

I Klachten en Nederlandse ziekenhuizen anno 2011

1.1 Inleiding

Dit eerste hoofdstuk heeft tot doel een beeld te geven van de wijze van klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling anno 2011 in Nederlandse ziekenhuizen. Het laat de huidige invulling van het thema zien en vormt een belangrijk inhoudelijk vertrekpunt om de context van het gehele boek te begrijpen.

Aan de basis van de wijze waarop ziekenhuizen met klachten omgaan, staat de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). Deze is op 29 mei 1995 ingevoerd en regelt vooral dat zorginstellingen een onafhankelijke Klachtencommissie hebben die aan een aantal voorwaarden voldoet (zie paragraaf 1.9). Uit onderzoek enkele jaren na de invoering van de wet bleek echter dat deze niet optimaal werkte, grote groepen klagers waren ontevreden over de Klachtencommissie en ervoeren deze als formeel. Vandaar dat in 2002 is gestart met de ontwikkeling van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. Eén van de vijf hieraan verbonden commissies was de commissie ziekenhuizen. De doelstelling van de richtlijn is om zorgaanbieders handvatten te bieden voor het bewerkstelligen van een cliëntgerichte afhandeling van klachten.¹ Op basis van de richtlijn hebben veel ziekenhuizen, naast de Klachtencommissie, een vorm van centrale klachtenopvang en -bemiddeling ingevoerd. De status van de Klachtenrichtlijn is die van 'aanbeveling'. In de richtlijn is aangegeven dat opvolging hiervan een waarborg vormt voor de goede omgang met klachten. In de praktijk heeft dit geleid tot een situatie waarbij elk ziekenhuis in de geest van de richtlijn een eigen invulling heeft gemaakt. Kortom, zowel de Wkcz als de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg vormen de basis van de wijze waarop Nederlandse ziekenhuizen hun klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling hebben ingericht.

In dit hoofdstuk komen aspecten uit de wet aan de orde. Doelstelling van dit hoofdstuk is echter niet om de juridische context hiervan volledig te interpreteren maar om de operationele consequenties voor ziekenhuizen te beschrijven. Na een korte beschrijving van de context van klachten binnen ziekenhuizen komt het begrip 'klacht' aan de orde. Hierna wordt kort ingegaan op de wijze waarop ziekenhuizen de omgang met klachten hebben georganiseerd waarna wordt stilgestaan bij de klachtenijsberg. Net zoals bij alle ondernemingen heeft geen enkel

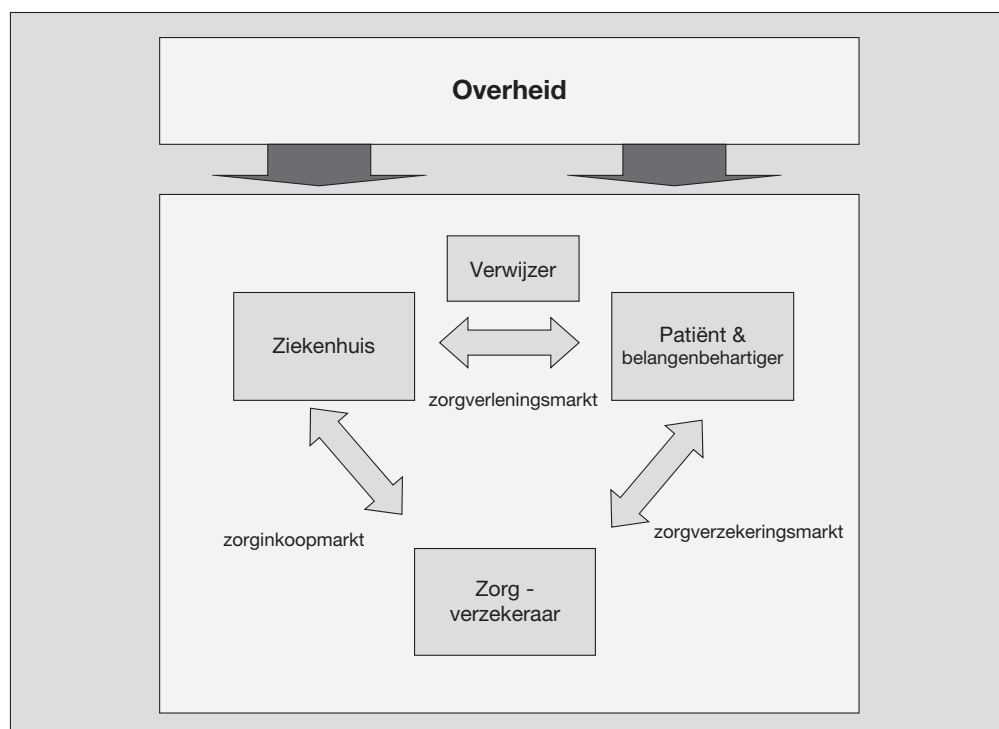
ziekenhuis een volledig overzicht van alle klachten, want een groot deel van de klachtenberg zit immers onder water. Ten slotte komen de diverse niveaus van behandeling van klachten binnen en buiten het ziekenhuis aan bod.

