

Klachtenopvang in de Nederlandse gezondheidszorg

A. Dane
H. van Lindert
R.D. Friele

NIVEL – Postbus 1568 3500 BN UTRECHT
Telefoon: 030-2729700 Fax: 030-2729729
www.nivel.nl



A. Dane, H. van Lindert , R.D. Friele
Klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg
Utrecht: Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-476-0
Trefw.: klachtopvang, klachtenbemiddeling, klachten, WKCZ

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	7
1 De klachtopvang in de nederlandse gezondheidszorg: Een overzicht van het onderzoek en de conclusies	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Doel van het onderzoek	11
1.3 Nadere uitwerking van de onderzoeksvragen	12
1.3.1 Hoe is de klachtopvang opgebouwd?	12
1.3.2 Hoe verloopt de klachtopvang?	13
1.3.3 Wat zijn de uitkomsten van de klachtopvang?	15
1.4 Gegevensverzamelingen	15
1.5 Resultaten	19
1.5.1 Hoe is de klachtopvang opgebouwd?	19
1.5.2 Hoe verloopt de klachtopvang en wat zijn de uitkomsten?	23
1.6 Drie slotconclusies	29
2 Structuur van de klachtopvang in de gezondheidszorg	35
2.1 Inleiding	35
2.2 Onderzoeksmethode	36
2.3 Klachtopvang door patiënten- en consumentenorganisaties	38
2.3.1 Inleiding	38
2.3.2 Patiënten- en consumentenorganisaties gericht op klachtopvang	39
2.3.3 Beschouwing	47
2.4 Klachtopvang door zorgaanbieders	48
2.4.1 Inleiding	48
2.4.2 Klachtopvang in gezondheidszorgorganisaties (instellingen)	48
2.4.3 Beschouwing	54
2.4.4 Klachtopvang bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren	55
2.4.5 Beschouwing	60
2.5 Klachtopvang door zorgverzekeraars	61
2.6 Klachtopvang door de overheid	63
2.7 Nabeschouwing	64
3 Klachtopvang op de werkvloer	67
3.1 Inleiding	67
3.2 Onderzoeksopzet	68
3.3 Resultaten	70
3.3.1 Persoonskenmerken klagers	70
3.3.2 Aantal, gerichtheid en aard van de klachten	71
3.3.3 Toegankelijkheid: acties van zorggebruikers naar aanleiding van een klacht	72

3.3.4	Het oordeel van de zorggebruiker over de klachtovang op de werkvloer en de gevolgen voor de hulpverlener - zorggebruikerrelatie	74
3.4	Samenvatting en beschouwing	75
4	Klachtovang door ikg's : de mening van de cliënten	77
4.1	Inleiding	77
4.2	Onderzoeksopzet	77
4.3	Resultaten	79
4.3.1	Persoonskenmerken IKG-clënten	79
4.3.2	Gerichtheid en aard van de klachten	80
4.3.3	Toegankelijkheid van de klachtovang	81
4.3.4	Werkwijze van de IKG's volgens de cliënten	82
4.3.5	Oordeel van cliënten over de dienstverlening door IKG's	83
4.3.6	Uitkomst van de klachtovang	86
4.3.7	Gevolgen van uitkomst van de klachtovang voor de beoordeling van de kwaliteit van de dienstverlening	86
4.4	Samenvatting en beschouwing	88
5	Een inventarisatie van de klachtovang in ziekenhuizen	91
5.1	Inleiding	91
5.2	Onderzoeksopzet	92
5.3	Klachtovang in ziekenhuizen: instellingsperspectief	95
5.3.1	Ziekenhuiskenmerken	95
5.3.2	Toegankelijkheid van de klachtovang	96
5.3.3	Werkwijze van de klachtovang	98
5.4	Klachtovang in ziekenhuizen: patiëntenperspectief	100
5.4.1	Achtergrondkenmerken klagers	100
5.4.2	Gerichtheid en aard van de klachten	101
5.4.3	Klachtovang op de werkvloer	102
5.4.4	Toegankelijkheid van de klachtovang in de ziekenhuizen	102
5.4.5	Werkwijze van de klachtovang	103
5.4.6	Uitkomst van de klachtenbemiddeling	107
5.4.7	Klachtovang en daarna?	108
5.5	Klachtovang in ziekenhuizen: hulpverlenersperspectief	109
5.5.1	Persoonskenmerken aangeklaagde hulpverleners (en leidinggevenden)	109
5.5.2	Aard van de klachten volgens hulpverleners en leidinggevenden	110
5.5.3	Klachtovang op de werkvloer	111
5.5.4	Werkwijze klachtenbemiddeling	112
5.5.5	Uitkomst van de klachtovang	115
5.6	Samenvatting en beschouwing	117
5.6.1	Inleiding	117
5.6.2	Kenmerken van de klachtovang in de tien onderzochte ziekenhuizen	117
5.6.3	Klachtovang vanuit het patiëntenperspectief	118
5.6.4	Klachtovang vanuit het hulpverlenersperspectief	120

6 Een inventarisatie van de klachtovang in de thuiszorg	123
6.1 Inleiding	123
6.2 Onderzoeksopzet	123
6.3 Resultaten vanuit instellingsperspectief	126
6.3.1 Aard en aantal van de klachten	126
6.3.2 Toegankelijkheid van de klachtovang	127
6.3.3 Werkwijze van de klachtovang	129
6.4 Resultaten vanuit cliëntenradenperspectief	131
6.4.1 Achtergrond cliëntenraden	131
6.4.2 Aard en aantal van de klachten	131
6.4.3 Toegankelijkheid van de klachtovang	132
6.4.4 Werkwijze van de klachtovang	134
6.4.5 Oordelen van de onderzochte cliëntenraden over de klachtovang	134
6.4.6 Klachtovang door de cliëntenraad	136
6.5 Samenvatting en beschouwing	136
7 klachtovang in verpleeghuizen en verzorgingshuizen:	139
7.1 Inleiding	139
7.2 Onderzoeksopzet	140
7.3 Resultaten	142
7.3.1 Inleiding	142
7.3.2 Gegevens over klachten in verpleeg- en verzorgingshuizen	142
7.3.3 Toegankelijkheid van de klachtovang	144
7.3.4 Werkwijze van de klachtovang	147
7.3.5 Oordelen van de onderzochte cliëntenraden over de klachtovang	149
7.3.6 Klachtovang door de cliëntenraad	150
7.4 Samenvatting en beschouwing	152
Literatuur	157
Lijst van afkortingen	161
Samenstelling klankbordgroep	163

Voorwoord

In opdracht van het ministerie van VWS heeft het Nivel een onderzoek verricht naar het functioneren van de klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg.

Dit onderzoek is verricht in navolging van de evaluatie van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ), die een formele behandeling van klachten van patiënten voorstaat. De klachtopvang omvat alle (informele) activiteiten omtrent de klachtenafhandeling voorafgaand aan de formele behandeling van klachten.

Dit onderzoek behelst een inventarisatie van de structuur van de klachtopvang in brede zin - welke organisaties houden zich bezig met klachtopvang en op welke wijze hebben zij de klachtopvang vormgegeven- en een empirisch onderzoek naar de toegankelijkheid en kwaliteit en de uitkomsten van de klachtopvang in een beperkt aantal gezondheidszorgsectoren.

Op deze plaats is het gepast een groot aantal mensen te bedanken voor het totstandkomen van dit rapport. In de eerste plaats zijn dat de klagers, aangeklaagden, cliëntenraden en directies uit de diverse gezondheidszorgsectoren, die de moeite hebben genomen de enquêtes in te vullen en te retourneren dan wel telefonisch vragen te beantwoorden. Daarnaast ook een woord van dank aan de klachtenfunctionarissen van de onderzochte ziekenhuizen en de medewerkers van de onderzochte IKG's voor hun bereidwillige medewerking in het benaderen van klagers (en aangeklaagden).

Ten behoeve van dit onderzoek is een klankbordgroep samengesteld met leden uit verschillende organisaties binnen de gezondheidszorg. We willen deze leden hartelijk bedanken voor hun enthousiaste deelname en kritische inbreng bij de totstandkoming van dit rapport.

Utrecht, September 2000

Aniek Dane, Hanneke van Lindert, Roland Friele

1 De klachtopvang in de nederlandse gezondheidszorg: Een overzicht van het onderzoek en de conclusies

1.1 Inleiding

In 1999 is een evaluatieonderzoek verricht naar de werking van de in 1995 van kracht geworden Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ). Deze wet biedt patiënten de mogelijkheid een klacht over een gedraging van een zorgaanbieder te laten behandelen door een onafhankelijke klachtencommissie. Elke zorgaanbieder is verplicht een klachtencommissie te installeren. In het evaluatieonderzoek is nagegaan op welke wijze de WKCZ in verschillende sectoren van de gezondheidszorg op papier en in de praktijk functioneert. Tevens is bekeken hoe de klachtenbehandeling conform deze wet ervaren is door de klagers en de aangeklaagden. Uit dit onderzoek zijn drie bevindingen naar voren gekomen, die wijzen op het belang van een meer laagdrempelige, informele manier van werken dan de klachtenbehandeling, namelijk klachtopvang. Met klachtopvang worden alle activiteiten bedoeld, die de klager worden aangeboden, dan wel ter beschikking staan vanaf het moment dat de klager de klacht kenbaar heeft gemaakt tot het eventueel indienen van de klacht bij een klachtencommissie (of andere instanties), dus tot aan de formele klachtenbehandeling. Deze -informele- activiteiten variëren van het bieden van een luisterend oor, het geven van juiste informatie en een passend advies aan een klager tot en met het bieden van bijstand bij het indienen van een formeel klaagschrift bij de klachtencommissie (en eventueel andere instanties) en het uitvoeren van een bemiddelingspoging tussen de klager en de aangeklaagde hulpverlener. Onder bemiddeling wordt verstaan dat een derde persoon, bijvoorbeeld een klachtenfunctionaris, tracht de klacht op te lossen met medewerking van en in overleg met zowel klager als aangeklaagde. Klachtopvang begint feitelijk al bij de betrokken hulpverlener die geconfronteerd wordt met een klacht. Klachtopvang kan worden geleverd door een veelheid aan partijen, zowel verbonden aan zorgaanbieders of instellingen als ook onafhankelijk hiervan.

Schema 1.1 Begrippenkader klachtenstelsel

Informeel	Formeel
Klachtenopvang bestaande uit:	Klachtenbehandeling bestaande uit:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ondersteuning (luisteren, informatie en advies, geven van bijstand) 2. Bemiddelen bij de klacht 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interne Klachtenbehandeling (Wkcz: behandeling door klachtencommissie, uitspraak over gegrondheid van de klacht) 2. Externe klachtenbehandeling (tuchtrecht, civiel recht etc)

Uit de evaluatie van de WKCZ bleek dat de informele klachtenopvang mogelijk van groot belang zou kunnen zijn. Deze conclusie was gebaseerd op drie bevindingen uit deze evaluatie (Friele ea, 1999).

Allereerst blijkt dat in veel gezondheidszorgsectoren de wettelijke klachtenbehandeling voorafgegaan wordt door klachtenopvang.

Daarnaast is het aantal klachten dat in het traject van de klachtenopvang wordt afgehandeld, groter dan het aantal klachten dat wordt behandeld in het kader van de WKCZ. Dit maakt de klachtenopvang getalsmatig van belang. Hoewel de causaliteit tussen de invoering van de WKCZ en de ontwikkeling van meer laagdrempelige klachtenopvang-voorzieningen niet onderzocht is, lijkt deze wel aannemelijk.

De derde bevinding uit de WKCZ-evaluatie is de ontevredenheid van met name klagers over de klachtenbehandelingsprocedure. Ondanks dat klachten in de helft van de gevallen gegrond worden verklaard en klagers dus in het gelijk worden gesteld, is tweederde van de klagers niet tevreden. Gelijk krijgen is dus niet altijd genoeg om ook het gevoel te krijgen dat recht is gedaan. Veel klagers geven aan dat zij het gevoel hebben niet serieus te zijn genomen. Veelal hebben zij niet de mogelijkheid gehad mondeling hun verhaal te doen, ook hebben klagers over het algemeen geen zicht op eventuele maatregelen als gevolg van hun klacht(en). Echter tijdens de formele klachtenbehandelingsprocedure is een informeel gesprek tussen een klagende patiënt en een aangeklaagde hulpverlener niet (meer) goed mogelijk (Algera & Friele, 1999). Het informele karakter van klachtenopvang kan voordelen bieden ten opzichte van de formele klachtenbehandeling (Friele e.a, 1999). De informele klachtenopvang zou, beter dan de formele klachtenbehandeling, kunnen bijdragen aan het herstel van de relatie tussen klager en zorgaanbieder of aan een andere manier van genoegdoening voor de klager.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in het functioneren van de klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg. Donabedian (1986) maakt een onderscheid tussen structuur, proces en uitkomst voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg. Deze driedeling wordt ook in dit onderzoek gebruikt. De vraag naar het functioneren van de klachtopvang wordt verdeeld in drie deelvragen.

1. Hoe is de klachtopvang opgebouwd?
2. Hoe verloopt de klachtopvang?
3. Wat zijn de uitkomsten van de klachtopvang?

Hoe is de klachtopvang opgebouwd?

Vanwege de veelheid aan en diversiteit van instanties (patiënten- en consumentenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars) die zich met klachtopvang bezighouden, is het lastig om een helder inzicht te krijgen in de manier waarop de klachtopvang is opgebouwd. Anders dan bij de klachtenbehandeling, gelden voor klachtopvang geen formele wettelijke regels, die de opbouw en procedures zichtbaar zouden kunnen maken. Omdat een goed overzicht van de opbouw van de klachtopvang ontbreekt is het zaak dat eerst dit overzicht wordt opgesteld.

Hoe verloopt de klachtopvang?

Een eerste kenmerk van de klachtopvang is de toegankelijkheid. Vervolgens is het belangrijk om na te gaan hoe de klachtopvang functioneert, wat er gebeurt of het hier gaat om alleen ondersteuning of ook om bemiddeling.

Wat zijn de uitkomsten van de klachtopvang?

Een derde doelstelling van dit project is het inventariseren van de uitkomst van de klachtopvang. De klachtopvang dient niet alleen toegankelijk te zijn en goed te verlopen, zij zou ook moeten leiden tot een verheldering of oplossing van het probleem en/of tot een verbetering van de relatie tussen de hulpverlener en de zorggebruiker. Een toegankelijke en goed verlopende klachtopvang zou een poortwachtersrol kunnen vervullen door het merendeel van de klachten op een laagdrempelige en informele manier op te lossen en zo een groot aantal klachten voor klachtencommissies weg te vangen (Legemaate, 1996; Roscam Abbing, 1996; Van Wijmen, 1997; Friele e.a., 1999). Dit kan een wenselijke ontwikkeling zijn. Klachtopvang kan wellicht meer tegemoet komen aan de doelstellingen van de WKCZ, welke zijn gericht op het herstel van de relatie tussen de patiënt en de hulpverlener, het wegnemen van onvrede en het bieden van genoegdoening. Hiervoor biedt een meer informele procedure mogelijk meer ruimte. In hoeverre er daadwerkelijk sprake is van probleemoplossing en herstel van de relatie zal uit dit onderzoek moeten blijken.

1.3 Nadere uitwerking van de onderzoeksvragen

1.3.1 Hoe is de klachtovang opgebouwd?

De vraag naar de structuur van de klachtovang valt uiteen in een viertal subvragen, die betrekking hebben op (1) de aanwezigheid van voorzieningen, (2) hun getalsmatige belang, (3) de functies die zij bieden en (4) het type klachten waar zij mee te maken hebben.

1. Welke voorzieningen zijn er?

Allereerst dient de vraag beantwoord te worden welke klachtovangvoorzieningen er zijn. Kastelein (1994) geeft vier actoren aan die een rol spelen in de klachtovang. Deze actoren zijn de patiënten/consumentenorganisaties, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de overheid. Voor elk van deze vier actoren wordt nagegaan welke voorzieningen voor klachtovang zij bieden.

2. Hoeveel klachten worden binnen de klachtovang ontvangen?

Het aantal ontvangen klachten is een indicatie voor het belang van de geboden klachtovang, tevens geeft het een indruk over de toegankelijkheid van de klachtovang

3. Welke functies worden vervuld binnen de klachtovang?

De klachtovang bestaat uit twee hoofdfuncties: namelijk ondersteuning en bemiddeling (zie schema 1). Binnen deze twee functies zijn een aantal taken te onderscheiden die hieronder worden besproken.

Ondersteuningsfunctie

De ondersteuningsfunctie kan worden gesplitst in drie taken; te weten het bieden van een luisterend oor, informatie- en adviesverstrekking en het verlenen van bijstand.

- Bieden van een luisterend oor

Deze taak houdt in dat klagers hun verhaal kunnen vertellen en dat er naar hen geluisterd wordt. Dit is het begin van iedere vorm van klachtovang. Soms is het bieden van een luisterend oor al voldoende en heeft de klager geen behoefte aan andere of verdere ondersteuning.

- Informatie- en adviesverstrekking Een tweede taak is het geven van informatie en advies. Op basis van de vraag of klacht wordt bekeken welke informatie de klager nodig heeft.

Informatieverstrekking aan klagers kan irritaties wegnemen, duidelijkheid geven over de gang van zaken en eenvoudige klachten ter plekke oplossen, maar kan ook leiden tot begrip en acceptatie van een bepaalde situatie (Van Wijmen, 1997). Voorts kan de klager een passend advies krijgen over de bestaande klachtmogelijkheden (klachtenbemiddeling, klachtencommissie, geschillencommissie ziekenhuizen etc.). Overigens is deze vorm van ondersteuning niet alleen relevant voor een klager, maar ook voor een aangeklaagde. Wanneer een vraag of klacht niet ter plekke beantwoord of afgehandeld kan worden, kan informatie gegeven worden over andere dienstverlenende instanties (doorverwijzen).

- Het verlenen van bijstand

De derde taak binnen de ondersteuningsfunctie betreft het verlenen van bijstand aan de klager. Deze taak heeft tot doel de belangen van degene die men ondersteunt zo goed mogelijk te behartigen en vereist dus een bepaalde houding van de bijstandverlener ten opzichte van degene die om bijstand vraagt. Dit betekent dat een bijstandsverlener niet tegelijkertijd zowel de klager als de aangeklaagde kan begeleiden. Onder het verlenen van bijstand aan een klager kan worden verstaan het begeleiden van de klager naar een gesprek met de bij de klacht betrokken hulpverlener, het (helpen) formuleren van een klaagschrift voor of met de klager en het verlenen van bijstand tijdens mondelinge hoor- en wederhoorprocedures bij de klachtencommissie of gerechtelijke instanties.

Bemiddelingsfunctie

De tweede functie binnen klachtopvang is de klachtenbemiddeling. Klachtenbemiddeling wordt gedefinieerd als een 'informele interventie van een bemiddelaar, die naar aanleiding van een klacht, probeert de beide partijen tot elkaar te brengen om via een open gesprek tot een oplossing te komen' (Kastelein, 1994). Van een bemiddelaar wordt een neutrale, onpartijdige en open houding verwacht naar zowel de klager als de aangeklaagde toe. Een klachtenbemiddelaar functioneert als een soort scheidsrechter. Hij/zij dient er namelijk voor te zorgen dat beide partijen in een gelijke mate de kans krijgen hun kant van het verhaal toe te lichten. Verder dient hij of zij in de gaten te houden dat men niet te veel van de hoofdzaken afwijkt en te diep ingaat op irrelevante bijzaken. Ten slotte moet een klachtenbemiddelaar op een juiste en deskundige manier met gerezen conflicten om kunnen gaan. Het doel van klachtenbemiddeling is dan ook om zoveel mogelijk in overleg met beide partijen tot een oplossing voor het gerezen probleem te komen. Dit kan een uitleg over de gevoerde handelwijze zijn, een excuus van de hulpverlener of het bijbrengen van wederzijds begrip voor elkaars situatie.

Bij het karakteriseren van de verschillende klachtopvang-voorzieningen zal nagegaan worden in hoeverre zij deze functies, en daarbinnen de verschillende taken, aanbieden.

4. Wat is de aard van de ontvangen klachten?

Ten slotte geeft ook de aard van de ontvangen klachten informatie over de opbouw van de klachtopvang. Het gaat om de vraag of er verschillen zijn in het type klachten dat bij de verschillende voorzieningen wordt aangetroffen.

1.3.2 Hoe verloopt de klachtopvang?

Voor het beantwoorden van de vraag naar het verloop van de klachtopvang wordt een onderscheid gemaakt tussen de toegang tot de opvang en de werkwijze in de feitelijke opvang. Tot dusver is er nog geen gericht onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid en de werkwijze van de klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg. Daarom is het nog niet goed mogelijk een toetsingskader te geven. Dit wil overigens niet zeggen dat op voorhand helemaal geen uitspraken gedaan kunnen worden over de voorwaarden voor een goede klachtopvang. In grote lijnen komen deze voorwaarden overeen met de voorwaarden die ook aan een goede klachten-behandeling toegeschreven worden. Deze

voorwaarden hebben enerzijds betrekking op de toegankelijkheid, anderzijds op de werkwijze.

Hoe toegankelijk is de klachtopvang?

De toegankelijkheid van de klachtopvang wordt bepaald door een aantal factoren: de aanwezigheid van een voorziening, de bekendheid met de voorziening, de bereikbaarheid en de laagdrempeligheid van de voorziening (Talma e.a., 1999).

Aanwezigheid

Voordat überhaupt gesproken kan worden over een toegankelijke klachtopvang, dient deze eerst aanwezig te zijn en indien deze aanwezig is geldt als tweede vraag welke personen hiervoor aangesteld of verantwoordelijk zijn.

Bekendheid

Met bekendheid wordt bedoeld dat de zorggebruikers op de hoogte zijn of worden gebracht van de mogelijkheid hun klachten op een laagdrempelige manier op te lossen, dat zij weten welke mogelijkheden er zijn en dat zij weten waar of bij wie ze moeten zijn, indien ze een klacht kenbaar willen maken.

Bereikbaarheid

Bereikbaarheid is te splitsen in enerzijds geografische bereikbaarheid; potentiële klagers moeten de klachtopvang moeiteloos kunnen vinden en deze moet daarnaast voor iedereen toegankelijk zijn. Anderzijds is ook de functionele bereikbaarheid van groot belang, de klachtopvang dient in voldoende mate persoonlijk aanwezig te zijn om klagers persoonlijk dan wel telefonisch te woord te staan (beschikbaarheid).

Laagdrempeligheid

Tenslotte dient een toegankelijke klachtopvang laagdrempelig te zijn. Een klager dient zo min mogelijk drempels te ervaren bij het kenbaar maken van zijn of haar klacht. Hier kan een onderscheid gemaakt worden tussen interne drempels (drempels in de persoon zelf) en externe drempels (drempels vanuit de omgeving van de persoon). Interne drempels kunnen zijn: de twijfel aan het nut van het kenbaar maken van de klacht, angst voor de gevolgen, een slechte gezondheid en tijdgebrek. Externe drempels zijn onder meer: de klacht kenbaar moeten maken bij de directie, bemiddeling door de leidinggevende van de betrokken hulpverlener, een financiële bijdrage moeten betalen voor de klachtopvang en het verplicht op schrift stellen van de klacht.

Wat is de werkwijze tijdens de klachtopvang?

De werkwijze van de klachtopvang heeft betrekking op zaken als de inhoud (takenpakket) van de klachtopvang en de protocollering van deze taken, de snelheid van de procedure, de deskundigheid van de klachtopvang-medewerker en de registratie van klachten.

Inhoud klachtopvang

Bij de inhoud van de klachtopvang wordt gekeken naar de uitvoering van de verschillende taken van de klachtopvang, zoals het bieden van een luisterend oor, informatie en advies, bijstand en bemiddeling (Van Kleef, e.a., 1995; Van Wijmen, 1997; Straten & Friele, 1999). Daarnaast is voor het bewaken van de continuïteit en het

waarborgen van een juiste uitvoering van de klachtopvang van belang dat de taken van de klachtopvangmedewerker vastgelegd zijn.

Snelheid

Een snelle afwikkeling van de klacht, liefst zo kort mogelijk na het ontstaan van de klacht, zorgt ervoor dat de kans kleiner is dat de klacht gaat escaleren en dat standpunten zich verharderen.

Deskundigheid

De vereiste deskundigheid binnen de klachtondersteuning ligt met name op het communicatieve vlak, gecombineerd met kennis over de klachtopvangmogelijkheden en rechterlijke procedures. Bij klachtenbemiddeling dient deze deskundigheid aangevuld te worden met vaardigheden op het gebied van conflicthantering en onderhandelingstechnieken. Medische kennis is bij klachtopvang van minder groot belang. Het gaat immers niet om het doen van een uitspraak over de kwaliteit van geboden zorg, maar om het vinden van een oplossing en/of het vergroten van het wederzijds begrip (Van Kleef e.a., 1995).

Registratie

Ten slotte is het van belang dat het aantal klachten en de aard van de klachten geregistreerd worden. De informatie uit deze klachten kan goed gebruikt worden om de kwaliteit van de geboden zorg te verbeteren.

1.3.3 Wat zijn de uitkomsten van de klachtopvang?

Naar de uitkomsten van klachtopvang is nog weinig onderzoek gedaan. Op grond van de resultaten van de WKCZ-evaluatie is geconcludeerd dat klachtopvang een meer geëigend instrument lijkt om enerzijds tegemoet te komen aan wensen van klagers middels het geven van ruimte om hun verhaal te vertellen en serieus genomen te worden en anderzijds om klachten naar een oplossing te geleiden. Een belangrijke uitkomstmaat van de klachtopvang ligt bij de vraag of de klager zijn of haar doel heeft bereikt in de klachtopvang en bij de vraag naar de tevredenheid van de klager met de klachtopvang.

1.4 Gegevensverzamelingen

De gegevens voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn in een zestal verschillende deelstudies verzameld. Een gedetailleerde beschrijving van de verschillende deelstudies worden gegeven in de volgende hoofdstukken. Op deze plaats volstaan we met een globale beschrijving van de verschillende deelstudies.

In schema 1.2 op de volgende pagina is aangegeven op welke manier de verschillende onderzoeksvragen zijn beantwoord.

Opbouw van de klachtopvang

Voor het beantwoorden van de vraag naar de opbouw van de klachtopvang is gebruik gemaakt van desk-research. De reden hiervoor is dat dit onderzoeksdeel breed is opgezet. De nadruk ligt op het beschrijven van de diversiteit aan klachtopvangvoorzieningen met behulp van al aanwezige en openbare informatie. Omdat uitgegaan wordt van aanwezige informatie is dit overzicht niet volledig. Er is gebruik gemaakt van (1998-) jaarverslagen van zorgaanbieders, waaronder ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuizen, Nederlandse Maatschappij Tandheelkunde (NMT) en jaarverslagen van klachtencommissies, zoals de klachtencommissie Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP). Voorts zijn de jaarverslagen van patiënten- en consumentenorganisaties bekeken, waaronder IKG's, de Consumentenbond, Stichting de Ombudsman, Korrelatie en diverse categorale patiëntenverenigingen. Ook is gebruik gemaakt van een aantal onderzoeksrapporten,

Schema 1.2 Overzicht van de verschillende gegevensverzamelingen in relatie tot de onderzoeksvragen.

Onderzoeksvragen	Domein	Onderzoeksmethode	Hoofdstuk
1. Hoe is de klachtopvang opgebouwd?	De klachtopvang in Nederland als geheel	Desk-research: Een brede beschrijving wordt gegeven op grond van bestaand materiaal	2
2. Hoe verloopt de klachtopvang 3. Wat zijn de uitkomsten van de klachtopvang	Klachtopvang bij de betrokken hulpverlener	Vragenlijst voorgelegd aan de leden van het consumentenpanel Gezondheidszorg . (N= 1265; respons 79%)	3
	Klachtopvang door IKG 's	Vragenlijst voorgelegd aan klagers bij 12 IKG's. (N=128, respons 53%)	4
	Klachtopvang in ziekenhuizen	Vragenlijst voorgelegd aan klachtenfunctionarissen (N=10, respons 100%), aan klagers (N=109, respons 55%) en aangeklaagden (N=89, respons 45%)	5
	Klachtopvang in de thuiszorg	Vragenlijst voorgelegd aan directie (N=67, respons=88%) en aan cliëntenraden (N=25, respons 58%)	6
	Klachtopvang in verpleeg- en verzorgingshuizen	Vragenlijst voorgelegd aan cliëntenraden in verpleeghuizen (N=91, respons 61%) en verzorgingshuizen (N=104, respons =70%)	7

zoals de Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Friele e.a., 1999) en 'Ervaren klachten en knelpunten over de gezondheidszorg (Triemstra, e.a.,1999). Tenslotte is een aantal instanties (Klachtencommissie KNMP, NMT, Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), Klachtencommissie Paramedici eerste lijn) telefonisch benaderd om gegevens te verifiëren, hiaten aan te vullen of gegevens te actualiseren.

Verloop en uitkomsten van klachtopvang

De meer diepgaande tweede (Hoe verloopt de klachtopvang?) en derde onderzoeksvraag (Wat zijn de resultaten van klachtopvang?) zijn grotendeels beantwoord door het afnemen van schriftelijke enquêtes. Deze vragen kunnen niet worden beantwoord voor de klachtopvang als geheel. Er is gekozen om in te zoomen op een vijftal domeinen. Het gaat om opvang door de bij de klacht betrokken hulpverleners, door de IKG's, in ziekenhuizen, in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen. Uitgangspunt was voor elk van deze domeinen op een zo vergelijkbaar mogelijke manier gegevens te verzamelen. Dit bleek niet realistisch. Allereerst verloopt de klachtopvang door de betrokken hulpverlener fundamenteel anders dan klachtopvang door een instantie of daartoe aangewezen functionaris. Ten tweede bleek uit het onderzoek naar de opbouw van de klachtopvang dat er nog veel onduidelijkheden bestonden over de manier waarop klachtopvang plaats vindt in de ouderenzorg. Over de klachtopvang in de ziekenhuizen en bij IKG's was al meer bekend. Dit betekent dat in deze laatste twee domeinen een meer gedetailleerde gegevensverzameling mogelijk was dan in de ouderenzorg, waar eerst meer globale gegevens nodig waren.

Bij de start van dit onderzoek bestond nog weinig inzicht in de manier waarop in deze sector vorm is gegeven aan de klachtopvang, of er sprake is van een zekere homogeniteit of juist een grote heterogeniteit. Deze informatie is wel essentieel en laat zich het beste op meso-niveau verzamelen. Met name de onduidelijkheid over de mate van heterogeniteit pleit vervolgens tegen een onderzoek op micro-niveau. De onbekendheid maakt het namelijk vrijwel onmogelijk om een verantwoorde steekproef van klagers te trekken. Daarnaast bleken klagers in de ouderenzorg moeilijk bereikbaar en zouden de te verwachten kleine aantallen per instelling onevenredig veel werk met zich mee hebben gebracht. Deze overwegingen golden niet voor de klachtopvang in ziekenhuizen en bij IKG's. Hierover was veel meer bekend bij aanvang van het project, terwijl het aantal klagers per voorziening voldoende groot is om werkbaar te zijn.

De klachtopvang door de betrokken hulpverlener en de klachtopvang van IKG's en ziekenhuizen zijn op microniveau bestudeerd, dat wil zeggen bij de bij de klachtopvang betrokken personen (klagers en soms ook aangeklaagden en klachtenfunctionarissen) zelf.

Klachtopvang door de betrokken hulpverlener: nulde-lijn klachtopvang

Om te achterhalen in welke mate zorggebruikers met een klacht deze bespreken met de bij de klacht betrokken hulpverlener of eventuele drempels hierbij ervaren, is in december 1999 een schriftelijke enquête afgenomen onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Deze enquête gaat enerzijds in op toegankelijkheid, namelijk op de feitelijke toegang tot de hulpverlener als aanspreekpunt voor de klacht en ervaren drempels bij het kenbaar maken van de klacht bij de betrokken hulpverlener. Anderzijds wordt aandacht besteed aan de tevredenheid van de klager over deze klachtopvang door te vragen naar de gevolgen van het gesprek voor de relatie met de hulpverlener. Het

Consumentenpanel bestaat uit 1602 leden (stand december 1999). Alle leden hebben een enquête ontvangen, waarin naast vragen over de klachtopvang ook vragen zijn opgenomen over 24-uurs zorg en openingstijden in de gezondheidszorg. De laatste twee onderwerpen zijn voor ander onderzoek meegenomen.

IKG's

De toegankelijkheid, werkwijze en resultaten van de klachtopvang (dienstverlening) door de IKG's zijn geïnventariseerd met behulp van een schriftelijke enquête, die in januari 2000 aan cliënten van de IKG's is verzonden. Toegankelijkheid is in dit deelonderzoek gemeten door te vragen naar de wijze waarop klagers bekend zijn geworden met een IKG en op welke wijze zij contact hebben opgenomen. Informatie over de dienstverlening is verkregen door klagers te vragen naar de daadwerkelijk ontvangen dienstverlening. Het oordeel over dienstverlening is enerzijds bekeken door te vragen naar de verwachtingen van de klager ten aanzien van de dienstverlening en anderzijds naar de tevredenheid over deze dienstverlening. Informatie over de uitkomst van de klachtopvang is verkregen door te vragen of het doel van de klager bereikt is. In dit deelonderzoek is niet de mening van de aangeklaagde hulpverlener meegenomen, omdat het IKG de dienstverlening richt op de klager en niet op de hulpverlener.

Alle 28 IKG's zijn schriftelijk op de hoogte gesteld van het onderzoek en zijn vervolgens gevraagd te participeren in het onderzoek. Aangezien de IKG's in de provincie Utrecht en Noord-Brabant recentelijk een onderzoek verricht hebben onder hun cliënten, zijn zij van deelname uitgesloten. Uiteindelijk hebben 12 IKG's gereageerd, die alle meegenomen zijn in het onderzoek. De 12 IKG's hebben ieder 20 vragenlijsten ontvangen, die zij aan in totaal 240 cliënten verstuurd hebben, die zich het afgelopen jaar bij hen hadden gemeld.

Ziekenhuizen

Op basis van een aselechte gestratificeerde steekproef naar aantal bedden en geografische ligging zijn 10 algemene ziekenhuizen geselecteerd.

De onderzoeksvragen over de toegankelijkheid en werkwijze van de klachtopvang zijn in de deze ziekenhuizen beantwoord door enerzijds het versturen van een enquête aan de in de ziekenhuizen werkzame klachtenfunctionarissen. In deze enquête zijn de twee subvragen geoperationaliseerd in termen van de verantwoordelijke personen voor klachtopvang, bereikbaarheid, deskundigheid van de klachtenfunctionaris en de inhoud van de klachtopvang. Anderzijds is de toegankelijkheid en werkwijze van de klachtopvang gemeten middels een schriftelijke enquête, die in januari 2000 via de ziekenhuizen aan 200 klagers en 200 aangeklaagden is gestuurd.

De vragen in de enquête voor de klagers hebben betrekking op de wijze waarop de klacht kenbaar is gemaakt, hoe gereageerd is op de klacht en wat de werkwijze was tijdens de opvang. Ook is gevraagd naar de motieven van de klagers om de klacht kenbaar te maken en het resultaat van de klachtopvang in termen van relatieherstel en probleemoplossing. De enquête voor de aangeklaagden gaat met name in op de werkwijze van de klachtopvang ten aanzien van de aangeklaagden. Hierbij is gevraagd naar de tevredenheid over de werkwijze van de klachtenbemiddeling en naar de motieven om mee te doen aan de bemiddeling. Het resultaat van de klachtopvang is gemeten door middel van vragen

over de uitkomst van de bemiddeling in termen van wederzijds begrip, verbetering van de zorggebruiker-hulpverlenerrelatie en oplossing van het probleem.

Thuiszorg

De toegankelijkheid en werkwijze van de klachtopvang in de thuiszorg is geïnventariseerd met behulp van een telefonische enquête, die in februari/maart 2000 op directieniveau is afgenomen. De vragen in deze enquête komen in hoge mate overeen met de vragen, die aan de klachtenfunctionarissen van de ziekenhuizen zijn gesteld. Daarnaast is in maart 2000 aan de cliëntenraden van de thuiszorg een schriftelijke enquête voorgelegd, waarin naar de toegankelijkheid en de werkwijze van de klachtopvang is gevraagd in termen van verantwoordelijke personen voor de opvang van klachten, bekendheid, laagdrempeligheid en inhoud (takenpakket) van de klachtopvang. Omdat in plaats van de klagers de cliëntenraden zijn aangeschreven, kan de derde onderzoeksvraag naar de resultaten van de klachtopvang niet beantwoord worden. In plaats daarvan is gevraagd naar de klachtvriendelijkheid van de thuiszorgorganisatie.

Verpleeg- en verzorgingshuizen

In de verpleeg- en verzorgingshuizen is de toegankelijkheid en werkwijze van de klachtopvang gemeten met behulp van een schriftelijke enquête die in februari 2000 afgenomen is onder de cliëntenraden van verpleeg- en verzorgingshuizen. De enquêtes zijn vergelijkbaar met de enquêtes, die aan de cliëntenraden van de thuiszorg zijn verstuurd. Voor het onderzoek onder de cliëntenraden van de verpleeg- en verzorgingshuizen is contact opgenomen met de NVBV en de LOC¹. De NVBV heeft het adressenbestand van de bij haar aangesloten cliëntenraden van verpleeghuizen ter beschikking gesteld. Uit dit bestand is een aselechte steekproef getrokken van 150 cliëntenraden. De 150 cliëntenraden van de verzorgingshuizen zijn op willekeurige wijze door de LOC uit het eigen adressenbestand geselecteerd.

1.5 Resultaten

In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten van de verschillende deelonderzoeken compact gerapporteerd. Voor een meer uitgebreide beschrijving van de resultaten wordt verwezen naar de verschillende deelrapportages.

1.5.1 Hoe is de klachtopvang opgebouwd?

Divers, is de beste karakterisering van de opbouw van de klachtopvang in Nederland. Dit kan geconcludeerd worden uit het onderzoek naar de opbouw van de klachtopvang, gebaseerd op de secundaire analyse van bestaande gegevens. Bij dit onderzoek zijn de

1

De Nederlandse Vereniging voor Belangenbehartiging van Verpleeghuisbewoners (NVBV) en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden in de ouderenzorg (LOC) zijn per 1-1-2000 gefuseerd onder de naam LOC

klachten buiten beschouwing gelaten, die door klagers direct met de desbetreffende hulpverlener worden besproken.

Door alle onderzochte partijen: patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid, worden verschillende vormen van klachtopvang geboden. Deze vormen verschillen onderling sterk. Daarnaast verschillen de vormen van klachtopvang binnen de afzonderlijke partijen ook nog eens sterk van elkaar. Er is dus sprake van diversiteit tussen de klachtopvang door de partijen, maar ook van diversiteit binnen de klachtopvang door de verschillende partijen.

De meeste klachten worden opgevangen door voorzieningen van (organisaties van) patiënten en zorgaanbieders. Minder klachten worden opgevangen door (organisaties van) zorgverzekeraars en de overheid.

Patiënten

De klachtopvang door (vertegenwoordigers van) patiënten is sterk gedifferentieerd, en varieert van landelijke werkende telefonische hulplijnen, zoals die van de Consumentenbond of de Nederlandse Patiëntenvereniging, die alleen voor leden toegankelijk zijn, via landelijke voorzieningen, zoals het LIP, dat voor iedereen toegankelijk is, tot aan regionale platforms, de IKG's, die ook voor iedereen toegankelijk zijn. De klachtopvang door de verschillende patiëntenorganisaties lijkt eerder complementair dan overlappend te zijn. De verschillende voorzieningen lijken ieder een eigen 'specialisme' te hebben en verwijzen daarnaast onderling door. Doordat niet alle voorzieningen voor iedereen toegankelijk zijn en doordat er nauwelijks sprake is van overlap, kunnen bepaalde groepen patiënten verstoken blijven van bepaalde, meer gespecialiseerde, vormen van klachtopvang. Het accent in de klachtopvang van patiëntenwege ligt bij de informatie- en adviesfunctie, in mindere mate bij het geven van bijstand en nauwelijks bij de bemiddeling.

De klachtopvang door de IKG's is toegankelijk voor iedereen en getalsmatig de meest belangrijke van de klachtopvang door (vertegenwoordigers van) patiënten, met een geschatte omzet van rond de 10.000 klachten in 1998.

Zorgaanbieders

Analoog aan de WKCZ-evaluatie blijkt het ook voor de klachtopvang nodig om een onderscheid te maken tussen de zorgaanbieders die in instellingen werken en de vrijgevestigde zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld huisartsen of tandartsen.

Bij de instellingen kan geconstateerd worden dat vrijwel alle instellingen een vorm van klacht-opvang hebben, die per instelling sterk kan verschillen. Het grootste aantal opgevangen klachten per instelling treffen we aan in de ziekenhuizen en de psychiatrie. De klachtopvang in de ziekenhuizen wordt vooral uitgevoerd door een speciaal hiervoor aangestelde functionaris, terwijl in de psychiatrie het vooral de Patiëntvertrouwenspersoon is die zorg draagt voor de opvang, vooral in de zin van ondersteuning, van de meeste klachten. De cijfers over het aantal opgevangen klachten in de GGZ-instellingen buiten de patiëntvertrouwenspersoon, de gehandicaptenzorg, de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen liggen aanzienlijk lager. Het type klachten verschilt per sector. In ziekenhuizen gaat het vooral om medisch-technische en

relationele klachten, in de thuiszorg vooral over de organisatie en in de psychiatrie vooral over dwangmiddelen.

De klachtopvang in instellingen bestaat uit het geven van informatie en advies en bemiddeling. Uit het materiaal wordt niet duidelijk hoe deze bemiddeling wordt ingevuld, zodat niet duidelijk is of hier inderdaad sprake is van daadwerkelijke bemiddeling.

Vrijwel geen enkele instelling biedt bijstand. De uitzondering hierop wordt gevormd door de Patiëntvertrouwenspersoon en ook door vertrouwenspersonen in de gehandicaptenzorg, die bij uitstek gericht zijn op de ondersteuning, en daarmee ook het bieden van bijstand, van de klager.

Klachtopvang door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren is niet of nauwelijks door henzelf geregeld. Een uitzondering hierop vormen de huisartsen, die op regionaal niveau afspraken hebben gemaakt met de IKG's voor het opvangen van klachten over huisartsen. Ook tandartsen bieden klachtopvang, hier vindt vooral klachtbemiddeling plaats. Door de apothekers en paramedici zijn weliswaar op landelijk niveau afspraken gemaakt met IKG's, maar het is niet duidelijk hoe dit op regionaal niveau is uitgewerkt, terwijl het regionale niveau het niveau is waarop de IKG's functioneren. Ook zijn er beroepsgroepen waar niets is geregeld.

Voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren geldt dat klachtopvang in de regel plaats vindt op grote afstand van de formele klachtenbehandeling. De indruk bestaat daarnaast dat de klachtopvang nogal ver af staat van de individuele beroepsbeoefenaren.

Zorgverzekeraars

Klachtopvang door zorgverzekeraars kan vanuit verschillende invalshoeken plaatsvinden. Allereerst kunnen klachten van verzekerden over de zorgverzekering aan de orde gesteld worden. Daarnaast is er, in ieder geval beleidsmatig, oog voor de mogelijkheid dat verzekerden klachten indienen over de geboden zorg. Dit heeft vooral betrekking op de zorg die in het kader van de ziekenfondswet en de AWBZ in natura wordt verstrekt. De zorgverzekeraar heeft voor deze vormen van zorg een medeverantwoordelijkheid en kan hierop aangesproken worden. De derde invalshoek is die van de serviceverlening of 'klantenbinding'. Hier wordt klachtopvang gezien als een service aan verzekerden. Klachtopvang kan in dit geval leiden tot zorgbemiddeling, het geven adviezen en informatie dan wel een gerichte doorverwijzing naar een andere voorziening voor klachtopvang of een klachtencommissie.

De opvang van klachten over de zorgverzekering vindt plaats door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Over de mate waarin sprake is van opvang van klachten over het verstrekkingen-pakket door de individuele zorgverzekeraars is nauwelijks informatie gevonden. In een onderzoek uit 1992 (Kastelein) werd gevonden dat individuele ziekenfondsen toen nog weinig invulling aan de klachtopvang hadden gegeven. Recentelijk (1999) is een conceptprocedure voor klachtopvang door zorgverzekeraars opgesteld, waar ook de relatie met het kwaliteitsbeleid wordt gelegd.

Door ons is contact opgenomen met 1 zorgverzekeraar die klachtopvang biedt als service aan zijn verzekerden, door het instellen van een telefonische servicelijn. Het is opmerkelijk dat het aantal klachten in een periode van 2 jaar ruim 700 bedroeg. Kennelijk is er sprake van een onvervulde behoefte aan opvang van klachten. Verreweg het grootste aantal klachten heeft betrekking op de huisarts: vooral over het niet doorverwijzen, de bejegening en de vrije huisartsenkeuze.

Overheid

De overheid acht zorgaanbieders primair verantwoordelijk voor de opvang van klachten en kent daarom slechts een beperkte vorm van klachtopvang. Deze wordt uitgevoerd door de Inspectie voor de Volksgezondheid, die op grond van een leidraad een onderzoek kan instellen naar aanleiding van een ‘melding’ van een patiënt.

Beperkingen van deze deelstudie

Deze deelstudie is uitgevoerd op basis van bestaand materiaal. Een belangrijke informatiebron waren de jaarverslagen van instellingen en koepelorganisaties. Ook bleek een aantal empirische studies uitgevoerd te zijn, waar dieper werd ingegaan op de uitvoering van de klachtopvang. Deze informatie tezamen dekt niet het gehele terrein van de klachtopvang, noch kunnen hieruit al de onderzoeksvragen volledig beantwoord worden. Het is echter over het algemeen op grond van het gevonden materiaal redelijk goed mogelijk een betrouwbaar inzicht te krijgen in het bestaan van voorzieningen. Daarnaast kan ook een redelijk volledig inzicht verkregen worden in de aantallen klachten die door de verschillende voorzieningen opgevangen worden. De getallen zullen niet altijd precies vergelijkbaar zijn, omdat niet iedereen een klacht exact hetzelfde definieert.

Het materiaal geeft niet of nauwelijks inzicht in de manier waarop aan de verschillende functies als informatie, advies, bemiddeling en bijstand, invulling wordt gegeven. Ook geeft dit materiaal geen inzicht in de manier waarop de bemiddeling wordt vormgegeven.

Conclusies over de opbouw van de klachtopvang

Wanneer de klachtopvang door de betrokken hulpverlener buiten beschouwing wordt gelaten, blijken de partijen met het grootste aantal opgevangen klachten in de klachtopvang de zorgaanbieders (met name de ziekenhuizen en de patiënt vertrouwenspersoon in de GGZ) en de patiëntenorganisaties (vooral de IKG's) te zijn. Beide bieden zij klachtopvang in de vorm van informatie en advies. Klachtopvang van patiëntenorganisaties is daarnaast ook gericht op het bieden van bijstand aan de klager, terwijl de klachtopvang in de instellingen vooral gericht is op bemiddeling. Uitzondering hierop vormt de klachtopvang door de PVP, die vooral bestaat uit het bieden van bijstand. De klachtopvang van de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren is minder inzichtelijk en ook in de meeste gevallen niet georganiseerd door de beroepsbeoefenaren zelf. Het lijkt erop dat er van uit wordt gegaan dat de meeste klachten wel worden opgevangen door de IKG's, terwijl alleen de huisartsen hier expliciete afspraken over hebben gemaakt met de desbetreffende IKG's. Ook komt het voor dat op het punt van klachtopvang niets is geregeld. De uitzondering hierop wordt gevormd door de tandartsen die een eigen systeem van klachtopvang kennen. Op basis van dit deelonderzoek is niet duidelijk hoe de klachtopvang precies functioneert en wat de resultaten hiervan zijn. Vervolgonderzoek zal hier meer inzicht in moeten geven. In de volgende paragraaf wordt meer inzicht gegeven in het feitelijk functioneren van de klachtopvang in de intramurale ouderenzorg, de thuiszorg, de ziekenhuizen en bij de IKG's.

Klachtopvang door zorgverzekeraars heeft op dit moment een vrij divers karakter: enerzijds gericht op de aanspraken die samenhangen met de verzekering. Daarbij wordt dan een onderscheid gemaakt tussen klachten over de verzekering en klachten over de zorg die in het kader van de ZFW en de AWBZ, in natura, wordt geleverd. Anderzijds lijkt klachtopvang ingezet te worden als instrument voor klantenbinding. Het is

onduidelijk hoe, of en in welke mate door de verschillende verzekeraars aan deze vormen van klachttopvang invulling wordt gegeven.

Ondanks het feit dat klachttopvang niet formeel ‘geregeld’ is, mag toch de conclusie zijn dat in Nederland sprake is van een divers en redelijk fijnmazig netwerk van klachttopvang, waarbij nauwelijks sprake lijkt te zijn van onderlinge overlap. Wel is er voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, met uitzondering van de huisartsen en tandartsen, sprake van een onduidelijk geregelde klachttopvang. Wat hiervan de consequenties zijn voor klagers, is niet bekend.

1.5.2 Hoe verloopt de klachttopvang en wat zijn de uitkomsten?

In deze paragraaf worden de resultaten gepresenteerd van 5 deelonderzoeken die dieper ingaan op de uitvoering van de klachttopvang. Eén deelonderzoek heeft betrekking op de klachttopvang door de betreffende hulpverlener: klachttopvang aan de bron van de klacht. Twee deelonderzoeken gaan over de klachttopvang door twee daarvoor in het leven geroepen voorzieningen: klachtenbureau's van de patiëntenbeweging (IKG's) en klachttopvang in ziekenhuizen. In al deze drie deelstudies staan de ervaringen van klagers centraal, waar mogelijk aangevuld met ervaringen van degenen waar de klachten betrekking op hebben. Tenslotte zijn twee deelonderzoeken uitgevoerd in de ouderenzorg: thuiszorg en verzorgings- en verpleeghuizen. Over de klachttopvang in de ouderenzorg was bij aanvang van dit onderzoek onvoldoende bekend om onderzoek onder klagers en eventueel aangeklaagden goed te kunnen voorbereiden. Daarom is dit onderzoek uitgevoerd onder directies en cliëntenraden van een groot aantal instellingen.

Klachttopvang bij de desbetreffende hulpverlener

Van alle klachten wordt de helft besproken op de plaats waar de klachten zijn ontstaan; met de betrokken hulpverlener. Daarmee is deze vorm van klachttopvang in getalsmatig opzicht belangrijker dan iedere andere vorm van klachttopvang. Want van elke 100 klachten worden er 50 met de desbetreffende hulpverlener besproken, terwijl er maar 6 worden besproken met een leidinggevende, 5 met een klachtenfunctionaris of met een klachtencommissie, 2 met een patiëntenorganisatie en 2 met een zorgverzekeraar. Eenderde van de mensen die hun klacht met de betreffende hulpverlener bespraken, zegt dat er een verbetering is opgetreden in hun relatie met de hulpverlener: het probleem hoeft dan overigens niet opgelost te zijn. Tweederde van degenen die de klacht met de hulpverlener bespraken zegt dat er door het bespreken van de klacht niets is veranderd. Iets minder dan de helft van de klagers die hun klacht met de hulpverlener bespraken dient de klacht vervolgens elders in. Klachttopvang door de betrokken hulpverlener is dus weliswaar de meest gebruikelijke vorm van klachttopvang, maar deze vorm van klachttopvang is vanuit het perspectief van de klager niet bijzonder productief. Uit het deelonderzoek naar de klachttopvang in de ziekenhuizen komt een vergelijkbaar cijfer naar voren. Ook daar meldt bijna de helft (42%) dat zij eerst hun klacht met de betrokken hulpverlener heeft besproken. Dit staat in contrast tot het veel lagere percentage (15%) hulpverleners dat in de ziekenhuizen aangeeft dat de klacht eerder met hen werd besproken. Kennelijk bestaat er een discrepantie tussen het beeld van de klager: ‘ik heb mijn klacht aan de orde gesteld’ en het beeld van de aangeklaagde: ‘ik heb het

niet gehoord'. Deze discrepantie is vrij groot: ongeveer een kwart van de klachten wordt volgens klagers wel aan de orde gesteld, maar door aangeklaagden niet gerapporteerd. Deze discrepantie kan één van de verklaringsgronden zijn voor de geringe effectiviteit voor de klager van het bespreken van hun klacht met de betreffende hulpverlener. Een klacht die niet wordt gehoord leidt niet tot relatieherstel maar eerder tot een verslechtering van de relatie.

