

# **Klachtenopvang in het Atrium Medisch Centrum**

Vergelijking Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg met praktijk  
Atrium Medisch Centrum

M.T.J. Rutenfrans

ID: 019097

Afstudeerrichting: Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg

Eerste begeleider: F.C.B. van Wijmen

Tweede begeleider: L. Hollands

Stage-instelling: Atrium Medisch Centrum

Instellingsbegeleider: N.W.S. van der Hoeff

Heerlen, september tot en met december 2004

Faculteit der Gezondheidswetenschappen

Universiteit Maastricht

Januari 2005

## **Inhoudsopgave**

<b>Voorwoord</b>	3
<b>Samenvatting</b>	4
<b>Summary</b>	4
<b>1 Inleiding</b>	5
1.1 Probleemstelling	5
1.2 Korte schets van de organisatie	6
1.3 Methode	7
<b>2 Ontwikkeling Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg</b>	9
<b>3 Resultaten</b>	12
3.1 Organisatie van en toegang tot de klachtenregeling	12
3.2 Omgang van de zorgverlener met de klager	21
3.3 Opvang	24
3.4 Bemiddeling	26
3.5 Behandeling	28
3.6 Bijdrage aan kwaliteitsverbetering	38
<b>4 Conclusie en aanbevelingen</b>	44
4.1 Conclusie	44
4.2 Aanbevelingen	44
<b>Bronvermelding</b>	50
<b>Bijlage: Aanbevelingen</b>	51

## Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerwerkstuk “Klachtenopvang in het Atrium Medisch Centrum. Vergelijking Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg met praktijk van het Atrium Medisch Centrum” ten behoeve van het afstuderen van de afstudeerrichting Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg van de opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Maastricht. Om dit te realiseren heb ik stage gelopen bij het stafbureau Zorg en Zorgontwikkeling van het Atrium Medisch Centrum te Heerlen. De opdrachtformulering is tot stand gekomen naar aanleiding van de landelijke Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg die op dat moment in ontwikkeling was. Het was een mooie ervaring om hier vroegtijdig mee aan de slag te gaan. De Klachtenrichtlijn was naar mijn ervaring een bruikbaar product: zorginstellingen kunnen deze richtlijn gebruiken om hun klachtenprocedures kritisch onder de loep te nemen. Voorafgaand aan deze opdracht heb ik een andere stage binnen het Atrium Medisch Centrum gelopen over medisch specialisten en het omgaan met fouten wat heeft geresulteerd in het afstudeerwerkstuk “Arts en communicatie met de patiënt na fouten”. Dit werkstuk was ten behoeve van het afstuderen van mijn andere afstudeerrichting: Gezondheidsvoorlichting.

Dit afstudeerwerkstuk was niet (in deze vorm) tot stand gekomen zonder medewerking van een aantal personen. Als eerste bedank ik mijn begeleiders op de Universiteit, Frans van Wijmen en Louk Hollands, voor hun begeleidende adviezen. Daarnaast gaat mijn dank uit naar de leden van de stuurgroep Patiëntveiligheid voor het mogelijk maken van deze stage opdracht. Met name noem ik hierbij Nico van Weert en Bastiën van der Hoeff. Nico van Weert voor het creëren van de stageplaats bij het stafbureau Zorg en Zorgontwikkeling en voor zijn kritische kijk op een aantal zaken. En Bastiën van der Hoeff voor de begeleiding variërend van praktische tips tot advies en ondersteuning bij de zaken om mijn onderzoek heen. Tevens bedank ik alle mensen die hebben deelgenomen aan een interview ten behoeve van dit onderzoek. Nathalie bedank ik voor het commentaar op een conceptversie en het altijd bereid zijn om te luisteren naar mijn ervaringen over mijn stage. Verder gaat mijn dank uit naar mijn ouders voor alle steun die ze me tijdens mijn hele schoolcarrière hebben gegeven tot aan de dag van vandaag. Tot slot gaat mijn dank uit naar mijn vriendin Snežana voor de motivatie die ze mij gaf om ook deze scriptie af te ronden. Voor de toekomst...

Miranda Rutenfrans, januari 2005

## **Samenvatting**

Door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is in samenwerking met de sectie Gezondheidsrecht van de Universiteit Maastricht een Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg ontwikkeld. In het beschreven onderzoek is een vergelijking gemaakt tussen de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg en de praktijk van het Atrium Medisch Centrum. Hiertoe zijn interviews gehouden met personen die te maken hebben met klachtenopvang, klachtenbemiddeling en klachtenbehandeling. Op basis van de uitkomsten zijn aanbevelingen uitgebracht.

Het Atrium Medisch Centrum voldoet op veel punten aan de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, maar een aantal punten zijn voor verbetering vatbaar. Deze punten betreffen vooral de communicatie op verschillende niveaus en tussen verschillende instanties en daarmee samenhangend de informatievoorziening naar zorgverleners en cliënten.

## **Summary**

The Dutch Institute for Healthcare CBO has, in corporation with the section Health Law of the University Maastricht, developed a Guideline for Complaints in Healthcare. In the described research a comparison is made between the Guideline for Complaints in Healthcare and the practice of the Atrium Medical Centre. To realise this persons who are taking care of complaints, mediation of complaints and processing of complaints, were interviewed. At the basis of the outcomes recommendations were given.

The Atrium Medical Centre complies with many points to the Guideline for Complaints in Healthcare, but some points can be improved. These points especially concern communication at different levels and between different authorities and – in connection with that – the information supply to healthcare workers and clients.

## **1 Inleiding**

Door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is in december 2004 een Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg gepubliceerd. Met deze nieuwe richtlijn kunnen zorgaanbieders hun klachtenafhandeling beter organiseren (www.cbo.nl, 2004). Deze klachtenrichtlijn is ontwikkeld naar aanleiding van de evaluatie van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. Uit deze evaluatie blijkt dat tweederde van de klagers de wettelijk vereiste klachtenbehandeling door klachtencommissies als onvoldoende bevredigend en formeel ervaart. Daarnaast blijkt uit de evaluatie dat de relatie tussen klachtenbehandeling en het kwaliteitsbeleid nog onvoldoende geoperationaliseerd wordt (Friele, et. al., 1999).

De Klachtenrichtlijn moet handvatten bieden voor iedereen die in de gezondheidszorg te maken heeft of kan krijgen met klachten van patiënten, vertegenwoordigers of familieleden. De doelgroep van de richtlijn is dan ook divers zoals klachtenfunctionarissen, vertrouwenspersonen, bemiddelaars, klachtencommissies, zorgaanbieders, managers, zorgverleners en kwaliteitsfunctionarissen.

In de Klachtenrichtlijn worden aanbevelingen gedaan waaraan de omgang met klachten minimaal zou moeten voldoen. De volgende onderwerpen (in de vorm van hoofdstukken) komen aan de orde: organisatie van en toegang tot de klachtenregeling, omgang van de zorgverlener met de klager, opvang, bemiddeling, behandeling, bijdrage aan kwaliteitsverbetering.

Het Atrium Medisch Centrum heeft voortijdig inzage in de Klachtenrichtlijn gekregen met de mogelijkheid om de richtlijn te vergelijken met de praktijk van het Atrium Medisch Centrum, zodat het kritisch de procedures met betrekking tot klachtenopvang, klachtenbemiddeling en klachtenbehandeling onder de loep kon nemen en daarnaast kon inventariseren of de koppeling van klacht naar kwaliteit voldoende wordt gemaakt.

### **1.1 Probleemstelling**

De volgende probleemstelling wordt in dit onderzoeksverslag gehanteerd:

*Wat levert vergelijking van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg met de praktijk van het Atrium Medisch Centrum op?*

Met de praktijk van het Atrium Medisch Centrum wordt zowel de klachtenopvang tot nu toe bedoeld als het plan voor de nabije toekomst. In het Atrium Medisch Centrum is op dit moment namelijk een ontwikkeling gaande met betrekking tot de organisatie van de klachtenopvang.

## 1.2 Korte schets van de organisatie

Het Atrium Medisch Centrum is één van de grootste algemene ziekenhuizen van Nederland. Het Atrium Medisch Centrum maakt deel uit van de Stichting Gezondheidszorg Oostelijk Zuid-Limburg (GOZL). Deze stichting beheert behalve het ziekenhuis ook verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Het Atrium Medisch Centrum is verspreid over drie locaties namelijk Heerlen, Brunssum en Kerkrade ([www.atriummc.nl](http://www.atriummc.nl), 2004). Het onderzoek zal voornamelijk gaan over de vestiging van het Atrium Medisch Centrum in Heerlen. Echter, bepaalde bevindingen zullen ook van toepassing zijn op de gehele Stichting GOZL. Hierbij valt te denken aan de bevindingen en conclusies die betrekking hebben op de klachtencommissie Patiëntenzorg die in is gesteld voor de gehele stichting GOZL.

Het dagelijks bestuur van het Atrium Medisch Centrum vormt de Raad van Bestuur, die onder toezicht staat van de Raad van Toezicht. Naast de Raad van Bestuur staat de Ondernemingsraad en de Medische staf. De Verpleegkundige Advies Raad (VAR) en de Cliëntenraad adviseren de Raad van Bestuur. Daarnaast beschikt de organisatie over een aantal stafbureaus (Social Control, Public Relations, Zorg- en Zorgontwikkeling, Onderwijs en Wetenschap en Bouwzaken). De ziekenhuisorganisatie is daaronder weer ingedeeld in clusters ([www.atriummc.nl](http://www.atriummc.nl), 2004). In tabel 1 wordt een overzicht van de clusterindeling weergegeven.

Tabel 1. Indeling van de clusters van het Atrium Medisch Centrum

Cluster 1	Heelkunde
Cluster 2	Interne Geneeskunde, Gastro-enterologie
Cluster 3	Cardiologie
Cluster 4	Longziekten
Cluster 5	Gynaecologie/Verloskunde, Kindergeneeskunde
Cluster 6	(Rhor) Rheumatologie, Orthopedie en Revalidatie
Cluster 7	K.N.O., Kaakchirurgie, Dermatologie, Plastische chirurgie, Oogheelkunde, Urologie
Cluster 8	Neurologie, Neurochirurgie, Klinische Psychologie, Psychiatrie
Cluster 9	(MTC) Medisch Technisch Centrum
Cluster 10	(BC) Behandelcluster
Cluster 11	(FB) Facilitair Bedrijf
Cluster 12	(MOC) Management Ondersteunend Cluster
Cluster (geen nr.)	Patiëntenlogistiek

Het Atrium Medisch Centrum beschikt over een Patiëntenservicebureau (PSB), waar patiënten terecht kunnen voor zowel voorlichting als klachtenopvang en -bemiddeling. Het PSB krijgt jaarlijks circa 800 klachten te verwerken, waaronder zowel “kleine”, niet medisch inhoudelijke klachten, als ernstige klachten.

Daarnaast is een (onafhankelijke) klachtencommissie Patiëntenzorg in het kader van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) ingesteld. Bij deze klachtencommissie worden jaarlijks circa 60 klachten ingediend.

### **1.3 Methode**

In deze paragraaf wordt de gehanteerde werkwijze voor het onderzoek besproken. In het onderzoek zijn twee fasen doorlopen. De eerste fase bestond uit het bestuderen van documenten. Uiteraard is allereerst een conceptversie (1 juli, 2004) van de Klachtenrichtlijn bestudeerd. De definitieve versie was op dat moment nog niet voorhanden. Andere documenten die zijn bestudeerd zijn het Reglement Klachtencommissie Patiënten, protocollen over klachtenafhandeling door de Raad van Bestuur en het Patiëntenservicebureau (PSB), het jaarverslag 2003 van de klachtencommissie, het hoofdstuk over klachten uit het kwaliteitsjaarverslag 2002 (kwaliteitsjaarverslag 2003 is niet verschenen), het jaarverslag 2003, het voorstel herstructurering klachtketen en de patiëntenfolders: “Het Patiëntenservicebureau” en “Een klacht. Wat doet u daarmee?”.

De tweede fase van het onderzoek bestond uit interviews met sleutelfiguren, die te maken hebben met klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling, zoals een aantal leden van de klachtencommissie, medewerkers van PSB, een medisch specialist, twee afdelingsmanagers en een kwaliteitsfunctionaris. Het eerste doel hiervan was na te gaan of vermeldingen in bovengenoemde documenten met de praktijk overeenkomen. Het tweede doel was het onderzoeken in hoeverre de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg overeenkomt met de praktijk van het Atrium Medisch Centrum. Om dit te onderzoeken werden vragen gesteld die geformuleerd zijn aanleiding van de conceptversie van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. De interviews hadden een vrij gesloten karakter. Waar nodig werd doorgevraagd naar de motivatie van het antwoord en in sommige gevallen werd tevens naar een mening gevraagd.

Om de anonimiteit van de personen te waarborgen, worden in dit onderzoeksverslag geen namen genoemd en waar mogelijk geen functies. Wanneer in dit onderzoeksverslag gesproken wordt over de respondenten, wordt (ook vanwege de anonimiteit) de mannelijke vorm gebruikt.

Tevens werd tijdens het onderzoek gebruik gemaakt van niet-gepubliceerde fragmenten uit interviews met medisch specialisten uit een eerder onderzoek dat werd gedaan in het Atrium Medisch Centrum. Dit onderzoek heeft geresulteerd in een onderzoeksverslag “Communicatie tussen arts en patiënt na verwikkelingen” (Rutenfrans, 2004). Van de resultaten uit dit onderzoeksverslag werd uiteraard ook gebruik gemaakt.

