

# De evaluatie van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector

Samenvatting van het rapport: Evaluatie wet klachtrecht cliënten zorgsector. Friele RD, Ruijter C. de, Wijmen F. van, Legemaate J. ZON september 1999

Friele RD, Ruijter C de, Wijmen F van, Legemaate J

## 1.1 Inleiding

De Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) is op 1 augustus 1995 van kracht geworden. Door Zorg Onderzoek Nederland (ZON) werd de opdracht gegeven tot het evalueren van deze wet. De evaluatie is uitgevoerd door een samenwerkingsverband van vier instituten. Dit zijn drie onderzoeksinstituten: de universitaire vakgroepen gezondheidsrecht van het Instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Universiteit Maastricht en het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Deze onderzoeksinstituten werkten samen met de Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg (SOKG).

Het onderzoek is uitgevoerd onder een grote tijdsdruk: de start was 1 januari 1999 en in augustus 1999 is over het onderzoek gerapporteerd. Daarnaast was sprake van een beperkt financieel budget. De consequentie hiervan was dat een aantal forse beperkingen in het onderzoek moest worden aangebracht. De meest in het oog springende is de keuze om niet het gehele werkingsgebied van de Wkcz in het onderzoek te betrekken, maar het onderzoek te beperken tot de gezondheidszorg. Ook moest een aantal onderdelen van het project naast elkaar worden uitgevoerd, waarvan het inhoudelijk wenselijker zou zijn geweest om ze na elkaar te laten plaatsvinden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de gelijktijdige analyse van de reglementen en het onderzoek naar de toepassing van deze reglementen in de praktijk. Als deze onderdelen van het onderzoek na elkaar hadden kunnen plaatsvinden was een betere onderlinge afstemming mogelijk geweest. Eenzelfde overweging geldt voor de afstemming tussen het onderzoek naar de reglementen en de toepassing in de praktijk en het onderzoek onder klagers en aangeklaagden. Desalniettemin is het op grond van de verzamelde gegevens wel degelijk mogelijk gegronde uitspraken te doen over de manier waarop de Wkcz anno 1999 functioneert.

De evaluatie is opgebouwd uit een aantal deelstudies, waarover afzonderlijk wordt gerapporteerd. Deze studies zijn naast elkaar uitgevoerd en geven elk antwoord op verschillende deelvragen. Ze zijn opgenomen als de hoofdstukken 2 tot en met 6 van dit rapport. In dit eerste hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de

onderzoeksopzet en de resultaten en worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van de evaluatie weergegeven. In hoofdstuk 2 worden de achtergrond en de inhoud van de Wkcz nader beschreven. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de wijze waarop en de mate waarin zorgaanbieders invulling hebben gegeven aan de Wkcz. Hoofdstuk 4 geeft de opvattingen van klagers, aangeklaagden en secretarissen weer over de uitvoering van de klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz. In hoofdstuk 5 staat de samenloop tussen de Wkcz en de Bopz centraal. De relatie tussen de klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz en het kwaliteitsbeleid van instellingen wordt in hoofdstuk 6 verder uitgewerkt. Bij het opstellen van de rapportage is gestreefd naar enige compactheid. Dit betekent dat niet alle resultaten in extenso zijn weergegeven. Om aan eventuele vragen om meer gedetailleerde informatie te kunnen tegemoet komen zullen aanvullende gegevens gepubliceerd worden op internet, op [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl). De gegevens vindt u vervolgens met behulp van de zoekmachine op de introductiepagina.

### 1.1.1

#### **Doelstellingen van de Wkcz**

Het primaire doel van de Wkcz is het bieden van een laagdrempelige klachtmogelijkheid voor cliënten in de zorgsector. Daarnaast is de wet gericht op het benutten van de signalen van cliënten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. In deze paragraaf wordt dit kort toegelicht. Voor een verdere uitwerking wordt verwezen naar hoofdstuk 2 van dit rapport.

De Wkcz beoogt de rechtsbescherming van cliënten te verbeteren. Bij het opstellen van de wet werd overwogen dat er onvoldoende mogelijkheid bestond tot het onafhankelijk laten beoordelen van onvrede van cliënten. Er was sprake van een te hoge drempel. Daarbij werd ook opgemerkt dat instellingen onvoldoende mogelijkheden boden voor klachtopvang. Daarom zou er een gemakkelijk toegankelijke voorziening moeten komen voor cliënten. Deze zou vooral gericht moeten zijn op het wegnemen van onvrede. In termen van de NRV kan worden gesteld dat de functie van de Wkcz het bieden is van klachtenbehandeling die resulteert in een niet-bindende uitspraak (NRV 1989). Door de NRV werd toender tijd gesteld dat deze functie de klager een 'bevredigende genoegdoening' moet bieden.

Een tweede doelstelling van de Wkcz is het leveren van een bijdrage aan de kwaliteit van de zorgverlening. Klachten zijn namelijk veelal een indicatie van gebreken in de zorgverlening. Informatie uit klachtenbehandeling kan aldus gebruikt worden bij het kwaliteitsbeleid van instellingen en individuele zorgaanbieders.

De Wkcz heeft betrekking op alle zorgaanbieders die zorg verlenen zoals beschreven in de Ziekenfondswet, de AWBZ en de Overgangswet verzorgingshuizen. Ook vallen onder de wet zorgaanbieders op het terrein van kinderopvang, algemeen maatschappelijk werk, maatschappelijke opvang, welzijn van ouderen en de verslavingszorg.

De Wkcz schrijft voor dat er een toegankelijke klachtenregeling moet zijn: iedere zorgaanbieder (instellingen of natuurlijke personen) moet een dergelijke regeling

hebben en deze op passende wijze onder de aandacht brengen van zijn cliënten. Naast deze eisen rond toegankelijkheid zijn in de Wkcz een aantal eisen geformuleerd die betrekking hebben op de kwaliteit van de klachtenbehandeling:

- S er moet een klachtencommissie zijn waarvan de voorzitter niet werkzaam is voor of bij de zorgaanbieder;
- S de aangeklaagde mag geen deel uitmaken van de behandeling van de klacht;
- S termijnen van behandeling moeten zijn geregeld;
- S moet gelegenheid zijn voor hoor en wederhoor;
- S klagers en aangeklaagden moeten zich kunnen laten bijstaan;
- S de commissie moet een oordeel geven over de gegrondheid van een klacht;
- S de commissie kan dat oordeel vergezeld doen gaan van aanbevelingen;
- S de commissie moet een en ander regelen in een reglement.

Binnen een maand na ontvangst van het oordeel van de commissie - al dan niet vergezeld van aanbevelingen - moet de zorgaanbieder laten weten of hij naar aanleiding daarvan maatregelen zal nemen. Hierin zit met name de 'kwaliteitsdimensie' van de wettelijke regeling.

De Wkcz is een 'kaderwet': zij bevat minimumeisen die aan een klachtenregeling worden gesteld ofwel het kader dat door de zorgaanbieder verder kan worden ingevuld en uitgewerkt. Zo past zij in de moderne wetgevingsaanpak van de overheid: een sobere regeling met betrekkelijk open normen, die door het veld bij wege van zelfregulering verder kunnen worden ingevuld.

## 1.2 Probleemstellingen

De Wkcz moet dus twee beleidsdoelstellingen dienen: het realiseren van een laagdrempelige voorziening van klachtopvang van goede kwaliteit (die op zijn beurt weer gericht is op het versterken van de rechtspositie van cliënten en het bieden van genoegdoening, relatieherstel of het wegnemen van onvrede) en het leveren van een bijdrage aan het kwaliteitsbeleid op basis van informatie uit klachten. Bij de evaluatie van de Wkcz is de centrale vraag dan ook of en zo ja, in welke mate deze beleidsdoelstellingen zijn gerealiseerd.

In onderstaand schema is het kader voor de evaluatie weergegeven.

Schema 1.1: Kader voor de evaluatie van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector

	Beleidsintenties		Uitkomsten	
1. <b>Macro:</b> overheid	Instellen van de WKCZ leidt tot: 1. laagdrempelige klachtvoorziening 2. kwaliteitsverbetering	Ö	In welke mate heeft de WKCZ geleid tot: 1. laagdrempelige klachtvoorziening 2. Kwaliteitsverbetering	
-			•	•
2. <b>Meso:</b> Zorgaanbieders	Zorgaanbieders stellen klachtencommissies in conform de eisen van de WKCZ en kiezen voor een nadere invulling die bijdraagt aan de doelstellingen	Ö	<i>Bedoelde gevolgen:</i> In welke mate wordt de WKCZ nageleefd? Hoe is door zorgaanbieders nader invulling gegeven aan de WKCZ? Hoe gebruiken zorgaanbieders de informatie uit de klachten in hun kwaliteitsbeleid?	<i>Onbedoelde gevolgen:</i> Welke andere relevanten ontwikkelingen hebben zich voorgedaan?
-				•
3. <b>Micro:</b> Klagers en aangeklaagden	Klagers leggen hun klachten voor aan klachtencommissies van zorgaanbieders Klagers ontvangen 'bevredigende genoegdoening'	Ö	Hoe oordelen klagers een aangeklaagden over de klachtenbehandeling? Gebruiken aangeklaagden de informatie uit klachten voor het verbeteren van hun kwaliteit?	

#### *Macroniveau*

De beleidsdoelen zijn op macroniveau geformuleerd. Dit leidt tot evaluatievragen op macroniveau:

- 1.1 In welke mate heeft de Wkcz geleid tot een laagdrempelige klachtopvang van goede kwaliteit?
- 1.2 In welke mate en op welke wijze gebruiken zorgaanbieders informatie uit klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz voor kwaliteitsverbetering van zorg?

De beantwoording van deze vragen op macroniveau is alleen mogelijk door het verzamelen van informatie op meso- en op microniveau. De gecombineerde resultaten van onderzoek op meso- en microniveau geven inzicht in het antwoord op de evaluatievragen.

#### *Mesoniveau, bedoelde gevolgen*

De Wkcz krijgt gestalte op het mesoniveau: de zorgaanbieders zijn ervoor verantwoordelijk dat er een klachtencommissie is die volgens een bepaald reglement klachten kan behandelen van hun cliënten. Instellingen roepen doorgaans, eventueel in samenwerking met anderen instellingen, een eigen klachtencommissies in het leven, voor zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren spelen de koepel- of beroepsorganisaties hierbij een grote rol spelen (Straten & Friele, 1997).

