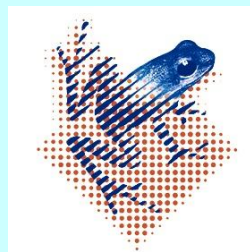


Klacht in behandeling

Een onderzoek naar de wijze waarop klachten- en geschillenprocedures in het Universitair Medische Centrum Groningen kunnen worden ingericht, met oog op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en rekening houdend met de gerechtvaardigde belangen van het UMCG en van de klagers



Boudien Sieperda

UMC-staf | Juridische Zaken
Hanzehogeschool Groningen
HBO-Rechten



Groningen, juli 2014

Studentenbureau UMCG

Universitair Medisch Centrum Groningen

Klacht in behandeling

Een onderzoek naar de wijze waarop de klachten- en geschillenprocedures in het Universitair Medisch Centrum Groningen kunnen worden ingericht, met oog op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en rekening houdend met de gerechtvaardigde belangen van het UMCG en van de klagers.

Groningen, juli 2014

Auteur
Studentnummer

Boudien Sieperda
353383

Afstudeerscriptie in het kader van

Gezondheidsrecht, klachtrecht
HBO-Rechten
Hanzehogeschool Groningen

Opdrachtgever

Mr. Robert Jager
UMC-staf|Juridische Zaken

Begeleider onderwijsinstelling

Mr. Graciëla Stellema-Emerencia
HBO-Rechten
Hanzehogeschool Groningen

Begeleider UMCG

Mr. J.W.P. de Vroedt
UMC-staf|Juridische Zaken

© 2013 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorrecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Trefw Gezondheidsrecht, klachtrecht, klachtenregeling

VOORWOORD

Voor u ligt het afstudeeronderzoek die de afsluiting vormt van de opleiding HBO-Rechten. Tijdens deze opleiding heb ik veel kennis mogen opdoen over allerlei rechtsgebieden en door het volgen van het Honoursprogramma van het Instituut van Rechtenstudies aan de Hanzehogeschool, had ik alvast kennis opgedaan over het opzetten van een onderzoek. Behalve kennis heb ik me tijdens de opleiding persoonlijk kunnen ontwikkelen, in het bijzonder met behulp van het honoursprogramma en het volgen van de minor 4 Dimensionaal Leiderschap. In het afstudeeronderzoek is dit allemaal bij elkaar gekomen: ik heb kennis opgedaan over een voor mij nieuw en zeer boeiend rechtsgebied, namelijk het gezondheidsrecht en het klachtrecht, ik heb nieuwe ervaring opgedaan met het doen van onderzoek en heb mezelf weer een stukje persoonlijk ontwikkeld.

Graag wil ik de personen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van mijn afstudeeronderzoek bedanken. Allereerst mijn opdrachtgever bij het UMCG Robert Jager, zonder wie ik dit onderzoek niet had kunnen uitvoeren en die mij de kans heeft gegeven om voor de Juridische Afdeling van het UMCG onderzoek te doen. Daarbij wil ik graag mijn praktijkbegeleider bij het UMCG John de Vroedt bedanken, die de feitelijke begeleiding op zich heeft genomen en mij van advies en goede tips heeft voorzien tijdens het onderzoeksproces. Daarnaast wil ik iedereen bedanken die heeft meegewerkt aan de interviews en daar tijd voor heeft uitgetrokken. Dit waren voor mij hele prettige gesprekken en zonder deze mensen had ik geen praktijkonderzoek kunnen verrichten.

Verder wil ik nog mijn afstudeerdocent Graciëla Stellema-Emerencia bedanken voor haar steun en advies gedurende het proces, ik heb daar veel aan gehad. De laatste persoon die ik wil bedanken is mijn partner Jeroen Nijdam, die mij tijdens de vier jaar dat mijn opleiding duurde en tijdens het afstuderen heeft gesteund en onze kinderen heeft opvangen als dat nodig was.

Dan wens ik u tenslotte veel leesplezier!

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	1
1 INLEIDING.....	5
1.1 ONDERZOEKSKADER EN INTERVENTIECYCLUS	5
1.2 DOELSTELLING	14
1.3 CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG.....	14
1.4 DEELVRAGEN	15
1.5 ONDERZOEKSMODEL.....	16
1.6 LEESWIJZER.....	17
2 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING.....	19
2.1 ONDERZOEKSMETHODEN	19
2.2 KWALITATIEF ONDERZOEK	19
2.3 VALIDITEIT.....	20
3 GEZONDHEIDSRECHT	21
3.1 INLEIDING GEZONDHEIDSRECHT	21
3.2 BEGINSLEN EN GRONDRECHTEN	21
3.3 PATIËNTENRECHTEN.....	23
4 KLACHTRECHT	25
4.1 KWALITEITSREGULERING.....	25
4.2 KLACHTRECHT.....	25
4.3 DE Wkcz	26
5 KLACHTOPVANG BINNEN ZORGINSTELLINGEN	29
5.1 INLEIDING.....	29
5.2 HET BELANG VAN EEN KLACHTVRIENDELIJK KLIMAAT	29
5.3 DOELEN VAN DE KLAGER.....	30
5.4 KLACHTEN VOORKOMEN OP HET NIVEAU VAN DE HULPVERLENER	31
5.5 DE KLACHTONDERSTEUNER.....	32
5.6 ROL VAN HET MANAGEMENT	35
6 COMPLIANCE EN IMPLEMENTATIE	37
6.1 INLEIDING.....	37
6.2 DE COMPLIANCECYCLUS	38
7 SAMENVATTING LITERATUURONDERZOEK	43

7.1	SAMENVATTING	43
7.2	CONCLUSIE EN ONDERZOEKSPUNTEN	45
8	HUIDIGE KLACHTEN- EN GESCHILLENREGELINGEN UMCG.....	47
8.1	INTERNE MOGELIJKHEDEN.....	47
8.2	EXTERNE MOGELIJKHEDEN.....	49
9	DE WKKGZ IN DE PRAKTIJK	53
9.1	VERSCHILLEN WKZ EN WKKGZ.....	53
9.2	VRIJE RUIMTE	55
10	RESULTATEN UIT DE PRAKTIJK.....	57
10.1	BELANGEN UMCG.....	57
10.2	BELANGEN KLAGERS.....	57
10.3	PUNTEN VAN ZORG OMTRENT KLACHTEN EN WKKGZ.....	58
10.4	DE ZES WEKEN TERMIJN VAN DE WKKGZ.....	59
10.5	ROL KLACHTENFUNCTIONARIS MET BETREKKING TOT DE WKKGZ	60
10.6	ROL KLACHTENCOMMISSIE MET BETREKKING TOT DE WKKGZ	61
10.7	DE NIEUWE INFRASTRUCTUUR VAN DE KLACHTENPROCEDURE	61
10.8	KOPPELING KLACHTEN NAAR KWALITEIT.....	64
11	SAMENVATTING PRAKTIJKONDERZOEK	65
11.1	SAMENVATTING.....	65
11.2	CONCLUSIE.....	67
12	CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN.....	69
12.1	CONCLUSIE.....	69
12.2	AANBEVELINGEN.....	70
	LITERATUURLIJST	73
	BIJLAGEN.....	75
	BIJLAGE 1 SCHEMA VERSCHILLEN WKZ EN WKKGZ	75
	BIJLAGE 2 NORMENKADER	77
	BIJLAGE 3 RISICOMATRIX.....	78
	BIJLAGE 4 INTERVIEWVRAGEN.....	79

SAMENVATTING

De aanleiding van dit onderzoek is de komst van de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Deze wet was een onderdeel van het in juni 2010 ingediende wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz), waarmee de wetgever de individuele en collectieve rechtspositie van de cliënt wilde versterken en verduidelijken, waarbij de cliënt in deze wet centraal staat. De Wcz is opgesplitst in meerdere delen waarvan de Wkkgz het eerste deel is, dit deel is gericht op het beter waarborgen van de kwaliteit van de gezondheidszorg. De Wkkgz ligt op dit moment in de Eerste Kamer ter behandeling. Het is de bedoeling dat de nieuwe Wkkgz gaat de Wkcz en de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) gaat vervangen.

Dit onderzoek is gericht op de gevolgen van de Wkkgz voor de klachten- en geschillenprocedures binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Het wetsvoorstel Wkkgz brengt een aantal wijzigingen met zich mee ten opzichte van de huidige wettelijke regelingen. Zo komt er een maximale doorlooptijd van zes weken, te verlengen tot tien weken, wordt de zorgaanbieder verplicht een klachtenfunctionaris aan te wijzen die de cliënt gaat adviseren en ondersteunen, vervalt de verplichting om een klachtencommissie te hebben of bij te zijn aangesloten en moet de zorgaanbieder zich aansluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Daarbij moet de klacht zorgvuldig worden onderzocht en moet de klachtenregeling van de zorgaanbieder in ieder geval effectief en laagdrempelig zijn en rekening houden met de aard van de zorg en de categorie cliënten waaraan de zorg wordt verleend.

Het doel van het onderzoek is:

Het doen van aanbevelingen aan het hoofd van de UMC-staf/Juridische Zaken van het UMCG voor het (opnieuw) inrichten van de klachten- en geschillenprocedures binnen het UMCG, die recht doet aan de Wkkgz, de gerechtvaardigde belangen van het UMCG en de gerechtvaardigde belangen van klagers door

het in kaart brengen van de verschillen tussen de contextuele eisen zoals deze is geformuleerd in het nieuwe wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de gerechtvaardigde belangen van het UMCG en de gerechtvaardigde belangen van klagers (de gebruikerseisen) en door inzicht te geven in de vrije ruimte voor eigen invulling binnen deze wettelijke kaders.

De centrale onderzoeksvraag is:

Op welke wijze kunnen de klachten- en geschillenprocedures in het UMCG worden ingericht, opdat recht wordt gedaan aan de bepalingen van de Wkkgz ter zake, en aan de gerechtvaardigde belangen van het UMCG en aan de gerechtvaardigde belangen van klagers?

De deelvragen zijn:

- Wat is vastgelegd in de huidige wetgeving omtrent klachten en geschillen binnen de zorg?
- Wat is vastgelegd in de nieuwe wetgeving (Wkkgz) omtrent klachten en geschillen binnen de zorg?
- Wat zijn volgens de juridische literatuur de gevolgen van de Wkkgz voor de zorgaanbieders zoals ziekenhuizen?
- Wat is volgens de literatuur belangrijk in een klachtenprocedure binnen de zorg?
- Wat is volgens de (juridische) literatuur een goede manier om nieuwe wetgeving binnen een organisatie te implementeren?
- Wat is de infrastructuur voor het opvangen van klachten op dit moment binnen het UMCG?
- Wat zijn de verschillen tussen de huidige (Wkcz) en de nieuwe wetgeving (Wkkgz) omtrent klachten en geschillen in de zorg?
- Welke vrije ruimte is er voor eigen invulling van de klachten- en geschillenprocedures binnen de Wkkgz voor het UMCG?
- Wat zijn de gerechtvaardigde belangen van het UMCG?

- Wat zijn de gerechtvaardigde belangen van de klagers?
- Hoe zouden de nieuwe klachten- en geschillenprocedures binnen het UMCG moeten functioneren?
- Welke conclusies kunnen worden getrokken na de vergelijking van de theorie en de praktijk?
- Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan na de vergelijking van de theorie en de praktijk?

De conclusie van het onderzoek is dat de nieuwe wet ondanks de beperkingen die de zorgaanbieder opgelegd krijgt, ook kansen geeft om te veranderen en mogelijkheden om de klachten- en geschillenprocedures binnen het UMCG te verbeteren. De gerechtvaardigde belangen van het UMCG en van de klagers zijn tijdens het praktijkonderzoek geïnventariseerd en zijn de volgende:

- De medewerkers van het UMCG hebben een belang dat zij gehoord worden en hun kant van het verhaal kunnen vertellen, dat er snel duidelijkheid is over het verloop van de klacht, dat het vertrouwen met de klagende patiënt wordt hersteld en dat ze niet teveel tijd kwijt zijn met de klachtenbehandeling. Het UMCG heeft als organisatie belang bij tevreden patiënten én klagers, een goede kwaliteit van zorg en om te kunnen leren van fouten, dat de klachten binnen het ziekenhuis worden opgelost, het hebben van een goed imago als organisatie en een financieel belang.
- Het belang van de klager is vooral gehoord worden. Daarnaast hebben klagers belang bij een zo laagdrempelige mogelijke klachtenprocedure, daarbij de waarborg dat de medische behandeling niet wordt onderbroken of geschaad, het voorkomen dat wat hun is overkomen bij een ander kan gebeuren, erkenning, herstel van vertrouwen in de betreffende hulpverlener en in de gezondheidszorg, een snelle oplossing voor hun probleem of herstel van wat er misging en een terugkoppeling over wat er met hun klacht in de organisatie gedaan is.

Met de informatie uit het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek is een antwoord te geven op de centrale on-

derzoeksvraag en zijn de volgende (sterk samengevatte) aanbevelingen geformuleerd:

- Het UMCG aansluiten bij een onafhankelijke geschillencommissie.
- De nadruk wordt gelegd op het opvangen en oplossen van klachten op de plek waar het ontstaat, dus op de werkvloer. De werkvloer is het voorportaal van de klachtenprocedure.
- Wat betreft het aanstellen van één of meerdere personen die de klager gratis bijstaat kan het UMCG de medewerkers van de afdeling Klachtopvang & Patiëntinformatie hiervoor aanwijzen, aangezien deze afdeling op dit moment al doet wat in het wetsvoorstel staat aangegeven. Het is dan wel van belang dat duidelijk wordt gecommuniceerd aan iedereen dat zij onafhankelijk hun werk doen. Dit is het eerste portaal. Er is één telefoonnummer en één e-mailadres.
- Voor een effectieve klachtenregeling speelt de klachtenfunctionaris een belangrijke rol. Het is aan te bevelen om deze persoon klachtenbemiddelaar te noemen, omdat dat beter de lading dekt van wat hij doet en dit minder formeel klinkt dan functionaris. Hij is het tweede portaal en klagers komen daar alleen via het eerste portaal. De klachtenbemiddelaar krijgt de bevoegdheid om coulance halve een schadevergoeding toe te kennen tot een bedrag van €500, -.
- Aangezien de klachtencommissie zijn waarde heeft bewezen binnen het UMCG is aan te bevelen, ondanks dat het wettelijk van de Wkkgz niet meer hoeft, deze te behouden. De klachtencommissie krijgt twee kamers, waarvan één met een medisch specialist voor het behandelen van de complex medische inhoudelijke klachten. De andere kamer behandelt klachten, waarbij bemiddeling niet (meer) mogelijk is en als de klager een uitspraak wenst over de gegrondheid van de klacht. Dit is het derde portaal.
- Voor het afhandelen van schadeclaims die niet door de klachtenbemiddelaar kunnen worden afgedaan, is er een kleine werkgroep die per claim bekijkt of deze intern kan worden afgehandeld en als dit kan dat ook doet, of dat de claim naar Centramed moet worden doorgestuurd. Deze werkgroep bestaat uit twee per-

- sonen, iemand van Juridische Zaken en iemand die goed bekend is met het afhandelen van schadeclaims.
- Schriftelijke klachten moeten volgens de Wkkgz binnen zes weken afgehandeld zijn. Om hieraan te voldoen is het voor de procedure bij de klachtenbemiddelaar en bij de klachtencommissie van belang om van de hulpverlener binnen twee weken reageert en dat een eventueel bemiddelingsgesprek en de zitting alvast wordt gepland, bijvoorbeeld een week na eerdergenoemde deadline. Om er voor te zorgen dat de procedures zo snel mogelijk van start kunnen gaan, is het aan te bevelen dat de klager het toestemmingsformulier voor inzage in het medisch dossier al meestuurt met de klachtbrief, op advies van het eerste portaal.
 - Een koppeling naar kwaliteit blijft belangrijk. Zoals het UMCG dat nu doet is dit prima. Daarnaast kan een overleg tussen alle portalen helpen om trends in de klachten eerder te signaleren, het is aan te bevelen om dit elk kwartaal te organiseren en de resultaten van het overleg in de kwartaalrapportage(s) te verwerken.
 - De wijzigingen van de Wkkgz kunnen met behulp van de compliancecyclus in de organisatie worden geïmplementeerd, door de stappen te volgen die staan beschreven in hoofdstuk 6.

Op deze manier kunnen er veel klachten in een zo vroeg mogelijk stadium, afhankelijk van het type klachten en van wat de klager zelf wil, worden opgelost en wordt rekening gehouden met alle belangen. Klachten in een zo vroeg mogelijk stadium oplossen zorgt namelijk voor tevreden cliënten en klagers, minder kosten en een beter imago voor het UMCG.

Mocht het zo zijn dat de Wkkgz niet wordt aangenomen door de Eerste Kamer, dan is kunnen ten behoeve van de belangen van het UMCG en de belangen van de klagers de aanbevelingen tocht worden opgevolgd, met het verschil dat er geen maatregelen genomen hoeven te worden om de afhandelingstermijn van zes weken te kunnen halen en hoeft het UMCG zich niet aan te sluiten bij een externe geschillencommissie.

1 INLEIDING

1.1 ONDERZOEKSKADER EN INTERVENTIECYCLUS

1.1.1 PRAKTISCHE AANLEIDING

De praktische aanleiding voor het onderzoek is de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Deze wet is een onderdeel van het in juni 2010 ingediende wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz). Tot nu toe zijn de rechten van cliënten versnipperd geregeld over verschillende regelingen, voor cliënten zijn daardoor hun rechten niet erg toegankelijk of gemakkelijk te vinden. Met het wetsvoorstel voor de Wcz kiest de wetgever er nadrukkelijk voor om de versnipperde regels betreffende de rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders in één overkoepelende wet bijeen te brengen.¹ Met de Wcz wil de wetgever de individuele en collectieve rechtspositie van de cliënt versterken en verduidelijken, waarbij de cliënt in deze wet centraal staat. Door in één wet behalve de rechten en plichten van de cliënt, ook de verantwoordelijkheden voor kwaliteit en zorg van de zorgaanbieders op te nemen, beoogt de wetgever de rechten en plichten van beide partijen beter op elkaar af te stemmen.² De Wcz regelt de volgende vijf cliëntenrechten: (1) recht op goede zorg, kwaliteit en veiligheid; (2) recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy; (3) recht op keuze-informatie en de vrijheid om te kiezen; (4) recht op een effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling en (5) het recht op medezeggenschap. Voor de zorgaanbieders zijn naast de verplichting deze cliëntenrechten na te leven nog twee plichten opgenomen, namelijk de plicht van goed bestuur en toezicht en de plicht van verslaglegging en maatschappelijke verantwoording.³

Voor dit onderzoek is het recht op een effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling van belang. Op dit moment wordt in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) geregeld dat cliënten met een klacht terecht

kunnen bij een klachtencommissie, die door de zorgaanbieder is ingesteld met daarin een onafhankelijke voorzitter. In de Memorie van Toelichting Wcz is opgenomen dat uit verschillende onderzoeken naar de werking van het klachtrecht in de zorg is gebleken dat veel cliënten hoge drempels ervaren om hun klacht in te dienen, ze vaak niet tevreden zijn met de uitkomst en de onafhankelijkheid niet voldoende gewaarborgd zien. Daarnaast hebben cliënten vaak niet voldoende kennis van de mogelijkheden van en de verschillen tussen de procedures. Met het wetsvoorstel Wcz wordt een klachten- en geschillenprocedure voorgeschreven die laagdrempeliger en transparanter is, meer waarborgen kent voor onafhankelijkheid en niet vrijblijvend is.⁴

Als gevolg van de Derde nota van wijziging Wcz is het wetsvoorstel opgesplitst. Het voorstel heet nu Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en regelt alleen nog de onderdelen kwaliteit, klachten en geschillen. De onderdelen die betrekking hebben op goed bestuur, medezeggenschap, geneeskundige behandelovereenkomst en de toelatingen van zorginstellingen worden op een later tijdstip opgenomen in afzonderlijke wetsvoorstellen. De nieuwe Wkkgz gaat de Wkcz en de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) vervangen. Het wetsvoorstel Wkkgz is begin juli 2013 door de Tweede Kamer aangenomen en ligt op dit moment bij de Eerste Kamer ter behandeling.⁵ Het doel van de wet is dat de kwaliteit van de gezondheidszorg beter wordt gewaarborgd. Klachten en geschillen hebben niet alleen als functie dat er een oplossing komt voor de klager, maar moeten door hun signaalfunctie ook bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg.⁶

Dit onderzoek richt zich op de gevolgen voor de klachten- en geschillenprocedures binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Op het gebied van klachten

¹ *Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3 MvT, p. 18.*

² 'Samenvatting Wet cliëntenrechten zorg', www.rijksoverheid.nl (zoek op *samenvatting wcz*).

³ R. Bouwman, M. Bomhoff & R. Friele, Kennisvraag. Vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) anno 2012, Utrecht: Nivel 2012.

⁴ *Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3 MvT, p. 53.*

⁵ 'Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg', www.eerstekamer.nl (zoek op *32402*).

⁶ KNMG, Position paper aan woordvoerders VWS van de Eerste Kamer, 26 september 2013.

en geschillen zijn de belangrijkste wijzigingen van de nieuwe Wkkgz de volgende:

- Voor de zorgaanbieders wordt de klachtenregeling uit de Wkcz minder vrijblijvend, zorgaanbieders mogen hier nu zelf een termijn voor vaststellen (art. 2 sub c Wkcz). De maximale doorlooptijd van klachten wordt met de Wkkgz zes weken en kan eenmalig met vier weken worden verlengd;
- Is de patiënt het niet eens met het schriftelijke oordeel over de klacht van de zorgaanbieder, dan kan hij het geschil voorleggen aan een onafhankelijke geschilleninstantie. De zorgaanbieder moet zich daar verplicht bij aansluiten.⁷ Deze geschilleninstantie geeft een uitspraak over de klacht in de vorm van een bindend advies en kan een schadevergoeding toekennen van maximaal 25.000 euro. De uitspraak moet binnen zes weken plaatsvinden en worden gepubliceerd;
- De verplichting om een klachtencommissie in huis te hebben, of te zijn aangesloten bij een klachtencommissie vervalt. Zorginstellingen mogen een eigen regeling maken om klachten van cliënten te verwerken. Hier worden nog nader te bepalen eisen aan gesteld;
- De instelling wordt verplicht om een klachtenfunctionaris aan te stellen die cliënten de weg gaat wijzen.⁸

6

1.1.2 FASE INTERVENTIECYCLUS

Praktijkgericht onderzoek heeft als doel een bijdrage te leveren aan een interventie om een bestaande praktijksituatie te veranderen. Bij het oplossen van een handelingsprobleem moet een reeks fasen worden doorlopen die staan opgenomen in de zogenaamde interventiecyclus. Het onderzoek hoort bij één van deze fasen afhankelijk van wat er onderzocht moet worden. De interventiecyclus kent vijf fasen en daarmee vijf typen praktijkgericht onderzoek:

1 Probleemanalytisch onderzoek.

Tijdens deze fase wordt onderzocht wat het probleem is, waarom en van wie. Veel organisatieproblemen worden gezien als een spanning tussen een feitelijke situatie en een gewenste situatie of ontwikkeling. Het doel van deze fase is bewustmaking, agendasetting

en/of consensusvorming over die spanningsverhouding te verkrijgen. De gewenste situatie kan ook een norm of criteria zijn waar de organisatie aan moet voldoen.

2 Diagnostisch onderzoek

Als het handelingsprobleem na de probleemanalyse helder is geworden, kan worden begonnen aan de diagnostische fase. Tijdens deze fase wordt inzicht verkregen in de achtergronden, oorzaken en samenhangen van het gesignaleerde probleem. Inzicht in de achtergronden kan de richting van een mogelijke oplossing aanwijzen.

3 Ontwerpgericht onderzoek

Op basis van de probleemanalyse en de diagnose kan een interventieplan worden gemaakt om het handelingsprobleem op te lossen. Bij een ontwerpgericht onderzoek kan onderscheid worden gemaakt tussen vier soorten vereisten: functionele vereisten, hierbij bepalen de functionele eisen aan bijvoorbeeld een product welke prestaties deze moet kunnen leveren; contextuele vereisten, zoals van buitenaf opgelegde nieuwe wetgeving; gebruikersvereisten, hiermee worden de wensen bedoeld van de uitvoerders en/ of de gebruikers en structurele vereisten, dit zijn de materiële en immateriële kenmerken die bijvoorbeeld het te ontwikkelen strategisch management moet hebben voordat de overige drie kunnen worden vervuld.

4 Verandergericht onderzoek

Nadat het plan is ontworpen moet dit worden geïmplementeerd in de organisatie en wordt er een interventie- of veranderingstraject ingezet. Tijdens deze fase, die ook wel de monitorfase wordt genoemd, kan worden onderzocht welke knelpunten er in de uitvoering zijn, of er koerscorrectie nodig is of dat alles naar wens verloopt door het verzamelen van gegevens over de uitvoering.

5 Evaluatieonderzoek

Tijdens deze fase wordt gecontroleerd of de ingevoerde verandering ook daadwerkelijk het probleem heeft opgelost. Net als bij het probleemanalytisch onderzoek wordt gekeken naar de verschillen tussen feitelijke situatie en de gewenste situatie. De onderzoeker kan nagaan in hoeverre de verwachtingen van de betrokkenen in vervulling zijn gegaan, waar

⁷ H. van der Meer, 'Nieuwe klachtwet schiet tekort', *Medisch Contact*, Nr. 42 - 17 oktober 2013, p. 2178.

⁸ J. Visser, 'Nieuwe klachtwet kent plussen en minnen', *Medisch Contact*, nr. 31/32 - 01 augustus 2013, p. 1594-1595.

eventuele tekortkomingen vandaan komen en hoe verbeteringen in de toekomst mogelijk zijn.⁹

Het onderzoek naar de gevolgen van de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) voor het UMCG hoort in de ontwerpfase, omdat het een vervolg is op een eerder onderzoek naar de gevolgen van de Wcz voor het UMCG.¹⁰ Mevrouw K.A.M. Mulder heeft daarmee een probleemanalytisch onderzoek verricht en de klachtenprocedures van het UMCG in 2011 tegen het licht gehouden betreffende de wijzigingen van deze wet omtrent de klachten en geschillen (zie voor meer over haar onderzoek paragraaf 1.6). De inhoud van de Wcz en Wkkgz zijn bijna gelijk, het enige verschil is dat de geschillencommissie een termijn van zes maanden heeft gekregen in de Wkkgz voor het afhandelen van de klachten en geschillen.¹¹ Dit betekent dat de kennis die door het onderzoek van mevrouw Mulder is vergaard zeer bruikbaar is voor dit onderzoek. Doordat de oorzaak van het probleem in dit geval ook duidelijk is, deze komt simpelweg van de wetgever, kan de diagnostische fase worden overgeslagen en kan met de ontwerpfase verder worden gegaan. Het UMCG wil dan ook vooral weten hoe deze nieuwe wet geïmplementeerd kan worden en hoe de klachten en geschillen zouden kunnen worden 'gemanaged', zodat aan de nieuwe wetgeving wordt voldaan. Van belang is hierbij erachter te komen wat de precieze reikwijdte van de Wkkgz is.

1.1.3 RELEVANTIE

Het UMCG is als zorgverlener verplicht zich te houden aan de wet- en regelgeving betreffende de klachten- en geschillenprocedures in de zorg. Als het UMCG zich daar niet aan houdt, kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hier handhavingsmaatregelen voor treffen, zoals het geven van een bestuurlijke boete.¹² Op het moment dat de wet-

en regelgeving verandert, is het zeer relevant voor het UMCG om te weten wat er precies gaat veranderen. Als gevolg daarvan moeten bepaalde procedures binnen het UMCG moeten wellicht worden aangepast en moet er worden gekeken hoe de infrastructuur binnen het UMCG moet veranderen. Daarnaast is het UMCG geïnteresseerd in de mate van vrijheid die er is om zelf te bepalen hoe de procedures worden ingericht. De opdrachtgever binnen het UMCG voor dit onderzoek is de heer R. E. Jager, hoofd UMC-stafJuridische Zaken.

Voor dit onderzoek zijn de actoren, voor wie het een probleem is, gesitueerd binnen het UMCG. Belanghebbenden zijn onder andere de cliënten van het ziekenhuis en ieder ander die een klacht kan indienen bij het UMCG, zoals familieleden en erfgename. De betrokkenen zijn de mensen van de UMC-stafJuridische Zaken, met name de juristen die te maken hebben met het behandelen van klachten, geschillen en schadeclaims. Voor de mensen die in de klachtencommissie zitten is de nieuwe wet een probleem, aangezien de verplichting een commissie te hebben wordt afgeschaft. Ook voor alle andere medewerkers die iets te maken hebben met het opvangen van, dan wel het afhandelen van klachten en geschillen is onduidelijkheid over de veranderingen een probleem. Ook al wordt bovenstaande vooral als probleem geschetst, is dit natuurlijk ook een kans om zaken te veranderen en te verbeteren.

1.1.4 OPVATTINGEN ACTOREN EN WAT ER AL BEKEND IS

Het wetsvoorstel Wkkgz brengt een aantal wijzigingen met zich mee ten opzichte van de huidige wettelijke regelingen. Zo komt er een maximale doorlooptijd van zes weken, te verlengen tot tien weken, wordt de zorgaanbieder verplicht een klachtenfunctionaris aan te wijzen die de cliënt gaat adviseren en ondersteunen, vervalt de verplichting om een klachtencommissie te hebben of bij te zijn aangesloten en moet de zorgaanbieder zich aansluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Daarbij moet de klacht zorgvuldig worden onderzocht en moet de klachtenregeling van de zorgaanbieder in ieder geval effectief en laagdrempelig zijn en rekening houden met de aard van de zorg en de categorie cliënten waaraan de zorg wordt verleend.

⁹ P. Verschuren & H. Doorewaard, *Het ontwerpen van een onderzoek*, Den Haag: Boom Lemma Uitgevers 2007.

¹⁰ K.A.M. Mulder, *De Gevolgen van de Wet Cliëntenrechten Zorg voor de Klachtenafhandeling in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)*, scriptie SJD, 11 juli 2011.

¹¹ *Kamerstukken I 2012/13*, 32 402, Gewijzigd voorstel van wet, art. 22 lid 1.

¹² Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Handhavingsinstrumenten', www.igz.nl (zoek op *handhavingsinstrumenten*).

Op het wetsvoorstel Wkkgz is door verschillende partijen (actoren) gereageerd. Zo hebben de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Verbond van Verzekeraars, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) gezamenlijk een zogenoemde position paper naar de woordvoerders van de Eerste Kamer van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gestuurd, met daarin hun bezwaren en voorstellen ter verbetering voor het wetsvoorstel. Deze partijen vinden het weliswaar positief dat zorgaanbieders een onafhankelijke klachtenfunctionaris moeten aanwijzen, maar hun uitgangspunten dat bij onvrede het verstoorde vertrouwen tussen de cliënt en zorgaanbieder zo snel mogelijk moet worden hersteld en er lering kan worden getrokken uit zaken die niet goed gingen zien zij onvoldoende terug in dit wetsvoorstel.

De KNMG, Verbond van Verzekeraars, NFU en NVZ missen ten eerste voldoende waarborgen voor een onafhankelijk oordeel over de klacht dicht bij de cliënt en de zorgaanbieder, dit onafhankelijke oordeel garandeert het wetsvoorstel pas in tweede instantie. Tijdens de Tweede Kamerbehandeling is opgenomen dat bij AMvB wordt geregeld aan welke eisen een klachtenregeling minimaal moet voldoen, maar volgens de KNMG, Verbond van Verzekeraars, NFU en NVZ zal dit ook waarborgen moeten bevatten voor een onafhankelijke beoordeling. Ten tweede vinden deze partijen dat de termijn van zes weken (die eenmalig verlengd kan worden met nog eens vier weken) waarbinnen de zorgaanbieder met een oordeel over de klacht moet komen te kort. Vooral voor complexe vraagstukken is niet voldoende tijd om tot een weloverwogen oordeel te kunnen komen en worden bijvoorbeeld hoorzittingen niet meer gehouden. Dit kan leiden tot grotere ontevredenheid over de afhandeling van de klachten bij de zorgaanbieders waardoor meer klagers een tweede oordeel zullen vragen bij de geschillencommissie. De KNMG, Verbond van Verzekeraars, NFU en NVZ bevelen dan ook aan een onderscheid te maken tussen de fase van bemiddeling en formele klachtbehandeling.

