij een tuchtklacht e.d. is te overwegen om in overeenkomsten met 'voor de zorgaanbieder werkzame personen' een dergelijke meldplicht voor de aangeklaagde op te nemen.

¹⁵ Dit laat onverlet dat klager en aangeklaagde, bijvoorbeeld vanwege door hen gewenste bijstand, anderen informeren over de klacht. Echter, ook zij moeten daarbij de privacy van de andere partij en overige betrokkenen (bijvoorbeeld getuigen) respecteren.

¹⁶ Denk hierbij aan de wijze waarop dossiers en gegevensbestanden zijn beveiligd tegen inzage door 'derden'. Denk ook aan de inrichting en het gebruik van werkruimten waar gegevens over klachten (afhandeling) liggen.

¹⁷ Zie de nadere toelichting hierop in: Hielkema AW, Timmers MJM, Ruiter CM de, Burgt CHM van de. WKCZ dilemma's. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003:75-83.

- uitdrukkelijk te regelen hoe klachtgegevens en voor de klachtenafhandeling relevante stukken worden vastgelegd en opgeborgen in klachtendossiers en klachtenregistratie; deze zijn alleen toegankelijk voor de betrokken klachteninstantie in afsluitbare kasten c.q. computers;
- te waarborgen dat post en e-mail over klachten en de afhandeling van deze alleen worden geopend door de betrokken klachteninstantie, die daarvoor bij voorkeur een eigen post- en e-mailadres heeft;
- te waarborgen dat (telefonische) gesprekken en hoorzittingen over de klachten plaatsvinden in geluidsgeïsoleerde ruimten die niet tevens op dat moment door anderen worden gebruikt;
- te bevorderen dat bij afhandeling van een klacht beide partijen dezelfde informatie ontvangen (gelijkwaardigheid van partijen in de procedure; beginsel van hoor en wederhoor). De klachteninstantie informeert de ene partij zakelijk en met relevante gegevens over het standpunt van de andere partij. De partijen krijgen kopieën van de schriftelijke stukken (standpunt andere partij, geraadpleegde stukken, rapport expert). Van tevoren worden beide partijen over deze wederzijdse informatie-uitwisseling geïnformeerd. Zowel klager als aangeklaagde hebben recht op inzage in de gegevens die over de klacht en henzelf zijn vastgelegd. Zij krijgen daarbij ook de mogelijkheid gegevens te corrigeren als de andere partij en de betrokken klachteninstantie hierover worden geïnformeerd.¹⁸

Aanbeveling 1F

Voor afhandeling van een klacht brengt de zorgaanbieder geen kosten in rekening aan de klager.

Basis

Met de WKCZ werd beoogd cliënten een laagdrempelige klachtmogelijkheid te bieden. Dat betekent dat er geen drempel wordt gehanteerd zoals het in rekening brengen van kosten voor de afhandeling van klachten.

Toelichting

Aan klagers worden geen kosten berekend voor de inzet van een klachtenfunctionaris of klachtencommissie. Aangeklaagde zorgverleners kunnen voor hun inzet bij de afhandeling van een klacht geen kosten in rekening brengen bij de zorgaanbieder of de klager. Professioneel omgaan met klachten is inherent aan professioneel handelen.

Wel zijn de eventuele kosten voor externe bijstand (advocaat, expert, adviseur) die klager of aangeklaagde inroepen voor rekening van henzelf. Dit laat onverlet de gratis bijstand die de zorgaanbieder intern voor aangeklaagden beschikbaar kan stellen (zie *aanbeveling 1P*).

¹⁸ *Het recht op inzage in, kopie van, aanvulling, correctie of vernietiging van het klachtdossier wordt hier niet nader uitgewerkt. In grote lijnen kunnen hiervoor dezelfde regels gelden als in de WGBO en de WBP zijn vastgelegd.*

Suggesties

Met betrekking tot de kosten is te overwegen om:

- in de informatie over de klachtenregeling en de afzonderlijke klachteninstanties uitdrukkelijk de kosten te noemen die wel en niet voor rekening van de klager komen;
- in de folders voor zorgverleners te vermelden dat zij voor hun eigen deelname aan klachtenafhandeling (in de hoedanigheid van aangeklaagde) geen kosten in rekening kunnen brengen bij de klager of bij de zorgaanbieder.

Aanbeveling 1G

De diverse interne klachteninstanties zijn wat betreft doelen, werkwijzen en samenstelling duidelijk van elkaar onderscheiden.

Basis¹⁹

Klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling kennen verschillende doelen, werkwijzen en mogelijke uitkomsten. Voor klager en aangeklaagde is het onderscheid in functies van belang, zodat geen verwarring ontstaat en zij bovendien de zekerheid hebben dat de ene klachteninstantie de andere niet beïnvloedt.²⁰ Om deze redenen heeft een duidelijke personele scheiding de voorkeur.

De verschillende klachteninstanties zijn elk gehouden aan een geheimhoudingsplicht, ook ten opzichte van elkaar.

Toelichting

De diverse elementen binnen een klachtenregeling hebben kenmerkende 'eigenschappen' die elkaar als het ware uitsluiten. Bij bemiddeling is oordelen niet aan de orde, bij behandeling juist wel. Een adviserende rol voor de ene partij kan bij de andere partij het beeld opwekken dat sprake is van partijdigheid. In sommige sectoren is, vanwege de kwetsbare positie van de cliënt/klager, een actieve pleitbezorgende rol voor de ene klachteninstantie (cliënten- of patiënten-vertrouwenspersoon) gewenst; deze is niet te combineren met de vereiste onpartijdigheid van de andere klachteninstantie (klachtencommissie).

Klager en aangeklaagde moeten er van op aan kunnen dat elke klachteninstantie hen niet-vooringenomen tegemoet treedt. Om die reden wisselen klachteninstanties in principe geen informatie uit over specifieke klachten, verloop en uitkomsten van de klachtenafhandeling, opstelling van klager en aangeklaagde e.d.

Om redenen van een snelle afhandeling van klachten kan het wel wenselijk zijn dat de ene klachteninstantie vlot zakelijke informatie kan doorgeven aan de andere klachteninstantie. Dit moet dan met toestemming van de klager gebeuren.

¹⁹ Berchum K van. *Een kwestie van vertrouwen*. Utrecht: NIZW, 1999, met name hoofdstukken 8 en 10.

²⁰ Friele RD, Ruijter C de, Wijmen F van, Legemaate J. *Evaluatie WKCZ*. Den Haag, 1999:31.

Als klachtenfunctionaris en klachtencommissie voor het overige (bijvoorbeeld bij periodieke bespreking in het kader van signalering of het opstellen van een gezamenlijk jaarverslag) al informatie over klachten aan elkaar uitwisselen, moet deze niet tot de persoon herleidbaar zijn – tenzij de klager hiervoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven.

Suggesties

Wat betreft het onderscheiden van diverse interne klachteninstanties is het wenselijk om:

- de klachtenfunctionaris niet te laten deelnemen aan de behandeling van klachten door de klachtencommissie of de commissie daarbij te laten ondersteunen. Afstemming over beleid en organisatie van de integrale klachtenregeling is uiteraard wel gewenst. Ook in het kader van kwaliteitsbevordering is overleg tussen de diverse klachteninstanties gewenst (zie hoofdstuk 6);
- personen die een lijnfunctie vervullen (zoals managers/directieleden) of die deze rechtstreeks ondersteunen (bijvoorbeeld directiesecretarissen), niet te belasten met klachtenopvang, -bemiddeling of behandeling;
- expliciete afspraken te maken over de omgang met situaties waarin een conflict van plichten of belangen aan de orde kan zijn, als invulling van de klachtenopvang en/of -bemiddeling in combinatie met een andere interne staf- of uitvoerende functie nodig is;
- het recht van wraking te realiseren door aan klager en aangeklaagde tevoren bekend te maken wie betrokken zijn bij de beoordeling van de klacht en hen de gelegenheid te bieden tot bezwaar.

Aanbeveling 1H

Cliënten en hun naasten ontvangen systematisch informatie over de klachtenregeling. Deze informatie wordt zoveel mogelijk afgestemd op behoeften, begripvermogen, culturele achtergrond en taal van de cliënt en zijn naaste(n). Hierbij zijn zowel de vaardigheden van degene die voorlicht als de gebruikte voorlichtingsmaterialen van belang.

Basis

Zorgaanbieders moeten hun klachtenregeling passend bekend maken.²¹ Onderzoek²² wijst uit dat de bekendheid en toegankelijkheid van de klachtenregeling en informatie over de verschillende mogelijkheden om klachten aan de orde te stellen voor cliënten nog onvoldoende zijn. Bijzondere aandacht is gewenst voor de voorlichting over de positie en werkwijze van degene die cliënten en hun naasten kan ondersteunen bij het 'ontsluiten' van de klachtenregeling. In de

²¹ Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, artikel 2.

²² Dane A, Lindert H van, Friele RD. Klachtopvang in de Nederlandse Gezondheidszorg. NIVEL, 2000:30.

sectoren waar sprake is van een grote afhankelijkheid, is deze voorlichting van groot belang (voor de sector GGZ over de patiëntenvertrouwenspersoon, voor de sector verpleeg- en verzorgingshuizen en de sector gehandicaptenzorg over de cliëntenvertrouwenspersoon).

Toelichting

Als mensen regelmatig worden uitgenodigd om hun feedback over de zorg te geven, kan dit het vertrouwen in de zorg versterken. Moeten zij moeite doen om hun onvrede te kunnen uiten, dan dreigt deze eerder te escaleren.

De toonzetting van de informatie over de mogelijkheden tot ‘klagen’ is van groot belang. Wanneer hieruit spreekt dat de zorgaanbieder elke klacht als signaal serieus wil nemen, verlaagt dit de drempel tot het uiten van onvrede.

Voor bepaalde groepen in de samenleving, zoals ouderen²³ of allochtonen²⁴, is het niet vanzelfsprekend om te klagen. De voorlichting over de klachtenregeling kan hier op worden afgestemd, bijvoorbeeld door deze groepen actief te benaderen.

Het belang van een actieve benadering geldt bij uitstek in die sectoren waar – vanwege de kwetsbare positie van de cliënt – wordt gewerkt met de figuur van een vertrouwenspersoon die met name de rol heeft van ondersteuner en pleitbezorger. De toegankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon wordt bevorderd wanneer deze cliënten actief kan opzoeken.

Dit laatste gebeurt doordat voor de cliëntenvertrouwenspersoon een open uitnodiging geldt, in de gehele organisatie en bij alle gelegenheden waarbij cliënten en vertegenwoordigers komen. Hij kan daarbij aanwezig zijn en zich als vertrouwenspersoon bekend maken.

Bijzondere aandacht voor de voorlichting is nodig ingeval zorgverleners ‘van buitenaf’ in de instelling werkzaam zijn. In dat geval moet voor klager duidelijk zijn waar ze met hun klachten over deze terecht kunnen (zie ook *aanbeveling 1B*).

Suggesties

In overweging wordt gegeven om de klachtenregeling regelmatig en actief bekend te maken. Dit kan gebeuren door:

- algemene informatie te geven over de omgang met onvrede bij het eerste contact van de cliënt met de zorgaanbieder (algemene cliënteninformatiefolder);
- via diverse kanalen en op plaatsen waar cliënten zich bevinden, algemene en specifieke informatie te geven over de mogelijkheden tot klagen (folders bij bureau patiëntenvoorlichting, in de wachtkamers en bij recepties van afdelingen en poliklinieken, website, bewegwijzering; cliëntenblad, ziekenradio, informatiezuil e.d.);
- daarbij in het bijzonder ook te letten op mogelijkheden om buiten ‘kantooruren’ en buiten de instelling de gewenste informatie beschikbaar te stellen (bijvoorbeeld via een website);

²³ Over ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen, hun schroom om te klagen en de proactieve benadering daarvan, wordt geschreven in het rapport van het project klachtenopvang in verpleeg- en verzorgingshuizen: Arcares, LOC, SOKG, 2003.

²⁴ Over allochtonen, hun schroom om te klagen en de proactieve benadering daarvan, wordt geschreven in het Handboek Bereikbaar en Deskundig: NPCF, 2003.

- voor gerichte (schriftelijke en mondelinge) informatie te zorgen bij contacten met specifieke interne klachteninstanties zoals bureau patiëntenvoorlichting, klachtenfunctionaris, patiënten- of cliëntenvertrouwenspersoon, klachtenbemiddelaar, klachtencommissie;
- groepsvoorlichtingsbijeenkomsten te organiseren voor ouderen en hun naasten en voor allochtonen met algemenere thema's zoals patiëntenrechten, informatie over het zorgaanbod, enzovoort;
- de cliëntenraad te betrekken bij het bekendmaken van de klachtenregeling en afspraken te maken over een juiste verwijzing naar klachteninstanties;
- cliënten actief, zonder aanleiding van een klacht, te benaderen in zorginstellingen waar zij langere tijd of permanent wonen. Dit geldt vooral in verpleeg- en verzorgingshuizen, revalidatieklinieken, instellingen voor verstandelijk of lichamelijk gehandicapten en psychiatrische ziekenhuizen. De ervaring leert dat cliënten hier pas onvrede durven te uiten als zij vertrouwen hebben in degene die de klachtenopvang verzorgt;
- voor een leesbare klachtenregeling te zorgen waaruit duidelijk blijkt dat de zorginstelling/zorgverlener onvrede wil horen, deze zo mogelijk wil oplossen en/of de kwaliteit op basis daarvan wil verbeteren;
- voorlichting af te stemmen op bijzondere omstandigheden bij cliënten, bijvoorbeeld door gebruik te maken van pictogrammen, posters, brailleteksten, tolken, speciale voorzieningen voor slechthorenden en slechtzienden;
- bekend te maken hoe klachten hebben geleid tot verbetering van de kwaliteit.²⁵

Aanbeveling 11

Klagers worden actief geïnformeerd over in- en externe mogelijkheden voor informatie, advies en bijstand bij het aan de orde stellen van hun klacht. De cliënt kan voor opvang en bemiddeling worden verwezen naar een klachtenfunctionaris van de zorgaanbieder.

Sector GGZ

De zorgaanbieder kan klinisch opgenomen cliënten voor bijstand en ondersteuning in hun klacht verwijzen naar de patiëntenvertrouwenspersoon (PVP), de ambulante cliënten naar de telefonische helpdesk van Stichting PVP.

Basis

Door actieve informatie en bijstand zijn cliënten eerder geneigd om in een vroeg stadium hun onvrede te uiten. Dit voorkomt misverstanden en escalatie. De klachtenfunctionaris of vertrouwenspersoon moet daartoe wel een zichtbare, vertrouwde figuur zijn.

²⁵ Uit onderzoek (Sluijs e.a. 2004) blijkt dat terugkoppeling over maatregelen naar aanleiding van klachten en over effecten van klachten de tevredenheid van klagers over de klachtenregeling (-behandeling) in belangrijke mate beïnvloedt.

Toelichting

Sector GGZ

De PVP is een bijzondere, wettelijk gereuleerde voorziening binnen de GGZ ten behoeve van de klinische cliënt en in de toekomst de ambulante cliënt met een voorwaardelijke machtiging. De PVP neemt binnen de klinische GGZ een aan-zienlijk deel van de klachtenopvang voor zijn rekening. Hij is nadrukkelijk geen neutrale bemiddelaar, hij behartigt de belangen van de cliënt. De cliënt kan in elk stadium van klachtenafhandeling een beroep op hem doen. Hierin onderscheidt de PVP zich van een klachtenfunctionaris met bemiddelingsfunctie bij een zorg-aanbieder en van andere informele vertrouwenspersonen (zoals familie, een naaste of een collega) die de cliënt kunnen bijstaan.

Aanbeveling 1j

De zorgaanbieder verspreidt informatie over de klachtenregeling onder de zorgverleners die voor haar werkzaam zijn.

Basis

Escalatie is vaak te voorkomen als zorgverleners open met cliënten over hun onvrede kunnen communiceren. Hiervoor is nodig dat zij in hun werkomgeving klachten niet zozeer als dreiging of afstraffing ervaren, maar vooral als de stimulans om samen met collega's hiervan te leren (zie ook *hoofdstuk 2*). Klagers kunnen er soms voor kiezen het gesprek met een zorgverlener niet rechtstreeks aan te gaan, maar dit via inschakeling van een klachteninstantie te doen die zij als onpartijdig of als ondersteunend ervaren.

Toelichting

Om goed op klagers en hun klacht te kunnen reageren is van belang dat zorgverleners bekend zijn met de functie en werkwijze van de verschillende klachteninstanties. Bijzondere aandacht daarbij verdient het punt dat inschakeling van een klachteninstantie niet wordt ervaren als 'verraad' van de cliënt.

Van belang is ook dat deze klachteninstanties zelf in hun benadering van klager en aangeklaagde een niet-beschuldigende en respectvolle handelwijze hanteren die gericht is op het zo mogelijk oplossen van onvrede en verbetering van de kwaliteit van zorg.

Voorlichting over klachteninstanties lijkt beter te beklijven als meteen ook de resultaten (voordelen) van inschakeling van een klachteninstantie duidelijk worden. Daarbij kan ook in een open discussie tussen hulpverleners worden gesproken over vergelijkbare of andere problemen die weliswaar niet tot een klacht hebben geleid, maar concrete kwaliteitsactie noodzakelijk maken.

Suggesties

Voor het verspreiden van informatie over de klachtenregeling onder de zorgverleners kan de zorgaanbieder overwegen om:

- nieuwe medewerkers bij hun introductie een brochure over de klachtenregeling te geven waarbij het accent ligt op het onvermijdbare van klachten, het belang van het serieus nemen van de klager en het leren van klachten;
- zorgverleners te informeren via intranet of door een aparte klachtenbrochure;
- per afdeling of team (herhaalde) klachteninformatiebijeenkomsten voor de medewerkers te organiseren;
- voor klachtenfunctionaris, klachtencommissie en medewerkers de gelegenheid te scheppen om kennis met elkaar te maken, zonder dat al sprake is van een concrete klacht;
- (opnieuw) uitleg te geven over de werkwijze van een klachteninstantie zodra een zorgverlener daarmee wordt geconfronteerd.

Aanbeveling 1K

Een cliënt, zijn vertegenwoordiger of nabestaande kan klagen over het handelen of functioneren van een zorgaanbieder of degene die voor de zorgaanbieder werkt.²⁶ Daarnaast is – waar dat niet al bij wet is geregeld – te overwegen om ook voor naasten van de cliënt een zelfstandig klachtrecht in te stellen, met dien verstande dat dit niet ten koste van het klachtrecht van de cliënt zelf mag gaan. De Wet BOPZ kent een speciale klachtenprocedure voor gedwongen opgenomen patiënten die een klacht hebben over een van de vijf in de wet omschreven beslissingen/gedragingen. Volgens de Wet BOPZ kunnen naast de gedwongen opgenomen patiënt zelf ook anderen een BOPZ-klacht indienen.

Basis

Volgens de WKCZ kan de cliënt, zijn nabestaande of vertegenwoordiger klagen. De klacht moet dan gaan over de gedraging van de zorgaanbieder of degene die voor de zorgaanbieder werkt. Met gedraging wordt bedoeld: het (niet) handelen of een besluit met gevolgen voor de cliënt.²⁷ De Wet BOPZ kent naast specifieke klachtgronden (aspecten waarover een klacht kan worden ingediend) een bredere categorie van klachtgerechtigden. De specifieke klachtgronden betreffen: de wilsonbekwaamheidsverklaring, de beslissing tot toepassing van dwangbehandeling, toepassing van middelen of maatregelen, beperking van de fundamentele vrijheden en het niet toepassen van een overeengekomen behandelingsplan. Klachtgerechtigden zijn, behalve de gedwongen opgenomen patiënt zelf:

²⁶ Hier is (conform de omschrijving van begrippen in bijlage) de omschrijving 'handelen en functioneren' gebruikt. De WKCZ hanteert het begrip 'gedraging'. Dit begrip is echter vrij abstract, reden om hiervan in deze richtlijn af te wijken.

²⁷ WKCZ, artikel 1 lid sub e.

- elke andere in het ziekenhuis verblijvende patiënt, en;
- de echtgenoot; (één van) de ouders van de patiënt voor zover zij niet van het gezag zijn ontheven of ontzet; elke meerderjarige bloedverwant zijnde een grootouder, een broer/zus, een oom/tante, een neef/nicht; en voorts de voogd, de curator, de mentor of een andere vertegenwoordiger van de betrokkene.

Deze bijzondere invulling van het klachtrecht in de Wet BOPZ hangt samen met enerzijds de kwetsbare positie van de gedwongen opgenomen cliënt, anderzijds met de bijzondere positie van de naasten bij de behandeling en het verblijf in de instelling.

Echter, ook in andere sectoren en buiten het kader van een BOPZ-opname en -behandeling geldt dat naasten van de cliënt een bijzondere positie hebben. Zij treden in meerdere of mindere mate op als belangenbehartiger en/of mede-uitvoerder van de zorg. Daarbij past dat ook zij een eigen klachtrecht krijgen over gedragingen jegens henzelf, los van het klagen als vertegenwoordiger van de cliënt over gedragingen jegens de cliënt. Het primaat ligt echter bij het klachtrecht van de cliënt zelf.

Toelichting

In deze aanbeveling is enerzijds de inhoud van de klacht aan de orde, anderzijds de persoon van de klager en diens (zelfstandig) recht om te klagen.

De cliënt, al dan niet wilsonbekwaam, kan altijd een klacht indienen over de zorgverlening aan hem/haar. Het is van belang om het begrip 'klacht' breed te interpreteren.

Sectoren Gehandicaptenzorg en VVT

De manier die de cliënt kiest voor het uiten van onvrede, kan voor verstandelijk of zintuiglijk gehandicapte cliënten een persoonsgebonden vorm hebben. Het is van belang dat de cliëntenvertrouwenspersoon dit vaardig signaleert en er een adequaat vervolg aan kan geven.

Wanneer een ander dan de cliënt zelf een klacht aan de orde stelt en deze klacht het handelen jegens die cliënt betreft, geldt als algemeen uitgangspunt dat de klager de cliënt zo mogelijk bij het indienen van deze klacht betreft.

Ook als de klacht het handelen jegens de ander zelf (vertegenwoordiger of naaste) betreft, heeft dit de voorkeur. De reden hiervoor is dat de cliënt zelf eventuele gevolgen van het aan de orde stellen van de klacht kan ondervinden en bovendien niet het gevoel moet krijgen dat dingen buiten hem om gebeuren.

Waar nodig checkt de klachteninstantie (klachtenfunctionaris, cliëntenvertrouwenspersoon, klachtencommissie) of de vertegenwoordiger/naaste inderdaad de cliënt heeft betrokken bij het indienen van de klacht.

Wanneer indiening plaatsvindt zonder dat de cliënt dat weet of zonder dat deze daarmee instemt, dienen hiervoor duidelijke en zwaarwegende redenen te bestaan. Of deze redenen in voldoende mate aanwezig zijn, is ter beoordeling van de klachteninstantie. De overwegingen bij deze beoordeling dienen expliciet aan betrokkenen bekend te worden gemaakt.

Bij een verschil van mening tussen cliënt en naaste/vertegenwoordiger over indiening van de klacht of over de precieze inhoud van de klacht zal in eerste instantie de klachtenfunctionaris of cliëntenvertrouwenspersoon zich inspannen om na te gaan of dit verschil kan worden overbrugd.

Bij een blijvend verschil van mening is de cliënt altijd vrij om, ondersteund door de klachtenfunctionaris (vertrouwenspersoon) of derden, zijn klacht te laten bemiddelen en/of behandelen. Voor de vertegenwoordiger is het niet vanzelfsprekend dat zijn klacht altijd wordt bemiddeld of behandeld.

Bij het behandelen van een klacht wordt een eventueel meningsverschil tussen cliënt en vertegenwoordiger over de inhoud van de klacht altijd in de overwegingen bij de uitspraak betrokken.

De klagende vertegenwoordiger die vindt dat een klacht ten onrechte niet wordt behandeld, kan zich conform het klachtrecht in de Wet BOPZ wenden tot de inspectie of de rechter. Bij WKCZ-klachten kan de klagende vertegenwoordiger zich hooguit beroepen op hetgeen in de klachtenregeling van de zorgaanbieder hierover is vastgelegd.

Het al dan niet aan de slag gaan met een klacht die buiten de cliënt om is ingediend, wordt vastgelegd in de jaarlijkse verslaglegging van de klachteninstantie.

Suggesties

Het is wenselijk om in geval van een klacht duidelijk te onderscheiden of het daarbij gaat om een gedraging jegens de cliënt zelf of jegens de naaste(n), eventueel tevens de vertegenwoordiger van de cliënt.

Afhankelijk van de beslissing of behalve de cliënt zelf ook de vertegenwoordiger dan wel de naaste een zelfstandig klachtrecht heeft, wordt in de klachtenregeling expliciet benoemd hoe bij elk type klachtrecht de positie van de andere betrokkene/belanghebbende is. Daarbij is ook vastgelegd hoe wordt omgegaan met de situatie dat:

- de naaste/vertegenwoordiger het niet wenselijk acht om de cliënt zelf bij de indiening van de klacht te betrekken;
- de naaste/vertegenwoordiger en de cliënt het niet eens zijn over het al dan niet indienen van de klacht en/of de inhoud van de klacht.

In de voorlichting aan cliënten en hun naasten verdient dit punt extra de aandacht, bijvoorbeeld door:

- voor naasten een aparte folder op te stellen waarin is omschreven of, hoe en onder welke voorwaarden zij namens de cliënt of als zelfstandig klachtgerechtigde een beroep kunnen doen op de klachtenregeling;
- cliënten expliciet te informeren over een eventueel zelfstandig klachtrecht van hun vertegenwoordiger/naaste; daarbij is het wenselijk aan te geven hoe bij de uitoefening van ieders klachtrecht wordt omgegaan met eventuele meningsverschillen.

Aanbeveling 1L

Bij het indienen en afhandelen van klachten worden geen uitsluitingscriteria gehanteerd.

Basis

Bij de bespreking van de (evaluatie van de) WKCZ in de Tweede Kamer is duidelijk aan de orde gekomen dat uitsluitingscriteria niet mogen worden gehanteerd.²⁸

Toelichting

Er zijn legitieme redenen om als klachteninstantie niet met een klacht aan de slag te gaan: de klager is niet klachtgerechtigd, de klachteninstantie is niet bevoegd of de klacht is al eerder bij dezelfde klachteninstantie in behandeling geweest en er hebben zich geen nieuwe feiten voorgedaan. Dit zijn alle gronden voor niet-ontvankelijkheid. Daarnaast dient voor een goede klachtenbehandeling de klacht, zo nodig met bijstand, schriftelijk te worden ingediend.

Uit de wetsevaluatie bleek dat klachtencommissies in de praktijk uitsluitingscriteria hanteerden die niet zijn toegestaan: verjaring, overlijden of vertrek van de aangeklaagde, kennelijk belang voor klager of zorgaanbieder, complexiteit van de klacht, claims, samengaan met andere procedures, enzovoort.

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- alle uitsluitingscriteria uit de klachtenregeling te schrappen, maar wel duidelijk de gronden voor niet-ontvankelijkheid te noemen;
- de klager te informeren dat hij wel een klacht kan indienen, maar dat de afhandeling van deze vaak bemoeilijkt wordt als er enige jaren verstreken zijn, zeker als een cliëntendossier na afloop van de bewaartermijn vernietigd is;²⁹
- in aansluiting hierop klagers op te roepen om eventuele klachten zo snel mogelijk aan de orde te stellen;
- de klager te informeren dat hij weliswaar op meerdere plaatsen zijn klacht kan indienen (intern en extern), maar dat dit voor hem een extra belasting kan inhouden. Met de klager kan vervolgens overleg plaatsvinden welke specifieke klachtenprocedure het best aansluit bij zijn doelen en verwachtingen.³⁰

²⁸ Standpunt over de wetsevaluatie in de brief van de minister van VWS d.d. 17 februari 2000 aan de Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26800 XVI, nr. 73: 3.

²⁹ Hielkema AW, Timmers MJM, Ruiter CM de, Burgt CHM van de. WKCZ dilemma's. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003:19-36.

³⁰ Hierbij past dat elke klachteninstantie de klager uitdrukkelijk vraagt wat hij met het indienen van de klacht wilt bereiken, niet om hem daarmee ter verantwoording te roepen, maar om te voorkomen dat hij een weg bewandelt die niet aansluit bij zijn doelen en verwachtingen. In dit verband is ook een goede voorlichting over de verhouding tussen klachtenbehandeling en schadeprocedure gewenst. Klachtenbehandeling kan niet als opmaat naar toekenning van een schadeclaim dienen. Overigens blijkt uit onderzoek (Sluijs EM e.a., 2004) dat slechts 7% van degenen die een klacht bij de klachtencommissie indienen, ook een schadeclaim indient.

Aanbeveling 1M

De klager kiest binnen de beschikbare mogelijkheden zelf waar hij zijn klacht kenbaar maakt en wil laten afhandelen. De klager wordt uitgenodigd de klacht eerst te bespreken met de aangeklaagde.

Basis

Met de WKCZ wordt beoogd om de cliënt een zelfstandig klachtrecht te geven. In deze Klachtenrichtlijn wordt geadviseerd de klager meerdere klachtmogelijkheden te bieden, waaruit deze zelf kan kiezen. Het moment waarop veelal een directe oplossing van de klacht mogelijk is, is in het contact met de aangeklaagde zorgverlener zelf. Een directe en snelle oplossing van de klacht is doorgaans het eerste belang en doel van de klager, naast de behoefte aan uitleg en de intentie om een soortgelijke gebeurtenis voor anderen te voorkomen.³¹ Bovendien wordt zo meer recht gedaan aan de eigen verantwoordelijkheid van elke zorgverlener tot het leveren van professionele en klantvriendelijke diensten.

Toelichting

Escalatie van klachten kan voorkomen worden door open communicatie hierover met de betrokken zorgverlener (zie ook *hoofdstuk 2*).

Met de beschikbare mogelijkheden wordt bedoeld op de klachteninstanties die bevoegd zijn om de klachten van de cliënt af te handelen. Zo kan de cliënt niet zelf kiezen om zijn klacht over het ziekenhuis te laten beoordelen door de klachtencommissie huisartsenzorg.

Suggesties

Het is te overwegen om:

- ongeacht de plaats waar de klager zijn klacht indient, altijd doel en wensen van de klager te verifiëren. Daarbij past dat elke klachteninstantie in staat is om de klager (globaal) voor te lichten over andere klachteninstanties en hier adequaat naar kan verwijzen;
- op een neutrale wijze bij de klager na te vragen of deze heeft overwogen de klacht met de betrokken zorgverlener te bespreken. Dit kan zo nodig worden gestimuleerd zonder de klager daarbij onder druk te zetten of hem tot direct contact met de aangeklaagde te dwingen.

³¹ Zie ook *Sluijs EM e.a., 2004*.

Aanbeveling 1N

Klachteninstanties melden een klacht waarbij mogelijk een calamiteit, seksueel misbruik of een misdrijf aan de orde is, direct aan de zorgaanbieder.³² Bij de Inspectie wordt melding van een klacht gedaan als daartoe een wettelijke verplichting bestaat en nadat de zorgaanbieder de gelegenheid is geboden om hierin zelf zijn verantwoordelijkheid te nemen. Klachteninstanties informeren de klager en zo mogelijk ook de aangeklaagde over – het voornemen tot – de melding. Zij starten daarnaast de afhandeling van de klacht als de klager dit wenst.

Basis

Interne klachteninstanties moeten de zorgaanbieder direct informeren over calamiteiten³³ en seksueel misbruik³⁴ omdat de zorgaanbieder verplicht³⁵ is dit aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) te melden. Een dergelijke meldingsplicht kan ook – in algemene zin – gelden voor ieder die kennis neemt van een (mogelijk) strafbaar feit.

Daarnaast is in de herziene WKCZ mogelijk sprake van een wettelijke meldingsplicht van ernstige klachten, nadat eerst de zorgaanbieder zelf daarover is geïnformeerd en de gelegenheid heeft gekregen om zelf zijn verantwoordelijkheid in deze te nemen.³⁶

Toelichting

Na de melding kan de normale klachtenafhandeling vervolgd worden, gericht op het doel van de klager – als deze dit wenst. Beide partijen moeten wel worden geïnformeerd over de melding aan IGZ.

In geval van een klacht over seksueel misbruik of seksuele intimidatie overlegt de klachteninstantie met de klager of deze al dan niet anoniem wenst te blijven en worden de (mogelijke) gevolgen voor de klager van niet-anonieme melding besproken.

Suggesties

Als het gaat om het melden van een klacht aan de zorgaanbieder waarbij mogelijk een calamiteit, seksueel misbruik of een misdrijf aan de orde is, kan de klachteninstantie overwegen om:

- 32 *Indien de aangeklaagde tevens de zorgaanbieder is, kan melding aan een andere daartoe aangewezen instantie plaatsvinden. Dit kan bijvoorbeeld de koepelorganisatie zijn, mits hierover passende afspraken zijn gemaakt in het kader van de aansluiting van de zorgaanbieder bij de via de koepelorganisatie ingestelde klachtencommissie (zie verder deel II van de Klachtenrichtlijn in de variant voor vrijevestigden).*
- 33 *Onder een calamiteit is – conform de herziene Kwaliteitswet Zorginstellingen (artikel 4a lid 2) – te verstaan: ‘... een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt (van een instelling) heeft geleid.’*
- 34 *Onder seksueel misbruik is – conform de herziene Kwaliteitswet Zorginstellingen (artikel 4a lid 3) – te verstaan: ‘... grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.’*
- 35 *Hierbij wordt vooruitgelopen op de meldingsplicht van de zorgaanbieder aan IGZ conform de herziene Kwaliteitswet Zorginstellingen.*
- 36 *Zie Novelle (voorstel voor wijziging van het voorstel herziening WKCZ) die de minister van VWS in juni 2004 ter advisering heeft voorgelegd aan de Raad van State.*

- ook altijd per omgaande de aangeklaagde op de hoogte te stellen van een melding aan de directie of een andere instantie, tenzij er een gereede kans bestaat dat de aangeklaagde bewijsmateriaal vernietigt of de klager/melder zal lastig vallen of benadelen;
- met klager en aangeklaagde duidelijke afspraken te maken over dossiervoering en registratie van dit soort klachten, zodat zij weten hoe hun privacy is gewaarborgd;
- in de algemene informatie aan cliënten/klagers duidelijk te vermelden dat de klachtencommissie een meldingsplicht heeft en bij een eventuele melding eerst met de klager zal afstemmen over de eventuele beschikbaarstelling van tot de persoon herleidbare gegevens.

Aanbeveling 10

Klachten worden snel, zorgvuldig en deskundig afgehandeld. Klagers en aangeklaagden krijgen informatie over de verschillende fasen in de afhandeling van de klacht door de betrokken klachteninstantie en de doorlooptermijnen daarvan.

Basis

De geladenheid bij het uiten van een klacht wordt minder als de klager merkt dat men de zaak serieus opneemt. Dit blijkt voor klagers onder meer uit de snelheid van een reactie op de (eerste) uiting van een klacht en de daarop volgende afhandeling.

De zorgaanbieder is verplicht³⁷ in de klachtenregeling termijnen te noemen voor de behandeling van klachten. Als de klachtencommissie deze termijn overschrijdt of dreigt te overschrijden, moet zij conform de WKCZ de reden daarvan noemen en aangeven wat de nieuwe termijn wordt.

Ook bij andere klachteninstanties is duidelijkheid over termijnen gewenst, zodat klager en aangeklaagde weten waar zij aan toe zijn.

Toelichting

De verschillende sectoren hebben in het kader van deze Klachtenrichtlijn voor de klachtenbehandeling wenselijke termijnen genoemd. Deze zijn:

- Ziekenhuizen: 2 maanden
- GGZ: 2 maanden
- VVT³⁸: 4 weken
- Gehandicaptenzorg: 2 maanden
- Vrijgevestigden: 4 maanden

De hier bedoelde termijn betreft de periode tussen het moment van formele (schriftelijke) indiening van de klacht bij de klachtencommissie en de ontvangst van de uitspraak.

³⁷ Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, artikel 2.

³⁸ VVT: sector Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (woonzorgsector).

Voor de reactie van de zorgaanbieder op de uitspraak geldt conform de WKCZ een termijn van één maand.

Het is gewenst dat elke zorgaanbieder in de eigen klachtenregeling specifieke termijnen noemt bij elke functie³⁹ en aan ook aan betrokkenen bekend maakt. Daarnaast is het gewenst om bij de functie van klachtenbehandeling duidelijke termijnen vast te leggen voor de verschillende stappen binnen de totale behandelingstermijn.⁴⁰ Zekerheid over (tussen)termijnen bevordert de tevredenheid over de klachtenafhandeling.

Suggesties

Om een zorgvuldige en deskundige klachtenafhandeling mogelijk te maken, kan een zorgaanbieder overwegen om de volgende voorwaarden te realiseren:

- middelen om een goede bereikbaarheid van de klachteninstantie te waarborgen (antwoordapparaat, secretaresse);
- spoedprocedures voor klagers die klachten hebben over het ontbreken van onmiddellijk noodzakelijke zorg en waarbij een snellere actie nodig is dan via de gebruikelijke klachtenafhandeling mogelijk is;
- plaatsverangers voor klachtenfunctionarissen en leden van klachtencommissies, zodat continuïteit gewaarborgd is bij vakantie en ziekte;
- budget om zo nodig externe expertise in te roepen.

Aanbeveling 1P

De zorgaanbieder regelt opvang en ondersteuning van de aangeklaagde.

Basis

Onvrede, zeker als wordt geklaagd over fouten met ernstige gevolgen voor de cliënt, heeft vaak een grote impact op de zorgverlener.⁴¹ Sommige zorgverleners hebben behoefte aan ondersteuning om escalatie of juridische problemen in eventuele latere procedures te voorkomen. Dat kan feedback zijn op of coaching bij de wijze van communicatie ter bevordering van een effectief gesprek met de klager.⁴² Ook kan hulp worden gevraagd bij het formuleren van een verweerschrift voor de behandeling door de klachtencommissie of advies om de zorgverlener voor te bereiden op een hoorzitting.

³⁹ De sectorcommissie VVT heeft dit al gedaan wat betreft de opvang en bemiddeling. Als wenselijke termijnen zijn genoemd: 1 werkdag (voor eerste reactie/ontvangstbevestiging), 5 werkdagen (opvang), 2 weken (bemiddeling). De sector vrijgevestigden noemt als wenselijke termijnen: 10 dagen (eerste reactie/ontvangstbevestiging) en 2 maanden (bemiddeling); een termijn voor klachtenopvang is niet genoemd omdat deze mogelijkheid doorgaans in deze sector (nog) ontbreekt.

⁴⁰ Bedoeld zijn de termijnen waarbinnen de klager een ontvangstbevestiging krijgt of eerste contact met hem plaatsvindt, de aangeklaagde de klachtbrief ontvangt, de stappen van verweer, repliek en dupliek plaatsvinden e.d.

⁴¹ Bühler H. Lezing tijdens studiedag Sdu/Vermande d.d. 26 november 2003.

Zie ook themanummer Medisch Contact van 23 juli 2004.

⁴² Zie ook uitspraak Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven d.d. 22 januari 2004.

Toelichting

De zorgaanbieder doet er goed aan om aangeklaagden diverse soorten van opvang en ondersteuning te bieden, of aan te geven waar zij deze kunnen krijgen. Denk daarbij aan informatie, advies, emotionele opvang, hulp bij het opstellen van een verweerschrift (inhoudelijk en procedureel), juridische of procedurele ondersteuning.⁴³

De zorgaanbieder is niet verplicht om bijstand financieel te vergoeden. De aangeklaagde kan als werknemer zo nodig of desgewenst voor rechtsbijstand een beroep doen op zijn werkgever als de CAO van de sector daarin voorziet.

Suggesties

Met betrekking tot opvang en ondersteuning van de aangeklaagde, kan de zorgaanbieder overwegen om:

- in de klachtenbrochure voor zorgverleners ook de interne en externe ondersteuningsmogelijkheden te beschrijven; daarbij kan tevens worden aangegeven welke kosten voor rekening van de zorgverlener zijn;
- een 'oude en wijze vakgenoot' in te schakelen om aangeklaagde medewerkers op te vangen en bij te staan;
- aangeklaagden duidelijke richtlijnen mee te geven over hoe zij in een klachtenprocedure 'verstandig' kunnen optreden;
- aangeklaagden de mogelijkheid te bieden om achteraf de gang van zaken bij de afhandeling van een klacht te bespreken met de klachtenfunctionaris of bemiddelaar.

Aanbeveling 1Q

Als een klager verschillende zorgverleners aanklaagt, vindt zo mogelijk gezamenlijke klachtenafhandeling plaats.

Basis

Klachten horen snel, zorgvuldig en vakkundig te worden afgehandeld. Tegelijkertijd moet rekening gehouden worden met de privacy van zowel klager als aangeklaagde(n). Het belang van privacy kan echter niet zwaarder wegen dan het belang van de onderzoekbaarheid van de klacht(en).⁴⁴

⁴³ Denk aan uiteenlopende medewerkers binnen een instelling of organisatie: iemand van personeelszaken, een geestelijk verzorger of maatschappelijk werkende, een (juridisch) stafmedewerker. Extern zijn ook via de eigen beroepsorganisatie (KNMG) of via de schadeverzekeraar personen beschikbaar die advies en steun bieden bij het deëscalerend optreden van de aangeklaagde. Zie verder ook hoofdstuk 2.

⁴⁴ Zie ook Hielkema AW, e.a. In: WKCZ dilemma's. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003:33,45,61,76.

Toelichting

De klachtenregeling is op de eerste plaats bedoeld om een effectieve afhandeling van klachten mogelijk te maken, waarbij bovendien geen onnodige drempels worden ingebouwd door allerlei procedurele vereisten.

Tegelijkertijd hebben ook aangeklaagden recht op een zorgvuldige omgang; bij een klacht is ook hun reputatie in het geding. Wanneer dat vanuit een oogpunt van goede klachtenafhandeling niet noodzakelijk is, mogen zorgverleners in principe – althans via de klachteninstantie – geen tot de persoon herleidbare informatie krijgen over een klacht tegen een collega.

Echter, als de klacht een behandeling of situatie betreft waarbij verschillende zorgverleners betrokken zijn, is het logisch bij deze klacht de samenhang van het handelen van de individuele zorgverleners te beoordelen. Alleen als hiertegen redelijke bezwaren bestaan bij één van de aangeklaagden – en de onderzoekbaarheid van de klacht niet in het geding komt – kan daarvan worden afgeweken.⁴⁵

Suggesties

Wanneer een klager verschillende zorgverleners aanklaagt, kan het volgende worden overwogen:

- Betreft een bij een klachtenfunctionaris of -bemiddelaar ingediende klacht meerdere zorgverleners, dan bekijkt deze of gezamenlijke afhandeling nodig is. Is dat niet het geval, dan volgen gescheiden trajecten. De klachtenfunctionaris/bemiddelaar bewaakt de samenhang en overzichtelijkheid voor de klager.
- Gaat het om een zaak die bij de klachtencommissie wordt ingediend (via een en dezelfde klachtbrief), dan neemt de ambtelijk secretaris contact op met elk van de betrokken aangeklaagden en vraagt of zij bezwaar hebben tegen gezamenlijke behandeling. Heeft iemand daartegen bezwaar en is de zaak ook gescheiden onderzoekbaar, dan volgt aparte behandeling en uitspraak. De ambtelijk secretaris geeft hierover uitleg aan de klager.

Aanbeveling 1R

De wijze waarop klachtgegevens worden bewaard, voldoet aan de eisen van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. In de klachtenregeling wordt aandacht besteed aan inzagerecht en bewaartermijn.

Basis

De klager en aangeklaagde hebben recht op inzage in en een kopie van de over hen vastgelegde gegevens zonder dat daarmee de privacy van 'derden' in het geding komt. Gegevens die tot de persoon herleidbaar zijn, mogen niet langer bewaard blijven dan noodzakelijk is.

⁴⁵ Zo zal bij een klacht over de afstemming van zorg tussen twee zorgverleners aan hun bezwaar tegen gezamenlijke behandeling geen gevolg worden gegeven omdat dit ten koste gaat van de onderzoekbaarheid.

De geanonimiseerde kerngegevens over de inhoud van klachten en de afhandeling daarvan blijven bewaard ten behoeve van het kwaliteitsbeleid.

Toelichting

Soms willen cliënten, bij gebleken letselschade op langere termijn, 'hun' klachtgegevens opvragen om een schadeclaimprocedure te starten. Zij hebben recht hierop, zij het dat daarbij de privacy van anderen niet in het geding mag komen. Zo kan de klager geen inzage eisen in de aantekeningen die de klachtenfunctionaris in het klachtendossier heeft gemaakt van zijn gesprekken met de aangeklaagde. Wenst de klager te beschikken over verklaringen van de aangeklaagde, dan moet hij hem daar rechtstreeks om verzoeken.

Als de aangeklaagde zelf een dossier bijhoudt van de klachtenprocedure, dan moet hij dit apart van het cliëntendossier⁴⁶ bewaren. In het cliëntendossier mag de dossiervoerder geen aantekeningen maken of bewaren over het feit dat er een klacht is ingediend (zie ook *hoofdstuk 2*). Als uit een klacht afspraken voor de toekomst voortvloeien, dan moeten deze afspraken wel in het cliëntendossier staan; er hoeft echter niet te staan dat dit naar aanleiding van een klacht is.

Suggesties

Met betrekking tot de wijze waarop klachtgegevens worden bewaard, kan worden overwogen om:

- tot de persoon herleidbare klachtgegevens conform de vereisten van het vrijstellingsbesluit WBP tot maximaal twee jaar na afsluiting van de klachtenafhandeling te bewaren;⁴⁷
- informatie over bewaartermijn en inzagerecht op te nemen in de schriftelijke informatie die klagers en aangeklaagden ontvangen bij de start van de klachtenafhandeling;
- in de schriftelijke informatie die de aangeklaagde ontvangt, te vermelden dat in het cliëntendossier in principe geen aantekeningen mogen worden gemaakt over het feit dat de klacht is ingediend;
- de zorgverlener te informeren dat hij inzage heeft in het klachtdossier voor zover het de over hem vastgelegde gegevens betreft en voorzover daarmee niet de privacy van de klager in het geding komt.

⁴⁶ Het cliëntendossier is de verzamelnaam voor alle gegevens die door diverse zorgverleners in het kader van de behandeling of zorg worden vastgelegd. Het omvat in elk geval het medisch dossier en het zorgdossier.

⁴⁷ Deze termijn geldt vanaf de datum van afsluiting van de klachtenprocedure. Wanneer echter valt te voorzien dat men na verloop van tijd op de zaak terugkomt, is een langere bewaartermijn gerechtvaardigd.

Hoofdstuk 2

Omgang van de zorgverlener met de klager⁴⁸

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 2* zijn dit:

Proeftuinen

- De Geestgronden
- Reinier de Graaf Groep (doelstelling 2)
- Stichting Zorgbeheer de Zellingen (doelstelling 2)

Praktijkvoorbeelden

- Academisch Ziekenhuis Groningen
- Circonflex
- Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
- St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein

Inleiding

Het directe contact tussen zorgverlener en klager is bij uitstek de plaats voor een effectieve reactie op klachten. De zorgverlener kan rechtstreeks achterliggende vragen beantwoorden, opheldering geven bij misverstanden of problemen trachten op te lossen.

Hier ligt dus de kans om snel, zonder formalisering of escalatie, te reageren op (mogelijke) klachten. Daarom wordt de klager gestimuleerd de zorgverlener of aangeklaagde rechtstreeks aan te spreken.

De zorgaanbieder schept mede de voorwaarden⁴⁹ zodat de zorgverlener zelf effectief met klachten van de cliënt kan omgaan.⁵⁰ Deze randvoorwaarden zijn deels al in *hoofdstuk 1*

⁴⁸ Was het vorige hoofdstuk vooral gericht op de zorgaanbieder (directie; voor aanbod en organisatie van de zorg verantwoordelijke), in dit hoofdstuk is de zorgverlener (degene die daadwerkelijk de zorg verleent) de focus. Zie ook de omschrijving in de begrippenlijst in *bijlage 4*.

⁴⁹ Zie ook *De Haes e.a.* In: *Communiceren met patiënten*. Maarssen, 1999, hoofdstuk 1.

⁵⁰ De randvoorwaarden in de zin van bevordering van effectieve communicatie door zorgverleners en voorlichting aan cliënten (mede ter afstemming van verwachtingen en voorkoming van misverstanden als ontstaansbronnen van onvrede) blijven hier buiten beschouwing. De focus van de richtlijn is immers niet de goede omgang met de cliënt binnen het proces van zorgverlening, maar de omgang met de klager.

genoemd: zorgvuldige omgang met de privacy, kennis van de klachtenregeling, opvang en ondersteuning van de aangeklaagde en bevorderen van een open cultuur inzake klachten. De zorgverlener draagt binnen dat kader een eigen, professionele verantwoordelijkheid voor de effectieve omgang met klachten. Dit tweede hoofdstuk van de richtlijn bevat dan ook de aanbevelingen aan het adres van de zorgverlener (medewerker) als het gaat over diens omgang met klachten.⁵¹

In het contact tussen zorgverlener en cliënt, in hetgeen zij over en weer van elkaar en van zichzelf verwachten, lijkt in de praktijk sprake van een discrepantie tussen beleving en rationaliteit van de klacht.

Een cliënt verwacht doorgaans geen onfeilbaarheid van de zorgverlener, maar wel een eerlijk en correct antwoord. Wanneer cliënten klachten aan de orde stellen, willen zij doorgaans erkenning en herkenning van hun last en gevoelens, toegeven van een ongewenst beloop van de behandeling.⁵²

Tegelijkertijd verwachten cliënten veel van een zorgverlener. Blijft het gewenste of verwachte resultaat van de zorg uit, dan is een deel van hen geneigd om dit aan de zorgverlener toe te schrijven. Het onderscheid tussen complicatie en fout is voor cliënten niet altijd zo duidelijk. Bovendien spelen bij hen – vanwege het ziek zijn en de gevolgen daarvan – vaak onzekerheid en emoties mee.

De zorgverlener, met name de arts, heeft doorgaans geleerd om te denken in termen van oorzaak en gevolg, van goed versus fout.⁵³ Anderzijds weet hij dat bij zorgverlening en medisch handelen altijd risico's en onzekerheden spelen; fouten zijn dan ook een onderdeel van het vak.⁵⁴ De status van de professe en het door de cliënt gegeven vertrouwen – soms ook het overdragen van verantwoordelijkheid – leggen een extra druk op de zorgverlener om 'onfeilbaar' te lijken. Een uiting van onvrede kan de zorgverlener dan ervaren als beschuldiging.

Hiermee lijken de ingrediënten gegeven voor flinke miscommunicatie tussen zorgverlener en cliënt, zodra sprake is van klachten. Niet voor niets wordt vaak gesteld dat communicatie de bepalende factor is bij het ontstaan van klachten.⁵⁵ Beide 'partijen' hebben daarin een aandeel.

51 *De onderscheiden rol en verantwoordelijkheid van zorgaanbieder en zorgverlener/medewerker geldt met name bij instellingen. De instelling c.q. het management is op organisatieniveau verantwoordelijk voor de juiste condities, de zorgverlener draagt verantwoordelijkheid voor zijn eigen handelen binnen deze context. Bij vrijgevestigde zorgaanbieders die werken vanuit een eigen, kleine praktijk, vallen de rollen van zorgaanbieder en zorgverlener (en aangeklaagde) samen.*

52 *Everdingen JJE van, e.a. Omgaan met fouten. In: Haes JCJM, Hoos AM, Everdingen JJE van (red). Communiceren met patiënten. Maarssen, 1999:203. Zie ook Sluijs EM e.a.: 2004. Zie ook de in hoofdstuk 1 genoemde doelen van klagers.*

53 *Zie onder meer: H. Büller, lezing op symposium 'Omgaan met klachten' van 26 november 2003. Zie ook Lens P (red). Zieke dokters. Utrecht, 1999.*

54 *Haes de, e.a. 1999:193 e.v.*

55 *Haes de, e.a. 1999:186 e.v.*

Niettemin mag van de zorgverlener worden verwacht dat deze professioneel omgaat met klachten.⁵⁶

Om dit te kunnen doen, is het van belang dat hij zich bewust is van de bijzondere – andere – dynamiek van zijn relatie met de cliënt zodra deze – direct of indirect – een klacht aan de orde stelt. Binnen de behandel- of zorgrelatie is de zorgverlener de deskundige, adviseur en boodschapper. Hij zit in de plus-positie, de cliënt in de min-positie.⁵⁷

Zodra de cliënt zich opstelt als klager, zet hij de zorgverlener in de min-positie en (daardoor) zichzelf in de plus-positie. Probeert de zorgverlener vervolgens weer het overwicht te krijgen in deze ‘klachtrelatie’ – bijvoorbeeld door in de rol van deskundige te blijven, te negeren, bagatelliseren of intimideren – dan leidt dit tot escalatie. Beide partijen gaan elkaar benaderen vanuit de behoefte om de bovenhand te hebben/houden. Niemand krijgt gelijk.

De uitdaging voor de aangeklaagde zorgverlener is om zo op te treden dat een plus-plus-relatie kan ontstaan, gericht op effectieve oplossing van het ontstane probleem.⁵⁸ De aanbevelingen zijn hier mede op gericht.

Uiteraard is daarmee niet gezegd dat de volledige verantwoordelijkheid voor de effectieve omgang met klachten bij de zorgverlener berust.⁵⁹

Aanbeveling 2A

De zorgverlener bevordert een klimaat waarin de cliënt zich vrij voelt om klachten te uiten.

Basis

Uit onderzoek blijkt dat een open klimaat bevorderlijk is voor het vertrouwen in de behandeling en de informatieverstrekking door de cliënt. Deze zijn weer van belang voor een goede anamnese en voor therapietrouw.⁶⁰

⁵⁶ Hierover is inmiddels de nodige jurisprudentie ontwikkeld. Zo stelt de rechter dat professionele hulpverleners een zeker begrip moeten kunnen opbrengen voor onaangenaam gedrag van een vertegenwoordiger (of patiënt) die emotioneel en geestelijk moeilijke perioden doormaakt (Arrondissementsrechtbank Den Bosch d.d. 29 november 2001). De communicatie met de patiënt mag niet in gevaar komen of escaleren vanwege uitingen van irritatie door de zorgverlener (CTC d.d. 4 april 2000; RBR NMT d.d. 27 februari 2002; RTC Eindhoven d.d. 22 januari 2004). Het is niet toegestaan de behandelingsrelatie te verbreken omdat de patiënt een klacht indient (RTC Eindhoven d.d. 7 juli 1999). Tuchtinstaties wegen de opstelling van de zorgverlener in de klachtenprocedure mee bij het bepalen van de zwaarte van de maatregel.

⁵⁷ In de relatie arts-patiënt, zorgverlener-cliënt is per definitie sprake van asymmetrie, waarbij ook nog sekse- en cultuurverschillen van invloed zijn (zie o.a. Meeuwesen. Spreekuur of zwijguur, 1988). De dynamiek in een relatie vanuit plus- en min-posities is met name beschreven door Leary (1989).

⁵⁸ Zie ook literatuur over conflictantering en onderhandelen, o.a. Prein (Trainingsboek Conflictantering en Mediation. Houten, 2002) en MacGillavry (In: Handboek Mediation. Den Haag, 2003).

⁵⁹ De cliënt/klager heeft draagt hierin een eigen verantwoordelijkheid (zie o.a. Van Wijmen over goed patiëntschap en de Modelregeling relatie arts-patiënt van KNMG en NPCF). Hij dient – ongeacht het begrip dat hij voor zijn eigen emoties mag verwachten – de aangeklaagde met respect tegemoet te treden en extreme uitingen van onvrede (dreiging, mishandeling, ‘stalking’ e.d.) na te laten. Ook mag hij niet van de zorgverlener eisen dat deze hem zonder meer gelijk geeft als deze zelf de overtuiging heeft zorgvuldig en naar behoren te hebben gehandeld. Voor dit ‘gelijk’ dient hij zo nodig andere instanties aan te spreken (klachtencommissie, schadeverzekeraar, tuchtrechter e.d.).

⁶⁰ Zie o.a. Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. Rotterdam, 1991. Meeuwesen L. Spreekuur of Zwijguur. Nijmegen, 1988. Zie ook de jurisprudentie genoemd in voetnoot 44.

Een open klimaat bevordert bovendien dat de cliënt eventuele onvrede op de plaats van ontstaan aan de orde stelt. Daarmee krijgt de zorgverlener de kans zijn verantwoordelijkheid te nemen en zijn formele, tijdrovende klachtenprocedures te voorkomen.

Toelichting

Een cliënt die weet dat hij 'mag' klagen en de zekerheid heeft dat hij daarvoor niet wordt afgestraft, heeft per definitie minder reden tot klagen. Hij kan in een vroeg stadium twijfels, onzekerheden en kanttekeningen ter plekke kwijt. Daardoor is het ook minder noodzakelijk om eerst elders zijn 'gelijk' te halen en zichzelf als het ware sterk te maken voordat de betrokken zorgverlener in kennis wordt gesteld van de klacht.⁶¹

Suggesties

Enkele ideeën om een open klimaat voor uiting van eventuele onvrede te bevorderen, zijn:

- in het kennismakingsgesprek de zorgverlener expliciet laten bespreken dat hij het op prijs stelt wanneer de cliënt eventuele twijfels of onvrede inbrengt. Daarbij kan hij tevens aangeven dat hij wellicht niet altijd meteen tijd heeft om daar op in te gaan, maar dan altijd een afspraak voor verdere bespreking zal maken (reële verwachtingen wekken);
- medewerking verlenen aan tevredenheidsonderzoek, waarbij de cliënt meteen feedback kan geven op een consult;⁶²
- in cliëntenboekjes en -folders steeds aangeven dat de cliënt bij vragen of twijfels terecht kan bij de zorgverlener;
- zorgverleners bewust maken van het feit dat ingaan op vragen en onvrede in eerste instantie tijd lijkt te kosten, maar op de langere termijn veelal tijd bespaart (door voorkomen van miscommunicatie, klachtgesprekken en klachtenprocedures).

Aanbeveling 2B

Wanneer een cliënt uiting geeft aan onvrede, gaat de zorgverlener hierover open met hem in gesprek.

Basis

Uit onderzoek blijkt dat 25-40% van degenen die een schadeclaim indienen, dit niet zouden hebben gedaan als ze meer informatie en medeleven hadden gekregen bij het aan de orde

⁶¹ Zie ook proces zoals beschreven door Verkruijsen (Groningen, 1993). Uit zijn onderzoek komt o.a. naar voren dat eerst sprake is van niet-welbevinden van de cliënt, dat pas na wegen van positieve en negatieve ervaringen en consultatie van 'derden' het karakter van een ontevredenheid krijgt.

⁶² Een aardig voorbeeld hiervan is het onderzoek in enkele ziekenhuizen naar polikliniekconsulten, zoals beschreven in Medisch Vandaag van 17 december 2003. Ook de bij dit onderzoek betrokken specialisten geven aan dit type van directe feedback te waarderen.

stellen van hun klacht. Soortgelijke bevindingen komen ook naar voren in ander onderzoek als het gaat om indiening van klachten bij de tuchtrechter of de WKCZ-klachtencommissie.⁶³

Toelichting

Naarmate een cliënt zich veiliger voelt in de relatie met de zorgverlener, zal hij eerder en op een meer rechtstreekse wijze uiting geven aan eventuele twijfels of onvrede. Is dat niet het geval, dan zullen eerder indirecte uitingen plaatsvinden, zoals wegstijgen, aarzelen, een afspraak afzeggen, wegblijven. Bovendien is het zo dat cliënten zich vaker pas na afloop bewust zijn van hun onvrede of hun eigen reactie als onvrede gaan benoemen.⁶⁴

Cliënten hebben veel meer dan zorgverleners zelf de indruk dat zij uiting geven aan onvrede, maar dat de zorgverlener daar niet adequaat op reageert.⁶⁵ Het is dus zaak om uitingen van onvrede als zodanig te leren herkennen.

Bij een (herkende) uiting van onvrede is vervolgens een bepaalde aanpak van het gesprek hierover gewenst. Daarbij staan alertheid, een niet-verdedigende houding en oog voor ‘het verhaal van de klager’ voorop.⁶⁶

Bij communicatie tussen zorgverlener en klager is het adagium: achter elk verwijt ligt een verlangen. Dat geldt voor het verwijt van de klagende cliënt aan de zorgverlener; dat geldt ook voor het ‘verwijt’ van de zorgverlener aan de klager.

Vinden partijen elkaar in hun – gelijke of wederzijdse erkende – verlangens, dan is een gesprek over de klacht mogelijk. Dit is de basis voor een bevredigende oplossing of regeling.

Suggesties

Om open in gesprek te gaan met een cliënt die uiting geeft aan onvrede, kan de zorgverlener overwegen om:

- alert en uitnodigend te reageren bij eventuele eerste – indirecte – uitingen van onvrede, zoals vragen stellen, wegstijgen, een afspraak afzeggen. De zorgverlener kan dan vragen of de cliënt ergens mee zit;⁶⁷

⁶³ Diverse onderzoeken van het NIVEL; evaluatie WKCZ (1999); Verkruijsen (1993).

⁶⁴ Zie o.a. proces zoals beschreven door Verkruijsen (1993); zie ook onderzoek Galestien (2000).

⁶⁵ Zie onderzoek Timmers (1986): patiënten stellen 46% van de vragen en 27% van de klachten n.a.v. behandelcontacten rechtstreeks bij de betrokken zorgverlener zelf aan de orde. In ruim 60% van deze gevallen heeft dit naar hun mening niet het gewenste resultaat.

⁶⁶ Zie o.a. brochures KNMG en MediRisk, *Communiceren met patiënten*, enzovoort. De stappen in het gesprek met de klager zijn kort als volgt aan te geven:

- Reageer meteen, stel het gesprek over onvrede niet uit of maak hiervoor snel een afspraak.
- Laat de cliënt zijn verhaal doen, vraag op een niet-defensieve manier om verduidelijking, neem hier de tijd voor.
- Check of u het verhaal van de cliënt heeft begrepen.
- Laat merken dat u het jammer vindt dat de cliënt ontevreden is en dat u dat graag anders zou willen zien.
- Zeg dat u graag uitleg wilt geven; vraag of de cliënt die uitleg nu wil of later c.q. op een andere manier.
- Geef uitleg, licht het eigen gedrag toe en geef aan wat u van uw kant aan de onvrede zou kunnen doen.
- Vraag uitdrukkelijk na hoe de cliënt/klager hier tegen aan kijkt.
- Als de klager tijd nodig heeft om het te laten bezinken, respecteer dit dan; maak een afspraak voor een vervolcontact.

⁶⁷ Stap dus over op communicatie op betrekkningsniveau (zie ook Hoos e.a. In: Haes de e.a., 1999:23).

- wanneer de cliënt later uiting geeft aan onvrede, niet te vragen waarom hij daar niet meteen mee is gekomen;
- duidelijk te zijn wanneer, op het moment van uiting van onvrede, de tijd voor een gesprek hierover ontbreekt. Het is belangrijk dan de redenen te noemen en meteen een afspraak te maken voor het vervolcontact hierover. De tijd tussen uiting van onvrede en (vervolg)gesprek moet kort zijn;
- de cliënt te vragen om een ‘adem Pauze’ wanneer hij merkt dat zijn eigen emoties vanwege de klacht sterk meespelen. Zo kan hij wat later op een goede manier met de cliënt verder praten. Voor dit vervolgesprek maakt de zorgverlener meteen een duidelijke afspraak;
- alleen excuses aan te bieden als hij als zorgverlener zelf ook vindt dat dit aan de orde is. De zorgverlener biedt dus niet excuses aan om de vrede te bewaren of om ‘ervan af te zijn’.

Een open houding van de zorgverlener impliceert niet dat deze alles toelaat of dat hij van de kant van de cliënt geen zorgvuldige omgang met hem mag verlangen. De zorgverlener mag bijvoorbeeld:

- van de cliënt verlangen dat deze zich over zijn onvrede uit op een niet-grievende wijze en met respect voor de persoonlijke integriteit;
- een uitwisseling via de persmedia over de klacht afwijzen omdat deze niet het karakter kan hebben van een echte dialoog;
- zich beschermen tegen fysieke bedreiging en psychische druk van de kant van de cliënt.

Bij dit alles kan de zorgverlener wel steeds duidelijk aangeven dat hij bereid is tot een open gesprek, eventueel met inzet van een neutrale ‘derde’, en ook dat hij bereid is om zijn handelen te laten toetsen via de daarvoor gebruikelijke instanties.

Aanbeveling 2C

Ingeval sprake is van een fout of een complicatie, bespreekt de zorgverlener dit uit zichzelf met de cliënt.

Basis

In de WGBO (vereiste van goed hulpverlenerschap en plicht tot informatieverstrekking) ligt de basis voor het actief informeren van een cliënt over een fout of complicatie.⁶⁸ De zorgverlener doet dit uit zichzelf, ongeacht of de cliënt zelf vragen stelt of een klacht indient.

⁶⁸ In de algemene literatuur over fouten en complicaties zijn de volgende omschrijvingen te vinden:

- *Fout of error: alle gevallen of situaties waarin een (behandelings)plan niet het beoogde resultaat tot gevolg heeft, zonder dat dit aan het toeval kan worden geweten. Er kan sprake zijn van een fout in de uitvoering van een plan, of het plan zelf kan verkeerd zijn, waardoor het beoogde resultaat niet wordt bereikt.*
- *Complicatie: een complicatie is een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be-)handelen noodzakelijk is, dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.*

De aanbeveling om open te communiceren over fouten en complicaties is ook terug te vinden in het Kwaliteitsmanifest van de KNMG⁶⁹ en in de (nieuwste) aanwijzingen van schadeverzekeraars.⁷⁰

Toelichting

Veel zorgverleners hebben, naast een plicht, ook de wens om open met hun cliënten te communiceren. Dit sluit aan bij hetgeen ook cliënten verwachten en willen.⁷¹

In geval van fouten en complicaties kan een open communicatie extra moeilijk zijn. De zorgverlener opereert in het spanningsveld tussen zijn wens tot openheid, zijn informatieplicht, de plicht om eventuele schade voor de cliënt te voorkomen, de voorwaarden van schadeverzekeraar en het belang om zich te vrijwaren voor de juridische valkuilen.⁷² Bovendien hebben cliënten, zorgverleners en schadeverzekeraars of juristen elk hun eigen definities van het begrip 'fout'. Dat is aanleiding tot veel misverstanden. Fout gedaan is nog niet fout gedaan; fout gedaan is nog niet verwijtbaar. Oftewel: er is niet sprake van een automatisch verband tussen 'tegenvaller' en schuld.⁷³

Op dit moment zijn er initiatieven (onder andere in gesprekken tussen KNMG en IGZ) om artsen meer ruimte te geven gemaakte fouten toe te geven of te melden. Dit is eens te meer wenselijk nu uit onderzoek ook blijkt dat bij 90% van de klagers een eventuele financiële vergoeding niet het doel is.⁷⁴

Suggesties

Enkele tips voor acties die zorgverleners zouden kunnen overwegen, zijn:

- hoe dan ook zelf het initiatief nemen om een complicatie of fout met de cliënt te bespreken en dit snel na het gebeurde te doen;
- bij twijfel ruggespraak houden met een collega of leidinggevende;
- zo nodig ruggespraak houden met de schadeverzekeraar, zonder daarbij de privacy van de cliënt te schaden;⁷⁵
- aan de cliënt/klager zo nodig uit te leggen waarom de zorgverlener wel informatie over feiten en eigen overwegingen kan geven, maar geen kwalificaties (en dus niet altijd een direct antwoord kan geven op vragen als: heeft u een fout gemaakt?);

⁶⁹ Verschenen in 2003 bij de KNMG te Utrecht.

⁷⁰ Zie o.a. brochure van MediRisk 'Omgaan met fouten en claims' en Van Dieten-Boot in MediRisk Magazine van oktober 2003. Zie ook artikel in Medisch Contact over 'blamefree' melden (Molendijk, Isala Klinieken Zwolle).

⁷¹ Zie o.a. NIVEL-onderzoek 2004, Sluijs EM e.a.

⁷² Zie ook de uitspraak van de Rechtbank Zwolle d.d. 6 november 2002 (rolnr. 71941 HA ZA 01-1367) waarin de rechter een schadeclaim toewijst vanwege de eigen uitlatingen van de arts, ongeacht de deskundigenrapporten waaruit niet blijkt dat sprake is van verwijtbaar handelen.

⁷³ Zie voor een verdere uitleg van begrippen o.a. Vugt van. Medische missers, fouten en complicaties in het beslisproces. In: Medisch Contact 2001, nr. 1.

⁷⁴ Klaver L. De stille na een klacht. In: Mediator d.d. september 2004:26-7 (n.a.v. NIVEL-onderzoek 2004).

⁷⁵ Zie ook artikel van Van Dieten-Boot. Sorry seems to be the hardest word (MediRisk Magazine, oktober 2003:3-5) met de daarin opgenomen aanwijzingen.

- het gebeurde melden bij de MIP- of FONA-commissie⁷⁶ of een andere geëigende instantie⁷⁷ en dit ook aan de cliënt laten weten;
- bij – onvoorzien – overlijden altijd een gesprek voeren met de nabestaande(n). Dit zou snel na het gebeurde moeten plaatsvinden. Daarbij kan de zorgverlener aangeven dat hij ook later tot gesprek bereid is als men daaraan behoefte heeft;
- dit zo nodig bevestigen in een brief wanneer sprake is van een emotioneel beladen contact of wanneer de behandelaar door omstandigheden de nabestaanden niet meteen zelf heeft kunnen spreken.

Aanbeveling 2D

De zorgverlener betreft anderen bij het gesprek over de klacht als dit bevorderlijk is voor een goede afhandeling.

Basis

De ervaring leert dat de aanwezigheid van een ‘derde’ een goed verloop van het klachtgesprek kan bevorderen of een vastgelopen dialoog kan vlottrekken. Deze ‘derde’ kan de rol hebben van intermediair of van ondersteuner.

Toelichting

Het betrekken van een ‘derde’ is niet bedoeld ter versterking van de eigen stellingen, maar om meer openheid te bevorderen. Het is niet een zwakgebod, maar juist een teken van professioneel gedrag.

Wanneer binnen de relatie sprake is van emotionele onbalans (bijvoorbeeld omdat de cliënt zich bedreigd of de mindere voelt), is dit geen goede basis voor een klachtgesprek. Kan de cliënt een begeleider meenemen, dan voelt hij zich zekerder. Deze begeleider hoeft in het gesprek zelf geen erg actieve rol te hebben.

Naast de figuur van ondersteuner is het ook mogelijk om een neutrale tussenpersoon in te schakelen. Deze moet uiteraard het vertrouwen van zowel cliënt als zorgverlener hebben.

De zorgverlener stemt altijd tevoren met de cliënt af over de betrokkenheid van een ‘derde’; doet hij dit niet, dan wordt dit ondanks alle goede bedoelingen opgevat als ‘overval’ (zie ook de toelichting over plus- en min-posities in de inleiding van dit hoofdstuk).

⁷⁶ Deze onderzoekt de zaak vanuit een ander oogpunt dan een klachtencommissie of schadeverzekeraar, maar de melding op zich en de mededeling daarover aan de cliënt is een duidelijk signaal dat de zorgverlener openheid wil betrachten. Dit voorkomt (escalatie van) onvrede.

⁷⁷ Denk bijvoorbeeld aan de melding van calamiteiten bij de eigen directie en (eventueel via deze) bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- de klager te vragen of hij het prettig vindt iemand mee te nemen naar het klachtgesprek. Dit kan een vertrouweling van de cliënt zijn, maar ook bijvoorbeeld de huisarts, een verpleegkundige of verzorgende (mits de cliënt in deze vertrouwen heeft), de cliënten- of patiëntenvertrouwenspersoon;
- voor te stellen om de klachtenfunctionaris (of bemiddelaar) bij het gesprek te betrekken. Daarbij kan zo nodig kort worden uitgelegd wat de functie is van deze en kan een afspraak worden geregeld tussen cliënt en klachtenfunctionaris voor kennismaking en voorbereiding. Zie verder *hoofdstuk 4* over bemiddeling.

Aanbeveling 2E

De zorgverlener kent de mogelijkheden voor cliënten om elders klachten aan de orde te stellen. Zo nodig informeert hij de klager hierover.

Basis

Wanneer een klachtgesprek niet naar wens verloopt of wanneer de klager aangeeft dat hij op andere wijze werk wil maken van zijn onvrede, heeft de zorgverlener een eigen verantwoordelijkheid om de klager daarvoor de juiste weg te wijzen. Bovendien bevordert dit het aanzien van openheid en voorkomt de zorgverlener daarmee mogelijk escalatie.

Toelichting

De verantwoordelijkheid van de zorgverlener beperkt zich hier tot globale informatie en tot een adequate verwijzing naar het juiste adres. Van de zorgverlener kan niet worden verwacht dat hij alle 'ins en outs' van interne en externe klachtenprocedures kent. Daarom volstaat een verwijzing naar de klachtenfunctionaris of het IKG.

De zorgverlener heeft wel de volle verantwoordelijkheid voor de wijze waarop hij andere klachtmogelijkheden noemt en verwijst. Hij doet dit op een niet-defensieve wijze en plaatst daarbij geen opmerkingen over het 'gelijk' van hemzelf of de klager.

Suggesties

Met betrekking tot informatieverschaffing over de mogelijkheden voor een cliënt om zijn klacht aan de orde te stellen, kan de zorgverlener overwegen om:

- met de klachtenfunctionaris afspraken te maken over wie, welke informatie en welk advies zal geven aan eventuele klagers. Daarbij kunnen ook afspraken worden gemaakt over ver-

wijzing over en weer en wat zorgverlener en klachtenfunctionaris van elkaar kunnen en mogen verwachten.⁷⁸

Aanbeveling 2F

Wanneer de klager zijn klacht bij een klachteninstantie kenbaar maakt, geeft de aangeklaagde zorgverlener aan dat hij bereid is tot een gesprek. Hij draagt zorg voor een zakelijk verweer.

Basis

De ervaring leert dat een niet-defensieve reactie en actieve houding van de aangeklaagde bijdraagt aan deëscalatie en aan een informele oplossing van klachten. Dat geldt ook ingeval de klager zijn klacht niet rechtstreeks, maar via een ander kanaal aan de orde stelt.

Een zakelijk verweer, waaruit blijkt dat de aangeklaagde open staat voor bespreking en toetsing van zijn handelen, bevordert een snelle afhandeling van de zaak en voorkomt onnodige belasting van alle betrokkenen. Bovendien blijkt dat de tuchtrechter de opstelling van de aangeklaagde in de procedure betreft bij zijn oordeel en bij de bepaling van eventuele sancties.⁷⁹

Toelichting

Ongeacht een open houding en goede intenties van de zorgverlener gebeurt het dat klagers niet rechtstreeks, maar via een andere instantie (bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon, klachtenfunctionaris, klachtencommissie of een IKG) hun klachten aan de orde stellen. Daar ligt bij de klager vaker een gevoel van onveiligheid of onzekerheid aan ten grondslag.⁸⁰ Een afstraffing door de aangeklaagde van deze indirecte uiting van de klacht (met verwijten, met kwalificaties van zijn eigen houding als open e.d.) werkt averechts.

Het is zeer voorstelbaar dat een zorgverlener zich gekwetst voelt door de indiening van een klacht. Mede daarom is het van belang dat hij daarvoor voldoende (emotionele) opvang krijgt. Dat neemt niet weg dat het uiten van deze gekwetstheid in de klachtenprocedure zelf niet-effectief of zelfs onprofessioneel kan zijn. De zorgverlener dient zijn eigen belang en dat van de klager wanneer hij aangeeft altijd bereid te zijn tot een gesprek, eventueel met inzet van een 'derde' zoals de klachtenfunctionaris.

Het verweer dat de aangeklaagde voert, voldoet aan de regels die ook gelden voor een effectief klachtgesprek.⁸¹

78 Bijvoorbeeld: betreft de onvrede een andere zorgverlener, verwijst de zorgverlener de klager dan naar zijn collega of naar de klachtenfunctionaris? Wanneer en onder welke voorwaarden 'rapporteert' de klachtenfunctionaris de verwijzende zorgverlener wel/niet over zijn gesprek met de klager? Stuurt de klachtenfunctionaris de klager direct door naar de zorgverlener of seint hij deze eerst in? Enzovoort.

79 Zie o.a. uitspraak van het CTC d.d. 10 september 2002 en uitspraak RTC Eindhoven d.d. 22 januari 2004.

80 Zie ook beschrijving van dit proces van evalueren en indekking zoals beschreven door Verkruisen (1993).

81 Zie ook *Doppegieter (Medisch Contact van 22 juni 2001:981-3, Bonke (MC van 20 januari 1995:9-10), KNMG-brochure 'Arts en omgaan met fouten'; Van Berchum: Een kwestie van vertrouwen (Utrecht 2000).*

Suggesties

Tips voor een actief en zakelijk verweer zijn:

- snel reageren, maar niet reageren vanuit de emotie;
- lukt dit niet: de zaak even laten rusten en elders afreageren (zie ook *aanbeveling 1P*);
- eventueel een gesprek aanbieden;
- zo nodig ondersteuning zoeken (emotioneel, informatief, inhoudelijk, procedureel);
- meewerken aan de klachtenprocedure (tijdig schriftelijk verweer, deelname aan bemiddeling, deelname aan hoorzitting);
- realiseren dat de klager altijd een afschrift van het verweer krijgt;
- binnen aangegeven termijnen reageren;
- niet verdedigen, niet bagatelliseren;
- niet te veel vaktermen gebruiken (of deze uitleggen);
- op elk klachtonderdeel reageren;
- bij het verweer duidelijk feiten, motieven en meningen onderscheiden;
- zich bij het verweer beperken tot de zaken die op dat moment aan de orde zijn gesteld;
- geen ‘trap na’ geven en niet psychologiseren;
- uiting geven aan medeleven en (als dat aan de orde is) excuses aanbieden.

Aanbeveling 2G

Bij klachten over anderen reageert de zorgverlener niet afwijzend of oordelend.⁸²
 Hij adviseert de klager om zijn onvrede op de juiste plaats en/of bij de juiste persoon aan de orde te stellen. Zo nodig geeft hij de wegen hiervoor aan.

Basis

De zorgverlener bevordert zo dat de klacht (alsnog) rechtstreeks wordt geuit bij de zorgverlener waarover het gaat. Dit draagt doorgaans het meest bij tot een effectieve oplossing, met behoud van de eigen verantwoordelijkheid van elke zorgverlener voor – toelichting op – zijn handelen. Dit principe geldt ook als de zorgverlener zelf ‘klachten’ heeft over handelwijze of prestaties van andere zorgverleners. Een integere omgang met de cliënt en met collega’s vereist dat de zorgverlener zijn eventuele kritiek rechtstreeks met de betrokkene bespreekt – niet indirect via de cliënt.

Toelichting

Wanneer een klager zijn klachten in eerste instantie elders bespreekt en de betrokken zorgverlener hier helemaal niet op ingaat, dreigt het gevaar van verwarring over de boodschap. De klager weet niet of de boodschap luidt: ik wil niet praten over klachten of ik wil dat het

⁸² *Het kader van een second opinion en de regels voor een professionele handelwijze daarbij blijven hier buiten beschouwing.*

gesprek niet over het hoofd van de betrokkene zelf plaatsvindt. Deze onzekerheid kan het vertrouwen in een open klimaat rondom klachten aantasten. Cliënten krijgen dan het gevoel dat zorgverleners ‘elkaar toch maar de hand boven het hoofd houden’.

De zorgverlener die te maken krijgt met een klacht over een ander, legt dus uit dat hij het belangrijk vindt dat de klacht op de juiste plaats wordt besproken.

Suggesties

Als een zorgverlener een klacht ontvangt over andere zorgverleners, kan hij overwegen om:

- aan te geven dat het belangrijk is om dit rechtstreeks met de betrokkene te bespreken;
- wanneer de cliënt aangeeft dat hij dit moeilijk vindt, de cliënt te wijzen op de mogelijkheden van bijstand hierbij (eigen huisarts; klachtenfunctionaris, IKG, enzovoort);
- als de cliënt de mening vraagt over het werk van een collega, te zeggen dat hij eventueel wel een mening wil geven, maar dan niet achter de rug van de betreffende collega om;⁸³
- als hij vindt dat een collega niet goed heeft gehandeld, dit niet via de cliënt aan de orde te stellen. In dat geval kan hij de cliënt zo nodig toestemming vragen om contact op te nemen met de betreffende collega om de eigen kritiek met deze te bespreken.⁸⁴ De cliënt dient in elk geval te weten dat contact met de andere zorgverlener plaatsvindt.

Aanbeveling 2H

Informatie over een klachtgesprek of -procedure wordt in principe niet in het cliëntendossier opgenomen.

Basis

Wanneer informatie over de klacht(afhandeling) in het cliëntendossier staat, kan dit tot aantasting van de privacy van de cliënt leiden. Het cliëntendossier bevat alleen die informatie die in het kader van de (kwaliteit en continuïteit) van de behandeling van het gezondheidsprobleem van belang is.

Toelichting

Het cliëntendossier mag worden ingezien door anderen die betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt. Gegevens over klachten en klachtenprocedures vallen buiten het kader van (het doel van) het dossier. De bekendheid bij anderen dat sprake is van een klachtenprocedure, kan het belang van de cliënt schaden. Deze heeft er immers recht op dat elke zorgverlener hem onbevooroordeeld tegemoet treedt.

⁸³ Dit ervan uitgaande dat de zorgverlener terzake deskundig is. Is dat niet het geval, dan zegt hij duidelijk dat hij daarover niet kan oordelen, maar dat het wel belangrijk is om de klacht rechtstreeks met de betrokkene te bespreken.

⁸⁴ Dit is aan de orde wanneer het bij de klacht een zorgverlener betreft die niet rechtstreeks betrokken is bij de behandeling van het gezondheidsprobleem waarvoor de cliënt op dat moment contact heeft.

De zorgverlener kan aantekeningen van een klachtgesprek of stukken van een klachtenprocedure bewaren in een apart klachtdossier; eventueel kan dit ook bij zijn werkaantekeningen.

In bepaalde gevallen kan het (bijvoorbeeld voor een goed begrip van de emotionele situatie van de cliënt en diens naasten) van belang zijn dat in het cliëntendossier ook informatie over de klacht is opgenomen. In dat geval bespreekt de zorgverlener de reden hiervoor met de cliënt en laat hij ook zien welke informatie hij noteert of opneemt in het dossier. Zo voorkomt de zorgverlener dat de cliënt zich overvallen en zich door de zorgverlener in een kwaad daglicht gesteld voelt.

Leidt de bespreking van een klacht tot afspraken over de verdere behandeling van het gezondheidsprobleem, dan horen deze uitspraken uiteraard wel thuis in het cliëntendossier. Echter, ook dan is het niet relevant te vermelden dat deze afspraken zijn gemaakt naar aanleiding van een klacht.