In dit verslag worden de uitkomsten uit de interviews en de bevindingen uit de documenten besproken en vergeleken met de aanbevelingen uit de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. Voordat hiertoe over wordt gegaan, wordt eerst nader gekeken naar de procedure die is gevolgd in het kader van de ontwikkeling van de Klachtenrichtlijn.

## **2 Ontwikkeling Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg**

ZonMw heeft naar aanleiding van de evaluatie van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector opdracht gegeven aan de sectie Gezondheidsrecht van de Universiteit Maastricht en het CBO om aan de slag te gaan met de bevindingen uit de evaluatie. De Stichting Ondersteuning Klachttopvang in de Gezondheidszorg (SOKG) heeft de taak van het schrijven van de richtlijn op zich genomen.

Aan het begin van het project, in mei 2002, is een richtlijncommissie in het leven geroepen, die bestaat uit verschillende afgevaardigden vanuit koepelorganisaties van zorgaanbieders, zorgverleners, patiënten-/consumentenverenigingen en andere organisaties. Hierbij is gestreefd naar een evenredige vertegenwoordiging van diverse betrokken verenigingen en instanties. Tijdens de vergaderingen van de commissie werden de conceptteksten die door de SOKG waren opgesteld bediscussieerd en bijgesteld, totdat consensus over de aanbevelingen en onderbouwing werd bereikt. In totaal hebben negen vergaderingen plaatsgevonden in de periode van oktober 2002 tot en met september 2004.

In de Klachtenrichtlijn zijn tevens sectorspecifieke aanbevelingen opgenomen, omdat tussen de diverse zorgsectoren een aantal grote verschillen bestaan. Voor de ontwikkeling van de sectorspecifieke aanbevelingen werd in mei 2003 vijf aparte commissies ingesteld. In deze commissies waren experts op het gebied van klachtenmanagement in de betreffende sector vertegenwoordigd. Voor de volgende sectoren werden commissies ingesteld: ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, geestelijke-gezondheidszorginstellingen, gehandicaptenzorg en vrijgevestigde beroepsbeoefenaren.

Tenminste twee personen uit de sectorspecifieke commissie hadden ook zitting in de richtlijncommissie. De commissies stelden sectorspecifieke aanbevelingen op waarover consensus bestond binnen de commissie. Veel aanbevelingen van de sectorspecifieke commissies zijn uiteindelijk als algemene aanbevelingen opgenomen in de richtlijn. Deze aanbevelingen bleken namelijk ook te gelden voor andere sectoren

De in ontwikkeling zijnde richtlijn is tevens getest in de praktijk. Acht proeftuinen van verschillende zorgsectoren hebben hieraan meegewerkt. In november 2003 werd hiertoe een startconferentie georganiseerd. De slotconferentie vond plaats in april 2004. De proeftuinen hebben bepaald welk onderdeel ze zouden gaan testen. Vervolgens hebben ze vijf maanden hieraan gewerkt. Zij zijn daarbij begeleid door deskundigen uit het veld en door het kernteam van het project. De verslagen van de proeftuinen staan weergegeven in een bijlage bij de richtlijn.

Daarnaast zijn praktijkvoorbeelden voor de Klachtenrichtlijn geïnventariseerd. Het projectteam heeft organisaties benaderd die al een bepaald onderdeel van de Klachtenrichtlijn in de praktijk hadden gebracht en dus al op dat onderdeel volgens de richtlijn werkten. Deze voorbeelden zijn tevens in de vorm van verslagen weergegeven in een bijlage bij de richtlijn.

De theorie van Grol et al. (2001) over effectieve implementatie beschrijft een model, waarin naar aanleiding van resultaten uit onderzoek of gesignaleerde problemen ofwel goede ervaringen, een richtlijn ontwikkeld kan worden. Vervolgens dient het analyseren van de context waarbinnen verandering van routines plaatsvindt, van kenmerken van de doelgroep, te geschieden. Daarna kan een ontwikkeling of selectie van strategieën plaatsvinden. De daaropvolgende stap is die van het ontwikkelen, testen en het uitvoeren van het implementatieplan. Daarnaast is (continue) evaluatie en (waar nodig) bijstelling een vereiste. Grol en Wensing (2001) beschrijven dit als een continu proces, waarbij ten aanzien van iedere stap moet worden gekeken of aanvulling of bijstelling nodig is.

Wanneer gekeken wordt naar het proces dat is doorlopen bij de ontwikkeling van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, kan worden gesteld dat de eerste en de tweede stap tot nu toe doorlopen zijn. De richtlijn is ontwikkeld, daarbij is rekening gehouden met een analyse van de doelgroep. Vertegenwoordigers uit de doelgroepen zijn actief betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn. Dit proces is systematisch verlopen. Op 2 december heeft Dhr de Goeij van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg overhandigd aan de NPCF en de KNMG op een inventational conference, waarbij alle mensen die hebben meegewerkt aan het project zijn uitgenodigd. Hierbij is de richtlijn dus officieel aangeboden aan de doelgroepen. De conferentie heeft onder andere tot doel gehad bekendheid aan de richtlijn te geven. Grol en Wensing (2001) maken een onderscheid tussen disseminatie en implementatie. Disseminatie is het vergroten van de belangstelling voor en kennis van de innovatie, het bevorderen van een positieve houding en de bereidheid tot het aanpassen van de bestaande werkwijze. In deze fase verkeert de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg zich momenteel. Sinds december 2004 is de richtlijn beschikbaar en op te vragen. Wanneer zorgaanbieders bekend zijn met de volledige inhoud van de richtlijn, kan grootschalige implementatie gaan plaatsvinden. Directies van zorginstellingen moeten ervoor gaan zorgdragen dat de aanbevelingen uit de richtlijn ook daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast. Zorgverleners en personen die te maken hebben met klachtenopvang, klachtenbemiddeling en klachtenbehandeling moeten de

aanbevelingen zelf gaan integreren in hun werkwijze. Door het gebruik in de praktijk zal de richtlijn zich verder gaan ontwikkelen. Om in de toekomst de richtlijn actueel te houden, wordt een Stichting Beheer Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg in het leven geroepen. De commentaren van gebruikers zullen worden verzameld en een brede commissie van betrokkenen zal bekijken of aanpassingen nodig zijn. Hierdoor is in de toekomst ruimte voor continue bijstelling.

### 3 Resultaten

In het voorafgaande hoofdstuk is de ontwikkeling van de Klachtenrichtlijn beschreven. Zoals al in de inleiding werd aangegeven is het doel van dit onderzoek om een vergelijking te maken van de Klachtenrichtlijn met de praktijk van het Atrium Medisch Centrum. In paragraaf 1.3 werd aangegeven dat interviews zijn gehouden met sleutelfiguren die te maken hebben met klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling. In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit deze interviews vergeleken met de Klachtenrichtlijn. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in de onderwerpen die tevens in de Klachtenrichtlijn zijn weergegeven. De resultaten worden weergegeven in de vorm die de Klachtenrichtlijn tevens heeft, namelijk achtereenvolgens organisatie van en toegang tot de klachtenregeling, omgang van de zorgverlener met de klager, opvang, bemiddeling, behandeling en – tot slot – bijdrage aan kwaliteitsverbetering. Iedere aanbeveling uit de Klachtenrichtlijn is cursief gedrukt weergegeven met daaronder de beschrijving van de praktijk van het Atrium Medisch Centrum met betrekking tot de weergegeven aanbeveling.

#### 3.1 Organisatie van en toegang tot de klachtenregeling

In het eerste hoofdstuk van de Klachtenrichtlijn wordt beschreven hoe een zorgaanbieder de goede omgang met klachten van cliënten kan bevorderen. Hierin worden algemene uitgangspunten en randvoorwaarden voor een effectief klachtenmanagement gegeven.

*1A De zorgaanbieder legt in een klachtenregeling vast hoe met klachten van cliënten wordt omgegaan. Cliënten kunnen, naar wens, gebruikmaken van een goed toegankelijke en professionele klachtenopvang, -bemiddeling en/of -behandeling.*

Het Atrium Medisch Centrum heeft een klachtenregeling voor de klachtencommissie Patiëntenzorg. Daarnaast beschikt zij over een Patiëntenservicebureau (PSB) waar tevens sprake is van klachtenopvang en eventueel klachtenbemiddeling. Momenteel is een ontwikkeling gaande bij het PSB. Een klachtenopvangfunctionaris is ingesteld, die een inschatting probeert te maken van doelen en verwachtingen van de cliënt. Deze doet vervolgens een voorstel aan de klachtenfunctionaris. De klachtenopvangfunctionaris maakt de mogelijkheden duidelijk. Aan de klager wordt gevraagd of hij heeft overwogen de klacht te bespreken met de betrokken zorgverlener. Een protocol voor de klachtenfunctionaris is aanwezig, maar dit wordt naar de nieuwe situatie aangepast. Een protocol voor de klachtenopvangfunctionaris is in ontwikkeling. In de toekomst is het de bedoeling dat de

klachtenopvangfunctionaris de minder zware en niet-structurele klachten uit alle klachten gaat filteren.

De ambtelijk secretaris van de klachtencommissie gaat tevens in veel gevallen na of de klager heeft overwogen om de klacht te bespreken met de betrokken zorgverlener en of de klager heeft gedacht aan het PSB.

Het PSB is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 08.30u tot 17.00u. De ambtelijk secretaris van de klachtencommissie is bereikbaar op werkdagen van 8.00u tot 17.00u, met uitzondering van vrijdagmiddag. De locatie van beide klachtinstanties is vrij centraal. Het PSB is gevestigd op de tussenverdieping van het entreegebouw. De klachtencommissie is in het gebouw van de Raad van Bestuur gevestigd.

*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 klager en in de voor beoordeling benodigde deskundigheid wordt voorzien.*

In de regio is afgesproken dat voor externe medewerkers die binnen een instelling werkzaamheden verrichten de klachtenregeling van die betreffende instelling van toepassing is.

*1C Doelen van de klachtenregeling zijn:*

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

Uit de vastgelegde klachtenprocedure patiëntenservicebureau en het reglement klachtencommissie blijkt dat beide regelingen bovengenoemde doelen voor ogen hebben. Bij het leveren van een bijdrage aan het kwaliteitsbeleid wordt in het reglement van de klachtencommissie vermeld dat dit wordt beoogd door “het registreren van klachten en het doen van aanbevelingen”. In het document over het PSB wordt vermeld dat een bijdrage wordt geleverd aan het kwaliteitsbeleid “door het registreren van klachten en aan de hand van analyses/constateringen aanbrengen van verbeteringen”.

*1D De zorgaanbieder bevordert een open klimaat rondom klachten, fouten en complicaties.*

Uit een eerder onderzoek in het Atrium Medisch Centrum blijkt dat medisch specialisten moeite hebben met het praten over fouten. Zo noemden zij bijvoorbeeld fouten die een goede

afloop hadden of die aan externe factoren toe te schrijven waren. Het is niet zo verwonderlijk dat medisch specialisten hier moeite mee hadden; niemand praat graag over zijn fouten. Bovendien hebben artsen een hoog gewaardeerde positie, waardoor een arts zich niet zo gauw kwetsbaar zou gaan opstellen (Rutenfrans, 2004).

Uit de interviews met de medisch specialisten blijkt dat zij openheid en eerlijkheid als meest effectieve manier van het omgaan met fouten zien, omdat dit verdere problemen als klachten en claims kan voorkomen. Een aantal specialisten van meer beschouwende vakken bestempelen niet alle fouten als echte fouten naar de patiënt toe, omdat deze artsen het van belang vinden dat de patiënt het vertrouwen in het ziekenhuis en in de arts moet blijven houden. Echter, mogelijk is sprake geweest van sociaal wenselijk antwoorden (Rutenfrans, 2004).

Onder andere zorgverleners zou volgens twee geïnterviewde afdelingsmanagers een open klimaat op de afdeling zijn. Een afdelingsmanager beargumenteert dit door aan te geven dat zorgverleners op de afdeling snel een MIP-melding doen en dat klachten altijd besproken worden in het team.

In het Atrium Medisch Centrum worden jaargesprekken gehouden waar wordt ingegaan op hoe medewerkers in de functie staan en welke ruimte de functie heeft. Deze jaargesprekken worden gevoerd aan de hand van een vastgesteld formulier. Onvrede en klachten komen niet specifiek aan de orde, omdat dit niet op het formulier staat.

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

In de folder “Een klacht. Wat doet u daarmee?” staat vermeld: “Naast een persoonlijk register houdt het PSB ook een **geanonimiseerd** register bij van binnengekomen klachten”. Daarnaast staat in de folder het volgende over geheimhouding: “Alle medewerkers van Atrium Medisch Centrum zijn verplicht tot geheimhouding van alle gegevens, waarvan ze beroepshalve kennis nemen”.

In het reglement van de klachtencommissie is tevens het onderwerp geheimhouding opgenomen: “Allen die bij de behandeling van een klacht betrokken zijn, zijn tot geheimhouding verplicht van wat hen uit hoofde hiervan bekend is geworden en waarvan zij het vertrouwelijke karakter kennen of redelijkerwijs behoren te kennen. De geheimhouding geldt behoudens wettelijk voorschrift, dat de betrokkene(n) tot bekendmaking verplicht”. De klachtencommissie heeft als bevoegdheid: “Het inwinnen van informatie alsmede het opvragen en inzien van stukken, die betrekking hebben op de klacht met inachtneming van de

wettelijke beperkingen”. Dit houdt in dat de klachtencommissie het recht heeft om het medisch dossier in te zien mits zij een machtiging aan de cliënt hiertoe heeft gevraagd.