De vraag die in eerste instantie moet worden beantwoord is of zorgaanbieders de wet naleven. Het gaat erom dat zij een regeling treffen, dat deze laagdrempelig is

en van goede kwaliteit. Omdat de Wkcz een kaderwet is, is het antwoord op de vraag of wet wordt nageleefd onvoldoende om de evaluatievraag te kunnen beantwoorden. Immers het open karakter van de Wkcz geeft zorgaanbieders veel ruimte om de manier waarop zij vormgeven aan de wet nader in te vullen. Daarbij kan in meer of juist in mindere mate worden bijgedragen aan de realisatie van de beleidsdoelstellingen. Voor dit onderzoek is daarom een bredere optiek dan de strikte Wkcz-eisen van belang (zie bijvoorbeeld Kastelein; 1994). Allereerst gaat het om de toegankelijkheid van de klachtenbehandeling. Het is belangrijk dat de klachtenbehandeling bereikbaar, beschikbaar en toegankelijk is. Daarbij speelt ook de vraag of bepaalde typen klachten zijn uitgesloten van behandeling. In dat geval is sprake van een minder toegankelijke of een minder laagdrempelige klachtenbehandeling. Vervolgens gaat het om de kwaliteit van de klachtenbehandeling. Het is bijvoorbeeld belangrijk dat de klachtenbehandeling geschiedt op een deskundige manier, dat klagers en aangeklaagden bijstand kunnen krijgen, dat de commissie onafhankelijk en objectief is, dat klagers en aangeklaagden weten wat er staat te gebeuren. Het gaat hier, zoals duidelijk zal zijn, deels om wettelijke en deels om niet-wettelijke eisen. Zij liggen in elkaars verlengde het zal in de praktijk niet altijd gemakkelijk zijn om ze van elkaar te onderscheiden.

Deze overwegingen leiden tot de volgende onderzoeksvraag:

### **2.1 In welke mate en op welke wijze geven zorgaanbieders invulling aan de Wkcz?**

Deelvragen hebben betrekking op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de manier waarop zorgaanbieders invulling hebben gegeven aan de Wkcz:

- 2.1.1 Hebben alle zorgaanbieders een klachtregeling getroffen?
- 2.1.2 Hoe toegankelijk zijn de regelingen?
- 2.1.3 Voldoen de regelingen en de toepassing ervan aan de wettelijke en aanvullende vereisten?

Ook de impact van de klachtenbehandeling op kwaliteit en kwaliteitsbeleid moet vooral op mesoniveau gestalte krijgen. Instellingen, vrijgevestigde beroepsbeoefenaars en hun (koepel/beroeps)organisaties kunnen de informatie uit klachtenbehandeling benutten voor hun kwaliteit/kwaliteitsbeleid. Een klachtencommissie kan aanbevelingen doen en de zorgaanbieder moet na ontvangst van de uitspraak van een klachtencommissie laten weten of hij naar aanleiding daarvan maatregelen treft. De vraag die moet worden beantwoord is de volgende:

### **2.2 In welke mate en op welke wijze gebruiken zorgaanbieders informatie uit klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz voor kwaliteitsverbetering van zorg?**

*Mesoniveau: onbedoelde gevolgen*

Wetgeving kan naast bedoelde effecten ook consequenties hebben die de wetgever niet voor ogen heeft gehad, maar die wel van invloed zijn op het realiseren van de met de wet beoogde (beleids)-doelstellingen. Wil men dergelijke fenomenen in het kader van een evaluatiestudie als deze kunnen beoordelen dan moet men op voorhand veronderstellingen formuleren over deze mogelijke onbedoelde gevolgen of effecten. Op voorhand werd in dit onderzoek de mogelijkheid onderkend dat zorgaanbieders tegelijk met het instellen van klachtencommissies ook het klachttopvangtraject voorafgaand aan de behandeling in het kader

van de Wkcz zouden versterken. In een eerder onderzoek naar de uitvoering van de Wkcz is dit fenomeen gesignaleerd (Straten & Friele 1997).

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

**2.3 In welke mate en op welke wijze hebben zorgaanbieders voorafgaand aan de klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz aan andere vormen van klachtopvang gestalte gegeven en wat zijn daarvan de consequenties voor de toepassing van de Wkcz?**

Een speciaal aspect van de regeling van het klachtrecht en van de toepassing van Wkcz doet zich voor in instellingen waar de Wet Bopz van toepassing is. Deze kent immers in het kader van de zgn. interne rechtsbescherming een speciale klachtenregeling met een mogelijkheid van een beroep bij de rechter. Voor de intramurale geestelijke gezondheidszorg is daarom in het kader van deze wetsevaluatie de volgende vraag van belang:

**2.4 Wat zijn de gevolgen van de samenloop van de klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz en de Bopz voor de klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz?**

*Microniveau*

Op microniveau speelt zich de feitelijke klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz af. In het onderzoek is nagegaan hoe klagers en aangeklaagden daarover oordelen. Ook hier spelen vragen rond toegankelijkheid en kwaliteit. Daarnaast is het van belang om in te gaan op de uitkomsten van de klachtenbehandeling. De Wkcz richt zich (onder meer) op het bieden van genoegdoening, het wegnemen van onvrede en of het herstel van de relatie tussen klager en aangeklaagde; het is dan ook van belang om na te gaan of deze doelstelling inderdaad is gerealiseerd. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag.

**3. Hoe oordelen klagers en aangeklaagden over de toegankelijkheid, de kwaliteit en de uitkomsten van de klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz?**

### **1.3 Gegevensverzameling**

Het onderzoek is uitgevoerd in de gezondheidszorg, terwijl het werkingsterrein van de Wkcz breder is. Zoals in de inleiding al is uiteengezet is deze beperking door budgettaire overwegingen ingegeven.

Voor dit evaluatieonderzoek zijn op verschillende manieren gegevens verzameld (zie schema 2 en de bijlages 1 en 2)

**Schema 1.2: Overzicht van de verschillende gegevensverzamelingen in relatie tot de onderzoeksvragen**

Onderzoeksvragen	Verzamelde informatie
2.1 Op welke manier en in welke mate wordt door zorgaanbieders invulling gegeven aan de WKCZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>S Checklist reglementen zorginstellingen en koepelorganisaties</li> <li>S Vragenlijst ingevuld door secretarissen van klachtencommissies</li> </ul>
2.2 In welke mate en op welke manier gebruiken door zorgaanbieders de klachtenbehandeling in het kader van de WKCZ voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>S Checklist reglementen zorginstellingen en koepelorganisaties</li> <li>S Vragenlijst ingevuld door secretarissen van klachtencommissies</li> <li>S Checklist kwaliteitsjaarverslagen en klachtenjaarverslagen</li> <li>S Vragenlijst onder leden van de Nederlandse vereniging van Kwaliteit en Zorg</li> </ul>
2.3 In welke mate is er sprake van klachtopvang voorafgaand aan de behandeling in het kader van de WKCZ en wat zijn de consequenties hiervan de toepassing van de WKCZ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>S Checklist reglementen zorginstellingen en koepelorganisaties</li> <li>S Vragenlijst ingevuld door secretarissen van klachtencommissies</li> </ul>
2.4 Wat zijn de gevolgen van de samenloop van de klachtenbehandeling in het kader van de WKCZ en de BOPZ voor de klachtenbehandeling in het kader van de WKCZ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>S Checklist reglementen zorginstellingen en koepelorganisaties</li> <li>S Vragenlijst ingevuld door secretarissen van klachtencommissies</li> <li>S Secundaire analyse van een vragenlijst uitgezet door de NVVZ en WZF</li> <li>S Invitational conference georganiseerd door GGZ-Nederland</li> </ul>
3 Hoe oordelen klagers en aangeklaagden over de toegankelijkheid, de kwaliteit en de uitkomsten van de klachtenbehandeling in het kader van de WKCZ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>S Vragenlijst onder klagers en aangeklaagden in ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen</li> </ul>

De meeste gegevens zijn op mesoniveau verzameld, onder instellingen en koepelorganisaties in de gezondheidszorg. Er zijn reglementen van klachtencommissies gescreend, waarbij de vraag centraal stond of deze reglementen voldoen aan de eisen van de Wkcz. Daarnaast is een vragenlijst voorgelegd aan de secretarissen van de klachtencommissies. Doel was aanvullende informatie te verzamelen over de vraag of de reglementen voldoen aan de eisen van de Wkcz. Ook zijn hiermee gegevens verkregen over de nadere invulling van de Wkcz in de praktijk.

Wat betreft de zorginstellingen is onderzoek gedaan in drie regio's: Delft-Westland-Oostland, Noord-Brabant en Groningen. Deze keuze is gemaakt omdat het niet uitvoerbaar was eerst een volledig bestand op landelijke niveau op te bouwen als basis voor een landelijke steekproef. Door op voorhand te kiezen voor drie regio's, met een grote geografische spreiding en variatie in stedelijk/landelijk karakter, was het wel mogelijk een volledig overzicht te maken van alle zorginstellingen. Dit totale bestand is uitgangspunt geweest voor de screening van de reglementen en het onderzoek onder de secretarissen van de klachtencommissies. Ten behoeve van de evaluatie van de vraag naar de samenloop met de Bopz is in het bijzonder onderzoek gedaan in instellingen waar ook de Bopz van kracht

is. In het onderzoeksbestand waren ook de instellingen opgenomen waarvoor de Bopz van kracht is. Het aantal psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor de verstandelijk gehandicaptenzorg in deze regio's was te klein voor het doen van geldige uitspraken. Daarom zijn deze instellingen landelijk benaderd. Voor informatie over vrijgevestigde beroepsbeoefenaren zijn de koepelorganisaties benaderd.

Voor het beantwoorden van de vraag over impact van klachtenbehandeling op de kwaliteit van de zorg is gebruik gemaakt van de informatie uit de vragenlijsten die uitgezet zijn onder de secretarissen, de screening van de reglementen en gegevens van klagers en aangeklaagden. Daarnaast zijn kwaliteitsjaarverslagen en klachtenrapportages geanalyseerd en is een vragenlijst uitgezet onder kwaliteitsfunctionarissen, die lid zijn van de Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit & Zorg (NVKZ).