Suggesties

Met betrekking tot het bewaren van informatie over een klachtgesprek of -procedure kan worden overwogen om:

- informatie over klachten, claims en andere signalen van onvrede in een aparte map te bewaren. Zo staat ook meteen de informatie bij elkaar die in het kader van kwaliteitsverbetering op basis van klachten van belang is;
- wel zorg te dragen voor goede bewaring van deze map (vanwege de privacy van klagers en van de zorgverlener zelf).

Aanbeveling 21

In bepaalde gevallen verdient het aanbeveling dat de zorgverlener een klacht bespreekt met een collega of binnen een groep van collega's. De privacy van de klager wordt daarbij zoveel mogelijk beschermd.

Basis

De aangeklaagde heeft in de klachtenprocedure voor cliënten een eigen recht op bijstand en het recht om zich te kunnen verweren. Daarnaast kan bespreking van de klacht (met name de achterliggende gebeurtenis of handeling) van belang zijn in het kader van kwaliteitsbeleid. De zorgverlener is daarbij echter gehouden aan zijn geheimhoudingsplicht en respecteert de privacy van betrokkenen.

Toelichting

Wanneer de zorgverlener een klacht met anderen bespreekt, is dit in veel gevallen mogelijk zonder dat daarmee zijn geheimhoudingsplicht in het geding komt. De zorgverlener kan zijn aanpak van een (dreigende) klacht met een collega, de klachtenfunctionaris of een andere

ondersteuner bespreken zonder dat hij daarbij naam en toenaam van de cliënt of de klager noemt of zonder dat deze herkenbaar zijn. Dat geldt ook voor het beschikbaar stellen van dossiergegevens aan een deskundige, bijvoorbeeld zodat de zorgverlener bij twijfel over zijn eigen handelwijze feedback van een ander kan krijgen.

Wanneer de zorgverlener toch tot de persoon herleidbare informatie doorgeeft aan 'derden', schendt hij zijn geheimhoudingsplicht. Dat is alleen toegestaan wanneer sprake is van een zwaarder wegend belang.⁸⁵ Bovendien gelden daarbij bepaalde zorgvuldigheidseisen.⁸⁶

Suggesties

Het is te overwegen om het de cliënt altijd te laten weten wanneer men (buiten het kader van de directe behandeling of verzorging) tot zijn persoon herleidbare informatie wil bespreken met anderen. Daarbij kan de zorgverlener aangeven wie die anderen zijn en waarom hij dit doet. Het is raadzaam de cliënt expliciet om toestemming te vragen of na te gaan of de cliënt een machtiging hiertoe heeft gegeven.⁸⁷

Aanbeveling 2]

De zorgverlener heeft de wens om lering te trekken uit klachten en fouten. Hij onderneemt activiteiten die dit bevorderen.

Basis

Een kenmerk van professionaliteit is dat de zorgverlener bereid is om lering te trekken uit fouten en klachten, zich ook in dat opzicht toetsbaar opstelt en er zorg voor draagt dat de kwaliteit van zijn handelen als beroepsbeoefenaar voldoet.

Toelichting

De activiteiten naar aanleiding van klachten of fouten kunnen de kwaliteit van het vakinhoudelijk handelen betreffen, maar zeker ook de communicatieve vaardigheden, de vaardigheden in de omgang met klachten en kritiek, de kennis van patiënten- of cliëntenrechten (WGBO).

⁸⁵ *Het belang van een ander (bijvoorbeeld een mogelijk mishandeld kind) en het algemeen belang (bijvoorbeeld in geval van een strafbaar feit of gevaar voor de volksgezondheid) gelden als zo'n zwaarder wegend belang, maar ook de mogelijkheid van verweer (zie o.a. uitspraken van het CTC d.d. 14 november 1996, het RTC Eindhoven d.d. 15 juli 1991, het RTC Amsterdam van 13 juli 2001, de Hoge Raad d.d. 8 april 2003). Zie ook bespreking van dit thema in Katernenreeks uitspraken klachtrecht, nr. 2003-5/6:17-22.*

⁸⁶ *Zie Leenen HJJ. Handboek Gezondheidsrecht, deel I. Houten, 2000:232-5.*

⁸⁷ *De vereiste van een expliciete toestemming geldt bij informele klachtenprocedures en civielrechtelijke procedures (inclusief afhandeling schadeclaim via verzekeraar); deze geldt niet bij een procedure in het kader van tuchtrecht of strafrecht. Echter, bij al deze procedures blijven de zorgvuldigheidseisen zoals genoemd door Leenen van kracht.*

Suggesties

Mogelijke activiteiten gericht op het leren van klachten en fouten zijn:

- een communicatie-zelftest;⁸⁸
- anderen (die de zorgverlener bezig zien) vragen om feedback over de omgang met cliënten;
- eens in de drie jaar een communicatietraining volgen;
- het aspect van de omgang met (ontevreden) cliënten betrekken bij functioneringsgesprekken;
- bij herhaalde klachten de klachtenfunctionaris om advies wat betreft de omgang met klachten vragen;
- klachten (signalen van onvrede in brede zin) regelmatig bespreken in het teamoverleg; dit thema eventueel periodiek op de agenda zetten;
- in geval van vakinhoudelijke klachten (met collega's) nagaan op welke punten voor wie bijscholing gewenst is.

Zie verder ook *hoofdstuk 6*.

⁸⁸ MediRisk biedt deze bijvoorbeeld aan voor de via haar verzekerde zorgverleners.

Hoofdstuk 3

Opvang

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 3* zijn dit:

Proeftuinen

- De Geestgronden
- Klachtenregeling Huisartsenzorg Haaglanden (doelstelling 1 en 2)
- Stichting Klachtopvang Huisartsenzorg Zuid-Nederland (doelstelling 1)
- Zaans Medisch Centrum (doelstelling 1)

Praktijkvoorbeelden

- ConForte
- HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg
- Stichting Zorgbeheer de Zellingen
- Zaans Medisch Centrum

Inleiding

Opvang⁸⁹ is in deze richtlijn gedefinieerd als de fase waarin de klager zijn klacht uit bij een andere persoon of instantie dan de aangeklaagde zelf. Hij is dan eventueel nog op zoek naar advies over hoe en waar hij zijn klacht het best kan aankaarten.

Een klager kan zijn klacht op verschillende plaatsen indienen: bij een klachtencommissie, maar ook bij de beroepsorganisatie, bij een IKG (Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg), een patiëntenservicebureau, een klachtenfunctionaris, vertrouwenspersoon of leidinggevende.

De essentie van (eerste) opvang is het actief luisteren naar de klager en zo nodig voor eerste emotionele opvang zorgdragen. In het kader van de klachtenopvang vindt vervolgens verkenning van motief en doel van de klager plaats. De klager ontvangt zo nodig informatie over de verschillende mogelijkheden om de klacht af te (doen) handelen. Eventueel wordt dit aangevuld met advies over en bijstand bij de verdere aanpak. Bijstand omvat bijvoorbeeld hulp bij het op schrift stellen van de klacht, begeleiding bij een gesprek of hoorzitting e.d.

⁸⁹ Opvang is daarmee een subfunctie van klachtenopvang; het heeft het karakter van een intake en/of emotionele opvang. Andere subfuncties van klachtenopvang zijn advies en bijstand. Zie ook de begrippenlijst in bijlage 4.

Voor zover degene die de (eerste) opvang verzorgt, niet zelf in staat is of gerechtigd is om informatie, advies en/of bijstand te geven, verwijst hij de klager naar een – andere – instantie voor klachtenopvang.

De aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn gericht op de (eerste) opvang zoals deze door of via de zorgaanbieder plaatsvindt. De opvang bij externe instanties, zoals een IKG of een cliëntenorganisatie, blijft dus buiten beschouwing.

Opvang is deels een functie die elke klachteninstantie rondom het moment van indiening van de klacht vervult. Het is gericht op het 'uitnodigen tot klagen', het geven van informatie en het verkennen van doelen en verwachtingen; eventueel vindt dan verwijzing plaats.

Opvang kan echter ook gebeuren door een instantie of functionaris die dit expliciet als taak heeft. Doorgaans is dan sprake van uitgebreidere werkzaamheden in de zin van informatie, advies en bijstand.

Bij deze vorm van opvang kan in de praktijk sprake zijn van verschillende uitgangsposities:

- De 'opvanger' stelt zich op als neutrale instantie; hij staat vooral tussen klager en aangeklaagde.
- De 'opvanger' stelt zich op als pleitbezorger en belangenbehartiger voor en met de betreffende klager; hij staat dus vooral naast en achter de klager. Dit type 'opvanger' werkt veelal onder de naam van cliëntenvertrouwenspersoon (CVP) of patiëntenvertrouwenspersoon (PVP). In de GGZ heeft de figuur van patiëntenvertrouwenspersoon zelfs een wettelijke basis gekregen.

De inzet van een klachtenopvanger in de rol van CVP of PVP is vooral aan de orde in die sectoren en instellingen waar de cliënt in een zeer afhankelijke en kwetsbare positie verkeert. Dat kan te maken hebben met zijn lichamelijke of psychische situatie en ook met het – noodgedwongen – verblijf binnen de instelling. Met name bij langdurig verblijf 'binnen de muren' is ook de beschikbaarheid van een pleitbezorger of belangenbehartiger binnen diezelfde muren van belang. Daarmee wordt de toegang tot het klachtrecht daadwerkelijk mogelijk.

Het is mogelijk dat eenzelfde functionaris optreedt als 'partijdige' opvanger en als neutrale tussenpersoon. Deze wijziging van rol – mede afhankelijk van de behoefte van de klager en de fase van afhandeling van de klacht – moet dan wel voor alle betrokkenen worden verhelderd.

Voor beide typen van 'opvangers' geldt overigens het belang van een onafhankelijke positionering ten opzichte van de zorgaanbieder en zorgverlener/aangeklaagde. Is deze onafhankelijkheid in het geding, dan verliest de 'opvanger' zijn geloofwaardigheid voor de klager en daarmee zijn mogelijkheid om effectief op te treden bij de afhandeling van klachten.

Aanbeveling 3A

De zorgaanbieder (eventueel de beroepsorganisatie van zorgaanbieders) wijst een persoon of instantie aan met als expliciete taak de klachtenopvang in de zin van (eerste) opvang, hulp bij probleem-, vraag- en doelbepaling van de klager en verdere informatie, advies en bijstand.⁹⁰

Basis

Onderzoek en praktijkervaringen⁹¹ wijzen uit dat klagers vaak niet weten waar ze terecht kunnen met hun klacht of welke van de hen bekende instanties zij het best kunnen aanspreken. Alle betrokkenen hebben er belang bij dat na het ontstaan van de klacht zo snel mogelijk een reactie, eventueel ook een oplossing volgt. Om die reden is het instellen van een ‘centraal aanspreekpunt’ bij klachten gewenst.⁹²

Toelichting

Met name bij instellingen fungeert de klachtenfunctionaris of cliëntenvertrouwenspersoon doorgaans als centraal aanspreekpunt voor klagers. Deze wordt daarin eventueel ondersteund door een meer permanent beschikbare instantie die als ‘front office’ voor een eerste opvang zorgdraagt. Denk bijvoorbeeld aan de receptie, een secretariaat of een intern patiëntenservicebureau. Het instellen van een centraal aanspreekpunt betekent overigens niet dat daarmee aan de klager een verplichte route kan worden opgelegd. Er is dus niet sprake van één, voor de klager verplicht loket. Een dergelijke verplichting is in strijd met de WKCZ-vereiste van het niet hanteren van uitsluitingsgronden.⁹³ De klager kan zijn klacht op diverse plaatsen aan de orde stellen.

De plaats waar de klager – in eerste instantie – zijn klacht inbrengt, kan door deze vrij willekeurig gekozen zijn. Vaak heeft de klager nog geen duidelijk beeld van de verschillende klachteninstanties en hun (on)mogelijkheden. Daarmee wordt het van belang dat elke bij de uitvoering van de klachtenregeling betrokken persoon of instantie tijdens het eerste contact met de klager ook voor (eerste) opvang zorgdraagt. Dit in de zin van het (kort) luisteren naar het

⁹⁰ Zie ook de begrippenlijst in bijlage 4.

⁹¹ Zie diverse onderzoeken van het NIVEL (1997, 2002, 2004), Verkruijsen WG (1993) en Timmers MJM (1986 en 1987). Zie ook ervaringen in de proefruinen, met name huisartsenzorg Den Haag en ziekenhuis De Heel (MCZ) in bijlage 1.

⁹² Sommigen pleiten voor een centraal aanspreekpunt, dat het karakter heeft van een verplicht toegangskloket tot de klachtenregeling. Concreet betekent dit dat ook de aan de klachtencommissie of de directie gerichte klachten in eerste instantie door dit ‘loket’ (doorgaans een klachtenfunctionaris) worden gescreend. Vanuit een oogpunt van efficiency heeft dit inderdaad de voorkeur. Echter, een dergelijke verplichte route is in strijd met de WKCZ (die geen uitsluitingsgronden kent). Het is ook in strijd met de geheimhoudingsplicht en het briefgeheim, voor zover brieven gericht aan de klachtencommissie door een ander worden geopend c.q. zonder medeweten en toestemming van de klager (en de aangeklaagde) aan een ander worden doorgegeven. Bovendien kan de indruk ontstaan van een gesloten systeem. Denk daarbij aan de klager die een klacht over de klachtenfunctionaris heeft en daarvoor de klachtencommissie aanspreekt. In sectoren waar de figuur van klachtenfunctionaris al veel meer bekend is en een eigen plaats heeft verworven, lopen de meeste klachten al via deze instantie en fungeert deze dus feitelijk (maar niet verplicht) als toegangskloket.

⁹³ Zie brief van de minister aan de Tweede Kamer d.d. 17 februari 2000. Zie ook Hielkema AW e.a. 2003:23.

verhaal van de klager, checken van doelen en verwachtingen, informatie over klachtmogelijkheden en zo nodig verwijzen (zie ook de inleiding bij dit hoofdstuk). Is een uitgebreidere verkenning van het verhaal en de doelen van de klager, advies over de aanpak en ook bijstand nodig, dan ligt verwijzing naar de klachtenfunctionaris/vertrouwenspersoon voor de hand. Overigens ontslaat de aanwezigheid van een dergelijke instantie zorgverleners en leidinggevenden niet van de plicht om zelf open te blijven staan voor klachten en snel en adequaat hierop te reageren (zie *hoofdstuk 2*).

Suggesties

Te overwegen valt om:

- ruime bekendheid te geven aan de centrale instantie voor opvang, in combinatie met de oproep om bij klachten zo veel mogelijk de betrokken zorgverlener zelf of diens leidinggevende aan te spreken (zie ook *hoofdstuk 1*);
- te zorgen voor ‘permanente’ bereikbaarheid van de instantie voor klachtenopvang, door inzet van anderen die de eerste opvang van klagers kunnen verzorgen bij afwezigheid van de klachtenfunctionaris en door het formuleren en intern bekend maken van een ‘noodprocedure’ bij klachten waarop onmiddellijk actie nodig is;
- te zorgen voor bereikbaarheid van de klachtenfunctionaris op tijden die aansluiten bij het leefritme van (potentiële) klagers. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan aanwezigheid in aansluiting op bezoektijden en op tijden dat de cliënten niet bezig zijn met hun behandelingsprogramma;
- te bevorderen dat de interne verwijzers naar de klachtenfunctionaris, de cliëntenraad en het IKG een goed beeld hebben van de functie van deze en de wijze waarop deze te bereiken is.

Aanbeveling 3B

De (eerste) opvang door de diverse klachteninstanties gebeurt neutraal en is gericht op een adequate afhandeling van de klacht. Wanneer de bijzondere positie van klagers daartoe noodzaakt, is inzet van een ‘partijdige’ opvang in de zin van bijstand gewenst (CVP of PVP).

Basis

Degene die de klachtenopvang verzorgt, is niet bevoegd tot oordelen over de klacht. Een (impliciet) oordeel leidt er toe dat klager en/of aangeklaagde de klachtenopvang als partijdig ervaren. Dit staat een adequate afhandeling van de klacht in de weg.

Toelichting

Een adequate klachtenopvang veronderstelt een meer of minder uitgebreide verkenning van de klacht en de toedracht daarvan. Dit is nodig om na te kunnen gaan of/wat:

- de klacht inderdaad deze zorgaanbieder (of voor hem werkzame personen) betreft;
- de klager ook bevoegd is tot klagen (als cliënt of vertegenwoordiger, eventueel naaste van de patiënt);
- de inhoud van de klacht is en de daarbij betrokken zorgverleners;
- de urgentie van aanpak is;
- de voorgeschiedenis is c.q. wat al is ondernomen ter oplossing van de klacht;
- de doelen, verwachtingen en wensen van de klager zijn.

Op basis van deze verkenning kan de klachtenfunctionaris verdere informatie, advies en bijstand geven. De verkenning dient dus niet om te verhelderen wie er gelijk heeft. De klachtenfunctionaris (of ‘opvangner’) heeft bovendien niet als taak om zelf als voorlichter op te treden. Hij geeft geen toelichtingen op gezondheidsproblemen, behandelingen, regels binnen de organisatie e.d. – ook niet als daarmee bepaalde misverstanden snel uit de weg te helpen zijn. Uitleg over dergelijke zaken tast immers zijn neutraliteit aan; hij kan zo worden ervaren als ‘woordvoerder’ van de zorgaanbieder. Bovendien loopt hij het gevaar verantwoordelijkheden op zich te nemen die bij de zorgverlener zelf berusten.

De klachtenfunctionaris stimuleert de klager wel om daadwerkelijk iets met de klacht te doen; dit zonder hem ‘gelijk’ te geven wat betreft de klacht zelf. Ook kan de klachtenfunctionaris de klager in algemene zin voorlichten over cliëntenrechten. Hij zegt daarbij dan niet of bij deze specifieke klacht deze rechten zijn geschonden. Dat zou immers een oordeel inhouden.

Suggesties

Voor de opvang kan worden overwogen om:

- bij afwezigheid van de klachtenfunctionaris bij voorkeur te kiezen voor ‘eerste opvang’ door een persoon in plaats van een apparaat; dit is bevorderlijk voor een snelle en adequate afhandeling;
- duidelijke afspraken te maken over taakafbakening en overdracht tussen ‘eerste opvangner’ en klachtenfunctionaris;
- bij eerste opvang altijd de urgentie van aanpak van de klacht c.q. de snelheid waarmee de volgende stap in de afhandeling nodig is, te checken; daarop kan de aanpak worden aangepast. Hierbij moet aan de klager duidelijkheid worden gegeven over het hoe en wanneer van de volgende stap;
- als verwijzing naar een andere instantie nodig is, na te gaan of een uitgebreide presentatie van de klacht nu gewenst is. Er moet worden afgewogen of het meerdere keren (moeten) vertellen van zijn verhaal voor de klager een extra belasting inhoudt of juist wenselijk is (bijvoorbeeld vanwege de behoefte aan stoom afblazen of spuien);
- in deze fase is in elk geval van belang om na te gaan of de klager gemachtigd is te klagen (bij vertegenwoordiging) en of de klacht het handelen of nalaten van de zorgaanbieder

betreft. Er vindt een analyse van de klacht plaats (zonder beoordeling), de verschillende klachtonderdelen worden geïdentificeerd. Per klachtonderdeel moet duidelijk zijn:

- van wie de klacht is (wiens belang het betreft);
- over wie de klacht gaat;
- waarover de klacht gaat (inhoud of onderwerp).

Voor zover het een klacht betreft die is ingediend door de vertegenwoordiger of die het belang van de vertegenwoordiger/naaste betreft, is nog nader te bepalen of de cliënt hierin is gekend en het eens is met de inhoud en de indiening van de klacht (zie ook *hoofdstuk 1*, bij *aanbeveling 1K*).

Sectoren Gehandicaptenzorg en VVT

Aanbeveling 3C

Alle zorgaanbieders hebben in hun organisatie een (of meer) als zodanig bekende cliëntenvertrouwenspersoon (-personen) met als taak klachten in eerste instantie op te vangen, de cliënt bij het indienen van de klacht te ondersteunen, eventueel te bemiddelen en de klacht zo nodig verder te geleiden.

Basis

Gekozen is voor de benaming cliëntenvertrouwenspersoon omdat dit een lagere drempel heeft dan benamingen zoals klachtenfunctionaris, ombudsman, e.d. De cliëntenvertrouwenspersoon is in eerste instantie bedoeld voor de cliënt en zijn klacht. Daarnaast kan de cliëntenvertrouwenspersoon eventueel (met toestemming van de cliënt) ook klachten van vertegenwoordigers en hulpverleners in behandeling nemen, mits deze in het belang van de cliënt zijn.

Voor de cliëntenvertrouwenspersoon is de werkdefinitie van klacht: 'een probleem dat de probleemhebber niet binnen de reguliere organisatie kan oplossen'.

Toelichting

Wat betreft de positie en taak van deze cliëntenvertrouwenspersoon zijn in de gehandicaptenzorg twee wijzen van taakopvatting te onderscheiden. Beide worden momenteel naast elkaar gehanteerd.

In de eerste taakopvatting is de cliëntenvertrouwenspersoon in principe partijdig en functioneert hij als een pleitbezorger van de klager. Deze vorm sluit aan bij het in de GGZ gehanteerde model.

In de tweede taakopvatting spant de cliëntenvertrouwenspersoon zich in de eerste fase van het proces van klachtenopvang in om, zoveel mogelijk vanuit de optiek van de klager, de inhoud van de klacht en de betrokkenheid van anderen daarbij helder in kaart te brengen (opvang en klachtidentificatie). Daarna richt de cliëntenvertrouwenspersoon zich op het verkennen van mogelijke oplossingen (bemiddeling), en gaat hij op een voor betrokkenen duidelijke wijze tussen de partijen (klager en aangeklaagde) staan.

Er is geen eensluidend advies over een keuze tussen beide taakopvattingen. Wel wordt gepleit voor duidelijkheid over de keuze die in een specifieke praktijk op het punt van de taakopvatting is gemaakt.

Wat betreft de onafhankelijke positionering zijn verschillende vormen denkbaar. Denkbaar is dat de vertrouwenspersoon niet in dienst is van de zorgaanbieder, maar bijvoorbeeld in dienst van een onafhankelijke stichting. De commissie acht dit echter niet noodzakelijk voor de nagestreefde onafhankelijkheid. Ook in het kader van een dienstverband bij de zorgaanbieder kunnen condities worden geschapen waarin de vertrouwenspersoon vanuit een onafhankelijke positie kan werken.

Centraal dient hier te staan niet zozeer het streven naar rechtspositionele onafhankelijkheid, maar veeleer het streven naar professionele onafhankelijkheid. Dit laatste houdt in dat er een set van professionele normen aanwezig is, waaraan de vertrouwenspersoon bij zijn/haar beroepsuitoefening kan refereren.

Aanbeveling 3D

De klager ontvangt informatie over de verschillende mogelijkheden die hij heeft voor afhandeling van zijn klacht. De informatie betreft in elk geval werkwijze, gehanteerde termijnen en (on)mogelijkheden van de diverse klachteninstanties.

Basis

Open en zakelijke informatie over de verschillende klachtmogelijkheden versterkt het vertrouwen in de onpartijdigheid. Dit voorkomt escalatie.

De klager moet informatie krijgen die hem een realistisch beeld geeft van wat hij van diverse klachteninstanties kan verwachten.⁹⁴

Toelichting

De klachtenfunctionaris moet bijvoorbeeld de vrijheid hebben om het hele scala van klachtmogelijkheden te noemen (waaronder de tuchtrechter of een schadeclaim), ook als dit 'ongunstig' is voor een zorgverlener of zorgaanbieder. Een eventueel advies om een advocaat in te schakelen moet intern niet worden gezien als 'verraad' of 'opstoken'.

De schade is groter wanneer de klachtenfunctionaris de verdenking op zich laadt zaken achter te houden omdat hij instellingsbelang voor cliëntenbelang laat gaan.

Daarnaast is het van belang dat de informatie die de klachtenfunctionaris geeft, overeenkomt met de informatie die andere (klachten)instanties geven. Dit komt de overzichtelijkheid en de betrouwbaarheid van de klachtenregeling ten goede.

⁹⁴ Zie onderzoeken NIVEL en evaluatie WKCZ. Zo is voor klagers lang niet altijd duidelijk hoelang klachtenbehandeling duurt (en de redenen daarvoor), dat een klachtencommissie geen maatregelen kan nemen, dat de klachtenfunctionaris niet zelf beslist over het realiseren van een bepaalde oplossing, enzovoort. Onduidelijkheid over dit soort zaken leidt tot teleurstelling en wantrouwen.

Suggesties

Ideeën om de informatie over de verschillende mogelijkheden van klachtenafhandeling over te brengen op de klager zijn:

- zorgen voor een combinatie van mondelinge en schriftelijke informatie over diverse klachtmogelijkheden. De informatie over klagen heeft vaak een procedureel karakter en is daarom voor veel mensen moeilijker te volgen. Een combinatie van leesbare schriftelijke informatie en een persoon die toelicht en vragen beantwoordt, is dan wenselijk;
- zorgen dat de klager voldoende tijd heeft om informatie te laten bezinken en een keuze te maken voor een bepaalde aanpak;
- bedenken dat de keuze van de klager bepalend is voor de verdere aanpak en niet wat de klachtenfunctionaris zelf verstandig lijkt.

Aanbeveling 3E

De bijstand in het kader van de klachtenopvang is gericht op het wegnemen van drempels voor een adequate afhandeling van de klacht, zonder aantasting van de eigen verantwoordelijkheid van de klager. De bijstand vindt plaats door een functionaris die niet op de eerste plaats als bemiddelaar optreedt of lid van de klachtencommissie is.

Basis

Een snelle en adequate afhandeling van de klacht vereist dat de klager met zo min mogelijk verschillende instanties of personen van doen heeft. Wanneer de klager naast een aanspreekpunt en informatie/advies ook bijstand nodig heeft, gebeurt dit dan ook bij voorkeur door één en dezelfde persoon. Deze bijstand moet echter verenigbaar blijven met andere aspecten van de functie. Zo is het niet wenselijk dat de klachtencommissie (lid, ambtelijk secretaris) bijstand verleent aan de klager; dit leidt tot een aantasting van het aanzien van onpartijdigheid. Een bemiddelaar doet er – om dezelfde reden – goed aan de eventueel door partijen gewenste bijstand via een ander te laten verlopen.

Toelichting

Bij de functie van klachtenopvang is neutraliteit een zeer wenselijk kenmerk. De rol als pleitbezorger of vertegenwoordiger van de klager staat daarmee op gespannen voet.⁹⁵ Dat neemt echter niet weg dat eventueel – extern – wel in deze rol moet zijn voorzien (zie inleiding bij dit hoofdstuk).

De klachtenfunctionaris in de zin van neutrale opvang is niet de advocaat van de cliënt/klager, wel van het cliëntenbelang in algemene zin en in het bijzonder van het klachtrecht van de cliënt.

⁹⁵ Zie ook Berchum K van. *Een kwestie van vertrouwen*. Utrecht, 1999.

Daarbij is uiteraard van belang dat de cliënt zelf de zeggenschap over de aanpak van de klacht houdt. In deze weegt de autonomie van de cliënt zelfs zwaarder dan het instellingsbelang of het kwaliteitsbelang.

De bijstand kan op verschillende manieren vorm krijgen: hulp bij het opstellen van de klachtbrief, verzamelen van antwoorden op vragen van de cliënt, samen voorbereiden van een gesprek tussen klager en zorgverlener, klager begeleiden bij een gesprek met de zorgverlener e.d.

De klachtenfunctionaris neemt echter de afhandeling van de klacht niet over. Hij treedt niet in gesprekken of procedures op als vertegenwoordiger of woordvoerder van de cliënt, hij tekent geen stukken namens de klager. Ook laat hij de klager volop de ruimte om zelf te beslissen over de wijze van afhandeling van de klacht.⁹⁶

Ingeval sprake is van een CVP of PVP kan deze juist wel als woordvoerder voor de cliënt optreden. Ook dan geldt uiteraard dat dit gebeurt met instemming van de cliënt.

Suggesties

Met betrekking tot bijstand in het kader van klachtenopvang, kan de betrokken functionaris overwegen om:

- de klager te vertellen dat hij nooit namens hem of buiten hem om beslissingen neemt over de (verdere) aanpak van een klacht;
- te zorgen dat, indien er sprake is van (hulp bij het opstellen van) een klachtbrief, deze is getekend door de cliënt zelf, tenzij deze daartoe absoluut niet in staat is.

Aanbeveling 3F

Bij de opvang wordt de klager uitgenodigd om zelf de aangeklaagde rechtstreeks aan te spreken. Dit gebeurt echter zonder druk uit te oefenen of de klager hiertoe te verplichten.

Basis

Bespreking van de klacht binnen de directe relatie tussen cliënt, zorgverlener of klager en aangeklaagde en zo mogelijk zonder inzet van ‘derden’ biedt de beste basis voor een snelle oplossing en herstel van vertrouwen, zonder aantasting van de waardigheid van betrokkenen.

Toelichting

Uitgangspunt is dat de klachtenfunctionaris mensen zelf laat aanpakken wat zij ook zelf kunnen oplossen. De klachtenfunctionaris blijft bij voorkeur ‘uit beeld’. Dit mag echter niet verworpen worden tot een eis van mondigheid die een drempel opwerpt voor realisering van het

⁹⁶ In bepaalde sectoren kan dit wat anders liggen omdat de cliënt zelf verminderd in staat is om voor zijn belangen op te komen. In dat geval treedt de klachtenfunctionaris, cliënten- of patiëntenvertrouwenspersoon veel meer op als pleitbezorger voor de cliënt. Zie ook de rol van medewerkers vanuit de Stichting PVP die werkzaam zijn in de GGZ.

klachtrecht. Ook moeten, aan de kant van de betrokken zorgverlener, de voorwaarden en capaciteiten voor een adequate omgang met de klager aanwezig zijn. Is dit niet het geval, dan fungeert de klachtenfunctionaris in meerdere of mindere mate als buffer en tussenpersoon.

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- aangeklaagden te adviseren in een specifieke zaak over houding en handelwijze die de meeste garantie op een adequate afhandeling biedt;
- bij beide partijen navraag te doen over verloop en resultaat in geval van afhandeling van een klacht binnen de directe relatie tussen klager en aangeklaagde. Met beide kan worden besproken of nog eventuele vervolgstappen (in kader van verdere afhandeling klacht of van kwaliteitsverbetering naar aanleiding van de klacht) nodig zijn;
- aangeklaagden feedback te geven over hun optreden bij de afhandeling van een klacht zonder daarbij hun eigen verantwoordelijkheid aan te tasten;
- bij kritiek op het optreden van de aangeklaagde deze altijd rechtstreeks aan te spreken en niet – bijvoorbeeld – via een collega of een leidinggevende;
- hierover binnen de instelling afspraken te maken zodat deze handelwijze en de onderscheiden verantwoordelijkheden van betrokkenen bij ieder bekend zijn (via protocol klachtenfunctionaris).

Aanbeveling 3G

De klager wordt zo nodig gewezen op de mogelijkheid van klachtenopvang buiten het kader van de zorgaanbieder.

Basis

De klager moet vertrouwen kunnen hebben in de informatie, het advies en de bijstand die hij bij de afhandeling van zijn klacht krijgt. Hij moet er zeker van zijn dat zijn belang daarmee gediend is. Dit voorkomt stagnatie of escalatie van de klachtenafhandeling.

De klachtenfunctionaris die via de zorgaanbieder werkzaam is, wordt mogelijk ervaren als onderdeel van de instelling of het systeem van de zorgaanbieder. Dit kan een adequate klachtenopvang in de weg staan.⁹⁷

Toelichting

Veel klachtenfunctionarissen zijn rechtstreeks in dienst van de zorgaanbieder. Deze kan hen als werkgever bepaalde voorschriften voor hun optreden bij klachten opleggen, waarmee mogelijk ook hun onafhankelijkheid en neutraliteit in het geding komt. Denk bijvoorbeeld

⁹⁷ Zie ook de ervaringen met c.q. de aanleiding tot oprichting van Stichting PVP.

aan een eventuele verplichting voor de klachtenfunctionaris om de zaak te melden bij de directie als de cliënt een schadeclaim overweegt, de Inspectie eventueel wil inschakelen of de publiciteit wil zoeken. Een bron van mogelijke belangenverstrengeling is ook de combinatiefunctie: de klachtenfunctionaris heeft tevens een andere functie, bijvoorbeeld als leidinggevende, als stafmedewerker of als uitvoerende zorgverlener.

Zijn dit soort situaties aan de orde of is bij de klager sprake van twijfel over de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris, dan kan deze de klager adviseren om contact op te nemen met een andere ondersteuner – zoals het IKG, iemand van de vakbond, van de zorgverzekeraar, een cliëntenorganisatie e.d.

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- een richtlijn of protocol voor de klachtenfunctionaris (en vertrouwenspersoon) op te stellen waarin onder meer staat hoe de professionele onafhankelijkheid van deze is geregeld en hoe (bij een combifunctie) wordt gehandeld in geval van tegenstrijdige belangen;
- afspraken met het IKG te maken over verwijzing van klagers; daarbij kan gezorgd worden voor een voorraadje folders over het IKG om mee te geven aan een klager;
- het aanbod van het IKG en het adres van deze ook te noemen in de algemene klachtenbrochure.⁹⁸

⁹⁸ Zie voor relevante adressen ook de website www.klachtenopvangzorg.nl.

Hoofdstuk 4

Bemiddeling

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 4* zijn dit:

Proeftuinen

- Er zijn geen proeftuinen geweest die aanbevelingen uit dit hoofdstuk hebben getest.

Praktijkvoorbeelden

- Zaans Medisch Centrum

Inleiding

Bemiddeling is een functie binnen het geheel van de omgang met klachten waarbij een derde, onpartijdige persoon wordt ingezet. Deze spant zich in om een conflict of bestaande onvrede bij een klager jegens een zorgverlener of hulpverlenende instantie tot een oplossing te brengen. De bemiddelaar spreekt geen oordeel uit en is niet bevoegd om maatregelen jegens een van de betrokken partijen te nemen. Hij draagt ook geen verantwoordelijkheid voor de uitkomsten van de bemiddeling c.q. de oplossing van het conflict. Dit blijft de eigen verantwoordelijkheid van klager en aangeklaagde.

Bemiddeling is met name aangewezen als partijen streven naar herstel van het onderlinge vertrouwen, het oplossen van ongenoegen of het regelen van een probleem. Daarnaast is bemiddeling ook aan de orde wanneer de klager verheldering van zaken of een aanzet tot kwaliteitsverbetering wenst, de aangeklaagde bereid is daaraan mee te werken en zij dit willen doen onder begeleiding van een neutrale derde. In die zin gaat bemiddeling verder dan mediation.⁹⁹

Bemiddeling is niet wettelijk verplicht, maar wordt veelvuldig en effectief toegepast bij de afhandeling van klachten. Uit onderzoek blijkt dat dit geldt voor 70-90% van de ingediende klachten.¹⁰⁰ Bemiddeling als alternatief voor klachtenbehandeling komt steeds meer in zwang en blijkt zijn vruchten af te werpen.¹⁰¹

⁹⁹ Zie Brenninkmeijer AFM over mediation. In: *Handboek Mediation*. Den Haag, 2003:1. Mediation is er met name op gericht om vanuit belangen tot een gezamenlijk gedragen en optimaal resultaat te komen. Dit naar aanleiding van een conflict en met inzet van een neutrale bemiddelingsdeskundige.

¹⁰⁰ Zie o.a. Dane A e.a. *Klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg*. NIVEL, 2000.

¹⁰¹ In steeds meer sectoren wordt de mogelijkheid van bemiddeling geboden, naast de wettelijk verplichte klachtenbehandeling. Uit een jaaroverzicht van de SKHZN (Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland) blijkt dat de meeste uitgevoerde bemiddelingen tot succes leiden en dat dan geen formele behandeling van de klacht meer nodig is. Er is sprake van een omwenteling in de route van afhandeling: voorheen werd 80% van de klachten via de klachtencommissie afgehandeld, nu nog maar 20% (Hellevoort M. In tijdschrift *Klachtenmanagement* nr. 2004/2:17).

Vanwege de toegankelijkheid, het informele karakter en de snelheid waarmee een klacht via bemiddeling is af te handelen, wordt deze vorm van klachtenafhandeling sterk aanbevolen. Daarbij zij wel opgemerkt dat de klager zelf de route voor afhandeling van zijn klacht bepaalt; bemiddeling mag niet gelden als verplichte stap voorafgaand aan een eventuele behandeling door de klachtencommissie.

Bemiddeling in de brede betekenis zoals hiervoor geschetst kan door verschillende personen en instanties worden gedaan.

In de huidige praktijk van de zorgsector zijn steeds meer de klachtenfunctionaris of een apart hiervoor aangewezen klachtenbemiddelaar beschikbaar. Wat betreft de figuur van klachtenfunctionaris geldt dat deze daarbij soms de overstap maakt van ondersteuner/pleitbezorger van de ene partij (cliënt/klager) naar neutrale tussenpersoon.¹⁰² Dit stelt bijzondere eisen aan verheldering van de rol (zie ook *aanbeveling 4B en 4C*).

Sector GGZ

De functie van klachtenfunctionaris die (tevens) als bemiddelaar kan optreden, komt binnen de GGZ weinig voor. Dit heeft onder andere te maken met de aanwezigheid van de PVP. De PVP neemt binnen de zorgaanbieder een aanzienlijk deel van de klachtenopvang voor zijn rekening. Hij is nadrukkelijk geen neutrale bemiddelaar, hij behartigt de belangen van de cliënt en verleent de cliënt bijstand in de klachtenprocedure. Hoewel de PVP geen officiële bemiddelingsfunctie heeft, wijst de praktijk uit dat klachten na inschakeling van de PVP, bijvoorbeeld in een gesprek met de behandelend arts, kunnen worden weggenomen.

Daarnaast komt in de praktijk ook bemiddeling door een leidinggevende of een lid van een klachtencommissie voor.¹⁰³ Bemiddeling door een persoon in een managementpositie bij de zorgaanbieder of beroepsorganisatie heeft niet de voorkeur omdat hierbij – het aanzien van – een onpartijdige opstelling moeilijker te waarborgen is.

Ook bemiddeling door een lid van de klachtencommissie heeft niet de voorkeur omdat dit mogelijk leidt tot verwarring over de rol van klachtencommissie als beoordelaar. Een combinatie van de rol van bemiddelaar/klachtenfunctionaris en ambtelijk secretaris in één persoon is om diezelfde reden af te raden.

In het volgende zijn de aanbevelingen bij de bemiddelingsfunctie genoemd. Daarbij is in het midden gelaten welke functionaris, instantie of persoon als bemiddelaar optreedt.

¹⁰² Zie o.a. de rol van de patiënten- of cliëntenvertrouwenspersoon in de geestelijke gezondheidszorg of de gehandicaptenzorg. In de ziekenhuissector kristalliseert de rol van de klachtenfunctionaris zich steeds meer uit als die van neutrale tussenpersoon.

¹⁰³ Doorgaans gaat het dan om sectoren waarin de klachtenregeling in eerste instantie sterker vanuit het WKZ-kader is opgezet (en minder vanuit optiek van ondersteuning van de cliënt). Een factor is soms ook het aantal klachten: dit leent zich dan minder voor organisatie van de bemiddelingsfunctie vanuit een apart kader.

Aanbeveling 4A

Degene die als bemiddelaar optreedt, is hiervoor gekwalificeerd.

Basis

Een bemiddelaar moet zeer goed in staat zijn om zijn neutrale positie te bewaken. Dit vereist bijzondere kwalificaties. Hij heeft een hoge mate van inzicht in conflicten en processen tussen personen en beschikt over vaardigheden om hiermee om te gaan.

Toelichting

De voor een bemiddelaar vereiste kwalificaties betreffen zowel zijn persoonlijkheid en basis-houding als theoretische kennis en vaardigheden.¹⁰⁴ Enkele kenmerkende aspecten daarvan zijn: evenwichtigheid en integriteit, afstandelijkheid en empathie, neutraliteit en onafhankelijkheid, verbindend, steunend, communicatievaardig, bekend met conflictleer, methoden van conflict-hantering en onderhandelen, kunnen structureren, enzovoort.

Suggesties

Met betrekking tot de kwalificatie van de bemiddelaar kan worden overwogen om:

- de bemiddelaar een gerichte opleiding/training bemiddelingsvaardigheden aan te bieden of deze als voorwaarde te stellen;
- daarnaast te regelen dat de bemiddelaar, bijvoorbeeld via bijscholing of intervisie, kan reflecteren op zijn handelwijze.

Aanbeveling 4B

De bemiddelaar onderzoekt de mogelijkheid van bemiddeling en spreekt hiertoe met alle bij de klacht betrokken partijen. Hij besteedt daarbij bijzondere aandacht aan verheldering van zijn positie en rol als bemiddelaar. Bemiddeling vindt plaats als zowel klager als aangeklaagde hiervoor kiezen en de bemiddelaar het vertrouwen geniet van beide partijen.

Basis

Een gelijkwaardige positie van partijen in de bemiddeling en vertrouwen in de bemiddelaar zijn essentiële voorwaarden. Deze worden in de vakliteratuur over onderhandelen, conflict-hantering en mediation uitdrukkelijk genoemd.

¹⁰⁴ Zie ook Beroepsprofiel VKIG, en Bruggen J van, Schreuder-Tromp M. *De mediator en zijn competenties*. In: *Handboek Mediation*. Den Haag, 2003:77 e.v.

Toelichting

De bemiddelaar hoeft niet een inhoudsdeskundige te zijn (bijvoorbeeld een medicus) en is niet verantwoordelijk voor de uitkomst van de bemiddeling. Hij draagt wel verantwoordelijkheid voor zijn eigen neutraliteit en onpartijdigheid. Het is ook zijn verantwoordelijkheid om te onderzoeken óf en onder welke voorwaarden bemiddeling in een specifieke zaak mogelijk is. Daarom is het van belang dat hij het verhaal hoort van elk van de betrokken partijen. Een voorwaarde voor effectieve bemiddeling is dat beide partijen de bemiddelaar vertrouwen. Alleen dan kan hij als neutraal en integer worden gezien. De bemiddelaar die zijn werk start als vertrouwenspersoon of klachtenfunctionaris en in dat kader eerst uitgebreid contact heeft met de klager, moet bijzondere aandacht besteden aan de acceptatie door de aangeklaagde. Deze moet niet het gevoel hebben dat hij al ‘op achterstand’ staat bij een eventuele bemiddeling.

Suggesties

De bemiddelaar kan overwegen om:

- na te gaan in hoeverre hij als ‘boodschapper van de klager’ overkomt, wanneer de start van het bemiddelingsproces het contact met de klager vanuit de functie van klachtenfunctionaris was. Daarom is het goed als bemiddelaar duidelijkheid te scheppen over wie de ‘eigenaar’ van de klacht is en de tijd te nemen om ook het verhaal van de aangeklaagde aan te horen;
- de klachten in een apart ‘document’ weer te geven (bijvoorbeeld de klachtbrief of een samenvatting van een telefonisch contact) en te voegen bij een begeleidend schrijven van de bemiddelaar zodat zijn neutrale tussenpositie wordt benadrukt;
- aan de klager uit te leggen dat de rol bij de klachtenopvang anders is dan bij de bemiddeling (adviseur en eventueel pleitbezorger versus tussenpersoon);
- aan de aangeklaagde uit te leggen dat de rol tijdens de bemiddeling anders is dan – bijvoorbeeld – tijdens een collegiaal contact;
- bij beide partijen expliciet na te vragen wanneer zij vertrouwen kunnen hebben in functie als bemiddelaar;
- uitdrukkelijk bij beide partij te vragen wat hun doelen en verwachtingen van de bemiddeling zijn en na te gaan of deze inderdaad verenigbaar zijn met het karakter van bemiddeling.¹⁰⁵

Aanbeveling 4C

Bemiddeling kan in diverse modaliteiten plaatsvinden. De bemiddelaar informeert beide partijen over de doelen, de mogelijke procedures, de termijnen, de wijze waarop partijen met elkaar communiceren en over zijn eigen positie en handelwijze.

¹⁰⁵ Als de klager bijvoorbeeld verwacht dat in het gesprek wel duidelijk zal worden dat de aangeklaagde ‘fout zat’ en de klachtenfunctionaris dan maatregelen zal nemen, is sprake van verwachtingen die niet passen bij bemiddeling.

Basis

Bij de inrichting van de bemiddeling is de bemiddelaar flexibel. De vorm is aangepast aan het moment, de mogelijkheden, de vereiste snelheid van handelen, enzovoort. Ongeacht deze flexibele invulling dient de bemiddelaar altijd duidelijk te zijn over het waarom, hoe, wie, wat en wanneer en zijn eigen rol daarin. Zo blijft zijn handelen voor beide partijen transparant en behoudt hij het vertrouwen. Dit vertrouwen is de basis voor een effectief optreden als bemiddelaar.¹⁰⁶

Toelichting

In de zorgsector, waar de klachtenfunctionaris vaak tevens optreedt als bemiddelaar, is een meer formele ‘mediation-achtige’ inrichting van de bemiddeling met gesprekken niet altijd nodig en nuttig. Deze vergt doorgaans nogal wat voorbereidingstijd, terwijl soms een snelle en directe regeling van conflicten noodzakelijk of mogelijk is. Denk bijvoorbeeld aan het snel regelen dat alsnog een afspraak kan doorgaan, uitleg wordt gegeven, bij een hooglopende ruzie op de afdeling ter plekke wordt ingegrepen. De bemiddelaar neemt dan rechtstreeks contact op met de aangeklaagde en overlegt met deze of en hoe een oplossing mogelijk is. Eventueel start de bemiddelaar ter plekke het bemiddelingsgesprek met beide partijen zonder een uitgebreide exploratie van het verhaal van de aangeklaagde.

In dit soort situaties is de ‘nazorg’ ten opzichte van de aangeklaagde van groot belang om verstoring van de balans te voorkomen. Immers, ook bij dit soort ‘snelle oplossingen’ is het van belang dat de aangeklaagde de bemiddelaar als neutrale tussenpersoon blijft zien. Alle betrokkenen (dus ook de aangeklaagde) moeten als het ware de situatie weer kunnen herdefiniëren vanuit het gezamenlijke belang.¹⁰⁷ Het omgekeerde geldt overigens ook als de bemiddelaar niet door de klager, maar door de betrokken zorgverlener wordt ‘ingeroepen’. Ook dan moet de bemiddelaar verhelderen dat hij niet de ‘boodschappenjongen’ van de zorgverlener is. Hij maakt duidelijk wat zijn rol is; daarbij benadrukt hij dat hij alleen als bemiddelaar kan optreden als beide kanten voldoende vertrouwen hebben in zijn neutraliteit. De bemiddelaar hoeft niet altijd direct en lijfelijk betrokken te blijven bij het contact tussen klager en aangeklaagde. Soms volstaat het dat de bemiddelaar het probleem onder de aandacht van de andere partij brengt. Wanneer beide partijen het er over eens zijn dat sprake is van een probleem dat oplossing verdient, is de dialoog hersteld en hoeft de bemiddelaar niet betrokken te blijven bij het gesprek tussen klager en aangeklaagde zorgverlener over realisering van de oplossing. De bemiddelaar trekt zich dan terug, maar informeert naderhand wel bij beide partijen of de zaak naar tevredenheid van beiden is geregeld. Laat de bemiddelaar deze afsluitende stap na, dan kan dit worden opgevat als ‘in de steek laten’ of partij kiezen voor een van beiden.

¹⁰⁶ Zie o.a. Bonenkamp HJ. *Het mediationproces*. In: *Handboek Mediation*. Den Haag, 2003:109 e.v. (hoofdstuk 6).

¹⁰⁷ Denk daarbij aan belangen als: goede kwaliteit van zorg leveren, klantvriendelijk zijn, cliëntenrechten respecteren e.d.

Suggesties

Met betrekking tot informatieverschaffing aan de klager en aangeklaagde kan de bemiddelaar – zeker wanneer hij eerder optrad als klachtenfunctionaris – overwegen om:

- bij elk contact met klager, aangeklaagde of hen beiden duidelijk te zijn over de status en bedoeling van dit contact, de van hen gevraagde bijdrage, de eigen positie, het vervolg;
- medewerkers in algemene zin voor te lichten over de rol als bemiddelaar zodat zij in een concrete zaak en in de fase van afhandeling waarin deze zich bevindt, beter kunnen plaatsenvat wat de bemiddelaar doet en ook weten hoe deze omgaat met de vereiste van neutraliteit en onpartijdigheid;
- te zorgen voor informatie op schrift over de bemiddeling en het bemiddelingsgesprek en deze aan beide partijen mee te geven;
- het besef van de gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid in positie te bevorderen door partijen dezelfde stukken te sturen (bijvoorbeeld: partijen ontvangen dezelfde brief met bevestiging van het bemiddelingsgesprek en de daarover in de voorbereidende gesprekken met elk van hen gemaakte afspraken);
- te overwegen of bemiddeling ook is in te zetten bij de afhandeling van schadeclaims om zo een snellere en minder kostbare afwikkeling te bevorderen.¹⁰⁸

Aanbeveling 4D

De bemiddelaar heeft een geheimhoudingsplicht ten aanzien van hetgeen hem uit hoofde van zijn functie bekend is geworden.

Basis

Deze geheimhoudingsplicht vloeit voort uit de algemene verplichtingen van de beroepsuitoefening en is onder meer vastgelegd in het beroepsprofiel klachtenfunctionaris en de richtlijnen voor de mediator vanuit het NMI.¹⁰⁹

Toelichting

Een van de vereisten bij bemiddeling is vertrouwelijkheid.¹¹⁰ Dat geldt voor de bij de bemiddeling betrokken partijen, maar zeker ook voor de bemiddelaar zelf. Doorbreking van zijn geheimhoudingsplicht betekent een aantasting van de vertrouwensbasis die het fundament vormt voor het kunnen optreden als bemiddelaar.

¹⁰⁸ De Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken gaat dit op een aantal terreinen al toepassen. Zie ook de roep om een 'no fault compensatiesysteem', o.a. in het Kwaliteitsmanifest van de KNMG en in het blad *Medische Aansprakelijkheid* van januari 2004:4-7.

¹⁰⁹ Zie VKIG beroepsprofiel (juni 2002) en de Gedragsregels Mediator van het NMI (Nederlands Mediation Instituut).

¹¹⁰ Zie ook de zgn. 5 V's bij bemiddeling (de spelregels waar beide partijen mee moeten instemmen): *Verplichte inspanning, Vrijwilligheid, Vertrouwelijkheid, Vrijblijvend tot Vaststelling, Voorlopig staakt het vuren.*

Overigens zijn partijen gehouden aan vertrouwelijkheid over hetgeen tijdens de bemiddeling aan de orde komt, maar niet over de uitkomsten van de bemiddeling. De bemiddelaar echter blijft hoe dan ook gehouden aan zijn geheimhoudingsplicht. Hij kan alleen na toestemming van alle betrokkenen tot de persoon herleidbare informatie doorgeven aan een andere (klachten-) instantie of persoon.

Suggesties

Met betrekking tot de geheimhoudingsplicht is van belang om:

- zich als bemiddelaar aan de geheimhoudingsplicht te houden, ook wanneer bemiddeling plaatsvindt bij een klacht die in eerste instantie via de klachtencommissie is ingediend. De klachtencommissie heeft geen recht op informatie over de inhoud van deze bemiddeling, wel over afsluiting van de bemiddelingsfase.¹¹¹
Voor zover de bemiddelaar rapporteert over de bemiddeling, doet hij dit met toestemming van de betrokken partijen. Hierover maakt de bemiddelaar duidelijke afspraken; hij legt deze ook vast in een informatieblad of een protocol voor bemiddeling;
- geen uitgebreid verslag van een bemiddelingsgesprek op te stellen, maar het te beperken tot een samenvatting van aanleiding en resultaat (bijvoorbeeld de tussen partijen gemaakte afspraken over voortzetting van de zorg). Alleen dit document kan worden opgestuurd aan de betrokken partijen. Het is vervolgens aan hen om te bepalen of zij dit document elders gebruiken;
- als bemiddelaar niet de verantwoordelijkheid voor een uitgebreid verslag op zich te nemen. Als tijdens de bemiddeling veel uitleg is gegeven en een partij behoefte heeft aan een schriftelijke weergave, dan is het aan de andere partij om dit te verzorgen (bijvoorbeeld schriftelijk antwoord van de arts op allerlei vragen over de behandeling) en toe te sturen.

Aanbeveling 4E

De bemiddelaar neemt niet deel aan procedures ter beoordeling van klachten en is niet op enige wijze bij deze beoordeling betrokken.

Basis

Kenmerkend voor de bemiddelaar is dat deze zelf geen oordeel uitspreekt. Dit staat immers op gespannen voet met zijn rol als neutrale tussenpersoon. Om verwarring hierover te voorkomen is het wenselijk dat de bemiddelaar niet wordt geassocieerd met een beoordelende instantie.

¹¹¹ De klachtencommissie kan na dit bericht van afsluiting zelf bij de klager informeren of deze voortzetting van de behandeling wenst.

Toelichting

Soms treedt een lid van de klachtencommissie op als bemiddelaar. Ondanks procedurele maatregelen (zoals de afspraak dat dit lid niet deelneemt aan een eventuele behandeling van de zaak) dreigt het gevaar van onduidelijkheid hierover. Dit tast het vertrouwen aan in de neutraliteit van de bemiddelaar, maar ook in de onbevooroordeelde behandeling van de klacht door de klachtencommissie. Zo mag de bereidheid tot deelname aan een bemiddelingspoging of de opstelling van partijen tijdens de bemiddeling niet mee gaan wegen in de beeldvorming over de aangeklaagde en in de oordeelsvorming van de klachtencommissie over de klacht.¹¹² Een voorbeeld: wanneer de klachtenfunctionaris staat genoemd als adviseur van de klachtencommissie (laat staan als lid van deze commissie), dreigt het gevaar dat hij in zijn rol als bemiddelaar toch wordt geassocieerd met de beoordeling door de klachtencommissie.

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- als bemiddelaar en klachtencommissie wel samen te werken bij de verbetering van de klachtenprocedures als geheel en bij het kwaliteitsbeleid, maar de afhandeling van klachten strikt gescheiden te houden;
- bij elke vorm van samenwerking en afstemming steeds te bewaken of deze een aantasting kan betekenen voor goede uitoefening van de eigen kernfunctie en met name het vertrouwen van betrokken partijen daarin.

¹¹² In het tuchtrecht kan dit anders liggen. Uit jurisprudentie van o.a. het CTC blijkt dat de tuchtrechter de opstelling van de aangeklaagde bij de afhandeling van de klacht meeweegt bij zijn besluit over maatregelen. Het tuchtrecht heeft echter een ander doel dan het klachtrecht conform de WKCZ.

Hoofdstuk 5

Behandeling

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 5* zijn dit:

Proeftuinen

- Er zijn geen proeftuinen geweest die aanbevelingen uit dit hoofdstuk hebben getest.

Praktijkvoorbeelden

- Klachtencommissie voor GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Dijk en Duin en GGZ-centrum Westfriesland
- KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

Inleiding

Klachtenbehandeling betreft het onderzoek door een klachtencommissie leidend tot een oordeel en eventuele aanbevelingen zoals dat in de WKCZ is geregeld. De klachtenbehandeling zoals geregeld in de Wet BOPZ of de Wet op de Jeugdzorg blijft hier grotendeels buiten beschouwing. De wettelijk geregelde vereisten zijn in dit hoofdstuk over klachtenbehandeling, mede op basis van de evaluatie van de WKCZ, aangevuld tot een geheel van aanbevelingen die er toe bijdragen dat de klachtenbehandeling onafhankelijk, zorgvuldig en zonder onnodige formalisering kan plaatsvinden.

Bij de klachtenbehandeling hebben zowel de klachtencommissie als de zorgaanbieder zelf bepaalde taken en verantwoordelijkheden. De aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn dan ook op deze beide 'instanties' gericht.

Aanbeveling 5A

De klachtencommissie verricht haar werkzaamheden volgens een door de zorgaanbieder in overleg met de klachtencommissie op te stellen reglement.

In het reglement wordt in ieder geval het volgende vastgelegd:

- samenstelling van de commissie, kwalificaties en zittingstermijn van commissieleden;
 - verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de commissie en de zorgaanbieder;
 - procedures en termijnen met betrekking tot klachtenbehandeling en oordeelsvorming.
-

Basis

De WKCZ legt aan de zorgaanbieder de verplichting op van een klachtenregeling (artikel 2 lid 2) die voorziet in behandeling van klachten van cliënten door een klachtencommissie (artikel 2 lid 2 sub a). De zorgaanbieder dient er op toe te zien dat deze klachtencommissie haar werkzaamheden verricht volgens een door de commissie op te stellen reglement (artikel 2 lid 3). In de WKCZ zijn verder eisen opgenomen wat betreft de samenstelling van de commissie en het vastleggen van termijnen bij de behandeling van een klacht.

De overige in de bovenstaande aanbeveling opgenomen punten zijn niet expliciet in de WKCZ genoemd. Deze dienen om onafhankelijkheid, deskundigheid, zorgvuldigheid en transparantie bij de behandeling van klachten te waarborgen.

Toelichting

In de praktijk is het doorgaans de zorgaanbieder die in samenspraak met onder meer de klachtencommissie het klachtenreglement opstelt. Dit is ook meer in overeenstemming met de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder tot het instellen van de klachtenregeling. De klachtencommissie legt vervolgens haar interne werkwijze die (binnen het kader van het klachtenreglement) onder haar eigen bevoegdheid valt, vast in een huishoudelijk reglement.¹¹³ In het klachtenreglement moeten ten minste de in de aanbeveling genoemde thema's zijn geregeld. In het volgende zijn bij enkele van deze thema's nadere aanbevelingen gegeven.

Suggesties

Ter informatie/verspreiding kan worden overwogen om:

- voor klager en aangeklaagde kernpunten uit het klachtenreglement in een goed leesbaar informatieblad te vervatten. Dit kan dan bij de start van de procedure aan elk van hen worden gestuurd. Daarin kan worden aangegeven dat men desgewenst het volledige klachtenreglement kan inzien of men een kopie kan krijgen;
- dit soort documenten ook op intranet en op de website van de instelling of beroepsorganisatie te zetten.

Aanbeveling 5B

De klachtencommissie bestaat uit minimaal drie leden, waaronder een voorzitter die niet voor de zorgaanbieder of beroepsorganisatie werkzaam is (geweest).

De klachtencommissie voorziet zo nodig in de continuïteit door benoeming van plaatsvervangende leden. Het verdient aanbeveling om bij de samenstelling van de commissie het cliëntenperspectief tot zijn recht te laten komen.

¹¹³ Dit bevat bijvoorbeeld de afspraken over taken en bevoegdheden van de ambtelijk secretaris, aansturing van deze, wijze van verspreiding van stukken, termijnen binnen de klachtenprocedure, enzovoort.

Basis

De WKCZ (artikel 2 lid 2 sub a) stelt de minimale omvang van drie leden, waaronder een voorzitter die niet werkzaam is (geweest) voor de zorgaanbieder, verplicht. De samenstelling en omvang moet ook zodanig zijn dat de deskundigheid en continuïteit van de klachtenbehandeling voldoende zijn gegarandeerd, ook ingeval sprake is van wraking of verschoning van leden.¹¹⁴ De aanwezigheid van leden die het cliëntenperspectief ‘vertegenwoordigen’, is niet wettelijk vereist maar versterkt wel het aanzien van onpartijdigheid. De uitkomsten van onderzoek laten zien dat dit gewenst is.¹¹⁵

Toelichting

De eis van drie leden en een externe voorzitter (‘die niet voor of bij de zorgaanbieder werkzaam is’) geeft een minimale garantie van onafhankelijkheid. Deze garantie is echter op vele wijzen nog verder in te vullen. Zo kiezen steeds meer klachtencommissies voor een voorzitter die geen inhoudsdeskundige is, maar een jurist of organisatiedeskundige om daarmee de schijn van partijdigheid bij de beoordeling van beroepsgenoten te voorkomen.

Bij een commissie van drie leden en zeker wanneer slechts één van deze extern lid is, komt de continuïteit eerder in gevaar.¹¹⁶ Bovendien kan, afhankelijk van de variatie in type klachten c.q. daarbij betrokken aangeklaagden, de basis van voor de behandeling gewenste deskundigheid te smal worden. Om die reden is vaak ook sprake van plaatsvervangende leden. Er zijn echter ook commissies die kiezen voor een breed samengestelde klachtencommissie, met meerdere leden die eenzelfde deskundigheidsgebied hebben. Eventueel stellen zij uit de brede commissie dan een op de inhoud van de zaak afgestemde onderzoekscommissie of ‘kamer’ samen.

Suggesties

Met betrekking tot de samenstelling van de klachtencommissie kan overwogen worden om:

- bij het aanzoeken van (nieuwe) leden voor de klachtencommissie ook te letten op mogelijkheden om het draagvlak voor c.q. de acceptatie van de klachtencommissie als beoordelende instantie te versterken. Een voordracht van leden vanuit belanghebbende geledingen (cliëntenraad/RPCP, ondernemingsraad, medische staf, verpleegkundige adviesraad) is een middel daartoe;¹¹⁷
- bij dergelijke voordrachten altijd te werken op basis van een profiel waarin de vereiste kwaliteiten van het lid zijn vastgelegd;

¹¹⁴ Zie ook evaluatie WKCZ (Friele RD e.a., 1999:19).

¹¹⁵ Zie evaluatie WKCZ (Friele RD e.a., 1999); onderzoek naar onvrede met de klachtbehandeling fase 1 (Sluijs EM e.a., 2002); onderzoek Stichting PVP (PVP krant nr. 2003/4).

¹¹⁶ Denk bijvoorbeeld aan een commissie die bestaat uit een extern voorzitter en voor de rest interne leden, waaronder tevens enkele leidinggevendenden. Bij indiening van een complexe klacht waarbij meerdere zorgverleners zijn betrokken, bestaat de kans dat de interne leden moeten terugtreden. Als dan ook nog niet is voorzien in plaatsvervangende leden, komt de continuïteit van de klachtenbehandeling in het geding.

¹¹⁷ Deze leden hebben uiteraard wel zitting op persoonlijke titel, dus zonder last en ruggespraak.

- te zorgen voor een gemengd samengestelde commissie met ten minste een gelijke verdeling van interne en externe leden en/of een gelijke verdeling van op titel van cliëntenperspectief en professioneel perspectief voorgedragen leden.¹¹⁸

Sector GGZ

Aanbeveling 5C

Voor zover van toepassing stelt de zorgaanbieder een klachtencommissie in voor de behandeling van BOPZ-klachten binnen de kaders die deze wet hiervoor stelt. Dit betekent dat er bij de behandeling van BOPZ-klachten – naast de eis van een onafhankelijk voorzitter – de extra eis van een psychiater en een jurist als lid van de klachtencommissie wordt gesteld.

Basis

De vereisten voor de samenstelling van de klachtencommissie die BOPZ-klachten behandeld zijn vastgelegd in de Wet BOPZ (artikel 41).

In diverse evaluatieonderzoeken wordt bepleit om behandeling van BOPZ- en WKCZ-klachten van een en dezelfde klager niet in gescheiden commissies te laten plaatsvinden.

Toelichting

Een aantal zorgaanbieders heeft gekozen voor een WKCZ/BOPZ-geïntegreerde klachtencommissie vanwege een aantal voordelen. Bij veel BOPZ-klachten is er sprake van een koppeling met algemene klachten. Een tweeledige klacht kan dan door één commissie in behandeling worden genomen. Een klachtencommissie kan flexibeler werken door keuze uit een brede ‘pool’ van commissieleden en brede kennis in één commissie, waarbij de mogelijkheid bestaat om leden van andere disciplines te consulteren. Het staat de klachtencommissie vrij om een commissie samen te stellen van leden met kennis van zaken, waardoor het risico van juridisering en een te zware commissie bij een algemene klacht wordt beperkt.

Om het risico uit te sluiten dat een algemene klacht door een zware BOPZ-commissie wordt beoordeeld, kan men kiezen voor een klachtencommissie met een aparte ‘BOPZ-kamer’ die zich uitsluitend richt op de behandeling van BOPZ-klachten.

¹¹⁸ Dit is meer in overeenstemming met Europese richtlijnen voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting. Het blijkt ook een belangrijk aspect bij de mate waarin klagers vertrouwen hebben in de procedure en tevreden zijn over deze (NIVEL-onderzoeken 1999 en 2002 van Sluijs ME e.a., 2004). In de nieuwere ontwikkelingen rond het klachtrecht van cliënten (Wet op de Jeugdzorg) is een klachtencommissie vereist die geheel uit externe leden bestaat.

Er zijn klachtencommissies die in verband met de psychiatrische problematiek van klager ook in WKCZ-klachten altijd een psychiater betrekken; andere commissies betrekken alleen een psychiater als de aard van de klacht daartoe aanleiding geeft.

Sectoren Gehandicaptenzorg en VVT

Aanbeveling 5C

Instellingen die een BOPZ-aanmerking hebben, beschikken over een geïntegreerde BOPZ-WKCZ-klachtencommissie of hebben aansluiting bij een andere BOPZ-klachtencommissie. De instelling kan er ook voor kiezen een WKCZ-klachtencommissie op afroep uit te breiden met enkele leden die specifiek zijn aangewezen voor de behandeling van klachten in het kader van de Wet BOPZ. In dat geval worden ten behoeve van de behandeling van BOPZ-klachten toegevoegd:

- bij de sector verpleeg- en verzorgingshuizen: een jurist en een verpleeghuisarts;
- bij de sector gehandicaptenzorg: een jurist en een medicus, dan wel een gedragskundige die gespecialiseerd is in de problematiek rond vrijheidsbeperking van cliënten.

Basis

Conform het in de Wet BOPZ geregelde klachtrecht gelden specifieke eisen voor de samenstelling van de klachtencommissie die deze specifieke klachten behandelt. In diverse onderzoeken en adviezen wordt een geïntegreerde behandeling van WKCZ- en BOPZ-klachten bepleit.

Toelichting

Waar BOPZ-klachten niet frequent voorkomen, wordt een geïntegreerde klachtencommissie aangeraden.

Naast het verschil in samenstelling, zijn op BOPZ- en WKCZ-klachten ook verschillende reglementen van toepassing omdat de termijnen en procedures voor de behandeling van beide type klachten anders zijn.

Aanbeveling 5D

De klachtencommissie is verantwoordelijk voor een onpartijdige klachtenbehandeling. De klachtencommissie beschikt over voldoende deskundigheid om een zaak zorgvuldig te kunnen onderzoeken en beoordelen.

Basis

Deze aanbeveling vloeit voort uit de vereisten van onafhankelijkheid, objectiviteit en zorgvuldigheid. Dit zijn algemeen voor beoordelende instanties van toepassing zijnde vereisten (conform de beginselen van behoorlijke procesorde).

Toelichting

De commissie wordt weliswaar ingesteld door de zorgaanbieder, maar dient onafhankelijk van de zorgaanbieder en onafhankelijk van belangen van betrokkenen te kunnen werken. De vereiste zorgvuldigheid houdt ook in dat de klachtencommissie haar oordeel baseert op duidelijke normen en behoorlijk onderzoek.¹¹⁹ Voor een goede inrichting van het onderzoek en afweging van meningen en feiten bij de oordeelsvorming zijn bepaalde deskundigheden van groot belang. Het betreft inhoudelijke deskundigheid (in samenhang met de inhoud van de klacht), maar ook procedureel-juridische deskundigheid.

Wat betreft de inhoudelijke deskundigheid dient de samenstelling van de commissie een afspiegeling te zijn van de belangrijkste categorieën van zorgverleners, eventueel ook de belangrijkste categorieën van klachten. Voor de meeste zorginstellingen betekent dit dat ten minste de medische en verpleegkundige deskundigheid in de klachtencommissie is vertegenwoordigd. Wanneer sprake is van een gezamenlijke behandeling van klachten over zorgverleners die strikt genomen onder verschillende klachtenregelingen vallen (zie *hoofdstuk 1, aanbeveling 1B*), wordt de samenstelling van de klachtencommissie tijdelijk zo aangepast dat is voorzien in de voor het onderzoek en de beoordeling noodzakelijke deskundigheid.

Wat betreft de procedureel-juridische deskundigheid is van belang dat inbreng van deze niet leidt tot formalisering en ook de vaardigheidsaspecten de aandacht krijgen. In het bijzonder geldt dat voor de vaardigheid van de commissie bij het houden van een (gezamenlijke) hoorzitting (zie ook *aanbeveling 5f*).

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- bij elk klachtonderdeel van een zaak – naast aspecten zoals ontvankelijkheid en bevoegdheid – ook te checken welke deskundigheid nodig is voor onderzoek en beoordeling;
- te denken aan de mogelijkheid om bij beroeps- en vakorganisaties in algemene zin informatie te verkrijgen over richtlijnen en normen die bij een bepaalde klacht van toepassing zijn;
- voor zover deze niet voorhanden zijn, de beroeps- of vakorganisaties te verzoeken de ontwikkeling van deze ‘op hun agenda’ te zetten;
- de klachtencommissie te trainen in het houden van een (gezamenlijke) hoorzitting, waarbij expliciet wordt gelet op behoud van de onpartijdigheid in verbaal en non-verbaal gedrag.

¹¹⁹ Zo wordt in het recente NIVEL-onderzoek (Sluijs e.a., 2004) een eigen onderzoek door de klachtencommissie aanbevolen.

Aanbeveling 5E

De klachtencommissie raadpleegt een extern deskundige wanneer zij van mening is dat zij niet over voldoende expertise beschikt om een gedegen oordeel over de klacht te geven.

Basis

De klachtencommissie is gehouden aan gedegen motivering van haar oordeel. Dit veronderstelt een bepaalde – vaak vakinhoudelijke – deskundigheid, in samenhang met de inhoud van de klacht. Voor de beoordeling van bepaalde klachten is eventueel een meer dan globale of zeer specifieke deskundigheid vereist. De klachtencommissie moet zich dan inspannen om deze deskundigheid alsnog te verwerven. De klachtencommissie mag zich eventueel beperken tot een globaal oordeel,¹²⁰ maar doet er goed aan zich eerst in te spannen om alsnog (extern) de nodige deskundigheid te verwerven.

Toelichting

Voor zover de commissie intern niet beschikt over de voor behandeling van een specifieke klacht benodigde deskundigheid, kan zij die ook verwerven door de inzet van deskundigen.

Er zijn twee typen deskundigen te onderscheiden:

- personen die de klachtencommissie in algemene zin voorlichten over het betreffende deskundigheidsgebied;
- personen die informatie over de klacht krijgen en wier deskundige mening expliciet betrokken wordt bij de oordeelsvorming.

Bij het betrekken van deskundigen is eveneens zorgvuldigheid vereist: de onafhankelijkheid van de oordeelsvorming (en het aanzien van onafhankelijkheid) moet(en) gewaarborgd blijven. Dit kan bijvoorbeeld door partijen het recht van bezwaar te geven.¹²¹

De extern deskundige werkt onder verantwoordelijkheid van de klachtencommissie. Deze is de opdrachtgever. De commissie behoudt haar eigen verantwoordelijkheid voor het in de uitspraak vervatte oordeel.

Suggesties

Met betrekking tot het raadplegen van extern deskundigen kan worden overwogen om:

- een ‘pool’ van inhoudelijk deskundige leden van klachtencommissies van vergelijkbare instellingen te maken; deze kunnen wederzijds worden ingezet als extern deskundigen;
- een protocol op te stellen (intern of voor deze pool) voor de inzet van extern deskundigen;

¹²⁰ Zie uitspraak kantonrechter Rotterdam d.d. 8 oktober 1997.

¹²¹ Zie voor een verdere uitwerking van de procedure bij inschakeling van een extern deskundige: Timmers MJM. In: *Handboek Cliëntenparticipatie*. Houten, 1999.

- met de zorgaanbieder afspraken te maken over een jaarbudget voor de inzet van extern deskundigen;
- als dit budget niet toereikend is en de commissie dus op basis van beperkte deskundigheid moet oordelen, dit dan expliciet in de uitspraak te vermelden. Zo roept de commissie niet de verdenking van partijdigheid over zich af;
- bij zeer complexe zaken de klager eventueel te wijzen op de mogelijkheid de klacht bij een meer daartoe uitgeruste instantie (met name tuchtrechter) te laten beoordelen. Dit zou op een zodanige wijze moeten gebeuren dat daarmee niet het aanzien van onpartijdigheid van de commissie in het geding komt. De klager moet goed worden voorgelicht over zijn positie als klager bij een dergelijke andere instantie.¹²²

Aanbeveling 5F

Een persoon op wiens gedraging de klacht betrekking heeft, neemt niet als lid of deskundige deel aan de behandeling van de klacht. Wanneer een lid van de commissie geen onpartijdig oordeel kan geven, neemt hij niet deel aan de klachtenbehandeling van de betreffende zaak (verschoning).¹²³

Basis

Dit vereiste is vastgelegd in de WKCZ, artikel 2 lid 2 c. De reikwijdte van het begrip ‘rechtstreeks betrekking hebbend op’ is op grond van een tuchtrechtelijke uitspraak uit te breiden tot een persoon die verantwoordelijkheid draagt voor of leiding geeft aan de aangeklaagde.¹²⁴

Toelichting

De in de aanbeveling genoemde vereisten hebben als doel de onafhankelijkheid en objectiviteit te waarborgen. De commissie als geheel en elk lid voor zich moet nagaan of dit voldoende het geval is. Een lid kan en moet zich verschonen (zich onthouden van deelname aan de behandeling van een bepaalde klacht) als hij denkt onvoldoende objectief en onbevooroordeeld te zijn ten opzichte van de klager, de aangeklaagde of eventueel de klacht zelf.¹²⁵

¹²² Zo moet het voor de klager duidelijk zijn dat het tuchtrecht conform de Wet BIG een andere doelstelling heeft dan het klachtrecht conform de WKCZ. Datzelfde geldt ook bij melding van de klacht aan de IGZ.

¹²³ Niet te verwarren met het verschoningsrecht, in de zin van het recht om niet te spreken voor de rechter, zoals dat geldt bij bepaalde groepen en ambten. Zie ook: Hielkema e.a. 2003:83.

¹²⁴ Zie uitspraak CTC d.d. 25 januari 2001; besproken in nummer 2001/5:7-10, Katernenreeks uitspraken klachtrecht.

¹²⁵ Denk bijvoorbeeld aan een commissielid dat recentelijk door een medische fout een kind heeft verloren en nu in een klacht met een soortgelijke situatie te maken heeft. Of een commissielid is zelf recentelijk aangeklaagde geweest bij een vergelijkbare klacht. Het commissielid moet dan afvegen of hij voldoende distantie tot de zaak heeft.

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- naast de eigen objectiviteit, ook af te wegen of in de ogen van partijen de leden voldoende als objectief en onpartijdig zijn. Zo kan het bekend zijn met klager of aangeklaagde in de privé-sfeer een reden zijn om zich als lid van de klachtencommissie te verschonen;
- te bevorderen dat ook de andere commissieleden voldoende objectief en onbevooroordeeld kunnen deelnemen aan de behandeling van een zaak. Zo is bijvoorbeeld een uitgebreide toelichting van de reden waarom een lid onvoldoende objectief kan zijn, niet wenselijk. Ook past het niet dat een lid uitgebreid vertelt over de ervaringen met een klager of aangeklaagde in ander verband.

Aanbeveling 5G

Zowel de klager als aangeklaagde worden binnen een duidelijk vastgestelde termijn geïnformeerd over de samenstelling van de klachtencommissie (namen en functies). Zij kunnen gemotiveerd bezwaar maken tegen deelname van bepaalde personen aan de behandeling van de klacht (wrakingsrecht).

Basis

Het wrakingsrecht dient ter bevordering van het vertrouwen in een onafhankelijke en onpartijdige beoordeling. Daarmee wordt mede vorm gegeven aan de voorwaarden voor een behoorlijk ‘proces’.

Toelichting

Wraking en verschoning zijn elkaars pendanten. Bij wraking gaat het om het recht van partijen om bezwaar in te brengen tegen deelname van een bepaalde persoon¹²⁶ aan de behandeling van een zaak. Dit recht komt zowel klager als aangeklaagde toe; binnen de procedure is immers sprake van gelijkwaardigheid van partijen.

De beoordelende instantie beslist over eventuele honorering van het bezwaar. In dat geval moet het gewraakte lid zich terugtrekken bij de behandeling van de zaak. Ook wat betreft het plaatsvervangende lid of een lid dat tussentijds wordt toegevoegd, hebben beide partijen een recht van wraking.

Om het wrakingsrecht te kunnen uitoefenen, moet de klachtencommissie partijen vóór het begin van de feitelijke behandeling van de zaak laten weten wie er in de commissie zitten. Omdat het wrakingsrecht gaat over personen, moeten de leden van de klachtencommissie ook met naam en achtergrond aan partijen bekend worden gemaakt. Een algemene omschrijving (lid op voordracht van de medische staf) volstaat dus niet.

¹²⁶ Het recht van wraking betreft dus niet de samenstelling van de commissie. Als een partij bijvoorbeeld vindt dat de samenstelling van de commissie (de daarin aanwezige kwaliteiten of hoedanigheden) onvoldoende is, moet hij zich daarvoor tot de zorgaanbieder wenden.

Suggesties

Er kan worden overwogen om:

- het recht van wraking op te nemen in het klachtenreglement en het ook te noemen in de schriftelijke informatie aan partijen. Dit versterkt het vertrouwen in de oordeelsvorming van de commissie;
- in het huishoudelijk reglement van de klachtencommissie eventuele nadere regels op te nemen voor de beslissing over een verzoek tot wraking;
- eventuele bezwaren van leden van de klachtencommissie tegen bekendmaking van hun naam en functie aan partijen (bijvoorbeeld omdat zij bang zijn voor repercussies) expliciet te bespreken. Daarbij kan worden uitgelegd dat het bekendmaken van namen verplicht is; tevens kan men dan bespreken hoe om te gaan met gevoelens en situaties van onveiligheid voor de leden van de klachtencommissie.

Aanbeveling 5H

Bij de start van de behandeling is duidelijkheid over de onderscheiden klachtonderdelen, de verwachtingen van de klager en diens motief en doel bij de indiening van de klacht van groot belang. De (secretaris van de) klachtencommissie bevordert deze duidelijkheid of verwijst klager hiervoor naar de klachtenfunctionaris.

Basis

De praktijk leert dat veel klagers die de klachtencommissie aanspreken, niet op de hoogte zijn van andere mogelijkheden voor afhandeling van de klacht. Ook zijn zij niet altijd even duidelijk in wat zij willen bereiken en welke klachten ze precies voorleggen. Het is van belang dat de wijze van afhandeling van de klacht zo veel mogelijk aansluit bij de doelen en wensen van de klager. Dit biedt de meeste kans op 'genoegdoening'. Als de klachtencommissie de zaak in behandeling neemt, moet duidelijk zijn wat de te beoordelen klachten zijn.

Toelichting

Wanneer een klager het gevoel heeft dat hij geen gehoor vindt of kan vinden bij de aangeklaagde zelf, is hij geneigd het 'hogerop' te zoeken. Hij spreekt daarvoor een formele instantie aan, zoals de klachtencommissie. Vaak is hem dan nog niet bekend dat deze 'slechts' een oordeel kan uitspreken. De 'schuldvraag' is daarmee beantwoord, maar een oplossing van het achterliggende probleem is niet bereikt. De inzet van een klachtenfunctionaris of bemiddelaar leidt eerder tot een oplossing en het vinden van gehoor; dit op een snellere, minder formele en belastende wijze.¹²⁷

¹²⁷ Zie o.a. Sluijs EM e.a. *Onvrede met de klachtenbehandeling: fase 1*. Utrecht: NIVEL, 2002.

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- duidelijk aan te geven dat de klager, ook als hij een andere route van afhandeling kiest, altijd het recht behoudt om de klacht alsnog door de klachtencommissie te laten behandelen;
- wanneer uitgebreidere verheldering van doelen, verwachtingen en klachtonderdelen nodig is, dit zo mogelijk met inzet van de klachtenfunctionaris te laten doen. Dit voorkomt een te intensieve band tussen klager en secretaris c.q. klachtencommissie, waarmee het aanzien van onpartijdigheid in het geding kan komen. Dit geldt bij uitstek ook als de klager behoefte heeft aan emotionele steun;
- op basis van de klachtbrief en na afstemming met de klager, schriftelijk te bevestigen welke klachtonderdelen de commissie in behandeling gaat nemen. Zo voorkomt de klachtencommissie misverstanden over wat de klager nu precies wil laten onderzoeken en op welke punten een reactie van de aangeklaagde wordt gevraagd.

Aanbeveling 51

Zowel klager als aangeklaagde(n) krijgen bij de klachtenbehandeling de mogelijkheid hun standpunten in te brengen en relevante informatie aan te dragen. Beide partijen wordt medegedeeld dat de (schriftelijke) informatie die zij inbrengen, ook aan de andere partij wordt verstrekt.

Basis

Het recht van beide partijen om standpunten en informatie in te brengen in de procedure en kennis te kunnen nemen van elkaars standpunt, zijn aspecten van het principe van 'hoor en wederhoor'. Dit is kenmerkend voor een zorgvuldige procesgang en deels vastgelegd in de WKCZ, artikel 2 lid 2 e.

Toelichting

Het principe van hoor en wederhoor omvat de volgende aspecten of rechten van beide partijen:

- de gelegenheid om het eigen standpunt in te brengen;
- de gelegenheid om kennis te nemen van het standpunt van de andere partij en daarop te reageren;
- de gelegenheid om kennis te nemen van de stukken waar de klachtencommissie haar oordeel op baseert.¹²⁸

Wanneer de klachtencommissie zorgt dat de procedure hieraan voldoet en dus schriftelijke stukken van de ene partij aan de andere partij 'doorgeeft', moet dit tevoren aan hen bekend

¹²⁸ Zie ook omschrijving vanuit Europese richtlijnen voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting (Aanbeveling van de Commissie inzake buitengerechtelijke procedures voor de regeling van consumentengeschillen. 30 maart 1998, kenmerk (98/257/EG).

zijn. Elke partij blijft echter zelf verantwoordelijk voor inhoud en toonzetting van deze stukken. Wanneer een partij een stuk of bepaalde informatie vertrouwelijk bij de klachtencommissie wil inbrengen (in de zin dat de andere partij dit niet mag weten), kan de klachtencommissie niet aan deze wens voldoen.

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- het principe van hoor en wederhoor, de wijze waarop de klachtencommissie met ingebrachte informatie omgaat en de spelregels daarbij (rechten, plichten en eigen verantwoordelijkheden) uit te leggen in een informatieblad. Elke partij ontvangt dit bij aanvang van de procedure;
- daarbij aan te geven dat de (ambtelijk) secretaris¹²⁹ aanspreekbaar is voor verdere uitleg hierover. Het betreft immers procedurele regels die voor veel mensen niet zonder meer begrijpelijk zijn;
- in het klachtenreglement, de arbeidsovereenkomst en/of het medisch statuut eventueel aanvullende regels op te nemen over de medewerking van zorgverleners/aangeklaagden aan de klachtenbehandeling en het gevolg geven aan verzoeken van de klachtencommissie.¹³⁰

Aanbeveling 5J

Mondeling hoor en wederhoor heeft de voorkeur boven schriftelijk hoor en wederhoor. Partijen worden daarbij bij voorkeur in elkaars aanwezigheid gehoord, tenzij de klachtencommissie goede redenen heeft om dit niet wenselijk te achten of de klager daartegen bezwaar heeft.