De voor de klachtenafhandeling relevante stukken worden in afsluitbare kasten en computers bewaard. Bij de klachtencommissie blijven tien jaar tot persoon herleidbare gegevens bewaard. Bij het PSB worden in de computer tot de persoon herleidbare gegevens voor altijd bewaard. De klachten zelf worden één jaar bewaard.

Hoorzittingen van de klachtencommissie vinden plaats in de vergaderzaal in het gebouw van de Raad van Bestuur. Dit is een aparte ruimte die op dat moment gereserveerd is voor een hoorzitting.

Beide partijen ontvangen dezelfde informatie. In het reglement van de klachtencommissie staat het volgende hierover: “De ontvangst van de klacht wordt aan de klager schriftelijk bevestigd en aan degene(n) over wie is geklaagd middels een toezending van een afschrift hiervan meegedeeld, waarbij de mogelijkheid wordt geboden hierop schriftelijk te reageren” (De klacht, lid 3). Volgens het reglement kunnen klager en degene(n) op wie de klacht betrekking heeft hun standpunt schriftelijk kenbaar maken. Ze krijgen beide inzage in elkaars standpunten.

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

In het reglement van de klachtencommissie wordt het volgende over kosten genoemd: “Voor de behandeling door de commissie worden partijen door de commissie of de zorgaanbieder geen kosten in rekening gebracht” (Werkzaamheden, lid 4). “De kosten van door een partij ingeroepen bijstand, deskundigen of getuigen zijn voor rekening van de partij die hiervan gebruik heeft gemaakt” (Werkzaamheden, lid 5). Verder is niets vermeld over kosten. Een folder voor klagers of zorgverleners is niet aanwezig.

Op de vraag of het wel eens voor is gekomen dat een zorgverlener kosten voor een klachtenprocedure in rekening gaat brengen bij de klager, antwoordde een respondent dat een aangeklaagde “voorzichtig moet zijn en deze het dus niet maken dat hij kosten aan de klager in rekening gaat brengen”. Deze respondent heeft nog nooit meegemaakt dat dit is gebeurd.

*IG De diverse interne klachtinstanties zijn wat betreft doelen, werkwijzen en samenstelling helder van elkaar onderscheiden.*

Er is een duidelijke personele scheiding van de verschillende functies. Bij het PSB is de klachtenfunctionaris ondergebracht, die niet deelneemt aan de behandeling van klachten door

de klachtencommissie. Hij heeft wanneer een klager besluit naar de klachtencommissie te stappen na bijvoorbeeld een bemiddelingspoging wel informeel contact met de klachtencommissie en geeft dan informatie over de bemiddeling. Hij zou het vreemd vinden wanneer de klachtencommissie ineens weer terug zou gaan verwijzen naar bemiddeling, terwijl de klager dit traject al doorlopen heeft.

Personen die een lijnfunctie vervullen nemen niet deel aan de klachtenopvang, -bemiddeling of -behandeling. In het reglement van de klachtencommissie staat hierover het volgende: “Het lidmaatschap van de commissie is onverenigbaar met een functie binnen de Raad van Bestuur van de zorgaanbieder, het lidmaatschap van het Bestuur Medische Staf en het lidmaatschap van de M.I.P.” (De klachtencommissie, lid 3). Aan klager en aangeklaagde wordt van tevoren bekend gemaakt wie betrokken zijn bij de beoordeling van de klacht.

*IH Cliënten en hun naasten ontvangen systematisch informatie over de klachtenregeling (...) afgestemd op behoeften, begripsvermogen, culturele achtergrond en taal van de cliënt en zijn naaste(n) (...).*

Een algemene cliënteninformatiefolder, “Een klacht. Wat doet u daarmee?”, is te vinden op alle afdelingen, op het internet en het intranet, bij het PSB en in de hal van het ziekenhuis. Een cliëntenblad is niet aanwezig. Via de ziekenradio wordt niets over het indienen van klachten verteld. Met de cliëntenraad is contact over klachten en nauwe samenwerking naar aanleiding van een brochure die in ontwikkeling is: “Rechten van de patiënt”.

*II 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 de klachtenfunctionaris van de zorgaanbieder.*

Klagers kunnen informatie krijgen bij het PSB of bij de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie. De klachtenfunctionaris heeft de taken klachtenopvang en -bemiddeling in het Atrium Medisch Centrum.

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

Op dit moment is geen klachtenbrochure voor zorgverleners beschikbaar; deze is in ontwikkeling en komt begin 2005 uit. Hierin zal worden aangegeven hoe een zorgverlener het beste met klachten kan omgaan.

Af en toe worden klachteninformatiebijeenkomsten voor zorgverleners georganiseerd. De klachtenfunctionaris geeft sporadisch een klinische les bij een teamvergadering. Daarnaast is op iedere afdeling een contactpersoon patiëntenvoorlichting, “copa” genoemd, die voorlichting geeft. Bij deze voorlichting proberen de copa’s ook wel “interesse te kweken voor het klachtengebeuren”, aldus een respondent.

Een respondent vertelde dat op zijn afdeling aan nieuwe medewerkers een afdelingsanker wordt gegeven, waarin een samenvatting van de organisatie en de afdeling wordt gegeven. De klachtenprocedures worden hierin tevens benoemd. Bovendien zit de folder “Een klacht. Wat doet u daarmee?” ook bij deze informatie.

De mogelijkheid om kennis te maken zonder dat sprake is van een concrete klacht voor zorgverleners met de klachtenfunctionaris bestaat wel, maar door de toename van de werkdruk van de klachtenfunctionaris is dit “verwaterd”. Iedere nieuwe medewerker wordt echter wel rondgeleid en daarbij wordt het PSB ook aangedaan. De klachtenfunctionaris geeft aan dat hij eigenlijk minstens twee keer per jaar op de afdelingen langs zou willen gaan, wat hij de eerste jaren ook deed, maar nu heeft hij daar geen tijd meer voor. In het verleden kwamen van een aantal maatschappen de medisch managers nieuwe medewerkers persoonlijk voorstellen. Nu gebeurt dat niet meer.

Een persoon uit de klachtencommissie vertelde dat hij het gevoel heeft dat de gelegenheid voor zorgverleners om kennis te maken zonder dat sprake is van een concrete klacht niet echt bestaat. Hij vraagt zich wel af of dit zinvol is, maar vertelde dat hij wel zou willen dat de klachtencommissie meer “merkbekendheid” gaat krijgen. Er zou een “andere beeldvorming binnen de organisatie moeten zijn”. Deze zou meer positief moeten worden: “een klacht daar moet je van leren”.

Zodra een zorgverlener geconfronteerd wordt met een bij de klachtencommissie ingediende klacht, krijgt hij het reglement toegestuurd, zodat hij op de hoogte wordt gesteld van de werkwijze. Wanneer hij geconfronteerd wordt met een klacht via het PSB krijgt hij voor zover dit relevant is mondelinge toelichting over de procedure (bijvoorbeeld bij bemiddeling).

*IK Een cliënt, zijn vertegenwoordiger of nabestaande kan klagen over het handelen of functioneren van een zorgaanbieder of degene die voor de zorgaanbieder werkt (...).*

In de folder “Een klacht. Wat doet u daarmee?” staat het volgende vermeld: “Meestal is de patiënt degene die een klacht indient. Wanneer een patiënt zelf niet in staat is zijn ongenoegen te uiten, kan hij zich door een ander, bijvoorbeeld een familielid, laten vertegenwoordigen. Hij dient deze persoon dan wel schriftelijk te machtigen. Maar ook anderen, zoals bezoekers

die ervaren dat de ziekenhuisorganisatie niet aan hun verwachtingen voldoet of anderszins onvolkomenheden signaleren, kunnen hun ongenoegen kenbaar maken. Tenslotte kan een klacht ook door nabestaanden van een patiënt worden ingediend”.

*1L Bij het indienen en afhandelen van klachten worden geen uitsluitingscriteria gehanteerd.*

Uitsluitingscriteria worden in het reglement van de klachtencommissie niet genoemd, wel gronden voor niet-ontvankelijkheid. Een van deze gronden voor niet-ontvankelijkheid is de volgende: “De klacht betrekking heeft op zorg, (...) welke zo lang geleden is verleend dat de zorgaanbieder of voor hem werkzame personen niet meer met bezwaren hierover rekening behoeven te houden” (De klacht, lid 4).

Volgens leden van de klachtencommissie zou deze grond voor niet-ontvankelijkheid kunnen worden gezien als verjaring, maar is het “geen pure verjaring”. Een lid geeft aan dat dit niet toegestaan is volgens de WKCZ. Echter, in sommige gevallen zijn de feiten niet meer te achterhalen, vertelde dit lid. Deze grond voor niet-ontvankelijkheid is naar aanleiding van een klacht in het reglement opgenomen.

*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.*

Na ontvangst van een klachtbrief neemt de ambtelijk secretaris vaak telefonisch contact op met de klager om nadere uitleg gegeven. Aangegeven wordt dat de mogelijkheid aanwezig is om de klacht te bespreken op de plaats waar deze is ontstaan, bijvoorbeeld via de afdelingsmanager. Daarnaast wordt aangegeven dat de mogelijkheid van het indienen van de klacht bij het PSB ook bestaat. Tijdens het telefonisch contact wordt tevens uitgelegd dat de klachtcommissie een uitspraak doet die gegrond of ongegrond luidt.

Bij het PSB is de eerste vraag die de klachtenopvangfunctionaris stelt of de klager heeft overwogen om de klacht met de betrokken zorgverlener te bespreken. De klachtenopvangfunctionaris maakt de verdere mogelijkheden van het indienen van een klacht duidelijk.

*1N Klachteninstanties melden een klacht waarbij mogelijk een calamiteit, seksueel misbruik of een misdrijf aan de orde is direct aan de zorgaanbieder (...).*

Over het melden van een calamiteit, seksueel misbruik of een misdrijf staat niets vermeld in het reglement van de klachtencommissie.

In het nieuwe plan over de herstructurering van de klachtketen is geregeld dat naast de klachtcommissie de klachtenfunctionaris en de claimfunctionaris tevens advies kunnen uitbrengen aan de Raad van Bestuur. Bij het PSB geeft een respondent aan dat dit nog niet voorgekomen is.

*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.*

In het reglement van de klachtencommissie is het volgende vermeld: “Zij geeft binnen zes maanden na de aanvang van haar onderzoek aan klager, degene(n) over wie is geklaagd en de zorgaanbieder schriftelijk en gemotiveerd haar oordeel over de gegrondheid van de klacht al dan niet vergezeld van aanbeveling. Bij afwijking hiervan wordt hen door de commissie gemotiveerd mededeling hiervan gedaan onder vermelding van het termijn waarbinnen haar oordeel volgt” (De behandeling, lid 5). “Binnen een maand na ontvangst van de uitspraak deelt de zorgaanbieder aan de klager, degene(n) over wie is geklaagd en aan de commissie schriftelijk mee of hij naar aanleiding hiervan maatregelen zal nemen en zo ja welke maatregelen getroffen zullen worden. Bij afwijking hiervan wordt hen door de zorgaanbieder gemotiveerd mededeling hiervan gedaan onder vermelding van de termijn waarbinnen zijn standpunt volgt” (De behandeling, lid 6).

Tevens is vermeld: “In spoedeisende zaken en gevallen, waarin deze regeling niet voorziet, neemt de voorzitter een voorlopige beslissing waarvan hij de commissie in kennis stelt opdat deze vervolgens de definitieve beslissing neemt” (Werkzaamheden, lid 1).

In de klachtenregeling zijn geen termijnen vastgelegd voor de verschillende stappen binnen de totale behandelingstermijn. Uit het jaarverslag 2003 van de klachtencommissie blijkt dat de gemiddelde behandelingsduur vier maanden bedroeg (zie verder paragraaf 3.5).

Er is zowel bij de klachtencommissie als het PSB continuïteit gewaarborgd door middel van plaatsvervangende leden respectievelijk meerdere klachtenopvangfunctionarissen en klachtenfunctionarissen die elkaar vervangen bij vakantie en ziekte.

*1P De zorgaanbieder regelt opvang en ondersteuning van de aangeklaagde.*

Het verschilt per afdeling of maatschap of een “oude en wijze vakgenoot” aanwezig is om medewerkers op te vangen en ondersteunen. Speciale personen die deze functie kunnen vervullen zijn niet aanwezig. Het is afhankelijk van de afdeling of maatschap hoe hiermee wordt omgegaan. Uit eerder onderzoek blijkt dat onder met name de wat oudere medisch

specialisten de behoefte bestaat aan een vertrouwenspersoon. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat behoefte is aan meer juridische duidelijkheid, bijvoorbeeld in de vorm van een persoon waaraan vragen zouden kunnen worden gesteld (Rutenfrans, 2004). Een respondent vertelde dat de commissie kwaliteit en toetsing, die in het Atrium Medisch Centrum ingesteld is, de functie van vertrouwenscommissie vervult.

Wel bestaat de mogelijkheid voor aangeklaagden om bijvoorbeeld na bemiddeling de klacht te bespreken met de klachtenfunctionaris, maar daar wordt weinig gebruik van gemaakt.

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

Een gezamenlijke klachtenafhandeling gebeurt bij de klachtencommissie wel, maar in een dergelijk geval wordt wel een apart oordeel gegeven over de zorgverleners.

Wanneer de klachtenfunctionaris te maken krijgt met een klacht tegen meerdere zorgverleners, gaat hij na of het verstandig is om te kiezen voor een gezamenlijke behandeling. Zijn streven is de klacht dusdanig te behandelen dat de klager genoegdoening heeft. De klachtenfunctionaris is van mening dat wanneer onderlinge conflicten spelen tussen de aangeklaagden, het de klager niet ten goede komt als de aangeklaagden bij elkaar gezet worden bij de bemiddeling.