In aanvulling op deze gegevensverzamelingen op mesoniveau zijn op microniveau opvattingen van klagers en aangeklaagden geïnventariseerd. Hen is gevraagd naar hun ervaringen met de klachtenbehandeling. In het kader van deze evaluatiestudie zijn klagers en aangeklaagden in algemene en in psychiatrische ziekenhuizen benaderd. De reden van deze keuze lag in het feit dat elders onderzoek werd gedaan onder klagers en aangeklaagden in de huisartsenzorg. Daarvan zijn de resultaten inmiddels ook bekend, zodat de belangrijkste conclusies bij de onderhavige evaluatie kunnen worden meegenomen. Het bleek uiteindelijk niet mogelijk voldoende klagers en aangeklaagden in de thuiszorg te vinden, zodat deze sector buiten dit evaluatie-onderzoek is gevallen. Oorspronkelijk was het de bedoeling om ook de thuiszorg in het onderzoek te betrekken, maar daar waren onvoldoende klagers en aangeklaagden te vinden.

## **1.4 Resultaten**

In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten van het onderzoek weergegeven. De hierop gebaseerde aanbeveling zijn weergegeven in § 1.6. Daar wordt ook ingegaan op de aandachtspunten zoals die bij de voorbereiding van dit onderzoek werden benoemd.<sup>1</sup>

### **1.4.1 Hoe geven zorgaanbieders invulling aan de Wkcz: bedoelde effecten op mesoniveau**

#### **1.4.1.1 Aanwezigheid van klachtenregelingen en commissies**

De overgrote meerderheid van de door ons onderzochte instellingen blijkt te beschikken over een klachtenregeling en een klachtencommissie. Rond de 10% van de benaderde instellingen in de onderzoeks-regio's kon geen informatie geven over het bestaan van een klachtencommissie of gaf aan geen klachtencommissie te hebben. In de ouderenzorg, met name verzorgingshuizen en verpleeghuizen, komt dit het meest voor.

---

<sup>1</sup>

Deze aandachtspunten zijn uitgebreid beschreven in hoofdstuk 2 van dit rapport.



Daarnaast ligt er een knelpunt bij de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Het is niet mogelijk gebleken voor iedere vrijgevestigde beroepsgroep in beeld te krijgen hoeveel personen vrijgevestigd werkzaam zijn en welk percentage daarvan al of niet via de beroepsvereniging een klachtenregeling heeft. Het vermoeden is dat een groot deel van de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren die geen lid zijn van een beroepsvereniging geen klachtenregeling en geen klachtencommissie kennen. Ook zijn er enige beroepsverenigingen die geen klachtenregeling hebben getroffen: een deel van de psychotherapeuten en de psychologen. Het is zeer waarschijnlijk dat een groot deel van deze beroepsbeoefenaren ook geen regeling heeft getroffen. In ieder geval ontbreken het overzicht en het toezicht. Het zelfregelend vermogen van de beroepsgroepen lijkt hier tekort te schieten, net als het corrigerende mechanisme waarmee cliënten via de kantonrechter bij een onwillige vrijgevestigde beroepsbeoefenaar kunnen afdwingen dat hij zich aansluit bij een klachtenregeling werkt onvoldoende. Er zijn slechts twee situaties bekend waarin dit middel is ingezet. Dit geringe aantal staat in een groot contrast tot het vermoedelijk grote aantal vrijgevestigde beroepsbeoefenaren zonder klachtenregeling.

#### 1.4.1.2

#### **Toegankelijkheid van de bestaande klachtenbehandeling**

##### *Informatievoorziening*

Een belangrijke determinant van de toegankelijkheid van klachtenbehandeling is een adequate informatievoorziening. Uit het onderzoek onder secretarissen blijkt dat het bestaan van regelingen voor klachtenbehandeling door driekwart van de instellingen vermeld wordt in het standaard uitgereikte informatiemateriaal. Dit cijfer lijkt redelijk overeen te komen uit het ziekenhuisvergelijkingsproject van de Consumentenbond (Straten e.a. 1999), waarin driekwart van de patiënten die poliklinisch werden behandeld aangeeft dat zij weten waar zij met een klacht terecht zouden kunnen. Bij opgenomen patiënten is dit iets minder: hier weet ongeveer tweederde waar zij klachten kwijt kunnen. Dit is een relatief hoog cijfer wanneer in acht wordt genomen dat het hier gaat om een dwarsdoorsnede van patiënten die zijn opgenomen geweest of een polikliniek bezochten. Het gaat niet om patiënten met klachten, die vanwege klachten mogelijk zelf naar deze informatie kunnen hebben gezocht.

De meeste koepelorganisaties die een reglement opstelden voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren geven aan dat informatiemateriaal 'mee te nemen' is. Onduidelijk is of dit materiaal gemakkelijk te verkrijgen is voor patiënten die willen klagen. Dit zal sterk afhangen van de individuele beroepsbeoefenaar. Het onderzoek levert hier geen gegevens over. Toch ligt hier een risico omdat ook bij koepelorganisaties geen inzicht bestaat in de mate waarin en de manier waarop de individuele beroepsbeoefenaren de informatie beschikbaar stellen aan hun patiënten. Daarnaast laten Lustig en Van Wijmen in hun onderzoek naar de klachtenbehandeling voor de huisartsenzorg in Zuid-Nederland zien dat de informatievoorziening aan klagers problematisch is (Lustig/Van Wijmen 1999). Dit wordt ook veroorzaakt doordat informatie, via affiches en/of praktijkfolders, niet echt doordringt tot potentiële klagers.

Op basis van de onderzoeksbevindingen lijkt de informatievoorziening aan patiënten en cliënten over het bestaan van de regeling voor klachtenbehandeling adequaat te zijn, uitzonderingen daargelaten.

### *Drempels in de toegankelijkheid*

Niet alleen de informatievoorziening is een determinant voor de toegankelijkheid, drempels kunnen ook worden opgeworpen in de vorm van uitsluiting van bepaalde soorten klachten. Tweederde van de klachtencommissies geeft aan dat klachten met een schadeclaim niet in behandeling worden genomen, dat wil zeggen dat de schadeclaim niet wordt behandeld, maar mogelijk wel de onderliggende gedragingen. Daarnaast hanteert ongeveer 50% van de commissies de regel dat klachten die al in behandeling zijn of zijn geweest bij een andere instantie niet in aanmerking komen voor behandeling door de klachtencommissie. Ook bijna de helft van de klachtencommissies hanteert nog andere gronden. Het gaat hierbij om een grote diversiteit: bijvoorbeeld het niet behandelen van een klacht als deze gericht is tegen een overheidsmaatregel of als de klacht mondeling is ingediend. Tot slot wordt in 14% van de klachtregelingen aangegeven dat een klacht niet wordt behandeld als niet eerst het voortraject van advisering en bemiddeling is doorlopen. Naast deze toegankelijkheidsdrempels blijkt dat ook tijdens de klachtenbehandeling klachten niet ontvankelijk worden verklaard. Dit geldt voor ongeveer 10% van alle behandelde klachten. In enkele gevallen wordt een financiële vergoeding gevraagd. Dit is ongewenst en staat op gespannen voet met doelstelling van laagdrempeligheid.

Zo komt de doelstelling van een laagdrempelige klachtvoorziening onder druk te staan. Dit kan tweeërlei negatief effect hebben: de commissie houdt zich met bepaalde klachten niet bezig, maar ook de patiënt kan onzeker zijn over de mogelijkheid om een klacht in te dienen en daarvan afzien ook al zou hij ontvankelijk worden verklaard. Dat dit niet denkbeeldig is illustreren Triemstra e.a. (1999) die rapporteren dat bijna driekwart van de klagers aarzelingen heeft bij het indienen van een klacht. De helft hiervan aarzelt vanwege een gebrek aan kennis, bijvoorbeeld of de klacht wel ernstig genoeg is om haar in te dienen. Dergelijke aarzelingen worden versterkt als de commissie uitsluitingsgronden hanteert, zeker als het gaat om lastig uit te leggen gronden, zoals in het geval van een schadeclaim waarvan alleen de achterliggende gedraging aan de orde kan komen: 'U kunt uw schadeclaim niet aan ons voorleggen, maar wel de onderliggende gedragingen'.

Verdedigbaar is overigens dat er goede gronden zijn om bepaalde klachten niet te behandelen. Zo kan het nooit de bedoeling van de wetgever zijn geweest dat klachtencommissies schadeclaims behandelen. Er is uit het oogpunt van doelmatigheid ook wel wat voor te zeggen dat eerst ondersteuning wordt beproefd. Ook de samenloop met andere (gerechtelijke) procedures kan een overweging zijn om niet te behandelen of de behandeling mop te schorten. De vraag is evenwel of dit alles dwingend moet worden voorgeschreven, waarmee de factor inderdaad drempels worden opgeworpen voor de toegang tot de commissie. Een ander punt is dat de rechtsgelijkheid zou vergen dat het hanteren van drempels of uitsluitingsgronden niet een kwestie is van een discretionaire beslissing van een commissie. Kortom, aan de vraag of de toegankelijkheid mag worden beperkt kleven nogal wat haken en ogen.

Al met al is de toegang tot klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz minder laagdrempelig dan bedoeld. Veel commissies behandelen niet alle klachten; de laagdrempeligheid wordt daarmee tekort gedaan. Het feit dat commissies zelf

uitsluitingsgronden introduceren strookt niet met de wet en de grote diversiteit ervan trekt een wissel op de rechtsgelijkheid van klagers.

### 1.4.1.3

#### **De kwaliteit van de klachtenbehandeling**

##### *Volledigheid reglementen*

In de Wkcz is een aantal eisen opgenomen waar de klachtenbehandeling aan moet voldoen. Geconstateerd wordt dat niet al deze eisen ook zijn opgenomen in de reglementen. Zo regelt slechts tweederde van de reglementen dat een voorzitter geen arbeidsrechtelijke verbintenis mag hebben met de zorgaanbieder. Een ander voorbeeld is dat minder dan de helft van de reglementen regelt dat de aangeklaagde geen lid mag zijn van de behandelende klachtencommissie. Zo zijn er meer voorbeelden. Desgevraagd geven de secretarissen van de klachtencommissies aan dat in de dagelijkse praktijk wel de Wkcz-eisen worden nageleefd. Als het niet in het reglement staat wil dat nog niet zeggen dat de wet niet wordt nageleefd.

De vraag die deze bevindingen oproept is waarom niet is gekozen voor opname in alle reglementen van de Wkcz-eisen. Nu bestaat het risico dat na verloop van tijd het reglement een eigen leven gaat leiden en dat de Wkcz-eisen die niet zijn opgenomen niet meer worden nageleefd. Dit kan ook leiden tot rechtsongelijkheid voor klagers. In ieder geval is deze marginale invulling een probleem vanuit de eis van kenbaarheid. Een klager moet weten waar hij of zij aan toe is, op welke manier een klacht wordt behandeld. Als het reglement niet volledig is en er in de praktijk ook nog andere eisen worden nageleefd, zoals nu kennelijk het geval is, is het voor de klager op grond van het reglement niet duidelijk hoe zijn of haar klachten precies behandeld gaan worden. Dit is ongewenst.