Over de geschilleninstantie vinden de KNMG, Verbond van Verzekeraars, NFU en NVZ tenslotte de vermenging van de afhandeling van klachten én schadeclaims bij de onafhankelijke geschilleninstantie een slecht idee. Zodra een cliënt

niet tevreden is over de afhandeling van zijn of haar klacht bij de zorgaanbieder kan de cliënt met de klacht naar de geschillencommissie stappen, dit betekent dat alle soorten klachten van klein naar groot, inclusief geschillen over schadeclaims, daar terecht kunnen komen. Hierdoor worden de oorspronkelijke doelen van het klachtrecht - het herstellen van de behandelrelatie en de signaalfunctie voor de zorgaanbieder - bedreigd volgens de KNMG, Verbond van Verzekeraars, NFU en NVZ. De vermenging zal zorgen voor een formalisering van de immateriële klachten, terwijl het beter is dergelijke klachten op een minder formeel juridische benadering en laagdrempelige manier af te handelen. Daarbij vinden deze partijen een bindend oordeel over klachten die niet gaan over de hoogte van een financiële claim ongepast. Doordat de geschillencommissie in een dergelijk geval de zorgaanbieder aanwijzingen gaat geven over hoe wel of niet moet worden gehandeld, gaat de geschilleninstantie bij een bindend oordeel op de stoel van de zorgaanbieder zitten. De eindverantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor de kwaliteit van zorg wordt daardoor ondermijnd. Daarentegen zijn de KNMG, Verbond van Verzekeraars, NFU en NVZ van mening dat een bindend oordeel over schadeclaims tot € 25.000, - door de geschillencommissie een patiëntvriendelijk alternatief is voor de civiele rechter.¹³

Hilde van der Meer, beleidsadviseur gezondheidsrecht bij de KNMG, vindt het met name jammer dat de wettelijk verplichte klachtencommissies door de Wkkgz worden afgeschafte. *“Het klachtrecht heeft twee functies”,* vertelt Van der Meer. *“Het geeft de klager genoegdoening en helpt de instelling om de kwaliteit te verbeteren. En daarin hebben de commissies veel meerwaarde. Ze functioneren niet altijd even goed, maar nu wordt het kind met het badwater weggegooid, Je kunt het probleem ook oplossen door strengere eisen aan de commissies te stellen”.* Ook betwijfeld ze de ‘effectieve en laagdrempelige regeling’ zoals dit in het wetsvoorstel wordt genoemd: *“De afhandeling van forse schadeclaims vergt een formeel juridische benadering. Maar die van immateriële klachten is juist gebaat bij laagdrempeligheid, bij het gesprek tussen de patiënt en de arts. Dat te vermengen in één procedure geeft het risico dat*

¹³ KNMG, Position paper aan woordvoerders VWS van de Eerste Kamer, 26 september 2013.

de afhandeling van immateriële klachten veel formeler wordt. En als een arts begrip toont voor de klacht, kan daar vanaf nu een prijskaartje aan komen te hangen.”¹⁴

Behalve de KNMG, Verbond van Verzekeraars, NFU en NVZ heeft ook de Brancheorganisaties Zorg (BoZ), waarin de ActiZ, Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Nederland, NFU, NVZ en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), zijn verenigd, een brief gestuurd als reactie op het wetsvoorstel, in dit geval naar de Tweede Kamer voordat het daar zou worden behandeld. De BoZ heeft hierin wijzigingsvoorstellen gedaan ter verbetering van de gehele Wk-gz. In verband met de onderzoeksrichting beperkt dit onderzoek zich tot wat het BoZ vindt van de onderdelen die betrekking hebben op de klachten- en geschillenregeling. Dat de wettelijke verplichting op een klachtencommissie in het wetsvoorstel vervalt, betekent niet dat zorgverleners deze ook niet meer mogen instellen. BoZ is van mening dat bij de introductie van het wetsvoorstel moet worden benadrukt dat deze wet niet beoogd de klachtencommissie af te schaffen maar beoogd meer maatwerk te realiseren waarbij zorgaanbieders een verantwoordelijkheid hebben. BoZ vindt dat de klachtencommissies hun waarde in veel situaties hebben bewezen en vinden het daarom belangrijk dat er een mogelijkheid bestaat om waar dat gewenst is de klachten en schadeclaims gescheiden af te kunnen handelen.¹⁵

Daarbij is volgens de BoZ de positie van de klachtenfunctionaris nog niet voldoende duidelijk. De omschrijving in het wetsvoorstel van deze persoon lijkt niet op een neutrale functionaris die hier doorgaans mee bedoeld wordt, maar eerder als een vertrouwenspersoon. Deze is niet gepositioneerd tussen de zorgverlener en de cliënt, maar naast de cliënt en daarmee partijdig. BoZ pleit ervoor dat beschrijving van de werkzaamheden van de klachtenfunctionaris meer aansluit bij de gebruikelijke functiebeschrijving en bij het Beroepsprofiel van de klachtenfunctionaris dat is opgesteld door de Vereniging Klachtenfunctionarissen in de Gezondheidszorg (VKIG). In dit geval is er namelijk sprake van

een neutraal persoon die als bemiddelaar kan optreden tussen de cliënt en de zorgverlener en die aan beide partijen bijstand verleend.¹⁶

Wat betreft de termijn waarbinnen de klachten moeten worden behandeld vind ook BoZ deze veel te kort om recht te doen aan de zorgvuldigheid van het onderzoek. Het voorstel van BoZ is dit te vervangen door een termijn van vier maanden. Tenslotte is de BoZ blij met de keuze voor een geschillenregeling voor de gevallen dat de eigen klachtenregeling niet tot een goede oplossing leidt. Het BoZ vindt echter dat een bindend oordeel over klachten zonder een financieel component niet thuis hoort bij de geschillencommissie, maar tot de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor de kwaliteit van zorg behoort.¹⁷

Daarnaast hebben zeven patiëntenorganisaties¹⁸ ook gereageerd met een brief op het wetsvoorstel aan de leden van de Vaste Kamercommissie VWS.¹⁹ Deze organisaties geven in deze brief aan erg blij te zijn met de snelheid waarop het wetsvoorstel in de Tweede Kamer wordt behandeld en gaan verder in op ingediende amendementen van de Tweede Kamerleden. Zo zijn ze het onder andere met de minister eens dat een onderscheid tussen claim en klacht onnatuurlijk is en vinden dat cliënten met klachten bij één instantie, de geschillencommissie, terecht moeten kunnen. Ook moeten mensen met andere zaken dan een claim bij de geschilleninstantie terecht kunnen indien bijvoorbeeld de zorgaanbieder niet goed reageert op de klacht en is volgens de minister tevens een reden klachten en claims niet te splitsen bij de geschilleninstantie. Dit wordt ook onderschreven door de patiëntenorganisaties. Met de bevoegdheid van de geschilleninstantie om tot een bedrag van € 25.000,- schade toe te kennen zijn de patiëntenorganisaties het eens, omdat het de cliënten mogelijk maakt een laagdrempelige en bindende uitspraak te verkrijgen tot een

¹⁴ J. Visser, 'Nieuwe klachtwet kent plussen en minnen', *Medisch Contact*, nr. 31/32 - 01 augustus 2013, p. 1594-1595.

¹⁵ H. Schirmbeck, *voorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*, briefkenmerk 130611/BoZ, 13 juni 2013.

¹⁶ Bijlage bij brief 130611/BoZ.

¹⁷ H. Schirmbeck, *voorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*, briefkenmerk 130611/BoZ, 13 juni 2013.

¹⁸ Patiëntenfederatie NPCF, CG-Raad, Landelijk Platform GGZ, Zorgbelang Nederland, Platform VG, Landelijk Steunpunt Cliëntenraden en de Consumentenbond.

¹⁹ W. Wind e.a., *Amendementen wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen zorg*, briefkenmerk 2013-081\MV\hm, 28 juni 2013.

gelijk bedrag aan dat van de sector Kanton van de Recht-bank. Wel geven de patiëntenorganisaties hierbij aan dat het van belang is dat de klager goed geïnformeerd wordt over de consequenties van de stap naar de geschilleninstan-tie, bijvoorbeeld het feit dat de rechter achteraf alleen nog marginaal kan toetsen en het belang van het krijgen van deskundige ondersteuning. De patiëntenorganisaties bena-drukken in hun brief ook het belang van een onafhankelijke klachtenfunctionaris.

Een kleine twee weken later na het opsturen van de brief door de patiëntenorganisaties is de wet door de Tweede Kamer aangenomen. De directeur van de Patiëntenfede-ratie NPCF Wilna Wind is hier blij mee: *“In de nieuwe wet is een aantal belangrijke wensen ingelost van patiënten- en consumentenorganisaties. De zorg in Nederland is van goede kwaliteit, maar er worden helaas ook fouten ge-maakt. Daarom is het belangrijk dat patiënten wettelijke mogelijkheden hebben om een fout aan te kaarten. Het is heel goed dat de klachtenprocedure voortaan gericht is op de patiënt, die vaak behoefte heeft aan erkenning of herstel, of aan het rechtzetten van misverstanden.”*²⁰

1.1.5 HUIDIGE STAND VAN DE WKKGZ

Op het moment van schrijven ligt het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) bij de Eerste Kamer ter beoordeling. Voordat de Eerste Kamer stemt over de wet hebben de leden de mogelijkheid vragen te stellen aan de indiener van het wetsvoorstel,²¹ in dit geval de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Voor de beoordeling van de Wkkgz zijn er veel vragen ge-steld aan de minister betreffende het wetsvoorstel Wkkgz door de leden van de Eerste Kamer.²² Naar aanleiding van de vragen heeft de minister om uitsluitend gevraagd om hierop te kunnen reageren. Hierin geeft de minister aan rond 1 mei

²⁰ NPCF, ‘Klachtrecht verbetert dankzij nieuwe wet, patiëntenfede-ratie NPCF tevreden’, 8 juli 2013, www.npcf.nl (zoek op *klacht-recht*).

²¹ Eerste Kamer, ‘Werkwijze Eerste Kamer’, www.eerstekamer.nl (klik op *Over de eerste kamer* en vervolgens op *Hoe de Eerste Kamer werkt*).

²² *Kamerstukken I* 2013/14, 32 402, G, ‘Voorlopig verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 18 fe-bruari 2014.

2014 te komen met een reactie.²³ Helaas is er op dit mo-ment nog geen reactie op de vragen gekomen van de rege-ring. De vragen van de Eerste Kamerleden over de relevante onderdelen voor dit onderzoek zijn in deze paragraaf uit-gezet.

Algemeen In zijn algemeenheid vragen de leden van de Eerste Kamer zich het nut van de Wkkgz af. Ze willen graag weten waarom de klachtenregeling volgens het Wkkgz een verbetering zou zijn. Daarbij zouden de leden graag van de regering horen wat de consequenties van de Wkkgz zijn voor ziekenhuizen die al een goed functionerende klachten-regeling hebben, tevens ontvangen zij graag een overzicht van de te verwachten financiële consequenties voor de zorgaanbieders.

Met het wetsvoorstel is de term ‘goede zorg’ geïntrodu-ceerd. De Eerste Kamerleden vragen zich vervolgens af hoe deze norm zich verhoudt tot de term ‘verantwoorde zorg’ in de Kwaliteitswet en de Wet BIG. In de toelichting wordt verder uitgelegd wat moet worden verstaan onder ‘goede zorg’ en daarbij wordt gerefereerd aan de Kwaliteitswet, verder wordt hierover vermeld dat de indicatoren en nor-men nog niet beschikbaar of nog in ontwikkeling zijn. De leden van de Eerste Kamer concluderen daaruit dat er nog geen objectieve definitie beschikbaar is over welke zorg verantwoord is en welke niet.

Het wetsvoorstel vermeldt verder dat goede zorg moet zijn afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en de leden vragen zich daarbij af wat de regering daarmee bedoelt. Is het bijvoorbeeld reëel van een cliënt om volledige genezing na te streven, ook al is dat voor die betreffende ziekte door onvoldoende mogelijkheden en inzichten niet mogelijk? Of is bijvoorbeeld de wens tot suïcide of gedwongen opname een reële of irreële behoefte?

Vermenging klachten en claims Een aantal leden vindt het een vooruitgang dat de geschilleninstantie uitspraak gaat doen over zaken met een materiële kant. Ze vinden dit voor uitspraken over klachten die te maken hebben met het handelen of nalaten van zorgverleners echter geen

²³ *Kamerstukken I* 2013/14, 32 402, H, ‘Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 11 maart 2014.

voortgang, veldorganisaties merken op dat de impact hiervan niet is te overzien. Daarnaast vinden de leden het aannemelijk dat veel veldorganisaties betwijfelen of de afhandeling van klachten en schadeclaims door één instantie kan worden verricht en vragen daarom aan de regering of de geschilleninstantie vrijheid heeft om hiervoor aparte procedures in het leven te roepen. Ook vragen zij zich af of een gecombineerde afhandeling voor klachten en schadeclaims niet tot een toename zal leiden van het aantal claims. Andere leden zijn over dit onderwerp van mening dat klachten en claims vragen om een verschillende afhandeling en expertise. Ze vrezen daarbij dat door vermenging de oorspronkelijke doelstellingen worden bedreigd, namelijk het wegnemen van de onvrede, herstellen van de behandelrelatie en het afgeven van signalen voor verbeteringen in de zorg. De leden achten een vermenging van klachten en claims dan ook een risico op een verslechtering voor cliënt én zorgaanbieder, omdat de afhandeling van klachten onnodig en onwenselijk formeler worden waardoor er risico bestaat op een verharding van de standpunten over en weer. De Eerste Kamer vraagt de regering in te gaan op bovenstaande.

Schriftelijk Het wetsvoorstel bepaalt dat cliënten, hun vertegenwoordiger of nabestaande schriftelijk een klacht kunnen indienen. De Eerste Kamerleden hebben door de toelichting de indruk dat met 'kunnen' eigenlijk 'moeten' wordt bedoeld. De vraag die dit oproept is of dit mogelijk juist drempelverhogend werkt voor de cliënt in plaats van drempelverlagend. Daarbij is de vraag gesteld of het bieden van ondersteuning bij het op schrift zetten van een mondeling ingediende klacht niet extra capaciteit van de zorgaanbieder vergt en hoe daar in wordt voorzien als dat inderdaad het geval is.

Termijn Voortvarendheid nastreven bij de behandeling van klachten is een goede zaak, klachtenfunctionarissen en leden van klachtencommissies geven echter aan dat de gestelde termijn van zes weken en de verlenging naar tien weken in de praktijk veel te kort is om tot een schriftelijk oordeel te komen over een klacht. Gevreesd wordt dat dit ten koste gaat van de zorgvuldigheid van het onderzoek en dat de zorgaanbieder door tijdgebrek gedwongen is een onvoldoende afgewogen oordeel te geven. Extra vervelend is dat dit oordeel een rol zal spelen bij een eventueel ver-

volg bij de geschilleninstantie. Daarbij kan dit leiden tot meer ontevreden klagers die vervolgens hun klacht bij de geschilleninstantie zullen neerleggen. De leden van de Eerste Kamer horen graag de zienswijze van de regering hierover. Tevens horen de leden graag een reactie op de suggestie van de veldorganisaties om de termijn van zes weken te vervangen door een termijn van vier maanden, zodat het behouden van een klachtencommissie een reële optie blijft. Verder willen de leden graag weten of de wet ruimte laat de zes weken termijn pas in te laten gaan ná de fase van bemiddeling bij de klachtenfunctionaris en of de wet ruimte laat om, indien dit nodig is, binnen de termijn een voorlopige reactie te geven met vermelding van een termijn waarop het eindoordeel volgt. Tenslotte is er de vraag wat er gebeurt als de termijnen worden overschreden.

Oordeel Volgens het wetsvoorstel moet de zorgaanbieder over de klacht een schriftelijk en met redenen omkleed oordeel geven met eventueel daarbij de maatregelen die naar aanleiding van de klacht worden genomen. De Eerste Kamerleden willen weten hoe de term 'oordeel' opgevat moet worden. De leden achten namelijk niet iedere klacht geschikt voor een schriftelijk oordeel over de gegrondheid van de klacht. Klachten over gedrag kunnen vaak beter met een bemiddelingsgesprek worden opgelost dan met een formeel oordeel. Daarnaast willen cliënten soms geen oordeel maar wordt er alleen een klacht ingediend als signaal zodat het incident bij andere cliënten kan worden voorkomen. Verder vragen de leden zich af door welke personen of functionarissen het oordeel mag worden gegeven? Kan bijvoorbeeld de klachtenfunctionaris een (drie)dubbelrol hebben als ondersteuner bij de formulering van de klacht, als bemiddelaar en als degene die de formele uitspraak doet? De leden vinden tenslotte dat er moet worden gewaakt dat zorgaanbieders niet de mogelijkheid wordt ontnomen om klachten in een meer bemiddelende sfeer af te handelen.

Klachtencommissie De verplichting voor een zorgaanbieder om zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie en de verdwenen verplichting voor het hebben van een klachtencommissie kan gevolgen hebben voor de bestaande klachtencommissies bij zorgaanbieders. Doordat zorgaanbieders met dit wetsvoorstel worden vrijgelaten in de keu-

ze van de klachtencommissie, is het mogelijk dat deze vervalt. De leden van de Eerste Kamer betreuren het eventuele verdwijnen van de klachtencommissie, omdat hier veel kennis en ervaring over de behandeling van klachten gebundeld zit. Wat de leden echter nog meer zorg baart is het verdwijnen van een belangrijke mogelijkheid van signalering en sturing vanuit de beroepsorganisaties, waarmee (kwaliteits-) verbeteringen door kunnen worden gerealiseerd. Daarnaast zijn de klachtencommissies onder de huidige wetgeving verplicht om bij structurele tekortkomingen in de zorg een melding te doen aan de IGZ. Aan de geschilleninstantie wordt onder de Wkkgz deze eis niet gesteld, daarbij bereiken veel klachten de geschilleninstantie niet eens omdat deze bij de zorgaanbieders worden afgedaan. De leden van de Eerste Kamer zijn van mening dat het toezicht van de IGZ op de kwaliteit van de zorg hierdoor bemoeilijkt wordt. De leden willen daarom weten hoe de regering hiermee omgaat en hoe de kwaliteitsfunctie van het klachtrecht voor zorgaanbieders kan worden geborgd. Klachtenfunctionaris

De rol van de klachtenfunctionaris zoals deze is beschreven in het wetsvoorstel (gratis de patiënt bijstaan bij het indienen van een klacht) kan volgens de Eerste Kamerleden vooral worden gezien als patiëntondersteuner. De leden vragen zich af of de klachtenfunctionaris daarmee niet meer (vanzelfsprekend) voor bemiddeling ingezet kan worden en als dit niet de wens is van de regering, hoe deze functionaris dan nog steeds een neutrale partij kan zijn bij bemiddeling. Verder willen de leden van de Eerste Kamer weten op welke manier de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris wordt geborgd en op welke criteria de onafhankelijkheid wordt getoetst.

Geschilleninstantie De leden van de Eerste Kamer willen graag van de regering vernemen wie de kosten voor de geschilleninstantie gaat dragen en of daar misschien een rol voor de verzekeraars is weggelegd. Verder willen de leden graag meer duidelijkheid over de inrichting van de geschilleninstantie, zoals over de samenstelling, hoeveel leden, welke deskundigen en hoeveel geschillencommissies er nodig zijn. Daarnaast vragen de leden zich af of de klager en de aangeklaagde nog in beroep kunnen gaan tegen de hoogte van het bedrag en hoe en waar dit dan kan.

Rechtmatigheid Een belangrijk punt is de rechtmatigheid van het wetsvoorstel. De Eerste Kamerleden vragen zich af hoe de wettelijke plicht tot geschilbeslechting zich verhoudt tot artikel 6 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Indien het onder meer gaat om de vaststelling van burgerlijke rechten en plichten waarborgt artikel 6 EVRM het recht van een ieder op toegang tot een onafhankelijke rechterlijke instelling. Alleen op vrijwillige basis kan afstand worden gedaan van dit recht, bijvoorbeeld als partijen ervoor kiezen naar een arbiter te gaan. Partijen moeten volgens het Nederlandse recht in dat geval in een overeenkomst afzien van een gang naar de rechter. Volgens het wetsvoorstel moeten zorgaanbieders zich verplicht aansluiten bij een geschilleninstantie die voor beide partijen een bindende uitspraak doet. Alleen in het geval van kennelijk onzorgvuldige behandeling is een beroep op de rechter mogelijk. De rechter kan dan de beslissing ongedaan maken. Door de verplichting van de Wkkgz is er sprake van een gedwongen geschilbeslechting. Om toch te voldoen aan artikel 6 EVRM zou de geschilleninstantie bij wet moeten worden ingesteld. Volgens de Wkkgz wordt de geschilleninstantie slechts erkend door de Minister. Ook het ontbreken van de uit artikel 6 voortvloeiende eisen zoals hoor en wederhoor, toegang van partijen tot alle processtukken en een adequate motivering is in strijd met de EVRM. De leden van de Eerste Kamer willen hierover graag een reactie van de regering.

Wat betreft de bindend adviesregeling heeft de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) gewezen op een vergelijkbare regeling in de Zorgverzekeringswet (artikel 114 Zvw). Hierbij is het oordeel van een onafhankelijke instelling in principe niet bindend, omdat dit in strijd zou zijn met artikel 17 en artikel 112 lid 1 van de Grondwet (Gw). Artikel 17 Gw bepaalt dat niemand tegen zijn wil kan worden afgehouden van de rechter die de wet hem toekent en artikel 112 lid 1 Gw bepaalt dat de berechting van geschillen over burgerlijke rechten en over schuldvorderingen is opgedragen aan de rechterlijke macht. Omdat de BoZ ervan uit gaat dat deze redenering ook geldt voor de zorgaanbieders, kan het besluit van de geschillencommissie geen bindend advies zijn. Alleen als de zorgaanbieder van te voren aangeeft zich eraan gebonden te voelen, is de uitspraak bindend. De bepaling van het wetsvoorstel verplicht de zorgaanbieder dit bij voorbaat al te doen en is daarom volgens de BoZ in strijd

met de Grondwet. De Eerste Kamerleden willen ook hierover graag commentaar van de regering. Daarnaast wordt in de memorie van toelichting verwezen naar vaststellingsovereenkomst van artikel 7:904 BW waarin is geregeld dat partijen in een overeenkomst kunnen vastleggen dat zij hun geschil door middel van een bindend advies beslechten. De memorie van toelichting vermeldt hierbij dat zodra de cliënt het besluit neemt een geschil voor te leggen aan de geschilleninstantie, die vaststellingsovereenkomst is gesloten. De leden van de Eerste Kamer vragen zich af of dat juist is, aangezien een overeenkomst gewoonlijk tot stand komt volgens de bepalingen van boek 6 BW, namelijk door aanbod en aanvaarding (artikel 6:217 BW). Indien er inderdaad niet kan worden gesproken van het tot stand komen van een vaststellingsovereenkomst, is het de vraag of de regeling de rechterlijke toetsing doorstaat.

1.1.6 EERDERE ONDERZOEKEN OVER HET ONDERWERP
Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) heeft in 2012 onderzoek gedaan naar de vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) anno 2012 en deze opgezet als empirische nulmeting voor de Wcz. Hieronder staan de conclusies van het onderzoek wat betreft het onderdeel klachten en geschillen. Het NIVEL heeft de resultaten verdeeld over de drie volgende thema's: de verwachtingen van cliënten over de klachtbehandeling; de toegankelijkheid van de klachtenregeling en de bemiddeling en behandeling van klachten. De resultaten heeft het NIVEL gebaseerd op nieuw verzamelde gegevens door middel van vragenlijsten en een belronde naar klachtenfunctionarissen, gegevens uit consumentenpeilingen en literatuur.²⁴

Een klachtenvoorziening moet voor cliënten toegankelijk zijn. Wat betreft de toegankelijkheid blijkt uit het onderzoek van het NIVEL dat cliënten de informatie hierover pas interessant vinden als ze ook een klacht willen gaan indienen. Omdat dit gemakkelijk te vinden moet zijn op dat moment heeft het onderzoek zich toegespitst op het telefonische kanaal. In ziekenhuizen blijkt het percentage cliënten dat in één keer contact kan krijgen met iemand die

meer informatie kan geven over klachtbehandeling 40 procent is. Dit is in ieder geval al beter dan bij overige zorginstellingen (24-30 procent), maar dit kan nog worden verbeterd. Een verbeterde toegankelijkheid is ook het beoogde effect van de Wcz.

Schriftelijk ingediende klachten moeten volgens de Wcz in principe binnen zes weken worden afgehandeld. Uit het onderzoek van het NIVEL blijkt dat zorgaanbieders daar flink langer overdoen en is eerder een kwestie van maanden. Veel zorgaanbieders kennen hun eigen doorlooptijd niet eens en verschilt per situatie. Ook bij de geschillencommissie is er sprake van een maandenlange doorlooptijd. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat het aantal informeel behandelde klachten veel groter is dan bij de formeel behandelde klachten, bij ziekenhuizen gaat het om een verhouding van één formeel behandelde klacht op 12,5 informeel behandelde klachten. Doordat bemiddelde klachten veel vaker in alle lagen van de organisatie worden besproken dan formele klachten, leveren informele klachten een grotere bijdrage aan de kwaliteit van zorg. Tenslotte laat het onderzoek van het NIVEL zien dat cliënten het meestal belangrijk vinden om een reactie te ontvangen van de betrokken hulpverlener. Op het moment van dat het onderzoek plaatsvond gebeurt dit maar in beperkte mate.²⁵

Een ander onderzoek is die van mevrouw K.A.M. Mulder uit 2011. Zij heeft in het kader van haar afstudeeronderzoek aan de Hanzehogeschool voor de deeltijdopleiding SJD, onderzoek gedaan naar de gevolgen van de klachtenregelingen zoals die toen in de Wcz waren opgenomen voor het UMCG.

De aanbevelingen die mevrouw Mulder aan het UMCG op basis van haar onderzoek heeft gedaan citeer ik hieronder:

“Vernieuwen klachtenreglement, Handboek Wet- en Regelgeving en informatie voor cliënten: Het klachtenreglement zal bij aanname van de Wcz moeten worden vernieuwd om aan de wet te voldoen. Hetzelfde geldt voor alle brochurermateriaal en informatie op de UMCG-website

²⁴ R. Bouwman, M. Bomhoff & R. Friele, Kennisvraag. *Vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) anno 2012*, Utrecht: Nivel 2012, p. 47-48.

²⁵ R. Bouwman, M. Bomhoff & R. Friele, Kennisvraag. *Vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) anno 2012*, Utrecht: Nivel 2012, p. 58-60.

over de klachtenprocedures en het Handboek wet- en regelgeving.

De Cliëntenraad: Onder de WCZ krijgt de cliëntenraad extra bevoegdheden, waaronder instemmingsrecht op het nieuwe klachtenreglement en profielen van medewerkers belast met klachtafhandeling. Het is aan te bevelen de ontwikkelingen binnen de CRAZ via de door Raad van Bestuur vertegenwoordigde O&P-commissie goed te volgen, maar ook zelf een standpunt te bepalen over de gewenste situatie.

Doorlooptijd klachtenbehandeling moet korter: De wettelijke termijn van zes weken van de WCZ wordt vaak niet gehaald met de huidige werkwijze, vooral rond vakantieperiodes. De afdelingen hebben een reactietermijn van vier weken. Mogelijk dat hier wat tijd te winnen valt, maar dat mag niet ten koste gaan van een zorgvuldige behandeling. Het is daarom belangrijk samen met de Klachtopvang, klachtenfunctionaris en klachtencommissie te onderzoeken hoe de doorlooptijd tot zes weken kan worden verkort zonder kwaliteitsverlies.

Betrek klachtencommissie bij oordeel Raad van Bestuur aangaande klachten: De Raad van Bestuur van het UMCG zal een oordeel moeten geven over ca. 300 klachten per jaar. Het is voor het UMCG aan te bevelen dat advies wordt gevraagd aan de huidige klachtencommissie, omdat daar de deskundigheid aanwezig is.

Invulling rol huidige klachtencommissie: De rol van de klachtencommissie vervalt onder de WCZ. Invoering van de WCZ betekent niet dat de huidige klachtencommissie moet worden opgeheven. Zoals hierboven beschreven kan een adviserende rol of gedelegeerde taak worden gegeven aan de commissie, maar er moet meer onderzoek plaatsvinden hoe de Raad van Bestuur daar invulling aan wenst te geven.

Gevolg toewijzen van claims: De externe geschilleninstantie mag ook claims behandelen en een bedrag tot €25.000 toewijzen aan de klager, wat als bindend advies geldt.

Het is daarom aan te bevelen te onderzoeken wat dit betekent in vergelijking met het huidige contract met verzekeraar Centramed.

De Geschilleninstantie: Het is aan te bevelen samen met andere academische ziekenhuizen te onderzoeken of het zinvol en mogelijk zou zijn een externe geschilleninstantie

op te richten met leden die deskundig zijn in academische zorg. Alle partijen hebben baat bij een zorgvuldige klachtbehandeling. Wanneer de zittingen regionaal kunnen worden georganiseerd, bijvoorbeeld op locatie van het desbetreffende UMC, zal dit tijd en geld schelen voor cliënt en zorginstelling.”²⁶

Deze onderzoeken geven veel achtergrondinformatie die ik mee kan nemen in mijn ontwerpgerichte onderzoek. Zeker de aanbevelingen van mevrouw Mulder zijn hierbij van grote waarde.

1.2 DOELSTELLING

Het doel van het onderzoek is:

Het doen van aanbevelingen aan het hoofd van de UMC-staffJuridische Zaken van het UMCG voor het (opnieuw) inrichten van de klachten- en geschillenprocedures binnen het UMCG, die recht doet aan de Wkkgz, de gerechtvaardigde belangen van het UMCG en de gerechtvaardigde belangen van klagers

door

het in kaart brengen van de verschillen tussen de contextuele eisen zoals deze is geformuleerd in het nieuwe wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de gerechtvaardigde belangen van het UMCG en de gerechtvaardigde belangen van klagers (de gebruikerseen) en door inzicht te geven in de vrije ruimte voor eigen invulling binnen deze wettelijke kaders.

1.3 CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG

Op welke wijze kunnen de klachten- en geschillenprocedures in het UMCG worden ingericht, opdat recht wordt gedaan aan de bepalingen van de Wkkgz ter zake, en aan de gerechtvaardigde belangen van het UMCG en aan de gerechtvaardigde belangen van klagers?

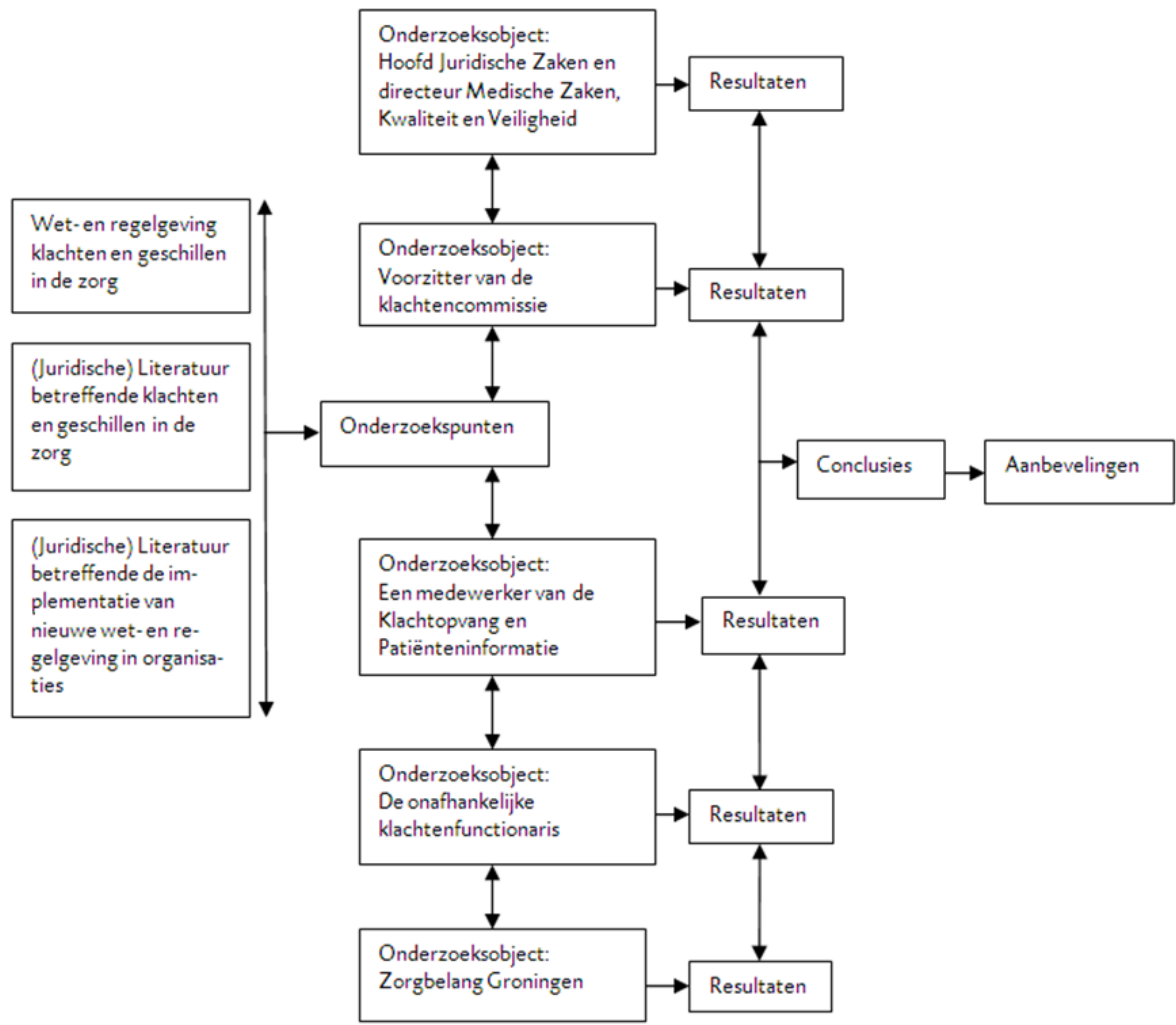
²⁶ K.A.M. Mulder, *De Gevolgen van de Wet Cliëntenrechten Zorg voor de Klachtenafhandeling in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)*, scriptie SJD, 11 juli 2011.

1.4 DEELVRAGEN

- 1 Deelvragen gericht op 'theoretische' bronnen
 - Wat is vastgelegd in de huidige wetgeving omtrent klachten en geschillen binnen de zorg?
 - Wat is vastgelegd in de nieuwe wetgeving (Wkkgz) omtrent klachten en geschillen binnen de zorg?
 - Wat zijn volgens de juridische literatuur de gevolgen van de Wkkgz voor de zorgaanbieders zoals ziekenhuizen?
 - Wat is volgens de literatuur belangrijk in een klachtenprocedure binnen de zorg?
 - Wat is volgens de (juridische) literatuur een goede manier om nieuwe wetgeving binnen een organisatie te implementeren?

- 2 Deelvragen gericht op de praktijk (empirie)
 - Wat is de infrastructuur voor het opvangen van klachten op dit moment binnen het UMCG?
 - Wat zijn de verschillen tussen de huidige (Wkcz) en de nieuwe wetgeving (Wkkgz) omtrent klachten en geschillen in de zorg?
 - Welke vrije ruimte is er voor eigen invulling van de klachten- en geschillenprocedures binnen de Wkkgz voor het UMCG?
 - Wat zijn de gerechtvaardigde belangen van het UMCG?
 - Wat zijn de gerechtvaardigde belangen van de klagers?
 - Hoe zouden de nieuwe klachten- en geschillenprocedures binnen het UMCG moeten functioneren?

- 3 Deelvragen gericht op de analyse
 - Welke conclusies kunnen worden getrokken na de vergelijking van de theorie en de praktijk?
 - Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan na de vergelijking van de theorie en de praktijk?



16

Figuur 1 Onderzoeksmodel.

1.6 LEESWIJZER

Dit rapport is onderverdeeld in twee delen, een deel literatuuronderzoek en een deel praktijkonderzoek. Het literatuuronderzoek is te vinden in hoofdstuk 3 tot en met hoofdstuk 7 en bevat de onderwerpen gezondheidsrecht (hoofdstuk 3), het klachtrecht (hoofdstuk 4), hoe klachtopvang binnen zorginstellingen volgens de literatuur vormgegeven zou kunnen worden, met veel aandacht voor de werkvloer en de klachtondersteuner (hoofdstuk 5) en tenslotte een methode om nieuwe wetten in de organisatie te kunnen implementeren (hoofdstuk 6). Hoofdstuk 7 bevat de samenvatting van het literatuuronderzoek, inclusief het vooronderzoek en de onderzoekspunten die daaruit voortvloeien.

Het praktijkonderzoek is te vinden in hoofdstuk 8 tot en met hoofdstuk 11 en bevat een uiteenzetting over de huidige klachten- en geschillenregelingen, binnen en buiten het UMCG (hoofdstuk 8), een uitleg over de gevolgen van de Wkkgz in de praktijk (hoofdstuk 9) en de resultaten van het praktijkonderzoek (hoofdstuk 10). Hoofdstuk 11 bevat een samenvatting van het praktijkonderzoek.

De conclusie en de aanbevelingen zijn beschreven in hoofdstuk 12. Voor de leesbaarheid van de tekst is voor personen meestal het mannelijke equivalent gebruikt, hier wordt tevens het vrouwelijke equivalent bedoeld.

2 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

2.1 ONDERZOEKSMETHODEN

Voor dit onderzoek zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt om een antwoord te vinden op de deelvragen, zodat uiteindelijk de hoofdvraag kon worden beantwoord. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methoden dit zijn en hoe het onderzoek is uitgevoerd.

In het vooronderzoek is een studie gemaakt van alle relevante kamerstukken, artikelen en brieven aan de Tweede Kamer als reactie op het wetsvoorstel. Voor het theoretische deel van het onderzoek is vervolgens een juridische inhoudsanalyse gemaakt door alle relevante rechtsbronnen en juridische literatuur te bestuderen. Dit betrof literatuur over gezondheidsrecht, klachtrecht en over het implementeren van wetten in de organisatie. Daarnaast is er niet-juridische literatuur bestudeerd over het omgaan met klachten in de zorg.