Basis

De WKCZ stelt dat mondeling of schriftelijk horen mogelijk is (artikel 2 lid 2 e), maar schrijft niet expliciet voor dat een bepaalde vorm de voorkeur heeft. Bovendien legt de WKCZ niet de plicht tot het geven van een toelichting op.¹³¹

Uit onderzoek blijkt echter dat partijen zich meer gehoord voelen wanneer zij de kans krijgen om mondeling hun verhaal te doen.

¹²⁹ De ambtelijk secretaris ondersteunt de klachtencommissie maar is geen lid van deze. De secretaris is wel lid van de commissie. De secretaris is voor klagers en aangeklaagden vaak het gezicht en aanspreekpunt van de commissie. Het optreden van de secretaris mag niet leiden tot aantasting van het aanzien van onafhankelijkheid en onpartijdigheid. Mede om die reden heeft de constructie van ambtelijk secretaris de voorkeur.

¹³⁰ Deze aanvullende regels betreffen bij voorkeur ook de medewerking aan andere vormen van klachtenafhandeling zoals beschreven in hoofdstuk 2, 3 en 4.

¹³¹ In de WKCZ staat dat de partijen door de klachtencommissie 'in de gelegenheid worden gesteld om... een toelichting te geven.'

Toelichting

De klachtencommissie bepaalt in eerste instantie of voor het onderzoek mondeling of schriftelijk horen de voorkeur heeft. Zij mag volstaan met het schriftelijk horen van partijen, waarbij uiteraard wel hoor en wederhoor moet kunnen plaatsvinden. De commissie bepaalt ook de wenselijkheid van het gezamenlijk of apart horen van partijen. Kijkend naar de WKCZ kan de deelname aan een (gezamenlijke) hoorzitting niet verplicht worden gesteld.¹³² Anderzijds mag van zorgverleners worden verwacht dat zij bereid zijn openlijk verantwoording af te leggen over hun handelen. Vanuit deze vereiste mag de zorgverlener dus niet weigeren om een toelichting te geven naar aanleiding van een klacht. De aangeklaagde heeft dan ook niet het recht om deelname aan een gezamenlijke hoorzitting te weigeren, tenzij daar heel zwaarwegende gronden voor bestaan (bijvoorbeeld bedreiging door de klager; zeer zware emotionele belasting). De klager heeft wel het recht om een mondeling horen (al dan niet in aanwezigheid van de aangeklaagde) te weigeren.

Partijen kunnen ook zelf aan de klachtencommissie laten weten dat zij graag mondeling willen worden gehoord. De commissie is niet verplicht om deze wens te honoreren; het is echter vaak wel raadzaam om dit te doen.¹³³

Het voordeel van het horen van partijen in elkaars aanwezigheid is – naast het gevoel echt gehoord te zijn – dat de klachtencommissie snel ter plekke standpunten en weergaven van gebeurtenissen aan elkaar kan toetsen en tevens het vereiste van wederhoor zo gemakkelijker te realiseren is. Dit komt de kwaliteit en de snelheid van het onderzoek ten goede. Voorwaarde is wel dat de klachtencommissie voldoende is toegerust om een dergelijke gezamenlijke hoorzitting uit te voeren. Contra-indicaties voor het gezamenlijk horen van partijen zijn met name: een zeer emotionele, een agressieve of defensieve houding van één of beide partijen die weinig ruimte biedt voor het (kunnen) aanhoren van elkaars standpunten.

Een partij die deelname aan een mondelinge hoorzitting afwijst, verspeelt daarmee niet zijn recht op het inbrengen van zijn standpunt en op het kennismaken van het standpunt van de andere partij. De klachtencommissie moet hem daartoe in de gelegenheid stellen door het opsturen van een verslag van de hoorzitting, waarop de afwezige partij vervolgens weer kan reageren.

Suggesties

Met betrekking tot hoor en wederhoor kan worden overwogen om:

- partijen duidelijk, schriftelijk en mondeling, voor te lichten over de voordelen en spelregels bij een hoorzitting (informatieblad);

¹³² Van de andere kant is juist het mondeling horen van partijen in elkaars aanwezigheid zeer wenselijk (zie ook evaluatie WKCZ). De zorgaanbieder kan overwegen om in het klachtenreglement (eventueel in de arbeidsovereenkomst) de medewerking van aangeklaagden aan een hoorzitting verplicht te stellen. De commissie moet dan wel open blijven staan voor zwaarwegende redenen om hiervan af te zien.

¹³³ Dit past ook bij een meer vraaggerichte klachtenbehandeling zoals de NIVEL-onderzoekers (2004) aanbevelen op basis van hun onderzoek naar de wensen en verwachtingen van klagers.

- een wens tot mondeling horen te honoreren, ook als dit voor het onderzoek en de oordeelsvorming naar verwachting niet nodig is;
- aan een hoorzitting bij voorkeur eerst een schriftelijke ronde vooraf te laten gaan (klachtbrief en schriftelijk verweer); partijen kunnen zich dan beter voorbereiden op hun inbreng tijdens de hoorzitting;
- als klachtencommissie bij een hoorzitting duidelijk te zijn over de intentie om partijen tot elkaar te brengen (bemiddelings- versus beoordelingsfunctie). Is er sprake van toenadering tussen partijen en lijkt er ruimte voor bemiddeling, dan legt de klachtencommissie dit als mogelijkheid aan beide partijen voor. De behandeling wordt dan opgeschort totdat de bemiddeling (door een andere instantie) heeft plaatsgevonden. Daarna informeert de klachtencommissie bij klager of deze de behandeling wil voortzetten dan wel zijn klacht (gedeeltelijk) wil intrekken;
- na te gaan of bepaalde belemmeringen (bijvoorbeeld doofheid, mate van bekendheid met de Nederlandse taal) effectief mondeling hoor en wederhoor in de weg kunnen staan en maatregelen te treffen om deze belemmeringen op te heffen (bijvoorbeeld door inschakeling van een tolk).

Aanbeveling 5K

De klachtencommissie biedt klager en aangeklaagde tijdens de klachtenbehandeling inzage in en afschrift van stukken waarop zij haar oordeel (mede) zal baseren.

Basis

Dit is een aspect van hoor en wederhoor (zie *aanbeveling 5I*). Voor partijen moet duidelijk zijn waar de klachtencommissie haar oordeel op baseert. Dit veronderstelt dat partijen ook bekend (kunnen) zijn met de stukken of de informatie waarop de klachtencommissie haar oordeel baseert.

Toelichting

Het kan hier gaan om verschillende typen stukken: getuigenverklaringen, deskundigenrapporten, vakliteratuur, protocollen en richtlijnen, jurisprudentie, relevante delen van het cliëntendossier e.d. De klachtencommissie stelt partijen op de hoogte van haar gebruik van dergelijke stukken. Zij doet dit tijdens het onderzoek – dus niet door een vermelding in de uitspraak zelf.

Strikt genomen hebben partijen alleen het recht om op elkaars standpunten te reageren; ze hebben dus geen recht van reactie op een getuigenverklaring of een deskundigenrapport. Niettemin is het voor een afgewogen oordeel en de acceptatie daarvan wenselijk wanneer de klachtencommissie partijen uitnodigt om ook op dit soort stukken hun reactie te geven.

Een afweging daarbij is wel dat dit niet tot onwenselijke vertraging van de procedure leidt. Het is wenselijk dat partijen ook kunnen beschikken over een kopie van de bedoelde stukken, maar zij kunnen dit niet afdwingen. Eventueel – bijvoorbeeld vanwege de kosten – kan de klachtencommissie volstaan met de mogelijkheid van inzage.

Partijen kunnen zelf ook stukken inbrengen in de procedure of de commissie verzoeken om bepaalde getuigen of deskundigen te horen. De commissie beslist hierover. Als deze beslissing positief is, wordt ook de andere partij daarvan op de hoogte gesteld en krijgt deze eveneens de beschikking over deze stukken.

Suggesties

Met betrekking tot inzage in en afschrift van stukken waarop de klachtencommissie haar oordeel (mede) zal baseren, kan worden overwogen om de partijen bij de start van de behandeling duidelijke informatie te geven over dit soort aspecten. Dit zou dan schriftelijk moeten gebeuren, zodat zij lopende de procedure dit nog weer kunnen nalezen.

Aanbeveling 5L

De klachtencommissie ziet het cliëntendossier alleen in als en voor zover dit ter beoordeling van de klacht noodzakelijk is. De commissie stelt de klager (cliënt) expliciet op de hoogte van het gebruik van het dossier of vraagt de klager (cliënt) hiervoor om een gerichte machtiging.

Basis

Bij gebruikmaking van informatie uit het cliëntendossier is sprake van doorbreking van de geheimhoudingsplicht. Dit is conform de WGBO alleen met toestemming van de cliënt zelf¹³⁴ mogelijk.

Toelichting

Als 'het geheim van de cliënt' in het geding is, moet de behandelaar de uiterste zorgvuldigheid betrachten.¹³⁵ Dit heeft gevolgen voor de wijze waarop ook de klachtencommissie hiermee omgaat. De commissie heeft altijd de toestemming van de cliënt nodig; het verzoek om inzage in of afschrift van het dossier moet niet verder gaan dan voor het onderzoek strikt noodzakelijk is. Daarom moet de klachtencommissie de klager altijd informeren over een eventuele inzage en regelt ze hiervoor bij voorkeur een gerichte (specifiek omschreven) machtiging van de cliënt.¹³⁶

¹³⁴ *Allerlei specifieke regels over de geheimhoudingsplicht c.q. inzage in het dossier en de positie van anderen dan de cliënt zelf (nabestaanden, vertegenwoordigers, naasten) zijn hier buiten beschouwing gelaten.*

¹³⁵ *De behandelaar heeft ook na overlijden van de cliënt de plicht om diens 'geheim' te waarborgen. Om die reden moet de behandelaar dus ook gekend worden bij een eventuele inzage in het dossier van een overledene. Uiteraard is het mogelijk dat de behandelaar die tevens aangeklaagde is hier een dubbel belang heeft en inzage weigert. In dat geval is toetsing van deze weigering via de rechter mogelijk.*

¹³⁶ *Klachtencommissies gaan ook wel uit van een veronderstelde toestemming: de cliënt dient een klacht in en kan dan weten dat voor de beoordeling eventueel ook het dossier moet worden ingezien. Hier wordt dan dus parallel geredeneerd aan de veronderstelde toestemming tot inzage door een andere behandelaar in het kader van de behandeling (WGBO). Echter, de WGBO heeft geen betrekking op de klachtenbehandeling; de praktijk leert dat klagers zich niet altijd realiseren dat de klachtencommissie bij haar onderzoek het dossier wil inzien. Om die redenen heeft een gerichte machtiging van de cliënt aan de klachtencommissie de voorkeur.*

Ingeval sprake is van een overleden cliënt, gelden bijzondere regels, samenhangend met het ‘inzagerecht’ van nabestaanden. Deze zijn hier niet nader uitgewerkt

Suggesties

Met betrekking tot het cliëntendossier, is te overwegen om, indien duidelijk is dat het dossier wordt gebruikt in het kader van het onderzoek en indien het mogelijk is, meteen al de cliënt zelf een kopie daarvan beschikbaar te stellen. Dit is zelfs wenselijk. De cliënt kan dan zonder extra moeite desgewenst anderen raadplegen over hetgeen in het dossier is vastgelegd. Verstrekking van deze kopie kan zonder verdere kosten plaatsvinden (voor zover het gaat om een kopie van het deel dat ook de klachtencommissie inziet). Deze handelwijze versterkt het vertrouwen van de klager in een open en toegankelijke behandeling van de klacht.

De behandelaar kan, na toestemming van de cliënt, inzage in of kopie van het dossier niet afwijzen, maar moet wel in de gelegenheid zijn de eventuele privacy van ‘derden’ – over wie mogelijk gegevens in het dossier zijn opgenomen – te waarborgen. Hij moet dus kunnen aangeven (en motiveren) of bepaalde delen van het dossier niet beschikbaar zijn.

Aanbeveling 5M

Bij de oordeelsvorming streeft de klachtencommissie naar consensus. In geval van blijvende verdeeldheid over de gegrondheid van de klacht zal stemming uitsluitel moeten geven. Bij het staken van de stemmen is de stem van de voorzitter doorslaggevend.

Basis

De klachtencommissie moet (per klachtonderdeel) een oordeel geven (WKCZ artikel 2 lid 2 c). Het oordeel ‘onbeslist’ is niet mogelijk omdat dit geen oordeel is; de klachtencommissie kan zich ook niet onthouden van een oordeel.¹³⁷ Mede om die reden zijn duidelijke regels over de besluitvorming over het oordeel gewenst.

Toelichting

Naarmate de klachtencommissie erin slaagt om duidelijke normen of toetsingskaders voor haar oordeel aan te geven, is de kans op consensus (en een goede motivering van het oordeel) groter. In geval van verschil van inzicht kan de klachtencommissie de zaak ook nog eens door een extern deskundige laten bekijken. Biedt ook dit geen uitkomst, dan moet de commissie besluiten bij meerderheid van stemmen; zo nodig moet de stem van de voorzitter de doorslag geven. De voorzitter kan daarbij eventueel besluiten om de mening van de ter zake van

¹³⁷ Zie Hielkema e.a., 2003, met name hoofdstuk 6. Hierin zijn ook andere aanwijzingen voor de oordeelsvorming door de klachtencommissie besproken.

de klacht inhoudelijk deskundige(n) zwaarder te laten wegen. Het is niet wenselijk om in de uitspraak informatie te geven over stemverhoudingen of minderheidsstandpunten omdat dit het gezag van het oordeel van de commissie aantast.

Suggesties

Overwogen kan worden om deze en andere regels over de omgang met verdeeldheid van de commissie op te nemen in het huishoudelijk reglement.

Aanbeveling 5N

De WKCZ-klachtencommissie behandelt klachten binnen de termijn die hierover in de klachtenregeling is vastgelegd. Bij dreigende overschrijding van deze termijn informeert de klachtencommissie partijen hierover schriftelijk, met vermelding van de reden. Zij geeft daarbij een nieuwe termijn aan, die maximaal nog een keer de reglementaire termijn kan zijn.

Basis

De WKCZ verplicht de zorgaanbieder tot het vastleggen van een behandelingstermijn in het klachtenreglement. Duidelijkheid over termijnen en over de redenen van eventuele overschrijding komt het vertrouwen in de procedure ten goede. Het benoemen van een maximale termijn van overschrijding is niet wettelijk verplicht, maar vergroot wel het gevoel van rechtszekerheid bij partijen.

Toelichting

De verschillende sectoren hebben in het kader van deze Klachtenrichtlijn voor de klachtenbehandeling wenselijke termijnen genoemd. Deze zijn:

- Ziekenhuizen: 2 maanden
- GGZ: 2 maanden
- VVT¹³⁸: 4 weken
- Gehandicaptenzorg: 2 maanden
- Vrijgevestigden: 4 maanden

De termijn van klachtenbehandeling die hier bedoeld is, betreft de periode tussen indiening van de (schriftelijke) klachtbrief en ontvangst van de uitspraak. De variatie in termijnen hangt samen met de afhankelijkheidssituatie van de klager en de organisatie van de sector. Binnen de totale behandelingstermijn voor een bij de commissie ingediende klacht zijn nadere termijnen voor de verschillende fasen bij de behandeling van de klacht (rond verweer, repliek en dupliek) aan te geven. Dit bevordert de inzichtelijkheid van de procedure voor partijen.

¹³⁸ VVT: sector Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (woonzorgsector).

Suggesties

Met betrekking tot de termijnen kan worden overwogen om:

- in het klachtenreglement of huishoudelijk reglement de termijnen te noemen voor bevestiging van ontvangst van de klacht, berichtgeving aan de aangeklaagde, verweer, dupliek, repliek en toezending van de uitspraak nadat de klachtencommissie heeft besloten over haar oordeel c.q. de conceptuitspraak heeft besproken;
- vast te leggen dat de klachtencommissie eventueel om redenen van zorgvuldigheid de maximale overschrijdingstermijn naast zich neer mag leggen, mits alle partijen daarover gemotiveerd bericht ontvangen.

Sectoren Gehandicaptenzorg, VVT en GGZ

Aanbeveling 50

Voor artikel 41 BOPZ-klachten behandelt de klachtencommissie klachten gericht tegen een nog lopende toepassing binnen een termijn van twee weken; voor klachten gericht tegen een reeds beëindigde toepassing binnen een termijn van vier weken. De klachtencommissie (eventueel de daartoe gedelegeerde voorzitter) kan op verzoek van de klager een nog lopende toepassing schorsen. Deze hoort de voor de behandeling verantwoordelijke persoon of – indien nodig – de in de organisatie verantwoordelijke persoon voor vrijheidsbeperking van cliënten (zoals de geneesheer-directeur, eerste geneeskundige of BOPZ-arts) en beslist vervolgens over de schorsing.

Basis

Het betreft hier specifiek in de Wet BOPZ genoemde vereisten en bevoegdheden.

Toelichting

Gezien de beslistermijn ten principale – namelijk binnen twee weken – moet er in geval van een verzoek tot schorsing een zeer snelle procedure worden gevolgd, zo mogelijk binnen twee dagen. Als het mogelijk is (en dat zal niet altijd zo zijn), moeten beide partijen worden gehoord. Deze eis weegt zwaarder als de argumenten van klager niet bekend zijn (gemaakt). De geneesheer-directeur, eerste geneeskundige of BOPZ-arts moet worden gehoord vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid voor het zorgbeleid.

Wijst de commissie vervolgens het schorsingsverzoek af, dan is de schorsing daarmee afgedaan; een uitvoerige en tijdrovende vervolprocedure na afwijzing van het schorsingsverzoek kan niet de bedoeling zijn, want dat komt neer op behandeling van de klacht ten principale.

Aanbeveling 5P

De klager behoudt het recht om tussentijds zijn klacht in te trekken. De commissie komt dan niet tot een oordeel over de gegrondheid van de klacht. Zij stuurt op basis van de voorgelegde feiten een afsluitend bericht naar klager en aangeklaagde.

Basis

De WKCZ heeft het klachtrecht van de cliënt als basis. Deze bepaalt waarover 'het geding' gaat. De klachtencommissie is in die zin dan ook lijdelijk.

Toelichting

De klachtencommissie heeft, anders dan bijvoorbeeld de tuchtrechter, niet als hoofddoel de bewaking of bevordering van de kwaliteit. Zij kan dan ook alleen maar 'op gezag van de klager' de behandeling van een klacht voortzetten. Bovendien kan zij alleen een oordeel uitspreken over de klachtonderdelen die de klager zelf heeft ingebracht.¹³⁹ Als de klager de klacht (gedeeltelijk) intrekt, mag de klachtencommissie hierover formeel ook geen oordeel uitspreken.

Het is van groot belang dat over dit alles geen misverstanden ontstaan die mogelijk leiden tot verwijten van partijdigheid aan het adres van de klachtencommissie. Daarom moet de commissie ook de zaak afsluiten met een schriftelijk bericht aan klager en aangeklaagde onder vermelding van de reden van afsluiting.

De zorgaanbieder ontvangt in principe alleen een geanonimiseerd afsluitend bericht, tenzij hierover in het klachtenreglement nadere afspraken zijn gemaakt en klager instemt met berichtgeving aan de zorgaanbieder (directie of Raad van Bestuur).

Suggesties

Met betrekking tot het intrekken van een klacht door de klager, kan worden overwogen om:

- een klager die zijn klacht intrekt, goed voor te lichten over de gevolgen hiervan. Geef hem eventueel bedenktijd. Tevens zou altijd een schriftelijke bevestiging van het besluit van de klager gevraagd moeten worden;
- een klager niet tijdens de hoorzitting een definitief besluit te laten nemen over het eventueel intrekken van zijn klacht. Geef hem de tijd om een en ander te laten bezinken en tot een afgewogen besluit te komen;
- in het klachtenreglement vast te leggen hoe de klachtencommissie bij intrekking van de klacht kan en mag handelen. Denk bijvoorbeeld aan melding aan de Raad van Bestuur met een afgewogen mening over de mogelijke ernst van het achterliggende probleem en een aanbeveling om hier op andere wijze aandacht aan te besteden.

¹³⁹ Zie ook Hielkema e.a. (2003) over de positie van de klachtencommissie hierin en de dilemma's die dat met zich meebrengt.

Aanbeveling 5Q

De klachtencommissie stuurt binnen een vastgelegde termijn de uitspraak naar klager, aangeklaagde(n) en – indien dit een ander is dan de aangeklaagde – zorgaanbieder. De uitspraak omvat ten minste een gemotiveerd oordeel, informatie over de wijze van behandeling, eventuele aanbevelingen, een datum en ondertekening. De uitspraak is zo geformuleerd dat deze voor alle betrokkenen duidelijk en navolgbaar is.

Basis

In de WKCZ (artikel 2 lid 2 c) is vastgelegd dat de klachtencommissie binnen een in de regeling vastgelegde termijn de klager, de aangeklaagde en – indien dit een ander is dan de aangeklaagde – de zorgaanbieder schriftelijk en met redenen omkleed in kennis stelt van haar oordeel over de gegrondheid van de klacht, al dan niet vergezeld van aanbevelingen. De WKCZ stelt een gemotiveerd en op schrift gesteld oordeel verplicht.

Uit jurisprudentie (kantonrechter Groningen) volgt dat ondertekening van de uitspraak en vermelding van de namen van de klachtencommissie vereist is.

Toelichting

De navolgbaarheid van de klachtenbehandeling en de rechtszekerheid is gediend met een oordeel dat op schrift staat en goed gemotiveerd is. De gelijkwaardigheid van partijen in de procedure vereist dat zij ook allen dit oordeel ontvangen.

In de praktijk zijn in een uitspraak de klachtonderdelen vaak niet duidelijk onderscheiden en/of beperkt de klachtencommissie zich tot een samenvattend oordeel. Ook ontbreekt het vaker aan een systematische en duidelijke motivering van het oordeel bij elk klachtonderdeel. Ook het taalgebruik is soms moeilijk te volgen voor leken, terwijl toonzetting en opzet van de uitspraak het karakter hebben van een rechterlijk vonnis. Dit alles is niet kenmerkend voor een laagdrempelige en toegankelijke klachtenregeling zoals de WKCZ deze beoogt.

De klachtencommissie is niet gerechtigd om de uitspraak te sturen naar anderen dan de partijen zelf en de zorgaanbieder. Dit is in tegenspraak met haar geheimhoudingsplicht. Het staat partijen en ook de zorgaanbieder zelf vrij om de uitspraak wel aan anderen ter beschikking te stellen, zij het dat ook zij gehouden zijn om de privacy van betrokkenen te respecteren. Zo kan de klager of de zorgaanbieder wel de uitspraak naar de Inspectie sturen, de klachtencommissie kan dit in principe niet.

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- van meet af aan met klager de te onderzoeken klachtonderdelen af te stemmen en vervolgens per klachtonderdeel de norm te noemen waaraan de klachtencommissie bij haar oordeels-

vorming toetst. Op basis van meningen, feiten en overwegingen kan per klachtonderdeel een gemotiveerd oordeel worden opgebouwd. Op deze wijze herkennen partijen hun inbreng in de uitspraak en kunnen zij volgen hoe en waarom de klachtencommissie tot haar oordeel is gekomen;

- te zorgen voor duidelijk, niet juridisch of vaktechnisch, taalgebruik zodat het oordeel zowel voor klager als aangeklaagde te begrijpen is;
- een uitspraak te beginnen met een korte opsomming van de klachtonderdelen zodat klager zich meteen herkent en duidelijk is waarover de uitspraak gaat. Neem daarna pas – kort – een beschrijving van de gevolgde procedure op;
- het aspect van gelijkwaardigheid van partijen in de procedure te versterken door hen beiden (en ook de zorgaanbieder) dezelfde tekst van de uitspraak toe te zenden. Varieer eventueel in de brief waar deze tekst is bijgevoegd;
- te zorgen dat de uitspraak in elk geval informatie geeft over c.q. de volgende elementen bevat:
 - klager en aangeklaagde (personalia, hoedanigheid);
 - de klacht (ingediende en onderzochte klachtonderdelen);
 - leden van de klachtencommissie die bij behandeling betrokken zijn (naam en status);
 - opzet en verloop van het onderzoek;
 - procedure met betrekking tot hoor en wederhoor;
 - termijnen van de behandelingsprocedure;
 - standpunten en onderbouwing van partijen;
 - informatie uit andere bronnen (dossierinformatie, feiten en standpunten van ‘derden’ zoals getuigen, extern deskundigen);
 - overwegingen van de klachtencommissie mede aan de hand van door haar benoemde normen, leidend tot een oordeel per klachtonderdeel;
 - eventuele aanbevelingen;
 - datum van de uitspraak;
 - naam en handtekening van de voorzitter en eventueel de ambtelijk secretaris.

Aanbeveling 5R

De zorgaanbieder laat binnen één maand klager, aangeklaagde en klachtencommissie schriftelijk weten of hij maatregelen neemt en welke dit zijn. Als hij dit niet binnen een maand kan doen, laat hij hen de reden daarvan weten en komt hij uiterlijk binnen twee maanden met zijn reactie.

Basis

De vereiste van een schriftelijke reactie op de uitspraak – dit binnen een termijn van één maand – is vastgelegd in de WKCZ.¹⁴⁰ Dit geldt ongeacht het oordeel van de klachtencommissie. Het uitblijven van deze reactie krijgt de betekenis van het niet serieus nemen van de klacht

en van het oordeel van de klachtencommissie. Daarom wordt voor de situatie van uitstel van de reactie een maximale termijn aanbevolen; deze is niet wettelijk vastgelegd. De zorgaanbieder is wel wettelijk verplicht om aan te geven waarom hij zich niet aan de wettelijke termijn van één maand houdt.

De WKCZ stelt alleen toezending van de reactie aan klager en klachtencommissie verplicht. Echter, de gelijkwaardigheid van partijen gebiedt dat ook de aangeklaagde deze reactie ontvangt.

Toelichting

Het belang van de uitspraak ligt niet (alleen) in het oordeel, maar vooral in wat daar op volgt.¹⁴¹ Zie ook de motieven van klagers zoals aangegeven in *hoofdstuk 1*. Daarom is het van groot belang dat de zorgaanbieder reageert en dat hij aangeeft welke maatregelen zullen volgen. Het komt nog regelmatig voor dat een zorgaanbieder niet reageert op een uitspraak met het oordeel 'ongegrond'. Dit is niet wenselijk, onder meer omdat ook – de aanbevelingen bij – een ongegronde klacht aanleiding kan geven tot maatregelen ter bevordering van de kwaliteit van de zorg of de kwaliteit van de klachtenregeling.

Suggesties

Enkele punten ter overweging zijn om:

- altijd te reageren op de uitspraak van de klachtencommissie, ook als het oordeel 'ongegrond' luidt en ook als er geen aanbeveling is opgenomen in de uitspraak. Daarmee wordt in elk geval duidelijk dat de zorgaanbieder de uitspraak serieus heeft bekeken;
- voor zover de zorgaanbieder een ander is dan de aangeklaagde, met deze af te stemmen over de te nemen maatregelen. Hiervoor zijn in het klachtenreglement nadere afspraken op te nemen;
- partijen na verloop van tijd te berichten over de effectuering van (voorgenomen) maatregelen (zie ook *hoofdstuk 6*). Dit komt de status van de uitspraak en het gevoel van genoegdoening bij de klager ten goede.

Aanbeveling 5S

De klachtencommissie scheidt voor klager en aangeklaagde duidelijkheid over het al dan niet bestaan van een beroepsmogelijkheid. De WKCZ voorziet niet in een beroepsmogelijkheid tegen het oordeel van de klachtencommissie.

¹⁴⁰ Zie artikel 2 lid 5: 'De zorgaanbieder deelt de klager en de klachtencommissie (...) binnen een maand na ontvangst van het (...) oordeel van de klachtencommissieschriftelijk mede of hij naar aanleiding van dat oordeel maatregelen zal nemen en zo ja welke. Bij afwijking van de (...) termijn doet de zorgaanbieder daarvan met redenen omkleed mededeling aan de klager en de klachtencommissie, onder vermelding van de termijn waarbinnen de zorgaanbieder zijn standpunt aan hen kenbaar zal maken.'

¹⁴¹ Uit het recente NIVEL-onderzoek (Sluijs EM e.a., 2004) spreekt met name dat klagers zekerheid missen dat er ook echt wat met de klacht wordt gedaan. Dit is eens te meer van belang omdat hun doel bij indiening van de klacht bij de WKCZ-klachtencommissie veelal is herhaling voor anderen te voorkomen.

Sector VVT

Voor de sector VVT geldt dat zowel de klager als de aangeklaagde na behandeling van een klacht door de klachtencommissie van de instelling, een beroepsmogelijkheid heeft via de Landelijke Beroepscommissie Klachten (LBK).

Sectoren Gehandicaptenzorg, VVT en GGZ

In geval van BOPZ-klachten heeft de klager de mogelijkheid om in beroep te gaan tegen de behandeling van de klacht en/of het oordeel van de klachtencommissie. De klager legt het verzoek daartoe via de IGZ voor aan de rechter.

Toelichting

Zowel klager als aangeklaagde moeten weten waar ze aan toe zijn met het oordeel van de klachtencommissie; het moet duidelijk zijn wat de status hiervan is en of men ‘nog verder’ kan gaan. Bij de totstandkoming van de WKCZ is de beroepsmogelijkheid wel overwogen, maar hier is van afgezien om een te langdurige procedure te voorkomen. In sectoren waar cliënten in een meer kwetsbare positie verkeren, kent het wettelijk geregelde klachtrecht soms wel een beroepsmogelijkheid. In de sector VVT heeft men hiervoor een eigen regeling getroffen. Als een klacht niet naar tevredenheid van klager of aangeklaagde door de klachtencommissie van de betreffende instelling is afgehandeld, kan door beide partijen gebruik worden gemaakt van de beroepsmogelijkheid zoals opgenomen in het klachtenreglement van LVT/LOC/Arcares. De genoemde partijen richten zich tot een onafhankelijke Landelijke Beroepscommissie Klachten (LBK). Het schriftelijk beroep moet worden ingediend binnen zes weken na de uitspraak van de klachtencommissie van de instelling.

De Wet BOPZ voorziet wel in een beroepsmogelijkheid, zowel wat betreft de wijze van behandeling van de klacht als de uitkomst daarvan.

Aanbeveling 5T

De klachtencommissie meldt een zogenoemde ‘ernstige klacht’ aan de Inspectie. Dit is aan de orde indien de zorgaanbieder ondanks herhaald aandringen van de klachtencommissie nalaat om aanbevelingen van de commissie te realiseren en daardoor een situatie ontstaat of wordt gecontinueerd die een ernstige en structurele bedreiging inhoudt van de kwaliteit van zorg. Bij melding aan de Inspectie anonimiseert de commissie de gegevens van de klager. De commissie stelt de zorgaanbieder en de aangeklaagde (als dit een ander is dan de zorgaanbieder) tevoren op de hoogte van deze melding.

Basis

Uit de evaluatie van de WKCZ blijkt dat hier sprake is van een ‘lacune’: de zorgaanbieder voldoet in formele zin aan zijn wettelijke verplichtingen, maar neemt niet zijn verantwoordelijkheid om naar aanleiding van klachten kwaliteitsverbetering te realiseren.

De klachtencommissie lijkt gebonden door haar geheimhoudingsplicht en verliest op deze wijze haar gezag als het gaat om ernstige misstanden. Om die reden is in het wetsvoorstel herziening WKCZ de mogelijkheid (eventueel de plicht) van de klachtencommissie tot het melden aan de IGZ opgenomen.¹⁴²

Toelichting

Een eventuele melding aan de IGZ moet gepaard gaan met de nodige zorgvuldigheid. De zorgaanbieder moet de gelegenheid krijgen om alsnog zijn verantwoordelijkheid te nemen. De privacy van de klager moet voldoende zijn gewaarborgd.

De privacy van de aangeklaagde (zijnde een ander dan de zorgaanbieder) is niet zonder meer te waarborgen omdat daarmee mogelijk de melding aan betekenis inboet. Een respectvolle omgang met zorgaanbieder en aangeklaagde gebiedt evenwel dat zij op de hoogte zijn van de melding aan de IGZ.

Suggesties

Bij een besluit tot melding aan de IGZ kan de klachtencommissie overwegen om:

- betrokkenen altijd ruim tevoren te laten weten dat zij melding bij de IGZ overweegt. Zo worden de betrokkenen in de gelegenheid gesteld om alsnog – en zonder onnodig gezichtsverlies – hun verantwoordelijkheid te nemen;
- bij een eventuele melding goed vast te leggen waarom zij tot de melding heeft besloten en hoe de zorgvuldigheid ten opzichte van klager, aangeklaagde(n), zorgaanbieder en eventuele andere betrokkenen wordt gewaarborgd;
- aan betrokkenen bij voorkeur dezelfde informatie te sturen als zij aan de IGZ stuurt;
- de IGZ te verzoeken om haar te informeren over de afhandeling van de melding.

¹⁴² Op dit moment is sprake van een Novelle op het eerdere ingediende voorstel tot herziening van de WKCZ. Deze voorziet in een meldingsplicht nadat de zorgaanbieder eerst gelegenheid heeft gehad in deze zijn verantwoordelijkheid te nemen. Op dit moment is nog niet bekend of en wanneer de herziening van de WKCZ doorgang vindt. In de aanbeveling is al uitgegaan van de situatie dat op dit punt inderdaad herziening plaatsvindt.

Hoofdstuk 6

Bijdrage aan kwaliteitsverbetering

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 6* zijn dit:

Proeftuinen

- Amphia Ziekenhuis (doelstelling 2 en 3)
- De Geestgronden
- Klachtenregeling Huisartsenzorg Haaglanden (doelstelling 3)
- Reinier de Graaf Groep (doelstelling 1 en 2)
- Stichting Zorgbeheer de Zellingen (doelstelling 2)
- Zaans Medisch Centrum (doelstelling 2 en 3)

Praktijkvoorbeelden

- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen
- Klachtencommissie Huisartsenzorg WSD
- Medisch Centrum Haaglanden
- St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
- Zorggroep Noorderbreedte, Medisch Centrum Leeuwarden

Inleiding

Met de WKCZ is bedoeld zowel klachten van cliënten te behandelen als een bijdrage te leveren aan kwaliteit van zorg. Een klacht is immers een signaal dat de cliënt denkt dat er iets fout is (gegaan) en/of dat iets voor verbetering vatbaar is. Veel cliënten willen dan ook met hun klacht bereiken dat de zorg voor henzelf en anderen verbetert, zodat herhaling van dezelfde situatie wordt voorkomen (zie *hoofdstuk 1*).¹⁴³ Toch is nog weinig zichtbaar wat feitelijk wordt gedaan om deze bedoelingen te realiseren.¹⁴⁴

Binnen de meeste kwaliteitssystemen vormt de waardering van cliënten en daarmee ook hun klachten een belangrijk element.¹⁴⁵ Klachten, meldingen aan de MIP- of FONA-commissies, gegevens uit tevredenheidsonderzoek, audits en andere kwaliteitstoetsingen bieden aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering van zorg. Toch worden deze gegevens nog nauwelijks aan elkaar gekoppeld¹⁴⁶ en gebruikt.

¹⁴³ Zie eerder aangehaalde uitkomsten van NIVEL-onderzoek 2004.

¹⁴⁴ Friele RD, Ruiter C de, Wijmen F van, Legemaate J. Evaluatie WKCZ. Utrecht, 1999:28-9.

¹⁴⁵ Wersch S van, Winters S, Zomerplaat J. Kwaliteitsmodellen in de zorgsector. Utrecht: SWP, 1999.

¹⁴⁶ Zie o.a. Wijmen FCB van, e.a. In: Evaluatie WKCZ. Utrecht, 1999:158 e.v.

Hiervoor zijn diverse redenen aan te wijzen:

- inbreng van klachten op verschillende niveaus (individuele zorgverlener, managers, klachtenfunctionaris, klachtencommissies en externe klachteninstanties zoals IKG en tuchtcolleges);
- gebrek aan uniformiteit in interpretatie, vastlegging en publicatie van – informatie over – klachten;
- onvoldoende aansluiting bij gegevens van MIP-commissies en kwaliteitstoetsingen door anderen (kwaliteitsfunctionarissen en -commissies, patiëntenvoorlichters en externe auditeurs);
- ontbreken van een duidelijke richtlijn voor meldingen over specifieke (disfunctionerende) zorgverleners, voor de aanpak daarvan door zorgmanagement en IGZ, voor de omgang met privacy;
- andere wijzen van kwaliteitsdenken (ervaren kwaliteit versus professionele kwaliteit);¹⁴⁷
- geen duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden van de verschillende klachteninstanties bij signalering van knelpunten uit klachten, besluitvorming over verbeteracties, uitvoering en bewaking daarvan;
- uitblijven van terugkoppeling over concreet bereikte kwaliteitsverbetering op basis van klachtinformatie;
- ontbreken van een cultuur die gezamenlijk leren van klachten bevordert.

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen voor de wijze waarop klachten kunnen leiden tot effectieve kwaliteitsverbetering van de zorg. De aanbevelingen hebben deels als aangrijpingspunt de verschillende stappen die leiden van klacht naar (verankerde) kwaliteitsverbetering,¹⁴⁸ aansluitend bij het denken over implementatie van (zorg)innovaties.¹⁴⁹ Tevens is gelet op de verschillende niveaus en actoren in het klachtenmanagement die elk hun eigen bijdrage (kunnen) leveren aan kwaliteitsverbetering naar aanleiding van klachten.

Aanbeveling 6A

De zorgaanbieder bevordert een klimaat waarin de vertaling van klachten naar kwaliteitsverbetering wordt beloond.

¹⁴⁷ Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, the definition of quality*. Ann Arbor, 1986. Williamson Ch. *Whose standards? Consumer and professional standards in health care*. Buckingham, 1992.

¹⁴⁸ Deze stappen zijn globaal te omschrijven als:

- vastleggen/verzamelen van klachten;
- bekend maken van (informatie uit) klachten;
- betekenis geven aan deze informatie;
- erkenning als kwaliteitssignaal (op de agenda krijgen):
 - uitwerken van een verbeteringsplan;
 - uitvoeren;
 - evalueren;
 - borgen of verankeren van de (bijgestelde) verbetering.

¹⁴⁹ Zie o.a. Grol R, Wensing M (red). *Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen, 2001. Pater L, e.a. *Implementeren, het speelveld in de praktijk*. Utrecht, 2001. GHIP: Richtsnoer GHIP versie 1.0. Utrecht, maart 2003.

Basis

Aangeklaagden zijn vaak tevens degenen die in de praktijk kwaliteitsverbetering waarmaken. Een motivatie vanuit het positieve bevordert de bereidheid om zich hiervoor in te zetten.

Toelichting

De zorgaanbieder schept de voorwaarden om het werken aan kwaliteit op basis van klachten niet als straf, maar als teken van professionaliteit en ‘eigen belang’ te zien. Belonen van een reactie op een klacht die leidt tot kwaliteitsverbetering draagt hieraan bij. Deze beloning kan verschillende vormen hebben: positieve aandacht, status, betrokkenheid bij verbetertrajecten, budget voor een verbeteractie, vrijmaken van tijd voor verbeteracties.

Suggesties

Bij het bevorderen van een klimaat waarin de vertaling van klachten naar kwaliteit worden beloond, is het te overwegen om:

- te kiezen voor verbeteracties op basis van klachten die aansluiten bij wat teams en afdelingen zelf al als knelpunt ervaren;
- teams zelf te laten kiezen welke verbeteractie(s) zij willen ondernemen;
- te zorgen voor verbeteracties die binnen een afgebakend tijdsbestek tot merkbaar resultaat kunnen leiden (SMART);¹⁵⁰
- bij het verschijnen van het klachtenjaarverslag een jaarlijkse competitie uit te schrijven voor de drie beste verbeterideeën. Deze zouden kunnen worden beloond met een trofee en een budget voor uitvoering;
- te publiceren (in personeelsblad, cliëntenblad, vakblad) over de voortgang en resultaten van verbeterprojecten.

Aanbeveling 6B

De zorgaanbieder ziet toe op een systematische aanpak van de vertaalslag van klachten naar kwaliteit. Hij stelt de daarvoor benodigde middelen beschikbaar.

Basis

Het vertalen van klachten naar kwaliteit is meer dan een incidentele of ludieke activiteit. Het moet verankerd zijn in het kwaliteitsbeleid van de instelling of beroepsorganisatie. Dit is – deels – vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen die de zorgaanbieder verplicht om in het kwaliteitsjaarverslag aan te geven hoe klachten hebben geleid tot kwaliteitsverbetering.¹⁵¹

¹⁵⁰ Het SMART-principe betekent dat doelen of gewenste resultaten Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Reëel en Tijdgebonden geformuleerd zijn.

¹⁵¹ Zie Kwaliteitswet Zorginstellingen artikel 5 lid 2 c: ‘In dat (kwaliteitsjaar)verslag geeft de zorgaanbieder daartoe onder meer aan... welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.’

Toelichting

In de praktijk wordt de vertaling van klacht naar kwaliteit nog te veel overgelaten aan ‘toevallige’ initiatieven van de klachteninstanties zelf. Het is wel opgenomen in doel- en taakomschrijvingen, maar niet vertaald in beleid, activiteitenplan en budget. Zo komt het nog weinig voor dat in de taakomschrijving en het werkplan van een klachtenfunctionaris expliciet is aangegeven hoeveel uren deze beschikbaar heeft voor signalering in het kader van kwaliteitsbevordering. In de praktijk doet zich ook de volgende paradox voor: naarmate de werktijd van de klachtenfunctionaris meer volloopt met afhandeling van individuele klachten, zou hij meer tijd moeten hebben voor signaleren en bevorderen van kwaliteitsverbetering. Doorgaans worden tijd en middelen hiervoor pas vrijgemaakt als de klachten qua aantal of gevolgen echt uit de hand lopen.

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- een beleidsnota en jaarplan klachtenmanagement op te stellen, waarin onder meer is aangegeven wie, wanneer, hoe, met welke middelen en met welk (gewenst) resultaat aan de slag gaat met de vertaling van klachten naar kwaliteit;
- duidelijkheid te bevorderen over de betrokkenheid van de verschillende ‘stakeholders’ (initiatiefnemers, afnemers, beslissers, financiers, uitvoerders, ondersteuners);
- op de begroting zichtbaar te maken welk budget is gereserveerd voor de vertaling van klachten naar kwaliteitsbeleid. Daarmee wordt ook zichtbaar dat de zorgaanbieder dit een belangrijk thema vindt.

Aanbeveling 6C

Ieder die bij de afhandeling van klachten is betrokken, overweegt tevens de betekenis van deze klacht als signaal voor kwaliteitsverbetering. Hij zorgt dat dit signaal, met inachtneming van de privacy, op de juiste plaats bekend wordt.

Basis

Een klacht heeft altijd ‘twee gezichten’: de individuele uiting van ongenoegen en de eventuele verwijzing naar een achterliggend meer structureel probleem (signaal). Op de individuele uiting volgt een reactie zoals beschreven in de *hoofdstukken 2 tot en met 5* van deze richtlijn. Blijft het daarbij, dan verwordt klachtenafhandeling tot een PR-instrument. De klager wordt met een bos bloemen en een excuus tevreden gesteld, waarna men overgaat tot de orde van de dag.

Toelichting

Op dit moment is een kwantitatieve werkwijze het meest gebruikelijk: men verzamelt eerst klachten in (jaar)overzichten en weegt dan pas af of er sprake is van een structurele component. Niet de inhoud van de klacht, maar het aantal klachten geeft de doorslag bij het besluit over een eventuele noodzaak tot kwaliteitsverbetering.

Nadeel hiervan is dat het te lang duurt eer informatie op de juiste plaats bekend wordt en betrokkenen hun verantwoordelijkheid (kunnen) nemen. Een proactieve benadering, vergelijkbaar met die bij MIP-meldingen, bevordert het voorkómen van klachten en betekent dus winst in termen van tijd, ergernis, schade en werkplezier.

Een dergelijke (meer kwalitatieve) benadering van elke klacht kan niet beperkt blijven tot de klachteninstanties. Eenieder die te maken krijgt met klachten (dus ook zorgverleners en management), heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid. De kunst is om het aantrekkelijk en vanzelfsprekend te maken dat ieder deze verantwoordelijkheid ook neemt (zie *aanbeveling 6A en 6B*).

Suggesties

Te overwegen is om:

- te bevorderen dat zorgverleners die zelf klachten afhandelen, ook steeds letten op het eventuele kwaliteitsaspect in de klacht (zie ook *aanbeveling 6D en 6J*);
- als klachteninstantie bij elke klacht tevens te signaleren of deze betekenis heeft als signaal. Houd dan op een ‘signaalkaart’ bij wat de achterliggende betekenis is, waar het signaal is neergelegd en welk effect dit heeft gehad. Verwerk deze informatie in de periodieke klachtenrapportages.

Aanbeveling 6D

Zorgverleners bespreken in teamverband de signalen van onvrede waarmee zij te maken krijgen en de betekenis hiervan in termen van kwaliteitsverbetering.

Basis

Het thema ‘van klacht naar kwaliteit’ blijft leven als het systematisch wordt besproken. Een middel daartoe is om het ook letterlijk op de agenda te zetten van degenen die in de praktijk de kwaliteit van zorg gestalte geven.

Toelichting

Zie de voorgaande aanbeveling.

Suggesties

Men zou kunnen denken aan:

- het ontwikkelen (bijvoorbeeld door klachtenfunctionaris en kwaliteitsfunctionaris) van een hulpmiddel voor de wijze waarop ieder team, iedere afdeling, vakgroep of maatschap het thema ‘klacht en kwaliteit’ kan bespreken. Dit kan bijvoorbeeld een korte handleiding zijn waarin staat hoe informatieverzameling, weging, planning, actie en effectmeting (monitoring) plaatsvindt;

- het combineren van de bespreking van klachten met informatie vanuit MIP-meldingen en vanuit ontslaggesprekken met cliënten.

Aanbeveling 6E

Klachteninstanties binnen een instelling of beroepsorganisatie registreren klachten op uniforme en systematische wijze.

Basis

Eenduidige klachtenregistratie maakt bundeling en vergelijking mogelijk. Hierdoor zijn klachten die op verschillende plaatsen binnenkomen, beter te vertalen naar achterliggende structurele knelpunten.

Toelichting

Doelen van klachtenregistratie zijn:

- voortgangsbewaking;
- verantwoording;
- managementinformatie voor signalering en follow-up (bijdrage aan kwaliteitsverbetering).

Op dit moment worden er vaak nog verschillende klachtenregistratiesystemen gehanteerd, waarbij de inrichting in relatie tot de verschillende doelen van registratie niet altijd even goed is doordacht.

Het is niet noodzakelijk en ook niet wenselijk dat alle registrerende instanties precies dezelfde gegevens vastleggen. Zij hebben immers deels andere doelen en werkwijzen. Echter, bij bepaalde kerngegevens die voor de signalering van belang zijn, is een uniforme registratie wel van belang. Het betreft de registratie per klachtonderdeel van inhoud, 'object' en uitkomst (waarover gaat de klacht, over wie gaat de klacht, waartoe heeft de afhandeling van deze klacht geleid?).

Op het niveau van de instelling of zorgaanbieder zelf is het wenselijk dat diverse interne registrerende instanties bij de registratie van deze kerngegevens eenzelfde systematiek gebruiken en bij voorkeur ook hetzelfde technische systeem. Zo is – met behoud van privacy en inachtneming van ieders geheimhoudingsplicht – een snelle bundeling van kerngegevens mogelijk. Bij deze vindt dan nadere analyse plaats om de signaalwaarde te bepalen.

Suggesties

Voor het op uniforme en systematische wijze registreren van klachten kan worden overwogen dat:

- de interne klachteninstanties en zorgaanbieder gezamenlijk de indicatoren vaststellen voor bepaling van structurele knelpunten;

- de uniforme klachtenregistratie door klachteninstanties wordt aangevuld met registratie van klachten die ‘op de werkvloer’ zijn ingebracht en afgehandeld. Eventueel kan dit gebeuren door melding bij de klachtenfunctionaris die vervolgens zorgdraagt voor registratie, analyse en (terug)rapportage;
- een landelijke uniforme systematiek wordt ontwikkeld voor de registratie van kerngegevens over klachten die de mogelijkheid bevordert van ‘spiegelinformatie’ (vergelijking van eigen overzichten met overzichten van anderen) en het opsporen van landelijke trends.¹⁵²

Aanbeveling 6F

Klachteninstanties en bij het kwaliteitsbeleid betrokkenen stemmen met elkaar af om een optimale combinatie van informatie uit diverse bronnen te bevorderen.

Basis

Vanuit het perspectief van kwaliteit bezien, vormen klachten één van de informatiebronnen voor kwaliteitsbeleid. Andere informatiebronnen zijn met name MIP-meldingen, uitkomsten van meldacties, diverse vormen van tevredenheidsonderzoek, audits, visitaties.

Afstemming over de vast te leggen gegevens en de definitie hiervan bevordert een efficiënt gebruik van de beschikbare informatie. Daarmee kan de zorgaanbieder ook beter voldoen aan verplichtingen zoals vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (met name artikel 5).

Toelichting

Zie hierboven.

Overigens is het goed zich te realiseren dat de verschillende informatiebronnen voor kwaliteitsbeleid deels verschillende ‘bereiken’ hebben. Dit hangt mede samen met het deel van het kwaliteitsdomein dat zij bestrijken. Denk bijvoorbeeld aan de verschillen in kwaliteit zoals omschreven vanuit cliëntenperspectief en professioneel perspectief.¹⁵³ Of denk aan de mate waarin bepaalde aspecten van kwaliteit (proces, ‘structure’, ‘outcome’) zichtbaar zijn voor onderscheiden groepen. Zo komen in een overzicht van MIP-meldingen deels zaken aan de orde waar een cliënt geen zicht op heeft en heeft een zorgverlener niet altijd een beeld van de feitelijke (neven)effecten van een behandeling.

¹⁵² Deze systematiek kan zich beperken tot omschrijving van de analyse-eenheid (klachtonderdeel of kwestie), waarbij vervolgens dezelfde codelijsten voor registratie van de kerngegevens (onderwerp, object of aangeklaagde, resultaat van afhandeling) worden gehanteerd. Eventueel is dit aan te vullen met kerngegevens over het afhandelingstraject (termijnen) en over de klager.

¹⁵³ Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, the definition of quality*. Ann Arbor, 1986. Williamson Ch. *Whose standards? Consumer and professional standards in health care*. Buckingham, 1992.

Suggesties

Ter bevordering van een optimale combinatie van informatie kan worden overwogen om:

- klachtenfunctionaris, secretaris/voorzitter van klachtencommissie en kwaliteitsfunctionaris samen een ontwerp te laten maken voor een gecombineerd informatiesysteem;
- dit ter toetsing voor te laten leggen aan degenen die deze informatie moeten invoeren en degenen die de informatie moeten gaan gebruiken;
- voor een registratiesysteem te kiezen dat als kern een gecombineerde database heeft, maar verschillende invoersystemen toelaat. Zo heeft iedere registreerder alleen te maken met dat deel van het systeem dat op hem is toegesneden;
- alleen een geautomatiseerd registratiesysteem te gebruiken als sprake is van een redelijk aantal klachten en als de faciliteiten voor een snelle (onmiddellijke) registratie beschikbaar zijn;
- in het oog te houden dat naast kwantitatieve informatie ook kwalitatieve informatie gewenst is. Zo kan een klachtenanalyse (casusbeschrijving) veel inzicht geven in het ontstaan van bepaalde klachten. Dit is voor een kwaliteitsfunctionaris weer belangrijke informatie om verbetertrajecten in te richten.

Aanbeveling 6G

De gezamenlijke klachteninstanties maken met management en kwaliteitsinstanties afspraken over een periodieke rapportage van klachten. De rapportage van klachten gebeurt zodanig dat betekenisgeving aan deze in termen van kwaliteitstekorten en -bevordering wordt bevorderd.

Basis

Rapportage van klachten heeft vooral effect als de gebruikers van deze informatie hieraan snel de juiste betekenis kunnen geven. Daarom zijn afspraken gewenst over welke informatie, wanneer, door wie, aan wie, met welk doel beschikbaar wordt gesteld.

Toelichting

De praktijk leert dat niet alleen kwantitatieve informatie (overzichten van aantallen klachten e.d.) gewenst is, maar zeker ook kwalitatieve informatie (korte verhaaltjes of geanonimiseerde klachten). In deze blijft het ontstaan van en de samenhang van klachten doorgaans beter zichtbaar. Bovendien is een duidelijk onderscheid van verschillende typen informatie nodig: gepresenteerde klachtinformatie (zoals de klager deze inbrengt), geïnterpreteerde klachtinformatie (zoals de ontvanger deze ziet), beoordeelde klachtinformatie (zoals deze op basis van onderzoek komt vast te staan), geanalyseerde klachtinformatie (aanzet tot analyse van oorzaken en eventuele oplossingen).

Suggesties

Te overwegen is om:

- binnen de organisatie te bepalen welke ‘kaders’ klachtenrapportages moeten ontvangen. Denk bijvoorbeeld aan onderscheiden ‘gebruikersgroepen’ zoals afdeling, vakgroep, kwaliteitscommissie, directie, verpleegkundige adviesraad;
- als klachteninstantie(s) met elke interne ‘gebruikersgroep’ van klachteninformatie te bespreken hoe zij de informatie uit klachten aangeleverd willen krijgen en wanneer deze voor hen bruikbaar is;
- aan de kwaliteitsfunctionaris periodiek geanonimiseerde klachtenanalyses (casusbeschrijvingen) beschikbaar te stellen zodat deze hieruit verbetermomenten kan destilleren.

Aanbeveling 6H

Alle klachteninstanties en de bij het kwaliteitsbeleid op basis van klachten betrokken instanties adviseren de zorgaanbieder (gevraagd en ongevraagd) over kwaliteitsverbetering van de zorg en verbetering van het klachtenmanagement.

Basis

De inzichten die klachteninstanties verwerven bij de afhandeling van klachten, worden maximaal benut door hen ook de bevoegdheid te geven om buiten het kader van individuele klachten te adviseren. Ook anderen dan de klachteninstanties spelen een actieve rol bij het verbetertraject op basis van klachten. In het bijzonder is hierin een taak weggelegd voor organen zoals cliëntenraad, medische staf, verpleegkundige adviesraad (VAR), ondernemingsraad. Volgens de wet¹⁵⁴ kan de klachtencommissie aan de zorgaanbieder en zorgverlener aanbevelingen doen op basis van de klachtenbehandeling. Voor klachtenfunctionarissen en IKG's is hun taak knelpunten te signaleren en daarover te adviseren vastgelegd in respectievelijk het beroepsprofiel voor klachtenfunctionarissen¹⁵⁵ en basistakenpakket voor de IKG's.¹⁵⁶

Toelichting

Klachteninstanties hebben een beeld van de wijze waarop men binnen de organisatie omgaat met klachten van cliënten en de – al dan niet terecht – verwachtingen die klagers daarvan hebben. Daarnaast hebben zij, op basis van de inhoud van de klachten, een beeld van de gewenste en (niet) gerealiseerde kwaliteit van zorg. Het is wenselijk dat zij hun inzichten in de vorm van adviezen op de juiste plaats kunnen inbrengen.

¹⁵⁴ Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, artikel 2 lid c.

¹⁵⁵ Beroepsprofiel klachtenfunctionarissen. VKIG, juni 2002.

¹⁵⁶ LOREP: Basistakenpakket IKG's. Utrecht, 2003. In 2004 is bij het LOREP (Landelijk Overleg Regionale Patiëntenplatforms) een landelijk signaleringsprotocol voor de RPCP's/IKG's opgesteld.

Daarbij is het wel van belang dat geen verwarring ontstaat over de functie en bevoegdheid van de klachteninstanties. De reguliere verantwoordelijkheden van leidinggevend en ondersteuners (bijvoorbeeld interne opleiders, stafmedewerkers) moeten intact blijven. Tegelijkertijd moet de adviesbevoegdheid niet zodanig zijn ingeperkt dat daarmee het aanzien van neutraliteit en onafhankelijkheid van de klachteninstantie in het geding komt. Zo past het bijvoorbeeld niet dat de directie de adviezen van de klachtenfunctionaris of klachtencommissie screent alvorens deze naar buiten gaan. Wel is het wenselijk dat de directie weet welke adviezen deze instanties aan wie geven.

Suggesties

Bij advisering over kwaliteitsverbetering van de zorg en verbetering van het klachtenmanagement is te overwegen om:

- intern duidelijke afspraken te maken over invulling van de adviesbevoegdheid van klachtenfunctionaris, bemiddelaar en klachtencommissie;
- klachteninstanties een ruimere adviesbevoegdheid te geven dan het advies in samenhang met een individuele klacht (uitspraak). Leg dit vast in het klachtenreglement;
- te zorgen dat deze afspraken en de status van adviezen duidelijk zijn voor de betrokkenen;
- als klachteninstanties te zorgen voor afgestemde adviezen (kom dus niet elk met eigen, mogelijk tegenstrijdige adviezen naar buiten).

Aanbeveling 6I

De zorgaanbieder heeft periodiek overleg met de klachteninstanties en verantwoordelijken voor (kwaliteits)zorg over de kwaliteit van de klachtenregeling, de kwaliteitssignalen op basis van klachten, de gewenste acties, de ondernomen acties en het effect van deze.

Basis

Vaste afspraken over dit overleg bevorderen de continue aandacht voor het thema 'klachten en kwaliteit' en geven ook de vereiste status aan dit thema.

Toelichting

Op deze wijze blijft klachtenmanagement een vast punt op de 'agenda' van de instelling of beroepsorganisatie. Hierdoor kan de periode tussen klacht en kwaliteitsverbetering zo kort mogelijk blijven. Van belang is wel dat de klachteninstanties zorgdragen voor de juiste informatie en voorbereiding. Zo bevorderen zij een bespreking van informatie uit klachten die verdergaat dan een presentatie of rapportage en leidt tot beleidsafspraken.

Ook is van belang dat bij deze bespreking degenen worden betrokken die feitelijk verbetering kunnen effectueren, degenen die beslissen over verbeterbeleid en degenen die beslissen over de daartoe benodigde middelen.

Suggesties

Met betrekking tot periodiek overleg met de klachteninstanties en verantwoordelijken voor (kwaliteits)zorg, valt te overwegen om:

- expliciet met de zorgaanbieder af te stemmen welke informatie hij nodig heeft om beleid te kunnen voeren;
- te zorgen voor 'spiegelinformatie' (vergelijking met soortgelijke zorgaanbieders; periodenvergelijking) zodat ontwikkelingen of trends zichtbaar worden;
- met de zorgaanbieder af te stemmen wie aan het overleg deelnemen zodat effectuering van kwaliteitsbevordering op basis van klachten wordt bevorderd;
- duidelijke afspraken te maken over de melding van klachten waarop onmiddellijk actie nodig is, zoals calamiteiten, seksueel misbruik of gebeurtenissen/omstandigheden die ook voor anderen tot onmiddellijke nadelige effecten (kunnen) leiden.

Aanbeveling 6J

De zorgaanbieder bevordert dat klachten, het ontstaan en de afhandeling daarvan onder de aandacht van professionals komen die een vergelijkbare klacht zouden kunnen krijgen. Dit gebeurt met respect voor de privacy van klager en aangeklaagde(n).

Basis

Een klacht kan van betekenis zijn voor iemand die daar niet rechtstreeks mee van doen heeft. De signaalwaarde van de klacht als aanzet tot kwaliteitsbevordering wordt zo versterkt.

Toelichting

De ervaring leert dat wat op de ene plaats gebeurt en in de vorm van een klacht naar buiten komt, ook elders kan gebeuren. De zorgaanbieder heeft een verantwoordelijkheid om preventief met klachten bezig te zijn. Hij stelt zichzelf de vraag: wie moet van dit 'incident' weten om te voorkomen dat het zich elders ook voordoet? Informatie over klachten elders bekend maken, gebeurt zonder dat klager of aangeklaagde daarvan nadeel ondervinden. Men moet elkaar dus intern niet met de vinger gaan nawijzen. De werkwijze hierbij is vergelijkbaar met die in de MIP-procedure.

Suggesties

Bij het bevorderen dat klachten, het ontstaan en de afhandeling daarvan onder de aandacht van professionals komen die een vergelijkbare klacht zouden kunnen krijgen, kan de zorgaanbieder overwegen om:

- in het personeelsblad of een interne nieuwsbrief korte stukjes (columns) te schrijven over klachten die ook voor anderen leerzaam zijn;
- ook aandacht te besteden aan effectief omgaan met klachten. Dit onder het motto: een klacht is niet altijd te voorkomen, verergering van de klacht wel;
- met een klacht als aanleiding, kennis en inzicht te bevorderen in normen voor professioneel gedrag en verantwoorde zorg;
- klachten over een bepaalde afdeling of team te gebruiken als aanleiding voor een bijscholingsbijeenkomst of klinische les, steeds in afstemming met de leidinggevende. Deze speelt immers een belangrijke rol bij het onderhouden van een klant- en kwaliteitsgerichte omgang met klachten.

Aanbeveling 6K

Leidinggevenden rapporteren jaarlijks aan de zorgaanbieder of en hoe zij op basis van klachten tot kwaliteitsverbetering zijn gekomen.

Basis

Met deze aanpak geeft de zorgaanbieder 'handen en voeten' aan het belang om klachten als kwaliteitssignaal te gebruiken. Het appelleert aan de eigen verantwoordelijkheid van elke leidinggevende om hiermee aan de slag te gaan.

Toelichting

Deze aanpak is tevens een opmaat naar de rapportage in het kwaliteitsjaarverslag over de wijze waarop de zorgaanbieder klachten heeft vertaald naar kwaliteitsverbetering.

Suggesties

Men kan overwegen om leidinggevenden hiervoor een format te geven zodat hun informatie beter onderling te vergelijken is.

Aanbeveling 6L

De zorgaanbieder zorgt voor systematische controle en borging van de maatregelen die naar aanleiding van de klachten en adviezen zijn getroffen. De zorgaanbieder ziet toe op de bereikte effecten (monitoring).

Basis

De verankering van kwaliteitsverbetering (op basis van klachten) wordt op deze wijze bevorderd. De (eind)verantwoordelijkheid voor monitoring ligt bij de zorgaanbieder.

Toelichting

Kwaliteitsmaatregelen hebben alleen een (blijvend) effect wanneer de effectuering van deze systematisch wordt bewaakt. De zorgaanbieder kan de ‘monitoring’ uiteraard uitbesteden aan anderen, bijvoorbeeld de kwaliteitsfunctionaris of de leidinggevenden van het betreffende onderdeel van de organisatie.

Suggesties

Voor systematische controle en borging van de maatregelen kan worden overwogen om:

- bij projecten voor kwaliteitsverbetering van meet af aan als aandachtspunt mee te nemen welke maatregelen nodig zijn om de voorgenomen verbetering feitelijk te kunnen effectueren en op de langere termijn te kunnen handhaven;
- na te gaan wie hierin een cruciale rol spelen. Betrek hen van meet af aan bij het verbeterproject;
- cliënten ook op andere wijzen bij een verbeterproject te betrekken dan alleen als klagers of aangevers van een mogelijk kwaliteitstekort. Koppel naar hen terug bij de verschillende stappen op de weg van klacht naar kwaliteit, met name bij de stappen van interpretatie van achterliggende oorzaken, plan voor verbetering, evaluatie van de verbeteractie;
- in het kwaliteitshandboek vast te leggen op welke wijze de kwaliteitsacties volgend op klachten worden bewaakt.

Aanbeveling 6M

De zorgaanbieder brengt voor 1 juni¹⁵⁷ van ieder jaar een openbaar klachtenjaarverslag uit over het voorafgaande kalenderjaar. Dit jaarverslag kan worden gekoppeld aan het kwaliteitsjaarverslag. In het jaarverslag wordt gerapporteerd over de afhandeling van klachten door alle interne klachteninstanties. De zorgaanbieder is desgevraagd bereid nadere informatie te geven over de wijze waarop en de mate waarin klachten hebben geleid tot kwaliteitsverbetering.

¹⁵⁷ Met het noemen van de datum van 1 juni (i.p.v. 1 april) wordt vooruitgelopen op de voorgenomen wetsherziening van de WKCZ. In de praktijk wordt de termijn van 1 juni vaak al aangehouden, zeker door de zorgaanbieders die klachtenjaarverslag en kwaliteitsjaarverslag combineren.

Basis

De zorgaanbieder is wettelijk verplicht¹⁵⁸ een klachtenjaarsverslag (van de bij de klachtencommissie ingediende klachten) uit te brengen. Hij heeft ook de plicht om in het kwaliteitsjaarsverslag aan te geven tot welke maatregelen klachten hebben geleid. Een jaarsverslag dat inzicht biedt in alle ingediende klachten en de afhandeling hiervan, geeft een completer beeld; het kan meer effect hebben in de zin van kwaliteitsverbetering. Dit wordt dan ook bepleit door instanties zoals de VKIG en schadeverzekeraars.¹⁵⁹

Inzicht in het effect van klachten en de feitelijke inzet van de zorgaanbieder om tot verbetering te komen, bevorderen het vertrouwen in de zorgaanbieder en de bereidheid tot klagen.

Dit sluit ook aan bij de doelen van klagers (zie *hoofdstuk 1*). De bereidheid om dit inzicht te geven moet verder gaan dan het ritueel uitbrengen van een jaarsverslag.

Toelichting

Hoewel in de wet staat dat de zorgaanbieder het klachtenjaarsverslag uitbrengt, is het wenselijk dat de inhoud hiervan feitelijk door de klachteninstanties zelf wordt bepaald. Dit bevordert hun aanzien van onafhankelijkheid.

De zorgaanbieder verspreidt wel het jaarsverslag omdat hij hiermee uitdrukking geeft aan het belang dat hij hecht aan de klachtenregeling.

De inhoud van het (geïntegreerde) jaarsverslag moet ten minste voldoen aan de wettelijke vereisten. In het jaarsverslag moet dan in elk geval zijn aangegeven of opgenomen:¹⁶⁰

- een beknopte beschrijving van de klachtenregeling;
- de wijze waarop de zorgaanbieder de regeling onder de aandacht van de cliënten heeft gebracht;
- de samenstelling van de klachtencommissie;
- de mate waarin de klachtencommissie heeft gewerkt conform de waarborgen van de WKCZ (artikel 2 lid 2: o.a. eisen in samenhang met de onafhankelijkheid, hoor en wederhoor, bijstand e.d.);
- het aantal en de aard van de door de klachtencommissie behandelde klachten;
- de strekking van de oordelen en aanbevelingen van de commissie;
- de aard van de maatregelen die de zorgaanbieder naar aanleiding van klachten heeft getroffen.

Bij een geïntegreerd klachtenjaarsverslag is vergelijkbare informatie opgenomen over ten minste de klachtenopvang en -bemiddeling (klachtenfunctionaris) en bij voorkeur ook over de andere niveaus van de klachtenregeling zoals in deze richtlijn aangegeven (omgang door zorgverleners, bijdrage klachten aan kwaliteitsverbetering).

¹⁵⁸ WKCZ artikel 2 lid 7 en Kwaliteitswet Zorginstellingen artikel 5.

¹⁵⁹ VKIG en MediRisk hebben hiertoe gezamenlijk een Handleiding Klachtenjaarsverslag opgesteld (Utrecht, februari 2002).

¹⁶⁰ Deze omschrijving is gebaseerd op de vereisten voor het klachtenjaarsverslag zoals opgenomen in het wetsvoorstel tot herziening van de WKCZ (artikel II A, kamerstuk nr. 28 489, p. 2). Hierin wordt een wijziging van artikel 2 lid 7 van de WKCZ voorgesteld. De kern hiervan is hier verwoord.

De zorgaanbieder heeft een wettelijke plicht om aan te geven waartoe klachten (en meldingen) hebben geleid, in de zin van kwaliteitsverbetering (zie Kwaliteitswet zorginstellingen artikel 5). Echter, de zorgaanbieder hoeft het niet te laten bij deze jaarlijkse ‘papieren’ verantwoording. Hij kan ook buiten dat kader aangeven hoe klachten daadwerkelijk hebben geleid tot kwaliteitsverbetering. Dit kan bijvoorbeeld zijn gedaan door dit thema op de agenda te zetten van het reguliere overleg met cliëntenorganisaties, of door in te gaan op vragen van klagers hierover.

Suggesties

Met betrekking tot het klachtenjaarslag kan worden overwogen om:

- een jaarverslag op te stellen waarbij alle niveaus van afhandeling van klachten (door zorgverleners, klachtenopvang, bemiddeling, behandeling, eventueel ook externe afhandeling door IKG e.d.) aan de orde komen;
- duidelijk te zijn over het doel van het klachtenjaarslag (verantwoording, PR, aanzet tot beleid); stem inhoud en verspreiding daarop af. Eventueel zou kunnen worden gekozen voor een interne en externe versie van het jaarverslag;
- te zorgen dat in het jaarverslag ook duidelijk is aangegeven hoe de onafhankelijkheid van de klachteninstanties is gewaarborgd;¹⁶¹
- jaarlijks met cliëntenraad en RPCP te bespreken tot welke kwaliteitsverbeteringen klachten hebben geleid;
- klachteninstanties te informeren over de gevolgen van een klacht. Zij hebben deze informatie nodig om klagers te ‘overtuigen’ dat indiening van een klacht zin heeft;
- illustraties te geven van succesvolle klachten via media van cliënten (ziekenomroep, kabelkrant, cliëntenblad);
- klagers (eventueel alleen degenen met een gegrond beoordeelde klacht) na een halfjaar een bericht te geven over het feitelijke effect van eerder aangekondigde maatregelen.¹⁶²

Aanbeveling 6N

De zorgaanbieder draagt zorg voor evaluatie van de klachtenregeling en de effecten daarvan. Bij deze evaluatie zijn in elk geval (representanten van) klagers, aan-geklaagden en interne klachteninstanties betrokken.

¹⁶¹ Onderzoeken wijzen uit dat de onafhankelijkheid van de klachteninstantie c.q. het vertrouwen daarin van grote invloed is op de tevredenheid van klagers over de klachtenregeling (NIVEL 1999 en 2004; Stichting PVP 2003).

¹⁶² Een dergelijke handelwijze zou overeenkomen met de aanbevelingen in het recente NIVEL-rapport (Sluijs EM e.a., juni 2004) op basis van een nader onderzoek naar de tevredenheid van klagers over de klachtenbehandeling in ziekenhuizen. Klagers missen nu met name duidelijkheid over de op de klacht gevolgde maatregelen.

Basis

De klachtenregeling moet uiteindelijk op zijn effecten en effectiviteit te beoordelen zijn. Dit vereist een evaluatie die verder gaat dan een evaluatieve bespreking door uitvoerders van de klachtenregeling met de zorgaanbieder (zie *aanbeveling 61*).

Toelichting

De evaluatie van de klachtenregeling reikt verder dan alleen de klachtenbehandeling. Gezien het belang van de omgang met klachten door de zorgverleners zelf en belang en effect van klachtenopvang en -bemiddeling moeten ook deze niveaus betrokken worden bij een systematische evaluatie.

Kijkend naar de doelstellingen van de klachtenregeling ligt het daarnaast voor de hand ook te evalueren of de klachtenregeling ook het beoogde effect heeft in de zin van bijdrage aan kwaliteitsverbetering.

Suggesties

Voor evaluatie van de klachtenregeling en de effecten daarvan, is te overwegen om:

- als klachteninstantie zelf periodiek navraag te doen bij klagers en aangeklaagden over hoe zij achteraf de gang van zaken en de uitkomst daarvan hebben ervaren. Dit kan in de vorm van een extern onderzoek, maar ook door klagers en aangeklaagden na afsluiting van de zaak een korte evaluatielijst te laten invullen;
- navraag te doen naar de reputatie van interne klachteninstanties bij IKG en/of RPCP;
- voor de onafhankelijke evaluatie de landelijk te ontwikkelen voorbeeldvragenlijsten te gebruiken. Dit bevordert de onderlinge vergelijkbaarheid van evaluaties;
- voor een brede evaluatie (alle niveaus van de klachtenregeling) te kiezen;
- voor een evaluatie te kiezen waarbij de diverse belanghebbenden (feitelijke cliënten/klagers, feitelijke aangeklaagden, cliëntenraad, ondernemingsraad, management, klachteninstanties) betrokken zijn bij opzet, interpretatie van uitkomsten en rapportage. Dit bevordert het vertrouwen in het objectieve en onafhankelijke karakter van de evaluatie.

Deel II: Variant voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren

Organisatie van en toegang tot de klachtenregeling

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 1* zijn dit:

Proeftuinen

- Amphia Ziekenhuis (doelstelling 1)¹
- De Geestgronden
- Stichting Zorgbeheer de Zellingen (doelstelling 1)

Praktijkvoorbeelden

- ConForte
- Isala Klinieken
- KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Reinier de Graaf Groep
- Stichting Zorgbeheer de Zellingen

Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft met name hoe een zorgaanbieder (vrijgevestigde beroepsbeoefenaar) of beroepsorganisatie de goede omgang met klachten van cliënten kan bevorderen. De nadruk ligt daarbij op de algemene uitgangspunten en randvoorwaarden voor een effectief klachtenmanagement.

Bij instellingen is de directie of Raad van Bestuur doorgaans de representant van de zorgaanbieder; de aangeklaagde is veelal een voor de instelling werkzame zorgverlener (medewerker); het management draagt verantwoordelijkheid voor de klachtenregeling als geheel en heeft een voorwaardenscheppende taak.

Bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren ligt dit anders. De zelfstandig praktiserende beroepsbeoefenaar combineert veelal in een en dezelfde persoon de rol van zorgaanbieder en aangeklaagde. Als er sprake is van ondersteunend personeel, zijn deze rollen gesplitst. Taken die in een instelling bij het management berusten, zijn voor vrijgevestigden deels via de eigen beroepsorganisatie geregeld. Zo hebben de meeste vrijgevestigden hun verplichting tot het treffen

¹ Sommige proeftuinen werkten met meerdere doelstellingen of aspecten die men in de praktijk wilde toetsen.

van een klachtenregeling via de beroepsorganisatie gerealiseerd. Deze biedt een (landelijke) klachtenregeling waarbij de leden van de beroepsorganisatie zich aansluiten. De formulering van de teksten in de variant van de Klachtenrichtlijn voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren is hierop afgestemd. Dat betekent onder meer dat betrokkenen soms als zorgaanbieder, soms als zorgverlener en soms als beroepsorganisatie zijn aangegeven.

Aanbeveling 1A

De zorgaanbieder of de beroepsorganisatie waarbij deze is aangesloten, legt in een klachtenregeling vast hoe met klachten van cliënten wordt omgegaan. Cliënten kunnen, naar wens, gebruikmaken van goed toegankelijke en professionele klachtenopvang, -bemiddeling en/of -behandeling.

Basis

Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht² een klachtenregeling te realiseren voor de behandeling van klachten van cliënten, hun vertegenwoordigers of nabestaanden. Deze klachtenregeling dient bekend en bereikbaar te zijn. Uit de wetsevaluatie³ bleek dat twee derde van de klagers de klachtenbehandeling ervaart als formeel en moeilijk toegankelijk. De meeste zorginstellingen bleken veel klachten, met grotere tevredenheid van de betrokkenen, via klachtenopvang en -bemiddeling af te handelen.⁴ Het advies is dan ook om een brede invulling te geven aan de verplichting om een klachtenregeling te treffen en de klager naast klachtenbehandeling ook klachtenopvang en -bemiddeling te bieden (zie de begrippenlijst in *bijlage 4*). Deze vormen van klachtenafhandeling dienen toegankelijk te zijn en voldoende professioneel te zijn opgezet. Willen de klachteninstanties effectief kunnen zijn, dan is een professioneel-onafhankelijke positionering van belang. Rechtspositionele onafhankelijkheid is niet zonder meer vereist.

Toelichting

De meest gebruikelijke vorm van klachtenafhandeling is het bespreken van onvrede tussen de betrokken zorgverlener en de klager. Daarnaast wordt onvrede vaak effectief opgelost door klachtenopvang of -bemiddeling.⁵ Klachtenbehandeling biedt klagers weer een andere mogelijkheid: beoordeling van hun klacht door de klachtencommissie.

Belangrijk is dat de wijze van klachtenafhandeling aansluit bij doelen, behoeften en verwachtingen van de klager. De klager is vrij in de (eerste) ingang die hij kiest voor het aan de orde stellen van zijn klacht. Daarom is het van belang dat elke klachteninstantie navraag doet naar

² Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, artikel 2.

³ Friele RD, Ruiter C de, Wijmen F van, Legemaate J. Evaluatie WKCZ. ZON, 1999:28-9.

⁴ Sluijs EM, Friele RD, Hanssen JE. WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen: verwachtingen en ervaringen van cliënten. Fase II. Den Haag, juni 2004. Uit dit aanvullend onderzoek blijkt dat slechts 10% van de klachten in ziekenhuizen via de WKCZ-klachtencommissie wordt afgehandeld. Ook uit onderzoek in andere sectoren blijkt dat het overgrote deel van klachten effectief via opvang en bemiddeling wordt afgehandeld.

⁵ Dane A, Lindert H van, Friele RD. Klacht opvang in de Nederlandse Gezondheidszorg. NIVEL, 2000:30-1.

de doelen, wensen en verwachtingen van de klager en hem informatie geeft over andere – meer passende – mogelijkheden om zijn klacht aan de orde te stellen.

Het hierna volgende schema vermeldt de doelen of wensen van klagers met de daarbij meest passende klachteninstantie of -procedure. Belangrijk is dat elk van deze mogelijkheden voor cliënten goed bekend en toegankelijk is.

| Doelen klager | Passende afhandeling van klacht |
|---|---|
| Onvrede en emoties serieus nemen | Zorgverlener, klachtenopvang of -bemiddeling |
| Zorgverlener geeft fout toe/biedt excuses aan | Zorgverlener, eventueel via klachtenopvang of -bemiddeling |
| Herstel relatie/zorg voor cliënt zelf | Zorgverlener, eventueel via IKG of klachtenfunctionaris |
| Gelijk krijgen van onpartijdige instantie | Klachtencommissie of tuchtcollege |
| Algemene kwaliteitsverbetering zien | Terugkoppeling actie na klacht door zorgaanbieder |
| Schadevergoeding | Aansprakelijkstelling (directie en/of schadeverzekeraar) of rechter |

In de klachtenregeling dienen zekere waarborgen te zijn ingebouwd dat de uitvoerders (klachtenfunctionaris, vertrouwenspersoon, klachtencommissie) zich vrij tegenover de (belangen van de) zorgaanbieder c.q. de beroepsorganisatie kunnen opstellen. Dit is doorgaans via een protocol, professioneel statuut en/of reglement te waarborgen. Eventueel is ook detachering van met name de functionaris die de klachtenopvang verzorgt, te overwegen (zie de situatie van patiëntenvertrouwenspersoon in de geestelijke gezondheidszorg).

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- een klachtvriendelijke houding te stimuleren waardoor een snelle en professionele reactie op klachten volgt (zie ook *hoofdstuk 2*). Dit bevordert een vroegtijdige signalering en oplossing van onvrede waarmee verdere conflicten en/of imagoschade te voorkomen zijn;
- mogelijkheden te creëren voor goed bereikbare klachtenopvang, -bemiddeling en – behandeling, waarbij een klachtenfunctionaris/bemiddelaar of (de ambtelijk secretaris van) de klachtencommissie op voldoende tijden én op een bekende centrale plek bereikbaar is;
- de realiseerbaarheid en kwaliteit van de klachtenregeling (opvang, bemiddeling en behandeling) te waarborgen door samenwerking of bundeling van krachten indien de beroepsorganisatie klein is – waardoor deze weinig klachten ontvangt of een effectieve omgang met aanbevelingen niet goed haalbaar is;
- te voorzien in een spoedprocedure voor de afhandeling van klachten die direct een oplossing behoeven;
- de voornemens, uitgangspunten, middelen en gewenste resultaten wat betreft de omgang met klachten vast te leggen in een beleidsnota van de beroepsorganisatie. Deze kan tevens activiteiten op zich nemen om te bevorderen dat het beleid ten aanzien van de omgang met klachten wordt ‘gedragen’ door de leden en de aan de beroepsorganisatie verbonden medewerkers;
- regelmatig te evalueren of de gewenste resultaten zijn bereikt.

Aanbeveling 1B

Het is wenselijk dat klagers voor klachten over een beroepsbeoefenaar die in dienst van een instelling werkt of die tijdelijk zijn werkzaamheden vanuit een instelling verricht, zoveel mogelijk gebruik kunnen maken van een en dezelfde klachtenregeling. De zorgaanbieders en/of beroeps- dan wel koepelorganisaties maken daartoe onderling afspraken, waarbij tevens is vastgelegd hoe in de voorlichting aan klagers en in de voor beoordeling benodigde deskundigheid wordt voorzien.

Basis

De zorgaanbieder heeft conform de WKCZ een eigen verantwoordelijkheid voor het treffen van een klachtenregeling, maar de werkzaamheden van de zorgaanbieder en de voor deze werkzame personen kunnen in verschillende organisatorische settings plaatsvinden. Voor de cliënt moet duidelijk zijn via welke of wiens klachtenregeling hij zijn onvrede aan de orde kan stellen. Daarbij is het vanuit een oogpunt van cliëntgerichtheid wenselijk dat klagers hun klachten zo min mogelijk moeten 'opsplitsen'.

Toelichting

In de praktijk zijn de grenzen tussen diverse zorgaanbieders niet altijd even scherp. Denk bijvoorbeeld aan situaties zoals:

- een vrijgevestigde psychiater die in consult wordt geroepen door de internist in het ziekenhuis;
- een specialist die naast zijn reguliere praktijk ook een privé-praktijk heeft in hetzelfde ziekenhuis;
- de zelfstandig werkzame verloskundige die een poliklinische bevalling in het ziekenhuis begeleidt;
- de fysiotherapeut die praktijkruimte huurt in het verzorgingshuis.

Het heeft de voorkeur dat de cliënt zijn onvrede over een bepaalde gebeurtenis niet via de klachtenregeling van diverse zorgaanbieders aan de orde moet stellen. Zo is het bijvoorbeeld niet wenselijk dat een klacht naar aanleiding van een poliklinische bevalling gesplitst moet worden over de klachtencommissie van de KNOV (wat betreft de verloskundige) en de klachtencommissie van het ziekenhuis (over de mankerende apparatuur, het optreden van de kinderarts, e.d.).⁶ Wanneer een klachtencommissie van de instelling vanwege dit principe mede een klacht van een 'externe' zorgverlener in behandeling neemt, stelt dit bijzondere eisen aan de bij de klachtencommissie beschikbare deskundigheid. De beroepsbeoefenaar die als aangeklaagde met een klachtencommissie van een instelling te maken krijgt, moet de zekerheid hebben dat deze commissie beschikt over de voor de oordeelsvorming benodigde specifiek vakmatige

⁶ De NVZ en KNOV hebben hierover inmiddels al nadere afspraken gemaakt waardoor toevoeging van een tijdelijk lid (verloskundige) aan de klachtencommissie van het ziekenhuis mogelijk wordt.

deskundigheid. Zie hiervoor ook de aanbevelingen in *hoofdstuk 5*.