##### *Hoor en wederhoor*

Het principe van hoor en wederhoor is een wezenlijk onderdeel van een behoorlijke klachtenbehandeling en als zodanig ook expliciet opgenomen in de Wkcz. Dit beginsel houdt in dat beide partijen in gelijke mate en op gelijke wijze in de gelegenheid worden gesteld hun visie te geven én dat beide partijen in beginsel kennis hebben van alle informatie waarover ook de commissie bij haar oordeelsvorming beslist. Hoor en wederhoor kunnen zowel mondeling als schriftelijk plaatsvinden. In de praktijk wordt hieraan zeer gevarieerd invulling gegeven, waarbij partijen lang niet altijd gelijk worden bedeed. Bij driekwart van de klachtencommissies van instellingen en de meerderheid van de commissies van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren kunnen klager en aangeklaagde elkaars stukken ongecensureerd zien; bij 10% is dit niet het geval. In een aantal gevallen wordt door de commissies censuur gepleegd op de stukken, voordat ze aan de andere partij getoond worden. In 10% van de gevallen is sprake van de volledige afwezigheid van wederhoor: partijen kennen elkanders stukken niet en kunnen hier dus ook niet op reageren. Geconstateerd moet dus worden dat er grote verschillen zijn in de manier waarop invulling wordt gegeven aan het principe van hoor en wederhoor en dat in een aantal gevallen sprake lijkt te zijn van het geheel achterwege blijven van hoor en wederhoor. Alleen in de laatste gevallen is sprake van een expliciete afwijking van de Wkcz. Omdat in de Wkcz geen nadere uitwerking van het begrip hoor en wederhoor is gegeven is er voor de andere situaties geen eenduidige uitspraak te doen. Ook door klagers en aangeklaagden zijn tekortkomingen in het uitvoeren van het principe van hoor wederhoor gemeld.

Daarnaast wordt door zowel klagers als aangeklaagden de wens geuit dat de klachtencommissie in ieder geval mondelinge hoor en wederhoor zal toepassen (zie hierna onder 1.4.1.1). Opgemerkt moet worden dat voor een schriftelijke hoor en wederhoorprocedure pleit dat partijen dan goed kennis kunnen nemen van elkaars standpunten en overwegingen. Dat leidt tot de conclusie dat het aanbeveling verdient om ruimte te scheppen voor zowel een schriftelijke als mondelinge hoor/wederhoorprocedure. Deze mogelijkheid bestaat nu in driekwart van de reglementen.

#### *De kwaliteit van de klachtencommissie*

In het onderzoek wordt een aantal bedreigingen van de kwaliteit van de klachtencommissies en daarmee van de klachtenbehandeling geconstateerd. Zo blijkt de samenstelling van de klachtencommissies niet altijd zorgvuldig geregeld te zijn. In minder dan de helft van de reglementen is opgenomen dat de aangeklaagde niet aan de behandeling van de klacht mag deelnemen. Ook wordt maar in een beperkt aantal reglementen geregeld dat één van de partijen kan verzoeken om uitsluiting van de specifiek commissielid (het wrakingsrecht) of dat een lid zich vrijwillig kan terugtrekken (het verschoningsrecht). In ongeveer 20% van de commissies zou uitoefening van deze rechten tot problemen leiden, omdat er geen plaatsvervangende leden worden aangesteld. Over het inschakelen van externe deskundigen lijkt onduidelijkheid te bestaan: in de helft van de reglementen wordt deze mogelijkheid genoemd, in de andere helft niet. De criteria voor het inschakelen van deze deskundigheid lopen uiteen. Ook beschikt vrijwel geen enkele commissie over een eigen budget voor het inschakelen van deskundigheid.

#### **1.4.1.4**

#### **De relatie met het kwaliteitsbeleid van instellingen**

Kwaliteitsverbetering is één van de doelen van de Wkcz. In de wet is geregeld dat de klachtencommissie maatregelen kan aanbevelen en dat de zorgaanbieder na ontvangst van de uitspraak van de commissie binnen een maand moet laten weten of hij naar aanleiding daarvan maatregelen treft. Verder bepaalt de Kwaliteitswet zorginstellingen, dat de zorgaanbieder in het jaarlijkse kwaliteitsjaarverslag onder meer wordt aangegeven welke consequenties worden verbonden aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

Geconstateerd wordt dat de relatie tussen klachtenbehandeling en kwaliteitsbeleid door secretarissen van klachtencommissies en kwaliteitsfunctionarissen over het algemeen wordt erkend. Maar als hen gevraagd wordt dit operationeel te maken (te concretiseren) moeten de meesten het antwoord schuldig blijven. Het percentage instellingen dat in staat is te laten zien hoe zij klachten gebruiken in hun kwaliteitsbeleid en welke plaats zij klachtenbehandeling geven in hun kwaliteitsbeleid is op de vingers van één hand te tellen.

Afgaande op de gegevens uit het onderzoek moet worden geconcludeerd dat de doelstelling van de Wet klachtrecht: het leveren van een bijdrage aan het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders en instellingen nog lang niet is gerealiseerd. Instellingen - voor zover de informatie afkomstig is van kwaliteitsfunctionarissen blijven (koepels van) vrije beroepsbeoefenaren veelal buiten beschouwing - hebben een positieve houding tegenover deze doelstelling, maar aan de concrete vormgeving van follow up en feedback na klachtenbehandeling in het kader van het kwaliteitsbeleid moet nog veel gebeuren.

#### 1.4.1.5

### Hoe dragen de bedoelde effecten op mesoniveau bij aan de beleidsdoelstellingen

De vraag die in dit onderdeel centraal staat is of zorgaanbieders, instellingen en individuele beroepsbeoefenaren, adequaat invulling hebben gegeven aan de Wkcz en wat de gevolgen hiervan zijn voor de beleidsdoelstellingen.

1. Allereerst kunnen we constateren dat vrijwel alle zorgaanbieders een klachtenregeling hebben, in grote mate conform de eisen van de Wkcz. Op deze hoofdlijn wordt dus adequaat invulling gegeven aan de wet.
2. Op essentiële onderdelen zijn er echter tekortkomingen.
  - Er is een klein aantal instellingen die geen enkele informatie konden verschaffen over het bestaan van een klachtenregeling of een commissie of die geen commissie hadden. Van een aantal individuele zorgaanbieders kon niet worden achterhaald of zij beschikten over of aangesloten waren bij een klachtenregeling, terwijl voor bepaalde beroepsgroepen geen sprake is van een centrale regeling. Dit betekent dat de regeling niet voor iedere patiënt beschikbaar is.
  - Daarnaast blijkt de toegankelijkheid van de klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz minder laagdrempelig te zijn is dan bedoeld. Dit wordt veroorzaakt doordat veel commissies uitsluitingsgronden hanteren voor de klachtenbehandeling.
  - Ook wordt geconstateerd dat in klachtreglementen niet altijd alle Wkcz-vereisten zijn opgenomen. In de praktijk lijken deze eisen doorgaans wel gerespecteerd te worden. Op termijn kan hier een probleem ontstaan, doordat alleen de vereisten uit de reglementen worden nageleefd en niet de -striktere- vereisten uit de wet. Al is het niet verplicht, de wens tot transparantie zou ertoe moeten leiden dat alle wettelijke eisen (en de niet-wettelijke die de commissie hanteert) in het reglement staan.
  - Tot slot is de relatie tussen de klachtenbehandeling en het kwaliteitsbeleid in de praktijk nog maar nauwelijks gelegd. Men ziet het belang wel, maar klachten worden nog maar zelden, en dan meestal niet structureel, gebruikt om bij te dragen aan het kwaliteitsbeleid van instellingen.

#### 1.4.2

### Onbedoelde effecten op mesoniveau

#### 1.4.2.1

### Klachtopvang voorafgaand aan de behandeling door de Wkcz-commissie

Eén van de redenen om de Wkcz uit te vaardigen was dat zorgaanbieders zelf onvoldoende invulling gaven aan de klachtopvang en -behandeling. Eerder werd door Straten en Friele (1997) geconstateerd dat na de inwerkingtreding van de Wkcz sprake is van een toename van klachtondersteuning. Bij de klachtencommissies die aan dit onderzoek meewerkten zijn in totaal 5700 ingediende klachten bekend. Tweederde hiervan (68%) is bemiddeld en één-zesde (17%) is door een klachtencommissie behandeld. Het merendeel van de klachten dat bekend is bij de klachtencommissie is dus bemiddeld. Hieruit wordt duidelijk dat er inderdaad sprake is van een relatief groot aantal bemiddelde klachten. Uit dit onderzoek blijkt dat het gaat om een verhouding van ongeveer 1 op 4. In de praktijk zal het eerder gaan om een verhouding van 1 op 5 of 6. Overwogen moet immers worden dat het in dit onderzoek gaat om klachten die bekend zijn bij de secretarissen van klachtencommissies. Klachten waarbij wordt bemiddeld zullen niet altijd bij deze

secretarissen bekend zijn, in tegenstelling tot klachten die door de commissie worden behandeld. Vóór de invoering van de Wkcz is geen nulmeting uitgevoerd. Daarom is niet duidelijk of het grote aandeel 'bemiddelde' klachten het gevolg is van invoering van de Wkcz of dat dit fenomeen zich ook al voordien voordeed. Gaan we echter uit van het uitgangspunt van de wetgever, dat ten tijde van het instellen van de Wkcz onvoldoende sprake was van klachtopvang door zorgaanbieders, dan moet er een enorme toename zijn geweest van het aantal 'bemiddelde klachten'. Het is kennelijk in ieder geval interessant voor zorgaanbieders om te investeren in een eigen ondersteuningstraject voordat wordt overgegaan tot formele behandeling in het kader van de Wkcz. Het aantal klachten dat op deze manier wordt bemiddeld is groot, zodat de conclusie zich opdringt dat het hierbij gaat om een toegankelijke vorm van klachtopvang. Kennelijk is dit een aanpak die de voorkeur heeft boven klachtenbehandeling door een commissie. Waarschijnlijk komt dat ook door de snelheid waarmee wordt gewerkt: snelle klachtopvang maakt het zoeken naar oplossingen makkelijker en het te streven naar herstel van de relatie tussen arts en patiënt voor de hand liggender. Door Van de Wildenberg e.a. (1999) wordt, vanuit het perspectief van een onderlinge aansprakelijkheidsverzekeringmaatschappij voor ziekenhuizen, ook sterk gepleit voor snelle ondersteuning. Dit voorkomt verdere escalatie en juridisering en het biedt grotere kansen voor genoegdoening.