*IR 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.*

Over het bewaren van tot de persoon herleidbare klachtgegevens, zie pagina 12, aanbeveling 1E.

In het reglement van de klachtencommissie is niets geregeld over bewaartermijn. Over inzagerecht is geregeld dat de klachtencommissie een machtiging voor inzage in het cliëntendossier vraagt. Zoals eerder is aangegeven, is geen schriftelijke informatie bij start van de klachtenafhandeling aanwezig. Uit de interviews blijkt dat onduidelijkheid bestaat over dat in het cliëntendossier in principe geen aantekeningen gemaakt mogen worden over het feit dat een klacht is ingediend. De geïnterviewde medisch specialist vermeldt dit wel in het medisch dossier, omdat het apart bewaren extra administratie vergt. De brief van de klachtencommissie wordt vaak in het dossier bewaard, maar de klachtbrief van de cliënt zit hier in veel gevallen niet bij. Bij het PSB wordt verteld aan zorgverleners (hierover is geen schriftelijke informatie) dat in het cliëntendossier in principe geen aantekeningen mogen

worden gemaakt over het feit dat de klacht is ingediend. Volgens een respondent bij PSB komen ze zelden aantekeningen over klachten in het cliëntendossier tegen.

### **3.2 Omgang van de zorgverlener met de klager**

Het tweede hoofdstuk uit de Klachtenrichtlijn gaat over de omgang van de zorgverlener met de klager. Het directe contact tussen de zorgverlener en klager is de plaats voor een effectieve reactie op klachten of onvrede.

*2A De zorgverlener bevordert een klimaat waarin de cliënt zich vrij voelt om klachten te uiten.*

De – in het kader van dit onderzoek – geïnterviewde medisch specialist gaf aan dat hij in het kennismakingsgesprek niet expliciet bespreekt dat hij het op prijs stelt wanneer de cliënt eventuele twijfels of onvrede inbrengt. Hij zei wel medewerking te verlenen aan tevredenheidsonderzoek.

*2B Wanneer een cliënt uiting geeft aan onvrede, gaat de zorgverlener hierover open met hem in gesprek.*

De geïnterviewde medisch specialist gaf aan dat hij altijd in gaat op opmerkingen met betrekking tot onvrede. Volgens hem komen cliënten daar altijd meteen mee. Wanneer sprake is van ernstige onvrede, plant hij een extra gesprek. Echter, als dingen meteen besproken en opgelost kunnen worden doet hij dit. Wanneer hij merkt dat de emoties van de cliënt een grote rol spelen, laat hij deze emoties de vrije loop. Als het te ernstig is, plant hij een extra gesprek. Hij vertelde dat hij slechts “zelden” excuses aanbiedt. Als hij echt een fout gemaakt heeft, dan biedt hij wel zijn excuses aan, maar hij geeft aan nooit expres fouten te maken.

*2C Ingeval sprake is van een fout of complicatie bespreekt de zorgverlener dit uit zichzelf met de cliënt.*

Uit een eerder onderzoek onder medisch specialisten in het Atrium Medisch Centrum blijkt dat de meeste medisch specialisten openheid en eerlijkheid als meest effectieve manier van het omgaan met fouten beschouwen. Een aantal medisch specialisten vraagt in sommige gevallen advies of steun aan een collega (Rutenfrans, 2004). Tijdens het eerdere onderzoek bleek niet dat specialisten bezig zijn met wat wel en niet verteld mag worden van de aansprakelijkheidsverzekeraar. Of andere zorgverleners op soortgelijke wijze met fouten en

complicaties omgaan, kan niet op basis van de tot nu toe verzamelde gegevens gezegd worden.

*2D De zorgverlener betreft anderen bij het gesprek over de klacht als dit bevorderlijk is voor een goede afhandeling.*

De geïnterviewde medisch specialist gaf aan dat hij altijd voorstelt aan de cliënt om iemand mee te nemen naar het klachtgesprek, omdat op die wijze meer informatie wordt opgevangen. Hij verwijst zelden door naar het PSB. Volgens de klachtenfunctionaris gebeurt het wel eens dat zorgverleners op hun eigen initiatief hem bij een klachtgesprek betrekken, maar veel te weinig: “Degenen die dit wel doen, zijn juist degenen die goed met klachten omgaan”.

*2E De zorgverlener kent de mogelijkheden voor cliënten om elders klachten aan de orde te stellen. Zonodig informeert hij de klager hierover.*

De geïnterviewde medisch specialist wist niet precies wat de functie van klachtenfunctionaris inhoudt, volgens hem maakt deze deel uit van de klachtencommissie. Hij is niet op de hoogte van het bestaan van het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG). In het eerder uitgevoerde onderzoek van Rutenfrans (2004) is het IKG nooit ter sprake gekomen, hoewel hier niet naar gevraagd is. Men kan zich afvragen in hoeverre het IKG bekend is onder zorgverleners.

*2F Wanneer de klager zijn klacht bij een klachteninstantie kenbaar maakt, geeft de zorgverlener aan dat hij bereid is tot een gesprek. Hij draagt zorg voor een zakelijk verweer.*

Met het verweer op bijvoorbeeld een klachtbrief wordt op verschillende wijzen omgegaan. Zorgverleners schieten vaak in een verdedigende houding. De klachtenfunctionaris krijgt wel eens brieven van zorgverleners die niet aan de klager voorgelegd kunnen worden, maar van de meeste zorgverleners krijgt hij correcte brieven. Uit eerder onderzoek blijkt dat enkele medisch specialisten zelf een jurist of adviseur raadplegen om te reageren op een klachtbrief of dat zij op zijn minst een collega vragen of het goed weergegeven is. Sommige medisch specialisten doorlopen dit traject alleen en spreken niet met collega's hierover (Rutenfrans, 2004).

Uit het jaarverslag 2003 van de klachtencommissie blijkt dat reacties van aangeklaagden bij de klachtencommissie soms te laat binnen komen. De termijn waarbinnen dient te worden gereageerd bedraagt veertien dagen, eventueel te verlengen met een week.

*2G Bij klachten over anderen reageert de zorgverlener niet afwijzend of oordelend. Hij adviseert de klager om zijn onvrede op de juiste plaats en/of bij de juiste persoon aan de orde te stellen.*

Uit eerder onderzoek blijkt dat een aantal artsen fouten van collega's als een "taboe" beschouwen. Het afvallen van collega's is niet gebruikelijk. Enkele artsen bespreken onvrede van de cliënt met de betreffende collega. Een aantal artsen probeert zelf misverstanden uit de weg te helpen en een aantal medisch specialisten vertelt aan de cliënt dat hij onvrede met de betreffende collega moet bespreken. Hoe een medisch specialist met onvrede van een cliënt omgaat is afhankelijk van de klacht waarmee de cliënt komt en of het om een echte fout gaat of slechts om een mening van de cliënt (Rutenfrans, 2004).

*2H Informatie over een klachtgesprek of -procedure wordt in principe niet in het cliëntendossier opgenomen.*

Het al dan niet opnemen van informatie over een klacht in het cliëntendossier door zorgverleners in het Atrium Medisch Centrum, staat vermeld op pagina 18, aanbeveling 1R.

*2I 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.*

Uit eerder onderzoek blijkt dat sommige medisch specialisten advies of ondersteuning vragen aan collega's wanneer ze te maken krijgen met een klacht of een fout (Rutenfrans, 2004). In hoeverre de privacy van de klager daarbij beschermd wordt, is onbekend.

*2J De zorgverlener heeft de wens om lering te trekken uit klachten en fouten. Hij onderneemt activiteiten die dit bevorderen.*

De geïnterviewde medisch specialist gaf aan een communicatietraining te hebben gevolgd, maar dit is al tien jaar geleden. Het onderwerp omgaan met ontevreden cliënten wordt betrokken bij functioneringsgesprekken bij de arts-assistenten, volgens deze medisch specialist. Klachten worden regelmatig besproken in het teamoverleg. "De maatschap is van mening dat ze zelf wel de vakinhoudelijke kennis heeft om klachten op te lossen", aldus de geïnterviewde medisch specialist.

Uit eerder onderzoek blijkt dat onder een aantal jongere medisch specialisten de behoefte bestaat aan een training "omgaan met fouten" of – wat breder – een communicatietraining. Hierbij gaf een arts aan dat dit goed zou zijn voor een aantal van zijn collega's, maar dat dit

nou net die collega's zijn die hier zelf geen behoefte aan hebben (Rutenfrans, 2004). Voor arts-assistenten is een aantal jaren geleden een communicatietraining ingesteld die zij verplicht moeten volgen.

Het verschilt tevens per maatschap in hoeverre ruimte is en in hoeverre het gebruikelijk is om onvrede van cliënten te bespreken. De cultuur per maatschap verschilt.

Een respondent vertelde dat op zijn afdeling iedere klacht afzonderlijk wordt besproken in het teamoverleg.

### **3.3 Opvang**

Het derde hoofdstuk uit de Klachtenrichtlijn geeft aanbevelingen over de klachtenopvang, de fase waarin de klager zijn klacht uit bij een andere persoon of instantie dan de aangeklaagde zelf. De klager is dan eventueel nog op zoek naar advies over hoe en waar hij zijn klacht het beste kan uiten.

*3A De zorgaanbieder (...) 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.*

In het Atrium Medisch Centrum is wat dit punt betreft een reorganisatie gaande. Het centrale aanspreekpunt is de klachtenopvangfunctionaris bij het PSB. De klachtenopvangfunctionaris overlegt met de cliënt welke weg gekozen kan worden, zodat deze een geïnformeerde keuze kan maken. Eventueel vindt ook nog een beoordeling door de klachtenfunctionaris plaats. Dit moet één loket worden voor claims en klachten aan het PSB, aan de klachtencommissie en aan de Raad van Bestuur.

Niet alle zorgverleners hebben een helder beeld van de functie van de klachtenfunctionaris. De geïnterviewde medisch specialist – in dit onderzoek – was van mening dat de klachtenfunctionaris deel uit maakt van de klachtencommissie. Uit niet-gepubliceerde resultaten uit eerder onderzoek valt op te maken dat niet alle medisch specialisten op de hoogte zijn van het bestaan van de klachtenfunctionaris.

*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).*

Tijdens kantooruren is altijd een klachtenopvang- of klachtenfunctionaris bereikbaar. Op dit moment zijn nog geen duidelijke afspraken over de taakafbakening en overdracht tussen de

klachtenopvang- en klachtenfunctionaris. In de toekomst wordt dit geprotocolleerd. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de klachtenopvangfunctionaris klachten over kleine, niet-structurele zaken zelf gaat afhandelen zonder door te verwijzen naar de klachtenfunctionaris. Het is de bedoeling dat de opvangfunctionaris de urgentie van aanpak van de klacht en de snelheid waarmee de volgende stap in de afhandeling nodig is, nagaat. Het is niet nodig voor de klager om zijn verhaal twee keer te vertellen. "Hier moet de klager voor beschermd worden", aldus een respondent. De klachtenopvangfunctionaris is echter wel in staat om het gehele verhaal van de klager aan te horen, indien dit wenselijk is.

*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.*

De klager krijgt informatie over de verschillende klachtmogelijkheden van de klachtenopvangfunctionaris en eventueel van de klachtenfunctionaris. Op dit moment geeft de ambtelijk secretaris ook informatie over de mogelijkheden van het indienen van een klacht. Tevens is de schriftelijke informatie "Een klacht. Wat doet u daarmee?" voor de klager beschikbaar. De klager krijgt de tijd die nodig is om zijn keuze te maken voor een bepaalde mogelijkheid. Het is dus de keuze van de klager. Echter, de klachtenfunctionaris probeert wel een bepaalde inschatting te maken. Hij maakt gebruik van zijn kennis over zorgverleners binnen het Atrium Medisch Centrum. Hij heeft zich als doel gesteld om het "hoogst mogelijke rendement" te halen. Wanneer hij bemiddelen bijvoorbeeld niet succesvol acht, zal hij dit ook niet (zo snel) doen.

*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.*

Leden van de klachtencommissie geven geen bijstand aan de klager. De klachtenfunctionaris geeft wel bijstand aan de cliënt, bijvoorbeeld bij het opstellen van een klachtbrief, maar de klager ondertekent deze zelf. De klachtenfunctionaris voert bemiddelingsgesprekken. De geïnterviewde klachtenfunctionaris gaf aan dat hij daarbij de klager meer ondersteunt dan de aangeklaagde, maar hij zorgt ervoor dat de aangeklaagde dit niet als zodanig ervaart. Dit doet hij niet indien het initiatief voor de bemiddeling van de aangeklaagde komt.

*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.*

De eerste vraag die door de klachtenopvangfunctionaris cq. klachtenfunctionaris wordt gesteld, is of de klager heeft overwogen om de klacht op de plaats van het ontstaan te bespreken. Indien de klager op dat moment besluit om dit alsnog te doen, wordt dit bewaakt en wordt hij indien nodig ondersteund.

*3G De klager wordt zonnodig gewezen op de mogelijkheid van klachtenopvang buiten het kader van de zorgaanbieder.*

De klachtenopvangfunctionaris en klachtenfunctionaris zijn in dienst van de zorgaanbieder. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg wil inschakelen is met het voorstel herstructurering klachtketen geregeld dat de Raad van Bestuur op de hoogte wordt gesteld. Het is niet officieel geregeld dat wanneer een klager de publiciteit wil zoeken de klachtenfunctionaris verplicht is dit te melden aan de Raad van Bestuur. In de praktijk wordt het staffbureau Public Relations ingelicht over dit soort zaken.