Tot slot moet worden opgemerkt dat weliswaar een grote groep klagers hun klacht met de betrokken hulpverlener bespreekt, maar een even zo grote groep, ook de helft, doet dit niet. Dit leidt in nog mindere mate tot relatieherstel, dan het wel bespreken van de klacht. Het blijkt dat de drempel om de klacht aan de orde te stellen vooral bij de klager zelf ligt: men verwacht geen oplossing. Dit lijkt geen onrealistische kijk op de zaken. Soms wordt ook een drempel opgeworpen door de desbetreffende hulpverlener.

Klachtopvang door de informatie en klachtenbureau's gezondheidszorg (IKG's)

IKG's zijn verantwoordelijk voor het grootste aantal opgevangen klachten vanuit een patiëntenorganisatie. IKG's zijn er voor patiënten. Hierin zijn ze uniek vergeleken met bijvoorbeeld klachtenfunctionarissen in ziekenhuizen of klachtencommissies.

Ondanks de relatief grote aantal klachten dat IKG's opvangen, zijn ze toch relatief onbekend. Het gaat hierbij allereerst om naams-onbekendheid. Tot onze verbazing bleken zelfs klagers waarvan de klacht was opgevangen door een IKG niet te weten dat hun klacht door een IKG was opgevangen. Daarnaast blijkt voor klagers de mond op mond reclame een belangrijke informatiebron te zijn voor het kunnen leggen van contact met een IKG. Gezien het relatief geringe aantal Nederlanders dat feitelijk te maken heeft met een IKG, ongeveer 10.000 per jaar, zouden andere informatiebronnen een veel groter belang moeten hebben dan de mond-op-mond reclame. IKG's lijken een bijzondere doelgroep te bereiken: mensen met een iets lagere opleiding dan gemiddeld en relatief veel ziekenfondsverzekerden. Daarnaast zijn klagers bij een IKG ongeveer net zo vaak man als vrouw.

De klachten van door ons onderzochte klagers bij de IKG's gaan vooral over artsen: klachten over huisartsen en specialisten vormen driekwart van de klachten. Eénderde van alle klachten betreft het vaktechnisch handelen van hulpverleners, en éénderde betreft de bejegening.

Tabel 1.1. Welke diensten biedt de klachtopvang van IKG's en welke diensten verwachten klagers? (in % van het aantal klagers dat het IKG om hulp benaderde)

	Geboden	Gewenst
Aanhoren van verhaal	74%	88%
Informatie en advies	74%	93%
Bijstand, hulp bij het schrijven van een brief	30%	71%
Bijstand, begeleiden in contact met hulpverlener	7%	niet gevraagd
Het IKG neemt de klacht over en vertegenwoordigt klager	0%	31%

Het accent van de klachtopvang van de IKG's ligt vooral in het begintraject van de klachtopvang (Tabel 1.1). IKG's blijken vooral te luisteren naar het verhaal van de klagers en informatie en adviezen te geven. Minder vaak bieden zij daadwerkelijk bijstand. Dit gebeurt vooral in de vorm van hulp bij het schrijven van een klachtbrief, en minder door de klager te begeleiden in het contact met de hulpverlener. Klagers zouden vaker bijstand van een IKG willen: bij het schrijven van een klachtbrief maar ook door op te treden als hun vertegenwoordiger.

Het blijkt dat bijna de helft van de klagers bij de IKG's zegt dat hun doel is bereikt, de andere helft zegt dat dit niet is gelukt. Of het doel wordt bereikt heeft een IKG natuurlijk maar een beperkte invloed. Daarom is het interessant om ook te kijken naar de mate van tevredenheid bij de klagers. Het blijkt dat 75% tevreden is. Een kwart is niet tevreden met de dienstverlening van het IKG.

Deze bevindingen leiden tot de volgende conclusies.

Uit de desk-research was al vast komen te staan dat IKG's een groot aandeel leveren aan de klachtopvang vanuit de patiëntenbeweging. Daarnaast geldt dat de IKG's vooral de wat lager opgeleiden lijken te bereiken. Dit mag als een sterke kant van de IKG's worden gezien.

Tot slot blijkt driekwart van de klagers tevreden of redelijk tevreden is met de dienstverlening van de IKG's. Of dit hoog is of juist laag, valt te betwisten. Het is in ieder geval een meerderheid. En gezien het feit dat een IKG weinig invloed kan uitoefenen op de aangeklaagde hulpverleners is het een redelijk hoog percentage. Vergeleken met de klachtopvang in de WKCZ is de score beter: hier was ruim één derde tevreden. De score is niet beter dan die in ziekenhuizen wordt bereikt (zie ook volgende paragraaf) waar bijna 80% van de klagers tevreden is.

Een eerste kanttekening betreft de bekendheid van mensen met de IKG's: deze is klein en verdient meer aandacht van de IKG's. Zelfs mensen die met een IKG te maken hebben gehad weten niet altijd dat het een IKG was dat hen had geholpen. Het is nodig dat IKG's zich meer gaan profileren, en zo bekend raken bij mensen die een klacht hebben. Dit is een lastige taak. Toch is het voor de toegankelijkheid nodig om hier meer aandacht aan te besteden. Gegeven de relatieve onbekendheid van IKG's lijken huidige inspanningen op het gebied van het verwerven van bekendheid ontoereikend.

De tweede kanttekening betreft de aard van de dienstverlening. IKG's sluiten aan bij de wensen van klagers waar het gaat om het luisteren naar de klacht en het bieden van informatie en advies. Veel minder goed sluiten zij aan met het bieden van bijstand. Naar de smaak van hun cliënten blijven IKG's te veel hangen in de -op zich gewaardeerde- activiteiten als luisteren, informeren en adviseren.

Op deze plaats is het noodzakelijk om de vraag te stellen of de IKG's in de huidige organisatievorm en met de huidige capaciteit de eventuele gevolgen van een grotere bekendheid en een uitgebreider takenpakket wel kunnen dragen. Het levert meer en complexer werk op. De vraag is of er voldoende capaciteit en kwaliteit aanwezig is om dit uit te voeren. Door de IKG's is op dit punt eerder de noodbel geluid. Het verdient aanbeveling om alvorens over te gaan tot een publiciteitscampagne en een uitbreiding van

het takenpakket eerst een grondige analyse te maken van de capaciteit van de IKG's en mogelijke strategieën tot voor capaciteitsvergroting.

Klachtopvang in ziekenhuizen

Uit de desk-research is gebleken dat de ziekenhuizen een groot aandeel hebben in de klachtopvang door instellingen. De klachtopvang in ziekenhuizen is sterk geprofessionaliseerd. Dit laatste wordt bevestigd in het deelonderzoek naar de klachtopvang in de ziekenhuizen, waar in alle door ons onderzochte ziekenhuizen een klachtenfunctionaris aanwezig is die in de meeste gevallen speciale bijscholing op het gebied van klachtopvang heeft genoten. Uit het ziekenhuisvergelijkingsproject van de Consumentenbond (Straten ea, 1998) bleek dat ziekenhuispatiënten zeggen goed op de hoogte te zijn van de klachtmogelijkheden.

Klagers in het ziekenhuis zijn relatief iets hoger opgeleid, vaker vrouw dan man, terwijl ouderen boven de 65 jaar ondervertegenwoordigd zijn.

Klachten in de klachtopvang van ziekenhuizen hebben voor tweederde betrekking op de medisch specialist en in eenderde van de gevallen op de verpleging of verpleegkundige. De drie belangrijkste onderwerpen van de klachten hebben betrekking op de bejegening, het medisch- of verpleegtechnisch handelen en de informed consent procedure.

Ongeveer 1/3 van de opgevangen klachten wordt afgedaan in het voortraject van de klachtopvang: vooral door te luisteren, het geven van informatie en advies. In tweederde van de gevallen is sprake van een of andere vorm van bemiddeling of ondersteuning. In de helft van de gevallen heeft dit plaats gevonden zonder dat klager en hulpverlener elkaar hebben gesproken. De klachtenfunctionaris heeft in deze gevallen de klacht met de hulpverlener besproken en de reactie meegedeeld. In één op de vijf gevallen is daadwerkelijk sprake van bemiddeling, waarbij klager, aangeklaagde en klachtenfunctionaris daadwerkelijk bij elkaar komen, in één op de acht gevallen is een gesprek tussen klager en hulpverlener georganiseerd en door hen beide gevoerd. Het onderzoek onder de bij een bemiddelingstraject betrokken hulpverleners levert vergelijkbare cijfers op. Bemiddeling in de klachtopvang in ziekenhuizen krijgt dus maar zelden de ideaaltypische vorm van een drie-gesprek. De meest voorkomende vorm is dat de klachten-functionaris optreedt als de vertegenwoordiger van de klager en de klager informeert over uitkomsten.

Iets meer dan de helft van de klagers waarbij sprake was van bemiddeling is van mening dat het probleem is opgelost, in meer dan de helft van de gevallen heeft de hulpverlener excuses aangeboden en in bijna de helft van de gevallen is ook de relatie tussen hulpverlener en klager -volgens klagers- weer hersteld. Ongeveer 80% van de klagers is dan ook tevreden met de klachtopvang in het ziekenhuis.

Bijna driekwart van de hulpverleners die bij bemiddeling zijn betrokken is van mening dat het probleem is opgelost en de helft is van mening dat de relatie met de patiënt weer is hersteld. Ook ongeveer 80% van de hulpverleners is tevreden over de klachtopvang in het ziekenhuis.

Geconcludeerd kan worden dat de klachtopvang in ziekenhuizen redelijk succesvol is, zowel vanuit het perspectief van de hulpverlener als van de klager. Ongeveer de helft van de problemen blijkt opgelost te worden, terwijl rond de 80% van de klagers tevreden is over de opvang. De tevredenheid over de opvang geldt in gelijke mate voor ook de betrokken hulpverleners. Kennelijk slaagt men erin om de klachtopvang zo uit te voeren dat in veel gevallen sprake is van zowel een tevreden klager als aangeklaagde.

Een enkele kanttekening dient gemaakt te worden bij de samenstelling van de populatie klagers. Klagers in ziekenhuizen zijn relatief hoog opgeleid, terwijl ouderen ondervertegenwoordigd zijn. Kennelijk is de klachtopvang in het ziekenhuis voor deze groepen minder goed toegankelijk. Het verdient aanbeveling na te gaan of hier oplossingen voor kunnen worden gevonden.

Klachtopvang in de thuiszorg

Bij aanvang van dit project was relatief weinig bekend over de klachtopvang in de thuiszorg. Daarom is ervoor gekozen eerst een globaal inzicht te krijgen in de manier waarop de klachtopvang in de thuiszorg is georganiseerd. Daarvoor is onderzoek gedaan onder thuiszorginstellingen en cliëntenraden.

Alle thuiszorginstellingen maken de mogelijkheden voor het indienen van klachten bekend. Bij tweederde van de instellingen is deze informatie te vinden in de algemene folder. Het eerste aanspreekpunt voor mensen met klachten is meestal een leidinggevende of het directiesecretariaat.

Het gemiddeld aantal klachten per thuiszorginstelling ligt op 20. De spreiding tussen instellingen is groot; 25 van de 61 onderzochte thuiszorginstellingen (33%) heeft 0 klachten. Het grootste aantal klachten heeft betrekking op de toegang tot de zorg: geen zorg, onvoldoende zorg, indicatiestelling of wachttijden (gemiddeld 4,5 klachten per instelling). De categorie met de meeste klachten gaat over bejegening (gemiddeld 3 klachten per instelling).

In 40% van de thuiszorginstellingen is er iemand die speciaal is aangesteld voor de klachtopvang, in de overige instellingen is er niet zo iemand. De mensen die zich met klachtopvang bezig houden in de thuiszorginstellingen hebben meestal nog een andere functie, zoals staffunctionaris of directeur. Zij hebben vaak geen aparte cursus op het gebied van klachtopvang gevolgd.

De klachtopvang in de thuiszorg bestaat, volgens de instellingen, in de meeste gevallen in principe uit alle deelfuncties: luisteren, informeren, adviseren, ondersteunen en bemiddelen. De bemiddelaar is vaak een leidinggevende, een directielid of manager.

De cliëntenraden bevestigen de centrale positie van managers en directiesecretariaten bij de klachtopvang. Cliëntenraden geven aan dat afhankelijkheidsgevoelens, angst voor negatieve gevolgen en het niet te boek willen staan als klager, belangrijke redenen zijn voor cliënten om geen klachten in te dienen. Cliëntenraden stellen dat niet alle thuiszorginstellingen alle functies binnen de klachtopvang uitvoeren. Het meest wordt geluisterd naar de klachten en er wordt informatie en adviezen gegeven. Minder dan de helft van de instellingen biedt bijstand en bemiddeling. Cliëntenraden oordelen in meerderheid positief over de klachtopvang in de thuiszorg.

Geconcludeerd kan worden is dat in de meeste thuiszorginstellingen een vorm van klachtopvang aanwezig is. Het aantal klachten dat daarbij aan de orde komt is relatief gering. Dit zou kunnen samenhangen met het feit dat klachtopvang voornamelijk plaats vindt door de lijnorganisatie: de leidinggevende, de manager of de directeur. Dit leidt mogelijk tot een klein aantal klachten op grond van de overweging dat volgens cliëntenraden de belangrijkste redenen om niet te klagen juist te maken hebben met afhankelijkheidsgevoelens of angst voor consequenties. Deze gevoelens kunnen bij klagers een grotere rol spelen als degenen die de klachten opvangt een lijnfunctie heeft. Een aparte functionaris die nadrukkelijk een eigen, redelijk onafhankelijke, positie inneemt zou kunnen bijdragen aan een veel toegankelijker klachtopvang in de thuiszorg. Daarnaast blijkt dat thuiszorginstellingen in principe alle functies binnen de klachtopvang bieden. De meeste instellingen komen hier echter nauwelijks aan toe, gezien het geringe aantal klachten dat binnenkomt.

Klachtopvang in verpleeg- en verzorgingshuizen

Uit eerder onderzoek onder directies van verpleeg- en verzorgingshuizen was het volgende gebleken.

3. In de meeste verpleeghuizen en ruim de helft van de verzorgingshuizen is iemand die zorg draagt voor klachtopvang. Deze persoon is meestal op afroep beschikbaar. In de verpleeghuizen wordt de helft van de klachten voorgelegd aan een afdelingshoofd of directie. In verzorgingshuizen worden de meeste klachten voorgelegd aan een afdelingshoofd of directie.
4. In verpleeghuizen worden gemiddeld 4 klachten per jaar geregistreerd. Een misschien nog belangrijker gegeven is dat in tweederde van de verpleeghuizen geen enkele klacht wordt geregistreerd. In verzorgingshuizen gaat het om nog minder klachten. Het onderzoek laat zien dat het om gemiddeld 1 klacht per huis gaat, waarbij ook weer sprake is van een groot aantal instellingen (driekwart) met geen enkele klacht (Arcares & LOC, 2000).

Met nader onderzoek is getracht deze gegevens aan te vullen vanuit het perspectief van de cliëntenraad.

Volgens de cliëntenraden is in meer dan driekwart van de verpleeghuizen en in driekwart van de verzorgingshuizen iemand die zorg draagt voor klachtopvang. Deze functionarissen hebben meestal ook nog een andere baan in de instelling. In verpleeghuizen is dit vaak een maatschappelijk werker, geestelijk verzorger of staffunctionaris. In verzorgingshuizen is degene die klachten opvangt vaak een zorgmanager, iemand uit de directie of een staffunctionaris.

Cliëntenraden geven aan, net als de cliëntenraden in de thuiszorg, dat afhankelijkheidsgevoelens, angst voor negatieve gevolgen en het niet te boek willen staan als klager, belangrijke redenen zijn voor cliënten om geen klachten in te dienen. Volgens de cliëntenraden bestaat de klachtopvang in de verpleeg- en verzorgingshuizen vooral uit het luisteren naar de klacht en het geven van informatie en advies. Bijstand komt minder vaak voor: in de helft van de verpleeghuizen en een kwart van de verzorgingshuizen. Bemiddeling komt in een kwart van de verpleeghuizen en een vijfde van de

verzorgingshuizen voor. Cliëntenraden oordelen in meerderheid positief over de klachtopvang in zowel de verpleeghuizen als de verzorgingshuizen.

Net als in de thuiszorg ligt in de verpleeg- en verzorgingshuizen de bottleneck van de klachtopvang vooral in de toegang: er zijn relatief weinig klachten en veel instellingen hebben geen klachten. De cliëntenraden wijzen in dit verband op afhankelijkheidsgevoelens, angst voor negatieve gevolgen en het niet te boek willen staan als klager als belangrijke redenen voor cliënten om geen klachten in te dienen. Daarnaast blijkt dat niet alle verpleeg- en verzorgingshuizen alle functies binnen de klachtopvang bieden: ze bieden relatief weinig bijstand en nog minder vaak bemiddeling.

1.6 Drie slotconclusies

In dit rapport wordt gerapporteerd over verschillende deelonderzoeken. Allereerst is met behulp van desk-research getracht inzicht te krijgen in de structuur van de klachtopvang. Dit onderzoek geeft een redelijk goed beeld van de verschillende voorzieningen die er zijn en de aantallen klachten die hier worden opgevangen. Dit onderzoek geeft geen inzicht in de manier waarop deze voorzieningen functioneren. Vervolgens is in vijf deelstudies de vraag naar het functioneren van de klachtopvang aan de orde gekomen. Deze vijf deelstudies geven inzicht in het functioneren van de klachtopvang door de betrokken hulpverlener zelf, door de IKG's, in ziekenhuizen, in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen. De vijf deelstudies zijn ieder iets anders opgezet, omdat er bij aanvang van dit onderzoek verschillen in het kennisniveau van de verschillende sectoren bestonden en omdat er grote verschillen bestaan tussen de bestudeerde situaties. Klachtopvang door de betrokken hulpverlener laat zich bijvoorbeeld niet op dezelfde manier onderzoeken als klachtopvang door een IKG. Door een combinatie van verschillende werkwijzen kan een breed en op punten diepgaand, inzicht worden gegeven in de klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg. De vijf deelstudies betreffen niet alle voorzieningen waar klachten worden opgevangen. Zo is bijvoorbeeld niet dieper ingegaan op de klachtopvang door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, zoals tandartsen of apothekers, in de gehandicaptenzorg, in de GGD's, in de RIAGG's, in de psychiatrie of bij de consultatiebureau's voor alcohol en drugs. Ook is niet ingegaan op de welzijnssector. Het zou in principe voor de hand hebben gelegen om ook hier onderzoek te doen, omdat de wet klachtrecht hier ook gedeeltelijk betrekking op heeft. Over het functioneren van de klachtopvang in de sectoren die niet nader zijn onderzocht kunnen geen uitspraken worden gedaan.

Dit onderzoek laat drie slotconclusies toe.

1. Het stelsel van de klachtopvang is gevarieerd en heeft op onderdelen versterking.

De klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg laat zich het beste karakteriseren als gevarieerd. De meeste klachten worden in eerste instantie voorgelegd aan de betrokken hulpverlener. Klachtopvang door derden vindt vooral plaats door (organisaties van) zorgaanbieders en patiënten. Beide partijen kennen verschillende vormen van

klachttopvang, die in een aantal gevallen vermengd zijn. Een voorbeeld hiervan is de klachttopvang door IKG's op het gebied van de huisartsenzorg en op verzoek van district-huisartsenverenigingen. Het netwerk van voorzieningen voor klachttopvang lijkt redelijk volledig te zijn. Daarbij is eerder sprake van onderlinge aanvulling dan van overlap tussen de verschillende voorzieningen.

Het stelsel van de klachttopvang behoeft versterking op het punt van de toegankelijkheid. Het gaat hierbij om de volgende punten.

Witte vlekken

Het stelsel kent witte vlekken. Het gaat hierbij vooral om het ontbreken van aparte voorzieningen voor groepen vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, zoals vrijgevestigde paramedici, vrijgevestigde psychologen en apothekers. In enkele gevallen zijn door deze beroepsgroepen weliswaar landelijke afspraken gemaakt, toch moet geconstateerd worden dat door deze groepen vrijgevestigde zorgaanbieders geen aparte klachttopvang is geregeld. Klagers kunnen natuurlijk altijd terecht bij de desbetreffende beroepsbeoefenaar, maar de volgende stap is momenteel die van de klachtencommissie. Dan gaat het niet meer om klachttopvang maar om klachtenbehandeling. Deze stap is te groot. Uit de evaluatie van de WKCZ bleek daarenboven dat de toegankelijkheid van klachtenbehandeling voor klagers van sommige vrijgevestigde beroepsbeoefenaren ook problematisch is. Deze twee bevindingen wijzen op een ernstige tekortkoming in het klachtenstelsel. Het verdient aanbeveling dat de desbetreffende koepel-organisaties stappen ondernemen om toegankelijke en adequate vorm van klachttopvang vorm te geven en hieraan ruime bekendheid te geven bij hun patiënten.

Klachttopvang door de IKG's

Ondanks het feit dat de klachttopvang door de IKG's getalsmatig de belangrijkste vorm is in de klachttopvang door patiëntenorganisaties lijkt de bekendheid van IKG's tekort te schieten. Hierdoor zullen mensen die mogelijk belang zouden kunnen hebben bij de dienstverlening van een IKG geen gebruik kunnen maken van deze dienstverlening. Bekendheid is een eerste voorwaarde voor toegankelijkheid. Onbekendheid leidt tot ontoegankelijkheid. Het verdient aanbeveling dat IKG's meer aandacht gaan besteden aan het bereiken van een grotere bekendheid onder potentiële klagers.

Toegankelijkheid klachttopvang in de ouderenzorg: thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen.

De toegankelijkheid van de klachttopvang is in veel instellingen in de ouderenzorg problematisch. Het gaat hierbij om zowel de thuiszorginstellingen, de verzorgingshuizen als de verpleeghuizen. Doorgaans is er wel een vorm van klachttopvang geregeld, maar het blijkt dat de toegankelijkheid problematisch is. In de thuiszorg bleek éénderde van de instellingen over een periode van 1 jaar geen enkele klacht te hebben geregistreerd. In tweederde van de verpleeghuizen en driekwart van de verzorgingshuizen werd geen enkele klacht geregistreerd. Het feit dat het in veel instellingen voorkomt dat geen enkele klacht wordt geregistreerd wijst op een slechte toegankelijkheid van de klachttopvang. Daarnaast wijzen cliëntenraden in deze sector op het bestaan van drempels voor het indienen van klachten, door afhankelijkheidsgevoelens, angst voor negatieve gevolgen en het niet te boek willen staan als klager. De klachttopvang in de ouderenzorg wordt meestal

‘in de lijn’ geregeld: door leidinggevend, managers of een directeur. De hier boven genoemde gevoelens spelen extra tegenover een lijnfunctionaris, en zouden minder sterk spelen wanneer een redelijk onafhankelijk iemand zich inzet voor de klachtopvang. In de gehandicaptenzorg lijkt dit probleem onderkend te zijn door het instellen van vertrouwenspersonen. Het verdient aanbeveling om in de ouderenzorg de toegankelijkheid van de klachtopvang te verbeteren. Een manier om dit te doen is de klachtopvang uit te laten voeren door personen die zich redelijk onafhankelijk kunnen opstellen van de lijnorganisatie en ook zo gezien kunnen worden door klagers. De ervaringen met de patiëntvertrouwenspersoon in de GGZ laten zien dat het goed kan.

Kortom, het stelsel van klachtopvang is gevarieerd, terwijl er geen sprake lijkt te zijn van overlap. Op het punt van toegankelijkheid is verbetering gewenst. Het gaat dan om de toegankelijkheid van de opvang van klachten van bepaalde categorieën van individuele beroepsbeoefenaren, de bekendheid met IKG's en de toegankelijkheid van de klachtopvang in de ouderenzorg.

2. De belangrijkste vorm van klachtopvang is die door de betrokken hulpverlener zelf.

Ongeveer de helft van de klachten bespreken patiënten met de betrokken hulpverlener. Daarmee is dit de meest gebruikte vorm van klachtopvang. Dit sluit goed aan bij het algemene inzicht dat het wenselijk is klachten zo dicht mogelijk bij de bron aan de orde te stellen.

Dat de andere helft van de klachten niet met de betrokken hulpverlener wordt besproken, wordt vooral veroorzaakt doordat klagers er geen oplossing van verwachten. Het is inderdaad zo dat het bespreken van een klacht met de betrokken hulpverlener niet altijd tot een oplossing leidt: in slechts één derde van de gevallen leidt het bespreken van de klacht met de betrokken hulpverlener tot het herstel van de onderlinge relatie, in tweederde van de gevallen verandert er niets. Eén van de verklaringen voor dit fenomeen is te ontleen aan dit onderzoek. Van de hulpverleners die worden geconfronteerd met een klacht die werd ingediend bij een klachtenfunctionaris zegt vrijwel niemand (15%) dat de klacht eerder is besproken met de klager, terwijl ongeveer de helft van de klagers (42%) zegt de klacht al eerder bij de hulpverlener te hebben besproken. Kennelijk hebben de betreffende hulpverleners de klacht niet gehoord. Andere onderzoeken (Allsop & Mulcahy, 1998, Jain & Ogden, 1999) leveren aanvullende verklaringsgronden. Allsop ea beschrijven de sterk defensieve reacties van artsen op de presentatie van een klacht. Dit is weliswaar een begrijpelijke reactie, maar hij draagt niet bij aan een oplossing. Op het moment dat een klager de moeite neemt om een klacht te bespreken met een hulpverlener begint in principe het oplossen van de klacht. Een open houding van deze hulpverlener zou mogelijk leiden tot een gunstiger uitkomst. Gezien het grote aantal klachten dat met de betrokken hulpverlener wordt besproken en het feit dat de uitkomsten veel ruimte bieden voor verbetering, is het aan te bevelen om na te gaan hoe hulpverleners opener met klachten zouden kunnen omgaan.

Kortom, het is verheugend om te constateren dat de meeste mensen hun klacht allereerst deponeren bij de betrokken hulpverlener. Het is gewenst dat wordt nagegaan op welke manier gestimuleerd kan worden dat de betrokken hulpverlener opener reageert op deze klacht.

3. Klachtovang kan effectiever zijn dan klachtenbehandeling

Bij evaluatie van de WKCZ werd geconstateerd dat een groot aantal klachten werd afgehandeld voorafgaand aan de klachtenbehandeling conform de WKCZ. Verondersteld werd dat hier vooral sprake zou zijn van bemiddeling. Tevens werd verondersteld dat deze klachtovang beter dan klachtenbehandeling zou kunnen bijdragen aan het oplossen van de klacht. Bij de evaluatie van de WKCZ bleek ongeveer tweederde van de klagers het gevoel te hebben dat hen geen recht was gedaan in de procedure, ook bleek tweederde van de klagers niet tevreden te zijn met de behandeling van hun klacht. Verondersteld werd dat klachtovang succesvoller zou kunnen zijn.

Uit dit onderzoek blijkt dat de klachtovang in de meeste gevallen niet bestaat uit bemiddeling. Het meest neemt de klager zelf contact op met de hulpverlener. In die gevallen dat klager contact opneemt met een derde persoon, bijvoorbeeld een IKG of een klachtenfunctionaris, dan is in de meeste gevallen vooral sprake van luisteren, informeren en adviseren. IKG's besteden relatief weinig aandacht aan de ondersteuning van klagers door daadwerkelijk contact op te nemen met aangeklaagden en voor de klachtenfunctionaris in het ziekenhuis ligt ook het accent op luisteren, informeren en adviseren. Weliswaar is er enigszins sprake van vormen van bemiddeling, maar in het overgrote deel hebben deze meer het karakter van vertegenwoordiging door de klachtenfunctionaris dan van daadwerkelijk bemiddeling. Ook in ziekenhuizen in beperkte mate (20%) sprake van bemiddeling. In de overige gevallen is vooral sprake van luisteren, informatie en advies of treedt de klachtenfunctionaris op als vertegenwoordiger van de klager bij de betrokken hulpverlener.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat bepaalde vormen van klachtovang gunstiger uitkomsten laten zien dan de klachtenbehandeling in het kader van de WKCZ. Dit geldt niet voor iedere vorm van klachtovang. Ongeveer tweederde van de klagers die hun klacht presenteerde bij de betrokken hulpverlener gaf aan dat het bespreken van de klacht niet heeft geleid tot relatieherstel. Dit cijfer is gelijk aan de tweederde klagers die ontevreden waren met en het gevoel hadden geen recht te zijn gedaan in de klachtenbehandeling conform de WKCZ. Daarentegen blijkt dat driekwart van de klagers bij een IKG tevreden is, terwijl de helft zegt dat met de klachtovang hun doel is bereikt. Ook in de ziekenhuizen blijken veel klagers tevreden met de klachtovang: meer dan driekwart is tevreden over de procedure en bijna driekwart zegt dat het probleem is opgelost. Voor de ouderenzorg zijn op dit niveau geen gegevens beschikbaar. Mogelijk dat in andere settings die niet door ons zijn onderzocht, zoals bij de patiëntvertrouwenspersoon in de GGZ of de klachtovang door de NMT, ook dergelijke goede resultaten worden behaald. Klachtovang leidt dus in een aantal gevallen tot gunstiger uitkomsten dan klachtenbehandeling.

Uit dit onderzoek komt nog een derde bevinding naar voren die in dit verband relevant is. In het denken over klachtovang wordt soms het beeld neergezet van een gefaseerd model. Men zou allereerst -moeten- klagen bij de betrokken hulpverlener. Indien dit niet naar tevredenheid wordt afgewikkeld zou men een klacht kunnen indienen bij een klachtenfunctionaris of IKG. Indien de klachtovang vervolgens niet heeft geleid tot een bevredigende uitkomst, zou men kunnen kiezen voor behandeling van de klacht conform de WKCZ. Vervolgens zou men, als de uitkomst nog steeds onbevredigend is, kunnen

kiezen voor behandeling van de klacht door de kantonrechter of binnen het tuchtrecht. Deze fasering is niet vastgelegd, maar lijkt een zekere logica te hebben. De praktijk is anders. Het is niet zo dat klagers die niet tevreden zijn met de uitkomst van klachtopvang verder gaan. Velen laten het erbij zitten, ondanks het feit dat ze niet tevreden zijn. Een deel van de klachten verdwijnt, mensen geven het op. Zestig van de honderd mensen die hun klacht bespraken met de betrokken hulpverlener zijn niet tevreden met de uitkomst. Het blijkt dat hiervan iets minder dan de helft de klacht elders indient. De andere helft laat het erbij zitten. Ook uit de WKCZ evaluatie bleek dat slechts een enkeling zijn klacht elders indient, ondanks het feit dat tweederde het gevoel had dat hen geen recht was gedaan. Op dit moment is geen informatie beschikbaar over de motieven van mensen om hun klacht te laten rusten in het geval dat deze niet naar tevredenheid is afgehandeld. De enige vergelijkbare informatie is te ontleen aan de reactie van mensen met een klacht over een individuele hulpverlener op de vraag waarom ze de klacht niet met deze hulpverlener bespraken. Het meest gegeven antwoord is dat het volgens hen geen zin heeft.

Kortom: klachtopvang kan redelijk effectief zijn, maar is het nog niet altijd. Er zijn voorbeelden van redelijk effectieve vormen van klachtopvang, wanneer we het oordeel van de klagers als uitkomstmaat nemen. Maar er zijn ook voorbeelden van klachtopvang die minder effectief zijn, zoals de klachtopvang door de betrokken hulpverlener zelf. Niet effectief opgevangen klachten worden vervolgens lang niet altijd elders weer ingediend. Men laat het erbij zitten. Het uitgebreide aanbod aan klachtopvang en de grote geneigdheid van klagers om eerst de klacht met de betrokken hulpverlener te bespreken vormen wel een goed uitgangspunt om de klachtopvang als geheel goed te laten werken.

2 Structuur van de klachtopvang in de gezondheidszorg

2.1 Inleiding

In de afgelopen decennia is een uitgebreid en heterogeen stelsel van klachtopvang¹ in de Nederlandse gezondheidszorg ontstaan. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door de veelheid aan instanties en organisaties die zich met de klachtopvang bezighouden, maar zeker ook door de diversiteit in de vormgeving van de klachtopvang. De groeiende aandacht voor klachten² en klachtopvang leidt tot een verdere uitbreiding van dit heterogene stelsel. Het voordeel hiervan is dat de zorggebruiker meer keuzemogelijkheden tot zijn of haar beschikking krijgt, waardoor hij/zij steeds beter in staat gesteld is, zijn of haar klacht kenbaar te maken (NP/CF & SOKG, 1998). Het mogelijke nadeel is echter dat het stelsel steeds ondoorzichtiger dreigt te worden en het risico aanwezig is dat klagers ‘door de bomen het bos niet meer zien’ of ‘van het kastje naar de muur worden gestuurd’.

Het doel van dit hoofdstuk is het geven van inzicht in de wijze waarop de klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg is opgebouwd waarmee enerzijds beoogd wordt de gevarieerdheid van de klachtopvang duidelijk te maken en anderzijds deze gevarieerdheid te structureren en overzichtelijk te maken. Op basis van bestaande informatie wordt een zo volledig mogelijk beeld geschetst van de klachtopvang, waarbij uitgegaan wordt van een viertal aandachtspunten, te weten:

1. Aandacht voor de aanwezigheid van de klachtopvang.
2. Getalsmatig belang van de klachtopvang, ontleend aan het aantal ontvangen klachten.
3. De aanwezigheid en opzet van de verschillende onderdelen van de klachtopvang, waarbij een onderscheid wordt gemaakt in ondersteuning en bemiddeling en de aanwezigheid van klachtenbehandeling.
4. De inhoud van de ontvangen klachten.

¹ Met klachtopvang wordt in dit onderzoek bedoeld alle activiteiten, die zich afspelen tussen het moment dat een patiënt -of de vertegenwoordiger van de patiënt- zijn of haar onvrede over de geboden zorg kenbaar maakt bij een klachtopvangvoorziening tot het moment dat hij/zij besluit deze onvrede formeel te laten behandelen door een klachtencommissie. Klachtenbehandeling met een bindende uitspraak en het tuchtrecht blijven buiten beschouwing van dit hoofdstuk (zie ook hoofdstuk 2).

² Een klacht is hier gedefinieerd als elk geuit gevoel van onvrede, dat bij een zorggebruiker ontstaat over een gedraging van een zorgaanbieder.

Als uitgangspunt voor het beschrijven van de opbouw van de klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg geldt de vraag: “Waar kunnen zorggebruikers terecht met een klacht over een zorgaanbieder?”

Kastelein (1994) geeft vier actoren aan die een rol spelen in de klachtopvang. Deze actoren zijn de patiënten/consumentenorganisaties, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de overheid. Deze vier actoren worden in dit hoofdstuk achtereenvolgens besproken, hierbij staan met name de klachtopvang van de patiënten/consumentenorganisaties en de zorgaanbieders centraal. Allereerst zal echter de onderzoeksmethode beschreven worden.

2.2 Onderzoeksmethode

Teneinde een breed inzicht in de opbouw van de klachtopvang te verkrijgen is dit deelonderzoek verricht door middel van een literatuuronderzoek. Hiertoe is gebruik gemaakt van al bestaande informatie in de vorm van eerder verschenen onderzoeksrapporten en jaarverslagen van diverse sectoren in de gezondheidszorg. Het verrichten van een literatuuronderzoek brengt de nodige beperkingen met zich mee. Ondanks dat met behulp van een dergelijk onderzoeksdesign in een korte tijd een beeld te schetsen is van de klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg, moet men een aantal concessies doen met betrekking tot de volledigheid van de resultaten. Het kan voorkomen dat de aanwezige informatie enigszins gedateerd is, omdat er geen actuele informatie voorhanden is. Ook is het mogelijk dat zaken in de praktijk wel uitgevoerd worden, maar niet schriftelijk zijn vastgelegd of dat juist het tegenovergestelde het geval is. De resultaten zijn dus niet volledig. Zij geven echter wel een indicatie van de mogelijkheden op het gebied van de klachtopvang die de zorggebruiker ter beschikking staan. In een aantal gevallen zullen de gegevens zo ontoereikend zijn dat gesproken moet worden van een “witte vlek”. Deze witte vlekken in de informatievoorziening zullen worden gesignaleerd. In elk geval zal door bronvermelding worden zorggedragen voor de verifieerbaarheid van de gepresenteerde gegevens.

Onderzoeksrapporten

De gebruikte (onderzoeks)rapporten zijn in de eerste plaats de Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Friele e.a., 1999), het rapport Klachten, klachtenbehandeling en rapportage over klachten (Straten & Friele, 1997), het rapport ‘Ervaren knelpunten en klachten over de gezondheidszorg’ (Triemstra e.a., 1999), ‘Van klagen naar klachtrecht: het klachtrecht van de patiënt in de gezondheidszorg (Kastelein, 1994) en het ‘Advies klachtenopvang in de gezondheidszorg (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1989). Daarnaast is gebruik gemaakt van een aantal onderzoeksrapporten, dat zich op de klachtopvang van een sector heeft gericht, zoals het rapport Klachtrecht in de verpleeghuizen en verzorgingshuizen (Arcare & LOC, 2000), het rapport ‘Zorginformatietelefoon: behoefte, vormgeving en haalbaarheid van algemene telefonische informatiedienstverlening over de gezondheidszorg’ (Boerma & Van Weert, 1996), het rapport ‘Klachtenbehandeling huisartsenzorg Zuid-Nederland geëvalueerd’ (Lustig & Van Wijmen, 1999), het rapport ‘Perspectief voor een onafhankelijke klachtenopvang: toekomstscenario’s voor de IKG’s’ (NP/CF & SOKG, 1998) en diverse artikelen op het gebied van de klachtopvang.

Jaarverslagen

Van een aantal patiënten/consumentenorganisaties en zorgaanbieders zijn de jaarverslagen bestudeerd. De 1998-jaarverslagen van 16 IKG's zijn bij de SOKG ingezien, die vanuit haar relatie met de IKG's deze jaarverslagen ontvangt. Op basis van een willekeurige selectie uit het adressenbestand van de 'Gids Ouderenzorg 1999' zijn bij 13 thuiszorgorganisaties de jaarverslagen van 1998 telefonisch opgevraagd en vervolgens gescreend. Daarnaast zijn bij de Landelijke Vereniging Thuiszorg 37 andere (1998-)jaarverslagen - indien geïntegreerd ook de kwaliteitsjaarverslagen - van thuiszorgorganisaties gescreend.

Bij het Nzi zijn alle daar aanwezige (1998-)jaarverslagen - en indien geïntegreerd ook de kwaliteitsjaarverslagen - van de ziekenhuizen (81) en verpleeg- en verzorgingshuizen (50) gescreend. Tot slot is bij het NIVEL een aantal aanwezige jaarverslagen ingezien (Consumentenbond, diverse jaarverslagen van koepels van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren en klachtenjaarverslagen van klachtencommissies van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren). De jaarverslagen zijn met name verslagen over 1998. Indien de informatie afkomstig is uit een ouder jaarverslag, dan zijn de gegevens telefonisch geverifieerd en/of geactualiseerd.

Voorts zijn op willekeurige wijze uit het adressenbestand van de 'Gids telefonische informatielijnen 1998', de jaarverslagen van de informatielijnen van 25 patiëntenverenigingen opgevraagd. Hierop hebben 12 patiëntenverenigingen gereageerd. Tevens is met een aantal koepelorganisaties (NMT, LHV) en klachtencommissies (klachtencommissie apothekers en klachtencommissie Paramedici Eerste Lijn) telefonisch contact opgenomen om hiaten in de aanwezige informatie op te vullen of om gegevens te actualiseren.

Tot slot dient vermeld te worden dat er zeer zeker meer informatie voorhanden is dan waarvan in dit onderzoek gebruik is gemaakt. In veel gevallen is deze informatie echter moeilijk toegankelijk of is deze niet centraal verzameld. Een voorbeeld hiervan zijn de jaarverslagen van klachtenfunctionarissen in ziekenhuizen. Veel klachtenfunctionarissen maken klachten-jaarverslagen, maar deze zijn niet algemeen toegankelijk of op een verzamelpunt aanwezig, zodat van deze informatiebronnen helaas geen gebruik kan worden gemaakt.

Ten behoeve van de screening van de jaarverslagen van de diverse sectoren is door de onderzoekers een checklist opgesteld met daarin opgenomen de volgende aandachtspunten:

1. aantal klachten
2. aard van de klachten
3. bekendheid van klachtopvang (voorlichting)
4. bereikbaarheid
5. functionaris voor 1e opvang en ondersteuning
6. functionaris voor bemiddeling
7. deskundigheid
8. wijze van melding van de klacht
9. termijnen
10. aangeklaagde (welke hulpverlener?)
11. registratie

Bij het doornemen van de jaarverslagen kwam naar voren dat in een groot aantal jaarverslagen veel aandachtspunten van de checklist niet aanwezig is, zodat hier sprake is van een witte vlek in de informatievoorziening (overigens is het niet (wettelijk) verplicht aan alle in de checklist genoemde aandachtspunten te voldoen, maar is het wel aanbevelenswaardig). In de meeste gevallen is derhalve volstaan met het screenen van het takenpakket van de klachtopvang, de verantwoordelijke personen met betrekking tot de opvang van klachten en het aantal en de aard van de geregistreerde klachten. De andere aandachtspunten, die met behulp van het literatuuronderzoek niet duidelijk gemaakt kunnen worden, zijn, voor zover mogelijk, via het veldonderzoek achterhaald en komen aan de orde in de sectorspecifieke hoofdstukken van deze rapportage.

2.3 Klachtopvang door patiënten- en consumentenorganisaties

2.3.1 Inleiding

Nederland telt veel patiënten- en consumentenorganisaties. De Gids Patiënteninformatie (1999) vermeldt ruim 300 landelijke en naar schatting 500 regionale en plaatselijke organisaties. Patiënten- en consumentenorganisaties kunnen gezien worden als organisaties van en voor (wettelijk vertegenwoordigers van) patiënten met een “sterke ideële gerichtheid en een sterke gevoelsmatige binding tussen de leden. Zij werken vanuit de optiek en de wensen van de patiënten: het patiëntenperspectief” (NP/CF, 1996). Ondanks dat patiëntenorganisaties verschillen in grootte, werkgebied of rechtspersoon, zijn deze organisaties allemaal gericht op de belangenbehartiging van de patiënt/consument (Straten e.a., 1997).

Patiënten/consumentenorganisaties zijn grofweg te verdelen in categorale (zoals Nederlandse Hartstichting, Reumapatiëntenvereniging), algemene (Consumentenbond, Nederlandse Patiënten Vereniging) en overkoepelende patiëntenorganisaties (Regionale - of Provinciale- Patiënten /Consumenten Platforms; RP/CP of PP/CP). Voor 80% van de patiënten/consumentenorganisaties is klachtopvang een hoofdtaak (Calsbeek en Friele, 1997). Echter de mate waarin deze organisaties daadwerkelijk activiteiten verrichten op dit gebied verschilt. Bij categorale organisaties ligt de nadruk met name op informatie-verstrekking over de ziekte of aandoening zelf en allerlei daaraan verwante zaken met betrekking tot wetgeving, hulpmiddelen en dergelijke. Ook is er veel aandacht voor het bevorderen van het contact tussen lotgenoten. Op het gebied van klachtopvang hebben de categorale organisaties over het algemeen geen specifieke taken ontwikkeld. Klachtopvang houdt bij deze organisaties voornamelijk in het aanhoren van de het verhaal van de beller en indien gewenst het doorverwijzen naar meer geëigende instanties. Het aantal klachten dat bij deze organisaties kenbaar wordt gemaakt is gering en wordt in de meeste gevallen niet geregistreerd. In de jaarverslagen wordt de klachtopvangfunctie niet of nauwelijks genoemd.

Bij algemene organisaties worden klachtopvang en algemene informatieverstrekking (dus niet gericht op klachten) als even belangrijk ervaren, terwijl de RP/CP's klachtopvang en vervolgens algemene informatieverstrekking als een van de meest belangrijke hoofdtaken beschouwen. Dit laatste is niet verwonderlijk aangezien de Informatie- en

Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG) worden uitgevoerd door of onderdeel zijn van de RP/CP's.

In dit hoofdstuk wordt een beperkt aantal patiëntenorganisaties nader bekeken. Gekozen is voor die organisaties die een duidelijk aanwijsbare taak op het gebied van klachttopvang hebben. Hierbij is gestreefd naar een zo breed mogelijk beeld van de diverse klachttopvang-voorzieningen. De overige patiëntenorganisaties worden buiten beschouwing gelaten. Vermeld dient te worden dat meer organisaties aandacht besteden aan de opvang van klachten, maar dat de vormgeving van de klachttopvang in veel gevallen niet afwijkt van de klachttopvang-mogelijkheden van patiëntenorganisaties die wel op deze plaats worden besproken.

2.3.2 *Patiënten- en consumentenorganisaties gericht op klachttopvang*

In deze paragraaf wordt de klachttopvang beschreven van een zestal organisaties, die tezamen een breed beeld geven van de klachttopvang door patiënten/consumentenorganisaties. Deze organisaties hebben de klachttopvang op verschillende wijzen vormgegeven waardoor een variëteit ontstaat aan mogelijkheden, die vanuit de patiënten/consumentenorganisaties aan zorggebruikers aangeboden worden. De organisaties die in deze paragraaf aan de orde komen zijn de regionale Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG's), de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV), de Consumentenbond, Stichting de Ombudsman en twee informatie lijnen, namelijk het Landelijk Informatiepunt Patiënten (LIP), dat een onderdeel is van de Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg (SOKG) en de Korrelatie Gezondheidslijn.

Deze paragraaf gaat afzonderlijk op de bovengenoemde organisaties in, waarbij per organisatie aandacht besteed wordt aan de doelstellingen, de vormgeving (takenpakket en uitvoerende persoon) van de klachttopvang en (een indicatie van) het aantal en de aard van de klachten dat per jaar binnenkomt. Ook hier dient vermeld te worden dat de resultaten niet volledig zijn, maar gebaseerd zijn op aanwezige en direct toegankelijke schriftelijke informatie. Hoewel het risico aanwezig is dat verschillende grootheden met elkaar vergeleken worden, geven deze resultaten wel een indicatie over de mate waarin zorggebruikers gebruik maken van de mogelijkheden, die hen door de patiënten / consumentenorganisaties worden aangeboden.

In Tabel 2.3.1 wordt een overzicht gepresenteerd van de taken met betrekking tot de klachttopvang. In het vervolg van deze paragraaf wordt op elke organisatie apart ingegaan.

Tabel 2.3.1 Klachtopvang Patiënten/Consumentenorganisaties

	Ondersteuning	Bemiddeling	Behandeling (WKCZ)	Aantal klachten
IKG ¹	+	-	-	±10000
LIP ²	+	-	-	3059
Consumentenbond ³	+	-	-	2389
Gezondheidslijn ⁴	+	-	-	±850
Ombudsman ⁵	+	-	-	±500
NPV ⁶	+	-	-	113

Bronnen:

1 = 16 IKG jaarverslagen (aantal klachten in alle IKG's geschat op basis van deze 16; extrapolatie)

2 = LIP-jaarverslag 1998

3 = jaarverslag 1998 en registratie juridische ledenservice 1999

4 = jaarverslag 1998 en e-mailcontact met Korrelatie

5 = Stichting de Ombudsman jaarverslag 1998

6 = NPV-jaarverslag 1998

Aangezien de taken van de patiënten/consumentenorganisaties zich alleen toespitsen op een onderdeel van de klachtopvang, namelijk ondersteuning, wordt deze ondersteuningstaak in tabel 2.3.2 nader bekeken.

Tabel 2.3.2 Klachtenondersteuning Patiënten/Consumentenorganisaties

	Ondersteuning		
	Informatie en advies	Verwijzen	Bijstand
IKG	+	+	+
LIP	+	+	-
Consumentenbond	+	+	+ ¹
Gezondheidslijn	+	+	-
Ombudsman	+	+	+
NPV	+	+	+

Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg

De Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (verspreid in Nederland met 28 hoofdvestigingen) zijn vanaf 1986 als experiment -met overheidssubsidie- opgezet. Vanaf 1992 zijn de IKG's onderdeel van de regionale of provinciale patiënten- en consumentenplatforms (RP/CP's). De IKG's zijn onafhankelijk van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en zijn voor alle burgers in Nederland toegankelijk.

Het uitgangspunt bij de dienstverlening is de wens van de patiënt, waarbij het overigens niet de bedoeling is de klacht van de patiënt over te nemen. De patiënt (of zijn/haar vertegenwoordiger) blijft 'eigenaar' van de klacht. De IKG's trachten zo goed mogelijk de belangen van de patiënt te behartigen, maar doen geen uitspraken over de terechtheid van de klacht.

De IKG's bieden naast telefonische opvang van klachten (en informatieverschaffing) ook persoonlijke ondersteuning. Deze ondersteuning omvat het aanhoren van de klacht, het geven van informatie en advies en verlenen van bijstand door onder andere het helpen

¹ Alleen voor leden beschikbaar

met het schrijven van een klaagschrift en mee te gaan naar zittingen van de klachtencommissie en het tuchtcollege.

In een incidenteel geval wordt tevens klachtenbemiddeling als dienst aangeboden, hoewel klachtenbemiddeling eigenlijk niet verenigbaar is met de doelstellingen, die uitgaan van belangenbehartiging van de patiënt. Bemiddeling vergt een derde partij, die onafhankelijk en neutraal staat ten opzichte van zowel de klager als de aangeklaagde hulpverlener. Daarnaast wordt aangegeven dat de IKG's over te weinig menskracht en deskundigheid beschikken om deze taak uit te voeren. Andere IKG's staan wat pragmatischer tegenover de bemiddelingstaak van de IKG's. Als beide partijen akkoord gaan met de bemiddeling door het IKG, dan kan het IKG ook bemiddelen (NP/CF & SOKG, 1998).

Tot slot vervullen de meeste IKG's een bijzondere rol bij de opvang van klachten van patiënten over huisartsen. Hierover zijn afspraken gemaakt tussen District Huisartsen Verenigingen (DHV's) en IKG's. Patiënten met klachten over een huisarts worden over het algemeen doorverwezen naar het IKG in de regio. Ook andere zorgaanbieders verwijzen klagers door naar het IKG voor ondersteuning van de klacht, hoewel dit niet altijd formeel is afgesproken.

Naast de belangenbehartiging voor individuele patiënten, behoort het ook tot de taken van de IKG's om op grond van ontvangen en geregistreerde signalen en klachten, gesprekken aan te gaan met andere partijen in het veld.

De medewerkers van de IKG's zijn voor het merendeel vrijwilligers en banenpoolers, die (verplicht) een basiscursus klachtopvang hebben gevolgd. Het nadeel van deze medewerkers is het grote verloop onder hen (bijvoorbeeld omdat ze een betaalde baan vinden). De vrijwilligers worden ondersteund door een coördinator klachtopvang, die een betaalde baan heeft (NP/CF & SOKG, 1998).

In 1998 hebben de 16 IKG's, waarvan de jaarverslagen zijn gescreend, in totaal 5635 klachten ontvangen. Dat komt ruwweg neer op een gemiddelde van 352 klachten per jaar per IKG-hoofdvestiging. Een paar IKG's geven echter aan dat de registratie niet volledig is. Redenen hiervoor zijn dat vanwege een gebrek aan medewerkers het registratiewerk niet bijgehouden kon worden en dat een IKG vanwege personeelsgebrek gedurende een bepaalde periode (zomermaanden) niet bereikbaar is geweest. Het aantal klachten, dat in Tabel 2.3.3 is opgenomen geeft daarom een onderschatting van het totaal aantal klachten. Wanneer het aantal klachten gespecificeerd wordt naar aard van de klacht, dan blijken de meeste klachten medisch-technisch van aard (44%) te zijn, gevolgd door organisatorische klachten en relationele klachten (resp. 23% en 20%).