Klachtondersteuning bergt vanwege het informele karakter ervan ook risico's in zich. Er zijn op dit moment geen waarborgen voor de toegankelijkheid en de kwaliteit. Een specifiek aandachtspunt vormt de uitwisseling van de informatie tussen het klachtondersteuning- en klachtenbehandelingstraject en de scheiding tussen klachtenbemiddelaar en klachtenbehandelaar. Na een mislukte bemiddeling kan informatie aan het behandelingscircuit bevooroordeelend werken; degene die niet in de bemiddeling is geslaagd kan niet meer onafhankelijk oordelen. Een strikte scheiding tussen deze circuits lijkt dus aanbevelenswaardig. Daarnaast betekent dit informele karakter ook dat de informatie over de klachten die worden bemiddeld niet makkelijk toegankelijk zal zijn voor het management en derden. Dit geldt in het bijzonder voor de Inspectie.

#### 1.4.2.2

##### **De samenloop van de Wkcz met de Bopz**

In instellingen waar de Bopz van toepassing is geldt naast de Wkcz-klachtenprocedure nog een speciale klachtenbehandelingsprocedure. In het kader van de bescherming van de interne rechtspositie van de patiënt is er een specifieke klachtmogelijkheid voor het geval de patiënt naar zijn inzicht ten onrechte in zijn vrijheid is beperkt. Deze procedure, geregeld in artikel 41 Wet Bopz, is aan strengere eisen strenger gebonden dan die van de Wkcz. Zo zijn de behandeltermijnen binnen de Bopz kort. Daarnaast heeft klachtenbehandeling in het kader van de Bopz een schorsende werking op de maatregelen waarover de klacht gaat. Als bijvoorbeeld een cliënt klaagt over het feit dat hij wordt geïsoleerd, dan betekent het indienen van de klacht dat de isolatie in principe wordt opgeheven. De samenloop van beide regelingen kan gevolgen hebben voor de manier waarop de Wkcz in de praktijk wordt toegepast. Samenloop leidt over het algemeen tot striktere eisen in de Wkcz-reglementen; in dat geval wordt immers vaak met één reglement gewerkt. De samenloop brengt bij de meeste instellingen ook met zich mee dat alle klachten worden behandeld door eenzelfde commissie, die afhankelijk van de vraag of het een Bopz- of Wkcz-klacht betreft wel verschillend kan worden

samengesteld. Dit levert voor de klagers meer duidelijkheid op. Er is immers één centraal adres waar klachten kunnen worden ingediend.

Opmerkelijk is dat in een aantal gevallen de schorsende werking bij de indiening van een klacht zoals die voor Bopz-klachten geldt ook wordt aangenomen voor Wkcz-klachten. Dit lijkt een wenselijke ontwikkeling. Immers voor cliënten van instellingen die niet waren opgenomen in het kader van de Bopz was geen adequate procedure voorhanden indien toch maatregelen tegen hen worden getroffen die eigenlijk alleen passen bij Bopz-clieënten, zoals isolatie tegen de wil van de cliënt.

Bestudering van de invulling van de samenloop leert verder dat de meeste instellingen alle klachten laten behandelen door eenzelfde commissie, die afhankelijk van de vraag of het een Bopz- of Wkcz-klacht betreft wel verschillend kan worden samengesteld. Dit levert voor de potentiële klagers meer duidelijkheid op. Er is immers één centraal adres waar klachten kunnen worden ingediend.

Het naast elkaar bestaan van twee klachtenprocedures in Bopz-instellingen (Wkcz en Bopz) leidt blijkens het onderzoek weliswaar niet tot grote problemen, maar is aan de andere kant ook bepaald niet zonder problemen. Het naast elkaar bestaan van twee regelingen genereert blijkens het onderzoek zowel bij de betrokken professionals als bij klagers en aangeklaagden wel een permanente 'ruis', d.w.z. onduidelijkheid, verwarring, niet altijd te verklaren verschillen tussen klachtenregelingen e.d. Onder klagers lijkt het zo te zijn dat onbekendheid over aspecten van de klachtenprocedure mede veroorzaakt lijkt te worden door het naast elkaar bestaan van twee wettelijke regelingen. Dit roept de vraag op of toch niet gekozen zou moeten worden voor een systeem waarin slechts één wettelijke regeling van klacht is.

#### 1.4.2.3

##### **Overige ontwikkelingen op mesoniveau**

In het onderzoek onder de secretarissen van klachtencommissies is geconstateerd dat met name tussen verpleeg- en verzorgingshuizen wordt samengewerkt bij de uitvoering van de Wkcz. Vaak is er sprake van gezamenlijke klachtencommissies. Deze ontwikkeling sluit goed aan bij de eerder geformuleerde constatering van een aantal klachtenfunctionarissen dat hun "omzet" beperkt is. Deze beperkte omzet leidt ertoe dat een commissie weinig ervaring opdoet met het behandelen van klachten en soms een heel jaar geen enkele klacht hoeft te behandelen. Dit maakt de klachtenbehandeling 'bedrijfsmatig' erg inefficiënt, terwijl ook de kwaliteit van de behandeling in gevaar komt, omdat het bij de leden ontbreekt aan voldoende routine om op een gelijke en reproduceerbare manier klachten te behandelen. Een klein aantal behandelde klachten per commissie komt vooral voor bij verzorgingshuizen (driekwart geen behandelde klacht in 1998), bij verpleeghuizen (driekwart maximaal 4 behandelde klachten in 1998), de verstandelijke gehandicapten zorg (ruim driekwart maximaal 4 behandelde klachten in 1998) en de thuiszorg (driekwart maximaal 4 behandelde klachten in 1998). Het fenomeen doet zich het minst voor in de ziekenhuizen (ruim driekwart minstens 5 behandelde klachten in 1998). Een beperkte 'omzet' kan het resultaat zijn van een geringe bekendheid van de klachtenregeling bij potentiële klagers of van te hoge toegangsdrempels. Als sprake is van een beperkte omzet dan is het van belang na te gaan of deze twee factoren hierbij een rol spelen. Wanneer deze

twee factoren kunnen worden uitgesloten, is het aan te bevelen te streven naar aansluiting bij andere klachtencommissies.

#### 1.4.2.4

#### **Hoe dragen de onbedoelde effecten bij aan de beleidsdoelstellingen**

In dit onderzoek zijn twee 'onbedoelde' effecten nader bestudeerd: de klachtondersteuning voorafgaand aan de behandeling in het kader van de Wkcz en de samenloop van de Wkcz met de Bopz. Daarnaast is een ander 'onbedoeld' effect gesignaleerd. Het geringe aantal klachten dat commissies behandelen leidt tot inefficiëntie en mogelijk tot gebrek aan kwaliteit. Dit geringe aantal klachten heeft mogelijk direct te maken met de geconstateerde groei van de klachtondersteuning voorafgaand aan de officiële klachtenbehandeling.

1. Er is sprake van een uitgebreid gebruik van klachtondersteuning voorafgaand aan de klachtenbehandeling. Het gaat hierbij om een vorm die relatief laagdrempelig is, gezien het grote aantal 'omgezette' klachten in de ondersteuning. Deze ontwikkeling draagt direct bij aan de beleidsdoelstelling van de Wkcz. Het biedt een laagdrempelige mogelijkheid voor klachtopvang. Onduidelijk hierbij is wat de kwaliteit is van deze vorm van klachtopvang.
  - S Het naast elkaar bestaan van twee klachtenprocedures in Bopz-instellingen (Wkcz en Bopz) leidt niet tot grote problemen. Het naast elkaar bestaan van twee regelingen genereert wel onduidelijkheden, zowel bij de betrokken professionals als bij klagers en aangeklaagden.
  - S De keuze van instellingen als verzorgings- en verpleeghuizen om gezamenlijke commissies op te zetten en te exploiteren lijkt een zeer doelmatige keuze te zijn. Allereerst levert het een efficiëntie voordeel op, terwijl er daarnaast -door de grotere omzet- ook betere waarborgen gecreëerd kunnen worden voor de kwaliteitshandhaving. Het is van groot belang dat wordt uitgesloten dat het geringe aantal te behandelen klachten samenhangt met een ontoereikende informatievoorziening of het bestaan van te hoger toegangsdrempels. Wanneer deze factoren niet kunnen worden uitgesloten dienen extra inspanningen gericht te zijn op het wegnemen van deze barrières.

#### 1.4.3

#### **Klagers en aangeklaagden over de klachtenbehandeling: uitkomsten op microniveau**

Klagers en aangeklaagden zijn de direct betrokkenen bij de klachtenbehandeling. De Wkcz moet klagers een laagdrempelige mogelijkheid bieden tot het behandelen van klachten op een kwalitatief juiste manier. Op de achtergrond hiervan speelt het bredere belang van een goede klachtenbehandeling. Dit bredere belang is dat klagers een mogelijkheid wordt geboden hun verhaal te doen, dat zo mogelijk genoegdoening wordt geboden en dat zo mogelijk de relatie tussen de individuele zorgaanbieder of de instelling en de cliënten weer wordt hersteld. Voor de aangeklaagde is het belangrijk dat de klachtenbehandeling op een correcte manier verloopt en dat ook recht wordt gedaan aan zijn of haar belangen.

Uit het onderzoek onder klagers is weinig informatie gekomen over de feitelijke toegankelijkheid van de klachtenregeling. Dit hangt direct samen met het feit dat de respondenten geworven zijn onder degenen al toegang hadden gevonden tot de klachtenregeling.



#### 1.4.3.1

### **Oordelen van klagers en aangeklaagden over de kwaliteit van de klachtenbehandeling**

Uit het onderzoek onder klagers en aangeklaagden is het een en ander op te merken over de kwaliteit van de klachtenbehandeling. De belangrijkste conclusie is dat de klachtenbehandeling in het algemeen correct lijkt te verlopen, wanneer gekeken wordt naar het naleven van de verschillende eisen die zijn opgenomen in de Wkcz.

Wel zijn er hier en daar problemen bij de uitvoering van het principe van hoor- en wederhoor. Het blijkt dat een ruime meerderheid van de klagers aangeeft de reactie van de aangeklaagde niet te hebben ingezien terwijl ruim 1 van de 10 klagers aangeeft niet de gelegenheid te hebben gehad een toelichting te geven op de klacht.