Op dit moment is niet geprotocolleerd hoe de professionele onafhankelijkheid van de klachtenopvangfunctionaris en klachtenfunctionaris is geregeld en hoe wordt gehandeld in geval van tegenstrijdige belangen.

### **3.4 Bemiddeling**

Het vierde hoofdstuk van de Klachtenrichtlijn gaat over de bemiddeling. Dit is een functie binnen het geheel van de omgang met klachten waarbij een derde, onpartijdige persoon wordt ingezet. Deze probeert om een conflict of bestaande onvrede bij de klager tegen een zorgverlener tot een oplossing te brengen. In het Atrium Medisch Centrum treedt de klachtenfunctionaris als bemiddelaar op.

*4A Degene die als bemiddelaar optreedt, is hiervoor gekwalificeerd.*

Bij het aannemen van een nieuwe klachtenfunctionaris wordt op de opleiding gelet. Ook moet de klachtenfunctionaris bepaalde karaktereigenschappen beschikken die relevant zijn voor de functie. De klachtenfunctionaris moet een opleiding via de SOKG volgen. Het plan bestaat om in de toekomst een gecertificeerde mediator in dienst te nemen.

*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.*

In het Atrium Medisch Centrum vervult de klachtenfunctionaris tevens de rol van bemiddelaar. Hierdoor zou de aangeklaagde het gevoel kunnen krijgen dat hij op achterstand staat bij een eventuele bemiddeling, omdat de klachtenfunctionaris in het begin uitgebreid contact heeft gehad met de klager. De klachtenfunctionaris heeft nooit meegemaakt dat een aangeklaagde dit als zodanig ervaren heeft. Hij legt de rol van bemiddelaar uit aan de klager en aangeklaagde, maar vraagt niet expliciet of zij vertrouwen hebben in hem als bemiddelaar. Hij gaat van tevoren na wat de doelen en verwachtingen van de klager zijn.

Uit eerder onderzoek blijkt onder een aantal medisch specialisten de behoefte aan een meer bemiddelende rol van de klachtenfunctionaris te bestaan (Rutenfrans, 2004).

*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.*

In het Atrium Medisch Centrum is sprake van verschillende vormen van bemiddeling. In een aantal gevallen worden de partijen bij elkaar gezet, maar vaak is sprake van een andere vorm. De volgende procedure wordt bijvoorbeeld regelmatig toegepast. Wanneer iemand een klacht over een specialist heeft, gaat de klachtenfunctionaris na wanneer de cliënt weer een afspraak heeft met deze arts. Dan belt hij de arts en vraagt hem of deze met de cliënt de onvrede kan bespreken. De klachtenfunctionaris belt de cliënt vervolgens op en vertelt hem het resultaat van dit telefonisch contact. Vervolgens herinnert hij de arts vlak voor het poliklinisch spreekuur aan het gesprek. Wanneer het contact is geweest, belt hij een aantal dagen later altijd de klager weer op om te vragen naar de afloop.

Bemiddeling wordt soms ook ingezet bij de afhandeling van schadeclaims. De claimfunctionaris moet inschatten of ook bemiddeld kan worden. Voor of naast de claim is bemiddeling mogelijk. Hier is voor gekozen om onvrede weg te nemen en dus niet om de claim tegen te gaan.

*4D De bemiddelaar heeft een geheimhoudingsplicht ten aanzien van hetgeen hem uit hoofde van zijn functie bekend is geworden.*

De geheimhoudingsplicht wordt op het volgende punt geschonden. De klachtenfunctionaris heeft informeel contact met de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie wanneer een bemiddelingspoging niet succesvol is geweest en de klager besluit zijn klacht in te dienen bij de klachtencommissie. Hij vraagt hiervoor geen toestemming aan de klager. Zijn motivatie hierachter is dat hij het vreemd vindt als de klachtencommissie ineens weer de mogelijkheid van bemiddeling aankaart, terwijl de klager dit traject al doorlopen heeft.

Wanneer partijen bij elkaar zijn gezet, maakt de klachtenfunctionaris een samenvatting van dit gesprek wat hij in het klachtendossier voegt. De partijen ontvangen deze samenvatting niet.

*4E De bemiddelaar neemt niet deel aan procedures ter beoordeling van klachten en is niet op enige wijze bij deze beoordeling betrokken.*

De klachtenfunctionaris heeft geen taak bij de klachtencommissie en neemt ook niet deel bij de behandeling van klachten.

### **3.5 Behandeling**

Het vijfde hoofdstuk uit de Klachtenrichtlijn gaat over klachtenbehandeling. Dit betreft het onderzoek door een klachtencommissie leidend tot een oordeel en eventuele aanbevelingen zoals dat in de WKCZ geregeld is.

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

In het reglement van de klachtencommissie is hierover het volgende geregeld:

“De commissie is als volgt samengesteld:

- In de commissie dient tenminste één (voormalig) huisarts vertegenwoordigd te zijn
- een voorzitter en een waarnemend voorzitter, die niet werkzaam zijn of zijn geweest voor de zorgaanbieder
- drie leden, waarvan twee leden uit de medische staf en één lid uit de verpleegkundigen afkomstig is, die werkzaam zijn of zijn geweest voor de zorgaanbieder alsmede

- drie leden, die niet als medewerker voor de zorgaanbieder werkzaam zijn, waarvan tenminste één lid door de Vereniging van Patiënten/Consumentenorganisaties in Limburg is voorgedragen en één lid jurist dient te zijn” (De klachtencommissie, lid 2).

De zittingstermijn van de commissieleden is tevens geregeld:

“De leden van de commissie worden benoemd voor een periode van drie jaar. Zij zijn terstond twee keer herbenoembaar” (De klachtencommissie, lid 3).

De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de klachtencommissie zijn ook geregeld:

“De commissie heeft de volgende taken:

- het in ontvangst nemen van klachten
- het beoordelen van de ontvankelijkheid hiervan
- het op basis van een ontvankelijk bevonden klacht instellen van een onderzoek ter beoordeling hiervan
- het doen van een uitspraak over de gegrondheid hiervan
- het doen van aanbevelingen aan de zorgaanbieder alsmede
- het door haar secretaris laten registreren van klachten” (De klachtencommissie, lid 7).

“De commissie heeft de volgende bevoegdheden:

- het inwinnen van informatie alsmede het opvragen en inzien van stukken, die betrekking hebben op de klacht met inachtneming van de wettelijke beperkingen
- het betreden van alle tot in het Atrium Medisch Centrum behorende ruimten
- het oproepen en horen van klager en medewerkers, die bij de klacht betrokken zijn
- het horen van getuigen alsmede
- het inschakelen van externe deskundigen,

Waarbij de zorgaanbieder zo nodig bevordert dat de commissie haar bevoegdheden daadwerkelijk kan uitoefenen” (De klachtencommissie, lid 8).

Het reglement wordt bij start van de procedure aan zowel de klager als aangeklaagde gestuurd. Het reglement staat niet op intranet of internet.

*5B De klachtencommissie bestaat uit minimaal 3 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.*

De klachtencommissie voldoet aan deze vereiste (zie vorige aanbeveling, 5A). Naast de leden zijn plaatsvervangende leden benoemd, waardoor de continuïteit gewaarborgd wordt. Een lid en een plaatsvervangend lid zijn op voordracht van Patiënten/Consumenten platform Limburg (PCL).

*5D De klachtencommissie is verantwoordelijk voor een onpartijdige klachtenbehandeling. De klachtencommissie beschikt over voldoende deskundigheid om een zaak zorgvuldig te kunnen onderzoeken en beoordelen.*

In de klachtencommissie is vakinhoudelijke deskundigheid aanwezig in de vorm van twee leden uit de medische staf en een lid uit de verpleegkundige beroepsgroep en een (voormalig) huisarts. Een lid van de klachtencommissie gaf aan dat het nauwelijks voorkomt dat externe deskundigen geraadpleegd moeten worden, omdat twee medisch specialisten in de commissie vertegenwoordigd zijn. Juridische deskundigheid is aanwezig in de vorm van een jurist als lid en de voorzitter die tevens rechter is. Echter, de voorzitter en de jurist zijn niet aanwezig bij een hoorzitting. Dit wordt gedaan door een van de twee voorbereidingscommissies die onder voorzitterschap staan van respectievelijk een arts en een huisarts. Daarnaast zijn nog een verpleegkundige en een arts lid van deze commissie.

De klachtencommissie wordt niet getraind in het houden van een hoorzitting.

*5E De klachtencommissie raadpleegt een extern deskundige wanneer zij van mening is dat zij niet over voldoende zorginhoudelijke expertise beschikt om een gedegen oordeel over de klacht te geven.*

Zoals al eerder is genoemd (zie vorige aanbeveling, 5D), is vanwege de vertegenwoordiging van twee medisch specialisten vaak voldoende deskundigheid aanwezig. Om deze reden vindt slechts zelden het raadplegen van externe deskundigen plaats. Een protocol of een jaarbudget voor de inzet van externe deskundigen bestaat dan ook niet.

*5F Een persoon op wiens gedraging de klacht rechtstreeks 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).*

In het reglement van de klachtencommissie: “Aan de behandeling wordt niet deelgenomen door een lid van de commissie op wiens gedraging of nalaten de klacht rechtstreeks betrekking heeft. Een lid kan zich van deelname verschonen” (De behandeling, lid 3). Volgens de respondenten wordt dit actief toegepast door de leden van de commissie.

*5G Zowel 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).*

In het reglement van de klachtencommissie: “Door klager en/of degene(n) over wie geklaagd is kan bij de commissie tegen deelname van een lid gemotiveerd bezwaar worden gemaakt” (De behandeling, art. 3).

*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 de klager hiervoor naar de klachtenfunctionaris.*

Na ontvangst van een klachtbrief, neemt de ambtelijk secretaris vaak telefonisch contact op met de klager, waarin ook de mogelijkheid van het bespreken op de plaats waar de klacht is ontstaan en de mogelijkheid van het PSB wordt aangegeven. Tijdens dit telefonisch contact legt de ambtelijk secretaris uit dat de klachtencommissie de uitspraak gegrond/ongegrond doet. Indien de klager kiest om zijn klacht bij een andere instantie te uiten, krijgt hij hier schriftelijk een bericht van, waarin wordt aangegeven dat hij altijd nog de mogelijkheid heeft om de klacht te laten beoordelen door de klachtencommissie.

In het reglement van de klachtencommissie staat het volgende: “De klacht dient schriftelijk bij de commissie te worden ingediend. De secretaris verleent hierbij zonodig assistentie en neemt de klacht in ontvangst” (De klacht, lid 1). De ambtelijk secretaris zorgt voor assistentie bij het opstellen of verduidelijken van de klachtbrief. De hulp van de klachtenfunctionaris wordt hierbij nooit ingeroepen.

*5I 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.*

Klager en aangeklaagde krijgen eerst schriftelijk de mogelijkheid hun standpunten in te dienen: klachtbrief, gevolgd door verweer van aangeklaagde. Daarna volgt een hoorzitting. In het reglement staat de volgende informatie: “De ontvangst van de klacht wordt aan de klager schriftelijk bevestigd en aan degene(n) over wie is geklaagd middels toezending van een afschrift hiervan meegedeeld, waarbij de mogelijkheid wordt geboden hierop schriftelijk te reageren” (De klacht, lid 3). Verder is geen informatie beschikbaar over het feit dat de informatie die beide partijen inbrengen ook aan de andere partij wordt verstrekt.

*5J Mondeling hoor en wederhoor heeft de voorkeur boven schriftelijk hoor en wederhoor. Partijen worden bij voorkeur in elkaars aanwezigheid gehoord, tenzij de klachtencommissie goede redenen heeft om dit niet wenselijk te achten of de klager daartegen bezwaar heeft.*

In het reglement staat het volgende: “Nadat de klager en degene(n) op wie de klacht betrekking heeft hun standpunt schriftelijk hebben kenbaar gemaakt, stelt de commissie hen in beginsel in de gelegenheid in elkaars aanwezigheid te worden gehoord (...). Indien hiertoe door de klager en/of degene op wie de klacht betrekking heeft om deugdelijke reden wordt verzocht, kan de commissie besluiten hen afzonderlijk te horen.”

Uit de interviews bleek dat altijd wordt besloten tot een hoorzitting, behalve als de klager hier niet mee instemt.

Wanneer sprake is van toenadering tussen de partijen is en ruimte is voor bemiddeling, wordt dit niet door de klachtencommissie bevorderd. De klachtencommissie vindt zichzelf geen bemiddelingsorgaan. Hier is in het verleden naar aanleiding van een zaak discussie over geweest. Bij deze zaak is bemiddeld door de voorzitter tijdens de hoorzitting. De klachtencommissie heeft besloten dit in de toekomst niet meer te doen. Doorverwijzen naar de klachtenfunctionaris gebeurt in een dergelijk geval ook niet.

*5K De klachtencommissie biedt klager en aangeklaagde tijdens de klachtenbehandeling inzage in en afschrift van stukken waarop zij haar oordeel (mede) zal baseren.*

In het reglement staat het volgende: “schriftelijk en gemotiveerd haar oordeel over de gegrondheid van de klacht” (De behandeling, lid 5). In de uitspraak worden soms

formuleringen gegeven uit bijvoorbeeld basisboeken. Hier wordt dan niet altijd expliciet naar verwezen.

Uit de interviews is niet naar voren gekomen dat de klager en aangeklaagde tijdens de procedure op de hoogte worden gesteld van het feit dat gebruik wordt gemaakt van bijvoorbeeld bepaalde protocollen, literatuur en dergelijke.