De eigen verantwoordelijkheid van elke zorgaanbieder om cliënten goed te informeren over de klachtenregeling blijft behouden. Dit betekent – in dit voorbeeld – dat de verloskundige bij een bevalling in het ziekenhuis de cliënt actief moet voorlichten over het hoe en waar van indiening van een klacht. Een fysiotherapeut die zelfstandig praktijk voert in een verzorgingshuis, moet duidelijk aangeven dat hij valt onder de klachtenregeling van de KNGF.

Suggesties

Het is wenselijk dat elke vrijgevestigde zorgaanbieder expliciet nagaat:

- of hij ook ‘binnen de muren van een instelling’ werkzaamheden verricht;
- of sprake is van externe werkzaamheden door medewerkers die regulier voor hem werkzaam zijn;
- (in overleg met de belanghebbende andere zorgaanbieders) of en hoe in deze situaties overdracht van de verantwoordelijkheden ten aanzien van opvang, bemiddeling en behandeling mogelijk is;
- hoe en door wie daarbij wordt voorzien in de voorlichting aan de betrokken cliënten, in de deskundigheid van de betrokken klachteninstantie, in de terugrapportage van de uitkomsten (waaronder de wettelijk verplichte reactie op de uitspraak), in de geheimhoudingsplicht en in de verrekening van kosten.

Aanbeveling 1C

Doelen van de klachtenregeling zijn:

- tegemoet komen aan de klager en zo mogelijk oplossen van diens onvrede;
- bijdragen aan kwaliteitsverbetering van zorg.

Basis

Het eerste doel van de WKCZ is rechtsbescherming van de cliënt, het tweede doel de kwaliteitsverbetering van zorg.⁷ Bij de ontwikkeling van deze Klachtenrichtlijn is het eerste doel van de WKCZ geherformuleerd. De WKCZ beschrijft immers alleen de wettelijk vereiste klachtenbehandeling waarbij de gegrondheid van klachten wordt beoordeeld, maar geen oplossing wordt bereikt.⁸ Deze richtlijn adviseert een bredere klachtenregeling.

Daarom wordt ook de eerste doelstelling verbreed naar het tegemoet komen aan de klager en het zo mogelijk oplossen van onvrede. De rechten en plichten van zowel cliënt als zorgverlener gelden daarbij als uitgangspunt.

⁷ Noodzaak en doel van de wet zoals beschreven in: Friele RD, Ruiter C de, Wijmen F van, Legemaate J. Evaluatie WKCZ, 1999:36-7.

⁸ Zie ook Sluijs EM e.a. (onderzoek NIVEL, juni 2004). Hieruit komt naar voren dat 55% van degenen die een klacht indienden bij de WKCZ-klachtencommissie, niet het gevoel heeft dat hen recht is gedaan.

Aanbeveling 1D

De zorgaanbieder en de beroepsorganisatie bevorderen een open klimaat rondom klachten, fouten en complicaties.

Basis

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat een open klimaat rondom ‘alles wat misgaat’ onzekerheid, defensief gedrag en escalatie voorkomt. De openheid betreft zowel de cliënt zelf – die zonder angst voor repercussies onvrede kan uiten – als de zorgverlener – die ook zonder dreiging van straf en sancties mogelijke fouten of complicaties kan bespreken. Een open reactie is voor cliënten bepalend voor de mate waarin zij uiteindelijk (on)tevreden zijn over de zorg en over de afhandeling van een klacht.⁹

Toelichting

De zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid om een klimaat te bevorderen waarin niet de angst voor schuld en straf regeert, maar de wens om door een gezamenlijke inspanning van zorgverlener en cliënt goede zorg te realiseren en onnodige schade te voorkomen.

Een open klimaat betekent overigens niet dat de zorgaanbieder of zorgverlener elke uitingsvorm van onvrede lijdzaam moet accepteren¹⁰ of dat de klager zich niet aan bepaalde fatsoensnormen zou moeten houden.¹¹ Het betekent wel dat bij elke klacht, ongeacht de uitingsvorm, de zwaarte of de ‘terechtheid’, de betekenis van deze als signaal van de cliënt serieus de aandacht krijgt.

Suggesties

Om een open klimaat rondom klachten, fouten en complicaties te bevorderen, kan worden overwogen om:

- als zorgaanbieder voorbeeldgedrag te vertonen door eventuele misgrepen ruiterlijk te erkennen;
- een open klimaat niet te verwarren met een klimaat van ‘laissez faire’: ieder wordt aangesproken op zijn verantwoordelijkheden, maar dit gebeurt op een open en niet-beschuldigende manier;
- als beroepsorganisatie bevorderen dat leden zijn toegerust voor het op open wijze communiceren over klachten, fouten en complicaties;

9 Zie ook onderzoek Sluijs EM e.a. (2004). Hieruit komt naar voren dat 84% van de cliënten het erg belangrijk vindt dat een zorgverlener het toegeeft als er iets fout is gegaan; excuses vinden zij veel minder belangrijk (41%). Cliënten verwachten dat hulpverleners uitleggen hoe een bepaalde gebeurtenis (waarover zij ontevreden zijn) heeft kunnen plaatsvinden.

10 Over de professionele omgang met onvrede en met irritaties die een cliënt kan oproepen, is meer informatie te vinden in het themanummer ‘Emoties van de dokter’ van Medisch Contact (2004;59(30/31)juli). Zie ook bespreking in tijdschrift Klachtenmanagement, nummer 2004-4.

11 Over de plichten van de cliënt in dat opzicht stelt de Modelregeling arts-patiënt (opgesteld door KNMG en NPCF):

- De patiënt zal de privacy van de arts dienen te respecteren.
- De patiënt onthoudt zich van agressief verbaal of fysiek gedrag jegens de arts of diens medewerkers en familieleden.
- De patiënt wendt zich met klachten, indien mogelijk, primair tot de hulpverlener tot wie de klacht zich richt.

- het aspect van ‘open communicatie’ op te nemen in functioneringsgesprekken met het ondersteunende personeel.

Aanbeveling 1E

Bij klachten wordt zorgvuldig omgegaan met de privacy van klager en aangeklaagde(n).

Basis

Degenen die een klacht voorgelegd krijgen, dienen zorgvuldig om te gaan met de privacy van beide partijen. Dit is een vereiste vanuit de algemene omgangsregels. Bovendien is de geheimhoudingsplicht van klachtencommissies, zorgaanbieders¹² en klachtenfunctionarissen¹³ uitdrukkelijk vastgelegd in de wet, het beroepsprofiel en/of een eigen protocol of gedragscode. Naast betrokken partijen ontvangt alleen de zorgaanbieder de uitspraak van de klachtencommissie.

Toelichting

Klachteninstanties maken de klacht(afhandeling) alleen bekend aan de betrokken partijen en voor zover nodig aan degenen die daarvoor informatie aanleveren of geraadpleegd worden. Zij mogen alleen met toestemming van beide partijen zakelijke en relevante gegevens verstrekken aan derden, bijvoorbeeld aan een andere klachteninstantie. Beide partijen dienen deze informatie dan wel te kennen.

De zorgaanbieder die tevens leiding geeft aan ondersteunend personeel¹⁴ krijgt – althans via de klachteninstantie zelf – in principe alleen informatie over de klachten en de afhandeling daarvan die niet herleidbaar is tot personen.¹⁵ Eventuele uitzonderingen hierop (zie *aanbeveling 1G*) worden expliciet omschreven.

¹² Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, artikel 8.

¹³ Zie Beroepsprofiel klachtenfunctionarissen zoals opgesteld door de VKIG (juni 2002).

¹⁴ De vrijgevestigde beroepsbeoefenaar die ondersteunend personeel heeft (denk bijvoorbeeld aan een huisarts met assistente), krijgt in zijn hoedanigheid van zorgaanbieder zonder meer de uitspraak als de klachtencommissie een klacht over deze assistente behandelt; hij wordt ook geacht op de uitspraak te reageren. Een bericht op het moment van indiening van de klacht over de assistente ligt vanuit de WKZ gezien niet zonder meer voor de hand. Gebeurt dit wel, dan is het wenselijk dit expliciet in het klachtenreglement op te nemen. Vanuit het klachtrecht is niet zonder meer te legitimeren dat de klachteninstantie zelf een klacht bekend maakt aan de leidinggevende, bijvoorbeeld omdat het een medewerker in opleiding betreft. Vanuit het belang van aansprakelijkheid en kwaliteit is bekendmaking van informatie over de klacht aan ‘derden’ eventueel wel van belang. In het arbeidsrecht ligt dit alles anders. Als het al van belang is om een leidinggevende op de hoogte te stellen van de indiening van een klacht (vanwege toezicht op kwaliteit, ondersteuning van medewerker e.d.), is het de vraag of de klachteninstantie dit moet doen dan wel de betrokken aangeklaagde zelf. Vergelijkbaar met de in een medisch statuut opgenomen meldplicht bij een tuchtklacht e.d. is te overwegen om in overeenkomsten met ‘voor de zorgaanbieder werkzame personen’ een dergelijke meldplicht voor de aangeklaagde op te nemen.

¹⁵ Dit laat onverlet dat klager en aangeklaagde, bijvoorbeeld vanwege door hen gewenste bijstand, anderen informeren over de klacht. Echter, ook zij moeten daarbij de privacy van de andere partij en overige betrokkenen (bijvoorbeeld getuigen) respecteren.

Het is wenselijk dat de zorgaanbieder c.q. de beroepsorganisatie die de klachtenregeling instelt en de uitvoerende klachteninstanties de voorwaarden realiseren om te voorkomen dat gegevens in handen van derden komen.¹⁶ Vertrouwelijke klachtenafhandeling is noodzakelijk om onjuiste veroordeling en imagoschade te voorkomen.

De geheimhouding wordt alleen opgeheven als een wettelijke verplichting daartoe bestaat of als iemand ernstige schade kan oplopen door (dreigend) gevaar dat niet op een andere manier is af te wenden.¹⁷ Toestemming van beide partijen voor overdracht van informatie aan anderen is dan niet meer nodig, maar zij worden hierover tevoren wel geïnformeerd. Dit speelt bijvoorbeeld als een klachteninstantie door de ene partij vertrouwelijk wordt geïnformeerd over zijn voornemen om geweld tegen de andere partij te gebruiken.

De geheimhoudingsplicht voor de aangeklaagde, mede in het kader van diens mogelijkheid tot bijstand en verweer, is in *hoofdstuk 2* nader beschreven.

Suggesties

Met betrekking tot de privacy van klager en aangeklaagden, is te overwegen om:

- in de informatie over de klachtenregeling en de werkwijze van de afzonderlijke klachteninstanties aan te geven hoe de (voorwaarden voor het waarborgen van de) privacy van betrokkenen en de geheimhoudingsplicht in dat kader worden ingevuld;
- daarbij ook voor alle betrokkenen c.q. belanghebbenden aan te geven of, wanneer en onder welke voorwaarden doorbreking van de geheimhoudingsplicht is toegestaan;
- te bevorderen dat betrokken medewerkers en klachteninstanties een eventuele doorbreking van hun geheimhoudingsplicht goed motiveren en documenteren;
- uitdrukkelijk te regelen hoe klachtgegevens en voor de klachtenafhandeling relevante stukken worden vastgelegd en opgeborgen in klachtendossiers en klachtenregistratie. Deze zijn alleen toegankelijk voor de betrokken klachteninstantie in afsluitbare kasten c.q. computers;
- te waarborgen dat post en e-mail over klachten en de afhandeling van deze alleen worden geopend door de betrokken klachteninstantie, die daarvoor bij voorkeur een eigen post- en e-mailadres heeft;
- te waarborgen dat (telefonische) gesprekken en hoorzittingen over de klachten plaatsvinden in geluidsgeïsoleerde ruimten die niet tevens op dat moment door anderen worden gebruikt;
- te bevorderen dat bij afhandeling van een klacht beide partijen dezelfde informatie ontvangen (gelijkwaardigheid van partijen in de procedure; beginsel van hoor en wederhoor). De klachteninstantie informeert de ene partij zakelijk en met relevante gegevens over het standpunt van de andere partij. De partijen krijgen kopieën van de schriftelijke stukken (standpunt andere partij, geraadpleegde stukken, rapport expert). Van tevoren worden beide partijen over deze wederzijdse informatie-uitwisseling geïnformeerd. Zowel klager

¹⁶ Denk hierbij aan de wijze waarop dossiers en gegevensbestanden zijn beveiligd tegen inzage door 'derden'. Denk ook aan de inrichting en het gebruik van werkruimten waar gegevens over klachten (afhandeling) liggen.

¹⁷ Zie de nadere toelichting hierop in: Hielkema AW, Timmers MJM, Ruiter CM de, Burgt CHM van de. WKZ dilemma's. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003:75-83.

als aangeklaagde hebben recht op inzage in de gegevens die over de klacht en henzelf zijn vastgelegd. Zij krijgen daarbij ook de mogelijkheid gegevens te corrigeren als de andere partij en de betrokken klachteninstantie hierover worden geïnformeerd.¹⁸

Aanbeveling 1F

Voor afhandeling van een klacht brengt de zorgaanbieder c.q. de beroepsorganisatie die de klachtenregeling instelt, geen kosten in rekening aan de klager.

Basis

Met de WKCZ werd beoogd cliënten een laagdrempelige klachtmogelijkheid te bieden. Dat betekent dat er geen drempel wordt gehanteerd zoals het in rekening brengen van kosten voor de afhandeling van klachten.

Toelichting

Aan klagers worden geen kosten berekend voor de inzet van een klachtenfunctionaris of klachtencommissie. Aangeklaagde zorgverleners kunnen voor hun inzet bij de afhandeling van een klacht geen kosten in rekening brengen bij de zorgaanbieder, de beroepsorganisatie of de klager. Professioneel omgaan met klachten is inherent aan professioneel handelen. Wel zijn de eventuele kosten voor externe bijstand (advocaat, expert, adviseur) die klager of aangeklaagde inroepen voor rekening van henzelf. Dit laat onverlet de gratis bijstand die de zorgaanbieder intern voor aangeklaagden beschikbaar kan stellen (zie *aanbeveling 1P*).

Suggesties

Met betrekking tot de kosten is te overwegen om:

- in de informatie over de klachtenregeling en de afzonderlijke klachteninstanties uitdrukkelijk de kosten te noemen die wel en niet voor rekening van de klager komen;
- in de folders voor leden/aangeklaagden te vermelden dat zij voor hun eigen deelname aan klachtenafhandeling (in de hoedanigheid van aangeklaagde) geen kosten in rekening kunnen brengen bij de klager of bij de zorgaanbieder;
- duidelijke afspraken te maken over het eventueel in rekening brengen van kosten wanneer een vrijgevestigde beroepsbeoefenaar op andere wijze dan als aangeklaagde of verantwoordelijk zorgaanbieder betrokken is bij een klachtenprocedure.¹⁹

¹⁸ Het recht op inzage in, kopie van, aanvulling, correctie of vernietiging van het klachtdossier wordt hier niet nader uitgewerkt. In grote lijnen kunnen hiervoor dezelfde regels gelden als in de WGBO en de WBP zijn vastgelegd.

¹⁹ Zo komt het voor dat de klachtencommissie een andere behandelaar vraagt om – na machtiging door de cliënt – informatie beschikbaar te stellen in het kader van het onderzoek of om als getuige op te treden. In dat geval is het redelijk dat deze behandelaar hiervoor aan de klachtencommissie kosten in rekening brengt.

Aanbeveling 1G

De door of via de beroepsorganisatie ingestelde klachteninstanties zijn wat betreft doelen, werkwijzen en samenstelling duidelijk van elkaar onderscheiden.

Basis²⁰

Klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling kennen verschillende doelen, werkwijzen en mogelijke uitkomsten. Voor klager en aangeklaagde is het onderscheid in functies van belang, zodat geen verwarring ontstaat en zij bovendien de zekerheid hebben dat de ene klachteninstantie de andere niet beïnvloedt.²¹ Om deze redenen heeft een duidelijke personele scheiding de voorkeur.

De verschillende klachteninstanties zijn elk gehouden aan een geheimhoudingsplicht, ook ten opzichte van elkaar.

Toelichting

De diverse elementen binnen een klachtenregeling hebben kenmerkende 'eigenschappen', die elkaar als het ware uitsluiten. Bij bemiddeling is oordelen niet aan de orde, bij behandeling juist wel. Een adviserende rol voor de ene partij kan bij de andere partij het beeld opwekken dat sprake is van partijdigheid.

Klager en aangeklaagde moeten er van op aan kunnen dat elke klachteninstantie hen niet-vooringenomen tegemoet treedt. Om die reden wisselen klachteninstanties in principe geen informatie uit over specifieke klachten, verloop en uitkomsten van de klachtenafhandeling, opstelling van klager en aangeklaagde e.d.

Om redenen van een snelle afhandeling van klachten kan het wel wenselijk zijn dat de ene klachteninstantie vlot zakelijke informatie kan doorgeven aan de andere klachteninstantie. Dit moet dan met toestemming van de klager gebeuren.

Als klachtenfunctionaris en klachtencommissie voor het overige (bijvoorbeeld bij periodieke bespreking in het kader van signalering of het opstellen van een gezamenlijk jaarverslag) al informatie over klachten aan elkaar uitwisselen, moet deze niet tot de persoon herleidbaar zijn – tenzij de klager hiervoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven.

Suggesties

Wat betreft het onderscheiden van diverse klachteninstanties van de beroepsbeoefenaar of -organisatie is het wenselijk om:

²⁰ Berchum K van. *Een kwestie van vertrouwen*. Utrecht: NIZW, 1999, m.n. hoofdstukken 8 en 10.

²¹ Friele RD, Ruiter C de, Wijmen F van, Legemaate J. *Evaluatie WKCZ*. Den Haag, 1999:31.

- de klachtenfunctionaris niet te laten deelnemen aan de behandeling van klachten door de klachtencommissie of de commissie daarbij te laten ondersteunen. Afstemming over beleid en organisatie van de integrale klachtenregeling is uiteraard wel gewenst. Ook in het kader van kwaliteitsbevordering is overleg tussen de diverse klachteninstanties gewenst (zie *hoofdstuk 6*);
- personen met bepaalde andere functies (zoals bestuursleden, bestuurssecretaris of bureau-directeur van de beroepsorganisatie) niet te belasten met klachtenopvang, -bemiddeling of behandeling;
- expliciete afspraken te maken over de omgang met situaties waarin een conflict van plichten of belangen aan de orde kan zijn, als invulling van de klachtenopvang en/of -bemiddeling in combinatie met een andere functie binnen de beroepsorganisatie of in het kader van de klachtenregeling nodig is;
- het recht van wraking te realiseren door aan klager en aangeklaagde tevoren bekend te maken wie betrokken zijn bij de beoordeling van de klacht en hen de gelegenheid te bieden tot bezwaar.

Aanbeveling 1H

Clënten en hun naasten ontvangen systematisch informatie over de klachtenregeling. Informatie wordt zichtbaar bekend gemaakt in de wachtkamer door middel van posters en folders. Deze informatie wordt zoveel mogelijk afgestemd op behoeften, begripsvermogen, culturele achtergrond en taal van de cliënt en zijn naaste(n).

Basis

Zorgaanbieders moeten hun klachtenregeling passend bekend maken.²² Onderzoek²³ wijst uit dat de bekendheid en toegankelijkheid van de klachtenregeling en de informatie over verschillende mogelijkheden om klachten aan de orde te stellen voor cliënten nog onvoldoende zijn. Bijzondere aandacht is gewenst voor de voorlichting over de positie en werkwijze van degene die cliënten en hun naasten kan ondersteunen bij het ‘ontsluiten’ van de klachtenregeling.

Toelichting

Als mensen regelmatig uitgenodigd worden om hun feedback over de zorg te geven, kan dit het vertrouwen in de zorg versterken. Moeten zij moeite doen om hun onvrede te kunnen uiten, dan dreigt deze eerder te escaleren.

De toonzetting van de informatie over de mogelijkheden tot ‘klagen’ is van groot belang. Wanneer hieruit spreekt dat de zorgaanbieder c.q. de beroepsorganisatie elke klacht als signaal serieus wil nemen, verlaagt dit de drempel tot het uiten van onvrede.

²² Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, artikel 2.

²³ Dane A, Lindert H van, Friele RD. Klachtopvang in de Nederlandse Gezondheidszorg. NIVEL, 2000:30.

Voor bepaalde groepen in de samenleving, zoals ouderen²⁴ of allochtonen²⁵, is het niet vanzelfsprekend om te klagen. De voorlichting over de klachtenregeling kan hier op worden afgestemd, bijvoorbeeld door deze groepen actief te benaderen.

Bijzondere aandacht voor de voorlichting is nodig ingeval zorgverleners ‘van buitenaf’ in een instelling werkzaam zijn. In dat geval moet voor klager duidelijk zijn waar ze met hun klachten over deze terecht kunnen (zie ook *aanbeveling 1B*).

Suggesties

In overweging wordt gegeven om de klachtenregeling regelmatig en actief bekend te maken. Dit kan gebeuren door:

- algemene informatie te geven over de omgang met onvrede bij het eerste contact van de cliënt met de zorgaanbieder (algemene cliënteninformatiefolder);
- via diverse kanalen en plaatsen algemene en specifieke informatie te geven over de mogelijkheden tot klagen (in de algemene informatiebrochure, in specifieke klachtenfolders of posters, in de wachtkamer of bij recepties, op de website);
- in het voorlichtingsmateriaal expliciet op te nemen waar men telefonisch informatie kan krijgen als men overweegt om een klacht in te dienen, wat de verschillende mogelijkheden zijn voor het aan de orde stellen van onvrede, waar men bijstand kan krijgen bij het op schrift stellen van een klacht;
- het IKG, het RPCP of specifieke cliëntenorganisaties te betrekken bij het bekendmaken van de klachtenregeling en afspraken te maken over een juiste verwijzing naar klachteninstanties;
- voor een leesbare klachtenregeling te zorgen waaruit duidelijk blijkt dat de zorgverlener c.q. beroepsorganisatie onvrede wil horen, deze zo mogelijk wil oplossen en/of de kwaliteit op basis daarvan wil verbeteren;
- bekend te maken hoe klachten hebben geleid tot verbetering van de kwaliteit.²⁶

Aanbeveling 11

Klagers worden actief geïnformeerd over in- en externe mogelijkheden voor informatie, advies en bijstand bij het aan de orde stellen van hun klacht. De cliënt kan voor opvang en bemiddeling worden verwezen naar een specifieke aan de beroepsorganisatie verbonden klachtenfunctionaris of naar het IKG.

²⁴ Over ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen, hun schroom om te klagen en de proactieve benadering daarvan wordt geschreven in het rapport van het project klachtenopvang in verpleeg- en verzorgingshuizen: Arcares, LOC, SOKG, 2003.

²⁵ Over allochtonen, hun schroom om te klagen en de proactieve benadering daarvan wordt geschreven in het Handboek Bereikbaar en Deskundig. NPCF, 2003.

²⁶ Uit onderzoek (Shuijs e.a., 2004) blijkt dat terugkoppeling over maatregelen naar aanleiding van klachten en over effecten van klachten de tevredenheid van klagers over de klachtenregeling (-behandeling) in belangrijke mate beïnvloedt.

Basis

Door actieve informatie en bijstand zijn cliënten eerder geneigd om in een vroeg stadium hun onvrede te uiten. Dit voorkomt misverstanden en escalatie. De klachtenfunctionaris of vertrouwenspersoon moet daartoe wel een zichtbare, vertrouwde figuur zijn.

Aanbeveling 1)

De beroepsorganisatie verspreidt informatie over de klachtenregeling onder de bij haar aangesloten leden.

Basis

Escalatie is vaak te voorkomen als zorgaanbieders en zorgverleners open met cliënten over hun onvrede kunnen communiceren. Hiervoor is nodig dat zij klachten niet zozeer de dreiging of bestraffing ervaren, maar vooral als de stimulans om hiervan te leren (zie ook *hoofdstuk 2*). Klagers kunnen er soms voor kiezen het gesprek met een zorgverlener niet rechtstreeks aan te gaan, maar dit via inschakeling van een klachteninstantie te doen die zij als onpartijdig of ondersteunend ervaren.

Toelichting

Om goed op klagers en hun klacht te kunnen reageren is van belang dat zorgaanbieders, zorgverleners c.q. leden van de beroepsorganisatie bekend zijn met de functie en werkwijze van de verschillende klachteninstanties. Bijzondere aandacht daarbij verdient het punt dat inschakeling van een klachteninstantie niet wordt ervaren als ‘verraad’ van de cliënt.

Van belang is ook dat deze klachteninstanties zelf in hun benadering van klager en aangeklaagde een niet-beschuldigende en respectvolle handelwijze hanteren, die gericht is op het zo mogelijk oplossen van onvrede en verbetering van de kwaliteit van zorg.

Voorlichting over klachteninstanties lijkt beter te beklijven als meteen ook de resultaten (voordelen) van inschakeling van een klachteninstantie duidelijk worden. Daarbij kan ook in een open discussie tussen leden van de beroepsorganisatie/zorgverleners worden gesproken over vergelijkbare of andere problemen, die weliswaar niet tot een klacht hebben geleid, maar concrete kwaliteitsactie noodzakelijk maakt.

Suggesties

Voor het verspreiden van informatie over de klachtenregeling onder leden/zorgverleners, kan de beroepsorganisatie/zorgaanbieder overwegen om:

- nieuwe leden/medewerkers bij hun introductie een brochure over de klachtenregeling te geven, waarbij het accent ligt op het onvermijdbare van klachten, het belang van het serieus nemen van de klager en het leren van klachten;
- zorgverleners te informeren via intranet of door een aparte klachtenbrochure;
- per regio (herhaalde) klachteninformatiebijeenkomsten voor de leden te organiseren;

- voor klachtenfunctionaris, klachtencommissie en leden de gelegenheid te scheppen om kennis met elkaar te maken, zonder dat al sprake is van een concrete klacht;
- (opnieuw) uitleg te geven over de werkwijze van een klachteninstantie zodra een zorgaanbieder daarmee wordt geconfronteerd.

Aanbeveling 1K

Een cliënt, zijn vertegenwoordiger of nabestaande kan klagen over het handelen of functioneren van een zorgaanbieder of degene die voor de zorgaanbieder werkt.²⁷ Daarnaast is – waar dat niet al bij wet is geregeld – te overwegen om ook voor naasten van de cliënt een zelfstandig klachtrecht in te stellen, met dien verstande dat dit niet ten koste van het klachtrecht van de cliënt zelf mag gaan.

Basis

Volgens de WKCZ kan de cliënt, zijn nabestaande of vertegenwoordiger klagen. De klacht moet dan gaan over de gedraging van de zorgaanbieder of degene die voor de zorgaanbieder werkt. Met gedraging wordt bedoeld: het (niet) handelen of een besluit met gevolgen voor de cliënt.²⁸ In bepaalde sectoren of bij bepaalde typen zorgverlening (bijvoorbeeld verloskunde) geldt dat de naasten van de cliënt een bijzondere positie hebben. Zij treden in meerdere of mindere mate op als belangenbehartiger en/of mede-uitvoerder van de zorg. Daarbij past dat ook zij een eigen klachtrecht krijgen over gedragingen jegens henzelf, los van het klagen als vertegenwoordiger van de cliënt over gedragingen jegens de cliënt. Het primaat ligt echter bij het klachtrecht van de cliënt zelf.

Toelichting

In deze aanbeveling is enerzijds de inhoud van de klacht aan de orde, anderzijds de persoon van de klager en diens (zelfstandig) recht om te klagen.

De cliënt kan altijd een klacht indienen over de zorgverlening aan hem/haar. Het is van belang om het begrip 'klacht' breed te interpreteren. Wanneer een ander dan de cliënt zelf een klacht aan de orde stelt en deze klacht het handelen jegens die cliënt betreft, geldt als algemeen uitgangspunt dat de klager de cliënt zo mogelijk bij het indienen van deze klacht betreft. Ook als de klacht het handelen jegens de ander zelf (vertegenwoordiger of naaste) betreft, heeft dit de voorkeur. De reden hiervoor is dat de cliënt zelf eventuele gevolgen van het aan de orde stellen van de klacht kan ondervinden en bovendien niet het gevoel moet krijgen dat dingen buiten hem om gebeuren.

²⁷ Hier is (conform de omschrijving van begrippen in bijlage 4) de omschrijving 'handelen en functioneren' gebruikt. De WKCZ hanteert het begrip 'gedraging'. Dit begrip is echter vrij abstract, reden om hiervan in deze richtlijn af te wijken.

²⁸ WKCZ, artikel 1 lid sub e.

Suggesties

Het is wenselijk om in geval van een klacht duidelijk te onderscheiden of het daarbij gaat om een gedraging jegens de cliënt zelf of jegens de naaste(n), eventueel tevens de vertegenwoordiger van de cliënt.

Afhankelijk van de beslissing of behalve de cliënt zelf ook de vertegenwoordiger dan wel de naaste een zelfstandig klachtrecht heeft, wordt in de klachtenregeling expliciet benoemd hoe bij elk type klachtrecht de positie van de andere betrokkene/belanghebbende is. In de voorlichting aan cliënten en hun naasten verdient dit punt extra de aandacht, bijvoorbeeld door:

- voor naasten een aparte folder op te stellen waarin is omschreven of, hoe en onder welke voorwaarden zij namens de cliënt of als zelfstandig klachtgerechtigde een beroep kunnen doen op de klachtenregeling;
- cliënten expliciet te informeren over een eventueel zelfstandig klachtrecht van hun vertegenwoordiger/naaste; daarbij is het wenselijk aan te geven hoe bij de uitoefening van ieders klachtrecht wordt omgegaan met eventuele meningsverschillen.

Aanbeveling 1L

Bij het indienen en afhandelen van klachten worden geen uitsluitingscriteria gehanteerd.

Basis

Bij de bespreking van de (evaluatie van de) WKCZ in de Tweede Kamer is duidelijk aan de orde gekomen dat uitsluitingscriteria niet mogen worden gehanteerd.²⁹

Toelichting

Er zijn legitieme redenen om als klachteninstantie niet met een klacht aan de slag te gaan: de klager is niet klachtgerechtigd, de klachteninstantie is niet bevoegd of de klacht is al eerder bij dezelfde klachteninstantie in behandeling geweest en er hebben zich geen nieuwe feiten voorgedaan. Dit zijn allemaal gronden voor niet-ontvankelijkheid. Daarnaast dient voor een goede klachtenbehandeling de klacht, zo nodig met bijstand, schriftelijk te worden ingediend. Uit de wetsevaluatie bleek dat klachtencommissies in de praktijk uitsluitingscriteria hanteerden die niet zijn toegestaan: verjaring, overlijden of vertrek van de aangeklaagde, kennelijk belang voor klager of zorgaanbieder, complexiteit van de klacht, claims, samengaan met andere procedures, enzovoort.

²⁹ Standpunt over de wetsevaluatie in de brief van de minister van VWS d.d. 17 februari 2000 aan de Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26800 XVI, nr. 73:3.

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- alle uitsluitingscriteria uit de klachtenregeling te schrappen, maar wel duidelijk de gronden voor niet-ontvankelijkheid te noemen;
- de klager te informeren dat hij wel een klacht kan indienen, maar dat de afhandeling van deze vaak wordt bemoeilijkt als er enige jaren verstreken zijn, zeker als een cliëntendossier na afloop van de bewaartermijn vernietigd is;³⁰
- in aansluiting hierop klagers op te roepen om eventuele klachten zo snel mogelijk aan de orde te stellen;
- de klager te informeren dat hij weliswaar op meerdere plaatsen zijn klacht kan indienen (intern en extern), maar dat dit voor hem een extra belasting kan inhouden. Met de klager kan vervolgens overleg plaatsvinden welke specifieke klachtenprocedure het best aansluit bij zijn doelen en verwachtingen.³¹

Aanbeveling 1M

De klager kiest binnen de beschikbare mogelijkheden zelf waar hij zijn klacht kenbaar maakt en wil laten afhandelen. De klager wordt uitgenodigd de klacht eerst te bespreken met de aangeklaagde.

Basis

Met de WKCZ wordt beoogd om de cliënt een zelfstandig klachtrecht te geven. In deze Klachtenrichtlijn wordt geadviseerd de klager meerdere klachtmogelijkheden te bieden, waaruit deze zelf kan kiezen. Het moment waarop veelal een directe oplossing van de klacht mogelijk is, is in het contact met de aangeklaagde zorgverlener zelf. Een directe en snelle oplossing van de klacht is doorgaans het eerste belang en doel van de klager, naast de behoefte aan uitleg en de intentie om een soortgelijke gebeurtenis voor anderen te voorkomen.³² Bovendien wordt zo meer recht gedaan aan de eigen verantwoordelijkheid van elke zorgverlener tot het leveren van professionele en klantvriendelijke diensten.

Toelichting

Escalatie van klachten kan worden voorkomen door open communicatie hierover met de betrokken zorgverlener (zie ook *hoofdstuk 2*).

³⁰ Hielkema AW, Timmers MJM, Ruiter CM de, Burgt CHM van de. WKCZ dilemma's. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003:19-36.

³¹ Hierbij past dat elke klachteninstantie de klager uitdrukkelijk vraagt wat hij met het indienen van de klacht wil bereiken, niet om hem daarmee ter verantwoording te roepen, maar om te voorkomen dat hij een weg bewandelt die niet aansluit bij zijn doelen en verwachtingen. In dit verband is ook een goede voorlichting over de verhouding tussen klachtenbehandeling en schadeprocedure gewenst. Klachtenbehandeling kan niet als opmaat naar toekenning van een schadeclaim dienen. Overigens blijkt uit onderzoek (Sluijs EM e.a., 2004) dat slechts 7% van degenen die een klacht bij de klachtencommissie indienen, ook een schadeclaim indient.

³² Zie ook Sluijs EM e.a., 2004.

Met de beschikbare mogelijkheden wordt bedoeld op de klachteninstanties die bevoegd zijn om de klachten van de cliënt af te handelen. Zo kan de cliënt niet zelf kiezen om zijn klacht over het ziekenhuis te laten beoordelen door de klachtencommissie huisartsenzorg. Wanneer sprake is van een vrijgevestigde die werkzaam is in dienst van of vanuit een instelling, kunnen nadere afspraken worden gemaakt over de klachtenregeling waarvan de klager gebruik kan maken.

Suggesties

Het is te overwegen om:

- ongeacht de plaats waar de klager zijn klacht indient, altijd doel en wensen van de klager te verifiëren. Daarbij past dat elke klachteninstantie in staat is om de klager (globaal) voor te lichten over andere klachteninstanties en hier adequaat naar kan verwijzen;
- op een neutrale wijze bij de klager na te vragen of deze heeft overwogen de klacht met de betrokken zorgverlener te bespreken. Dit kan zo nodig worden gestimuleerd, zonder de klager daarbij onder druk te zetten of hem tot direct contact met de aangeklaagde te dwingen.

Aanbeveling 1N

Klachteninstanties melden een klacht waarbij mogelijk een calamiteit, seksueel misbruik of een misdrijf aan de orde is, direct aan de zorgaanbieder of een andere daarvoor geëigende instantie.³³ Bij de Inspectie wordt melding van een klacht gedaan als daartoe een wettelijke verplichting bestaat en nadat – zo mogelijk – de zorgaanbieder de gelegenheid is geboden om hierin zelf zijn verantwoordelijkheid te nemen. Klachteninstanties informeren de klager en zo mogelijk ook de aangeklaagde over – het voornemen tot – de melding. Zij starten daarnaast de afhandeling van de klacht als de klager dit wenst.

Basis

Instanties die klachten over vrijgevestigden afhandelen, kunnen bij ernstige klachten niet – zoals bij instellingen – de directie aanspreken. Voor vrijgevestigden is de Kwaliteitswet Zorginstellingen – waarin de meldingsplicht bij calamiteiten en seksueel misbruik is geregeld – niet

³³ Indien de aangeklaagde tevens de zorgaanbieder is, kan melding aan een andere daartoe aangewezen instantie plaatsvinden. Dit kan bijvoorbeeld de beroepsorganisatie zijn, mits hierover passende afspraken zijn gemaakt in het kader van de aansluiting van de zorgaanbieder bij de via de beroepsorganisatie ingestelde klachtencommissie. De mogelijkheid van melding bij de beroepsorganisatie is te overwegen omdat – anders dan bij instellingen – niet sprake is van een directie of raad van bestuur die in eerste instantie als aanspreekadres in dit soort situaties geldt. De vrijgevestigde beroepsbeoefenaar valt ook niet onder het regime van de Kwaliteitswet Zorginstellingen; deze voorziet in een meldingsplicht van de zorgaanbieder (instelling) in geval van calamiteiten en seksueel misbruik.

van toepassing.³⁴ In de (herziene) WKCZ wordt wel voorzien in een meldingsplicht van de klachtencommissie in geval van ernstige klachten.³⁵ Een dergelijke meldingsplicht geldt ook – in algemene zin – voor ieder die kennis neemt van een (mogelijk) strafbaar feit.

Toelichting

Na de melding kan de normale klachtenafhandeling worden vervolgd, gericht op het doel van de klager – als deze dit wenst. Beide partijen moeten wel worden geïnformeerd over de melding aan IGZ.

In geval van een klacht over seksueel misbruik of seksuele intimidatie overlegt de klachteninstantie met de klager of deze al dan niet anoniem wenst te blijven en worden de (mogelijke) gevolgen voor de klager van niet-anonieme melding besproken.

Suggesties

Als het gaat om het melden van een klacht waarbij mogelijk een calamiteit, seksueel misbruik of een misdrijf aan de orde is, kan de klachteninstantie overwegen om:

- ook altijd per omgaande de aangeklaagde op de hoogte te stellen van een melding aan een andere instantie, tenzij er een gerede kans bestaat dat de aangeklaagde bewijsmateriaal vernietigt of de klager/melder zal lastig vallen of benadelen;
- met klager en aangeklaagde duidelijke afspraken te maken over dossiervoering en registratie van dit soort klachten, zodat zij weten hoe hun privacy is gewaarborgd;
- in de algemene informatie aan cliënten/klagers duidelijk te vermelden dat de klachtencommissie een meldingsplicht heeft en bij een eventuele melding eerst met de klager zal afstemmen over de eventuele beschikbaarstelling van tot de persoon herleidbare gegevens.

Daarnaast kan de beroepsorganisatie overwegen om:

- in de klachtenregeling, en in aansluiting op het verenigings(tucht)recht nadere bepalingen op te nemen waarmee de bevoegdheid van de klachtencommissie wordt geregeld om in bepaalde specifiek omschreven situaties over te gaan tot melding aan het bestuur van de beroepsorganisatie;

³⁴ Onder een calamiteit is – conform de herziene Kwaliteitswet Zorginstellingen (artikel 4a lid 2) – te verstaan: ‘... een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt (van een instelling) heeft geleid.’ Onder seksueel misbruik is – conform de herziene Kwaliteitswet Zorginstellingen (artikel 4a lid 3) – te verstaan: ‘... grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.’

³⁵ In de Memorie van Toelichting bij de Novelle op de WKCZ (april 2004) is hierover het volgende opgenomen: ‘Bij de zorg verleend door een individueel werkende hulpverlener ligt de verantwoordelijkheid om risicovolle situaties aan te pakken primair bij de hulpverlener zelf. Indien er ernstige klachten over individuele hulpverleners in de extramurale zorg bij de betreffende extramurale klachtencommissie worden ingediend, stelt de klachtencommissie deze hulpverlener in kennis van een klacht over een ernstige situatie. Indien de klachtencommissie geen reactie van de zorgaanbieder krijgt, of indien haar duidelijk wordt dat de hulpverlener geen maatregelen ter zake heeft getroffen, meldt de klachtencommissie deze ernstige klachten aan de Inspectie.’ De inspectie kan daarna, conform de nu reeds geldende bevoegdheden, eventueel ook besluiten om een klacht over de hulpverlener in te dienen bij de tuchtrechter. De klachtencommissie en de beroepsorganisatie hebben deze mogelijkheid niet.

- in het eigen verenigingsrecht nadere bepalingen op te nemen voor maatregelen als sprake blijkt te zijn van ernstige klachten of als blijkt dat een lid onvoldoende meewerkt aan uitvoering van de klachtenregeling.³⁶

Aanbeveling 10

Klachten worden snel, zorgvuldig en deskundig afgehandeld. Klagers en aangeklaagden krijgen informatie over de verschillende fasen in de afhandeling van de klacht door de betrokken klachteninstantie en de doorlooptermijnen daarvan.

Basis

De geladenheid bij het uiten van een klacht wordt minder als de klager merkt dat men de zaak serieus opneemt. Dit blijkt voor klagers onder meer uit de snelheid van een reactie op de (eerste) uiting van een klacht en de daarop volgende afhandeling.

De zorgaanbieder is verplicht³⁷ in de klachtenregeling termijnen te noemen voor de behandeling van klachten. Als de klachtencommissie deze termijn overschrijdt of dreigt te overschrijden, moet zij conform de WKCZ de reden daarvan noemen en aangeven wat de nieuwe termijn wordt. Ook bij andere klachteninstanties is duidelijkheid over termijnen gewenst, zodat klager en aangeklaagde weten waar zij aan toe zijn.

Toelichting

In het kader van deze Klachtenrichtlijn zijn voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren als wenselijke termijnen voor de klachtenafhandeling genoemd:

- eerste reactie op de klacht/ontvangstbevestiging: binnen 10 werkdagen;
- inzetten en afronden bemiddeling: binnen 2 maanden;
- behandeling: binnen 4 maanden.³⁸

Daarbij is tevens aangegeven dat tussen de fase van gegevensverzameling en afsluiting van de bemiddeling maximaal een maand, tussen gegevensverzameling en verzending van de uitspraak maximaal zes weken als wenselijke termijn geldt. Voor de reactie van de zorgaanbieder op de uitspraak geldt conform de WKCZ een termijn van vier weken.

Het is gewenst dat elke zorgaanbieder/beroepsorganisatie in de eigen klachtenregeling specifieke (tussen)termijnen benoemt en aan ook aan betrokkenen bekend maakt.

³⁶ Zo is denkbaar dat de beroepsorganisatie een bepaald lid de mogelijkheid ontzegt tot verdere aansluiting bij de klachtenregeling als blijkt dat dit herhaald weigert om verweer te voeren bij een klacht.

³⁷ Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, artikel 2.

³⁸ Bij de instellingen zijn voor klachtenbehandeling wenselijke termijnen van 4 weken tot 2 maanden genoemd. Het verschil in deze termijnstelling hangt mede samen met de meer of minder kwetsbare positie van bepaalde typen van cliënten en met de interne organisatie van de klachtenregeling zelf.

Daarnaast is het gewenst om bij de functie van klachtenbehandeling duidelijke termijnen vast te leggen voor de verschillende stappen binnen de totale behandelingstermijn.³⁹ Zekerheid over (tussen)termijnen bevordert de tevredenheid over de klachtenafhandeling.

Suggesties

Om een zorgvuldige en deskundige klachtenafhandeling mogelijk te maken, kan een zorgaanbieder/beroepsorganisatie overwegen om de volgende voorwaarden te realiseren:

- middelen om een goede bereikbaarheid van de klachteninstantie te waarborgen (antwoordapparaat, secretaresse);
- spoedprocedures voor klagers die klachten hebben over het ontbreken van onmiddellijk noodzakelijke zorg en waarbij een snellere actie nodig is dan via de gebruikelijke klachtenafhandeling mogelijk is;
- plaatsvervangers voor klachtenfunctionarissen en leden van klachtencommissies zodat continuïteit gewaarborgd is bij vakantie en ziekte;
- budget om zo nodig externe expertise in te roepen.

Aanbeveling 1P

De beroepsorganisatie van de zorgaanbieder regelt mogelijkheden voor opvang en ondersteuning van de aangeklaagde.

Basis

Onvrede, zeker als geklaagd wordt over fouten met ernstige gevolgen voor de cliënt, heeft vaak een grote impact op de zorgverlener.⁴⁰ Sommige zorgverleners hebben behoefte aan ondersteuning om escalatie of juridische problemen in eventuele latere procedures te voorkomen. Dat kan feedback zijn op of coaching bij de wijze van communicatie ter bevordering van een effectief gesprek met de klager.⁴¹ Ook kan hulp worden gevraagd bij het formuleren van een verweerschrift voor de behandeling door de klachtencommissie of advies om de zorgverlener voor te bereiden op een hoorzitting.

Toelichting

De beroepsorganisaties van verschillende typen vrijgevestigde zorgaanbieders doen er – al dan niet in samenwerking – goed aan om aangeklaagde leden diverse soorten van opvang en bijstand te bieden, of aan te geven waar zij deze kunnen krijgen. Denk daarbij aan informatie, advies,

³⁹ Bedoeld zijn de termijnen waarbinnen de klager een ontvangstbevestiging krijgt of eerste contact met hem plaatsvindt, de aangeklaagde de klachtbrief ontvangt, de stappen van verweer, repliek en dupliek plaatsvinden e.d.

⁴⁰ Bühler H. Lezing tijdens studiedag Sdu/Vermande d.d. 26 november 2003. Zie ook themanummer *Medisch Contact* van 23 juli 2004.

⁴¹ Zie ook uitspraak Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven d.d. 22 januari 2004.

emotionele opvang, hulp bij het opstellen van een verweerschrift (inhoudelijk en procedureel), juridische of procedurele ondersteuning.⁴²

De zorgaanbieder/beroepsorganisatie is niet verplicht om bijstand financieel te vergoeden. De aangeklaagde kan als verzekerde via zijn beroepsverzekering voor aansprakelijkheid en/of rechtsbijstand zo nodig een beroep doen op ondersteuning.

Suggesties

Met betrekking tot opvang en ondersteuning van de aangeklaagde, kan de beroepsorganisatie overwegen om:

- in de klachtenbrochure voor zorgverleners ook de interne en externe ondersteuningsmogelijkheden te beschrijven; daarbij kan tevens worden aangegeven welke kosten voor rekening van de zorgaanbieder/zorgverlener zijn;
- een 'oude en wijze vakgenoot' in te schakelen om aangeklaagde medewerkers op te vangen en bij te staan;
- aangeklaagden duidelijke richtlijnen mee te geven over hoe zij in een klachtenprocedure 'verstandig' kunnen optreden;
- aangeklaagden de mogelijkheid te bieden om achteraf de gang van zaken bij de afhandeling van een klacht te bespreken met de klachtenfunctionaris of bemiddelaar.

Aanbeveling 1Q

Als een klager verschillende zorgverleners aanklaagt, vindt zo mogelijk gezamenlijke klachtenafhandeling plaats.

Basis

Klachten horen snel, zorgvuldig en vakkundig te worden afgehandeld. Tegelijkertijd moet rekening worden gehouden met de privacy van zowel klager als aangeklaagde(n). Het belang van privacy kan echter niet zwaarder wegen dan het belang van de onderzoekbaarheid van de klacht(en).⁴³

Toelichting

De klachtenregeling is op de eerste plaats bedoeld om een effectieve afhandeling van klachten mogelijk te maken, waarbij bovendien geen onnodige drempels worden ingebouwd door allerlei procedurele vereisten.

⁴² Extern zijn via de eigen beroepsorganisatie (KNMG) of via de schadeverzekeraar personen beschikbaar die advies en steun bieden bij het deëscalerend optreden van de aangeklaagde. Zie verder ook hoofdstuk 2.

⁴³ Zie ook Hielkema AW e.a. In: WKCZ dilemma's. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003:33,45,61,76.

Tegelijkertijd hebben ook aangeklaagden recht op een zorgvuldige omgang; bij een klacht is ook hun reputatie in het geding. Wanneer dat vanuit een oogpunt van goede klachtenafhandeling niet noodzakelijk is, mogen zorgverleners in principe – althans via de klachteninstantie – geen tot de persoon herleidbare informatie krijgen over een klacht tegen een collega.

Echter, als de klacht een behandeling of situatie betreft waarbij verschillende zorgverleners betrokken zijn, is het logisch bij deze klacht de samenhang van het handelen van de individuele zorgverleners te beoordelen. Alleen als hier tegen redelijke bezwaren bestaan bij één van de aangeklaagden – en de onderzoekbaarheid van de klacht niet in het geding komt – kan daarvan worden afgeweken.⁴⁴

Suggesties

Wanneer een klager verschillende zorgverleners aanklaagt, kan het volgende worden overwogen:

- Betreft een bij een klachtenfunctionaris of -bemiddelaar ingediende klacht meerdere zorgverleners, dan bekijkt deze of gezamenlijke afhandeling nodig is. Is dat niet het geval, dan volgen gescheiden trajecten. De klachtenfunctionaris/bemiddelaar bewaakt de samenhang en overzichtelijkheid voor de klager.
- Gaat het om een zaak die bij de klachtencommissie wordt ingediend (via een en dezelfde klachtbrief), dan neemt de ambtelijk secretaris contact op met elk van de betrokken aangeklaagden en vraagt of zij bezwaar hebben tegen gezamenlijke behandeling. Heeft iemand daartegen bezwaar en is de zaak ook gescheiden onderzoekbaar, dan volgt aparte behandeling en uitspraak. De ambtelijk secretaris geeft hierover uitleg aan de klager.

Aanbeveling 1R

De wijze waarop klachtgegevens worden bewaard, voldoet aan de eisen van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. In de klachtenregeling wordt aandacht besteed aan inzage recht en bewaartermijn.

Basis

De klager en aangeklaagde hebben recht op inzage in en een kopie van de over hen vastgelegde gegevens, zonder dat daarmee de privacy van 'derden' in het geding komt. Gegevens die tot de persoon herleidbaar zijn, mogen niet langer bewaard blijven dan noodzakelijk is. De geanonimiseerde kerngegevens over de inhoud van klachten en de afhandeling daarvan blijven bewaard ten behoeve van het kwaliteitsbeleid.

⁴⁴ Zo zal bij een klacht over de afstemming van zorg tussen twee zorgverleners aan hun bezwaar tegen gezamenlijke behandeling geen gevolg worden gegeven omdat dit ten koste van de onderzoekbaarheid gaat.

Toelichting

Soms willen cliënten, bij gebleken letselschade op langere termijn, ‘hun’ klachtgegevens opvragen om een schadeclaimprocedure te starten. Zij hebben recht hierop, zij het dat daarbij de privacy van anderen niet in het geding mag komen. Zo kan de klager geen inzage eisen in de aantekeningen die de klachtenfunctionaris in het klachtendossier heeft gemaakt van zijn gesprekken met de aangeklaagde. Wenst de klager te beschikken over verklaringen van de aangeklaagde, dan moet hij hem daar rechtstreeks om verzoeken.

Als de aangeklaagde zelf een dossier bijhoudt van de klachtenprocedure, dan moet hij dit apart van het cliëntendossier⁴⁵ bewaren. In het cliëntendossier mag de dossiervoerder geen aantekeningen maken of bewaren over het feit dat er een klacht is ingediend (zie ook *hoofdstuk 2*). Als uit een klacht afspraken voor de toekomst voortvloeien, dan moeten deze afspraken wel in het cliëntendossier staan; er hoeft echter niet te staan dat dit naar aanleiding van een klacht is.

Suggesties

Met betrekking tot de wijze waarop klachtgegevens worden bewaard, kan worden overwogen om:

- tot de persoon herleidbare klachtgegevens conform de vereisten van het vrijstellingsbesluit WBP tot maximaal twee jaar na afsluiting van de klachtenafhandeling te bewaren;⁴⁶
- informatie over bewaartermijn en inzagerecht op te nemen in de schriftelijke informatie die klagers en aangeklaagden ontvangen bij de start van de klachtenafhandeling;
- in de schriftelijke informatie die de aangeklaagde ontvangt, te vermelden dat in het cliëntendossier in principe geen aantekeningen mogen worden gemaakt over het feit dat de klacht is ingediend;
- de zorgverlener te informeren dat hij inzage heeft in het klachtdossier voor zover het de over hem vastgelegde gegevens betreft en voor zover daarmee niet de privacy van de klager in het geding komt.

⁴⁵ Het cliëntendossier is de verzamelnaam voor alle gegevens die door diverse bij de behandeling betrokken zorgverleners in het kader van de behandeling of zorg worden vastgelegd.

⁴⁶ Deze termijn geldt vanaf de datum van afsluiting van de klachtenprocedure. Wanneer echter valt te voorzien dat men na verloop van tijd op de zaak terug komt, is een langere bewaartermijn gerechtvaardigd.

Hoofdstuk 2

Omgang van de zorgverlener met de klager⁴⁷

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 2* zijn dit:

Proeftuinen

- De Geestgronden
- Reinier de Graaf Groep (doelstelling 2)
- Stichting Zorgbeheer de Zellingen (doelstelling 2)

Praktijkvoorbeelden

- Academisch Ziekenhuis Groningen
- Circonflex
- Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
- St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein

Inleiding

Het directe contact tussen zorgverlener en klager is bij uitstek de plaats voor een effectieve reactie op klachten. De zorgverlener kan rechtstreeks achterliggende vragen beantwoorden, opheldering geven bij misverstanden of problemen trachten op te lossen. Hier ligt dus de kans om snel, zonder formalisering of escalatie te reageren op (mogelijke) klachten. Daarom wordt de klager gestimuleerd de zorgverlener of aangeklaagde rechtstreeks aan te spreken.

De zorgaanbieder c.q. de beroepsorganisatie van deze schept mede de voorwaarden⁴⁸ zodat de zorgverlener zelf effectief met klachten van de cliënt kan omgaan.⁴⁹ Deze randvoorwaarden zijn

⁴⁷ Was het vorige hoofdstuk vooral gericht op de zorgaanbieder (directie; voor aanbod en organisatie van de zorg verantwoordelijke), in dit hoofdstuk is de zorgverlener (degene die daadwerkelijk de zorg verleent) de focus. Zie ook de omschrijving in de begrippenlijst in bijlage 4.

⁴⁸ Zie ook De Haes e.a. In: *Communiceren met patiënten*. Maarssen, 1999, hoofdstuk 1.

⁴⁹ De randvoorwaarden in de zin van bevordering van effectieve communicatie door zorgverleners en voorlichting aan cliënten (mede ter afstemming van verwachtingen en voorkoming van misverstanden als ontstaansbronnen van onvrede) blijven hier buiten beschouwing. De focus van de richtlijn is immers niet de goede omgang met de cliënt binnen het proces van zorgverlening, maar de omgang met de klager.

deels al in *hoofdstuk 1* genoemd: zorgvuldige omgang met de privacy, kennis van de klachtenregeling, opvang en ondersteuning van de aangeklaagde en bevorderen van een open cultuur inzake klachten. De zorgverlener draagt binnen dat kader een eigen, professionele verantwoordelijkheid voor de effectieve omgang met klachten. Dit tweede hoofdstuk van de richtlijn bevat dan ook de aanbevelingen aan het adres van de zorgverlener (medewerker) als het gaat over diens omgang met klachten.⁵⁰

In het contact tussen zorgverlener en cliënt, in hetgeen zij over en weer van elkaar en van zichzelf verwachten, lijkt in de praktijk sprake van een discrepantie tussen beleving en rationaliteit van de klacht.

Een cliënt verwacht doorgaans geen onfeilbaarheid van de zorgverlener, maar wel een eerlijk en correct antwoord. Wanneer cliënten klachten aan de orde stellen, willen zij doorgaans erkenning en herkenning van hun last en gevoelens, toegeven van een ongewenst beloop van de behandeling.⁵¹ Tegelijkertijd verwachten cliënten veel van een zorgverlener. Blijft het gewenste of verwachte resultaat van de zorg uit, dan is een deel van hen geneigd om dit aan de zorgverlener toe te schrijven. Het onderscheid tussen complicatie en fout is voor cliënten niet altijd zo duidelijk. Bovendien spelen bij hen – vanwege het ziek zijn en de gevolgen daarvan – vaak onzekerheid en emoties mee.

De zorgverlener, met name de arts, heeft doorgaans geleerd om te denken in termen van oorzaak en gevolg, van goed versus fout.⁵² Anderzijds weet hij dat bij zorgverlening en medisch handelen altijd risico's en onzekerheden spelen; fouten zijn dan ook een onderdeel van het vak.⁵³ De status van de professie en het door de cliënt gegeven vertrouwen – soms ook het overdragen van verantwoordelijkheid – leggen een extra druk op de zorgverlener om 'onfeilbaar' te lijken. Een uiting van onvrede kan de zorgverlener dan ervaren als beschuldiging.

Hiermee lijken de ingrediënten gegeven voor flinke miscommunicatie tussen zorgverlener en cliënt zodra sprake is van klachten. Niet voor niets wordt vaak gesteld dat communicatie de bepalende factor is bij het ontstaan van klachten.⁵⁴ Beide 'partijen' hebben daarin een aandeel.

50 De onderscheiden rol en verantwoordelijkheid van zorgaanbieder en zorgverlener/medewerker geldt met name bij instellingen. De instelling c.q. het management is op organisatieniveau verantwoordelijk voor de juiste condities, de zorgverlener draagt verantwoordelijkheid voor zijn eigen handelen binnen deze context. Bij vrijevestigde zorgaanbieders die werken vanuit een eigen, kleine praktijk, vallen de rollen van zorgaanbieder en zorgverlener (en aangeklaagde) samen.

51 Everdingen JJE van, e.a. *Omgaan met fouten*. In: Haes JCJM, Hoos AM, Everdingen JJE van (red). *Communiceren met patiënten*. Maarssen, 1999:203. Zie ook Sluijs EM e.a.: 2004. Zie ook de in hoofdstuk 1 genoemde doelen van klagers.

52 Zie onder meer: H. Büller, lezing op symposium 'Omgaan met klachten' van 26 november 2003. Zie ook Lens P (red). *Zieke dokters*. Utrecht, 1999.

53 Haes de, e.a. 1999: 193 e.v.

54 Haes de, e.a. 1999: 186 e.v.

Niettemin mag van de zorgverlener worden verwacht dat deze professioneel omgaat met klachten.⁵⁵

Om dit te kunnen doen, is het van belang dat hij zich bewust is van de bijzondere – andere – dynamiek van zijn relatie met de cliënt zodra deze – direct of indirect – een klacht aan de orde stelt. Binnen de behandel- of zorgrelatie is de zorgverlener de deskundige, adviseur en boodschapper. Hij zit in de plus-positie, de cliënt in de min-positie.⁵⁶

Zodra de cliënt zich opstelt als klager, zet hij de zorgverlener in de min-positie en (daardoor) zichzelf in de plus-positie. Probeert de zorgverlener vervolgens weer het overwicht te krijgen in deze ‘klachtrelatie’ – bijvoorbeeld door in de rol van deskundige te blijven, te negeren, bagatelliseren of intimideren – dan leidt dit tot escalatie. Beide partijen gaan elkaar benaderen vanuit de behoefte om de bovenhand te hebben/houden. Niemand krijgt gelijk.

De uitdaging voor de aangeklaagde zorgverlener is om zo op te treden dat een plus-plus-relatie kan ontstaan, gericht op effectieve oplossing van het ontstane probleem.⁵⁷ De aanbevelingen zijn hier mede op gericht. Uiteraard is daarmee niet gezegd dat de volledige verantwoordelijkheid voor de effectieve omgang met klachten bij de zorgverlener berust.⁵⁸

Aanbeveling 2A

De zorgverlener bevordert een klimaat waarin de cliënt zich vrij voelt om klachten te uiten.

Basis

Uit onderzoek blijkt dat een open klimaat bevorderlijk is voor het vertrouwen in de behandeling en de informatieverstrekking door de cliënt. Deze zijn weer van belang voor een goede anamnese en voor therapietrouw.⁵⁹

55 Hierover is inmiddels de nodige jurisprudentie ontwikkeld. Zo stelt de rechter dat professionele hulpverleners een zeker begrip moeten kunnen opbrengen voor onaangenaam gedrag van een vertegenwoordiger (of patiënt) die emotioneel en geestelijk moeilijke perioden doormaakt (Arrondissementsrechtbank Den Bosch d.d. 29 november 2001). De communicatie met de patiënt mag niet in gevaar komen of escaleren vanwege uitingen van irritatie door de zorgverlener (CTC d.d. 4 april 2000; RBR NMT d.d. 27 februari 2002; RTC Eindhoven d.d. 22 januari 2004). Het is niet toegestaan de behandelingsrelatie te verbreken omdat de patiënt een klacht indient (RTC Eindhoven d.d. 7 juli 1999). Tuchtinstanties wegen de opstelling van de zorgverlener in de klachtenprocedure mee bij het bepalen van de zwaarte van de maatregel.

56 In de relatie arts-patiënt, zorgverlener-client is per definitie sprake van asymmetrie, waarbij ook nog sekse- en cultuurverschillen van invloed zijn (zie o.a. Meeuwesen. Spreekuur of zwijggur, 1988). De dynamiek in een relatie vanuit plus- en min-posities is met name beschreven door Leary (1989).

57 Zie ook literatuur over conflicthantering en onderhandelen, o.a. Prein (Trainingsboek Conflicthantering en Mediation. Houten, 2002) en MacGillavry (In: Handboek Mediation. Den Haag, 2003).

58 De cliënt/klager heeft draagt hierin een eigen verantwoordelijkheid (zie o.a. Van Wijmen over goed patiëntschap en de Modelregeling relatie arts-patiënt van KNMG en NPCF). Hij dient – ongeacht het begrip dat hij voor zijn eigen emoties mag verwachten – de aangeklaagde met respect tegemoet te treden en extreme uitingen van onvrede (dreiging, mishandeling, stalking e.d.) na te laten. Ook mag hij niet van de zorgverlener eisen dat deze hem zonder meer gelijk geeft als deze zelf de overtuiging heeft zorgvuldig en naar behoren te hebben gehandeld. Voor dit ‘gelijk’ dient hij zo nodig andere instanties aan te spreken (klachtencommissie, schadeverzekeraar, tuchtrechter e.d.).

59 Zie o.a. Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. Rotterdam, 1991. Meeuwesen L. Spreekuur of Zwijggur. Nijmegen, 1988. Zie ook de jurisprudentie genoemd in voetmoot 50.

Een open klimaat bevordert bovendien dat de cliënt eventuele onvrede op de plaats van ontstaan aan de orde stelt. Daarmee krijgt de zorgverlener de kans zijn verantwoordelijkheid te nemen en zijn formele, tijdrovende klachtenprocedures te voorkomen.

Toelichting

Een cliënt die weet dat hij 'mag' klagen en de zekerheid heeft dat hij daarvoor niet wordt afgestraft, heeft per definitie minder reden tot klagen. Hij kan in een vroeg stadium twijfels, onzekerheden en kanttekeningen ter plekke kwijt. Daardoor is het ook minder noodzakelijk om eerst elders zijn 'gelijk' te halen en zichzelf als het ware sterk te maken voordat de betrokken zorgverlener in kennis wordt gesteld van de klacht.⁶⁰

Suggesties

Enkele ideeën om een open klimaat voor uiting van eventuele onvrede te bevorderen, zijn:

- in het kennismakingsgesprek door de zorgverlener expliciet laten bespreken dat hij het op prijs stelt wanneer de cliënt eventuele twijfels of onvrede inbrengt. Daarbij kan hij tevens aangeven dat hij wellicht niet altijd meteen tijd heeft om daar op in te gaan, maar dan altijd een afspraak voor verdere bespreking zal maken (reële verwachtingen wekken);
- medewerking verlenen aan tevredenheidsonderzoek waarbij de cliënt meteen feedback kan geven op een consult;⁶¹
- in cliëntenboekjes en -folders steeds aangeven dat de cliënt bij vragen of twijfels terecht kan bij de zorgverlener;
- zorgverleners bewust maken van het feit dat ingaan op vragen en onvrede in eerste instantie tijd lijkt te kosten, maar op de langere termijn veelal tijd bespaart (door voorkomen van miscommunicatie, klachtgesprekken en klachtenprocedures).

Aanbeveling 2B

Wanneer een cliënt uiting geeft aan onvrede, gaat de zorgverlener hierover open met hem in gesprek.

Basis

Uit onderzoek blijkt dat 25-40% van degenen die een schadeclaim indienen, dit niet zou hebben gedaan als ze meer informatie en medeleven hadden gekregen bij het aan de orde stellen van

⁶⁰ Zie ook proces zoals beschreven door Verkruijsen (Groningen, 1993). Uit zijn onderzoek komt o.a. naar voren dat eerst sprake is van niet-welbevinden van de cliënt, dat pas na wegen van positieve en negatieve ervaringen en consultatie van 'derden' het karakter van een ontevredenheid krijgt.

⁶¹ Een aardig voorbeeld hiervan is het onderzoek in enkele ziekenhuizen naar polikliniekconsulten, zoals beschreven in Medisch Vandaag van 17 december 2003. Ook de bij dit onderzoek betrokken specialisten geven aan dit type van directe feedback te waarderen.

hun klacht. Soortgelijke bevindingen komen ook naar voren in ander onderzoek als het gaat om indiening van klachten bij de tuchtrechter of de WKCZ-klachtencommissie.⁶²

Toelichting

Naarmate een cliënt zich veiliger voelt in de relatie met de zorgverlener, zal hij eerder en op een meer rechtstreekse wijze uiting geven aan eventuele twijfels of onvrede. Is dat niet het geval, dan zullen eerder indirecte uitingen plaatsvinden, zoals wegstijgen, aarzelen, een afspraak afzeggen, wegblijven. Bovendien is het zo dat cliënten zich vaker pas na afloop bewust zijn van hun onvrede of hun eigen reactie als onvrede gaan benoemen.⁶³ Cliënten hebben veel meer dan zorgverleners zelf de indruk dat zij uiting geven aan onvrede, maar dat de zorgverlener daar niet adequaat op reageert.⁶⁴ Het is dus zaak om uitingen van onvrede als zodanig te leren herkennen. Bij een (herkende) uiting van onvrede is vervolgens een bepaalde aanpak van het gesprek hierover gewenst. Daarbij staan alertheid, een niet-verdedigende houding en oog voor ‘het verhaal van de klager’ voorop.⁶⁵

Bij communicatie tussen zorgverlener en klager is het adagium: achter elk verwijt ligt een verlangen. Dat geldt voor het verwijt van de klagende cliënt aan de zorgverlener; dat geldt ook voor het ‘verwijt’ van de zorgverlener aan de klager.

Vinden partijen elkaar in hun – gelijke of wederzijdse erkende – verlangens, dan is een gesprek over de klacht mogelijk. Dit is de basis voor een bevredigende oplossing of regeling.

Suggesties

Om open in gesprek te gaan met een cliënt die uiting geeft aan onvrede, kan de zorgverlener overwegen om:

- alert en uitnodigend te reageren bij eventuele eerste – indirecte – uitingen van onvrede, zoals vragen stellen, wegstijgen, een afspraak afzeggen. De zorgverlener kan dan vragen of de cliënt ergens mee zit;⁶⁶
- wanneer de cliënt later uiting geeft aan onvrede, niet te vragen waarom hij daar niet meteen mee is gekomen;

⁶² Diverse onderzoeken van het NIVEL; evaluatie WKCZ (1999); Verkruijsen (1993).

⁶³ Zie o.a. proces zoals beschreven door Verkruijsen (1993); zie ook onderzoek Galestien (2000).

⁶⁴ Zie onderzoek Timmers (1986): patiënten stellen 46% van de vragen en 27% van de klachten n.a.v. behandelcontacten rechtstreeks bij de betrokken zorgverlener zelf aan de orde. In ruim 60% van deze gevallen heeft dit naar hun mening niet het gewenste resultaat.

⁶⁵ Zie o.a. brochures KNMG en MediRisk, *Communiceren met patiënten, enzovoort. De stappen in het gesprek met de klager zijn kort als volgt aan te geven:*

- Reageer meteen, stel het gesprek over onvrede niet uit of maak hiervoor snel een afspraak.
- Laat de cliënt zijn verhaal doen, vraag op een niet-defensieve manier om verduidelijking, neem hier de tijd voor.
- Check of u het verhaal van de cliënt heeft begrepen.
- Laat merken dat u het jammer vindt dat de cliënt ontevreden is en dat u dat graag anders zou willen zien.
- Zeg dat u graag uitleg wilt geven; vraag of de cliënt die uitleg nu wil of later c.q. op een andere manier.
- Geef uitleg, licht het eigen gedrag toe en geef aan wat u van uw kant aan de onvrede zou kunnen doen.
- Vraag uitdrukkelijk na hoe de cliënt/klager hier tegen aankijkt.
- Als de klager tijd nodig heeft om het te laten bezinken, respecteer dit dan; maak een afspraak voor een vervolcontact.

⁶⁶ Stap dus over op communicatie op betrekkningsniveau (zie ook Hoos e.a. In: De Haes, e.a. 1999:23).

- duidelijk te zijn wanneer, op het moment van uiting van onvrede, de tijd voor een gesprek hierover ontbreekt. Het is belangrijk dan de reden te noemen en meteen een afspraak te maken voor het vervolcontact hierover. De tijd tussen uiting van onvrede en (vervolg)gesprek moet kort zijn;
- de cliënt te vragen om een ‘ademtpauze’ wanneer hij merkt dat zijn eigen emoties vanwege de klacht sterk meespelen. Zo kan hij wat later op een goede manier met de cliënt verder praten. Voor dit vervolgesprek maakt de zorgverlener meteen een duidelijke afspraak;
- alleen excuses aan te bieden als hij als zorgverlener zelf ook vindt dat dit aan de orde is. De zorgverlener biedt dus niet excuses aan om de vrede te bewaren of om ‘er van af te zijn’.

Een open houding van de zorgverlener impliceert niet dat deze alles toelaat of dat hij van de kant van de cliënt geen zorgvuldige omgang met hem mag verlangen. De zorgverlener mag bijvoorbeeld:

- van de cliënt verlangen dat deze zich over zijn onvrede uit op een niet-grievende wijze en met respect voor de persoonlijke integriteit;
- een uitwisseling via de persmedia over de klacht afwijzen omdat deze niet het karakter kan hebben van een echte dialoog;
- zich beschermen tegen fysieke bedreiging en psychische druk van de kant van de cliënt.

Bij dit alles kan de zorgverlener wel steeds duidelijk aangeven dat hij bereid is tot een open gesprek, eventueel met inzet van een neutrale ‘derde’, en ook dat hij bereid is om zijn handelen te laten toetsen via de daarvoor gebruikelijke instanties.

Aanbeveling 2C

Ingeval sprake is van een fout of een complicatie, bespreekt de zorgverlener dit uit zichzelf met de cliënt.

Basis

In de WGBO (vereiste van goed hulpverlenerschap en plicht tot informatieverstrekking) ligt de basis voor het actief informeren van een cliënt over een fout of complicatie.⁶⁷ De zorgverlener doet dit uit zichzelf, ongeacht of de cliënt zelf vragen stelt of een klacht indient.

⁶⁷ In de algemene literatuur over fouten en complicaties zijn de volgende omschrijvingen te vinden:

- *Fout of error: alle gevallen of situaties waarin een (behandelings)plan niet het beoogde resultaat tot gevolg heeft, zonder dat dit aan het toeval kan worden geweten. Er kan sprake zijn van een fout in de uitvoering van een plan, of het plan zelf kan verkeerd zijn, waardoor het beoogde resultaat niet wordt bereikt.*
- *Complicatie: een complicatie is een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be-)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.*

De aanbeveling om open te communiceren over fouten en complicaties is ook terug te vinden in het Kwaliteitsmanifest van de KNMG⁶⁸ en in de (nieuwste) aanwijzingen van schadeverzekeraars.⁶⁹

Toelichting

Veel zorgverleners hebben, naast een plicht, ook de wens om open met hun cliënten te communiceren. Dit sluit aan bij hetgeen ook cliënten verwachten en willen.⁷⁰ In geval van fouten en complicaties kan een open communicatie extra moeilijk zijn. De zorgverlener opereert in het spanningsveld tussen zijn wens tot openheid, zijn informatieplicht, de plicht om eventuele schade voor de cliënt te voorkomen, de voorwaarden van schadeverzekeraar en het belang om zich te vrijwaren voor de juridische valkuilen.⁷¹ Bovendien hebben cliënten, zorgverleners en schadeverzekeraars of juristen elk hun eigen definities van het begrip 'fout'. Dat is aanleiding tot veel misverstanden. Fout gedaan is nog niet fout gedaan; fout gedaan is nog niet verwijtbaar. Oftewel: er is niet sprake van een automatisch verband tussen 'tegenvaller' en schuld.⁷² Op dit moment zijn er initiatieven (onder andere in gesprekken tussen KNMG en IGZ) om artsen meer ruimte te geven gemaakte fouten toe te geven of te melden. Dit is eens te meer wenselijk nu uit onderzoek ook blijkt dat bij 90% van de klagers een eventuele financiële vergoeding niet het doel is.⁷³

Suggesties

Enkele tips voor acties die zorgverleners zouden kunnen overwegen, zijn:

- hoe dan ook zelf het initiatief nemen om een complicatie of fout met de cliënt te bespreken en dit snel na het gebeurde te doen;
- bij twijfel ruggespraak houden met een collega of leidinggevende (zo deze er is);
- zo nodig ruggespraak houden met de schadeverzekeraar, zonder daarbij de privacy van de cliënt te schaden;⁷⁴
- aan de cliënt/klager zo nodig uit te leggen waarom de zorgverlener wel informatie over feiten en eigen overwegingen kan geven, maar geen kwalificaties (en dus niet altijd een direct antwoord kan geven op vragen als: heeft u een fout gemaakt?);
- het gebeurde melden bij een geëigende instantie⁷⁵ en dit ook aan de cliënt laten weten;

68 Verschenen in 2003 bij de KNMG te Utrecht.

69 Zie o.a. brochure van MediRisk 'Omgaan met fouten en claims' en Van Dieten-Boot in MediRisk Magazine van oktober 2003. Zie ook artikel in Medisch Contact over 'blamefree' melden (Molendijk, Isala Klinieken Zwolle).

70 Zie o.a. NIVEL-onderzoek 2004, Sluijs EM e.a.

71 Zie ook de uitspraak van de Rechtbank Zwolle d.d. 6 november 2002 (rolnr. 71941 HA ZA 01-1367) waarin de rechter een schadeclaim toewijst vanwege de eigen uitlatingen van de arts, ongeacht de deskundigenrapporten waaruit niet blijkt dat sprake is van verwijtbaar handelen.

72 Zie voor een verdere uitleg van begrippen o.a. Van Vugt. Medische missers, fouten en complicaties in het beslisproces. In: Medisch Contact 2001, nr. 1.

73 Klaver L. De stille na een klacht. In: Mediator d.d. september 2004:26-7 (n.a.v. NIVEL-onderzoek, 2004).

74 Zie ook artikel van Van Dieten-Boot, 'Sorry seems to be the hardest word' (MediRisk Magazine, oktober 2003:3-5) met de daarin opgenomen aanwijzingen.

75 Denk bijvoorbeeld aan de melding van calamiteiten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

- bij – onvoorzien – overlijden altijd een gesprek voeren met de nabestaande(n). Dit zou snel na het gebeurde moeten plaatsvinden. Daarbij kan de zorgverlener aangeven dat hij ook later tot gesprek bereid is als men daaraan behoefte heeft;
- dit zo nodig bevestigen in een brief wanneer sprake is van een emotioneel beladen contact of wanneer de behandelaar door omstandigheden de nabestaanden niet meteen zelf heeft kunnen spreken.

Aanbeveling 2D

De zorgverlener betreft anderen bij het gesprek over de klacht als dit bevorderlijk is voor een goede afhandeling.

Basis

De ervaring leert dat de aanwezigheid van een ‘derde’ een goed verloop van het klachtgesprek kan bevorderen of een vastgelopen dialoog kan vlottrekken. Deze ‘derde’ kan de rol hebben van intermediair of van ondersteuner.

Toelichting

Het betrekken van een ‘derde’ is niet bedoeld ter versterking van de eigen stellingen, maar om meer openheid te bevorderen. Het is niet een zwakgebod, maar juist een teken van professioneel gedrag.

Wanneer binnen de relatie sprake is van emotionele onbalans (bijvoorbeeld omdat de cliënt zich bedreigd of de mindere voelt), is dit geen goede basis voor een klachtgesprek. Kan de cliënt een begeleider meenemen, dan voelt hij zich zekerder. Deze begeleider hoeft in het gesprek zelf geen erg actieve rol te hebben.

Naast de figuur van ondersteuner of vertrouwenspersoon is het ook mogelijk om een neutrale tussenpersoon (bemiddelaar) in te schakelen. Deze moet uiteraard het vertrouwen van zowel cliënt als zorgverlener hebben.

De zorgverlener stemt altijd tevoren met de cliënt af over de betrokkenheid van een ‘derde’; doet hij dit niet, dan wordt dit ondanks alle goede bedoelingen opgevat als ‘overval’ (zie ook de toelichting over plus- en min-posities in de inleiding van dit hoofdstuk).

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- de klager te vragen of hij het prettig vindt iemand mee te nemen naar het klachtgesprek. Dit kan een vertrouweling van de cliënt zijn, maar ook bijvoorbeeld de huisarts, een verpleegkundige of verzorgende (mits de cliënt in deze vertrouwen heeft), de cliënten- of patiëntenvertrouwenspersoon;

- voor te stellen om een bemiddelaar of klachtenfunctionaris (zo deze er is) bij het gesprek te betrekken. Daarbij kan zo nodig kort worden uitgelegd wat de functie is van deze en kan een afspraak worden geregeld tussen cliënt en klachtenfunctionaris voor kennismaking en voorbereiding. Zie verder *hoofdstuk 4* over bemiddeling.

Aanbeveling 2E

De zorgverlener c.q. de beroepsorganisatie van deze kent de mogelijkheden voor cliënten om elders klachten aan de orde te stellen. Zo nodig informeert hij de klager hierover.

Basis

Wanneer een klachtgesprek niet naar wens verloopt of wanneer de klager aangeeft dat hij op andere wijze werk wil maken van zijn onvrede, heeft de zorgverlener een eigen verantwoordelijkheid om de klager daarvoor de juiste weg te wijzen. Bovendien bevordert dit het aanzien van openheid en voorkomt de zorgverlener daarmee mogelijk escalatie.

Toelichting

De verantwoordelijkheid van de zorgverlener beperkt zich hier tot globale informatie en tot een adequate verwijzing naar het juiste adres. Van de zorgverlener kan niet worden verwacht dat hij alle ‘ins en outs’ van interne en externe klachtenprocedures kent. Daarom volstaat een verwijzing naar de eventueel via de beroepsorganisatie ingestelde instantie voor klachtenopvang of naar het IKG. De zorgverlener heeft wel de volle verantwoordelijkheid voor de wijze waarop hij andere klachtmogelijkheden noemt en verwijst. Hij doet dit op een niet-defensieve wijze en plaatst daarbij geen opmerkingen over het ‘gelijk’ van hemzelf of de klager.

Suggesties

Met betrekking tot informatieverstopping over de mogelijkheden voor een cliënt om zijn klacht aan de orde stellen, kan de zorgverlener overwegen om intern afspraken te maken over wie welke informatie en welk advies zal geven aan eventuele klagers. Daarbij kunnen ook afspraken worden gemaakt over verwijzing over en weer en wat zorgverlener en instantie voor klachtenopvang (klachtenfunctionaris, bemiddelaar, IKG en klachtencommissie) van elkaar kunnen en mogen verwachten op het punt van informatieverstopping aan klagers.⁷⁶

⁷⁶ Bijvoorbeeld: betreft de onvrede een andere zorgverlener, verwijst de zorgverlener de klager dan naar zijn collega of naar de klachtenfunctionaris? Wanneer en onder welke voorwaarden ‘rapporteert’ de klachtenfunctionaris de verwijzende zorgverlener wel/niet over zijn gesprek met de klager? Stuur de klachtenfunctionaris de klager direct door naar de zorgverlener of seint hij deze eerst in? Enzovoort.

Aanbeveling 2F

Wanneer de klager zijn klacht bij een klachteninstantie kenbaar maakt, geeft de aangeklaagde zorgverlener aan dat hij bereid is tot een gesprek. Hij draagt zorg voor een zakelijk verweer.

Basis

De ervaring leert dat een niet-defensieve reactie en actieve houding van de aangeklaagde bijdraagt aan deëscalatie en aan een informele oplossing van klachten. Dat geldt ook ingeval de klager zijn klacht niet rechtstreeks, maar via een ander kanaal aan de orde stelt.

Een zakelijk verweer, waaruit blijkt dat de aangeklaagde open staat voor bespreking en toetsing van zijn handelen, bevordert een snelle afhandeling van de zaak en voorkomt onnodige belasting van alle betrokkenen. Bovendien blijkt dat de tuchtrechter de opstelling van de aangeklaagde in de procedure betreft bij zijn oordeel en bij de bepaling van eventuele sancties.⁷⁷

Toelichting

Ongeacht een open houding en goede intenties van de zorgverlener gebeurt het dat klagers niet rechtstreeks, maar via een andere instantie (bijvoorbeeld een IKG, een vertrouwenspersoon of de klachtencommissie) hun klachten aan de orde stellen. Daar ligt bij de klager vaker een gevoel van onveiligheid of onzekerheid aan ten grondslag.⁷⁸ Een afstraffing door de aangeklaagde van deze indirecte uiting van de klacht (met verwijten, met kwalificaties van zijn eigen houding als open e.d.) werkt averechts.

Het is zeer voorstelbaar dat een zorgverlener zich gekwetst voelt door de indiening van een klacht. Mede daarom is het van belang dat hij daarvoor voldoende (emotionele) opvang krijgt. Dat neemt niet weg dat het uiten van deze gekwetstheid in de klachtenprocedure zelf niet-effectief of zelfs onprofessioneel kan zijn. De zorgverlener dient zijn eigen belang en dat van de klager wanneer hij aangeeft altijd bereid te zijn tot een gesprek, eventueel met inzet van een 'derde' zoals de klachtenfunctionaris.

Het verweer dat de aangeklaagde voert, voldoet aan de regels die ook gelden voor een effectief klachtgesprek.⁷⁹

Suggesties

Tips voor een actief en zakelijk verweer zijn:

- snel reageren, maar niet reageren vanuit de emotie;
- lukt dit niet: de zaak even laten rusten en elders afreageren (zie ook *aanbeveling 1P*);
- eventueel een gesprek aanbieden;

⁷⁷ Zie o.a. uitspraak van het CTC d.d. 10 september 2002 en uitspraak RTC Eindhoven d.d. 22 januari 2004.

⁸⁷ Zie ook beschrijving van dit proces van evalueren en indekking zoals beschreven door Verkruijsen (1993).

⁷⁹ Zie ook *Doppegieter (Medisch Contact van 22 juni 2001:981-3, Bonke (MC van 20 januari 1995:9-10), KNMG-brochure 'Arts en omgaan met fouten'; Van Berchum: Een kwestie van vertrouwen (Utrecht 2000).*

- zo nodig ondersteuning zoeken (emotioneel, informatief, inhoudelijk, procedureel);
- meewerken aan de klachtenprocedure (tijdig schriftelijk verweer, deelname aan bemiddeling, deelname aan hoorzitting);
- realiseren dat de klager altijd een afschrift van het verweer krijgt;
- binnen aangegeven termijnen reageren;
- niet verdedigen; niet bagatelliseren;
- niet te veel vaktermen gebruiken (of deze uitleggen);
- op elk klachtonderdeel reageren;
- bij het verweer duidelijk feiten, motieven en meningen onderscheiden;
- zich bij het verweer beperken tot de zaken die op dat moment aan de orde zijn gesteld;
- geen ‘trap na’ geven en niet psychologiseren;
- uiting geven aan medeleven en (als dat aan de orde is) excuses aanbieden.