Voor het praktijkgedeelte is beperkt desk research gedaan, de meest recente jaarverslagen van de klachtenfunctionaris en de afdeling Patiëntinformatie & Klachtopvang zijn hierbij bekeken, evenals een interne memo betreffende de jaarcijfers van de klachtencommissie van het UMCG. Daarnaast zijn de wetsartikelen van de Wkkgz grondig bestudeerd om aan te kunnen geven in hoeverre dit verschilt van de huidige wetgeving en waar de ruimte zit voor eigen invulling van de klachtenprocedure.

2.2 KWALITATIEF ONDERZOEK

Behalve een desk research is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Kwalitatief onderzoek is de tegenhanger van kwantitatief onderzoek. Kwantitatief onderzoek gaat over feiten en aantallen en is daarmee objectief. De bijbehorende onderzoeksmethode is bijvoorbeeld het uitzetten van een enquête onder een grote groep respondenten. Kwalitatief onderzoek daarentegen geeft een diepgaand inzicht in ervaringen, behoeften of motivaties van een kleine groep respondenten, dit is dus meer subjectief. Voor dit onder

zoek is gekozen voor een kwalitatief onderzoek, omdat de onderzoeker wilde weten wat de ervaringen van de respondenten zijn, wat zij vinden dat beter zou kunnen en waar ze behoefte aan hebben met betrekking tot de klachtenprocedures en het wetsvoorstel Wkkgz.

De selectieve groep respondenten zijn gekozen om hun positie en functie. De volgende personen hebben aan het onderzoek meegewerkt:

Naam	Functie
Respondent 1	Voorzitter klachtencommissie UMCG
Respondent 2	Voorzitter klachtencommissie UMCG
Respondent 3	Directeur medische zaken, kwaliteit en veiligheid UMCG
Respondent 4	Coördinator medische zaken, kwaliteit en veiligheid UMCG
Respondent 5	Medewerker afdeling Patiëntinformatie & Klachtopvang UMCG
Respondent 6	Klachtenfunctionaris UMCG
Respondent 7	Ambtelijk secretaris klachtenfunctionaris en coördinator van de afdeling Patiëntinformatie & Klachtopvang UMCG
Respondent 8	Teamleider participatie en kwaliteit bij Zorgbelang Groningen
Respondent 9	Hoofd Juridische Zaken UMCG

Tabel 1 Respondenten

De reden dat voor deze personen is gekozen is dat ze allemaal met klachten te maken hebben, in die zin dat ze een belangrijke rol vervullen in de klachtenprocedures. Respondenten 1, 2, 5, 6 en 7 zijn daarbij onderdeel van de klachtenprocedures en komen daardoor veelvuldig in aanraking met klagers en aangeklaagden. Aan alle respondenten zijn vragen gesteld over de gevolgen van de Wkkgz en de mogelijke oplossingen voor de eventuele problemen. Daarnaast zijn aan alle respondenten vragen gesteld over hoe de meest ideale klachten- en geschillenprocedure er uit zou kunnen zien, met oog op de Wkkgz. Om er achter te komen wat de gerechtvaardigde belangen van het UMCG en de klagers hierbij zijn, zijn ook over dit onderwerp aan

de respondenten vragen gesteld. Afhankelijk van de functie zijn er alleen vragen gesteld over de belangen van het UMCG en aan andere respondenten alleen over de belangen van de klagers. Bij de respondenten met een meer neutrale functie, is naar beide belangen gevraagd. Zie onderstaande tabel.

Respondent	Belangen UMCG	Belangen klagers	Gevolgen Wkkgz	Ideeën inrichting
1	x	x	x	x
2	x	x	x	x
3	x		x	x
4	x		x	x
5		x	x	x
6	x	x	x	x
7	x	x	x	x
8		x	x	x
9	x		x	x

Tabel 2 Typen vragen

Bijna alle respondenten hebben een interne functie binnen het UMCG, ook de klachtenfunctionaris. Hoewel hij niet in dienst is van het UMCG, is hij wel onderdeel van de interne klachtenprocedure. Om hier wat tegengewicht aan te geven en om een goed beeld te krijgen van de belangen van de klagers, is er voor gekozen ook een externe patiëntenbelangenbehartiger bij het onderzoek te betrekken, namelijk Zorgbelang Groningen.

In totaal zijn er zes interviews afgenomen, waarvan er drie interviews met twee personen tegelijk waren en drie individuele interviews. Daarmee waren er in totaal negen respondenten.

Om alle ideeën, meningen en ervaringen zo goed mogelijk te kunnen verzamelen is gebruikt gemaakt van een halfgestructureerd interview, bestaande uit open vragen. Er is zoveel mogelijk een 'natuurlijke gespreksituatie' nagestreefd, waarbij veel ruimte werd gegeven aan het antwoord van de respondent en hier en daar is doorgevraagd door de interviewer.

De interviews zijn, na toestemming van alle respondenten, op geluidsband opgenomen en vervolgens zo volledig mogelijk uitgeschreven. Deze transcripties zijn vervolgens geanalyseerd door de uitspraken te groeperen per thema. De uitspraken met hetzelfde thema zijn daarna bij elkaar gezet

en op die manier zijn er uit de gesprekken in totaal negen thema's geselecteerd. Van de uitspraken is per thema een beschrijving te vinden in hoofdstuk 10.

2.3 VALIDITEIT

Om te kunnen beoordelen of dit kwalitatieve onderzoek voldoende valide is om conclusies uit te kunnen trekken, kan worden gekeken naar een aantal aspecten. Wat betreft functie en aantal waren de respondenten representatief, omdat met iedereen, die direct betrokken is bij de klachtenprocedures in het UMCG, is gesproken. Er is alleen niet gesproken met de 'gewone' leden van de klachtencommissie, maar de klachtencommissie werd vertegenwoordigd door de voorzitters daarvan. Daarnaast is aan de kant van de belangen van het UMCG gesproken met de directeur en coördinator van de afdeling Medische Zaken, Kwaliteit en Veiligheid en aan de kant van de klagers met Zorgbelang Groningen.

Wat betreft de betrouwbaarheid van de interviews, moet bij een kwalitatief onderzoek worden vastgesteld of deze intersubjectief is. Hierbij is het van belang om vast te stellen of de interviewer invloed heeft gehad op de resultaten. Het meest ideale zou zijn dat de interviewer zo objectief mogelijk is gebleven door zich niet te laten leiden door eigen ervaringen en vooroordelen. Door het gebruik van vooraf opgestelde vragen en door de respondent zo veel mogelijk zelf aan het woord te laten is deze objectiviteit nagestreefd. Het was echter niet te voorkomen dat de ervaring en kennis die bij de interviews werd opgedaan, werden meegenomen naar de daaropvolgende interviews. Dit heeft waarschijnlijk een beperkte invloed gehad op de manier van doorvragen van de onderzoeker. Door te kiezen voor transcriberen van de interviews is getracht het zoveel mogelijk het verhaal te laten zijn van de respondent en is er geen tot weinig informatie verloren gegaan.

3 GEZONDHEIDSRECHT

3.1 INLEIDING GEZONDHEIDSRECHT

Het gezondheidsrecht laat zich niet onderbrengen in de klassieke deelgebieden privaatrecht of publiekrecht, omdat het te maken heeft met verschillende deelgebieden tegelijk. Het gezondheidsrecht is daarom een horizontaal specialisme²⁷ en wordt gewoonlijk een functioneel rechtsgebied genoemd, net zoals het milieurecht of arbeidsrecht.²⁸ Gezondheidsrecht kan worden omschreven als:

'het geheel van rechtsregels dat betrekking heeft op de zorg voor de gezondheid en de toepassing van overig burgerlijk, bestuurs- en strafrecht in dat verband'.²⁹

De beginselen en regels van dit veelomvattende rechtsgebied is onder te verdelen in drie soorten relaties:

- 1 het zorgverleningsrecht (burger/patiënt – zorgaanbieder),
- 2 het zorginkooprecht (zorgaanbieder – zorgverzekeraar) en
- 3 het zorgverzekeringsrecht (zorgverzekeraar – cliënt/burger)

Bij het zorgverleningsrecht horen onder andere de kwaliteit van de zorg, het medische beroepsgeheim, het tuchtrecht en de patiëntenrechten. Deze onderwerpen worden geregeld in wetten als de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI), de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ), de wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet op de orgaandonatie (WOD). Onderwerpen als de financiering van de zorg, mededinging tussen zorgaanbieders onderling en zorgverzekeraars onderling, de prijsstelling van zorgproducten en het

toezicht op de zorgmarkt door de overheid vallen onder het zorginkooprecht. De regels binnen dit deelgebied zijn te vinden in bijvoorbeeld de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Zorgverzekeringswet (Zw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) en de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Tenslotte ziet het zorgverzekeringsrecht onder andere toe op de verzekeringsplicht, de toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg, de vertrouwelijke omgang met cliëntengegevens en aanspraken uit hoofde van de zorgverzekering. De regels voor deze onderwerpen zijn onder andere te vinden in de eerder genoemde Zw, de AWBZ en de WMG en staan daarnaast in het gewone verzekeringsrecht uit het BW. De genoemde wetten zijn overigens nog maar een klein deel van de regelgeving in de gezondheidszorg. Het is een terrein dat vooral in Nederland, een grote regeldichtheid heeft.³⁰

3.2 BEGINSELEN EN GRONDRECHTEN

In het gezondheidsrecht is een aantal rechtsbeginselen van groot belang. Rechtsbeginselen zijn eigenlijk de normen die aan de geldende regels ten grondslag liggen en moeten bij de rechtsvorming en rechtstoepassing worden meegenomen in de overweging. Daarmee zijn ze richtinggevend bij de vorming en toepassing van het recht. De functie van rechtsbeginselen is het toetsen van het rechtvaardigheidsgehalte van het recht en het kunnen aangeven van aanwijzingen voor het toekomstig recht.³¹ Ook bij het behandelen van klachten en geschillen door zorgverleners moet rekening gehouden worden met deze rechtsbeginselen.

²⁷ D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Leerboek gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2013, p. 11.

²⁸ H.E.G.M. Hermans & M.A.J.M. Buijsen, *Recht en gezondheidszorg*, Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg 2010, p. 36.

²⁹ H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 9.

³⁰ H.E.G.M. Hermans & M.A.J.M. Buijsen, *Recht en gezondheidszorg*, Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg 2010, p. 39-40.

³¹ H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 31.

Een van de belangrijkste beginselen in het gezondheidsrecht is het zelfbeschikkingsrecht. Zelfbeschikking betekent dat iedereen zelf vorm moet kunnen geven aan zijn of haar leven³² en komt alle mensen in gelijke mate toe. Het strekt zich vanaf de geboorte tot aan de dood en werkt zelfs tot na de dood nog door. Dit beginsel bestaat niet specifiek in het gezondheidsrecht, maar is daarvoor wel van groot belang omdat de mogelijkheid om tot eigen inzicht te kunnen handelen in de zorg onder druk kan komen te staan. Omdat het zelfbeschikkingsrecht aan ieder mens toekomt, is het niet van belang in hoeverre hij dit zelfbeschikkingsrecht daadwerkelijk kan uitoefenen. Zo hebben bijvoorbeeld minderjarigen en verstandelijk gehandicapten net zo goed het zelfbeschikkingsrecht, ook al kunnen ze dit recht maar in beperkte mate uitoefenen. Toch moet er ook met hun recht rekening worden gehouden. Ook door ziekte wordt de juridische status van de mens niet anders. We gaan er in de samenleving vanuit dat ieder mens zijn of haar wil zelf kan bepalen, tenzij het tegendeel blijkt.³³

In de gezondheidszorg kan het niet anders dan dat het zelfbeschikkingsrecht door bepaalde hulpverlening tijdelijk wordt beperkt, bijvoorbeeld door een narcose, bedrust of ingrepen in het lichaam. Deze beperkingen mogen echter niet verder gaan dan in verband met de aard van de hulp noodzakelijk is. Ondanks deze beperkingen behoren de hulpverleners de zelfbeschikking van mensen juist te bevorderen en moeten ze zich onthouden van onbehoorlijk morele beïnvloeding, bijvoorbeeld door zijn of haar morele opvattingen over euthanasie of abortus aan de patiënt op te leggen. Zelfbeschikking betekent zoals gezegd ook het recht van de mens om te leven naar zijn eigen ideeën, ook als dit afwijkt van wat normaal wordt gevonden in de samenleving. Dit is de vrijheid van de mens, welke nauw verbonden is met het zelfbeschikkingsrecht. Aan de andere kant levert deze vrijheid ook een beperking op in de reikwijdte van het zelfbeschikkingsrecht: omdat we als mensen deel uit maken van de samenleving zullen we altijd rekening

³² R.D. Friele, 'Zelfbeschikking van patiënten verandert voortdurend', *NIVEL* 12 september 2013, www.nivel.nl (zoek op *zelfbeschikking*).

³³ H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 37-38.

moeten houden met elkaars rechten en vrijheden. De beperking zit hem dan ook in het zelfbeschikkingsrecht van anderen. Daarnaast mag de uitoefening van het zelfbeschikkingsrecht niet tot schade bij anderen leiden.³⁴

Een tweede belangrijk beginsel voor de gezondheidszorg is het beschermingsbeginsel, die tot uiting komt in de genoemde begrenzings van het zelfbeschikkingsrecht. In bepaalde omstandigheden kan het beschermen van anderen of het algemeen belang prevaleren boven het zelfbeschikkingsrecht. Het beginsel betekent in de gezondheidszorg onder andere het nemen van verantwoordelijkheid voor diegenen die zorg of hulp nodig hebben. Dit geldt ook voor mensen die hun eigen belangen niet kunnen behartigen en die daarmee zichzelf schade kunnen toebrengen, zoals kinderen, wilsonbekwamen of mensen met een geestelijke stoornis. Voor deze situaties zijn regelingen in het leven geroepen, bijvoorbeeld in het kinderbeschermingsrecht en in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Voor het nemen van beschermende maatregelen in bijvoorbeeld de zorg voor verstandelijk gehandicapten gelden dezelfde criteria als bij de beperking van het zelfbeschikkingsrecht. Zo mag een beschermingsmaatregel alleen worden opgelegd als de betreffende personen de gevolgen van hun handelen niet kunnen overzien en dit handelen schadelijk voor hen is, als de bescherming voldoet aan de criteria van subsidiariteit, proportionaliteit en effectiviteit, als de maatregel zorgvuldig wordt uitgevoerd en een bijdrage leveren aan de zelfbeschikking of ontplooiing van de betrokkene. Een beschermingsmaatregel is een beperking in het zelfbeschikkingsrecht om de betrokkene tegen zichzelf te beschermen. Het idee erachter is dat mensen die niet in staat zijn tot zelfbeschikking, niet aan hun lot mogen worden overgelaten als ze zichzelf daarmee ten gronde zouden richten.³⁵

Tenslotte is het gelijkheidsbeginsel belangrijk in het gezondheidsrecht. Deze hangt net als de andere twee nauw samen met de menselijke waardigheid en kan net als het

³⁴ H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 38-40.

³⁵ Idem, p. 40-41.

beschermingsbeginsel het zelfbeschikkingsrecht beperken als dit nodig is om ongerechtvaardigde ongelijkheid tussen mensen op te heffen of te voorkomen. In het gezondheidsrecht vindt het gelijkheidsbeginsel met name haar toepassing bij het voorkomen van benadeling bij de toegang tot gezondheidszorg en bij de verdeling van schaarse voorzieningen.³⁶

Rechtsbeginselen hangen nauw samen met grondrechten. In tegenstelling tot beginselen zijn grondrechten in het positieve recht opgenomen, dit betekent dat ze in de rechtsregels zijn opgeschreven (gepositieerd). Grondrechten zijn vaak wel beginselachtig geformuleerd en gaan over de fundamentele plaats van de mens in de samenleving. Algemeen erkend wordt dat het beginsel menselijke waardigheid ten grondslag ligt aan de grond- of mensenrechten. In artikel 1 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie is vastgelegd dat de menselijke waardigheid onschendbaar is en moet worden eerbiedigd en beschermd.³⁷ De eerder besproken beginselen werken dan ook door in het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM).³⁸ Voor de gezondheidszorg zijn met name de volgende rechten in het EVRM van belang: het recht op leven (art. 2), het verbod op foltering of onmenselijke of vernederende behandeling (art. 3) en het recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven (art. 8).³⁹ De beginselen en mensenrechten werken tevens door in de Grondwet, zoals in het recht op gelijke behandeling en het verbod op discriminatie (art. 1), het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10), het recht op ontastbaarheid van het menselijk lichaam (art. 11), het recht op bescher-

ming tegen onrechtmatige vrijheidsbeneming (art. 15) en het recht op gezondheidszorg (art. 22).⁴⁰

3.3 PATIËNTENRECHTEN

Voor dit onderzoek is de relatie tussen de burger/patiënt met de zorgaanbieder van belang, het zorgverleningsrecht. Het eerder genoemde het zorginkooprecht en het zorgverzekeringsrecht laat ik verder buiten beschouwing. In de regelingen rond de patiëntenrechten komt het zelfbeschikkingsrecht sterk tot uiting, waarbij de in een kwetsbare positie verkerende patiënt wordt beschermd. De algemene rechten van de patiënt zijn te vinden in het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) en begint bij artikel 7:446 BW, in de 5e afdeling van titel 7, boek 7. In het BW wordt deze afdeling 'de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling' genoemd, maar deze regeling is beter bekend als de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WBGBO). De WBGBO is dwingendrechtelijk van aard (artikel 7:469 BW), er mag niet ten nadele van de patiënt van worden afgeweken.

De behandelingsovereenkomst gaat uit van onderling vertrouwen tussen de patiënt en de hulpverlener en komt zonder meer tot stand bij medische behandelingen of afspraken daarover, ook al zijn partijen zich daar niet bewust van. In deze overeenkomst beogen partijen onderlinge samenwerking om tot een resultaat te komen ten aanzien van de gezondheid. Partijen zijn gelijkwaardig met ieder haar eigen inbreng en verantwoordelijkheden, zoals het respectvol met elkaar omgaan. Het verschil in deskundigheid staat in de overeenkomst niet in de weg, dit is juist een reden om de overeenkomst aan te gaan. Men vertrouwt op de deskundigheid, net als wanneer iemand een overeenkomst aangaat met bijvoorbeeld een architect. De WBGBO omvat alle handelingen op het gebied van geneeskunst en die rechtstreeks betrekking hebben op de patiënt (de opdrachtgever) of een aangewezen derde persoon (artikel 7:446 lid 1 BW). Deze handelingen moeten daarbij worden

³⁶ H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 41-42.

³⁷ M. de Blois, 'Zelfbeschikking of menselijke waardigheid', *PVH* 17^e jaargang – 2010 nr. 1, p. 003-11.

³⁸ H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 43.

³⁹ D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Leerboek gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2013, p. 13.

⁴⁰ H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 43.

verricht in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf.⁴¹

Binnen de patiëntenrechten staat het recht op informatie (artikel 7:448 BW) centraal. De Hoge Raad heeft het belang van het recht op informatie onderstreept door expliciet een koppeling te maken tussen dit recht en het zelfbeschikingsrecht: '*[De] op de arts rustende verplichting de patiënt op duidelijke wijze in te lichten over de risico's verbonden aan de voorgestelde behandeling strekt derhalve niet ertoe de patiënt te beschermen tegen deze risico's, maar zij strekt ertoe [...] de patiënt in staat te stellen goed geïnformeerd te beslissen of hij al dan niet toestemming voor de voorgestelde behandeling zal geven. Het tekortschieten in de nakoming van deze verplichting roept het risico in het leven dat de patiënt niet op de door hem gewenste wijze van zijn zelfbeschikingsrecht gebruik kan maken, het risico derhalve dat hij een keuze maakt die hij mogelijk niet gemaakt zou hebben als hij goed geïnformeerd was.*'⁴² Het recht op informatie is nodig om het zelfbeschikkingrecht te kunnen uitoefenen.

Het recht op informatie is, zoals blijkt uit voorgaande, voor de patiënt van belang om toestemming te kunnen geven voor de behandeling (artikel 7:450 BW). Er kan geen toestemming worden gegeven aan een behandeling als men er niet over is geïnformeerd. Voor deze samenhang tussen informatie en toestemming bestaat in de Verenigde Staten de term 'informed consent'. Toch vallen toestemming en informatie niet altijd samen, bijvoorbeeld als er sprake is van een acuut geval zoals een auto-ongeluk. Toestemming voor het verrichten van medische handelingen mag dan worden verondersteld. Daarnaast moeten patiënten ook informatie krijgen over bijvoorbeeld de bevindingen van een onderzoek of de verdere leefwijze na een behandeling. Het recht op informatie is niet beperkt tot informatie vóór aanvang van een medische behandeling.⁴³

⁴¹ H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 182-183.

⁴² Hoge Raad 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD3963. (voorheen *LJN* AD3963), r.o. 3.5.3.

⁴³ H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 189-191.

Veel regels hebben uitzonderingen, zo ook deze. In bepaalde gevallen hoeft er geen informatie te worden gegeven, bijvoorbeeld in het geval er in het kader van therapie een placebo wordt gebruikt. Het informeren van de patiënt over de placebo doet de therapeutische werking daarvan niet en omdat de behandelingsovereenkomst gericht is op doelmatige therapie mag de behandelaar aannemen dat het niet informeren in dit geval geen schending is van de informatieplicht. Ook kan het niet geven van informatie voorkomen bij minderjarigen en wilsonbekwame personen. In dat geval dienen deze personen wel te worden geïnformeerd naar wat ze wel kunnen bevatten. Tenslotte is er nog de therapeutische exceptie (artikel 7:448 lid 3 BW). Informatie hoeft niet gegeven te worden als dit een 'kennelijk ernstig nadeel' zou opleveren voor de patiënt. De hulpverlener moet in dat geval wel eerst een collega hebben geraadpleegd en zodra het nadeel niet meer bestaat moet de informatie alsnog worden gegeven.⁴⁴ De patiënt heeft overigens ook zelf het recht om aan te geven dat hij niet wil worden geïnformeerd (artikel 7:449 BW).⁴⁵

Het kan nu lijken alsof er vooral sprake is van eenrichtingsverkeer in de communicatie, de behandelaar informeert de patiënt. Dit is echter niet zo, het is van belang dat dit een tweezijdig proces is (artikel 7:452 BW). Uit onderzoek is gebleken dat de patiënt zelf meer dan 85 procent de informatie geeft die voor de diagnose nodig is. Door goede communicatie kan er een betere diagnose worden gesteld. Een goed proces van informatie geven is daarbij tijdbesparend, omdat de patiënt makkelijker meewerkt en problemen oplossen door gebrek aan communicatie meer tijd kost dan regelmatig de patiënt even te informeren. Uit ervaringen in de Verenigde Staten blijkt daarnaast dat goed geïnformeerde patiënten minder geneigd zijn om tegen hun artsen schadeacties in te stellen, zeker in gevallen dat de patiënt onvoldoende op de hoogte is gesteld.⁴⁶

⁴⁴ H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 198.

⁴⁵ *Idem*, p. 200.

⁴⁶ *Idem*, p. 192.

4 KLACHTRECHT

4.1 KWALITEITSREGULERING

Om de kwaliteit in de gezondheidszorg te reguleren is in de jaren negentig de wetsfamilie van de Kwaliteitswet (KZI) in het leven geroepen. Hiertoe behoren de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WkcZ) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ). Het begrip 'verantwoorde zorg' is van groot belang in de KZI, maar is ook een vaag begrip. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan: "zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt" (artikel 2 KZI). Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor de verdere invulling en hun vertegenwoordigde organisaties, zoals brancheverenigingen, dienen hiervoor richtsnoeren te ontwikkelen. Zij zien in eerste instantie ook toe op de naleving en handhaving. Zorgverzekeraars houden daarnaast toezicht op de doelmatigheid van de te verstrekken zorg door middel van hun contracteerbeleid, zij moeten er daarmee voor zorgen dat er efficiënt zorg wordt geleverd. Tenslotte wordt er op de cliëntgerichtheid van de zorg toezicht gehouden door medezeggenschapsstructuren, zoals dit is geregeld in de WMCZ, en andere georganiseerde patiëntenorganisaties. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) oefent daarbij het 'toezicht op toezicht' uit. Pas als de primaire toezichthouders van de gezondheidszorg – de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de patiëntenverbanden – hun toegekende verantwoordelijkheden om toe te zien op de kwaliteit van de zorg, grijpt de IGZ in. Zorgaanbieders moeten tevens eenmaal per jaar verantwoording afleggen over hoe ze de kwaliteit van de zorg handhaven en hun organisatie daarop afstemmen. Deze verantwoording wordt afgelegd door voor 1 juni een openbaar kwaliteitsjaarverslag te zenden aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de regionale IGZ en de regionale patiënten- en consumentenorganisaties.⁴⁷

⁴⁷ H.E.G.M. Hermans & M.A.J.M. Buijsen, *Recht en gezondheidszorg*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg 2010, p. 179-188.

4.2 KLACHTRECHT

Voor de rechtspositie van de patiënt is het natuurlijk van belang dat er mogelijkheden zijn om het eigen recht te handhaven. Dit zou via de rechter kunnen in omslachtige procedures van het privaats-, bestuurs-, of strafrecht of via de tuchtrechter. De vraag is echter of dit tot wenselijke oplossingen leidt, daarbij is de drempel vaak hoog. Laagdrempeliger is een klachtenprocedure, omdat daarbij geen rechter aan te pas komt. Daardoor kunnen patiënten gemakkelijker hun ongenoegen uiten over de behandeling of bejegening door een hulpverlener of instelling en kan de betreffende hulpverlener of instelling de oorzaak van de klacht wegnemen en genoegdoening scheppen. Voor de instelling zijn klachten ook waardevolle signalen voor het verbeteren van de kwaliteit in de zorg.⁴⁸

Daarnaast krijgen vage begrippen zoals 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap' (art. 7:453 BW) nadere invulling door middel van klachtenprocedures. Dit geldt ook voor de interpretatie van patiëntenrechten, zoals het recht op informatie. Artikel 7:448 lid 2 BW bepaalt dat de hulpverlener de informatie moet verstrekken die de patiënt 'redelijkerwijs' zou moeten weten. Welke informatie dit concreet is, kan bij een meningsverschil alleen via het klachtrecht worden verduidelijkt.⁴⁹

Het klachtrecht is niet alleen belangrijk voor het uitoefenen van de rechtspositie van de patiënt, het klachtrecht is ook belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Klachten kunnen wijzen op gebreken in de kwaliteit van de zorg, vooral als er uit meerdere gegronde klachten blijkt dat er sprake is van een bepaald patroon. De oorzaak van de klachten kan in dat geval worden aangepakt om de kwaliteit van de zorg weer omhoog te krijgen.⁵⁰

⁴⁸ H.E.G.M. Hermans & M.A.J.M. Buijsen, *Recht en gezondheidszorg*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg 2010, p. 613.

⁴⁹ H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*. Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 269.

⁵⁰ Ph.S. Kahn & J. Legemaate, *Klachtenprocedures in de gezondheidszorg*. Den Haag: SDU Uitgevers 2004, p. 2.

Patiënten kunnen met hun klachten op dit moment meerdere procedures volgen, bijvoorbeeld bij de civiele rechter, bestuurs-, strafrechter of tuchtrechter. Men kan naar aanleiding van dezelfde zaak één of meerdere procedures beginnen, hetzij tegelijk of na elkaar. De keuze voor een bepaalde procedure is afhankelijk van het doel dat door de patiënt wordt nagestreefd. In de gevallen dat de ene instantie een zaak anders beoordeelt dan de andere, kunnen er motiveringsvragen- en plichten ontstaan.⁵¹ De Hoge Raad heeft in 2002 geoordeeld dat de civiele rechter wel mag afwijken van het tuchtcollege, maar dat dit wel gemotiveerd moet worden, bijvoorbeeld op grond van een andersluidend oordeel van een deskundige. Daarbij moet de motivering voldoende begrijpelijk gemaakt zijn in het licht van het oordeel van de tuchtrechter.⁵²

Voor alle te volgen procedures is het dossier van de patiënt van belang, omdat dit een bron is van feiten en ontwikkelingen die aan de klacht of schadeclaim ten grondslag liggen. Het bijhouden van een patiëntendossier wordt verplicht door de wet in artikel 7:454 BW. Als er geen klachten zijn is het dossier vooral voor de hulpverlener van belang, omdat daarmee de kwaliteit en continuïteit van de zorg wordt gewaarborgd. Bij een klacht kunnen de gegevens uit het dossier voor de patiënt aanknopingspunten bieden voor de onderbouwing. Het kan natuurlijk ook blijken dat de klacht ongegrond is. Daarnaast heeft de Hoge Raad op het gebied van het civiele recht een zogenoemde 'stelplicht' voor hulpverleners ontwikkeld. Dit betekent dat de hulpverlener die aansprakelijk wordt gesteld aan de patiënt zo veel mogelijk feitelijke informatie moet verstrekken zodat de patiënt aanknopingspunten heeft voor de bewijsvoering. Door het dossier in de procedure in te brengen worde door de hulpverlener aan de stelplicht voldaan. Indien het dossier onvoldoende is bijgehouden door de hulpverlener, kan hij niet aan zijn stelplicht voldoen en wordt in de procedure vaak de bewijslast bij de hulpverlener gelegd.

⁵¹ Ph.S. Kahn & J. Legemaate, *Klachtenprocedures in de gezondheidszorg*, Den Haag: SDU Uitgevers 2004, p. 4-5.

⁵² H. Uhlenbroek & M. Mooibroek, 'De invloed van tuchtrecht op aansprakelijkheid', *Medisch Contact*, Nr. 21 - 23 mei 2013, p. 1119-1121.

Het goed bijhouden van het dossier is voor de hulpverlener om deze reden van groot belang.⁵³

Behalve de stelplicht in procedures heeft de hulpverlener ook te maken met het beroepsgeheim. De vraag is hoe dit zich verhoudt ten opzicht van de stelplicht, want: is het gebruik van het patiëntendossier door een hulpverlener in het kader van zijn verweer een schending van dit beroepsgeheim? Volgens de Hoge Raad is dat inderdaad het geval. Omdat de hulpverlener door de patiëntengegevens aan een derde te verstrekken (bijvoorbeeld de klachtencommissie of de tuchtrechter) zijn geheimhoudingsplicht schendt, heeft hij daarvoor een rechtvaardiging nodig. Het belang van een goede verdediging zal al snel zo'n rechtvaardiging opleveren, maar de hulpverlener mag dan alleen de relevante gegevens voor zijn verdediging gebruiken.⁵⁴

4.3 DE WKcz

Een laagdrempelige klachten behandeling en tegelijk de kwaliteit van de zorg verbeteren is het doel van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz), die in werking is getreden op 1 augustus 1995. Tot die tijd hadden patiënten alleen de wettelijke mogelijkheid om te kiezen voor het civiele recht, het tuchtrecht of het strafrecht en waren de voorzieningen voor klachtenbehandeling in de zorgsector zelf niet voldoende ontstaan. Met de Wkcz heeft de patiënt meer mogelijkheden gekregen om zijn of haar rechtspositie te handhaven.⁵⁵

Met de Wkcz is iedere zorgaanbieder verplicht geworden een regeling te treffen voor de behandeling van klachten over een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens een cliënt (artikel 2 lid 1 Wkcz). Deze regeling is naar eigen inzicht door de instelling in te richten, maar moet wel bepaalde elementen bevatten. Zo moet er een klachtencommissie zijn die minimal moet bestaan uit drie leden waarvan één voorzitter is. Deze voorzitter mag niet in dienst zijn bij de instelling en is daarmee onafhanke-

⁵³ Ph.S. Kahn & J. Legemaate, *Klachtenprocedures in de gezondheidszorg*, Den Haag: SDU Uitgevers 2004, p. 5-6.

⁵⁴ Idem, p. 5-6. Zie ook: HR 8 april 2003, *NJ*2004, 365.

⁵⁵ Idem, p. 12-13.

lijk (artikel 2 lid 2 sub a Wkcz). De onafhankelijkheid wordt daarnaast gewaarborgd door dat de aangeklaagde niet bij de behandeling van de klacht betrokken mag zijn (artikel 2 lid 2 sub b Wkcz). Er wordt niet een verplichte termijn gegeven waarbinnen de klacht moet zijn afgehandeld, de instelling kan in de eigen regeling een termijn daarvoor vaststellen. Zelfs als deze termijn niet kan worden gehaald, kan de instelling met opgave van redenen de termijn verlengen naar eigen inzicht (artikel 2 lid 2 sub c en d Wkcz).

Aan het indienen van de klacht is geen vormvereiste gesteld, veel instellingen nemen echter in hun reglement van de klachtencommissie op dat dit schriftelijk moet gebeuren. Alleen de cliënt zelf, een vertegenwoordiger of nabestaande van de cliënt kan een klacht indienen. De zoon van een cliënt in een verzorgingstehuis kan bijvoorbeeld niet klagen over hoe hij daar is behandeld, dat valt buiten de reikwijdte van de Wkcz.⁵⁶ Bij de klachtencommissie vindt na indiening van de klacht hoor en wederhoor plaats, schriftelijk of mondeling (artikel 2 lid 2 sub e). De inhoudelijke klacht mag over van alles gaan, de Wkcz geeft hiervoor geen definitie. Artikel 1 lid 1 sub e Wkcz definieert wel de gedraging waarover kan worden geklaagd: “enig handelen of nalaten alsmede het nemen van een besluit dat gevolgen heeft voor een cliënt”. De klachtencommissie komt tot een eindoordeel ‘gegrond’ of ‘ongeground’ en behoort dit oordeel met redenen omkleed schriftelijk mede te delen aan de klager en aangeklaagde, binnen de in het reglement vastgestelde termijn (artikel 2 lid 2 sub c Wkcz). Deze termijn kan door de klachtencommissie worden verlengd met opgaaf van redenen en een nieuwe termijn waarbinnen de uitspraak kan worden verwacht (artikel 2 lid 2 sub d Wkcz). De zorgaanbieder moet binnen een maand nadat de klachtencommissie uitspraak heeft gedaan haar eigen oordeel hierover mededelen aan de klager en aangeklaagde, eventueel vergezeld met welke maatregelen genomen worden naar aanleiding van de klacht (artikel 2 lid 5 Wkcz). Ook deze termijn hoeft niet strikt te worden nageleefd, bij opgaaf van redenen kan deze naar eigen inzicht worden verlengd.

⁵⁶ D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Leerboek gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2013, p. 10. Zie ook: Ktr. Groningen 23 september 1999, TvGR 1999/77.

Omdat aan de Wkcz door instellingen veel eigen invulling kan worden gegeven, heeft het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO op instellingen gerichte handvatten opgesteld voor het inrichten van een cliëntgerichte en voor de instelling een passende klachtenregeling: de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. Hierin staat bijvoorbeeld opgenomen dat het belangrijk is dat de manier van klachtenafhandeling bij de doelen, behoeften en verwachtingen van de klager aansluit en dat de klager vrij is om te kiezen welke weg hij wil volgen. De klachteninstantie wordt daarom aangeraden in een vroeg stadium van de klager helder te krijgen waarom de klacht wordt ingediend en wat diegene ermee wil bereiken, zodat passende informatie gegeven kan worden. Daarnaast pleit het CBO onder andere voor één duidelijke klachtenregeling zonder dat een klacht moet worden opgesplitst, duidelijk onderscheid tussen de verschillende te volgen procedures binnen een instelling, om geen kosten over de klachtenbehandeling bij de klager in rekening te brengen en dat de zorgaanbieder een open klimaat bevordert rondom klachten, fouten en complicaties bij de medewerkers.⁵⁷

Dat er veel belang wordt gehecht aan de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg blijkt uit het feit dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) recent de richtlijn als uitgangspunt heeft genomen om normen te formuleren waaraan zij de klachtopvolging door zorgaanbieders gaat toetsen. De IGZ wil het toezicht op de klachtopvang door zorgaanbieders namelijk verscherpen in het kader van het project Opvolging Burgerklachten.⁵⁸ De geformuleerde vijf normen zijn de volgende:

- 1 Informatie over de klachtenregeling is begrijpelijk en gemakkelijk te vinden voor de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- 2 De wens en de keuzevrijheid van de cliënt staat voorop waarbij bijstand mogelijk is en het verloop van de klachtprocedures is voldoende kenbaar;
- 3 Klachten worden systematisch geregistreerd en in het jaarverslag openbaar gemaakt.