*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.*

De klachtencommissie vraagt altijd inzage in het cliëntendossier. Zij vindt dit fundamenteel, zelfs bij niet directe medisch-inhoudelijke zaken. Hiervoor wordt altijd een machtiging gevraagd. Deze wordt opgestuurd na ontvangst van de klachtbrief samen met het reglement. De klachtencommissie verklaart een klacht zelfs niet-ontvankelijke indien “de klager aan zijn hulpverlener(s) geen machtiging verleent aan de commissie inlichtingen alsmede inzage in en/of afschrift van het dossier met betrekking tot zijn behandeling te verstrekken” (De klacht, lid 4).

*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.*

In het reglement: “De commissie beslist met minimaal 5 leden met gewone meerderheid van stemmen behoudens ingeval van bezwaar (...) waarover met minimaal 3 leden wordt beslist zonder deelname van het lid tegen wiens deelname bezwaar is gemaakt” (De behandeling, lid 5).

Volgens een respondent wordt altijd naar consensus gestreefd. Hij heeft nog nooit meegemaakt dat de stemmen geteld moesten worden. Leden discussiëren met elkaar, wanneer ze het niet eens zijn.

*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.*

In het reglement staat het volgende: “Zij geeft binnen zes maanden na de aanvang van haar onderzoek aan klager, degene(n) over wie is geklaagd en de zorgaanbieder schriftelijk en gemotiveerd haar oordeel over de gegrondheid van de klacht al dan niet vergezeld van aanbevelingen. Bij afwijking hiervan wordt hen door de commissie gemotiveerd mededeling hiervan gedaan onder vermelding van de termijn waarbinnen haar oordeel volgt” (De behandeling, lid 5). Termijnen voor de verschillende onderdelen van de klachtafhandeling worden niet genoemd.

Uit het jaarverslag 2003 van de klachtencommissie blijkt dat de gemiddelde behandelingsduur vier maanden was. In de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg wordt voor ziekenhuizen de wenselijke termijn van twee maanden genoemd. Op de vraag of de gemiddelde behandelingsduur verkort kan worden, antwoordde een respondent dat het niet sneller kan vanwege de manier die gekozen is. “De procedure laat dit niet toe (...). Tijd is niet belangrijk, het gaat meer om een degelijk advies en om degelijk gehoord te zijn (...). Wanneer er onzorgvuldig beslist wordt, doet dit bij de klager als onpartijdig lijken”. Een andere respondent zei: “Als artsen binnen één week zouden reageren, dan kan het sneller, maar gezien de taken die iedereen naast de klachtencommissie heeft, wordt het moeilijk (...). Alle leden hebben ook een andere bezetting en weinig tijd (...). De leden zijn ook elders werkzaam (...). Je kunt niet alles verlangen van mensen”. Een ander antwoordde het volgende: “Dan zou er heel goed gekeken moeten worden, maar het plannen van de hoorzitting kost veel tijd en de voorbereiding is lang”. Deze respondent zei wel dat de termijn van vier maanden voor de klager inderdaad wel lang kan zijn, maar dat er gezorgd moet worden voor een “zorgvuldige afhandeling”. Tot slot gaf nog een andere respondent de volgende verklaring: “Drie jaar geleden tot aan vorig jaar was er een achterstand bij de klachtencommissie. Er was een grote hoeveelheid klachten die men niet aan kon.” Volgens deze respondent wordt dit mede veroorzaakt, omdat het voortraject niet goed is: “Er wordt niet goed bemiddeld”.

*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.*

Volgens een respondent: “Als de klager tussentijds zijn klacht intrekt, dan is het afgedaan”. Hij kan zich wel voorstellen dat in dat geval wel aanbevelingen aan de Raad van Bestuur worden gedaan bij ernstige zaken. Een andere respondent vertelde dat de klager altijd een bericht krijgt als hij besluit zijn klacht in te trekken. In dit bericht wordt aangegeven dat hij nog altijd de mogelijkheid heeft de klacht te laten beoordelen door de klachtencommissie.

*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 gemotiveerd oordeel, informatie over de wijze van behandeling, eventuele aanbeveling, een datum en ondertekening. De uitspraak is zo geformuleerd dat deze voor alle betrokkenen duidelijk en navolgbaar is.*

In het reglement: “Zij geeft binnen 6 maanden na de aanvang van haar onderzoek aan klager, degene(n) over wie is geklaagd en de zorgaanbieder schriftelijk en gemotiveerd haar oordeel over de gegrondheid van de klacht al dan niet vergezeld van aanbevelingen” (De behandeling, lid 5).

In de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg wordt een opsomming van elementen die de uitspraak in elk geval moet bevatten aangegeven. Nagegaan is in hoeverre dit in de praktijk gebeurt.

- *Klager een aangeklaagde (personalia, hoedanigheid):* worden weergegeven;
- *de klacht (ingediende en onderzochte klachtonderdelen):* worden weergegeven;
- *leden van de klachtencommissie die bij behandeling betrokken zijn (naam en status):* worden weergegeven;
- *opzet en verloop van het onderzoek:* worden weergegeven;
- *procedure met betrekking tot hoor en wederhoor:* niet de procedure zelf wordt weergegeven, maar wel het feit of die er is geweest of dat er geen gebruik van is gemaakt;
- *termijnen van de behandelingsprocedure:* in de aanhef wordt aangegeven wanneer de klachtbrief is ingediend en aan het eind wanneer het afgehandeld is;
- *standpunten en onderbouwing van partijen:* wanneer het relevant is wat en hoe iets gezegd is, wordt dit in de beoordeling meegenomen, de notulen van de hoorzitting worden niet standaard door de partijen ontvangen;

- *informatie uit andere bronnen (dossierinformatie, feiten en standpunten van ‘derden’ zoals getuigen, extern deskundigen):* wanneer getuigen of externe deskundigen zijn geraadpleegd, wordt dit weergegeven;
- *overwegingen van de klachtencommissie mede aan de hand van door haar benoemde normen, leidend tot een oordeel per klachtonderdeel:* ieder klachtonderdeel wordt gemotiveerd;
- *eventuele aanbevelingen:* deze worden alleen aan de Raad van Bestuur gedaan;
- *datum van de uitspraak:* wordt weergegeven;
- *naam en handtekening van de voorzitter en eventueel de ambtelijk secretaris:* door voorzitter en ambtelijk secretaris wordt de brief ondertekend.

De klager en de aangeklaagde krijgen dezelfde kopie van het afhandelingbericht.

Aan de respondenten van de klachtencommissie is de vraag voorgelegd waarom de klager en de aangeklaagde niet op de hoogte worden gesteld van eventuele aanbevelingen. De volgende antwoorden volgde hierop. “Het gaat om de interne organisatie. Dit is een kwestie van het ziekenhuis”. Een andere respondent vertelde: “Wanneer formuleringen te kwetsend zouden zijn, bijvoorbeeld wanneer gewezen wordt: die heeft het gedaan, gaan aanbevelingen wel naar de Raad van Bestuur, maar niet naar de klager een aangeklaagde”.

Aanbevelingen worden slechts zelden gedaan. Uit het jaarverslag 2003 blijkt dat de klachtencommissie dat jaar in twee zaken aanbevelingen heeft gedaan aan de Raad van Bestuur. Volgens een van de respondenten is uit de uitspraak al af te leiden welke maatregelen genomen moeten worden.

*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.*

Het reglement: “Binnen een maand na ontvangst van de uitspraak deelt de zorgaanbieder aan de klager, degene(n) over wie is geklaagd en aan de commissie schriftelijk mee of hij naar aanleiding hiervan maatregelen zal nemen en zo ja welke maatregelen getroffen zullen worden. Bij afwijking hiervan wordt hen door de zorgaanbieder gemotiveerd mededeling hiervan gedaan onder vermelding van de termijn waarbinnen zijn standpunt volgt” (De behandeling, lid 6).

Bij een ongegrond verklaarde klacht, wordt de klager op de hoogte gesteld dat maatregelen niet getroffen zullen worden (volgens het document afhandeling klachten Raad van Bestuur):

“Indien een klacht volledig ongegrond is verklaard ontvangt de klager van de Raad van Bestuur bericht dat geen verdere actie wordt ondernomen” (Werkwijze, lid 2). In de toekomst wordt de huidige procedure op dit punt aangepast en zal ook worden gekeken of het noodzakelijk en mogelijk is om maatregelen te nemen naar aanleiding van een ongegronde klacht.

Afstemming met de aangeklaagde vindt op de volgende wijze plaats: “In het afhandelingbericht wordt degene waarop de uitspraak (...) betrekking heeft, verzocht om aan te geven welke maatregelen getroffen worden om zulke klachten in de toekomst te voorkomen” (Werkwijze, lid 4).

De partijen ontvangen echter na verloop van tijd geen bericht over de effectuering van de maatregelen. Dit is volgens een respondent in de praktijk niet haalbaar, vanwege de hoeveelheid klachten en de bureaucratie die het evalueren van iedere maatregel met zich mee brengt.

*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.*

Een beroepsmogelijkheid bestaat niet. Over de afwezigheid hiervan staat niets vermeld in het reglement van de klachtencommissie.

*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.*

Een respondent vergelijkt dit met biechten en vertelt dat hij het hier niet mee eens is. “De klachtencommissie krijgt hiermee geen positieve uitstraling”. Hij zou dit altijd wel via de Raad van Bestuur doen. Een andere respondent gaf aan dat deze optie voor de wetwijziging ook al bestaat. Deze respondent is van mening dat dit wel moet worden gedaan met vermelding van de Raad van Bestuur. Hij voegt toe: “ik ben niet direct voorstander van de meldingsplicht”. Een andere respondent: “Ik vind dit een verplichting als de Raad van Bestuur

het zelf niet meldt (...). Dit zou moeten gebeuren op basis van een meerderheid van stemmen besluit”.

### **3.6 Bijdrage aan kwaliteitsverbetering**

Het laatste hoofdstuk uit de Klachtenrichtlijn geeft aanbevelingen om door middel van klachten een bijdrage te leveren aan kwaliteitsverbetering, wat immers een tweede, en belangrijk, doel van de WKCZ is. Een klacht is een signaal, veroorzaakt doordat de cliënt denkt dat iets fout gegaan is of dat verbetering mogelijk is. Vaak willen klagers dat de zorg voor henzelf en anderen verbeterd, zodat herhaling wordt voorkomen.

*6A De zorgaanbieder bevordert een klimaat waarin de vertaling van klachten naar kwaliteitsverbetering wordt beloond.*

Volgens een afdelingsmanager worden verbeteracties gekozen op basis van patiënttevredenheidsonderzoek en ontslaggesprekken. Deze worden teruggekoppeld naar het team en hieruit worden verbeterpunten gehaald. Een andere afdelingsmanager vertelde dat naar aanleiding van slechte telefonische bereikbaarheid hij zelf het initiatief heeft genomen in overleg met de copas om dit te verbeteren. Bij problemen met het spreekuur heeft hij samen met een medisch specialist het initiatief genomen om dit anders in te richten.

Een kwaliteitsfunctionaris antwoordde op de vraag “Op basis van welke klachten wordt gekozen voor verbeteracties?”: “Zoals het zich voordoet”. Volgens hem wordt wel met name op basis van kwantitatieve aspecten het besluit genomen over kwaliteitsverbetering. Deze kwaliteitsfunctionaris vertelde dat het afdelingsmanagement kiest voor verbeteracties: “Zij zijn verantwoordelijk”. De kwaliteitsfunctionaris wordt vaak wel betrokken bij de projecten. De verbeterprojecten worden in zijn cluster in een activiteitenplan weergegeven. Hierin wordt onder andere een begindatum, een einddatum, een projectgroep en een doel gegeven. Bovendien wordt in een voortgangsrapportage aangegeven welke activiteiten hebben plaatsgevonden, wat de ervaringen zijn, welke veranderingen en resultaten aantoonbaar zijn, of meer activiteiten gepland zijn en op welke wijze borging van de resultaten plaatsvindt. Binnen het cluster is een databank waarin verbeteracties verwerkt worden.

Binnen het Atrium Medisch Centrum is een jaarlijkse competitie voor de beste verbeterideeën. Ieder jaar wordt een kwaliteitsdag georganiseerd waarvoor projecten ingediend kunnen worden. Daarnaast staan in het personeelsblad Mozaïek publicaties over een aantal projecten. Aan grote projecten wordt tevens bekendheid gegeven in regionale kranten en televisie. Af en toe wordt over een aantal grote projecten geschreven in vakbladen.

*6B De zorgaanbieder ziet toe op een systematische aanpak van de vertaalslag van klachten naar kwaliteit. Hij stelt de daarvoor benodigde middelen beschikbaar.*

Volgens de geïnterviewde kwaliteitsfunctionaris is geen beleidsnota en jaarplan aanwezig waarin is aangegeven wie, wanneer, hoe, met welke middelen en met welk resultaat aan de slag gaat met de vertaling van klachten naar kwaliteit. Volgens deze kwaliteitsfunctionaris is ook geen budget gereserveerd voor de vertaling van klachten naar kwaliteitsbeleid. “Dit is immers moeilijk kwantificeerbaar”.

*6C Ieder die bij de afhandeling van klachten is betrokken, overweegt ook 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.*

In het Atrium Medisch Centrum worden de klachten die binnenkomen bij het PSB en bij de klachtencommissie geregistreerd. Daarnaast wordt bij iedere klacht nagegaan wat de aanleiding is en of verbeteringen nodig zijn. Recentelijk heeft een proefproject oorzakenanalyse van claims en klachten plaatsgevonden, waarbij door de klachtenfunctionaris na is gegaan welke structurele oorzaken ten grondslag liggen aan een incident. Door een uitgebreidere analyse te maken van de structurele oorzaken en deze met de betrokkenen te bespreken, zijn er meer mogelijkheden om snellere en meer gerichte verbeteracties te nemen (Dingelstad & Van der Hoeff, 2004).