Aanbeveling 2G

Bij klachten over anderen reageert de zorgverlener niet afwijzend of oordelend.⁸⁰ Hij adviseert de klager om zijn onvrede op de juiste plaats en/of bij de juiste persoon aan de orde te stellen. Zo nodig geeft hij de wegen hiervoor aan.

Basis

De zorgverlener bevordert zo dat de klacht (alsnog) rechtstreeks wordt geuit bij de zorgverlener waarover het gaat. Dit draagt doorgaans het meest bij aan een effectieve oplossing, met behoud van de eigen verantwoordelijkheid van elke zorgverlener voor – toelichting op – zijn handelen. Dit principe geldt ook als de zorgverlener zelf ‘klachten’ heeft over handelwijze of prestaties van andere zorgverleners. Een integere omgang met de cliënt en met collega-zorgverleners (beroepsgenoten of anderen) vereist dat de zorgverlener zijn eventuele kritiek rechtstreeks met de betrokkene bespreekt – niet indirect via de cliënt.

Toelichting

Wanneer een klager zijn klachten in eerste instantie elders bespreekt en de betrokken zorgverlener hier helemaal niet op ingaat, dreigt het gevaar van verwarring over de boodschap. De klager weet niet of de boodschap luidt: ik wil niet praten over klachten of ik wil dat het gesprek niet over het hoofd van de betrokkene zelf plaatsvindt. Deze onzekerheid kan het vertrouwen in een open klimaat rondom klachten aantasten. Cliënten krijgen dan het gevoel dat zorgverleners ‘elkaar toch maar de hand boven het hoofd houden’. De zorgverlener die te maken krijgt met een klacht over een ander, legt dus uit dat hij het belangrijk vindt dat de klacht op de juiste plaats wordt besproken.

⁸⁰ Het kader van een *second opinion* en de regels voor een professionele handelwijze daarbij blijven hier buiten beschouwing.

Suggesties

Als een zorgverlener een klacht ontvangt over andere zorgverleners, kan hij overwegen om:

- aan te geven dat het belangrijk is om dit rechtstreeks met de betrokkene te bespreken;
- wanneer de cliënt aangeeft dat hij dit moeilijk vindt, de cliënt te wijzen op de mogelijkheden van bijstand hierbij (eigen huisarts; klachtenfunctionaris, IKG, enzovoort);
- als de cliënt de mening vraagt over het werk van een collega, te zeggen dat hij eventueel wel een mening wil geven, maar dan niet achter de rug van de betreffende collega om;⁸¹
- als hij vindt dat een collega niet goed heeft gehandeld, dit niet via de cliënt aan de orde te stellen. In dat geval kan hij de cliënt zo nodig toestemming vragen om contact op te nemen met de betreffende collega om de eigen kritiek met deze te bespreken.⁸² De cliënt dient in elk geval te weten dat contact met de andere zorgverlener plaatsvindt.

De beroepsorganisatie kan overwegen om een gedragscode op te stellen voor de omgang van de leden met kritiek (van zichzelf en van cliënten) op beroepsgenoten en andere zorgverleners.

Aanbeveling 2H

Informatie over een klachtgesprek of -procedure wordt in principe niet in het cliëntendossier opgenomen.

Basis

Wanneer informatie over de klacht(afhandeling) in het cliëntendossier staat, kan dit tot aantasting van de privacy van de cliënt leiden. Het cliëntendossier bevat alleen die informatie die in het kader van de (kwaliteit en continuïteit) van de behandeling van het gezondheidsprobleem van belang is.

Toelichting

Het cliëntendossier mag worden ingezien door anderen die betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt. Gegevens over klachten en klachtenprocedures vallen buiten het kader van (het doel van) het dossier. De bekendheid bij anderen dat sprake is van een klachtenprocedure, kan het belang van de cliënt schaden. Deze heeft er immers recht op dat elke zorgverlener hem onbevooroordeeld tegemoet treedt.

De zorgverlener kan aantekeningen van een klachtgesprek of stukken van een klachtenprocedure bewaren in een apart klachtdossier; eventueel kan dit ook bij zijn werkaantekeningen. In bepaalde gevallen kan het (bijvoorbeeld voor een goed begrip van de emotionele situatie

⁸¹ Dit ervan uitgaande dat de zorgverlener terzake deskundig is. Is dat niet het geval, dan zegt hij duidelijk dat hij daarover niet kan oordelen, maar dat het wel belangrijk is om de klacht rechtstreeks met de betrokkene te bespreken.

⁸² Dit is aan de orde wanneer het bij de klacht een zorgverlener betreft die niet rechtstreeks betrokken is bij de behandeling van het gezondheidsprobleem waarvoor de cliënt op dat moment contact heeft.

van de cliënt en diens naasten) van belang zijn dat in het cliëntendossier ook informatie over de klacht is opgenomen. In dat geval bespreekt de zorgverlener de reden hiervoor met de cliënt en laat hij ook zien welke informatie hij noteert of opneemt in het dossier. Zo voorkomt de zorgverlener dat de cliënt zich overvallen en zich door de zorgverlener in een kwaad daglicht gesteld voelt.

Leidt de bespreking van een klacht tot afspraken over de verdere behandeling van het gezondheidsprobleem, dan horen deze uitspraken uiteraard wel thuis in het cliëntendossier. Echter, ook dan is het niet relevant te vermelden dat deze afspraken zijn gemaakt naar aanleiding van een klacht.

Suggesties

Met betrekking tot het bewaren van informatie over een klachtgesprek of -procedure kan worden overwogen om:

- informatie over klachten, claims en andere signalen van onvrede in een aparte map te bewaren. Zo staat ook meteen de informatie bij elkaar die in het kader van kwaliteitsverbetering op basis van klachten van belang is;
- wel zorg te dragen voor goede bewaring van deze map (vanwege de privacy van klagers en van de zorgverlener zelf).

Aanbeveling 21

In bepaalde gevallen verdient het aanbeveling dat de zorgverlener een klacht bespreekt met een collega of binnen een groep van collega's. De privacy van de klager wordt daarbij zoveel mogelijk beschermd.

Basis

De aangeklaagde heeft in de klachtenprocedure voor cliënten een eigen recht op bijstand en het recht om zich te kunnen verweren. Daarnaast kan bespreking van de klacht (met name de achterliggende gebeurtenis of handeling) van belang zijn in het kader van kwaliteitsbeleid. De zorgverlener is daarbij echter gehouden aan zijn geheimhoudingsplicht en respecteert de privacy van betrokkenen.

Toelichting

Wanneer de zorgverlener een klacht met anderen bespreekt, is dit in veel gevallen mogelijk zonder dat daarmee zijn geheimhoudingsplicht in het geding komt. De zorgverlener kan zijn aanpak van een (dreigende) klacht met een collega of beroepsgenoot, een eventueel bij de beroepsorganisatie werkzame functionaris of een andere ondersteuner bespreken zonder dat hij daarbij naam en toenaam van de cliënt of de klager noemt of zonder dat deze herkenbaar zijn. Dat geldt ook voor het beschikbaar stellen van dossiergegevens aan een deskundige, bijvoorbeeld zodat de zorgverlener bij twijfel over zijn eigen handelwijze feedback van een ander kan krijgen.

Wanneer de zorgverlener toch tot de persoon herleidbare informatie doorgeeft aan ‘derden’, schendt hij zijn geheimhoudingsplicht. Dat is alleen toegestaan wanneer sprake is van een zwaarder wegend belang.⁸³ Bovendien gelden daarbij bepaalde zorgvuldigheidseisen.⁸⁴

Suggesties

Het is te overwegen om het de cliënt altijd te laten weten wanneer men (buiten het kader van de directe behandeling of verzorging) tot zijn persoon herleidbare informatie wil bespreken met anderen. Daarbij kan de zorgverlener aangeven wie die anderen zijn en waarom hij dit doet. Het is raadzaam de cliënt expliciet om toestemming te vragen of na te gaan of de cliënt een machtiging hiertoe heeft gegeven.⁸⁵

Aanbeveling 2]

De zorgverlener heeft de wens om lering te trekken uit klachten en fouten. Hij onderneemt activiteiten die dit bevorderen.

Basis

Een kenmerk van professionaliteit is dat de zorgverlener bereid is om lering te trekken uit fouten en klachten, zich ook in dat opzicht toetsbaar opstelt en er zorg voor draagt dat de kwaliteit van zijn handelen als beroepsbeoefenaar voldoet.

Toelichting

De activiteiten naar aanleiding van klachten of fouten kunnen de kwaliteit van het vakinhoudelijk handelen betreffen, maar zeker ook de communicatieve vaardigheden, de vaardigheden in de omgang met klachten en kritiek, de kennis van patiënten- of cliëntenrechten (WGBO).

Suggesties

Mogelijke activiteiten gericht op het leren van klachten en fouten zijn:

- een communicatie-zelftest;⁸⁶

83 *Het belang van een ander (bijvoorbeeld een mogelijk mishandeld kind) en het algemeen belang (bijvoorbeeld in geval van een strafbaar feit of gevaar voor de volksgezondheid) gelden als zo'n zwaarder wegend belang maar ook de mogelijkheid van verweer (zie o.a. uitspraken van het CTC d.d. 14 november 1996, het RTC Eindhoven d.d. 15 juli 1991, het RTC Amsterdam van 13 juli 2001, de Hoge Raad d.d. 8 april 2003). Zie ook bespreking van dit thema in Katernenreeks uitspraken klachtrecht, nr. 2003-5/6:17-22.*

84 *Zie Leenen HJJ. Handboek Gezondheidsrecht, deel I. Houten, 2000:232-5.*

85 *De vereiste van een expliciete toestemming geldt bij informele klachtenprocedures en civielrechtelijke procedures (inclusief afhandeling schadeclaim via verzekeraar); deze geldt niet bij een procedure in het kader van tuchtrecht of strafrecht. Echter, bij al deze procedures blijven de zorgvuldigheidseisen zoals genoemd door Leenen van kracht.*

86 *MediRisk biedt deze bijvoorbeeld aan voor de via haar verzekerde zorgverleners.*

- anderen (die de zorgverlener bezig zien) vragen om feedback over de omgang met cliënten;
- eens in de drie jaar een communicatietraining volgen;
- het aspect van de omgang met (ontevreden) cliënten betrekken bij functioneringsgesprekken;
- bij herhaalde klachten de klachtenfunctionaris om advies wat betreft de omgang met klachten vragen;
- klachten (signalen van onvrede in brede zin) regelmatig bespreken in het teamoverleg; dit thema eventueel periodiek op de agenda zetten;
- in geval van vakinhoudelijke klachten (bijvoorbeeld in een intervisiegroep of met een inhoudelijk ondersteuner vanuit de beroepsorganisatie) nagaan op welke punten voor wie bijscholing gewenst is.

Zie verder ook *hoofdstuk 6*.

Hoofdstuk 3

Opvang

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 3* zijn dit:

Proeftuinen

- De Geestgronden
- Klachtenregeling Huisartsenzorg Haaglanden (doelstelling 1 en 2)
- Stichting Klachtopvang Huisartsenzorg Zuid-Nederland (doelstelling 1)
- Zaans Medisch Centrum (doelstelling 1)

Praktijkvoorbeelden

- ConForte
- HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg
- Stichting Zorgbeheer de Zellingen
- Zaans Medisch Centrum

Inleiding

Opvang⁸⁷ is in deze richtlijn gedefinieerd als de fase waarin de klager zijn klacht uit bij een andere persoon of instantie dan de aangeklaagde zelf. Hij is dan eventueel nog op zoek naar advies over hoe en waar hij zijn klacht het beste kan aankaarten.

Een klager kan zijn klacht op verschillende plaatsen indienen: bij een klachtencommissie maar ook bij de beroepsorganisatie, bij een IKG (Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg), een patiëntenservicebureau, een klachtenfunctionaris, vertrouwenspersoon of leidinggevende.

De essentie van (eerste) opvang is het actief luisteren naar de klager en zo nodig voor eerste emotionele opvang zorgdragen. In het kader van de klachtenopvang vindt vervolgens verkenning van motief en doel van de klager plaats. De klager ontvangt zo nodig informatie over de verschillende mogelijkheden om de klacht af te (doen) handelen. Eventueel wordt dit aangevuld met advies over en bijstand bij de verdere aanpak. Bijstand omvat bijvoorbeeld hulp bij het op schrift stellen van de klacht, begeleiding bij een gesprek of hoorzitting e.d.

⁸⁷ Opvang is daarmee een subfunctie van klachtenopvang; het heeft het karakter van een intake en/of emotionele opvang. Andere subfuncties van klachtenopvang zijn advies en bijstand. Zie ook de begrippenlijst in bijlage 4.

Voor zover degene die de (eerste) opvang verzorgt, niet zelf in staat is of gerechtigd is om informatie, advies en/of bijstand te geven, verwijst hij de klager naar een – andere – instantie voor klachtenopvang.

De aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn gericht op de (eerste) opvang zoals deze door of via de zorgaanbieder dan wel de beroepsorganisatie van deze plaatsvindt. De opvang bij externe instanties, zoals een IKG of een cliëntenorganisatie, blijft dus buiten beschouwing.

Opvang is deels een functie die elke klachteninstantie rondom het moment van indiening van de klacht, vervult. Het is gericht op het ‘uitnodigen tot klagen’, het geven van informatie en het verkennen van doelen en verwachtingen; eventueel vindt dan verwijzing plaats.

Opvang kan echter ook gebeuren door een instantie of functionaris die dit expliciet als taak heeft. Doorgaans is dan sprake van uitgebreidere werkzaamheden in de zin van informatie, advies en bijstand.

Bij deze vorm van opvang kan in de praktijk sprake zijn van verschillende uitgangsposities:

- De ‘opvanger’ stelt zich op als neutrale instantie; hij staat vooral tussen klager en aangeklaagde.
- De ‘opvanger’ stelt zich op als pleitbezorger en belangenbehartiger voor en met de betreffende klager; hij staat dus vooral naast en achter de klager. Dit type ‘opvanger’ werkt veelal onder de naam van cliëntenvertrouwenspersoon (CVP) of patiëntenvertrouwenspersoon (PVP). In de GGZ heeft de figuur van patiëntenvertrouwenspersoon zelfs een wettelijke basis gekregen. De inzet van een klachtenopvanger in de rol van CVP of PVP is vooral aan de orde in die sectoren en instellingen waar de cliënt in een zeer afhankelijke en kwetsbare positie verkeert.

Het is mogelijk dat eenzelfde functionaris optreedt als ‘partijdige’ opvanger en als neutrale tussenpersoon. Deze wijziging van rol – mede afhankelijk van de behoefte van de klager en de fase van afhandeling van de klacht – moet dan wel voor alle betrokkenen worden verhelderd. Voor beide typen ‘opvangers’ geldt overigens het belang van een onafhankelijke positionering ten opzichte van de zorgaanbieder, zorgverlener/aangeklaagde en beroepsorganisatie. Is deze onafhankelijkheid in het geding, dan verliest de ‘opvanger’ zijn geloofwaardigheid voor de klager en daarmee zijn mogelijkheid om effectief op te treden bij de afhandeling van klachten.

Bij vrijgevestigde zorgaanbieders zal doorgaans geen sprake zijn van een instantie voor klachtenopvang in de zin van een klachtenfunctionaris die verbonden is aan de eigen praktijk. Mogelijk is wel via de beroepsorganisatie voorzien in de mogelijkheid van klachtenopvang (informatie, advies en eventueel bijstand door iemand in de rol van klachtenfunctionaris) en/of bemiddeling. Soms vervult ook de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie deze functie van ‘eerste opvanger’.

Wanneer in het volgende wordt gesproken over ‘klachtenfunctionaris’, is hiermee de eventuele aan de beroepsorganisatie verbonden functionaris bedoeld die de eerste opvang en mogelijke verdere informatie, advies en bijstand voor klagers verzorgt.

Aanbeveling 3A

De zorgaanbieder (eventueel de beroepsorganisatie van zorgaanbieders) wijst een persoon of instantie aan met als expliciete taak de klachtenopvang in de zin van (eerste) opvang, hulp bij probleem-, vraag- en doelbepaling van de klager en verdere informatie, advies en bijstand.⁸⁸

Basis

Onderzoek en praktijkervaringen⁸⁹ wijzen uit dat klagers vaak niet weten waar ze terecht kunnen met hun klacht of welke van de hen bekende instanties zij het best kunnen aanspreken. Alle betrokkenen hebben er belang bij dat na het ontstaan van de klacht zo snel mogelijk een reactie, eventueel ook een oplossing volgt. Om die reden is het instellen van een ‘centraal aanspreekpunt’ bij klachten gewenst.⁹⁰

Toelichting

Met name bij instellingen fungeert de klachtenfunctionaris of cliëntenvertrouwenspersoon doorgaans als centraal aanspreekpunt voor klagers. Deze wordt daarin eventueel ondersteund door een meer permanent beschikbare instantie die als ‘front office’ voor een eerste opvang zorgdraagt. Denk bijvoorbeeld aan de receptie, een secretariaat of een intern patiëntenservicebureau. Het instellen van een centraal aanspreekpunt betekent overigens niet dat daarmee aan de klager een verplichte route kan worden opgelegd. Er is dus niet sprake van één, voor de klager verplicht loket. Een dergelijke verplichting is in strijd met de WKCZ-vereiste van het niet hanteren van uitsluitingsgronden.⁹¹ De klager kan zijn klacht op diverse plaatsen aan de orde stellen. De plaats waar de klager – in eerste instantie – zijn klacht inbrengt, kan door deze vrij willekeurig gekozen zijn. Vaak heeft de klager nog geen duidelijk beeld van de verschillende klachteninstanties en hun (on)mogelijkheden. Daarmee wordt het van belang dat elke bij de uitvoering van de klachtenregeling betrokken persoon of instantie tijdens het eerste contact met de klager ook voor (eerste) opvang zorgdraagt. Dit in de zin van het (kort) luisteren naar het verhaal van de klager, checken van doelen en verwachtingen, informatie over klachtmogelijkheden en zo nodig verwijzen (zie ook de inleiding bij dit hoofdstuk). Is een uitgebreidere

⁸⁸ Zie ook de begrippenlijst in bijlage 4.

⁸⁹ Zie diverse onderzoeken van het NIVEL (1997, 2002, 2004), Verkruijsen WG (1993) en Timmers MJM (1986 en 1987). Zie ook ervaringen in de proefruinen, met name huisartsenzorg Den Haag en ziekenhuis De Heel (MCZ) in bijlage 1.

⁹⁰ Sommigen pleiten voor een centraal aanspreekpunt dat het karakter heeft van een verplicht toegangloket tot de klachtenregeling. Concreet betekent dit dat ook de aan de klachtencommissie of de directie gerichte klachten in eerste instantie door dit ‘loket’ (doorgaans een klachtenfunctionaris) worden gescreend. Vanuit een oogpunt van efficiency heeft dit inderdaad de voorkeur. Echter, een dergelijke verplichte route is in strijd met de WKCZ (die geen uitsluitingsgronden kent). Het is ook in strijd met de geheimhoudingsplicht en het briefgeheim, voor zover brieven gericht aan de klachtencommissie door een ander worden geopend c.q. zonder medeweten en toestemming van de klager (en de aangeklaagde) aan een ander worden doorgegeven. Bovendien kan de indruk ontstaan van een gesloten systeem. Denk daarbij aan de klager die een klacht over de klachtenfunctionaris heeft en daarvoor de klachtencommissie aanspreekt. In sectoren waar de figuur van klachtenfunctionaris al veel meer bekend is en een eigen plaats heeft verworven, lopen de meeste klachten al via deze instantie en fungeert deze dus feitelijk (maar niet verplicht) als toegangloket.

⁹¹ Zie brief van de minister aan de Tweede Kamer d.d. 17 februari 2000. Zie ook Hielkema AW, e.a. 2003:23.

verkenning van het verhaal en de doelen van de klager, advies over de aanpak en ook bijstand nodig, dan ligt verwijzing naar de klachtenfunctionaris – als deze er is – of een IKG voor de hand. Overigens ontslaat de aanwezigheid van een dergelijke instantie zorgverleners en leidinggevendenden niet van de plicht om zelf open te blijven staan voor klachten en snel en adequaat hierop te reageren (zie *hoofdstuk 2*).

Suggesties

Te overwegen valt om:

- ruime bekendheid te geven aan de centrale instantie voor opvang, in combinatie met de oproep om bij klachten zo veel mogelijk de betrokken zorgverlener zelf of diens leidinggevende aan te spreken (zie ook *hoofdstuk 1*);
- te zorgen voor ‘permanente’ bereikbaarheid van de instantie voor klachtenopvang, door inzet van anderen die de eerste opvang van klagers kunnen verzorgen bij afwezigheid van de klachtenfunctionaris en door het formuleren en intern bekend maken van een ‘nood-procedure’ bij klachten waarop onmiddellijk actie nodig is;
- te bevorderen dat de interne verwijzers naar de klachtenfunctionaris (RPCP, IKG, cliëntenorganisaties, andere zorgverleners met wie men samenwerkt) een goed beeld hebben van de functie van deze en de wijze waarop deze te bereiken is.

Aanbeveling 3B

De (eerste) opvang door de diverse klachteninstanties gebeurt neutraal en is gericht op een adequate afhandeling van de klacht.

Basis

Degene die de klachtenopvang verzorgt, is niet bevoegd tot oordelen over de klacht. Een (impliciet) oordeel leidt er toe dat klager en/of aangeklaagde de klachtenopvang als partijdig ervaren. Dit staat een adequate afhandeling van de klacht in de weg.

Toelichting

Een adequate klachtenopvang veronderstelt een meer of minder uitgebreide verkenning van de klacht en de toedracht daarvan. Dit is nodig om na te kunnen gaan of/wat:

- de klacht inderdaad deze zorgaanbieder (of voor hem werkzame personen) betreft;
- de klager ook bevoegd is tot klagen (als cliënt of vertegenwoordiger, eventueel naaste van de patiënt);
- de inhoud van de klacht is en de daarbij betrokken zorgverleners;
- de urgentie van aanpak is;
- de voorgeschiedenis is c.q. wat al is ondernomen ter oplossing van de klacht;
- de doelen, verwachtingen en wensen van de klager zijn.

Op basis van deze verkenning kan de klachtenfunctionaris verdere informatie, advies en bijstand geven. De verkenning dient dus niet om te verhelderen wie er gelijk heeft. De klachtenfunctionaris (of ‘opvangster’) heeft bovendien niet als taak om zelf als voorlichter op te treden. Hij geeft geen toelichtingen op gezondheidsproblemen, behandelingen, regels binnen de organisatie e.d. – ook niet als daarmee bepaalde misverstanden snel uit de weg te helpen zijn. Uitleg over dergelijke zaken tast immers zijn neutraliteit aan; hij kan zo worden ervaren als ‘woordvoerder’ van de zorgaanbieder. Bovendien loopt hij het gevaar verantwoordelijkheden op zich te nemen die bij de zorgverlener zelf berusten. De klachtenfunctionaris stimuleert de klager wel om daadwerkelijk iets met de klacht te doen; dit zonder hem ‘gelijk’ te geven wat betreft de klacht zelf. Ook kan de klachtenfunctionaris de klager in algemene zin voorlichten over cliëntenrechten. Hij zegt daarbij dan niet of bij deze specifieke klacht deze rechten zijn geschonden. Dat zou immers een oordeel inhouden.

Suggesties

Voor de opvang kan overwogen worden om:

- bij afwezigheid van de klachtenfunctionaris, bij voorkeur te kiezen voor ‘eerste opvang’ door een persoon in plaats van een apparaat; dit is bevorderlijk voor een snelle en adequate afhandeling;
- duidelijke afspraken te maken over taakafbakening en overdracht tussen ‘eerste opvangster’ en andere aan de beroepsorganisatie verbonden klachteninstanties;
- bij eerste opvang altijd de urgentie van aanpak van de klacht c.q. de snelheid waarmee de volgende stap in de afhandeling nodig is, te checken; daarop kan de aanpak worden aangepast. Hierbij moet aan de klager duidelijkheid worden gegeven over het hoe en wanneer van de volgende stap;
- als verwijzing naar een andere instantie nodig is, na te gaan of een uitgebreide presentatie van de klacht nu gewenst is. Er moet worden afgewogen of het meerdere keren (moeten) vertellen van zijn verhaal voor de klager een extra belasting inhoudt of juist wenselijk is (bijvoorbeeld vanwege de behoefte aan stoom afblazen of spuien);
- in deze fase is in elk geval van belang om na te gaan of de klager gemachtigd is te klagen (bij vertegenwoordiging) en of de klacht het handelen of nalaten van de zorgaanbieder betreft.⁹² Er vindt een analyse van de klacht plaats (zonder beoordeling), de verschillende klachtonderdelen worden geïdentificeerd. Per klachtonderdeel moet duidelijk zijn:
 - van wie de klacht is (wiens belang het betreft);
 - over wie de klacht gaat;
 - waarover de klacht gaat (inhoud of onderwerp).

Voor zover het een klacht betreft die is ingediend door de vertegenwoordiger of een klacht die het belang van de vertegenwoordiger/naaste betreft, is nog nader te bepalen of de cliënt hierin is gekend en het eens is met de inhoud en de indiening van de klacht (zie ook *hoofdstuk 1, aanbeveling 1K*).

⁹² Denk bijvoorbeeld aan een klacht die zowel de verloskundige als de kraamhulp betreft. De klachtencommissie zal dan moeten bekijken of ze bevoegd is om beide klachten te behandelen dan wel deels moet verwijzen naar een andere klachtencommissie.

Aanbeveling 3C

Deze aanbeveling (sectorspecifiek voor gehandicaptenzorg en VVT) vervalt in de variant voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren.⁹³

Aanbeveling 3D

De klager ontvangt informatie over de verschillende mogelijkheden die hij heeft voor afhandeling van zijn klacht. De informatie betreft in elk geval werkwijze, gehanteerde termijnen en (on)mogelijkheden van de diverse klachteninstanties.

Basis

Open en zakelijke informatie over de verschillende klachtmogelijkheden versterkt het vertrouwen in de onpartijdigheid. Dit voorkomt escalatie. De klager moet informatie krijgen die hem een realistisch beeld geeft van wat hij van diverse klachteninstanties kan verwachten.⁹⁴

Toelichting

De klachtenfunctionaris moet bijvoorbeeld de vrijheid hebben om het hele scala van klachtmogelijkheden te noemen (waaronder de tuchtrechter of een schadeclaim), ook als dit ‘ongunstig’ is voor een zorgverlener of een beroepsgroep. Een eventueel advies om een advocaat in te schakelen moet intern niet worden gezien als ‘verraad’ of ‘opstoken’.

De schade is groter wanneer de klachtenfunctionaris de verdenking op zich laadt zaken achter te houden omdat hij professioneel belang voor cliëntenbelang laat gaan. Daarnaast is het van belang dat de informatie die de klachtenfunctionaris geeft, overeenkomt met de informatie die andere (klachten)instanties geven. Dit komt de overzichtelijkheid en de betrouwbaarheid van de klachtenregeling ten goede.

Suggesties

Ideeën om de informatie over de verschillende mogelijkheden van klachtenafhandeling over te brengen op de klager zijn:

- zorgen voor een combinatie van mondelinge en schriftelijke informatie over diverse klachtmogelijkheden. De informatie over klagen heeft vaak een procedureel karakter en is daarom voor veel mensen moeilijker te volgen. Een combinatie van leesbare schriftelijke informatie en een persoon die toelicht en vragen beantwoordt, is dan wenselijk;

⁹³ Om het kenmerk van elke aanbeveling in beide varianten van de Klachtenrichtlijn gelijk te houden – en daarmee de vergelijkbaarheid – is voor deze weergave gekozen.

⁹⁴ Zie onderzoeken NIVEL en evaluatie WKCZ. Zo is voor klagers lang niet altijd duidelijk hoe lang klachtenbehandeling duurt (en de redenen daarvoor), dat een klachtencommissie geen maatregelen kan nemen, dat de klachtenfunctionaris niet zelf beslist over het realiseren van een bepaalde oplossing, enzovoort. Onduidelijkheid over dit soort zaken leidt tot teleurstelling en wantrouwen.

- zorgen dat de klager voldoende tijd heeft om informatie te laten bezinken en een keuze te maken voor een bepaalde aanpak;
- bedenken dat de keuze van de klager bepalend is voor de verdere aanpak en niet wat de klachtenfunctionaris zelf verstandig lijkt.

Aanbeveling 3E

De bijstand in het kader van de klachtenopvang is gericht op het wegnemen van drempels voor een adequate afhandeling van de klacht, zonder aantasting van de eigen verantwoordelijkheid van de klager. De bijstand vindt plaats door een functionaris die niet op de eerste plaats als bemiddelaar optreedt of lid van de klachtencommissie is.

Basis

Een snelle en adequate afhandeling van de klacht vereist dat de klager met zo min mogelijk verschillende instanties of personen van doen heeft. Wanneer de klager naast een aanspreekpunt en informatie/advies ook bijstand nodig heeft, gebeurt dit dan ook bij voorkeur door één en dezelfde persoon. Deze bijstand moet echter verenigbaar blijven met andere aspecten van de functie. Zo is het niet wenselijk dat de klachtencommissie (lid, ambtelijk secretaris) bijstand verleent aan de klager; dit leidt tot een aantasting van het aanzien van onpartijdigheid. Een bemiddelaar doet er – om dezelfde reden – goed aan de eventueel door partijen gewenste bijstand via een ander te laten verlopen.

Toelichting

Bij de functie van klachtenopvang is neutraliteit een zeer wenselijk kenmerk. De rol als pleitbezorger of vertegenwoordiger van de klager staat daarmee op gespannen voet.⁹⁵ Dat neemt echter niet weg dat eventueel – extern – wel in deze rol moet zijn voorzien (zie inleiding bij dit hoofdstuk).

De klachtenfunctionaris in de zin van neutrale opvanger is niet de advocaat van de cliënt/klager, wel van het cliëntenbelang in algemene zin en in het bijzonder van het klachtrecht van de cliënt. Daarbij is uiteraard van belang dat de cliënt zelf de zeggenschap over de aanpak van de klacht houdt. In deze weegt de autonomie van de cliënt zelfs zwaarder dan het instellingsbelang of het kwaliteitsbelang.

De bijstand kan op verschillende manieren vorm krijgen: hulp bij het opstellen van de klachtbrief, verzamelen van antwoorden op vragen van de cliënt, samen voorbereiden van een gesprek tussen klager en zorgverlener, klager begeleiden bij een gesprek met de zorgverlener e.d.

⁹⁵ Zie ook Berchum K van. *Een kwestie van vertrouwen*. Utrecht, 1999.

De klachtenfunctionaris neemt echter de afhandeling van de klacht niet over. Hij treedt niet in gesprekken of procedures op als vertegenwoordiger of woordvoerder van de cliënt, hij tekent geen stukken namens de klager. Ook laat hij de klager volop de ruimte om zelf te beslissen over de wijze van afhandeling van de klacht.⁹⁶

Ingeval sprake is van een CVP (cliëntenvertrouwenspersoon) of PVP (patiëntenvertrouwenspersoon) kan deze juist wel als woordvoerder voor de cliënt optreden. Ook dan geldt uiteraard dat dit gebeurt met instemming van de cliënt.

Suggesties

Met betrekking tot bijstand in het kader van klachtenopvang, kan de betrokken functionaris overwegen om:

- de klager te vertellen dat hij nooit namens hem of buiten hem om beslissingen neemt over de (verdere) aanpak van een klacht;
- te zorgen dat, indien er sprake is van (hulp bij het opstellen van) een klachtbrief, deze is getekend door de cliënt zelf, tenzij deze daartoe absoluut niet in staat is.

Aanbeveling 3F

Bij de opvang wordt de klager uitgenodigd om zelf de aangeklaagde rechtstreeks aan te spreken. Dit gebeurt echter zonder druk uit te oefenen of de klager hiertoe te verplichten.

Basis

Bespreking van de klacht binnen de directe relatie cliënt – zorgverlener of klager – aangeklaagde en zo mogelijk zonder inzet van ‘derden’ biedt de beste basis voor een snelle oplossing en herstel van vertrouwen, zonder aantasting van de waardigheid van betrokkenen.

Toelichting

Uitgangspunt is dat de klachtenfunctionaris mensen zelf laat aanpakken wat zij ook zelf kunnen oplossen. De klachtenfunctionaris blijft bij voorkeur ‘uit beeld’. Dit mag echter niet verworden tot een eis van mondigheid die een drempel opwerpt voor realisering van het klachtrecht. Ook moeten, aan de kant van de betrokken zorgverlener, de voorwaarden en capaciteiten voor een adequate omgang met de klager aanwezig zijn. Is dit niet het geval, dan fungeert de klachtenfunctionaris in meerdere of mindere mate als buffer en tussenpersoon.

⁹⁶ In bepaalde sectoren kan dit wat anders liggen omdat de cliënt zelf verminderd in staat is om voor zijn belangen op te komen. In dat geval treedt de klachtenfunctionaris, cliënten- of patiëntenvertrouwenspersoon veel meer op als pleitbezorger voor de cliënt. Zie ook de rol van medewerkers vanuit de Stichting PVP die werkzaam zijn in de GGZ.

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- aangeklaagden te adviseren in een specifieke zaak over houding en handelwijze die de meeste garantie op een adequate afhandeling biedt;
- bij beide partijen navraag te doen over verloop en resultaat in geval van afhandeling van een klacht binnen de directe relatie klager-aangeklaagde. Met beiden kan worden besproken of nog eventuele vervolgstappen (in kader van verdere afhandeling klacht of van kwaliteitsverbetering naar aanleiding van de klacht) nodig zijn;
- aangeklaagden feedback te geven over hun optreden bij de afhandeling van een klacht, zonder daarbij hun eigen verantwoordelijkheid aan te tasten;
- bij kritiek op het optreden van de aangeklaagde deze altijd rechtstreeks aan te spreken en niet – bijvoorbeeld – via een collega of een leidinggevende;
- hierover binnen de beroepsorganisatie afspraken te maken zodat deze handelwijze en de onderscheiden verantwoordelijkheden van betrokkenen bij ieder bekend zijn (via protocol klachtenfunctionaris).

Aanbeveling 3G

De klager wordt zo nodig gewezen op de mogelijkheid van klachtenopvang buiten het kader van de zorgaanbieder of beroepsorganisatie.

Basis

De klager moet vertrouwen kunnen hebben in de informatie, het advies en de bijstand die hij bij de afhandeling van zijn klacht krijgt. Hij moet er zeker van zijn dat zijn belang daarmee gediend is. Dit voorkomt stagnatie of escalatie van de klachtenafhandeling.

De klachtenfunctionaris die via de zorgaanbieder werkzaam is, wordt mogelijk ervaren als onderdeel van de instelling of het systeem van de zorgaanbieder. Dit kan een adequate klachtenopvang in de weg staan.⁹⁷

Toelichting

Als de klachtenfunctionarissen rechtstreeks in dienst van de beroepsorganisatie is, kan deze hem als werkgever bepaalde voorschriften voor het optreden bij klachten opleggen, waarmee mogelijk ook de onafhankelijkheid en neutraliteit van de klachtenopvang in het geding komt. Denk bijvoorbeeld aan een eventuele verplichting voor de klachtenfunctionaris bij de aangeklaagde zorgaanbieder te melden dat de klager een schadeclaim overweegt, de Inspectie eventueel wil inschakelen of de publiciteit wil zoeken.

Een bron van mogelijke belangenverstrengeling is ook de combinatiefunctie: de klachtenfunctionaris heeft tevens een andere functie, bijvoorbeeld als bureaucoördinator, bestuurs-

⁹⁷ Zie ook de ervaringen met c.q. de aanleiding tot oprichting van Stichting PVP.

secretaris of stafmedewerker kwaliteit. Zijn dit soort situaties aan de orde of is bij de klager sprake van twijfel over de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris, dan kan deze de klager adviseren om contact op te nemen met een andere ondersteuner – zoals het IKG, iemand van de vakbond, van de zorgverzekeraar, een cliëntenorganisatie e.d.

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- een richtlijn of protocol voor de klachtenfunctionaris (en vertrouwenspersoon) op te stellen waarin onder meer staat hoe de professionele onafhankelijkheid van deze is geregeld en hoe (bij een combifunctie) wordt gehandeld in geval van tegenstrijdige belangen;
- afspraken met het IKG te maken over verwijzing van klagers; daarbij kan worden gezorgd voor een voorraadge folders over het IKG om mee te geven aan een klager;
- het aanbod van het IKG en het adres hiervan ook te noemen in de algemene klachtenbrochure.⁹⁸

⁹⁸ Zie voor relevante adressen ook de website www.klachtenopvangzorg.nl.

Hoofdstuk 4

Bemiddeling

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 4* zijn dit:

Proeftuinen

- Er zijn geen proeftuinen geweest die aanbevelingen uit dit hoofdstuk hebben getest.

Praktijkvoorbeelden

- Zaans Medisch Centrum

Inleiding

Bemiddeling is een functie binnen het geheel van de omgang met klachten waarbij een derde, onpartijdige persoon wordt ingezet. Deze spant zich in om een conflict of bestaande onvrede bij een klager jegens een zorgaanbieder tot een oplossing te brengen.

De bemiddelaar spreekt geen oordeel uit en is niet bevoegd om maatregelen jegens een van de betrokken partijen te nemen. Hij draagt ook geen verantwoordelijkheid voor de uitkomsten van de bemiddeling c.q. de oplossing van het conflict. Dit blijft de eigen verantwoordelijkheid van klager en aangeklaagde.

Bemiddeling is met name aangewezen als partijen streven naar herstel van het onderlinge vertrouwen, het oplossen van ongenoegen of het regelen van een probleem. Daarnaast is bemiddeling ook aan de orde wanneer de klager verheldering van zaken of een aanzet tot kwaliteitsverbetering wenst, de aangeklaagde bereid is daaraan mee te werken en zij dit willen doen onder begeleiding van een neutrale derde. In die zin gaat bemiddeling verder dan mediation.⁹⁹

Bemiddeling is niet wettelijk verplicht, maar wordt steeds meer en effectief toegepast bij de afhandeling van klachten. Uit onderzoek blijkt dat dit geldt voor 70-90% van de ingediende klachten.¹⁰⁰ Bemiddeling als alternatief voor klachtenbehandeling komt steeds meer in zwang

⁹⁹ Zie Brenninkmeijer AFM over Mediation. In: *Handboek Mediation*. Den Haag, 2003:1. Mediation is er met name op gericht om vanuit belangen tot een gezamenlijk gedragen en optimaal resultaat te komen. Dit n.a.v. een conflict en met inzet van een neutrale bemiddelingsdeskundige.

¹⁰⁰ Zie o.a. Dane A e.a. *Klachttopvang in de Nederlandse gezondheidszorg*. NIVEL, 2000.

en blijkt zijn vruchten af te werpen.¹⁰¹ Vanwege de toegankelijkheid, het informele karakter en de snelheid waarmee een klacht via bemiddeling is af te handelen, wordt deze vorm van klachtenafhandeling sterk aanbevolen.

Daarbij zij wel opgemerkt dat de klager zelf de route voor afhandeling van zijn klacht bepaalt; bemiddeling mag niet gelden als verplichte stap, voorafgaand aan een eventuele behandeling door de klachtencommissie.

Bemiddeling in de brede betekenis, zoals hiervoor geschetst, kan door verschillende personen en instanties worden gedaan. In de huidige praktijk van de zorgsector zijn steeds meer de klachtenfunctionaris of een apart hiervoor aangewezen klachtenbemiddelaar beschikbaar. Wat betreft de figuur van klachtenfunctionaris geldt dat deze daarbij soms de overstap maakt van ondersteuner/pleitbezorger van de ene partij (cliënt/klager) naar neutrale tussenpersoon.¹⁰² Dit stelt bijzondere eisen aan verheldering van de rol (zie ook *aanbeveling 4B en 4C*).

Daarnaast komt in de praktijk ook bemiddeling door een aan de beroepsorganisatie verbonden medewerker of door een lid van een klachtencommissie voor.¹⁰³ Bemiddeling door iemand die tevens in een andere functie werkzaam is voor de beroepsorganisatie (bijvoorbeeld bestuurssecretaris, juridisch adviseur voor leden), heeft niet de voorkeur omdat hierbij – het aanzien van – een onpartijdige opstelling moeilijker te waarborgen is.

Ook bemiddeling door een lid van de klachtencommissie heeft niet de voorkeur, omdat dit mogelijk leidt tot verwarring over de rol van klachtencommissie als beoordelaar. Een combinatie van de rol van bemiddelaar/klachtenfunctionaris en ambtelijk secretaris in één persoon is om diezelfde reden af te raden.

In het volgende zijn de aanbevelingen bij de bemiddelingsfunctie genoemd. Daarbij is in het midden gelaten welke functionaris, instantie of persoon als bemiddelaar optreedt.

Aanbeveling 4A

Degene die als bemiddelaar optreedt, is hiervoor gekwalificeerd.

¹⁰¹ In steeds meer sectoren wordt de mogelijkheid van bemiddeling geboden, naast de wettelijk verplichte klachtenbehandeling. Uit een jaaroverzicht van de SKHZN (Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland) blijkt dat de meeste uitgevoerde bemiddelingen tot succes leiden en dat dan geen formele behandeling van de klacht meer nodig is. Er is sprake van een omwenteling in de route van afhandeling: voorheen werd 80% van de klachten via de klachtencommissie afgehandeld, nu nog maar 20% (Hellevoort M. Klachtenmanagement 2004(2):17).

¹⁰² Zie o.a. de rol van de patiënten- of cliëntenvertrouwenspersoon in de geestelijke gezondheidszorg of de gehandicaptenzorg. In de ziekenhuissector kristalliseert de rol van de klachtenfunctionaris zich steeds meer uit als die van neutrale tussenpersoon.

¹⁰³ Doorgaans gaat het dan om sectoren waarin de klachtenregeling in eerste instantie sterker vanuit het WKCZ-kader is opgezet (en minder vanuit optiek van ondersteuning van de cliënt). Een factor is soms ook het aantal klachten: dit leent zich dan minder voor organisatie van de bemiddelingsfunctie vanuit een apart kader.

Basis

Een bemiddelaar moet zeer goed in staat zijn om zijn neutrale positie te bewaken. Dit vereist bijzondere kwalificaties. Hij heeft een hoge mate van inzicht in conflicten en processen tussen personen en beschikt over vaardigheden om hiermee om te gaan.

Toelichting

De voor een bemiddelaar vereiste kwalificaties betreffen zowel zijn persoonlijkheid en basishouding als theoretische kennis en vaardigheden.¹⁰⁴ Enkele kenmerkende aspecten daarvan zijn: evenwichtigheid en integriteit, afstandelijkheid en empathie, neutraliteit en onafhankelijkheid, verbindend, steunend, communicatievaardig, bekend met conflictleer, methoden van conflicthantering en onderhandelen, kunnen structureren, enzovoort.

Suggesties

Met betrekking tot de kwalificatie van de bemiddelaar kan worden overwogen om:

- de bemiddelaar een gerichte opleiding/training bemiddelingsvaardigheden aan te bieden of deze als voorwaarde te stellen;
- daarnaast te regelen dat de bemiddelaar, bijvoorbeeld via bijscholing of intervisie, kan reflecteren op zijn handelwijze.

Aanbeveling 4B

De bemiddelaar onderzoekt de mogelijkheid van bemiddeling en spreekt hiertoe met alle bij de klacht betrokken partijen. Hij besteedt daarbij bijzondere aandacht aan verheldering van zijn positie en rol als bemiddelaar. Bemiddeling vindt plaats als zowel klager als aangeklaagde hiervoor kiezen en de bemiddelaar het vertrouwen geniet van beide partijen.

Basis

Een gelijkwaardige positie van partijen in de bemiddeling en vertrouwen in de bemiddelaar zijn essentiële voorwaarden. Deze worden in de vakliteratuur over onderhandelen, conflicthantering en mediation uitdrukkelijk genoemd.

Toelichting

De bemiddelaar hoeft niet een inhoudsdeskundige te zijn (bijvoorbeeld een medicus) en is niet verantwoordelijk voor de uitkomst van de bemiddeling. Hij draagt wel verantwoordelijk-

¹⁰⁴ Zie ook Beroepsprofiel VKIG en Van Bruggen J, Schreuder-Tromp M. De mediator en zijn competenties. In: *Handboek Mediation*. Den Haag, 2003:77 e.v.

heid voor zijn eigen neutraliteit en onpartijdigheid. Het is ook zijn verantwoordelijkheid om te onderzoeken óf en onder welke voorwaarden bemiddeling in een specifieke zaak mogelijk is. Daarom is het van belang dat hij het verhaal hoort van elk van de betrokken partijen.

Een voorwaarde voor effectieve bemiddeling is dat beide partijen de bemiddelaar vertrouwen. Alleen dan kan hij als neutraal en integer worden gezien.

De bemiddelaar die zijn werk start als vertrouwenspersoon of klachtenfunctionaris en in dat kader eerst uitgebreid contact heeft met de klager, moet bijzondere aandacht besteden aan de acceptatie door de aangeklaagde. Deze moet niet het gevoel hebben dat hij al ‘op achterstand’ staat bij een eventuele bemiddeling.

Suggesties

De bemiddelaar kan overwegen om:

- na te gaan in hoeverre hij als ‘boodschapper van de klager’ overkomt, wanneer de start van het bemiddelingsproces het contact met de klager vanuit de functie van klachtenfunctionaris was. Daarom is het goed als bemiddelaar duidelijkheid te scheppen over wie de ‘eigenaar’ van de klacht is en de tijd te nemen om ook het verhaal van de aangeklaagde aan te horen;
- de klachten in een apart ‘document’ weer te geven (bijvoorbeeld de klachtbrief of een samenvatting van een telefonisch contact) en te voegen bij een begeleidend schrijven van de bemiddelaar zodat zijn neutrale tussenpositie wordt benadrukt;
- aan de klager uit te leggen dat de rol bij de klachtenopvang anders is dan bij de bemiddeling (adviseur en eventueel pleitbezorger versus tussenpersoon);
- aan de aangeklaagde uit te leggen dat de rol tijdens de bemiddeling anders is dan – bijvoorbeeld – tijdens een collegiaal contact;
- bij beide partijen expliciet na te vragen wanneer zij vertrouwen kunnen hebben in functie als bemiddelaar;
- uitdrukkelijk bij beide partij te vragen wat hun doelen en verwachtingen van de bemiddeling zijn en na te gaan of deze inderdaad verenigbaar zijn met het karakter van bemiddeling.¹⁰⁵

Aanbeveling 4C

Bemiddeling kan in diverse modaliteiten plaatsvinden. De bemiddelaar informeert beide partijen over de doelen, de mogelijke procedures, de termijnen, de wijze waarop partijen met elkaar communiceren en over zijn eigen positie en handelwijze.

Basis

Bij de inrichting van de bemiddeling is de bemiddelaar flexibel. De vorm is aangepast aan het moment, de mogelijkheden, de vereiste snelheid van handelen, enzovoort. Ongeacht deze

¹⁰⁵ Als de klager bijvoorbeeld verwacht dat in het gesprek wel duidelijk zal worden dat de aangeklaagde ‘fout zat’ en de klachtenfunctionaris dan maatregelen zal nemen, is sprake van verwachtingen die niet passen bij bemiddeling.

flexibele invulling dient de bemiddelaar altijd duidelijk te zijn over het waarom, hoe, wie, wat en wanneer en zijn eigen rol daarin. Zo blijft zijn handelen voor beide partijen transparant en behoudt hij het vertrouwen. Dit vertrouwen is de basis voor een effectief optreden als bemiddelaar.¹⁰⁶

Toelichting

In de zorgsector, waar de klachtenfunctionaris vaak tevens optreedt als bemiddelaar, is een meer formele ‘mediation-achtige’ inrichting van de bemiddeling met gesprekken niet altijd nodig en nuttig. Deze vergt doorgaans nogal wat voorbereidingstijd, terwijl soms een snelle en directe regeling van conflicten noodzakelijk of mogelijk is. Denk bijvoorbeeld aan het snel regelen dat alsnog een afspraak kan doorgaan, uitleg wordt gegeven, bij een hooglopende ruzie op de afdeling ter plekke wordt ingegrepen. De bemiddelaar neemt dan rechtstreeks contact op met de aangeklaagde en overlegt met deze of en hoe een oplossing mogelijk is. Eventueel start de bemiddelaar ter plekke het bemiddelingsgesprek met beide partijen zonder een uitgebreide exploratie van het verhaal van de aangeklaagde.

In dit soort situaties is de ‘nazorg’ ten opzichte van de aangeklaagde van groot belang om verstoring van de balans te voorkomen. Immers, ook bij dit soort ‘snelle oplossingen’ is het van belang dat de aangeklaagde de bemiddelaar als neutrale tussenpersoon blijft zien. Alle betrokkenen (dus ook de aangeklaagde) moeten als het ware de situatie weer kunnen herdefiniëren vanuit het gezamenlijke belang.¹⁰⁷

Het omgekeerde geldt overigens ook als de bemiddelaar niet door de klager, maar door de betrokken zorgverlener wordt ‘ingeroepen’. Ook dan moet de bemiddelaar verhelderen dat hij niet de ‘boodschappenjongen’ van de zorgverlener is. Hij maakt duidelijk wat zijn rol is; daarbij benadrukt hij dat hij alleen als bemiddelaar kan optreden als beide kanten voldoende vertrouwen hebben in zijn neutraliteit.

De bemiddelaar hoeft niet altijd direct en lieflijk betrokken te blijven bij het contact tussen klager en aangeklaagde. Soms volstaat het dat de bemiddelaar het probleem onder de aandacht van de andere partij brengt. Wanneer beide partijen het er over eens zijn dat sprake is van een probleem dat oplossing verdient, is de dialoog hersteld en hoeft de bemiddelaar niet betrokken te blijven bij het gesprek tussen klager en aangeklaagde zorgverlener over realisering van de oplossing. De bemiddelaar trekt zich dan terug, maar informeert naderhand wel bij beide partijen of de zaak naar tevredenheid van beiden is geregeld. Laat de bemiddelaar deze afsluitende stap na, dan kan dit worden opgevat als ‘in de steek laten’ of partij kiezen voor een van beiden.

Suggesties

Met betrekking tot informatieverschaffing aan de klager en aangeklaagde kan de bemiddelaar – zeker wanneer hij eerder optrad als klachtenfunctionaris – overwegen om:

¹⁰⁶ Zie o.a. Bonenkamp HJ. *Het mediationproces*. In: *Handboek Mediation*. Den Haag, 2003:109 e.v. (hoofdstuk 6).

¹⁰⁷ Denk daarbij aan belangen als: goede kwaliteit van zorg leveren, klantvriendelijk zijn, cliëntenrechten respecteren e.d.

- bij elk contact met klager, aangeklaagde of hen beiden duidelijk te zijn over de status en bedoeling van dit contact, de van hen gevraagde bijdrage, de eigen positie, het vervolg;
- medewerkers in algemene zin voor te lichten over de rol als bemiddelaar zodat zij in een concrete zaak en in de fase van afhandeling waarin deze zich bevindt, beter kunnen plaatsen wat de bemiddelaar doet en ook weten hoe deze omgaat met de vereiste van neutraliteit en onpartijdigheid;
- te zorgen voor informatie op schrift over de bemiddeling en het bemiddelingsgesprek en deze aan beide partijen mee te geven;
- het besef van de gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid in positie te bevorderen door partijen dezelfde stukken te sturen (bijvoorbeeld: partijen ontvangen dezelfde brief met bevestiging van het bemiddelingsgesprek en de daarover in de voorbereidende gesprekken met elk van hen gemaakte afspraken);
- te overwegen of bemiddeling ook is in te zetten bij de afhandeling van schadeclaims om zo een snellere en minder kostbare afwikkeling te bevorderen.¹⁰⁸

Aanbeveling 4D

De bemiddelaar heeft een geheimhoudingsplicht ten aanzien van hetgeen hem uit hoofde van zijn functie bekend is geworden.

Basis

Deze geheimhoudingsplicht vloeit voort uit de algemene verplichtingen van de beroepsuitoefening en is onder meer vastgelegd in het beroepsprofiel klachtenfunctionaris en de richtlijnen voor de mediator vanuit het NMI.¹⁰⁹

Toelichting

Een van de vereisten bij bemiddeling is vertrouwelijkheid.¹¹⁰ Dat geldt voor de bij de bemiddeling betrokken partijen, maar zeker ook voor de bemiddelaar zelf. Doorbreking van zijn geheimhoudingsplicht betekent een aantasting van de vertrouwensbasis die het fundament vormt voor het kunnen optreden als bemiddelaar.

Overigens zijn partijen gehouden aan vertrouwelijkheid over hetgeen tijdens de bemiddeling aan de orde komt, maar niet over de uitkomsten van de bemiddeling. De bemiddelaar echter blijft hoe dan ook gehouden aan zijn geheimhoudingsplicht. Hij kan alleen na toestemming van alle betrokkenen tot de persoon herleidbare informatie doorgeven aan een andere (klachten)instantie of persoon.

¹⁰⁸ De Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken gaat dit op een aantal terreinen al toepassen. Zie ook de roep om een 'no fault compensatiesysteem', o.a. in het Kwaliteitsmanifest van de KNMG en in het blad *Medische Aansprakelijkheid* van januari 2004:4-7.

¹⁰⁹ Zie VKIG beroepsprofiel (juni 2002) en de Gedragsregels Mediator van het NMI (Nederlands Mediation Instituut).

¹¹⁰ Zie ook de zogenoemde 5 V's bij bemiddeling (de spelregels waar beide partijen mee moeten instemmen): *Verplichte inspanning, Vrijwilligheid, Vertrouwelijkheid, Vrijblijvend tot Vaststelling, Voorlopig staakt het vuren.*

Suggesties

Met betrekking tot de geheimhoudingsplicht is van belang om:

- zich als bemiddelaar aan de geheimhoudingsplicht te houden, ook wanneer bemiddeling plaatsvindt bij een klacht die in eerste instantie via de klachtencommissie is ingediend. De klachtencommissie heeft geen recht op informatie over de inhoud van deze bemiddeling, wel over afsluiting van de bemiddelingsfase.¹¹¹ Voor zover de bemiddelaar rapporteert over de bemiddeling, doet hij dit met toestemming van de betrokken partijen. Hierover maakt de bemiddelaar duidelijke afspraken; hij legt deze ook vast in een informatieblad of een protocol voor bemiddeling;
- geen uitgebreid verslag van een bemiddelingsgesprek op te stellen, maar het te beperken tot een samenvatting van aanleiding en resultaat (bijvoorbeeld de tussen partijen gemaakte afspraken over voortzetting van de zorg). Alleen dit document kan worden opgestuurd aan de betrokken partijen. Het is vervolgens aan hen om te bepalen of zij dit document elders gebruiken;
- als bemiddelaar niet de verantwoordelijkheid voor een uitgebreid verslag op zich te nemen. Als tijdens de bemiddeling veel uitleg is gegeven en een partij behoefte heeft aan een schriftelijke weergave, dan is het aan de andere partij om dit te verzorgen (bijvoorbeeld schriftelijk antwoord van de arts op allerlei vragen over de behandeling) en toe te sturen.

Aanbeveling 4E

De bemiddelaar neemt niet deel aan procedures ter beoordeling van klachten en is niet op enige wijze bij deze beoordeling betrokken.

Basis

Kenmerkend voor de bemiddelaar is dat deze zelf geen oordeel uitspreekt. Dit staat immers op gespannen voet met zijn rol als neutrale tussenpersoon. Om verwarring hierover te voorkomen is het wenselijk dat de bemiddelaar niet wordt geassocieerd met een beoordelende instantie.

Toelichting

Soms treedt een lid van de klachtencommissie op als bemiddelaar. Ondanks procedurele maatregelen (zoals de afspraak dat dit lid niet deelneemt aan een eventuele behandeling van de zaak) dreigt het gevaar van onduidelijkheid hierover. Dit tast het vertrouwen aan in de neutraliteit van de bemiddelaar, maar ook in de onbevooroordeelde behandeling van de klacht door de klachtencommissie. Zo mag de bereidheid tot deelname aan een bemiddelingspoging of de opstelling van partijen tijdens de bemiddeling niet mee gaan wegen in de beeldvorming over de aangeklaagde en in de oordeelsvorming van de klachtencommissie over de klacht.¹¹²

¹¹¹ De klachtencommissie kan na dit bericht van afsluiting zelf bij de klager informeren of deze voortzetting van de behandeling wenst.

¹¹² In het tuchtrecht kan dit anders liggen. Uit jurisprudentie van o.a. het CTC blijkt dat de tuchtrechter de opstelling van de aangeklaagde bij de afhandeling van de klacht meeweegt bij zijn besluit over maatregelen. Het tuchtrecht heeft echter een ander doel dan het klachtrecht conform de WKCZ.

Een voorbeeld: wanneer de klachtenfunctionaris staat genoemd als adviseur van de klachtencommissie (laat staan als lid van deze commissie), dreigt het gevaar dat hij in zijn rol als bemiddelaar toch wordt geassocieerd met de beoordeling door de klachtencommissie.

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- als bemiddelaar en klachtencommissie wel samen te werken bij de verbetering van de klachtenprocedures als geheel en bij het kwaliteitsbeleid, maar de afhandeling van klachten strikt gescheiden te houden;
- bij elke vorm van samenwerking en afstemming steeds te bewaken of deze een aantasting kan betekenen voor goede uitoefening van de eigen kernfunctie en met name het vertrouwen van betrokken partijen daarin.

Hoofdstuk 5

Behandeling

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 5* zijn dit:

Proeftuinen

- Er zijn geen proeftuinen geweest die aanbevelingen uit dit hoofdstuk hebben getest.

Praktijkvoorbeelden

- Klachtencommissie voor GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Dijk en Duin en GGZ-centrum Westfriesland
- KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

Inleiding

Klachtenbehandeling betreft het onderzoek door een klachtencommissie leidend tot een oordeel en eventuele aanbevelingen zoals dat in de WKCZ is geregeld. De klachtenbehandeling zoals geregeld in de Wet BOPZ of de Wet op de Jeugdzorg, blijft hier grotendeels buiten beschouwing. De wettelijk geregelde vereisten zijn in dit hoofdstuk over klachtenbehandeling, mede op basis van de evaluatie van de WKCZ, aangevuld tot een geheel van aanbevelingen die er toe bijdragen dat de klachtenbehandeling onafhankelijk, zorgvuldig en zonder onnodige formalisering kan plaatsvinden.

Bij de klachtenbehandeling hebben zowel de klachtencommissie als de zorgaanbieder zelf alsmede de beroepsorganisatie die voor haar leden de klachtenregeling instelt, bepaalde taken en verantwoordelijkheden. De aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn dan ook op deze ‘instanties’ gericht.

Aanbeveling 5A

De klachtencommissie verricht haar werkzaamheden volgens een door de zorgaanbieder c.q. de beroepsorganisatie van deze in overleg met de klachtencommissie op te stellen reglement.

In het reglement wordt in ieder geval het volgende vastgelegd:

- samenstelling van de commissie, kwalificaties en zittingstermijn van commissieleden;
 - verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de commissie, de zorgaanbieder en de beroepsorganisatie;
 - procedures en termijnen met betrekking tot klachtenbehandeling en oordeelsvorming.
-

Basis

De WKCZ legt aan de zorgaanbieder de verplichting op van een klachtenregeling (artikel 2 lid 2) die voorziet in behandeling van klachten van cliënten door een klachtencommissie (artikel 2 lid 2 sub a). De zorgaanbieder dient er op toe te zien dat deze klachtencommissie haar werkzaamheden verricht volgens een door de commissie op te stellen reglement (artikel 2 lid 3). Bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren zijn deze verplichtingen van de zorgaanbieder veelal via de beroepsorganisatie (landelijk of regionaal) geregeld.

In de WKCZ zijn verder eisen opgenomen wat betreft de samenstelling van de commissie en het vastleggen van termijnen bij de behandeling van een klacht. De overige in de bovenstaande aanbeveling opgenomen punten zijn niet expliciet in de WKCZ genoemd. Deze dienen om onafhankelijkheid, deskundigheid, zorgvuldigheid en transparantie bij de behandeling van klachten te waarborgen.

Toelichting

In de praktijk is het doorgaans de beroepsorganisatie die in samenspraak met onder meer de klachtencommissie het klachtenreglement opstelt. De klachtencommissie legt vervolgens haar interne werkwijze die (binnen het kader van het klachtenreglement) onder haar eigen bevoegdheid valt, vast in een huishoudelijk reglement.¹¹³

In het klachtenreglement moeten ten minste de in de aanbeveling genoemde thema's zijn geregeld. In het volgende zijn bij enkele van deze thema's nadere aanbevelingen gegeven.

¹¹³ Dit bevat bijvoorbeeld de afspraken over taken en bevoegdheden van de ambtelijk secretaris, aansturing van deze, wijze van verspreiding van stukken, termijnen binnen de klachtenprocedure, enzovoort.

Suggesties

Ter informatie/verspreiding kan worden overwogen om:

- voor klager en aangeklaagde kernpunten uit het klachtenreglement in een goed leesbaar informatieblad te vervatten. Dit kan dan bij de start van de procedure aan elk van hen worden gestuurd. Daarin kan worden aangegeven dat men desgewenst het volledige klachtenreglement kan inzien of men een kopie kan krijgen;
- dit soort documenten ook op intranet en op de website van de instelling of beroepsorganisatie te zetten.

Aanbeveling 5B

De klachtencommissie bestaat uit minimaal drie leden, waaronder een voorzitter die niet voor de bij de klachtenregeling aangesloten zorgaanbieders of beroepsorganisatie werkzaam is (geweest). De klachtencommissie voorziet zo nodig in de continuïteit door benoeming van plaatsvervangende leden. Het verdient aanbeveling om bij de samenstelling van de commissie het cliëntenperspectief tot zijn recht te laten komen.

Basis

De WKCZ (artikel 2 lid 2 sub a) stelt de minimale omvang van drie leden, waaronder een voorzitter die niet werkzaam is (geweest) voor de zorgaanbieder, verplicht. De samenstelling en omvang moet ook zodanig zijn dat de deskundigheid en continuïteit van de klachtenbehandeling voldoende is gegarandeerd, ook ingeval sprake is van wraking of verschoning van leden.¹¹⁴ De aanwezigheid van leden die het cliëntenperspectief ‘vertegenwoordigen’, is niet wettelijk vereist, maar versterkt wel het aanzien van onpartijdigheid. De uitkomsten van onderzoek laten zien dat dit gewenst is.¹¹⁵

Toelichting

De eis van drie leden en een externe voorzitter (‘die niet voor of bij de zorgaanbieder werkzaam is’) geeft een minimale garantie van onafhankelijkheid. Deze garantie is echter op vele wijzen nog verder in te vullen. Zo kiezen steeds meer klachtencommissies voor een voorzitter die geen inhoudsdeskundige is, maar een jurist of organisatiedeskundige om daarmee de schijn van partijdigheid bij de beoordeling van beroepsgenoten te voorkomen.

Bij een commissie van drie leden – en zeker wanneer slechts één van deze extern lid is en de overigen praktiserend beroepsbeoefenaar – komt de continuïteit eerder in gevaar.¹¹⁶ Bovendien

¹¹⁴ Zie ook evaluatie WKCZ (Friele RD e.a., 1999:19).

¹¹⁵ Zie evaluatie WKCZ (Friele RD e.a., 1999); onderzoek naar onvrede met de klachtbehandeling fase 1 (Sluijs EM e.a., 2002); onderzoek Stichting PVP (PVP krant nr. 2003/4).

¹¹⁶ Denk bijvoorbeeld aan een commissie die bestaat uit een extern voorzitter en voor de rest interne leden, waaronder tevens enkele leidinggevend. Bij indiening van een complexe klacht waarbij meerdere zorgverleners zijn betrokken, bestaat de kans al gauw dat de interne leden moeten terugtreden. Als dan ook nog niet is voorzien in plaatsvervangende leden, komt de continuïteit van de klachtenbehandeling in het geding.

kan, afhankelijk van de variatie in type klachten c.q. daarbij betrokken aangeklaagden, de basis van voor de behandeling gewenste deskundigheid te smal worden. Om die reden is vaak ook sprake van plaatsvervangende leden. Er zijn echter ook commissies die kiezen voor een breed samengestelde klachtencommissie, met meerdere leden die eenzelfde deskundigheidsgebied hebben. Eventueel stellen zij uit de brede commissie dan een op de inhoud van de zaak afgestemde onderzoekscommissie of ‘kamer’ samen.

Suggesties

Met betrekking tot de samenstelling van de klachtencommissie kan overwogen worden om:

- bij het aanzoeken van (nieuwe) leden voor de klachtencommissie ook te letten op mogelijkheden om het draagvlak voor c.q. de acceptatie van de klachtencommissie als beoordelende instantie te versterken. Een voordracht van leden vanuit belanghebbende geledingen (RPCP of NPCF, ledenvergadering of kwaliteitscommissie) is een middel daartoe;¹¹⁷
- bij dergelijke voordrachten altijd te werken op basis van een profiel waarin de vereiste kwaliteiten van het lid zijn vastgelegd;
- te zorgen voor een gemengd samengestelde commissie met ten minste een gelijke verdeling van leden op titel van cliëntenperspectief en professioneel perspectief.¹¹⁸

Aanbeveling 5C

De aanbeveling met dit nummer vervalt in de variant voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren omdat deze op hen niet van toepassing is.

Aanbeveling 5D

De klachtencommissie is verantwoordelijk voor een onpartijdige klachtenbehandeling. De klachtencommissie beschikt over voldoende deskundigheid om een zaak zorgvuldig te kunnen onderzoeken en beoordelen.

Basis

Deze aanbeveling vloeit voort uit de vereisten van onafhankelijkheid, objectiviteit en zorgvuldigheid. Dit zijn algemeen voor beoordelende instanties van toepassing zijnde vereisten (conform de beginselen van behoorlijke procesorde).

¹¹⁷ Deze leden hebben uiteraard wel zitting op persoonlijke titel, dus zonder last en ruggespraak.

¹¹⁸ Dit is meer in overeenstemming met Europese richtlijnen voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting. Het blijkt ook een belangrijk aspect bij de mate waarin klagers vertrouwen hebben in de procedure en tevreden zijn over deze (NIVEL-onderzoeken, 1999 en 2002, Sluijs ME e.a., 2004). In de nieuwere ontwikkelingen rond het klachtrecht van cliënten (Wet op de Jeugdzorg) is een klachtencommissie vereist die geheel uit externe leden bestaat.

Toelichting

De commissie wordt weliswaar ingesteld door de zorgaanbieders/beroepsorganisatie, maar dient onafhankelijk van deze en onafhankelijk van belangen van betrokkenen te kunnen werken. De vereiste zorgvuldigheid houdt ook in dat de klachtencommissie haar oordeel baseert op duidelijke normen en behoorlijk onderzoek.¹¹⁹ Voor een goede inrichting van het onderzoek, afweging van meningen en feiten bij de oordeelsvorming zijn bepaalde deskundigheden van groot belang. Het betreft inhoudelijke deskundigheid (in samenhang met de inhoud van de klacht), maar ook procedureel-juridische deskundigheid.

Wat betreft de inhoudelijke deskundigheid dient de samenstelling van de commissie een afspiegeling te zijn van de belangrijkste typen beroepsbeoefenaren, eventueel ook de belangrijkste categorieën van klachten. Voor de meeste zorginstellingen betekent dit dat ten minste de medische en verpleegkundige deskundigheid in de klachtencommissie is vertegenwoordigd. Wanneer sprake is van een gezamenlijke behandeling van klachten over zorgverleners die strikt genomen onder verschillende klachtenregelingen vallen (zie *hoofdstuk 1, aanbeveling 1B*), wordt de samenstelling van de klachtencommissie tijdelijk zo aangepast dat is voorzien in de voor het onderzoek en de beoordeling noodzakelijke deskundigheid.

Wat betreft de procedureel-juridische deskundigheid is van belang dat inbreng van deze niet leidt tot formalisering en ook de vaardigheidsaspecten de aandacht krijgen. In het bijzonder geldt dat voor de vaardigheid van de commissie bij het houden van een (gezamenlijke) hoorzitting (zie ook *aanbeveling 5J*).

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- bij elk klachtonderdeel van een zaak – naast aspecten zoals ontvankelijkheid en bevoegdheid – ook te checken welke deskundigheid nodig is voor onderzoek en beoordeling;
- te denken aan de mogelijkheid om bij beroeps- en vakorganisaties of bij de IGZ in algemene zin informatie te verkrijgen over richtlijnen en normen die bij een bepaalde klacht van toepassing zijn;
- voor zover deze niet voorhanden zijn, de beroeps- of vakorganisaties te verzoeken de ontwikkeling van deze ‘op hun agenda’ te zetten;
- de klachtencommissie te trainen in het houden van een (gezamenlijke) hoorzitting waarbij expliciet wordt gelet op behoud van de onpartijdigheid in verbaal en non-verbaal gedrag.

Aanbeveling 5E

De klachtencommissie raadpleegt een extern deskundige wanneer zij van mening is dat zij niet over voldoende expertise beschikt om een gedegen oordeel over de klacht te geven.

¹¹⁹ Zo wordt in het recente NIVEL-onderzoek (Sluijs e.a., 2004) een eigen onderzoek door de klachtencommissie aanbevolen.

Basis

De klachtencommissie is gehouden aan gedegen motivering van haar oordeel. Dit veronderstelt een bepaalde – vaak vakinhoudelijke – deskundigheid, in samenhang met de inhoud van de klacht. Voor de beoordeling van bepaalde klachten is eventueel een meer dan globale of zeer specifieke deskundigheid vereist. De klachtencommissie moet zich dan inspannen om deze deskundigheid alsnog te verwerven. De klachtencommissie mag zich eventueel beperken tot een globaal oordeel,¹²⁰ maar doet er goed aan zich eerst in te spannen om alsnog (extern) de nodige deskundigheid te verwerven.

Toelichting

Voor zover de commissie intern niet beschikt over de voor behandeling van een specifieke klacht benodigde deskundigheid, kan zij die ook verwerven door de inzet van deskundigen.

Er zijn twee typen deskundigen te onderscheiden:

- personen die de klachtencommissie in algemene zin voorlichten over het betreffende deskundigheidsgebied;
- personen die informatie over de klacht krijgen en wier deskundige mening expliciet wordt betrokken bij de oordeelsvorming.

Bij het betrekken van deskundigen is eveneens zorgvuldigheid vereist: de onafhankelijkheid van de oordeelsvorming (en het aanzien van onafhankelijkheid) moet(en) gewaarborgd blijven. Dit kan bijvoorbeeld door partijen het recht van bezwaar te geven.¹²¹

De extern deskundige werkt onder verantwoordelijkheid van de klachtencommissie. Deze is de opdrachtgever. De commissie behoudt haar eigen verantwoordelijkheid voor het in de uitspraak vervatte oordeel.

Suggesties

Met betrekking tot het raadplegen van extern deskundigen kan worden overwogen om:

- een ‘pool’ van inhoudelijk deskundigen te maken die in te zetten zijn als extern deskundigen;
- een protocol op te stellen voor de inzet van extern deskundigen;
- met de beroepsorganisatie afspraken te maken over een jaarbudget voor de inzet van extern deskundigen;
- als dit budget niet toereikend is en de commissie dus op basis van beperkte deskundigheid moet oordelen, dit dan expliciet in de uitspraak te vermelden. Zo roept de commissie niet de verdenking van partijdigheid over zich af;

¹²⁰ Zie uitspraak kantonrechter Rotterdam d.d. 8 oktober 1997.

¹²¹ Zie voor een verdere uitwerking van de procedure bij inschakeling van een extern deskundige: Timmers MJM. In: *Handboek Cliëntenparticipatie*. Houten, 1999.

- bij zeer complexe zaken de klager eventueel te wijzen op de mogelijkheid de klacht bij een meer daartoe uitgeruste instantie (met name tuchtrechter) te laten beoordelen. Dit zou op een zodanige wijze moeten gebeuren dat daarmee niet het aanzien van onpartijdigheid van de commissie in het geding komt. De klager moet goed worden voorgelicht over zijn positie als klager bij een dergelijke andere instantie.¹²²

Aanbeveling 5F

Een persoon op wiens gedraging de klacht betrekking heeft, neemt niet als lid of deskundige deel aan de behandeling van de klacht. Wanneer een lid van de commissie geen onpartijdig oordeel kan geven, neemt hij niet deel aan de klachtenbehandeling van de betreffende zaak (verschoning).¹²³

Basis

Dit vereiste is vastgelegd in de WKCZ, artikel 2 lid 2 c. De reikwijdte van het begrip ‘rechtstreeks betrekking hebbend op’ is op grond van een tuchtrechtelijke uitspraak uit te breiden tot een persoon die verantwoordelijkheid draagt voor of leiding geeft aan de aangeklaagde.¹²⁴

Toelichting

De in de aanbeveling genoemde vereisten hebben als doel de onafhankelijkheid en objectiviteit te waarborgen. De commissie als geheel en elk lid voor zich moet nagaan of dit voldoende het geval is. Een lid kan en moet zich verschonen (zich onthouden van deelname aan de behandeling van een bepaalde klacht) als hij denkt onvoldoende objectief en onbevooroordeeld te zijn ten opzichte van de klager, de aangeklaagde of eventueel de klacht zelf.¹²⁵

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- naast de eigen objectiviteit ook af te wegen of in de ogen van partijen de leden voldoende als objectief en onpartijdig zijn. Zo kan het bekend zijn met klager of aangeklaagde in de privé-sfeer een reden zijn om zich als lid van de klachtencommissie te verschonen;

¹²² Zo moet het voor de klager duidelijk zijn dat het tuchtrecht conform de Wet BIG een andere doelstelling heeft dan het klachtrecht conform de WKCZ. Datzelfde geldt ook bij melding van de klacht aan de IGZ.

¹²³ Niet te verwarren met het verschoningsrecht, in de zin van het recht om niet te spreken voor de rechter, zoals dat geldt bij bepaalde groepen en ambten. Zie ook: Hielkema e.a., 2003:83.

¹²⁴ Zie uitspraak CTC d.d. 25 januari 2001; besproken in nummer 2001/5:7-10, Katernenreeks uitspraken klachtrecht.

¹²⁵ Denk bijvoorbeeld aan een commissielid dat recentelijk door een medische fout een kind heeft verloren en nu in een klacht met een soortgelijke situatie te maken heeft. Of een commissielid is zelf recentelijk aangeklaagde geweest bij een vergelijkbare klacht. Het commissielid moet dan afwegen of hij voldoende distantie tot de zaak heeft.

- te bevorderen dat ook de andere commissieleden voldoende objectief en onbevooroordeeld kunnen deelnemen aan de behandeling van een zaak. Zo is bijvoorbeeld een uitgebreide toelichting van de reden waarom een lid onvoldoende objectief kan zijn, niet wenselijk. Ook past het niet dat een lid uitgebreid vertelt over de ervaringen met een klager of aangeklaagde in ander verband.

Aanbeveling 5G

Zowel de klager als aangeklaagde worden binnen een duidelijk vastgestelde termijn geïnformeerd over de samenstelling van de klachtencommissie (namen en functies). Zij kunnen gemotiveerd bezwaar maken tegen deelname van bepaalde personen aan de behandeling van de klacht (wrakingsrecht).

Basis

Het wrakingsrecht dient ter bevordering van het vertrouwen in een onafhankelijke en onpartijdige beoordeling. Daarmee wordt mede vorm gegeven aan de voorwaarden voor een behoorlijk ‘proces’.

Toelichting

Wraking en verschoning zijn elkaars pendanten. Bij wraking gaat het om het recht van partijen om bezwaar in te brengen tegen deelname van een bepaalde persoon¹²⁶ aan de behandeling van een zaak. Dit recht komt zowel klager als aangeklaagde toe; binnen de procedure is immers sprake van gelijkwaardigheid van partijen.

De beoordelende instantie beslist over eventuele honorering van het bezwaar. In dat geval moet het gewraakte lid zich terugtrekken bij de behandeling van de zaak. Ook wat betreft het plaatsvervangende lid of een lid dat tussentijds wordt toegevoegd, hebben beide partijen een recht van wraking.

Om het wrakingsrecht te kunnen uitoefenen, moet de klachtencommissie partijen vóór het begin van de feitelijke behandeling van de zaak laten weten wie er in de commissie zitten. Omdat het wrakingsrecht gaat over personen, moeten de leden van de klachtencommissie ook met naam en achtergrond aan partijen bekend worden gemaakt. Een algemene omschrijving (bijvoorbeeld: lid op voordracht van de algemene ledenvergadering) volstaat dus niet.

¹²⁶ Het recht van wraking betreft dus niet de samenstelling van de commissie. Als een partij bijvoorbeeld vindt dat de samenstelling van de commissie (de daarin aanwezige kwaliteiten of hoedanigheden) onvoldoende is, moet hij zich daarvoor tot de zorgaanbieder wenden.

Suggesties

Er kan worden overwogen om:

- het recht van wraking op te nemen in het klachtenreglement en het ook te noemen in de schriftelijke informatie aan partijen. Dit versterkt het vertrouwen in de oordeelsvorming van de commissie;
- in het huishoudelijk reglement van de klachtencommissie eventuele nadere regels op te nemen voor de beslissing over een verzoek tot wraking;
- eventuele bezwaren van leden van de klachtencommissie tegen bekendmaking van hun naam en functie aan partijen (bijvoorbeeld omdat zij bang zijn voor repercussies) expliciet te bespreken. Daarbij kan worden uitgelegd dat het bekendmaken van namen verplicht is; tevens kan men dan bespreken hoe om te gaan met gevoelens en situaties van onveiligheid voor de leden van de klachtencommissie.

Aanbeveling 5H

Bij de start van de behandeling is duidelijkheid over de onderscheiden klacht-onderdelen, de verwachtingen van de klager en diens motief en doel bij de indiening van de klacht van groot belang. De (secretaris van de) klachtencommissie bevordert deze duidelijkheid of verwijst klager hiervoor naar de klachtenfunctionaris.

Basis

De praktijk leert dat veel klagers die de klachtencommissie aanspreken, niet op de hoogte zijn van andere mogelijkheden voor afhandeling van de klacht. Ook zijn zij niet altijd even duidelijk in wat zij willen bereiken en welke klachten ze precies voorleggen. Het is van belang dat de wijze van afhandeling van de klacht zo veel mogelijk aansluit bij de doelen en wensen van de klager. Dit biedt de meeste kans op ‘genoegdoening’. Als de klachtencommissie de zaak in behandeling neemt, moet duidelijk zijn wat de te beoordelen klachten zijn.

Toelichting

Wanneer een klager het gevoel heeft dat hij geen gehoor vindt of kan vinden bij de aangeklaagde zelf, is hij geneigd om het ‘hogerop’ te zoeken. Hij spreekt daarvoor een formele instantie aan, zoals de klachtencommissie. Vaak is hem dan nog niet bekend dat deze ‘slechts’ een oordeel kan uitspreken. De ‘schuldvraag’ is daarmee beantwoord, maar een oplossing van het achterliggende probleem is niet bereikt. De inzet van een klachtenfunctionaris of bemiddelaar leidt eerder tot een oplossing en het vinden van gehoor; dit op een snellere, minder formele en belastende wijze.¹²⁷

¹²⁷ Zie o.a. Sluijjs EM, e.a. *Onvrede met de klachtenbehandeling: fase 1. Utrecht: NIVEL, 2002.*

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- duidelijk aan te geven dat de klager, ook als hij een andere route van afhandeling kiest, altijd het recht behoudt om de klacht alsnog door de klachtencommissie te laten behandelen;
- wanneer uitgebreidere verheldering van doelen, verwachtingen en klachtonderdelen nodig is, dit zo mogelijk met inzet van de klachtenfunctionaris te laten doen. Dit voorkomt een te intensieve band tussen klager en secretaris c.q. klachtencommissie, waarmee het aanzien van onpartijdigheid in het geding kan komen. Dit geldt bij uitstek ook als de klager behoefte heeft aan emotionele steun;
- op basis van de klachtbrief en na afstemming met de klager, schriftelijk te bevestigen welke klachtonderdelen de commissie in behandeling gaat nemen. Zo voorkomt de klachtencommissie misverstanden over wat de klager nu precies wil laten onderzoeken en op welke punten een reactie van de aangeklaagde wordt gevraagd.

Aanbeveling 51

Zowel klager als aangeklaagde(n) krijgen bij de klachtenbehandeling de mogelijkheid hun standpunten in te brengen en relevante informatie aan te dragen. Beide partijen wordt medegedeeld dat de (schriftelijke) informatie die zij inbrengen, ook aan de andere partij wordt verstrekt.

Basis

Het recht van beide partijen om standpunten en informatie in te brengen in de procedure en kennis te kunnen nemen van elkaars standpunt zijn aspecten van het principe van 'hoor en wederhoor'. Dit is kenmerkend voor een zorgvuldige procesgang en deels vastgelegd in de WKCZ, artikel 2 lid 2 e.

Toelichting

Het principe van hoor en wederhoor omvat de volgende aspecten of rechten van beide partijen:

- de gelegenheid om het eigen standpunt in te brengen;
- de gelegenheid om kennis te nemen van het standpunt van de andere partij en daarop te reageren;
- de gelegenheid om kennis te nemen van de stukken waar de klachtencommissie haar oordeel op baseert.¹²⁸

Wanneer de klachtencommissie zorgt dat de procedure hieraan voldoet en dus schriftelijke stukken van de ene partij aan de andere partij 'doorgeeft', moet dit tevoren aan hen bekend zijn. Elke partij blijft echter zelf verantwoordelijk voor inhoud en toonzetting van deze stukken.

¹²⁸ Zie ook omschrijving vanuit Europese richtlijnen voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting (Aanbeveling van de Commissie inzake buitengerechtelijke procedures voor de regeling van consumentengeschillen. 30 maart 1998, kenmerk (98/257/EG).

Wanneer een partij een stuk of bepaalde informatie vertrouwelijk bij de klachtencommissie wil inbrengen (in de zin dat de andere partij dit niet mag weten), kan de klachtencommissie niet aan deze wens voldoen.

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- het principe van hoor en wederhoor, de wijze waarop de klachtencommissie met ingebrachte informatie omgaat en de spelregels daarbij (rechten, plichten en eigen verantwoordelijkheden), uit te leggen in een informatieblad. Elke partij ontvangt dit bij aanvang van de procedure;
- daarbij aan te geven dat de (ambtelijk) secretaris¹²⁹ aanspreekbaar is voor verdere uitleg hierover. Het betreft immers procedurele regels die voor veel mensen niet zonder meer begrijpelijk zijn;
- in het klachtenreglement, in lidmaatschapseisen of verenigingsregels eventueel aanvullende regels op te nemen over de medewerking van zorgaanbieders, zorgverleners dan wel aangeklaagden aan de klachtenbehandeling en het gevolg geven aan verzoeken van de klachtencommissie.¹³⁰

Aanbeveling 5J

Mondeling hoor en wederhoor heeft de voorkeur boven schriftelijk hoor en wederhoor. Partijen worden daarbij bij voorkeur in elkaars aanwezigheid gehoord, tenzij de klachtencommissie goede redenen heeft om dit niet wenselijk te achten of de klager daartegen bezwaar heeft.