Tabel 2.3.3 Aard van de klachten IKG's (registratie 1998 van 12¹ IKG's)

Aard van de klacht	%	Aantal
Medisch-technisch handelen	44	2176
Organisatie van de zorg	23	1144
Relatie en bejegening	20	981
Uitvoer sociale verzekeringen	6	278
Financieel (nota's)	3	170
Anders	4	217
Totaal	100	4966

De IKG's hebben voornamelijk klachten ontvangen over (waarnemend) huisartsen (1546) en ziekenhuizen (1170) en met name over medisch specialisten (364). Ook zijn klachten ontvangen die betrekking hebben op de GGZ-sector (279), tandartsen (203), uitvoeringsorganen van sociale verzekeringen, gemeente en GGD (179), zorgverzekeraars (121), thuiszorg (108) en verpleeg- en verzorgingshuizen (98). In mindere mate ontvangen de IKG's klachten en vragen over fysiotherapeuten en apothekers.

In Tabel 2.3.4 worden de klachten over de diverse zorgaanbieders gepresenteerd.

Opvallend is de grote categorie 'overig'. Dit ligt voornamelijk aan het feit dat niet alle IKG's dezelfde indeling voor zorgaanbieders hanteren. Het is dus goed mogelijk dat zich in de categorie 'overig' zorgaanbieders bevinden, die in de tabel al als aparte categorie zijn opgenomen. Niet alle IKG's maken een onderscheid tussen ziekenhuizen en medisch specialisten, zodat het aannemelijk is dat binnen de groep klachten over ziekenhuizen zich ook klachten over de in ziekenhuizen werkzame medisch specialisten bevinden.

1

De gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit jaarverslagen van 12 IKG's, de overige 4 hebben geen indeling naar aard van de klacht gemaakt

Tabel 2.3.4 Zorgaanbieders waarop de klacht betrekking heeft (registratie 1998 16² IKG's)

Zorgaanbieder	%	Aantal
Huisarts	29	1546
Ziekenhuis	22	1170
Medisch specialist	7	364
GGZ / VGZ	5	249
Tandarts	4	203
Gemeente / GGD	3	179
Zorgverzekeraar	2	121
Thuiszorg	2	108
Verpleeg - verzorgingshuizen	2	98
Fysiotherapeut	1	40
Apotheek	1	34
Overig	23	1239
Totaal	101*	5351

* afrondingsverschil

Landelijk informatiepunt voor Patiënten

Het LIP is een telefonische informatielijn en is een project van de SOKG (Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg), die op haar beurt het product is van een samenwerkingsverband tussen de NP/CF, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG) en de Nederlandse Zorgfederatie (Nzf). Het LIP is in maart 1993 van start gegaan, in eerste instantie met de bedoeling als achterwacht te functioneren voor IKG's, op tijden dat deze niet bemand zijn.

Het doel van het LIP is het bieden van eerste opvang bij vragen en klachten van cliënten en naasten over de gezondheidszorg. Daartoe biedt het LIP informatie, onafhankelijk advies en gerichte verwijzingen naar meer geëigende instanties, in veel gevallen is dat het IKG. Het LIP is er niet alleen voor patiënten en cliënten, maar ook IKG's, patiëntenorganisaties, Bureaus voor Rechtshulp en Sociaal Raadslieden maken gebruik van het LIP. Vooral om deze organisaties gericht te ondersteunen, is het LIP gestart met het uitbrengen van periodieke LIP-notities, waarin relevante thema's op het gebied van de gezondheidszorg worden belicht.

Inmiddels is besloten de individuele klachtopvang aan cliënten per 1 januari 2002 stop te zetten, de achterwachtfunctie voor IKG's blijft wel bestaan, net als de helpdesk voor de IKG's en alle andere instanties die zich bezighouden met klachtopvang.

In 1998 zijn in totaal 7017 vragen gesteld en klachten geuit. Het aantal klachten bedraagt 3059 en het aantal vragen 2256. Van 1700 telefonische contacten is niet duidelijk of het een klacht of een vraag betrof. Ongeveer 70% van de klachten zijn doorverwezen naar IKG's.

2

De gepresenteerde gegevens over het subject van de klacht zijn afkomstig uit jaarverslagen van 14 IKG's, de overige 2 hebben geen indeling naar zorgaanbieder gemaakt

De meeste klachten hebben betrekking op het vaktechnisch handelen van hulpverleners (41%), gevolgd door klachten over de organisatie van de zorg (25%) en klachten van relationele aard (12%). Meer specifiek gaat het binnen deze indeling om gemaakte fouten door een hulpverlener (607), moeilijkheden bij de vrije keuze voor een zorgaanbieder (256) en bejegening (328).

Tabel 2.3.5 Aard van de klachten in LIP-registratie ('98)

Aard van de klachten	%	Aantal
Medisch technisch handelen	41	1254
<i>waarvan: gemaakte fouten</i>		607
Organisatie van de zorg	25	765
<i>waarvan vrije keuze zorgaanbieder</i>		256
Relatie	12	367
<i>waarvan bejegening</i>		328
Anders	22	673
Totaal	100	3059

De verdeling van klachten over de soorten zorgaanbieders is als volgt: extramurale zorg (52%), intramurale zorg (32%), verzekeringen 5% en GGZ-voorzieningen en sociale verzekeringen (ieder 3%).

Wanneer gekeken wordt naar de gerichtheid van de klacht, dan worden de meeste klachten ingediend over huisartsen (1199), gevolgd door medisch specialisten (845) en tandartsen (152). Over verpleeghuizen zijn 54 klachten ingediend, en over de thuiszorg 32. De algemene psychiatrisch ziekenhuizen zijn 48 keer onderwerp van een klacht geweest (LIP, 1999).

Tabel 2.3.6 Zorgaanbieders waarop de klachten betrekking hebben (LIP-registratie)

Zorgaanbieder	%	Aantal
Extramurale zorg	52	1591
<i>waarvan huisartsen</i>		1199
<i>waarvan tandartsen</i>		152
Intramurale zorg	32	979
<i>waarvan medisch specialisten</i>		845
<i>waarvan verpleeghuizen</i>		54
<i>waarvan thuiszorg</i>		32
<i>waarvan psychiatrisch ziekenhuis</i>		48
Zorgverzekeringen	5	153
GGZ-voorzieningen	3	92
Sociale verzekeringen	3	92
Anders	5	152
Totaal	100	3059

Consumentenbond

De Consumentenbond is een ledenvereniging, wat inhoudt dat men alleen de hulp van de Consumentenbond kan inroepen als men lid is. De Consumentenbond is niet alleen gericht op de belangenbehartiging van patiënten, maar met name ook, zoals de naam al doet vermoeden, op consumenten. Dat houdt in dat de Consumentenbond zich niet alleen met de gezondheidszorg bezighoudt, maar een veel groter gebied bestrijkt.

Ten behoeve van de belangenbehartiging van de leden, is de afdeling Ledenservice opgezet. Deze afdeling ontvangt jaarlijks ruim 83.000 reacties, waarvan ruim tachtig procent telefonisch. Het doel van deze Ledenservice is met name het geven van (in veel gevallen juridisch) advies en informatie. Vanwege de beperkte telefonische capaciteit is deze service zoals gezegd alleen voorbehouden aan leden van de Consumentenbond. Het is ook mogelijk juridische bijstand te ontvangen en in een aantal gevallen wordt door de Consumentenbond een brief naar de 'tegenpartij' geschreven (Consumentenbond, 1998).

In 1999 heeft de juridische dienst bijna 2389 klachten over allerlei aspecten van de gezondheidszorg ontvangen. Uit deze registratie blijkt dat het merendeel van de klachten over de gezondheidszorg telefonisch wordt ontvangen in plaats van schriftelijk (7:1). Verreweg de meeste klachten hebben betrekking op tandartsen (545). Tevens worden er klachten geregistreerd over ziekenhuizen (285) en huisartsen (237). Een groot deel van de klachten betreft de melding van een (niet nader aangeduide) ervaring. Verdere actie wordt dan niet ondernomen. Uit de registratie van de Consumentenbond blijkt niet wat de aard van de gemelde klachten is.

In het jaarverslag van 1998 wordt wel een aantal onderwerpen genoemd, waarop de klachten betrekking hebben. Het gaat dan met name om klachten van organisatorische aard, zoals wachtlijsten en personeelsgebrek. Ook fouten van medici worden veelvuldig gemeld.

Korrelatie Gezondheidslijn

De Korrelatie Gezondheidslijn is een laagdrempelig telefonisch informatiepunt voor mensen, die vragen hebben over de gezondheidszorg of welzijn. De lijn is door Stichting Korrelatie opgezet in samenwerking met de NZf en de NP/CF en wordt gefinancierd door VWS (Korrelatie, 1999).

De lijn heeft met name een verwijfsfunctie en is op die manier 'een wegwijzer in het doolhof van voorzieningen' (Gids Informatielijnen Gezondheidszorg, 1998). De Korrelatie Gezondheidslijn verwijst voornamelijk door naar het LIP en de IKG's (Korrelatie, 1999). De informatielijn wordt bemand door voorlichters, die in dienst zijn van Stichting Korrelatie.

In 1999 heeft Korrelatie ruim 850 klachten over de gezondheidszorg geregistreerd. De meeste klachten betroffen - in afnemende frequentie - de extramurale lichamelijke gezondheidszorg (zoals huisartsen), de extramurale geestelijke gezondheidszorg (RIAGG, psychologen etc.) en de intramurale lichamelijke gezondheidszorg (zoals ziekenhuizen).

Stichting Korrelatie exploiteert naast de Gezondheidslijn ook de Korrelatie Hulplijn. Bij deze lijn zijn tevens klachten binnengekomen (867 klagers) over de gezondheidszorg. Het gaat dan vooral om klachten in de GGZ-sector, te weten RIAGG's, psychiatrische

ziekenhuizen, zelfstandig psychologen en psychiaters (Korrelatie, 1999). Deze twee informatielijnen zijn inmiddels samengevoegd.

Stichting de Ombudsman

Stichting de Ombudsman is in 1974 door de VARA-omroeporganisatie opgericht om de belangen van burgers te beschermen en te behartigen. Stichting de Ombudsman heeft zich ten doel gesteld te bevorderen dat met name de sociaal en economische zwakkere groepen worden gesteund, weerbaarder worden en zelf verantwoorde beslissingen kunnen nemen. Net als de Consumentenbond is Stichting de Ombudsman geen organisatie die zich specifiek richt op de gezondheidszorg, maar op meerdere sectoren binnen de maatschappij.

Naast de belangenbehartiging van consumenten houdt ze zich ook bezig met het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de maatschappelijke hulp- en dienstverlening. In veel gevallen gebeurt dit door bijdragen te leveren aan diverse radio- en televisieprogramma's (Kassa, Radar, Ook dat nog) waarin aandacht wordt besteed aan consumentenproblemen en -ervaringen.

Elke burger kan, zowel schriftelijk als telefonisch, de Ombudsman om hulp vragen. Deze geeft informatie en advies en helpt bellers bij het verkrijgen van recht of herstel van onrecht. Daartoe beschikt Stichting de Ombudsman, naast 11 juridisch medewerkers die juridische bijstand verlenen, over een landelijk netwerk van vrijwilligers, dat op locatie hulp kan bieden (Stichting de Ombudsman, 1999).

Bij de Ombudsman zijn in 1998 in totaal ongeveer 500 klachten over de gezondheidszorg ontvangen. Honderd vijftig klachten hadden betrekking op hulpverleners en ongeveer 350 klachten zijn gerelateerd aan de gezondheidszorg en betreffen klachten over onder andere de verstandelijk gehandicaptenzorg, wachtlijsten en zorgverzekeraars.

Nederlandse Patiëntenvereniging

De NPV is in 1982 opgericht en heeft als doelstelling de behartiging van de belangen van de gebruikers van de gezondheidszorg- en welzijnsvoorzieningen in algemene zin en in het bijzonder die van haar leden (NPV, 1999). De NPV is gebaseerd op een christelijke grondslag en houdt zich met name bezig met medisch-ethische vraagstukken, zoals euthanasie. De NPV heeft een afdeling Voorlichting waar mensen met vragen over de gezondheidszorg terecht kunnen. In 1998 kwamen in totaal 500 *vragen* binnen, waarvan 25 vragen over klachttopvangmogelijkheden.

De afdeling Belangenbehartiging gaat met name in op *klachten* over de gezondheidszorg. Bij dit bureau zijn twee klachtenfunctionarissen en een medisch adviseur actief bij de ondersteuning en behandeling van klachten. De klachten worden in de meeste gevallen telefonisch afgehandeld met een advies over de te volgen aanpak of worden doorverwezen. De NPV kan in voorkomende gevallen besluiten een klacht in behandeling te nemen. Wat deze behandeling inhoudt is op grond van de beschikbare informatie niet bekend.

In totaal zijn er in 1998 159 klachten over de gezondheidszorg binnengekomen. De NPV ondersteunt echter alleen klachten van leden en dat zijn er in 1998 ongeveer 113 geweest. De klachten hebben met name betrekking op medisch technisch handelen (40%), organisatie van de zorg (18%), uitvoering sociale verzekeringen (13%) en klachten van relationele aard (6%). Uit de registratie (NPV, 1999) komt niet naar voren op welke zorgaanbieders de klachten betrekking hebben.

2.3.3 *Beschouwing*

De zes besproken patiënten/consumentenorganisaties leveren ieder een eigen bijdrage aan de opvang van klachten. Afhankelijk van het lidmaatschap dat voor sommige organisaties nodig is voor het in behandeling nemen van een klacht en de soort ondersteuning die een klager wenst, kan een keuze gemaakt worden uit diverse mogelijkheden. Gezien het aantal klachten dat ieder van de besproken organisaties ontvangt, kan gesteld worden dat alle organisaties aan een behoefte voldoen.

Het totaal aantal klachten dat door de patiënten/consumentenorganisaties wordt ontvangen bedraagt ongeveer 17.000, waarvan meer dan de helft wordt opgevangen door de IKG's. Opgemerkt dient te worden dat het genoemde aantal klachten veel dubbeltellingen bevat, omdat veelal klagers worden doorverwezen, waardoor hun klacht wellicht meerdere keren (bij verschillende organisaties) geregistreerd is. Bij alle organisaties is de doorverwijsfunctie namelijk sterk aanwezig.

Wanneer we kijken naar ondersteuningsfuncties als informatie/advies en bijstand kan geconcludeerd worden dat er verschillen bestaan. De Consumentenbond en Stichting de Ombudsman houden zich voornamelijk bezig met juridische bijstand. Het LIP en de Gezondheidslijn zijn gericht op het verstrekken van de juiste informatie en een passend advies, terwijl de IKG's zich gespecialiseerd hebben in zowel het geven van informatie en advies aan klagers als in het verlenen van persoonlijke bijstand aan de klager.

De genoemde organisaties hebben overeenkomstig dat zij zich alleen bezighouden met ondersteuningstaken van de klachtopvang en niet met klachtenbemiddeling. Dit is niet verwonderlijk aangezien het doel van deze organisaties bestaat uit de behartiging van de patiënten- /consumentenbelangen en deze doelstelling niet te verenigen is met de objectieve en neutrale taak van klachtenbemiddeling.

Wat betreft de inhoud van de klachten, valt op dat de Consumentenbond relatief veel klachten over tandartsen ontvangt en de IKG's en het LIP vooral klachten over huisartsen. De oorzaak voor het gegeven dat de Consumentenbond relatief veel klachten ontvangt over tandartsen houdt verband met de relatie tussen de Consumentenbond en de NMT. De Consumentenbond is mede-initiatiefnemer geweest bij het oprichten van het Tandheelkundig informatiepunt (TIP) van de NMT en is nog steeds betrokken bij de dienstverlening van het TIP.

Bij Korrelatie worden relatief veel klachten over de extramurale geestelijke gezondheidszorg ontvangen. Vergelikt met de andere registraties is dat opmerkelijk, omdat de overige organisaties relatief GGZ-weinig klachten registreren. Dit kan veroorzaakt worden, doordat Korrelatie eerder met psycho-sociale gezondheidsproblematiek wordt geassocieerd dan met de somatische gezondheidsproblematiek. De meeste overlap wat betreft de inhoud van de klachten lijkt te liggen in de registraties van de IKG's en het LIP wat gezien de gemeenschappelijkheid van beide registratiesystemen niet vreemd is.

Concluderend kan gezegd worden dat de verschillende hierboven beschreven instanties vanuit het oogpunt van de klager redelijk complementair lijken te zijn in hun aanbod van klachtopvang. Afhankelijk van de aard van de klacht, een lidmaatschap of bekendheid

met een van de beschreven organisaties, kan de klager een keuze maken voor een voorziening. Mocht dit niet de meest geschikte keuze zijn, dan wordt door alle organisaties naar doorverwezen naar meer geëigende organisaties, zodat het gevaar dat de klagers door de bomen het bos niet meer zien niet groot geacht hoeft te worden. Een voorwaarde voor het gericht verwijzen is echter wel dat organisaties op de hoogte blijven van elkaars taken en functies.

2.4 Klachtopvang door zorgaanbieders

2.4.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt ingegaan op de wijze waarop zorgaanbieders de klachtopvang hebben vormgegeven. Het is niet mogelijk om op deze plaats de vormgeving van de klachtopvang van alle zorgaanbieders te beschrijven. Volstaan wordt met het behandelen van enkele zorgaanbieders, die qua klachtopvang van elkaar afwijken zodat een indruk wordt verkregen van de diversiteit van de klachtopvang bij zorgaanbieders. Vermeld dient te worden dat de hier gepresenteerde resultaten afkomstig zijn uit schriftelijke bronnen. Niet elke gezondheidszorgsector heeft even uitgebreide en toegankelijke bronnen betreffende de klachtopvang, zodat het niet goed mogelijk is een scherpe vergelijking te maken. Wel kunnen met behulp van deze resultaten bepaalde tendensen gesignaleerd worden, zodat het mogelijk is om enige algemene opmerkingen te maken over de gevonden verschillen tussen de sectoren met betrekking tot de klachtopvang.

Het doel van zorgaanbieders met het aanbieden van een klachtenregeling is in eerste instantie het herstellen van de arts-patiëntrelatie, gevolgd door het doen van recht aan de individuele patiënt en op de derde plaats het bevorderen van de kwaliteit van zorg (Triemstra, 1999). Daarnaast voorkomt een snelle klachtafhandeling - de snelheid ligt bij klachtopvang hoger dan bij klachtenbehandeling - verdere escalatie en juridisering van de klacht (Van den Wildenberg e.a., 1999).

Voor een beschrijving van de klachtopvang vanuit de zorgaanbieders wordt een onderscheid gemaakt tussen gezondheidszorgorganisaties (instellingen) en vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Uit de WKCZ-evaluatie blijkt namelijk dat de vormgeving van de klachtopvang van deze twee sectoren sterk verschilt.

2.4.2 Klachtopvang in gezondheidszorgorganisaties (instellingen)

Deze paragraaf gaat in op de wijze waarop de klachtopvang binnen instellingen is vormgegeven. Hoewel instellingen niet verplicht zijn een regeling voor de opvang van klachten te treffen, blijkt uit de WKCZ-evaluatie (Friele e.a., 1999) dat veel instellingen (75%) een dergelijke regeling hebben getroffen. In de reglementen van 14% van de klachtencommissies is zelfs vermeld dat klagers verplicht zijn eerst het voortraject te doorlopen voor ze een klacht bij de klachten-commissie kunnen indienen (Friele e.a.,

1999). Dit is overigens geen wenselijke situatie. Klagers dienen zelf de keuze te maken op welke wijze zij de klacht kenbaar maken. (Tweede Kamer, 1992-1993, 23 040, nr.3).

De vormgeving van de klachtopvang wordt besproken vanuit de functionele indeling van de klachtopvang, namelijk ondersteuning (informatie en advies, bijstand) en bemiddeling en daarnaast de klachtenbehandeling. In dit hoofdstuk komen instellingen aan bod die een gevarieerd beeld geven van klachtopvang in instellingen en waarvan tevens informatie over klachtopvang voorhanden is. In Tabel 2.4.1 wordt een overzicht gegeven van de vormgeving van de klachtopvang door desbetreffende gezondheidszorgsectoren.

Tabel 2.4.1 Klachtopvang in gezondheidszorgorganisaties

	Ondersteuning	Bemiddeling	Behandeling	Aantal klachten in klachtopvang
Ziekenhuizen ⁴	klachtenfunctionaris / patiëntenservicebureau	klachtenfunctionaris	klachtencommissie	8163 (in 41 van de 81 ziekenhuizen) m=199
Psychiatrie ¹	klachtenfunctionaris pvp	klachtencommissie pvp	klachtencommissie	582 (in 89 van de 94 psychiatrische ziekenhuizen) m=7 + 7318 klachten aan pvp in 93 instellingen (m=79) ⁶
Verstandelijk gehandicaptenzorg ¹	leidinggevende klachtenfunctionaris klachtencommissie begeleider (beoogd) pvp familie	klachtencommissie (beoogd) pvp	klachtencommissie	344 (in 80 van de 151 instellingen voor verstandelijk gehandicapten) m=4
Thuiszorg ³	leidinggevende directie secretariaat	leidinggevende	informeel door leidinggevende formeel door klachtencommissie	1091 (in 19 van de 50 thuiszorgorganisaties) m=57
Verpleeghuizen ²	vertrouwenspersoon afdelingshoofd directie contactverzorgende hoofd verzorging klachtencommissie	klachtenfunctionaris vertrouwenspersoon	klachtencommissie	1217 (in 104 van de 296 verpleeghuizen) ⁵ m=12
Verzorgingshuizen ²	hoofd verzorging directie contactverzorgende cliëntenraad klachtencommissie	klachtenfunctionaris vertrouwenspersoon	klachtencommissie	298 (in 69 van de 276 verzorgingshuizen) ⁵ m=4

Bronnen

1 = WKCZ-evaluatie

2 = Arcares & LOC-(2000) en WKCZ-evaluatie

3 = Thuiszorgjaarverslagen

4 = Ziekenhuisjaarverslagen en WKCZ -evaluatie

5 = Gegevens WZF, 1999 (n.g)

6 = Jaarverslag Stichting Patientenvertrouwenspersoon GGZ 1998

Ziekenhuizen

Over de klachtopvang van ziekenhuizen is relatief veel bekend. De klachtopvang wordt over het algemeen uitgevoerd door een patiëntenservicebureau en/of een klachtenfunctionaris. De meeste ziekenhuizen beschikken over een patiëntenservicebureau (psb) of een patiënten-voorlichtingscentrum, waar zowel artsen als patiënten (en overige geïnteresseerden) terecht kunnen voor vragen en informatie over allerlei ziekten en aandoeningen, maar ook over de gang van zaken binnen het ziekenhuis etc. Daarnaast beschikken veel ziekenhuizen over een klachtenfunctionaris. Een klachtenfunctionaris is in de meeste gevallen speciaal aangesteld voor de ondersteuning en bemiddeling van klachten en is over het algemeen in dienst van het ziekenhuis, hoewel het ook voorkomt dat de klachtenfunctionaris onafhankelijk is van het ziekenhuis. In de meeste ziekenhuizen wordt klachtondersteuning (informatie, advies, bijstand) en klachtenbemiddeling geboden door een klachtenfunctionaris. In ziekenhuizen waar een patiëntenservicebureau én een klachtenfunctionaris aanwezig is, wordt in de meeste gevallen de eerste opvang en ondersteuningstaken door het patiëntenservicebureau uitgevoerd en houdt de klachtenfunctionaris zich voornamelijk met bemiddeling bezig. Bij de ondersteuning van de klager gaat de meeste aandacht uit naar het aanhoren van de klacht en het geven van informatie en advies. Ondersteuning in de vorm van het verlenen van bijstand aan de klager tijdens de klachtenbehandeling komt niet vaak voor (Talma e.a., 1999).

Uit de 81 gescreende ziekenhuisjaarverslagen van 1998 blijkt dat het aantal klachten, dat wordt geregistreerd in het voortraject, per ziekenhuis varieert. Sommige ziekenhuizen ontvangen 10 klachten per jaar, terwijl andere rond de 1000 klachten per jaar registreren. Dit verschil kan liggen aan de grootte van de instelling, het adherentiegebied, de wijze van registratie en de klachtvriendelijkheid van het ziekenhuis. Het gemiddeld aantal klachten, dat in 1998 per ziekenhuis werd afgehandeld in het voortraject is bij benadering 200. Daarbij is overigens niet duidelijk in hoeverre de klachten naar tevredenheid van de patiënt zijn afgehandeld.

Uit de ziekenhuisjaarverslagen komt tevens naar voren dat ziekenhuizen voornamelijk klachten van relationele en vaktechnische aard ontvangen. Deze klachten zijn voornamelijk gericht tegen medisch specialisten.

Psychiatrie

In de inleiding van dit rapport is vermeld dat er geen wettelijk kader is voor de ondersteuning en bemiddeling van klachten. De klachtopvang van psychiatrische ziekenhuizen is echter de enige die wettelijk is vastgelegd. Sinds 1994 zijn instellingen binnen de psychiatrie¹ (PAAZ, PUK, APZ) wettelijk verplicht een zogenoemde patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) aan te stellen. De aanwezigheid van deze pvp-en is verplicht gesteld voor de algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen. De werkzaamheden van de pvp-en hebben een wettelijke basis in de Wet bijzondere opnemering in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) en het besluit Patiëntenvertrouwenspersoon Bopz. De pvp vervult met name taken die ook in de

¹ Het standpunt van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon is deze pvp-en in de toekomst te detacheren in instellingen voor verstandelijk gehandicapten

klachtopvang terug te vinden zijn, zoals informatieverstrekking, bemiddeling en signalering van misstanden en fouten of gevoelens van onvrede onder de patiënten. De patiëntenvertrouwenspersonen in de geestelijke gezondheidszorg zijn allen aangesloten bij de stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg en worden vanuit de stichting gedetacheerd naar de desbetreffende psychiatrische instellingen en afdelingen. De pvp-en zijn dus onafhankelijk van de instelling waarin ze werkzaam zijn. Zij zijn echter niet onpartijdig. Het is hun taak de belangen van de patiënt binnen de instelling te behartigen. Juist bij deze groep patiënten is dat, gezien hun kwetsbare positie, van groot belang. De pvp-en maken bij de vervulling van hun werkzaamheden geen onderscheid tussen vrijwillig of gedwongen opgenomen patiënten.

De taken van een pvp liggen volgens de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon GGZ op het terrein van informatieverstrekking, klachtenbemiddeling en signalering. Onder de eerste taak, informatiebegeleiding vallen de volgende activiteiten: het verstrekken van informatie en/of advies aan cliënten naar aanleiding van een vraag of een klacht, het indien nodig verwijzen van de cliënt naar een andere instantie, het voeren van een vertrouwelijk gesprek met de cliënt en het aan de cliënt doorgeven van informatie die de pvp van derden heeft gekregen - bijvoorbeeld naar aanleiding van een gesprek van de pvp met een hulpverlener van de cliënt.

Alle vragen en klachten worden door de pvp geregistreerd. Naast individuele begeleiding en informatieverstrekking geeft de pvp ook regelmatig in groepsverband informatie aan patiënten. Het betreft dan informatie over bijvoorbeeld patiëntenrechten en de handhaving daarvan. Vanzelfsprekend kan de pvp deze informatie ook verstrekken aan de medewerkers van de instelling.

In het verlengde van de informatieverstrekking ligt de klachtenbemiddeling. Van klachtenbemiddeling is alleen sprake als de pvp contact heeft gehad met een medewerker om te proberen de vraag of klacht op te lossen. Voor de klachtenbemiddeling is het niet noodzakelijk dat de patiënt aanwezig is bij het gesprek tussen de pvp en de betrokken hulpverlener. De pvp treedt als het ware op als de vertegenwoordiger van de patiënt (Stichting Patiënten-vertrouwenspersoon geestelijke gezondheidszorg, 1999). De pvp heeft in de praktijk weinig te maken met de klachtenbemiddeling. Uit (niet gepubliceerde) resultaten van de WKCZ-evaluatie blijkt dat secretarissen van klachtencommissies aangeven dat vooral de klachtencommissies de taak hebben te bemiddelen bij klachten en niet zozeer de pvp.

Het laatste terrein waarop de pvp actief is ligt op het gebied van de signalering van tekortkomingen in de zorgverlening of patiëntenrechten. De pvp kan dit op eigen autoriteit doen en heeft hiervoor dus geen specifieke opdracht van de patiënt nodig.

Wanneer gekeken wordt naar de gehele GGZ-sector blijkt dat in de psychiatrie beduidend meer klachten worden ingediend dan in andere GGZ-instellingen. Ook het aantal klachten dat in het voortraject wordt opgelost is hoger (Arends, 1999). Uit de WKCZ-evaluatie blijkt dat er in 1998 bij 94 psychiatrische ziekenhuizen bij benadering 582 klachten in het voortraject zijn afge-handeld. Dit komt neer op een gemiddelde van 6 klachten per instelling. Het jaarverslag van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersonen Geestelijke

Gezondheidszorg heeft in 1998 in totaal 14.165 vragen en klachten¹ geregistreerd. Het aantal klachten dat aan de pvp-en is voorgelegd is 7318 en betreffen voornamelijk klachten over behandelingen, dwangopneming en bejegening.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Uit de WKCZ-evaluatie blijkt dat in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten verschillende personen betrokken zijn bij de ondersteuning en bemiddeling van klachten. Ondersteuning aan de klager wordt voornamelijk geboden door middel van het geven van informatie en advies. Dit blijkt gedaan te worden door verschillende personen zoals een leidinggevende, een klachtenfunctionaris of (een lid van) de klachtencommissie. Het bieden van bijstand kan verdeeld worden in helpen met het formuleren van de klacht en het meegaan naar een gesprek met de hulpverlener of klachtencommissie. De eerste vorm van bijstand wordt veelal geboden door de begeleider van de verstandelijk gehandicapte. Ter ondersteuning meegaan naar een gesprek of zitting wordt met name gedaan door familie of pvp hoewel het hier geen pvp betreft van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon.

Ook de klachtenbemiddeling is divers georganiseerd en wordt uitgevoerd door verschillende personen: pvp-en, klachtenfunctionarissen en klachtencommissies. In de verstandelijk gehandicaptenzorg worden weinig klachten geuit. Bijna de helft (71) van de in de WKCZ-evaluatie bevroegde secretarissen van klachtencommissies van de 151 instellingen voor verstandelijk gehandicapten geeft aan dat er in 1998 geen klachten zijn ontvangen (niet bij de klachtopvang en niet bij de klachtenbehandeling). De overige 80 instellingen voor verstandelijk gehandicapten hebben in totaal -bij benadering- 344 klachten in het voortraject ontvangen. Dat is een gemiddelde van 4 klachten per instelling. Over de aard van de klachten is tijdens het literatuuronderzoek niets gevonden.

Thuiszorg

Uit de 37 bestudeerde thuiszorgjaarverslagen blijkt dat thuiszorgorganisaties over het algemeen geen aparte functionaris hebben aangesteld voor de opvang van klachten. Cliënten wordt geadviseerd de klacht te bespreken met de desbetreffende medewerker. Indien dit niet mogelijk is of niet tot een oplossing leidt, kan de klacht bij de leidinggevende ingediend worden. Leidt dit ook niet tot een oplossing dan wordt de klacht hoger in de lijn afgehandeld door bijvoorbeeld een zorgmanager, rayonmanager of directie. Samengevat kan gesteld worden dat de klachtopvang in de thuiszorg niet door een speciaal daarvoor aangestelde persoon wordt uitgevoerd, maar veelal in de lijn. Ondersteuning van de klacht wordt alleen geboden in de vorm van het geven van informatie en advies over de klachtmogelijkheden en de wijze waarop de klacht kenbaar moet worden gemaakt. Het is niet duidelijk wie deze taak verricht. Ondersteuning in de vorm van bijstand wordt vanuit de organisatie over het algemeen niet geboden. Bemiddeling komt niet veel voor, indien bemiddeling wel plaatsvindt, is de bemiddelaar de (direct of indirect) leidinggevende van de desbetreffende hulpverlener.

¹ Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon GGZ hanteert een andere definitie van het begrip 'klacht'. Een vraag of klacht wordt als klacht geregistreerd wanneer bemiddeling heeft plaatsgevonden. In alle andere gevallen wordt een vraag of klacht als 'vraag' geregistreerd.

In de jaarverslagen van de thuiszorg is weinig informatie aanwezig over klachtopvang. Slechts in de helft van de gevallen wordt melding gemaakt van dit onderwerp. In 19 thuiszorginstellingen wordt het aantal klachten vermeld dat in het voortraject is afgehandeld. Deze aantallen lopen uiteen van 4 tot 249, mede vanwege het verschil in de grootte van de organisaties. De aard van de klacht ligt met name op het gebied van de organisatie van de zorg en bejegening.

Verpleeghuizen

De (toenmalige) WZF, NVVz¹ en de LOC hebben in 1998 een gezamenlijk onderzoek gedaan naar de klachtopvang en klachtenbehandeling in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Uit dit onderzoek blijkt dat er een verschil is in de klachtopvangmogelijkheden tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. Het verdient dus aanbeveling deze twee instellingen apart te bekijken.

In de meeste verpleeghuizen is iemand aanwezig die verantwoordelijk is voor de opvang van klachten. Ongeveer de helft hiervan is op afroepbasis werkzaam. Veel van de personen die verantwoordelijk zijn voor de opvang van klachten hebben naast deze functie ook een andere functie binnen het verpleeghuis, voornamelijk maatschappelijk werker en geestelijk verzorger. Ondanks de aanwezigheid van deze personen in de meeste verpleeghuizen, wordt in de helft van de gevallen de klachten voorgelegd aan afdelingshoofden en directies.

In totaal zijn er bij de personen, die verantwoordelijk zijn voor de opvang van klachten 1217 klachten geregistreerd. Deze klachten zijn in 104 verpleeghuizen geregistreerd. In de overige 192 verpleeghuizen zijn geen klachten geregistreerd (Arcares & LOC, 2000). De klachten hebben betrekking op bejegening (76%), verpleging en verzorging (70%), was (38%) en voeding (31%).

Verzorgingshuizen

Uit de WKCZ-evaluatie blijkt dat de opvang van klachten, volgens de secretarissen van klachtencommissies voornamelijk wordt uitgevoerd door ofwel een klachtenfunctionaris of een (lid van de) klachtencommissie. Zij zijn niet alleen verantwoordelijk voor de ondersteuning van de klacht, maar ook voor de bemiddeling van de klacht. Bijstand wordt door deze personen in mindere mate geboden.

Het onderzoek van Arcares & LOC laat een gedifferentieerder beeld zien. Uit dit onderzoek blijkt dat er in ruim de helft van de verzorgingshuizen een persoon is aangesteld waar bewoners met klachten of andere problemen naar toe kunnen (Arcares & LOC, 2000). Desondanks laat het genoemde onderzoek zien dat de meeste klachten worden voorgelegd aan het hoofd van de verzorging of de directie van het verzorgingshuis.

De helft van de personen, die verantwoordelijk is voor de opvang van klachten is werkzaam op vrijwillige basis, een vijfde heeft tevens een andere functie binnen het verzorgingshuis en eenderde is werkzaam in dienstverband zonder andere functie.

¹ WZF en NVVz zijn per 1-1-2000 gefuseerd onder de naam Arcares

Overigens is het aantal klachten dat in verzorgingshuizen wordt geuit erg klein. In de meeste jaarverslagen is niets vermeld over klachten. Eenderde van de jaarverslagen vermeldt, dat er in het verslagjaar geen klachten zijn geweest.

Het onderzoek van Arcares & LOC wijst uit dat er - in het onderzoeksjaar 1998- in 284 verzorgingshuizen in totaal 298 klachten zijn geregistreerd. Vermeld dient hierbij te worden dat deze klachten afkomstig zijn uit 69 instellingen, de overige 207 hebben geen klachten geregistreerd of ontvangen. De klachten hebben met name betrekking op bejegening (40%), gedrag van andere bewoners (38%), voeding (37%) en verpleging en verzorging (36%).

2.4.3 Beschouwing

Hoewel het doel van de klachtopvang in de besproken instellingen hetzelfde is, loopt de wijze waarop gestalte gegeven wordt aan de opvang van klachten sterk uiteen.

Wanneer we kijken naar de personen, die in de besproken sectoren - op dit moment - gestalte geven aan de klachtopvang, dan zien we dat de ondersteuningsfunctie (behalve bij de algemene en psychiatrische ziekenhuizen) door een veelheid aan personen wordt uitgevoerd. De bemiddelingsfunctie is minder vrijblijvend georganiseerd, al blijken alleen ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen hiervoor formeel iemand aangesteld te hebben. Hierbij dient overigens wel de opmerking gemaakt te worden dat de klachtenfunctionarissen in verpleeg- en verzorgingshuizen relatief vaak ook een andere functie bekleden, zoals maatschappelijk werker of afdelingshoofd. In instellingen voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische ziekenhuizen wordt bemiddeling over het algemeen uitgevoerd door een klachtencommissie. Bemiddeling bij de thuiszorg wordt in de meeste gevallen uitgevoerd door een lijnfunctionaris.

Op grond van de resultaten in deze paragraaf kan geen vergelijking gemaakt worden ten aanzien van het aantal klachten, maar het lijkt aannemelijk te veronderstellen dat in de cure-sector (ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen) meer geklaagd wordt (of in elk geval meer klachten geregistreerd worden) dan in de care-sector (GGZ, verpleeghuizen en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten).

Dit beeld komt overigens ook naar voren in een onderzoek van Triemstra e.a. (1999), waar 64 instellingen en klachtvoorzieningen gedurende een jaar moesten bijhouden hoeveel klachten er ingediend werden. In totaal zijn er gedurende dat jaar door de participerende instellingen 997 klachten geregistreerd, waarbij de (18) ziekenhuizen 64% van de ingediende klachten voor hun rekening nam, de (5) thuiszorgorganisaties 12% en de (23) verpleeghuizen 2%. Navraag onder de klagers van deze instellingen leverde de volgende verdeling van het aantal klachten (736) op: ziekenhuizen 65%, thuiszorg 13% en verpleeghuizen 3%. De overige instellingen samen ontvingen 6% van alle klachten (Triemstra e.a., 1999).

Voor wat betreft de ondersteuningtaken zijn er geen grote verschillen te zien. Taken als het aanhoren van de klacht en het geven van informatie en advies is in het takenpakket van de klachtopvang van elke sector te vinden. De doorverwijsfunctie is overigens in geen enkele sector expliciet aanwezig.

Ondersteuning in de vorm van bijstand is bij de meeste sectoren vrijwel afwezig, behalve in de psychiatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg. Het verschil tussen deze twee instellingen is echter dat de bijstandsfunctie in de psychiatrie geformaliseerd is, terwijl de bijstandsfunctie in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten voornamelijk wordt uitgevoerd door familie en mentoren, die daarvoor niet speciaal zijn aangesteld.

Klachtenbemiddeling wordt weliswaar door alle sectoren aangeboden, maar onduidelijk is wat bemiddeling in deze sectoren inhoudt. Op grond van dit deelonderzoek is hierover geen uitspraak te doen.

Niet alleen het aantal klachten verschilt, ook de aard van de klachten verschilt per sector. In de ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen gaat het met name om klachten van medisch-technische en relationele aard. In de thuiszorg zijn de klachten vooral gericht op de organisatie van de zorg, terwijl in de psychiatrie voornamelijk klachten over dwangmiddelen kenbaar worden gemaakt. Elke sector heeft kennelijk een ander zwaartepunt waar het de aard van de klacht betreft.

Het voorgaande overziend kan geconcludeerd worden dat in alle gezondheidszorgorganisaties klachtopvang aanwezig is met vergelijkbare taken en functies. Verschillen zijn er op dit moment op te merken in de personen, die verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van de klachtopvang. Ook het aantal klachten verschilt per sector. Algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen registreren de meeste klachten. Daarnaast geldt dat juist in deze twee sectoren de aard van de klachten afwijkt van de aard van klachten in de overige sectoren. Tot slot wordt opgemerkt dat de bijstandsfunctie in de meeste sectoren niet expliciet aanwezig is, behalve in de psychiatrie en instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

2.4.4 Klachtopvang bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren

Wanneer er in het contact met een vrijgevestigde beroepsbeoefenaar onvrede bij de patiënt ontstaat, als gevolg van bijvoorbeeld communicatiestoornissen of foutieve behandelingsmethoden, kan men een klacht indienen bij de klachtencommissie waarbij de desbetreffende beroepsbeoefenaar is aangesloten. Dat is echter een hoge drempel. Praktisch gezien is het voor de individuele beroepsbeoefenaar lastig om een klachtenfunctionaris aan te stellen voor de ondersteuning en bemiddeling van klachten. Dit maakt de vraag extra relevant of en hoe de beroepsbeoefenaren erin geslaagd zijn om vorm aan de klachtopvang te geven.

Omdat het onmogelijk is alle verschillende vrijgevestigde beroepen te bespreken is op grond van de beschikbare informatie een selectie gemaakt uit een aantal beroepsbeoefenaren. Ook hier geldt dat het bespreken van deze groep vrijgevestigde beroepsbeoefenaren geen volledig, maar wel een gevarieerd beeld laat zien van de wijze waarop deze zorgaanbieders de klachtopvang hebben vormgegeven. De veronderstelling is dat de zorgaanbieders die op deze plaats niet worden besproken geen andere vorm van klachtopvang hebben ontwikkeld, dan welke hier besproken worden (Sociale kaart klachtrecht, 1998).

De beroepsgroepen die in deze paragraaf besproken worden zijn de huisartsen, tandartsen, apothekers, en paramedici. Van deze beroepsgroepen zal aangegeven worden hoe zij trachten invulling te geven aan de klachtopvang. Daarnaast wordt kort stilgestaan bij andere vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, die niet zijn aangesloten bij klachtenregeling van de hierboven genoemde beroepen zoals fysiotherapeuten en psychotherapeuten.

Tabel 2.4.3 Klachtopvang door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren

	Ondersteuning	Bemiddeling	Behandeling	Aantal klachten	
				Opvang	Behandeling
Huisartsen ¹ (7DHV-en) 2361 leden (=26% van landelijk geregistreerde huisartsen*)	IKG klachtencommissie	IKG klachtencommissie huisartsbemiddelaar klachtencommissie	Behandeling (DHV)	? (niet bekend bij klachtencommissie)	125 ingediend, 94 behandeld
Tandartsen ² 5410 leden (= 82% van landelijk geregistreerde tandartsen)	NMT	regionale beoorde- lingsraad	regionale beoordelingsraad		124 37
Apothekers ³ 1425 leden (= 91% van landelijk geregistreerde apothekers)	IKG klachtencommissie	klachtencommissie	klachtencommissie (KNMP)	? (niet bekend bij klachtencommissie)	58
Paramedici ⁴ ± 3000** (=71% van landelijk geregistreerde paramedici)	IKG klachtencommissie	klachtencommissie IKG	klachtencommissie (Paramedici 1e lijn) klachtencommissie	? (niet bekend bij klachtencommissie)	10 ingediend, 0 behandeld

Bronnen

1 = Onderzoeksrapport Lustig & Van Wijmen, 1999

2 = Jaarverslag NMT 1998

3 = Jaarverslag klachtencommissie apotheek 1998 en telefonisch interview secretaris klachtencommissie Openbare Apotheek

4 = Sociale kaart klachtrecht en telefonisch interview met secretaris klachtencommissie Paramedici eerste lijn

* De LHV heeft een landelijke dekking van bijna 100% wat betreft geregistreerde huisartsen

** Alleen leden van koepels die aangesloten zijn bij de klachtencommissie paramedici 1e lijn

Huisartsen

In Nederland zijn 23 District Huisarts Verenigingen (DHV) gevestigd, waarvan tweederde met een eigen klachtencommissie. De 7 DHV-en in Zuid-Nederland hebben een gezamenlijke klachtencommissie opgericht (zie tabel 2.4.3).

De meeste DHV-en hebben formele afspraken gemaakt met de IKG's in hun regio om zorg te dragen voor een goede ondersteuning van de patiënten die klagen over hun huisarts (Straten en Friele, 1997). De afspraken met de desbetreffende IKG's houden voornamelijk in dat een klager met een klacht over een huisarts of diens waarnemer bij het IKG op een laagdrempelige manier informatie en advies kan vragen over bijvoorbeeld de te volgen klachtenprocedure. Het IKG is op de hoogte van de gang van zaken met betrekking tot de klachtenbehandeling van de DHV en kan, indien de klager er prijs op stelt, ondersteuning bieden bij het op schrift stellen van de klacht. Voorts kan het IKG de klager bijstaan tijdens gesprekken met de huisarts of bij de klachtencommissie. Ook is het mogelijk dat een medewerker van het IKG een bemiddelingspoging onderneemt (Straten e.a., 1997), maar dit blijkt in de praktijk nauwelijks voor te komen.

In opdracht van de Klachtencommissie Huisartsenzorg Zuid-Nederland is in 1999 een onderzoek uitgevoerd (Lustig en Van Wijmen, 1999) naar de werkwijze van de commissie. Uit dit onderzoek blijkt dat de klachtencommissie niet op de hoogte is van het aantal klachten dat door middel van bemiddeling wordt opgelost. De klachtencommissie heeft bemiddelingstaken uitbesteed aan het IKG en er is geen goed zicht op het aantal klachten dat op die manier wordt afgehandeld. Navraag onder de respondenten - 67 klagers en 75 aangeklaagde huisartsen - over een eventuele bemiddelingspoging, gaf als resultaat dat 17 klagers van mening waren dat hun klacht bemiddeld was tegenover 3 huisartsen, die dezelfde mening waren toegedaan. Blijkbaar heeft een verschil in interpretatie tussen klagers en aangeklaagden van het begrip bemiddeling geleid tot deze verschillende aantallen.

Overigens geven de klagers wel aan dat vanuit het IKG een poging wordt gedaan om de klacht op een bemiddelende manier op te lossen, veel klagers wijzen dat echter af. Als de klacht eenmaal is ingediend bij de klachtencommissie is bemiddeling vaak niet meer mogelijk.

Naast bemiddeling door het IKG bestaat de mogelijkheid de klacht te laten bemiddelen door speciaal daarvoor aangestelde huisarts-bemiddelaars, De bemiddelingstaak van deze personen bestaat vooralsnog alleen op papier (Lustig & Van Wijmen, 1999).

Aangezien de klachtencommissie geen zicht heeft op het aantal klachten, dat in het voortraject ontvangen wordt, is niet bekend hoeveel klachten worden afgehandeld en op welke wijze dat gebeurt. Echter gezien het grote aantal klachten, dat de IKG's ontvangt over huisartsen en het geringe aantal klachten dat de klachtencommissies in 1998 ontvangen hebben (Klachtencommissie DHV Groningen 21 klachten, klachtencommissie Huisartsenzorg Zuid-Nederland 136 klachten) lijkt het overgrote deel op een meer informele wijze afgehandeld te worden.

Tandartsen

De Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde (NMT) heeft een eigen regeling getroffen voor de bemiddeling en behandeling van klachten. De bemiddelingstaak wordt vervuld door 7 regionale beoordelingsraden. De beoordelingsraden zijn tevens bevoegd klachten in het kader van de WKCZ te

behandelen. De beoordelingsraden bestaan uit 13 tandartsen en een tandarts-voorzitter. Een jurist treedt op als secretaris (Van Rossum en Selten, 1999). Het streven is om zoveel mogelijk klachten door middel van bemiddeling op te lossen. Ondersteuningstaken op het gebied van klachten worden niet geboden. De NMT heeft weliswaar een tandheelkundig informatiepunt (TIP) ingericht, maar dit informatiepunt is in de eerste plaats gericht op het beantwoorden van vragen over tandheelkundige zaken in plaats van het geven van ondersteuning bij klachten. Er lijkt dus een gat te bestaan tussen het geven van informatie en het bemiddelen van klachten.

Uit het jaarverslag van de NMT blijkt dat voor het aan de orde stellen van klachten over tandartsen kosten (f 75,-) verbonden zijn, die de klager terugkrijgt als de klacht gegrond wordt verklaard. Niet vermeld is of dit ook voor de bemiddeling van klachten geldt. Dit is in strijd met de geest van de WKCZ. Het betalen van een bepaald bedrag voor het in behandeling nemen van een klacht is dan ook bij geen enkele andere klachtencommissie het geval. Ook zijn de raden bevoegd een klager te veroordelen in de kosten voor behandeling (Peilstations, Van Rossum en Selten, 1999). Indien een klager of een tandarts van mening is, dat hem geen recht is gedaan, dan bestaat de mogelijkheid in beroep te gaan bij de Raad van Beroep.

In 1998 zijn er door de regionale beoordelingsraden in totaal 188 klachten ontvangen. In 124 gevallen zijn de klachten bemiddeld en in 37 gevallen zijn de klachten behandeld door de Regionale Beoordelingsraad, waarbij een uitspraak is gedaan over de gegrondheid van de klacht. Achttien klachten zijn bij de raad van Beroep ingediend (NMT, 1999). Over de aard van de klachten kunnen geen uitspraken gedaan worden. De NMT stelt dat de aard van de klachten zo uiteenlopend is dat daar geen registratie van wordt bijgehouden.

Apothekers

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) heeft in 1997 de Klachtencommissie Openbare Apotheek opgericht en in samenwerking met de NP/CF een modelregeling voor de behandeling van klachten opgesteld. De klachtencommissie heeft via de NP/CF afspraken gemaakt met de IKG's over de eventuele ondersteuning van klagers (Straten en Friele, 1997). Deze afspraken zijn echter alleen op papier gemaakt, de IKG's zijn hier niet in gekend.

De klachtencommissie geeft de klager het advies de klacht eerst te bespreken met de desbetreffende apotheker. De commissie adviseert dit vooral als uit het verweerschrift van de apotheker blijkt dat hij bereid is een oplossing te vinden. De klachtencommissie is hierbij geen partij, omdat zij niet betrokken en dus niet aanwezig is bij het gesprek tussen de klager en de apotheker. In het afgelopen jaar (1999) is 11 keer een dergelijk advies gegeven.

Wanneer het volgens de klachtencommissie zinvol lijkt, worden potentiële klagers doorverwezen naar een IKG in de regio (Klachtencommissie Openbare apotheek, 1999), die de klager kan ondersteunen bij het indienen van een klacht. Naast de behandeling van klachten heeft de klachtencommissie ook een taak bij de bemiddeling van klachten, maar deze blijft beperkt tot schriftelijke advisering (Klachtencommissie Openbare Apotheek, 1999).

In 1998 zijn in totaal 56 klachten en 62 klachtaspecten behandeld. Deze klachten hebben met name betrekking op het verkeerd of te weinig leveren van medicijnen ($\pm 44\%$), bejegening (onbehoorlijk, niet serieus genomen, onvoldoende steun) ($\pm 26\%$), organisatie en planning ($\pm 21\%$) en financiële klachten (hoogte van het bedrag, betalingswijzen, niet geleverde posten) ($\pm 10\%$). Deze klachten zijn alle behandeld en niet bemiddeld.

Paramedici

Een aantal verenigingen van paramedische beroepen heeft in samenwerking met de NP/CF een landelijke klachtenregeling opgezet, waarbij patiënten kunnen klagen over zelfstandig werkzame paramedici. Bij deze landelijke klachtencommissie paramedici hebben zich de volgende beroepsverenigingen aangesloten: Nederlandse Vereniging van Diëtisten, de Diëtisten Coöperatie Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, de Nederlands Vereniging voor Mondhygiënist, de Nederlandse Vereniging voor podotherapeuten, de Vereniging Bewegingsleer Cesar, en de Nederlandse Vereniging Oefentherapeuten Mensendieck. De klachtenregeling geldt alleen voor de paramedici, die lid zijn van een van de bovengenoemde beroepsverenigingen. Niet-leden van een van de paramedische beroepen, die vallen onder de Klachtencommissie Paramedici Eerste Lijn kunnen tegen een vergoeding, een klacht wel door de klachtencommissie laten behandelen (Sociale Kaart Klachtrecht, SOKG 1998).

De fysiotherapeuten en logopedisten hebben zich niet aangesloten bij de bovengenoemde landelijke klachtenregeling, maar hebben een eigen klachtencommissie aangesteld. De beroepsvereniging van de fysiotherapeuten, de KNGF, heeft een klachtencommissie conform de WKCZ aangesteld voor zowel de bemiddeling als de behandeling van klachten van patiënten. Deze klachtenregeling komt grotendeels overeen met de klachtenregeling van de klachtencommissie Openbare Apotheek.

De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie heeft het College van Toezicht op de naleving van de beroepscode aangesteld als klachtencommissie conform de WKCZ en deze commissie heeft tevens als taak klachten te bemiddelen.