De clustermanagers krijgen ieder kwartaal een verslag van het aantal klachten. Het verschilt per afdeling of op basis van kwalitatieve of kwantitatieve aspecten wordt gekozen voor verbeteracties. De twee geïnterviewde afdelingsmanagers gaven aan dat voor verbeteracties wordt gekozen op basis van kwantitatieve aspecten. Weliswaar bespreekt een afdelingsmanager iedere klacht ook afzonderlijk in het teamoverleg, wat als een kwalitatieve benadering kan worden gezien.

*6D Zorgverleners bespreken in teamverband de signalen van onvrede waarmee zij te maken krijgen en de betekenis hiervan in termen van kwaliteitsverbetering.*

Per afdeling varieert het hoe klachten besproken worden. De afdelingsmanager kan hiervoor ruimte inplannen. In het Atrium Medisch Centrum is de cultuur dat veel zaken decentraal worden geregeld en niet zozeer van bovenaf worden opgelegd. Het is dus de verantwoordelijkheid van de afdeling wat deze doet met klachten. In het werkoverleg kan het thema klacht en kwaliteit besproken worden. Daarnaast hebben sommige verpleegafdelingen

de “keek op de week”, waarin wordt besproken hoe de voorafgaande week is gewerkt. Dit gaat verder dan alleen het aspect onvrede en klachten.

*6E Klachteninstanties binnen een instelling of beroepsorganisatie registreren klachten op uniforme en systematische wijze.*

Klachten worden bij het PSB en de klachtencommissie geregistreerd met behulp van een computerprogramma RegiPro, dat sinds 2003 in gebruik is. In de volgende categorieën wordt geregistreerd: behandeltechnisch, relationeel, organisatorisch en financieel. Op dit moment is een pilot gaande op drie afdelingen om klachten die op de werkvloer zijn ingebracht ook te registreren met behulp van dit programma. Hoe in de toekomst om zal worden gegaan met de registratie van klachten op de werkvloer staat nog niet vast.

*6F Klachteninstanties en bij het kwaliteitsbeleid betrokkenen stemmen met elkaar af om een optimale combinatie van informatie uit diverse bronnen te bevorderen.*

De klachtencommissie en het PSB maken gebruik van RegiPro. Uiteindelijk is het ook de bedoeling dat de MIP-commissie tevens gebruik zal gaan maken van dit programma.

*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.*

De klachtencommissie rapporteert jaarlijks over klachten in een jaarverslag. Het meest recente jaarverslag is het jaarverslag van 2003. Dit zal in januari 2005 inhoudelijk worden besproken met de Raad van Bestuur.

Het PSB maakt per kwartaal een verslag wat onder de aandacht wordt gebracht bij de kwaliteitsfunctionarissen, de clustermanager en de medisch managers. Tevens ontvangt de cliëntenraad een rapportage waarin trends worden aangegeven. De stuurgroep Patiëntveiligheid en de Raad van Bestuur ontvangen een kopie van de rapportages die naar de clustermanagers en medisch managers zijn gestuurd. Zij ontvangen eveneens een overkoepelende rapportage en analyse daarvan. De clustermanagers krijgen een standaardpakket toegestuurd, maar iedere clustermanager kan aangeven in hoeverre hij een afwijkende rapportage wil ontvangen. Sommige clustermanagers willen daarnaast iedere maand een rapportage voor hun kwaliteitsfunctionaris.

*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.*

De klachtenfunctionaris vertelde dat met de komst van een Raad van Bestuur, in plaats van een directie, een aantal zaken veranderd zijn. Vroeger stond hij rechtstreeks onder de directeur. Met de komst van de Raad van Bestuur is dit veranderd: de lijnen zijn langer geworden. Vroeger had hij vaker een gesprek met de directeur waarin hij opmerkelijke zaken vertelde. Hij heeft echter wel de mogelijkheid om de Raad van Bestuur te adviseren. Afspraken over zijn adviesbevoegdheid zijn niet geprotocolleerd.

Een respondent van de klachtencommissie is van mening dat “de inbedding van de klachtencommissie in het geheel van het ziekenhuis nogal vaag is (...) Hier zou meer duidelijkheid in moeten komen. De commissie moet naar de instelling toe duidelijker zijn. Nu is het vooral een individueel gebeuren en wordt het als het ware weggestopt. De conclusies van een klacht zouden moeten leiden tot kwaliteitsverbetering”.

*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.*

De klachtencommissie heeft één keer per jaar een formeel overleg met de zorgaanbieder. Het PSB heeft geen periodiek overleg met de zorgaanbieder over de kwaliteit van de klachtenregeling, de kwaliteitssignalen op basis van klachten, de gewenste acties, de ondernomen acties en het effect van deze. Het PSB heeft echter wel contact met de kwaliteitscoördinator.

Spiegelinformatie (zodat ontwikkelingen of trends zichtbaar worden) door middel van vergelijking met andere zorgaanbieders bestaat nog niet. Dit wil het PSB wel graag, maar bestaat nog niet. In ieder ziekenhuis wordt de klachtenopvang anders geregeld. Een vergelijking is dus moeilijk te maken. Er wordt wel gezorgd voor periodenvergelijkingen om toch enige vorm van spiegelinformatie te verkrijgen.

*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).*

In het personeelsblad Mozaïek wordt niet over specifieke klachten gepubliceerd. Een enkele keer geeft de klachtenfunctionaris een klinische les op een afdeling. Daarnaast houden de

copa's tijdens een werkoverleg wel eens een presentatie over hoe klachten kunnen worden verminderd. Bijvoorbeeld door goede bejegening en kleine dingen als de naam van de patiënt noemen, ervaart de patiënt het contact met de medewerkers al als meer positief.

*6K Leidinggevenden rapporteren jaarlijks aan de zorgaanbieder of en hoe zij op basis van klachten tot kwaliteitsverbetering zijn gekomen.*

Clustermanagers en medisch managers ontvangen van het PSB het aantal klachten per afdeling. De clustermanager spreekt met de afdelingsmanager af hoe over de verbeteringen zal worden gerapporteerd. Een geïnterviewde afdelingsmanager vertelde dat de hoeveelheid klachten en de verbeterpunten mee worden genomen in het jaarverslag.

*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).*

Volgens de kwaliteitsfunctionaris wordt op dit moment geprobeerd om indicatoren op te stellen per verbeterproject. Dit wordt echter nog niet toegepast.

Aan de klagers wordt altijd teruggekoppeld wat het effect van de klacht is. Echter, als de verbetering structureel van aard is en niet op korte termijn kan worden gerealiseerd, gebeurt dit niet. Dan wordt alleen de lijn aangegeven waarlangs het Atrium Medisch Centrum probeert een effect te bereiken (zie ook pagina 34, aanbeveling 5R).

*6M De zorgaanbieder brengt voor 1 juni 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.*

Het kwaliteitsjaarverslag van 2003 is niet verschenen, omdat in het "reguliere" jaarverslag van 2003 alle relevante gegevens omtrent kwaliteit vermeld stonden. Er waren geen overige punten die zinvol waren om te rapporteren in een apart kwaliteitsjaarverslag. Bij de Inspectie is het verzoek ingediend of deze hiermee akkoord gaat.

*6N De zorgaanbieder 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.*

Het PSB evalueert de klachtenregeling regelmatig. Via patiënttevredenheidsmeting wordt bij klagers nagegaan hoe zij de klachtenafhandeling ervaart hebben. Samen met de clustermanagers, Raad van Bestuur en de coördinator van het stafbureau Zorg en Zorgontwikkeling is overleg waarin tevens geëvalueerd wordt.

De klachtenregeling van de klachtencommissie wordt “van tijd tot tijd geëvalueerd”, aldus een respondent. Echter, “het is niet iets wat specifiek op de agenda wordt geplaatst”, volgens een andere respondent. “De commissie is tamelijk sterk zelfevaluerend, vergeleken met andere commissies stelt zij altijd kritische vragen naar zichzelf”. “Als er een concrete aanleiding is, of als er een reden is om iets te wijzigen, wordt dit met de hele commissie besproken”. Een andere respondent vertelde dat in het verleden echter wel enquêtes zijn gehouden onder zorgverleners om de klachtenregeling te evalueren. Bovendien wordt met de Medische staf en de Verpleegkundige Advies Raad gesproken over de klachtenregeling van de klachtencommissie.

## **4 Conclusie en aanbevelingen**

In dit hoofdstuk wordt allereerst de conclusie uit het onderzoek gegeven. Vervolgens worden aanbevelingen die hieruit voortvloeien gegeven.

### **4.1 Conclusie**

De probleemstelling van dit onderzoek luidt: *Wat levert vergelijking van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg met de praktijk van het Atrium Medisch Centrum op?* Geconcludeerd kan worden dat het Atrium Medisch Centrum op veel punten aan de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg voldoet, maar een aantal punten zijn voor verbetering vatbaar. Deze punten betreffen vooral de communicatie op verschillende niveaus en tussen verschillende instanties en daarmee samenhangend de informatievoorziening naar zorgverleners en cliënten. Daarnaast moeten het PSB en de klachtencommissie nog een kritisch kijken naar een aantal punten. De punten die voor verbetering vatbaar zijn, worden in de volgende paragraaf besproken.

Een kanttekening kan echter wel worden gemaakt. Het onderzoek is geen ziekenhuisbreed onderzoek geweest gezien het feit dat niet op alle afdelingen en maatschappen is onderzocht hoe met klachten wordt omgegaan. Om deze reden komen de validiteit en betrouwbaarheid in het geding.

### **4.2 Aanbevelingen**

Betere informatievoorziening voor zorgverleners kan al gerealiseerd worden door een aantal folders. De Klachtenrichtlijn adviseert om een informatieblad te ontwikkelen waarin onder andere de volgende onderwerpen aan bod dienen te komen: het principe van hoor en wederhoor, de wijze waarop de klachtencommissie met ingebrachte informatie omgaat en de spelregels daarbij. Dit informatieblad moet gestuurd worden aan zowel de klager als de aangeklaagde.

Daarnaast is het aan te bevelen dat zorgverleners ook de beschikking krijgen over een klachtenbrochure die voor hen bestemd is. Deze is op dit moment in ontwikkeling. In deze brochure moet onder andere vermeld worden dat de zorgverlener geen aantekeningen over het indienen van een klacht mogen maken in het cliëntendossier. Zij moeten dit in een aparte map doen en zorgdragen voor een goede bewaring van deze map. Tevens moet in de brochure worden vermeld dat zorgverleners geen kosten in rekening mogen brengen bij de klager voor een procedure.

Bovendien zou in het personeelsblad, *Mozaïek*, meer aandacht besteedt moeten worden aan klachten die voor anderen ook leerzaam zijn, zodat herhaling voorkomen kan worden. Hierbij valt te denken aan een terugkerende rubriek waarin een klacht besproken wordt.

Wat betreft de verdere communicatie zal het contact tussen het PSB, de klachtencommissie en zorgverleners versterkt moeten worden. Bovendien moeten inhoud, doelen en functies van deze klachteninstanties bekender worden onder zorgverleners. Hiervoor zal een actieve inzet moeten komen van alle betrokken partijen. Hieronder volgen een aantal punten waar de partijen nog eens kritisch naar moeten kijken.

Overwogen moet worden om meer bekendheid te geven aan het PSB naar zorgverleners. Uit eerder onderzoek en uit dit onderzoek blijkt dat niet alle medisch specialisten op de hoogte zijn van het feit dat het PSB beschikt over een klachtenfunctionaris en van diens functie (Rutenfrans, 2004). De geïnterviewde medisch specialist in dit onderzoek dacht dat de klachtenfunctionaris deel uitmaakt van de klachtencommissie. Weinig zorgverleners raadplegen de klachtenfunctionaris uit zichzelf wanneer zij met een ontevreden cliënt te maken krijgen. Slechts een enkeling doet dit en daarbij gaat het dan vaak om een zorgverlener die zelf goed met klachten om gaat. De klachtenfunctionaris komt zelf niet regelmatig op iedere afdeling en heeft geen regelmatig contact met iedere maatschap/vakgroep. Vroeger gebeurde dit wel, maar gezien de werkdruk is dit niet meer mogelijk.

Bovendien zou ook nog eens kritisch nagedacht moeten worden over de naam Patiëntenservicebureau. De naam impliceert dat het een bureau is die patiënten diensten verleent. Wellicht zouden zorgverleners hierdoor niet zo snel zelf contact opnemen wanneer ze met vragen zitten. Of dit werkelijk het geval is, zal verder onderzocht moeten worden. Bovendien dekt de naam niet geheel de lading, omdat dit niet direct klachten impliceert. De naam klachtencommissie doet dit wel. De klachtencommissie krijgt soms klachten van mensen die de mogelijkheid van het PSB niet kennen.

De discussie die gevoerd kan worden bij het punt betreffende een betere communicatie en contact tussen de klachtenfunctionaris van het PSB en de zorgverleners, is die van de onpartijdigheid van de klachtenfunctionaris. Men kan zich afvragen aan welke kant de klachtenfunctionaris behoort te staan. Is het bevorderlijk dat zorgverleners zelf actief de klachtenfunctionaris raadplegen bij problemen met bijvoorbeeld ontevreden cliënten? Of doet dit de onpartijdigheid van de functie van de klachtenfunctionaris teniet? De klachtenfunctionaris is zelf van mening dat zorgverleners hem ook moeten kunnen raadplegen bij eventuele problemen. De klachtenfunctionaris beschikt over voldoende professionaliteit

om te waarborgen dat cliënten hem als onpartijdig beschouwen. Veel problemen kunnen vroegtijdig voorkomen worden als de zorgverlener ze signaleert en in een vroeg stadium actie onderneemt. Wanneer een cliënt een klacht indient bij het PSB of de klachtencommissie, is vaak al veel gebeurd wat in een eerder stadium opgelost had kunnen worden.