Basis

De WKCZ stelt dat mondeling of schriftelijk horen mogelijk is (artikel 2 lid 2 e), maar schrijft niet expliciet voor dat een bepaalde vorm de voorkeur heeft. Bovendien legt de WKCZ niet de plicht tot het geven van een toelichting op.¹³¹ Uit onderzoek blijkt echter dat partijen zich meer gehoord voelen wanneer zij de kans krijgen om mondeling hun verhaal te doen.

¹²⁹ De ambtelijk secretaris ondersteunt de klachtencommissie, maar is hier geen lid van. De secretaris is wel lid van de commissie. De secretaris is voor klagers en aangeklaagden vaak het gezicht en aanspreekpunt van de commissie. Het optreden van de secretaris mag niet leiden tot aantasting van het aanzien van onafhankelijkheid en onpartijdigheid. Mede om die reden heeft de constructie van ambtelijk secretaris de voorkeur.

¹³⁰ Deze aanvullende regels betreffen bij voorkeur ook de medewerking aan andere vormen van klachtenafhandeling zoals beschreven in hoofdstuk 2, 3 en 4.

¹³¹ In de WKCZ staat dat de partijen door de klachtencommissie 'in de gelegenheid worden gesteld om... een toelichting te geven.'

Toelichting

De klachtencommissie bepaalt in eerste instantie of voor het onderzoek mondeling of schriftelijk horen de voorkeur heeft. Zij mag volstaan met het schriftelijk horen van partijen, waarbij uiteraard wel hoor en wederhoor moet kunnen plaatsvinden. De commissie bepaalt ook de wenselijkheid van het gezamenlijk of apart horen van partijen. Kijkend naar de WKCZ kan de deelname aan een (gezamenlijke) hoorzitting niet verplicht worden gesteld.¹³² Anderzijds mag van zorgverleners worden verwacht dat zij bereid zijn openlijk verantwoording af te leggen over hun handelen. Vanuit deze vereiste mag de zorgverlener dus niet weigeren om een toelichting te geven naar aanleiding van een klacht. De aangeklaagde heeft dan ook niet het recht om deelname aan een gezamenlijke hoorzitting te weigeren, tenzij daar heel zwaarwegende gronden voor bestaan (bijvoorbeeld bedreiging door de klager; zeer zware emotionele belasting). De klager heeft wel het recht om een mondeling horen (al dan niet in aanwezigheid van de aangeklaagde) te weigeren. Partijen kunnen ook zelf aan de klachtencommissie laten weten dat zij graag mondeling willen worden gehoord. De commissie is niet verplicht om deze wens te honoreren; het is echter vaak wel raadzaam om dit te doen.¹³³

Het voordeel van het horen van partijen in elkaars aanwezigheid is – naast het gevoel echt gehoord te zijn – dat de klachtencommissie snel ter plekke standpunten en weergaven van gebeurtenissen aan elkaar kan toetsen en tevens het vereiste van wederhoor zo gemakkelijker te realiseren is. Dit komt de kwaliteit en de snelheid van het onderzoek ten goede. Voorwaarde is wel dat de klachtencommissie voldoende is toegerust om een dergelijke gezamenlijke hoorzitting uit te voeren. Contra-indicaties voor het gezamenlijk horen van partijen zijn met name: een zeer emotionele, een agressieve of defensieve houding van één of beide partijen die weinig ruimte biedt voor het (kunnen) aanhoren van elkaars standpunten.

Een partij die deelname aan een mondelinge hoorzitting afwijst, verspeelt daarmee niet zijn recht op het inbrengen van zijn standpunt en op het kennismaken van het standpunt van de andere partij. De klachtencommissie moet hem daartoe in de gelegenheid stellen, door het opsturen van een verslag van de hoorzitting waarop de afwezige partij vervolgens weer kan reageren.

Suggesties

Met betrekking tot hoor en wederhoor kan overwogen worden om:

- partijen duidelijk, schriftelijk en mondeling, voor te lichten over de voordelen en spelregels bij een hoorzitting (informatieblad);
- een wens tot mondeling horen te honoreren, ook als dit voor het onderzoek en de oordeelsvorming naar verwachting niet nodig is;

¹³² Van de andere kant is juist het mondeling horen van partijen in elkaars aanwezigheid zeer wenselijk (zie ook evaluatie WKCZ). De zorgaanbieder kan overwegen om in het klachtenreglement (eventueel in de arbeidsovereenkomst) de medewerking van aangeklaagden aan een hoorzitting verplicht te stellen. De commissie moet dan wel open blijven staan voor zwaarwegende redenen om hiervan af te zien.

¹³³ Dit past ook bij een meer vraaggerichte klachtenbehandeling zoals de NIVEL-onderzoekers (2004) aanbevelen op basis van hun onderzoek naar de wensen en verwachtingen van klagers.

- aan een hoorzitting bij voorkeur eerst een schriftelijke ronde vooraf te laten gaan (klachtbrief en schriftelijk verweer); partijen kunnen zich dan beter voorbereiden op hun inbreng tijdens de hoorzitting;
- als klachtencommissie bij een hoorzitting duidelijk te zijn over de intentie om partijen tot elkaar te brengen (bemiddelings- versus beoordelingsfunctie). Is er sprake van toenadering tussen partijen en lijkt er ruimte voor bemiddeling, dan legt de klachtencommissie dit als mogelijkheid aan beide partijen voor. De behandeling wordt dan opgeschort totdat de bemiddeling (door een andere instantie) heeft plaatsgevonden. Daarna informeert de klachtencommissie bij klager of deze de behandeling wil voortzetten dan wel zijn klacht (gedeeltelijk) wil intrekken;
- na te gaan of bepaalde belemmeringen (bijvoorbeeld doofheid, mate van bekendheid met de Nederlandse taal) effectief mondeling hoor en wederhoor in de weg kunnen staan en maatregelen te treffen om deze belemmeringen op te heffen (bijvoorbeeld door inschakeling van een tolk).

Aanbeveling 5K

De klachtencommissie biedt klager en aangeklaagde tijdens de klachtenbehandeling inzage in en afschrift van stukken waarop zij haar oordeel (mede) zal baseren.

Basis

Dit is een aspect van hoor en wederhoor (zie *aanbeveling 5I*). Voor partijen moet duidelijk zijn waar de klachtencommissie haar oordeel op baseert. Dit veronderstelt dat partijen ook bekend (kunnen) zijn met de stukken of de informatie waarop de klachtencommissie haar oordeel baseert.

Toelichting

Het kan hier gaan om verschillende typen stukken: getuigenverklaringen, deskundigenrapporten, vakliteratuur, protocollen en richtlijnen, jurisprudentie, relevante delen van het cliëntendossier e.d.

De klachtencommissie stelt partijen op de hoogte van haar gebruik van dergelijke stukken. Zij doet dit tijdens het onderzoek – dus niet door een vermelding in de uitspraak zelf.

Strikt genomen hebben partijen alleen het recht om op elkaars standpunten te reageren; ze hebben dus geen recht van reactie op een getuigenverklaring of een deskundigenrapport. Niettemin is het voor een afgewogen oordeel en de acceptatie daarvan wenselijk wanneer de klachtencommissie partijen uitnodigt om ook op dit soort stukken hun reactie te geven.

Een afweging daarbij is wel dat dit niet tot onwenselijke vertraging van de procedure leidt.

Het is wenselijk dat partijen ook kunnen beschikken over een kopie van de bedoelde stukken, maar zij kunnen dit niet afdwingen. Eventueel – bijvoorbeeld vanwege de kosten – kan de klachtencommissie volstaan met de mogelijkheid van inzage.

Partijen kunnen zelf ook stukken inbrengen in de procedure of de commissie verzoeken om bepaalde getuigen of deskundigen te horen. De commissie beslist hierover. Als deze beslissing

positief is, wordt ook de andere partij daarvan op de hoogte gesteld en krijgt deze eveneens de beschikking over deze stukken.

Suggesties

Met betrekking tot inzage in en afschrift van stukken waarop de klachtencommissie haar oordeel (mede) zal baseren, kan worden overwogen om partijen bij de start van de behandeling duidelijke informatie te geven over dit soort aspecten. Dit zou dan schriftelijk moeten gebeuren zodat zij lopende de procedure dit nog weer kunnen nalezen.

Aanbeveling 5L

De klachtencommissie ziet het cliëntendossier alleen in als en voor zover dit ter beoordeling van de klacht noodzakelijk is. De commissie stelt de klager (cliënt) expliciet op de hoogte van het gebruik van het dossier of vraagt de klager (cliënt) hiervoor om een gerichte machtiging.

Basis

Bij gebruikmaking van informatie uit het cliëntendossier is sprake van doorbreking van de geheimhoudingsplicht. Dit is conform de WGBO alleen met toestemming van de cliënt zelf¹³⁴ mogelijk.

Toelichting

Als ‘het geheim van de cliënt’ in het geding is, moet de behandelaar de uiterste zorgvuldigheid betrachten.¹³⁵ Dit heeft gevolgen voor de wijze waarop ook de klachtencommissie hiermee omgaat. De commissie heeft altijd de toestemming van de cliënt nodig; het verzoek om inzage in of afschrift van het dossier moet niet verder gaan dan voor het onderzoek strikt noodzakelijk is. Daarom moet de klachtencommissie de klager altijd informeren over een eventuele inzage en regelt ze hiervoor bij voorkeur een gerichte (specifiek omschreven) machtiging van de cliënt.¹³⁶ Ingeval sprake is van een overleden cliënt, gelden bijzondere regels, samenhangend met het ‘inzagerecht’ van nabestaanden. Deze zijn hier niet nader uitgewerkt.

¹³⁴ *Allerlei specifieke regels over de geheimhoudingsplicht c.q. inzage in het dossier en de positie van anderen dan de cliënt zelf (nabestaanden, vertegenwoordigers, naasten) zijn hier buiten beschouwing gelaten.*

¹³⁵ *De behandelaar/zorgverlener heeft ook na overlijden van de cliënt de plicht om diens ‘geheim’ te waarborgen. Om die reden moet de behandelaar dus ook gekend worden bij een eventuele inzage in het dossier van een overledene. Uiteraard is het mogelijk dat de behandelaar die tevens aangeklaagde is, hier een dubbel belang heeft en inzage weigert. In dat geval is toetsing van deze weigering via de rechter mogelijk.*

¹³⁶ *Klachtencommissies gaan ook wel uit van een veronderstelde toestemming: de cliënt dient een klacht in en kan dan weten dat voor de beoordeling eventueel ook het dossier moet worden ingezien. Hier wordt dan dus parallel geredeneerd aan de veronderstelde toestemming tot inzage door een andere behandelaar in het kader van de behandeling (WGBO). Echter, de WGBO heeft geen betrekking op de klachtenbehandeling; de praktijk leert dat klagers zich niet altijd realiseren dat de klachtencommissie bij haar onderzoek het dossier wil inzien. Om die redenen heeft een gerichte machtiging van de cliënt aan de klachtencommissie de voorkeur.*

Suggesties

Met betrekking tot het cliëntendossier, is te overwegen om, indien duidelijk is dat het dossier wordt gebruikt in het kader van het onderzoek, het mogelijk is en zelfs wenselijk om meteen al de cliënt zelf een kopie daarvan beschikbaar te stellen. Deze kan dan zonder extra moeite desgewenst anderen raadplegen over hetgeen in het dossier is vastgelegd. Verstrekking van deze kopie kan zonder verdere kosten plaatsvinden (voor zover het gaat om een kopie van het deel dat ook de klachtencommissie inziet). Deze handelwijze versterkt het vertrouwen van de klager in een open en toegankelijke behandeling van de klacht.

De behandelaar kan, na toestemming van de cliënt, inzage in of kopie van het dossier niet afwijzen, maar moet wel in de gelegenheid zijn de eventuele privacy van ‘derden’ – over wie mogelijk gegevens in het dossier zijn opgenomen – te waarborgen. Hij moet dus kunnen aangeven (en motiveren) of bepaalde delen van het dossier niet beschikbaar zijn.

Aanbeveling 5M

Bij de oordeelsvorming streeft de klachtencommissie naar consensus. In geval van blijvende verdeeldheid over de gegrondheid van de klacht zal stemming uitsluitend moeten geven. Bij het staken van de stemmen is de stem van de voorzitter doorslaggevend.

Basis

De klachtencommissie moet (per klachtonderdeel) een oordeel geven (WKCZ artikel 2 lid 2 c). Het oordeel ‘onbeslist’ is niet mogelijk omdat dit geen oordeel is; de klachtencommissie kan zich ook niet onthouden van een oordeel.¹³⁷ Mede om die reden zijn duidelijke regels over de besluitvorming over het oordeel gewenst.

Toelichting

Naarmate de klachtencommissie erin slaagt om duidelijke normen of toetsingskaders voor haar oordeel aan te geven, is de kans op consensus (en een goede motivering van het oordeel) groter. In geval van verschil van inzicht kan de klachtencommissie de zaak ook nog eens door een extern deskundige laten bekijken. Biedt ook dit geen uitkomst, dan moet de commissie besluiten bij meerderheid van stemmen; zo nodig moet de stem van de voorzitter de doorslag geven. De voorzitter kan daarbij eventueel besluiten om de mening van de ter zake van de klacht inhoudelijk deskundige(n) zwaarder te laten wegen.

Het is niet wenselijk in de uitspraak informatie te geven over stemverhoudingen of minderheidsstandpunten omdat dit het gezag van het oordeel van de commissie aantast.

¹³⁷ Zie Hielkema e.a., 2003; met name hoofdstuk 6. Hierin zijn ook andere aanwijzingen voor de oordeelsvorming door de klachtencommissie besproken.

Suggesties

Overwogen kan worden om deze en andere regels over de omgang met verdeeldheid van de commissie op te nemen in het huishoudelijk reglement.

Aanbeveling 5N

De WKCZ-klachtencommissie behandelt klachten binnen de termijn die hierover in de klachtenregeling is vastgelegd. Bij dreigende overschrijding van deze termijn informeert de klachtencommissie partijen hierover schriftelijk, met vermelding van de reden. Zij geeft daarbij een nieuwe termijn aan, die maximaal nog een keer de reglementaire termijn kan zijn.

Basis

De WKCZ verplicht de zorgaanbieder tot het vastleggen van een behandelingstermijn in het klachtenreglement. Duidelijkheid over termijnen en over de redenen van eventuele overschrijding komt het vertrouwen in de procedure ten goede. Het benoemen van een maximale termijn van overschrijding is niet wettelijk verplicht, maar vergroot wel het gevoel van rechtszekerheid bij partijen.

Toelichting

In het kader van deze Klachtenrichtlijn zijn voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren als wenselijke termijnen voor de klachtenafhandeling genoemd:

- eerste reactie op de klacht/ontvangstbevestiging: binnen 10 werkdagen;
- inzetten en afronden bemiddeling: binnen 2 maanden;
- behandeling:¹³⁸ binnen 4 maanden.¹³⁹

Daarbij is tevens aangegeven dat tussen de fase van gegevensverzameling en afsluiting van de bemiddeling maximaal één maand, tussen gegevensverzameling en verzending van de uitspraak maximaal zes weken als wenselijke termijn geldt. Voor de reactie van de zorgaanbieder op de uitspraak geldt conform de WKCZ een termijn van vier weken.

Binnen de totale behandelingstermijn voor een bij de commissie ingediende klacht zijn nadere termijnen voor de verschillende fasen bij de behandeling van de klacht (rond verweer, repliek en dupliek) aan te geven. Dit bevordert de inzichtelijkheid van de procedure voor partijen.

¹³⁸ De termijn van klachtenbehandeling die hier bedoeld is, betreft de periode tussen indiening van de (schriftelijke) klachtbrief en ontvangst van de uitspraak.

¹³⁹ In de variant van de Klachtenrichtlijn voor instellingen zijn voor klachtenbehandeling wenselijke termijnen van 4 weken tot 2 maanden genoemd. Het verschil in deze termijnstelling hangt mede samen met de meer of minder kwetsbare positie van bepaalde typen van cliënten en met de interne organisatie van de klachtenregeling zelf.

Suggesties

Met betrekking tot de termijnen kan worden overwogen om:

- in het klachtenreglement of huishoudelijk reglement de termijnen te noemen voor bevestiging van ontvangst van de klacht, berichtgeving aan de aangeklaagde, verweer, dupliek, repliek en toezending van de uitspraak nadat de klachtencommissie heeft besloten over haar oordeel c.q. de conceptuitspraak heeft besproken;
- vast te leggen dat de klachtencommissie eventueel om redenen van zorgvuldigheid de maximale overschrijdingstermijn naast zich neer mag leggen, mits alle partijen daarover gemotiveerd bericht ontvangen.

Aanbeveling 5O

De aanbeveling met dit nummer vervalt in de variant voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren omdat deze op hen niet van toepassing is.

Aanbeveling 5P

De klager behoudt het recht om tussentijds zijn klacht in te trekken. De commissie komt dan niet tot een oordeel over de gegrondheid van de klacht. Zij stuurt op basis van de voorgelegde feiten een afsluitend bericht naar klager en aangeklaagde.

Basis

De WKCZ heeft het klachtrecht van de cliënt als basis. Deze bepaalt waarover 'het geding' gaat. De klachtencommissie is in die zin dan ook lijdelijk.

Toelichting

De klachtencommissie heeft, anders dan bijvoorbeeld de tuchtrechter, niet als hoofddoel de bewaking of bevordering van de kwaliteit. Zij kan dan ook alleen maar 'op gezag van de klager' de behandeling van een klacht voortzetten. Bovendien kan zij alleen een oordeel uitspreken over de klachtonderdelen die de klager zelf heeft ingebracht.¹⁴⁰ Als de klager de klacht (gedeeltelijk) intrekt, mag de klachtencommissie hierover formeel ook geen oordeel uitspreken.

Het is van groot belang dat over dit alles geen misverstanden ontstaan die mogelijk leiden tot verwijten van partijdigheid aan het adres van de klachtencommissie. Daarom moet de commissie ook de zaak afsluiten met een schriftelijk bericht aan klager en aangeklaagde onder vermelding van de reden van afsluiting.

¹⁴⁰ Zie ook *Hielkema e.a. (2003) over de positie van de klachtencommissie hierin en de dilemma's die dat met zich meebrengt.*

Suggesties

Met betrekking tot het intrekken van een klacht door de klager, kan worden overwogen om:

- een klager die zijn klacht intrekt, goed voor te lichten over de gevolgen hiervan. Geef hem eventueel bedenktijd. Tevens zou altijd een schriftelijke bevestiging van het besluit van de klager moeten worden gevraagd;
- een klager niet tijdens de hoorzitting een definitief besluit te laten nemen over het eventueel intrekken van zijn klacht. Geef hem de tijd om een en ander te laten bezinken en tot een afgewogen besluit te komen;
- in het klachtenreglement vast te leggen hoe de klachtencommissie bij intrekking van de klacht kan en mag handelen. Denk bijvoorbeeld aan melding aan de beroepsorganisatie of de IGZ met een gewogen mening over de mogelijke ernst van het achterliggende probleem en een aanbeveling om hier op andere wijze aandacht aan te besteden.

Aanbeveling 5Q

De klachtencommissie stuurt binnen een vastgelegde termijn de uitspraak naar klager, aangeklaagde(n) en – indien dit een ander is dan de aangeklaagde – de zorgaanbieder. De uitspraak omvat ten minste een gemotiveerd oordeel, informatie over de wijze van behandeling, eventuele aanbevelingen, een datum en ondertekening. De uitspraak is zo geformuleerd dat deze voor alle betrokkenen duidelijk en navolgbaar is.

Basis

In de WKCZ (artikel 2 lid 2 c) is vastgelegd dat de klachtencommissie binnen een in de regeling vastgelegde termijn de klager, de aangeklaagde en – indien dit een ander is dan de aangeklaagde – de zorgaanbieder schriftelijk en met redenen omkleed in kennis stelt van haar oordeel over de gegrondheid van de klacht, al dan niet vergezeld van aanbevelingen. De WKCZ stelt een gemotiveerd en op schrift gesteld oordeel verplicht.

Uit jurisprudentie (kantonrechter Groningen) volgt dat ondertekening van de uitspraak en vermelding van de namen van de klachtencommissie vereist is.

Toelichting

De navolgbaarheid van de klachtenbehandeling en de rechtszekerheid is gediend met een oordeel dat op schrift staat en goed gemotiveerd is. De gelijkwaardigheid van partijen in de procedure vereist dat zij ook allen dit oordeel ontvangen.

In de praktijk zijn in een uitspraak de klachtonderdelen vaak niet duidelijk onderscheiden en/of beperkt de klachtencommissie zich tot een samenvattend oordeel. Ook ontbreekt het vaker aan een systematische en duidelijke motivering van het oordeel bij elk klachtonderdeel. Ook het taalgebruik is soms moeilijk te volgen voor leken, terwijl toonzetting en opzet van de uitspraak het karakter hebben van een rechterlijk vonnis. Dit alles is niet kenmerkend voor een laagdrempelige en toegankelijke klachtenregeling zoals de WKCZ deze beoogt.

De klachtencommissie is niet gerechtigd om de uitspraak te sturen naar anderen dan de partijen zelf en de zorgaanbieder. Dit is in tegenspraak met haar geheimhoudingsplicht.

Het staat partijen en ook de zorgaanbieder zelf vrij om de uitspraak wel aan anderen ter beschikking te stellen, zij het dat ook zij gehouden zijn om de privacy van betrokkenen te respecteren. Zo kan de klager of de zorgaanbieder wel de uitspraak naar de Inspectie sturen, de klachtencommissie kan dit in principe niet.

Suggesties

Overwogen kan worden om:

- van meet af aan met klager de te onderzoeken klachtonderdelen af te stemmen en vervolgens per klachtonderdeel de norm te noemen waaraan de klachtencommissie bij haar oordeelsvorming toetst. Op basis van meningen, feiten en overwegingen kan per klachtonderdeel een gemotiveerd oordeel opgebouwd worden. Op deze wijze herkennen partijen hun inbreng in de uitspraak en kunnen zij volgen hoe en waarom de klachtencommissie tot haar oordeel is gekomen;
- te zorgen voor duidelijk, niet juridisch of vaktechnisch taalgebruik zodat het oordeel zowel voor klager als aangeklaagde te begrijpen is;
- een uitspraak te beginnen met een korte opsomming van de klachtonderdelen zodat klager zich meteen herkent en duidelijk is waarover de uitspraak gaat. Neem daarna pas – kort – een beschrijving van de gevolgde procedure op;
- het aspect van gelijkwaardigheid van partijen in de procedure te versterken door hen beiden (en ook de zorgaanbieder) dezelfde tekst van de uitspraak toe te zenden. Varieer eventueel in de brief waar deze tekst is bijgevoegd;
- te zorgen dat de uitspraak in elk geval informatie geeft over c.q. de volgende elementen bevat:
 - klager en aangeklaagde (personalia, hoedanigheid);
 - de klacht (ingediende en onderzochte klachtonderdelen);
 - leden van de klachtencommissie die bij behandeling betrokken zijn (naam en status);
 - opzet en verloop van het onderzoek;
 - procedure met betrekking tot hoor en wederhoor;
 - termijnen van de behandelingsprocedure;
 - standpunten en onderbouwing van partijen;
 - informatie uit andere bronnen (dossierinformatie, feiten en standpunten van ‘derden’ zoals getuigen, extern deskundigen);
 - overwegingen van de klachtencommissie mede aan de hand van door haar benoemde normen, leidend tot een oordeel per klachtonderdeel;
 - eventuele aanbevelingen;
 - datum van de uitspraak;
 - naam en handtekening van de voorzitter en eventueel de ambtelijk secretaris.

Aanbeveling 5R

De zorgaanbieder laat binnen één maand klager, aangeklaagde en klachtencommissie schriftelijk weten of hij maatregelen neemt en welke dit zijn. Als hij dit niet binnen een maand kan doen, laat hij hen de reden daarvan weten en komt hij uiterlijk binnen twee maanden met zijn reactie.

Basis

De vereiste van een schriftelijke reactie op de uitspraak – dit binnen een termijn van één maand – is vastgelegd in de WKCZ.¹⁴¹ Dit geldt ongeacht het oordeel van de klachtencommissie. Het uitblijven van deze reactie krijgt de betekenis van het niet serieus nemen van de klacht en van het oordeel van de klachtencommissie. Daarom wordt voor de situatie van uitstel van de reactie een maximale termijn aanbevolen; deze is niet wettelijk vastgelegd. De zorgaanbieder is wel wettelijk verplicht om aan te geven waarom hij zich niet aan de wettelijke termijn van één maand houdt.

De WKCZ stelt alleen toezending van de reactie aan klager en klachtencommissie verplicht. Echter, de gelijkwaardigheid van partijen gebiedt dat ook de aangeklaagde deze reactie ontvangt.

Toelichting

Het belang van de uitspraak ligt niet (alleen) in het oordeel, maar vooral in wat daar op volgt.¹⁴² Zie ook de motieven van klagers zoals aangegeven in *hoofdstuk 1*. Daarom is het van groot belang dat de zorgaanbieder reageert en dat hij aangeeft welke maatregelen zullen volgen. Het komt nog regelmatig voor dat een zorgaanbieder niet reageert op een uitspraak met het oordeel ‘ongegrond’. Dit is niet wenselijk, onder meer omdat ook – de aanbevelingen bij – een ongegronde klacht aanleiding kan geven tot maatregelen ter bevordering van de kwaliteit van de zorg of de kwaliteit van de klachtenregeling.

Suggesties

Enkele punten ter overweging zijn om:

- altijd te reageren op de uitspraak van de klachtencommissie, ook als het oordeel ‘ongegrond’ luidt en ook als er geen aanbeveling is opgenomen in de uitspraak.
Daarmee wordt in elk geval duidelijk dat de zorgaanbieder de uitspraak serieus heeft bekeken;

¹⁴¹ Zie artikel 2 lid 5: ‘De zorgaanbieder deelt de klager en de klachtencommissie (...) binnen een maand na ontvangst van het (...) oordeel van de klachtencommissieschriftelijk mede of hij naar aanleiding van dat oordeel maatregelen zal nemen en zo ja welke. Bij afwijking van de (...) termijn doet de zorgaanbieder daarvan met redenen omkleed mededeling aan de klager en de klachtencommissie, onder vermelding van de termijn waarbinnen de zorgaanbieder zijn standpunt aan hen kenbaar zal maken.’

¹⁴² Uit het recente NIVEL-onderzoek (Sluijs EM e.a., 2004) spreekt met name dat klagers zekerheid missen dat er ook echt wat met de klacht wordt gedaan. Dit is eens te meer van belang omdat hun doel bij indiening van de klacht bij de WKCZ-klachtencommissie veelal is herhaling voor anderen te voorkomen.

- voor zover de zorgaanbieder een ander is dan de aangeklaagde, met deze af te stemmen over de te nemen maatregelen. Hiervoor zijn in het klachtenreglement nadere afspraken op te nemen;
- partijen na verloop van tijd te berichten over de effectuering van (voorgenomen) maatregelen (zie ook *hoofdstuk 6*). Dit komt de status van de uitspraak en het gevoel van genoegdoening bij de klager ten goede.

Aanbeveling 5S

De klachtencommissie schept voor klager en aangeklaagde duidelijkheid over het al dan niet bestaan van een beroepsmogelijkheid. De WKCZ voorziet niet in een beroepsmogelijkheid tegen het oordeel van de klachtencommissie.

Toelichting

Zowel klager als aangeklaagde moeten weten waar ze aan toe zijn met het oordeel van de klachtencommissie; het moet duidelijk zijn wat de status hiervan is en of men ‘nog verder’ kan gaan. Bij de totstandkoming van de WKCZ is de beroepsmogelijkheid wel overwogen, maar hier is van afgezien om een te langdurige procedure te voorkomen. In sectoren waar cliënten in een meer kwetsbare positie verkeren, kent het wettelijk geregelde klachtrecht soms wel een beroepsmogelijkheid. Dit is het geval bij gedwongen opgenomen cliënten (klachtrecht conform de Wet BOPZ).

In de sector VVT (Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg) heeft men een eigen beroepsmogelijkheid, in aanvulling op het via de WKCZ geregelde klachtrecht, ingesteld. Als in deze sector een klacht niet naar tevredenheid van klager of aangeklaagde door de klachtencommissie van de betreffende instelling is afgehandeld, kan deze zich richten tot een onafhankelijke Landelijke Beroepscommissie Klachten (LBK). Het schriftelijk beroep moet worden ingediend binnen zes weken na de uitspraak van de klachtencommissie van de instelling.

Aanbeveling 5T

De klachtencommissie meldt een zogenoemde ‘ernstige klacht’ aan de Inspectie. Dit is aan de orde indien de zorgaanbieder ondanks herhaald aandringen van de klachtencommissie nalaat om aanbevelingen van de commissie te realiseren en daardoor een situatie ontstaat of wordt gecontinueerd die een ernstige en structurele bedreiging inhoudt van de kwaliteit van zorg. Bij melding aan de Inspectie anonimiseert de commissie de gegevens van de klager. De commissie stelt de zorgaanbieder en de aangeklaagde (als dit een ander is dan de zorgaanbieder) tevoren op de hoogte van deze melding.

Basis

Uit de evaluatie van de WKCZ blijkt dat hier sprake is van een ‘lacune’: de zorgaanbieder voldoet in formele zin aan zijn wettelijke verplichtingen, maar neemt niet zijn verantwoordelijkheid om naar aanleiding van klachten kwaliteitsverbetering te realiseren.

De klachtencommissie lijkt gebonden door haar geheimhoudingsplicht en verliest op deze wijze haar gezag als het gaat om ernstige misstanden. Om die reden is in het wetsvoorstel herziening WKCZ de mogelijkheid (eventueel de plicht) van de klachtencommissie tot het melden aan de IGZ opgenomen.¹⁴³

Toelichting

Een eventuele melding aan de IGZ moet gepaard gaan met de nodige zorgvuldigheid.

De zorgaanbieder moet de gelegenheid krijgen om alsnog zijn verantwoordelijkheid te nemen. De privacy van de klager moet voldoende zijn gewaarborgd. De privacy van de aangeklaagde (zijnde een ander dan de zorgaanbieder) is niet zonder meer te waarborgen omdat daarmee mogelijk de melding aan betekenis inboet.

Een respectvolle omgang met zorgaanbieder en aangeklaagde gebiedt evenwel dat zij op de hoogte zijn van de melding aan de IGZ.

Suggesties

Bij een besluit tot melding aan de IGZ, kan de klachtencommissie overwegen om:

- betrokkenen altijd ruim tevoren te laten weten dat zij melding bij de IGZ overweegt. Zo worden de betrokkenen in de gelegenheid gesteld om alsnog – en zonder onnodig gezichtsverlies – hun verantwoordelijkheid te nemen;
- bij een eventuele melding goed vast te leggen waarom zij tot de melding heeft besloten en hoe de zorgvuldigheid ten opzichte van klager, aangeklaagde(n), zorgaanbieder en eventuele andere betrokkenen wordt gewaarborgd;
- aan betrokkenen bij voorkeur dezelfde informatie te sturen als zij aan de IGZ stuurt;
- de IGZ te verzoeken om haar te informeren over de afhandeling van de melding.

¹⁴³ Op dit moment is sprake van een Novelle op het eerdere ingediende voorstel tot herziening van de WKCZ. Deze voorziet in een meldingsplicht nadat de zorgaanbieder eerst gelegenheid heeft gehad in deze zijn verantwoordelijkheid te nemen. Op dit moment is nog niet bekend of en wanneer de herziening van de WKCZ doorgang vindt. In de aanbeveling is al uitgegaan van de situatie dat op dit punt inderdaad herziening plaatsvindt.

Hoofdstuk 6

Bijdrage aan kwaliteitsverbetering

Ter illustratie van de uitwerking van aanbevelingen zijn in *bijlage 1 en 2* beschrijvingen van proeftuinen en praktijkvoorbeelden opgenomen.

Bij *hoofdstuk 6* zijn dit:

Proeftuinen

- Amphia Ziekenhuis (doelstelling 2 en 3)
- De Geestgronden
- Klachtenregeling Huisartsenzorg Haaglanden (doelstelling 3)
- Reinier de Graaf Groep (doelstelling 1 en 2)
- Stichting Zorgbeheer de Zellingen (doelstelling 2)
- Zaans Medisch Centrum (doelstelling 2 en 3)

Praktijkvoorbeelden

- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen
- Klachtencommissie Huisartsenzorg WSD
- Medisch Centrum Haaglanden
- St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
- Zorggroep Noorderbreedte, Medisch Centrum Leeuwarden

Inleiding

Met de WKCZ is bedoeld zowel klachten van cliënten te behandelen als een bijdrage te leveren aan kwaliteit van zorg. Een klacht is immers een signaal dat de cliënt denkt dat er iets fout is (gegaan) en/of dat iets voor verbetering vatbaar is. Veel cliënten willen dan ook met hun klacht bereiken dat de zorg voor henzelf en anderen verbetert, zodat herhaling van dezelfde situatie wordt voorkomen (zie *hoofdstuk 1*).¹⁴⁴ Toch is nog weinig zichtbaar wat feitelijk wordt gedaan om deze bedoelingen te realiseren.¹⁴⁵

Binnen de meeste kwaliteitssystemen vormt de waardering van cliënten en daarmee ook hun klachten een belangrijk element.¹⁴⁶ Klachten, meldingen aan de met de verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening belaste instanties, gegevens uit tevredenheidsonderzoek,

¹⁴⁴ Zie eerder aangehaalde uitkomsten van NIVEL-onderzoek 2004.

¹⁴⁵ Friele RD, Ruiter C de, Wijmen F van, Legemaate J. Evaluatie WKCZ. Utrecht, 1999:28-9.

¹⁴⁶ Wersch S van, Winters S, Zomerplaag J. Kwaliteitsmodellen in de zorgsector. SWP, Utrecht 1999.

audits en andere kwaliteitstoetsingen bieden aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering van zorg. Toch worden deze gegevens nog nauwelijks aan elkaar gekoppeld¹⁴⁷ en gebruikt. Hiervoor zijn diverse redenen aan te wijzen:

- inbreng van klachten op verschillende niveaus (individuele zorgverlener/zorgaanbieder, beroepsorganisatie, klachtenfunctionaris, klachtencommissies en externe klachteninstanties zoals IKG en tuchtcolleges);
- gebrek aan uniformiteit in interpretatie, vastlegging en publicatie van – informatie over – klachten;
- ontbreken van een duidelijke richtlijn voor meldingen over specifieke (disfunctionerende) zorgaanbieders, voor de aanpak daarvan door beroepsorganisatie en IGZ, voor de omgang met privacy;
- andere wijzen van kwaliteitsdenken (ervaren kwaliteit versus professionele kwaliteit);¹⁴⁸
- geen duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden van de verschillende klachteninstanties bij signalering van knelpunten uit klachten, besluitvorming over verbeteracties, uitvoering en bewaking daarvan;
- uitblijven van terugkoppeling over concreet bereikte kwaliteitsverbetering op basis van klachtinformatie;
- ontbreken van een cultuur die gezamenlijk leren van klachten bevordert.

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen voor de wijze waarop klachten kunnen leiden tot effectieve kwaliteitsverbetering van de zorg. De aanbevelingen hebben deels als aangrijpingspunt de verschillende stappen die leiden van klacht naar (verankerde) kwaliteitsverbetering,¹⁴⁹ aansluitend bij het denken over implementatie van (zorg)innovaties.¹⁵⁰ Tevens is gelet op de verschillende niveaus en actoren in het klachtenmanagement die elk hun eigen bijdrage (kunnen) leveren aan kwaliteitsverbetering naar aanleiding van klachten.

Aanbeveling 6A

De beroepsorganisatie bevordert een klimaat waarin de vertaling van klachten naar kwaliteitsverbetering wordt beloond.

¹⁴⁷ Zie o.a. Wijnen FCB van, e.a. In: *Evaluatie WKCZ*. Utrecht, 1999:158 e.v.

¹⁴⁸ Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, the definition of quality*. Ann Arbor, 1986. Williamson Ch. *Whose standards? Consumer and professional standards in health care*. Buckingham, 1992.

¹⁴⁹ Deze stappen zijn globaal te omschrijven als:

- vastleggen/verzamelen van klachten;
- bekend maken van (informatie uit) klachten;
- betekenis geven aan deze informatie;
- erkenning als kwaliteitssignaal (op de agenda krijgen):
 - uitwerken van een verbeteringsplan;
 - uitvoeren;
 - evalueren;
 - borgen of verankeren van de (bijgestelde) verbetering.

¹⁵⁰ Zie o.a. Grol R en Wensing M (red): *Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen 2001. Pater L e.a.: *Implementeren, het speelveld in de praktijk*. Utrecht 2001. GHIP: *Richtsnoer GHIP versie 1.0*. Utrecht, maart 2003.

Basis

Aangeklaagden zijn vaak tevens degenen die in de praktijk kwaliteitsverbetering waarmaken. Een motivatie vanuit het positieve bevordert de bereidheid om zich hiervoor in te zetten.

Toelichting

De beroepsorganisatie schept de voorwaarden om het werken aan kwaliteit op basis van klachten niet als straf, maar als teken van professionaliteit en ‘eigen belang’ te zien. Belonen van een reactie op een klacht die leidt tot kwaliteitsverbetering, draagt hieraan bij.

Deze beloning kan verschillende vormen hebben: positieve aandacht, status, betrokkenheid bij verbetertrajecten, budget voor een verbeteractie, vrijmaken van tijd voor verbeteracties.

Suggesties

Bij het bevorderen van een klimaat waarin de vertaling van klachten naar kwaliteit worden beloond, is het te overwegen om:

- te kiezen voor verbeteracties op basis van klachten die aansluiten bij wat de beroepsgroep zelf al als knelpunt ervaren;
- instanties binnen de beroepsorganisatie die belast zijn met kwaliteitsbevordering en beroepsontwikkeling zelf te laten kiezen welke verbeteractie(s) zij willen ondernemen;
- te zorgen voor verbeteracties die binnen een afgebakend tijdsbestek tot merkbaar resultaat kunnen leiden (SMART);¹⁵¹
- bij het verschijnen van het klachtenjaarverslag een jaarlijkse competitie uit te schrijven voor de drie beste verbeterideeën. Deze zouden kunnen worden beloond met een trofee en een budget voor uitvoering;
- te publiceren (in vakblad en verenigingsnieuws) over de voortgang en resultaten van verbeterprojecten.

Aanbeveling 6B

De beroepsorganisatie ziet toe op een systematische aanpak van de vertaalslag van klachten naar kwaliteit. Hij stelt de daarvoor benodigde middelen beschikbaar.

Basis

Het vertalen van klachten naar kwaliteit is meer dan een incidentele of ludieke activiteit. Het moet verankerd zijn in het kwaliteitsbeleid van de instelling of beroepsorganisatie.

¹⁵¹ Het SMART-principe betekent dat doelen of gewenste resultaten Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Reëel en Tijdgebonden geformuleerd zijn.

Toelichting

In de praktijk wordt de vertaling van klacht naar kwaliteit nog te veel overgelaten aan ‘toevallige’ initiatieven van de klachteninstanties zelf. Het is wel opgenomen in doel- en taakomschrijvingen, maar niet vertaald in beleid, activiteitenplan en budget. Doorgaans worden tijd en middelen hiervoor pas vrijgemaakt als de klachten qua aantal of gevolgen echt uit de hand lopen.

Suggesties

Het valt te overwegen om:

- een beleidsnota en jaarplan klachtenmanagement op te stellen waarin onder meer is aangegeven wie, wanneer, hoe, met welke middelen en met welk (gewenst) resultaat aan de slag gaat met de vertaling van klachten naar kwaliteit;
- duidelijkheid te bevorderen over de betrokkenheid van de verschillende ‘stakeholders’ (initiatiefnemers, afnemers, beslissers, financiers, uitvoerders, ondersteuners);
- op de begroting zichtbaar te maken welk budget is gereserveerd voor de vertaling van klachten naar kwaliteitsbeleid. Daarmee wordt ook zichtbaar dat de beroepsorganisatie dit een belangrijk thema vindt.

Aanbeveling 6C

Ieder die bij de afhandeling van klachten is betrokken, overweegt tevens de betekenis van deze klacht als signaal voor kwaliteitsverbetering. Hij zorgt dat dit signaal, met inachtneming van de privacy, op de juiste plaats bekend wordt.

Basis

Een klacht heeft altijd ‘twee gezichten’: de individuele uiting van ongenoegen en de eventuele verwijzing naar een achterliggend meer structureel probleem (signaal). Op de individuele uiting volgt een reactie zoals beschreven in de *hoofdstukken 2 tot en met 5* van deze richtlijn. Blijft het daarbij, dan verwordt klachtenafhandeling tot een PR-instrument. De klager wordt met een bos bloemen en een excuus tevreden gesteld, waarna men overgaat tot de orde van de dag.

Toelichting

Op dit moment is een kwantitatieve werkwijze het meest gebruikelijk: men verzamelt eerst klachten in (jaar)overzichten en weegt dan pas af of er sprake is van een structurele component. Niet de inhoud van de klacht, maar het aantal klachten geeft de doorslag bij het besluit over een eventuele noodzaak tot kwaliteitsverbetering. Het nadeel hiervan is dat het te lang duurt eer informatie op de juiste plaats bekend wordt en betrokkenen hun verantwoordelijkheid (kunnen) nemen. Een proactieve benadering, vergelijkbaar met die bij MIP-meldingen, bevordert het voorkómen van klachten en betekent dus winst in termen van tijd, ergernis, schade en werkplezier.

Een dergelijke (meer kwalitatieve) benadering van elke klacht kan niet beperkt blijven tot de klachteninstanties. Eenieder die te maken krijgt met klachten (dus ook zorgverleners en management), heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid. De kunst is om het aantrekkelijk en vanzelfsprekend te maken dat ieder deze verantwoordelijkheid ook neemt (zie *aanbeveling 6A en 6B*).

Suggesties

Het zou overwogen kunnen worden om:

- te bevorderen dat de beroepsorganisatie mede aan de hand van klachtenrapportages steeds het eventuele kwaliteitsaspect in de klacht belicht (zie ook *aanbeveling 6D en 6J*);
- als klachteninstantie bij elke klacht tevens te signaleren of deze betekenis heeft als signaal. Men kan bijvoorbeeld op een ‘signaalkaart’ bijhouden wat de achterliggende betekenis is, waar het signaal is neergelegd en welk effect dit heeft gehad. Deze informatie is te verwerken in periodieke klachtenrapportages;
- bij de oordeelsvorming over een klacht al aan te geven of dit een casus is voor het jaarverslag.

Aanbeveling 6D

De beroepsorganisatie bevordert binnen de organisatie en de beroepsgroep de bespreking van signalen van onvrede waarmee zij te maken krijgen en de discussie over de betekenis hiervan in termen van kwaliteitsverbetering.

Basis

Het thema ‘van klacht naar kwaliteit’ blijft leven als het systematisch wordt besproken. Een middel daartoe is om het ook letterlijk op de agenda te zetten van degenen die in de praktijk de kwaliteit van zorg gestalte geven of die vanuit de beroepsorganisatie belast zijn met het kwaliteitsbeleid.

Toelichting

Zie de voorgaande aanbeveling.

Suggesties

Men zou kunnen denken aan:

- het ontwikkelen van een hulpmiddel voor de wijze waarop iedere commissie binnen de beroepsorganisatie het thema ‘klacht en kwaliteit’ kan bespreken. Dit kan bijvoorbeeld een korte handleiding zijn waarin staat hoe informatieverzameling, weging, planning, actie en effectmeting (monitoring) plaatsvindt;
- het combineren van de bespreking van klachten met informatie vanuit andere bronnen zoals audits, intercollegiale toetsing, tevredenheidsonderzoeken e.d.

Aanbeveling 6E

Klachteninstanties verbonden aan de beroepsorganisatie registreren klachten op uniforme en systematische wijze.

Basis

Eenduidige klachtenregistratie maakt bundeling en vergelijking mogelijk. Hierdoor zijn klachten die op verschillende plaatsen binnenkomen, beter te vertalen naar achterliggende structurele knelpunten.

Toelichting

Doelen van klachtenregistratie zijn:

- voortgangsbewaking;
- verantwoording;
- managementinformatie voor signalering en follow-up (bijdrage aan kwaliteitsverbetering).

Op dit moment worden er vaak nog verschillende klachtenregistratiesystemen gehanteerd, waarbij de inrichting in relatie tot de verschillende doelen van registratie niet altijd even goed is doordacht.

Het is niet noodzakelijk en ook niet wenselijk dat alle registrerende instanties precies dezelfde gegevens vastleggen. Zij hebben immers deels andere doelen en werkwijzen. Echter, bij bepaalde kerngegevens, die voor de signalering van belang zijn, is een uniforme registratie wel van belang. Het betreft de registratie per klachtonderdeel van inhoud, 'object' en uitkomst (waarover gaat de klacht, over wie gaat de klacht, waartoe heeft de afhandeling van deze klacht geleid?). Op het niveau van de beroepsorganisatie is het wenselijk dat diverse interne registrerende instanties bij de registratie van deze kerngegevens eenzelfde systematiek gebruiken en bij voorkeur ook hetzelfde technische systeem. Zo is – met behoud van privacy en inachtneming van ieders geheimhoudingsplicht – een snelle bundeling van kerngegevens mogelijk. Bij deze vindt dan nadere analyse plaats om de signaalwaarde te bepalen.

Suggesties

Voor het op uniforme en systematische wijze registreren van klachten kan worden overwogen dat:

- de klachteninstanties en de beroepsorganisatie gezamenlijk de indicatoren vaststellen voor bepaling van structurele knelpunten;
- een landelijke uniforme systematiek wordt ontwikkeld voor de registratie van kerngegevens over klachten die de mogelijkheid bevordert van 'spiegelinformatie' (vergelijking van eigen overzichten met overzichten van anderen) en het opsporen van landelijke trends.¹⁵²

¹⁵² Deze systematiek kan zich beperken tot omschrijving van de analyse-eenheid (klachtonderdeel of kwestie), waarbij vervolgens dezelfde codelijsten voor registratie van de kerngegevens (onderwerp, object of aangeklaagde, resultaat van afhandeling) worden gehanteerd. Eventueel is dit aan te vullen met kerngegevens over het afhandelingstraject (termijnen) en over de klager.

Aanbeveling 6F

Klachteninstanties en bij het kwaliteitsbeleid betrokkenen stemmen met elkaar af om een optimale combinatie van informatie uit diverse bronnen te bevorderen.

Basis

Vanuit het perspectief van kwaliteit bezien, vormen klachten één van de informatiebronnen voor kwaliteitsbeleid. Andere informatiebronnen zijn met name uitkomsten van meldacties, diverse vormen van tevredenheidsonderzoek, audits, visitaties.

Afstemming over de vast te leggen gegevens en de definitie van deze bevordert een efficiënt gebruik van de beschikbare informatie. Daarmee kan de beroepsorganisatie ook beter voldoen aan haar verantwoordelijkheid inzake bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Toelichting

Zie hierboven.

Overigens is het goed zich te realiseren dat de verschillende informatiebronnen voor kwaliteitsbeleid deels verschillende 'bereiken' hebben. Dit hangt mede samen met het deel van het kwaliteitsdomein dat zij bestrijken. Denk bijvoorbeeld aan de verschillen in kwaliteit zoals omschreven vanuit cliëntenperspectief en professioneel perspectief.¹⁵³ Of denk aan de mate waarin bepaalde aspecten van kwaliteit (proces, 'structure', 'outcome') zichtbaar zijn voor onderscheiden groepen. Zo komen in audits deels zaken aan de orde waar een cliënt geen zicht op heeft en heeft een beroepsbeoefenaar niet altijd een beeld van de feitelijke (neven)effecten van een behandeling.

Suggesties

Ter bevordering van een optimale combinatie van informatie kan worden overwogen om:

- klachtenfunctionaris, secretaris/voorzitter van klachtencommissie en kwaliteitsfunctionaris samen een ontwerp te laten maken voor een gecombineerd informatiesysteem;
- dit ter toetsing voor te laten leggen aan degenen die deze informatie moeten invoeren en degenen die de informatie moeten gaan gebruiken;
- voor een registratiesysteem te kiezen dat als kern een gecombineerde database heeft, maar verschillende invoersystemen toelaat. Zo heeft iedere registreerder alleen te maken met dat deel van het systeem dat op hem is toegesneden;
- alleen een geautomatiseerd registratiesysteem te gebruiken als sprake is van een redelijk aantal klachten en als de faciliteiten voor een snelle (onmiddellijke) registratie beschikbaar zijn;

¹⁵³ Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, the definition of quality*. Ann Arbor, 1986.
Williamson Ch. *Whose standards? Consumer and professional standards in health care*. Buckingham, 1992.

- in het oog te houden dat naast kwantitatieve informatie ook kwalitatieve informatie gewenst is. Zo kan een klachtenanalyse (casusbeschrijving) veel inzicht geven in het ontstaan van bepaalde klachten. Dit is voor een kwaliteitsfunctionaris weer belangrijke informatie om verbetertrajecten in te richten.

Aanbeveling 6G

De gezamenlijke klachteninstanties maken met de beroepsorganisatie en de aan deze verbonden kwaliteitscommissie(s) afspraken over een periodieke rapportage van klachten. De rapportage van klachten gebeurt zodanig dat betekenisgeving aan deze in termen van kwaliteitstekorten en -bevordering wordt bevorderd.

Basis

Rapportage van klachten heeft vooral effect als de gebruikers van deze informatie hieraan snel de juiste betekenis kunnen geven. Daarom zijn afspraken gewenst over welke informatie, wanneer, door wie, aan wie, met welk doel beschikbaar wordt gesteld.

Toelichting

De praktijk leert dat niet alleen kwantitatieve informatie (overzichten van aantallen klachten e.d.) gewenst is, maar zeker ook kwalitatieve informatie (korte verhaaltjes of geanonimiseerde klachten) bruikbaar is om inzicht te verwerven in het ontstaan van klachten en de betekenis van een klacht voor kwaliteitsverbetering. Bovendien is een duidelijk onderscheid van verschillende typen informatie nodig: gepresenteerde klachtinformatie (zoals de klager deze inbrengt), geïnterpreteerde klachtinformatie (zoals de ontvanger deze ziet), beoordeelde klachtinformatie (zoals deze op basis van onderzoek komt vast te staan), geanalyseerde klachtinformatie (aanzet tot analyse van oorzaken en eventuele oplossingen).

Suggesties

Te overwegen is om:

- binnen de organisatie te bepalen welke 'kaders' klachtenrapportages moeten ontvangen;
- als klachteninstantie(s) met elke interne 'gebruikersgroep' van klachteninformatie te bespreken hoe zij de informatie uit klachten aangeleverd willen krijgen en wanneer deze voor hen bruikbaar is;
- aan de kaders die belast zijn met kwaliteitsverbetering periodiek geanonimiseerde klachtenanalyses (casusbeschrijvingen) beschikbaar te stellen, zodat deze hieruit verbetermomenten kunnen destilleren.

Aanbeveling 6H

Alle klachteninstanties en de bij het kwaliteitsbeleid op basis van klachten betrokken instanties adviseren de beroepsorganisatie (gevraagd en ongevraagd) over kwaliteitsverbetering van de zorg en verbetering van het klachtenmanagement.

Basis

De inzichten die klachteninstanties verwerven bij de afhandeling van klachten, worden maximaal benut door hen ook de bevoegdheid te geven om buiten het kader van individuele klachten te adviseren.

Volgens de wet¹⁵⁴ kan de klachtencommissie aan de zorgaanbieder/aangeklaagde aanbevelingen doen op basis van de klachtenbehandeling. Voor klachtenfunctionarissen en IKG's is hun taak knelpunten te signaleren en daarover te adviseren vastgelegd in respectievelijk het beroepsprofiel voor klachtenfunctionarissen¹⁵⁵ en basistakenpakket voor de IKG's.¹⁵⁶

Toelichting

Klachteninstanties hebben een beeld van de wijze waarop men binnen de beroepsgroep omgaat met klachten van cliënten en de – al dan niet terechte – verwachtingen die klagers daarvan hebben. Daarnaast hebben zij, op basis van de inhoud van de klachten, een beeld van de gewenste en (niet) gerealiseerde kwaliteit van zorg. Het is wenselijk dat zij hun inzichten in de vorm van adviezen op de juiste plaats kunnen inbrengen. Daarbij is het wel van belang dat geen verwarring ontstaat over de functie en bevoegdheid van de klachteninstanties. De reguliere verantwoordelijkheden van zorgaanbieders en beroepsorganisatie moeten intact blijven. Tegelijkertijd moet de adviesbevoegdheid niet zodanig zijn ingeperkt dat daarmee het aanzien van neutraliteit en onafhankelijkheid van de klachteninstantie in het geding komt. Zo past het bijvoorbeeld niet dat het bestuur van de beroepsorganisatie de adviezen van de klachteninstantie(s) screent alvorens deze naar buiten gaan. Wel is het wenselijk dat de directie weet welke adviezen deze instanties aan wie geven.

Suggesties

Bij advisering over kwaliteitsverbetering van de zorg en verbetering van het klachtenmanagement, is te overwegen om:

- intern duidelijke afspraken te maken over invulling van de adviesbevoegdheid van klachtenfunctionaris, bemiddelaar en klachtencommissie;
- klachteninstanties een ruimere adviesbevoegdheid te geven dan het advies in samenhang met een individuele klacht (uitspraak). Leg dit vast in het klachtenreglement;

¹⁵⁴ Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, artikel 2 lid c.

¹⁵⁵ Beroepsprofiel klachtenfunctionarissen. VKIG, juni 2002.

¹⁵⁶ LOREP: Basistakenpakket IKG's. Utrecht, 2003. In 2004 is bij het LOREP (Landelijk Overleg Regionale Patiëntenplatforms) een landelijk signaleringsprotocol voor de RPCP's/IKG's opgesteld.

- te zorgen dat deze afspraken en de status van adviezen duidelijk zijn voor de betrokkenen;
- als klachteninstanties te zorgen voor afgestemde adviezen (kom dus niet elk met eigen, mogelijk tegenstrijdige adviezen naar buiten).

Aanbeveling 6I

De beroepsorganisatie heeft periodiek overleg met de klachteninstanties en verantwoordelijken voor (kwaliteits)zorg over de kwaliteit van de klachtenregeling, de kwaliteitssignalen op basis van klachten, de gewenste acties, de ondernomen acties en het effect hiervan.

Basis

Vaste afspraken over dit overleg bevorderen de continue aandacht voor het thema ‘klachten en kwaliteit’ en geven ook de vereiste status aan dit thema.

Toelichting

Op deze wijze blijft klachtenmanagement een vast punt op de ‘agenda’ van de beroepsorganisatie en de daarbij aangesloten beroepsbeoefenaren. Hierdoor kan de periode tussen klacht en kwaliteitsverbetering zo kort mogelijk blijven. Van belang is wel dat de klachteninstanties zorgdragen voor de juiste informatie en voorbereiding. Zo bevorderen zij een bespreking van informatie uit klachten die verder gaat dan een presentatie of rapportage en leidt tot beleidsafspraken.

Ook is van belang dat bij deze bespreking degenen worden betrokken die feitelijk verbetering kunnen effectueren, degenen die beslissen over verbeterbeleid en degenen die beslissen over de daartoe benodigde middelen.

Suggesties

Met betrekking tot periodiek overleg met de klachteninstanties en verantwoordelijken voor (kwaliteits)zorg binnen de beroepsgroep, valt te overwegen om:

- expliciet met de beroepsorganisatie af te stemmen welke informatie deze nodig heeft om beleid te kunnen voeren;
- te zorgen voor ‘spiegelinformatie’ (vergelijking met soortgelijke beroepsgroepen; periodenvergelijking) zodat ontwikkelingen of trends zichtbaar worden;
- met de beroepsorganisatie af te stemmen wie aan het overleg deelnemen zodat effectuering van kwaliteitsbevordering op basis van klachten wordt bevorderd;
- duidelijke afspraken te maken over de melding van klachten waarop onmiddellijk actie nodig is, zoals calamiteiten, seksueel misbruik of gebeurtenissen/omstandigheden die ook voor anderen tot onmiddellijke nadelige effecten (kunnen) leiden.

Aanbeveling 6J

De beroepsorganisatie bevordert dat klachten, het ontstaan en de afhandeling daarvan onder de aandacht van professionals komen die een vergelijkbare klacht zouden kunnen krijgen. Dit gebeurt met respect voor de privacy van klager en aangeklaagde(n).

Basis

Een klacht kan van betekenis zijn voor iemand die daar niet rechtstreeks mee van doen heeft. De signaalwaarde van de klacht als aanzet tot kwaliteitsbevordering wordt zo versterkt.

Toelichting

De ervaring leert dat wat op de ene plaats gebeurt en in de vorm van een klacht naar buiten komt, ook elders kan gebeuren. De beroepsorganisatie heeft een verantwoordelijkheid om preventief met klachten bezig te zijn. Deze stelt zichzelf de vraag: wie moet van dit 'incident' weten om te voorkomen dat het zich elders ook voordoet? Informatie over klachten elders bekend maken, gebeurt zonder dat klager of aangeklaagde daarvan nadeel ondervinden. Men moet elkaar dus intern niet met de vinger gaan nawijzen.

Suggesties

Bij het bevorderen dat klachten, het ontstaan en de afhandeling daarvan onder de aandacht van professionals komen die een vergelijkbare klacht zouden kunnen krijgen, kan de zorgaanbieder overwegen om:

- in het verenigingsblad of vakbladen korte stukjes (columns) te schrijven over klachten die ook voor anderen leerzaam zijn;
- ook aandacht te besteden aan effectief omgaan met klachten. Dit onder het motto: een klacht is niet altijd te voorkomen, verergering van de klacht wel;
- met een klacht als aanleiding, kennis en inzicht te bevorderen in normen voor professioneel gedrag en verantwoorde zorg;
- klachten over bepaalde thema's te gebruiken als aanleiding voor een bijscholingsbijeenkomst.

Aanbeveling 6K

De beroepsorganisatie rapporteert jaarlijks aan de leden, de IGZ en organisaties van cliënten of en hoe – op basis van klachten – kwaliteitsverbetering is geïnitieerd.

Basis

Met deze aanpak geeft de beroepsorganisatie 'handen en voeten' aan het belang om klachten als kwaliteitssignaal te gebruiken. Het appelleert aan de eigen verantwoordelijkheid van elke zorgaanbieder om hiermee aan de slag te gaan.

Toelichting

Deze aanpak is tevens een opmaat naar de rapportage in het kwaliteitsjaarverslag over de wijze waarop de zorgaanbieder klachten heeft vertaald naar kwaliteitsverbetering.

Aanbeveling 6L

De aanbeveling met dit kenmerk vervalt in de variant voor vrijgevestigden omdat deze daar niet van toepassing is.

Aanbeveling 6M

De beroepsorganisatie brengt voor 1 juni¹⁵⁷ van ieder jaar een openbaar klachtenjaarverslag uit over het voorafgaande kalenderjaar. Dit jaarverslag kan worden gekoppeld aan het kwaliteitsjaarverslag. In het jaarverslag wordt gerapporteerd over de afhandeling van klachten door alle interne klachteninstanties. De beroepsorganisatie is desgevraagd bereid nadere informatie te geven over de wijze waarop kwaliteitsverbetering is geïnitieerd en de mate waarin dit heeft geleid tot kwaliteitsverbetering.

Basis

De zorgaanbieder is wettelijk verplicht¹⁵⁸ een klachtenjaarverslag (van de bij de klachtencommissie ingediende klachten) uit te brengen.

Een jaarverslag dat inzicht biedt in alle ingediende klachten en de afhandeling hiervan, geeft een completer beeld; het kan meer effect hebben in de zin van kwaliteitsverbetering.

Dit wordt dan ook bepleit door instanties zoals de VKIG en schadeverzekeraars.¹⁵⁹

Inzicht in het effect van klachten en de feitelijke inzet van de zorgaanbieder om tot verbetering te komen, bevorderen het vertrouwen in de zorgaanbieder en de bereidheid tot klagen.

Dit sluit ook aan bij de doelen van klagers (zie *hoofdstuk 1*). De bereidheid om dit inzicht te geven moet verder gaan dan het ritueel uitbrengen van een jaarverslag.

Toelichting

Hoewel in de wet staat dat de zorgaanbieder het klachtenjaarverslag uitbrengt, is het wenselijk dat de inhoud hiervan feitelijk door de klachteninstanties zelf wordt bepaald. Dit bevordert hun aanzien van onafhankelijkheid.

¹⁵⁷ Met het noemen van de datum van 1 juni (i.p.v. 1 april) wordt vooruitgelopen op de voorgenomen wetsherziening van de WKCZ. In de praktijk wordt de termijn van 1 juni vaak al aangehouden, zeker door de zorgaanbieders die klachtenjaarverslag en kwaliteitsjaarverslag combineren.

¹⁵⁸ WKCZ artikel 2 lid 7.

¹⁵⁹ VKIG en MediRisk hebben hiertoe gezamenlijk een Handleiding Klachtenjaarverslag opgesteld (Utrecht, februari 2002).

De beroepsorganisatie verspreidt wel het jaarverslag omdat hij hiermee uitdrukking geeft aan het belang dat hij hecht aan de klachtenregeling.

De inhoud van het (geïntegreerde) jaarverslag moet ten minste voldoen aan de wettelijke vereisten. In het jaarverslag moet dan in elk geval zijn aangegeven of opgenomen:¹⁶⁰

- een beknopte beschrijving van de klachtenregeling;
- de wijze waarop de zorgaanbieders en de beroepsorganisatie de regeling onder de aandacht van de cliënten hebben gebracht;
- de samenstelling van de klachtencommissie;
- de mate waarin de klachtencommissie heeft gewerkt conform de waarborgen van de WKCZ (artikel 2 lid 2: o.a. eisen in samenhang met de onafhankelijkheid, hoor en wederhoor, bijstand e.d.);
- het aantal en de aard van de door de klachtencommissie behandelde klachten;
- de strekking van de oordelen en aanbevelingen van de commissie;
- de aard van de maatregelen die de zorgaanbieders c.q. de beroepsorganisatie naar aanleiding van klachten hebben getroffen.

Bij een geïntegreerd klachtenjaarverslag is vergelijkbare informatie opgenomen over ten minste de klachtenopvang en -bemiddeling (klachtenfunctionaris) en bij voorkeur ook over de andere niveaus van de klachtenregeling zoals in deze richtlijn aangegeven (omgang door zorgverleners, bijdrage klachten aan kwaliteitsverbetering).

De beroepsorganisatie hoeft het niet te laten bij een jaarlijkse ‘papierene’ verantwoording. Hij kan ook buiten dat kader aangeven hoe klachten daadwerkelijk hebben geleid tot kwaliteitsverbetering. Dit kan bijvoorbeeld door dit thema op de agenda te zetten van het reguliere overleg met cliëntenorganisaties, of door in te gaan op vragen van klagers hierover.

Suggesties

Met betrekking tot het klachtenjaarverslag kan worden overwogen om:

- een jaarverslag op te stellen waarbij alle niveaus van afhandeling van klachten (door beroepsorganisatie, klachtenopvang, bemiddeling, behandeling, eventueel ook externe afhandeling door IKG e.d.) aan de orde komen;
- duidelijk te zijn over het doel van het klachtenjaarverslag (verantwoording, PR, aanzet tot beleid); stem inhoud en verspreiding daarop af. Eventueel zou gekozen kunnen worden voor een interne en externe versie van het jaarverslag;
- te zorgen dat in het jaarverslag ook duidelijk is aangegeven hoe de onafhankelijkheid van de klachteninstanties is gewaarborgd;¹⁶¹

¹⁶⁰ Deze omschrijving is gebaseerd op de vereisten voor het klachtenjaarverslag zoals opgenomen in het wetsvoorstel tot herziening van de WKCZ (artikel II A, kamerstuk nr. 28, 489:2). Hierin wordt een wijziging van artikel 2 lid 7 van de WKCZ voorgesteld. De kern hiervan is hier verwoord.

¹⁶¹ Onderzoeken wijzen uit dat de onafhankelijkheid van de klachteninstantie c.q. het vertrouwen daarin van grote invloed is op de tevredenheid van klagers over de klachtenregeling (NIVEL 1999 en 2004; Stichting PVP 2003).

- jaarlijks met organisaties van cliënten (RPCP/NPCF) te bespreken tot welke kwaliteitsverbeteringen klachten hebben geleid;
- klachteninstanties te informeren over de gevolgen van een klacht. Zij hebben deze informatie nodig om klagers te 'overtuigen' dat indiening van een klacht zin heeft;
- illustraties te geven van succesvolle klachten via media van cliënten (bijvoorbeeld het NPCF-blad Vraag in Beeld of het blad van het LOREP);
- als bij een klacht betrokken zorgaanbieder klagers (eventueel alleen degenen met een gegrond beoordeelde klacht) na een halfjaar een bericht te geven over het feitelijke effect van eerder aangekondigde maatregelen.¹⁶²

Aanbeveling 6N

De beroepsorganisatie draagt zorg voor evaluatie van de klachtenregeling en de effecten daarvan. Bij deze evaluatie zijn in elk geval (representanten van) klagers, aangeklaagden en interne klachteninstanties betrokken.

Basis

De klachtenregeling moet uiteindelijk op zijn effecten en effectiviteit te beoordelen zijn. Dit vereist een evaluatie die verder gaat dan een evaluatieve bespreking door uitvoerders van de klachtenregeling met de beroepsorganisatie (zie *aanbeveling 6I*).

Toelichting

De evaluatie van de klachtenregeling reikt verder dan alleen de klachtenbehandeling. Gezien het belang van de omgang met klachten door de zorgaanbieders zelf en belang en effect van klachtenopvang en -bemiddeling, moeten ook deze niveaus worden betrokken bij een systematische evaluatie. Kijkend naar de doelstellingen van de klachtenregeling ligt het daarnaast voor de hand ook te evalueren of de klachtenregeling ook het beoogde effect heeft in de zin van bijdrage aan kwaliteitsverbetering.

Suggesties

Voor evaluatie van de klachtenregeling en de effecten daarvan, is te overwogen om:

- als klachteninstantie zelf periodiek navraag te doen bij klagers en aangeklaagden over hoe zij achteraf de gang van zaken en de uitkomst daarvan hebben ervaren. Dit kan in de vorm van een extern onderzoek, maar ook door klagers en aangeklaagden na afsluiting van de zaak een korte evaluatielijst te laten invullen;

¹⁶² Een dergelijke handelwijze zou overeenkomen met de aanbevelingen in het recente NIVEL-rapport (Shuijs EM e.a., juni 2004) op basis van een nader onderzoek naar de tevredenheid van klagers over de klachtenbehandeling in ziekenhuizen. Klagers missen nu met name duidelijkheid over de op de klacht gevolgde maatregelen.

- navraag te doen naar de reputatie van interne klachteninstanties bij LOREP (IKG's) of NPCF;
- voor de onafhankelijke evaluatie de landelijk te ontwikkelen voorbeeldvragenlijsten te gebruiken. Dit bevordert de onderlinge vergelijkbaarheid van evaluaties;
- voor een brede evaluatie (alle niveaus van de klachtenregeling) te kiezen;
- voor een evaluatie te kiezen waarbij de diverse belanghebbenden (feitelijke cliënten/klagers, feitelijke aangeklaagden, organisaties van cliënten, klachteninstanties) betrokken zijn bij opzet, interpretatie van uitkomsten en rapportage. Dit bevordert het vertrouwen in het objectieve en onafhankelijke karakter van de evaluatie.

Bijlagen

Bijlage I

Proeftuinen

Deelnemers

Ziekenhuizen

- Amphia Ziekenhuis, Breda
- Reinier de Graaf Groep, Delft
- Zaans Medisch Centrum, Zaandam

Verpleeg- en verzorgingshuizen

- Stichting Zorgbeheer de Zellingen, Capelle a/d IJssel

Geestelijke Gezondheidszorg

- De Geestgronden, Bennebroek

Gehandicaptenzorg

- Stichting St. Anna, Heel

Vrijgevestigden/huisartsenzorg

- Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland, Eindhoven
- Stichting Mobiele Artsenservice Haaglanden, Den Haag

Verslagen

Tijdens de ontwikkeling van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg heeft een aantal zogenoemde proeftuinen gedurende vijf maanden de richtlijn op de toepasbaarheid in de praktijk getest. Hun ervaringen zijn vervat in korte verslagen. De verslagen zijn gerangschikt naar sector en in alfabetische volgorde opgenomen in deze bijlage.

Elke proeftuin heeft ambities en één of meer doelstellingen geformuleerd. Bij elke doelstelling zijn in het verslag de aanleiding, activiteiten, ervaringen en resultaten beschreven. Ook is de relatie met specifieke aanbevelingen uit de Klachtenrichtlijn benoemd.

Voor het geval u meer wilt weten of gebruik wilt maken van de ervaringen in de proeftuin, is een contactpersoon en -adres genoemd.

Elke proeftuin heeft zijn ambities en ervaringen kernachtig weergegeven in een 'motto'. Het verslag heeft dit als titel meegekregen.

Amphia Ziekenhuis

Breda

‘Laten we de boel gaan structureren’

Het Amphia Ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis met meerdere locaties.

Ambities

- Gezamenlijk registreren van klachten, claims en MIP/FONA-meldingen.
- Meer inzicht in bewustzijn en communicatie.
- Een betere feedback over acties en de effecten daarvan.

Doelstelling 1

Het verwezenlijken van een goede verwijzing naar de klachtenfunctionaris.

Dit willen we bereiken door de bekendheid van de klachtenfunctionaris te vergroten.

Concreet betekent dit de volgende doelstelling: 80% van de medewerkers van het Amphia Ziekenhuis is op de hoogte van de werkwijze en de beschikbaarheid van de klachtenfunctionaris.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling is *aanbeveling 1J* uit de richtlijn gebruikt.

Aanleiding

Er kwamen veel klachten binnen, en medewerkers wisten niet wat ze van de klachtenfunctionaris konden verwachten. Ook bleek voor hen het onderscheid tussen de klachtenfunctionaris en de klachtencommissie niet duidelijk te zijn.

Activiteiten

- opstellen van een communicatieplan;
- ontwikkelen en breed verspreiden van een patiëntenfolder (die al beschikbaar was) en een folder voor medewerkers ‘Een klacht, doe er iets mee!’;
- een artikel in het huisblad van het ziekenhuis over het project en over het werk van de klachtenfunctionarissen;
- telefonische steekproef onder medewerkers van het Amphia om te meten of de doelstelling is gehaald.

Knelpunten en oplossing

De website was nog in ontwikkeling. Daardoor konden de folders niet op de site worden geplaatst. De afspraak is gemaakt dat op de website een verwijzing naar de klachtenfunctionaris wordt opgenomen. Wel is ervoor gezorgd dat de folders op intranet komen.

Het artikel in Amphia Aktueel (personeelsblad) is in maart 2004 verschenen; dat was iets later dan gepland.

De uitvoering van de telefonische steekproef kon niet door een stagiaire worden gedaan; de klachtenfunctionaris heeft dat zelf gedaan.

Resultaat

De steekproef omvatte 100 medewerkers; 76% van de medewerkers is op de hoogte van de werkwijze en de beschikbaarheid van de klachtenfunctionaris.

Doelstelling 2

Het realiseren van kwaliteitsverbeteringen bij de afdeling chirurgie door 90 signalen te registreren in drie maanden. Analyse van de signalen en bespreken in het werkoverleg zodat er verbetering kan worden gerealiseerd. Tevens bewerkstelligen van een cultuurverandering door 'blamefree' melden.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling zijn de *aanbevelingen 6C en 6D* uit de richtlijn gebruikt.

Aanleiding

Tijdens de eerste werkconferentie voor de proeftuinen hield Marius Buiting (CBO) een voordracht over het opvangen van signalen, breder dan alleen klachten. Dit sprak ons erg aan. Bovendien bleek dat er veel signalen binnenkwamen uit de ontslaggesprekken die op afdelingen worden gevoerd. Daar wilden we iets mee. Door daaraan aandacht te besteden kunnen klachten deels worden voorkomen. Tevens zijn deze signalen een bron om verbeteringen door te voeren.

Activiteiten

Er is een invulformulier gemaakt waarop medewerkers hun signalen konden registreren.

Knelpunten en oplossing

We zijn later begonnen dan gepland vanwege de feestdagen in december. Vervolgens kwamen er weinig formulieren terug: slechts negen. Dit ondanks verwoede pogingen van de leidinggevende om het project te propageren. Er bleek een drempel te zijn bij medewerkers om weer iets in te vullen.

Resultaat

Cultuuromslag vergt enige tijd. In het korte tijdsbestek van dit project was onze doelstelling te hoog gegrepen.

Doelstelling 3

De telefonische bereikbaarheid van het afsprakenbureau op één van de locaties zodanig verbeteren dat het aantal klachten over slechte bereikbaarheid met 80% afneemt.

Het beoogde resultaat is dat het aantal klachten (in eerste helft van januari 2004: vijf) afneemt tot één in de eerste helft van april 2004.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling zijn de *aanbevelingen uit hoofdstuk 6* van de richtlijn gebruikt, maar in feite is het meer een actie die uit *hoofdstuk 6* voortvloeit.

Aanleiding

Veel klachten over de slechte bereikbaarheid op deze locatie.

Activiteiten

Er heeft werkoverleg met waarnemend afdelingshoofd en zorgenheidsmanager patiëntenlogistiek plaatsgevonden. Daarin zijn diverse mogelijkheden besproken: decentraal afspraken maken, afspraak via e-mail of website, enzovoort.

De afspraak is gemaakt dat het waarnemend afdelingshoofd een gesprek voert met de eerste medewerker. Daarna wordt de zaak besproken in het afdelingsoverleg.

Knelpunten en oplossing

Er is sprake van een complexe situatie die te maken heeft met de heersende cultuur op deze afdeling, met de erfenis van een vorige leidinggevende en met zieken. De meeste medewerkers zijn nauwelijks te motiveren om tijd en aandacht te investeren op korte termijn.

Resultaat

In de eerste helft van april is er één klacht over de bereikbaarheid geweest en waren er twee klachten over bejegening. Dat betekent dat de doelstelling is gehaald.

Meer informatie

Amphia Ziekenhuis, locatie Molengracht

Mevrouw F. Kuys, klachtenfunctionaris

Telefoon: 076-5951422

E-mail: fkuys@amphia.nl

Reinier de Graaf Groep

Delft

‘Eerst maar even wat transparanter worden’

De Reinier de Graaf Groep is een algemeen ziekenhuis waartoe behoren: het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft, het Diaconessenhuis Voorburg, Behandelcentrum Westland in Naaldwijk en Gezondheidscentrum De Reef in Ypenburg.

Ambities

1. We streven ernaar aanbevelingen die de klachtencommissie en de klachtenfunctionarissen hebben gedaan te (laten) monitoren, zodat de beoogde kwaliteitsverbetering ook daadwerkelijk wordt bereikt of bekend is waarom de aanbeveling niet kan worden opgevolgd.
2. We streven naar een transparante wijze van klachtenafhandeling en willen bereiken dat zorgverleners ook zelf goed in staat zijn klachten op te vangen.

Doelstelling 1

De afdeling klachtenopvang, de klachtencommissie, de afdeling claims en de MIP willen over de aanbevelingen die zij van 1 juli 2003 t/m 31 maart 2004 doen, bericht van de Raad van Bestuur/het management terug ontvangen. Zij willen horen of de aanbevelingen zijn overgenomen. Indien dit het geval is, willen zij horen of/hoe implementatie geregeld is. Indien een aanbeveling niet wordt overgenomen, willen zij de motivatie daarvoor vernemen.

Meetbaar doel: voor de genoemde periode is er 75% respons op de aanbevelingen.

Ambitie: vanaf 1 april 2004 is er sprake van 100% respons op de aanbevelingen.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling zijn de *aanbevelingen 6G, 6H en 6L* uit de richtlijn gebruikt.

Aanleiding

Een interne audit gaf aanleiding om de implementatie van aanbevelingen nog eens goed tegen het licht te houden. Het bleek in de gehele procedure een onderbelicht item. Samen met de Raad van Bestuur is toen besproken wat er zou moeten gebeuren, en op basis daarvan is de doelstelling geformuleerd.

Activiteiten

Om haar doel te bereiken heeft het projectteam druk uitgeoefend op de Raad van Bestuur. Dit gebeurde door herhaaldelijk het onderwerp aan te snijden tijdens werkoverleggen, eerst met de Raad van Bestuur, later ook met de secretaris van de Raad van Bestuur. Ook vond overleg plaats met het bestuur medische staf. Met de secretaris van de Raad van Bestuur is vervolgens de procedure beschreven. Deze procedure is door de Raad van Bestuur en het managementteam geaccordeerd.

Procedure in het kort

- Aanbevelingen van klachtenfunctionarissen.
De clustermanagers zijn verantwoordelijk voor het reageren op een aanbeveling, het motiveren als een aanbeveling niet wordt overgenomen en het (laten) implementeren van de aanbeveling. De Raad van Bestuur krijgt de aanbeveling in afschrift.
De clustermanager rapporteert enerzijds aan de klachtenfunctionaris, anderzijds aan de Raad van Bestuur tijdens het overleg tussen haar en het managementteam. Een afschrift van dit overleg gaat naar de klachtenfunctionaris.
- Aanbevelingen van de klachtencommissie (alsook van de afdeling schadeclaims en de MIP).
Deze zijn gericht aan de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het reageren op een aanbeveling richting klachtencommissie en klager, het motiveren als een aanbeveling niet wordt overgenomen en het (laten) implementeren van de aanbeveling. Zij kan dit delegeren aan het clustermanagement.

Inmiddels heeft de lijst met aanbevelingen van de klachtenfunctionarissen twee keer op de agenda van het overleg managementteam/Raad van Bestuur gestaan. Dat gebeurde steeds na afloop van een kwartaal. De lijst is besproken, en een aantal managers heeft na afloop met de klachtenfunctionarissen een gesprek gehad om inhoudelijk wat dieper op de aanbeveling in te gaan.

Knelpunten en oplossingen

De secretaris van de Raad van Bestuur kreeg tot nu toe geen kopieën van de aanbevelingen die aan de Raad van Bestuur werden toegestuurd. Ook kreeg hij geen kwartaalrapportages. Hij is wel degene die de aanbevelingen op de agenda van het overleg moet zetten. Er is inmiddels geregeld dat de secretaris de aanbevelingen nu wel ontvangt.

Wegens werkdruk is het nog niet mogelijk gebleken de aanbevelingen van de klachtencommissie, de afdeling schadeclaims en de MIP op de agenda van het overleg te krijgen. Binnenkort zal dit wel haalbaar zijn.

Resultaat

Op 55% van de aanbevelingen is nu respons ontvangen.

Doelstelling 2

De afdeling klachtenopvang wil bereiken dat afdelingen de klachten die bij hen worden geuit, gaan registreren en dat klagers goed worden opgevangen door degene die de klacht heeft veroorzaakt. Meetbaar resultaat: de verpleegafdeling en poliklinieken van cardiologie en longgeneeskunde gaan van 1 januari t/m 30 juni 2004 klagers goed opvangen en klachten registreren. Hiervoor krijgen deze afdelingen een klinische les in het omgaan met klachten en het registreren ervan.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling zijn de *aanbevelingen 2B en 6E* uit de richtlijn gebruikt.

Aanleiding

Het afdelingshoofd wilde in haar beleidsplan meer aandacht schenken aan het omgaan met klachten en het meten van de tevredenheid van patiënten. Ze kwam daarom naar de klachtenfunctionaris. Deze zag hierin een goede mogelijkheid om signalen van onvrede/klachten op een afdeling op te vangen en te registreren.

Activiteiten

De klachtenfunctionaris heeft twee keer overlegd met het afdelingshoofd cardiologie/longgeneeskunde. Daar is de aanpak afgesproken. De aanpak is vervolgens besproken in het overleg van de teamleiders. Daarna heeft de klachtenfunctionaris op de twee verpleegafdelingen, twee onderzoeksafdelingen en twee poliklinieken uitleg gegeven over de aanpak. Ook gaf ze informatie/tips over opvang van ontevreden patiënten, familie of bezoekers.

De afdelingen hebben nu een kwartaal geregistreerd. De secretaresse van de afdeling heeft de resultaten in een overzicht gezet. Het overzicht is besproken in het overleg van teamleiders, in aanwezigheid van de klachtenfunctionaris. De weerstand tegen registreren is afgenomen. Er werd enthousiast over de resultaten gesproken!

Het registreren van klachten liep parallel aan een eenvoudige enquête voor patiënten van deze afdelingen. Deze enquête bevat maar twee vragen: 'Wat was uw prettigste ervaring tijdens uw opname/bezoek?', en 'En wat uw minst prettige?' Elke week werden deze twee vragen voorgelegd aan 12 patiënten per afdeling.

Knelpunten en oplossingen

- Er was weerstand tegen 'nog meer registreren'. Oplossing: de afdelingen kunnen klachten ook uit de ontslaggesprekken halen.
- Het afdelingshoofd waarmee het project is opgezet, verlaat binnenkort het ziekenhuis. Oplossing: het vertrekkende afdelingshoofd zal het project overdragen. Zodra er een opvolger is, zal de klachtenfunctionaris een gesprek hebben over het project.

Resultaat

In de meetperiode werden in totaal 63 signalen over onvrede opgemerkt door de medewerkers. Aangezien over voeding en bewegwijzering meerdere ondervraagden ontevreden waren, besloot het afdelingshoofd te onderzoeken of voor deze items verbetering mogelijk is.

In dezelfde periode kwamen bij de klachtenfunctionarissen over deze afdelingen in totaal vier klachten binnen.

Het enthousiasme voor het signaleren en registreren is toegenomen.

Meer informatie

Reinier de Graaf Groep, locatie Reinier de Graaf Gasthuis

Mevrouw A. Nahon, coördinator klachtenopvang, klachtenfunctionaris

Telefoon: 015-2604440

E-mail: nahon@rdgg.nl

Zaans Medisch Centrum

Zaandam

‘Je moet altijd openstaan voor feedback’

Zaans Medisch Centrum is een algemeen ziekenhuis, gevestigd in Zaandam.

Ambities

Voor het proeftuinproject hebben we als ambitie het volgende te realiseren:

- informatie en voorlichting door alle geledingen, zodat er een open attitude met betrekking tot klachten ontstaat;
- een centrale, laagdrempelige intake;
- een structureel kwaliteitsbeleid: goede koppeling tussen klacht en verbeterpunten;
- een kwaliteitssysteem op de afdelingen naar aanleiding van de klachten, maar ook naar aanleiding van de signalen die primair op de afdeling zelf binnenkomen.

De gedachte die hieraan ten grondslag ligt is: ‘zonder feedback geen verbetering’.

Doelstelling 1

Realiseren van een centrale intake/opvang voor patiënten met een klacht.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling is *aanbeveling 3A* uit de richtlijn gebruikt. Uit de richtlijn bleek dat de functies van ambtelijk secretaris van de klachtencommissie en de klachtenfunctionaris van elkaar gescheiden dienen te blijven.

Aanleiding

Momenteel is er drie dagen een klachtenfunctionaris; de ambtelijk secretaris is er twee dagen per week. Als de ambtelijk secretaris ook het werk van de klachtenfunctionaris zou doen met betrekking tot de intake, zou de continuïteit van klachtenopvang groter zijn. Als bij de intake bleek dat de patiënt het bemiddelingstraject prefereerde, zou de patiënt naar de oorspronkelijke klachtenfunctionaris gaan.