⁵⁷ CBO, *Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg*, Utrecht: Stichting Beheer Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg 2004.

⁵⁸ M. Jonkers, ‘IGZ formuleert toetsingskader voor klachtopvolging’, *GGZ Nederland* 29-04-2014, www.ggz nederland.nl (zoek op *actueel* → *zorg en recht*).

- 4 Er is een systematische vertaalslag van klacht naar kwaliteit;
- 5 De zorgaanbieder voorziet in een klachtencommissie en een reglement over de werkwijze van de klachtencommissie.⁵⁹

⁵⁹ Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Toetsingskader kwaliteit klachtbehandeling door zorgaanbieders*, Utrecht: IGZ, juli 2013.

5 KLACHTOPVANG BINNEN ZORGINSTELLINGEN

5.1 INLEIDING

Behalve de wettelijke noodzaak voor klachtopvang, het verbeteren van de kwaliteit in de zorg en het uitoefenen van de rechtspositie van de cliënt heeft de opvang en behandeling van klachten ook nog andere functies. Voor de individuele patiënt zijn de belangrijkste het wegnemen van onvrede, het krijgen van genoegdoening en herstel van de relatie met de hulpverlener. Mensen die afhankelijk zijn van zorg zullen niet snel klagen, omdat ze bijvoorbeeld bang zijn voor represailles, niet durven te klagen of niet weten hoe ze moeten klagen. Zeker de formele klachtopvang zoals de klachtencommissie is voor de meeste cliënten heel hoogdrempelig. Een zo laagdrempelige mogelijke klachtopvang nodigt meer uit en kan heel goed in de informele sfeer plaatsvinden. Streven naar het ter plekke bespreken en oplossen van onvrede met de betreffende hulpverlener of leidinggevende is daarvoor een goede manier en kan escalatie voorkomen. Een ander voordeel daarvan is dat hulpverleners op de werkvloer zelf het beste op de hoogte zijn van wat er speelt. Er kan daarom worden gezegd dat zorgvuldige klachtbehandeling, goede kwaliteit van zorg, cliëntgerichte zorg en een goede rechtspositie van cliënten voornamelijk worden gewaarborgd door de manier waarop op de werkvloer met klachten van cliënten wordt omgegaan.⁶⁰

Er zijn veel factoren te noemen waardoor klachten kunnen ontstaan: (veronderstelde) fouten, (de manier van) communicatie, ongecorrigeerde verwachtingen, misverstanden, niet nakomen van afspraken, interpretatieverschillen over patiënten- of cliëntenrechten, tarieven, bejegening, personeelstekort of de organisatie van de zorg.⁶¹ Veel cliënten benoemen het uiten van hun onvrede overigens niet als klacht, omdat ze het begrip 'klacht' associëren met meer ernstige kwesties. Het is dan ook van belang tegenover

cliënten een ruime interpretatie van het begrip 'klacht' te hanteren. Onvrede zou bijvoorbeeld ook onder de noemer 'suggesties voor verbetering' geplaatst kunnen worden. Als er een brede definitie van het begrip 'klacht' wordt gehanteerd kunnen er ook meer signalen als klacht worden geïnterpreteerd die allemaal informatie geven over eventuele tekortkomingen in de zorg.⁶² Klachten hebben daarnaast gevolgen voor de cliënt en de zorgaanbieder. Voor cliënten kunnen klachten ertoe leiden dat de ziekte of aandoening nog ingrijpender en meer belastend wordt. Voor zorgaanbieders en kunnen klachten leiden tot (onnodige) imago schade en extra kosten en voor de hulpverleners tot emotionele belasting en conflicten.⁶³

In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op de mogelijke manieren om met klachten om te gaan binnen een zorginstelling en wordt er veel aandacht besteed aan de rol van de klachtenfunctionaris en de cliëntvertrouwenspersoon.

5.2 HET BELANG VAN EEN KLACHTVRIENDELIJK KLIMAAT

Voor een effectieve klachtenopvang en –behandeling is een klachtvriendelijk klimaat een voorwaarde. In een klachtvriendelijk klimaat is een veilige, open sfeer waarin ruimte is om ook negatieve ervaringen te kunnen bespreken. Er zijn laagdrempelige mogelijkheden om onvrede kenbaar te maken en cliënten worden hier ook zichtbaar toe uitgenodigd. Ook willen medewerkers leren van klachten en zien deze als aandachtspunten voor verbetering in de zorg. Communicatie en bejegening zijn hiervoor een bepalende factor.

Het grootste belang van een klachtvriendelijk klimaat is dat er in veel gevallen juridisering van de klacht kan worden voorkomen, zeker als het normaal is om in een vroeg stadium de onvrede te bespreken. Niet alleen (onnodige) juridi-

⁶⁰ K. van Berchum, *Klantvriendelijk = klachtvriendelijk, Communiceren over klachten in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1998, p. 15-17.

⁶¹ CBO, *Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg*, Utrecht: Stichting Beheer Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg 2004.

⁶² K. van Berchum, *Klantvriendelijk = klachtvriendelijk, Communiceren over klachten in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1998, p. 11-13.

⁶³ CBO, *Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg*, Utrecht: Stichting Beheer Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg 2004.

sering kan daarmee worden voorkomen, maar ook escalatie van de klacht. In een cultuur van openheid en bespreekbaarheid leren cliënten daarbij dat ze inspraak hebben in hun dagelijkse leefomgeving, dit vergroot hun mondigheid en is er al minder kans op onvrede. Hierdoor ontstaat ook een veiliger klimaat om de onvrede te durven uiten en dit draagt bij aan de laagdrempeligheid.

Om dit te bewerkstelligen is het van belang dat de gehele organisatie openstaat voor klachten en het onderwerp op ieder niveau in de organisatie op de agenda staat. Hulpverleners moeten het nut ervan inzien en gemotiveerd zijn eraan te werken. Van medewerkers vraagt dit een klachtvriendelijke houding. Dit houdt in dat de hulpverlener de klachten serieus neemt, echt luistert en de tijd neemt als een cliënt zijn onvrede meedeelt, zich zichtbaar openstelt voor klachten en ze bespreekbaar vindt. Daarbij is het van belang dat hulpverleners niet defensief op klachten reageren of ze lastig vinden en dat ze hun fouten durven toe te geven. Omdat zorgafhankelijke cliënten niet snel klagen is een uitnodigende houding belangrijk waarbij de hulpverlener cliënten het gevoel geeft dat ze belangrijk zijn en dat vragen, suggesties en klachten welkom zijn. Dit kan daarnaast expliciet in het informatiemateriaal van de instelling worden vermeld. Ook kunnen cliënten actief worden benaderd door te vragen of alles naar wens is en of er suggesties zijn voor verbetering, omdat cliënten op kunnen zien tegen het schrijven van een klachtbrief of het maken van een afspraak. Het geven van mondelinge informatie is daarbij nuttig omdat cliënten de schriftelijke informatie niet altijd lezen.⁶⁴

Zorginstellingen kunnen een klachtvriendelijk klimaat ook nog op andere manieren bewerkstelligen. Een lage drempel creëren voor het indienen van klachten is daar één van. Dit betekent dat er een eenvoudige, duidelijke en toegankelijke klachtenprocedure is met zo min mogelijk vormvereisten aan het uiten van de klacht en dat er goede voorlichting is over de inhoud en mogelijkheden van de klachtenprocedure. Hulpverleners moeten daarbij de klachtenprocedure

⁶⁴ K. van Berchum, *Klantvriendelijk = klachtvriendelijk, Communiceren over klachten in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1998, p. 27-31.

kennen en eenduidig toepassen.⁶⁵ Andere manieren zijn bijvoorbeeld het organiseren van groeps gesprekken waarin cliënten worden uitgenodigd hun ervaringen te delen, het neerzetten van een klachten- en ideeënbus en een telefonisch meldpunt voor klachten. Voor klachten van meer ernstige aard zou een waarschuwingsprotocol kunnen worden geschreven, waar duidelijk in staat wanneer een klacht als ernstig moet worden beschouwd en wat de beste (juridische) aanpak en procedure is. Het kan dan gaan om bijvoorbeeld ongewenste intimiteiten, (vermoedens van) seksueel misbruik of diefstal.⁶⁶ Ook het omgaan met medische fouten en schade zou hierin kunnen worden opgenomen.

5.3 DOELEN VAN DE KLAGER

Cliënten kunnen verschillende wensen of doelen hebben voor wat ze met hun klacht willen bereiken. Een belangrijk motief is het gevoel dat de cliënt onrecht is aangedaan en dat men onrechtvaardig behandeld is. Gevoelens als: 'dit kan niet' en 'dit mag nooit meer gebeuren', zijn belangrijke drijfveren om een klacht in te dienen.⁶⁷ Cliënten willen dan vaak ook voorkomen dat een ander hetzelfde overkomt. Cliënten willen vervolgens een luisterend oor voor hun onvrede, de zorgrelatie met hun hulpverlener herstellen, een bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg, vergoeding van de geleden schade of sancties treffen tegen de betreffende hulpverlener. Daarnaast kan het zijn dat de cliënt een klacht indient om te krijgen waar hij recht op heeft, zoals informatie en inzage in hun medische dossier.⁶⁸ Uit een onderzoek naar ervaringen van mensen met klachten in de zorg bleek dat de achterliggende reden daarvan is dat cliënten precieze (medische) informatie wilden over wat er was gebeurd en waarom er bepaalde fouten waren gemaakt. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat cliënten het heel

⁶⁵ Idem, p. 30.

⁶⁶ K. van Berchum, *Klantvriendelijk = klachtvriendelijk, Communiceren over klachten in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1998, p. 59-64.

⁶⁷ S. Kruike-meier e.a., *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*, Utrecht: Nivel 2009, p. 18-19.

⁶⁸ K. van Berchum, *Een kwestie van vertrouwen, Een handreiking voor klachtenfunctionarissen en cliëntenvertrouwenspersonen in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1999, p. 21.

belangrijk vinden om erkend te worden, ze hadden bijvoorbeeld graag gewild dat hulpverleners hun fouten hadden toegegeven en hun verantwoordelijkheid daar ook voor namen.⁶⁹ Erkenning van de gemaakte fout of van het ervaren onrecht willen cliënten ook verkrijgen door bijvoorbeeld getoond medeleven, excuses van de hulpverlener of door een uitspraak van de klachtencommissie. Het krijgen van een oplossing en/ of herstel van de gemaakte fout kan tevens een reden zijn om een klacht in te dienen.⁷⁰ Uit het eerdergenoemde onderzoek blijkt dat veel cliënten het erg op prijs hadden gesteld als de hulpverleners zelf met oplossingen zouden komen, bijvoorbeeld door een herstelbehandeling aan te bieden. Cliënten vinden het tenslotte belangrijk het gevoel te hebben dat ze niet voor niets hebben geklaagd, dus dat er iets met de klacht gebeurt. Uit het onderzoek bleek dat cliënten het gevoel hadden dat de klachtbehandeling niets had opgeleverd. Ze misten bijvoorbeeld een terugkoppeling van de organisatie, over wat er naar aanleiding van de klacht gedaan was.⁷¹

5.4 KLACHTEN VOORKOMEN OP HET NIVEAU VAN DE HULPVERLENER

5.4.1 COMMUNICATIE

Eén van de bronnen waaruit veel onvrede bij cliënten ontstaat, is de communicatie tussen de hulpverlener en de cliënt. Een open communicatie is voor hulpverleners niet altijd even gemakkelijk omdat ze te maken hebben met bezuinigingen, handelingsprotocollen en een hoge werkdruk. Niettemin kunnen klachten worden voorkomen als de hulpverlener openstaat voor signalen dan de communicatie volgens de cliënt tekortschiet.

Voor een cliëntgerichte communicatie is het van belang dat de hulpverlener tijdens de zorghandelingen ruimte creëert voor persoonlijk contact en inbreng van de cliënt. Concreet kan de hulpverlener de cliënt vragen naar zijn behoeften,

⁶⁹ S. Kruikemeier e.a., *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*, Utrecht: Nivel 2009, p. 26-27.

⁷⁰ K. van Berchum, *Een kwestie van vertrouwen, Een handreiking voor klachtenfunctionarissen en cliëntenvertrouwenspersonen in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1999, p. 21.

⁷¹ S. Kruikemeier e.a., *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*, Utrecht: Nivel 2009, p. 31.

zich proberen voor te stellen hoe het is om cliënt te zijn, begripvol te luisteren en trachten niet op de automatische ploot te gaan werken. Daarbij kan het nuttig zijn in een structureel overleg met collega's kennis en ervaring over het omgaan met onvrede bij cliënten te delen.

Knelpunten in de communicatie zijn de afhankelijkheidsrelatie tussen de cliënt en de hulpverlener en ieders gezichtspunt op de dagelijkse zorg. De onafhankelijkheidsrelatie ontstaat door het verschil in kennis en mogelijkheden zich aan een situatie te onttrekken. Cliënten moeten maar vertrouwen op de deskundigheid en inzet van de hulpverleners. Door open mét de cliënt te spreken in plaats van óver de cliënt, krijgt hij weer een gevoel van zelfbeschikking en ontstaat er meer ruimte voor het uiten van eventuele onvrede. Daarnaast heeft iedereen zijn eigen waarneming van situaties, waardoor er een verschillend gezichtspunt bestaat tussen de hulpverlener en de cliënt over de dagelijkse zorg. Door in een meer gelijkwaardig gesprek deze verschillen en elkaars verwachtingen helder te krijgen kunnen de verschillende perspectieven op elkaar worden afgestemd en onvrede daarover worden voorkomen.

Klachten over communicatie kunnen door de hulpverlener verder worden voorkomen door goed gedoseerde en begrijpelijke informatie te geven, de cliënt zijn verhaal te laten vertellen door vragen te stellen en te luisteren en door non-verbaal en affectief gedrag te laten merken dat de cliënt serieus wordt genomen. De hulpverlener kan daarbij duidelijk maken aan de cliënt dat hij met eventuele onvrede altijd bij hem terecht kan en vervolgens ook tijd aan te besteden aan signalen van onvrede, eventueel door er een aparte afspraak voor te maken. In het geval van een uiting van onvrede is het voor de hulpverlener van belang niet defensief te reageren en eventuele fouten toegeven aan de cliënt (uiteraard zonder uitspraken te doen over aansprakelijkheid of schadevergoeding⁷²). Voor het voorkomen van klachten is tenslotte een goede overdracht naar collega's van belang, zodat de cliënt niet steeds andere informatie te horen krijgt van andere hulpverleners.⁷³

⁷² Zie paragraaf 6.2, civiele rechter.

⁷³ K. van Berchum, *Klantvriendelijk = klachtvriendelijk, Communiceren over klachten in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1998, p. 19-21.

Ook direct nadat de klacht is ontstaan is een goede communicatie van groot belang om verdere escalatie te voorkomen. Uit onderzoek is gebleken dat mensen er veel waarde aan hechten aan hoe er met hun klacht wordt omgegaan door de hulpverlener. Het gaat dan om een snelle en adequate reactie van de hulpverlener op het moment dat de onvrede is ontstaan. Bij veel cliënten die een officiële klacht indienden bij de klachtencommissie gaven aan dat dit niet was gebeurd. De cliënten hadden bijvoorbeeld graag een persoonlijk gesprek gehad met de betrokken hulpverlener (67%), minder dan de helft had dat ook daadwerkelijk gekregen (42%). Degenen die wel een persoonlijk gesprek hadden gehad vonden dit echter niet erg bevredigend. Tijdens de gesprekken was niet goed naar de cliënt geluisterd, was er niet uitgelegd hoe het een en ander had kunnen gebeuren, gemaakte fouten werden niet toegegeven, werd er niet besproken hoe de klachten in de toekomst konden worden voorkomen en werd er niet samen naar een oplossing voor de klachten gekeken.⁷⁴

5.4.2 BEJEGENING

Een andere bron waaruit veel onvrede bij cliënten ontstaat, is de bejegening, die nauw samenhangt met de communicatie. Uit onderzoek blijkt dat cliënten niet tevreden zijn met hoe door hulpverleners werd gereageerd op hun klachten. Dit had vooral te maken met de ongelijkwaardigheid in hun houding en in de procedure. Cliënten hadden hierbij het gevoel dat de hulpverleners niet eerlijk waren, geen verantwoordelijkheid namen en elkaar de hand boven het hoofd hielden.⁷⁵ De kwaliteit en de deskundigheid van de zorg wordt door cliënten, behalve op de feitelijke zorg, dan ook voornamelijk op grond van de houding van de hulpverleners tegenover de cliënt beoordeeld. Een goede bejegening bepaalt het welbevinden van cliënten en maakt eventuele onvrede draaglijker. Voor een juiste bejegening is het voor de hulpverlener van belang dat hij de cliënt niet benaderd vanuit een machtspositie, maar vanuit respect en gelijkwaardigheid. Een respectvolle bejegening ontstaat eerder indien een cliënt niet als object van zorg wordt ge-

⁷⁴ S. Kruike-meier e.a., *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*, Utrecht: Nivel 2009, p. 8.

⁷⁵ S. Kruike-meier e.a., *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*, Utrecht: Nivel 2009, p. 29.

zien, maar als compleet mens met daarbij een ziektebeeld of probleem. Een dergelijke benadering maakt het voor cliënten gemakkelijker om zijn wensen en behoeften kenbaar te maken. Verder is het van belang dat de hulpverlener niet voor de cliënt gaat denken en niet alleen de eigen ervaringen als uitgangspunt voor het handelen te nemen. Regelmatig afstand nemen van de cliënt en objectief te luisteren, kan de hulpverlener helpen om geen bevooroordeelde houding aan te nemen.⁷⁶

5.5 DE KLACHTONDERSTEUNER

5.5.1 DOEL

Veel instellingen hebben voor cliënten één of meerdere personen aangesteld die een klachtovangfunctie hebben, met als doel een laagdrempelig aanspreekpunt te bieden waar de cliënt zijn onvrede vertrouwelijk kwijt kan. Door informatie, advies en ondersteuning te bieden richt de klachtenondersteuner zich op het wegnemen van onvrede en de cliënt genoegdoening te geven. Door de klachtovangfunctie kan de (rechts)positie van de cliënt worden versterkt en levert aan de zorginstelling een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van de zorg door het signaleren en bespreekbaar maken van (structurele) klachten.⁷⁷ De klachtenondersteuner kan vele namen hebben: klachtenfunctionaris, vertrouwenspersoon, cliëntenvertrouwenspersoon, cliëntencontactpersoon, klachtenvertrouwenspersoon of klachtenbemiddelaar. Ook kan de klachtenondersteuner verschillende taken hebben. Zo zal de ene klachtenondersteuner zich vooral richten op bemiddeling en een ander zich richt op allerlei soorten vragen en problemen waardoor deze bijna fungeert als maatschappelijk werker. Hoe de klachtenondersteuner ook heet of welke taken hij uitvoert, van belang is dat voor alle betrokkenen duidelijk is hoe breed zijn takenpakket is.⁷⁸

⁷⁶ K. van Berchum, *Klantvriendelijk = klachtvriendelijk, Communiceren over klachten in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1998, p. 23-26.

⁷⁷ K. van Berchum, *Een kwestie van vertrouwen, Een handreiking voor klachtenfunctionarissen en cliëntenvertrouwenspersonen in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1999, p. 21.

⁷⁸ Idem, p. 11-18.

5.5.2 ONAFHANKELIJKHEID

De klachtondersteuner kan in dienst zijn van een onafhankelijke organisatie, zoals de Stichting Klachtenbemiddeling Gezondheidszorg, of is in dienst bij de zorginstelling waarvoor hij ook werkzaam is. In de praktijk zijn de meeste klachtondersteuners in dienst bij de instelling en moet daarom de klager zo objectief mogelijk informeren over de verschillende mogelijkheden voor de behandelingen van klachten en de voor- en nadelen van de verschillende procedures.⁷⁹ Een zo onafhankelijk mogelijke opstelling is belangrijk voor het winnen van het vertrouwen van de cliënt. Contacten met het management of met medewerkers zijn tot op zekere hoogte nodig, maar kunnen in de ogen van cliënten afbreuk doen aan de onafhankelijke positie. Het is daarom van belang dat de klachtondersteuner een zekere afstand bewaard en het contact beperkt tot het noodzakelijke. Daarbij is het van belang dat de klachtondersteuner niet teveel betrokken raakt bij problemen binnen de instelling en zich niet met de directe zorgverlening bemoeit. Voor het bewaken van de onafhankelijkheid kunnen richtlijnen op papier worden gezet.⁸⁰

5.5.3 BEVOEGDHEDEN, RECHTEN EN PLICHTEN

Om de rechten, plichten en bevoegdheden en daarmee de rechtspositie van de klachtondersteuner voor cliënten, hulpverleners en het management inzichtelijk te maken, is het van belang dat deze schriftelijk zijn vastgelegd. De plichten zijn tenslotte de rechten van de cliënt. Voor de klachtondersteuner is het bovendien prettig als hij zich hierop kan beroepen bij eventuele meningsverschillen met een hulpverlener of het management.

Er zijn drie belangrijke plichten te onderscheiden: de geheimhoudingsplicht, de plicht om toestemming aan de cliënt te vragen voor bepaalde handelingen en de plicht de cliënt inzage in zijn klachtdossier te geven de cliënt hierom vraagt. Ten aanzien van de geheimhoudingsplicht is dat voor de cliënt een belangrijke garantie dat wat de cliënt aan de klachtondersteuner vertelt daar ook blijft. Het kan na-

tuurlijk voorkomen dat de cliënt in vertrouwen iets verteld waarvan de klachtondersteuner vindt dat hij dit toch, tegen de wens van de cliënt in, moet melden omdat hij deze dermate ernstig vindt. In principe bepaalt de cliënt dan of het wel of niet naar buiten wordt gebracht. Alleen wanneer een klacht een strafrechtelijk en/ of moreel ontoelaatbare kwestie betreft, kan dit een melding rechtvaardigen. De klachtondersteuner moet dan de geheimhoudingsplicht afwegen tegen zijn meldingsplicht. Naast de geheimhoudingsplicht moet de klachtondersteuner toestemming vragen aan de cliënt om bepaalde handelingen uit te mogen voeren. Hierbij gaat het al om de klachtafhandeling zelf: de cliënt moet toestemming geven voor de acties en beslissingen van de klachtondersteuner, de cliënt beslist wat er met zijn klacht gebeurt. Daarnaast heeft de klachtondersteuner toestemming nodig voor inzage van het dossier van de cliënt en om informatie van derden op te kunnen vragen. In het geval dat de cliënt met zijn klacht naar de klachtencommissie gaat en de klachtencommissie wil het klachtdossier inzien, dan mag de klachtondersteuner dit pas verstrekken na toestemming van de cliënt. Tenslotte heeft de cliënt het recht zijn eigen klachtdossier in te zien en de klachtondersteuner daarmee de plicht dit na verzoek te geven.

Naast de genoemde plichten heeft de klachtondersteuner rechten en bevoegdheden. De klachtondersteuner heeft een inzage-recht in het dossier, wel pas na toestemming van de cliënt. Hulpverleners moeten dit recht respecteren. De klachtondersteuner dient zich bij inzage in het dossier te beperken tot wat noodzakelijk is om de klacht te onderzoeken. Daarbij heeft de klachtondersteuner het recht om cliënten te bezoeken en heeft daarvoor vrije toegang tot alle ruimten en terreinen van de instellingen voor zover hij dat nodig heeft. De klachtondersteuner heeft voor het spreken met de cliënt geen toestemming van derden nodig. De klachtondersteuner is verder bevoegd om informatie in te winnen bij de zorgaanbieder, de hulpverleners, cliënten of derden, zowel schriftelijk als mondeling. Voor het inwinnen van informatie van derden moet de cliënt toestemming geven. Tenslotte heeft de klachtondersteuner recht op een eigen werkplek, waar faciliteiten zijn voor het verwerken en

⁷⁹ Ph.S. Kahn & J. Legemaate, *Klachtenprocedures in de gezondheidszorg*, Den Haag: SDU Uitgevers 2004, p. 11.

⁸⁰ K. van Berchum, *Een kwestie van vertrouwen, Een handreiking voor klachtenfunctionarissen en cliëntenvertrouwenspersonen in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1999, p. 37-42.

opbergen van gegevens en om vertrouwelijke gesprekken te kunnen voeren.⁸¹

5.5.4 TAKEN

Ook al is er geen eenduidigheid in invulling van de taken van de klachtondersteuner, in zijn algemeenheid zijn er een aantal taken te noemen die de klachtondersteuner in ieder geval verricht:

1 Luisteren

De luisterfunctie van de klachtondersteuner is van belang omdat cliënten vaak de indruk hebben dat hulpverleners niet altijd écht naar ze luisteren, omdat ze daar bijvoorbeeld geen tijd of aandacht voor hebben. Het is dan belangrijk dat er door de klachtondersteuner wel écht wordt geluisterd. De klachtondersteuner doet dit door geduldig het verhaal aan te horen, zich in de situatie inleeft en geen oordeel velt. Voor sommige cliënten is een luisterend oor het enige wat ze nodig hebben om hun onvrede weg te nemen.

2 Informatie verstrekken

De klachtondersteuner geeft informatie en advies aan de cliënt. Dit kan bijvoorbeeld gaan om informatie over de gang van zaken in de instelling, zijn rechten, de werkwijze van de klacht ondersteuner, de mogelijkheden om tot een oplossing te komen en de voor en nadelen van iedere mogelijke acties.

3 Ondersteunen bij klachten

Om te beginnen kan de klachtondersteuner de cliënt helpen de klacht duidelijk onder woorden te brengen.⁸² Het is vervolgens van belang dat de cliënt eerst met de betreffende hulpverlener zijn klacht of ongenoegen bespreekt, voor een snel en bevredigend resultaat en voordat de klacht kan escaleren. De klachtondersteuner kan de cliënt bewegen dit te doen indien dat nog niet is gebeurd. Mocht dit niet tot een

bevredigend resultaat leiden of de cliënt wil dit niet, dan is de volgende stap bemiddeling.⁸³

4 Bemiddelen bij klachten

Klachten die heel geschikt zijn voor bemiddeling zijn de klachten waar de communicatie en bejegening aan ten grondslag ligt. In een bemiddelingsgesprek heeft de klachtondersteuner de rol van gespreksleider en is er op gericht de cliënt en hulpverlener het probleem zo veel mogelijk zelf te laten oplossen. Het verhaal kan van beide kanten worden verteld en worden toegelicht en de klachtondersteuner kan beide partijen stimuleren zich in de ander te verplaatsen.⁸⁴ Omdat de klachtondersteuner aan de ene kan de cliënt informeren en adviseert en aan de andere kant optreedt als een onafhankelijke bemiddelaar, vereist deze 'dubbelrol' tact en beleid. De bemiddeling heeft alleen kans van slagen als hij zich onpartijdig opstelt, ondanks dat hij veelal in dienst zal zijn van de zorginstelling.⁸⁵ In het geval dat bijvoorbeeld de hulpverlener de cliënt niet laat uitspreken of de cliënt of hem niet serieus neemt, kan de klachtondersteuner de cliënt daarbij ondersteuning bieden, zonder partij te trekken voor de cliënt.

5 Registreren

Door het registreren van klachten door de klachtondersteuner kan de zorginstelling deze signalen gebruiken ter verbetering van de zorg. Om efficiënt gebruik te kunnen maken van de klachtenregistratie is het zinvol om hier in ieder geval op te nemen: de aanleiding van het gesprek, de aard van de klacht of vraag, een korte omschrijving van de klacht, de oorzaak van de klacht, de ondernomen acties en het resultaat.

⁸¹ K. van Berchum, *Een kwestie van vertrouwen, Een handreiking voor klachtenfunctionarissen en cliëntenvertrouwenspersonen in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1999, p. 43-47.

⁸² Idem, p. 51-55.

⁸³ Ph.S. Kahn & J. Legemaate, *Klachtenprocedures in de gezondheidszorg*, Den Haag: SDU Uitgevers 2004, p. 11.

⁸⁴ K. van Berchum, *Een kwestie van vertrouwen, Een handreiking voor klachtenfunctionarissen en cliëntenvertrouwenspersonen in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1999, p. 56-57.

⁸⁵ Ph.S. Kahn & J. Legemaate, *Klachtenprocedures in de gezondheidszorg*, Den Haag: SDU Uitgevers 2004, p. 11.

6 Signaleren

Vervolgens kan de klachtondersteuner door de registratie structurele knelpunten in de organisatie signaleren en in de instelling aan de orde stellen. Dit kan bijvoorbeeld bij de directie, bij de leidinggevendenden of de hulpverlener. Het meest effectief is dat het signaal terecht komt bij de persoon die verantwoordelijk is voor de kwestie, op het niveau waar het van toepassing is.

7 Voorlichten over hun eigen functie

Om zijn taak als klachtondersteuner goed te kunnen vervullen is het van belang dat cliënten en hulpverleners weten wie hij is en wat hij doet. Voor cliënten kan een te grote onbekendheid een drempel opwerpen, ze gaan gemakkelijker naar iemand toe die ze niet kennen en ze hebben daar vertrouwen voor nodig. In de ambulante zorg, zoals dit ook in het ziekenhuis plaatsvindt met veel doorloop van patiënten, is het lastiger voor de klachtondersteuner om een vertrouwd gezicht te worden. In dat geval kan iedere cliënt bijvoorbeeld bij aanmelding een folder ontvangen over de klachtopvangfunctie. Indien ook hulpverleners wat meer vertrouwd zijn met de klachtondersteuner zullen ze deze eerder accepteren en zich minder bedreigd voelen. Als hulpverleners ervaren dat het niet gaat om het aanwijzen van een schuldige maar om het zoeken van een praktische oplossing, zullen ze zelf ook sneller klachten naar de klachtondersteuner doorverwijzen.⁸⁶

5.6 ROL VAN HET MANAGEMENT

Om ervoor te zorgen dat iedere medewerker van de zorginstelling op de juiste manier omgaat met klachten van cliënten, zijn er ook een aantal taken weggelegd voor het management. Ten eerste is het in verband met de kwaliteit van de zorg van belang dat het omgaan met klachten wordt geïntegreerd in het klachtenbeleid. Dit beleid moet vervolgens worden vertaald naar alle lagen van de organisatie zodat iedere medewerkers op de hoogte is van zijn

verantwoordelijkheid. Ten tweede is een juiste houding van het (midden)management ten opzichte van collega's en cliënten belangrijk, omdat deze invloed heeft op het klimaat binnen de instelling. Als managers van hun teamleden verwachten dat zij met cliënten een open relatie aangaan, moeten ze dat zelf ook doen met hun medewerkers. Daarbij kan het management de hulpverleners ondersteunen en begeleiden bij de omgang met klachten van cliënten. Ten derde kan er in de omgang met klachten bij hulpverleners eenduidigheid ontstaan door het organiseren van trainingen, studiebijeenkomsten en kan het aan de orde komen in het teamoverleg. Behalve het geven van eenduidige informatie kan een dergelijke bijeenkomst ook gebruikt worden om ervaringen over het omgaan met (lastige) klachten met elkaar te delen en te oefenen met het geven en ontvangen van feedback. Dit helpt om met klachten om te kunnen gaan, omdat een klacht vaak als kritiek op het eigen handelen wordt gezien en als bedreigend wordt ervaren. Daarnaast kunnen onderwerpen als communicatie en bejegening tijdens sollicitatie-, functionerings- en beoordelingsgesprekken aan de orde komen.

Naast de meer ondersteunende taken is een belangrijke taak van het management om de klachten vervolgen in te zetten ten behoeve van kwaliteitsverbetering. Behalve de registratie van klachten is de evaluatie daarvan ook belangrijk, waarna er wat mee gedaan kan worden op de werkvloer. Bij deze evaluatie kunnen vragen worden gesteld over wat er mis ging, hoe dit kon gebeuren, of dit vaker voorkomt, hoe dit in de toekomst kan worden voorkomen en wat er eventueel in de zorg zou kunnen veranderen. Dit kan bijvoorbeeld tijdens het managementoverleg of in een teamoverleg aan de orde komen.⁸⁷ Daarnaast blijkt uit onderzoek dat individuele cliënten graag een terugkoppeling krijgen over de maatregelen die de zorgaanbieder al dan niet treft naar aanleiding van hun klacht. De helft van de mensen die een klacht indiende bij de klachtencommissie en de waarvan de klacht gegrond werd verklaard, vonden niet dat hun recht was gedaan omdat die terugkoppeling

⁸⁶ K. van Berchum, *Een kwestie van vertrouwen, Een handreiking voor klachtenfunctionarissen en cliëntenvertrouwenspersonen in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1999, p. 57-63.

⁸⁷ K. van Berchum, *Klantvriendelijk = klachtvriendelijk, Communiceren over klachten in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1998, p. 40-45.

ontbrak.⁸⁸ Ook hierin ligt een taak voor het (hogere) management.

⁸⁸ S. Kruikemeier e.a., *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*, Utrecht: Nivel 2009, p. 19.