Wat betreft de communicatie tussen klachtencommissie en het PSB, zijn tevens punten aan te dragen die voor verbetering vatbaar zijn. Uit zowel de interviews met een aantal respondenten als uit eerder onderzoek van Rutenfrans (2004) blijkt dat het voortraject bij de klachtencommissie niet goed is. Er wordt vaak niet gekeken of bemiddeling de onvrede van de klager weg kan nemen. De ambtelijk secretaris van de klachtencommissie neemt in sommige gevallen telefonisch contact op met de klager na ontvangst van diens klachtbrief, waarbij de mogelijkheid om de klacht op de plaats van ontstaan te bespreken en de mogelijkheid van het PSB wel worden genoemd. Het is echter niet duidelijk in welke gevallen contact wordt opgenomen met de klager en hoe uitgebreid de mogelijkheden worden uitgelegd. Men kan zich afvragen of in alle gevallen telefonisch contact moet plaatsvinden en of het niet aan te raden is om dit te protocolleren (dit punt is niet meer relevant als alle klachten opgevangen worden door een klachtenopvangfunctionaris, waar later op terug wordt gekomen).

Ook tijdens de klachtenbehandeling door de klachtencommissie moet de mogelijkheid om door te verwijzen naar het PSB vaker gebruikt worden. Wanneer tijdens de klachtenbehandeling ruimte lijkt voor bemiddeling, wordt hier niet op in gegaan. Het is aan te bevelen dat de klachtencommissie in zo'n situatie terug verwijst naar de klachtenfunctionaris bij het PSB.

Daarnaast wordt de klachtenfunctionaris nooit ingezet wanneer meer duidelijkheid moet komen over de klachtonderdelen, de verwachtingen van de klager en diens motief bij de indiening van de klacht. Wellicht kan de ervaringen van de klachtenfunctionaris helpen dit te bevorderen.

Het contact tussen de klachtencommissie vindt eigenlijk alleen maar plaats via de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie en de klachtenfunctionaris. Dit vaak naar aanleiding van een concrete klacht in het geval dat de klager besluit om toch de klacht bij de klachtencommissie in te dienen nadat deze in eerste instantie contact heeft gehad met de klachtenfunctionaris.

Op dit moment is een reorganisatie gaande betreffende de invulling van een eerste opvang van klachten. Het is de bedoeling dat de klachten van de klachtencommissie in de toekomst in eerste instantie terecht komen bij de klachtenopvangfunctionaris. Dit is in overeenstemming met de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg die aanbeveelt dat een persoon of instantie de taak van (eerste) opvang op zich neemt. Daartoe moeten wel goede afspraken gemaakt worden over het voorkomen van een verplichte route. De klager mag namelijk niet gedwongen worden om eerst contact op te nemen met de klachtenopvangfunctionaris.

Ten aanzien van de klachtencommissie kunnen meer punten ter overweging genoemd worden. Allereerst moet de klachtencommissie nog eens goed kijken naar gronden voor niet-ontvankelijkheid. Een grond voor niet-ontvankelijkheid doet wel zeer sterk aan verjaring denken, wat niet mag volgens de WKCZ.

Daarnaast verklaart de commissie een klacht niet-ontvankelijk indien de klager geen inzage in en/of afschrift van het dossier met betrekking tot zijn behandeling verstrekt. De klachtencommissie vraagt altijd een machtiging om het cliëntendossier in te zien. De leden van de klachtencommissie moeten zich afvragen of dit altijd noodzakelijk is. Is deze informatie altijd relevant voor de afhandeling van een klacht? Geven de klachtbrief en het verweer alsmede de hoorzitting in een aantal gevallen niet genoeg informatie om een uitspraak te kunnen doen? Zeker wanneer het niet direct een medisch inhoudelijke zaak betreft.

Een ander punt is dat wanneer de klachtencommissie aanbevelingen doet, alleen de Raad van Bestuur op de hoogte wordt gesteld. Voor de bevordering van de transparantie van het omgaan met klachten en fouten, is het aan te bevelen dat klagers en aangeklaagden ook op de hoogte worden gesteld van de aanbevelingen die de klachtencommissie doet.

De procedure van de klachtenbehandeling duurt bovendien vrij lang. De klachtencommissie had in 2003 gemiddeld vier maanden nodig om een uitspraak te doen. In haar reglement is vermeld dat zij er maximaal zes maanden over mag doen. Dit is voor klagers een lange periode. In de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg wordt de aanbeveling van twee maanden gedaan.

Het volgende punt hangt samen met de bovengenoemde punten betreffende de werkwijze van de klachtencommissie. De klachtenprocedure van de klachtencommissie is erg formeel. Binnen het Atrium Medisch Centrum bestaat nogal wat kritiek op de formele werkwijze. Zorgverleners spreken over “rechtbankje spelen”. De sfeer rondom de klachtencommissie is zeer negatief. De klachtencommissie wordt niet gezien als een orgaan dat tevens wat doet aan

kwaliteitsverbetering. Aan de positieve insteek wordt daarmee voorbijgegaan. Zorgverleners komen niet in contact met de klachtencommissie zonder dat sprake is van een concrete klacht. Om dit te veranderen zal veel moeten gebeuren. Dit wordt geïllustreerd door deze uitspraak van een afdelingsmanager: “Als er een receptie van de klachtencommissie zal zijn, zou ik er nooit naar toe gaan”. De klachtencommissie zal actief moeten werken aan een positievere beeldvorming van haarzelf. Een respondent vertelde hierover: “Een klacht, daar moet je wat van leren”. Aan die bereidheid tot leren moet beter vorm worden gegeven.

Bovendien moet onder zorgverleners een ander klimaat rondom klachten en fouten geschapen worden. Uit eerder onderzoek blijkt dat moeilijk wordt gesproken over fouten (Rutenfrans, 2004). Hierbij ligt een initiatief voor de afdelingsmanagers en medisch managers. Afdelingsmanagers zouden het onderwerp ‘onvrede en klachten’ bijvoorbeeld mee moeten nemen in jaargesprekken. Bovendien zal iedere afdeling en maatschap/vakgroep actief ruimte moeten inruimen voor het bespreken van onvrede, klachten en fouten.

Om zorgverleners beter toe te rusten op omgaan met fouten, klachten en in het meer algemeen communicatie, is het aan te bevelen om een communicatietraining in te stellen. Uit eerder onderzoek bleek immers dat onder jongere medisch specialisten behoefte hieraan bestaat. Tevens ontbreekt het op een aantal afdelingen en maatschappen aan een vertrouwenspersoon, bijvoorbeeld in de vorm van een “oude en wijze vakgenoot”. Uit eerder onderzoek blijkt dat onder met name de oudere medisch specialisten hier behoefte aan bestaat. Een commissie neemt dan wel die deze taak op zich, maar betwijfeld kan worden of de weg naar zo’n commissie snel genomen wordt door een zorgverlener. Deze functie zal beter vervuld kunnen worden door een persoon, waar zaken in vertrouwen kunnen worden besproken. Of onder andere zorgverleners dan medisch specialisten ook behoefte is aan training of een vertrouwenspersoon, zal nader onderzocht moeten worden.

Een ander punt is dat de bekendheid van het IKG onder zorgverleners en de leden van de klachtencommissie zeer gering is of er zelfs niet is. Deze zou bevorderd moeten worden.

Tot slot zouden de klachteninstanties regelmatig moeten zorgen voor een brede evaluatie van hun klachtenregeling. Hierbij zouden naast klagers ook aangeklaagden moeten worden betrokken. De klachtencommissie heeft in het verleden wel zorgverleners betrokken door middel van een enquête, maar gezien de onbekendheid van een aantal respondenten met dit feit, en het schijnbaar jaren geleden is, hebben de uitkomsten van deze evaluatie geen invloed gehad op het formele functioneren van de klachtencommissie. Uit dit onderzoek en eerder

onderzoek is immers gebleken dat zorgverleners die ervaring hebben met de klachteninstanties nogal wat kritiekpunten aandragen. Dit zal mee moeten worden genomen in een evaluatie. De zorgverleners moeten ook recht van spreken hebben bij dit soort zaken. In de bijlage is een samenvatting van de aanbevelingen gegeven.

## Bronvermelding

- Bureau Public Relations, & Patiëntenservicebureau (2002). *Het Patiëntenservicebureau (PSB)*. Heerlen: Atrium Medisch Centrum.
- Bureau Public Relations, & Patiëntenservicebureau (2002). *Een klacht. Wat doet u daarmee?* Heerlen: Atrium Medisch Centrum.
- Dingelstad, J.J., & Van der Hoeff, N.W.S. (2004). *Proefproject oorzakenanalyse van claims en klachten (derde concept)*. Heerlen: Atrium Medisch Centrum.
- Friele, R.D., Ruiter, C. de, Wijmen, F. van, & Legemaate, J. (1999). *De evaluatie van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. ZON.
- Grol, R., & Wensing, M. (2001). Effectieve implementatie: een model. In R. Grol, & M. Wensing (Eds.), *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg* (pp. 67-88). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hoevenaars, E. (2004). *Voorstel herstructurering klachtketen*. Heerlen: Atrium Medisch Centrum.
- Jaarverslag GOZL 2003*. Heerlen: Stichting GOZL.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2004). *Gezondheidszorg stelt richtlijn voor klachten op*. Opgehaald 6 december, 2004, van [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Universiteit Maastricht sectie Gezondheidsrecht, & Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg. (2004) *Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg*. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden.
- Kwaliteitsjaarverslag GOZL 2002*. Heerlen: Stichting GOZL.
- Oort, P. van (2002). *Reglement Klachtencommissie Patiënten*. Heerlen: Stichting GOZL.
- Oort, P. van (2002). *Klachtenprocedure PSB*. Heerlen: Atrium Medisch Centrum.
- Oort, P. van (2004). *Procedure Afhandeling Raad van Bestuur*. Heerlen: Atrium Medisch Centrum.
- Oort, P. van (2004). *Klachtenafhandeling*. Heerlen: Atrium Medisch Centrum.
- Oort, P. van (2004). *Afhandeling Klachten Raad van Bestuur*. Heerlen: Stichting GOZL.
- Klachtencommissie Patiëntenzorg (2003). *Jaarverslag 2003*. Heerlen: Atrium Medisch Centrum.
- Organisatie Atrium Medisch Centrum*. Opgehaald op 20 december, 2004, van [www.atriummc.nl](http://www.atriummc.nl)
- Rutenfrans, M.T.J. (2004). *Arts en communicatie met de patiënt na fouten*. Maastricht: Universiteit Maastricht.

## **Bijlage: Aanbevelingen**

### Aanbevelingen voor verbetering procedures:

- Ontwikkelen van een informatieblad klachtencommissie, waarin uitgelegd wordt: principe hoor en wederhoor, wijze waarop klachtencommissie met informatie omgaat, spelregels;
- In de klachtenbrochure voor zorgverleners, die in ontwikkeling is, aan te geven dat er geen aantekeningen over de klacht in het cliëntendossier mogen worden gemaakt en dat zorgverleners geen kosten in rekening mogen brengen bij de klager;
- In het personeelsblad Mozaïek meer aandacht besteden aan klachten die voor anderen ook leerzaam zijn;
- Bevorderen van meer bekendheid onder zorgverleners van de klachtenfunctionaris bij het PSB;
- Kritisch kijken naar de naam van het PSB;
- Protocolleren wanneer de ambtelijk secretaris contact opneemt met de klager (voordat de klachtencommissie de klacht in behandeling neemt) om de andere mogelijkheden van het indienen van een klacht uit te leggen;
- Doorverwijzen naar het PSB door de klachtencommissie, wanneer ruimte lijkt voor bemiddeling tijdens de klachtenbehandeling door de klachtencommissie;
- Inzetten van de klachtenfunctionaris door de klachtencommissie wanneer verheldering nodig is over klachtonderdelen, verwachtingen van de klager en diens motief bij de indiening van de klacht;
- Goede afspraken maken over het voorkomen van het verplicht passeren van de klachtenopvangfunctionaris;
- Kritisch kijken naar de gronden voor niet-ontvankelijkheid in reglement klachtencommissie;
- Kritisch afvragen of altijd inzage in het cliëntendossier nodig is door de klachtencommissie;
- Om de transparantie van het omgaan met klachten en fouten te bevorderen, moet de klager en aangeklaagde ook op de hoogte worden gesteld van aanbevelingen die de klachtencommissie aan de Raad van Bestuur doet;
- Kritisch kijken naar de duur van de procedure van klachtenbehandeling door de klachtencommissie;
- Kritisch kijken naar de sfeer rondom de klachtencommissie: positievere beeldvorming;

- Scheppen van een ander klimaat rondom klachten en fouten onder zorgverleners. Onderwerp ‘onvrede en klachten’ meenemen in jaargesprekken. Daarnaast is aan te bevelen dat iedere maatschap/vakgroep ruimte maakt voor het bespreken van onvrede, klachten en fouten;
- Bevorderen van bekendheid IKG;
- Zorgen voor bredere evaluatie van de procedures van het PSB en van de klachtencommissie: het betrekken van zorgverleners hierbij.

Aanbevelingen voor verder onderzoek:

- Onderzoeken van de mogelijkheden en behoefte voor een communicatietraining;
- Onderzoeken van de mogelijkheden en behoefte voor het instellen van een vertrouwenspersoon.