Of de orthoptisten een klachtenregeling hebben, is niet uit het deskonderzoek naar voren gekomen. De radiologisch laboranten zijn weliswaar ook paramedici, maar deze werken veelal niet zelfstandig en maken zeer waarschijnlijk deel uit van de klachtenregeling van de instelling waar ze werkzaam zijn.

De procedure bij de klachtencommissie Paramedici Eerste lijn (en van andere klachtencommissie zoals de klachtencommissie Fysiotherapie) bestaat uit twee stappen, te weten:

- 1 bespreken van de klacht met de desbetreffende paramedicus;
- 2 klachtenbehandeling door de klachtencommissie.

De klachtenbehandeling door de klachtencommissie bestaat uit twee mogelijkheden: de klachtencommissie probeert door bemiddeling tot een oplossing te komen en wanneer dat niet lukt of de klager dit niet wenst, dan kan de klachtencommissie een onderzoek instellen naar de gegrondheid van de klacht (Sociale kaart klachtrecht, 1999).

De klachtencommissie is dus verantwoordelijk voor zowel de bemiddeling als de behandeling van klachten. Voor informatie over de klachtenregeling kan de klager terecht bij de klachtencommissie of het IKG. Indien een klager ondersteuning wenst bij het indienen van de klacht, dan wordt hij doorverwezen naar een IKG in de regio.

In 1998 zijn er door de klachtencommissie Paramedici Eerste Lijn in totaal 4 klachten ontvangen, waarvan er 3 door middel van bemiddeling door de ambtelijk secretaris zijn afgehandeld en een door de klachtencommissie is behandeld.

In 1999 zijn er in totaal 10 klachten bij de klachtencommissie ingediend, maar geen enkele klacht is uiteindelijk formeel behandeld. Een aantal klachten is door de klager teruggetrokken of er is geen contact meer tussen de klager en de klachtencommissie geweest. Daarnaast zijn er klachten doorverwezen naar het IKG of is geadviseerd contact op te nemen met de desbetreffende paramedicus. Het is niet bekend wat er verder met de klachten is gebeurd.

Beroepsbeoefenaren zonder klachtenregeling

De koepel van psychologen (Nederlands Instituut voor Psychologen) heeft geen klachtenregeling opgezet. Er is dus ook geen sprake van een informeel voortraject. Veel psychologen werken echter in dienstverband in een instelling en vallen dus onder de klachtenregeling van de desbetreffende instelling. Vrijgevestigde psychologen zullen dus op eigen initiatief een klachtenregeling moeten treffen. Onbekend is of vrijgevestigde medisch specialisten een klachtenregeling hebben getroffen.

2.4.5 Beschouwing

In feite bestaat er bij de meeste koepels van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren geen apart traject voor de klachtopvang naast de klachtenbehandeling. Een aantal koepels van vrijgevestigde zorgaanbieders (KNMP, de meeste DHV's en de landelijke klachtencommissie paramedici Eerste Lijn) heeft een afspraak gemaakt met de desbetreffende IKG's voor de ondersteuning van klachten. Andere koepels hebben geen formele afspraken gemaakt over de ondersteuning van klachten en bieden deze ook zelf niet aan. Als er al sprake is van klachtopvang dan bestaan de klachtopvang en de klachtenbehandeling uit twee werelden die geen kennis van elkaar hebben. Het gevolg hiervan is dat er dus ook geen inzicht bestaat in het belang van klachtopvang in termen van aantal klachten dat door middel van de klachtopvang is afgehandeld. Eigenlijk is alleen bij de tandartsen deze informatie aanwezig. Het blijkt dat het merendeel van de klachten ten aanzien van tandartsen door middel van bemiddeling wordt afgehandeld. Gezien het grote aantal klachten over huisartsen dat bij de IKG's ontvangen wordt, lijken ook hier veel klachten in het voortraject afgehandeld te worden, maar hier bestaat geen zicht op.

Klachtopvang in de vorm van ondersteuning wordt door geen enkele koepel zelf verzorgd en is soms helemaal niet aanwezig (tandartsen), klachtenbemiddeling wordt wel uitgevoerd, maar dan voornamelijk door de klachtencommissies die tevens verantwoordelijk zijn voor de klachtenbehandeling. Deze combinatie is niet bevorderlijk voor de objectiviteit van de commissie. Daarnaast is de vraag of het überhaupt leidt tot een meer laagdrempelige vorm van klachtafhandeling. Tevens blijkt dat er koepels van

vrijgevestigde zorgaanbieders zijn die zowel de klachtopvang als de klachtenbehandeling niet voor hun leden hebben geregeld.

Omdat er weinig inzicht bestaat in de klachtopvang van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren is ook weinig bekend over de aard van de klachten.

Geconcludeerd dient te worden dat de klachtopvang bij vrijgevestigde zorgaanbieders niet door henzelf geregeld is. Mocht de opvang al aanwezig zijn, dan heeft deze in de meeste gevallen geen concrete plaats gekregen in de klachtenregeling van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Een positieve uitzondering zijn de huisartsen, die op regionaal niveau afspraken hebben gemaakt met IKG's over de opvang van klachten. Ook apothekers, paramedici en fysiotherapeuten hebben op papier (in klachtenregeling) afspraken gemaakt met IKG's, maar dan op landelijk niveau. Het is niet duidelijk hoe en of deze afspraken in de praktijk zijn uitgewerkt.

Tot slot blijkt dat de klachtopvang en de klachtenbehandeling van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren twee gescheiden werelden zijn, waarin geen informatie naar elkaar wordt overgebracht en koepels en beroepsbeoefenaren dus niet kunnen profiteren van de kwaliteitsbevorderende aspecten van klachtopvang.

2.5 Klachtopvang door zorgverzekeraars

Bij klachtopvang door zorgverzekeraars wordt in de eerste plaats gedacht aan de opvang van klachten van verzekerden over *zorgverzekeringen*. Deze opvang wordt geregeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen, een initiatief van Zorgverzekeraars Nederland. Anderzijds worden zorgverzekeraars geconfronteerd met klachten van verzekerden over *zorgaanbieders*. Aangezien dit onderzoek zich richt op klachten over zorgaanbieders wordt niet verder ingegaan op de klachtopvang door de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Al in 1986 heeft de (toenmalige) Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen een kadernota uitgebracht, waarin vermeld wordt dat de ziekenfondsen als belangenbehartiger van verzekerden open dient te staan voor klachten over zorgaanbieders. Volgens deze nota hebben ziekenfondsen een rol bij de opvang van klachten gelet op de positie die het ziekenfonds inneemt binnen de gezondheidszorg (VNZ, 1986). In 1992 rapporteert Kastelein dat het voorstel van de VNZ niet veel navolging heeft gevonden. Door Venrooij & Martens (1999) is wel gesproken over een conceptprocedure ten aanzien van de opvang van klachten door zorgverzekeraars. In deze conceptprocedure wordt ingegaan op de opvang van klachten in het teken van de kwaliteitsbewaking van de zorg. Zorgverzekeraars hebben de taak om als uitvoerder van de ziekenfondswet en AWBZ zorg te dragen voor een goede kwaliteit en kwantiteit van de gecontracteerde zorg. Door deze zorgcontractering zijn zorgverzekeraars mede verantwoordelijk voor de kwaliteit en voldoende beschikbaarheid van deze zorg. Klachten over deze zorg zullen daardoor, weliswaar in eerste instantie door de zorgaanbieders opgevangen dienen te worden, maar in de tweede plaats ook zeker door de zorgverzekeraars gezien hun medeverantwoordelijkheid. Een onderscheid dient op dit punt wel gemaakt te worden tussen klachten over de zorg in het kader van de ZFW en AWBZ enerzijds (zoals hierboven besproken) en zorg die vergoed wordt vanuit het tweede (particuliere) en het

derde (aanvullende) compartiment. Bij deze zorgvergoedingen is de zorgverzekeraar niet verantwoordelijk voor de opvang van klachten van zorgaanbieders, omdat het verzekeren vrijstaat binnen de polisvoorwaarden zelf een zorgaanbieder te kiezen (Zorgverzekeraars Nederland, 1999).

Een voorbeeld van een zorgverzekeraar die klachttopvang als service aanbiedt aan haar verzekeren, is CZ Zorgverzekeringen. Deze zorgverzekeraar heeft een telefonische helpdesk opgezet waar verzekeren terecht kunnen met klachten over zorgaanbieders.

CZ Zorgverzekeringen

In november 1997 is de afdeling Zorgservice van CZ Zorgverzekeringen gestart met het registreren van de bij CZ telefonisch kenbaar gemaakte klachten. De afdeling Zorgservice biedt in eerste instantie zorgbemiddeling aan en hulp bij het verkrijgen van een second opinion voor verzekeren. De afdeling bestaat uit 4 medewerkers, die verzekeren telefonisch te woord staan. Afhankelijk van het onderwerp wordt het telefoongesprek geregistreerd onder 'zorgbemiddeling', 'second opinion' en 'klachten'.

Sinds 1997 is CZ 770 keer benaderd voor zorgbemiddeling (wat in principe een klacht over wachtlijsten en wachttijden betreft). Het aantal vragen met betrekking tot het krijgen van een second opinion bedraagt 236. Met betrekking tot de opvang van klachten biedt CZ vooral ondersteuning aan in de vorm van het aanhoren van de klacht, het geven van informatie en advies over klachtmogelijkheden. Daarnaast wordt in veel gevallen doorverwezen naar een IKG in de regio van de klager.

Sinds de start van de helpdesk hebben 810 verzekeren in totaal 829 klachten en vragen voorgelegd. Het aantal klachten bedraagt 728. Van deze 728 telefonisch geuite klachten hebben er 401 betrekking op de huisarts, 108 op de medisch specialist en 56 klachten waren gericht aan het ziekenhuis. De tandarts is 33 keer onderwerp van een telefoongesprek geweest, de thuiszorg 19 keer en de fysiotherapeut 15 keer. De overige klachten waren gericht aan apothekers (11) en verpleeg- en verzorgingshuizen (8). Ten slotte zijn er in totaal 20 klachten over het RIAGG, een alternatief genezer, een psychotherapeut, een psycholoog, een psychiater en een podotherapeut geregistreerd. Van 57 klachten is niet bekend tegen welke zorgaanbieder zij gericht zijn.

Tabel 2.5.1 Zorgaanbieders waarop de klachten betrekking heeft van november 1997-december 1999 (CZ-registratie)

Aard van de klacht	%	Aantal
Huisarts	55	401
Medisch specialist	15	108
Ziekenhuis	8	56
Tandarts	5	33
Thuiszorg	3	19
Fysiotherapeut	2	15
Apotheek	2	11
Verpleeg-/ verzorgingshuis	1	8
Anders	3	20
Onbekend	8	57
Totaal	102*	728

* afrondingsverschil

De meest geregistreerde klachten bij de huisarts zijn klachten over het niet doorverwijzen van een patiënt naar een specialist (59), gevolgd door klachten op het gebied van bejegening (48) en problemen met het veranderen van huisarts (patiëntenstop, afspraken tussen artsen) (43). Ook geven veel verzekerden aan het gevoel te hebben dat ze door de huisarts niet serieus genomen worden (41) of dat ze niet de juiste behandeling hebben gekregen (41). Dertig klachten hebben betrekking op het niet afleggen van een visite door de (waarnemend) huisarts. De overige klachten gaan over een vertrouwensbreuk (18), de organisatie (18), het voorschrijfgedrag (11), het gedrag van de doktersassistent (10) en communicatie (9) (Tabel 2.5.2).

Tabel 2.5.2 Aantal en aard van de klachten over de huisarts in CZ-registratie

Klachten over de huisarts	%	Aantal
Niet doorverwijzen naar specialist	15	59
Bejegening	12	48
Veranderen van huisarts	11	43
Niet serieus genomen worden	10	41
Onjuiste medische behandeling	10	41
Niet afleggen van visite	7	30
Vertrouwensbreuk	5	18
Organisatie	5	18
Voorschrijfgedrag	3	11
Gedrag assistent	2	10
Miscommunicatie	2	9
Overig / onbekend	18	73
Totaal	100	401

Klachten over medische specialisten hebben vooral betrekking op de medisch-technische aspecten (37). Klachten over het ziekenhuis hebben met name te maken met de organisatie van de zorg(planning, wachtlijsten, budgettering;16).

Gezien het aantal klachten dat CZ sinds de start van de helpdesk heeft ontvangen kan de conclusie getrokken worden dat deze voorziet in een behoefte.

Ons is bekend dat meer zorgverzekeraars een vorm van klachttopvang hebben georganiseerd. Hoe deze vormen zich verhouden tot de hier gepresenteerde gegevens is echter niet duidelijk.

2.6 Klachttopvang door de overheid

De overheid heeft in tegenstelling tot de voorgaande actoren geen directe rol in de klachttopvang. De achterliggende gedachte hierbij is dat de overheid van mening is dat zorgaanbieders in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor een deugdelijke klachtenprocedure.

Voor de inwerkingtreding van de WKCZ had de overheid via de Inspectie voor de Volksgezondheid op grond van de Leidraad klachtonderzoek (1988) een directe taak op het gebied van klachtenbehandeling. Patiënten met klachten over een zorgaanbieder

konden bij de Inspectie terecht voor de behandeling van hun klacht. De inspectie stelde indien nodig een onderzoek in naar de toedracht van de gemelde klacht. Sinds de inwerkingtreding van de WKCZ is deze taak opgeheven. Dit betekent dat de Inspectie geen taken meer heeft op het gebied van de opvang en behandeling van klachten. Op grond van een in december 1996 ingestelde nieuwe leidraad (onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen) kan de Inspectie naar aanleiding van een melding van een patiënt een onderzoek instellen naar deze melding. De patiënt is echter geen partij meer. De doelstellingen van deze leidraad zijn dan ook niet gericht op de genoeg-doening voor de patiënt, maar op de verbetering van de kwaliteit van zorg. De patiënt kan niet afdwingen dat zijn/haar melding wordt onderzocht.

Voor de opvang van klachten door de verschillende genoemde aanbieders bestaat geen wettelijk verplichting en in die zin kan de overheid deze aanbieders niet dwingen een informele klachtvoorziening te treffen. Toch heeft de overheid indirect een grote rol gespeeld bij de grote aandacht die er bestaat voor klachtopvang. Na invoering van de WKCZ zijn met name de zorgaanbieders gestart met alternatieve, informele vormen van klachtenbehandeling voorafgaand aan de formele klachtenbehandeling in het kader van de WKCZ. Het is niet onderzocht of deze toename van informele klachtopvangmogelijkheden veroorzaakt is door de invoering van de WKCZ, maar het zal zeker een rol hebben gespeeld.

2.7 Nabeschuiving

In de voorgaande paragrafen is uitgebreid aandacht besteed aan de opbouw van de klachtopvang in de gezondheidszorg. Het onderzoek op basis van bestaande informatie heeft uitgewezen dat de klachtopvang divers is samengesteld en dat er niet alleen verschillen zijn tussen de vier actoren; patiënten/consumentenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid, maar ook binnen de vier actoren. De resultaten laten zien dat het zwaartepunt van de klachtopvang ligt bij de patiënten/consumentenorganisaties en de gezondheidszorginstellingen. Met betrekking tot de eerste groep kan geconcludeerd worden dat deze organisaties niet zozeer een overlap vertonen als wel ieder een complementaire rol vervullen, hetgeen een gunstig effect heeft op de overzichtelijkheid van de klachtopvang. Voor wat betreft de gezondheidszorginstellingen kan geconcludeerd worden dat de klachtopvang discongruent is, wat gevolgen heeft voor het aantal en de aard van de klachten. De wettelijk geregelde klachtopvang in de psychiatrie lijkt goed te werken. Wanneer we kijken naar de klachtopvang van de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, dan kan eigenlijk niet gesproken worden van klachtopvang, gezien de afwezigheid van een expliciete vorm van klachtopvang en de zeer kleine aantallen klachten die wel via klachtopvang wordt afgehandeld.

Verder kan geconcludeerd worden dat naast de informatie, die wel aanwezig is over de klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg nog de nodige witte vlekken te zien zijn. Zo bestaat er weinig inzicht in de mate waarin zorgverzekeraars een rol spelen bij de opvang van klachten over zorgaanbieders, terwijl uit het gepresenteerde voorbeeld van CZ blijkt dat er vanuit de verzekerde gezien behoefte bestaat aan dergelijke opvang.

Voorts blijkt dat de jaarverslagen van de meeste zorgaanbieders niet toereikend zijn om meer te weten te komen over de rol die de klachtopvang speelt. Uit de jaarverslagen van de zorgaanbieders, maar met name uit de jaarverslagen van de IKG's komt naar voren dat ondanks het gebruik van hetzelfde registratiesysteem, de wijze van openbare verslaglegging omtrent de inhoud van de klachten, uiteen loopt.

Samengevat lijkt de klachtopvang voor een klager met een klacht over een institutionele zorgaanbieder een redelijke samenhang te vertonen. Voor de juiste informatie en een passend advies kan hij/zij terecht bij de zorgaanbieder, bijstand wordt aldaar echter in mindere mate geboden en daarvoor zou een klager een beroep kunnen doen op een patiënten/consumen-tenorganisatie. Voor de oplossing van de klacht kan de klager een beroep doen op de bemiddelingsvoorziening van de zorgaanbieder. Alle taken binnen de klachtopvang zijn op deze wijze gedekt, mits de institutionele zorgaanbieder die geen bijstand verleent de klagers die wel behoefte aan bijstand hebben doorverwijst naar de organisaties waar zij deze bijstand wel kunnen krijgen.

Klagers met een klacht over een vrijgevestigde beroepsbeoefenaar ervaren meer problemen met het kenbaar maken van hun klacht. Zij starten immers met een informatieprobleem, omdat zij veelal niet weten tot wie zij zich moeten wenden. De aangeklaagde hulpverlener is degene waar de klager de informatie vandaan moet halen en dat kan een grote drempel zijn. Wanneer klagers er in slagen de juiste informatie te verzamelen, dan blijkt een laagdrempelige en informele oplossing niet goed mogelijk, omdat de klachtenbemiddeling wordt uitgevoerd door (veelal) landelijke klachtenbehandelingscommissies. Aan de klachtopvang van deze groep zorgaanbieders valt in vergelijking met de institutionele zorgaanbieders dus nog het nodige te verbeteren.

3 Klachtopvang op de werkvloer

3.1 Inleiding

Wanneer zorggebruikers een klacht hebben over een zorgaanbieder¹, staan hen verschillende mogelijkheden ter beschikking om deze klacht kenbaar te maken. Deze mogelijkheden zijn grofweg te onderscheiden in vier te ondernemen acties. Ten eerste kan de zorggebruiker de klacht met de bij de klacht betrokken hulpverlener bespreken, ten tweede kan hij/zij de klacht bespreken met klachtopvangvoorzieningen, ten derde kan de zorggebruiker besluiten de klacht bij zowel de hulpverlener als bij klachtopvangvoorzieningen kenbaar te maken en tot slot kan hij/zij besluiten de klacht niet kenbaar te maken (waarbij buiten beschouwing is gelaten dat de klacht wel in de sociale omgeving van de zorggebruiker besproken kan worden).

Veel belang wordt gehecht aan de eerste actie; het oplossen van de klacht door deze te bespreken op de plek waar de onvrede (klacht) is ontstaan, in casu de hulpverlener (NRV, 1989, 1991, Legemaate, 1997, Van Wijmen, 1997, Van Berchum, 1998, Modelregeling KNMG, 1998). Niet alleen in de literatuur wordt deze vorm van 'klachtopvang' belangrijk geacht, ook de hulpverleners zelf geven de voorkeur aan het bespreken van de klacht met de patiënt zonder tussenkomst van derden (Algera & Friele, 1999). Verondersteld wordt dat het rechtstreeks bespreken van de klacht met de betrokken hulpverlener leidt tot een snelle oplossing van het probleem.

Uit onderzoek (voor invoering van de WKCZ) blijkt dat ongeveer tweederde van de zorggebruikers met een klacht, deze bespreekt met de desbetreffende hulpverlener (Verkruisen, 1993). Eenderde van de zorggebruikers met een klacht bespreekt deze dus niet met de desbetreffende hulpverlener. Oorzaak hiervoor is dat het niet altijd mogelijk is een dergelijk gesprek te realiseren. De hulpverlener- patiëntrelatie is een ongelijkwaardige relatie - of wordt door de zorggebruikers als zodanig ervaren - waardoor zorggebruikers een klacht niet altijd durven te bespreken (KNMG & LP/CP, 1990, Van Berchum, 1998). Ook is het mogelijk dat de relatie zo verstoord is dat een normaal gesprek niet meer mogelijk is. Tenslotte kan het voor de zorggebruikers niet duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het ontstaan van de klacht. In alle bovenstaande gevallen ervaart de zorggebruiker drempels die hem/haar verhinderen de klacht met de betrokken hulpverlener te bespreken. Deze drempels kunnen zowel extern (vanuit de hulpverlener) als intern (vanuit de zorggebruiker) gericht zijn.

In dit deelonderzoek staat de toegankelijkheid van de hulpverlener met betrekking tot het bespreken van de klacht centraal. Toegankelijkheid is gesplitst in feitelijke toegang van

¹ wanneer zorgaanbieder wordt gebruikt, wordt zowel een hulpverlener als een gezondheidszorgorganisatie bedoeld. In het geval hulpverlener wordt gebruikt is sprake van een natuurlijk persoon

de zorggebruiker tot de hulpverlener en in drempels, die de zorggebruiker verhinderen de klacht met de hulpverlener te bespreken.

Het doel van dit deelonderzoek is dus het verkrijgen van inzicht in de mate waarin zorggebruikers met een klacht toegang hebben tot de betrokken hulpverlener en welke drempels hen hinderen in het bespreken van de klacht met de betrokken hulpverlener. Daarnaast wordt tevens nagegaan in hoeverre zorggebruikers gebruik maken van andere mogelijkheden (klachtopvangvoorzieningen) voor het bespreken van de klacht.

3.2 Onderzoeksopzet

Onderzoekspopulatie

Om de bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden is een schriftelijke enquête voorgelegd aan het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg dat sinds 1991 bestaat, is een gezamenlijk project van het Nivel en de Consumentenbond. Doel van het panel is het verzamelen van informatie op het gebied van de gezondheidszorg, zodat beleidsmakers, patiënten- en artsenorganisaties en zorgaanbieders hun beleid kunnen baseren op betrouwbare consumentengegevens. Twee maal per jaar ontvangen de leden van het panel een vragenlijst over een bepaald thema. Tweejaarlijks vindt een update plaats van het panel, waarbij gestreefd naar een zo groot mogelijke representativiteit met de Nederlandse bevolking.

Op het moment van verzenden (december 1999) van de enquête bestond het Consumenten-panel uit 1602 leden. Om te bekijken in hoeverre het Consumentenpanel representatief is voor de gehele Nederlandse bevolking, is de samenstelling van het Consumentenpanel vergeleken met de samenstelling van de Nederlandse bevolking (Tabel 3.2.1). De data over de samenstelling van het Consumentenpanel zijn gebaseerd op de stand van juni 1999. De data over de gehele Nederlandse bevolking stammen van het CBS, stand januari 1999. Het blijkt dat er op een viertal punten een lichte ondervertegenwoordiging is van het panel: de leeftijdscategorie 25-34 jaar, de opleidingsgroep lagere school/LBO en de groep die een zeer goede gezondheids-beleving heeft. De gezondheidsbelevingen 'gaat wel' en 'soms goed soms slecht' zijn in het panel licht oververtegenwoordigd.

Tabel 3.2.1 Representativiteit Consumentenpanel stand december 1999 (N=1265)

	NL* %	Consumentenpanel %
Geslacht		
Man	49	44
Vrouw	51	56
Leeftijdsklassen		
25 tot en met 34 jaar	24	19
35 tot en met 44 jaar	23	25
45 tot en met 54 jaar	20	21
55 tot en met 64 jaar	14	14

	NL* %	Consumentenpanel %
Geslacht		
Man	49	44
65 jaar en ouder	19	20
Hoogst behaalde opleiding		
Lagere School/LBO		27
MAVO/MULO	15	17
HBS/HAVO/MBO	29	33
HBO	14	16
WO	5	5
Gezondheidsbeleving		
Zeer goed	24	18
Goed	57	56
Gaat wel	12	16
Soms goed soms slecht	5	8
Slecht	2	2

* CBS stand januari 1999

Meetinstrument

Ten behoeve van dit deelonderzoek is de leden van het panel een aantal schriftelijke vragen voorgelegd. Deze vragen zijn gebaseerd op vragen uit eerder ontwikkelde enquêtes, die gebruikt zijn in de evaluatie van de Wet Klachtrecht cliënten zorgsector (Friele e.a., 1999) en een onderzoek naar de positie van chronische patiënten met betrekking tot klachtopvang (Triemstra e.a., 1999). De gestelde vragen hebben betrekking op een viertal onderwerpen.

Ten eerste is gevraagd naar enige achtergronden van de klacht. In dit deelonderzoek is een klacht gedefinieerd als elk ervaren gevoel van onvrede over de gezondheidszorg, waarbij het dus niet alleen gaat om medische fouten, maar ook om zaken als het niet serieus genomen worden door een zorgaanbieder, problemen rondom verwijzingen en gebrekkige informatie over een onderzoek/behandeling. De klacht is ingedeeld naar aard (object) en gerichtheid (subject) van de klacht. Met betrekking tot de aard van de klacht is een keuze gemaakt voor de indeling, die veelvuldig gehanteerd wordt in onderzoeksliteratuur (b.v. Lustig & Van Wijmen, 1999, Triemstra e.a., 1999, Friele e.a., 1999) en klachtenregistraties (diverse IKG-jaarverslagen, ziekenhuisjaarverslagen, klachtenjaarverslagen, LIP-jaarverslag).

Vervolgens is het begrip toegankelijkheid gesplitst in feitelijke toegang tot de hulpverlener en ervaren drempels volgens zorggebruikers. De feitelijke toegang is geoperationaliseerd door te vragen of zorggebruikers de klacht hebben besproken met de bij de klacht betrokken hulpverlener. De ervaren drempels zijn geïnventariseerd door te vragen naar de redenen waarom zorggebruikers besloten hebben de klacht niet met de betrokken hulpverlener te bespreken.

Het oordeel van de zorggebruiker over van het gesprek met de hulpverlener is geoperationaliseerd aan de hand van vragen over de uitkomst van het gesprek en andere ondernomen acties om de klacht kenbaar te maken. Ook is gevraagd naar de gevolgen van de ondernomen acties: is de relatie verbeterd en hebben zorggebruikers met een klacht besloten te wisselen van hulpverlener.

Respons

De enquête is verstuurd aan 1602 panelleden, hiervan hebben 1265 leden de enquête ingevuld en geretourneerd, waardoor een respons van 79% is verkregen.

3.3 Resultaten

3.3.1 Persoonskenmerken klagers

In Tabel 3.3.1 op de volgende bladzijde worden de persoonskenmerken van het Consumentenpanel gesplitst naar personen met een klacht en personen zonder een klacht.

Wanneer we kijken naar de persoonkenmerken van de respondenten met een klacht kunnen we het volgende klagersprofiel schetsen. Het merendeel van de zorggebruikers met een klacht blijkt van het vrouwelijk geslacht te zijn. Op elke tien klagers zijn er zeven vrouwen en drie mannen. met een klacht. De klagers worden voornamelijk gevonden in de leeftijdscategorieën 25-34 en 35-44 jaar. Boven deze leeftijd wordt relatief minder geklaagd. Met betrekking tot het opleidingsniveau blijkt dat met name hoger opgeleide zorggebruikers (HBS, HBO, WO) een klacht over de gezondheidszorg hebben. De gezondheidsbeleving van de klagers is in vergelijking met de respondenten zonder klacht minder goed.

Tabel 3.3.1 Persoonskenmerken Consumentenpanel (naar klager en niet-klager)

	Respondenten met een klacht (N=258)(%)	Respondenten zonder klacht (N=1007)(%)
Geslacht		
Man	30	48
Vrouw	70	52
Leeftijdsklassen		
jonger dan 25 jaar	2	2
25 tot en met 34 jaar	26	17
35 tot en met 44 jaar	29	25
45 tot en met 54 jaar	18	21
55 tot en met 64 jaar	8	15
65 jaar en ouder	17	21
Hoogst behaalde opleiding		
Lagere School/LBO	21	28
MAVO/MULO	18	16
HBS/HAVO/MBO	37	32

	Respondenten met een klacht (N=258)(%)	Respondenten zonder klacht (N=1007)(%)
Geslacht		
Man	30	48
HBO	17	5
WO	5	3
Gezondheidsbeleving		
Zeer goed	14	19
Goed	51	57
Gaat wel	21	15
Soms goed soms slecht	11	7
Slecht	4	1

3.3.2 Aantal, gerichtheid en aard van de klachten

In 1999 heeft één op de vijf respondenten een klacht over een zorgaanbieder gehad. Dit betekent dat 258 (=20%) respondenten een klacht hebben gehad over een zorgaanbieder en 1007 (=80%) respondenten geen klacht hebben gehad. In totaal heeft 25% (=708) van de vrouwen en 14% (=557) van de mannen een klacht gehad over een zorgaanbieder. De klachten van de 258 zorggebruikers (77 mannen en 181 vrouwen) hebben met name betrekking op huisartsen (37%) en ziekenhuishulpverleners (33%), gevolgd door de tandarts (15%) (Tabel 3.3.2).

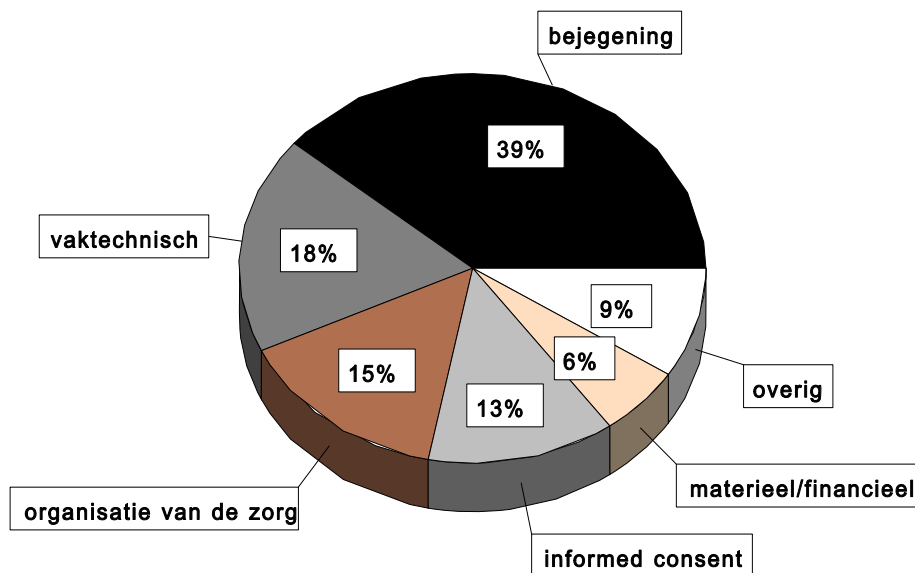
Tabel 3.3.2 Klachten gericht op zorgaanbieders (N=254)

	%*	Aantal
Huisarts	37	95
Hulpverlener ziekenhuis	33	84
Tandarts	15	37
RIAGG	8	20
Apotheker	7	18
Fysiotherapeut	6	16
Thuiszorg	7	18
Anders	18	45

* Het totaal aantal klachten over zorgaanbieders overstijgt de 100%, omdat een aantal klagers klachten heeft gehad over meerdere zorgaanbieders.

De meerderheid van de klachten heeft betrekking op de bejegening van de hulpverlener jegens de patiënt. Deze klachten worden gevolgd door klachten over het vaktechnisch handelen en de organisatie van de zorg. In onderstaand figuur wordt de verdeling van de klachten zichtbaar gemaakt.

Figuur 3.3.1 Aard van de klachten (in%*) (N=258)



* het overall percentage is groter dan 100% omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn

3.3.3 Toegankelijkheid: acties van zorggebruikers naar aanleiding van een klacht

Toegang tot de hulpverlener

Uit de resultaten blijkt dat 50% (=129, N=258) van de respondenten de klacht heeft besproken met de hulpverlener zelf, waarvan 21% naast een gesprek met hulpverlener de klacht tevens heeft besproken met één of meerdere klachtopvangvoorzieningen, 11% van de respondenten met een klacht heeft de klacht alleen met een of meerdere klachtopvangvoorzieningen besproken.

Naast de groep respondenten, die de klacht kenbaar heeft gemaakt bij de hulpverlener en/of bij andere klachtopvangvoorzieningen blijkt ten slotte dat 39% (=100, N=258) van de respondenten de klacht in het geheel niet kenbaar gemaakt heeft bij de hulpverlener en/of klachtvoorzieningen (Tabel 3.3.3 en Figuur 3.3.2 op de volgende bladzijde)

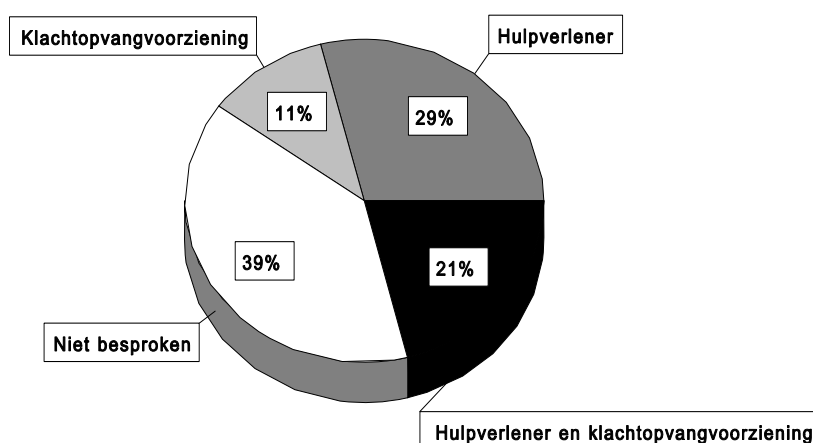
Tabel 3.3.3 Ondernomen acties naar aanleiding van een klacht (N=258)

		%*	Aantal
Actie 1:	Klacht besproken met betrokken hulpverlener	50	129
Actie 2:	Klacht besproken met leidinggevende van de betrokken hulpverlener	6	16
	Klacht besproken met klachtenfunctionaris / klachtencommissie van zorgaanbieder	5	14
	Klacht besproken met patiënten/consumentenorganisaties	2	6
	Klacht besproken met zorgverzekeraar	2	6
	Klacht met anderen besproken	19	50
Actie 3:	Klacht met niemand besproken	39	100

* Het overall percentage is groter dan 100%, omdat een aantal respondenten meerdere acties heeft ondernomen.

Wanneer we kijken naar met welke klachtopvangvoorzieningen of andere personen de respondenten gesproken hebben, dan blijkt dat de meerderheid van de respondenten de klacht niet bespreekt met de reguliere klachtvoorzieningen van zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties of zorgverzekeraars, maar met 'anderen'. Gezien de antwoordcategorieën kan echter niet achterhaald worden welke anderen dit zijn.¹

Figuur 3.3.2 Ondernomen acties van klagers; klacht besproken met. (N=254)



Wanneer we kijken naar de ondernomen acties al naar gelang de aard van de klachten, dan blijkt dat de aard van de klachten voor het bespreken van de klacht met de hulpverleners niet veel verschil maakt. Bijna alle klachten worden in ongeveer helft van de gevallen wel met de hulpverlener besproken, waarbij vaktechnische, organisatorische en materieel/financiële klachten iets vaker wel (58%) dan niet (42%) worden besproken met de hulpverlener en informed consent iets vaker niet (57%) dan wel (43%) wordt besproken met de hulpverlener. De klachten die bij klachtopvangvoorzieningen worden

¹ Uit het onderzoek van Verkruijsen komt naar voren dat verreweg de meeste zorggebruikers de klacht bespreken met een andere hulpverlener (74%= 144), doorgaans een hulpverlener met een lagere status op de medisch-professionele schaal dan de hulpverlener, waarop de klacht betrekking heeft. De categorie 'anders' zal derhalve hoogstwaarschijnlijk voor een groot deel bestaan uit het bespreken van de klacht met een andere hulpverlener.

besproken hebben relatief vaker betrekking op vaktechnisch handelen, dan op andere aspecten.

Ervaren drempels tot de hulpverlener

Aan de respondenten, die de klacht niet met de hulpverlener hebben besproken, is gevraagd, wat de reden is geweest om dit niet te doen (Tabel 3.3.4). De meerderheid van deze groep respondenten (43%, N=124) geeft aan dat zij niet verwachtten dat een gesprek tot een oplossing van de klacht zou leiden. In 20% van de gevallen werd als reden 'ik ben niet het type dat snel klaagt' gegeven. In 17% van de gevallen heeft de klager niet de kans gekregen om de klacht met de desbetreffende hulpverlener te bespreken (Tabel 3.3.4).

Tabel 3.3.4. Drempels voor het bespreken van de klacht met de hulpverlener (N=124)

		%	Aantal
Drempels bij de zorggebruiker:	Ik verwachtte hiervan geen oplossing	43	53
	Ik ben niet het type dat snel klaagt	20	25
	Door gezondheidsproblemen kon ik de klacht niet bespreken	3	4
	Het kostte me teveel tijd	2	3
Drempels bij de hulpverlener:	Ik heb niet de kans gekregen de klacht te bespreken / ik werd weggestuurd	17	21
	De klacht moet nog besproken worden, nog geen gelegenheid voor gehad	4	5
	Ik ben van hulpverlener veranderd	2	3

3.3.4 Het oordeel van de zorggebruiker over de klachtopvang op de werkvloer en de gevolgen voor de hulpverlener - zorggebruikerrelatie

De resultaten laten zien dat de helft van de respondenten (=129) de klacht met de betrokken hulpverlener heeft besproken, al dan niet gevolgd door een gesprek met een klachtopvang-voorziening. Volgens 60% (=76) van deze groep respondenten heeft het bespreken van de klacht met de betrokken hulpverlener niet geleid tot een oplossing van het probleem. De resultaten laten echter wel zien dat in 33% van de gevallen de relatie na een gesprek met de hulpverlener is verbeterd, terwijl bij patiënten, die de klacht niet met de hulpverlener hebben besproken, slechts in 4% van de gevallen de relatie is verbeterd (Chi^2 , $p < .01$) (Tabel 3.3.5). Daarbij maakt het voor de verbetering van de relatie geen verschil of het probleem na het gesprek wel of niet is opgelost (Chi^2 n.s.)¹

¹ In dit onderzoek wordt een p-waarde lager dan .05 als significant beschouwd.

Tabel 3.3.5 Verbetering van de hulpverlener-zorggebruikerrelatie (N=162)

Klacht besproken met hulpverlener			
De relatie is:	Ja (%)	Nee (%)	Totaal (N)
verbeterd	33	4	31
verslechterd	5	1	5
hetzelfde gebleven	63	95	126
Totaal (N)	86	76	162

(Chi² p<.01)

Aan de respondenten is tevens gevraagd of zij van plan zijn geweest van hulpverlener te wisselen als gevolg van de klacht. Tweederde van de respondenten (67% =166, N=246) antwoordden dit niet te willen, eenderde (33% =81, N=246) wilde wel wisselen van hulpverlener c.q. instelling als gevolg van de klacht, maar bij 36% (=29, N=81) van deze groep is dit niet gelukt (Tabel 3.3.6).

Het feit dat respondenten de klacht hebben besproken met de hulpverlener blijkt niet van invloed te zijn geweest op wens tot het al dan niet wisselen van hulpverlener (Chi², n.s.).

Tabel 3.3.6 Wisselen van hulpverlener naar aanleiding van de klacht (N=246)

	%	Aantal
Ja, maar niet gelukt	12	29
Ja en dat is ook gelukt	21	51
Nee	67	166

3.4 Samenvatting en beschouwing

Centraal in dit onderzoek stond de vraag in welke mate zorggebruikers met een klacht de klacht bespreken op de plek waar deze is ontstaan. Centraal stond de toegankelijkheid van de hulpverlener in termen van feitelijke toegang en ervaren (intern en extern gelegen) drempels en de gevolgen van het bespreken van een klacht met de betrokken hulpverlener vanuit het oogpunt van de zorggebruiker.

Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat de helft van de respondenten met een klacht deze met de betrokken hulpverlener bespreekt. Het in eerste instantie bespreken van de klacht met de betrokken hulpverlener wordt in de Modelregeling van de KNMG (1998) ook geadviseerd.

In eenderde van de gevallen wordt de klacht (ook) met anderen dan de betrokken hulpverlener besproken. Vaak is er sprake van een gecombineerde actie; zorggebruikers met een klacht hebben de klacht met zowel de betrokken hulpverlener als met andere klachtopvangvoorzieningen besproken.

De zorggebruikers, die de klacht niet met de betrokken hulpverlener bespreken ervaren voornamelijk interne drempels ('verwacht geen oplossing' en 'ik ben geen klager'), hoewel er ook feitelijke (externe) drempels aanwezig zijn ('ik werd weggestuurd'). De

aard van de klacht lijkt overigens geen reden te zijn voor het al dan niet bespreken van de klacht met de hulpverlener; de complexiteit van de klacht zou wellicht wel een reden kunnen zijn, maar dat is uit deze gegevens niet op te maken. Wel blijkt dat respondenten met klachten van vaktechnische aard relatief vaker de klacht bespreken met de klachtopvangvoorzieningen.

In meer dan de helft van de gevallen leidt het bespreken van de klacht niet tot een oplossing van het probleem. Mogelijke oorzaken hiervoor kunnen wellicht gevonden worden in de als gevolg van de groeiende aandacht voor klachten en klachtopvang veranderde reactie van hulpverleners op klachten. Diverse onderzoeken laten zien dat hulpverleners heftig reageren op klachten (Allsop & Mulcahey, 1998) met als gevolg dat een defensieve houding wordt aangenomen en hulpverleners immuniteit ten aanzien van klachten voorwenden (Jain & Ogden, 1999). Deze defensieve reactie zorgt er voor dat het probleem niet goed besproken kan worden. De zorggebruikers die aangeven dat zij de klacht niet besproken hebben met de hulpverlener omdat zij hiervan geen oplossing verwachtten, lijken dus gelijk te hebben.

Toch lijkt het bespreken van de klacht met de hulpverlener in een op de drie gevallen te leiden tot een verbeterde relatie tussen de hulpverlener en de zorggebruiker. Zowel de zorggebruiker als ook de hulpverlener dienen dus gestimuleerd te worden in het bespreekbaar maken van klachten op de plek waar de zijn ontstaan.

Dit aantal verbeterde relaties is bescheiden en dient zeker verbeterd te worden, maar stimulering van zowel de zorggebruiker als de hulpverlener om de klacht bespreekbaar te maken verdient zeker aanbeveling

4 Klachtopvang door ikg's : de mening van de cliënten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de dienstverlening van de Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheids- zorg bekeken vanuit het oogpunt van IKG-clieuten.

De Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg zijn onderdeel van de regionale of provinciale patiënten- en consumentenplatforms (RP/CP's) en zijn gericht op onafhankelijk dienstverlening aan cliënten die een klacht hebben over de gezondheidszorg. De wens van de patiënt is het uitgangspunt bij de dienstverlening, maar de IKG's nemen de klacht niet van de cliënt over.

Het uitgangspunt bij de dienstverlening is de wens van de cliënt, waarbij het overigens niet de bedoeling is de klacht van de cliënt over te nemen, maar hem/haar te ondersteunen in de klachtenprocedure. Deze ondersteuning varieert van het aanhoren van de klacht, het geven van informatie en advies en verlenen van bijstand door onder andere het helpen met het schrijven van een klaagschrift en mee te gaan naar een gesprek met de betrokken hulpverlener, zittingen van de klachtencommissie en/of het tuchtcollege.

De keuze om juist IKG's nader te onderzoeken hangt samen met de plek die zij innemen binnen de door de patiëntenorganisaties geboden klachtopvang. Uit hoofdstuk 2 blijkt namelijk dat de IKG's binnen deze organisaties de meeste klachten ontvangt. Daarnaast blijken veel patiëntenorganisaties, maar ook zorgaanbieders en zorgverzekeraars zorggebruikers met een klacht door te verwijzen naar een IKG.

In dit onderzoek staan de toegankelijkheid van de IKG's en de wijze van dienstverlening centraal. Tevens wordt ingegaan op het oordeel van IKG-clieuten over de aangeboden dienstverlening en hun tevredenheid over deze dienstverlening. Ten slotte wordt aandacht besteed aan de uitkomst van de dienstverlening.

De onderzoeksvraag luidt dan ook als volgt:

Hoe is de toegankelijkheid en wijze van dienstverlening van IKG's en hoe wordt deze dienstverlening door de cliënten gewaardeerd?

4.2 Onderzoeksopzet

Onderzoekspopulatie

Ten behoeve van dit deelonderzoek is aan alle 28 bestaande IKG's om medewerking gevraagd. Vanwege een overbelasting van 4 IKG's, die reeds aan andere onderzoeken deelnamen, zijn uiteindelijk 24 IKG's gevraagd deel te nemen. Dertien IKG's hebben naar aanleiding van het schriftelijk verzoek te kennen gegeven mee te willen werken aan dit deelonderzoek.

Werkwijze met betrekking tot het selecteren van cliënten en versturen van de enquête.
Aan de 13 participerende IKG's is gevraagd om de laatste 20 cliënten uit hun volledige cliëntenbestand te selecteren. Inclusiecriteria waren dat het cliënten met een klacht over de gezondheidszorg betrof, dat de dienstverlening door het IKG in 1999 had plaatsgevonden en dat deze dienstverlening in oktober 1999 moest zijn afgerond.

Deze tijdspanne is gekozen omdat de (ex-)cliënten zich naar alle waarschijnlijkheid de recente ondersteuning nog kunnen herinneren en omdat pas een eindoordeel over de dienstverlening gegeven kan worden op het moment dat deze is beëindigd.

Alle 13 IKG's hebben een pakketje ontvangen met daarin 20 (Nivel-)enveloppen met daarin een enquête, een begeleidende brief (van de onderzoekers) en een portvrije antwoordenvlop. De (Nivel-)enveloppen dienden geadresseerd en verstuurd te worden aan de benaderde cliënten.

In de begeleidende brief is uitgelegd wat het doel van het onderzoek is en op welke wijze de enquêtes verstuurd zijn (door IKG in opdracht van het Nivel). De cliënten is vervolgens verzocht de enquête in te vullen en deze in de bijgevoegde antwoordenvlop naar het Nivel te sturen.

Daarnaast zaten in het pakketje 20 algemene herinneringen, die de IKG's ongeveer twee weken nadat ze de enveloppen met de enquête verstuurd hadden, naar alle benaderde cliënten moesten versturen ongeacht of deze de enquête reeds toegestuurd hadden.

Privacybescherming van cliënten

De reden waarom de IKG's is gevraagd zelf de cliënten te benaderen komt voort uit de privacybescherming van de cliënten. Door de IKG's de cliënten te laten benaderen, deze enquête vervolgens anoniem in te laten vullen en ze direct naar het Nivel te sturen, is de privacy van de cliënt gewaarborgd. Het Nivel is niet op de hoogte welke cliënten benaderd zijn en de IKG's zijn niet op de hoogte wie de enquête wel of niet heeft ingevuld. Wel is bij de onderzoekers bekend bij welk IKG de cliënt de ondersteuning heeft gehad, aangezien de antwoordenvoloppen voorzien zijn van een nummer van het corresponderende IKG. Door te kiezen voor deze onderzoeksopzet, is het risico aanwezig dat de respons minder hoog is, het voordeel is echter dat de privacy van de cliënten gewaarborgd is.

Meetinstrument

Centraal in dit deelonderzoek staan de toegankelijkheid en de werkwijze van de IKG's. Informatie over de toegankelijkheid van de IKG's is verkregen door te vragen naar de manier waarop de cliënten bekend zijn geworden met een IKG en de manier waarop het eerste contact met een IKG plaatsvond.

Informatie over de werkwijze van de IKG's is verkregen door te vragen naar de door de cliënten daadwerkelijk ontvangen dienstverlening.

Het oordeel van de cliënten over dienstverlening is geoperationaliseerd door vragen over de verwachtingen van cliënten over de dienstverlening en hun tevredenheid over de uiteindelijk ontvangen dienstverlening

Tot slot is gevraagd naar het uiteindelijke resultaat van de klachtopvang, namelijk in welke mate de cliënt zijn/haar doel heeft bereikt met behulp van de dienstverlening van een IKG.

De bovenstaande vragen zijn voorafgegaan door vragen over achtergrondkenmerken van de cliënt (leeftijd, geslacht, opleiding), de aard van de klacht en tegen welke zorgaanbieder deze is gericht. Tevens is gevraagd of de cliënt de klacht met de bij de klacht betrokken hulpverlener besproken heeft voordat hij/zij contact opnam met een IKG.

Respons

Tijdens het onderzoek bleek een IKG zich om ons onbekende redenen te hebben teruggetrokken, zodat uiteindelijk 12 IKG's in het onderzoek geparticipeerd hebben.

De 12 IKG's hebben tezamen in totaal 240 enquêtes naar 240 cliënten verstuurd. Het totaal aantal enquêtes, dat is geretourneerd, bedraagt 139. Elf enquêtes bleken niet bruikbaar, omdat zij ofwel ingevuld zijn op grond van een vraag in plaats van een klacht (8 enquêtes) waardoor zij buiten de inclusiecriteria vallen, ofwel omdat zij na de sluitingsdatum binnenkwamen (3 enquêtes). Het aantal bruikbare enquêtes is 128 (gem = 10,7 per IKG, range 7 -15), waardoor de uiteindelijke respons 53% bedraagt.

Overigens dient vermeld te worden dat een aantal cliënten het Nivel heeft gebeld met de vraag wat het IKG is, omdat zij de instantie waar zij hun klacht kenbaar gemaakt hebben niet onder deze naam kenden. Aan deze mensen is uitgelegd welke instantie hiermee bedoeld wordt. Het is dus mogelijk dat er cliënten zijn die een enquête hebben gekregen en niet ingevuld hebben, omdat zij niet wisten wat het IKG was.

4.3 Resultaten

4.3.1 Persoonskenmerken IKG-clieñten

Tabel 4.3.1 Persoonskenmerken IKG-clieñten (N=126)

	% NL*	% clieñten**
Geslacht		
Man	49	30
Vrouw	51	70
Leeftijdsklassen		
Jonger dan 25 jaar	-	2
25 tot en met 34 jaar	24	11
35 tot en met 44 jaar	23	22
45 tot en met 54 jaar	20	22
55 tot en met 64 jaar	14	25
65 jaar en ouder	19	17

	% NL*	% cliënten**
Geslacht		
Hoogst behaalde opleiding		
Lagere School/LBO	37	30
MAVO/MULO	15	23
HAVO/VWO/MBO	29	24
HBO	14	16
WO	5	5
Ziektekostenverzekering		
Ziekenfonds	67	73
Particulier	27	23
Publiekrechtelijk	5	4
Niet verzekerd	1	-

* CBS stand januari 1999

** Door afronding tellen niet alle percentages op tot 100%.

De bovenstaande tabel laat zien dat het merendeel (70%) van de cliënten van de IKG's van het vrouwelijk geslacht is. De gemiddelde leeftijd bedraagt 51 jaar (sd = 14, range = 24-86). In vergelijking met de algemene bevolking is de leeftijdsgroep van 55 tot 64 jaar sterk vertegenwoordigd. De spreiding van het opleidingsniveau is vergelijkbaar met de Nederlandse bevolking.

4.3.2 Gerichtheid en aard van de klachten

Gerichtheid van de klachten

De meeste klachten die de respondenten bij de IKG's kenbaar hebben gemaakt, hebben betrekking op een gedraging van huisartsen en medisch specialisten. Tezamen nemen zij bijna driekwart van alle klachten voor hun rekening.