6 COMPLIANCE EN IMPLEMENTATIE

6.1 INLEIDING

Compliance betekent letterlijk 'naleven', hiermee wordt het naleven van wet- en regelgeving en het proces dat ertoe moet leiden dat wet- en regelgeving door de organisatie wordt nageleefd bedoeld. Een organisatie is dus compliant als zij voldoet aan alle wettelijke en andere regels die op de organisatie van toepassing zijn. Het gaat hierbij niet alleen om wettelijke regels, opgelegd door de overheid, maar ook om maatschappelijke en ethische normen die vertaald zijn naar de eigen regels van de organisatie. Naleving is overigens geen doel op zich, maar is relevant voor het functioneren van de gehele organisatie.⁸⁹

Het belang van compliance is dat het risico's met zich meebrengt als de wet- en regelgeving niet wordt nageleefd. Het beheersen van risico's die de het behalen van de ondernemingsdoelstellingen kunnen frustreren is de taak van het bestuur. Als de organisatie niet compliant is, kunnen zich incidenten voordoen die veel gevolgen kunnen hebben, zoals imagoschade, schadeclaims, strafrechtelijke aansprakelijkheid, aansprakelijkheid van bestuurders en commissarissen, (financiële) sancties van toezichthouders zoals de IGZ, verslechterd werkklimaat, enz. In die zin is compliance een instrument om risico's te beheersen. Een goede beheersing van het compliancerisico vraagt om investeringen en dit wordt in veel ondernemingen nog te vaak gezien als overhead en iets dat alleen maar veel geld kost. De kosten die betaald moeten worden als gevolg van een compliance-incident zijn echter vele malen hoger dan de investeringen die nodig zijn om deze risico's te beheersen. Het zal duidelijk zijn dat een effectief compliancemanagementsysteem op den duur een kostenbesparing oplevert.⁹⁰

Risicomanagement is dus onlosmakelijk verbonden aan compliance. Waar compliance meer gericht is op het bevorderen en handhaven van de naleving van externe en interne regels met als doel risico's te beheersen en daaruit

voortvloeiende schade te voorkomen, is het risicomanagement meer gericht op het bundelen en coördineren van het management van bedrijfsrisico's over de hele organisatie. Deze definitie, vertaald naar ziekenhuizen kan als volgt worden omschreven:

*“Ziekenhuis compliance en risicomanagement richt zich op het bundelen en coördineren van het management van bedrijfsrisico's binnen ziekenhuizen met bijzondere aandacht voor het bevorderen en handhaven van de naleving van zowel de externe wet- en regelgeving als de interne reglementen, richtlijnen, procedures en instructies.”*⁹¹

Het doel van ziekenhuis compliance en risicomanagement is dan ook het beter 'in control' krijgen van de organisatie, in het bijzonder de Raad van Bestuur, betreffende het naleven van wet- en regelgeving, reglementen, richtlijnen en procedures. Dit kan worden bereikt door de risico's zo goed mogelijk te beheersen en de patiëntveiligheid te waarborgen.⁹²

Binnen ziekenhuizen zijn meerdere risicogebieden te onderscheiden. In het algemeen zijn dat gebieden die betrekking hebben op de rechtspersoon, de kern van haar activiteiten op het gebied van zorgverlening en bij academische ziekenhuizen ook onderzoek en onderwijs en alle daarmee samenhangende gedragscodes. Meer specifiek voor ziekenhuizen zijn de belangrijkste risico's de patiëntrisico's, in het bijzonder de patiëntveiligheid, het risico op reputatieschade, milieurisico's, de bedrijfsveiligheid waarbij met name de brandveiligheid, het terrorismerisico en aansprakelijkheidsrisico's. Wat betreft de patiëntveiligheid is er een verschil tussen algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen, de risico's lijken bij academische ziekenhuizen groter. Dit heeft er mee te maken dat een academisch ziekenhuis over het algemeen meer complexe patiënten ziet dan een algemeen ziekenhuis. Complexe patiënten worden met een 'risicovol' ziektebeeld bijvoorbeeld naar de academische ziekenhuizen doorver-

⁸⁹ B.H.A. van Leeuwen, A.G.H. van der Staay & O. Javornik, *beroep: Bedrijfsjurist, Praktische leidraad voor bedrijfsjuristen*, Deventer: Kluwer, 2009, p.95-96.

⁹⁰ Idem, p. 97-102.

⁹¹ S. C. Bleker-van Eyk, 'Het belang van compliance voor ziekenhuizen', *VU Magazine, Compliance & Integriteit*, nr 3, december 2010, p.6.

⁹² Idem, p.8.

wezen vanuit de algemene ziekenhuizen. Doordat er ook in academische ziekenhuizen meer specialistische kunde en kennis aanwezig is, komen daar meer patiënten terecht met een weinig voorkomend en daarmee risicovoller ziektebeeld. Door de gerichtheid op specialistische behandelingen is er in vergelijking met algemene ziekenhuizen ook minder aandacht voor de basiszorg. Als gevolg daarvan wordt er minder routine ontwikkeld wat het risico op fouten en complicaties vergroot. Daarnaast worden in academische ziekenhuizen in het kader van onderzoek ook experimentele behandelingen uitgevoerd, omdat deze behandelingen zich vaak nog bevinden in de onderzoeksfase is hierbij de kans op complicaties groter dan bij reguliere behandelingen.⁹³

6.2 DE COMPLIANCECYCLUS

6.2.1 DE METHODE

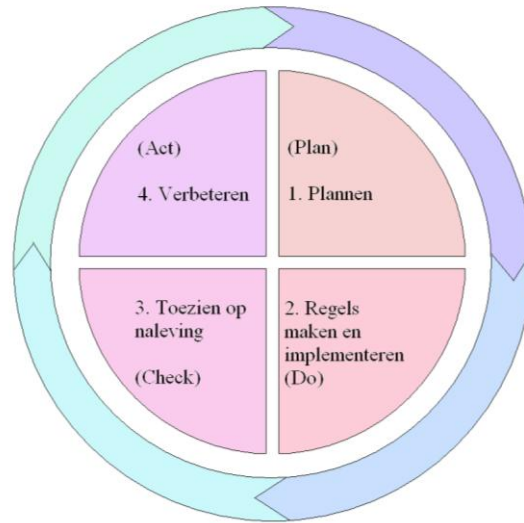
Als een organisatie zoals een ziekenhuis te maken krijgt met nieuwe wetgeving, zal deze wetgeving in de organisatie moeten worden geïmplementeerd om compliant te worden. De compliancecyclus is een methode die gebruikt kan worden om wet- en regelgeving in de organisatie te implementeren. Deze methode is geschikt om door middel van een afzonderlijk project, één bepaalde regeling te implementeren. Ook kan hiermee de effectiviteit worden bewaakt en waar dat nodig is te verbeteren. In deze paragraaf wordt de methode uitgelegd en worden concrete stappen beschreven om een nieuwe regeling te kunnen implementeren in de organisatie.

De compliancecyclus bestaat uit de volgende vier fasen (zie figuur 1):

1. plannen;
2. regels maken en implementeren;
3. toezien op naleving;
4. verbeteren.

⁹³ S. C. Bleker-van Eyk, 'Het belang van compliance voor ziekenhuizen', *VU Magazine, Compliance & Integriteit*, nr 3, december 2010, p.6-7.

In deze fasen zijn de stappen van de PDCA-cirkel te herkennen: Plan, Do, Check, Act. De PDCA-cirkel is ontwikkeld door kwaliteitsdeskundige W.E. Deming als een verbetercirkel voor kwaliteitsmanagement. De compliancecyclus is hier van afgeleid en kan daarmee een kwaliteitstraject voor de naleving van wet- en regelgeving worden genoemd.⁹⁴



Figuur 2 De compliancecyclus.

De cyclus is een doorgaand proces en gericht op een continue verbetering. Als na de vierde fase blijkt dat bijvoorbeeld de regels nog steeds niet goed worden nageleefd, kunnen er nieuwe maatregelen worden gepland en begint de cyclus weer opnieuw. Hierdoor werkt het cyclusedel, maar om het complianceproject te laten slagen is er meer nodig. Zo is het cruciaal dat het bestuur van de instelling compliance serieus neemt en dit actief uitdraagt op een positieve manier. Daarnaast is het slagen van een complianceproject afhankelijk van de omgevingsfactoren, de context van de organisatie. Essentieel is de (compliance)cultuur, het resultaat van het gedrag van alle betrokkenen binnen een organisatie. Ook al is er goed nagedacht over een compli-

⁹⁴ B.H.A. van Leeuwen, A.G.H. van der Staay & O. Javornik, *beroep: Bedrijfsjurist, Praktische leidraad voor bedrijfsjuristen*, Deventer: Kluwer, 2009, p.104-106.

anceprogramma en hard gewerkt aan de bewustwording van compliance, het succes hangt af van mensenwerk, dus het individuele gedrag van mensen.⁹⁵

6.2.2 FASE 1: PLANNEN

Als resultaat van de planningsfase ligt er een plan van aanpak klaar dat zo kan worden uitgevoerd door de aangewezen personen om de tweede, derde en vierde fase uit te kunnen voeren. Dit plan van aanpak kan complianceprogramma worden genoemd. Dat betekent dat tijdens deze fase voorbereidingen moeten worden getroffen voor alle fasen van de cyclus en dat duidelijk is **wie wat doet, wanneer en hoe**. De concrete en herkenbare stappen van het complianceprogramma moet de organisatie uiteindelijk naar het doel brengen dat men wil bereiken: het naleven van de voorschriften van de regeling door de mensen in de organisatie. In de voorbereiding van en in de planningsfase zelf zal op een bepaald moment het management van verschillende niveaus moeten worden betrokken, omdat zij voor de feitelijke naleving in de organisatie in een later stadium verantwoordelijk zullen zijn.⁹⁶

De concrete stappen in fase 1 zijn de volgende:

- **inventarisatie van de voorschriften uit de regeling**
Als eerste moeten de vereisten waar de organisatie aan moet voldoen op grond van de regeling in kaart moeten worden gebracht. Zijn de wettelijke normen nog onvoldoende duidelijk, dan moeten de normen worden geïnterpreteerd door bijvoorbeeld gebruik te maken van de Memorie van Toelichting, beleidsregels van toezichthouders, eventuele AMvB's en jurisprudentie. Vervolgens kan dit worden uitgewerkt in voorschriften die op de organisatie of een bepaalde afdeling is afgestemd. Om concrete compliancemaatregelen te kunnen nemen is het van belang dat helder is wat de regeling feitelijk eist.

- **inventarisatie van de door de regeling geraakte ondernemingsactiviteiten**
De volgende stap is het vaststellen welke ondernemingsactiviteiten, bedrijfs- of productieprocessen geraakt worden door de regeling. Dit kan schriftelijk worden vastgelegd in een normenkader. Door een normenkader te gebruiken ontstaat er een compleet beeld van de uit de regeling voortvloeiende voorschriften en de bedrijfsonderdelen waarop deze van toepassing zijn. In bijlage 2 is een voorbeeld te vinden van hoe een normenkader er uit zou kunnen zien.
- **identificatie en analyse van de risico's van het niet naleven van de regeling**
Vervolgens kunnen de risico's op het niet naleven van de regeling door de organisatie in kaart worden gebracht en geanalyseerd, waarbij wordt gekeken naar waar en wanneer de risico's zich voordoen, hoe groot de kans is dat ze zich voordoen en wat de impact is als het risico daadwerkelijk tot uiting komt. Deze informatie kan schriftelijk worden vastgelegd in een beschrijvend deel en op basis daarvan in een risicomatrix. In de risicomatrix kunnen daarbij prioriteiten worden gesteld om te kunnen bepalen welke beheersmaatregelen het eerste geïmplementeerd moeten worden. In bijlage 3 is een voorbeeld te vinden van hoe een risicomatrix eruit zou kunnen zien.
- **complianceambitie vaststellen**
Op grond van de vastgelegde compliancerisico's kunnen de resultaten die de organisatie wil bereiken bij het beheersen van de risico's worden bepaald, samen met het formuleren van doelstellingen en maatstaven waarmee kan worden beoordeeld of de doelstellingen zijn gehaald.
- **maatregelen bepalen om de risico's van niet-naleving te beheersen**
Om de compliancerisico's te kunnen beheersen zijn maatregelen nodig. Deze beheersmaatregelen moeten gericht zijn op het bereiken van naleving van de regeling en betrekking hebben op beleid, hoe de regels ingevoerd worden, de controle op naleving en de acties tot verbetering. Het is van de grootte en com-

⁹⁵ B.H.A. van Leeuwen, A.G.H. van der Staay & O. Javornik, *beroep: Bedrijfsjurist, Praktische leidraad voor bedrijfsjuristen*, Deventer: Kluwer, 2009, p. 122.

⁹⁶ Idem, p. 106-107.

plexiteit van de organisatie afhankelijk of het systeem van maatregelen tot in detail of meer op hoofdlijnen uitgewerkt kan worden. Daarbij is het van belang het systeem zo in te richten dat verantwoordelijkheden duidelijk zijn afgebakend.

- **tijdpad met deadlines vaststellen**
- **bepalen wie er verantwoordelijk zijn voor de uitvoering**
- **bepalen of externe deskundigheid of ondersteuning nodig is**
- **een budget opstellen voor het complianceproject**
- **het (ontwerp)complianceprogramma opstellen**⁹⁷

40

De planning van de volgende fasen zullen in de betreffende subparagrafen worden besproken.

6.2.3 FASE 2: REGELS MAKEN EN IMPLEMENTEREN

Planning De concrete stappen in de planningsfase voor fase 2 zijn de volgende:

- **regels vertalen naar begrijpelijke instructies en procedures**
In de eerste stap van de tweede fase worden de regels gemaakt, in die zin dat de voorschriften van de regeling worden vertaald naar interne beleidsregels, begrijpelijke instructies en/of procedures. Deze regels moeten zo worden geformuleerd dat de medewerkers in de organisatie die de regels moeten gaan naleven hiermee uit de voeten kunnen. Er moet daarnaast duidelijk in staan door wie de regels nageleefd moeten worden en wat daarvoor moet gebeuren.

- **regels in de organisatie implementeren**
Om ervoor te zorgen dat de regels ook daadwerkelijk worden nageleefd door iedereen moet er een goed doordacht plan opgesteld worden voor de implementatie van de eerder gemaakte instructies en procedures. Het gaat hierbij om het beschrijven van de manier waarop bereikt kan worden dat iedereen waarop de regels van toepassing zijn, ermee bekend is en weet wat hij moet doen om te zorgen dat ze worden nageleefd.

- **communicatie en training**
Bij het implementeren van de regels is communicatie en training van groot belang. Tijdens de planningsfase kunnen beslissingen worden genomen over de benodigde communicatie en trainingen betreffende de invoering van de nieuwe compliance-eisen, al dusdanig specifiek dat bekend is wanneer en hoe dit moet gaan plaatsvinden binnen de organisatie. De planners kunnen hiervoor zelfs alvast een communicatieplan opstellen.

- **bewustwording creëren**
Net als de communicatie is ook het creëren van bewustwording voor de implementatie van groot belang. Ook hierbij moet in de planningsfase al worden nagedacht over de concrete invulling hiervan. Zo moet worden bepaald hoe de doelgroepen bewust kunnen worden dat het naleven van de regels noodzakelijk is en in het belang is van de organisatie. Bij de activiteiten is het van belang te benadrukken wie er uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor de naleving van de compliance-eisen.⁹⁸

Uitvoering De activiteiten met betrekking op het maken en implementeren van regels worden tijdens fase 2 uitgevoerd binnen de daarvoor gestelde tijd, zoals is omschreven in het complianceprogramma.⁹⁹

⁹⁷ B.H.A. van Leeuwen, A.G.H. van der Staay & O. Javornik, *beroep: Bedrijfsjurist, Praktische leidraad voor bedrijfsjuristen*, Deventer: Kluwer, 2009, p. 107-111.

⁹⁸ B.H.A. van Leeuwen, A.G.H. van der Staay & O. Javornik, *beroep: Bedrijfsjurist, Praktische leidraad voor bedrijfsjuristen*, Deventer: Kluwer, 2009, p. 112-114.

⁹⁹ Idem, p. 119.

6.2.4 FASE 3: TOEZIEN OP NALEVING

Planning Tijdens de planning van fase 3 moet worden nagedacht over hoe naleving van de instructies en procedures het beste kan worden gecontroleerd, hoe vaak dit nodig zal zijn, wat er moet worden gemeten en hoe vervolgens de bevindingen moeten worden teruggekoppeld of gerapporteerd. Het doel van deze controle, in welke vorm dan ook, is om tekortkomingen in of het niet naleven van het complianceprogramma aan het licht te brengen. In het geval van niet-naleving of tekortkomingen kan het bestuur vervolgens op tijd en adequaat bijsturen. Zonder enige vorm van toezicht is er weinig inzicht over de mate van naleving, wat de effectiviteit van het hele complianceprogramma onderuit kan halen.

De concrete stappen in de planningsfase voor fase 3 zijn de volgende:

- **vorm, frequentie en intensiteit bepalen van het toezicht op naleving**
Om dit te kunnen bepalen moet worden gekeken naar de omvang van de organisatie, de aard van de regels en het risico van niet-naleving voor de organisatie, zoals blijkt uit de risicomatrix.
- **bepalen van prioriteiten in de monitoringactiviteiten op basis van de risico's**
- **voor de rapportages bepalen hoe, wanneer, door wie en aan wie**
- **vorm en inhoud bepalen van de rapportages**
- **bij geconstateerde niet-naleving bepalen hoe te handelen**¹⁰⁰

Uitvoering Tijdens fase 3 wordt gekeken of er in de organisatie na de implementatie ook volgens de regels wordt gewerkt. De activiteiten voor de controle en het toezicht op naleving wordt uitgevoerd binnen de gestelde tijd volgens het complianceprogramma. Voor welke vorm ook

wordt gekozen om de implementatie te monitoren, het is aan te raden hierbij gebruik te maken van de mogelijkheden die software en ICT kunnen bieden, bijvoorbeeld Governance, Risk and Compliance (GRC)-software, zoals BWISE. Een goede vastlegging is ook van belang voor de aantoonbaarheid van de compliance-inspanningen. Bepaalde wet- en regelgeving vereist, zowel expliciet als impliciet, dat de naleving daarvan aangetoond moet kunnen worden. De aantoonbare mate van naleving kan daarmee door rechters en toezichthouders toetsbaar worden gemaakt.¹⁰¹

6.2.5 FASE 4: VERBETEREN

Planning Evalueren en verbeteren staan centraal in de laatste fase van de compliancecyclus. In de planningsfase moet het volgende worden uitgewerkt:

- **de verantwoordelijke vaststellen voor het beoordelen van de rapportages en het evalueren van de complianceprestaties**
- **criteria vaststellen waarmee wordt bepaald welke maatregelen, instructies of procedures verbetering nodig hebben**
- **tijdstip vaststellen waarop evaluatie en aanbevelingen gereed moeten zijn**
- **de persoon aanwijzen die de actiepunten naar de planners communiceert**
- **de persoon aanwijzen die bewaakt dat actiepunten en aanbevelingen worden opgevolgd en bepalen hoe**

Uitvoering Op basis van de uitkomsten uit fase 3 wordt beoordeeld in hoeverre doelstelling uit fase 1 gehaald is. Is dit niet het geval, dan moet worden onderzocht waar en waarom het is misgegaan en hoe ernstig dit is. Op grond van de bevindingen kan worden beoordeeld in hoeverre de organisatie compliant is met de regeling. De aanbevelingen die volgen uit de conclusies van het onderzoek worden

¹⁰⁰ B.H.A. van Leeuwen, A.G.H. van der Staay & O. Javornik, *beroep: Bedrijfsjurist, Praktische leidraad voor bedrijfsjuristen*, Deventer: Kluwer, 2009, p. 115-117.

¹⁰¹ Idem, p. 117-121.

overgebracht aan de planners, met gegevens en instructies om weer een nieuwe ronde verbetermaatregelen te kunnen ontwerpen. Opgedane ervaring, wijzigingen in de regelgeving en bedrijfsprocessen kunnen er uiteraard ook toe leiden dat de compliancemaatregelen aangepast moeten worden. De compliancecyclus begint daarmee weer opnieuw.¹⁰²

¹⁰² B.H.A. van Leeuwen, A.G.H. van der Staay & O. Javornik, *beroep: Bedrijfsjurist, Praktische leidraad voor bedrijfsjuristen*, Deventer: Kluwer, 2009, p. 118-121.

7 SAMENVATTING LITERATUURONDERZOEK

7.1 SAMENVATTING

Huidige wetgeving Bij het behandelen van klachten en geschillen moet door zorgaanbieders rekening worden gehouden met de wet- en regelgeving. Gezondheidsrecht is een veelomvattend rechtsgebied dat is onder te verdelen in drie soorten relaties: het zorgverleningsrecht waarin de relatie tussen de burger/patiënt en de zorgaanbieder centraal staat, het zorginkooprecht waarin de relatie tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar centraal staat en het zorgverzekeringsrecht waarin de relatie tussen de zorgverzekeraar en de cliënt/burger centraal staat. Bij klachten over de zorgaanbieder staat het zorgverleningsrecht centraal.

Aan het gezondheidsrecht liggen een aantal rechtsbeginselen ten grondslag, zoals het zelfbeschikkingsrecht, het beschermingsbeginsel en het gelijkheidsbeginsel. Het zelfbeschikkingsrecht betekent dat iedereen de vrijheid heeft om te leven naar eigen wens. In de gezondheidszorg wordt het zelfbeschikkingsrecht door bepaalde hulpverlening tijdelijk beperkt door bijvoorbeeld narcose, maar deze beperkingen mogen niet verder gaan dan voor de ingreep noodzakelijk is. Hulpverleners moeten de zelfbeschikking van mensen juist bevorderen en mogen daarbij de eigen morele opvattingen niet aan de patiënt opleggen. Het beschermingsbeginsel komt tot uiting in de begrenzingen van het zelfbeschikkingsrecht, in bepaalde gevallen kan het beschermen van anderen of het algemeen belang boven het zelfbeschikkingsrecht prevaleren. In de gezondheidszorg kan deze beperking van het zelfbeschikkingsrecht worden opgelegd om de betrokkene tegen zichzelf te beschermen. Mensen die niet in staat zijn tot zelfbeschikking, worden daardoor niet aan hun lot over gelaten. In het gezondheidsrecht komt het gelijkheidsbeginsel voornamelijk tot uiting bij het voorkomen van benadeling bij de toegang tot gezondheidszorg en bij de verdeling van schaarse voorzieningen.

Het zelfbeschikkingsrecht komt in de patiëntenrechten sterk tot uiting, de in een kwetsbare positie verkerende patiënt wordt hierbij beschermd. De algemene patiëntenrechten zijn geregeld in het Burgerlijk Wetboek (artikel 7:446

e.v. BW) en wordt de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) genoemd. Van deze regeling mag niet ten nadele van de patiënt worden afgeweken. De behandelingsovereenkomst komt automatisch tot stand bij medische behandelingen of afspraken daarover. Binnen de patiëntenrechten staat het recht op informatie centraal en dit recht is voor de patiënt van belang om toestemming te kunnen geven voor de behandeling. Die toestemming kan namelijk niet worden gegeven als men er niet over is geïnformeerd. Het geven van informatie is overigens een tweezijdig proces, de arts heeft van de patiënt ook informatie nodig voor het stellen van de juiste diagnose.

Voor de kwaliteitsregulering binnen de gezondheidszorg is er de wetsfamilie van de Kwaliteitswet (KZI) en deze bepaalt dat de zorgaanbieder 'verantwoorde zorg' moet leveren. Zorgaanbieders zijn er zelf verantwoordelijk voor hier vorm aan te geven. Vertegenwoordigde organisaties, zoals brancheorganisaties, moeten daar richtsnoeren voor ontwikkelen en toezien op naleving en handhaving. De Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) oefent daar weer toezicht op uit, het 'toezicht op toezicht'. De Wet klachtcliënten zorgsector (Wkcz) hoort ook bij de wetsfamilie van de KZI. De Wkcz heeft als doel een laagdrempelige klachtenregeling in het leven te roepen en tegelijk te zorgen voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Deze klachtenregeling kan door de zorgaanbieder naar eigen inzicht worden ingericht, met een aantal verplichte elementen. Zo moet er een klachtencommissie zijn die bestaat uit minimaal drie leden, waarvan een onafhankelijke voorzitter. Bij de klachtencommissie moet na het indienen van de klacht hoor en wederhoor plaatsvinden, waarna de klachtencommissie met een schriftelijk en gemotiveerd eindoordeel 'gegrond' of 'ongegrond' komt. De klacht kan worden ingediend door de cliënt of diens nabestaande of vertegenwoordiger en gaat over een gedraging van de zorgaanbieder of haar medewerkers jegens de cliënt. Voor het indienen van de klacht is geen vormvereiste gesteld, ook is er geen maximale doorlooptijd van klachten in de Wkcz vastgelegd. De termijnen voor het behandelen van klachten kunnen naar eigen inzicht in het reglement van de zorgaanbieder worden vastgelegd.

Wkkgz Het wetsvoorstel Wkkgz brengt een aantal wijzigingen met zich mee ten opzichte van de huidige wettelijke regelingen. Zo komt er een maximale termijn van zes weken voor de behandeling van klachten, die gemotiveerd kan worden verlengd met nog eens vier weken. Daarnaast wordt de zorgaanbieder verplicht gesteld één persoon of meerdere personen aan te wijzen die de cliënt gaat adviseren en ondersteunen met betrekking tot het indienen van de klacht. De klachtregeling van de zorgaanbieder moet in ieder geval effectief en laagdrempelig zijn en rekening houden met de aard van de zorg en de categorie cliënten waaraan de zorg wordt verleend. Daarbij moet de klacht zorgvuldig worden onderzocht. De verplichting om een klachtencommissie te hebben vervalt, maar de zorgaanbieder moet zich verplicht aansluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Deze geschilleninstantie staat open voor de behandeling van klachten en geschillen en doet een bindende uitspraak. Daarbij kan de geschillencommissie een schadevergoeding toekennen van maximaal €25.000,-. De cliënt kan zich tot deze commissie wenden als hij niet tevreden is over de klachtenafhandeling bij de zorgaanbieder of het niet van hem kan worden verlangd dat hij een klacht bij de zorgaanbieder indient. De bedoeling van de wetgever is dat de Wkkgz de Wkcz en de KZI gaat vervangen.

Gevolgen voor het ziekenhuis De gevolgen van de Wkkgz voor zorgaanbieders zoals ziekenhuizen zijn in een dergelijk vroeg stadium lastig aan te geven. Als de Wkkgz wordt aangenomen zullen bovenstaande wijzigingen moeten worden doorgevoerd. Volgens de reacties op het wetsvoorstel kan één van de gevolgen voor ziekenhuizen zijn dat de klachtencommissie verdwijnt. Veel partijen in het veld zouden dit echter zonde vinden, omdat de klachtencommissies hun waarde in veel situaties hebben bewezen. Daarnaast kan de korte termijn van zes weken om de klachten te behandelen gevolgen hebben voor de zorgvuldigheid van de afhandeling en zou het kunnen dat daardoor de hoorzittingen worden geschrapt om tijd te kunnen besparen. Als cliënten in een vroeg stadium naar de geschillencommissie stappen, kan dat nadelige gevolgen hebben voor het herstellen van de handelsrelatie binnen de instelling en kan dat de signaalfunctie voor de kwaliteit binnen de het ziekenhuis bedreigen. Daarbij kan de Wkkgz volgens de partijen in het veld gevolgen hebben voor de huidige klach-

tenfunctionaris, aangezien deze nu gepositioneerd is tussen cliënt en zorgaanbieder, maar volgens het wetsvoorstel naast de cliënt komt te staan en daarmee partijdig wordt.

Klachtenprocedure Voor een effectieve en laagdrempelige klachtopvang is het hebben van een klachtvriendelijk klimaat binnen de zorginstelling van groot belang. Dit kan in veel gevallen namelijk juridisering van de klacht voorkomen, maar ook escalatie van de klacht. Om een dergelijk klimaat te bewerkstelligen is het belangrijk dat de gehele organisatie open staat voor klachten en dat op ieder niveau het onderwerp op de agenda staat. Van de medewerkers vraagt dit een klachtvriendelijke en uitnodigende houding waarbij hulpverleners niet defensief reageren op een klacht en fouten durven toe te geven. Een andere manier om een klachtvriendelijk klimaat te bereiken is door een lage drempel te creëren voor het indienen van klachten. Dit kan met een eenvoudige, duidelijke en toegankelijke klachtenprocedure en een goede voorlichting daarover.

Cliënten hebben verschillende redenen om een klacht in te dienen, ze willen bijvoorbeeld voorkomen dat een ander hetzelfde overkomt. Of ze willen een luisterend oor, de zorgrelatie met de hulpverlener herstellen, een bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg, vergoeding van de geleden schade, erkenning, het krijgen van een oplossing of herstelbehandeling, enzovoort. Daarbij vinden cliënten het belangrijk een terugkoppeling te krijgen over wat er met hun klacht is gebeurd. Veel klachten hebben als onderliggende oorzaak vaak te maken met communicatie of bejegening. Om dergelijke klachten te voorkomen is het van belang dat er tijdens de zorghandelingen ruimte is voor persoonlijk contact en inbreng van de patiënt. Ook op het moment dat er onvrede ontstaat, kan door de hulpverlener snel en adequaat worden gereageerd om verdere escalatie te voorkomen.

Bij een laagdrempelige klachtenprocedure speelt de klachtondersteuner een belangrijke rol. De klachtondersteuner kan verschillende namen hebben, zoals klachtenfunctionaris of vertrouwenspersoon, en verschillende taken. Van belang is in ieder geval dat hij zich zo onafhankelijk mogelijk opstelt ten opzichte van de instelling. Daarnaast heeft hij een geheimhoudingsplicht, de plicht om toestemming aan de cliënt te vragen voor bepaalde handelingen en de plicht

de cliënt op verzoek inzage in zijn klachtdossier te geven. De taken die een klachtondersteuner in elk geval verricht zijn de volgende: luisteren, informatie verstrekken, ondersteunen bij klachten, bemiddelen bij klachten, registreren, signaleren en voorlichting geven over zijn functie.

Implementeren nieuwe wetgeving Voor het implementeren van nieuwe wetgeving in de organisatie kan de methode van de compliancecyclus worden toegepast. Deze cyclus is afgeleid van de PDCA- cyclus (Plan, do, Check, Act), maar toegespitst op het naleven van wetgeving en geeft voor het implementeren van wet- en regelgeving praktische handvatten. De compliancecyclus is gericht op een continue verbetering en bestaat uit de volgende vier fasen: plannen, regels maken en implementeren, toezien op naleving en verbeteren.

7.2 CONCLUSIE EN ONDERZOEKSPUNTEN

Het behandelen van klachten door de zorgaanbieder en het hebben van een klachten- en geschillenprocedure heeft alles te maken met de wet- en regelgeving. De wet naleven en daarmee compliant zijn heeft niet alleen te maken met de kwaliteit en veiligheid van de zorg, maar ook met het voorkomen dat er dingen misgaan en daarmee met het voorkomen van klachten. Het klachtrecht geeft de patiënt mogelijkheden om zijn eigen recht te handhaven, door te klagen kan bijvoorbeeld een inbreuk op zijn patiëntenrechten, zoals het recht op informatie, of de inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht, bijvoorbeeld als een arts op morele gronden een abortus weigert uit te voeren, weer worden rechtgezet. Preventief klachten voorkomen is en een klachtvriendelijk klimaat is van belang voor de gehele organisatie.

Het wetsvoorstel Wkkgz brengt veranderingen met zich mee voor de interne klachtenprocedure. Volgens de Wkkgz moet de klachtregeling van de zorgaanbieder in ieder geval effectief en laagdrempelig zijn en rekening houden met de aard van de zorg en de categorie cliënten waaraan de zorg wordt verleend. Dit betekent voor de praktijk dat er rekening gehouden moet worden met de gerechtvaardigde belangen van de klagers. Bij het inrichten van een klachtenprocedure zal een zorgaanbieder ook rekening wil-

len houden met haar eigen gerechtvaardigde belangen. Met gerechtvaardigd belang wordt hier bedoeld: het belang waarbij de afweging wordt gemaakt dat het belang van de ander daarmee niet wordt geschaad.

De onderzoekspunten zijn daarom de gerechtvaardigde belangen van de klagers en de gerechtvaardigde belangen van het UMCG in een klachtenprocedure, de verschillen tussen de huidige klachtwetgeving (Wkcz) en de nieuwe wetgeving (Wkkgz) volgens het wetsvoorstel, welke vrije ruimte de Wkkgz biedt voor de invulling van de klachtenprocedure in het UMCG, hoe de nieuwe klachtenprocedure er binnen het UMCG uit zou kunnen zien met oog op de Wkkgz en hoe deze klachtenprocedure zou moeten functioneren.

8 HUIDIGE KLACHTEN- EN GESCHILLENREGELINGEN UMCG

8.1 INTERNE MOGELIJKHEDEN

Binnen het UMCG zijn er op dit moment verschillende mogelijkheden om een klacht in te dienen:

1 Een persoonlijk gesprek

Wil de patiënt een klacht indienen die een medewerker betreft, dan is het mogelijk dit met diegene persoonlijk te bespreken. Indien het een behandelend arts betreft, dan wordt aangeraden voor een dergelijk gesprek een aparte afspraak te maken.

2 Patiënteninformatie & Klachtopvang

Als de patiënt geen persoonlijk gesprek wil aangaan met de hulpverlener kan de patiënt terecht bij de afdeling Patiëntinformatie & Klachtopvang. Deze afdeling biedt bij klachten een 'luisterend oor', bemiddelt en kan eventueel doorverwijzen naar de klachtenfunctionaris. Contact opnemen met deze afdeling kan telefonisch en via de informatiebalie bij de hoofdingang.¹⁰³ Daarnaast komen vragen en klachten ook binnen per email via de opties 'contact' en 'vertel het ons' op de website van het UMCG. Afgelopen jaar zijn er 195 klachten en/ of meldingen binnengekomen bij deze afdeling. Dit is een afname ten opzichte van de jaren daarvoor: 219 in 2012 en 263 in 2011. Volgens de afdeling Patiëntinformatie & Klachtopvang kan dit worden verklaard doordat waarschijnlijk meer patiënten hun onvrede op de afdelingen zelf bespreken, conform het beleid van de klachtenafhandeling. De onderwerpen van de klachten die bij deze afdeling binnenkomen zijn verschillend van aard. In 2013 gingen de klachten met name over organisatorische zaken, gevolgd door bejegening, communicatie en voorlichting van artsen. Het jaar daarvoor (2012) was dat juist omgekeerd en stond de bejegening bovenaan. Klachten kwamen vorig jaar voornamelijk telefonisch binnen (61,7 %), gevolgd door middel van een gesprek met de klager (26,1 %). Via email komt maar

9,1 % van de klachten bij deze afdeling. Van alle klachten die hier binnenkomen werd afgelopen jaar 69,6 % zelf afgehandeld, 29,6% werd doorgestuurd naar de klachtenfunctionaris en 0,9 % werd niet afgehandeld maar werd geadviseerd contact op te nemen met de betreffende afdeling.¹⁰⁴

3 Klachtenfunctionaris

Een andere mogelijkheid voor de patiënt is een schriftelijke klacht indienen bij de klachtenfunctionaris.¹⁰⁵ Dit kan ook indien de afdeling Patiënteninformatie & Klachtopvang de klacht niet direct kan oplossen omdat er nader onderzoek vereist is. De klachtenfunctionaris heeft een bemiddelende rol tussen de klager en de aangeklaagde en is onafhankelijk en daarom niet in loondienst bij het UMCG. Alle andere schriftelijke klachten die ergens anders bij het UMCG binnenkomen worden ook naar de klachtenfunctionaris doorgestuurd. De patiënt moet aan de klachtenfunctionaris als dat nodig is toestemming geven voor inzage in het medische dossier door een toestemmingsformulier in te vullen. De klachtenfunctionaris stuurt vervolgens de klacht en het toestemmingsformulier door naar de aangeklaagde. Van de aangeklaagde wordt verwacht dat hij of zij binnen vier weken reageert. Nadat de klachtenfunctionaris een reactie heeft ontvangen van de aangeklaagde stuurt hij deze door naar de klager. De meeste klachten worden op deze manier schriftelijk afgehandeld, een gesprek is echter ook mogelijk. Het lukt meestal om klachten via de klachtenfunctionaris binnen zes weken af te handelen.¹⁰⁶ In 2013 heeft de klachtenfunctionaris 177 klachten afgehandeld. Dit gebeurt voornamelijk schriftelijk (78,2 %) en in mindere mate gecombineerd met een gesprek (13,9 %). Sommige klachten worden telefonisch (3,6 %), telefo-

¹⁰³ Brochure Klachtenregeling UMCG, 2012.

¹⁰⁴ Jaarrapportage Patiënteninformatie en Klachtenopvang 2013.

¹⁰⁵ Brochure Klachtenregeling UMCG, 2012.