Van de aangeklaagden geeft een klein percentage (3%) aan niet gehoord te zijn. Bijna elke aangeklaagde heeft een afschrift gezien van de toelichting van de klager op zijn klacht. Wanneer aangeklaagden gevraagd wordt naar belemmeringen bij de klachtenbehandeling dan noemen zij relatief vaak dat het afzonderlijk horen van beide partijen geen goed idee is. Het geeft hen onvoldoende het gevoel dat zij zich kunnen verweren.

Volgens de aangeklaagden en klagers wordt dus in een beperkt aantal procedures onvoldoende invulling gegeven aan het principe van hoor en wederhoor. Gegeven het belang van een zorgvuldige hoor en wederhoor procedure bij de behandeling van alle klachten is dit een tekortkoming in de uitvoering van de Wkcz (zie ook paragraaf 1.4.1.3) .

#### 1.4.3.2

### **Oordelen van klagers en aangeklaagden over de uitkomsten van de klachtenbehandeling**

Tweederde van de klagers vindt dat hen geen recht is gedaan, ondanks het feit dat klachten vaker wel dan niet gegrond zijn verklaard. Dit betekent dat de klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz voor een grote groep klagers geen bijzonder succesvolle procedure is geweest. Zij hebben niet het gevoel dat hen recht is gedaan. Deze bevinding staat niet op zich. Uit ander onderzoek, onder de klagers over de huisartsenzorg in Zuid Nederland (Lustig & van Wijmen 1999), komt een vergelijkbaar cijfer naar voren. Zij rapporteren dat ruim driekwart van de klagers de klachtenbehandeling deze als min of meer onbevredigende kenmerkt.

Triemstra e.a. (1999) zijn nagegaan wat de belangrijkste drijfveren zijn voor mensen om klachten in te dienen. Het blijkt hier te gaan om een combinatie van drijfveren. Het gaat om emotionele drijfveren "ik voel me boos", drijfveren rond de kwaliteit van zorg "ik wil dat niemand anders dit overkomt", rond rekenschap "dat de hulpverlener zich realiseert wat voor verantwoordelijkheid hij/zij draagt", rond de individuele kwaliteit van zorg "dat mijn contact in de toekomst goed verloopt" en rond genoegdoening "dat er excuses worden aangeboden". Deze motieven sluiten goed aan bij het bredere belang van een goede klachtenbehandeling. Dezelfde belangen werden genoemd door de vertegenwoordigers van een onderlinge aansprakelijkheidsverzekeringsmaatschappij voor ziekenhuizen (van den Wildenberg ea, 1999) in verband met een goede klachttopvang. Zij hebben het over het herstellen van de relatie tussen de arts en de patiënt, het bieden van genoegdoening en het behouden van de patiënt als potentiële klant van het ziekenhuis(!).

Triemsta e.a. (1999) en van den Wildenberg (1999) noemen het belang van het herstel van de relatie tussen klager en aangeklaagde. Dit blijkt ook in dit onderzoek een relevante doelstelling. Ongeveer de helft van de klagers geeft aan in een latere fase te verwachten nog eens met de aangeklaagde te maken te zullen krijgen. Dit geldt in dezelfde mate voor de aangeklaagden. Het is in deze gevallen uiterst relevant om te werken aan het herstel van de relatie tussen klager en aangeklaagde. Het is in dit verband opmerkelijk dat bijna de helft van de klagers aangeeft dat de commissie niet gericht is geweest op het vinden van een acceptabele oplossing, slechts één op de drie klagers vindt dat dit wel het geval is geweest. Ook een klein deel (één van de zes) van de aangeklaagden meldt dat de commissie niet gericht is geweest op het vinden van een acceptabele oplossing.

Daarnaast blijkt een belangrijke drijfveer een emotionele te zijn: klagers willen gehoord worden (Triemstra e.a., 1999). Het onderzoek onder de klagers en aangeklaagden levert op dit punt de volgende gegevens op. Ongeveer één op de zes klagers vindt dat de commissie nauwelijks aandacht heeft besteed aan de klacht. Een derde van de klagers voelde zich niet serieus genomen, ruim een kwart voelde zich niet correct behandeld en een kwart kreeg het gevoel een 'lastige' klager te zijn. Volgens één derde van de klagers is de commissie niet onafhankelijk, en een kwart van hen vindt dat de commissie niet zorgvuldig te werk is gegaan.

Aangeklaagden voelden zich in meerderheid serieus genomen door de commissie, één op de zeven vond van niet. Eén op de zes aangeklaagden vond dat ze niet correct werden behandeld door de commissie en een kwart vond zich bij voorbaat al veroordeeld. Eén op de zes aangeklaagden vond de commissie niet deskundig, eenderde niet onafhankelijk en ruim een kwart vond dat de commissie niet zorgvuldig te werk is gegaan.

Deze gegevens laten zien dat met name onder klagers, en in mindere mate onder aangeklaagden, enige onvrede bestaat met de manier waarop de commissie te werk is gegaan. Als het motief van klagers een emotioneel motief is, dan is het van groot belang dat er goed naar hen wordt geluisterd. Een minderheid, maar nog steeds een substantieel deel van de klagers had niet de indruk dat goed naar hen is geluisterd. Deze constatering geeft aan dat er een groot risico bestaat op teleurstellingen aan de kant van klagers.

Bij beschouwing van de uitkomsten van de klachtenbehandeling vallen de volgende gegevens op. De verhouding tussen gegrond en niet gegrond verklaarde klachten ligt op ongeveer 1 op 1. Klachten worden net iets vaker gegrond dan ongegrond verklaard. Eenzelfde verhouding – ongeveer 1 op 1 - wordt gerapporteerd door de secretarissen van de klachtencommissies in alle sectoren. Als men zou menen dat dan ook ongeveer de helft van de klagers zou aangeven dat hen met de uitspraak van de klachtencommissie recht gedaan is, moet men constateren dat dat niet het geval is: tweederde van de klagers is van oordeel dat hen geen recht is gedaan, tweederde van de klagers was het oneens met de uitspraak van de commissie en slechts één derde van de klagers is tevreden over de klachtenbehandeling. Tweederde van de klagers wil, als de mogelijkheid wordt geboden, in hoger beroep met hun klacht. De meesten van hen willen dan de inhoud van de klacht aan de orde stellen, veel minder vaak wil men de gang van zaken aan de orde stellen.

Aangeklaagden zijn veel vaker te spreken over de klachtenbehandeling. Tweederde van hen is tevreden over de klachtenbehandeling of is van mening dat hen recht is gedaan. Slechts een kwart van hen vindt een beroepsmogelijkheid wenselijk.

Geconcludeerd moet dus worden dat voor klagers de klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz geen onverdeeld succes is: twee op de drie vinden dat hen geen recht is gedaan, twee op de drie zijn het oneens met de uitspraak van de commissie en ontevreden over de klachtenbehandeling. Dit is gegeven het uitgangspunt van de Wkcz een betekenisvolle conclusie. Het is immers de bedoeling dat onvrede wordt weggenomen en dat indien enigszins mogelijk wordt gewerkt aan herstel van (het vertrouwen in) de relatie. Het onderzoek levert een aantal aanwijzingen voor de mogelijke oorzaken van deze negatieve bevindingen. Ongeveer een derde van de klagers blijkt onvrede te hebben met de gang van zaken tijdens de klachtenbehandeling. Zij uiten dit door aan te geven dat zij zich niet serieus genomen voelen door de commissie, dat de klachtenbehandeling te weinig gericht is geweest op het herstel van de relatie met de aangeklaagde, dat zij zich op voorhand een andere uitkomst hadden voorgesteld. Er is dus een discrepantie tussen de verwachtingen van klagers en de werkelijke gang van zaken tijdens de klachtenbehandeling.

#### 1.4.3.3

##### **Klachten en kwaliteitsbeleid**

In paragraaf 1.4.1.4 is ingegaan op de mogelijke invloed van de klachtenbehandeling op de kwaliteit van zorg door de invloed van klachten op het kwaliteitsbeleid van instellingen. De signalen uit de klachtenbehandeling lijken tot op dit moment (te) weinig rendement op te leveren voor de verbetering van de kwaliteit. Wellicht vindt men in de praktijk andere wegen zijn om als organisatie of zorgaanbieder te 'leren' van klachten en zo de informatie uit klachten bij te laten dragen aan de kwaliteitsverbetering. In het onderzoek is dit evenwel niet zichtbaar geworden. Wat met behulp van de evaluatie zoals die nu is uitgevoerd niet in volle omvang boven tafel komt is of individuele beroepsbeoefenaren iets doen met informatie die de klachtenbehandeling oplevert. Aan te nemen valt dat degenen tegen wie een klacht is gericht zich van de signaalwerking die daarvan uitgaat iets aantrekt, maar vaak wordt de aanleiding van de onvrede ook binnen de afdeling of in een patiëntenbespreking aan de orde gesteld. Uit het onderzoek onder aangeklaagden is hierover enige informatie naar voren gekomen. Het blijkt dat ongeveer de helft van de aangeklaagden aangeeft 'iets met de klacht te hebben gedaan'. Dit houdt dan bijvoorbeeld inderdaad in dat de klacht met collegae is besproken. Aan de andere kant wordt ook aangegeven dat men zich formeler is gaan opstellen. Deze gegevens laten zien dat klachtenbehandeling voor individuele beroepsbeoefenaren niet alleen in 'winst' wordt omgezet, maar dat ook een effect is – zelfs het meest genoemd – dat men zich defensiever gaat opstellen.

#### 1.4.3.4

##### **Type klachten en de beroepsmogelijkheid**

Klachten die door de klachtencommissie worden behandeld hebben het meest betrekking op het professionele handelen van hulpverleners: daarover zijn klagers (69%) en aangeklaagden (52%) het eens. Klachten over bejegening en het gedrag van hulpverleners komen volgens klagers op de tweede plaats (met een percentage van 54%) , terwijl dit type klachten volgens aangeklaagden op de derde plaats komt (met een percentage van 30%) , na klachten over coördinatie en organisatie

van de zorgverlening (met een percentage van 39%). Door Triemstra e.a. (1999) - die niet alleen de wettelijke klachtenbehandeling bestudeerden, maar ook ingingen op bemiddelde klachten en klachtopvang door IKG-s wordt een veel groter aandeel bejegening klachten gerapporteerd (72%). Dat leidt tot de veronderstelling dat deze laatste klachten meer in het ondersteuningstraject worden afgedaan.