Tabel 4.3.2 Zorgaanbieders waarop de klachten betrekking hebben (N=128)

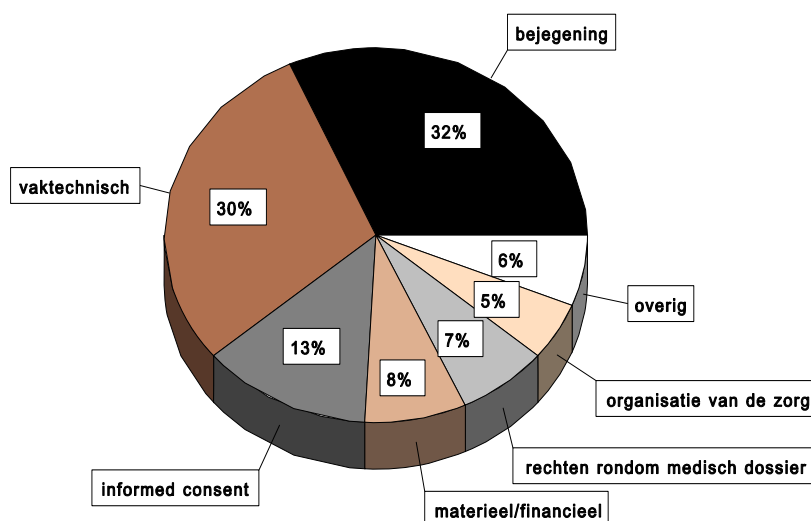
	%	Aantal
Huisarts	38	
Medisch specialist	35	45
Arts / co-assistent	9	12
Sociale verzekeringen (WVG)	5	6
Zorgverzekeraar	5	6
Psychiater / psycholoog/ psycho-therapeut	5	6
Apotheker	4	5
Tandarts	4	5
Fysiotherapeut	4	5
Verpleegkundige	2	3
GGD	2	3
Ziekenhuis	2	2
Anders	9	12
Totaal	124*	159

* Het totaal aantal klachten overstijgt de 100%, omdat een aantal respondenten klachten over meerdere zorgaanbieders had

Aard van de klachten

Met betrekking tot de aard van de bij de IKG's ingediende klachten, blijkt dat deze voornamelijk betrekking hebben op bejegeningaspecten, gevolgd door klachten van vaktechnische aard (Figuur 4.3.1).

Figuur 4.3.1 Aard van de klachten (in%*) (N=124)



4.3.3 Toegankelijkheid van de klachtopvang

Bekendheid

De responderende IKG-cliënten zijn in de meeste gevallen (29%) door de schriftelijke media (weekkrant, gemeentegids) bekend gemaakt met het IKG in de regio, daarnaast zijn relatief veel respondenten (25%) via een bekende geattendeerd op het IKG (Tabel 4.3.3).

Tabel 4.3.3 Bekendheid met IKG (N=123)

bekend via...	%	Aantal
Schriftelijke media (krant, gemeentegids etc)	29	35
Bekende	21	26
Folder IKG	13	16
Patiëntenvereniging	8	10
Telefonische informatielijn	7	9
Zorgverzekeraar	5	6
Al mee bekend	4	5
Hulpverlener	2	3
LIP	1	1
Anders	10	12

Eerste contact met IKG

Verreweg de meeste onderzochte cliënten (N=125) hebben tijdens het eerste contact met een van de IKG's een medewerker te spreken gekregen. In 75% van de gevallen betrof

dat een telefonisch contact, 9% van de respondenten zijn tijdens de gesprekken naar het IKG gegaan. De minderheid van de cliënten (16%) heeft niet bij de eerste poging een medewerker van een IKG kunnen bereiken (Tabel 4.3.4).

Tabel 4.3.4 Eerste contact van cliënten met IKG (N=125)

	%	Aantal
Ik belde en kreeg iemand aan de lijn	75	94
Ik ben het IKG tijdens een spreekuur binnengelopen	9	11
Ik belde en kreeg via het antwoordapparaat te horen wanneer er wel iemand aanwezig was	7	9
Ik belde en heb een boodschap op het antwoordapparaat ingesproken	3	4
Ik heb een brief geschreven	3	4
Ik belde en hoorde via het antwoordapparaat een ander telefoonnummer dat ik kon bellen	1	1
Anders	2	2

Voordat de onderzochte cliënten (N=123) contact opnamen met een IKG heeft 65% (=80) van hen de klacht met de bij de klacht betrokken hulpverlener besproken, 35% (=43) van de cliënten heeft zich meteen tot een IKG gewend.

4.3.4 Werkwijze van de IKG's volgens de cliënten

De daadwerkelijk geboden dienstverlening volgens de cliënten

Volgens de onderzochte cliënten (N=125) hebben de IKG's voornamelijk ondersteuning geboden door de cliënt de gelegenheid te geven zijn/haar verhaal te vertellen (74%) en informatie en advies te geven (74%) over mogelijkheden ten aanzien van het kenbaar maken c.q. indienen van een klacht bij de zorgaanbieder. In eenderde van de gevallen verleenden de IKG's bijstand door te helpen met het formuleren van een klaagschrift. In 15% van de gevallen werd bijstand verleend door de cliënt te begeleiden bij klachtbesprekingen en- procedures. In 14% van de gevallen is volgens de cliënten door de IKG's getracht het probleem op te lossen door de klacht te bespreken met de bij de klacht betrokken zorgaanbieder en 65% van de cliënten geeft aan dat hun klacht is geregistreerd (Tabel 4.3.5).

Tabel 4.3.5 Geboden dienstverlening van IKG's volgens de cliënten (N=125)

		%*	Aantal
Eerste opvang; aanhoren klacht:	Gelegenheid gegeven om verhaal te vertellen	74	92
Ondersteuning; informatie en advies:	Informatie en advies gegeven	74	92
	Doorverwezen naar andere instanties	21	27
Ondersteuning; bijstand:	Hulp geboden bij het opschrijven van de klacht	30	38
	Begeleid naar een gesprek met de hulpverlener	7	9
	Begeleid naar de zitting van de klachtencommissie	6	7
	Ondersteuning geboden tijdens tuchtrechtzaak	2	2
Probleemoplossing:	Contact opgenomen met de hulpverlener	14	18

		%*	Aantal
Kwaliteits- bevordering:	Registratie van de klacht	56	70
Overige acties:	Niet adequaat op de klacht gereageerd anders	2 6	2 8

* Meerdere antwoorden zijn mogelijk zodat de percentages de 100% overstijgen

4.3.5 Oordeel van cliënten over de dienstverlening door IKG's

Verwachtingen ten aanzien van dienstverlening

De redenen van de cliënten om een IKG te benaderen, waren enerzijds om hun verhaal te kunnen doen (82%) en serieus genomen (91%) te worden en anderzijds om geholpen te worden met de verdere procedure ten aanzien van de klacht (93%). Ook wilden de cliënten door het kenbaar maken van de klacht bij een IKG dat hierdoor voorkomen zou worden dat het gebeurde anderen (91%) en henzelf (81%) nogmaals zou overkomen. Tenslotte wilde 93% van de cliënten dat hen recht zou worden gedaan. Het herstellen van de relatie met de hulpverlener blijkt relatief minder vaak (63%) een reden te zijn om de klacht bij een IKG kenbaar te maken. In nog mindere mate (40%) was de reden dat de hulpverlener gestraft zou worden. Tot slot blijkt dat 80% van de cliënten (eigenlijk) niet wilde dat de klacht door een IKG overgenomen zou worden (Tabel 4.3.6 op de volgende bladzijde).

Tabel 4.3.6 Verwachtingen van cliënten over de dienstverlening van de IKG (in %*)

	Ik wilde:	Ja	Eigenlijk wel	Eigenlijk niet	Nee
Eerste opvang; aanhoren klacht:	Serieus genomen worden (N=109)**	79	12	5	5
	Dat er naar mij geluisterd zou worden (N=107)	79	9	7	6
	Mijn verhaal vertellen (N= 104)	72	10	6	13
Ondersteuning; bijstand:	Geholpen worden met de verder procedure (N=115)	82	11	1	6
	Ondersteund worden met het opschrijven van mijn klacht (N=98)	61	10	4	25
	De klacht aan het IKG overdragen en er zelf niets meer aan doen (N=97)	20	11	18	52
Probleemoplossing:	Dat er oplossing wordt gevonden (N=104)	74	12	6	9
	Dat het contact met de hulpverlener in de toekomst weer goed verloopt (N=101)	52	11	5	32
Preventie:	Voorkomen dat het gebeurde het mij nogmaals overkomt (N=103)	73	8	7	13
	Dat anderen horen van de fout die is gemaakt (N=106)	63	13	10	13
Kwaliteits- verbetering:	voorkomen dat anderen het gebeurde overkomt (N=117)	80	11	3	5

Ik wilde:		Ja	Eigenlijk wel	Eigenlijk niet	Nee
	Dat de kwaliteit van zorg verbeterd wordt (N=111)	77	14	4	6
	dat mijn klacht geregistreerd werd (N=108)	75	12	4	9
Rekenschap:	dat hulpverlener de fout toegeeft (N=109)	75	10	5	9
	dat mij recht zou worden gedaan (N=107)	82	11	2	5
	dat de hulpverlener gestraft zou worden (N=103)	31	9	12	49

* Door afronding overstijgen sommige items de 100%.

** Omdat deze vragen apart gesteld zijn, varieert de valide respons

Tevredenheid van de cliënten over de dienstverlening

De cliënten geven aan dat zij zich in 93% van de gevallen (eigenlijk wel) serieus genomen voelden en in 82% van de gevallen (eigenlijk wel) gesteund voelden door het IKG. Vierenzeventig procent van de cliënten is van mening dat het IKG (eigenlijk wel) voor hen opkwam, 19% twijfelt hieraan en 8% is van mening dat het IKG niet voor hen opkwam. In het verlengde daarvan is 13% de mening toegedaan dat het IKG (eigenlijk wel) voor de hulpverlener opkwam (Tabel 4.3.7 op de volgende bladzijde).

Tabel 4.3.7 Ervaring van cliënten over dienstverlening van het IKG (in %*)

	Ja	Eigenlijk wel	Eigenlijk niet	Nee
Het IKG heeft mij serieus genomen (N=116)**	90	3	4	3
Ik voelde mij gesteund door het IKG (N= 109)	71	11	13	6
Ik heb voldoende informatie van het IKG gekregen (N=113)	65	16	11	9
Het IKG heeft mij snel geholpen (N=102)	62	16	13	10
Het IKG was deskundig genoeg (N=101)	60	21	15	5
Ik vond dat het IKG voor mij opkwam (N=102)	60	14	19	8
Ik vond dat het IKG voor de hulpverlener opkwam (N=85)	5	8	21	66

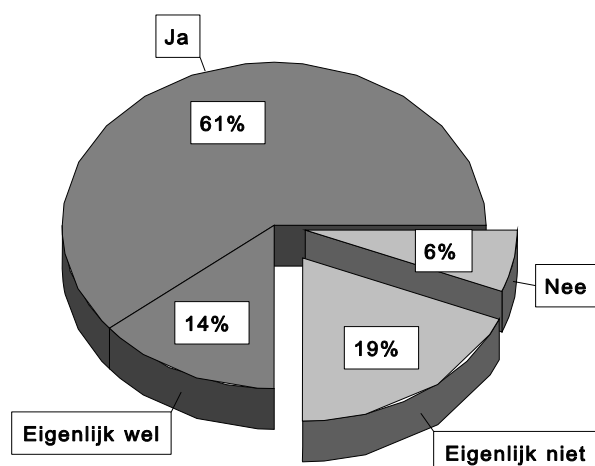
* Door afronding overstijgen een aantal items de 100%

** Omdat deze vragen apart gesteld zijn, varieert de valide respons

Wanneer gevraagd wordt naar een algemeen oordeel over de dienstverlening door de IKG's, dan blijkt dat driekwart (75%) van de cliënten (eigenlijk wel) tevreden is over de dienstverlening van de IKG's, een kwart is (eigenlijk niet) tevreden.

Tot slot blijkt dat 82% (=98) van de onderzochte cliënten (N=119) weer naar een IKG zal gaan, indien zij nogmaals ondersteuning nodig blijken te hebben, 18% (=21) geeft aan niet weer gebruik te zullen maken van de dienstverlening van de IKG's.

Figuur 4.3.2 Tevredenheid van cliënten over de dienstverlening van de IKG's (N=119)
(in %)



Wanneer we de tevredenheid van de cliënten relateren aan de door hen ontvangen dienstverlening, dan blijkt een aantal taken van de IKG's in hoge mate bij te dragen aan deze tevredenheid.

In tabel 4.3.8 wordt bekeken in welke mate de cliënten die tevreden zijn over de dienstverlening van de IKG's de in tabel 4.3.6 genoemde diensten verleend zijn. Met andere woorden, welke diensten hangen samen met een hoge tevredenheid onder klagers. Het blijkt dat het begeleiden van de klager tijdens een gesprek met de betrokken hulpverlener het meest bijdraagt aan de tevredenheid van cliënten. Alle cliënten (100%) die begeleid zijn door een IKG-medewerker zijn tevreden over de dienstverlening van de IKG's. Ook het bieden van hulp bij het schriftelijk formuleren van een klacht en het geven van informatie en advies, blijkt een positieve bijdrage te leveren bij de beoordeling over de tevredenheid.

Tabel 4.3.8 Succesfactoren dienstverlening IKG's

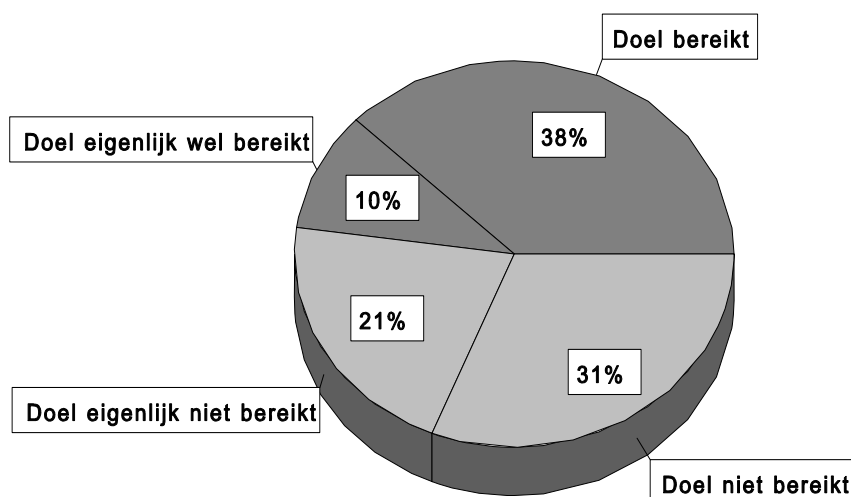
	% tevreden cliënten met deze ondersteuning	% tevreden cliënten zonder deze ondersteuning
Begeleid naar een gesprek met de hulpverlener	100	73
Hulp geboden bij het opschrijven van de klacht	90*	68*
Informatie en advies gegeven	84*	50*
Contact opgenomen met de hulpverlener	83	73
Gelegenheid gegeven om verhaal te vertellen	82*	53*
Registratie van de klacht	80	68
Begeleid naar de zitting van de klachtencommissie	71	75
Doorverwezen naar andere instanties	69	76

* p<.01

4.3.6 *Uitkomst van de klachtopvang*

Wanneer we kijken naar de uitkomst van de klachtopvang dan blijkt dat 48% van de cliënten met het kenbaar maken van een klacht bij een IKG (eigenlijk wel) bereikt heeft wat hij/zij wilde bereiken, 52% heeft (eigenlijk) niet bereikt wat hij/zij wilde bereiken (Figuur 4.3.3).

Figuur 4.3.3 Uitkomst klachtopvang (N=119)* (in %)



* Acht cliënten gaven aan dat de klachtprocedure nog niet is afgerond, deze cliënten zijn in bovenstaande figuur niet meegenomen.

4.3.7 *Gevolgen van uitkomst van de klachtopvang voor de beoordeling van de kwaliteit van de dienstverlening*

Uit de resultaten blijkt dat er een samenhang bestaat tussen de mate waarin volgens de cliënten het doel is bereikt, de tevredenheid over de dienstverlening en de overweging in de toekomst wederom gebruik te maken van de dienstverlening van een IKG. Het blijkt dat de mate waarin het doel van de respondent is bereikt in sterke mate (.677) samenhangt met tevredenheid over de dienstverlening. Daarnaast blijkt een samenhang aanwezig te zijn tussen de ondersteuning in de toekomst en de mate waarin het doel is bereikt (.555). In relatief mindere mate is er een samenhang tussen de ondersteuning in de toekomst en de tevredenheid over de dienstverlening (.358) (Tabel 4.3.9).

Tabel 4.3.9 Correlaties tussen mate waarin doel bereikt is, tevredenheid over de dienstverlening en eventuele ondersteuning in de toekomst

	Doel bereikt	Tevreden met dienstverlening IKG	Voor ondersteuning weer naar IKG
Doel bereikt	1000		
Tevreden met dienstverlening IKG	.677**	1000	
Voor ondersteuning weer naar IKG	.555**	.358**	1000

**p<.01

De cliënten, die niet bereikt hebben wat ze wilden bereiken, zijn in de helft (49%) van de gevallen wel tevreden over de dienstverlening van de IKG's (Tabel 4.3.10).

Tabel 4.3.10 Cliënten die hun doel bereikt hebben naar tevredenheid met de dienstverlening door IKG (N=116)

		Doel bereikt		
		Ja (%)	Nee (%)	Totaal (N)
Tevreden met dienstverlening IKG	Ja	98	49	85
	Nee	2	51	31
Totaal (N)		57	59	116

(Chi² p<.01)

Vervolgens blijkt dat van de cliënten die niet bereikt hebben wat ze wilden bereiken, tweederde de volgende keer toch weer voor ondersteuning naar een IKG gaat (Tabel 4.3.11).

Tabel 4.3.11 Mate waarin cliënten die hun doel bereikt hebben in de toekomst nogmaals naar het IKG toegaan voor ondersteuning (N=111)

		Doel bereikt		
		Ja (%)	Nee (%)	Totaal (N)
Nogmaals ondersteuning door IKG	Ja	95	67	90
	Nee	5	33	21
Totaal (N)		57	54	111

(Chi² p<.01)

Ten derde blijkt dat van de cliënten, die niet tevreden zijn over de dienstverlening van een IKG, eenderde voor eventuele toekomstige ondersteuning weer naar een IKG zal gaan (Tabel 4.3.12).

Tabel 4.3.12 Mate waarin de cliënten die tevreden zijn met de dienstverlening door de IKG's in de toekomst nogmaals naar het IKG toegaan voor ondersteuning (N=117)

		Tevreden met dienstverlening IKG		
		Ja (%)	Nee (%)	Totaal (N)
Nogmaals ondersteuning door IKG	Ja	97	36	96
	Nee	3	64	21
Totaal (N)		89	28	117

(Chi² p<.01)

4.4 Samenvatting en beschouwing

In dit deelonderzoek is geïnventariseerd hoe de dienstverlening van de IKG's wordt beoordeeld door de cliënten van de IKG's. Gekeken is naar de bekendheid van IKG's, de volgens de cliënten aangeboden dienstverlening, de verwachtingen van cliënten over de dienstverlening en de tevredenheid met de dienstverlening. Tot slot is gevraagd naar de mate waarin cliënten bereikt hebben wat ze wilden bereiken. In de volgende paragrafen zullen de resultaten nader bekeken worden.

Achtergrondkenmerken cliënten

Uit de resultaten komt naar voren dat IKG-clieënten voor het merendeel bestaat uit vrouwen met een leeftijd tussen de 55 en 64 jaar. Qua opleidingsniveau zijn de IKG-clieënten een afspiegeling van de Nederlandse bevolking.

Toegankelijkheid van de IKG's

De resultaten laten zien dat de meeste cliënten bekend zijn met de IKG's door middel van de schriftelijke media, een kwart is via een bekende geattendeerd op een IKG. Het is opmerkelijk dat een relatief grote groep (25% van de cliënten) bekend is met het IKG via een bekende. Als we deze groep namelijk vergelijken met het kleine percentage zorggebruikers dat de klacht bespreekt met een patiënten/consumentenorganisatie (waaronder IKG's), zoals in hoofdstuk drie naar voren is gekomen, dan kan geconcludeerd worden dat de IKG's eerder selectief (in relatief kleine kring) dan algemeen bekend zijn. Overigens is het niet de bedoeling de IKG's algemeen bekend te maken in de algemene bevolking, maar op het moment dat een klager ondersteuning wil bij het indienen van een klacht, dient informatie over IKG's gemakkelijk beschikbaar te zijn. Informatie over IKG's dient derhalve op grote schaal aanwezig te zijn.

Het eerste contact met een IKG blijkt in het algemeen telefonisch plaats te vinden, waarbij de cliënten in de meeste gevallen persoonlijk te woord worden gestaan. Volledigheidshalve dient echter opgemerkt te worden dat dit percentage gerelativeerd dient te worden. De IKG's geven namelijk zelf aan beperkt bereikbaar te zijn en ervaren dit als een probleem (NP/CF & SOKG, 1998). Het is dus goed mogelijk dat potentiële cliënten, die niet bij de eerste poging contact hebben met een IKG-medewerker niet meer terugbellen en dus buiten dit onderzoek vallen.

Het is opmerkelijk dat alhoewel de geselecteerde cliënten allen contact hadden met een IKG, de naam IKG niet altijd bekend is. Dit kan leiden tot verwarring voor de cliënten en draagt niet bij aan een eenduidig beeld van de IKG's.

De dienstverlening van de IKG's

De cliënten geven aan dat de redenen om de klacht aan een IKG kenbaar te maken enerzijds gelegen zijn in het serieus genomen worden, het vertellen van zijn/haar verhaal en het ontvangen van bijstand in de vorm van het helpen formuleren van een klaagschrift. Anderzijds zijn zij gelegen in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. In relatief mindere mate hebben zij ten doel de relatie met de zorgaanbieder te herstellen.

Wanneer we verwachtingen van de cliënten ten aanzien van de dienstverlening van de IKG's afzetten tegen de daadwerkelijke geboden dienstverlening door de IKG's, dan blijkt dat deze voornamelijk is gericht op het serieus nemen van de cliënt en het bieden van ondersteuning in de vorm van informatie en advies. Het verlenen van bijstand door het helpen met het formuleren van een klaagschrift blijkt slechts in eenderde van de gevallen geboden te worden. Deze discrepantie wordt mogelijk ondervangen door het geven van de informatie en advies aan de cliënt, zodat deze het klaagschrift zelf kan opstellen. Tot slot blijkt dat dienstverlening in de vorm van herstel van de relatie met de zorgaanbieder in slechts twee op de tien gevallen voor te komen, terwijl toch zes op de tien cliënten aangeeft het contact met de hulpverlener te willen verbeteren.

De verwachtingen van de cliënten en de volgens de cliënten daadwerkelijk geboden dienstverlening leiden tot een oordeel over deze dienstverlening. De resultaten laten zien dat driekwart van de cliënten tevreden is met de dienstverlening die door de IKG's geboden wordt. Dit houdt in dat een op de vier cliënten (eigenlijk) niet tevreden is over de geboden dienstverlening. Een oorzaak kan zijn dat cliënten andere verwachtingen hadden ten aanzien van de dienstverlening dan daadwerkelijk door de IKG's geboden kon worden. Daarnaast kunnen de verwachtingen van de cliënten te hoog gespannen zijn. Goede voorlichting over wat het IKG wel en vooral ook niet doet of kan doen voor een cliënt is erg belangrijk. Daarnaast is het van belang goed te informeren wat de cliënt wil bereiken met het kenbaar maken van de klacht en welke ondersteuning hij/zij verlangt.

Tevens is bekeken wat succesfactoren zijn ten aanzien van de dienstverlening van de IKG's. Hieruit blijkt dat het begeleiden van de klagers tijdens een gesprek met de betrokken hulpverlener in grote mate samenhangt met de tevredenheid van cliënten net als het bieden van hulp bij het schriftelijk formuleren van de klacht. Deze activiteiten blijken echter niet vaak voor te komen, maar als ze worden uitgevoerd blijken cliënten in hoge mate tevreden te zijn met de dienstverlening. IKG's zouden deze soort dienstverlening dus in meerdere mate moeten aanbieden, juist om ook het verschil in dienstverlening met de andere patiëntenorganisaties (vooral gericht op aanhoren van de klacht en informatievoorziening) te vergroten. Zij zouden zich dus met name moeten richten op de persoonlijke en individuele instrumentele ondersteuning.

Gevolgen van de uitkomst van de dienstverlening

Wanneer we ter afsluiting kijken naar de uitkomst van de klachtopvang en de gevolgen van de uitkomst voor de beoordeling van de kwaliteit van de dienstverlening, dan blijkt dat de helft van de cliënten niet bereikt heeft wat ze wilden bereiken.

Alles overziend kan geconcludeerd worden dat de toegankelijkheid van de IKG's enigszins problematisch lijkt door de bekendheid met een IKG in een relatief kleine kring in plaats van een algemene bekendheid in de gehele bevolking. Informatie over IKG's dient dus op grote schaal beschikbaar te zijn voor klagers die ondersteuning zoeken. De dienstverlening wordt over het algemeen positief beoordeeld, hoewel deze zich met name kenmerkt door affectieve handelingen (luisteren, ruimte bieden aan de cliënt zijn verhaal te vertellen) dan door instrumentele handelingen (hulp bieden bij het schriftelijk formuleren van de klacht, begeleiding bij gesprekken, contact opnemen met

hulpverlener). En juist deze instrumentele handelingen zorgen voor een grote tevredenheid onder de cliënten.

Dat de dienstverlening relatief goed gewaardeerd wordt blijkt uit het feit dat driekwart van de cliënten tevreden over de dienstverlening en 82% aangeeft indien noodzakelijk nogmaals voor ondersteuning naar het IKG te gaan, onafhankelijk of de cliënt zijn/haar doel wel of niet bereikt heeft.

5 Een inventarisatie van de klachttopvang in ziekenhuizen

5.1 Inleiding

Verschillende onderzoeken (Dane, 1999, Friele e.a., 1999, Triemstra, 1999) laten zien dat in ziekenhuizen na invoering van de WKCZ veel (meer) aandacht is ontstaan voor klacht-opvang. In talrijke ziekenhuizen speelt klachttopvang een belangrijke rol in de gehele klachtenbehandelingsprocedure of heeft het een formele plaats gekregen in het klachtenreglement van het ziekenhuis. In een aantal ziekenhuizen blijkt de klachttopvang zelfs een verplicht voortraject van de klachtenbehandeling te zijn (Van Wijmen & Dane, 1999).

Op grond van de gegevens over de klachttopvang in ziekenhuizen die in hoofdstuk twee zijn beschreven, lijkt een redelijk homogeen beeld naar voren te komen van de wijze waarop de klachttopvang in deze sector is vormgegeven. In dit onderzoek wordt de klacht-opvang van een tiental willekeurig geselecteerde ziekenhuizen bekeken, zodat deze veronderstelde homogeniteit geverifieerd kan worden. Daarnaast wordt op microniveau geïnventariseerd hoe klagers en aan-geklaagden de klachttopvang beoordelen. Deze inventarisatie richt zich op de ervaring met en het oordeel van klagers en aangeklaagden over de hun geboden klachttopvang. Hierbij zal worden gekeken of de veronderstelling die op basis van de WKCZ-evaluatie is geuit: dat een informele procedure (i.e. klachttopvang) van klachtafhandeling leidt tot een grotere tevredenheid bij klagers en wellicht ook bij aangeklaagden, dan een formele procedure (i.e. klachtbehandeling), inderdaad in de praktijk kan worden bevestigd.

Speciale aandacht gaat in dit onderzoek uit naar de toegankelijkheid en de werkwijze van de klachttopvang in ziekenhuizen. De onderzoeksvragen luiden dan ook:

- 1. Hoe is de toegankelijkheid en de werkwijze van de klachttopvang in ziekenhuizen vanuit het perspectief van klagers en aangeklaagden?**
- 2. Wat is de uitkomst van de klachttopvang volgens klagers en aangeklaagden?**

De onderzoeksvragen worden zowel bekeken vanuit het klagersperspectief als vanuit het aangeklaagdenperspectief. Vanuit het klagersperspectief staan twee aandachtsgebieden centraal. Het eerste aandachtsgebied heeft betrekking op de allereerste klachttopvang. Wat zijn de ervaringen van klagers die net de klacht in het ziekenhuis kenbaar gemaakt hebben en dus aan het begin van het klachttopvangtraject staan? Aandacht wordt besteed aan de wijze waarop het ziekenhuis op de klacht heeft gereageerd en welke ondersteuning is geboden.

Het tweede aandachtsgebied heeft betrekking op het gehele klachttopvangtraject en met name op de bemiddeling. Er wordt ingegaan op toegankelijkheid van de klachttopvang,

het oordeel over de werkwijze van de bemiddeling en de resultaten van de klachtopvang in termen van relatieherstel en probleemoplossing.

Vanuit het aangeklaagdenperspectief wordt zowel aandacht besteed aan de nulde-lijns klachtopvang (klachtenopvang door de bij de klacht betrokken hulpverlener), als aan de bekendheid van de betrokken hulpverlener met de klachtopvang van het ziekenhuis, het oordeel over de klachtenbemiddeling die heeft plaatsgevonden en de resultaten van de klachtopvang, onder andere in termen van relatieherstel en kwaliteitsverbetering

Om de oordelen van de klagers en aangeklaagden over de toegankelijkheid, de werkwijze en de resultaten van de klachtopvang te valideren wordt de procesmatige kant van de klachtopvang in de diverse ziekenhuizen nader onder de loep genomen. Hiertoe is een enquête onder de klachtenfunctionarissen van de geselecteerde ziekenhuizen afgenomen. Gekeken wordt naar de aanwezigheid, de wijze van bekendmaking en de inhoud van de klachtopvang. Op deze wijze kan bepaald worden in hoeverre sprake is van homogeniteit in de vormgeving van de klachtopvang in de ziekenhuissector.

Op deze plaats willen wij reeds opmerken, dat de respons op het eerste van de twee aandachtsgebieden vanuit klagersperspectief (de eerste klachtopvang) dermate klein is dat hierover geen resultaten gepresenteerd kunnen worden. In dit hoofdstuk zal dus alleen aandacht besteed worden aan het tweede aandachtsgebied vanuit klagersperspectief. Dit betekent dat voornamelijk aandacht besteed wordt aan de klachtenbemiddeling. Omdat klagers om tot bemiddeling te komen ook de allereerste opvang hebben doorlopen, is er toch enige informatie beschikbaar over de klachtenondersteuning bij het kenbaar maken van de klacht.

5.2 Onderzoeksopzet

Onderzoekspopulatie

Ten behoeve van dit deelonderzoek zijn op willekeurige wijze 13 algemene ziekenhuizen geselecteerd waarbij wel rekening is gehouden met geografische spreiding van de ziekenhuizen over Nederland en de grootte van de ziekenhuizen (i.e. het aantal bedden). De geselecteerde ziekenhuizen zijn via de klachtenfunctionaris telefonisch benaderd met het verzoek deel te nemen. Tien ziekenhuizen stemden toe deel te nemen in het onderzoek.

Werkwijze met betrekking tot het benaderen van cliënten en versturen van de enquête.

Het benaderen van de klagers die aan het begin van het klachtopvangtraject stonden, vond plaats op basis van binnenkomst. Elke klager die in de periode januari-februari 2000 een klacht kenbaar maakte, zou via de klachtenfunctionaris persoonlijk een enquête overhandigd krijgen.

Voor het benaderen van klagers en aangeklaagden die het gehele klachtopvangtraject hadden doorlopen, is participerende ziekenhuizen gevraagd de laatste 20 klagers en 20 aangeklaagde hulpverleners uit hun volledige bestand te benaderen. Inclusiecriteria waren dat het klagers en aangeklaagden betrof, die in 1999 deelgenomen hadden aan een

bemiddelingspoging¹ welke in oktober 1999 moest zijn afgerond. Deze tijdspanne is gekozen omdat de (ex-)klagers en (ex-) aangeklaagden zich naar alle waarschijnlijkheid de recente klachtopvang nog kunnen herinneren en omdat pas een eindoordeel over de klachtopvang gegeven kan worden op het moment dat deze is beëindigd.

De klachtenfunctionarissen van de 10 ziekenhuizen hebben een pakketje ontvangen met daarin:

1. 50 (Nivel-)enveloppen met een enquête, een begeleidende brief (van de onderzoekers) en een portvrije antwoordenvolp. Van de 50 enveloppen waren er 10 bestemd voor klagers die aan het begin van het klachtopvangtraject stonden, 20 bestemd voor de klagers die het gehele traject doorlopen hadden en 20 voor de aangeklaagden. De 10 enveloppen, bestemd voor klagers die aan het begin van het traject stonden en dus hun klacht niet kenbaar maken, zijn door de klachtenfunctionarissen ter plekke aan de klager meegegeven. De overige 40 enveloppen dienden door de klachtenfunctionarissen geadresseerd en verstuurd te worden aan de geselecteerde klagers en aangeklaagden. In de begeleidende brief, die toegevoegd is aan alle enquêtes, is uitgelegd wat het doel van het onderzoek is, op welke wijze de enquêtes verstuurd zijn (door de ziekenhuizen in opdracht van het Nivel). Aan alle klagers is nadrukkelijk meegedeeld dat het al dan niet deelnemen aan dit onderzoek geen gevolgen heeft voor eventuele toekomstige behandelingen in het desbetreffende ziekenhuis. Alle klagers en aangeklaagden is verzocht de enquête in te vullen en deze in de bijgevoegde antwoordenvolp naar het Nivel te sturen.
2. 40 algemene herinneringen, die de klachtenfunctionarissen van de ziekenhuizen ongeveer twee weken nadat ze de enveloppen met de enquête verstuurd hadden, naar alle benaderde klagers en aangeklaagden dienden te versturen ongeacht of deze de enquête reeds aan het Nivel geretourneerd hadden. De 10 klagers die de enquête bij het kenbaar maken van de klacht hebben gekregen hebben geen herinnering gekregen, omdat van deze klagers vaak het adres niet bekend is, omdat (nog) geen verder actie is ondernomen.
3. Een enquête die door de klachtenfunctionaris zelf ingevuld diende te worden.

Privacybescherming van cliënten

De reden waarom de ziekenhuizen is gevraagd zelf de klagers en aangeklaagden te benaderen houdt verband met de privacybescherming van deze personen. Door de ziekenhuizen de klagers en aangeklaagden te laten benaderen, vervolgens de enquêtes anoniem in te laten vullen en ze direct naar het Nivel sturen is de privacy van de klagers en aangeklaagden gewaarborgd. Het Nivel is niet op de hoogte welke klagers en aangeklaagden benaderd zijn en de ziekenhuizen zijn niet op de hoogte wie de enquête wel of niet heeft ingevuld. Wel is bij de onderzoekers bekend uit welk ziekenhuis de klagers en aangeklaagden afkomstig zijn aangezien de antwoordenvolpen zijn voorzien van een met het desbetreffende ziekenhuis corresponderend nummer. Door deze

¹ Met een bemiddelingspoging wordt bedoeld dat de klachtenbemiddelaar tracht de klacht op te lossen al dan niet in het bijzijn van de klager of de aangeklaagde

werkwijze is het risico op een lagere respons weliswaar hoger, maar is de privacy van klagers en aangeklaagden gewaarborgd.

Meetinstrument

Zoals hierboven vermeld is voor dit deelonderzoek gebruik gemaakt van vier verschillende schriftelijke enquêtes.

Er zijn twee enquêtes voor klagers ontwikkeld; één enquête die ingaat op de beoordeling van de eerste klachtopvang en één enquête die bedoeld is voor klagers die het gehele klachtopvangtraject (ondersteuning en bemiddeling) hebben doorlopen en afgerond. In de eerstgenoemde enquête wordt met name gevraagd hoe het ziekenhuis gereageerd heeft op het kenbaar maken van de klacht. In de tweede enquête zijn vragen opgenomen over de manier waarop klagers bekend zijn geworden met de klachtopvang in het ziekenhuis, hoe zij zijn ondersteund bij het kenbaar maken en indienen van een klacht, welke verwachtingen zij hadden ten aanzien van de klachtenbemiddeling, wat de ervaring is met de klachtopvang en hoe ze de klachtopvang beoordeeld hebben? Daarnaast is gevraagd naar de uitkomst van de bemiddeling in termen van probleemoplossing, herstel van de arts-patiëntrelatie en het ontstaan van wederzijds begrip. Ten slotte zijn vragen gesteld over eventuele vervolgstappen na afloop van de klachtenbemiddeling.

In de enquête voor de aangeklaagde hulpverleners wordt ingegaan op de mate waarin hulpverleners zelf verantwoordelijk zijn voor de opvang van klachten. Voorts is bij de aangeklaagden informatie gevraagd over de manier waarop de klacht aan hen bekend is gemaakt, of zij bekend waren met de klachtenbemiddeling en of zij voorafgaande aan de klachtenbemiddeling informatie over de klachtenbemiddeling hebben ingewonnen. Vervolgens is informatie verzameld over de wijze waarop de klacht is bemiddeld en hoe hulpverleners deze werkwijze beoordelen. Tot slot is bekeken in hoeverre de klacht volgens de aangeklaagden na de klachtenbemiddeling is afgehandeld.

De enquête voor de klachtenfunctionaris is voornamelijk gericht op de procesmatige aspecten van de klachtopvang, waarbij de nadruk ligt op de toegankelijkheid en de werkwijze van de klachtopvang in de ziekenhuizen. Toegankelijkheid is in deze enquête geoperationaliseerd door te vragen naar de manier waarop patiënten bekend gemaakt worden met de klachtopvang, het aantal uren dat de klachtenfunctionaris aanwezig is, wie verantwoordelijk is voor de eerste opvang van klachten en op welke manier klachten kenbaar gemaakt moeten worden. Informatie over de werkwijze van de klachtopvang is verkregen door middel van vragen over de werkwijze bij de klachtenondersteuning en klachtenbemiddeling, eventueel gevolgde deskundigheidsbevorderende cursussen, de looptijd van een klacht, en de protocollering van de klachtopvang.

Respons

In de inleiding van dit hoofdstuk is naar voren gekomen dat de respons van het klagersperspectief ten aanzien van de eerste opvang summier is. In totaal zijn er 100 enquêtes naar de tien ziekenhuizen verstuurd, waarvan er 20 geretourneerd zijn, voornamelijk afkomstig uit drie ziekenhuizen. Deze geringe respons is waarschijnlijk veroorzaakt doordat de enquêtes meegegeven dienden te worden aan klagers, die in de maand januari een klacht kenbaar maakten. Wellicht is één maand voor de meeste ziekenhuizen te kort om tien potentiële klagers te benaderen. Vanwege deze geringe

respons en de concentratie op drie ziekenhuizen is deze enquête in het vervolg van het onderzoek niet meer meegenomen.

Van de 200 enquêtes aan klagers die het klachttopvangtraject hebben afgerond en 200 enquêtes aan aangeklaagden die de 10 geselecteerde ziekenhuizen hebben ontvangen, zijn er in het totaal 184 aan klagers en 184 aan aangeklaagden verstuurd. Vervolgens hebben 115 klagers de enquêtes aan het Nivel geretourneerd. Van deze 115 enquêtes kwam 1 enquête na de sluitingsdatum binnen en bleken 5 enquêtes niet bruikbaar. De totale netto respons van de klagers bedraagt 109 enquêtes (59%).

Het aantal ontvangen enquêtes van de aangeklaagden bedraagt 90, hiervan kwam 1 enquête na sluitingsdatum binnen, de uiteindelijke netto respons is 48%.

De 10 klachtenfunctionarissen hebben allen de enquête ingevuld en geretourneerd.

Vermeld dient te worden dat, alhoewel alleen klagers en aangeklaagden door de ziekenhuizen zijn benaderd, die aan een bemiddelingspoging hebben deelgenomen, 29% van de onderzochte klagers (N=109) aangeeft dat er geen bemiddeling plaatsgevonden, de resultaten die specifiek op de bemiddeling ingaan zullen derhalve gebaseerd zijn op 75 klagers in plaats van 109.

Daarnaast blijkt dat niet alleen aangeklaagde hulpverleners, maar ook leidinggevenden van aangeklaagde hulpverleners een enquête hebben ontvangen en deze ingevuld en geretourneerd hebben. De groep van 89 hulpverleners bestaat dus uit 59 aangeklaagde hulpverleners en 30 leidinggevenden van aangeklaagde hulpverleners. Ook hier blijkt een aantal aangeklaagden niet deel te hebben genomen aan de klachtenbemiddeling. Het gaat hierbij om 14% (=8) van de onderzochte hulpverleners (N=59) en 27% (=8) van de leidinggevenden (N=30). De resultaten met betrekking tot de klachtenbemiddeling hebben dus betrekking op 51 hulpverleners en 22 leidinggevenden.

Tabel 5.2.1 Verstuurde enquêtes en respons

	Gestuurd aan ziekenhuizen	Door ziekenhuizen verstuurd	Door Nivel ontvangen	Bruikbaar	Respons
	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	%
Klagers (eerste opvang)	100	?	20	-	20
Klagers (bemiddeling)	200	184	115	109	59
Aangeklaagden	200	184	90	89	48
Klachtenfunctionarissen	10	10	10	10	100

5.3 Klachttopvang in ziekenhuizen: instellingsperspectief

5.3.1 Ziekenhuiskenmerken

In Tabel 5.3.1 wordt gerapporteerd over de achtergrondkenmerken van de geselecteerde ziekenhuizen. Het aantal klachten dat de tien ziekenhuizen volgens de klachtenfunctionarissen in 1999 ontving, varieert van 12 tot 440. Aangezien het aantal

klachten dat een ziekenhuis ontvang samenhangt met de grootte van het ziekenhuis, is in de vierde kolom berekend hoeveel klachten in 1999 gemiddeld per bed binnenkwamen. Dit aantal varieert van 0.04 tot 0.6 klachten per bed. Voorzover bekend hebben alle ziekenhuizen een aansprakelijkheidsverzekering afgesloten, in de meeste gevallen bij Medi Risk (5x), gevolgd door The St. Paul's (3x) en Nationale Nederlanden (1x). Van één ziekenhuis is de verzekeraar onbekend.

Tabel 5.3.1 Achtergrond ziekenhuizen

Ziekenhuis	Aantal bedden*	Aantal klachten klachttopvang in 1999	Gemiddeld aantal klachten per bed	Aantal klachten klachtenbehandeling in 1999
1	190	46	3	3
2	240	88	4	4
3	320	168	5	7
4	340	12	4	3
5	350	?	?	?
6	420	148	4	7
7	450	136	3	5
8	490	120	3	5
9	600	166	3	36
10	700	440	6	60
Totaal		1172		94

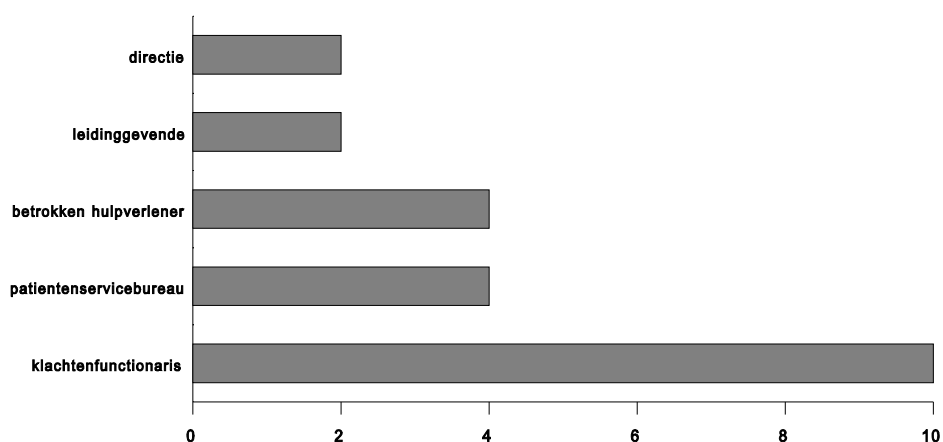
* afgerond op tientallen

5.3.2 Toegankelijkheid van de klachttopvang

Aanwezigheid van klachttopvang

In alle ziekenhuizen is een klachtenfunctionaris verantwoordelijk voor de eerste opvang van klachten. Ziekenhuizen hebben deze persoon verschillende benamingen gegeven zoals ombudsfunctionaris, vertrouwenspersoon of klachtenfunctionaris. Daarnaast is in vier van de tien ziekenhuizen het patiëntenservicebureau een aanspreekpunt voor de eerste opvang (Figuur 5.3.1). Ook de leidinggevende en/of directie wordt gezien als (mede)verantwoordelijk voor de eerste klachttopvang. Het blijkt dat in zeven van de tien ziekenhuizen zowel de klachtenondersteuning als de klachtenbemiddeling door dezelfde persoon plaatsvindt.

Figuur 5.3.1 Persoon die volgens de klachtenfunctionaris binnen het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de eerste opvang van klachten (N=10)



* Meerdere antwoorden zijn mogelijk

Beschikbaarheid

In 8 van de 10 ziekenhuizen is de klachtopvang 21 tot 40 uur per week telefonisch bereikbaar. In de helft van de ziekenhuizen is de klachtopvang gedurende deze tijden tevens persoonlijk bereikbaar. In één ziekenhuis is de klachtenfunctionaris alleen op afspraak persoonlijk bereikbaar (Tabel 5.3.2).

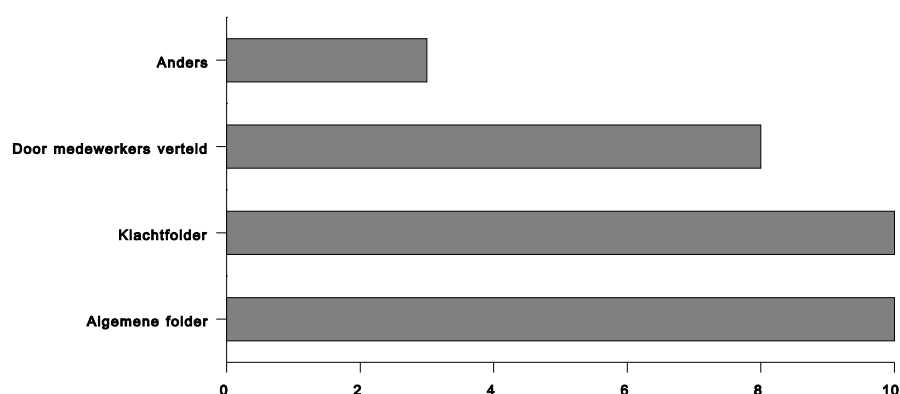
Tabel 5.3.2 Beschikbaarheid klachtopvang (N=10)

	Telefonisch	Persoonlijk
1-5 uur	1	1
6-10 uur	-	-
11-15 uur	1	1
16-20 uur	-	2
21-40 uur	8	5
Alleen volgens afspraak	-	1

Bekendheid

Volgens alle klachtenfunctionarissen wordt de aanwezigheid van klachtopvang in het ziekenhuis zowel bekend gemaakt door middel van de algemene ziekenhuisfolder als met behulp van een aparte klachtfolder. Daarnaast is het niet ongebruikelijk dat patiënten van de klachtopvang horen via de ziekenhuismedewerkers (Figuur 5.3.3).

Figuur 5.3.3 Wijze waarop volgens de klachtenfunctionarissen de klachtopvang kenbaar wordt gemaakt (N=10)



* Onder andere wordt genoemd enquêteformulier bij ontslag, afdelingsbrochure, media

Laagdrempeligheid

In de meeste (9) ziekenhuizen worden klachten telefonisch kenbaar gemaakt. In vier ziekenhuizen worden klachten (tevens) schriftelijk kenbaar gemaakt en in één ziekenhuis is het verplicht een klacht schriftelijk kenbaar te maken. In twee van de onderzochte ziekenhuizen worden klachten (ook) telefonisch kenbaar gemaakt.

5.3.3 *Werkwijze van de klachtopvang*

Taken klachtopvang

Volgens de klachtenfunctionarissen wordt in de onderzochte ziekenhuizen ondersteuning aan klagers geboden door middel van het aanhoren van de klacht (=10), het geven van informatie en advies (=9) en het doorverwijzen naar andere geëigende instanties (=8). Bijstand wordt door de meeste klachtenfunctionarissen (=9) verleend door mee te gaan naar een gesprek met de hulpverlener. Vier van de onderzochte klachtenfunctionarissen geven aan mee te helpen met het schriftelijk formuleren van een klaagschrift ten behoeve van behandeling door de klachten-commissie. Drie klachtenfunctionarissen geven aan bijstand te verlenen door te klager te bege-leiden bij het gesprek met de klachtencommissie. Tevens geven alle klachtenfunctionarissen aan klachten te bemiddelen (Tabel 5.3.3).

Tabel 5.3.3 Taken klachtopvang (N=10)

	Aantal
Aanhoren van de klacht	10
Registreren van klachten	10
Klachtenbemiddeling	10
Geven van informatie en advies	9
Bijstand verlenen tijdens gesprek met de betrokken hulpverlener	9
Doorverwijzen	8
Helpen met het schriftelijk formuleren van de klacht	4
Bijstand verlenen tijdens gesprek met klachtencommissie	3

Werkwijze bij klachtenbemiddeling

De wijze waarop klachtenbemiddeling wordt vormgegeven varieert. In alle onderzochte ziekenhuizen komen (minstens) twee verschillende bemiddelingsvormen voor. Ten eerste het bespreken van de klacht met de klager en aangeklaagde in elkaars afwezigheid. De klachten-functionaris bespreekt de klacht in dit geval eerst met de klager en daarna met de aangeklaagde hulpverlener. De reactie van de hulpverlener wordt vervolgens teruggekoppeld door de klachtenfunctionaris. Het komt echter ook voor dat de aangeklaagde een schriftelijk reactie op de klacht naar de klager stuurt. De andere bemiddelingsvorm betreft het bespreken van de klacht in de aanwezigheid van zowel de klager als de aangeklaagde. In drie ziekenhuizen vindt tevens schriftelijke bemiddeling plaats (Tabel 5.3.4)

Tabel 5.3.4 Verschillende werkwijzen klachtenbemiddeling (N=10)

	Aantal
Klacht eerst bespreken met de patiënt, vervolgens klacht bespreken met hulpverlener, de reactie van de hulpverlener aan de patiënt mededelen	10
Regelen van een gesprek tussen de patiënt en de hulpverlener en als bemiddelaar het gesprek begeleiden	10
Regelen van een gesprek tussen de hulpverlener en de patiënt	7
Regelen van een gesprek tussen de patiënt en de hulpverlener en als ondersteuner van de patiënt optreden	4
Schriftelijke afhandeling	3

Snelheid

De helft van de klachtenfunctionarissen geeft aan dat de tijd tussen het kenbaar maken van de klacht door een klager en de klachtenbemiddeling over het algemeen 2 weken is. In alle ziekenhuizen vindt de bemiddeling in ieder geval binnen 1 maand na het kenbaar maken van de klacht plaats.

Deskundigheid

Ten behoeve van de bevordering van de deskundigheid op het gebied van de klachtopvang heeft het merendeel van de klachtenfunctionarissen een cursus voor klacht-ondersteuning (=8) en een cursus voor klachtenbemiddeling gevolgd (=7). In de meeste gevallen werden deze cursussen door de SOKG (Stichting Ondersteuning Klacht opvang Gezondheidszorg) gegeven (Tabel 5.3.5).

Tabel 5.3.5 Deskundigheid klachtenfunctionaris (N=10)

	Cursus gevolgd voor de ondersteuning van klachten	Cursus gevolgd voor de bemiddeling van klachten
Nee	2	3
Ja, namelijk	8	7
SOKG	6	5
Tromp en Partners	1	1
onbekend	1	1

Protocollering

De tien onderzochte ziekenhuizen hebben allen de klachtenbemiddeling formeel vastgelegd. De gang van zaken rondom de ondersteuning van klachten is in zeven ziekenhuizen vastgelegd. Acht van de tien ziekenhuizen hebben dit document toegestuurd.

5.4 Klachtopvang in ziekenhuizen: patiëntenperspectief

5.4.1 Achtergrondkenmerken klagers

In Tabel 5.4.1 worden de klagers¹ op een aantal achtergrondkenmerken vergeleken met de achtergrondkenmerken van patiënten die in 1997/1998 in ziekenhuizen zijn opgenomen (CBS, 1999). Opgemerkt dient te worden dat deze vergelijking slechts indicatief is, omdat in dit onderzoek geen onderscheid is gemaakt tussen opgenomen en poliklinische patiënten. Daarnaast zijn in de CBS-cijfers geen patiënten opgenomen die in het ziekenhuis zijn bevallen. Ten slotte is het mogelijk dat de klager en de patiënt niet dezelfde persoon zijn (bijvoorbeeld een dochter dient namens haar moeder een klacht in). Uit de tabel blijkt dat de klagers voornamelijk van het vrouwelijk geslacht zijn. De leeftijds-categorieën van de klagers zijn min of meer evenredig aan de leeftijds-categorieën van de opgenomen patiënten, wel lijken ouderen (65 jaar en ouder) minder te klagen dan personen tussen de 25 en 64 jaar. Met betrekking tot het opleidingsniveau wordt er relatief weinig geklaagd door mensen met een lage opleiding (Basisonderwijs). Personen met een hoog-opleidingsniveau (HBO en WO) klagen relatief vaker.