¹⁰⁶ K.A.M. Mulder, De Gevolgen van de Wet Cliëntenrechten Zorg voor de Klachtenafhandeling in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), scriptie SJD, 11 juli 2011.

nisch met een gesprek (3,0 %) of alleen met een gesprek afgedaan (1,3). Klachten gaan bij de klachtenfunctionaris vooral over communicatie tussen patiënt en arts. Klachten over de kosten van de zorg (in verband met het eigen risico dat patiënten tegenwoordig hebben) en klachten over wachttijden, wachtlijsten en het afzeggen van operaties zijn in 2013 toegenomen.¹⁰⁷

4 Klachtencommissie

Als een klager geen bemiddeling wil of de bemiddeling leidt niet tot het gewenste resultaat, dan kan de klacht worden ingediend bij de klachtencommissie. In de klachtencommissie zitten over het algemeen vijf leden: drie medewerkers van het UMCG en twee 'externe' leden, een onafhankelijke voorzitter en een lid dat is benoemd door Zorgbelang Groningen.¹⁰⁸ De voorzitter van de klachtencommissie kan besluiten de klacht te behandelen met minimaal drie leden, inclusief de voorzitter.¹⁰⁹ De klachtencommissie gaat er bij deze procedure van uit dat de klager toestemming geeft om in het kader van de behandeling van de klacht relevante medische informatie in te zien en dit wordt in de bevestigingsbrief aan de klager gemeld. De secretaris van de klachtencommissie maakt een samenvatting van de klacht(en) en deze wordt voor een schriftelijke reactie voorgelegd aan het hoofd van de betreffende afdeling waarbij het hoofd van de afdeling wordt verzocht om binnen vier weken schriftelijk te reageren op de klachten, na en in overleg met de betrokkene(n) op de afdeling. De klager ontvangt vervolgens een afschrift van de reactie van het hoofd van de afdeling. Daarna worden de klachten besproken in een hoorzitting, waar de klager, het hoofd van de betrokken afdeling en de bij de klacht betrokken medewerkers worden uitgenodigd. Meestal is één hoorzitting voor de behandeling van een klacht voldoende. De klachtencommissie heeft de mogelijkheid om een extern deskundige te raadplegen als dit nodig is, dit gebeurt meestal indien er sprake is van klachten van complex medisch inhoudelijke aard. Er wordt

twee keer per maand een zitting gepland, waarbij maximaal twee hoorzittingen worden gehouden. Op deze manier kunnen klachten, na ontvangst van de reactie van het hoofd van de afdeling, snel worden besproken. De uitspraak van de klachtencommissie volgt maximaal twee weken na de hoorzitting en gaat over de gegrondheid van de klacht(en). Daarnaast kan de klachtencommissie aan haar uitspraak over een klacht een advies aan de Raad van Bestuur uitbrengen ter voorkoming van soortgelijke klachten in de toekomst. De totale duur van een procedure bij de klachtencommissie rond de tien weken, maar kan ook langer duren als er meer onderzoek moet worden verricht of als er deskundigen moeten worden geraadpleegd.¹¹⁰ De door het UMCG vastgestelde termijn waarbinnen de klachtencommissie uitspraak moet doen is drie maanden, deze termijn kan gemotiveerd worden verlengd zo lang als nodig is.¹¹¹ In 2013 zijn er 68 klachten bij de klachtencommissie binnen gekomen. Daarvan zijn er vijftien in behandeling genomen, achttien doorverwezen naar de klachtenfunctionaris, vier doorverwezen naar de betreffende afdeling, drie doorgestuurd naar de afdeling Juridische Zaken en twee klachten doorverwezen naar de afdeling Medische Zaken, Kwaliteit en Veiligheid. Daarbij waren drie klachten niet ontvankelijk en zagen twee klagers af van verdere behandeling.¹¹²

5 Schadeclaims

Als een patiënt van mening is dat hij of zij (financiële) schade heeft geleden in het UMCG, al dan niet door toedoen van een medewerker, dan kan de patiënt een schadeclaim indienen. Deze schadeclaim moet schriftelijk worden ingediend bij de Raad van Bestuur.¹¹³ Schadeclaims worden vervolgens door de afdeling Juridische Zaken afgehandeld en volgen daarmee een apart traject ten opzichte van klachten. Tot een bedrag

¹⁰⁷ Jaarrapportage Klachtenfunctionaris 2013.

¹⁰⁸ Brochure Klachtenregeling UMCG, 2012.

¹⁰⁹ Klachtenreglement UMCG, januari 2012.

¹¹⁰ K.A.M. Mulder, De Gevolgen van de Wet Cliëntenrechten Zorg voor de Klachtenafhandeling in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), scriptie SJD, 11 juli 2011.

¹¹¹ Klachtenreglement UMCG, januari 2012.

¹¹² Overzicht klachtencommissie 2013, interne memo van de klachtencommissie aan de Raad van Bestuur.

¹¹³ Brochure Klachtenregeling UMCG, 2012.

van € 3.000 worden claims door Juridische Zaken zelf afgedaan, komt het bedrag flink daarboven dan gaat de schadeclaim naar de aansprakelijkheidsverzekeraar Centramed. De reden voor deze grens ligt in het feit dat de handelingskosten van Centramed per claim € 3.000 zijn en dit in rekening brengt bij het UMCG. Per claim zal daarom worden bekeken of Centramed of Juridische Zaken UMCG deze afhandelt. Het UMCG is door de verzekeringsvoorwaarden echter wel verplicht om een melding te doen van een calamiteit of indien een klacht mogelijk een schadeclaim kan worden. Een dergelijke pro forma melding is kosteloos.

8.2 EXTERNE MOGELIJKHEDEN

Naast deze mogelijkheden zijn er buiten het UMCG en aantal andere instanties waar een patiënt ook met een klacht terecht kan:

1 Tuchtrecther

Als het doel van de klager is dat de betreffende hulpverlener een maatregel opgelegd krijgt, dan ligt een gang naar tuchtrecther het meest voor de hand. De gronden van het tuchtrecth zijn opgenomen in de artikelen 47 tot en met 78 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Het doel van het tuchtrecth is de kwaliteitsbewaking van de beroepsuitoefening en het openbaar belang daarvan.¹¹⁴ Het richt zich niet op het individuele belang van de klager, wat de klager zich goed moet realiseren. In de praktijk blijkt dat er eerder een communicatiestoornis tussen de patiënt en de hulpverlener ten grondslag ligt aan een tuchtrecth, dan een 'harde' klacht. Daarom is het belangrijk dat een klager de voor en nadelen van een tuchtrecth procedure overweegt. Deze procedure kan lang duren en belastend zijn, ook staat een goede uitkomst niet bij voorbaat al vast.¹¹⁵ De maatregelen die een tuchtrecth kan opleggen aan een hulpverlener zijn een waarschuwing, een berisping, een geldboete

tot maximaal € 4.500, -, een schorsing van de inschrijving in het BIG-register voor maximaal één jaar, een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid om het betreffende beroep uit te oefenen of een doorhaling van de inschrijving in het BIG-register (artikel 48 Wet BIG).

2 IGZ

In beginsel is het niet de bedoeling dat patiënten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een klacht indienen over een zorgaanbieder.¹¹⁶ Klachten die daar binnenkomen worden dan ook doorverwezen naar de klachtencommissie van het UMCG.¹¹⁷ Patiënten kunnen bij de IGZ wel terecht als ze van mening zijn dat de zorgaanbieder zich niet houdt aan de wettelijke regels omtrent de klachtenregeling of als ze een signaal af willen geven over de zorg.¹¹⁸ Het komt ongeveer één keer per jaar voor dat een patiënt een melding doet bij de IGZ omdat hij niet tevreden is met de afhandeling van de klacht door het UMCG. De IGZ gaat dan onderzoeken in hoeverre de Raad van Bestuur iets heeft gedaan met de uitspraak en de aanbevelingen van de klachtencommissie en zal de uitkomsten hiervan vervolgens mededelen aan de Raad van Bestuur.¹¹⁹ Zorgaanbieders zijn zelf verplicht om bij de IGZ melding te doen van iedere calamiteit die in de instelling heeft plaatsgevonden en van seksueel misbruik waar bij een patiënt of een medewerker van de instelling bij is betrokken, waarbij seksueel misbruik bij medewerkers onderling hierop is uitgezonderd (artikel 4a Kwaliteitswet zorginstellingen). Klachtencommissie zijn verplicht om structurele tekortkomingen in de zorg te melden als de instelling niet voldoende maatregelen heeft genomen om deze te voorkomen (artikel 2a Wkcz). De IGZ zal verplichte meldingen altijd onder-

¹¹⁴ D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Leerboek gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2013, p. 242.

¹¹⁵ Ph. S. Kahn & J. Legemaate, *Klachtenprocedures in de gezondheidszorg*, Den Haag: SDU Uitgevers 2004, p. 28.

¹¹⁶ Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Vragen over klachten', www.igz.nl (zoek op *klachten*).

¹¹⁷ K.A.M. Mulder, De Gevolgen van de Wet Cliëntenrechten Zorg voor de Klachtenafhandeling in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), scriptie SJD, 11 juli 2011.

¹¹⁸ Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Vragen over klachten', www.igz.nl (zoek op *klachten*).

¹¹⁹ K.A.M. Mulder, De Gevolgen van de Wet Cliëntenrechten Zorg voor de Klachtenafhandeling in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), scriptie SJD, 11 juli 2011.

zoeken met als uitgangspunt dat de IGZ de zorgaanbieder verzoekt eerst zelf onderzoek te verrichten naar de aanleiding van de melding, voordat de IGZ haar eigen oordeel daarover bepaalt.¹²⁰

3 Civiele rechter

Als er sprake is van schade, kan de patiënt een procedure beginnen bij de civiele rechter om een schadevergoeding te krijgen. Dit gebeurt meestal pas als het niet is gelukt om met de zorgverlener tot een schikking te komen of als de verzekeraar geen aansprakelijkheid erkent en daardoor niets uitkeert. Een andere reden om een civiele procedure te starten is bijvoorbeeld een kort geding om bijvoorbeeld inzage in een dossier te verkrijgen of toewijzing van een bepaalde gezondheidsvoorziening.¹²¹ Indien er sprake is van schade kan de aansprakelijkheid hiervan worden gebaseerd op het niet of niet goed nakomen van de verplichtingen uit de overeenkomst tussen de patiënt en hulpverlener, oftewel op de toerekenbare tekortkoming van artikel 6:74 BW. Deze contractuele aansprakelijkheid wordt ook vaak wanprestatie genoemd. Daarnaast kan de aansprakelijkheid grondslag vinden in die van de onrechtmatige daad (artikel 6:162 BW). Deze aansprakelijkheid vloeit niet voort uit een verbintenis maar uit de wet. Beide grondslagen hebben vrijwel dezelfde gevolgen, namelijk het vergoeden van de schade door de veroorzaker daarvan. Een moeilijkheid bij civielrechtelijke aansprakelijkheid is in hoeverre de hulpverlener fouten mag erkennen in verband met zijn beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Aan de ene kant mag de hulpverlener op grond van zijn verzekeringsovereenkomst de belangen van de verzekeraar niet schaden met zijn uitspraken en aan de andere kant heeft hij op grond van de behandelingsovereenkomst de verplichting informatie te geven. Volgens het verzekeringsrecht mag de hulpverlener aan de patiënt wel feitelijke informatie verstrekken over complicaties en fouten, maar mag hij geen uitspraken doen over het erkennen van aansprakelijkheid of het toekennen van schadevergoeding. Ci-

vielrechtelijke aansprakelijkheid staat niet gelijk aan het erkennen van een fout en de hulpverlener doet er goed aan de patiënt hierop te wijzen. De KNMG adviseert aan hulpverleners om open te zijn over wat er is gebeurd en goede en complete informatie te geven over de medische feiten en om evidente fouten ook te erkennen, maar om problemen met de verzekeraar te voorkomen geen uitlatingen te doen over aansprakelijkheid en schadevergoeding. De Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) uit 2010 beveelt ook aan fouten toe te geven.¹²²

4 Nationale ombudsman

De klager kan ook met zijn klacht terecht bij de Nationale ombudsman. Dit is echter een voorziening 'in de tweede lijn', wat betekent dat de klager eerst de klachtenprocedure binnen het UMCG moet hebben doorlopen voordat de Nationale Ombudsman de klacht kan behandelen. De Nationale ombudsman is onpartijdig en onafhankelijk en behandelt klachten van burgers over gedragingen van overheidsinstellingen.¹²³ Het UMCG valt als academisch ziekenhuis onder de reikwijdte van de Nationale ombudsman, omdat ieder academische ziekenhuis een zorgaanbieder is die als overheidsinstelling aangemerkt wordt.¹²⁴ De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht van het UMCG zijn bestuursorganen op grond van artikel 12.3 lid 1 Wet op het Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek (WHW). De Nationale ombudsman is bevoegd om bij problemen of klachten een onderzoek te starten en alle betrokkenen te verplichten om daaraan mee te werken. Deze en andere bevoegdheden zijn opgenomen in de Grondwet (art. 78a Gw), de Algemene wet bestuursrecht (titel 9.2 Awb) en de Wet Nationale ombudsman. Het oordeel van de Nationale

¹²⁰ IGZ, *Leidraad meldingen IGZ 2013*, Utrecht, oktober 2013.

¹²¹ Ph. S. Kahn & J. Legemaate, *Klachtenprocedures in de gezondheidszorg*, Den Haag: SDU Uitgevers 2004, p. 41-42.

¹²² D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Leerboek gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2013, p. 260-261.

¹²³ De Nationale ombudsman, 'Over de Nationale ombudsman', www.nationaleombudsman.nl.

¹²⁴ J.M.C. Meulenbroek, *Klachtrecht en ombudsman: een praktische handleiding*, Deventer: Kluwer 2008, p. 110.

ombudsman is overigens niet bindend, het UMCG kan zelf bepalen wat de gevolgen zijn van de uitspraak.¹²⁵

5 Zorgbelangorganisaties

Voor hulp bij het indienen van een klacht kunnen patiënten terecht bij Zorgbelang Groningen. Zorgbelang Groningen is samen met twaalf andere regionale Zorgbelangorganisaties aangesloten bij de brancheorganisatie Zorgbelang Nederland welke een aanspreekpunt en spreekbuis is voor contact met landelijke patiëntenorganisaties.¹²⁶ Zorgbelang Groningen is weer aangesloten bij tal van regionale patiëntenorganisaties en heeft als doel voor iedereen op te komen die met zorg te maken heeft.¹²⁷ De patiënt die een klacht wil indienen bij het UMCG kan bij Zorgbelang Groningen advies krijgen over de manier waarop de klacht kan worden ingediend en eventueel informatie over patiëntenrechten. Verder registreert Zorgbelang Groningen alle klachten, meldingen en vragen die bij hun binnen komen zodat er een beeld ontstaat van eventuele knelpunten. Zorgbelang Groningen kan daarover in gesprek gaan met de betreffende zorgaanbieder.¹²⁸

6 Geschillencommissie Zorginstellingen

Een andere voorziening in de 'tweede lijn' is de Geschillencommissie Zorginstellingen. Deze commissie is onderdeel van de Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken (SGC) en behandelt klachten van consumenten tegen een zorginstelling. De belangrijkste onderwerpen die de Geschillencommissie Zorginstellingen kan behandelen zijn: schade die is ontstaan door een behandeling of operatie, beschadiging of vermissing van eigendommen en onvoldoende zorgverlening. De commissie kan schadeclaims tot

een bedrag van €5.000, - behandelen.¹²⁹ Een voorwaarde is echter dat het betreffende ziekenhuis bij de Geschilleninstantie Zorginstellingen is aangesloten. Het UMCG is hierbij niet aangesloten, klagers van het UMCG kunnen hier niet terecht.¹³⁰

¹²⁵ De Nationale ombudsman, 'Over de Nationale ombudsman', www.nationaleombudsman.nl, geraadpleegd op 15 mei 2014.

¹²⁶ Zorgbelang Nederland, 'Over Zorgbelang', www.zorgbelang-nederland.nl.

¹²⁷ Zorgbelang Groningen, 'Over Zorgbelang Groningen', www.zorgbelang-groningen.nl.

¹²⁸ Zorgbelang Groningen, 'Hulp bij vraag of klacht', www.zorgbelang-groningen.nl.

¹²⁹ Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken, 2014, www.degeschillencommissie.nl (zoek op *zorg*).

¹³⁰ K.A.M. Mulder, De Gevolgen van de Wet Cliëntenrechten Zorg voor de Klachtenafhandeling in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), scriptie SJD, 11 juli 2011.

9 DE WKKGZ IN DE PRAKTIJK

9.1 VERSCHILLEN WKcz EN WKKGZ

Het is de bedoeling van de wetgever dat de Wkcz wordt vervangen door de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Het is van belang te weten wat de belangrijkste verschillen zijn en aan welke nieuwe eisen de klachtenregelingen van zorgaanbieders moet gaan voldoen. De verschillen zijn in deze paragraaf uiteen gezet.

Met de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) moet de zorgaanbieder niet alleen zorgen voor een laagdrempelige klachtenregeling, maar dient zij daarbij ook rekening te houden met de aard van de zorg en de categorie cliënten waaraan zorg wordt verleend (artikel 13 Wkkgz). Daarbij verlangt de Wkkgz niet alleen een laagdrempelige regeling maar ook een effectieve. De wetgever bedoelt met een effectieve klachtenopvang en – behandeling dat zoveel mogelijk klachten in een vroeg stadium worden opgelost, zodat cliënten alleen nog met echte problemen naar de geschilleninstantie hoeven te stappen.¹³¹ De Wkcz stelt geen vormvereiste voor het indienen van klachten, daarentegen moeten klachten volgens de Wkkgz schriftelijk worden ingediend.

De definitie van een klacht wordt in de Wkkgz iets duidelijker omschreven dan in de Wkcz. De Wkcz heeft niet zozeer een definitie van een klacht maar spreekt over een ‘gedraging’ waarover een klacht kan worden ingediend (artikel 1 sub e Wkcz). De Wkkgz noemt de klacht een ‘melding’ die schriftelijk of elektronisch kan worden gedaan, dit bericht kan gaan over de volgende drie categorieën: het functioneren van de zorg en kwaliteitsborging door de zorgaanbieder, het professioneel functioneren van de zorgverlener en het functioneren van een product of apparaat dat wordt gebruikt in de zorg (artikel 1 Wkkgz). Deze definitie is ontleend aan de Leidraad meldingen IGZ.¹³² Ook al omschrijft de Wkkgz de klacht meer dan de Wkcz, het blijft heel breed wat er onder valt. Dit zal niet voor niets zijn,

¹³¹ ‘Doorlopende integrale toelichting op artikelen van het voorstel van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (32 402)’, ten behoeve van de leden van de Eerste Kamer.

¹³² Idem.

aangezien met het hanteren van een brede definitie er meer signalen als klacht kunnen worden geïnterpreteerd en er daarmee ook meer informatie over eventuele tekortkomingen in de zorg kan worden verkregen. Bij een beperkte definitie worden de mogelijkheden voor patiënten om hun onvrede te uiten ingeperkt en wordt de drempel om te klagen hoger.¹³³

Wat betreft de klachtencommissie wordt er door de Wkcz bepaald dat iedere zorgaanbieder hierin voorziet en geeft de wetgever procedurele kaders voor de uitvoering en nadere eisen, zie voorgaande paragraaf. De Wkkgz rept daarentegen niet over een klachtencommissie, wat betekent dat deze dan niet meer verplicht is. In plaats daarvan verplicht de Wkkgz de zorgaanbieder om een klachtenfunctionaris aan te stellen die de patiënten gratis gaat bijstaan bij het indienen van klachten en het komen tot een oplossing (artikel 15 Wkkgz). De patiënt moet gemakkelijk een dergelijke functionaris in contact kunnen komen en deze persoon richt zich volledig naar de wensen van de klager, hij mag niets doen waar de klager niet mee instemt. De bijstand bestaat uit voorlichting over de mogelijkheden om een klacht in te dienen, advies over eventuele andere klachtenprocedures en eventueel bemiddeling tussen de klager en de zorgaanbieder, of diens medewerker. De bemiddeling richt zich daarbij op het vroegtijdig wegnemen van de onvrede of het bereiken van een oplossing die voor alle partijen acceptabel is. De klachtenfunctionaris moet deze functie, ook als hij of zij in dienst is bij de zorgaanbieder, onafhankelijk kunnen uitvoeren. De bedoeling van de wetgever hiermee is dat de functionaris zijn of haar taken kan verrichten zonder risico te lopen om te worden ontslagen of anderszins te worden benadeeld.¹³⁴

¹³³ K. van Berchum, Klantvriendelijk = klachtvriendelijk, Communiseren over klachten in de zorgsector, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1998, p. 11.

¹³⁴ ‘Doorlopende integrale toelichting op artikelen van het voorstel van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (32 402)’, ten behoeve van de leden van de Eerste Kamer.

De termijn waarbinnen klachten afgehandeld moeten zijn worden met de Wkkgz gewijzigd. Volgens de Wkcz kon de zorgaanbieder deze termijn naar eigen inzicht vaststellen en, indien nodig, naar eigen inzicht verlengen (artikel 2 lid 2 sub c en d Wkcz). De Wkkgz geeft echter een strikte termijn: een klacht moet binnen zes weken zijn afgehandeld en mag, indien nodig, worden verlengd met vier weken waarmee de maximale termijn tien weken zijn (artikel 17 Wkkgz). De reden voor een dergelijke termijn is dat de wetgever vindt dat klachten zo snel mogelijk afgehandeld moeten worden. De termijn begint te lopen op het moment dat de klacht schriftelijk is ingediend, de klager moet vervolgens binnen de genoemde termijn een schriftelijk oordeel over de klacht ontvangen van de zorgaanbieder. Dit oordeel kan een gegrond- of ongegrondverklaring van de klacht bevatten of bijvoorbeeld een mededeling dat de klager niet aan het juiste adres is voor deze klacht. Daarbij moet de zorgaanbieder aangeven welke maatregelen naar aanleiding van de klacht worden genomen en binnen welke termijn dat gebeurt.¹³⁵

Onder de Wkcz is de klachtencommissie eigenlijk de laatste stap voor de klager, er is hierna geen specifieke mogelijkheid voor een hoger beroep, behalve natuurlijk de gang naar de civiele rechter, tuchtrechter, straf- of bestuursrechter. Met de Wkkgz komt er wel een mogelijkheid om in hoger beroep te gaan indien de klager het niet eens is met de wijze waarop de zorgaanbieder de klacht heeft behandeld of het niet eens is met de uitspraak (artikel 21 Wkkgz). De klager kan dan terecht bij de onafhankelijke geschilleninstantie waarbij de zorgaanbieder verplicht bij aangesloten moet zijn (artikel 18 Wkkgz). Overigens kan de klager ook direct naar de geschilleninstantie als van hem in redelijkheid niet kan worden verlangd dat hij de klacht bij de zorgaanbieder zelf indient (artikel 21 lid 1 sub c Wkkgz). Of dit inderdaad zo is, beoordeelt de geschilleninstantie. Ook als het een schadeclaim betreft, kan de klager rechtstreeks naar de geschilleninstantie. De wetgever hecht veel belang aan de onafhankelijkheid van de geschilleninstantie en stelt daarom als vereiste dat iedere geschilleninstantie moet worden erkend door de Minister van VWS. De Minister zal

¹³⁵ 'Doorlopende integrale toelichting op artikelen van het voorstel van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (32 402)', ten behoeve van de leden van de Eerste Kamer.

de geschilleninstantie erkennen op basis van voorwaarden die in een ministeriële regeling zullen worden opgenomen. Door de onafhankelijkheid is gewaarborgd dat de behandeling van geschillen op zorgvuldige, onafhankelijke en deskundige wijze plaatsvindt. De geschilleninstantie is bevoegd om schadeclaims tot een bedrag van € 25.000, - te behandelen en de uitspraak over alle klachten en claims zijn in beginsel bindend voor beide partijen (artikel 20 Wkkgz). Alleen in geval van onzorgvuldige behandeling kan de beslissing via de rechter mogelijk nog ongedaan worden gemaakt. Een klager die een schadeclaim wil indienen kan deze naar eigen inzicht voorleggen aan de geschilleninstantie of aan de civiele rechter, echter in het geval dat de klager na een uitspraak van de geschilleninstantie alsnog naar de civiele rechter gaat, zal deze enkel nog marginaal toetsen en de zaak niet inhoudelijk beoordelen.¹³⁶

Voor de kwaliteitsbewaking is in de Wkcz opgenomen dat de klachtencommissie de bevoegdheid heeft om klachten gericht op een ernstige situatie met een structureel karakter, mede te delen aan de zorgaanbieder (artikel 2a Wkcz). De zorgaanbieder kan vervolgens passende maatregelen treffen om dergelijke gevallen in de toekomst te kunnen voorkomen. Indien de zorgaanbieder echter geen maatregelen treft is de klachtencommissie verplicht dit te melden bij de IGZ. In de Wkkgz ontbreekt een dergelijke kwaliteitsbewaking voor de geschilleninstantie.

Waar de Wkcz bij het onderwerp 'behandeling van klachten' uitgebreid ingaat op de procedure bij de klachtencommissie (artikel 2 Wkcz), bepaalt de Wkkgz alleen dat de klacht zorgvuldig moet worden onderzocht (artikel 16 lid 1 Wkkgz), het behandelen van de klacht gericht moet zijn op het bereiken van een voor de klager en zorgaanbieder bevredigende oplossing (lid 2) en dat de klager op de hoogte gehouden moet worden van de voortgang van de klachtbehandeling (lid 3). De wetgever wil hiermee de zorgaanbieder ruimte geven voor een regeling waarin bijvoorbeeld onderscheid kan worden gemaakt in de behandeling van ernstige of minder ernstige klachten of spoedeisende en minder spoedeisende klachten. Doordat de klachtenafhan-

¹³⁶ 'Doorlopende integrale toelichting op artikelen van het voorstel van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (32 402)', ten behoeve van de leden van de Eerste Kamer.

deling vooral moet zijn gericht op het vinden van een bevredigende oplossing waarbij wordt gezocht naar het werkelijk wegnemen van de klacht, beoogd de wetgever dat wordt voorkomen dat de klager zijn toevlucht zoekt bij de geschilleninstantie of de rechter.¹³⁷

Voor een schematisch overzicht van de verschillen tussen de Wkcz en de Wkkgz verwijs ik naar bijlage 1.

9.2 VRIJE RUIMTE

Welke vrije ruimte heeft de zorgaanbieder in de nieuwe wet als het gaat om het inrichten van een klachten- en geschillenprocedure? De vorige alinea geeft al aan dat de wetgever met de Wkkgz de zorgaanbieder ruimte wil geven om een regeling te treffen die gericht is op het vinden van een voor alle partijen bevredigende oplossing. Als men kijkt naar de artikelen van het wetsvoorstel worden er wel bepaalde beperkingen opgelegd, maar is er ook ruimte voor eigen invulling. De formulering van de artikelen van het wetsvoorstel Wkkgz is grotendeels vaag, waardoor er ruimte is voor de eigen interpretatie. Als men kijkt naar de vragen die de leden van de Eerste Kamer hebben gesteld naar aanleiding van het wetsvoorstel,¹³⁸ blijkt daarbij dat nog niet alles al helemaal duidelijk is. Dit zal, als de wet wordt aangenomen, in de praktijk nog uitgekristalliseerd moeten worden.

De beperkingen van de Wkkgz die aan de zorgaanbieders worden opgelegd en de ruimte hierin zijn de volgende:

- **Een schriftelijke regeling die rekening houdt met de aard van de zorg en de categorie cliënten waaraan zorg wordt verleend en die effectief en laagdrempelig is.**
Deze vage omschrijving geeft de zorgaanbieder veel ruimte voor eigen invulling, aangepast aan de eigen context. Er zou bijvoorbeeld gekozen kunnen worden voor een klachtenregeling die zich vooral richt op de

bemiddeling tussen de klager en aangeklaagde. De effectiviteit en de laagdrempeligheid hiervan zijn voor alle partijen van belang en kunnen eventueel nader worden onderzocht.

- **De verplichting om één of meerdere personen aan te wijzen die de klager gratis adviseert omtrent het indienen van de klacht en bijstaat bij het formuleren van de klacht en het onderzoeken van de mogelijkheden om tot een oplossing te komen. Deze persoon moet zijn functie onafhankelijk kunnen uitoefenen.**
Hoewel in veel reacties op het wetsvoorstel ervan wordt uitgegaan dat dit de functie is van de klachtenfunctionaris, hoeft dat niet zo te zijn. Het is hierbij ook mogelijk dat de mensen van de afdeling Klachtopvang dat doen, zoals nu bij het UMCG, of bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon. Hier is dus ook ruimte voor eigen invulling, als er maar iemand binnen de instelling is waar klagers terecht kunnen voor advies en hulp bij het indienen van de klacht.
- **De doorlooptijd van klachten duurt maximaal zes weken. Deze termijn kan, gemotiveerd, met nog eens maximaal vier weken worden verlengd. De reactie van de zorgaanbieder op de klacht dient schriftelijk te zijn.**
Deze beperking biedt geen ruimte, hier moet aan worden voldaan.
- **De verplichting zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie die is erkend door de Minister VWS.**
Deze verplichting doet niets af aan de ruimte die de zorgaanbieder heeft voor de eigen interne klachten- en geschillenprocedure. Voor de interne geschillenprocedure wordt niets geregeld, wat betekent dat de zorgaanbieder hier zelf een regeling voor kan treffen. Daarnaast hebben klagers dus wel de mogelijkheid om in plaats daarvan naar de externe geschilleninstantie te stappen die een bindende uitspraak kan doen tot een schadevergoeding van €25.000, -.

¹³⁷ Doorlopende integrale toelichting op artikelen van het voorstel van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (32 402), ten behoeve van de leden van de Eerste Kamer.

¹³⁸ Zie paragraaf 1.1.5.

Naast deze beperkingen wordt er niets opgenomen over een klachtencommissie. Dat betekent dat de zorgaanbieder vrij is om al dan niet een klachtencommissie in te stellen. Omdat de klachtencommissie niet verplicht is voor de zorgaanbieder is deze ook niet verplicht voor de klager. Dit betekent dat de klager deze kan overslaan en naar de geschillencommissie kan stappen. Een klager kan al naar de geschillencommissie met een klacht of schadeclaim als hij vindt dat de klacht door de zorgaanbieder niet tot een bevredigende oplossing voor hem heeft geleid, of niet van de klager kan worden verlangd dat hij de klacht of schadeclaim bij de zorgaanbieder indient.

10 RESULTATEN UIT DE PRAKTIJK

In dit hoofdstuk zijn de bevindingen beschreven die het resultaat zijn van de afgenomen interviews. In de volgende paragrafen zal worden ingegaan op een aantal deelonderwerpen die relevant zijn voor het beantwoorden van de deelvragen die gericht zijn op de praktijk.

10.1 BELANGEN UMCG

10.1.1 BELANGEN UMCG ALS ORGANISATIE

Er zijn meerdere belangen te noemen die het UMCG als organisatie heeft wat betreft een klachtenprocedure. Het UMCG heeft ten eerste belang bij tevreden patiënten en in het verlengde daarvan ook bij tevreden klagers. Als bedrijf wil het UMCG aan haar cliënten/patiënten zo goed mogelijke zorg bieden en als het niet naar de wens van de cliënt/patiënt gaat, er voor zorgen dat de cliënt/patiënt de 'genoegdoening' krijgt waar hij recht op heeft. Daar hoort bij dat de klacht het liefst daar waar deze is ontstaan, op een laagdrempelige en serieuze manier wordt opgelost. Het tweede belang, het imago van het UMCG, hangt hier mee samen. Door op een goede en snelle manier de klachten op te lossen zijn patiënten meer tevreden en kan bijvoorbeeld negatieve publiciteit voorkomen worden. Daarnaast zullen ontevreden patiënten wellicht hun ongenoegen op sociale media uiten en daarom heeft het UMCG er ook belang bij dat de klachtenprocedure zodanig laagdrempelig is, dat bij patiënten die behoefte al niet meer bestaat.

De andere kant van het belang van een goed imago, is het belang van kwaliteit. Door bij klachten te kijken waar het is misgegaan, kan het UMCG als lerende organisatie daar iets mee doen in haar werkwijzen en processen. Door te voorkomen dat het weer gebeurt, wordt de kwaliteit en de veiligheid van de zorg verbeterd. Daarnaast heeft het UMCG een financieel belang. Het afhandelen van klachten, zeker in de procedure bij de klachtencommissie, kost het UMCG geld. Dit geldt nog sterker voor de schadeclaims. Bij een grote claim komt het erop neer dat er ongeveer dertig patiënten niet geholpen kunnen worden, omdat het geld wel

ergens vandaan moet komen. Tenslotte heeft het UMCG er belang bij dat de klachten en schadeclaims binnen het ziekenhuis wordt opgelost, omdat dit zorgt voor draagvlak onder de medewerkers en omdat de klachten gaan over zaken die in het ziekenhuis spelen. De mensen die de klachten afhandelen of beoordelen kennen de specifieke context. Ook maakt een interne klachtenregeling de koppelingen naar kwaliteit gemakkelijker.

10.1.2 BELANGEN VAN DE MEDEWERKERS VAN HET UMCG

Behalve de belangen die het UMCG heeft als organisatie, hebben ook de medewerkers en hulpverleners een belang in de klachtenprocedure. Bijvoorbeeld het belang dat de medewerkers als aangeklaagde ook de kans krijgen te worden gehoord en daarmee de kans krijgen om hun verhaal te doen en eventueel te verduidelijken. Zorg is mensenwerk en iedereen kan fouten maken. Daarbij heeft iedere arts eronder te leiden als er tegen hem of haar een klacht is ingediend. Voor hen is het ook van belang dat er snel duidelijkheid komt en dat het vertrouwen met de patiënt wordt hersteld. Het recht van de hulpverleners om een weerwoord te geven en om te worden gehoord moet wel in evenwicht zijn met het recht om gehoord te worden van de patiënt. Een ander belang van de medewerkers is tijd. Artsen en afdelingshoofden zijn in sommige gevallen (te) veel bezig met het afhandelen van (formele) klachten. Het primaire proces van de dokters is het beter maken van patiënten en om onderzoek te doen en dat moet het ook blijven.

10.2 BELANGEN KLAGERS

Een groot belang van de klager is gehoord worden. Veel patiënten dienen een klacht is als ze het gevoel hebben dat ze niet worden gehoord. Daarbij is het voor de patiënt van belang dat er op hun klacht niet vanuit de verdediging wordt gereageerd. Om gehoord te kunnen worden is het van belang dat de drempel om te klagen of om ongenoegen te uiten zo laag mogelijk is. Er daarbij rekening mee houdend dat niet iedere patiënt in staat is goed voor zijn eigen rechten op te komen of zijn klacht meteen goed te formuleren. Als een patiënt zich niet uitgenodigd voelt om te ver-

tellen dat hij ergens niet tevreden over is, kan dat al een eerste drempel zijn. Als de patiënt vervolgens het gevoel krijgt dat hij zeurt of vervelend is, zal hij ofwel afhaken, of wel sterker gaan vasthouden aan zijn klacht. Voor de patiënt is het dus van belang dat ze het gevoel hebben dat de hulpverleners hun klacht willen horen en dus een open houding hebben. Daarbij is het belangrijk dat de organisatie beseft dat als iemand afhankelijk is van de zorg, of van bijvoorbeeld één specialist, het extra lastig is om te klagen.

Een ander belang dat met die afhankelijkheid te maken heeft, is dat de medische behandeling op geen enkele manier wordt onderbroken of geschaad door het indienen van een klacht. Veel mensen vragen zich namelijk af hoe het verder moet met de behandeling van hun ziekte als ze een klacht indienen. Het moet voor de patiënt duidelijk zijn dat de klacht los staat van hun medische behandeling en dat deze is gewaarborgd.