Activiteiten

Er heeft een oriëntatie van de verschillende werkwijzen plaatsgevonden door de klachtenfunctionaris en de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie. Deze werkwijzen (bemiddeling en behandeling) zijn op papier gezet.

Knelpunten en oplossing

Er deden zich drie knelpunten voor bij het realiseren van deze doelstelling:

- *Privacy.* Vanwege privacy-overwegingen moet de functie van ambtelijk secretaris van de klachtencommissie en de klachtenfunctionaris van elkaar gescheiden blijven. Dit betekent dat een brief gericht aan de klachtencommissie ook alleen bij de klachtencommissie terecht mag komen.
- *Praktische problemen.* Een patiënt met lichte onvrede of met een klacht die snel opgelost kan worden, krijgt in deze situatie met twee personen te maken: eerst met de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie en vervolgens zou deze patiënt worden doorverwezen naar de klachtenfunctionaris. Dat zou te bureaucratisch worden.
- *Verskil in stijl van werken.* De klachtenfunctionaris gaat snel en informeel te werk. De klachtencommissie is gebonden aan een protocol en gaat formeel en meer schriftelijk te werk.

Resultaat

Door de onderlinge communicatie tussen de klachtenfunctionaris en de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie en het bezig zijn met de richtlijn, is er meer bewustwording en duidelijkheid ten aanzien van de verschillende trajecten (KF: informeel en KC: formeel) ontstaan. Met uitzondering van de brieven die gericht zijn aan de klachtencommissie, komen alle klachten (schriftelijk, telefonisch, mondeling, via een formulier of via de directie) bij de klachtenfunctionaris binnen.

Doordat de punten zijn aangescherpt, is de informatie naar de klager over de keuze van het traject (bemiddeling door klachtenfunctionaris of behandeling door klachtencommissie) nu adequater en objectiever.

De klagers die aan de klachtencommissie schrijven, krijgen dezelfde informatie van de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie.

De continuïteit c.q. de bereikbaarheid van de klachtenfunctionaris wordt gewaarborgd door de afdeling communicatie en de ambtelijk secretaris.

Doelstelling 2

Een registratie opzetten die bruikbaar is voor kwaliteitsanalyse.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling is *aanbeveling 6E* uit de richtlijn gebruikt.

Het was niet zo dat het team door de richtlijn op een nieuw idee werd gebracht. Wel bevestigde de richtlijn het team in haar visie dat kwaliteitsanalyse niet los kan worden gezien van een effectieve registratie.

Aanleiding

De klachtencommissie en de klachtenfunctionaris gebruikten weliswaar hetzelfde registratiesysteem (RegCare), maar daarbinnen verschillende ‘velden’. Van eenduidige klachtenregistratie was daarom geen sprake: ieder deed het voor zich.

Activiteiten

De achterstand in registratie van klachten wordt ingelopen en de velden voor registratie worden op elkaar afgestemd, zodat de klachtencommissie en de klachtenfunctionaris dezelfde items kunnen oproepen. Vervolgens gaat het team twee maanden klachten analyseren met als doel de registratie te beoordelen en punten ter verbetering op te sporen.

Knelpunten en oplossing

Bij de klachtenfunctionaris kwam registreren op de laatste plaats in tijden van drukte. Ook was het onduidelijk wie de klachten registreerde, omdat de klachtenbehandeling voorheen onder ‘patiëntenservice’ viel, waar twee medewerkers werkten (de klachtenfunctionaris en een medewerkster patiëntenservice). Deze rollen werden vorig jaar duidelijker begrensd: enerzijds de klachtenfunctionaris, die ook zorg zou dragen voor de registratie, anderzijds de coördinator patiëntenvoorlichting, die niets meer te maken had met de klachten.

De klachtenfunctionaris was door tijdgebrek steeds verder achtergeraakt met de registratie. Dat is thans bijgewerkt. Tevens werd er afgesproken dat registratie terstond dient plaats te vinden.

Het applicatiebeheer was ook in handen van de (voormalige) medewerker patiëntenservice. Het applicatiebeheer werd in feite dus gedaan door iemand die niets met de klachtenafhandeling te maken had. Achteraf gezien waren er velden geactiveerd die voor de gebruikers van minder belang waren, en waren er velden niet geactiveerd die voor de gebruikers wel van belang waren. Nu hebben de gebruikers er zelf op grond van praktijkervaring meer zicht op en zeggenschap over. Het applicatiebeheer ligt nu bij de secretaresse van de klachtencommissie. Deze wordt hierin aangestuurd door de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie in samenwerking met de klachtenfunctionaris.

Uit het verleden is gebleken dat klachten soms in twee trajecten tegelijk liepen, zonder dat de secretaris van de klachtencommissie en de klachtenfunctionaris dat van elkaar wisten. Daarom wordt nu een ontvangen klacht direct geregistreerd en er wordt gecheckt of de klacht ook al bij het andere traject werd ingediend. Daarvoor kunnen de secretaris van de klachtencommissie en de klachtenfunctionaris in elkaars registratie kijken.

Het kernteam vindt dit geen bezwaar: wat dit betreft is een gedragscode op z'n plaats. Ook werd besloten dat in het registratiesysteem vooral de administratieve gegevens belangrijk zijn om van elkaar in te kunnen zien. De inhoudelijke gegevens (hoe loopt een bemiddeling, wat zijn de afspraken, enzovoort) kunnen wellicht van elkaar worden afgeschermd. Dit moet nog verder worden onderzocht.

Resultaat

Eenduidige klachtenregistratie door de klachtenfunctionaris, de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie en de claimregistratie.

Doelstelling 3

Kwaliteitsbeleid stimuleren op basis van registratie van klachten.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling is *aanbeveling 6I* uit de richtlijn gebruikt.

De rol van de richtlijn hierin was wederom niet vernieuwend, maar wel bevestigend.

Het team was ook zelf vanaf het begin van mening dat het noodzakelijk is om in het gehele ziekenhuis eenzelfde registratie te handhaven, zodat het mogelijk wordt om ‘verbeterpunten’ te ontdekken, herkennen, erkennen en aan te pakken.

Aanleiding

In de praktijk kwam de koppeling tussen klachten en kwaliteitsbeleid niet goed van de grond.

Activiteiten

Er zijn twee bijeenkomsten geweest van het proeftuinteam waarbij de registratie en analyse van de klachtenfunctionaris en de klachtencommissie zijn besproken. Naar aanleiding daarvan is de registratie aangescherpt. De tweede bijeenkomst leverde verbeterpunten op naar aanleiding van klachten.

Knelpunten en oplossing

Het registreren voldeed nog niet.

In het kader van het kwaliteitsbeleid is het belangrijk dat de optie ‘aanbevelingen’ in het registratiesysteem optimaal wordt benut door de klachtenfunctionaris.

De aanbevelingen in het registratiesysteem dienen:

- specifiek te zijn;
- besproken te worden met de aangeklaagde afzonderlijk;
- als er een rode draad zichtbaar is, ook besproken te worden met het afdelingshoofd, de zorgmanager, e.a. Het betreft hier klachten die vaker voorkomen of vaker zouden kunnen voorkomen. Vaak gaat het daarbij om iets structureels (bijvoorbeeld de lange wachttijden bij de SEH), maar het zou ook kunnen dat er bij één klacht wordt ontdekt dat er in de structuur iets veranderd moet worden (bijvoorbeeld een door de nabestaanden aangekruist formulier waarin ze toestemming geven voor donatie voor bepaalde organen);
- teruggekoppeld te worden naar de klager.

Bij de klachtencommissie verliep het bovenstaande vanzelfsprekender, doordat er formeel (in het kader van de klachtbehandeling) altijd een aanbeveling werd gedaan aan de directie en de klager een uitspraak krijgt.

De privacy van de medewerkers is nog een knelpunt. Om verbeteringen aan te brengen, moeten klachten vaak worden besproken met organisatorisch of medisch managers.

Hoe gaat men dan om met de privacy van degenen over wie de klacht gaat? Ook geldt dit bij klachten waarbij meerdere medewerkers betrokken zijn. Hierover brengen ze een dialoog op gang in het ziekenhuis.

Resultaat

Het kernteam dat zich vanaf het begin bezig heeft gehouden met de proeftuin, doopte zichzelf voor dit doel om tot *Commissie Analyse Klachten* met het volgende actieplan:

- Per twee maanden worden de afgehandelde klachten door het team geanalyseerd met het oog op mogelijk te ondernemen verbeteracties.
- De acties worden voorlopig uitgevoerd door het team; de lijn wordt door een van de teamleden erbij betrokken. Tot nu toe is het zo dat meteen na een bemiddelingsgesprek, of tijdens de behandeling van de klacht de klachtenfunctionaris al in het gesprek zegt hoe een en ander 'beter' had kunnen verlopen. Als blijkt dat er iets nog met iemand anders uit de lijn dient te worden besproken, dan praat de klachtenfunctionaris daarover met betrokkenen. De aanbevelingen van de klachtencommissie wordt door de adjunct-directeur zorg gecommuniceerd met betrokkenen. Het communiceren van aanbevelingen ná zo'n bespreking van de Commissie Analyse Klachten heeft nog geen duidelijke structurele vorm. Tot nu toe wordt dat ook dan afgesproken. Meestal gebeurt het communiceren door degene die het gemakkelijkst die 'verbeteractie' door kan geven.
- Op termijn wordt een medewerker aangewezen (kwaliteitsfunctionaris?) die deze taak ziekenhuisbreed op zich neemt.
- Er gaat informatie naar de medewerkers onder de titel 'Zo gaan we met klachten om'. Daarbij wordt de cultuur van 'blamefree' omgaan met klachten hoog in het vaandel gedragen!

Meer informatie

Zaans Medisch Centrum

Mevrouw I. Hondius-Stout, adjunct-directeur zorg

Telefoon: 075-6502266

E-mail: hondius.i@deheel.nl

Stichting Zorgbeheer de Zellingen

Capelle a/d IJssel

‘Klachten vormen het topje van de ijsberg. Wij willen daar ook onder kijken’

Stichting Zorgbeheer de Zellingen biedt zowel verpleeg- en verzorgingshuiszorg als thuiszorg. De Stichting bestaat uit twee verpleeghuizen, twee verzorgingshuizen en één thuiszorgorganisatie.

Ambities

Bewerkstelligen van een meer open cultuur ten aanzien van de klachtenafhandeling.

Doelstelling 1

Alle cliënten en zorgverleners zijn binnen zes maanden op de hoogte van de manier van afhandeling van klachten bij De Zellingen.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling zijn de *aanbevelingen 1 H en 1G* uit de richtlijn gebruikt.

Aanleiding

Er waren verschillende redenen om dit op te pakken. De bestaande folder was verouderd en De Zellingen was dermate gegroeid dat een ‘update’ noodzakelijk was. Bovendien ging de folder alleen over de cliëntenvertrouwenspersoon en niet over de klachtencommissie. De combinatie van die twee maakte een nieuwe folder ook noodzakelijk. Tot slot is dit een manier om cliënten te stimuleren meer te klagen.

Activiteiten

De cliëntenvertrouwenspersoon en de voorzitter van de onafhankelijke klachtencommissie hebben al het materiaal dat voorhanden was over de klachtenafhandeling bij De Zellingen bekeken, besproken en aangepast. Zo kon alles in één folder duidelijk leesbaar worden omschreven.

De tekst die hieruit voortvloeide, is bekeken door medewerkers/leidinggevenden uit verschillende geledingen van de organisatie en door andere belanghebbenden. Ook is de tekst voorgelegd aan cliënten, ter beoordeling van de leesbaarheid.

Naast de ontwikkeling van de folder is een tiental gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van alle voorzieningen (thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen) van De Zellingen om te kijken op welke wijze de informatie voorheen werd gedistribueerd.

Vervolgens is in kaart gebracht wat er moet worden ondernomen om te zorgen dat ook daadwerkelijk iedere cliënt en medewerker een folder krijgt – niet alleen nu, maar ook in de toekomst.

Knelpunten en oplossing

Het laten lezen van de conceptfolder kostte enorm veel tijd. Verschillende mensen hebben/willen iets te zeggen over de uit te geven folder. Dit dient meestal in groepsverband te gebeuren en niet iedereen vergadert wekelijks.

Al snel bleek dat er nogal wat verschillen waren: allereerst verschillen tussen de voorzieningen, maar ook verschillen tussen geldende afspraken en de praktijk van naleving. Ook al waren hier goede redenen voor te bedenken, hierover was eerder nog niet gepraat. Een goed voorbeeld is hierbij de thuiszorg van De Zellingen. De cliëntenvertrouwenspersoon had in het verleden afgesproken met het management dat de folder van deze persoon aan iedere nieuwe cliënt meegegeven zou worden in de map (alle paperassen die men nodig heeft bij inschrijving). Zo zou iedere cliënt direct op de hoogte zijn van de cliëntenvertrouwenspersoon. De discussie liep echter bij de thuiszorg dat iedere cliënt wel erg veel informatie kreeg bij intake. Binnen de thuiszorg ik toen de afspraak gemaakt om de hoeveelheid informatie te beperken. Zo viel ook de folder van de cliëntenvertrouwenspersoon (zonder medeweten van deze) buiten de boot. Wel werd de cliëntenvertrouwenspersoon genoemd in een algemeen document, tezamen met een kort stukje over klachtenafhandeling. Dit stukje voldoet echter niet aan alle eisen die gesteld zijn aan de speciaal ontwikkelde informatie over klachtenafhandeling. Geconcludeerd werd dus dat dit anders moet: andere en juiste informatie, misschien ingekort om aan de wensen van de thuiszorg (en zijn cliënten) te voldoen; wel een structureel georganiseerde distributie. Belangrijk is dat de distributie van het materiaal af en toe wordt gecontroleerd om hiaten te voorkomen. Een duidelijke afstemming is gewenst. Duidelijk moet ook zijn wie er verantwoordelijk is voor het materiaal en de distributie.

Tijdens de gesprekken bleek ook dat er nog grote verschillen tussen de voorzieningen zijn in het kijken naar en het omgaan met klachten. Bij de ene voorziening was niet bekend wat de klachtenregeling inhield, omdat ze sinds kort waren aangesloten bij De Zellingen. Bij de andere voorziening kregen ze nooit klachten of – anders gezegd – losten ze de klachten liever zelf op. Ook al zijn de klachtencommissie en de cliëntenvertrouwenspersoon de schrijvers van het geheel en nu deels verantwoordelijk voor de uitvoering – dit neemt niet weg dat het belangrijk is dat de folder wordt uitgegeven en gedragen door het bestuur van De Zellingen; cliëntenvertrouwenspersoon en de klachtencommissie zijn slechts middelen om de ambities en doelstellingen van De Zellingen waar te maken.

Resultaat

Alle medewerkers hebben de folder gekregen. Aangezien de folder tijdens de test begrijpelijk bleek te zijn, kunnen we aannemen dat alle medewerkers op de hoogte zijn.

Alle (nieuwe) cliënten krijgen de folder.

Doelstelling 2

Binnen vier maanden na te houden bijeenkomsten met personeel op een proefafdeling heeft iedere medewerker op de afdeling ten minste één gesprek met cliënt gehad over ervaren zorg op de betreffende afdeling. Het doel tijdens zo'n gesprek is om zoveel mogelijk tips te verzamelen over de kwaliteit van zorg voor de betreffende cliënt. Gesprekken moeten leiden tot verbetertips en verbeterafspraken.

Getoetst wordt ook de tevredenheid bij cliënten over de gehouden gesprekken.

Extra aandacht wordt besteed aan opleiding en toerusting van medewerkers met kennis over hoe om te gaan met onvrede bij de cliënt.

Na de proefperiode kijken we of het effect heeft op het aantal klachten op de afdeling.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling zijn de *aanbevelingen 2A en 6D* uit de richtlijn gebruikt.

Aanleiding

Met name de voordracht van M. Buiting tijdens de werkconferentie in november 2003 heeft ons aangezet om dit op te pakken.

Activiteiten

Deze ambitieuze doelstelling is besproken in het Zellingenberaad. Aan dit beraad nemen alle locatiemanagers en bestuurders deel.

Een locatiemanager werd benaderd en verzocht om medewerking aan de doelstelling. Deze locatiemanager reageerde enthousiast. Ook een andere locatiemanager meldde zich vrijwillig enthousiast aan. Zo was de eerste basis voor het project gelegd.

Iedere locatiemanager selecteerde een afdeling en besprak het project met de verantwoordelijke zorgmanager. Twee bijeenkomsten werden belegd, voor iedere afdeling één. Alle medewerkers die enigszins in contact staan met deze afdelingen, werden benaderd; dus niet alleen het directe afdelingspersoneel, maar ook de andere disciplines zoals de huishouding, ergo- en fysiotherapeuten, vrijwilligers, psychologen, maatschappelijk werk, activiteitenbegeleiding, pastorale zorg, enzovoort.

Tijdens de bijeenkomst werd aandacht besteed aan de doelstelling zelf, de organisatie en hetgeen we willen bereiken. Er werd uitgebreid ingegaan op de handvaten om een gesprek zo goed mogelijk te laten verlopen (zoveel mogelijk verbeterpunten verzamelen).

Uit ieder gesprek kwam een lijstje met verbeterpunten. Deze punten werden verzameld en samengevoegd in een document per afdeling. Dit document werd op een volgende bijeenkomst met alle medewerkers besproken. De volgende zaken kwamen daarbij aan bod: hoe verliepen de gesprekken; wat was de reactie van de cliënt; hoe is het ervaren door de medewerkers; wat kunnen we als team met de verzamelde verbeterpunten; wat zijn individuele punten en welke punten kunnen leiden tot algemeen beleid; hoe koppelen we terug naar de cliënt?

Over deze doelstelling zijn ook stukjes in het blad van De Zellingen geschreven. Er is een apart artikelje verschenen over gesprekstechnieken.

Knelpunten en oplossing

Wat de knelpunten betreft: die lagen vooral op organisatorisch vlak.

Niet iedereen kon op de bijeenkomsten zijn; het doorgeven van wat de bedoeling was, liep niet altijd vlekkeloos. Dit is opgelost door zelf achter de medewerkers aan te gaan die niet op de bijeenkomsten konden zijn.

Niet iedere discipline vond het even belangrijk deel te nemen aan het project. Dit had echter geen gevolgen voor de teamgeest. Misschien geeft dit ook iets weer van de verhoudingen in de organisatie en de verdeling van verantwoordelijkheden.

Een van de grootste struikelblokken was dat het project werd uitgevoerd door de cliëntenvertrouwenspersoon. Hierdoor werd het stempel weer gedrukt op de cliëntenvertrouwenspersoon als: 'die is er voor de cliënt'. Terwijl het natuurlijk juist zo moet zijn dat iedereen er is voor de cliënt en, als dit niet helemaal lukt, de cliëntenvertrouwenspersoon er is om dit weer in goede banen te leiden door de cliënt hierbij te ondersteunen.

Resultaat

Op twee afdelingen zijn opgeteld ongeveer 55 gesprekken gevoerd, met alle cliënten minstens één gesprek. Ieder gesprek leverde diverse tips op, minimaal vijf per gesprek. Dit waren zowel positieve punten als verbeterpunten.

Voorbeelden van verbeterpunten en mogelijke oplossingen van een somatische afdeling van een verpleeghuis:

- Sommige (vrouwelijke) cliënten willen niet door mannen worden gewassen. Omdat dit regelmatig voorkomt en niet altijd te realiseren is, is nu aan de Raad van Bestuur gevraagd hierin een standpunt in te nemen.
- Buitenlandse mensen die zich moeilijk verstaanbaar kunnen maken, moeten vaak opnieuw dezelfde aanwijzingen geven aan het personeel omdat het zorgplan niet altijd werd gebruikt. Nu wordt dit soort informatie voor op de zorgmap gezet.
- Te laat/te vroeg uit bed of te lang wachten op het toilet.

De meeste medewerkers waren erg enthousiast. Een aantal malen moest wel weer duidelijk worden neergezet dat het een project is van De Zellingen en niet alleen van de cliëntenvertrouwenspersoon. Juist door dit te benadrukken werd de medewerking alleen maar groter. Uiteindelijk hebben de meeste disciplines deelgenomen aan het project.

Iedere medewerker heeft in ieder geval één gesprek gehouden met een cliënt op de betreffende afdeling. Sommige medewerkers kregen de smaak te pakken en hielden gesprekken met meerdere cliënten.

De cliënten vonden het leuk om hieraan mee te doen.

Op basis van deze ervaringen is besloten om 'exit interviews' te houden met cliënten op één afdeling. Momenteel gebeurt dat alleen op de revalidatieafdeling bij orthopatiënten (nieuwe heup of knie), maar dat willen we gaan uitbreiden. Daarvoor wordt een vragenlijst ontwikkeld.

Kijkend naar de doelstellingen en het project kunnen we zeggen dat de richtlijn, de 'pilot', ons een stuk op weg heeft geholpen, vooral omdat we meedoen aan het toetsen van de richtlijn. Wat niet in de richtlijn staat (en er waarschijnlijk ook niet in hoort), is de praktische toepasbaarheid en de organisatorische gevolgen.

Vooralsnog heeft het project geen gevolgen gehad voor het aantal klachten.

Meer informatie

Stichting Zorgbeheer de Zellingen

Mevrouw M. Valkenburg, cliëntenvertrouwenspersoon

Telefoon: 06-21576086

E-mail: m.valkenburg@tref.nl

De Geestgronden

Bennebroek

‘Zullen we het huis afbouwen?’

De Geestgronden is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in het zuidelijk deel (exclusief Amsterdam) van de provincie Noord-Holland.

Ambities

Wat we met het project willen bereiken, is:

- draagvlak bij medewerkers vergroten;
- meer gevoeligheid voor signalen;
- evaluatie tevredenheid over afhandeling van klachten;
- beleidsmatige consequenties van klachten realiseren.

Klachtenafhandeling bij de Geestgronden is als een half afgebouwd huis, waarbij de maker ook nog met andere klussen bezig is, dus waarin het nog steeds niet comfortabel wonen is.

Doelstelling

Alle klachteninstanties koppelen jaarlijks op geaggregeerd niveau informatie terug naar management en medewerkers. Deze informatie is input voor het systematisch opzetten van verbeteringen. Daarnaast brengt de instelling jaarlijks op een vast moment een openbaar klachtenjaarverslag uit, als onderdeel van het instellingsjaarverslag. Dit klachtenjaarverslag wordt door de Raad van Bestuur besproken met de Centrale Cliëntenraad.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling zijn de *aanbevelingen 1C, 1D, 1E, 1G*, de *aanbevelingen uit hoofdstuk 2* en de *aanbevelingen 6D, 6F, 6H en 6K* uit de richtlijn gebruikt.

Ten aanzien van de functie van de klachtenfunctionaris werd vanuit de klachtenrichtlijn duidelijk dat, hoewel wij al een aantal klachtenfunctionarissen hadden, hun taken en bevoegdheden en met name het stuk rond de privacy verder moesten worden uitgewerkt. De richtlijn gaf hiervoor duidelijke aanwijzingen.

Ten aanzien van het beschrijven van de interne klachtenafhandeling wordt in de klachtenrichtlijn een duidelijke aanpak beschreven van hoe om te gaan met klachten. Met name het onderscheid tussen opvang/bemiddeling en behandeling is duidelijk. Uit de enquête bleek dit binnen de instelling niet zo te zijn. Daarom is in de beleidsnotitie niet alleen het laatste

traject – de vertaalslag van klachten naar beleid – maar ook het omgaan met klachten op alle niveaus beschreven.

Aanleiding

Naar aanleiding van een enquête onder alle leidinggevenden werd duidelijk dat er binnen de instelling geen eenduidige handelwijze is in het ontvangen, bespreken en afhandelen van klachten.

De plek van de PVP was duidelijk, maar de plaats en functie van de klachtenfunctionaris – een functie die binnen sommige afdelingen relatief kort geleden is ontstaan – is veel minder duidelijk. Dit leidt ertoe dat ze soms in het traject worden vergeten.

Niet overal worden klachten systematisch geregistreerd, en er worden niet overal klachtenjaarverslagen gemaakt. Er is geen koppeling aan systematische verbetering.

Ook blijken de verschillende afdelingen op zeer verschillende wijze om te gaan met privacy van klagers.

Activiteiten

1. *De functie van de klachtenfunctionarissen verder verhelderd*

In een aantal bijeenkomsten met de klachtenfunctionarissen is hun functie verder beschreven en vastgelegd.

2. *Interne klachtenafhandeling opnieuw beschreven*

Aan de hand van de klachtenrichtlijn werd de interne klachtenprocedure opnieuw beschreven.

3. *Nieuw klachtenformulier ontwikkeld*

Binnen de organisatie zijn alle bestaande formulieren voor klachtenregistratie verzameld. Om te komen tot een eenduidige registratie is een nieuw formulier ontworpen.

4. *Procedure voor het vertalen van klachten naar beleid gemaakt*

De projectgroep heeft een voorstel gemaakt voor een eenduidige procedure om te komen tot een systematische vertaling van klachten naar beleid oftewel verbetermanagement. Het houdt in dat het vertalen van klachten naar beleid wordt meegenomen in de planning- en beheerscyclus. Dit betekent dat het onderdeel wordt van een jaarlijks terugkerend proces, waarbij het proces van signalen tot verbeteringen wordt gevolgd en daarover resultaatafspraken worden gemaakt.

Knelpunten en oplossing

De lijn van de organisatie blijkt onvoldoende op de hoogte van de activiteiten en afspraken rond klachtenafhandeling – terwijl er juist van de lijn acties worden verwacht bij het vertalen van klachten naar het uitvoeren van verbeteringen.

Dit betekent dat het nieuwe beleid goed moet worden gedragen op alle niveaus, maar met name door de teamleiders die in de uitvoering een belangrijke functie krijgen. Daarom is besloten om de plannen met hen te bespreken, in het reguliere overleg tussen de stafafdeling

en de lijn. Daaruit kwamen goede suggesties vanuit de teamleiders, waardoor het draagvlak voor de plannen is vergroot.

Resultaat

- Er is een duidelijke functieomschrijving van de klachtenfunctionaris gemaakt.
- Er is een notitie geschreven, getiteld 'Omgaan met klachten en signalen binnen De Geestgronden'. Daarin worden de activiteiten 2 t/m 4 beschreven. Deze notitie wordt in het managementteam besproken, en na goedkeuring worden de voorstellen geïmplementeerd.

Meer informatie

De Geestgronden

Mevrouw I. Kraus, beleidsmedewerker

Telefoon: 023-5832207

E-mail: i.kraus@geestgronden.nl

Stichting St. Anna

Heel

‘We willen breder kijken dan alleen de formele klachtenprocedure’

Stichting St. Anna is een instelling voor mensen met een verstandelijke handicap.

De proeftuin is drie maanden later gestart en heeft tijdens de projectperiode de doelstellingen niet (geheel) kunnen verwezenlijken. In het onderstaande verslag betreft het daarom vooralsnog beleidsvoornemens.

Ambities

Om preventief beleid te voeren naar aanleiding van klachten, zijn wij als organisatie van mening dat ‘sturen op klachten die uitsluitend kenbaar worden gemaakt via de bestaande klachtenprocedure’, geen volledig/representatief beeld geeft van het omgaan met klachten in de praktijk. Er zijn naar onze mening regelmatig klachten die in de lijn worden opgelost en dus mogelijk niet in samenhang met relevante onderdelen binnen de organisatie worden besproken.

Doelstelling

Een van de doelstellingen op strategisch gebied is om daadwerkelijk te gaan werken met ‘resultaatgericht management’, waarvoor een selectieset van kritische succesfactoren en prestatie-indicatoren is geformuleerd.

Ten aanzien van het onderwerp klachten ligt er in deze context een voorstel om in de toekomst:

- aantal en aard van klachten te meten (*aanbeveling 6E*);
- deze informatie frequent te bespreken om feedback op clusterniveau na te streven (*aanbeveling 6D*).

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling worden de *aanbevelingen 6D en 6E* uit de richtlijn gebruikt. De richtlijn geeft duidelijke kaders aan, maar vraagt een bepaalde attitude van medewerkers.

Aanleiding

Inventarisatie/enquêtes onder cliënten – medewerkers – cliëntenvertegenwoordigers – managers.

Activiteiten

In slechts één van de vier voorzieningen van stichting St. Anna zijn discussies gevoerd naar aanleiding van de richtlijn. De reden hiervoor is de late instap in het proeftuintraject en het tijdsaspect.

Er zal een notitie worden geschreven over 'het sturen op klachten in de organisatie', dat breed zal worden besproken. De discussie met de medewerkers die daadwerkelijk met de cliënten werken, dient zorgvuldig te worden gevoerd om acceptatie/draagkracht te creëren.

Duidelijk is dat attitude, procedures en onderlinge afstemming enkele aspecten zijn die nader zullen worden uitgewerkt. Ook staat vast dat kaders duidelijk dienen te zijn en op een laagdrempelige manier ingestoken dienen te worden op het implementatietraject.

Knelpunt

Het knelpunt kan het tijdsaspect zijn, maar een realistisch (doch niet vrijblijvend) implementatietraject krijgt op dit moment de voorkeur.

Meer informatie

Stichting St. Anna

G. Ferron, beleidsmedewerker kwaliteit

E-mail: guus.ferron@stanna.nl

Stichting Klachtopvang Huisartsenzorg Zuid-Nederland (SKHZN)

Eindhoven

‘We moeten blijven vertalen’

SKHZN is een organisatie die de klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling voor de huisartsenzorg in Zuid-Nederland verzorgt.

Ambities

Uniformering van de informatievoorziening aan klagers over de verschillende mogelijkheden om met een klacht over een huisartsenpost om te gaan, zodat deze informatie bij de Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland (SKHZN) en bij de bij deze aangesloten huisartsendienstenstructuren (HDS-en) gelijk is.

Doelstelling

Vanaf 1 april 2004 krijgen patiënten die een klacht willen indienen over de Stichting Huisartsenposten Midden-Limburg (HAP-ML), dezelfde informatie over de manieren van klachtenafhandeling bij de Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland (SKHZN) als bij de HAP-ML.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling is *aanbeveling 3D* uit de richtlijn gebruikt. Voor ons was het niet zozeer de richtlijn zelf als wel de toelichting (zorg voor een combinatie van mondelinge en schriftelijke informatie) nuttig. We hebben de neiging bij de klachtenopvang veel mondeling af te handelen, terwijl toch ook blijkt dat een schriftelijke inbedding van een telefonische afhandeling onduidelijkheden achteraf kan voorkomen: aankondiging van het telefonisch contact opnemen door klachtenfunctionaris en bevestiging van telefonische afhandeling. Let wel: het gaat hierbij om klachten die al schriftelijk zijn ingediend bij de SKHZN.

Aanleiding

Bij klagers bestond onduidelijkheid over de werkwijzen van de huisartsenposten en die van de SKHZN ten aanzien van manieren van klachtenafhandeling. De werkwijzen van de huisartsenposten variëren van een minimale vorm van klachtenafhandeling door de manager van de huisartsenpost tot een uitgebreide vorm waar diverse personen bij betrokken zijn, zoals de manager, klachtenfunctionaris, interne en externe klachtencommissie, enzovoort.

Activiteiten

1. *Stroomschema*

Er is een stroomschema klachtenopvang en klachtenbehandeling bij HDS-en opgesteld. Met een van de HDS-en is het stroomschema doorgesproken op toepasbaarheid.

2. *Aankondiging project*

Het project is bij alle 20 HDS-en in de regio aangekondigd.

3. *Overleg met deelnemende HDS*

De Centrale Huisartsen Post (CHP) Eindhoven werd bereid gevonden tot deelname. In een gesprek werden de klachtenprocedures naast elkaar gelegd. Aangezien de CHP deze nog niet geheel schriftelijk had uitgewerkt, werd afgesproken dat eerst te doen en op basis daarvan te bekijken hoe de informatievoorziening op elkaar kon worden afgestemd. De CHP liet vervolgens weten wegens onderbezetting de procedure toch niet binnen de gestelde termijnen op papier te kunnen zetten en zich voor nu terug te willen trekken.

4. *Nieuwe HDS: wederom overleg*

Vervolgens is de Stichting Huisartsenposten Midden-Limburg (HAP-ML) verzocht en bereid gevonden de plaats van de CHP Eindhoven in te nemen. De HAP-ML had voor haar klachtenprocedure een stroomschema ontwikkeld, alsmede zes protocollen:

- doorverwijzing naar klachtenfunctionaris (inclusief tekst folder 'Niet tevreden over huisartsenpost Midden-Limburg');
- klachtenopvang (inclusief klachtenformulier en ontvangstbevestiging);
- klachtenregistratie;
- interne klachtenafhandeling;
- externe afhandeling;
- directe klachtenafhandeling met arts (inclusief standaardbrieven).

5. *Naast elkaar leggen procedures/communicatiemiddelen*

De procedures van SKHZN en HAP-ML (inclusief folders en standaardbrieven) zijn naast elkaar gelegd en besproken. Daaruit bleek dat beide procedures elkaar voor het overgrote deel goed aanvulden en dat ook in de communicatiemiddelen van SKHZN en HAP-ML voor het overgrote deel correct naar elkaar werd verwezen. Waar noodzakelijk en mogelijk werden de communicatiemiddelen aangepast/toegevoegd. Zo werd het onderscheid tussen klacht en kritiek dat bij de HAP-ML werd gehanteerd geschrapt – en elke uiting van onvrede als klacht bestempeld en behandeld.

6. *Test*

Vervolgens werd getest of de informatie die bij de SKHZN en bij de HAP-ML telefonisch aan klagers wordt verstrekt, ook werkelijk zo eenduidig is als SKHZN en HAP-ML dachten. Er werden hiervoor tien mensen benaderd. Iedere tester kreeg de opdracht om ofwel de SKHZN

ofwel de HAP-ML te bellen met een klacht over de HAP-ML. Ze kregen vervolgens een formulier toegestuurd, waarin hen werd gevraagd naar de informatie die hen telefonisch is gegeven. De uitkomst van de test was positief: de testers vonden over het algemeen dat zij goede informatie kregen.

Drie kanttekeningen:

- Wrevel ontstond wanneer de juiste persoon niet aanwezig was. Het is van belang telefonistes te instrueren over wat te zeggen als de klachtenfunctionaris niet aanwezig is – bijvoorbeeld nummer noteren en terug laten bellen door de klachtenfunctionaris.
- In sommige gevallen was de informatie te veel van het goede. Dosering was gewenst.
- Aan niemand werd schriftelijk materiaal aangeboden.

Knelpunten en oplossing

Er deden zich geen knelpunten voor, behalve dat er een nieuwe HDS moest worden gevonden na terugtrekking van de eerst aangezochte HDS.

Resultaat

SKHZN en HAP-ML hanteren dezelfde procedure en geven dezelfde informatie aan klagers over de manieren van klachtenafhandeling.

Voor de toekomst

Het project zal worden voortgezet met de andere HDS-en die bij de SKHZN zijn aangesloten, om zo in Zuid-Nederland te komen tot een uniformering van de informatievoorziening over de afhandeling van klachten over huisartsendiensten.

Er moet aandacht blijven voor een goede verhouding tussen mondelinge en schriftelijke informatie over de klachtenafhandeling.

Meer informatie

Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland

Marieke Hellevoort, coördinator

Telefoon: 040-2122780

E-mail: mhellevo@inter.nl.net

Klachtenregeling Huisartsenzorg Haaglanden

Den Haag

‘Huisartsenpost of praktijk, klachtenafhandeling voor iedereen gelijk’

Ambities

Eén loket voor klachtenafhandeling voor de huisartsenpraktijken in het district en de huisartsenpost, dit afstemmen en integreren, betere bekendmaking van de klachtenregeling en signalen in kwaliteitsbeleid integreren.

Doelstelling 1

Vanaf 1 januari 2004 alle klachten over Haagse huisartsen, of de klacht zich nu richt op de dagzorg of op de avond-, nacht- of weekendzorg (ANW-zorg), op dezelfde manier afhandelen.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling is *aanbeveling 3A* uit de richtlijn gebruikt.

De richtlijn is in eerste instantie gebruikt als aanleiding om iets te veranderen in de klachtenafhandeling van beide organisaties.

Daarnaast is de richtlijn gebruikt als checklist om te kijken of de voorgestelde procedure (zoveel mogelijk) voldoet aan hetgeen in de richtlijn staat.

Aanleiding

- Er was bevreemding over het feit dat huisartsen met twee verschillende soorten klachtenafhandeling worden geconfronteerd: namelijk de klachtencommissie, die klachten veelal schriftelijk behandelde, en de huisartsenpost, die de klachten veelal door bemiddeling oploste.
- Patiënten die een klacht over de huisartsenpost wilden indienen, wisten op basis van de folder van de huisartsenpost niet precies wat het verschil was tussen het indienen van een klacht bij de klachtenfunctionaris van de huisartsenpost of bij de klachtencommissie.
- Bij de klachtencommissie werd bemiddeling wel aangeboden, maar nog niet in alle gevallen.
- De richtlijn werd als ‘breekijzer’ gebruikt om een proefomgeving op te zetten.

Activiteiten

- Medewerkers van de Districts Huisartsen Vereniging (DHV) en van de Stichting Mobiele Artsen Service (SMASH = huisartsenpost) zijn geïnformeerd omtrent gelijke afhandeling van de klachten. Dit gebeurde tijdens een regulier medewerkersoverleg.
- De klachtdossiers van de klachtencommissie (klachten over dagzorg) en van de huisartsenpost (klachten over de ANW-zorg) zijn vanaf 1 januari samengevoegd en op één plaats ondergebracht. De toegankelijkheid tot de papieren en elektronische dossiers is hierdoor beperkt.
- Er is nieuw briefpapier geïntroduceerd met de nieuwe naam. Voorheen was er briefpapier van de klachtencommissie en van de huisartsenpost: alle klachten worden nu met eenzelfde briefhoofd verstuurd. De naam van de regeling is nu: Klachtenregeling Huisartsenzorg Haaglanden. Hiermee wordt aangegeven dat de regeling meer omvat dan alleen een klachtencommissie. Immers, de klachtenfunctionaris/bemiddelaar en de secretaris maken er ook deel van uit.
- Er is een nieuw format voor de registratieformulieren/bemiddelingsverslagen gemaakt. Immers, alle gegevens die relevant zijn voor het jaarverslag van zowel de klachtenregeling als het kwaliteitsjaarverslag (dat SMASH moet maken als zorgaanbieder), moeten worden genoteerd.
- De klachten worden allemaal naar de klachtenfunctionaris gezonden die informatie geeft over de klachtenregeling. Afhankelijk van de uitkomst van het eerste gesprek zal hierna bemiddeling of schriftelijke klachtenbehandeling plaatsvinden. Van deze werkwijze is een stroomschema gemaakt.

Knelpunten en oplossing

- Er was onduidelijkheid op het secretariaat van de DHV en de huisartsenpost over de plaats waar klachten geregistreerd moesten worden. Hierdoor werd de klachtpost op verschillende plaatsen ingeschreven. De instructie voor het secretariaat is verbeterd; onduidelijkheden zijn doorgesproken met alle medewerkers van secretariaat.
- Bij klachten van patiënten inzake rekeningen werd de incasso niet geblokkeerd. Hiervoor is een procedure afgesproken met secretariaat SMASH om incasso van rekeningen te blokkeren zo lang de procedure loopt. Aangezien dit echter vrij omslachtig is en extra controle vergt, is dit op advies van de LHV inmiddels weer verlaten. De LHV stelt immers dat het indienen van een klacht geen opschortende werking ten aanzien van de betalingsverplichting heeft. In de ontvangstbevestiging van een klacht die (mede) betrekking heeft op een rekening, adviseert de klachtenregeling nu dan ook aan mensen om hun rekening gewoon te betalen.
- Een belangrijk knelpunt is het feit dat bemiddeling behoorlijk veel duurder is dan een klachtencommissie, die haar klachten meestal schriftelijk afhandelt. Voor 2004 is besloten nog geen contributieverhoging door te voeren, maar de middelen die nodig zijn voor bemiddeling te zoeken in een goede kostendoorberekening van de huisartsenpost naar de klachtenregeling.

- Tot slot is de houding van de klachtencommissie ten aanzien van het bij bemiddeling aan bod komen van de medisch inhoudelijke aspecten van een klacht zeer kritisch. Hiervoor zijn verschillende oplossingen bedacht die nog nadere uitwerking behoeven. Een van de middelen die we zouden kunnen gebruiken om de medisch inhoudelijke kant van een klacht die bemiddeld is bij de beroepsgroep voor het voetlicht te brengen, is het anoniem publiceren van de klacht met een voetnoot van een collega. Hierdoor kan men het leer-moment dat volgens de klachtencommissie of de klachtenfunctionaris in de klacht zit, communiceren naar de beroepsgroep. In uitzonderlijke gevallen zou zelfs de desbetreffende huisarts hierop door de huisarts-klachtenfunctionaris (informeel) kunnen worden aan-gesproken.

Resultaat

- De besturen van zowel DHV als SMASH hebben groen licht gegeven om met deze con-structie door te gaan.
- Van de klachten wordt ongeveer 65-70% bemiddeld.

Doelstelling 2

Per 1 februari 2004 alle voorlichtingsmateriaal omtrent de nieuwe klachtenregeling voor alle partijen beschikbaar hebben.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling is *aanbeveling 3D* uit de richtlijn gebruikt. De richtlijn is gebruikt om de checken op welke manier informatie aan patiënten kan worden gegeven over klachtenafhandeling. In de richtlijn wordt veel nadruk gelegd op laagdrempeligheid. Om deze in de extramurale setting te bevorderen is bijvoorbeeld een telefoonnummer opgenomen waar patiënten informatie kunnen krijgen over de klachtenregeling. Het mondeling indienen van een klacht wordt nog altijd als onwenselijk gezien. Indien klagers kiezen voor bemiddeling, kunnen zij nog altijd hun klacht mondeling toelichten.

Aanleiding

Een nieuwe naam voor klachtenafhandeling en een nieuwe werkwijze zijn aanleiding om de informatie hierover te herzien.

Activiteiten

- In de maanden januari tot maart 2004 is met verschillende partijen gewerkt aan het maken van een duidelijke poster voor de wachtkamer en een informatiefolder: 'Heeft u een klacht over uw huisarts? Blijf er niet mee lopen maar doe er iets mee. Dat kan!'
- Hoewel de poster tekstueel klaar is, is de lay-out nog niet optimaal. Mogelijk dat er in de toekomst middelen zijn om hier meer aandacht aan te besteden.

- De teksten zijn afgestemd met huisartsen, de klachtenfunctionarissen, de secretaris van de klachtencommissie, de leden van de klachtencommissie en het IKG.

Knelpunten en oplossing

Over het voorbestaan van het DHV-bureau (en dus de secretariële ondersteuning van de Klachtenregeling) in de huidige vorm is in 2004 veel onzekerheid ontstaan. Het was onduidelijk wie de klachtenregeling zou voortzetten en in welke vorm. Daarom is er voor gekozen om het materiaal pas beschikbaar te stellen op het moment dat we zeker weten dat de huidige werkwijze zal blijven bestaan en onder welke vlag dit zal gebeuren. Het lijkt onzinnig nu geld uit te geven aan posters en folders als dit niet zeker is. We hebben er wel voor gekozen het materiaal op kleine schaal en in een eenvoudiger uitvoering al te gebruiken. In plaats van grootschalige verspreiding wordt de folder nu in een zwart-wit kopie verstrekt aan degene die van de klachtenregeling gebruikmaakt (klager).

Resultaat

Folder en poster zijn klaar om in productie te worden genomen als de contouren van de eerstelijns ondersteuning duidelijk zijn. De folder wordt reeds gebruikt bij huidige klachtenafhandeling.

Doelstelling 3

Gedurende het project een begin maken met het beschrijven van kwaliteitsbeleid voor de 'huisartsenzorg overdag'.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Voor het uitvoeren van deze doelstelling is *aanbeveling 6B* uit de richtlijn gebruikt.

In *hoofdstuk 6* hebben we gekeken wat de richtlijn onder kwaliteitsbeleid verstaat en aan de hand daarvan zijn we het plan gaan schrijven.

Voorheen had men het idee dat vooral de kwantiteit van een soort klacht aanleiding gaf om iets aan kwaliteitsverbetering te doen. In de richtlijn wordt hier expliciet van afgeweken. Ook één klacht over één onderdeel van de huisartsenzorg kan worden gebruikt om de kwaliteit van de huisartsenzorg te verbeteren.

Aanleiding

De klachtencommissie had al langer de wens om meer te doen dan alleen klachtenbeoordeling. De doelstelling om een bijdrage te leveren aan verbetering van de kwaliteit van de huisartsenzorg, werd nauwelijks ingevuld.

Activiteiten

In de eerste helft van de maand maart is een eerste aanzet gedaan voor een beleidsplan kwaliteitsbeleid. Dit concept is een keer besproken in de werkgroep 'proeftuin'. Echter, daar is besloten dat dit traject wordt voortgezet met de aangestelde huisarts-kwaliteitsfunctionaris van de DHV.

Knelpunten en oplossing

- Gezien de onzekere situatie over het voortbestaan van de DHV was het onduidelijk in hoeverre activiteiten op dit gebied konden worden ontplooid. Hierdoor is enige vertraging ontstaan. Inmiddels is duidelijk dat de klachtenregeling voorlopig kan blijven functioneren.
- De richtlijn is te uitgebreid om alles te kunnen implementeren op het gebied van kwaliteit; er is voor gekozen om samen met de DHV-kwaliteitsfunctionaris de speerpunten te gaan benoemen.
- Daarnaast is vertaling van de richtlijn naar de extramurale setting een extra hobbel in het proces.

Resultaat

- Bij de huisartsenpost werd kwaliteitsbeleid al vanaf het begin opgepakt. Gezien de verschillen in organisatie is gekozen om kwaliteitsbeleid in gescheiden trajecten aan te pakken. Immers, bij de dagzorg hebben we te maken met 350 individuele huisartsen en bij de huisartsenpost hebben we te maken met één zorgaanbieder die zijn werknemers en deelnemers (tot op zekere hoogte) instructies kan geven.
- Er is een begin gemaakt met het schrijven van het beleidsplan. Inmiddels heeft de DHV voor een dag per week een huisarts-kwaliteitsfunctionaris aangesteld. Samen met deze functionaris zal worden bekeken hoe dit beleidsplan in het grote geheel past en op welke punten het op korte termijn uitwerking behoeft. Daarnaast zal met deze functionaris worden bekeken hoe signalen vanuit de klachtenregeling/klachtenafhandeling kunnen worden omgezet in een kwaliteitstraject.

Meer informatie

Mevrouw M. Prieckaerts, secretaris klachtenregeling huisartsenzorg Haaglanden

Telefoon: 070-3029822

E-mail: info@dhv-den Haag.nl

Bijlage 2

Praktijkvoorbeelden

Deelnemers

Ziekenhuizen

- Academisch Ziekenhuis Groningen, Groningen
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
- HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg, Den Haag
- Isala Klinieken, Zwolle
- Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag
- Reinier de Graaf Groep, Delft
- Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam
- St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
- Stichting Zorgportaal, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden
- Zaans Medisch Centrum, Zaandam

Verpleeg- en verzorgingshuizen

- Circonflex, Zevenbergen
- ConForte, Rotterdam
- Stichting Zorgbeheer de Zellingen, Capelle a/d IJssel

Geestelijke gezondheidszorg

- Klachtencommissie voor GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Dijk en Duin en GGZ-centrum Westfriesland

Vrijgevestigden

- KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Klachtencommissie Huisartsenzorg WSD

Verslagen

In de praktijk zijn er allerlei organisaties die een bepaald aspect van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg op een bijzondere wijze realiseren. Deze praktijkvoorbeelden kunnen dienen

als illustratie en als inspiratie bij het in praktijk brengen van aanbevelingen uit de richtlijn. De informatie over hen is vervat in korte verslagen. De verslagen zijn gerangschikt naar sector en in alfabetische volgorde opgenomen in deze bijlage.

Van elk praktijkvoorbeeld zijn beschreven: aanleiding, werkwijze en resultaten. Tevens is aangegeven welke aanbeveling uit de Klachtenrichtlijn hier wordt geïllustreerd.

Voor het geval u meer wilt weten of gebruik wilt maken van de ervaringen, is een contactpersoon en -adres genoemd.

De kern van elk praktijkvoorbeeld is aan het begin van het verslag kort aangegeven.

Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG)

Op de afdeling kindergeneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Groningen heerst met betrekking tot klachten en fouten een cultuur van openheid, duidelijkheid en betrokkenheid, waardoor medewerkers niet bang zijn voor klachten en medewerkers deze zoveel mogelijk zelf afhandelen.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij *hoofdstuk 2* (omgang van de zorgverlener met klager) van de richtlijn.

Aanleiding

Op de afdeling kindergeneeskunde van het AZG is kinderarts Verhagen gestart met het bespreken van klachten op de afdeling met de medewerkers. Dit is in de loop der tijd tot stand gekomen door de persoonlijke bevlogenheid van dokter Verhagen, die klachten als een hobby is gaan zien. ‘Klachten zijn leuk; het is veelal een interessante casuïstiek over onszelf en de cliënt’ (of beter in dit geval met de ouders van de cliënt). Ook vindt hij het opkomen voor je eigen afdeling belangrijk – niet alleen vanwege innerlijk gelegen motieven, maar ook om de onderlinge saamhorigheid te versterken. Hij vindt het belangrijk dat kan worden geleerd van missers in de dienstverlening. Hij is hierop gespitst omdat fouten maken tot op zekere hoogte normaal is en een gemaakte fout hem ook had kunnen overkomen. Niet alleen het voorkomen van fouten door alert en adequaat handelen heeft zijn zorg, maar ook het adequaat afhandelen van fouten vindt hij cruciaal in het verbeteren van de dienstverlening. Met deze attitude wordt voorkomen dat medewerkers overdreven krampachtig reageren op onvrede of een ingediende klacht. Veel inadequate reacties komen immers voort uit de, naar zijn idee onterechte, angst voor de gevolgen van klachten, de angst om ‘met een klacht aan je broek het verder wel te kunnen vergeten’.

Werkwijze

Een aantal keer per jaar is er een overleg met alle kinderartsen en arts-assistenten over lopende klachten of gesignaleerde onvrede. Hierin wordt veelal de gehele casuïstiek besproken.

Transparantie over klachten wordt bevorderd door eens per jaar de klachten te bespreken op afdelingsniveau in plaats van op ziekenhuisbreed niveau. Een medewerker van de afdeling analyseert de klachten inhoudelijk, en daaruit worden meer casuïstiekbepalende beleidswijzigingen ontworpen. In dit overleg worden de ervaringen van de klachtafhandeling vanuit het perspectief van de behandelaar bekeken; dit wordt met de klachtenfunctionaris teruggelinkt. Tevens vergroot men de openheid en de bereidheid om van klachten te leren door hieraan extra aandacht te besteden in onderwijsmomenten. Dit onderricht is gericht op het vergroten

van de sensitiviteit van medewerkers bij onvrede van de cliënt en/of ouders, het aanleren dan wel verbeteren van communicatieve vaardigheden en informeren over de mogelijkheid van bemiddeling. Dit onderricht geschiedt door een supervisor tijdens cliëntcontacten alsmede in klinische lessen.

Resultaten

Door aandacht voor attitudeverandering is er over klachten openheid, duidelijkheid en betrokkenheid gecreëerd. Dit heeft er onder meer toe geleid dat bij de overdracht van de dienst ook gesproken wordt over (vermeende) onvrede bij cliënten en/of ouders en ook over de stand van zaken wanneer er een actuele klacht loopt van een cliënt en/of ouders.

De algemene angst om aangeklaagd te worden met bijbehorend vermijgend gedrag is omgezet in oprechte nieuwsgierigheid om een klacht reeds in een vroeg stadium te signaleren en dit als een kans te zien om gaten in dienstverlening te kunnen opsporen. De afhandeling van de klachten heeft een positief veranderend effect op de kwaliteit van de dienstverlening.

Meer informatie

Academisch Ziekenhuis Groningen

Mr. drs. E. Verhagen, chef de clinique kindergeneeskunde, kinderarts

Telefoon: 050-3619868

E-mail: e.verhagen@bkk.azg.nl

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

In het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen worden door en met behulp van de klachtenfunctionaris en teamleiders van afdelingen activiteiten ondernomen om klachten in de lijn onder de aandacht te brengen en te proberen door middel van casusbesprekingen de kwaliteit te verbeteren.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij *hoofdstuk 6* (bijdrage aan kwaliteitsverbetering) en met name de *aanbevelingen 6C, 6D en 6J* van de richtlijn.

Aanleiding

In het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis bespreekt de klachtenfunctionaris bepaalde klachten volgens een vaste procedure met teamleiders. De aanleiding hiervoor was dat er steeds meer complexe klachten kwamen, bijvoorbeeld omdat er meerdere klagers bij betrokken zijn die allemaal hun eigen belevingen hebben, omdat er heel veel details beschreven zijn of meerdere disciplines betrokken zijn in de klacht. De klachtenfunctionaris merkte dat teamleiders wel op de grote lijnen ingingen, maar de kleine zaken die voor verbetering vatbaar zijn, lieten liggen. Bovendien bleek dat bij een klacht waarin feiten en emoties verweven zijn, teamleiders moeite hadden zaken te scheiden en meer op de emotie van de klager ingingen dan op de zakelijke kant.

Werkwijze

In de procedure van het bespreken van klachten heeft de klachtenfunctionaris een meer coachende rol; om het leereffect te vergroten is het de teamleider die de klacht analyseert en onderzoekt. De procedure bestaat uit vijf stappen:

- In stap 1 en 2 zetten klachtenfunctionaris en teamleider aan de hand van een klachtbrief of klachtverslag van de klachtenfunctionaris op een rij wat precies de feiten en gebeurtenissen zijn die de klager signaleert en wat daarover zijn mening of oordeel is. Andersom kan ook worden gekeken naar de mening of het oordeel van de klagers over de zorg en op welke gebeurtenissen hij dat precies baseert. Hierbij bekijkt de teamleider de klacht objectief, als een 'buitenstaander', zonder zich een oordeel te vormen over de mening van de klager of gebeurtenissen. Op deze manier wordt de klacht geobjectiveerd, uit elkaar getrokken en in kleine brokjes verdeeld; er wordt inzichtelijk op basis van welke gebeurtenissen een klager tot zijn klacht is gekomen.
- In stap 3 gaat de teamleider op onderzoek uit op basis van de lijst van gebeurtenissen. Aan de hand van rapportages, protocollen en gesprekken met verpleegkundigen en artsen verzamelt deze informatie.

- Tijdens stap 4 werken teamleider en klachtenfunctionaris weer samen. De verzamelde informatie bespreken en vergelijken zij de feiten die de klager beschrijft. Het resultaat van interpretatie kan verschillen: de patiënt miste een deel van de noodzakelijke informatie, heeft informatie verkeerd geïnterpreteerd, zaken liepen niet volgens protocol, er blijken hiaten in protocollen of werkafspraken, onderlinge afspraken tussen verpleegkundigen zijn onduidelijk of worden verschillend geïnterpreteerd, verpleegkundigen zijn niet begripvol geweest, er speelt een ziekenhuisbreed probleem, enzovoort.
- In stap 5 overleggen teamleider en klachtenfunctionaris over de reactie naar de patiënt. In aansluiting op wat er is gevonden, bepaalt de teamleider de reactie naar de klager: aanvullende informatie, excuses, uitleggen wat er anders had moeten lopen. Tevens wordt er vastgesteld wat eventuele verbeterpunten zijn op de afdeling: informatieverstrekking, afstemmen van werkafspraken, verbeteringen hoger in de lijn aan de orde stellen, e.d.

De verschillende stappen worden in een schema verwerkt. Het maakt de stappen inzichtelijk en aan het eind van het onderzoek naar de klacht is een duidelijk en tastbaar overzicht van verbeterpunten. Hieraan kan de teamleider in teambesprekingen of in de lijn verder aandacht geven.

Resultaten

Deze manier van werken wordt sinds januari 2004 toegepast door de klachtenfunctionaris en wat betreft de resultaten merkt deze op dat:

- voor teamleiders duidelijk is wat van hen wordt verwacht;
- teamleiders niet goed wisten hoe de slag te maken van complexe klachten naar kwaliteitsverbeteringen. Nu hebben ze een methodiek in handen waarmee naar aanleiding van een klacht echt verbeteringen kunnen plaatsvinden;
- een klacht wordt gebruikt als casus om zichzelf te evalueren, een soort feedbackloop;
- teamleiders enthousiast worden en de klachtenfunctionaris uitnodigen voor teambesprekingen en klinische lessen.

Deze zelfde werkwijze wilden teamleiders ook overbrengen aan en toepassen op de afdeling. Dat gebeurt op twee manieren:

1. Een klinische les aan de hand van een recente casus van de afdeling waarbij de deelnemers worden meegenomen in vijf genoemde stappen.
2. Een pilot om de analyse van de klachtmethode in een multidisciplinair team te behandelen. Hiervoor is een project opgezet om klachten te bespreken en analyseren op de betreffende afdeling om daaruit mogelijk verbeteringen te initiëren. In het najaar van 2004 gaat de pilot van start. Er zal meer accent komen op klachtenopvang op de afdeling door te leren de signalen beter op te pikken op de werkvloer. Het is bovendien de bedoeling zowel MIP-meldingen als klachten volgens een vast patroon te bespreken.

Uitgangspunt pilot

Het idee achter de pilot is dat door het meer betrekken van medewerkers bij de analyse de afdelingen meer open zullen staan voor klachten en er een betere follow-up zal zijn voor ontvangen signalen. Het uitgangspunt is ‘het leren van klachten en fouten daar waar ze ontstaan’. Bij deze decentrale aanpak staat het voorkomen van een klacht voorop. Deze aanpak gaat uit van het principe dat de verantwoordelijkheid voor de probleemoplossing zo dicht mogelijk bij de bron dient te liggen. Medewerkers kunnen zelf verbetervoorstellen maken die dan direct kunnen worden toegepast.

Aanpak pilot

In de decentrale aanpak wordt een klachtcasus besproken met medewerkers van de betreffende afdeling. In het kader van de privacy van de klager dient deze uitdrukkelijk toestemming te geven voor bespreking van een klacht op de afdeling. Voor deze bespreking wordt de casus geanonimiseerd. De teamleider en medisch manager op de betreffende afdeling nodigen vier tot acht medewerkers uit; zij ontvangen de casus uiterlijk drie dagen voor bespreking.

De bespreking van de klacht verloopt in zeven stappen:

1. Analyseren welke gebeurtenissen de klager noemt die tot de klacht hebben geleid.
2. Nagegaan welke betekenis de klager geeft aan de gebeurtenissen en op welke manier de klager de gebeurtenissen heeft geïnterpreteerd.
3. Brainstormen en antwoord geven op vragen als ‘welke professionals zijn betrokken in de casus?’ en ‘welke afspraken, protocollen, richtlijnen e.d. zijn op deze casus van toepassing?’ In deze fase is het belangrijk alle elementen te verzamelen waarop de klacht onderzocht moet worden.
4. Brainstormen over de verschillende oorzaken die ten grondslag liggen aan de geformuleerde klacht, waarbij deze oorzaken worden onderverdeeld in organisatorische oorzaken, behandeltechnische oorzaken en (WGBO-)informatie, bejegening en ondersteuning.
5. Brainstormen over oplossingen om in de toekomst herhaling van de klacht te voorkomen en bespreken wat er nodig is om deze oplossing(en) te realiseren.
6. Afspraken maken over de afronding van de klacht ten opzichte van de klager.
7. Afspraken maken over hoe verdere invulling wordt gegeven aan acties die voortvloeien uit de bespreking van de klacht. Het is mogelijk om naar aanleiding van de bespreking verbeterpunten op te stellen die via een kwaliteitsverbeterproject worden aangepakt en waarvan het resultaat wordt geëvalueerd.

De acties die voortkomen uit de bespreking, worden vervolgens in de praktijk ingevoerd. De teamleider en de medisch manager zijn hiervoor primair verantwoordelijk. Zij zien er op toe dat de gemaakte afspraken worden nagekomen en dragen zorg voor (voldoende) borging van de gemaakte afspraken. De behaalde resultaten worden teruggekoppeld naar de medewerkers via het werkoverleg of tijdens een casuïstiekbespreking.

Te verwachten resultaten pilot

Deze methodiek ondersteunt professionals bij het systematisch bespreken van een casus. De verwachting is dat de medewerkers in korte tijd meer inzicht krijgen in de onderliggende problematiek en op basis hiervan oplossingen kunnen aandragen die herhaling voorkomen. Te denken valt aan opstarten verbeterprojecten, maken en/of updaten protocollen, klinische lessen of bijscholing, enzovoort.

Door met elkaar een casus te bespreken wordt een gemeenschappelijke oplossing of aanpak gecreëerd.

De methode ondersteunt en stimuleert de deelnemers te analyseren en te concluderen.

De pilot gaat plaatsvinden op twee verpleegafdelingen en een polikliniek; de pilot gaat waarschijnlijk in het najaar 2004 van start en duurt tot eind 2005.

Daarna zal worden gekeken of de werkwijze ook geschikt is voor andere afdelingen.

Meer informatie

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

Mevrouw drs. A. van Kessel, klachtenfunctionaris

Telefoon: 024-3658866

E-mail: a.v.kessel@cwz.nl

HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg

In het HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg, is een patiëntenvertrouwenspersoon werkzaam die onafhankelijk is gepositioneerd in de instelling en die er in eerste instantie is voor de belangenbehartiging van patiënten, maar die zich wat betreft de inhoud van de klacht neutraal en onpartijdig opstelt.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij de *aanbevelingen 1A en 3B* van de richtlijn.

Aanleiding

Sinds augustus 1988 kent het HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg (voorheen Ziekenhuis Leyenburg), de functie van een onafhankelijke patiëntenvertrouwenspersoon (PVP). Hiermee werd (mede) invulling gegeven aan de verplichting op grond van het toenmalige ‘Besluit eisen voor erkenning van ziekenhuizen’ om zorg te dragen voor een regeling voor onafhankelijke klachtenbehandeling. De eis van onafhankelijkheid werd ingegeven door de wens een regeling te treffen die het vertrouwen van de patiënten kon genieten. Daarom werd gekozen voor het model van de PVP. De PVP is in dienst van het ziekenhuis, maar om zijn onafhankelijke positie in de instelling te waarborgen, is de PVP als staf buiten de lijn geplaatst. De directie heeft geen invloed op de wijze waarop de PVP zijn taken uitoefent.

Werkwijze

De PVP kent een aantal in een reglement vastgelegde bevoegdheden om met professionele autonomie zijn taken uit te voeren. Zo dient de organisatie alle informatie ter beschikking te stellen die de PVP redelijkerwijs nodig heeft voor de uitoefening van zijn functie. Daartoe behoort ook de informatie uit de medische dossiers, zij het na uitdrukkelijke toestemming van de patiënt. Verder mogen er geen belemmeringen zijn voor de PVP en de patiënt om elkaar te spreken. In dit patiëntpartijdige model is de PVP er in de eerste plaats ter behartiging van de rechten en de belangen van patiënten. De PVP stelt zich daarom in eerste instantie, bij de opvang van de klacht, op aan de kant van de patiënt. Ten aanzien van de inhoud van de klacht stelt de PVP zich echter neutraal en onpartijdig op.

Wanneer het aankomt op een bemiddelingsgesprek, stelt de PVP zich onafhankelijk op en staat tussen beide partijen in. Hij is dan dus geen vertegenwoordiger van de patiënt of van opvattingen van het management van de organisatie.

Ten opzichte van de ziekenhuismedewerkers handelt de PVP met respect voor hun eigen professionaliteit. De klachten worden in principe daar afgehandeld waar zij zijn ontstaan. De PVP streeft er daarbij in overleg met de patiënt naar om degene over wie wordt geklaagd, de

gelegenheid te bieden om op gepaste wijze op de klacht te reageren. De aangeklaagde medewerker verantwoordt zich binnen de professionele eisen die aan zijn beroep en deskundigheid worden gesteld.

Deze positie van de PVP, enerzijds patiëntpartijdig en anderzijds onafhankelijk en neutraal daar waar het om bemiddeling gaat, wordt aan patiënten kenbaar gemaakt door het geven van goede informatie over de functie en positie van de PVP door middel van duidelijke beschrijvingen in foldermateriaal en mondelinge toelichtingen bij gesprekken.

Resultaten

In 1994 is de functie van de PVP geëvalueerd door het toenmalige Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi) op verzoek van de directie van het ziekenhuis. De belangrijkste conclusie van het onderzoek was dat de onafhankelijkheid van de functie een groot goed is, of zoals een medewerker het tegenover de onderzoeker uitdrukte: 'De vertrouwenspersoon is niet de verlengde arm van de organisatie of van het management.' En verder: 'Die onafhankelijkheid van de PVP is een belangrijke voorwaarde om in het ziekenhuis een open klimaat te creëren wat betreft klachten en onvrede.'

Het sterke punt van een onafhankelijke positionering van de PVP binnen de organisatie is dus dat een klachtenregeling kan worden getroffen die niet alleen het vertrouwen van de patiënten, maar ook het vertrouwen van de ziekenhuismedewerkers heeft. Dat komt doordat de PVP volgens zijn eigen professionele bevoegdheden en regels werkt en een autonome positie binnen de organisatie inneemt. Deze onafhankelijke positionering blijkt goed aan te sluiten bij de professionele autonomie die de medewerkers zelf bezitten.

Meer informatie

HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg

Roelof Schutrup, patiëntenvertrouwenspersoon

Telefoon: 070-3592547

E-mail: r.schutrup@leyenburg-ziekenhuis.nl.

Isala Klinieken

In de ziekenhuislocaties en de polikliniek van de Isala Klinieken geven de klachtenfunctionarissen op structurele wijze voorlichting over de klachtenregeling, formele en informele klachtenafhandeling, wetten daaromtrent en de functie van de klachtenfunctionaris op afdelingen en aan nieuwe medewerkers.

De Isala Klinieken in Zwolle zijn in 1998 ontstaan uit een fusie. De organisatie bestaat uit twee ziekenhuislocaties in Zwolle, een polikliniek in Kampen en Isala Ouderenzorg, dat zich richt op ziekenhuisgerelateerde verzorging van ouderen.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij *aanbeveling 1J* van de richtlijn.

Aanleiding

In de Isala Klinieken in Zwolle worden patiënten op verschillende wijzen goed geïnformeerd over de klachtenbemiddeling en klachtenbehandeling. Gebleken is echter dat bij medewerkers kennis ontbreekt over de formele en informele klachtenafhandeling voor patiënten, de gevolgen daarvan voor de medewerkers en het bestaan en de functie van de klachtenfunctionarissen. Om medewerkers hierover te informeren, zijn de klachtenfunctionarissen in 2000 gestart met het geven van voorlichting.

Werkwijze

Er zijn twee klachtenfunctionarissen werkzaam binnen de Isala Klinieken. Zij geven regelmatig voorlichting over de klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling aan de medische staf tijdens maatschapvergaderingen, op de verpleegafdelingen en medisch ondersteunende afdelingen tijdens het werkoverleg. Deze verschillende bijeenkomsten worden georganiseerd door de klachtenfunctionarissen of vinden plaats op uitnodiging van een maatschap of afdeling. De opkomst tijdens deze bijeenkomsten is vaak groot. Het streven is om deze bijeenkomsten eens per twee jaar te herhalen. Bovendien geven de klachtenfunctionarissen maandelijks voorlichting aan nieuwe arts-assistenten en nieuwe leden van de medische staf. Ook verpleegkundigen van verschillende opleidingen worden van informatie voorzien.

Tijdens de voorlichting belichten de klachtenfunctionarissen de verschillende aspecten van de WGBO, de WKCZ en de klachtenregeling van de instelling. Ze vertellen onder andere over klachten, wat formele en informele trajecten zijn voor de patiënten om een klacht in te dienen, wat gevolgen daarvan kunnen zijn voor medewerkers, wat van hen wordt verwacht, hoe te reageren en bij wie medewerkers terecht kunnen als een klacht tegen hen is ingediend.

Daarnaast belichten de klachtenfunctionarissen hun eigen functie: wat doen zij, voor wie zijn zij er en wat kunnen ze betekenen voor medewerkers? Er wordt verteld dat de klachtenfunctionaris er uitdrukkelijk ook is voor medewerkers. Tevens krijgt het klachtenjaarverslag aandacht en worden de conclusies en aanbevelingen daaruit besproken om klachten te voorkomen. Onderwerpen die daarbij zoal aan bod komen, zijn: attitude van de hulpverlener, communicatie, dossiervoering, informatieverstrekking. Over deze verschillende onderwerpen worden boekjes verstrekt.

Resultaten

Uit de evaluatie onder medewerkers na de voorlichtingsbijeenkomsten is gebleken dat op deze wijze kennis maken met de klachtenfunctionarissen en het ontvangen van voorlichting over de wet en de interne klachtenafhandeling als zeer positief wordt ervaren.

Door het geven van voorlichting aan medewerkers van de Isala Klinieken zijn de klachtenfunctionarissen beter bekend bij medewerkers in het ziekenhuis. Medewerkers komen sneller met vragen bij de klachtenfunctionaris.

Door de voorlichtingsbijeenkomsten gaan bij veel (nieuwe) medewerkers de ogen open over alle klachtenprocedures, rechten en plichten. Zij weten beter wat hen te wachten staat als er een klacht tegen hen wordt ingediend en kunnen daar beter op anticiperen.

Een bijkomend voordeel van de informatiebijeenkomsten is dat medewerkers zich opener opstellen als een patiënt onvrede ter sprake brengt, en de patiënt zo nodig kunnen wijzen op de verschillende klachtenprocedures.

Meer informatie

Isala Klinieken

Mevrouw Gerda de Groot, klachtenfunctionaris

Telefoon: 038-4247510

E-mail: g.y.de.groot@isala.nl

Mevrouw Immy Heemstra, klachtenfunctionaris

Telefoon: 038-4244276

E-mail: i.heemstra@isala.nl

Medisch Centrum Haaglanden

In het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) is een project 'Van Klacht Naar Kwaliteit' gestart om naar aanleiding van klachten verbeterprojecten op te zetten teneinde de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij *hoofdstuk 6* (bijdrage aan kwaliteitsverbetering) van de richtlijn.

Aanleiding

In het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) in Den Haag functioneerde reeds een klachtenafwikkelingsprocedure die resulteerde in een adequaat afgewikkelde klacht in de richting van de patiënt en aangeklaagde. Dit proces wordt geregistreerd in een database, bewaakt via periodieke managementrapportages aan de Raad van Bestuur en aan decentraal management (naar aantallen, soort, plaats, enzovoort), en mede via tevredenheidsmetingen getoetst en waar nodig bijgesteld.

Gemist werd een systematische aanpak om lering te trekken uit klachten en te komen tot gerealiseerde verbeteringen. Door een verbeterproces volgend op de klacht zou herhaling van dergelijke klachten kunnen worden voorkomen. Het verbeterproces Van Klacht Naar Kwaliteit is ontworpen om op een beheerste manier klachten om te zetten in gerealiseerde verbeteringen.

Werkwijze

In de eerste helft van 2003 hebben de klachtenfunctionarissen in samenwerking met de kwaliteitscoördinator de systematiek Van Klacht Naar Kwaliteit ontwikkeld.

In de tweede helft van 2003 is dit verbeterproject met een pilot proefgedraaid bij een drietal functiegroepen in samenwerking met het management van de functiegroep. Het verbeterproces Van Klacht naar Kwaliteit werkt, in vogelvlucht, als volgt.

Het management van de functiegroep (waarin vertegenwoordigers van poliklinieken, functieafdelingen, verplegende afdelingen, medisch ondersteunende afdelingen) waar de klacht zich heeft voorgedaan, achterhaalt de oorzaak en formuleert en implementeert een verbetermaatregel. Na invoering van deze maatregel wordt het effect geëvalueerd. Bij een positieve evaluatie wordt zorggedragen voor voldoende borging van de maatregel.

Het formulier Van Klacht Naar Kwaliteit en de Toelichting op dit formulier ondersteunen de afwikkeling van dit verbeterproces.

De voortgang van het verbeterproces en de bereikte resultaten worden geregistreerd en bewaakt in het klachtenregistratiesysteem en eens per kwartaal gerapporteerd aan het management van de betreffende functiegroep, de Raad van Bestuur en aan Kwaliteitszorg. Ook zijn de

voortgang van het verbeterproces en de geboekte resultaten onderwerp van gesprek in het periodiek overleg tussen management van de functiegroep en de Raad van Bestuur. Het gehele proces wordt jaarlijks geëvalueerd in de Management Review en de resultaten verschijnen in het jaarverslag.

Eind 2003 is de pilot geëvalueerd en is de systematiek op details verfijnd.

Vanaf 1 januari 2004 doen functiegroepen en medisch ondersteunende afdelingen mee in het systeem. Daarna zijn ook de ondersteunende afdelingen en de eerste maatschap 'aangesloten' op het systeem. Op dit moment wordt gewerkt aan de perfectionering van het rapportagesysteem (vorm, frequentie, prestatie-indicatoren).

Resultaten

In de pilot-periode hebben de pilot-afdelingen 52 formulieren van Klacht naar Kwaliteit naar de Organisatorisch Managers verstuurd. Deze hebben vervolgens 17 verbeterprojecten opgestart. In de eerste helft van 2004 zijn 156 formulieren Van Klacht Naar Kwaliteit verzonden, op basis waarvan al 26 verbetermaatregelen zijn ingevoerd. De termijn van implementatie van deze verbetermaatregelen is nog kort (eerste twee kwartalen van 2004). Relatief veel verbeterprojecten zijn nog in uitvoering, zodat het nog niet helemaal mogelijk is om definitieve conclusies over de effecten te trekken. Toch kunnen al enkele voorbeelden van gerealiseerde verbeteringen naar aanleiding van Van Klacht Naar Kwaliteit worden genoemd:

- Een klacht over het verpleegkundig handelen heeft geleid tot een intensieve begeleiding van medewerkers op een afdeling met als doel de methodisch patiëntgerichte zorgverlening te optimaliseren.
- Een klacht van een patiënt dat zij zeer onverwacht de volgende dag naar het verpleeghuis zou worden gebracht, heeft tot de maatregel geleid dat het onderwerp 'overplaatsing' standaard in het opnamegesprek is opgenomen.
- Klachten over zeer lange wachttijden op de polikliniek heelkunde hebben geleid tot een efficiëntere planning van de spreekuren en het organiseren van een wondpoli, waardoor de wachttijd is gereduceerd.
- Veelvuldige klachten over de verpleegkundige verzorging hebben geleid tot een gezamenlijke visitatie van patiënten door de unit-coördinator en de senior-verpleegkundige.
- Naar aanleiding van een klacht over het verkeerd doorsturen van een patiënt zijn de procedures rondom aanvragen van fysiotherapeutische diensten aangepast en is de structuur van het werkoverleg verbeterd.

Door het project Van Klacht Naar Kwaliteit staan klachten nu op de agenda van decentrale overlegvormen. Ook staat de opvolging van klachten op de agenda van het overleg tussen decentraal management en de Raad van Bestuur. Decentraal management én de Raad van Bestuur beschikken nu over gegevens die meetbaar en traceerbaar zijn met betrekking tot de opvolging van klachten.

Naar aanleiding van het project worden op veel klachten verbetermaatregelen getroffen. Toch worden veel klachten nog gekenmerkt als 'incidenteel'. Deze leiden derhalve (nog) niet tot verbetermaatregelen.

De wijze waarop klachten worden gebruikt als input voor het verbeterproces, is zichtbaar gemaakt.

Omdat – zoals gezegd – de implementatietermijn kort is, zijn relatief veel verbeterprojecten nog in uitvoering en kunnen nog geen definitieve conclusies worden getrokken over de effecten van Van Klacht Naar Kwaliteit. Wel is verdere uitbouw van resultaatrapportages en prestatie-indicatoren gewenst om voortgang en effecten van het verbeterproces goed zichtbaar te maken. Voor de opvolging, registratie en rapportage van het verbetertraject is dan ook extra tijdsinvestering nodig gebleken.

Meer informatie

Medisch Centrum Haaglanden

J.C. Huysen, kwaliteitscoördinator MCH

Telefoon: 070-3302245

E-mail : h.huysen@mchaaglanden.nl

Reinier de Graaf Groep

Binnen de Reinier de Graaf Groep bestaat een duidelijke scheiding tussen de taken van de klachtenfunctionarissen en de klachtencommissie, zodat voor zowel klagers als aangeklaagden duidelijk is dat er twee verschillende klachttrajecten zijn. Waar het gaat om de organisatie rondom klachtenafhandeling werken de klachtenfunctionarissen en de klachtencommissie juist nauw samen.

De Reinier de Graaf Groep is een algemeen ziekenhuis waartoe behoren het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft, het Diaconessenhuis Voorburg, Behandelcentrum Westland in Naaldwijk en Gezondheidscentrum De Reef in Ypenburg.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij *hoofdstuk 1* (organisatie van en toegang tot de klachtenregeling), *aanbeveling 1G*.

Aanleiding

Binnen de Reinier de Graaf Groep vond in 2001 een audit plaats van de verschillende klachtprocedures. Hoewel vanaf de inwerkingtreding van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector in 1995 de klachtencommissie en de afdeling klachtenopvang gescheiden functioneren, bleek dit voor klagers en aangeklaagden nog vaak onduidelijk. Om hierin verbetering aan te brengen, werd besloten het reglement van de klachtencommissie en de afdeling klachtenopvang te scheiden in twee aparte documenten, zodat voor klagers en aangeklaagden duidelijker is dat er verschillende trajecten mogelijk zijn om klachten af te handelen.

Werkwijze

Na de audit in 2001 is gekozen voor het opstellen van twee afzonderlijke reglementen voor de klachtencommissie en de klachtenfunctionaris waarin hun taken en bevoegdheden zijn vastgelegd.

Uitgangspunt bij de klachtenopvang en -behandeling is steeds geweest dat de klager zelf beslist of hij de klacht voorlegt aan de klachtenfunctionaris of aan de klachtencommissie. De klachtencommissie beoordeelt klachten. Zij bestaat op één na uit externe leden. De ambtelijk secretaris is in dienst van het ziekenhuis.

De afdeling klachtenopvang bestaat uit twee klachtenfunctionarissen. Er is gekozen voor twee klachtenfunctionarissen om een goede bereikbaarheid van de afdeling te garanderen (opvang bij afwezigheid wegens vakantie en anderszins). Ook het feit dat het ziekenhuis meerdere locaties heeft, maakte het werken met twee functionarissen wenselijk. Zij geven informatie

over verschillende klachtenprocedures, bemiddelen en zorgen ervoor dat klachtenopvang op de verschillende locaties volgens dezelfde procedure verloopt.

Wat betreft de inhoud van de klacht zijn de trajecten van de klachtenfunctionarissen en de klachtencommissie geheel gescheiden. De klachtenfunctionarissen en de klachtencommissie werken op geen enkele manier samen, zodat de trajecten zuiver gescheiden blijven en voor klagers en aangeklaagden duidelijk is dat het echt twee afzonderlijke trajecten zijn. Dit laat zich bijvoorbeeld zien wanneer een klager niet tevreden is over de uitkomst van bemiddeling. Hij kan dan besluiten alsnog een klacht in te dienen bij de klachtencommissie. De klachtenfunctionaris heeft veel informatie omtrent de klacht die waardevol kan zijn voor de behandeling van de klacht door de klachtencommissie. Om de twee trajecten zuiver gescheiden te houden, geeft de klachtenfunctionaris geen informatie en correspondentie van het bemiddelingstraject door aan de klachtencommissie.

Ook kan het zo zijn dat een klacht die gericht is aan de klachtencommissie, zich meer lijkt te lenen voor het bemiddelingstraject. Hierover wordt dan niet inhoudelijk door de secretaris van de klachtencommissie en de klachtenfunctionaris gesproken. Als de klachtbrief daartoe aanleiding geeft, informeert de secretaris van de klachtencommissie bij de klager of hij overwogen heeft het bemiddelingstraject te volgen. Indien de klager dit wenst, stuurt de secretaris de klachtbrief door aan de klachtenfunctionaris.

Toch werken de klachtenfunctionarissen en klachtencommissie, ondanks de twee reglementen en scheiding van taken en bevoegdheden, wel samen waar het gaat om de organisatie rondom klachtenafhandeling. Zij hebben samen met de secretaresses die de claims behandelen en de secretaris van de Raad van Bestuur, één keer in de twee maanden werkoverleg. Dit overleg wordt voorgezeten door de coördinator klachtenopvang. Het overleg gaat over organisatorische aspecten rond de afhandeling van klachten. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het optimaliseren van de diverse formulieren: aanvraag kopie medisch dossier, klachtformulier, aansprakelijkstellingsformulier, machtigingsformulier en folders.

Het werkoverleg bevordert een grotere bekendheid met elkaars werkwijzen. Bovendien biedt het gelegenheid om voor de organisatorische problemen die ieder van de deelnemers soms tegenkomt in het werk, gezamenlijk naar oplossingen te zoeken. In het werkoverleg wordt niet inhoudelijk gesproken over klachten. Wel willen de klachtenfunctionarissen in het werkoverleg gaan bespreken of inhoudelijke afstemming over aanbevelingen aan de Raad van Bestuur door de klachtencommissie, de klachtenfunctionarissen en de afdeling claims wenselijk is. Daar waar casussen van bijvoorbeeld de klachtenfunctionarissen een aanbeveling van de klachtencommissie kunnen ondersteunen, kunnen deze geanonimiseerd aan de aanbeveling worden toegevoegd.

Resultaten

Door de scheiding van reglementen en werkzaamheden van de klachtenfunctionarissen en de klachtencommissie is het onderscheid tussen bemiddeling (door de klachtenfunctionarissen)

en beoordeling van een klacht (door de klachtencommissie) duidelijker zichtbaar te maken voor klagers, maar ook voor medewerkers.

Het onafhankelijk van elkaar functioneren van de afdeling klachtenopvang en de klachtencommissie wordt nu beter benadrukt. Cliënten die niet tevreden zijn over de klachtenopvang, door de klachtenfunctionaris hebben (zoals ook voorheen) de mogelijkheid hun klacht in te brengen bij de klachtencommissie die opnieuw, en zonder informatie over het bemiddelings-traject, de klacht in behandeling kan nemen. De klachtenfunctionarissen binnen de Reinier de Graaf Groep kunnen daarom ook niet de functie van secretaris van de klachtencommissie vervullen. Omgekeerd geldt ook dat de ambtelijk secretaris niet als klachtenfunctionaris kan worden ingezet. Zou de klager immers de secretaris al zijn tegengekomen in de (mislukte) bemiddeling, dan zou dat het vertrouwen in de onafhankelijke klachtencommissie kunnen schaden.

Meer informatie

Reinier de Graaf Groep

Mevrouw A. Nahon, coördinator klachtenopvang

Telefoon: 015-2604440

E-mail: nahon@rdgg.nl

Mevrouw J. Phaff, secretaris klachtencommissie

Telefoon: 015-2603885

E-mail: phaffj@rdgg.nl

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

In het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis geven de klachtenfunctionarissen trainingen aan medewerkers met als doel dat medewerkers een patiënt juist informeren over het recht op informatie en de mogelijkheid tot klagen indien nodig en dat medewerkers leren omgaan met patiënten die onvrede uiten, zodat medewerkers signalen van onvrede in een vroeg stadium ontdekken en op de werkvloer oplossen.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij *hoofdstuk 2* (omgang van de zorgverlener met de klager) van de richtlijn.