Tabel 5.4.1 Persoonskenmerken klagers (N=109)

	Klagers	%opgenomen patiënten*
Leeftijd	%	%
Jonger dan 25 jaar	5	8
25-44 jaar	33	28
45-64 jaar	37	31
65 jaar en ouder	26	32
Geslacht		
Man	30	54
Vrouw	70	46
Opleidingsniveau		
Basisonderwijs/LBO	29	42
MAVO/MULO	18	10
MBO/HAVO/VWO	25	33
HBO	18	11
WO	10	5
Verzekeringvorm		
Ziekenfonds	64	70
Particulier	34	30

¹ Er is geen onderscheid gemaakt tussen klinische en poliklinische patiënten met klachten

* Deze percentages zijn gebaseerd op de achtergrondkenmerken van patiënten die in 1998 in het ziekenhuis zijn opgenomen. Bij de klagers is echter geen onderscheid gemaakt tussen opgenomen patiënten en poliklinische patiënten zodat de gepresenteerde cijfers slechts indicatief zijn.

5.4.2 Gerichtheid en aard van de klachten

Gerichtheid van de klacht

Ongeveer tweederde van de klachten (62%) is gericht op een medisch specialist, eenderde (33%) van de klachten is gericht op het verplegend personeel en een kwart van de klachten (24%) heeft betrekking op co- of arts-assistenten (telt op boven 100%, aangezien soms meerdere hulpverleners bij klacht betrokken zijn).

Tabel 5.4.2 Hulpverlener waarop de klacht betrekking heeft (N=82)

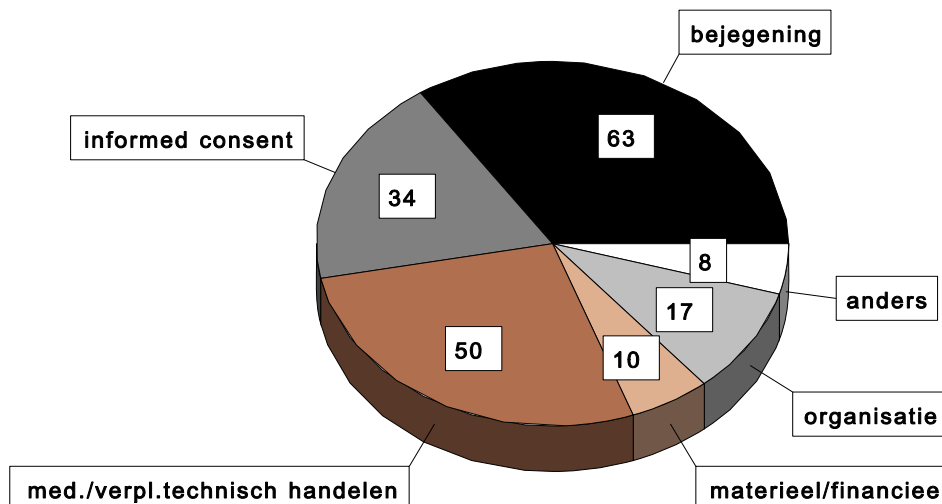
	%*	Aantal
Medisch specialist	62	51
Verpleegkundige / verpleging	33	27
Arts- / co-assistent	24	20
Ziekenhuis	18	15
Geen hulpverlener (baliemedewerker, opnamebureau)	5	5
Anders	7	6
Totaal	149	124

* Sommige klagers geven aan dat er meerdere hulpverleners bij de klacht betrokken waren, waardoor het totaal aantal klachten de 100% overstijgt.

Aard van de klachten

De onderzochte klagers (N=109) rapporteren voornamelijk klachten, die betrekking hebben op bejegening (63%), gevolgd door klachten over medisch/verpleegkundigtechnisch handelen (50%) en informed consent (34%).

Figuur 5.4.1 Aard van de klachten volgens klagers (in %*) (N=109)



* De percentages klachten overstijgen de 100%, omdat een aantal klagers meerdere klachtaspecten aangeven

5.4.3 Klachtopvang op de werkvloer

Van de onderzochte klagers (N=105) heeft 42% de klacht eerst met de betrokken hulpverlener besproken voordat gebruik werd gemaakt van de klachtopvang van het ziekenhuis, 58% heeft de klacht niet eerst met de betrokken hulpverlener besproken.

5.4.4 Toegankelijkheid van de klachtopvang in de ziekenhuizen

Bekendheid met klachtopvang

Ongeveer tweederde (68%) van de onderzochte klagers (N=105) geeft aan dat zij bekend is geworden met de klachtopvang via het ziekenhuis, namelijk via een klachtfolder (30%), via medewerkers van het ziekenhuis, waaronder personeel informatiebalie (24%), via betrokken hulpverleners (8%) en via de directie (6%). Eenderde van de onderzochte klagers is bekend met de klachtopvang van het ziekenhuis door informatie van derden buiten het ziekenhuis zoals bekenden, informatielijnen en de huisarts (Tabel 5.4.3).

Tabel 5.4.3 Bekendheid van klagers met de klachtopvang in ziekenhuis (N=103)

	%	Aantal
Binnen ziekenhuis:	67*	69
klachtfolder	30	31
medewerker ziekenhuis	16	16
receptie / informatiebalie	8	8
betrokken hulpverlener	8	8
rechtstreeks directie benaderd	6	6
Buiten het ziekenhuis:	33**	31
Zelf al mee bekend	8	8
Via bekende	6	6
Telefonische informatielijn	6	6
IKG	2	2

	%	Aantal
Huisarts	4	4
Zorgverzekeraar	1	1
Anders	5	5

* door afronding tellen de percentages niet op tot 67%

** door afronding tellen de percentages niet op tot 33%.

Eerste ingang

De klachten zijn in 55% van de gevallen kenbaar gemaakt bij de klachtenfunctionaris van de ziekenhuizen, in 24% van de gevallen bij het patiëntenservicebureau en 20% geeft aan de klacht bij de directie ingediend te hebben (Tabel 5.4.4).

Tabel 5.4.4 Plaats waar klachten door klagers kenbaar is gemaakt (N=106)

Kenbaar gemaakt bij:	% *	Aantal
Klachtenfunctionaris	55	58
Patiëntenservicebureau	24	25
Directie	20	21
Klachtencommissie	10	11
Leidinggevende	6	6
Anders	10	11

* de percentages overstijgen de 100%, omdat een aantal respondenten de klacht bij meerdere personen kenbaar heeft gemaakt

Van het totaal aantal klachten, dat door de onderzochte klagers (N=106) is ingediend, is 44% (=47) schriftelijk ingediend, 36% (=38) is persoonlijk bij een van de onderstaande personen kenbaar gemaakt en 20% (=21) van de respondenten heeft de klacht telefonisch doorgegeven.

5.4.5 Werkwijze van de klachtopvang

De werkwijze van de klachtopvang wordt in deze paragraaf onderverdeeld in de werkwijze ten aanzien van de klachtenondersteuning en de werkwijze ten aanzien van de klachten-bemiddeling. Allereerst worden de resultaten gepresenteerd ten aanzien van de ondersteuning die klagers hebben ontvangen.

Werkwijze klachtenondersteuning

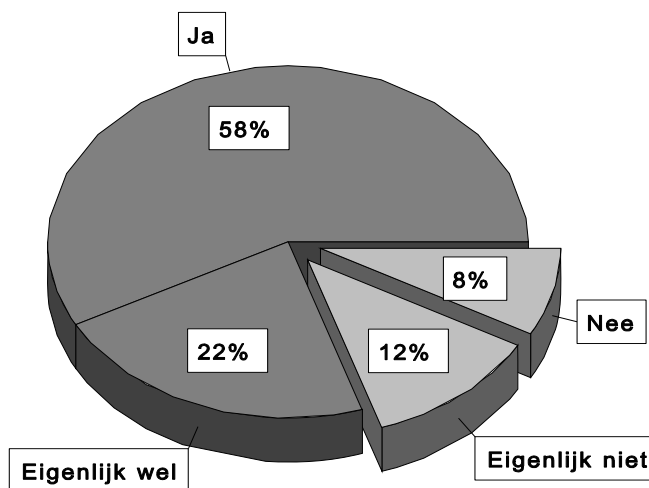
Wanneer gevraagd wordt naar de wijze waarop de respondenten zijn ondersteund bij het kenbaar maken van de klacht, dan blijkt dat tweederde (66%) van de onderzochte klagers de ruimte heeft gekregen zijn/haar verhaal te vertellen, 29% heeft informatie en advies gekregen over eventueel te volgen stappen en in een kwart van de gevallen (resp. 25% en 23%) is door de klachtenfunctionaris aangeboden, de klacht met de hulpverlener te bespreken of de klager te begeleiden tijdens een gesprek met de hulpverlener. In 7% van de gevallen is de klacht geheel schriftelijk afgehandeld. Vier (=4%) klagers geven aan dat er door de klachtopvangmedewerker niet adequaat op de klacht is gereageerd (Tabel 5.4.5).

Tabel 5.4.5 Werkwijze klachtenondersteuning volgens klagers (N=107)

	%	Aantal
Ik heb de ruimte gekregen om verhaal te vertellen	66	71
De klacht is geregistreerd	42	45
Ik heb informatie en advies gekregen	29	31
De klachttopvang bespreekt de klacht met de aangeklaagde	25	27
De klachttopvang heeft mij aangeboden mee te gaan naar een gesprek met aangeklaagde	23	25
De klacht is schriftelijk afgehandeld	7	8
Ik ben doorverwezen	6	6
Ik ben ondersteund bij het schrijven van een klaagschrift voor de klachtencommissie	6	6
De klacht is telefonisch afgehandeld	4	4
De klachttopvang heeft niet adequaat op mijn klacht gereageerd	4	4
Anders	4	4

Over de ontvangen ondersteuning is iets meer dan de helft (58%) van de klagers tevreden 22% is eigenlijk tevreden, 20% geeft aan (eigenlijk) niet tevreden te zijn (Figuur 5.4.2, volgende bladzijde).

Figuur 5.4.2 Tevredenheid van klagers over werkwijze bij klachtenondersteuning (in %) (N=105)



Werkwijze klachtenbemiddeling

Niet alle klagers geven aan een bemiddelingspoging ondernomen te hebben. Van de 109 onderzochte klagers heeft 29% geen klachtenbemiddeling ondernomen. Bij 75 klagers heeft wel klachtenbemiddeling plaatsgevonden. In het vervolg van de paragraaf worden dus alleen resultaten gepresenteerd van deze groep klagers.

Tabel 5.4.6 Verwachtingen van klagers ten aanzien van de klachtenbemiddeling (in %)*

		Ja	Eigenlijk wel	Eigenlijk niet	Nee
Kenbaar maken van klacht:	Ik wilde dat er naar mij geluisterd werd (N=67)**	84	8	6	3
	Uiten van mijn onvrede (N=68)	88	9	3	-
Probleem- verheldering en - oplossing:	Uitleg hebben over gebeurde (N=66)	76	9	9	6
	Begrip van de hulpverlener krijgen (N=58)	59	21	9	12
	Vergroten van het wederzijds begrip (N=57)	54	21	14	11
	Het vinden van een oplossing (N=61)	51	16	18	15
Preventie:	Zorgen dat het contact met de hulpverlener in de toekomst goed verloopt (N=56)	45	25	11	20
	Voorkomen dat het nogmaals gebeurt (N=72)	94	3	3	-
	Verbetering van de kwaliteit van zorg (N=64)	91	8	2	-
Rekenschap:	Ik wilde dat de hulpverlener toe zou geven dat hij een fout heeft gemaakt (N=66)	64	18	14	5
	De hulpverlener confronteren met zijn fout (N=64)	77	17	5	2

* Door afronding overstijgen sommige percentages de 100%

** Omdat deze vragen apart gesteld zijn, varieert de valide respons

Verwachtingen ten aanzien van de klachtenbemiddeling

De verwachtingen van de onderzochte klagers ten aanzien van de bemiddeling zijn zeer divers en liggen zowel op het gebied van het kenbaar maken van de klacht aan de betrokken hulpverlener en probleemoplossing als op het gebied van preventie en kwaliteitsverbetering. Interessant is dat de verwachtingen die verband houden met het verbeteren van de vertrouwensband met de betrokken hulpverlener (gericht op verbeteren toekomstig contact, vergroten wederzijds begrip en begrip hulpverlener) relatief het minst hoog scoren (Tabel 5.4.6, vorige bladzijde).

Werkwijze bemiddeling

De helft van de klagers (52%) geeft aan dat de klacht bemiddeld is in hun afwezigheid. In deze gevallen heeft de klachtenfunctionaris de klacht eerst met de klager besproken, heeft vervolgens de hulpverlener om een reactie gevraagd en heeft deze reactie aan de klager meegedeeld. Klachtenbemiddeling door middel van het bespreken van de klacht in de aanwezigheid van zowel de klager, de aangeklaagde hulpverlener en de klachtenfunctionaris komt in 20% van de gevallen voor (in 15% van de gevallen is de klachtenfunctionaris als neutrale partij aanwezig en in 5% als ondersteuner van de klager).

In 13% van de gevallen heeft de klachtenfunctionaris een gesprek georganiseerd tussen de klager en de aangeklaagde hulpverlener, maar was daarbij zelf niet aanwezig. Twee klagers geven aan dat de klachtenfunctionaris de klacht met de hulpverlener besproken heeft, maar dat zij geen reactie van de hulpverlener hebben ontvangen. In het totaal heeft 33% (=25) van de onderzochte klagers (N=75) een persoonlijk gesprek gehad met de aangeklaagde hulpverlener (Tabel 5.4.7).

Tabel 5.4.7 Werkwijze bemiddeling volgens klagers (N=75)

	%	Aantal
De bemiddelaar heeft klacht met klager besproken, vervolgens klacht met hulpverlener besproken en daarna reactie van hulpverlener aan klager medegedeeld	52	39
De bemiddelaar heeft een gesprek tussen de hulpverlener en klager geregeld en was daar bij aanwezig als neutrale partij	15	11
De bemiddelaar heeft een gesprek tussen de hulpverlener en klager geregeld	13	10
klacht is schriftelijk afgehandeld	9	7
De bemiddelaar heeft een gesprek tussen de hulpverlener en klager geregeld en was ter ondersteuning van de klager aanwezig	5	4
Bemiddelaar heeft klacht met hulpverlener besproken; geen terugkoppeling naar klager	3	2
Anders	3	2

Ervaring van klagers tijdens de klachtenbemiddeling

De meeste klagers (91%) geven aan dat zij genoeg ruimte gekregen hebben om hun verhaal te vertellen. Ook voelden de meeste klagers zich (eigenlijk wel) serieus genomen (86%) en (eigenlijk wel) correct behandeld (83%). Hier staat tegenover dat 14% resp. 17% zich eigenlijk niet serieus genomen en correct behandeld voelde. Driekwart van de onderzochte klagers voelde zich op zijn gemak, een kwart (eigenlijk) niet (Tabel 5.4.8, volgende bladzijde).

Tabel 5.4.8 Ervaringen van de klagers tijdens de bemiddeling (in %*)

	Ja	Eigenlijk wel	Eigenlijk niet	Nee
Ik heb genoeg ruimte gekregen om mijn verhaal te vertellen (N=71)**	80	11	7	1
Ik voelde me correct behandeld (N=71)	76	7	7	10
Ik voelde me serieus genomen (N=72)	75	11	8	6
Ik voelde me op mijn gemak (N= 66)	55	20	18	8

* Door afronding tellen niet alle percentages op tot 100%.

** Omdat deze vragen apart gesteld zijn, varieert de valide respons

Van de onderzochte klagers is 96% van mening dat de bemiddelaar (eigenlijk) deskundig was, 92% vond dat de bemiddelaar (eigenlijk) zorgvuldig was en 87% (eigenlijk) onpartijdig. Van de onderzochte klagers (N=62) geeft 85% aan dat de bemiddelaar (eigenlijk) gericht was op het vinden van een oplossing, 15% is van mening dat dit (eigenlijk) niet het geval was (8.4.9).

Tabel 5.4.9 Het oordeel van klagers over de bekwaamheid van de bemiddelaar (in %)*

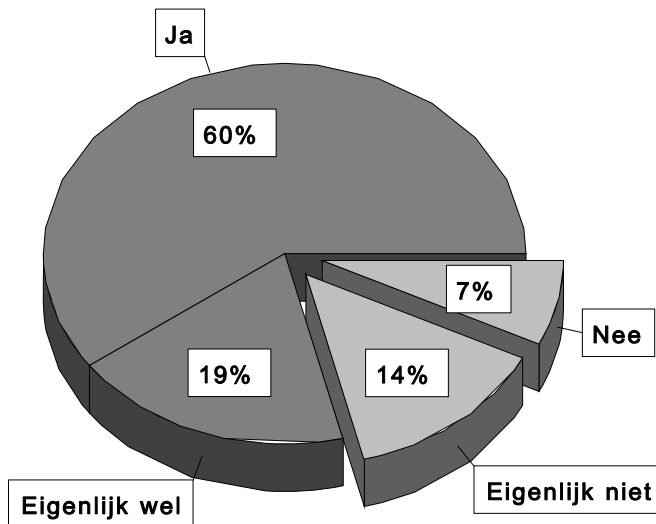
	Ja	Eigenlijk wel	Eigenlijk niet	Nee
De bemiddelaar was deskundig (N=67)**	84	12	-	4
De bemiddelaar was zorgvuldig (N=65)	77	15	6	2
De bemiddelaar was onpartijdig (N= 64)	70	17	9	3
De bemiddelaar was gericht op het vinden van een oplossing (N=62)	68	18	2	13

* Door afronding tellen niet alle percentages op tot 100%

** Omdat deze vragen apart gesteld zijn, varieert de valide respons

Wanneer in zijn algemeenheid gevraagd wordt naar het oordeel van de klachtenbemiddeling, geeft 79% van de klagers aan (eigenlijk wel) tevreden te zijn over de klachtenbemiddeling, 14% van de klagers daarentegen is eigenlijk niet en 7% is in het geheel niet tevreden over de bemiddeling (Figuur 5.4.3).

Figuur 5.4.3 Tevredenheid van klagers over de klachtenbemiddeling (in%) (N=74)



Van de onderzochte klagers (N=94) geeft uiteindelijk 84% aan dat bemiddeling een goede manier is om klachten op te lossen, 16% vindt dit niet en geeft een aantal aanbevelingen ter verbetering van de klachtopvang, waaronder: eerlijk vertellen wat er is gebeurd; mondelinge bemiddeling waarbij de patiënt en de hulpverlener aanwezig is; onafhankelijke commissie; hulpverlener moet mee willen werken; klacht laten behandelen door Inspectie/Ministerie; klacht rechtstreeks bespreken met hulpverlener.

5.4.6 *Uitkomst van de klachtenbemiddeling*

Wanneer we kijken naar de uitkomst van de klachtenbemiddeling, dan blijkt dat in ongeveer de helft van de gevallen het probleem na de bemiddeling (eigenlijk) is opgelost (53%), er (eigenlijk) meer begrip voor elkaars situatie is verkregen (48%) en de relatie met de hulpverlener (eigenlijk) is hersteld (44%). Voor de andere helft geldt dit echter (eigenlijk) niet.

Opvallend is dat een op de vijf klagers aangeeft (eigenlijk) geen uitleg te hebben gekregen (Tabel 5.4.10).

Tabel 5.4.10 Uitkomst van de bemiddeling vanuit klagersperspectief (in %)

		Ja	Eigenlijk wel	Eigenlijk niet	Nee
Probleem- verheldering:	Er is naar mij geluisterd (N=71)*	82	9	10	-
	Ik heb uitleg gekregen over wat er gebeurd is (N=65)	49	25	20	6
	Ik heb meer begrip voor de hulpverlener gekregen (N=59)	10	14	27	49
	Er is meer begrip voor elkaars situatie ontstaan (N=62)	19	29	23	29
	De hulpverlener heeft meer begrip voor mij gekregen (N=57)	23	32	19	26
Probleem- oplossing:	Hulpverlener heeft excuses aangeboden (N=69)	41	15	15	30
	De relatie met de hulpverlener is hersteld (N=66)	26	18	27	30
Resultaat:	Ik heb bereikt wat ik wilde bereiken (N=71)	38	23	21	18
	Ik werd in het gelijk gesteld (N=64)	34	19	22	25
	De hulpverlener werd in het gelijk gesteld (N=54)	9	20	19	52

* Omdat deze vragen apart gesteld zijn, varieert de valide respons

Voor 53% (=34) van de onderzochte klagers (N=64) is door middel van de klachtenbemiddeling het probleem (eigenlijk wel) opgelost, 22% (=14) vindt dat het probleem eigenlijk niet is opgelost en 25% (=16) is van mening dat de bemiddeling het probleem helemaal niet heeft opgelost. Er blijkt geen directe relatie te bestaan tussen het algemene oordeel over de bemiddeling en het resultaat van de bemiddeling in termen van of het probleem is opgelost. Van de respondenten die aangeven dat het probleem niet is opgelost is 60% wel tevreden over de bemiddeling (Tabel 5.4.11).

Tabel 5.4.11 Tevredenheid van klagers over de bemiddeling naar resultaat van de bemiddeling (N=64)

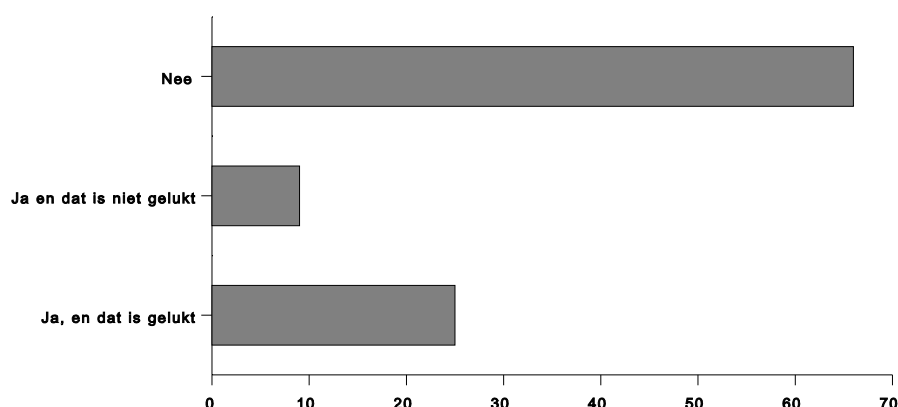
		Probleem is opgelost		Totaal (N)
		Ja (%)	Nee (%)	
Tevreden over bemiddeling	Ja	97	60	51
	Nee	3	40	13
	Totaal (N)	34	30	64

(Chi² p<.01)

5.4.7 Klachtopvang en daarna?

Ongeveer eenderde (34%, = 23) van de onderzochte klagers (N=98) wilde naar aanleiding van de klacht wisselen van hulpverlener. Uiteindelijk is een kwart (=24) van de onderzochte klagers daadwerkelijk van hulpverlener gewisseld. Tweederde (66%, =65) in niet van hulpverlener gewisseld (Figuur 5.4.4).

Figuur 5.4.4 Wisselen van hulpverlener (in %) (N=98)



Voor het merendeel van de onderzochte klagers (90%) dat aan een bemiddeling heeft meegewerkt, was de bemiddeling de eindfase in het klachtenprocedure. Een op de tien klagers heeft na de bemiddeling nog vervolgstappen ondernomen, zoals klacht indienen bij de klachtencommissie of de geschillencommissie ziekenhuizen (Tabel 5.4.13).

Tabel 5.4.13 Vervolgprocedure na klachtopvang (N=99)

	%	Aantal
Nee	90	89
Ja, bij de klachtencommissie	4	4
Ja, bij de geschillencommissie ziekenhuizen	2	2
Ja, bij de burgerlijk rechter	1	1
Anders	3	3

5.5 Klachtopvang in ziekenhuizen: hulpverlenersperspectief

In deze paragraaf staat het hulpverlenersperspectief centraal. Aan de klachtenfunctionaris van de ziekenhuizen is gevraagd hulpverleners te benaderen waartegen in 1999 een klacht gericht was en die aan een bemiddelingspoging hebben meegewerkt. In plaats van betrokken hulpverleners zijn er door de klachtenfunctionaris in sommige gevallen (wanneer zij in plaats van de betrokken hulpverlener bij een bemiddelingsgesprek zijn betrokken) leidinggevend van hulpverleners benaderd. Er wordt dan ook bij het presenteren van de resultaten een onderscheid gemaakt tussen betrokken hulpverleners en leidinggevend.

5.5.1 Persoonskenmerken aangeklaagde hulpverleners (en leidinggevend)

Het merendeel van de bij een klacht betrokken hulpverleners zijn mannen. In de helft van de gevallen betreft het een medisch specialist en in een derde van de gevallen een verpleegkundige (Tabel 5.5.1).

Tabel 5.5.1 Persoonskenmerken aangeklaagde hulpverlener

	Hulpverlener N=59	Leidinggevende N=30
Leeftijd	%	%
Jonger dan 25 jaar	2	-
25-34 jaar	11	7
35-44 jaar	47	67
45-54 jaar	26	26
55-64 jaar	14	-
Ouder dan 65 jaar		
Geslacht	%	%
Man	68	61
Vrouw	32	39
Functie	%	%
Medisch specialist	54	-
Afdelingsmanager / leidinggevende	-	93
(Hoofd-) verpleegkundige	29	7
Arts-assistent / co-assistent	7	-
Medewerker ziekenhuis (geen hulpverlener)	5	-
Paramedicus	5	-

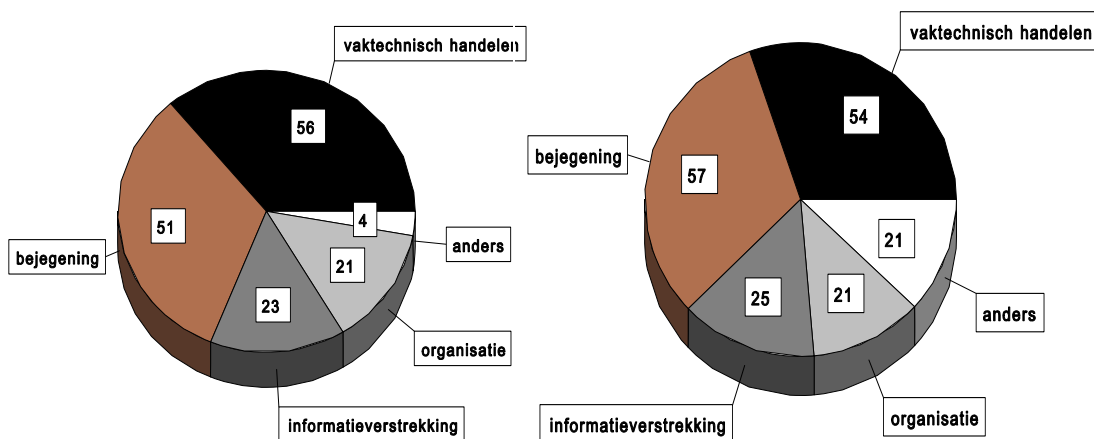
5.5.2 Aard van de klachten volgens hulpverleners en leidinggevenden

De 59 hulpverleners zijn met in totaal 88 klachten geconfronteerd, de 39 leidinggevenden zijn met in totaal 54 klachten over hun medewerkers geconfronteerd. De klachten waarmee hulpverleners en leidinggevenden te maken hebben gehad hebben in de meeste gevallen betrekking op medisch/verpleegkundigtechnische aspecten (56% resp. 54%), gevolgd door bejegening (51% resp. 57%).

Figuur 5.5.1 Aard van de klacht volgens de hulpverlener en leidinggevende (in %)

Hulpverlener (N=59)

Leidinggevende (N=30)



5.5.3 Klachtopvang op de werkvloer

Volgens de hulpverleners/leidinggevenden heeft slechts een klein deel van de klagers de klacht met hen besproken voordat deze gemeld werd bij de klachtopvang, 15% van de hulpverleners en 4% van de leidinggevenden zegt dat dit gebeurd is (Tabel 5.5.2).

Tabel 5.5.2 Patiënt heeft klacht met hulpverlener/leidinggevende besproken

	Hulpverlener (N=59)		Leidinggevende (N=28)	
	%	Aantal	%	Aantal
Ja	15	9	4	1
Nee	85	50	96	27

Volgens een kleine meerderheid van de hulpverleners is de klachtenfunctionaris van het ziekenhuis verantwoordelijk voor de klachtopvang. De meerderheid van de leidinggevenden (82%) daarentegen geeft aan dat zijzelf degenen zijn die verantwoordelijk zijn voor de klachtopvang. Verder wordt door zowel 36% van de hulpverleners als 36% van de leidinggevenden, het patiëntservicebureau genoemd als verantwoordelijke voor de klachtopvang (Tabel 5.5.3, volgende bladzijde).

Tabel 5.5.3 Persoon die volgens hulpverlener/leidinggevende verantwoordelijk is voor de eerste opvang van klachten

	Hulpverlener (N=59)		Leidinggevende (N= 28)	
	%*	Aantal	%*	Aantal
Klachtenfunctionaris	54	32	39	11
Patiëntenservicebureau	36	21	36	10
Ikzelf	29	17	82	23
Leidinggevende	19	11	-	-
Directie(-secretaris)	3	2	4	1
Lid klachtencommissie	2	1	7	2
Weet niet	2	1	-	-
Anders	9	5	29	8

* Meerde antwoorden zijn mogelijk, zodat de percentages de 100% overstijgen

5.5.4 Werkwijze klachtenbemiddeling

Bekendheid met klachtenbemiddeling

Een kwart van de onderzochte hulpverleners zegt (eigenlijk) niet op de hoogte te zijn van de gang van zaken met betrekking tot bemiddeling. Van de onderzochte leidinggevende is één persoon hiervan niet op de hoogte (Tabel 5.5.4).

Tabel 5.5.4 Op de hoogte van de gang van zaken met betrekking tot bemiddeling

	Hulpverlener (N=54)		Leidinggevende (N=24)	
	%	Aantal	%	Aantal
Ja / eigenlijk wel	74	40	96	23
Eigenlijk niet / nee	26	14	4	1

Van de onderzochte hulpverleners (N=53) heeft 15% advies ingewonnen alvorens de bemiddeling plaats vond. Van de onderzochte leidinggevendenden (N=24) heeft 50% hierover advies in- gewonnen.

Bekendmaking van de klacht aan aangeklaagde

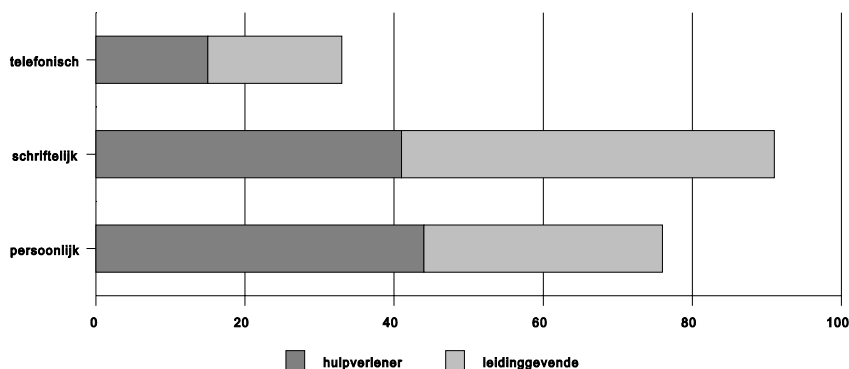
In ongeveer de helft van de gevallen was het de klachtenfunctionaris die aan de betrokken hulpverleners of leidinggevendenden van de hulpverleners formeel bekend maakte dat er sprake was van een klacht. In eenderde van de gevallen was het patiëntenservicebureau degene die deze informatie formeel doorspeelde. In twee gevallen heeft de directie de klacht aan de hulpverlener kenbaar gemaakt (Tabel 5.5.5).

Tabel 5.5.5 Persoon door wie klacht formeel kenbaar is gemaakt

	Hulpverlener (N=59)		Leidinggevende (N=28)	
	%	Aantal	%	Aantal
Klachtenfunctionaris	55	32	57	16
Patiëntenservicebureau	34	20	32	9
Lid klachtencommissie	3	2	7	2
Directie(-secretaris)	3	2	4	1
Leidinggevende	3	2	-	-
Patiënt	2	1	-	-

De manier waarop formeel bekendheid werd gegeven aan de hulpverlener dat er sprake is van een klacht varieert. Hulpverleners werd deze informatie grotendeels persoonlijk (44%) of schriftelijk (41%) gegeven. Ook aan de leidinggevende werd deze informatie met name schriftelijk (50%) of persoonlijk (32%) gegeven (Figuur 5.5.2). Over deze manier van bekendmaking was ongeveer driekwart van de onderzochte respondenten (eigenlijk wel) tevreden: 79% (=47) van de hulpverleners en 78% (= 22) van de leidinggevenden.

Figuur 5.5.2 Wijze waarop klacht kenbaar is gemaakt (in %)



Van de onderzochte respondenten heeft 82% een bemiddelingspoging ondernomen. Gesplitst naar hulpverleners en leidinggevenden van hulpverleners is dit 86% van de onderzochte hulpverleners (N=59) en 73% van de onderzochte leidinggevenden (N=30).

Werkwijze klachtenbemiddeling

Een aantal hulpverleners en leidinggevenden geeft aan dat zij niet hebben deelgenomen aan een bemiddelingspoging. Van 59 hulpverleners geeft 14% (=8) dit aan en van de groep leidinggevenden (N=30) geeft 27% (=8) aan niet deelgenomen te hebben aan de klachtenbemiddeling. Dit houdt in dat 51 hulpverleners en 22 leidinggevenden wel een bemiddelingspoging hebben ondernomen. Deze groepen worden in deze paragraaf beschreven.

De meest gebruikte bemiddelingsvorm is die waar de bemiddelaar de door de patiënt gemelde klacht met de hulpverlener bespreekt en de reactie van de hulpverlener vervolgens terugkoppelt naar de patiënt, 58% van de hulpverleners en 43% van de

leidinggevend en zegt aan deze vorm van bemiddeling deelgenomen te hebben. In totaal heeft 37% van de hulpverleners en 34% van de leidinggevend met de klager over de klacht gesproken (Tabel 5.5.7, volgende bladzijde).

Tabel 5.5.7 Werkwijze klachtenbemiddeling

	Hulpverlener (N=52)**		Leidinggevende (N=21)	
	%*	Aantal	%*	Aantal
Bemiddelaar heeft met de patiënt gesproken, heeft vervolgens de klacht met mij besproken en daarna mijn reactie aan de patiënt medegedeeld	58	30	43	9
De bemiddelaar heeft een gesprek geregeld tussen de patiënt en mij en was hier ter begeleiding aanwezig	21	11	10	2
De bemiddelaar heeft een gesprek tussen mij en de patiënt geregeld	12	6	19	4
De bemiddelaar heeft een gesprek tussen mij en de patiënt geregeld en was ter ondersteuning van de patiënt aanwezig	4	2	5	1
Klacht is schriftelijk afgehandeld	2	1	10	2
Anders	4	2	14	3

* Door afronding overstijgen de percentages de 100%

** Aantal hulpverleners bedraagt 52 in plaats van 51, dit komt omdat een klacht schriftelijk is afgehandeld

Ervaring en van de hulpverlener/leidinggevende met de klachtenbemiddeling

De meeste hulpverleners en leidinggevende geven aan dat zij zich serieus genomen voelden en ruimte genoeg hadden om hun verhaal te vertellen. Een op de 5 hulpverleners voelde zich echter op voorhand al veroordeeld (Tabel 5.5.8)

Tabel 5.5.8 Gevoelens tijdens bemiddeling (in %)

	Hulpverlener (N= 48)		Leidinggevende (N=21)	
	Ja / eigenlijk wel	Eigenlijk niet / nee	Ja / eigenlijk wel	Eigenlijk niet / nee
Ik voelde me serieus genomen	94	6	95	5
Ik voelde me op mijn gemak	83	17	90	10
Ik voelde me correct behandeld	91	8	100	-
Ik voelde me op voorhand al veroordeeld	19	81	10	90
Ik heb genoeg ruimte gekregen mijn verhaal te doen	92	8	90	10

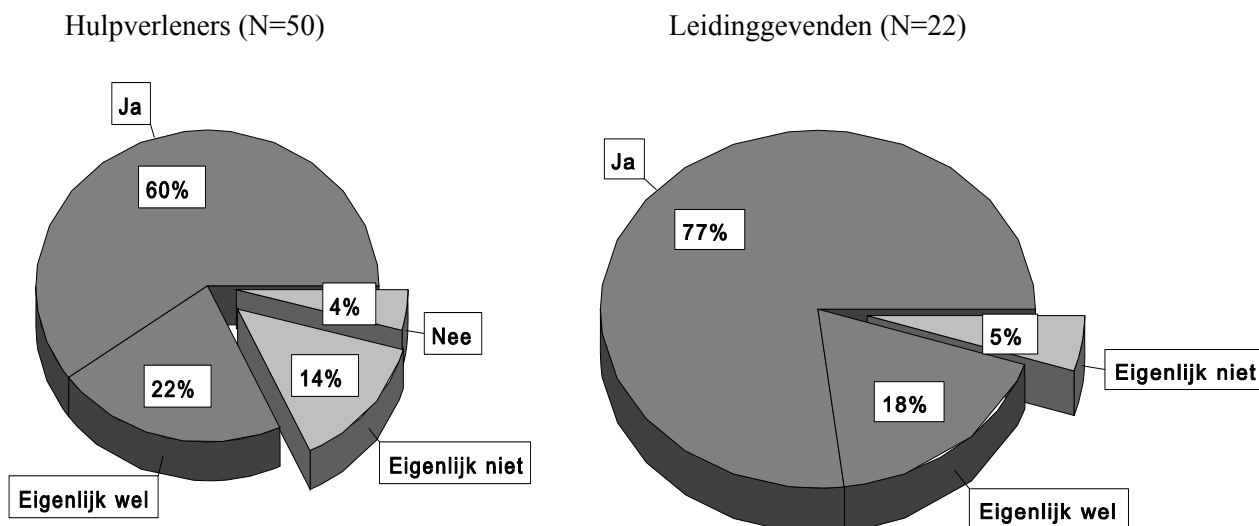
Negen van de tien onderzochte hulpverleners/leidinggevend zijn van oordeel dat de bemiddelaar deskundig en onpartijdig was en zich richtte op een oplossing die voor beide partijen acceptabel is (Tabel 5.5.9, volgende bladzijde).

Tabel 5.5.9 Mening over de bemiddelaar volgens hulpverlener/leidinggevende (in %)

	Hulpverlener (N= 48)		Leidinggevende (N=20)	
	Ja / eigenlijk wel	Eigenlijk niet / nee	Ja / eigenlijk wel	Eigenlijk niet / nee
De bemiddelaar was deskundig	94	6	95	5
De bemiddelaar was onpartijdig	97	3	95	5
De bemiddelaar ging zorgvuldig te werk	88	12	100	-
De bemiddelaar was gericht op het vinden van een voor beide partijen acceptabele oplossing	90	10	90	10
De bemiddelaar was gericht op het stimuleren van begrip tussen beide partijen	88	12	95	5

Het uiteindelijke oordeel over de bemiddeling is dat 82% van de hulpverleners en 95% van de leidinggevenden (eigenlijk) wel tevreden is over de bemiddeling. (Figuur 5.5.3).

Figuur 5.5.3 Oordeel over de klachtenbemiddeling (in %)



De respondenten geven aan dat klachtenbemiddeling (eigenlijk) een goede manier is om klachten op te lossen, 95% van de hulpverleners en leidinggevenden is deze mening toe gedaan.

5.5.5 Uitkomst van de klachtopvang

In Tabel 5.5.10 worden de resultaten gepresenteerd over de uitkomst van de bemiddeling vanuit hulpverlenersperspectief. Opvallend is dat de leidinggevenden over het algemeen positiever oordelen dan de hulpverleners. Eenderde (34%) van de hulpverleners tegenover 23% van de leidinggevenden vindt (eigenlijk) niet dat door de bemiddeling extra uitleg is verkregen over het gebeurde. Van de onderzochte hulpverleners vindt 36% en van de leidinggevenden vindt 29% dat de bemiddeling niet geleid heeft tot meer begrip voor elkaars positie. Driekwart van de hulpverleners (85% van de leidinggevenden) geeft

aan dat door de bemiddeling het probleem is opgelost. De helft van de hulpverleners en 90% van de leidinggevenden meent dat de hulpverlener-patiëntrelatie is hersteld.

Tabel 5.5.10 Uitkomst bemiddeling volgens hulpverlener/leidinggevende (in%)

		Hulpverlener (N=44)		Leidinggevende (N=21)	
		Ja / eigenlijk wel	Eigenlijk niet / nee	Ja/ eigenlijk wel	Eigenlijk niet / nee
Probleem- verheldering:	Ik heb meer uitleg gekregen over het gebeurde	66	34	77	23
	Er is meer begrip voor elkaars positie ontstaan	64	36	71	29
	Ik heb meer begrip voor de positie van de patiënt gekregen	60	40	76	24
	De patiënt heeft meer begrip voor mijn positie gekregen	51	49	62	38
Probleem- oplossing:	Het probleem is opgelost	72	28	85	15
	De hulpverlener-patiëntrelatie is hersteld	53	47	90	10
Resultaat:	De patiënt is in het gelijk gesteld	35	65	62	38
	Ik werd in het gelijk gesteld*	36	64	15	85

* Het aantal respondenten op deze vraag is erg klein, namelijk 25 hulpverleners en 13 leidinggevenden

Voor acht van de tien klachten geldt dat volgens de hulpverlener/leidinggevende met de bemiddeling de klacht als afgehandeld beschouwd kan worden (Tabel 5.5.11).

Tabel 5.5.11 Klacht na bemiddeling afgehandeld

	Hulpverlener (N=50)		Leidinggevende (N=22)	
	%	Aantal	%	Aantal
Ja	80	40	86	19
Nee	6	3	5	1
Weet niet	14	7	9	2

5.6 Samenvatting en beschouwing

5.6.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de resultaten, die in dit hoofdstuk besproken zijn. Eerst wordt ingegaan op de klachtopvang vanuit het instellingsperspectief, daarna het klagersperspectief en vervolgens het hulpverlenersperspectief. Afsluitend wordt ingegaan op de verschillen en overeenkomsten tussen het patiënten- en het hulpverlenersperspectief ten aanzien van de klachtopvang. Overigens dient vermeld te worden dat met name de resultaten vanuit het hulpverlenersperspectief met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden, enerzijds vanwege de lage respons en anderzijds omdat feitelijk twee perspectieven gepresenteerd worden, namelijk dat van de betrokken hulpverlener en dat van de leidinggevende van de betrokken hulpverlener.

5.6.2 Kenmerken van de klachtopvang in de tien onderzochte ziekenhuizen

Uit de resultaten blijkt dat de onderzochte ziekenhuizen niet veel van elkaar afwijken wat betreft de toegankelijkheid van de klachtopvang. In alle ziekenhuizen is een persoon aangesteld voor de opvang van klachten en deze persoon is in meeste ziekenhuizen tussen de 21 en de 40 uur telefonisch en persoonlijk bereikbaar. Eén klachtenfunctionaris is echter alleen op afspraak persoonlijk bereikbaar. Daarnaast blijkt dat, ondanks de aanwezigheid van een klachten-functionaris en een patiëntenservicebureau, in twee ziekenhuizen de eerste opvang van klachten door de directie wordt gedaan. Voorts blijkt uit de resultaten dat in zeven van de tien ziekenhuizen dezelfde persoon verantwoordelijk is voor zowel de ondersteuning en bemiddeling van klachten.

Met betrekking tot de bekendmaking van de klachtopvang, blijkt dat alle ziekenhuizen deze schriftelijk bekendmaken in zowel de algemene opnamefolder als de klachtfolder. In acht ziekenhuizen wordt naast schriftelijke bekendmaking ook op een meer actieve manier (mondeling door medewerkers) bekendheid gegeven aan de aanwezigheid van klachtopvang.

Wanneer we tenslotte kijken naar eventuele drempels voor het indienen van de klacht, dan blijkt dat één ziekenhuis van een klager verlangt de klacht op papier te zetten wanneer hij/zij wenst dat er vervolgstappen dienen te worden ondernomen. Verder is in een ziekenhuis de directie het aanspreekpunt

Ook de werkwijze ten aanzien van de klachtopvang laat geen grote verschillen zien in de onderzochte ziekenhuizen. Informatie en advies en bemiddeling wordt door alle ziekenhuizen aangeboden, bijstand tijdens de klachtenbehandelingsprocedure wordt door minder dan de helft van de onderzochte ziekenhuizen verleend.

Klachtenbemiddeling wordt in alle ziekenhuizen uitgevoerd en blijkt verschillende vormen aan te nemen. Wanneer we kijken naar de resultaten van klagers en aangeklaagden, dan blijkt de klachtenbemiddeling zoals deze gedefinieerd is in dit onderzoek (een informele interventie van een bemiddelaar die, naar aanleiding van een klacht, probeert de beide partijen tot elkaar te brengen om via een open gesprek tot een

oplossing te komen (Kastelein, 1994)) relatief weinig voor te komen. In meer dan de helft van de klachtenbemiddelingspogingen bespreekt de klachtenfunctionaris de klacht eerst met de klager, vervolgens met de aangeklaagde hulpverlener en daarna wordt de reactie van de hulpverlener teruggekoppeld naar de klager. Hier is eigenlijk geen sprake van klachtenbemiddeling, maar van klachtenbespreking.

Wanneer we deze resultaten vergelijken met het beeld dat op grond van beschikbare informatie over de klachtopvang van ziekenhuizen (zie hoofdstuk 2) is verkregen, dan blijkt dat de willekeurige selectie van de tien ziekenhuizen in dit onderzoek hetzelfde beeld laat zien als op basis van de beschikbare informatie is verkregen. Op grond van deze vergelijking kan geconcludeerd worden dat de klachtopvang in de ziekenhuizen op een redelijk homogene wijze is vormgegeven.

5.6.3 Klachtopvang vanuit het patiëntenperspectief

Achtergrond klagers

De resultaten laten zien dat de klagers in de ziekenhuizen vooral van het vrouwelijk geslacht zijn. Daarnaast zijn de klagers, in vergelijking met de in ziekenhuizen opgenomen patiënten relatief hoog opgeleid (HBO/WO).

Klachtopvang op werkvloer

In dit deelonderzoek komt naar voren dat minder dan de helft van de klagers de klacht eerst met de bij de klacht betrokken hulpverlener besproken heeft. Dit is opvallend omdat uit voorgaande hoofdstukken blijkt dat de helft van de zorggebruikers met een klacht de klacht eerst met de betrokken hulpverlener bespreekt (hoofdstuk 3), van de IKG-cliënten (hoofdstuk 4) bespreekt zelfs tweederde van de cliënten de klacht eerst met de betrokken hulpverlener.

Toegankelijkheid

Tweederde van de onderzochte klagers is binnen het ziekenhuis bekend geworden met de klachtopvang en eenderde van de klagers is buiten het ziekenhuis op diverse manieren op de hoogte gebracht. Klagers zijn binnen het ziekenhuis op veel verschillende manieren op de hoogte zijn gebracht, wat enerzijds betekent dat de klachtopvang in de ziekenhuizen binnen het ziekenhuis goed bekend is. Anderzijds is slechts eenderde van de klagers via de klachtfolder bekend geworden met de klachtopvang wat indiceert dat deze folder niet in voldoende mate beschikbaar is. Ten slotte haalt eenderde van de klagers informatie over de klachtopvang buiten het ziekenhuis. De beschikbaarheid van informatie over de klachtopvang kan dus nog verbeterd worden.

De onderzochte klagers hebben hun klacht voornamelijk bij de klachtenfunctionaris of het psb kenbaar gemaakt, een op de vijf klagers heeft de klacht bij de directie kenbaar gemaakt en een op de tien klagers bij de klachtencommissie, waarna zij zijn verwezen naar de klachtenfunctionaris.

Werkwijze klachttopvang

Klachtondersteuning

De resultaten laten zien dat tweederde van de onderzochte klagers aangeeft de ruimte te hebben gekregen zijn/haar verhaal te vertellen, eenderde heeft informatie en advies gekregen en in een kwart van de gevallen heeft de klachtenfunctionaris aangeboden de klacht met de hulpverlener te bespreken of tijdens het gesprek tussen klager en aangeklaagde aanwezig te zijn.

Ruim driekwart (80%) van de klagers is (eigenlijk wel) tevreden over de wijze waarop zij zijn ondersteund. Dit betekent dat bijna een op de vijf klagers (eigenlijk) niet tevreden is. Mogelijke oorzaken voor de ontevredenheid zijn wellicht de relatief geringe mate waarin klagers de ruimte hebben gekregen hun verhaal te vertellen en daarnaast in nog mindere mate informatie en advies hebben gekregen over de verschillende klachtmogelijkheden.

Klachtenbemiddeling

Het blijkt uit de resultaten dat bijna eenderde van de klagers van mening is dat er geen bemiddeling heeft plaatsgevonden, terwijl dit volgens de klachtenfunctionarissen wel het geval is, aangezien de klachtenfunctionaris uitsluitend enquêtes heeft verstuurd aan klagers die aan een bemiddelingspoging hebben deelgenomen. Blijkbaar is er een interpretatieverschil voor wat betreft de betekenis van bemiddeling. De klagers is uitgelegd wat onder bemiddeling verstaan kan worden en zij herkenden in deze procedure niet de eigen klachtenprocedure.

Wanneer we kijken naar de verwachtingen van klagers ten aanzien van de klachtenbemiddeling, dan blijkt dat deze verwachtingen vooral gericht zijn op het uiten van onvrede, het voorkómen van het gebeurde en op kwaliteitsverbetering. In relatief mindere mate zijn de klagers gericht op het vinden van een oplossing. Tevens verwachtten de klagers in nog mindere mate dat de hulpverlener zijn/haar fout zou toegeven. Een op de vijf klagers geeft aan met de bemiddeling niet te verwachten dat het contact met de hulpverlener in de toekomst goed verloopt

De ervaringen van de klagers over de klachtenbemiddeling zijn redelijk positief. De meerderheid van de klagers geeft aan dat zij genoeg ruimte heeft gehad haar verhaal te vertellen. Ook geeft (een iets kleinere) meerderheid aan dat zij zicht correct behandeld en serieus genomen voelde.

Toch geeft een kwart van de klagers aan zich (eigenlijk) niet op hun gemak gevoeld te hebben.

Het oordeel van de klagers over de klachtenfunctionaris (klachtenbemiddelaar) is redelijk positief, hoewel een op de acht klagers (eigenlijk) niet van mening is dat de klachtenbemiddelaar onpartijdig was. Daarnaast vindt een op de zeven klagers dat de klachtenbemiddelaar (eigenlijk) niet gericht was op het vinden van een oplossing. Daar staat tegenover dat tweederde van de klagers dit ook niet verwachtte van de bemiddeling. Ten slotte blijkt uit de resultaten dat vier van de vijf klagers (eigenlijk wel) tevreden is over de klachtenbemiddeling, en een op de vijf (eigenlijk) niet.

Uitkomst van de klachtenbemiddeling

De uitkomst van de klachtenbemiddeling levert een ietwat ander beeld op dan wat de onderzochte klagers ervan hadden verwacht.

Ten eerste blijkt dat slechts de helft van de klagers (eigenlijk wel) begrip heeft ontvangen van de hulpverlener ten aanzien van de klacht, terwijl ruim driekwart dit (eigenlijk wel) verwachtte. Ook het vergroten van het wederzijds begrip is door de klachtenbemiddeling in slechts de helft van de gevallen (eigenlijk wel) tot stand gekomen, terwijl driekwart van de klagers dit (eigenlijk) wel had verwacht. Ook hebben klagers minder uitleg gekregen dan verwacht. Ten slotte had tweederde van de klagers (eigenlijk wel) verwacht dat de bemiddeling de relatie met de hulpverlener zou herstellen, maar deze verwachting is in minder dan de helft van de gevallen werkelijkheid geworden. Alleen de verwachting dat er naar de klager geluisterd zou worden is in dezelfde mate werkelijkheid geworden.