Daarnaast is een groot belang van de klager om met hun klacht ervoor te zorgen dat wat hun overkomen is, niet ook een ander kan overkomen. Klagers willen daarbij erkenning dat er iets niet goed is gegaan en dat er vervolgens iets mee wordt gedaan. Ze willen weten welke maatregelen er worden genomen om hun situatie in de toekomst te voorkomen en hebben dan ook behoefte aan een terugkoppeling daarover. Verder is het belang dat er snel een oplossing komt of herstel van wat er mis ging. Klagers hebben tenslotte belang bij dat hun vertrouwen in de gezondheidszorg wordt hersteld.

Bovenstaande komt overeen met de literatuur over waarom cliënten een klacht indienen.¹³⁹

Het UMCG doet overigens op dit moment al goede stappen richting de laagdrempeligheid. Bijvoorbeeld met de knop 'vertel het ons' op de site, waar iedereen een positieve of negatieve ervaring die hij in het ziekenhuis heeft opgedaan met het UMCG kan delen. Daarnaast worden op de afdelingen wel eens zogenoemde spiegelgesprekken georganiseerd, waarbij de patiënten met de hulpverleners in gesprek gaan over wat goed gaat en wat nog verbeterd zou kunnen worden.

10.3 PUNTEN VAN ZORG OMTRENT KLACHTEN EN WKKGZ

De nieuwe wet brengt voor het UMCG een aantal zorgen met zich mee. Dat zit hem met name in de zes weken termijn, daarover meer in de volgende paragraaf, en in de externe geschillencommissie. Deze zorg heeft er mee te maken dat de afhandeling van klachten en geschillen teveel op afstand komt, omdat de klachten vaak gaan over onderwerpen die voor het UMCG specifiek zijn. Een UMC functioneert bijvoorbeeld heel anders dan een algemeen ziekenhuis en het kan voor het beoordelen van de klacht bijvoorbeeld nodig zijn te weten hoe het UMCG er feitelijk uitziet. Daarbij kan de behandeling van klachten gevolgen hebben voor de leercyclus van het UMCG, omdat een oordeel van een commissie die op afstand zit wellicht gemakkelijker naast zich neergelegd kan worden als het niet uitkomt.

Een andere zorg zijn de kosten en de financiering van deze externe geschillencommissie. Als deze geschillencommissie bijvoorbeeld in Utrecht zit, moeten er wel artsen en afdelingshoofden naar toe. Dit kost hun veel tijd. Komen deze reiskosten en de reiskosten van de klagers dan voor rekening komen van het UMCG? Daarnaast is het de vraag of bij een claim van €25.000,- een eigen jurist mee gaat, waar ze eigenlijk geen tijd voor hebben, of dat er een advocaat wordt ingeschakeld, die weer duurder is. Wie draagt deze kosten als bijvoorbeeld onterecht een claim is ingediend? Op deze vragen is nog geen antwoord bekend. Aan de andere kant is er de zorg dat cliënten erop gaan sturen op een snelle afdoening, zonder ondersteuning van een advocaat, van een schadeclaim onder de €25.000,-. Dit zou voor een beperkte groep negatief uit kunnen vallen, omdat ze dan bijvoorbeeld genoeg nemen met veel te weinig schadevergoeding. Bijvoorbeeld in het geval van een medische misser waarbij iemand gehandicapt is geraakt, genoeg nemen met iets meer dan de gemaakte kosten, maar daarbij niet rekening houdend met wat het over tien of twintig jaar nog kost. De zorg is hierbij dus of de afhandeling van een schadeclaim bij een dergelijke commissie wel recht doet aan de cliënt.

¹³⁹ Zie paragraaf 5.3.

10.4 DE ZES WEKEN TERMIJN VAN DE WKKGZ

Het wetsvoorstel stelt eisen aan de duur van de afhandeling van klachten, namelijk binnen zes weken, waarbij de termijn met nog eens vier weken kan worden verlengd. De respondenten zien het nut van een snelle afhandeling wel, maar zijn er voornamelijk niet erg blij mee. De voorziene problemen en mogelijke oplossingen worden hieronder uiteengezet.

10.4.1 PROBLEMEN

Voor de klachtencommissie vormt de termijn van zes weken, te verlengen tot tien weken, een probleem. Op dit moment duurt de procedure, vanaf het moment dat de klacht wordt ingediend tot de uitspraak, een paar maanden. Als er tijdens de procedure een deskundige bij wordt ingeschakeld, kan het wel een half jaar duren. Een termijn van zes tot tien weken lijkt daarom bijna onmogelijk te halen en zou de procedure veel minder zorgvuldig maken. Een deskundige raadplegen zit er dan al helemaal niet meer in. Deze is wel nodig in het geval het gaat om een klacht van complex medische aard. Voorheen werden dergelijke klachten niet-ontvankelijk verklaard en konden klagers de klacht bij de tuchtrechter indienen. Het UMCG mocht dit echter niet zo doen van de IGZ en sinds kort moet de klachtencommissie deze klachten ook afhandelen. Deze klachten zijn echter dusdanig medisch ingewikkeld dat hier altijd een deskundige bij nodig is.

De dokters waarover wordt geklaagd en die daarop willen reageren, in de vorm van een gesprek met de klager of een verweerschrift aan de klachtenfunctionaris of -commissie, doet dit naast zijn gewone werk. Om van dokters of andere hulpverleners in verband met een kortere termijn te vragen van de klachtenafhandeling een prioriteit te maken, kan het risico met zich meebrengen dat hij patiënten moet gaan afzeggen om bijvoorbeeld op een zitting te kunnen verschijnen. Het gevolg daarvan kan zelfs zijn dat die patiënt daar vervolgens over gaat klagen.

Voor de klachtenfunctionaris is de termijn voor zes weken op het moment meestal haalbaar, al hangt dit wel af van hoe snel de afdelingen schriftelijk reageren op de klacht. Als er vervolgens een bemiddelingsgesprek nodig is en deze moet worden gepland wordt het al problematischer om de

zes weken, of tien weken, te halen. Het komt wel eens voor dat er bij een gesprek drie betrokken afdelingen aanwezig moeten zijn en de afdelingshoofden hebben drukke agenda's. Dat maakt het moeilijk om binnen korte termijn een bemiddelingsgesprek te organiseren en binnen de zes of tien weken termijn de klacht af te handelen.

10.4.2 MOGELIJKE OPLOSSINGEN

Om de procedure bij de klachtencommissie in te korten zou het een oplossing kunnen zijn om de zaak zo snel mogelijk op zitting te zetten, in plaats van eerst de schriftelijke reactie van de beklagde af te wachten. Die zitting moet dan binnen zes weken worden gepland en met een uitspraak binnen twee weken daarna, zit de procedure nog binnen de tien weken. Een deskundige raadplegen is dan echter onmogelijk. Een deskundige moet zich namelijk, naast een hele drukke baan, helemaal in het dossier verdiepen. Van belang is in ieder geval dat beide partijen worden gehoord. De klachtencommissie doet dit het liefste mondeling, omdat er dan nog vragen gesteld kunnen worden en nog geprobeerd kan worden partijen nader tot elkaar te brengen. Het nadeel van snel op zitting komen is dat vooraf de standpunten bij de klachtencommissie niet bekend zijn en dit het moeilijker maakt om hierop voor te bereiden. Daarnaast heeft de aangeklaagde geen tijd gehad om over zijn verweer na te denken en zich daarmee op de zitting voor te bereiden. Ook de klager kan overvallen worden met allerlei feiten en informatie en vervolgens niet weten hoe hij moet reageren. Al met al, niet een geweldige oplossing.

Een andere oplossing voor de klachtencommissie is om deze kleiner te maken, waardoor het gemakkelijker wordt de agenda's op elkaar af te stemmen. De klachtencommissie heeft er op dit moment regelmatig moeite mee alle leden voor een zitting bij elkaar te krijgen en een kleiner aantal leden zou de commissie sneller en gemakkelijker inzetbaar maken. Dit maakt de termijn in ieder geval haalbarer. Wellicht zou er meer expertise in de klachtencommissie kunnen gaan zitten, bijvoorbeeld een medisch specialist die kan helpen bij het behandelen van de medisch inhoudelijke zaken. Dus een kleinere commissie maar met kwalitatief andere mensen. Een andere mogelijkheid is om verschillende kamers in te richten, omdat niet iedere klacht een medische klacht is en die medisch specialist niet altijd

nodig zal zijn. Dan kan bijvoorbeeld één kamer van de klachtencommissie de klachten behandelen waarbij het niet om de medische inhoud gaat en een kamer doet de klachten waar het daar wel om gaat.

Voor de klachtenfunctionaris zou een oplossing kunnen zijn om de termijn waarbinnen de afdelingen schriftelijk op een klacht moeten reageren, terug te brengen van vier naar twee weken. De ervaring is dat dit klusje toch tot op het laatste moment blijft liggen. Wat betreft het probleem omtrent het bemiddelingsgesprek, kan het een oplossing zijn om eerst de procedure helemaal af te handelen en vervolgens het gesprek te houden, buiten de procedure.

10.5 ROL KLACHTENFUNCTIONARIS MET BETREKKING TOT DE WKKGZ

Volgens het wetsvoorstel Wkkgz is de instelling verplicht een of meer geschikt te achten personen aan te wijzen die de klager gratis gaat bijstaan bij het indienen van de klacht en de mogelijkheden om tot een oplossing van de klacht te komen onderzoekt, op verzoek van de klager. Daarnaast moet(en) deze persoon of personen onafhankelijk deze positie kunnen uitoefenen. Volgens de Eerste Kamervragen en alle andere reacties op het wetsvoorstel gaat het in dit geval om de klachtenfunctionaris. De rol van de klachtenfunctionaris komt dus meer aan de kant van de klager te staan.

Binnen het UMCG zijn de meningen over de rol van de klachtenfunctionaris verdeeld. Op dit moment heeft de klachtenfunctionaris binnen het UMCG echt een bemiddelende rol en staat hij tussen de partijen. Aan de ene kant is lijkt het niet handig dat de klachtenfunctionaris naast het bemiddelen ook het verhaal van de klager moet vertellen en de klager moet ondersteunen en helpen. Hierdoor komt hij in een spagaat. De klachtenfunctionaris zelf is daar ook geen voorstander van, omdat hij ernaar streeft te bemiddelen tussen partijen en hij beide partijen even belangrijk acht. Dat maakt het heel lastig om in diezelfde rol ook nog eens de patiënt te ondersteunen en bijvoorbeeld te helpen met het goed formuleren van de klacht. Dat is ook heel raar naar de aangeklaagde toe. Volgens de literatuur over welke taken een klachtondersteuner zou moeten verrichten, kan

deze 'dubbelrol' prima door één persoon worden uitgevoerd. Dit vereist van de klachtondersteuner een onpartijdige opstelling, tact en beleid.¹⁴⁰

Aan de andere kant, als enkel wordt gekeken naar het belang van de cliënt, is iemand die meer aan de kant van de klager staat goed te noemen. De reden hiervoor is de ongelijkheid van de positie van de klager, zoals het hebben van minder kennis, de onafhankelijkheid van de hulpverleners en de klager tegen een groot bolwerk. Naast ondersteuning is het voor de klager ook van belang dat er bemiddelingspogingen gedaan kunnen worden, omdat een goed gesprek soms wonderen kan doen. Degene die als bemiddelaar het gesprek leidt, kan heel goed een ander zijn, zodat de patiëntondersteuner ook bij het gesprek kan zijn voor het geval de klager zelf bijvoorbeeld niet uit zijn woorden komt. Het is daarbij denkbaar dat deze ondersteuner ook meegaat naar een zitting van de klachtencommissie. Het gebeurt bijvoorbeeld wel dat een patiënt na een zitting achteraf bedenkt wat hij eigenlijk nog had willen zeggen. Een ondersteuner kan tijdens de zitting dan in de gaten houden of alles wat voor de klager van belang is ook aan bod komt. Wat wel centraal moet staan in de ondersteuning van de klager is dat diegene uiteindelijk altijd de keuze heeft. Bijvoorbeeld de keuze voor een bepaalde procedure, wat hij met zijn klacht wil bereiken of de mate van de ondersteuning. In deze rol zou een betere naam voor de klachtenfunctionaris 'vertrouwenspersoon' zijn, omdat hier het woord 'klacht' niet in voorkomt (dit kan al een drempel opwerpen) en uitdrukking geeft aan de klager dat hij er voor hen is. Het is overigens de vraag of het nodig is dat de klachtenfunctionaris, zoals nu, een arts is. De meeste klachten gaan uiteindelijk over de communicatieve problemen, dus het kan ook iemand zijn vooral heel goed is in het leiden van een gesprek, meer een mediator. Dit heeft als voordeel dat de onafhankelijkheid daarmee wordt benadrukt. Voor de meer medische klachten zou de arts dan als back-up kunnen fungeren.

De rol van de patiëntondersteuner, zoals die eigenlijk in het wetsvoorstel staat beschreven, wordt binnen het UMCG feitelijk al uitgevoerd door de mensen van de afdeling Klachtopvang & Patiëntinformatie. Weliswaar tot op be-

¹⁴⁰ Zie subparagraaf 5.5.4 onder punt 4: 'Bemiddelen bij klachten'.

paalde hoogte, want de medewerkers van deze afdeling gaan niet zo ver in hun hulp dat ze meegaan naar bemiddelingsgesprekken of zittingen als ondersteuner van de klager. Maar wat ze wel doen, is de klager voorzien van de benodigde informatie om een klacht te kunnen indienen en het geven van advies over de mogelijkheden die daarvoor zijn. Daarnaast helpen ze de klager bijvoorbeeld bij het formuleren van de klacht. Hierbij staat centraal wat de klager zelf wil.

10.6 ROL KLACHTENCOMMISSIE MET BETREKKING TOT DE WKKGZ

Het wetsvoorstel Wkkgz kan gevolgen hebben voor het behoud van de klachtencommissie, omdat deze niet meer verplicht wordt gesteld. Binnen het UMCG zijn de meningen hier enigszins over verdeeld, hoewel de grote meerderheid van de respondenten vindt dat de klachtencommissie zou moeten blijven. De vraag die dat vervolgens oproept is of de klachtencommissie dan verder gaat in een andere rol en hoe dit vormgegeven zou kunnen worden. In deze paragraaf komen beide aspecten aan bod.

10.6.1 BLIJVEN OF VERDWIJNEN?

Een reden om een klachtencommissie binnen het UMCG te houden is dat de klachtencommissie een belangrijke rol heeft in het herstellen van het vertrouwen van de patiënt in de gezondheidszorg. Bij de klachtencommissie is de ervaring dat tijdens de zitting voor het eerst een goed gesprek tot stand komt tussen de klager en de aangeklaagde en dat dit voor beide partijen vaak heel bevrijdend werkt. Daarnaast heeft de klachtencommissie op dit moment een belangrijke rol in de kwaliteit omdat de Raad van Bestuur direct van hun hoort waar het misgaat en waar de zorg verbeterd kan worden. Ook heeft de klachtencommissie de bevoegdheid structurele problemen aan de Raad van Bestuur te rapporteren. De klachtencommissie heeft een zekere mate van gezag, omdat de Raad van bestuur meestal wel iets doet met de aanbevelingen van de commissie. Een andere reden om een commissie binnen het UMCG te houden is dat een beslissing meer draagvlak heeft door de collega's die als lid meegedacht hebben, maar ook door de rol van de onafhankelijke voorzitters. Dit wordt gezien als een mooie mix. Daarnaast wordt het als positief ervaren dat

er in de klachtenbehandeling bij de klachtencommissie meerdere mensen vanuit verschillende kanten naar een klacht kijken. Daarentegen wordt aangevoerd dat het de vraag is of het hebben van een klachtencommissie wel nut heeft als klagers liever na een traject bij de klachtenbemiddeling naar de externe geschillencommissie gaan. De toegevoegde waarde van de klachtencommissie zit op dit moment vooral in de bemiddeling. De klachtenprocedure kan zo worden ingericht dat er nog meer wordt ingezet op de bemiddeling van de klachtenfunctionaris, waardoor de klachtencommissie als tussenstap voor de externe geschillencommissie zou kunnen verdwijnen.

10.6.2 DE NIEUWE ROL

Van de meeste respondenten mag de klachtencommissie blijven, maar wel in een andere vorm. Hij mag kleiner en slagvaardiger worden, zoals ook is beschreven in subparagraaf 10.4.2. Een mogelijkheid is om de leden van buiten het UMCG te laten komen, bijvoorbeeld uit de cliëntenraad die het UMCG binnenkort in huis heeft. Daarbij wordt de klachtencommissie als te groot ervaren, er zijn bij een zitting meestal acht mensen aanwezig, inclusief de secretaris en de notulist. Daar komt de arts nog eens bij die meestal ook nog twee anderen meeneemt. Voor de patiënt kan dit best intimiderend overkomen. De rol van de klachtencommissie zou hetzelfde kunnen blijven, dus een klacht gegrond of ongegrond verklaren. Een mogelijkheid om daaraan toe te voegen is dat de commissie in de uitspraak ook een advies kan geven om met de klager in overleg te treden over schade. Wat ook zou kunnen is de klachtencommissie wél een andere rol te geven die daarbij wat minder formeel is, bijvoorbeeld door een commissie van één of twee mensen de klacht marginaal te toetsen en vervolgens te komen met een aanbeveling over hoe het vervolgens verder moet.

10.7 DE NIEUWE INFRASTRUCTUUR VAN DE KLACHTENPROCEDURE

In de literatuur omtrent de inrichting van klachtenprocedures in zorginstellingen, wordt het belang van een klachtvriendelijk klimaat en een laagdrempelige klachtopvang

onderstreept.¹⁴¹ Hierbij wordt groot belang gehecht aan een juiste houding van de hulpverleners op de werkvloer, daar is waar het begint. Daar beginnen de klachten, maar kunnen de klachten ook het gemakkelijkst weer worden voorkomen. Dat heeft er ook mee te maken dat aan bijna iedere klacht de communicatie en bejegening ten grondslag ligt.¹⁴² Dit wordt bevestigd door de respondenten. Langlopende zaken hebben bijvoorbeeld vaak te maken met een gebrek aan communicatie of het gevoel van de klager niet te zijn gehoord.

Behalve de overeenkomsten met de literatuur, komen de visies van meerdere respondenten ook deels met elkaar overeen betreffende de beste inrichting van de klachtenprocedure. Overigens verdient het de vermelding dat de meeste respondenten de huidige klachtenprocedure, met de laagdrempelige Klachttopvang, de klachtenfunctionaris en de klachtencommissie, al prima vinden. Dat neemt niet weg dat er ideeën genoeg zijn voor verbetering. Hieronder volgt een beschrijving van een klachtenprocedure zoals die er idealiter uit zou kunnen zien, waarbij alle inzichten hierover zijn samengevoegd en rekening is gehouden met het wetsvoorstel.

10.7.1 HET EERSTE PORTAAL: DE HULPVERLENER

Het begint allemaal op de werkvloer. Hier kan nog veel worden verbeterd en dit heeft voornamelijk te maken met de houding van de medewerkers. Er moet een algemeen besef komen bij hulpverleners dat iedere cliënt het recht heeft een klacht in te dienen of zijn ongenoegen te uiten en dat als dat gebeurt, hij niet direct op zijn achterste benen gaat staan. Degene die klaagt wordt nog te vaak gezien als een patiënt die iets negatiefs wil en zeurt. Het belang van het voorkomen van klachten en het belang van klachten op zich (voor feedback op het eigen functioneren en voor de kwaliteit van de zorg) zou veel meer bekendheid moeten krijgen onder de hulpverleners. Daarbij is een houding belangrijk die uitstraalt dat mensen met hun klachten bij de hulpverleners terecht kunnen en dat de hulpverleners laten merken dat ze het ook willen weten. Ook voor de cliënt moet weten dat hij voor een klacht, of als iets gewoon niet naar wens gaat, bij de hulpverlener op de vloer terecht kan.

¹⁴¹ Zie paragraaf 5.2.

¹⁴² Zie paragraaf 5.4.

Vervolgens moet er serieus naar de cliënt worden geluisterd en moet hun probleem worden erkend. Daarbij wordt er gekeken of de klacht al kan worden opgelost door bijvoorbeeld extra uitleg te geven over waarom het mis ging, excuses aan te bieden en eventueel het aanbieden van een herstelbehandeling. De cliënt heeft in ieder geval recht op informatie over wat er is gebeurd. Dit zou zelfs al plaats kunnen vinden voordat de cliënt een klacht indient in het geval dat de hulpverlener een fout heeft gemaakt.

Op het toegeven van fouten ligt daarbij nog een taboesfeer, omdat de angst van veel hulpverleners is dat er vervolgens een claim volgt en dat ze daarmee hebben gezegd dat ze aansprakelijk zijn. Die angst is niet terecht, aangezien ook rechters en verzekeraars vinden dat het toegeven van een fout iets heel anders is dan aansprakelijk te zijn.¹⁴³ Hier zou ook meer bekendheid over moeten komen bij alle medewerkers. In de literatuur wordt ook gesproken over het zelfbeschikkingsrecht als rechtsbeginsel van het gezondheidsrecht.¹⁴⁴ Hulpverleners zouden het zelfbeschikkingsrecht van patiënten moeten bevorderen door bijvoorbeeld het geven van voldoende informatie over een behandeling (het recht op informatie).¹⁴⁵ Daar hoort ook het geven van informatie over gemaakte fouten bij. Als er bijvoorbeeld iets is fout gegaan tijdens een operatie en die informatie wordt niet gegeven, dan kan de patiënt op dat moment niets doen, tot er door de fout bijvoorbeeld maanden later lichamelijke klachten ontstaan. Dit kan vervolgens ook een reden zijn voor de patiënt om een klacht in te dienen. De patiënt is door de informatie niet te krijgen in feite aangetaast in zijn zelfbeschikkingsrecht. Wordt de informatie wel gegeven, direct na de operatie, dan kan de patiënt op basis daarvan meebeslissen over het vervolg. Een klacht indienen is dan waarschijnlijk voor de patiënt ook niet meer nodig.

Daarnaast kan er op de werkvloer en in het algemeen meer worden gedaan aan verwachtingenmanagement. Niet voor iedere patiënt is duidelijk dat een UMC anders is dan een algemeen ziekenhuis, bijvoorbeeld dat er in het UMC een heleboel dokters bij één patiënt betrokken zijn. Door hier beter over te communiceren, kunnen verwachtingen van

¹⁴³ Zie paragraaf 6.2 onder punt 3: 'Civiele rechter'.

¹⁴⁴ Zie paragraaf 3.2.

¹⁴⁵ Zie paragraaf 3.3.

patiënten worden bijgestuurd en daarmee klachten worden voorkomen.

10.7.2 HET TWEEDE PORTAAL: AFDELING KLACHTOPVANG
Komen de cliënten er op de werkvloer niet uit of durven ze bijvoorbeeld niet naar de hulpverlener toe te gaan, dan moet er één duidelijk portaal zijn waar hij terecht kan. In de huidige situatie is het een probleem dat klachten werkelijk overal terecht komen binnen het UMCG: bij de balie Klachtopvang, bij de klachtenfunctionaris, bij de klachtencommissie, bij de Raad van Bestuur, bij de archivaris, de hulpverlener, enzovoort. Behalve de Raad van Bestuur gaan alle andere portalen direct met de klacht aan de slag. Zo besluit de archivaris bijvoorbeeld zelfstandig of een klacht naar de commissie gaat, naar de klachtenfunctionaris of naar de facilitaire dienst. Doordat in een aantal gevallen de klacht direct bij de commissie belandt, wordt de mogelijkheid tot bemiddeling overgeslagen. De klachtencommissie ervaart namelijk over het algemeen dat partijen elkaar op zitting voor het eerst spreken. Daarbij geeft de klachtenfunctionaris aan dat klachten die door hun worden bemiddeld, zelden nog bij de klachtencommissie terecht komen.

Het tweede portaal zou vormgegeven kunnen worden door de huidige afdeling Klachtopvang & Patiëntinformatie, met één telefoonnummer en één e-mailadres. Klachten die zijn ingediend op een andere plaats kunnen daar dan ook naar toe. De afhandeling van de klachten loopt dan in eerste instantie ook via de afdeling Klachtopvang & Patiëntinformatie. Na ontvangst van de klacht wordt contact opgenomen met de klager en wordt in overleg met de patiënt wordt gekeken naar een oplossing. Dit zou al een informeel gesprek kunnen zijn die tot stand komt met behulp van de Klachtopvang, of een bemiddelingstraject met de klachtenfunctionaris als bemiddelaar, of een uitspraak van de klachtencommissie, waarbij het wel duidelijk moet zijn dat er in beginsel één route is in plaats van allerlei parallelwegen. Ook voor de medewerkers is het gemakkelijker om naar één portaal te kunnen verwijzen.

Daarnaast is dit tweede portaal ook de plaats waar de klager ondersteuning kan krijgen bij het indienen van de klacht, advies kan inwinnen enzovoort. Eigenlijk wat Klachtopvang nu ook doet, maar ook wat de nieuwe wet vereist. Om aan

de wet te voldoen zou de onafhankelijkheid van deze afdeling duidelijker neergezet en gecommuniceerd kunnen worden. Ook zou één of meer van de medewerkers van dit team als patiëntenvertrouwenspersoon kunnen worden aangemerkt. Voor de onafhankelijke patiëntondersteuning kan Zorgbelang Groningen ook een rol spelen.

10.7.3 HET DERDE PORTAAL: DE KLACHTENBEMIDDELING
Wordt in samenspraak met de cliënt besloten dat de klacht bij de afdeling Klachtopvang niet meteen kan worden opgelost, dan kan de cliënt naar het derde portaal: de klachtenfunctionaris of de klachtenbemiddelaar. Pas als duidelijk is dat de cliënt dit echt niet wil of dat bemiddeling geen optie is, kan deze stap worden overgeslagen en kan de klacht worden neergelegd bij de klachtencommissie. De ervaring binnen het UMCG leert dat bemiddeling over het algemeen erg effectief is. De klachtenbemiddelaar zou daarbij ook de bevoegdheid kunnen krijgen om een schadeaspect dat bijvoorbeeld een rol kan spelen, zelf te kunnen afhandelen, waarbij duidelijk gecommuniceerd wordt dat het cou-lance halve is en dat er geen aansprakelijkheid mee wordt erkend. Deze bevoegdheid zou dan wel begrensd moeten worden, tot bijvoorbeeld een maximum bedrag van €500, -.

10.7.4 HET VIERDE PORTAAL: DE KLACHTENCOMMISSIE
Als klagers er bij de bemiddeling niet uitkomen, dit echt niet willen of bemiddeling geen optie is, kan de stap worden gezet naar de klachtencommissie. De klachtencommissie heeft zijn nieuwe kleinere vorm zoals eerder is besproken, eventueel met meerdere kamers. Mocht dit nog niet tot een bevredigende oplossing komen, dan kan men in hoger beroep bij de geschillencommissie. De procedure bij de klachtencommissie moet gezien worden als een aparte procedure waarbij de termijn van zes weken opnieuw begint te lopen.

10.7.5 SCHADECLAIMS
Op dit moment vallen schadeclaims eigenlijk overal tussen in en worden afgehandeld door de juridische afdeling van het UMCG. Behalve dat de klachtenfunctionaris of –bemiddelaar bijvoorbeeld kleine schadeclaims kan afhandelen, is het een mogelijkheid een kleine werkgroep op te zetten, met iemand van de juridische afdeling en iemand die goed bekend is met het afhandelen van schade, om per

claim te beoordelen of het op een snelle manier onderhands kan worden afgehandeld of dat er voor gekozen wordt het uit handen te geven aan de verzekeraar.

10.8 KOPPELING KLACHTEN NAAR KWALITEIT

Compliance en risicobeheersing hangt nauw samen met de kwaliteit van de zorg. Klachten geven het UMCG een goede input om de kwaliteit te blijven verbeteren. Dan moet er echter wel een koppeling worden gemaakt van de klachtenafhandeling naar de kwaliteit van de zorg. Deze paragraaf beschrijft hoe deze koppeling in de praktijk wordt gemaakt.

Het UMCG wil leren van klachten, calamiteiten, incidenten en alle andere dingen die misgaan, de kwaliteitszorg is dan ook gericht op vermijdbaarheid en niet op verwijtbaarheid. Kwaliteitszorg zit in principe ingebed in de afdelingen en zodra er adviezen of opmerkingen zijn om verbeteringen aan te brengen dan wordt dat gedaan door middel van het doorlopen van de PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act, red.). De afdelingen zelf zijn verantwoordelijk voor het doorvoeren van de verbeterpunten. De stafafdeling Medische zaken, Kwaliteit en Veiligheid adviseert de afdelingen naar aanleiding van klachten, calamiteiten en incidenten. Wat betreft de klachten krijgt deze stafafdeling in samenwerking met de Raad van Bestuur input van de klachtencommissie, in de vorm van aanbevelingen en van de klachtenfunctionaris en de afdeling Klachtopvang, in de vorm van kwartaal- en jaarrapportages. Daarnaast gaan de jaar- en kwartaalrapportages rechtstreeks naar de betreffende afdelingen. Overigens was één van de respondenten van mening dat de uitkomsten van de klachtencommissie, de klachtenfunctionaris en de afdeling Klachtopvang nog beter gebundeld zouden kunnen worden, in het kader van de kwaliteit.

11 SAMENVATTING PRAKTIJKONDERZOEK

11.1 SAMENVATTING

Huidige infrastructuur klachtenprocedure UMCG Een cliënt die een klacht wil indienen heeft binnen het UMCG verschillende mogelijkheden. Als het gaat om een klacht over een hulpverlener, dan kan de cliënt met diegene een persoonlijk gesprek aangaan over de klacht. De cliënt kan ook terecht bij de afdeling Klachtopvang & Patiëntinformatie. Deze afdeling kan een luisterend oor bieden, adviseren over de mogelijkheden om een klacht in te dienen en eventueel de klacht oplossen. De afdeling kan ook helpen bij formuleren van de klacht naar de klachtenfunctionaris of de klachtencommissie. Schriftelijke klachten kunnen worden ingediend bij de onafhankelijke klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris heeft voornamelijk een bemiddelende rol tussen de klager en aangeklaagde. De klacht kan schriftelijk worden afgehandeld, maar er kan ook een bemiddelingsgesprek plaatsvinden. Wil een klager geen bemiddeling, dan kan de klacht ook schriftelijk bij de klachtencommissie worden ingediend. De klachtencommissie houdt een zitting waarin hoor en wederhoor plaatsvindt en geeft vervolgens een uitspraak 'gegrond' of 'ongeground'. De klachtencommissie kan naar aanleiding van een klacht aanbevelingen doen aan de Raad van Bestuur ter verbetering van de zorg. Schadeclaims kunnen schriftelijk bij de Raad van Bestuur worden ingediend. De Juridische afdeling binnen het UMCG handelt de schadeclaims tot een bedrag van €3.000, - zelf af, is de claim hoger, dan wordt deze doorgestuurd naar de aansprakelijkheidsverzekeraar Centramed.

Een cliënt heeft ook buiten het UMCG mogelijkheden een klacht in te dienen. Als de cliënt wil dat de betreffende hulpverlener een maatregel opgelegd krijgt, kan hij zich wenden tot de tuchtrechter. Wil de klager liever extern een signaal afgeven over de zorg, dan kan hij daarvoor terecht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Bij schade heeft de cliënt ook de mogelijkheid te kiezen voor de civiele rechter. De klager kan daarnaast, nadat hij eerst de interne klachtenprocedure heeft doorlopen, terecht bij de Nationale ombudsman. Voorafgaand aan het indienen van een klacht bij het UMCG kan Zorgbelang Groningen de

cliënt hulp bieden bij het indienen van de klacht en adviseren over de mogelijkheden.

Verschillen Wkcz en Wkkgz Een klachtenregeling onder de Wkcz is een regeling voor de behandeling van klachten over een gedraging van de zorgaanbieder of zijn medewerker jegens een cliënt. De Wkkgz geeft een iets uitgebreidere beschrijving: een schriftelijke, effectieve en laagdrempelige regeling betreffende klachten, rekening houdend met de aard van de zorg en de categorie cliënten waaraan zorg wordt verleend. Voor de definitie 'klacht' gaat de Wkcz uit van een 'gedraging' en de Wkkgz van een 'melding', beide definities zijn echter zeer ruim. De klachtencommissie is onder de Wkcz verplicht, echter niet onder de Wkkgz. Een klachtenfunctionaris of klachtenondersteuner is onder de Wkcz niet verplicht, onder de Wkkgz juist wel. Wat betreft de afhandelingstermijn van klachten kan de zorgaanbieder dit onder de Wkcz naar eigen inzicht schriftelijk regelen. De Wkkgz daarentegen eist een afhandeling van klachten binnen zes weken, waarbij deze termijn met nog vier weken mag worden verlengd. Voor geschillen is in de Wkcz niets geregeld, de Wkkgz verplicht de zorgaanbieder zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie die over klachten en geschillen een bindende uitspraak doet en een schadevergoeding tot een bedrag van €25.000, - kan toekennen.

Vrije ruimte Wkkgz voor de eigen klachtenprocedure Met de omschrijving van de klachtenregeling - laagdrempelig, effectief, rekening houdend met de aard van de zorg en de categorie cliënten - geeft aan dat de wetgever met de Wkkgz de zorgaanbieder ruimte wil geven om een regeling te treffen die gericht is op het vinden van een voor alle partijen bevredigende oplossing. De verplichting één of meerdere personen aan te wijzen die de cliënt bij het indienen van de klacht gaat ondersteunen en adviseren, geeft ruimte voor een eigen invulling hiervan. Wie dit ook gaat vervullen, het moet iemand zijn die de cliënt bij het indienen van de klacht gaat bijstaan en dit onafhankelijk kan doen. De maximale termijn van zes weken, met de mogelijkheid deze tot tien weken te verlengen, is een beperking van de Wkkgz waar geen ruimte is voor eigen invulling. De verplichting

voor de zorgaanbieder om zich aan te sluiten bij een externe geschilleninstantie doet niets af aan hoe hij intern met geschillen omgaat, hier kan dus zelf een regeling voor worden getroffen. Daarnaast is de zorgaanbieder vrij om al dan niet een klachtencommissie in te stellen, aangezien de Wkkgz niets regelt betreffende een klachtencommissie.

Gerechtigde belangen UMCG De gerechtigde belangen van het UMCG als organisatie zijn: tevreden patiënten en in het verlengde daarvan tevreden klagers, een goed imago, een goede kwaliteit van zorg en leren van fouten, een financieel belang en het belang dat klachten en geschillen binnen het ziekenhuis worden opgelost. De medewerkers van het UMCG hebben de volgende belangen: gehoord worden, snel duidelijkheid over het verloop van de klacht, herstel van het vertrouwen met de patiënt en niet teveel tijd kwijt zijn met de klachtenbehandeling.

Gerechtigde belangen klagers De gerechtigde belangen van de klagers zijn: gehoord worden, een laagdrempelige mogelijkheid om een klacht in te dienen of ongenoegen te kunnen uiten, een waarborg dat de medische behandeling niet wordt onderbroken of geschaad, voorkomen dat wat hun is overkomen bij een ander kan gebeuren, erkenning, herstel van vertrouwen, een snelle oplossing of herstel van wat er misging en een terugkoppeling over wat er met hun klacht in de organisatie gedaan is.