Aanleiding

De klachtenfunctionarissen van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam hebben opgemerkt dat een aantal klachten van patiënten voortkwam uit onwetendheid van medewerkers over de mogelijkheid tot klagen. Zij gaven soms onvolledige informatie, of zelfs verkeerde antwoorden op vragen van patiënten over het indienen van een klacht. Na inventarisatie bleek dat deze antwoorden waren onder te verdelen in twee grote categorieën. De eerste categorie betrof de informatieoverdracht van de medewerker aan de patiënt, de tweede had betrekking op het niet ingaan op getoonde gevoelens van onbehagen bij patiënten door medewerkers. Daar de klachtenfunctionarissen als eerste prioriteit hebben dat mensen op de werkvloer klachten moeten voorkomen, en – als dat niet lukt – zelf zoveel mogelijk de klachten moeten oplossen, lag een aanvullende training voor medewerkers voor de hand.

Werkwijze

De training is opgezet door de klachtenfunctionarissen en is bedoeld voor alle medewerkers van het ziekenhuis die patiëntencontacten hebben, zowel polikliniekassistentes, verzorgenden, verpleegkundigen als artsen en arts-assistenten. Per afdeling worden de trainingen verzorgd. Daarvoor nodigen afdelingen van het ziekenhuis de klachtenfunctionarissen uit om de trainingen te geven, maar de klachtenfunctionarissen benaderen de afdelingen daarvoor ook zelf. De training wordt herhaald totdat alle medewerkers geschoold zijn. De training bestaat uit één sessie en bevat een aantal onderdelen. Tijdens het eerste onderdeel geven de klachtenfunctionarissen informatie, die zich uitstrekt tot wetgeving over de WGBO, de Wet BIG, de kopiestatus en de rechten van de patiënt (zoals het recht op informatie, het klachtrecht conform de WKCZ) en de klachtenregeling van het ziekenhuis. Het doel hiervan is de medewerkers goed te informeren over deze zaken, zodat zij deze informatie zelf juist kunnen overbrengen op de patiënt, indien nodig.

Een ander programmaonderdeel betreft het ingaan op gevoelens van onbehagen van patiënten door medewerkers met als doel de medewerkers hierin te trainen. Medewerkers kunnen daarvoor zelf casussen inbrengen waarbij ze moeite hebben gehad om in te gaan op gevoelens van patiënten. Men moet dan denken aan agressieve patiënten, patiënten met een lager begripsvermogen en niet-Nederlands sprekende patiënten. Indien medewerkers zelf geen casussen aanleveren, bereiden de klachtenfunctionarissen er enkele voor. Door bespreking van deze praktijksituaties laten zij de medewerkers zien dat het snel oppikken van onvrede en daar actie op ondernemen, in vele gevallen leidt tot de oplossing van het probleem op de werkvloer zonder dat het probleem escaleert en een klacht wordt ingediend bij de klachtenfunctionaris of klachtencommissie. Het daarbij niet in de verdediging schieten, maar juist ingaan op de gevoelens van onvrede van de patiënt en achterhalen wat de oorzaak daarvan is en bijvoorbeeld erkennen dat er iets niet goed is gegaan, vinden de meeste medewerkers het moeilijkst. De klachtenfunctionarissen wijzen hen in de training op technieken om daar beter mee om te kunnen gaan, zoals even een ‘time out’ nemen en pas daarna in gesprek gaan met de patiënt of op een open manier een collega te hulp roepen. De medewerkers oefenen deze technieken tijdens de training door middel van rollenspellen.

Enige tijd na de training evalueren de klachtenfunctionarissen bij de afdelingen en medewerkers wat de training heeft opgeleverd en bespreken of een vervolgtraining gewenst is.

Resultaten

Uit evaluatie onder medewerkers blijkt dat zij deze trainingen als zeer goed ervaren. Zij geven aan dat zij veel opsteken van de gegeven informatie en veel leren op het gebied van omgaan met patiënten wanneer deze te kennen geven niet (helemaal) tevreden te zijn. De resultaten zijn nog niet meetbaar; wel is het zo dat medewerkers ons laten weten dat zij zelf klachten hebben afgerond.

Een effect van de training is dat medewerkers zelf gemakkelijker contact opnemen met de klachtenfunctionarissen.

Belangrijk bij het geven van deze trainingen is dat de trainer begrijpt en weet wat het werk inhoudt en wat problemen op de werkvloer kunnen zijn. De trainer kan zich dan beter inleven in de situatie op afdelingen, zodat tijdens de training kan worden ingegaan op de specifieke beperkingen van een afdeling. Daarnaast is het van belang dat de trainer de problemen van alle werknemers serieus neemt en daar zoveel mogelijk op ingaat in de training. Dan levert de training voor de medewerkers het meeste op.

Meer informatie

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

Mevrouw D.C.M. Wertheim, klachtenfunctionaris

Telefoon: 020-5108348

E-mail: d.wertheim@slaz.nl

Mevrouw A.M. Kousemaker – Schotanus, klachtenfunctionaris

Telefoon: 020-5108348

E-mail: a.kousemaker@slaz.nl

St. Antonius Ziekenhuis

In het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein wordt op de polikliniek van de afdeling Heelkunde de patiënttevredenheid gemeten door middel van een online vragenlijst. Artsen krijgen daar de persoonlijke scores en een rangorde ten opzichte van andere artsen van onder ogen, wat kan leiden tot kwaliteitsverbetering.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij *hoofdstuk 2* (omgang van de zorgverlener met de klager), *aanbeveling 2J*, en bij *hoofdstuk 6* (bijdrage aan kwaliteitsverbetering) van de richtlijn.

Aanleiding

Sinds een jaar vindt op de polikliniek van de afdeling heelkunde van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein een online patiënttevredenheidsonderzoek plaats. Aanleiding hiervoor is dat steeds nadrukkelijker de wens wordt geuit om je als instelling en als arts te laten beoordelen door je belangrijkste 'stakeholder', namelijk de patiënt.

Na het consult verzoeken wij de patiënt een korte vragenlijst in te vullen in een computer op de polikliniek, die met het internet in verbinding staat. Met een uniek nummer krijgt de patiënt toegang tot een 'touch-screen'-menu en de vragenlijst. Met dit unieke nummer kan hij thuis, via het internet, zijn mening binnen drie weken eventueel aanpassen.

Werkwijze

Over de arts worden vragen gesteld betreffende aandacht voor de patiënt, tijd voor de patiënt, de informatievoorziening, de tevredenheid over de behandeling en de patiëntperceptie van de deskundigheid van de arts.

Over de polikliniek worden vragen gesteld met betrekking tot de patiëntvriendelijkheid, informatievoorziening, wachttijd voor een eerste afspraak, de wachtkamer, de patiëntperceptie van deskundigheid en hygiëne.

De patiënt geeft zowel voor de arts als de polikliniek een rapportcijfer, en de resultaten ervan worden terstond elektronisch verwerkt.

Na een testperiode van een half jaar en validatie van de vragenlijst is het systeem operationeel sinds oktober 2003. De artsen en de medewerkers van de polikliniek krijgen maandelijks een rapportage van de uitslagen van dit onderzoek. In een algemeen overzicht, waarin iedereen zijn of haar scores kan terugvinden, krijgen de artsen hun gemiddelde rapportcijfer per item te zien. Tevens zien ze geanonimiseerd hun rangorde ten opzichte van de andere artsen. Met deze terugkoppeling kunnen de artsen zien op welke items ze goed scoren of waarop ze zich nog kunnen verbeteren.

Resultaten

Het blijkt dat artsen zich dit aantrekken. De scores wekken bij artsen reacties op, zoals: ‘misschien kom ik toch minder aardig over dan ik denk’ en ‘daar moet ik meer op letten’.

Ook de vergelijking met andere artsen leidt tot een prikkel om niet onder aan de rangorde te willen eindigen. Men kan in een vroeg stadium anticiperen op handelingen die eventueel tot klachten kunnen leiden. Zo zijn er artsen die naar aanleiding van hun score meer aandacht hebben voor het geven van informatie over de ingreep en controlevragen, zoals: ‘Begrijpt u het?’ en ‘Heeft u nog vragen?’

Ook de beoordeling van de polikliniek kan tot acties leiden. Onze wachtkamer werd relatief laag beoordeeld. Dit heeft ertoe geleid dat de wachtkamer een verbod heeft gekregen en er werd een tv-systeem geplaatst met video’s, die het wachten kunnen veraangename.

Het voordeel van deze online meting is dat er sprake is van een dynamische meting en het resultaat van interventies meteen te zien is. De administratieve rompslomp is minimaal. De resultaten worden overzichtelijk en naar de behoefte van de gebruiker gepresenteerd.

Het nadeel is dat men bij een continue meting registratiemoe wordt. Daarom hebben wij besloten om de meting twee- tot driemaal per jaar te laten plaatsvinden gedurende enkele weken. Deze online meting vindt op dit moment alleen in ons ziekenhuis plaats, zodat ‘benchmarking’ met andere instellingen (nog) niet mogelijk is.

De mening van de patiënten over de artsen en afdeling zijn door iedereen te raadplegen op de website www.patiëntenmening.nl.

Meer informatie

St. Antonius Ziekenhuis

Dr. P.M.N.Y.H. Go, chirurg

E-mail: go@antonius.net

F.J.T. van Oosterom, plastisch chirurg i.o.

E-mail: frederik@vanoosterom.com
info@patientenmening.nl

Zaans Medisch Centrum

In het Zaans Medisch Centrum wordt de opvang van klagers en bemiddeling van klachten op zeer systematische wijze opgebouwd.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij de *aanbevelingen 3A en 3B* en de *aanbevelingen 4B en 4C*.

Aanleiding

In het ziekenhuis Zaans Medisch Centrum te Zaandam wordt de opvang van klagers en de bemiddeling van klachten zeer systematisch opgebouwd. Deze systematische opbouw van opvang en bemiddeling is vastgelegd in het document 'werkwijze van de klachtenfunctionaris'. Deelname van het Zaans Medisch Centrum als proeftuin voor het testen van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg gaf de mogelijkheid om uitvoering te geven aan verschillende doelstellingen. Eén daarvan was het realiseren van een identieke intake door de klachtencommissie en de klachtenfunctionaris.

Waar de klager in eerste instantie ook met zijn klacht terecht komt, hij moet overal dezelfde informatie krijgen over hoe hij het best gevolg kan geven aan zijn klacht: een uitspraak van de klachtencommissie over zijn klacht of bemiddeling (en alle alternatieven op dit gebied) via de klachtenfunctionaris.

Om duidelijkheid te krijgen over de diversiteit van klachtenafhandeling door de klachtenfunctionaris is de werkwijze van de klachtenfunctionaris uitgebreid op papier gezet.

Werkwijze

Thans is het zo dat alle klachten (met uitzondering van de klachten die rechtstreeks aan de klachtencommissie gericht zijn), in eerste instantie naar de klachtenfunctionaris gaan. De klachtenfunctionaris bespreekt met de klager wat hij wil bereiken met zijn klacht, wat zijn doel is (een oordeel, spreken met degene waartegen de klacht gericht is, oplossing van zijn probleem, enzovoort), en aan de hand daarvan welk traject hij het best kan doorlopen: klachtenbehandeling door de klachtencommissie of klachtenafhandeling via de klachtenfunctionaris. De keuze is altijd aan de klager. De klachtenfunctionaris laat hem alleen de weg zien.

De klager die zijn klacht rechtstreeks naar de secretaris van de klachtencommissie stuurt, krijgt van de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie dezelfde informatie. Op deze manier tracht men in het Zaans Medisch Centrum te voorkomen dat mensen 'toevallig' op een klachttraject komen, terwijl men, als men alle mogelijkheden van klachtenbehandeling kent, zijn klacht misschien wel op een andere manier opgelost had willen zien.

De werkwijze van de klachtenfunctionaris bij de opvang van klagers en de bemiddeling van klachten ziet er in het Zaans Medisch Centrum als volgt uit:

1. De klachtenfunctionaris krijgt een klacht, die op diverse manieren binnen kan komen:
 - via het formulier ‘wat ik nog zeggen wil...’ ;
 - telefonisch;
 - brief aan klachtenfunctionaris, bureau patiëntenservice, via de directie, enzovoort (m.u.v. klachtencommissie);
 - bezoek in ziekenhuis.

De klacht wordt geregistreerd en, ter voorkoming van het ‘dubbele traject’, wordt gecontroleerd of dezelfde klacht niet door de klachtencommissie is geregistreerd.

2. De klachtenfunctionaris neemt zo mogelijk nog dezelfde dag telefonisch contact op met de klager om hem verder te horen en te informeren om duidelijk te krijgen wat het doel van de klacht is en welk traject daartoe zal worden gevolgd. Als er wordt gekozen voor bemiddeling, gaat het traject als volgt verder.

Het kan blijken dat er nog meer informatie nodig is:

- Klager brengt alsnog een bezoek aan de klachtenfunctionaris om de klacht te bespreken.
- Klager schrijft (als de klacht telefonisch werd ingediend of via een bezoek) alsnog een brief met haar/zijn ervaringen.

De klachtenfunctionaris verleent de klager desgewenst/indien noodzakelijk ondersteuning bij:

- het herformuleren van inhoud en doel van de klacht en het vaststellen van de medewerker/hulpverlener op wie de klacht betrekking heeft;
 - het schriftelijk of mondeling voorbereiden van een gesprek tussen klager en degene tegen wie de klacht gericht is;
 - het verkrijgen van inzage in het medisch dossier voor zover noodzakelijk voor de klacht, dit in samenwerking met de medische administratie.
3. De klachtenfunctionaris brengt degene waartegen de klacht gericht is, schriftelijk, telefonisch of persoonlijk op de hoogte van de klacht.
 - Telefonisch, bijvoorbeeld bij klachten waar een snelle oplossing nodig is (omdat snelle actie gewenst is) of anderszins.
 - Via een brief die de klachtenfunctionaris schrijft naar aanleiding van het mondelinge verhaal van de klager (deze brief wordt eerst ‘goedgekeurd’ door de klager).
 - Via een begeleidende brief naast de klachtbrief (N.B. De begeleidende brief is vaak tegelijk een samenvatting van de klachtbrief).
 - Persoonlijk via een gesprek (na telefonische afspraak) met degene waartegen de klacht is gericht.

De klachtenfunctionaris vraagt degene waartegen de klacht gericht is, om een reactie en bespreekt eventueel (als dit met klager afgesproken is) de manier waarop de klager de klacht afgehandeld wenst te zien.

- De klager kan ook eerst de reactie van degene waartegen de klacht gericht is, afwachten en daarna pas beslissen hoe de klacht verder dient te worden afgehandeld.
4. De klachtenfunctionaris neemt vervolgens weer contact op met de klager en deelt hem de reactie van degene waartegen de klacht gericht is mede. Er kunnen dan meerdere mogelijkheden zijn om de klacht af te handelen. Deze worden door de klager bepaald:
 - Voor de klager is de reactie zoals verwoord via de klachtenfunctionaris voldoende.
 - Voor de klager is de schriftelijke reactie van degene waartegen de klacht gericht is, voldoende.
 - Voor de klager is de actie en de oplossing door de klachtenfunctionaris voldoende (bijvoorbeeld een nieuwe afspraak, een kopie van het dossier, enzovoort).
 - De klager vraagt de klachtenfunctionaris een gesprek aan te gaan met degene waartegen de klacht gericht is en dat terug te koppelen; wanneer dit onvoldoende is, wordt naar andere mogelijkheden gekeken (meestal een bemiddelingsgesprek).
 - De klachtenfunctionaris organiseert een gesprek voor de klager met degene waartegen de klacht gericht is, waarbij de klachtenfunctionaris als bemiddelaar aanwezig kan zijn om waar nodig het gesprek te faciliteren.
 - De klager bepaalt dat de klacht door de klachtencommissie of door een externe instantie behandeld wordt, de klachtenfunctionaris ondersteunt de klager hierbij.
 - De klager wordt door de klachtenfunctionaris verwezen naar het IKG.
 - Overige mogelijkheden.
 5. De klachtenfunctionaris vraagt na bovenstaande bemiddeling uitdrukkelijk of de klacht voldoende is afgehandeld en beschouwt de klacht pas als afgehandeld als klager dit bevestigt.
 6. De klacht wordt geregistreerd in systeem RegCare.
 7. De klachten en daaruit voortkomende knelpunten worden direct besproken, ter plekke en waar nodig (bijvoorbeeld met een afdelingshoofd), en in een periodiek overleg met de organisatorisch managers.
 8. De afhandeling van de klachten die via de directie zijn binnengekomen bij de klachtenfunctionaris, worden naar de directie teruggekoppeld.

Tijdens het volgen van bovenstaand traject kunnen altijd, na goed overleg met de klager, wijziging optreden in het gekozen traject. Dit geldt zowel voor de klachtenbemiddeling door de klachtenfunctionaris als de klachtenbehandeling door de klachtencommissie. In dit geval informeren de klachtenfunctionaris en de secretaris van de klachtencommissie elkaar over het feit dat de klager naar het andere traject overstapt.

Resultaten

Door het duidelijk beschrijven van de werkwijze van de klachtenfunctionaris zijn de vele mogelijkheden van klachtenafhandeling door de klachtenfunctionaris helder. Belangrijk is dat de klachtenfunctionaris zowel de klager als degene tegen wie de klacht gericht is, duidelijk maakt dat zijn rol een bemiddelende en neutrale is, dat hij geen oordeel uitsprekt en onpartijdig is.

Naar de ervaring van de klachtenfunctionaris heeft de klager hier altijd begrip voor.

Meer informatie

Zaans Medisch Centrum

Mevrouw Juliëtte Defoer, klachtenfunctionaris

Telefoon: 075-6502460

E-mail: defoer.j@deheel.nl

Zorggroep Noorderbreedte, locatie Medisch Centrum Leeuwarden

In het Medisch Centrum Leeuwarden wordt een kwartaaloverleg gevoerd tussen verschillende bij klachten en kwaliteit betrokken functionarissen. Hiermee wordt bevorderd dat problemen gezamenlijk worden aangepakt, zodat de kwaliteit van zorg wordt verbeterd.

Zorggroep Noorderbreedte (ZNB) bestaat uit Medisch Centrum Leeuwarden (MCL), 11 centra voor ouderenzorg en zorg- en behandelcentrum De Batting in Fryslân. Daarnaast werkt Zorggroep Noorderbreedte aan kleinschalige ouderenzorg. Dat gebeurt via wijk- en dorpssteunpunten, Zorg Thuis en Service-organisatie Nynke.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij de *aanbevelingen 6F en 6H* van de richtlijn.

Aanleiding

In het Medisch Centrum Leeuwarden wordt een kwartaaloverleg gehouden met de voorzitter van de MIP-commissie, de beide ombudsfunctionarissen, de leden van de klachtencommissie en de coördinator kwaliteitszorg. Alle genoemde leden houden zich bezig met onvolkomenheden die zich binnen het ziekenhuis afspelen. Daarbij wordt niet alleen getracht de individuele zaak tot een goed einde te brengen, maar daarnaast moet er een lerend effect van uitgaan om herhaling zo mogelijk te voorkomen.

Omdat de genoemde functionarissen altijd vrij zelfstandig werken, bestond de behoefte om onderling zaken af te stemmen en verbeteracties meer te stroomlijnen, zodat afdelingsoverstijgende problematieken/thema's gezamenlijk kunnen worden aangepakt. Dat is de reden geweest om te starten met het kwartaaloverleg. Ook vanuit de Inspectie is aangegeven dat de functionarissen die van doen hebben met MIP-meldingen, klachten en kwaliteit, onderling moeten samenwerken.

Werkwijze

Op dit moment heeft er twee keer een kwartaaloverleg plaatsgevonden, in de eerste twee kwartalen van 2004. In het eerste overleg is afgesproken dat de leden een top 3 zouden samenstellen van de meest voorkomende klachten, om vervolgens op basis daarvan te bekijken welk(e) gezamenlijk(e) onderwerp(en) als verbetering(en) kan (kunnen) worden voorgesteld aan de directie. Een aantal onderwerpen die aan de orde kunnen komen, is:

- onderlinge afstemming registratiesysteem;
- ervaringsuitwisseling over structurele onvolkomenheden;
- aandragen van projectvoorstellen/adviezen voor verbetering;
- bewaken van acties naar aanleiding van bovenstaand advies;
- opstellen van een gemeenschappelijk jaarverslag.

Resultaten

Aangezien er nog maar twee keer een kwartaaloverleg heeft plaatsgehad, zijn er nog niet veel concrete resultaten aan te wijzen.

Een voorbeeld van wat wel is bereikt na overleg tussen de voorzitter van de MIP-commissie, de ombudsfunctionarissen en de coördinator kwaliteitszorg, heeft betrekking op de nazorg. Bij ernstig zieke mensen, waarbij overlijden te verwachten valt, is de nazorg en communicatie met de familie goed geregeld. Echter, bij onverwachte verslechtering en/of overlijden van de patiënt kan die nazorg en communicatie met de familie zeker worden verbeterd.

Wanneer er bij een patiënt, opgenomen in het ziekenhuis voor een ogenschijnlijk niet-levensbedreigend probleem (ter observatie, diagnostiek, behandeling), sprake is van een zeer snelle verslechtering in zijn lichamelijke toestand, die tot zijn overlijden kan leiden, is dit voor de achterblijvende familie/vrienden een grote, onverwacht emotionele, niet-begrepen situatie. Hoewel de zorg en de behandeling voor de patiënt optimaal is geweest, leeft toch bij de achterblijvers, mede in het kader van onverwerkte rouw, de vraag of het ziekenhuis hier schuld aan heeft. Zowel de klachtenfunctionarissen als de ombudsfunctionarissen alsmede de voorzitter van de MIP-commissie viel het op dat in gesprekken met familie voor deze nazorg een 'hap snap'-beleid bestaat. Zij hebben de directie een gezamenlijke brief gestuurd om hier dringend actie in te ondernemen.

Op één afdeling werd al gewerkt om verandering aan te brengen in het beleid rond nazorg voor familie bij onverwachte verslechtering/overlijden van de patiënt, door middel van het ontwikkelen van een protocol. In de gezamenlijke brief is erop aangedrongen om dat protocol op alle afdelingen te gaan gebruiken. De directie heeft toegezegd dat men wacht tot dit protocol is uitgewerkt en dat zal worden bekeken hoe het breed kan worden toegepast.

Het voordeel van het kwartaaloverleg met de voorzitter van de MIP-commissie, de beide ombudsfunctionarissen, de leden van de klachtencommissie en de coördinator kwaliteitszorg is dat gezamenlijk voorstellen voor verbeteringsacties of -projecten kunnen worden gedaan aan de directie. Samenwerken is op dit punt effectiever dan ieder afzonderlijk acties ondernemen. Sommige zaken zijn niet te registreren, niet goed grijpbaar. Toch heeft elke functionaris wel eens een gevoel of een beeld dat bepaalde zaken niet goed lopen. Door hier goed met andere functionarissen over van gedachten te wisselen, is het mogelijk deze zaken toch duidelijk voor ogen te krijgen en concreet te maken. Zo kunnen ook hierover adviezen richting organisatie gaan.

Meer informatie

Medisch Centrum Leeuwarden

Mevrouw Jetty Postma, ombudsfunctionaris

Telefoon: 058-2867031

E-mail: Jetty.Postma@znb.nl

J. Van der Broek, kwaliteitscoördinator

Telefoon: 058-2867371

E-mail: J.v.d.Broek@znb.nl

Circonflex

Bij Circonflex worden klachten door betrokken medewerkers veelal direct op de werkvloer afgehandeld door middel van directe communicatie.

Circonflex is een stichting voor zorg en wonen. Daartoe behoren een verpleeghuis, zeven verzorgingshuizen en drie steunpunten voor ouderen in de gemeenten Moerdijk en Drimmelen.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij *hoofdstuk 2* van de richtlijn.

Aanleiding

Bij Circonflex geldt dat klachten die binnenkomen op een afdeling of locatie, bij de klachtenfunctionaris of klachtencommissie, zoveel mogelijk worden opgepakt door de direct betrokkenen op de werkvloer. Medewerkers bespreken een klacht meteen met klager en in de meeste gevallen kan zo'n klacht dan ook direct worden afgehandeld. Deze wijze van klachtenafhandeling is niet direct een resultaat van een bewuste keuze, maar een bijkomend effect van een reorganisatie. Daarbij is een visie op zorg en organiseren ontwikkeld waarin wordt gesteld dat verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie worden gelegd en zaken zo dicht mogelijk bij de cliënt worden opgepakt. Dit gaat gepaard met een delegatie van bevoegdheden en een nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van medewerkers. De werkwijze met betrekking tot afhandeling van klachten sluit aan bij de cultuur van Circonflex, waarin zorgvuldigheid jegens de cliënt en de ambitie om goede en verantwoorde zorg te leveren centrale waarden zijn. Ook hebben ervaringen in het verleden Circonflex geleerd dat de afhandeling van klachten in de hiërarchische lijn vaak een escalerend effect heeft. Bovendien zijn managers vaak onvoldoende op de hoogte van de achtergrond van de klacht.

Klachtenafhandeling binnen Circonflex

Indien iemand een klacht uit op een afdeling of locatie, zullen de betrokken medewerkers de klacht direct bespreekbaar maken met de klager. Dit geeft bij de klager een gevoel van erkenning. Bovendien kan de klacht direct worden besproken en direct worden afgehandeld. Het overgrote deel van de klachten wordt dan ook op deze manier opgelost.

Ook klachten die binnenkomen bij de directie, worden teruggeleid op de plaats waar ze ontstaan zijn en in die directe communicatie met betrokkenen besproken en meestal opgelost.

Klachten die binnenkomen bij de klachtencommissie, volgen een formeel vastgesteld traject. Aan de klager wordt eerst gevraagd of hij prijs stelt op bemiddeling door de klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris bemiddelt vervolgens tussen klager en de betrokken medewerkers. Meestal wordt de klacht in de bemiddelingsfase al opgelost.

De belangrijkste succesfactor van de klachtenafhandeling binnen Circonflex is dan ook de keuze voor directe communicatie. Van medewerkers vereist dit dat zij een open gesprekshouding hanteren, bereid zijn informatie te geven, maar vooral ook bereid zijn om verantwoording af te leggen en te erkennen wat eventueel niet goed is gegaan. Anderzijds is het eveneens belangrijk dat ze bespreken en motiveren wat wel goed gaat, ook als de klager daar een andere opvatting over heeft.

Resultaten

Het belangrijkste resultaat van deze werkwijze is dat het overgrote deel van de klachten door middel van directe communicatie tussen klager en medewerker(s) naar tevredenheid wordt opgelost. Klachten die worden ingediend bij de klachtenfunctionaris, worden vrijwel altijd in de bemiddelingsfase opgelost. Behandeling van een klacht door de klachtencommissie is dan ook zelden aan de orde.

Daarnaast geldt dat door het bespreken van de klacht met de betrokkenen de medewerkers van Circonflex inzicht krijgen in hun eigen handelen en dat dit waar nodig wordt aangepast. Het belangrijkste voordeel van de werkwijze van Circonflex, naast de genoemde resultaten, is dat binnen Circonflex een cultuur is ontstaan waarbij mensen willen leren van geuite klachten, en dat medewerkers niet bang zijn afgerekend te worden op gemaakte fouten.

De ingezette leiderschapsstijl binnen Circonflex is hierbij een cruciale factor gebleken. In die stijl ligt de nadruk op openheid en bespreekbaar maken van dingen die niet goed gaan, zonder daar direct (negatieve) consequenties aan te verbinden. Bij deze werkwijze bestaat echter het risico dat klachten niet worden geregistreerd. Behalve dat hierdoor mogelijk onvoldoende overzicht is van alle ingediende klachten, zal daardoor het organisatiebrede leereffect minder sterk zijn.

Meer informatie

Circonflex

A. Maranus, adjunct-directeur verpleging en verzorging

Telefoon: 0168-350500

E-mail: a.maranus@circonflex.nl

ConForte

Bij koepelorganisatie ConForte is een project gestart ter bevordering van de onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon in verpleeg- en verzorgingshuizen.

In ConForte bundelen aanbieders van verpleging en verzorging in de regio Rotterdam, door middel van een samenwerkingsverband, hun krachten om goede voorwaarden te scheppen voor een op de cliënt toegesneden zorg- en dienstverlening.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij *hoofdstuk 1 en hoofdstuk 3* van de richtlijn.

Aanleiding

Enkele jaren geleden beproefden twee zorgorganisaties de volgende oplossing voor een onafhankelijke positie van de cliëntenvertrouwenspersoon (CVP). Zij plaatsten hun CVP-ers over en weer op de loonlijst. Formeel waren de CVP-ers onafhankelijk; er was geen sprake van een dienstverband tussen de CVP en de zorgorganisatie waarin deze werkzaam was. Inhoudelijk bleef de CVP echter tegen het probleem aanlopen dat hij, in de solofunctie waarin hij ook een hoge mate van vertrouwelijkheid moet betrachten, een extern klankbord miste. Hij moest daarvoor vaak toch terugvallen op de directeur of locatiemanager. Dit was in 2003 voor ConForte de aanleiding om te onderzoeken hoe de onafhankelijkheid anders vorm te geven zou zijn.

Werkwijze

De conclusie van dit onderzoek was dat de CVP niet noodzakelijk formeel onafhankelijk hoeft te zijn van de organisatie; de CVP mag in dienst zijn van de zorgorganisatie. Echter, de cliënt moet wél het gevoel hebben dat hij laagdrempelig zijn klacht kwijt kan bij een onafhankelijk persoon. De CVP moet het gevoel hebben dat hij zijn functie onafhankelijk ten opzichte van de zorgaanbieder kan uitoefenen. Dit is te bevorderen door de CVP deel uit te laten maken van een eigen professioneel netwerk, dat inhoudelijk als klankbord voor het functioneren van de CVP kan dienen. Door CVP-ers van verschillende organisaties regelmatig met elkaar in contact te brengen, kan intervisie en onderlinge consultatie plaatsvinden. Op deze manier kan de CVP in zijn functie-uitoefening beter zijn onafhankelijkheid tot uitdrukking brengen. Bovendien kunnen de ontmoetingen van CVP-ers leiden tot een gemeenschappelijk denkkader omtrent het invullen van de functie. Ook dit versterkt de mogelijkheid om onafhankelijk op te treden.

Eind 2003 werd het draagvlak voor deze opzet gepeild. Zes van de bij ConForte aangesloten zorgconcerns onderschreven het belang om op deze manier – via het opbouwen van een eigen professioneel netwerk voor CVP-ers – uitdrukking te geven aan de onafhankelijkheid

van de CVP. Zij legden dit vast in een convenant, waarin partijen (zorgaanbieders enerzijds en ConForte anderzijds) afspreken wat ze over en weer van elkaar mogen verwachten (convenant is op te vragen bij onderstaande contactpersoon). Daarop is in 2004 een pilot van start gegaan om deze opzet te beproeven.

Inhoud pilot

Het opbouwen van het professioneel netwerk gebeurt via een zestal bijeenkomsten verspreid over 2004-2005. Vanuit de diverse zorgorganisaties ontmoeten 20 CVP-ers elkaar gedurende een hele dag. De CVP-ers hebben een zeer diverse achtergrond en ervaring, in samenhang met de wijze waarop de bij de pilot betrokken zorgorganisaties de informele klachtenopvang hebben vormgegeven. Vanwege deze heterogeniteit is in de zes bijeenkomsten een grote plaats ingeruimd voor scholing rondom een aantal thema's en het oefenen van vaardigheden. Zo kunnen de CVP-ers eenzelfde begrippenkader en denkkader over de taak- en werkopvatting opbouwen. Thema's die aan bod komen zijn onder andere:

- de mogelijkheden van de CVP en de rol van andere klachteninstanties;
- de CVP in een combinatiefunctie;
- het bevorderen van de bekendheid (ook bij medewerkers);
- het signaleren ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

De vaardigheden die, met inzet van acteurs, onder begeleiding van een communicatietrainer zullen worden geoefend, betreffen het contact met de klager en familie of vertegenwoordiger, met de aangeklaagde medewerker en het bemiddelingsgesprek onder meer naar aanleiding van zelf ingebrachte casuïstiek.

Tijdens de bijeenkomsten is veel ruimte ingebouwd voor begeleide intervisie. Buiten deze bijeenkomsten wordt de onderlinge consultatie van CVP-ers bevorderd en kunnen zij daarnaast een beroep doen op de projectleider bij ConForte en de docent vanuit de SOKG (Stichting Ondersteuning Klacht opvang Gezondheidszorg). Ook vindt via het bureau van ConForte ondersteuning plaats door gemeenschappelijke thema's op te pakken (bijvoorbeeld: PR rond de functie van CVP).

Resultaten

Het project loopt op dit moment nog. De verwachting is dat CVP-ers elkaar tussentijds weten te vinden voor onderlinge consultatie. Het gemeenschappelijke programma van de zes bijeenkomsten zal ook leiden tot een verdere uniformering en professionalisering van de klachtenopvang door de CVP.

Een beoogd effect is ook versterking van de eigen identiteit van CVP-ers en erkenning bij de zorgorganisaties dat klachtenopvang een vak is en niet een taak is die je er 'even bij doet'. De verwachting is dat het project tevens bij zorgorganisaties het besef doet toenemen dat de kracht van de CVP-functie toeneemt door te investeren in de randvoorwaarden, zoals tijd en middelen, om toegankelijkheid, bekendheid en laagdrempeligheid op te bouwen.

Dit alles zal leiden tot versterking van de rechtspositie van cliënten en een optimaler gebruik van de signaalfunctie van de klachtenopvang voor het kwaliteitsbeleid.
Begin 2005 zal het project worden afgerond en zullen de resultaten bekend worden.

Meer informatie

ConForte

Mevrouw Bibian van Gorp, beleidsmedewerker

Telefoon: 010-2650011

E-mail : gorp@conforte.nl

Stichting Zorgbeheer de Zellingen

Door Stichting Zorgbeheer de Zellingen is een aantal jaren geleden een cliëntenvertrouwenspersoon aangesteld die allerlei activiteiten onderneemt om cliënten te bereiken en bekendheid, laagdrempeligheid en toegankelijkheid voor het indienen van klachten te creëren.

Stichting Zorgbeheer de Zellingen biedt zowel verpleeg- en verzorgingshuiszorg als thuiszorg. De Stichting bestaat uit twee verpleeghuizen, twee verzorgingshuizen en één thuiszorgorganisatie.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij de *aanbevelingen 1A en 3C* van de richtlijn.

Aanleiding

Stichting Zorgbeheer de Zellingen heeft als proeftuin in Zuid-Holland deelgenomen aan een project 'vertrouwenspersoon' (van april 1999 tot januari 2001).^{*} Het heeft geresulteerd in de aanstelling van de cliëntvertrouwenspersoon en een aantal handvaten om die cliëntenvertrouwenspersoon goed te positioneren binnen de organisaties.

In Stichting Zorgbeheer de Zellingen verblijven cliënten langdurig en voor hun algemene dagelijkse behoeften zijn zij aangewezen op de medewerkers van de instelling. Cliënten verkeren dus in een afhankelijke positie ten opzichte van de medewerkers. Hierdoor zullen cliënten niet snel een klacht indienen. De cliëntenvertrouwenspersoon van Stichting Zorgbeheer de Zellingen onderneemt daarom allerlei activiteiten om haar bekendheid en toegankelijkheid en die van de klachtenregeling te vergroten en daarmee de laagdrempeligheid voor het indienen van klachten te bevorderen.

Werkwijze

Om de klachtenregeling bekend te maken onder de bewoners en hun familie, krijgt iedere nieuwe bewoner bij de intake een map mee, waarin naast algemene gegevens van de organisatie ook aandacht wordt besteed aan het klachtsysteem en mogelijkheden die de cliënt heeft om te klagen. In deze map zit een folder waarin op simpele wijze wordt aangegeven wat de verschillende wegen zijn voor het indienen van een klacht binnen Stichting Zorgbeheer de Zellingen. De cliëntenvertrouwenspersoon werkt op proactieve wijze aan het vergroten van haar herkenbaarheid door met zoveel mogelijk nieuwe bewoners een gesprek te hebben. Daarnaast komt zij zeer regelmatig op de verpleeg- en verzorgingsafdelingen voor een praatje met de bewoners opdat de drempel tot klagen laag blijft. Ook heeft zij jaarlijks contacten met cliëntenraad en klachtencommissie. Met de voorzitter van de klachtencommissie is ook tussentijds contact, eens per twee maanden. Tevens vergroot de cliëntenvertrouwenspersoon haar eigen

bekendheid en toegankelijkheid binnen de organisatie door het ophangen van posters op de afdelingen. Op die poster staat een foto van zichzelf, waarbij ze de telefoonnummers vermeldt waaronder ze te bereiken is.

Om haar bereikbaarheid te vergroten en de drempel tot klagen te verlagen, heeft de cliëntenvertrouwenspersoon een goed te vinden en te bereiken kantoor buiten het zicht van de afdelingen. Verder is de cliëntenvertrouwenspersoon ook buiten kantooruren te bereiken op een mobiele telefoon. In afwezigheid, bijvoorbeeld tijdens vakanties, worden de klagers met een schriftelijk ingediende klacht schriftelijk op de hoogte gesteld van de afwezigheid van de cliëntvertrouwenspersoon door het secretariaat van de klachtencommissie. Ingesproken boodschappen op het telefonisch antwoordapparaat worden dan afgehandeld door de pastoraal medewerker.

Resultaten

De drempel tot klagen is duidelijk verlaagd. Het aantal klachten dat bij de cliëntenvertrouwenspersoon en de klachtencommissie van Stichting Zorgbeheer de Zellingen binnenkomt, is aanzienlijk gestegen. Dat is het resultaat van de activiteiten die de cliëntenvertrouwenspersoon onderneemt ten behoeve van haar bekendheid en toegankelijkheid: het bezoeken van afdelingen, het schrijven van stukjes in de bladen, je gezicht laten zien bij bewoners en het uitdelen van folders/posters geven deze drempelverlaging. Daarnaast is er bij bewoners meer duidelijkheid gekomen over de verschillende mogelijkheden tot klagen. Een bijkomend voordeel is dat het door de verbeterde doorzichtigheid en overzichtelijkheid en het verhoogde aantal klachten meer verantwoord is conclusies te trekken uit ingediende klachten.

Een nadeel van deze proactieve manier van werken is dat de klachtenopvang staat of valt met de aanwezigheid van de cliëntenvertrouwenspersoon en de door haar te ondernemen activiteiten. Het is namelijk duidelijk te merken als de cliëntvertrouwenspersoon, bijvoorbeeld door vakantie, een paar weken niet aanwezig is, ondanks de waarneemregeling van het secretariaat van de klachtencommissie en de pastoraal medewerker. Het aantal klachten daalt dan direct. Dit is te ondervangen door te werken aan een open cultuur op afdelingen ten aanzien van klachten, zodat klachten direct daar afgehandeld kunnen worden en de cliëntenvertrouwenspersoon alleen in uitzonderingsgevallen noodzakelijk is.

Meer informatie

Stichting Zorgbeheer de Zellingen

Mevrouw M. Valkenburg, cliëntenvertrouwenspersoon

Telefoon: 010-2665757

E-mail: m.valkenburg@tref.nl

* Het project 'Vertrouwenspersoon' is uitgevoerd door de Begeleidingscommissie project 'Vertrouwenspersoon' onder verantwoordelijkheid van de Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland. Het project heeft een vervolg gekregen bij ConForte, het samenwerkingsorgaan van de verpleeghuissector in de regio Rotterdam (zie praktijkvoorbeeld ConForte in deze bijlage).

Klachtencommissie GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Dijk en Duin en GGZ-centrum Westfriesland

Sinds de oprichting bestaat de gezamenlijke Klachtencommissie voor GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Dijk en Duin en GGZ-centrum Westfriesland uit louter onafhankelijke, externe leden. Om over genoeg deskundige leden te kunnen beschikken, wordt gebruikgemaakt van een pool van afwisselend in te zetten leden die, indien nodig, wordt aangevuld.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij de *aanbevelingen 5B en 5D* van de richtlijn.

Aanleiding

De gezamenlijke Klachtencommissie voor GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Dijk en Duin en GGZ-centrum Westfriesland bestaat al vanaf de oprichting uit externe, dat wil zeggen niet aan de instellingen verbonden leden. Voor de kwaliteit van de beoordeling van de klachten is onafhankelijkheid een voorwaarde. De overweging dat de klachtencommissie zonder last of ruggespraak moet kunnen oordelen, heeft daar zeker een rol bij gespeeld. Dat de onafhankelijkheid van de klachtencommissie belangrijk wordt geacht door de klagers, wordt onderstreept door de uitkomsten uit een onderzoek van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP). Daaruit is naar voren dat psychiatrische patiënten die klagen bij een klachtencommissie, vaak het gevoel hebben dat deze commissie niet onafhankelijk is, maar dat ze wel tevreden zijn over de klachtenbehandeling als de leden van de klachtencommissie niet in dienst zijn van het ziekenhuis. Aanleiding voor dit onderzoek was een onderzoek vorig jaar van de Stichting de Ombudsman, waaruit was gebleken dat onder cliënten het idee leeft dat klachtencommissies niet voldoende onafhankelijk zijn. Uit het onderzoek van de Stichting PVP bleek ook dat een derde van de cliënten tevreden is, een derde deels tevreden en ontevreden en een derde ontevreden is. Weliswaar was er een direct verband tussen de uitspraak van de klachtencommissie en de tevredenheid van de cliënt. Cliënten koppelden echter hun tevredenheid niet alleen aan de uitspraak van de commissie, maar vooral aan de bejegening. Belangrijke factor hierbij bleek de onafhankelijke opstelling van de commissie te zijn. De conclusie was dan ook dat het aanbevelenswaardig is dat alle leden van de klachtencommissie onafhankelijk zijn en niet alleen de voorzitter, zoals in de WKCZ en de Wet BOPZ geregeld is (Bron: PVP krant, 13^e jaargang, nummer 4, december 2003).

Werkwijze

Met betrekking tot de onafhankelijkheid van leden stellen zowel de WKCZ als de Wet BOPZ als enige eis een onafhankelijke voorzitter. De klachtencommissie voor GGZ Noord-Holland-Noord,

GGZ Dijk en Duin en GGZ-centrum Westfriesland bestaat altijd uit een voorzitter, een psychiater, een jurist en een inhoudelijk deskundige, die allen onafhankelijk van de instelling zijn. Om deze onafhankelijkheid te garanderen schrijft het reglement van de klachtencommissie voor: 'De leden van de commissie mogen niet in dienst zijn van de zorgaanbieder en tot deze niet in een zakelijke relatie staan.' Een dienstverband in het verleden (bijvoorbeeld beëindigd door pensioen) vormt geen belemmering voor een lidmaatschap van de commissie.

Dat geen van de leden voor de instelling werkzaam mag zijn, wordt duidelijk aan cliënten meegedeeld. Bij de start van een klachtenbehandeling door de klachtencommissie worden alle leden van de commissie voorgesteld aan de cliënt, waarbij wordt meegedeeld dat de leden niet werkzaam zijn voor de instelling. Ook wordt dit in de klachtenbrochure weergegeven: 'Geen van de leden van de commissie is in dienst van de instelling.'

Om over voldoende deskundige externe leden voor de klachtencommissie te beschikken, werkt de klachtencommissie met een 'pool' van leden voor de verschillende plaatsen binnen de commissie. Voor de verschillende functies zijn diverse leden beschikbaar. Voor de functie van psychiater in de klachtencommissie zijn via de pool bijvoorbeeld vier psychiaters in te zetten. Via een rouleersysteem komen alle leden aan de beurt bij het behandelen van een klacht. Nieuwe leden worden aangetrokken door reeds zittende leden of door de directies van de drie instellingen die de klachtencommissie hebben ingesteld.

Resultaten

Een onafhankelijke klachtencommissie heeft een aantal voordelen. Gelet op de positieve reacties van cliënten (en ook aangeklaagden) bij de behandeling van klachten wordt een onafhankelijke opstelling van de klachtencommissie op prijs gesteld. Om dit te verifiëren heeft de commissie het voornemen om de tevredenheid over de klachtenafhandeling bij klagers en aangeklaagden te onderzoeken. Een vragenlijst daarvoor is in ontwikkeling.

Het voordeel van het werken met een pool van externe leden voor de klachtencommissie is dat er altijd voldoende deskundige leden zijn om een klacht te kunnen behandelen. Omdat via het roulerende systeem iedereen in de pool aan de beurt komt, doet iedereen ervaring op. Dit is van belang voor de continuïteit en de kwaliteit van het werk van commissie. Als een lid te kennen geeft te willen aftreden, ontstaat er bovendien niet direct een probleem met betrekking tot de bezetting; er zijn genoeg andere leden in de pool die kunnen worden ingezet.

Meer informatie

Klachtencommissie voor GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Dijk en Duin en GGZ-centrum Westfriesland

Mevrouw Warna Dekker, ambtelijk secretaris klachtencommissie

Telefoon: 072-5312340

E-mail: w.dekker@ggz-nhn.nl

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)

Hoewel de Klachtencommissie van de KNOV een landelijke commissie is, houdt deze bij de behandeling van klachten in principe altijd een hoorzitting. Ten behoeve van de laagdrempeligheid wordt de zitting in of nabij de woonplaats van de klager gehouden.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij de *aanbevelingen 1A en 5J* van de richtlijn.

Aanleiding

De klachtencommissie van de KNOV is een landelijke commissie. Zij behandelt klachten over eerstelijns verloskundigen uit het hele land. Na ontvangst van de schriftelijke klacht en het schriftelijke verweer van de verloskundige volgt er in principe altijd een hoorzitting. Om als landelijke klachtencommissie toch zoveel als mogelijk mondelinge hoor en wederhoor toe te passen en de drempel voor klagers te verlagen, worden de hoorzittingen al vanaf de oprichting van de klachtencommissie in of nabij de woonplaats van de cliënt gehouden.

Werkwijze

Binnen de klachtenprocedure van de KNOV wordt ernaar gestreefd de klacht altijd mondeling te bespreken in een hoorzitting. De hoorzitting is een tweede ronde in het hoor en wederhoor, waar de cliënt de klacht kan toelichten en de commissie de verloskundige uitleg van het handelen vraagt. De zitting stelt de cliënt en de verloskundige tevens in de gelegenheid direct op elkaar te reageren. De bedoeling van de zitting is de klachtencommissie nadere duidelijkheid te verschaffen over het voorgevallene.

Soms wordt, op verzoek van de cliënt, afgezien van het houden van een hoorzitting. De commissie is van mening dat dit een compleet oordeel over de klacht en het voorgevallene niet ten goede komt. Daarom hecht de commissie erg aan het organiseren van een hoorzitting en vindt dat deze geen extra drempel voor de cliënt mag opwerpen.

Deze hoorzitting vindt bewust niet plaats in het kantoor van de organisatie. Sinds de oprichting tracht de klachtencommissie de hoorzittingen te houden in of nabij de woonplaats van de cliënt en is daarmee dus een reizende commissie. Hiermee probeert de commissie de drempel voor de cliënt zo laag mogelijk te houden. Dit is immers conform de bedoeling van de WKCZ. De cliënt hoeft niet ver te reizen, hetgeen voor alle cliënten, maar zeker voor degenen die pas bevallen zijn of nog jonge kinderen hebben (wat bij klachten over een verloskundige vaak het geval is), de procedure eenvoudiger maakt.

Ten behoeve van de hoorzitting wordt een zaal gehuurd bij een restaurant, welzijnsinstelling of patiëntenorganisatie. Naar de mening van de commissie benadrukt dit tevens de onafhankelijk-

heid van de commissie; men zit immers niet in een locatie van de beroepsgroep zelf. Voor de privacy van de verloskundige is dit overigens ook prettig.

Namens de klachtencommissie zijn in ieder geval de voorzitter, een lid verloskundige en een lid uit de kring van patiënten-/consumentenorganisaties op de zitting aanwezig. De cliënt en de verloskundige kunnen zich, als zij dat willen, laten bijstaan door maximaal twee personen. Op het vastgestelde tijdstip ontvangt de ambtelijk secretaris beide partijen en laat hen tegelijkertijd binnen. Getracht wordt de zitting in een open, niet-juridische sfeer te laten plaatsvinden, zodat beide partijen zich vrij voelen om te spreken.

Resultaten

Regelmatig geven cliënten in de enquête, die zij drie maanden na de uitspraak ontvangen, aan dat zij zich in de zitting echt 'gehoord' hebben gevoeld. Het feit dat de zitting dicht bij huis is gehouden, wordt door hen vaak als vanzelfsprekend ervaren.

Het houden van een zitting in of nabij de woonplaats van de cliënt heeft de laagdrempeligheid voor de cliënt als groot voordeel. De locatie zelf is misschien voor de cliënt onbekend, maar deze is wel gesitueerd in een vertrouwde omgeving. Het bijwonen van een zitting, hoe moeilijk of confronterend dat soms ook is, vergt een geringe tijdsinvestering. Het bewerkstelligt dat cliënten zelden afzien van deelname aan een zitting. De cliënt hoeft niet ver te reizen om de klacht te kunnen toelichten en weinig of geen kosten te maken. Bijkomend voordeel is dat de onafhankelijkheid van de commissie wordt benadrukt.

Nadeel van een hoorzitting op locatie zijn de hogere kosten, zoals de huur van de locatie en catering (koffie, thee) en de reiskosten van de commissieleden. Daarnaast vraagt het van de commissieleden in een aantal gevallen meer reistijd. Zittingen naar aanleiding van diverse klachten zijn vaak niet te combineren, omdat de klachten zelden in een tijdsbestek van een maand uit hetzelfde deel van het land komen en het combineren van zittingen een te grote vertraging in de klachtafhandeling zou betekenen. Ondanks deze nadelen hecht de klachtencommissie van de KNOV erg aan het organiseren van de hoorzitting in of nabij de woonplaats van de cliënt.

Meer informatie

Klachtencommissie KNOV

Mevrouw Elsemarie van Mackelenbergh, ambtelijk secretaris

Telefoon: 073-6891890

E-mail: evanmackelenbergh@knov.nl

Districts Huisartsen Vereniging Westland Schieland Delfland – Vlaardingen (DHV-WSD Vlaardingen)

In de nieuwsbrief van de DHV-WSD Vlaardingen publiceert de klachtencommissie op districts-niveau door haar behandelde klachten die daarvoor worden geanonimiseerd.

Relatie tot de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Deze beschrijving kan als praktijkvoorbeeld dienen bij *aanbeveling 6J* van de richtlijn.

Aanleiding

In de DHV-Nieuwsbrief van de DHV-WSD te Vlaardingen brengt de rubriek Signaal de praktijk-informatie van de klachtencommissie direct onder de aandacht van de huisarts. Signaal vormt daarmee een belangrijk middel om uitvoering te geven aan één van de doelstellingen van de Klachtencommissie: bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg.

Werkwijze

Signaal wordt geschreven door en onder verantwoordelijkheid van de onafhankelijke klachtencommissie. De functie van de DHV in dit proces is niet meer dan de publicatie van hetgeen door de Klachtencommissie ter publicatie wordt aangeboden.

In de rubriek Signaal kunnen drie soorten beschrijvingen gepubliceerd worden.

1. *De casus*

De meeste Signalen beschrijven een casus, geënt op een concrete klachtsituatie die van voldoende algemeen belang wordt geacht. Door anonimisering en woordgebruik wordt ervoor gezorgd dat herkenning door niet-betrokkenen is uitgesloten. Herkenbare elementen worden veranderd en niet-relevante zaken worden weggelaten. De beschrijving is een beknopte weergave van een door de commissie gedane uitspraak. De standaardindeling van een dergelijk Signaal omvat een korte weergave van achtereenvolgens: de aanleiding tot de klacht, de ingediende klacht, het verweer van de arts, de overwegingen van de commissie en de uitspraak over de gegrondheid van de klacht, en eventueel een aanbeveling. Het is natuurlijk niet bedoeld als een gedetailleerd verslag van de door partijen ingebrachte argumenten. Het is een schets op hoofdlijnen waar de lezer lering uit kan trekken.

2. *Algemeen*

Daarnaast wordt van tijd tot tijd aandacht besteed aan een algemeen onderwerp. Hierbij kan men denken aan informatie en tips over het voorkómen van klachten, het omgaan met klachten, de klachtenprocedure, e.d.

3. *De klinische les*

Sinds kort is hier bijgekomen de zogenoemde klinische les, een voorbeeld van casuïstiek in de huisartspraktijk die gemakkelijk tot een valkuil leidt. Een dergelijke les is gebaseerd op één of meer concrete casussen. Het gaat hierbij echter niet om de beschrijving van de concrete casus, maar om de algemene boodschap gericht op het voorkomen van klachten. De nadruk ligt op de voorgeschiedenis die aanleiding is tot het indienen van een klacht; de verdere behandeling en beoordeling van de klacht blijven buiten beschouwing. Vanuit oogpunt van persoonsbescherming is het verhaal summier, anoniem en grotendeels gefingeerd. Het is de bedoeling dat zo veel mogelijk artsen zich herkennen in de geschetste situatie.

Resultaten

In de wandelgangen wordt wel eens opgevangen dat huisartsen Signaal lezen en wat ze vinden van bepaalde uitspraken. Echter, er zijn geen geobjectiveerde resultaten waaruit blijkt wat de ervaringen van huisartsen zijn met Signaal en welk effect de beschrijvingen hebben. De publicaties kunnen wat opleveren. Een huisarts die zichzelf herkent in de ‘problematiek’ van een gepubliceerd Signaal, kan daar lering uit trekken en zou zijn gedrag en/of handelen kunnen aanpassen.

Meer informatie

Klachtencommissie Huisartsenzorg WSD Vlaardingen

Mr. F.J.M. van Spaendonck, secretaris

Postbus 11088, 2301 EB Leiden

Telefoon: 013-5800512

E-mail: kc@dhv21.nl

Overzicht betrokkenen bij totstandkoming Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg

Participerende verenigingen en organisaties

Organisatie

- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
- SOKG, Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg
- UM, Universiteit Maastricht, sectie gezondheidsrecht

Patiënten-/consumentenorganisaties

- IKG, Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg
- LOC, Landelijke Organisatie Cliëntenraden
- NPCF, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

Zorgaanbieders

A. Organisaties van beroepsbeoefenaren

- AVVV, Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden
- KNMG, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- KNMP, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
- KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- KNGF, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- NMT, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
- OMS, Orde van Medisch Specialisten

B. Organisaties van zorginstellingen

- Arcares, landelijke brancheorganisatie verpleging en verzorging
- GGZ Nederland, Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
- LVT, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
- NVZ, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Overige betrokken organisaties

- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- NVKZ, Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit & Zorg
- Stichting PVP, Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg
- VKIG, Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg

Werkgroepleden

Algemene commissie

- Prof. mr. dr. F.C.B. van Wijmen, hoogleraar, Universiteit Maastricht (voorzitter)
- Mevrouw dr. S.M. Smorenburg, arts, senior adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (projectleider)
- Mevrouw drs. M.M. Houtsma, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (secretaris)
- Mr. N.J. Bakker, hoofd juridische en internationale zaken, Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, Nieuwegein
- Mevrouw G. Benthem, staffunctionaris kwaliteit en zorg, Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg, Riagg Zwolle, tot maart 2003
- Drs. J.J.H. Bokma, senior beleidsmedewerker, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- Mevrouw mr. G.J. Boshuizen, beleidsmedewerker, NVZ vereniging van ziekenhuizen, Utrecht
- Mevrouw mr. A.D. Brittijn-Visscher, directeur, Regionaal Patiënten Consumenten Platform Rijnmond, Rotterdam
- Mevrouw mr. C.B.M.M. Hoegen, beleidsmedewerker Arcares, Utrecht
- Mevrouw drs. G.E. Inia-Douma, apotheker, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie
- Mevrouw mr. M. Jonkers, GGZ Nederland, Utrecht
- Drs. J.L.M. van de Klundert, arts, manager kwaliteitszorg, Orde van Medisch Specialisten, Utrecht
- Drs. E. Kozijn, Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg, beleidsmedewerker, Stichting Dagcentra 'Twente', Hengelo
- Mr. dr. J. Legemaate, juridisch adviseur, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Utrecht
- Mevrouw drs. C.E. Linssen, beleidsadviseur, Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden, Utrecht
- Mevrouw mr. C.H.M. Meijer, beleidsmedewerker, Landelijke Organisatie Cliëntenraden, Utrecht
- Drs. A. Oosterlee, arts, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden (tot april 2004)
- Mr. H. Plokker, arts, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag
- Mr. J. de Ridder, ambtelijk secretaris, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Amersfoort
- Mevrouw drs. C.M. de Ruiter, stafmedewerker Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg, Utrecht (tot oktober 2003)

- Mevrouw mr. P.V. van der Sande, klachtenfunctionaris, Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg, Arnhem
- Mevrouw drs. M.J.M. Timmers, directeur, Stichting Ondersteuning Klachtovang Gezondheidszorg, Utrecht (vanaf oktober 2003)
- Mevrouw drs. M.M. Versluijs, programmamedewerker, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht
- Mevrouw drs. A.J.M. Waelput, beleidsmedewerker, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Mr. drs. T.P.J.C. Widdershoven, jurist, Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht
- Mevrouw mr. A.Th. Wreesmann-van den Bos, secretaris Landelijke Beroepscommissie Klachten, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Bunnik

Commissie ziekenhuizen

- Drs. A. Oosterlee, arts, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden (voorzitter tot april 2004)
- Mevrouw mr. G.J. Boshuizen, juridisch beleidsmedewerker, NVZ vereniging van ziekenhuizen, Utrecht (voorzitter vanaf april 2004)
- Mevrouw dr. S.M. Smorenburg, arts, senior adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (projectleider)
- Mevrouw drs. M.M. Houtsma, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (secretaris)
- Mevrouw mr. G.J. Bransz, stafjurist, Ziekenhuis Rivierenland, Tiel
- Mevrouw drs. M.I. Brilleman, kwaliteitsfunctionaris, Deventer Ziekenhuis, Deventer
- Mevrouw J.M.A. Defoer, klachtenfunctionaris, Zaans Medisch Centrum, Zaandam
- Mevrouw C.M.H. Delsing, cliëntenraadslid, Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, tot november 2003
- Mevrouw M. Huisman, klachtenfunctionaris, Universitair Medisch Centrum Utrecht
- Prof. dr. J. Kievit, chirurg, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
- Drs. J.L.M. van de Klundert, arts, Orde van Medisch Specialisten, Utrecht
- Mevrouw mr. F.C. de Kruijk-Postma, jurist, Capelle a/d IJssel
- Mevrouw mr. N.S.L. Lim, secretaris klachtencommissie, Meander Medisch Centrum, Amersfoort
- Drs. J.J. Pel, beleidsmedewerker, Hofpoort Ziekenhuis, Woerden
- Mevrouw dr. E.M. Sluijs, senior-onderzoeker, NIVEL, Utrecht
- H. Vriend, vertrouwenspersoon, Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg, Zutphen

Commissie verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg

- Mevrouw mr. A.Th. Wreesmann-van den Bos, secretaris Landelijke Beroepscommissie Klachten, Landelijke Vereniging Thuiszorg, Bunnik (voorzitter)
- Mevrouw dr. S.M. Smorenburg, arts, senior adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (projectleider)
- Mevrouw drs. M.M. Houtsma, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (secretaris)
- Mr. L.A.P. Arends, universitair docent gezondheidsrecht, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- Mevrouw C.M. Boer-de Koning, staffunctionaris, West Friese Zorggroep de Omring, Hoorn
- Mevrouw drs. A.M.G. Donselaar, verpleeghuisarts, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, Driebergen
- Mevrouw mr. J.A. Engwerda, coördinator IKG, Regionaal Patiënten Consumenten Platform Amstelland en de Meerlanden, Hoofddorp
- Mevrouw mr. C.B.M.M. Hoegen, beleidsmedewerker, Arcares, Utrecht
- Mevrouw M. van Keulen, kwaliteitsfunctionaris, Thuiszorg Enschede – Haaksbergen, Enschede
- J.C. Kleinleugenmors, secretaris klachtencommissie, Stichting zorgcentra Laak en Eem, Nijkerk
- Mevrouw drs. C.E. Linssen, beleidsadviseur, Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden, Utrecht
- Mevrouw drs. H. Ostendorf, klachtenfunctionaris/vertrouwenspersoon, Zorgaccent, Amersfoort
- Mevrouw D. Vermeulen, kwaliteitsfunctionaris, De Vierstroom, Gouda

Commissie instellingen geestelijke gezondheidszorg

- Mevrouw mr. M. Jonkers, jurist, GGZ Nederland, Utrecht (voorzitter)
- Mevrouw dr. S.M. Smorenburg, arts, senior adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (projectleider)
- Mevrouw drs. M.M. Houtsma, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (secretaris)
- D. Buwalda, stafmedewerker, Stichting GGZ Friesland, Leeuwarden
- Prof. mr. dr. J. Dute, hoogleraar Gezondheidsrecht, iBMG, Erasmus MC
- Mr. C. Focken, klachtenfunctionaris, GGZ Oost Brabant, Boekel
- Mevrouw drs. E. Hamelink, klachtenfunctionaris, Alysis Zorggroep, Arnhem
- Mevrouw drs. M.R.M. Korte, beleidsadviseur kwaliteit, De Gelderse Roos, Wolfheze
- Mr. dr. J. Legemaate, juridisch adviseur, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Utrecht
- Mevrouw mr. H.E. Nonnekes, secretaris Raad van Bestuur, Sinaï Centrum, Amersfoort
- Mevrouw mr. M.A. Spreij, secretaris klachtencommissie, GGZ Buitenamstel, Amsterdam
- Prof. dr. J.A. Swinkels, hoogleraar psychiatrie, Amsterdam

- Mr. drs. T.P.J.C. Widdershoven, jurist, Stichting Patiëntvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht

Commissie gehandicaptenzorg

- Drs. J.J.H. Bokma, senior beleidsmedewerker, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Utrecht (voorzitter)
- Mevrouw dr. S.M. Smorenburg, arts, senior adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (projectleider)
- Mevrouw drs. M.M. Houtsma, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (secretaris)
- L.K. Den Dulk, directeur, Stichting Raad op Maat, Gouda
- Mevrouw mr. dr. B.J.M. Frederiks, jurist en onderzoeker Universiteit Maastricht
- Mevrouw drs. S.A. Huisman, arts verstandelijk gehandicapt, Prinsinstichting, Purmerend
- D. Koster, beleidsmedewerker kwaliteit, 's Heeren Loo, Noord-Holland
- Mevrouw G.S. Kouwenberg, patiëntvertrouwenspersoon, Stichting Epilepsie Instellingen, Hoofddorp
- Mevrouw A.M.P. Oudshoorn, cliëntvertrouwenspersoon, De kleine Johannes, Amsterdam
- Mevrouw mr. P.V. van der Sande, klachtenfunctionaris, Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg, Arnhem
- M. Wiegman, Landelijke Steunpunt Cliëntenraden, Katwijk
- Mevrouw mr. A.J. Wiersma, jurist, Federatie van Ouderverenigingen, Utrecht (tot augustus 2003)

Commissie vrijevestigde beroepsbeoefenaren

- Mevrouw mr. A.D. Brittijn-Visscher, directeur, Regionaal Patiënten Consumenten Platform Rijnmond, Rotterdam (voorzitter)
- Mevrouw dr. S.M. Smorenburg, arts, senior adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (projectleider)
- Mevrouw drs. M.M. Houtsma, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (secretaris)
- Mr. N.J. Bakker, hoofd juridische en internationale zaken, Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, Nieuwegein
- Mevrouw mr. I.F.A. Broeckaert, hoofd juridische zaken, Zorggroep Almere, Almere
- Mevrouw J.M.A. Defoer, klachtenfunctionaris, Stichting Mobiele Artsenservice Haaglanden, Den Haag
- Dr. ir. R. Friele, senior onderzoeker Nivel, Utrecht
- Mevrouw L. Hageraats, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht
- M.J.F.M. Klaassen, apothekhoudend huisarts, Oirsbeek
- Mr. E.A. Ledoux, beleidsadviseur juridische en internationale zaken, Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, Nieuwegein

- Mr. J. de Ridder, ambtelijk secretaris, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Amersfoort
- Drs. P.J.W. Schilperoord, lid klachtencommissie, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort
- Mevrouw drs. M.M. Versluijs, programmamedewerker, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht
- Mevrouw drs. A.J.M. Waelput, beleidsmedewerker, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Bilthoven
- Mevrouw mr. E.M. Weening, jurist, cliëntvertegenwoordiger klachtencommissie, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Lisse

Deelnemende proeftuinen

Reinier de Graaf Groep, Delft

- Mevrouw J.G. Nahon, klachtenfunctionaris
- Mr. drs. P. Vermeys, directiesecretaris
- Mevrouw G. Kloppers-Hozee, klachtenfunctionaris
- Mevrouw J.H. Phaff-van Ommeren, secretaris klachtencommissie

Zaans Medisch Centrum, Zaandam

- Mevrouw I.T.H. Hondius-Stout, MHA, adjunct-directeur
- Mevrouw J.M.A. Defoer, klachtenfunctionaris
- Mevrouw mr. C.R. Janetzky, ambtelijk secretaris klachtencommissie
- Mr. drs. C.J. van Groningen, beleidsadviseur medische staf

Amphia Ziekenhuis, Breda

- Mevrouw M.C.M. Post, kwaliteitsfunctionaris
- Mevrouw F. Kuys, klachtenfunctionaris
- F. de Haan, bedrijfsjurist

Stichting Zorgbeheer de Zellingen, Capelle a/d IJssel

- Mevrouw drs. M.T.H. Valkenburg-Oudshoorn, cliëntenvertrouwenspersoon
- G. van Well, lid Raad van Bestuur
- Mevrouw mr. I.A.C.M. Bodelier-van Breugel, voorzitter klachtencommissie

Stichting St. Anna, Heel

- Drs. X.M.H. Moonen, hoofd stafgroep behandeling en begeleiding Stichting St. Anna – Gastenhof
- A.F.A.M. Ferron, beleidsmedewerker kwaliteit

De Geestgronden, Bennebroek

- Mevrouw drs. C.C.A.M. Kraus, MBA, beleidsmedewerker
- C. van Wegen, voorzitter cliëntenraad
- Mevrouw A. Keyzer, klachtenfunctionaris

Stichting Mobiele Artsenservice Haaglanden, Den Haag

- Mevrouw drs. M.G. van Gelderen, huisarts, kwaliteitsmedewerker
- Dr. B. van Ek, huisarts, klachtenfunctionaris
- Mevrouw mr. M.M.L. Prieckaerts, beleidsmedewerker
- Mevrouw J.M.A. Defoer, klachtenfunctionaris

Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland, Eindhoven

- Mevrouw drs. M.C.E. Hellevoort, coördinator
- Mevrouw drs. B.J. Nieweg, klachtenfunctionaris

Geraadpleegde deskundigen

- Mr. J.M. Buiting, hoofd afdeling Kennismanagement CBO, Utrecht
- Mr. dr. P. Kahn, hoofd stafbureau Ziekenhuis Hilversum
- Prof. H.A. Büller, hoogleraar kindergeneeskunde Erasmus Universiteit, Rotterdam
- Mevrouw mr. E.L.M. van Dieten-Boot, beleidsmedewerker schadepreventie, Medirisk, Utrecht
- Mevrouw M. Verhoeven, cliëntenvertrouwenspersoon, Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg

Projectorganisatie

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

- Mevrouw dr. S.M. Smorenburg, arts, senior adviseur
- Mevrouw drs. M.M. Houtsma, adviseur
- Drs. J.A. Fossen, adviseur
- Mevrouw I. Coumou, secretaresse
- Ir. T.A. van Barneveld, programmaleider richtlijnen

Universiteit Maastricht, sectie Gezondheidsrecht

- Prof. mr. dr. F.C.B. van Wijmen, hoogleraar

SOKG, Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg

- Mevrouw drs. M.J.M. Timmers, directeur (vanaf 1 oktober 2003)
- Mevrouw drs. C.M. de Ruiter, hoofd kwaliteitsontwikkeling (tot 1 oktober 2003)

Begrippenlijst

Aangeklaagde

Degene tegen wie de klacht zich richt. Dit is de persoon – de zorgaanbieder zelf of een voor deze werkzame persoon – die direct betrokken was bij of die verantwoordelijkheid draagt voor hetgeen de klager in zijn klacht aan de orde stelt.¹

Advies

Het advies betreft de wijze waarop een cliënt het best zijn patiëntenrechten kan realiseren of de mogelijkheden ter afhandeling van klachten. Het advies kan vergezeld gaan van aanvullende schriftelijke informatie of van voorbeeldbrieven.

Bijstand

Onder bijstand worden de volgende werkzaamheden verstaan:

- uitgebreide intake en probleemanalyse (verkenning klachten, doelen, wensen en eigen keuze) in rechtstreeks contact met de klager;
- opstellen van een stappenplan ter afhandeling van de klacht c.q. het bereiken van de door klager gestelde doelen;
- formuleren van (klacht)brieven voor en op naam van de cliënt (brieven zijn bestemd voor aangeklaagde, klachtenbemiddelaar of klachtencommissie conform WKCZ);
- voorbereiden van gesprekken met aangeklaagde, klachtenbemiddelaar, klachtencommissie of een andere bij de afhandeling van de klacht betrokken persoon/instantie;
- meegaan in de hoedanigheid van deskundige/adviseur, ondersteuner of procesbegeleider naar aangeklaagde;²

¹ Voor de klager is lang niet altijd duidelijk wie welke verantwoordelijkheid draagt voor het handelen of de gedraging die hij in zijn klacht aan de orde stelt. Het kan dus zijn dat nader onderzoek uitwijst dat degene die de klager als aangeklaagde noemt, bij nader inzien niet de juiste aangeklaagde (in de zin van verantwoordelijke) is.

De volgende stappen kunnen gelden bij het bepalen van de aangeklaagde in de klachtenprocedure:

- Als aangeklaagde geldt in eerste instantie de persoon die de klager in zijn klacht noemt.
- Als bij nader onderzoek blijkt dat deze persoon niet de verantwoordelijke is, wordt de verantwoordelijke persoon alsnog de aangeklaagde.
- De klager krijgt uitleg over het waarom (om misverstanden over toedekken of partijdigheid te voorkomen).
- De eerst aangeklaagde krijgt eventueel de status van getuige of betrokkene; dit wordt hem duidelijk uitgelegd.
- De nieuwe aangeklaagde krijgt (alsnog) het recht van wraking en de mogelijkheid tot hoor en wederhoor.

² Dit is niet hetzelfde als 'bemiddelen'. Zie omschrijving aldaar.

- begeleiden bij (hoor)zittingen van klachtencommissies en (regionaal) tuchtcollege ter emotionele ondersteuning van de klager;³
- voeren van een eindgesprek om te bepalen of de klacht voldoende is afgehandeld.

Cliënt, patiënt, bewoner, hulpvrager

Een natuurlijk persoon die gebruik wil maken, gebruik maakt of gebruik heeft gemaakt van het zorgaanbod van de zorgaanbieder.

N.B. In deze Klachtenrichtlijn wordt als algemene term ‘cliënt’ gebruikt. Alleen wanneer een tekstdeel specifiek een bepaalde sector betreft waarin een andere benaming gangbaar is, wordt deze gebruikt.

Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP)

De door de zorgaanbieder aangewezen persoon die belast is met de opvang (waaronder tevens te vatten: informatie, advies en bijstand) bij klachten.

De CVP verricht zijn werkzaamheden vanuit een professioneel-onafhankelijke positie.

Hij kan daarbij de rol hebben van iemand die naast of achter de cliënt staat als ‘partijdige’ ondersteuner of pleitbezorger. Ook kan hij zijn rol meer vervullen in de zin van klachtenfunctionaris die veel meer tussen partijen staat teneinde een oplossing te realiseren.

De CVP/klachtenfunctionaris is tevens bevoegd tot het signaleren en adviseren in het kader van kwaliteitsverbetering in samenhang met klachten.⁴

Geground en ongegrond

Het oordeel dat de klachtencommissie op basis van haar onderzoek en voorzien van een motivering, per klachtonderdeel formuleert.

Een klachtonderdeel is ongegrond als de klager niet in het gelijk wordt gesteld.⁵

Een klachtonderdeel is gegrond als de klager in het gelijk wordt gesteld.⁶

Hoor en wederhoor

Het principe waarbij elke bij een klacht betrokken partij (klager en klager) de mogelijkheid krijgt zijn standpunt kenbaar te maken, op het standpunt van de andere partij kan reageren en tevens kan beschikking over de informatie of stukken waarop een eventueel oordeel is gebaseerd.

De meest gewenste procedure bij schriftelijke hoor en wederhoor is:

³ Hieronder is niet te vatten: het opstellen van klaagschriften en optreden als woordvoerder of pleiter namens de klager.

⁴ De klachtenfunctionaris is eventueel werkzaam onder de titel van (cliënten)vertrouwenspersoon, bewonerscontactpersoon, klachtenbemiddelaar, enzovoort.

⁵ Het oordeel ‘ongeground’ wordt bij voorkeur ook gehanteerd bij gebrek aan bewijs (bijvoorbeeld twee tegenstrijdige meningen, zonder dat ander bewijs beschikbaar is dat de ene of de andere mening ondersteunt).

⁶ Het oordeel ‘gegrond’ wordt bij voorkeur ook gehanteerd als de aangeklaagde er voor kiest om geen verweer te voeren en niet op andere wijze blijkt dat de klacht ongegrond is.

1. klacht;
2. standpunt aangeklaagde (verweer);
3. reactie klager (repliek);
4. reactie aangeklaagde (dupliek);
5. uitspraak.

In de praktijk vinden de derde en vierde stap steeds meer plaats in de vorm van een gezamenlijke hoorzitting.

Informatie

De informatie betreft patiëntenrechten, klachtrecht en de (on)mogelijkheden van diverse instanties en procedures in het kader van de klachtenafhandeling. Als de gewenste informatie niet beschikbaar is, wordt de cliënt/klager doorverwezen naar de juiste instantie hiervoor.

Instelling

Een als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband waarin of waar vanuit zorg wordt verleend. In het kader van de klachtenregeling vertegenwoordigt de Raad van Bestuur de instelling.

Intake/eerste opvang

Intake of eerste opvang betreft het aanhoren van de klager of in ontvangst nemen van de klacht waarbij zo nodig (beperkte) emotionele opvang wordt geboden en in samenspraak met de klager wordt bekeken hoe de verdere klachtafhandeling het best kan plaatsvinden.

In dat kader vindt – voor zover nodig – een nadere verkenning plaats van het verhaal van de klager, de toedracht, de acties tot dan toe, de doelen en wensen van de klager en zijn status als klachtgerechtigde. Zo nodig krijgt de klager ook informatie over de mogelijkheden ter afhandeling van de klacht of wordt hij hiertoe verwezen naar een andere instantie (klachtenfunctionaris).

Klacht⁷

Elk naar voren gebracht bezwaar tegen het handelen of functioneren van een zorgaanbieder, komende van de gebruiker van deze zorgaanbieder.

N.B. De Wet BOPZ kent een speciale klachtenprocedure voor gedwongen opgenomen cliënten. In deze procedure is het begrip ‘klacht’ beperkt tot een vijftal specifiek in de wet omschreven beslissingen of gedragingen van de zorgaanbieder: de verklaring van wilsonbekwaamheid, dwangbehandeling, middelen en maatregelen (M & M), beperking van fundamentele vrijheden,

⁷ Het begrip ‘klacht’ kent geen beperkingen wat betreft uitingsvorm, plaats van indiening, doel van de klager, inhoud of complexiteit.

niet toepassen van een overeengekomen behandelplan.

Klachtenafhandeling⁸

Verzamelbegrip voor alle handelingen, procedures en instanties die betrekking hebben op de omgang met klachten van cliënten.

Klachtenbehandeling (intern / extern)

Het onderzoeken en beoordelen van een klacht, leidend tot een uitspraak.

Deze uitspraak heeft geen juridisch afdwingbare gevolgen (WKCZ-klachtencommissie) of heeft deze juist wel (tuchtrechter, civiele of strafrechter).

Ook andere instanties die strikt genomen niet vanuit het klachtrecht van cliënten zijn opgezet, maar wel klachten van deze onderzoeken, worden tot de klachtenbehandeling gerekend (schadeverzekeraar, Inspectie voor de Gezondheidszorg, intern tuchtrecht beroepsorganisatie).

Met interne klachtenbehandeling wordt doorgaans de klachtenbehandeling bedoeld die onder verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder plaatsvindt (WKCZ of BOPZ-klachtencommissie).⁹

Klachtenbemiddelaar

Een door de zorgaanbieder of beroepsorganisatie aangewezen persoon die naar aanleiding van een klacht optreedt als neutrale tussenpersoon teneinde de oplossing van een conflict of onvrede tussen klager en aangeklaagde te bevorderen.

Klachtenbemiddeling

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

Klachtenbemiddeling kan op verschillende wijzen plaatsvinden, waaronder een bemiddelingsgesprek tussen klager en aangeklaagde(n) onder begeleiding van de bemiddelaar.

Klachtencommissie

⁸ Met dit begrip wordt afstand gedaan van de definitie die in 1989 is opgesteld door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Deze onderscheidde onder de noemer 'klachtenopvang' of 'klachtenopvangstelsel' de volgende vier functies:

1. Ondersteuning bij klachten (informatie, advisering, bijstand en bemiddeling).
2. Klachtenbehandeling resulterend in een niet-bindende uitspraak (WKCZ-klachtencommissies).
3. Klachtenbehandeling resulterend in een bindende uitspraak (rechterlijke procedures).
4. Procedures waarbij kwaliteitsmaatstaven voorop staan (tuchtrecht).

Tegenwoordig wordt het begrip 'klachtenopvang' veel meer gebruikt ter aanduiding van de functies informatie, advies en bijstand. Bemiddeling ontwikkelt zich als een eigenstandige functie, eventueel uitgevoerd door een functionaris of instantie die tevens de opvang of de behandeling van klachten verzorgt. De term 'ondersteuning' wordt steeds minder gebruikt omdat deze leidt tot misvattingen over het neutrale karakter van de klachtenopvang.

⁹ De BOPZ-klachtenprocedure is bij deze richtlijn grotendeels buiten beschouwing gelaten.

Een door de zorgaanbieder ingestelde onafhankelijke instantie die volgens de vereisten van de WKCZ en de in een klachtenreglement vastgelegde procedure komt tot een onderzoek en oordeel van de klacht.

Klachtenfunctionaris

De door de zorgaanbieder aangewezen persoon die belast is met de opvang (waaronder tevens te vatten: informatie, advies en bijstand) en bemiddeling bij klachten.

De klachtenfunctionaris verricht zijn werkzaamheden doorgaans vanuit een professioneel-onafhankelijke en onpartijdige positie. De functionaris is tevens bevoegd tot het signaleren en adviseren in het kader van kwaliteitsverbetering in samenhang met klachten.¹⁰

Klachteninstanties

Verzamelbegrip voor instanties die al hoofd- of nevenfunctie uitvoering geven aan de opvang, bemiddeling of behandeling van klachten van cliënten.

Klachtenopvang (intern/extern)

Werkzaamheden naar aanleiding van een klacht en in contact met de klager die gericht zijn op herstel van de relatie en het vertrouwen en zo mogelijk het oplossen van onvrede (zie eerste doelstelling klachtenregeling). Deze werkzaamheden omvatten de functies van: intake of eerste opvang, informatie, advies en bijstand.

De werkzaamheden kunnen worden verricht door meerdere personen of instanties, maar worden in hoofdzaak gedaan door een klachtenfunctionaris (eventueel vertrouwenspersoon of bemiddelaar) of het IKG. Betreft het een door de zorgaanbieder ingestelde functie, dan spreken we van interne klachtenopvang. Gaat het om vormen van klachtenopvang buiten het kader van de zorgaanbieder (instelling of beroepsorganisatie), dan spreken we van externe klachtenopvang.

Klachtenregeling/klachtenmanagement

Het geheel van beleid, maatregelen en middelen die de zorgaanbieder inzet voor de afhandeling van klachten van cliënten over zijn zorgaanbod. De klachtenregeling kan activiteiten omvatten zoals: de omgang met onvrede in het directe contact met de cliënt, inzet van klachtenfunctionarissen en/of -bemiddelaars, instelling van een klachtencommissie en/of vertaling van klachten naar kwaliteitsbeleid.

¹⁰ De klachtenfunctionaris is eventueel werkzaam onder de titel van (cliënten)vertrouwenspersoon, bewonerscontactpersoon, klachtenbemiddelaar, enzovoort.

Klager

De hulpvrager (patiënt/cliënt/bewoner) dan wel namens de hulpvrager zijn vertegenwoordiger, zijn naast staande(n) of nabestaande(n) die een klacht naar voren brengt.

N.B. De Wet BOPZ kent een bredere omschrijving van het begrip 'klager'. Behalve de gedwongen opgenomen cliënt zelf, diens vertegenwoordiger of diens nabestaande kunnen ook de volgende personen een BOPZ-klacht indienen:

- Elke andere in het ziekenhuis verblijvende patiënt.
- De echtgeno(o)t(e), (een van) de ouders van de patiënt voorzover zij niet van het gezag zijn ontheven of ontzet, elke meerderjarige bloedverwant (grootouder, broer/zus, oom/tante, neef/nicht).
- De wettelijk vertegenwoordiger in de zin van voogd, curator of mentor.

Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP)

De onafhankelijk van de zorgaanbieder werkzame persoon die uitdrukkelijk optreedt als partijdige ondersteuner en pleitbezorger van de cliënt. De PVP is doorgaans werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg (gedetacheerd vanuit de Stichting PVP); de functie heeft – in tegenstelling tot die van klachtenfunctionaris of cliëntenvertrouwenspersoon – een wettelijke basis.

Raad van Bestuur

De directie c.q. eindverantwoordelijk leidinggevende van een instelling of organisatie.

Uitspraak

Een schriftelijke weergave van de ingediende klachten, de gevolgde procedure, de verzamelde standpunten en feiten, het gemotiveerde oordeel alsmede eventuele aanbevelingen van de klachtencommissie.

Vertrouwenspersoon

Een persoon die voor de cliënt of klager optreedt als ondersteuner en pleitbezorger. Deze rol kan liggen bij de CVP of PVP, maar ook bij een door de cliënt zelf aangezochte persoon.

Zorgaanbieder

De rechtspersoon of natuurlijk persoon die, eventueel met anderen, een instelling voor zorgverlening in stand houdt of een natuurlijk persoon die zelf zorg verleent aan cliënten.

Zorgverlener/medewerker

Een natuurlijk persoon of rechtspersoon die zich, in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf, verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst.

N.B. In deze richtlijn wordt het begrip ‘zorgverlener’ tevens gebruikt in de zin van elke medewerker (een voor zorgaanbieder werkzame persoon die direct of indirect betrokken is bij de verstrekking van zorg).¹¹

¹¹ Om tekstuele redenen worden de begrippen hulpverlener, zorgverlener en medewerker niet onderscheiden (tenzij het gaat om een bevoegdheid die expliciet alleen een hulpverlener in de zin van de WGBO of de Wet BIG) toekomt.