In het onderzoek is ook enige aandacht besteed aan de vraag of er behoefte zou zijn aan een beroepsmogelijkheid. Deze vraag is voorgelegd aan secretarissen van klachtencommissies, aan aangeklaagden en aan klagers. Tweederde van de klagers acht een beroepsmogelijkheid wenselijk; het gaat daarbij met name om de inhoud van hun klacht en niet zozeer om de gang van zaken tijdens de klachtenbehandeling. Aangeklaagden zijn veel minder vaak (een kwart) van mening dat een beroepsmogelijkheid gewenst is. Secretarissen van klachtencommissies zijn verdeeld over de wenselijkheid van een beroepsmogelijkheid: 40% ziet er wel wat in, 30% niet en 30% zou het niet weten. De vraag of er een beroepsmogelijkheid zou moeten komen kan natuurlijk niet worden beantwoord door een simpele optelling van deze percentages, maar moet de resultante zijn van een overweging waarin de functie van een beroepsmogelijkheid als uitgangspunt wordt genomen. In ieder geval levert het onderzoek onder klagers, aangeklaagden en secretarissen op dit punt geen eenduidig signaal op.

#### 1.4.3.5

#### **Wat zijn de consequenties van de uitkomsten op microniveau voor de beleidsdoelstellingen**

1. Klagers en aangeklaagden geven over het algemeen aan dat de klachtenbehandeling correct verloopt conform de vereisten uit de Wkcz. Een uitzondering hierop vormt een klein aantal klachtencommissies die het principe van hoor en wederhoor te marginaal invullen. Over de vraag of klagers het verweer van een aangeklaagde moeten kunnen inzien is het mogelijk te debatteren. Feit is dat een ruime meerderheid van de klagers het verweer niet te zien heeft gekregen.
2. Het type klachten dat aan de orde komt in de commissies heeft het meest betrekking op het professionele handelen van de hulpverleners en minder vaak op de bejegening. De klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz richt zich daarmee op een ander domein dan was bedoeld. Bejegening klachten komen minder vaak aan bod, omdat een aantal van deze klachten waarschijnlijk al in een eerder stadium aan de orde is gekomen. Daarmee krijgen klachten rond professionele handelen van de hulpverleners meer aandacht.
3. Uit het onderzoek onder klagers, aangeklaagden en secretarissen blijkt geen duidelijke voorkeur voor of tegen een beroepsmogelijkheid in de klachtenbehandeling.
4. Klagers zijn relatief ontevreden over de klachtenbehandeling. Ondanks het feit dat meer dan de helft van hen te horen heeft gekregen dat de klacht gegrond of deels gegrond is verklaard, geeft tweederde aan niet het gevoel te hebben gehad dat hen recht was gedaan. Dit is een opmerkelijke bevinding als ook nog eens wordt overwogen dat in het algemeen de

Wkcz-vereisten wel worden nageleefd. Er lijkt procedureel weinig fout te gaan en de meeste klagers krijgen gelijk.

Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is te ontlenen aan de motieven van klagers om een klacht in te dienen. Dit zijn in veel gevallen geen rationele motieven, maar -ook- emotionele motieven. Deze emotionele motieven vragen niet alleen om een correcte klachtenbehandeling in wet-technische zin, maar ook om een klachtenbehandeling waarin erkenning is voor het verhaal dat men te vertellen heeft. Mensen willen 'gehoord' worden. Het feit dat tweederde van de klagers hun klacht nogmaals aan de orde zouden willen stellen, en dan niet om naar de gevolgde procedure te laten kijken, maar naar de inhoud van de klacht, spreekt wat dit betreft voor zich.

De klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz lijkt op dit moment onvoldoende te voldoen aan de achterliggende doelstellingen van klachtenbehandeling: mensen de gelegenheid bieden hun verhaal te doen, hen zo mogelijk genoegdoening te bieden, tevredenheid weg te nemen en te werken aan het herstel van de relatie met de hulpverlener of instelling.

## 1.5 Conclusies

In deze paragraaf worden de twee centrale onderzoeksvragen beantwoord.

- 1. In welke mate heeft de Wkcz geleid tot een laagdrempelige klachtenopvang van goede kwaliteit?**
- 2. In welke mate en op welke wijze gebruiken zorgaanbieders informatie uit klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz voor kwaliteitsverbetering van zorg?**

De instelling van de Wkcz heeft ertoe geleid dat vrijwel alle instellingen een gereguleerde klachtencommissie hebben. De meeste koepelorganisaties van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren hebben het initiatief genomen tot het ontwerpen van een modelrichtlijn en het in werking stellen van een klachtencommissie. De informatievoorziening aan potentiële klagers lijkt afdoende te zijn, uitzonderingen daargelaten. De reglementen sluiten over het algemeen goed aan bij de eisen van de Wkcz en daar waar ze onvolledig zijn blijkt dat in de praktijk toch de Wkcz-vereisten worden nageleefd. Ook klagers en aangeklaagden zijn die mening toegedaan. Naast de formele klachtenbehandeling en daaraan voorafgaand bestaat er in instellingen een grote variatie van mogelijkheden om klachten via bemiddeling af te handelen: het aantal klachten dat in instellingen wordt bemiddeld is een veelvoud van het aantal dat formeel door de commissie wordt behandeld.

Er zijn twee onderwerpen die nadere aandacht behoeven. Dit zijn de toegankelijkheid van de klachtencommissie en de plaats van de formele klachtenbehandeling in het klachtenstelsel.

### **De toegankelijkheid van de klachtenbehandeling**

De toegankelijkheid van de klachtencommissie wordt op twee manieren belemmerd. Allereerst blijkt bij ongeveer 10% van de instellingen dat de toegankelijkheid

als zodanig een probleem is. Dit is een niet te verwaarlozen aantal instellingen. In welke mate vrijgevestigde beroepsbeoefenaren daadwerkelijk aangesloten zijn bij een klachtencommissie is onduidelijk. Er is voldoende aanleiding om aan te nemen dat een substantieel deel van de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren geen eigen regeling heeft noch bij een regeling is aangesloten. Dit is ongewenst. Ook is het ongewenst dat hier geen inzicht in bestaat.

De toegankelijkheid van de Wkcz-klachtopvang wordt daarnaast belemmerd doordat in veel reglementen uitsluitingsgronden worden gehanteerd: bepaalde klachten worden niet in behandeling genomen (bijv. claims) of de behandeling wordt aan voorwaarden gebonden (bijv. dat men zich eerst aan bemiddeling heeft onderworpen). Dit leidt niet alleen tot een rechtsongelijkheid tussen klagers van verschillende instellingen, het is ook in strijd met de wet waarin geen uitsluitingsgronden zijn opgenomen.

### **De positie van de klachtenbehandeling in het klachtenstelsel**

In dit onderzoek is geconstateerd dat – met name in instellingen – veel meer klachten via bemiddeling wordt afgedaan dan via de klachtenbehandeling volgens de wet. Uit het oogpunt van toegankelijkheid en ook van snelheid van afhandeling kan dit zonder meer positief worden genoemd. Tegelijkertijd moet worden geconstateerd dat de formele klachtenbehandeling minder laagdrempelig is dan werd beoogd. Dit blijkt allereerst uit de problemen rond de toegankelijkheid, maar ook vormen het type klachten dat bij de commissie wordt ingediend een indicatie. Blijkbaar laten zich klachten over communicatie, informatie en bejegening gemakkelijker en beter afhandelen via bemiddeling dan dat men uit is op de formele uitspraak over de gegrondheid van de klacht.

Dit gegeven is ook van grote betekenis voor de waardering van de uitkomsten van de evaluatie van de Wkcz zelf. In zoverre de formele klachtenbehandeling niet of onvoldoende tegemoet komt aan de verwachtingen van met name de klagers en in zoverre de drempel voor het indienen van een klacht voor formele behandeling als betrekkelijk hoog wordt ervaren, komen juist de mogelijkheden die aanbieders creëren om de onvrede al in een eerder stadium en op een andere manier te verhelpen tegemoet aan de kennelijke behoeften van klagers. Men bereikt, anders gezegd, eerder en wellicht op een snellere en adequatere manier de genoegdoening waar men op uit is. Op deze wijze vormt de formele door de wet voorgeschreven rechtsbescherming van de patiënt een inspiratiebron voor partijen om te kijken of men er eerder en informeler uitkomt, terwijl toch het formele vangnet aanwezig blijft voor het geval de bemiddeling niet het gehoopte resultaat heeft. In die zin zou ook de klachtenbehandeling in zekere zin kunnen worden beschouwd als een vorm van beroep.

Dit alles zou tot de conclusie kunnen leiden dat klachtondersteuning het meest geëigende instrument is voor het realiseren van de doelstellingen gericht op het herstel van de relatie tussen klager en aangeklaagde, het wegnemen van onvrede in de sfeer van communicatie, informatie en bejegening en het bieden van - vooral emotionele - genoegdoening. Op grond van deze overweging is het van belang dat de verdere ontwikkeling van de klachtondersteuning krachtig wordt gestimuleerd en dat ook daarvoor toegankelijkheids- en kwaliteitseisen worden ontwikkeld. Vanzelfsprekend moet gewaakt worden tegen 'overregulering': hier moeten niet opnieuw drempels worden opgeworpen die de toegankelijkheid in de weg zouden

staan en die het snel en doeltreffend realiseren van doelstellingen zouden belemmeren.

Als deze gedachtegang wordt aanvaard kan men de klachtenbehandeling ook werkelijk meer richten op het vellen van een onafhankelijk en deskundig oordeel over de gerondheid van de klacht en daarmee ook over de kwaliteit van de dienstverlening. De toegankelijkheid en de kwaliteit van de procedure blijven belangrijke aandachtspunten, maar wellicht kunnen de in dat kader te stellen eisen anders worden gewogen. De dagelijkse praktijk lijkt reeds sterk te zijn ingesteld op de hierboven geschetste mogelijkheid: een sterk ontwikkelde klachtondersteuning gericht op relatieherstel, het wegnemen van ontevredenheid en het bieden van genoegdoening en daarnaast een formele klachtenbehandelingsprocedure in het kader van de Wkcz die vooral gericht is op het doen van een weloverwogen en deskundige uitspraken over gerondheid van de klacht.