Nieuwe klachten- en geschillenprocedure UMCG Volgens de respondenten van het onderzoek begint de ideale klachten- en geschillenprocedure op de werkvloer. Onder de hulpverleners moet een algemeen besef komen dat iedere cliënt een klacht mag indienen en als dat gebeurt, dat er niet defensief op de klacht wordt gereageerd. Daarbij moet voor de hulpverleners duidelijk worden dat ze fouten mogen toegeven, hier is namelijk nog veel angst voor. Het vraagt van de medewerkers een houding die uitstraalt dat mensen met klachten bij de hulpverleners terecht kunnen. Door goede en duidelijke communicatie kunnen ook de verwachtingen bij patiënten beter worden gemanaged.

Als het op de werkvloer niet lukt, dan is er één portaal waar de cliënt vervolgens terecht kan, dit portaal zou kunnen worden vormgegeven door de huidige afdeling Klachttopvang & Patiëntinformatie. Klachten die op een andere afde-

ling worden ingediend worden ook naar dit portaal doorgestuurd. Het portaal heeft één e-mailadres en één telefoonnummer waar ook klachten naar worden doorgestuurd die op een andere plaats binnen het UMCG terecht zijn gekomen. Deze afdeling kijkt samen met de cliënt of de klacht daar al kan worden opgelost of adviseert de cliënt in de andere mogelijkheden. Deze afdeling doet wat de Wkkgz vereist met betrekking tot de persoon die de cliënt bijstaat en van gratis advies voorziet. Om aan de wet te voldoen zou de onafhankelijkheid van deze afdeling duidelijker moeten worden neergezet.

Een volgende stap zou voor de cliënt de klachtenbemiddeling kunnen zijn bij de klachtenfunctionaris. Volgens de respondenten is dit een erg effectieve manier om klachten af te handelen, het komt dan ook zelden voor dat een cliënt vervolgens nog naar de klachtencommissie wil gaan. Daarbij zou de klachtenbemiddelaar de beperkte bevoegdheid kunnen krijgen om coulançe halve schadevergoedingen te kunnen geven van maximaal €500,-. Om aan de zes weken termijn van de Wkkgz te kunnen voldoen zou het een oplossing kunnen zijn om de termijn dat de aangeklaagde moet reageren op de klacht, te verkorten van vier naar twee weken. Een andere oplossing kan zijn om de klacht binnen zes weken schriftelijk af te handelen en daarna pas een bemiddelingsgesprek te organiseren, in feite buiten de procedure om.

Komen klagers er bij de bemiddeling niet uit of is dit geen optie, dan kan de klager met zijn klacht terecht bij de klachtencommissie. Ook al is deze niet meer verplicht onder de Wkkgz, bijna alle respondenten zien hier wel een meerwaarde in en zouden daarom de klachtencommissie graag houden. Wel moet de commissie kleiner worden, zodat hij flexibeler en slagvaardiger wordt en met kwalitatief andere mensen wordt bezet. Een oplossing om aan de zes weken termijn van de Wkkgz te kunnen voldoen zou bijvoorbeeld kunnen liggen in het plannen van de zitting, direct nadat de klacht is ontvangen. Het is namelijk van belang dat partijen worden gehoord en de klachtencommissie doet dit het liefst mondeling. Een mogelijkheid voor het behandelen van complex medisch inhoudelijke klachten is het instellen van een aparte kamer van de klachtencommissie met daarin een medisch specialist. De klachten van niet complex medisch inhoudelijk aard, kunnen worden behandeld door een

kamer zonder de medische specialist, omdat deze specialist niet bij iedere klacht nodig zal zijn. De klachtencommissie moet worden gezien als een aparte procedure waarbij de zes weken termijn opnieuw begint te lopen.

Schadeclaims zouden binnen het UMCG kunnen worden afgehandeld door een kleine werkgroep van bijvoorbeeld twee personen, bestaande uit iemand van juridische zaken en iemand die goed bekend is met het afhandelen van schade.

11.2 CONCLUSIE

De huidige klachten- en geschillenprocedure van het UMCG zit al goed in elkaar, met de mogelijkheden voor de cliënt om te kiezen voor de laagdrempelige afdeling Klachtopvang & Patiëntinformatie, de klachtenbemiddeling bij de klachtenfunctionaris en een meer officiële uitspraak van de klachtencommissie. De komst van de Wkkgz brengt, behalve de problemen van de zes weken termijn, vooral veel mogelijkheden om de klachten- en geschillenprocedures nog meer te kunnen verbeteren. Mocht de Wkkgz niet worden aangenomen, dan zijn er nog steeds mogelijkheden om deze procedures binnen het UMCG te verbeteren.

12 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

12.1 CONCLUSIE

De conclusies die kunnen worden getrokken na vergelijking van de theorie en de praktijk zijn de volgende:

Voor de rechtspositie van de patiënt is het klachtrecht van groot belang. Patiënten kunnen daardoor bijvoorbeeld hun patiëntenrechten of hun zelfbeschikkingsrecht handhaven. Zorgaanbieders zoals het UMCG moeten voldoen aan deze wetgeving en de mensen die het ziekenhuis bezoeken een klachtenregeling aanbieden. Met de komst van het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) veranderen een aantal punten wat betreft de inrichting van de klachten- en geschillenprocedures ten opzichte van de huidige wetgeving. Met de Wkkgz vervalt de verplichting om een klachtencommissie in huis te hebben, moet er één of meerdere personen worden aangesteld die de klager gaat adviseren en ondersteunen met betrekking tot het indienen van de klacht en komt er een maximale termijn van zes weken voor de behandeling van klachten, die gemotiveerd met nog eens vier weken kan worden verlengd. Daarnaast moet de klachtenregeling in ieder geval effectief en laagdrempelig zijn en rekening houden met de aard van de zorg en de categorie cliënten waaraan de zorg wordt verleend. Tenslotte is de zorgaanbieder verplicht zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschillencommissie, die bindende uitspraken doet over klachten en geschillen en een schadevergoeding kan toekennen van maximaal €25.000,-. Het blijft op dit moment de vraag of de wet doorgang gaat vinden door de Eerste Kamer, gezien alle reacties uit het veld en de vele vragen die de Eerste Kamer naar aanleiding van dit wetsvoorstel aan de minister heeft gesteld.

Desondanks biedt de nieuwe wet ook kansen om te veranderen en mogelijkheden om de klachten- en geschillenprocedures binnen het UMCG te verbeteren. De Wkkgz geeft hier, zij het met een aantal beperkingen, wel ruimte voor. Bij het inrichten van een (nieuwe) klachten- en geschillenprocedure dienen de gerechtvaardigde belangen van het UMCG zelf en de gerechtvaardigde belangen van de klagers

te worden meegenomen. Deze belangen zijn geïnventariseerd tijdens het praktijkonderzoek en zijn de volgende:

- De medewerkers van het UMCG hebben een belang dat zij gehoord worden en hun kant van het verhaal kunnen vertellen, dat er snel duidelijkheid is over het verloop van de klacht, dat het vertrouwen met de klagende patiënt wordt hersteld en dat ze niet teveel tijd kwijt zijn met de klachtenbehandeling. Het UMCG heeft als organisatie belang bij tevreden patiënten én klagers, een goede kwaliteit van zorg en om te kunnen leren van fouten, dat de klachten binnen het ziekenhuis worden opgelost, het hebben van een goed imago als organisatie en een financieel belang.
- Het belang van de klager is vooral gehoord worden. Daarnaast hebben klagers belang bij een zo laagdrempelige mogelijke klachtenprocedure, daarbij de waarborg dat de medische behandeling niet wordt onderbroken of geschaad, het voorkomen dat wat hun is overkomen bij een ander kan gebeuren, erkenning, herstel van vertrouwen in de betreffende hulpverlener en in de gezondheidszorg, een snelle oplossing voor hun probleem of herstel van wat er misging en een terugkoppeling over wat er met hun klacht in de organisatie gedaan is.

Met de informatie uit het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek is een antwoord te geven op de centrale onderzoeksvraag: op welke wijze kunnen de klachten- en geschillenprocedures in het UMCG worden ingericht, opdat recht wordt gedaan aan de bepalingen van de Wkkgz ter zake, en aan de gerechtvaardigde belangen van het UMCG en aan de gerechtvaardigde belangen van klagers? Het antwoord op deze vraag wordt gevormd door de aanbevelingen.

12.2 AANBEVELINGEN

Met de komst van de Wkkgz moeten er een aantal onderdelen binnen de huidige klachtenprocedure worden aangepast. De aanbevelingen om de klachtenprocedure aan de wet te laten voldoen, rekening houdend met de gerechtvaardigde belangen van het UMCG en van de klagers, zijn de volgende:

- Het UMCG aansluiten bij een onafhankelijke geschillencommissie. Hoe deze er precies uit zal zien is nu nog niet duidelijk, maar zal de toekomst uitwijzen. Het UMCG kan hier misschien samen met de andere UMC's invloed op uitoefenen. Op het moment dat het UMCG is aangesloten, is het van belang dat aan de klager wordt gecommuniceerd op welk moment de klager gebruik kan maken van de geschillencommissie. Bijvoorbeeld als hij niet tevreden is over de klachtfhandeling binnen het UMCG of als van hem niet kan worden verwacht dat hij de klacht bij het UMCG zelf indient.
- Om te zorgen voor een effectieve en laagdrempelige klachtenregeling kan de nadruk worden gelegd op het opvangen en oplossen van klachten op de plek waar het ontstaat, dus op de werkvloer. Alle hulpverleners kunnen vanuit het UMCG voorlichting en eventueel een extra training krijgen om het belang hiervan te benadrukken en een open houding te stimuleren. Van belang hierbij is dat duidelijk wordt gemaakt dat het mag om fouten toe te geven tegen een cliënt. Daarbij worden de hulpverleners door hun management ondersteund. Door een open houding en open communicatie van de hulpverleners kunnen klachten ook vaker worden voorkomen. De werkvloer is het voorportaal.
- Wat betreft het aanstellen van één of meerdere personen die de klager gratis bijstaat kan het UMCG de medewerkers van de afdeling Klachtopvang & Patiëntinformatie hiervoor aanwijzen, aangezien deze afdeling op dit moment al doet wat in het wetsvoorstel staat aangegeven. Het is dan wel van belang dat duidelijk wordt gecommuniceerd aan iedereen dat zij onafhankelijk hun werk doen. Eén van deze personen kan

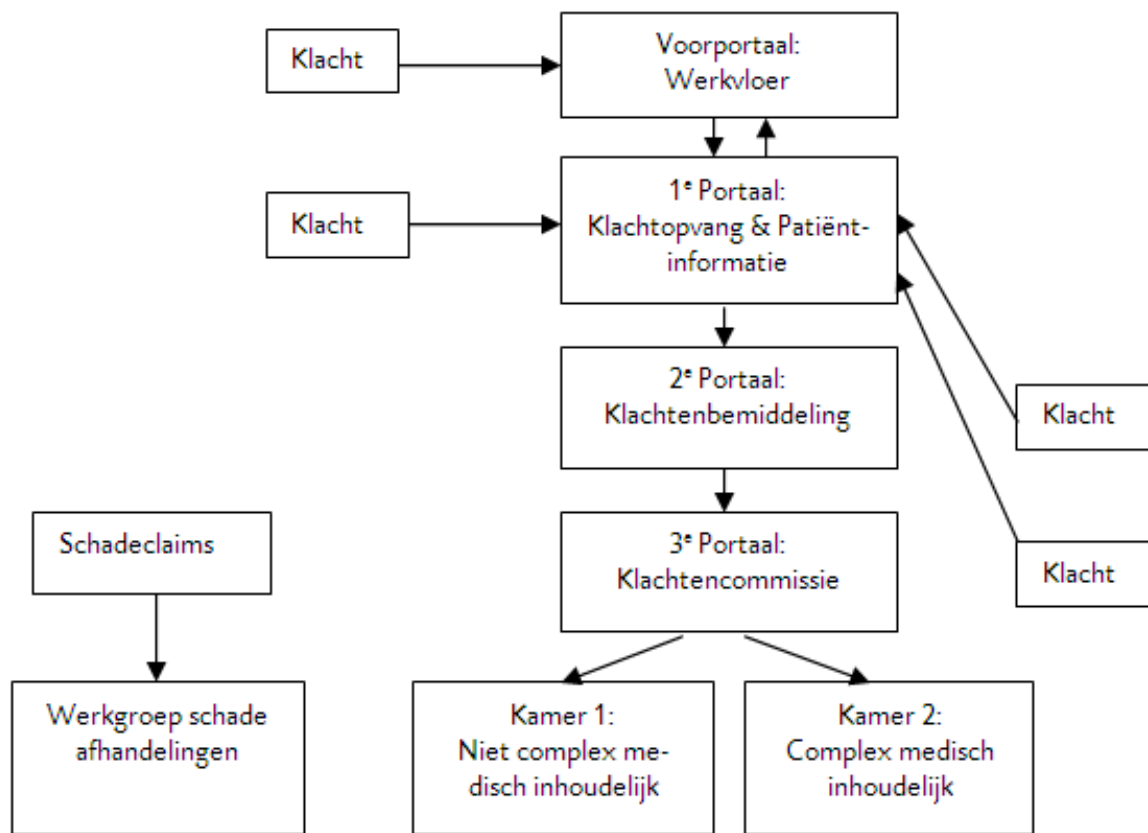
daarbij als vertrouwenspersoon worden benoemd, zodat de klager zich veilig kan uiten. In uitzonderingsgevallen, waarbij sprake is van een klager die niet goed uit zijn kan komen, kan de vertrouwenspersoon als ondersteuning meegaan naar gesprekken met de hulpverlener. Dit is het eerste portaal. Er is één telefoonnummer en één e-mailadres. Alle klachten die binnen het UMCG binnenkomen, op welke locatie dan ook, worden naar deze afdeling doorgestuurd. Hier wordt vervolgens gekeken wat er mee moet gebeuren en wordt daarover contact opgenomen met de klager. Klachten die hier niet direct kunnen worden opgelost gaan naar de bemiddeling of de commissie (afhankelijk van het type klacht en wat de klager wil).

- Voor een effectieve klachtenregeling speelt de klachtenfunctionaris een belangrijke rol. Het is aan te bevelen om deze persoon klachtenbemiddelaar te noemen, omdat dat beter de lading dekt van wat hij doet en dit minder formeel klinkt dan functionaris. Hij is het tweede portaal en klagers komen daar alleen via het eerste portaal. Dit portaal staat dus ook meer los van het eerste portaal dan nu het geval is, omdat dit een stap verder is in de klachtenprocedure. In verband met de beperkte tijd van de hulpverleners kan dit een schriftelijke procedure zijn, maar de voorkeur zou uit moeten gaan naar het zo snel mogelijk organiseren van een bemiddelingsgesprek, waarbij beide partijen mondeling toelichting kunnen geven, zaken verduidelijkt kunnen worden en waar terecht is geklaagd excuses kunnen worden aangeboden. De klachtenbemiddelaar krijgt de bevoegdheid om coulanace halve een schadevergoeding toe te kennen tot een bedrag van €500, -.
- Voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg speelt de klachtencommissie een belangrijke rol. Aangezien de klachtencommissie zijn waarde heeft bewezen binnen het UMCG is aan te bevelen, ondanks dat het wettelijk van de Wkkgz niet meer hoeft, deze te behouden. De klachtencommissie krijgt twee kamers, waarvan één met een medisch specialist voor het behandelen van de complex medische inhoudelijke klachten. De andere kamer behandelt klachten, waarbij bemiddeling niet (meer) mogelijk is en als de klager

een uitspraak wenst over de gegrondheid van de klacht. Dit is het derde portaal.

- Voor het afhandelen van schadeclaims die niet door de klachtenbemiddelaar kunnen worden afgedaan, is er een kleine werkgroep die per claim bekijkt of deze intern kan worden afgehandeld en als dit kan dat ook doet, of dat de claim naar Centramed moet worden doorgestuurd. Deze werkgroep bestaat uit twee personen, iemand van Juridische Zaken en iemand die goed bekend is met het afhandelen van schadeclaims.
- Schriftelijke klachten moeten volgens de Wkkgz binnen zes weken afgehandeld zijn. Om hieraan te voldoen is het voor de procedure bij de klachtenbemiddelaar van belang om van de hulpverlener binnen twee weken reageert en dat een eventueel bemiddelingsgesprek alvast wordt gepland, bijvoorbeeld een week na eerdergenoemde deadline. Voor de klachtencommissie, wat een andere procedure is waarvoor de termijn opnieuw van start gaat, geldt hetzelfde: de aangeklaagde krijgt twee weken de tijd om schriftelijk te reageren en de zitting wordt ondertussen zo snel mogelijk gepland. Voor beide procedures is het van belang om zo snel mogelijk van start te kunnen gaan en dit kan pas als het ondertekende toestemmingsformulier van de klager door de bemiddelaar of de commissie is ontvangen. De klager geeft daarmee namelijk toestemming aan de klachtbehandelaar om het medisch dossier in te mogen zien. Het is dan ook aan te bevelen dat de klager dit al meestuurt met de klachtbrief, op advies van het eerste portaal.
- Een koppeling naar kwaliteit blijft belangrijk. Zoals het UMCG dat nu doet is dit prima. Daarnaast kan een overleg tussen alle portalen helpen om trends in de klachten eerder te signaleren, het is aan te bevelen om dit elk kwartaal te organiseren en de resultaten van het overleg in de kwartaalrapportage(s) te verwerken.
- De wijzigingen van de Wkkgz kunnen met behulp van de compliancecyclus in de organisatie worden geïmplementeerd, door de stappen te volgen die staan beschreven in hoofdstuk 6.

Een schematisch overzicht van de klachten- en geschillenregeling volgens de aanbevelingen:



Figuur 3 Aanbevolen klachten- en geschillenregeling.

Op deze manier kunnen er veel klachten in een zo vroeg mogelijk stadium, afhankelijk van het type klachten en van wat de klager zelf wil, worden opgelost en wordt rekening gehouden met alle belangen. Klachten in een zo vroeg mogelijk stadium oplossen zorgt namelijk voor tevreden cliënten en klagers, minder kosten en een beter imago voor het UMCG. Mocht het zo zijn dat de Wkkgz niet wordt aange-

nomen door de Eerste Kamer, dan is kunnen ten behoeve van de belangen van het UMCG en de belangen van de klagers de aanbevelingen tocht worden opgevolgd, met het verschil dat er geen maatregelen genomen hoeven te worden om de afhandelingstermijn van zes weken te kunnen halen en hoeft het UMCG zich niet aan te sluiten bij een externe geschillencommissie.

LITERATUURLIJST

Van Berchum

K. van Berchum, *Een kwestie van vertrouwen, Een handreiking voor klachtenfunctionarissen en cliëntenvertrouwenspersonen in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1999.

Van Berchum

K. van Berchum, *Klantvriendelijk = klachtvriendelijk, Communiceren over klachten in de zorgsector*, Utrecht: NIZW Uitgeverij 1998.

Bleker-van Eyk

S. C. Bleker-van Eyk, 'Het belang van compliance voor ziekenhuizen', *VU Magazine*, Compliance & Integriteit, nr. 3, december 2010.

De Blois

M. de Blois, 'Zelfbeschikking of menselijke waardigheid', *PVH* 17e jaargang – 2010 nr. 1, p. 003-11.

Bouwman, Bomhoff & Friele

R. Bouwman, M. Bomhoff & R. Friele, *Kennisvraag. Vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) anno 2012*, Utrecht: Nivel 2012.

CBO

CBO, *Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg*, Utrecht: Stichting Beheer Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg 2004.

Engberts & Kalkman-Bogerd

D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Leerboek gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2013.

Friele

R.D. Friele, 'Zelfbeschikking van patiënten verandert voortdurend', *NIVEL* 12 september 2013, www.nivel.nl (zoek op zelfbeschikking).

Hermans & Buijsen

H.E.G.M. Hermans & M.A.J.M. Buijsen, *Recht en gezondheidszorg*, Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg 2010.

Jonkers

M. Jonkers, 'IGZ formuleert toetsingskader voor klachtvolgving', *GGZ Nederland* 29-04-2014, www.ggz nederland.nl (zoek op actueel → zorg en recht).

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Leidraad meldingen IGZ 2013*, Utrecht: IGZ, oktober 2013.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Toetsingskader kwaliteit klachtbehandeling door zorgaanbieders*, Utrecht: IGZ, juli 2013.

Kahn & Legemaate

Ph. S. Kahn & J. Legemaate, *Klachtenprocedures in de gezondheidszorg*, Den Haag: SDU Uitgevers 2004.

KNMG

KNMG, *Position paper aan woordvoerders VWS van de Eerste Kamer*, 26 september 2013.

Kruikemeier e.a.

S. Kruikemeier e.a., *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*, Utrecht: Nivel 2009.

Leenen e.a.

H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Hoofddorp: Boom Juridische uitgevers 2011.

Van Leeuwen, Van der Staay & Javornik

B.H.A. van Leeuwen, A.G.H. van der Staay & O. Javornik, *beroep: Bedrijfsjurist, Praktische leidraad voor bedrijfsjuristen*, Deventer: Kluwer, 2009.

Van der Meer

H. van der Meer, 'Nieuwe klachtwet schiet tekort', *Medisch Contact*, Nr. 42 - 17 oktober 2013, p. 2178.

Meulenbroek

J.M.C. Meulenbroek, *Klachtrecht en ombudsman: een praktische handleiding*, Deventer: Kluwer 2008.

Mulder

K.A.M. Mulder, *De Gevolgen van de Wet Cliëntenrechten Zorg voor de Klachtenafhandeling in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)*, scriptie SJD, 11 juli 2011.

NPCF

NPCF, 'Klachtrecht verbetert dankzij nieuwe wet, patiëntenfederatie NPCF tevreden', 8 juli 2013, www.npcf.nl (zoek op *klachtrecht*).

Schirmbeck

H. Schirmbeck, *Voorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*, briefkenmerk 130611/BoZ, 13 juni 2013.

Uhlenbroek & Mooibroek

H. Uhlenbroek & M. Mooibroek, 'De invloed van tuchtrecht op aansprakelijkheid', *Medisch Contact*, Nr. 21 - 23 mei 2013.

Verschuren & Doorewaard

P. Verschuren & H. Doorewaard, *Het ontwerpen van een onderzoek*, Den Haag: Boom Lemma Uitgevers 2007.

Visser

J. Visser, 'Nieuwe klachtwet kent plussen en minnen', *Medisch Contact*, nr. 31/32 - 01 augustus 2013, p. 1594-1595.

Wind e.a.

W. Wind e.a., *Amendementen wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen zorg*, briefkenmerk 2013-081\MV\hm, 28 juni 2013.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 SCHEMA VERSCHILLEN WKCZ EN WKKGZ

Onderwerp	Wkcz	Wkkgz
Klachtenregeling	Een regeling voor de behandeling van klachten over een gedraging van de zorgaanbieder of zijn medewerkers jegens een cliënt. Artikel 2 lid 1.	Een schriftelijke, effectieve en laagdrempelige regeling betreffende klachten, rekening houdend met de aard van de zorg en de categorie cliënten waaraan zorg wordt verleend. Artikel 13 lid 1.
Definitie 'klacht'	'gedraging: enig handelen of nalaten alsmede het nemen van een besluit dat gevolgen heeft voor een cliënt'. Artikel 1 sub e.	'melding': een schriftelijk of elektronisch bericht over: 1°. het functioneren van de zorg of de kwaliteitsborging van een aanbieder; 2°. het professioneel functioneren van een zorgverlener; 3°. een product of apparaat dat toepassing vindt in de zorg, of het handelen van het bij dat product of apparaat betrokken bedrijf; Artikel 1.
Klachtencommissie	Verplicht. Artikel 2 lid 2.	Niet verplicht.
Klachtenfunctionaris	Niet verplicht.	Verplicht. Eén of meerder personen die de klager adviseert, helpt bij het indienen van de klacht en mogelijkheden onderzoekt om tot een oplossing te komen. Artikel 15.
Afhandelingstermijn	Schriftelijk naar eigen inzicht. Artikel 2 lid 2 sub c en d, lid 5.	Schriftelijk binnen uiterlijk 6 weken, te verlengen met hoogstens 4 weken na schriftelijke mededeling. Artikel 17.
Geschillen	Niet specifiek geregeld.	– Zorgaanbieder is verplicht aangesloten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Artikel 18.

		<ul style="list-style-type: none"> – Geeft een bindend advies over het geschil en kan tot maximaal €25.000,- geleden schade toekennen. <p>Artikel 20.</p>
Kwaliteitsbewaking	De klachtencommissie is verplicht melding te doen bij het IGZ bij structurele tekortkomingen in de zorg. Artikel 2a.	Niet specifiek geregeld in het hoofdstuk over klachten en geschillen.
Behandeling van de klachten	Specifiek te volgen procedure bij de klachtencommissie. Artikel 2.	<ul style="list-style-type: none"> – De klacht wordt zorgvuldig onderzocht. – Gericht op bevredigende oplossing voor klager en zorgaanbieder. – De klager wordt op de hoogte gehouden van de voortgang. <p>Artikel 16.</p>

BIJLAGE 2 NORMENKADER

Nr. norm	Voorschrift	Bron voorschrift (wet- en regel- geving)	Toelichting	Bedrijfs- onderdeel/ -proces	Nr. beheers- maatregel	Beheers- maatregel
1						
2						
3						
Enz.						

Dit is een voorbeeld van een normenkader. In de eerste kolom kan de norm een nummer worden gegeven. In de tweede kolom wordt kort omschreven welk voorschrift het betreft. In de derde kolom kan het relevante wetsartikel en eventueel lagere wetgeving worden opgenomen. Bij de toelichting kan bij interpretatie de bronvermelding voor de onderbouwing worden genoemd. In de vijfde kolom wordt het bedrijfsonderdeel of het -proces dat door de norm geraakt wordt genoteerd. In de twee laatste volgt nog een nummering van de te nemen beheersmaatregelen en een korte omschrijving van de beheersmaatregelen.

BIJLAGE 3 RISICOMATRIX

Voorschrift	Bedrijfs- onderdeel/ -proces	Kans	Impact	Risico	Risico- Categorie (alternatief)	Prioriteit	Toelichting
1							
2							
3							
Enz.							

Dit is een voorbeeld van een risicomatrix.

In de eerste twee kolommen kunnen het voorschrift en het daarbij behorende bedrijfs onderdeel of -proces uit het normenkader worden opgenomen.

Bij 'kans' wordt ingevuld hoe groot de kans is dat niet wordt nageleefd:

K = klein, M = middelgroot en G = groot.

Bij 'impact' wordt bepaald hoe groot de gevolgen zijn van niet-naleving voor de organisatie: K = klein, M = middelgroot en G = groot.

Bij 'risico' wordt vervolgens een inschatting gemaakt van het risico, gekeken naar kans en impact:

ZK = zeer klein, K = klein, M = middel, G = groot en ZG = zeer groot.

Als alternatief kan het risico ook worden ingedeeld in risicocategorieën:

3 = laag, 2 = middel en 1 = hoog.

Vervolgens wordt de prioriteit van de implementatie beheersmaatregel (en) bepaald:

L = laag, M = middel en H = hoog.

Tenslotte kan worden toegelicht waarom deze prioriteit is gekozen.

BIJLAGE 4 INTERVIEWVRAGEN

Interview voorzitters klachtencommissie

- 1 Hoe lang werkt u al in deze functie?
- 2 Hoeveel klachten behandelt u per maand?
- 3 Wat voor typen klachten behandelt u?
- 4 Bent u op de hoogte van de belangrijkste wijzigingen van de Wkkgz?
- 5 Wat zijn volgens u de gerechtvaardigde belangen van het UMCG?
- 6 Wat zijn volgens u de gerechtvaardigde belangen van de klagers/patiënten?
- 7 Ziet u met het oog op de nieuwe wet een rol voor de klachtencommissie?
- 8 Hoe kijkt u naar de verplichte 6 weken termijn met daartegenover de eis iedere klacht zorgvuldig te onderzoeken, vindt u dit haalbaar?
- 9 Zou de procedure kunnen worden verkort en zo ja, hoe? (bijvoorbeeld hoor en wederhoor vaker schriftelijk ipv zittingen)
- 10 Zouden de klachten die de klachtencommissie nu behandelt ook op een andere wijze kunnen worden behandeld en zo ja, hoe?
- 11 Hoe zou u de klachten- en geschillenprocedures binnen het UMCG inrichten als daar nog niets voor was geregeld?
- 12 Klachten kunnen heel verschillend van aard zijn.
 - Hoe nuttig lijkt u het om hiervoor verschillende routes te ontwerpen of liever één route voor iedereen?
 - Hoe zouden de verschillende routes kunnen worden ingericht die door de klagers gevolgd kunnen worden?
 - Welke afdelingen zouden hier een rol in kunnen spelen?

Interview directeur en coördinator medische zaken, kwaliteit en veiligheid

- 1 Hoe lang bent u werkzaam in deze functie?
- 2 In welke zin heeft u met klachten te maken?
- 3 Kwaliteit.
 - In hoeverre gebruikt u klachten als een signaalfunctie voor de kwaliteit van de zorg?
 - Wordt er geleerd van klachten, is er een koppeling naar de kwaliteitszorg?

- 4 Bent u op de hoogte van de belangrijkste wijzigingen van de Wkkgz?
- 5 Wat zijn de gerechtvaardigde belangen van het UMCG?
- 6 Hoe kunnen deze belangen zo goed mogelijk recht worden gedaan binnen de klachten- en geschillenprocedure?
- 7 Wat zijn voor u punten van zorg wat betreft de klachten- en geschillenprocedures met oog op de Wkkgz?
- 8 Op welke wijze zouden de klachten- en geschillenprocedures anders kunnen worden ingericht met oog op de Wkkgz?
- 9 Ziet u voor de toekomst een rol voor de klachtencommissie?
 - Zo ja, hoe ziet die rol er dan uit?
 - Zo nee, hoe worden de klachten die daar nu belanden dan behandeld?
- 10 Als u helemaal opnieuw mocht beginnen met het inrichten van de klachten en geschillenprocedures, hoe zou de infrastructuur er dan uit komen te zien (met het oog op de Wkkgz)?
- 11 Met het oog op de termijnen van zes weken van de Wkkgz om een klacht af te handelen, kan de afhandeling van klachten efficiënter en zo ja, hoe?

Interview klachtenfunctionaris en de ambtelijk secretaris van de klachtenfunctionaris, tevens coördinator van de afdeling Patiëntinformatie & Klachtopvang

- 1 Hoe lang werkt u al in deze functie?
- 2 Hoeveel klachten behandelt u per maand?
- 3 Wat voor typen klachten behandelt u?
- 4 Uit een eerder onderzoek naar de klachtenprocedures binnen het UMCG blijkt dat u voornamelijk klachten schriftelijk afhandelt. Hoe komt uw bemiddelende rol hier in naar voren?
- 5 Bent u op de hoogte van de belangrijkste wijzigingen van de Wkkgz?
- 6 Wat zijn volgens u de gerechtvaardigde belangen van het UMCG?
- 7 Wat zijn volgens u de gerechtvaardigde belangen van de klagers/patiënten?
- 8 “De zorgaanbieder dient een klachtenfunctionaris aan te stellen die een klager - op diens verzoek - gratis bij-

staat met betrekking tot het indienen van een klacht. De zorgaanbieder dient te waarborgen dat deze klachtenfunctionaris onafhankelijk zijn functie kan uitoefenen.”

- Komt bovengenoemde omschrijving overeen met hoe u nu uw rol als klachtenfunctionaris vervult? (heeft u meer een bemiddelende rol of steunt u de alleen de klager?)
 - Zo nee, hoe ziet u uw nieuwe rol met betrekking op de Wkkgz?
 - In hoeverre bent u onafhankelijk?
- 9 Hoe zou u de klachten- en geschillenprocedures binnen het UMCG inrichten als daar nog niets voor was geregeld?
- 10 Klachten kunnen heel verschillend van aard zijn.
- Hoe nuttig lijkt u het om hiervoor verschillende routes te ontwerpen of liever één route voor iedereen?
 - Hoe zouden de verschillende routes kunnen worden ingericht die door de klagers gevolgd kunnen worden?
 - Welke afdelingen zouden hier een rol in kunnen spelen?

Interview Hoofd Juridische Zaken

- 1 Hoe lang werkt u al in deze functie?
- 2 In welke zin heeft u met klachten te maken?
- 3 Bent u op de hoogte van de belangrijkste wijzigingen van de Wkkgz?
- 4 Wat zijn de gerechtvaardigde belangen van het UMCG?
- 5 Hoe kunnen deze belangen zo goed mogelijk recht worden gedaan binnen de klachten- en geschillenprocedure?
- 6 Wat zijn voor u de punten van zorg wat betreft de klachten- en geschillenprocedures met oog op de Wkkgz?
- 7 Op welke wijze zouden de klachten- en geschillenprocedures anders kunnen worden ingericht met oog op de Wkkgz?
- 8 Ziet u voor de toekomst een rol voor de klachtencommissie?
 - Zo ja, hoe ziet die rol er dan uit?
 - Zo nee, hoe worden de klachten die daar nu belanden dan behandeld?
- 9 Als u helemaal opnieuw mocht beginnen met het inrichten van de klachten en geschillenprocedures, hoe

zou de infrastructuur er dan uit komen te zien (met het oog op de Wkkgz)?

- 10 Met het oog op de termijnen van zes weken van de Wkkgz om een klacht af te handelen, kan de afhandeling van klachten efficiënter en zo ja, hoe?

Interview medewerker Patiëntinformatie en klachtopvang

- 1 Hoe lang werkt u al in deze functie?
- 2 Hoeveel mensen komen er bij u die een klacht willen indienen?
- 3 Wat voor typen klachten lost u zelf al op?
- 4 Wat voor typen klachten verwijst u door?
- 5 Heeft u voor het doorverwijzen een bepaald protocol waar u gebruik van maakt?
- 6 Vinden de patiënten de bestaande informatie over de klachtenregeling gemakkelijk te vinden?
- 7 Vinden de patiënten de bestaande informatie over de klachtenregeling voldoende duidelijk?
- 8 Bent u op de hoogte van de belangrijkste wijzigingen van de Wkkgz?
- 9 Waar hebben de mensen die een klacht willen indienen het meeste belang bij (oftewel: wat is het gerechtvaardigde belang van de klager)?
- 10 Hoe kan het UMCG eraan bijdragen dat deze belangen zoveel mogelijk recht wordt gedaan?
- 11 Klachten kunnen heel verschillend van aard zijn.
 - Hoe nuttig lijkt u het om hiervoor verschillende routes te ontwerpen of liever één route voor iedereen?
 - Hoe zouden de verschillende routes kunnen worden ingericht die door de klagers gevolgd kunnen worden?
 - Welke rol zou uw afdeling hierin kunnen spelen?

Interview Zorgbelang Groningen

- 1 Wat is uw functie?
- 2 Hoe lang werkt u al in deze functie?
- 3 Bent u op de hoogte van de belangrijkste wijzigingen van de Wkkgz?
- 4 Waar hebben de mensen die een klacht willen indienen het meeste belang bij (oftewel: wat is het gerechtvaardigde belang van de klager)?
- 5 Hoe kan het UMCG eraan bijdragen dat deze belangen zoveel mogelijk recht wordt gedaan?
- 6 Klachten kunnen heel verschillend van aard zijn.
 - Hoe nuttig lijkt u het om hiervoor verschillende routes te ontwerpen of liever één route voor iedereen?

- Hoe zouden de verschillende routes kunnen worden ingericht die door de klagers gevolgd kunnen worden?
- 7 Stel dat u mag bepalen hoe de klachten en geschillenprocedures er binnen het UMCG uit komen te zien, met oog op de Wkkgz, hoe zou dat er dan uit komen te zien?
- 8 Hoe ziet u de rol van zorgbelang Groningen voor de klachten- en geschillenprocedures binnen het UMCG?