Wanneer we kijken naar de mate waarin de onderzochte klagers hebben bereikt wat ze wilden bereiken, dan geeft bijna tweederde van de klagers aan (eigenlijk wel) bereikt te hebben wat ze wilde bereiken. Vervolgens blijkt uit de resultaten dat de helft van de klagers aangeeft dat het probleem is opgelost. Wellicht is het probleem dus niet altijd op te lossen, maar heeft de bemiddeling wel het beoogde resultaat gehad. Tevens blijkt uit de resultaten dat er geen samenhang is tussen de mate waarin het probleem is opgelost en de tevredenheid over de bemiddeling

Wanneer we de bovenstaande resultaten vergelijken met de resultaten uit de WKCZ-evaluatie dan blijkt klachtenbemiddeling positiever beoordeeld te worden. Bij de klachtenbehandeling bleek tweederde van de klagers na afloop niet tevreden te zijn (Algera & Friele, 1999), terwijl bij de klachtopvang eenderde niet tevreden is. Tweederde van de klagers is dus wel tevreden met de klachtopvangprocedure.

Gevolgen van de klachtopvang

Uit de resultaten blijkt dat eenderde van de klagers te kennen geeft van hulpverlener te wisselen en bij de meerderheid van hen is dat ook gelukt. Het is ons niet bekend of de klager op eigen initiatief naar een andere hulpverlener is gegaan of dat het ziekenhuis het initiatief heeft genomen door de klager naar een andere hulpverlener in het ziekenhuis te verwijzen.

Ten slotte blijkt dat het aantal klagers dat na de klachtopvang vervolgstappen heeft ondernomen gering is; vier klagers hebben de klacht bij de klachtencommissie van het ziekenhuis in- gediend en twee klagers bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen.

5.6.4 Klachtopvang vanuit het hulpverlenersperspectief

Achtergrond aangeklaagden

Zoals vermeld hebben niet alleen hulpverleners de enquête ingevuld en geretourneerd, ook leidinggevenden van aangeklaagde hulpverleners hebben een enquête ontvangen, ingevuld en geretourneerd. Het is niet bekend welk soort hulpverleners de leidinggevenden tijdens de klachtenbemiddeling vertegenwoordigd hebben. Uit de achtergrondkenmerken van de aangeklaagde hulpverleners blijkt dat tweederde van hen man en eenderde vrouw is. Ruim de helft van de aangeklaagden is medisch specialist, bijna eenderde is verpleegkundige.

Klachtopvang op werkvloer

Volgens de meerderheid van de hulpverleners bespreekt de patiënt die een klacht heeft deze niet eerst met hen, voordat de klacht elders in het ziekenhuis kenbaar gemaakt wordt, 15% van de hulpverleners geeft aan dat de patiënt de klacht wel eerst met de betrokken hulpverlener bespreekt. Van de leidinggevenden geeft slechts één (=4%) aan dat de patiënt de klacht in eerste instantie met hem/haar besproken heeft.

Tegelijkertijd geeft eenderde van de hulpverleners en ruim driekwart van de leidinggevenden aan dat zij verantwoordelijk is voor de eerste opvang van klachten. Hier lijkt dus sprake te zijn van een discrepantie. Leidinggevenden vinden kennelijk dat zij verantwoordelijk zijn voor de eerste opvang, maar toch heeft slechts een enkele klager de klacht bij hen kenbaar gemaakt. Opvallend is dat tweederde van de hulpverleners aangeeft niet verantwoordelijk te zijn voor de eerste opvang van klachten. Dit is jammer, want er dient naar gestreefd te worden de klacht op zo'n laag mogelijk niveau op te lossen en dus op de plek waar deze is ontstaan.

Werkwijze klachtenbemiddeling

Ondanks dat de klachtenfunctionarissen alleen enquêtes verstuurd hebben aan hulpverleners die aan een bemiddelingspoging hebben deelgenomen, geeft, evenals dat voor klagers het geval was, een aantal hulpverleners (14%) en leidinggevenden (27%) aan niet aan een bemiddeling (spoging) te hebben deelgenomen. Ook hier lijkt dus een interpretatieverschil te bestaan over de inhoud of werkwijze van de bemiddeling.

Een kwart van de onderzochte hulpverleners blijkt niet op de hoogte te zijn van de gang van zaken rondom de klachtenbemiddeling. Door de meesten is ook geen advies hierover ingewonnen. Leidinggevenden blijken beter op de hoogte van de gang van zaken en hebben in de helft van de gevallen advies ingewonnen. Waarschijnlijk bedoelen zij hiermee dat zij informatie ingewonnen hebben bij de aangeklaagde hulpverlener.

De klacht wordt formeel in de meeste gevallen schriftelijk of mondeling kenbaar gemaakt. Hulpverleners worden iets vaker mondeling dan schriftelijk op de hoogte gesteld van de klacht, bij leidinggevenden is dit andersom.

Volgens hulpverleners en leidinggevenden heeft in meer dan de helft van de gevallen die vorm van klachtenbemiddeling plaatsgevonden waarbij de klagers tijdens het gesprek niet aanwezig zijn. In een derde van de gevallen hebben de klager en hulpverlener (of leidinggevenden) in elkaars bijzijn over de klacht gesproken.

Tijdens de klachtenbemiddeling voelde een grote meerderheid van de hulpverleners en leidinggevenden zich serieus genomen, correct behandeld en op hun gemak. Ook het oordeel over de klachtenbemiddelaar is overwegend positief. Toch is een op de acht hulpverleners van mening dat de klachtenbemiddelaar (eigenlijk) niet zorgvuldig te werk is gegaan en niet gericht is geweest op het vinden van een oplossing. Wanneer we ten slotte kijken naar het algemene oordeel van de onderzochte hulpverleners over de klachtenbemiddeling, dan is de meerderheid (82%) (eigenlijk) wel tevreden. Leidinggevenden beoordelen de bemiddeling nog positiever, slechts één leidinggevende was eigenlijk niet tevreden over de bemiddeling.

Uitkomst van de klachtopvang

De meerderheid van de onderzochte hulpverleners geeft aan door de bemiddeling uitleg gekregen te hebben over het gebeurde, ook zegt een meerderheid dat er meer wederzijds begrip is ontstaan. Daarbij heeft de bemiddeling volgens de onderzochte hulpverleners voornamelijk geleid tot een oplossing van het probleem en slechts in de helft van de gevallen tot herstel van de relatie. De onderzochte leidinggevenden oordelen in het algemeen positiever over de uitkomst van de bemiddeling. Volgens negen van de tien leidinggevenden heeft de bemiddeling juist wel tot een herstel van de hulpverlener-patiëntrelatie geleid. Dit is opvallend omdat in dit geval niet de hulpverlener zelf maar de leidinggevende met de patiënt heeft gesproken.

Ten slotte geven acht van de tien hulpverleners aan dat de klacht volgens hen na de bemiddeling is afgehandeld, negen van de tien leidinggevenden zijn dezelfde mening toegedaan.

Alles overziend kan geconcludeerd worden dat klachtopvangprocedure in ziekenhuizen redelijk homogeen is. Klachtenbemiddeling zoals gedefinieerd in dit onderzoek blijkt in deze tien ziekenhuizen in de minderheid van de gevallen voor te komen, klachten worden veelal met de hulpverleners of leidinggevenden besproken zonder dat de klager hierbij aanwezig is.

Er blijkt een discrepantie te bestaan ten aanzien van de klachtopvang op de werkvloer. Bijna de helft van de klagers geeft aan de klacht eerst met de betrokken hulpverlener besproken te hebben, terwijl de meerderheid van de hulpverleners van mening is dat de patiënt de klacht niet met hen besproken heeft. Tevens blijken er verschillen te zijn in de gepercipieerde uitkomsten van de klachtenbemiddeling tussen klagers en aangeklaagden. Eenderde van de klagers geeft aan dat er meer begrip voor elkaars positie is ontstaan, terwijl tweederde van de hulpverleners dezelfde mening is toegedaan. Ook geven hulpverleners vaker aan dat het probleem is opgelost dan klagers. In de ogen van de hulpverlener - en zeker in de ogen van de leidinggevenden - is de hulpverlener-patiëntrelatie door de klachtenbemiddeling relatief vaker verbeterd dan in de ogen van de klagers.

Uiteindelijk is de meerderheid van de klagers en de meerderheid van de hulpverleners tevreden over de klachtenbemiddeling.

6 Een inventarisatie van de klachtopvang in de thuiszorg

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de klachtopvang in de thuiszorg centraal. Hierbij gaat het niet om de klachtenbehandeling in het kader van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (het indienen van een klacht bij de klachtencommissie), maar om de opvang van klachten, waaronder het aanhoren van een klacht, het geven van informatie, het bieden van ondersteuning en het eventueel bemiddelen van klachten. Klachten worden in de thuiszorg, zo blijkt uit een literatuur-onderzoek van jaarverslagen uit 1998 (hoofdstuk 2), niet door een speciaal daarvoor aange-stelde persoon opgevangen maar in de lijn (zorgmanager, rayonmanager, directie). Over de vorm en de inhoud van de geboden opvang is weinig informatie beschikbaar.

Het onderhavige onderzoek is er dan ook op gericht deze in kaart te brengen. Het gaat hierbij om een inventarisatie in termen van toegankelijkheid en werkwijze. De algemene onderzoeksvraag luidt:

Hoe is de toegankelijkheid en de werkwijze van de geboden klachtopvang in de thuiszorg en hoe wordt deze vanuit cliëntenperspectief beoordeeld?

Zowel vanuit instellingsperspectief als vanuit cliëntenperspectief is achterhaald hoe de klachtopvang binnen de thuiszorg is geregeld. Hiertoe is onder degenen die binnen de thuiszorg ver- antwoordelijk zijn voor de klachtopvang (instellingsniveau) en onder cliëntenraden (cliëntniveau) een enquête gehouden. Er is onder andere gekeken naar de toegankelijkheid (bekendheid, beschikbaarheid en laagdrempeligheid van de klachtopvang), naar de aard en aantallen klachten en naar de verschillende vormen van klachtopvang die door de thuiszorgorganisaties worden aangeboden. Daarnaast is aan cliëntenraden gevraagd een oordeel over de klachtop- vang van de organisatie te geven en eventuele drempels van cliënten om een klacht te melden. Het inventariseren van de toegankelijkheid en de werkwijze van de klachtopvang vanuit twee invalshoeken heeft als voordeel dat een breder beeld verkregen kan worden van de klachtopvang en eventuele leemtes aangevuld kunnen worden.

6.2 Onderzoeksopzet

Meetinstrument

Thuiszorgorganisaties

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen heeft er in februari/maart 2000 een telefonische enquête plaatsgevonden onder degenen die binnen de thuiszorgorganisatie verantwoordelijk zijn voor de klachtopvang. De vragenlijst is opgebouwd uit vier onderdelen:

1. de toegankelijkheid van de klachtopvang;
2. de aard en de omvang van de geregistreerde klachten;
3. het aanspreekpunt van de klachtopvang;
4. vormen van klachtopvang die geboden worden.

Cliëntenraden

Daarnaast heeft er in maart 2000 een schriftelijke enquête plaatsgevonden onder 40 cliëntenraden van thuiszorgorganisaties. In deze enquête is zowel gevraagd naar de door de cliëntenraad gepercipieerde toegankelijkheid en werkwijze van de klachtopvang van de thuiszorgorganisatie, als naar de klachtopvangfunctie van de cliëntenraad zelf. Tevens is gevraagd een oordeel te geven over de wijze waarop de klachtopvang van de thuiszorgorganisatie is georganiseerd.

Onderzoekspopulatie

Thuiszorgorganisaties

Op basis van een aselechte gestratificeerde steekproef naar geografische ligging onder 100 thuiszorgorganisaties die lid zijn van de LVT zijn 80 organisaties geselecteerd voor een telefonische enquête. De reden dat alleen LVT-leden zijn benaderd is enerzijds dat niet gestreefd is naar een vergelijking van thuiszorgorganisaties (reguliere vs. particuliere organisaties) op het gebied van de klachtopvang, anderzijds omdat LVT-leden op basis van hun lidmaatschap van de LVT aan een aantal kwaliteitsvoorwaarden moet voldoen, waaronder zorg dragen voor een goede klachtenregeling. Op deze manier wordt een al te grote willekeur in de beschrijving van de klacht- opvang in de thuiszorg voorkomen. De geselecteerde thuiszorgorganisaties zijn in een schrijven vooraf aan de telefonische enquête gevraagd of diegene die verantwoordelijk is voor de klachtopvang in de thuiszorgorganisatie deze enquête wil beantwoorden.

Cliëntenraden

In de thuiszorg zijn geen klagers benaderd, zoals bij de IKG's en ziekenhuizen (zie hoofdstuk 4 en 5). De reden hiervoor is tweeledig. De meeste belangrijke reden is dat bij de start van dit onderzoek weinig inzicht bestond in de manier waarop de klachtopvang in thuiszorgorganisaties is vormgegeven, of er sprake is van enige homogeniteit of heterogeniteit in deze vormgeving. De onbekendheid hierover maakt het niet mogelijk een verantwoorde steekproef te trekken op het niveau van de klager. Informatie over deze heterogeniteit dan wel homogeniteit is echter wel van belang en laat zich beter op meso- dan op microniveau verzamelen.

Een tweede reden ligt in de moeilijke bereikbaarheid van klagers en de verwachte kleine aantallen klagers per organisatie (zie hoofdstuk 2; in 19 van de 50 instellingen zijn klachten geregistreerd). Besloten is daarom een enquête voor te leggen aan de vertegenwoordigers van de cliënten, namelijk de cliëntenraden van de thuiszorgorganisaties.

Naast dat de cliëntenraden voor een deel uit de cliënten zelf bestaan en dus als vertegenwoordigers van de cliënten kunnen optreden, hebben de cliëntenraden op grond van de Wet medezeggenschap cliënten Zorginstellingen (Wmcz) ook enige invloed op het vaststellen van de klachtenregeling. Zo hebben zij instemmingsrecht en kunnen zij een verzwaard advies uitbrengen bij het vaststellen van het klachtenreglement en bij het benoemen van de klachten-commissieleden.

De cliëntenraden zijn benaderd door aan het eind van de telefonische enquête onder de thuiszorgorganisaties te vragen naar het adres van de cliëntenraad van de desbetreffende thuiszorgorganisatie. De eerste 40 cliëntenraden die op deze wijze achterhaald zijn, hebben een schriftelijke enquête toegestuurd gekregen.¹

Respons

Thuiszorgorganisaties

Bij 5 van de 80 geselecteerde thuiszorgorganisaties bleek het telefoonnummer niet te achterhalen. Dit betekent dat er in totaal 75 thuiszorgorganisaties benaderd zijn. Van de 75 thuiszorgorganisaties die benaderd zijn hebben er 63 meegewerkt aan het onderzoek. De totale netto respons bedraagt derhalve 79%. Drie thuiszorgorganisaties gaven als reden voor de weigering deel te nemen aan het onderzoek, dat zij onlangs zijn gefuseerd, een thuiszorg-organisatie had geen enquête ontvangen en wilde uiteindelijk van medewerking afzien. Van de overige thuiszorgorganisaties is de reden onbekend. De grootte van de 63 thuiszorgorganisaties uitgedrukt in het aantal cliënten dat staat ingeschreven is weergegeven in Tabel 6.2.1.

Tabel 6.2.1 Thuiszorgorganisaties naar aantal ingeschreven cliënten (1999)

Aantal ingeschreven cliënten	%	Aantal
tot 1000	11	7
1001-2500	14	9
2501-4000	14	9
4000-5500	11	7
5501-7000	5	3
7001-9000	8	5
onbekend	37	23

Voor de beantwoording van de telefonische enquête is als insteek het directiesecretariaat genomen. Aldaar is gevraagd naar degene die binnen de thuiszorg verantwoordelijk is voor de klachtopvang. De uiteindelijke geënquêteerde was in veel gevallen een staf- of lijnfunctionaris, de directeur of het directiesecretariaat (Tabel 6.2.2).

¹ De keuze voor slechts 40 cliëntenraden in plaats van alle cliëntenraden van de onderzochte thuiszorgorganisaties heeft te maken met het tijdsbestek waarin het onderzoek plaats vond.

Tabel 6.2.2 Overzicht van de geënquêteerden in de thuiszorgorganisatie naar functie

Functie	Aantal
Stafffunctionaris	13
Lijnfunctionaris	12
Directeur	9
Directiesecretaresse	8
Directiesecretaris	7
Secretaris Raad van Bestuur	2
Secretaris klachtencommissie	1
Anders*	11
Totaal	63

* De categorie 'anders' bestaat voornamelijk uit combinaties van bovengenoemde functies.

Cliëntenraden

Op basis van de telefonische enquête onder de thuiszorgorganisaties is aan 40 cliëntenraden een enquête toegestuurd, 25 van deze cliëntenraden hebben een ingevulde vragenlijst geretourneerd (een respons van 63%).

6.3 Resultaten vanuit instellingsperspectief

6.3.1 Aard en aantal van de klachten

In 48% van de 63 thuiszorgorganisaties worden alle klachten geregistreerd, 29% van de thuis-zorgorganisaties registreert alleen de schriftelijke klachten. Voor de overige 15 thuiszorg-organisaties (24%) geldt dat de klachtenregistratie afhankelijk is van waar de klachten binnenkomen (5x); de aard van de klacht (2x) (formeel worden wel geregistreerd informeel niet, of onvrede niet overige wel); wijze van indienen (4x) (schriftelijk altijd, mondeling soms of steekproefsgewijs); sinds dit jaar alle kenbaar gemaakte klachten (3x), alleen als de klant het wenst (1x).

De klachten waarmee cliënten van een thuiszorgorganisatie komen zijn zeer divers. De meest voorkomende **geregistreerde** klachten in 1999 (gemiddeld over alle organisaties) hebben betrekking op de bejegening. Het aantal klachten dat hierover in 1999 geregistreerd werd, bedraagt 3.18 gemiddeld over alle organisaties. De overige klachten variëren gemiddeld van 0.23 tot 1.98 gemiddeld over alle organisaties (Tabel 6.3.1). Het totaal aantal klachten dat door alle organisaties werd geregistreerd bedraagt 1192. Gemiddeld werden per organisatie 19.5 klachten geregistreerd.

Tabel 6.3.1 Aspecten van de thuiszorg waarop klachten in 1999 betrekking hebben
(N=61)

Klachten	Totaal aantal klachten	Totaal aantal organisaties met klachten	Gemiddeld per organisatie met klachten	Gemiddeld over alle organisaties
Geen zorg	121	14	864	198
Wachtrijst/wachttijd	134	21	638	56
Bejegening	194	36	539	318
Verzorging	114	23	496	187
Onvoldoende zorg	97	22	441	159
Verpleging	68	17	400	111
Huishoudelijke taken	91	24	379	149
Wisselende medewerkers	91	30	303	149
Indicatiestelling ¹	47	24	196	77
Privacy/dossier	14	12	117	23
Anders	221	27	819	362
Totaal	1192			1954

6.3.2 Toegankelijkheid van de klachtopvang

Aanwezigheid van klachtopvang

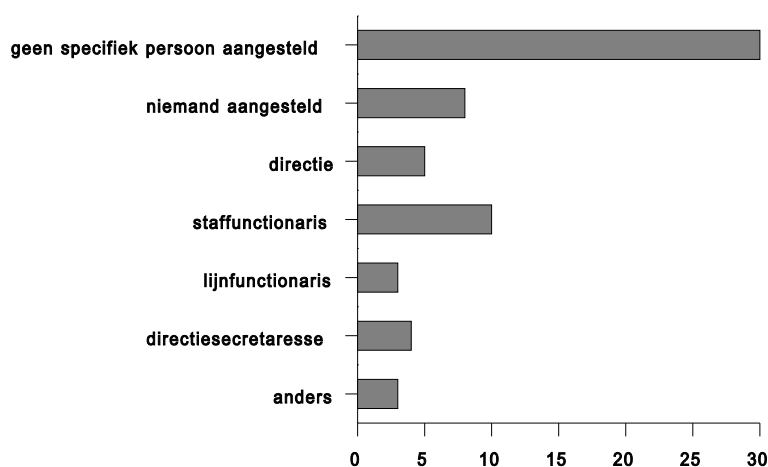
In 13% (=8) van de onderzochte thuiszorgorganisaties is niemand aangesteld voor de klachtopvang, ongeveer de helft (48%, = 30) geeft aan dat er klachtopvang wordt geboden, maar dat hiervoor geen specifieke persoon aangesteld is. Ruim eenderde (40%, =25) van de onderzochte thuiszorgorganisaties heeft wel iemand aangesteld voor de klachtopvang. Deze persoon heeft in deze 25 thuiszorgorganisaties naast de klachtopvang nog een andere functie. In 40% (=10) van de thuiszorgorganisaties is dit een staffunctie en in 20% (=5) van de organisaties een directiefunctie. In 16% (=4) van de gevallen is degene die aangesteld is voor de klachtopvang een directiesecretaresse (Figuur 6.3.1).

1

Indicatiestellingen worden sinds 1998 niet meer door de thuiszorgorganisaties uitgevoerd, maar door Regionale Indicatieorganen (RIO's). Klachten hierover kunnen dus ook niet door de thuiszorgorganisaties afgehandeld worden (Landelijke klachtencommissie Thuiszorg, 2000)

Figuur 6.3.1 Persoon die aangesteld is voor de klachtopvang (N=63)

Het overgrote deel van bovengenoemde personen (80%, =20) is op afroepbasis aangesteld



voor de opvang van klachten. Van de overige 20% (=5) varieert het aantal uren dat men per maand vrijgesteld is voor de klachtopvang tussen de 2 en 96 uur.

Grotendeels (89%, =49) hebben degenen die zich bezighouden met de klachtopvang hiervoor geen specifieke opleiding of cursus gevolgd.

Bekendheid

Alle 63 organisaties geven aan dat aan de thuiszorgcliënten bekend gemaakt wordt waar een klacht kenbaar gemaakt kan worden. De wijze waarop kenbaarheid gegeven wordt aan de klachtopvang varieert. Het meest gebruikelijk is een algemene folder waarin vermeld staat hoe en waar een klacht gemeld kan worden, bijna tweederde (63%) van de organisaties geeft aan (onder andere) op deze wijze bekendheid te geven aan de klachtopvang. De helft (52%) van de onderzochte organisaties beschikt over een specifieke klachtenfolder (zie Tabel 6.3.2).

Tabel 6.3.2 Wijze waarop de klachtopvang onder cliënten bekend wordt gemaakt (N=63)

	%*	Aantal
Algemene folder	64	40
Klachtenfolder	51	33
Persoonlijk door medewerkers	44	28
Brochure/infomap/folder	9	6
Zorgdossier	9	6
Leveringsvoorwaarden	6	4
Boekje	5	3
Media	3	2
Anders**	9	6

* Meerdere antwoorden mogelijk, telt daarom op boven 100%

** Onder 'anders' wordt genoemd: klachtenreglement(2x), cliëntenraad (1x), klantenblad (1x), kantoor (1x) en schriftelijk en mondeling (1x)

Clënten kunnen hun klachten op diverse manieren uiten: schriftelijk, telefonisch en mondeling. In de meeste onderzochte thuiszorgorganisaties (70%, =44) wordt van twee of

al deze manieren gebruik gemaakt. In 13% (=8) van de thuiszorgorganisaties worden de klachten alleen schriftelijk kenbaar gemaakt.

In 22% (=14) van de thuiszorgorganisaties is het schriftelijk indienen van een klacht noodzakelijk voor het in behandeling nemen van de klacht door de medewerker die verantwoordelijk is voor de klachtopvang. Hierbij wordt door meer dan de helft (=8) van de thuiszorgorganisaties hulp geboden.

In ongeveer eenderde (35%) van de thuiszorgorganisaties is de leidinggevende het eerste aanspreekpunt voor cliënten met een klacht. Eveneens in eenderde van de organisaties (31%) is het directiesecretariaat het eerste aanspreekpunt. Andere aanspreekpunten die genoemd worden zijn: directie (13%), klachtencommissie (13%) en anders (13%).¹

6.3.3 *Werkwijze van de klachtopvang*

Inhoud klachtopvang

De klachtopvang die geboden wordt varieert van het bieden van een luisterend oor tot het verlenen van bijstand, met alles wat daar tussen zit. Ook klachtenbemiddeling wordt door de meeste thuiszorgorganisaties aangeboden (zie Tabel 6.3.3).

Tabel 6.3.3 Inhoud klachtopvang die door de thuiszorgorganisatie wordt geboden (N=63)

Inhoud klachtopvang	Thuiszorgorganisaties	
	%*	Aantal
Geven van informatie en advies	98	62
Bieden luisterend oor	97	61
Intern bespreken van klacht	92	58
Doorverwijzen	86	54
Helpen schriftelijk formuleren	68	43
Bijstand bieden in een gesprek met de 'aangeklaagde'	68	43
Bijstand bieden tijdens een bijeenkomst van de klachtencommissie	40	25
Bemiddeling	79	50
Anders**	27	17

* Meerdere antwoorden mogelijk, telt daarom op boven 100%

** Hieronder werd genoemd: huisbezoek (5x), ondersteuning voorafgaand aan klachtencommissie (2x), direct in de lijn oplossen (2x), op werkplek oplossen, bijstand verlenen voor een klacht bij andere organisatie

Bemiddelaar

Zoals gepresenteerd in tabel 6.3.3 wordt in 79% (=50) van de thuiszorgorganisaties bemiddeling als vorm van klachtopvang aangeboden. In een kwart van deze organisaties (26%, =13) is degene die bemiddelt dezelfde persoon als degene die verantwoordelijk is voor de ondersteuning van klachten. Voor de andere driekwart (=37) van de

¹ Aangezien in sommige thuiszorgorganisaties meerdere aanspreekpunten zijn, telt het percentage op boven de 100%.

thuiszorgorganisaties is dit niet het geval, de bemiddelaar is hier in de meeste gevallen de leidinggevende, manager of directie (zie Tabel 6.3.4)

Tabel 6.3.4 Functie van de bemiddelaar in de thuiszorgorganisatie (N=37)

Functie bemiddelaar	Aantal*
Leidinggevende	18
Directie	5
Klachtencommissie	2
Klachtenfunctionaris	1
Beleidsmedewerker	1
Patiëntenvertrouwenspersoon	1
Betrokken medewerker	1
Anders:	19
in de lijn, management	6
de naasthogere	3
manager of directie	2
zo laag mogelijk	2
directie via rayonhoofd	1
directie of klachtencommissie	1
afdeling maatschappelijk werk	1
afhankelijk van de situatie	3

* Meerdere antwoorden mogelijk, telt daarom op boven 100%

Inhoud bemiddeling

Aan de thuiszorgorganisaties zijn vier vormen van bemiddeling voorgelegd met de vraag of deze bij hen voorkomen. Deze vier vormen zijn:

1. De bemiddelaar regelt een gesprek tussen de cliënt en de betrokken medewerker zonder zelf aanwezig te zijn
2. De bemiddelaar regelt een gesprek tussen de cliënt en de betrokken medewerker en begeleidt zelf als onpartijdige persoon het gesprek
3. De bemiddelaar regelt een gesprek tussen de cliënt en de betrokken medewerker en fungeert als ondersteuner van de cliënt tijdens het gesprek
4. De bemiddelaar bespreekt de klacht met de betrokken hulpverlener en koppelt dit gesprek terug naar de cliënt

In de 50 thuiszorgorganisaties, die bemiddelen, komen alle bovengenoemde vormen van bemiddeling voor. In 88% (=44) van de thuiszorgorganisaties komt het voor dat de bemiddelaar als een onpartijdige persoon een gesprek begeleidt tussen de cliënt en de betrokken medewerker. In 74% (=37) van de thuiszorgorganisaties komt het voor dat de bemiddelaar zonder aanwezigheid van de cliënt met de betrokken medewerker de klacht bespreekt en vervolgens diens reactie aan de cliënt terugkoppelt. In 50% (=25) van de organisaties regelt de bemiddelaar een gesprek tussen cliënt en betrokken hulpverlener zonder daarbij zelf aanwezig te zijn en in 20% (=10) van de organisaties komt het voor dat de bemiddelaar als ondersteuner van de cliënt deel neemt aan het gesprek.

In de helft (48%, =24) van de thuiszorgorganisaties is de meest gebruikte vorm van bemiddeling, die waar de bemiddelaar als onpartijdige persoon het gesprek begeleidt. In 38% (=19) van de thuiszorgorganisaties wordt die vorm het meest gebruikt waar de

bemiddelaar de klacht met de betrokken medewerker bespreekt en dit vervolgens terugkoppelt naar de cliënt. In 8% (=4) van de thuiszorgorganisaties wordt het meest gebruik gemaakt van de bemiddelings-vorm waarbij de bemiddelaar een gesprek tussen cliënt en betrokken hulpverlener regelt zonder zelf aanwezig te zijn (Figuur 6.3.2, volgende bladzijde).

Figuur 6.3.2 Meest voorkomende vorm van bemiddeling in de thuiszorg (N=50)



6.4 Resultaten vanuit cliëntenradenperspectief

6.4.1 Achtergrond cliëntenraden

Bevoegdheden cliëntenraad

Van de 25 cliëntenraden geven 10 aan (40%) adviesrecht te hebben bij het vaststellen van het klachtenreglement, 9 (36%) geven aan adviesrecht te hebben bij de benoeming van de leden van de klachtencommissie. Twee van de onderzochte cliëntenraden zeggen adviesrecht te hebben bij het aanstellen van een klachtenfunctionaris/patiëntenvertrouwenspersoon. Zes cliëntenraden (24%) zeggen geen van deze bevoegdheden te hebben.¹

In driekwart van de onderzochte cliëntenraden is klachttopvang een thema (52% ja, 24% eigenlijk wel) op de vergaderingen. Een kwart geeft aan dat klachttopvang niet (16%) of eigenlijk niet (8%) een agendapunt is.

6.4.2 Aard en aantal van de klachten

Ongeveer de helft (54%, =13) van de onderzochte cliëntenraden is op de hoogte van het aantal klachten dat in 1999 bij de thuiszorg bekend is gemaakt. Dit aantal klachten varieert van géén tot 91 klachten. Gemiddeld kwamen in deze organisaties volgens de

¹ Aangezien meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op boven de 100%.

cliëntenraden 29 klachten binnen, de mediaan ligt bij 10 klachten per thuiszorgorganisatie.

Bij 11 cliëntenraden is de aard van de binnengekomen klachten bekend. Het meest genoemd worden klachten van cliënten die te maken hebben met wisselende medewerkers (9x), wachttijden, wachtlijsten (7x), indicatiestelling (6x), klachten over de omvang van de zorg (5x) en bejegening (3x). Verder wordt nog genoemd klachten over verpleging en verzorging (2x), huishoudelijke diensten (1x), privacy (1x) en communicatie (1x)

6.4.3 Toegankelijkheid van de klachtopvang

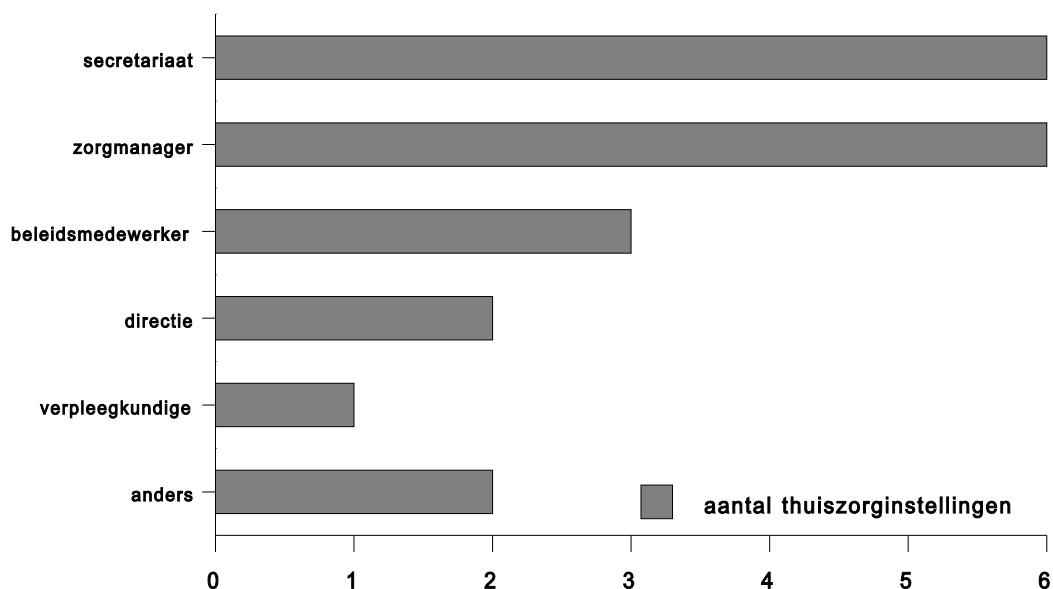
Aanwezigheid

Volgens de onderzochte cliëntenraden (=25) heeft het merendeel van de thuiszorgorganisaties (88%, =22) iemand aangewezen die verantwoordelijk is voor de klachtopvang binnen de thuiszorg. Twee cliëntenraden is niet bekend of er iemand is aangewezen en een cliëntenraad zegt dat er niemand is aangewezen.

Klachtopvangmedewerkers

Degene die is aangewezen voor de klachtopvang, heeft volgens de cliëntenraden in 20 (91%) van de 22 organisaties nog een andere functie. Dit is in de meeste gevallen een secretariële of een zorgmanagement functie (Figuur 6.4.1).

Figuur 6.4.1 Andere functies van klachtopvangmedewerkers (N=20)



Bekendheid

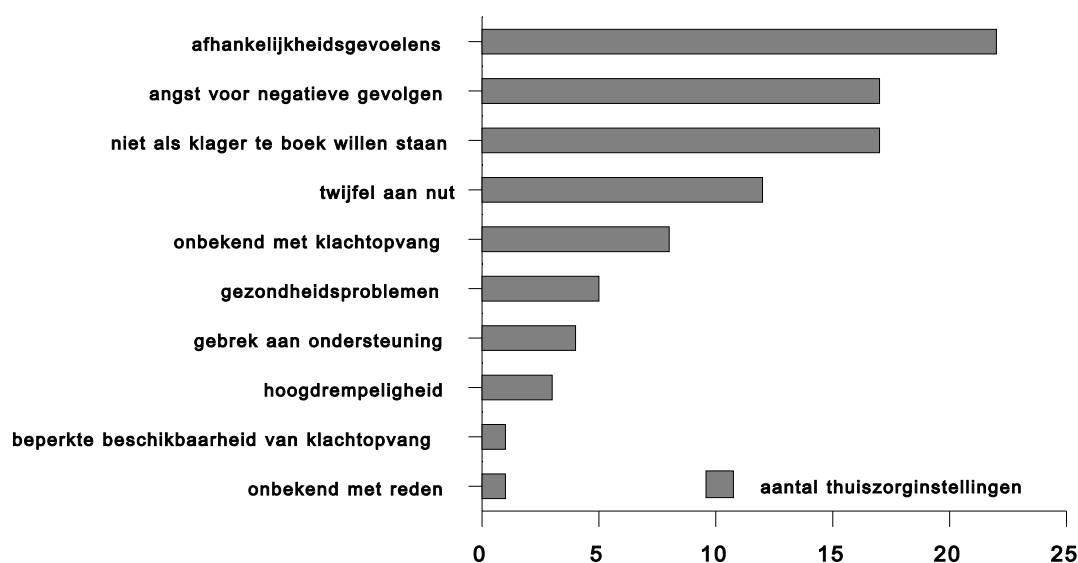
Door de onderzochte cliëntenraden (N=25) wordt aangegeven dat de meest voorkomende manier waarop de thuiszorgorganisatie aan cliënten bekend maakt waar zij een klacht kunnen indienen, een (klachten) folder is. Van de onderzochte cliëntenraden geeft 60% aan dat op deze manier bekendheid wordt gegeven aan de klachtopvang. Andere

manieren waarop bekendheid wordt gegeven zijn: mondelinge informatie van de medewerkers (56%), via intake-gesprek (48%), via thuiszorg-informatiekrant (32%) en via folder met leveringsvoorwaarden (28%)¹.

Laagdrempeligheid

Er zijn diverse redenen denkbaar die het voor cliënten van de thuiszorg moeilijk maakt om een klacht kenbaar te maken. De meest genoemde reden volgens de onderzochte cliëntenraden zijn de afhankelijkheidsgevoelens die een cliënt heeft tegenover de thuiszorgorganisatie en de medewerkers. Van de onderzochte cliëntenraden geeft 88% aan (=22) dat deze gevoelens het cliënten moeilijk maakt een klacht te melden. Andere veel genoemde redenen zijn dat de cliënt angst heeft voor negatieve gevolgen en niet als klager te boek wil staan, 68% (n=17) van de cliëntenraden meent dat dit voor cliënten redenen zijn van de drempel een klacht kenbaar te maken, 48% (=12) meent dat cliënten twijfel hebben aan het nut van het melden van een klacht. Volgens een derde van de cliëntenraden (31%, =8) is de reden een klacht niet kenbaar te maken, de onbekendheid met de klachtopvang (Figuur 6.4.2).

Figuur 6.4.2 Drempels die het cliënten moeilijk maakt een klacht kenbaar te maken (N=25)



¹ Aangezien meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op boven de 100%.

6.4.4 *Werkwijze van de klachtopvang*

Inhoud klachtopvang

Naast het bieden van een luisterend oor en het geven van informatie en advies, wordt de klacht volgens de onderzochte cliëntenraden in 56% van de thuiszorgorganisaties besproken met de zorgmanager of leidinggevende en in 40% van de organisaties met de betrokken medewerker.

Tabel 6.4.1 Vormen van klachtopvang die door volgens de cliëntenraden door de thuiszorgorganisaties wordt geboden (N=25)

Vormen van klachtopvang	Thuiszorgorganisaties	
	%*	Aantal
Geven van informatie en advies	72	18
Bieden luisterend oor	56	14
Klacht bespreken met desbetreffende zorgmanager/leidinggevende	56	14
Registreren van de klacht	44	11
Klacht bespreken met betrokken medewerker	40	10
Klacht bespreken met de klager	32	8
Bieden van ondersteuning in verdere procedure	28	7
Klacht bespreken met directie	20	5
Klacht bespreken met betrokken medewerker in bijzijn cliënt	8	2
Onbekend	4	1
Anders**	12	3

* Meerdere antwoorden mogelijk, telt daarom op boven 100%

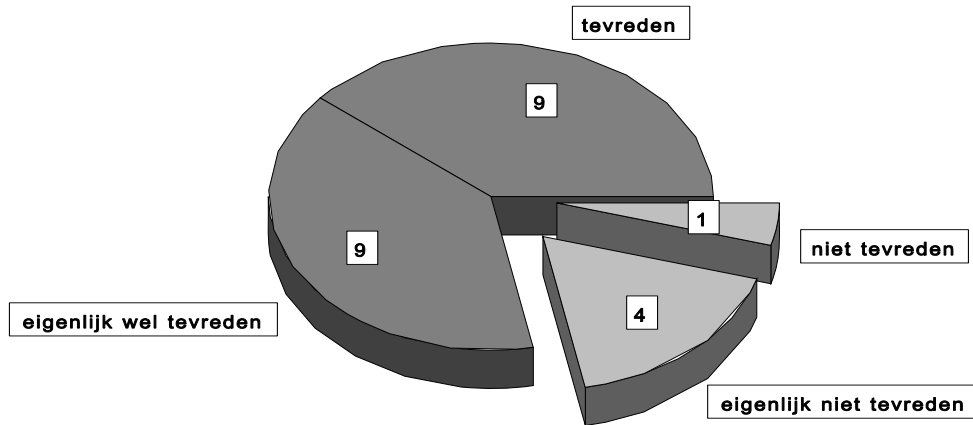
** Onder anders wordt genoemd: via bemiddeling tot een oplossing van de klacht komen; afhankelijk van de klacht; onbekend

Het merendeel (84%, =21) van de onderzochte cliëntenraden geeft aan dat cliënten bericht krijgen over wat er met hun klacht wordt gedaan.

6.4.5 *Oordelen van de onderzochte cliëntenraden over de klachtopvang*

Aan de cliëntenraden is gevraagd of zij menen dat de cliënten tevreden zijn met de manier waarop klachten door de thuiszorgorganisatie worden opgevangen. Van de onderzochte cliëntenraden meent 78% (=18) dat de cliënten (eigenlijk wel) tevreden zijn met de manier waarop de klachten worden opgevangen, 21% (=5) van de onderzochte cliëntenraden zegt dat cliënten eigenlijk niet tevreden zijn (Figuur 6.4.3).

Figuur 6.4.3 Tevredenheid cliënten volgens de cliëntenraad (N=23)

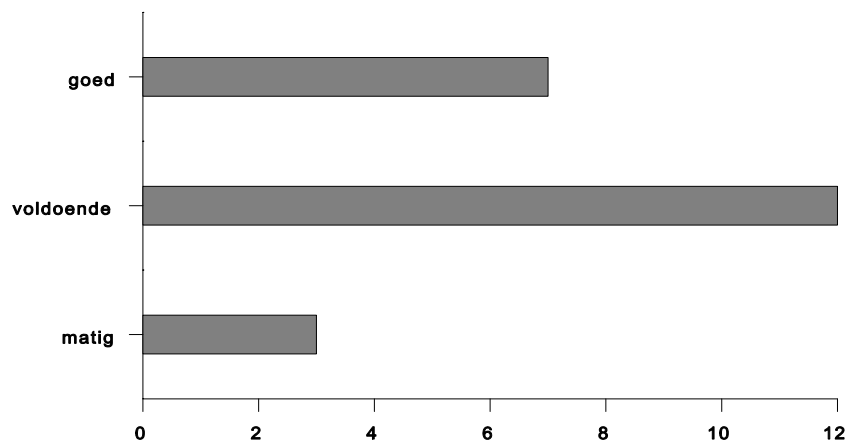


De redenen die de 5 cliëntenraden aanvoeren waarom cliënten (eigenlijk) niet tevreden zijn met de klachttopvang zijn:

1. dit blijkt uit tevredenheidsmeting;
2. problemen hebben veelal te maken met gebrek aan capaciteit, hier is weinig aan te doen;
3. te weinig klachten om dit te kunnen beoordelen;
4. regelingen zijn vaag;
5. de klacht wordt pas ingediend in de fase waarin de verharding van standpunten is.

De klachtvriendelijkheid van de thuiszorgorganisatie is volgens eenderde (32%) van de cliëntenraden goed; 55% van de cliëntenraden meent dat de klachtvriendelijkheid van hun organisatie voldoende is en 14% vindt deze matig (Figuur 6.4.5).

Figuur 6.4.5 Oordeel cliëntenraad over klachtvriendelijkheid (N=22)



6.4.6 Klachtopvang door de cliëntenraad

Niet alleen door de thuiszorgorganisaties, maar ook door cliëntenraden worden klachten opgevangen. In 12 (48%) van de onderzochte thuiszorgorganisaties benaderen cliënten of familie van cliënten de cliëntenraad met een klacht. Het aantal klachten dat deze cliëntenraden in 1999 ontving varieerde van 1 tot 15 klachten. Het gemiddeld aantal klachten dat deze organisaties ontving ligt bij 5 en de mediaan ligt bij 3 klachten.

Wanneer cliëntenraden klachten ontvangen van cliënten of familie van cliënten wordt in de meeste gevallen doorverwezen naar de thuiszorgorganisatie (teamleider, directie of klachtenfunctionaris) (Tabel 6.4.2).

Tabel 6.4.2 Ondernomen acties van cliëntenraden na het ontvangen van een klacht (N=12)

Acties van cliëntenraad na ontvangen klachten	%*	Aantal
Doorverwijzen naar klachtencommissie	33	4
Doorverwijzen naar teamleider	33	4
Doorverwijzen naar directie	25	3
Doorverwijzen naar klachtenfunctionaris	8	1
Door cliëntenraad zelf afgehandeld	8	1
Anders**	25	3

* Aangezien meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op boven de 100%.

**Onder anders wordt genoemd: geanonimiseerd besproken met directie, raadslid besprak klacht met directie, cliëntenraad heeft geen bevoegdheid

6.5 Samenvatting en beschouwing

Toegankelijkheid klachtopvang

De meest gebruikelijke manieren van thuiszorgorganisaties om bekendheid te geven aan de klachtopvang is via een (klacht-)folder of via persoonlijke informatie door medewerkers van de thuiszorgorganisatie.

Klachten kunnen mondeling, telefonisch en schriftelijk worden gemeld. In een kwart van de thuiszorgorganisaties is schriftelijk indienen echter noodzakelijk. Hierbij wordt in de helft van de gevallen hulp aangeboden.

Het gemiddeld aantal klachten dat in 1999 binnengekomen is bedraagt volgens de thuiszorgorganisaties 20 klachten per organisatie en volgens de cliëntenraden 29 klachten. De meest geuite klachten lagen op het gebied van bejegening, wachttijden, wachtlijsten en het geen of niet voldoende zorg ontvangen.

Redenen die het voor cliënten moeilijk maakt om een klacht kenbaar te maken liggen volgens de cliëntenraden veelal op het gebied van interne drempels: afhankelijkheidsgevoelens, niet als klager te boek willen staan en angst voor negatieve gevoelens. Eenderde van de cliëntenraden geeft daarnaast aan dat de onbekendheid met de klachtopvang een reden is de klacht niet kenbaar te maken.

In ongeveer een op de tien thuiszorgorganisaties is er niemand voor de klachtopvang aangesteld. In die thuiszorgorganisaties waar wel iemand is aangesteld, betreft dit altijd iemand die binnen de organisatie reeds een andere functie vervult. Meestal betreft het een lijn-, staffunctie, iemand van het directiesecretariaat of de directeur.

Niet alleen de thuiszorgmedewerker wordt benaderd met klachten ook de helft van de cliëntenraden geeft aan dat zij klachten ontvangen. De klachtopvang van cliëntenraden bestaat over het algemeen uit het doorverwijzen naar de thuiszorgorganisatie, slechts één van de onderzochte cliëntenraden geeft aan de binnengekomen klachten zelf af te handelen.

Werkwijze klachtopvang

De inhoud van de geboden klachtopvang door thuiszorgorganisaties is erg breed. Naast het geven van informatie en advies wordt er bijstand en bemiddeling geboden. De helft van de onderzochte organisaties geeft aan dat de meest gebruikte vorm van bemiddeling die is waar een gesprek plaats vindt tussen de cliënt en de betrokken hulpverlener, waar de bemiddelaar als onpartijdige persoon aanwezig is. De bemiddelingsvorm waar de bemiddelaar spreekt met de hulpverlener en dit gesprek terugkoppelt naar de cliënt wordt door ruim eenderde van de organisaties aangegeven als de meest gebruikte vorm. Er bestaat geen inzicht in de frequentie van de geboden bemiddeling. Gezien het relatief lage aantal klachten dat gemiddeld per organisatie binnenkomt en het feit dat niet elke opvang leidt tot bemiddeling, zal de frequentie niet zeer hoog zijn.

Over het algemeen heeft degene die binnen de thuiszorgorganisatie verantwoordelijk is voor de klachtopvang geen scholing gevolgd op het gebied van de klachtopvang. Slechts in een op vijf van de thuiszorgorganisaties is deze persoon voor een aantal uren per week vrijgesteld voor de klachtopvang. Voor de overige organisaties geldt dat de klachtopvang op afroep plaats vindt.

Oordelen

Cliënten zijn volgens de cliëntenraden over het algemeen tevreden met de manier waarop klachten door de thuiszorgorganisatie worden opgevangen. Toch geeft een op de vijf cliëntenraden aan dat cliënten eigenlijk niet tevreden zijn.

De klachtvriendelijkheid van de thuiszorgorganisatie is volgens eenderde van de cliëntenraden goed, de helft meent dat de klachtvriendelijkheid voldoende is en een op de zeven cliëntenraden vindt de klachtvriendelijkheid van de thuiszorgorganisatie matig.

Nabeschouwing

In dit onderzoek is zowel vanuit instellingsperspectief als vanuit cliëntenradenperspectief de klachtopvang van de thuiszorg beschreven in termen van toegankelijkheid en werkwijze. Ten aanzien van de toegankelijkheid valt op dat het aantal klachten dat per organisatie ontvangen wordt, ondanks het groot aantal cliëntcontacten per jaar, relatief laag is. Hiervoor zijn zowel interne (binnen de cliënt gelegen) als externe (vanuit de organisatie) drempels aan te wijzen.

Als interne drempels signaleren de cliëntenraden onder andere dat de cliënten zich afhankelijk voelen en niet als klager te boek willen staan. Naast deze interne drempels is

het opvallend dat ondanks de bekendheid die via folders aan de klachtopvang gegeven wordt, toch een groot deel van de cliënten onbekend schijnt te zijn met de klachtopvang die er door de thuiszorgorganisatie worden geboden. Deze externe drempel is in tegenstelling tot de interne drempels eenvoudiger te ondervangen. Hier ligt een aandachtspunt voor het klachtopvangsbeleid.

Een tweede externe drempel die de toegankelijkheid bemoeilijkt is de schriftelijke indiening van een klacht. In een kwart van de thuiszorgorganisatie is dit noodzakelijk. Er wordt weliswaar door de helft van de thuiszorgorganisaties aangegeven dat hierbij hulp geboden wordt, in de andere helft wordt deze echter niet geboden. Dit betekent dat in een op de acht thuiszorgorganisaties een cliënt de klacht schriftelijk moet melden zonder dat er bij het opzetten van de brief hulp geboden wordt.

De laatste externe drempel die we hier willen noemen is dat er niet altijd iemand voor de klachtopvang is aangesteld en het dus onduidelijk is waar de cliënt met zijn of haar klacht heen moet.

Ten aanzien van de werkwijze van de klachtopvang is er onder meer gekeken naar de vormen van opvang die geboden worden. De geboden klachtopvang vanuit de thuiszorgorganisatie is breed. Er vindt zowel ondersteuning (informatie, advies en bijstand) plaats als bemiddeling.

Opvallend is dat in de thuiszorg, vergeleken met ziekenhuizen, bemiddeling in de vorm waarbij zowel de klager als de aangeklaagde aanwezig zijn vaker voorkomt dan bemiddeling in elkaars afwezigheid. Op basis van de huidige onderzoeksgegevens is echter niet te achterhalen hoe vaak en wanneer deze bemiddeling wordt geboden.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld de klachtopvang in ziekenhuizen die plaats vindt door een speciaal daartoe aangestelde klachtenfunctionaris, worden de klachten in de thuiszorg in de lijn opgelost. Klachtopvang vormt dus een nevenfunctie naast het bestaande takenpakket. Dit kan voor cliënten een drempel zijn een klacht kenbaar te maken.

Daarnaast draagt het opvangen van klachten in de lijn ook niet bij aan een onpartijdige klachtopvang.

Opvallend is dat degene die verantwoordelijk is voor de klachtopvang over het algemeen geen scholing heeft op dit gebied. De vraag in hoeverre er door deze persoon structureel beleid gevoerd wordt ten aanzien van de klachtopvang is moeilijk te beantwoorden, wel is het opvallend dat in vier van de vijf organisaties degene die verantwoordelijk is voor de klachtopvang hiertoe niet vrijgesteld is voor een aantal uren per week, maar op afroepbasis werkt.

Weliswaar is het grootste gedeelte van de cliënten volgens de cliëntenraden tevreden over de geboden opvang. Toch is een niet onaanzienlijk deel van de cliënten (een op de vijf) volgens de cliëntenraden eigenlijk niet tevreden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het oordeel over de tevredenheid van de geboden klachtopvang niet een oordeel is van degene die een klacht heeft gehad, maar dat het een inschatting betreft van de cliëntenraad

7 klachtopvang in verpleeghuizen en verzorgingshuizen: De mening van de cliëntenraden

7.1 Inleiding

‘In de ouderenzorg wordt niet veel geklaagd’ blijkt uit de in 1999 verrichte evaluatie van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Een onderzoek van de (toenmalige) WoonZorgFederatie (WZF) en de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz)¹ en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), dat in 1998 is verricht, laat zien dat er inderdaad niet veel geklaagd wordt bij klachtencommissies, maar dat kenbaar gemaakte klachten in verpleeg- en verzorgingshuizen veelal informeel worden afgehandeld. Klachten, die in verzorgingshuizen geuit worden, komen in de meeste gevallen terecht bij het hoofd van de verzorging en de directie. Klachten, die in verpleeghuizen geuit worden, worden voornamelijk bij de vertrouwenspersoon en het afdelingshoofd neergelegd. Uit de resultaten van dit onderzoek uit 1998 blijkt dat de meeste instellingen voor ouderenzorg een klachtopvangtraject hebben opgezet. Omdat de klachten echter in veel gevallen informeel worden afgehandeld en niet openbaar gemaakt worden, zoals bij de WKCZ-klachtenbehandeling, is er weinig inzicht in de toegankelijkheid en kwaliteit van de klachtopvang .