Tegen de achtergrond van deze constatering en overwegingen valt wellicht ook de teleurstelling van veel klagers verklaren. Wanneer zij een klachtenbehandelingsprocedure beginnen met de verwachting dat verklaringen kunnen worden gegeven, dat de communicatie en informatie kunnen worden verbeterd, dat verontschuldiging kunnen worden aangeboden voor vergissingen en misverstanden en dat aldus de vertrouwensrelatie kan worden hersteld, dan zullen zij tot de conclusie komen dat de formele aanpak niet bijzonder geschikt is voor het realiseren van deze verwachtingen.

Deze beschouwingen werpen, zoals al even is aangegeven, ook een ander licht op de vraag naar een beroepsmogelijkheid. De Wkcz-klachtenbehandeling bevindt zich als het ware 'hoger' in het stelsel van klachttopvang. Er is immers sprake van klachtondersteuning voorafgaand aan de behandeling. De afstand tussen de Wkcz-klachtenbehandeling en andere procedures, bijvoorbeeld bij de kantonrechter, is daarmee minder groot geworden dan de afstand tussen een zeer laagdrempelige klachtenbehandeling en deze procedures. Het voordeel is dan wel dat deze 'beroepsmogelijkheid' intern is en direct toegankelijk, hetgeen van de gang naar de rechter stellig niet kan worden gezegd. De vraag is dan of een aparte (externe) beroepsmogelijkheid nog wel noodzakelijk is.

De 'spontane' groei van de klachtondersteuning in instellingen zou ertoe kunnen leiden dat de Wkcz-klachtbehandeling in de praktijk een smallere doelstelling krijgt. Als dat zo is, is het belangrijk om klagers hier bij aanvang van de procedure goed over te informeren om op deze manier teleurstellingen zoveel mogelijk te voorkomen. Daarnaast is het van belang dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de klachtondersteuning verder worden gearticuleerd.

### **De relatie tussen klachtenbehandeling en kwaliteitsbeleid**

De relatie tussen de klachtenbehandeling en het kwaliteitsbeleid wordt in de praktijk wel gezien, maar nog onvoldoende geoperationaliseerd. Men dient daarbij in aanmerking te nemen dat ook de Kwaliteitswet zorginstellingen pas vanaf 1996 functioneert en dat veel instellingen zich nog in de fase bevinden van de ontwikkeling van hun kwaliteitsorganisatie, kwaliteitssysteem en kwaliteitsbeleid. Dan is het niet zo verwonderlijk dat het stelsel van klachttopvang – dat op zichzelf zoals gezien ook nog sterk in beweging is – nog niet een uitgewogen plaats heeft

gekregen in kwaliteitssysteem en kwaliteitsbeleid en dat ook voor de individuele follow up en feedback nog verder moeten worden uitgewerkt. Kortom, de resultaten van dit onderdeel van de evaluatie hoeven in het geheel niet als zorgwekkend te worden beschouwd; zij kunnen veeleer dienen als inspiratiebron om in de komende periode veel meer nadruk te leggen op de kwaliteitsverbeteringsdimensie van de klachtopvang. Het is wellicht overbodig op te merken dat dit zich natuurlijk niet moet beperken tot de formele klachtenbehandeling volgens de wet, maar dat juist bemiddelingsactiviteiten in het voortraject nog veel meer aanknopingspunten en mogelijkheden bieden voor een snelle kwaliteitsverbetering, dicht bij de zorg zelf.

## 1.6 Aanbevelingen

### **Toegankelijkheid**

1. Uit het onderzoek blijkt dat het nodig is met kracht te bevorderen dat alle instellingen en vrijgevestigde beroepsbeoefenaren beschikken over een klachtencommissie. Het zelfregelend vermogen is hier, met name als het om vrijgevestigde beroepsbeoefenaren gaat, kennelijk niet toereikend. Voor het toezicht op de naleving van de wettelijke bepalingen is (in het kader van het toezicht ingevolge de Kwaliteitswet zorginstellingen) een taak voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg weggelegd.
2. De wetgever zal zich over de wenselijkheid van uitsluitingsgronden moeten uitspreken en duidelijkheid moeten verschaffen over de aanvaardbaarheid van bepaalde voorwaarden en uitsluitingsgronden.

### **Kwaliteit van de reglementen en de klachtenbehandeling**

3. Het verdient aanbeveling om in reglementen alle eisen op te nemen die de Wkcz aan de klachtenbehandeling stelt en zich daarbij niet tot een selectie te beperken.
4. Het verdient aanbeveling om meer helderheid te krijgen omtrent de uitgangspunten, opzet en uitvoering van het hoor- en wederhoorprincipe. Beide partijen dienen gelijkelijk in de gelegenheid te worden gesteld om hun standpunten (bij voorkeur schriftelijk) kenbaar te maken en dienen de beschikking te hebben over elkaars geschriften en andere stukken op grond waarvan de klachtencommissie beschikt. Indien dat (ook in de tijd) te realiseren is verdient een combinatie van een schriftelijke en een mondelinge behandeling (hoor en wederhoor) de voorkeur.
5. Veel reglementen bevatten geen of onvoldoende expliciete waarborgen voor een onpartijdige klachtenbehandeling en regelen niet of onvoldoende de mogelijkheid van het inschakelen van externe deskundigheid. Het verdient aanbeveling dat bepalingen worden opgenomen waarin staat dat aangeklaagden niet deel kunnen nemen aan de behandeling van de klacht en waarin het verschonings- en wrakingsrecht worden vastgelegd. Daarnaast is het van belang dat plaatsvervangende leden worden aangesteld. Ook dient helder te worden gemaakt wanneer en hoe externe deskundigen kunnen worden ingeschakeld.



### **De relatie met het kwaliteitsbeleid**

6. Ten aanzien van de realisering van de kwaliteitsdimensie van de Wkcz valt er nog veel te ontwikkelen. Op dit vlak kan meer worden bereikt als men de follow up en feedback van klachtenbehandeling (en de daaraan voorafgaande bemiddeling) daadwerkelijk situeert binnen het kwaliteitsdimensie en het kwaliteitsbeleid van de instelling. Dat kan beter worden bereikt als de 'kwaliteitsorganisatie' (de kwaliteitsfunctionaris) daar mede verantwoordelijk voor wordt gemaakt.

### **De klachtondersteuning**

7. Het verdient aanbeveling om de ontwikkeling en vormgeving van klachtondersteuning sterk te blijven stimuleren. Van wezenlijk belang is dat het hele traject van klachtopvang goed zichtbaar wordt gemaakt en daarbinnen de plaats van klachtondersteuning en klachtenbehandeling. In dat kader moet ook duidelijk worden welke eisen aan de verschillende onderdelen van de procedure worden gesteld en bij wie op dit punt taken en verantwoordelijkheden liggen. Er is veel voor te zeggen de bemiddelings- en behandelingsfunctie strikt gescheiden te houden, waardoor ook het 'beroepskarakter' van de klachtenbehandeling beter uit de verf zal komen.

### **De samenloop van Wkcz en Bopz**

8. De meeste instellingen hebben ervoor gekozen de klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz en de Bopz door één commissie te laten uitvoeren. Uit het oogpunt van duidelijkheid voor klagers is dit een gewenste ontwikkeling.
9. De praktijk laat zien dat op sommige punten aan Wkcz-procedures Bopz-achtige elementen worden toegevoegd. Overwogen zou moeten worden om in de Bopz-sectoren te kiezen voor 1 wettelijke regeling - bijvoorbeeld een aangepast art. 41 Bopz-. Een voorbeeld is reeds de Bopz-bepaling betreffende de patiëntenvertrouwenspersoon, die zowel op vrijwillig als onvrijwillig opgenomen patiënten van toepassing is.
10. De analyse van de gegevens wijst uit dat het relatief geringe aantal klachten in de sectoren Psychogeriatie en Verstandelijk Gehandicapten Zorg samenhangt met het ontbreken van bemiddelingsmogelijkheden in deze sectoren. Waar in de psychiatrie de patiëntenvertrouwenspersoon een vertrouwde figuur is, ontbreken in beide andere Bopz-sectoren vaak vergelijkbare functionarissen. Eerder evaluatieonderzoek naar de klachtenregeling van de Bopz wees uit dat in beide sectoren de afstand tussen werkvloer en Bopz-klachtencommissie te groot was. Hetzelfde geldt voor de afstand tussen werkvloer en Wkcz-commissie. Extra aandacht voor bemiddelingsmogelijkheden (klachtenopvang in het 'voortraject') lijkt dan ook aangewezen;

### **Samenvoegen van klachtencommissies**

11. Voor commissies die weinig klachten ontvangen is het relevant om na te gaan of hier ongewenste oorzaken voor zijn, bijvoorbeeld door een geringe bekendheid of te hoge drempels. Als hier geen sprake van blijkt

te zijn dan verdient het aanbeveling over te gaan tot samenvoeging van klachtencommissies om voldoende werkbelasting te kunnen waarborgen.

### **De ervaringen van klagers**

12. Het gegeven dat veel klagers min of meer teleurgesteld zijn in de klachtenbehandeling volgens de Wkcz moet tot nadenken stemmen. Allereerst dient diepgaander te worden onderzocht waar deze op stoelt en hoe deze kan worden aangepakt. Verdere acties op dit punt dienen ook te worden geplaatst in de context van verbreding van het klachttopvangtraject en vergroting van de mogelijkheden om klachten sneller, doelmatiger en doeltreffende af te handelen. Juist in dat kader is goede voorlichting over het gehele klachttopvangtraject van cruciale betekenis om ervoor te zorgen dat de klager met de juiste verwachtingen aan de procedure begint.

### **De positie van de klachtenbehandeling in het klachtenstelsel**

13. Overwogen moet worden of de geconstateerde groei van klachtondersteuning consequenties moet hebben voor de formele doelstellingen van en de eisen aan de Wkcz-klachtenbehandeling. Het ligt voor de hand doelstellingen gericht op het bieden van -emotionele- genoegdoening, het wegnemen van ontevredenheid bij klagers en het herstel van de relatie tussen hulpverlener en klager vooral te verbinden aan de groeiende bemiddelingspraktijk. Klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz kan vervolgens fungeren als een volgende stap, wanneer de bemiddeling niet mocht slagen. Klachtenbehandeling in het kader van de Wkcz heeft dan vooral tot doel te komen tot uitspraken over de gegrondheid en ongegrondheid van klachten. Een dergelijke verdeling van doelstellingen heeft consequenties voor de inrichting van de klachtenbehandeling. Het stelt minder hoge eisen aan de laagdrempeligheid en maakt een beroepsmogelijkheid overbodig.