Centraal in dit deelonderzoek staat dan ook het verkrijgen van inzicht in de klachtopvang in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Hierbij ligt het accent op de toegankelijkheid en de werkwijze van de klachtopvang. Daarnaast zal gekeken worden hoe de klachtopvang van verpleeg- en verzorgingshuizen vanuit cliëntenperspectief wordt beoordeeld. De algemene onderzoeksvraag luidt:

Hoe is de toegankelijkheid en de werkwijze van de klachtopvang in de verpleeg- en verzorgingshuizen en hoe wordt deze door de bewoners van de tehuizen beoordeeld?

Voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag hebben 150 cliëntenraden van verpleeghuizen en 150 cliëntenraden van verzorgingshuizen een vragenlijst toegestuurd gekregen.

¹ De WZF en de NVVz zijn per 1 januari 2000 gefuseerd onder de naam Arcares

7.2 Onderzoeksopzet

Onderzoekspopulatie

In de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn geen klagers benaderd, zoals bij de IKG's en ziekenhuizen (zie hoofdstuk 4 en 5). Hiervoor zijn twee redenen. De meest belangrijke reden is dat bij de start van dit onderzoek weinig inzicht bestond in de manier waarop de klachtopvang in verpleeg- en verzorgingshuizen is vormgegeven, of er sprake is van enige homogeniteit (eenzelf-de vormgeving) of heterogeniteit (veelvormige, verschillende vormgeving) in de vormgeving van de klachtopvang in de verpleeg- en verzorgingshuizen. De onbekendheid hierover maakt het niet mogelijk een verantwoorde steekproef te trekken op het niveau van de klager. Informatie over deze heterogeniteit dan wel homogeniteit is echter wel van belang en laat zich beter op meso- dan op microniveau verzamelen. Een tweede reden ligt in de moeilijke bereikbaarheid van klagers en de verwachte kleine aantallen klagers per instelling. Besloten is daarom een enquête voor te leggen aan de vertegenwoordigers van de bewoners, namelijk de cliëntenraden van de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Cliëntenraden bestaan uit de bewoners en vertegenwoordigers van bewoners en kunnen dus het bewonersperspectief ten aanzien van de klachtopvang schetsen. Daarnaast hebben de cliëntenraden op grond van de Wet medezeggenschap cliënten Zorginstellingen (Wmcz) ook invloed op het vaststellen van de klachtenregeling. Zo hebben zij een verzwaard adviesrecht bij het vaststellen van het klachtenreglement en bij het benoemen van de klachtencommissieleden. Door deze combinatie kunnen cliëntenraden een antwoord geven op procesmatige vragen over de klachtopvang, maar ook vragen over de tevredenheid van bewoners over de klachtopvang beantwoorden.

Steekproefomvang

Ten behoeve van dit onderzoek zijn 150 cliëntenraden van verpleeghuizen en 150 cliëntenraden van verzorgingshuizen geselecteerd. Deze cliëntenraden zijn geselecteerd aan de hand van de deelnemerlijst van de LOC.¹ De cliëntenraden van verpleeghuizen zijn door de onderzoekers op een willekeurige wijze geselecteerd uit het complete adressenbestand van de (toenmalige) Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners (NVBV). De cliëntenraden van de verzorgingshuizen zijn door de LOC op willekeurige wijze geselecteerd.

Een voordeel van deze selectiemethode op grond van de adressenbestanden is dat alleen verpleeg- en verzorgingshuizen zijn aangeschreven, waarvan zeker is dat een cliëntenraad aanwezig is. De respons is hierdoor hoger dan wanneer op volstrekt willekeurige wijze verpleeg- en verzorgingshuizen waren aangeschreven waarvan niet zeker is of zij (ondanks een wettelijke verplichting daartoe) over een cliëntenraad beschikken.

Een mogelijk nadeel kan zijn dat hierdoor geen representatief beeld geschetst wordt van de klachtopvang in deze instellingen. Immers, instellingen, die aan de Wet medezeggenschap cliënten Zorginstellingen (Wmcz) voldoen, hebben wellicht ook in hogere mate aandacht besteed aan de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) en in het verlengde daarvan tevens aan de klachtopvang. Aangezien echter ongeveer 70% van

¹ De LOC en de NVBV zijn per 1 januari 2000 gefuseerd onder de naam LOC.

de cliëntenraden van de 356 verpleeghuizen en 80% van de cliëntenraden van de 1401 verzorgingshuizen aangesloten is bij de LOC, wordt dit nadeel voor een groot deel ondervangen.

Meetinstrument

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is een schriftelijke enquête verstuurd aan de cliëntenraden van verpleeg- en verzorgingshuizen. Deze enquête is gebaseerd op een enquête die door de (toenmalige) WZF, NVVz en LOC is ontwikkeld. De vragen in deze enquête zijn gericht op drie onderwerpen.

Ten eerste is ingegaan op de centrale vraagstelling van dit onderzoek omtrent de toegankelijkheid en de werkwijze van de klachtopvang in de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Toegankelijkheid is hier geoperationaliseerd aan de hand van vragen over de aanwezigheid van de klachtopvangfunctie, welke perso(o)n(en) verantwoordelijk zijn voor de klachtopvang, de beschikbaarheid van deze perso(o)n(en) en de wijze waarop klachtopvang bekend wordt gemaakt aan de bewoners.

Tenslotte is in het kader van de laagdrempeligheid gevraagd of de personen die verantwoordelijk zijn voor de klachtopvang andere functies vervullen in het verpleeg- of verzorgingshuis, wie de klachten van bewoners kenbaar maakt en in het verlengde daarvan welke redenen voor bewoners een belemmering voor het kenbaar maken van een klacht zouden kunnen vormen. Tot slot wordt bekeken op welke wijze van de klachtopvang is vormgegeven.

Het tweede onderwerp dat in de vragenlijst aan de orde is gekomen betreft klachtvriendelijkheid van de instelling. De klachtvriendelijkheid is enerzijds gemeten door de cliëntenraden te vragen wat volgens hen het oordeel van de bewoners over de klachtopvang is en anderzijds hoe de cliëntenraad de klachtvriendelijkheid zelf beoordeelt.

Ten derde is een aantal vragen gesteld over de functie van de cliëntenraad met betrekking tot de klachtenopvang binnen de instelling. In het kader van de Wet Medezeggenschap hebben cliëntenraden bevoegdheden met betrekking tot de vaststelling van de klachtenregeling en de benoeming van de leden. Vervolgens is gevraagd of de cliëntenraad zelf een rol speelt in de klachtopvang van de instelling en zo ja welke.

Ten slotte is aan de cliëntenraden gevraagd een indicatie te geven van de aard en het aantal klachten (klachtopvang en -behandeling) dat in 1999 binnen de instelling kenbaar is gemaakt.

De enquêtes zijn aan de cliëntenraden verstuurd vergezeld van een begeleidende brief waarin uiteen is gezet, het doel van het onderzoek, de redenen waarom de onderzoekers besloten hebben de cliëntenraden te enquêteren, op welke wijze de cliëntenraden zijn geselecteerd en wat door de onderzoekers onder een klacht wordt verstaan. Tevens is gevraagd in ieder geval de enquête te retourneren, ook wanneer de cliëntenraad geen antwoord op de gestelde vragen kon geven.

Respons

Van de 150 verstuurde vragenlijsten aan cliëntenraden van verpleeghuizen, zijn er 91 ingevuld en geretourneerd (=61%). Bij verzorgingshuizen ligt de respons iets hoger. Van de 149¹ verstuurde vragenlijsten zijn 104 enquêtes ingevuld en geretourneerd (= 70%).

7.3 Resultaten

7.3.1 Inleiding

De gepresenteerde resultaten zijn te verdelen in drie onderwerpen. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op enige kengetallen omtrent klachten in verpleeg- en verzorgingshuizen. In de daarop volgende paragrafen wordt toegankelijkheid en de inhoud van de klachtopvang besproken. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de tevredenheid van de bewoners over de klacht-opvang. Ten slotte wordt ingegaan op de rol die cliëntenraden zelf hebben bij de opvang van klachten van bewoners.

7.3.2 Gegevens over klachten in verpleeg- en verzorgingshuizen

Aantal klachten

De helft van de cliëntenraden van verpleeghuizen en tweederde van de cliëntenraden van verzorgingshuizen blijkt niet op de hoogte te zijn van het aantal klachten dat er in de verpleeg- en verzorgingshuizen kenbaar is gemaakt. Van de cliëntenraden, die hier wel bekend mee zijn, blijkt dat de verpleeg- en verzorgingshuizen in de meeste gevallen 1 tot 5 klachten per jaar ontvangen. Daarnaast blijkt een relatief groot aantal verpleeghuizen (17) in 1999 meer dan tien klachten opgevangen te hebben. Tabel 7.3.1 geeft een overzicht, waarbij opgemerkt dient te worden dat de cijfers in de kolommen het aantal instellingen betreffen.

¹

Een enquête is teruggekomen met 'adres onbekend'. Dit bleek uiteindelijk wel het juiste adres te zijn, maar was het te laat om de vragenlijst nogmaals op te sturen

Tabel 7.3.1 Aantal klachten bij verpleeg- en verzorgingshuizen volgens cliëntenraad

Aantal klachten	Aantal verpleeghuizen (N=91)		Aantal verzorgingshuizen (N=104)	
	Klacht-opvang	Klachten-behandeling	Klacht-opvang	Klachten-behandeling
Onbekend	49	41	60	62
0 klachten	4	17	19	25
1-5	17	23	18	14
6-10	9	4	5	1
10-15	2	3	1	-
16-20	3	1	-	1
21-25	1	2	-	-
26-30	1	-	-	-
Meer dan 30	5	-	1	1
Totaal aantal klachten	583	190	120	78

De bovenstaande tabel laat zien dat er een verschil is in het aantal kenbaar gemaakte klachten tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen. In de 25 verzorgingshuizen waar klachten binnen-gekomen zijn worden in het totaal 120 klachten (gem=5) geregistreerd. In de 38 verpleeghuizen waar klachten binnengekomen zijn, zijn in het totaal 583 (gem=15) klachten geregistreerd.

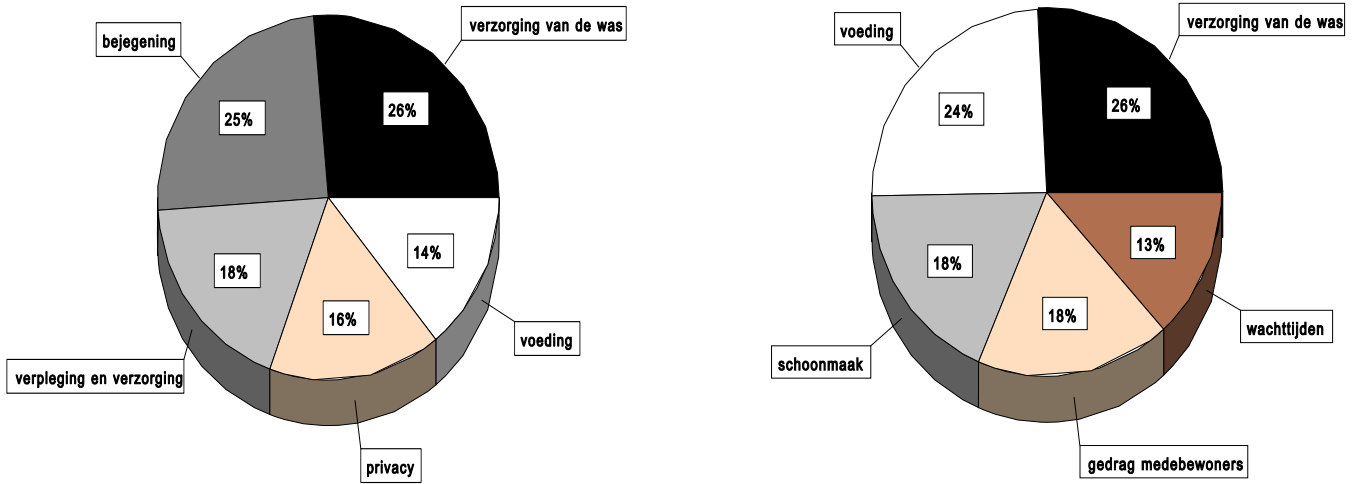
Aard van de klachten

De aard van de klachten verschilt tussen de verpleeg- en verzorgingshuizen. Naast klachten over de verzorging van de was, die bij beide hoog scoren, worden volgens de cliëntenraden van verpleeghuizen voornamelijk klachten van relationele (=bejegening) en verpleegkundige /verzorgende aard kenbaar gemaakt. De cliëntenraden van de verzorgingshuizen rapporteren mat name klachten over de voeding en de schoonmaak. In Figuur 7.3.1 worden de 5 meest genoemde klachten in verpleeg- en verzorgingshuizen gepresenteerd.

Figuur 7.3.1 Aard van de vijf meest genoemde klachten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen (in %)

Verpleeghuizen (N=84)

Verzorgingshuizen (N=99)

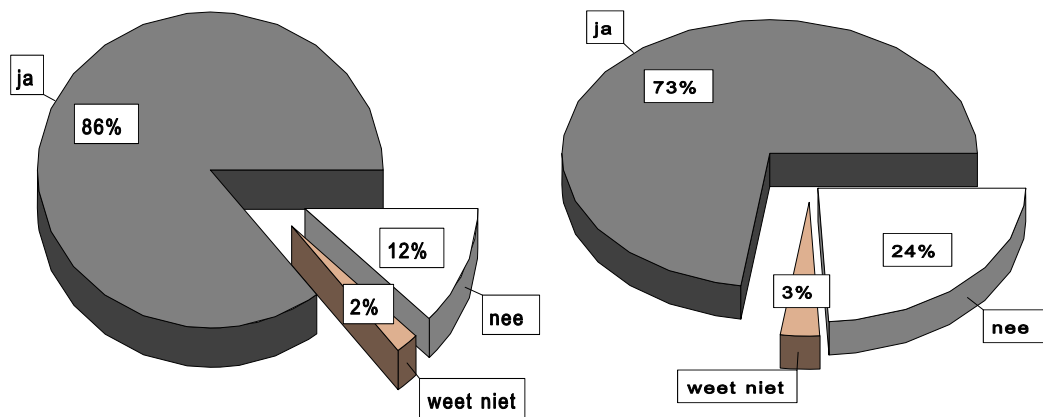


7.3.3 Toegankelijkheid van de klachtopvang

Aanwezigheid klachtopvang

De cliëntenraden rapporteren dat 87% van de verpleeghuizen en 73% van de verzorgingshuizen een persoon heeft aangesteld c.q. de verantwoordelijkheid heeft gegeven voor de opvang van klachten (Figuur 7.3.2).

Figuur 7.3.2 Aanwezigheid van een persoon die verantwoordelijk is voor de klachtopvang



Verpleeghuizen (N=89)

Verzorgingshuizen (N=102)

Volgens de cliëntenraden hebben de personen, die verantwoordelijk zijn voor de klacht-opvang in tweederde van de gevallen tevens een andere functie binnen het verpleeg- of verzorgingshuis. In verpleeghuizen is deze persoon in de meeste gevallen maatschappelijk werk(st)er, in verzorgingshuizen wordt de klachtopvang door verschillende functionarissen vervuld (Tabel 7.3.3).

Tabel 7.3.3 Nevenfuncties van personen, die verantwoordelijk zijn voor klachtopvang

	Verpleeghuizen (N=77)		Verzorgingshuizen (N=74)	
	%	Aantal	%	Aantal
Nee, geen andere functie	32	25	36	27
Ja, namelijk:	67	52	64	47
Hulpverlener:				
<i>paramedicus/psycholoog</i>		3		1
<i>arts / verpleegkundige/</i>		5		1
<i>hoofdverpleegkundige</i>				
<i>maatschappelijk werker</i>		20		5
<i>pastor /</i>		8		5
<i>geestelijk verzorger</i>				
Lijn:				
<i>zorgmanager</i>		1		12
<i>directie</i>		-		6
Staf:				
<i>staffunctionaris /</i>		8		8
<i>beleidsmedewerker</i>				
Ondersteunend:				
<i>adviseur / lid cliëntenraad</i>		4		5
<i>lid klachtencommissie</i>		1		2
<i>overig</i>		2		2

In de verpleeghuizen is de persoon die verantwoordelijk is voor de opvang van klachten in 75% van de gevallen in dienst van de eigen instelling, en in 5% van de gevallen in dienst van een andere instelling. In 20% van de verpleeghuizen is deze persoon vrijwilliger. Bij verzorgingshuizen is de situatie anders; 43% van de personen die verantwoordelijk zijn voor de klachtopvang is in dienst van het verzorgingshuis, 14% in dienst van een andere instelling en 39% is een vrijwilliger. (Tabel 7.3.4).

Tabel 7.3.4 Persoon verantwoordelijk voor klachtopvang in dienst van instelling

	Verpleeghuizen (N=76)		Verzorgingshuizen (N=72)	
	%	Aantal	%	Aantal
Ja	75	57	43	31
Nee, elders in dienst	5	4	14	10
Nee, vrijwilliger	20	15	39	28
Weet niet		-	4	3

Beschikbaarheid

Wat betreft de fysieke aanwezigheid (=beschikbaarheid) van de persoon die verantwoordelijk is voor de klachtopvang, wordt door de onderzochte cliëntenraden van verpleeghuizen (N=86) aangegeven dat 41% (=35) van deze personen op afroep aanwezig is en 36% (=31) een vast aantal dagen per week of maand aanwezig is, waarvan de helft 4 tot 8 uur per week. Zestien procent van deze cliëntenraden is niet bekend in welke mate deze persoon aanwezig is.

De beschikbaarheid van de persoon die verantwoordelijk is voor de klachtopvang in de verzorgingshuizen (N=73) laat een iets ander beeld zien. Ook hier is de meerderheid van deze personen op afroep aanwezig (51%=37), maar het percentage personen dat verantwoordelijk is voor de klachtopvang en op een vast aantal dagen per week of maand aanwezig is, ligt lager, namelijk op 22% (=16). De meerderheid van deze personen is tussen de 1 en 10 uur per maand beschikbaar voor de klachtopvang.

Bekendheid

Een ander aspect dat in het kader van de toegankelijkheid van de klachtopvang is onderzocht, is de wijze waarop de klachtopvang bij de bewoners bekend wordt gemaakt. Uit de resultaten blijkt dat de klachtopvang op verschillende manieren kenbaar wordt gemaakt. Schriftelijk voorlichtingsmateriaal is bij verpleeghuizen voornamelijk het opnameboekje (69%), maar in bijna de helft van de verpleeghuizen wordt de klachtopvang (ook) bekendgemaakt door een klachtfolder (48%) en de huiskrant (47%). In verzorgingshuizen wordt de klachtopvang voornamelijk bekendgemaakt in de huiskrant (49%). Mondelinge bekendmaking van de klachtopvang vindt zowel bij verpleeghuizen (63%) als bij verzorgingshuizen (46%) voornamelijk plaats tijdens het opnamegesprek. In bijna een kwart van de onderzochte verzorgingshuizen wordt de klachtenfunctionaris aan de bewoners voorgesteld. In verpleeghuizen ligt dit percentage op 13%. De frequentie van deze bekendmaking is niet onderzocht (Tabel 7.3.5).

Tabel 7.5.3 Bekendmaking klachtopvang in verpleeg- en verzorgingshuizen

		Verpleeghuizen (N=90)		Verzorgingshuizen (N=100)	
		%*	Aantal	%*	Aantal
schriftelijk:	opnameboekje	69	62	30	30
	klachtfolder	48	43	32	32
	huiskrant	47	42	49	49
	prikbord	29	26	16	16
mondeling:	opnamegesprek	63	57	46	46
	verteld door medewerkers	44	40	39	39
	klachtenfunctionaris is voorgesteld aan bewoners	13	12	23	23
	groeps gesprekken	12	11	9	9
overig:	geen bekendheid	-	-	3	3
	weet niet	2	2	4	4
	anders	9	8	9	9

Laagdrempeligheid

De onderzochte cliëntenraden geven aan dat er een aantal redenen is dat het bewoners moeilijk maakt een klacht kenbaar te maken. Slechts 2 cliëntenraden van verpleeghuizen en 6 cliëntenraden van verzorgingshuizen geven aan dat er geen redenen zijn, waardoor een bewoner belemmerd kan worden een klacht te uiten. De meeste cliëntenraden zijn van mening dat met name afhankelijkheidsgevoelens, angst (voor de gevolgen) en 'het niet als klager te boek willen staan' voor bewoners redenen zijn om een klacht niet te uiten, waarbij afhankelijkheidsgevoelens voor verpleeghuisbewoners de grootste belemmering blijkt (80%) en 'wil niet als klager te boek staan' voor verzorgingshuisbewoners (76%) (Tabel 7.3.6).

Tabel 7.3.6 Redenen die het voor bewoners moeilijk maken een klacht te uiten

	Verpleeghuizen (N=86)		Verzorgingshuizen (N=99)	
	%*	Aantal	%*	Aantal
Afhankelijkheidsgevoelens	80	68	58	57
Angst voor de gevolgen	80	68	62	61
Wil niet als klager te boek staan	67	58	76	75
Onbekendheid met klachtopvang	34	29	27	27
Twijfel aan nut	33	28	32	32
gezondheidsproblemen	24	21	23	23
Gebrek aan ondersteuning	7	6	5	5
Geen redenen	2	2	6	6

* Meerdere antwoorden mogelijk, zodat de aantallen de 100% overstijgen

7.3.4 Werkwijze van de klachtopvang

Wijze waarop klachten kenbaar gemaakt worden

Wanneer we kijken naar de wijze waarop de klacht door de bewoner en/of de relatie van de bewoner kenbaar wordt gemaakt, dan blijkt dat de onderzochte cliëntenraden van verzorgingshuizen (N=100) aangeven dat de meeste klachten bij de directie kenbaar worden gemaakt (64%), gevolgd door de persoon die verantwoordelijk is voor de klachtopvang (58%).

De onderzochte cliëntenraden van verpleeghuizen (N=90) rapporteren dat klachten voornamelijk worden ingediend bij degene die verantwoordelijk is voor de klachtopvang (83%) (Tabel 7.3.7).

Tabel 7.3.7 Wijze waarop klachten kenbaar worden gemaakt door bewoners en/of relaties

Via:	Verpleeghuizen (N=90)		Verzorgingshuizen (N=100)		
	%*	Aantal	%	Aantal	
schriftelijk:	Klachtencommissie	42	41	21	21
	Directie	39	35	42	42
	Klachtenbus	23	21	29	29
	klachtenformulier	22	20	20	20

Via:		Verpleeghuizen (N=90)		Verzorgingshuizen (N=100)	
		%*	Aantal	%	Aantal
mondeling / telefonisch:	persoon verantwoordelijk voor klachtopvang	52	47	39	39
	medewerker	52	47	52	52
	directie	10	9	22	22
	anders	15	14	20	20

* Meerdere antwoorden mogelijk, zodat de aantallen de 100% overstijgen

Klachten worden zowel door de bewoner als door de relatie van de bewoner kenbaar gemaakt. In de meerderheid van de verzorgingshuizen (N=102) worden de klachten door de bewoners zelf geuit (87%), in 58% van de verzorgingshuizen wordt een klacht (ook) door een relatie van de bewoner geuit.

In de meeste (89%) verpleeghuizen (N=90) worden klachten door een relatie kenbaar gemaakt en in 64% van de verpleeghuizen komt het ook voor dat een bewoner zelf de klacht kenbaar maakt.

Takenpakket klachtopvang

In de verpleeg- en verzorgingshuizen wordt vooral ondersteuning geboden in de vorm van het aanhoren van de klacht. Informatie en advies over de klacht en/of klachtmogelijkheden wordt in 61% van de verpleeghuizen gegeven en in 43% van de verzorgingshuizen. Ondersteuning in de vorm van bijstand komt bij verzorgingshuizen in een kwart van de gevallen voor. Bemiddeling - het bespreken van de klacht met de betrokken medewerker in het bijzijn van de klager met als doel het probleem op te lossen - komt volgens de onderzochte cliëntenraden zowel bij de verpleeg (26%) - als bij de verzorgingshuizen (19%) niet vaak voor.

In verpleeghuizen wordt de klacht door de persoon die verantwoordelijk is voor de opvang van klachten in de meeste gevallen besproken met de betrokken medewerker of afdelingshoofd, gevolgd door de directie. In verzorgingshuizen is dit andersom en wordt de klacht vaker besproken met de directie en in mindere mate met de betrokken hulpverlener of diens leidinggevende (Tabel 7.3.8).

Tabel 7.3.8 Takenpakket klachtopvang

		Verpleeghuizen (N=86)		Verzorgingshuizen (N=100)	
		%*	Aantal	%*	Aantal
Ondersteuning:	Aanhoren van de klacht	84	72	77	77
	Informatie en advies geven	61	52	43	43
	Bieden van bijstand in klachtenprocedure	55	47	26	26
Bemiddeling:	Klacht bespreken met betrokken hulpverlener in aanwezigheid van klager	26	22	19	19

		Verpleeghuizen (N=86)		Verzorgingshuizen (N=100)	
		%*	Aantal	%*	Aantal
Kwaliteitsbewaking:	Klacht bespreken met de betrokken hulpverlener	65	56	50	50
	Klacht bespreken met afdelingshoofd	64	55	52	52
	Klacht bespreken met directie	53	46	60	60
Kwaliteitsbevordering:	Registreren van de klacht	58	50	39	39

*Meerdere antwoorden mogelijk, zodat de aantallen de 100% overstijgen

7.3.5 Oordelen van de onderzochte cliëntenraden over de klachtopvang

De bewoners van de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn volgens de cliëntenraden in de helft van de gevallen tevreden met de klachtopvang, eenderde is redelijk tevreden met de klachtopvang en 16% van de cliëntenraden geeft aan dat bewoners eigenlijk niet of helemaal niet tevreden zijn over de klachtopvang (Tabel 7.3.9, volgende bladzijde).

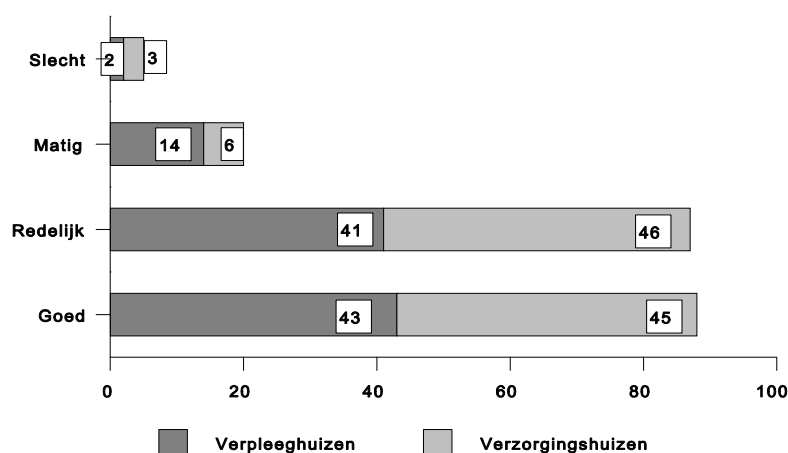
Tabel 7.3.9 Tevredenheid van bewoners over de klachtopvang volgens de cliëntenraad

	Verpleeghuizen (N=87)		Verzorgingshuizen (N=100)	
	%*	Aantal	%	Aantal
Ja	48	40	51	45
Eigenlijk wel	36	30	33	29
Eigenlijk niet	16	13	13	11
Nee	1	1	3	3

* door afronding geen 100%

Ten slotte is de cliëntenraden gevraagd een algemeen oordeel te geven de klachtvriendelijkheid van de instelling. De resultaten laten zien dat bijna de helft van de cliëntenraden de klachtopvang als goed beoordelen, een even zo grote groep vindt de klachtopvang redelijk. De cliëntenraden van de verpleeghuizen beoordelen in 16% van de gevallen de klachtopvang als matig tot slecht. Bij de cliëntenraden van de verzorgingshuizen ligt dit wat lager; 9% beoordeelt de klachtopvang als matig tot slecht (Tabel 7.3.10).

Figuur 7.3.3 Oordeel van de cliëntenraad over de klachtvriendelijkheid van de instelling (in%)



7.3.6 Klachtopvang door de cliëntenraad

Bevoegdheden van de cliëntenraden

De meeste cliëntenraden spelen een rol bij de totstandkoming van de klachtenregeling, welke varieert van het gebruik maken van inspraakmogelijkheden bij de vaststelling van het klachtenreglement en de benoeming van de klachtencommissie tot en met het zelf afhandelen van klachten.

In 63% van de verpleeghuizen en bij 61% van de verzorgingshuizen geven de cliëntenraden aan dat zij adviesrecht hebben bij het vaststellen van een klachtenreglement. In mindere mate hebben zij dit recht bij het benoemen van de klachtencommissieleden (52% van de verpleeghuizen en 45% van de verzorgingshuizen)¹.

In Tabel 7.3.10 wordt een overzicht gepresenteerd van de welke percentage cliëntenraden gebruikt maakt van de bevoegdheden ten aanzien van de klachtenregeling van de instelling.

Tabel 7.3.10 Bevoegdheden cliëntenraden ten aanzien van de klachtenregeling

	Verpleeghuizen (N=86)		Verzorgingshuizen (N=100)	
	%	Aantal	%	Aantal
Inspraak / adviesrecht bij vaststellen klachtenreglement	63	54	61	61
Inspraak / adviesrecht bij benoeming leden klachtencommissie	52	45	45	45
Inspraak / advies recht bij aanstellen klachtenfunctionaris	48	41	52	52
Geen bevoegdheden	11	9	18	18
Geen klachtenregeling	5	4	6	6
Anders	9	8	9	9

¹ NB. Op basis van WMCZ heeft 100% van de cliëntenraden verzwaard adviesrecht.

De helft van de geënquêteerde cliëntenraden heeft een verzwaaard adviesrecht ten aanzien van de klachtopvang. Cliëntenraden van verpleeghuizen hebben in 48% van de gevallen adviesrecht bij de keuze voor het aanstellen van een klachtenfunctionaris, cliëntenraden van verzorgings-huizen hebben dit recht in 52% van de gevallen. Achttien procent van de verzorgingshuizen en 11% van de verpleeghuizen hebben geen bevoegdheden ten aanzien van de klachtenregeling van de instelling. Tot slot rapporteren de cliëntenraden dat in 5% respectievelijk 6% van de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen een formele klachtenregeling ontbreekt.

Klachttopvang door cliëntenraad

Aantal ontvangen klachten

Uit de enquête blijkt dat de meerderheid van de cliëntenraden zelf klachten ontvangt van bewoners of relaties van bewoners; 73% van de cliëntenraden uit verzorgingshuizen en 62% van de cliëntenraden van verpleeghuizen geeft aan dat zij klachten ontvangen van bewoners en/of relaties. In Tabel 7.3.11 wordt een overzicht gegeven van het aantal cliëntenraden dat klachten ontvangt en tevens hoeveel klachten hij ontvangt. Tevens is vermeld hoeveel klachten de cliëntenraden in 1999 in totaal ontvangen hebben.

Tabel 7.3.11 Ontvangen klachten door cliëntenraden in 1999

	Aantal verpleeghuizen (N=87)		Aantal verzorgingshuizen (N=103)	
	%	Aantal	%	Aantal
Nog nooit klachten ontvangen sinds oprichting CR	38	33	27	28
Geen klachten	22	19	31	32
1-5 klachten	28	24	23	24
6-10 klachten	7	6	10	10
11-15 klachten	3	3	3	3
16-20 klachten	-	-	2	2
21-25 klachten	-	-	2	2
Meer dan 25 klachten	2	2	2	2
Totaal aantal klachten		183		353

Van de onderzochte cliëntenraden in verpleeghuizen geeft 22% en van de onderzochte cliëntenraden in verzorgingshuizen geeft 31% aan weliswaar ook zelf klachten te ontvangen, maar dat dit in 1999 niet gebeurd is.

Werkwijze cliëntenraad

Wanneer cliëntenraden klachten ontvangen van bewoners of relaties, verwijzen zij deze in de meeste gevallen door naar de directie (41% bij verpleeghuizen, 43%, bij verzorgingshuizen). In ongeveer eenderde van de gevallen trachten de cliëntenraden de klachten zelf af te handelen. Daarnaast worden in 31% van de verpleeghuizen en in 6% van de verzorgingshuizen klachten verwezen naar de persoon die verantwoordelijk is voor de klachttopvang. In de minderheid van de gevallen wordt verwezen naar de klachtencommissie (Tabel 7.3.12).

Tabel 7.3.12 Door de cliëntenraad ondernomen acties bij klachten

	Verpleeghuis (N=53)		Verzorgingshuis (N=63)	
	%*	Aantal	%*	Aantal
Doorverwijzen naar directie	70	37	71	45
Zelf afhandelen	55	29	47	30
Doorverwijzen naar klachtopvang	53	28	14	9
Doorverwijzen naar betrokken medewerker	32	17	25	16
Doorverwijzen naar klachtencommissie	17	9	6	4
Anders	11	6	16	10

* Meer dan een antwoord mogelijk, dus percentages overstijgen de 100%

7.4 Samenvatting en beschouwing

Inleiding

Opvallend is dat de meeste cliëntenraden goed op de hoogte zijn van de procesmatige kanten van de klachtopvang. Een aantal van hen geeft overigens aan de enquête met behulp van de persoon die verantwoordelijk is voor de klachtopvang ingevuld te hebben. Het is dus niet ondenkbaar dat ook andere cliëntenraden hulp gehad hebben. Desondanks dient bij de interpretaties van de resultaten bedacht te worden dat de klachtopvang bekeken is vanuit het oogpunt van de bewoner c.q. cliëntenraad en dus geen feitelijke weergave van de werkelijke situatie hoeft te zijn.

Het eerste dat opvalt aan de in dit onderzoek gepresenteerde resultaten, is het verschil in vormgeving van de klachtopvang tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Deze verschillen komen eigenlijk in bijna alle bevindingen naar voren. De oorzaak hiervoor ligt hoogstwaarschijnlijk aan het feit dat verpleeg- en verzorgingshuizen twee verschillende organisaties zijn met een verschillende organisatiestructuur. In de volgende paragrafen worden de opvallends verschillen nogmaals besproken.

Toegankelijkheid en werkwijze van de klachtopvang

Uit de resultaten blijkt dat het merendeel van de verpleeghuizen (87%) en bijna driekwart (73%) van de verzorgingshuizen iemand heeft aangesteld voor de opvang van klachten. Wanneer we deze cijfers zetten naast de cijfers uit 1998 dan blijkt er sprake te zijn van een positieve ontwikkeling. In 1998 was er namelijk in 82% van de verpleeghuizen en 65% van de verzorgingshuizen een persoon aangesteld voor de opvang van klachten (Arcares & LOC, 2000).

Daarnaast blijken in verpleeghuizen meer klachten ontvangen (c.q. geregistreerd) te worden dan in verzorgingshuizen. Naar de resultaten kijkend kan gezegd worden dat verpleeghuizen vaker klachtopvang geregeld hebben dan verzorgingshuizen en is deze tevens vaker beschikbaar. Daarnaast worden bij verpleeghuizen de meeste klachten kenbaar gemaakt bij de persoon, die verantwoordelijk is voor de klachtopvang, terwijl in verzorgingshuizen de klachten op veel verschillende plaatsen kenbaar worden gemaakt. De meest waarschijnlijke oorzaak is echter dat in verpleeghuizen naast verzorgingstaken ook (intensieve) verplegingstaken worden uitgevoerd, er vinden dus meer handelingen plaats die een aanleiding kunnen zijn voor een klacht.

Desalniettemin komt in beide instellingen een substantieel deel van de klachten terecht bij de directie. Wellicht dat (met name relaties van) bewoners eerder geneigd zijn naar de directie toe te stappen met een klacht, omdat zij van de directie verwachten, dat deze het probleem kan oplossen.

Tot slot valt op dat beide sectoren de klachtopvang voornamelijk schriftelijk bekendmaken en in mindere mate mondeling. In het kader van het stimuleren van bewoners hun klachten kenbaar te maken, is het van groot belang hen ook mondeling voor te lichten over de klachtopvang. Het bespreekbaar maken van klachten tijdens groepsgesprekken is een goede manier om enerzijds de klachtopvang bekend te maken en anderzijds direct in te spelen op eventuele klachten van bewoners. Dit blijkt beter te werken dan schriftelijk voorlichtingsmateriaal (Van Berchum, 1998). Het onderzoek van Arcares & LOC (2000) laat zien dat deze groepsgesprekken inderdaad plaatsvinden in ongeveer eenderde van de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Opvallend bij het bestuderen van het takenpakket van de klachtopvang is, dat deze in beide instellingen met name bestaat uit het aanhoren van de klacht en het geven van informatie en advies. Ondersteuning in de vorm van bijstand wordt volgens de cliëntenraden in mindere mate uitgevoerd, waarbij er een verschil bestaat tussen de verpleeghuizen en verzorgingshuizen. In de eerstgenoemde instellingen wordt in vergelijking met de verzorgingshuizen nog relatief veel aandacht besteed aan deze taken. Dit beeld komt overigens overeen met de resultaten van de WKCZ-evaluatie, waarin naar de taken van de klachtopvang is gevraagd. Ook hier bleek dat de bijstandstaken minder voorkomen dan de andere ondersteuningstaken.

Een opmerkelijk verschil dat blijkt uit de antwoorden van de cliëntenraden van de verpleeg- en verzorgingshuizen is dat in verzorgingshuizen de klacht in de meeste gevallen met de directie wordt besproken en in mindere mate met de hulpverlener en de leidinggevende van de hulpverlener. Bij verpleeghuizen is dit andersom. Daar wordt in de meeste gevallen de klacht met de betrokken hulpverlener en de leidinggevende besproken en in mindere mate met de directie. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er in verpleeghuizen - in tegenstelling tot verzorgingshuizen - een nauwere relatie bestaat tussen de bewoner en de hulpverleners vanwege de meer intensieve verpleging en verzorging. Daarnaast staan de directies van verzorgingshuizen over het algemeen op minder grote afstand (vaak kleinere organisaties) dan de directies van verpleeghuizen, waardoor bij eerstgenoemde directie meer klachten terechtkomen.

Voorts kan de hoge mate waarin lijnfunctionarissen van voornamelijk verzorgingshuizen de verantwoordelijkheid hebben voor de klachtopvang de schijn van partijdigheid oproepen en dat kan een belemmering zijn voor het kenbaar maken van de klacht. Bij een staf- of ondersteunende functie is deze schijn van partijdigheid minder.

Ter afsluiting wordt kort stilgestaan bij de deskundigheid van de persoon, die verantwoordelijk is voor de klachtopvang. Hoewel het begrijpelijk is om gezien het geringe aantal klachten, de klachtopvang over te laten aan een persoon, die reeds een andere functie binnen de instelling verricht, is het niet bevorderlijk voor de toegankelijkheid van de klachtopvang. Belemmeringen om een klacht in te dienen, die genoemd worden liggen immers alle op het gebied van de angst voor de gevolgen. Hoewel deze expliciet genoemd wordt en bij beide instellingen op de tweede plaats staan,

kunnen de beide andere meest genoemde belemmeringen ‘afhankelijkheids-gevoelens’ en ‘wil niet als klager te boek staan’ eigenlijk andere kanten van dezelfde medaille vormen. Uiteindelijk komen deze belemmeringen ook neer op ‘angst voor de gevolgen’ eventueel in termen van minder zorg en minder aandacht.

Tevredenheid over de klachtopvang

In de resultaten komt een overwegend positief beeld naar voren van de klachtopvang in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Hetzelfde beeld komt ook naar voren in de waardering van de cliëntenraden over de klachtopvang en klachtvriendelijkheid van de verpleeg- en verzorgings-huizen.. Opmerkelijk is echter wel dat de cliëntenraden van de verpleeghuizen en de cliënten-raden van Ondanks dat slechts de helft van de cliëntenraden helemaal tevreden is met de klachtopvang in de instellingen, is maar een klein percentage helemaal niet tevreden. Dit is bemoedigend, maar het verdient aanbeveling de klachtopvang nog klachtvriendelijker te maken. klachtopvang van de instellingen. Immers de helft van de onderzochte cliëntenraden is van mening dat de klachtopvang voor verbetering vatbaar is.

De rol van de cliëntenraad op het gebied van de klachtopvang

Wanneer we kijken naar de bevoegdheden die cliëntenraden hebben op het gebied van de klachtenregeling van de instellingen dan vallen twee zaken op. Op de eerste plaats maakt geen enkele cliëntenraad gebruik van alle bevoegdheden, die zij conform de Wmcz gekregen hebben. Een van de mogelijke oorzaken daarvan kan zijn dat zij door de directie daartoe niet uitgenodigd worden. OP de tweede plaats heeft de helft van de cliëntenraden van zowel de verpleeg- als de verzorgingshuizen een verzwaard adviesrecht bij het aanstellen van een persoon, die verantwoordelijk is voor de klachtopvang..Een verklaring hiervoor kan zijn dat de instelling zowel de klachtopvang als de klachtenbehandeling in een klachtenregeling heeft vastgelegd. Aangezien de cliëntenraden adviesrecht hebben ten aanzien van de gehele klachtenregeling, hebben zij dus ook adviesrecht ten aanzien van de klachtopvang. Overigens wordt dit ook door de branche-organisatie (Arcares) geadviseerd.

Het blijkt dat ongeveer driekwart van de cliëntenraden van verpleeghuizen en tweederde van de cliëntenraden van verzorgingshuizen zelf klachten van bewoners of relaties van bewoners ontvangt, terwijl in de meeste verpleeg- en verzorgingshuizen iemand is aangesteld voor de opvang van klachten. Wanneer cliëntenraden klachten ontvangen, worden deze in de meeste gevallen doorverwezen naar de directie. Klachten worden in mindere mate doorverwezen naar de klachtopvang en met name de cliëntenraden van verzorgingshuizen verwijzen slechts in enkele gevallen door naar de klachtopvang. Aangezien in de meeste instellingen wel iemand verantwoordelijk is voor de opvang van klachten, is het opmerkelijk dat de ontvangen klachten in de meeste gevallen naar de directie worden verwezen. Onduidelijk is wat hiervan de oorzaak kan zijn.

Samenvattend kan gezegd worden dat er tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen verschil bestaat in de toegankelijkheid van de klachtopvang, met name voor wat betreft de beschikbaarheid van de klachtopvang en de rol van de directie. Daarnaast geldt met betrekking tot de kwaliteit van de klachtopvang dat het takenpakket beperkt is en niet bekend is of bewoners feedback ontvangen naar aanleiding van een klacht. In de meeste

gevallen is klachttopvang een nevenfunctie van een verpleeg- of verzorgingshuismedewerker hetgeen de schijn van partijdigheid/afhankelijkheid kan oproepen. Tot slot blijkt dat de helft van de onderzochte cliëntenraden de klachttopvang positief beoordeelt, de andere helft is van mening dat de klachttopvang voor verbetering vatbaar is.

Literatuur

- Adresgids Ouderenzorg 1999. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Algera M, Friele RD (1999). Oordelen van klagers, aangeklaagden en secretarissen van klachtencommissies over de invulling van de WKCZ. In: RD Friele, C de Ruiter, F van Wijmen, J Legemaate (Eds). *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Utrecht: Nivel.
- Allsop J, Mulcahy L (1998). Maintaining professional identity: doctors' responses to complaints. *Sociology of Health and Illness* 20;6: 802-824.
- Arcares & Loc. (2000). *Klachtrecht in verpleeghuizen en verzorgingshuizen*. Utrecht: Arcares.
- Arends LAP, Legemaate J (1999). De samenloop tussen de WKCZ en de BOPZ. In: RD Friele, C de Ruiter, F van Wijmen, J Legemaate (Eds). *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Utrecht: Nivel.
- Bekkers M (1999). Op het goede spoor: cliënten over de dienstverlening van de Noord-Brabantse IKG's. Tilburg: PON.
- Beljaars AJJM, Burgt CHM van den (1998). Sociale kaart van het klachtrecht: naslagwerk voor klachtenopvang en klachtenbehandeling. Utrecht: SOKG.
- Berchum K van (1998). *Klantvriendelijk is klachtvriendelijk: communiceren over klachten in de zorgsector*. Utrecht: NIZW.
- Boerma LH, Weert HJHW van (1996). *Zorginformatietelefoon: behoefte, vormgeving en haalbaarheid van algemene telefonische informatievoorziening en dienstverlening over de gezondheidszorg*. Ubbergen: Tandem Felix.
- Calsbeek H, Friele RD (1997). *Patiënten / consumentenorganisaties en de kwaliteit van zorg: een onderzoek naar de bijdrage van patiënten / consumentenorganisaties aan het beleid omtrent de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg*. Utrecht: Nivel.
- Centraal Bureau voor de Statistiek & Ministrie van VWS (2000). *Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1999*. Voorburg: CBS.
- Consumentenbond (1999). *Jaarverslag 1998*. Utrecht: Consumentenbond.
- Dane A (1999). *Van klacht naar kwaliteit: een onderzoek naar de procedurele werking van klachtenregelingen in Limburgse ziekenhuizen*. Sittard: PCL.
- Donabedian A (1986). *Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Doornbos N, Reijssen PPM van. (2000). *De Geschillencommissie Ziekenhuizen: een eenvoudige procedure voor schadeclaims*. Lelystad: Koninklijke Vermande.
- Friele RD, Ruiter C de, Wijmen F van, Legemaate J (Eds) (1999). *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Utrecht: Nivel.

- Jain A, Ogden J (1999). General practitioners' experiences of patients' complaints: qualitative study. *British Medical Journal* 318:1596-1599.
- Kastelein WR (1994). *Van klagen naar klachtrecht: het klachtrecht in de gezondheidszorg*. Arnhem: Gouda Quint.
- Klachtencommissie Openbare Apotheek (1999). *Jaarverslag 1998*. Utrecht: klachtencommissie Openbare Apotheek.
- Klachtencommissie Paramedici Eerste Lijn (1999). *Jaarverslag 1998*. Amersfoort: klachtencommissie paramedici eerste lijn.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij der Bevordering van de Geneeskunde (1990). *Arts - patiënt: Modelregeling*. Utrecht: LP/CP
- KNMG (1998). *Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg*. Utrecht: KNMG.
- Landelijke Klachtencommissie Thuiszorg (2000) Jaarverslag 1999. Bunnik: Landelijke klachtencommissie thuiszorg.
- Legemaate J (1996). De wettelijke regeling van het klachtrecht. *Zorg & Visie*:169-176.
- Landelijk Informatiepunt voor Patiënten (1999). *Jaarverslag 1998. Vragen en klachten over de gezondheidszorg*. Utrecht: LIP.
- Lustig AJF, Wijmen FCB van (1999). *Klachtenbehandeling huisartsenzorg Zuid-Nederland geëvalueerd*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Martens J, Weerman J (1999). *Gids Patiënteninformatie: wegwijzer voor patiënten/ consumentenorganisaties en hulpverlener*. Utrecht: NP/CF.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989). *Advies klachtenopvang in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: NRV.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1991). *Advies klachtenopvang en democratisering*. Zoetermeer: NRV.
- Nederlandse Patiëntenvereniging (1999). *Jaarverslag 1998*. Veenendaal: NPV.
- Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Tandheelkunde (1999). *Jaarverslag 1998*. Utrecht: NMT.
- Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (1994). *Patiëntenorganisaties in beeld: onderzoek naar de categorale patiënten- en gehandicaptenorganisaties en decentrale patiënten /consumentenorganisaties*. Utrecht: NP/CF.
- NP/CF, SOKG (1998). *Perspectief voor onafhankelijke klachtenopvang: toekomstscenario's voor de Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg*. Utrecht: NP/CF, SOKG.
- Roscam Abbing HDC (1996). Aansprakelijkheid en medisch handelen: is een andere regeling noodzakelijk? *Medisch Contact* 51:663-964.
- Rossum G, Selten R van (1999). NMT-Peilstations: de verenigingsrechtspraak deel 1. *Nederlands tandartsenblad* 54:16:718-719.
- Stichting de Ombudsman (1999). *Jaarverslag 1998*. Hilversum: Stichting de Ombudsman.
- Stichting Korrelatie (1999). *Jaarverslag 1998*. Utrecht: Stichting Korrelatie.
- Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon (1999). *Jaarverslag 1998*. Utrecht: PVP.

- Straten GFM, Friele RD (1997). *Klachten, klachtenbehandeling en rapportage over klachten*. Utrecht: Nivel.
- Straten GFM, Janssens ACJW, Friele RD (1997). *Branche-rapport Patiënten / consumenten*. Utrecht: Nivel.
- Talma R, Ruiters C de, Horst F van de, Wijmen F van (1999). Het klachtrecht op papier en in de praktijk. In: RD Friele, C de Ruiters, F van Wijmen, J Legemaate (Eds). *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Utrecht: Nivel.
- Triemstra AHM, Bos GAM van den, Wal G van der (1999). *Ervaren knelpunten en klachten over de gezondheidszorg: een onderzoek gericht op de situatie van chronisch zieken*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 1992-1993, 23 0404, nr.3.
- Venrooij HNJM van, Martens ALJE (1999). Disfunctionerende zorgverleners: een onderzoek naar procedures tussen beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars. *Medisch Contact*, 54;5: 168-171.
- Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (1986). *Kadernota: klachten van verzekerden, wat doet het ziekenfonds ermee?* Zeist: NVZ.
- Verkruisen WG (1993). *Dissatisfied patients: their experiences, interpretations and actions*. Dissertatie, Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Wildenberg FAJM van, Andriess R, Hamersma AM (1999). Geen fouten, geen claims: zes jaar schadepreventiebeleid. *Medisch Contact* 31/32:1079-1081.
- Wijmen FCB van (1997). Het klachtrecht van de patiënt. In: *Consumentenhandboek Gezondheidszorg: over de positie van patiënten en verzekerden*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Wijmen F van, Dane A (1999). Klachtenbehandeling en kwaliteitsverbetering. In: RD Friele, C de Ruiters, F van Wijmen, J Legemaate(Eds). *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Utrecht: Nivel.

Lijst van afkortingen

APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AVVV	Algemene Vergadering voor Verpleging en Verzorging
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Bopz	Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (wet)
DHV	District Huisartsen Vereniging
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IKG	Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg
KNGF	Koninklijke Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de
Geneeskunde	
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der
Pharmacie	
LCVV	Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LIP	Landelijk Informatiepunt voor patiënten
LOC	Landelijke Organisatie Cliëntenraden Ouderenzorg
NMT	Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde
NP/CF	Nationale Patiënten/Consumentenfederatie
NPV	Nationale Patiënten Vereniging
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVVz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (per 1-1-2000
Arcares)	
NVZ	Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen
Nzf	Nederlandse Zorgfederatie
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen of Academisch
Ziekenhuis	
PP/CP	Provinciale Patiënten/Consumentenplatform
psb	patiëntenservicebureau
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
pvp	patiëntenvertrouwenspersoon
RP/CP	Regionale Patiënten/Consumentenplatform
SOKG	Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg
TIP	Tandheelkundig informatiepunt
VKIG	Vereniging van Klachtenfunctionarissen voor Instellingen in de
Gezondheidszorg	
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid Welzijn en Sport
WK CZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WmcZ	Wet medezeggenschap cliënten Zorginstellingen
WZF	Woonzorg Federatie (per 1-1-2000 Arcares)
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Samenstelling klankbordgroep

VWS

Mevr. H. Lucassen

Dhr. P. Francissen

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Dhr. F. Beumer

NP/CF

Dhr. G. Straten

PP/CP Utrecht

Mevr. M. Weerts

LCVV/AVVV

Dhr. P. Poortvliet

Arcares (voorheen WZF en NVVz)

Mevr. C. Hoegen

KNMG

Mevr. R. Doppegieter

VKIG

Mevr. W. Pors

ZN

Dhr. A. Martens

LOC

Mevr. M. Zijp

LVT

Mevr. M. Straks

SOKG

Dhr. P. Gevaerts