In dit hoofdstuk is gebruikgemaakt van interviews met 18 geselecteerde ziekenhuizen en van de resultaten van een door de auteurs uitgevoerde analyse van de websites van 40 ad random geselecteerde ziekenhuizen.² Medio februari 2011 is de informatie over klachten op 20 aspecten geanalyseerd.

1.2 Ziekenhuizen en klachten

Ziekenhuizen opereren in een zeer complex werkveld waarin vele verschillende partijen invloed hebben, soms met tegenstrijdige belangen (zie figuur 1.1). In de zorgverleningsmarkt staat de relatie tussen het ziekenhuis en de patiënt centraal; een relatie met miljoenen individuele patiënten, hun familie en mantelzorgers, maar ook met patiëntenverenigingen. Verwijzers hebben grote invloed op de relatie tussen ziekenhuizen en individuele patiënten. In de zorginkoopmarkt hebben

Figuur 1.1 Het complexe werkveld van ziekenhuizen³



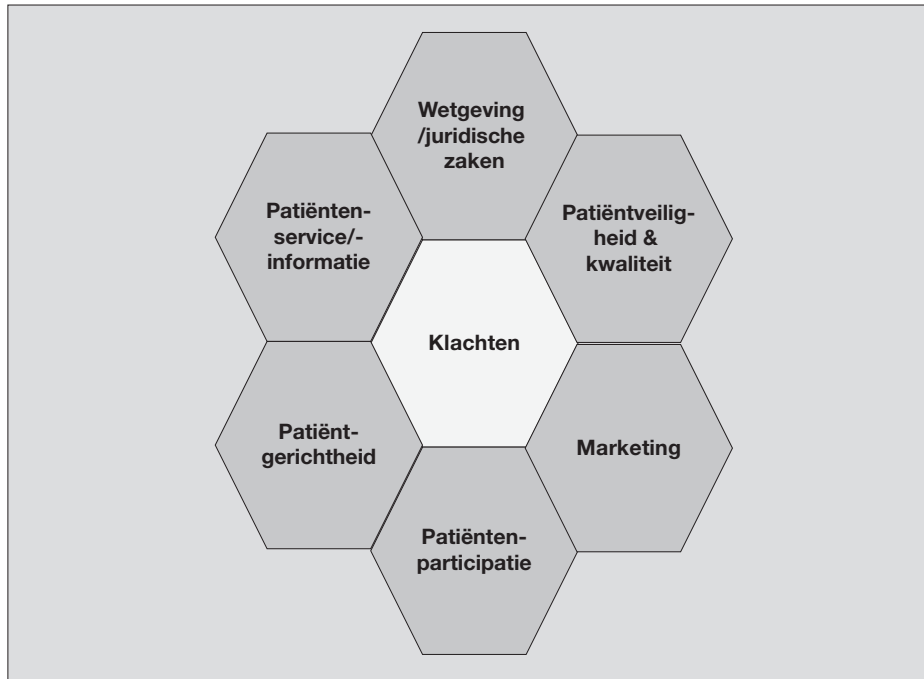
de ziekenhuizen te maken met zorgverzekeraars die steeds meer inkoopmacht krijgen. Hierbij kunnen de belangen van de zorgverzekeraar niet synchroon lopen met die van individuele patiënten. Verder is er de overheid die invloed heeft op alle relaties tussen de verschillende partijen in dit werkveld.

Ziekenhuizen, en hierbinnen zorggroepen, specialismen en centrale voorzieningen, worden geconfronteerd met een groot aantal ontwikkelingen in de branche en de maatschappij in het algemeen. Voorbeelden hiervan zijn een toenemende marktwerking en concurrentie, meer transparantie over prestaties, schaarste op de arbeidsmarkt, zorgverzekeraars met steeds meer inkoopmacht, patiënten die kritischer en mondiger worden, veranderende wetgeving met betrekking tot de rechten van patiënten en het continu streven van ziekenhuizen naar kwalitatief hoogwaardige zorg en patiënttevredenheid tegen acceptabele kosten.

De kwaliteit van de zorg wordt steeds transparanter. Externe partijen ondernemen steeds meer initiatieven om een beeld te krijgen van de kwaliteit, ervaringen en tevredenheid van patiënten met alle acute, poliklinische en electieve onderdelen van het ziekenhuis. Vanuit de wet was al geregeld dat ziekenhuizen jaarlijks een kwaliteitsrapport moeten samenstellen en sturen naar het ministerie, de inspectie en de regionale organisatie die de belangen van patiënten behartigt (Zorgbelang). Ook landelijke initiatieven zoals de CQ-Index, ZorgkaartNederland⁴, KiesBeter.nl⁵ en Independer⁶ dragen verder hun steentje bij aan de toenemende transparantie. De pers in de vorm van de jaarlijkse Ziekenhuis Top 100 van het *Algemeen Dagblad*⁷ en de jaargids Dr Yep⁸ sluiten dit incomplete overzicht. In deze onderzoeken en vergelijkingen wordt naast zorginhoudelijke indicatoren vooral gebruikgemaakt van patiëntervaringen en -tevredenheid. Indicatoren aangaande klachten worden nu vaak nog niet gebruikt.

Al deze ontwikkelingen hebben direct of indirect invloed op het belang van klachten en de wijze waarop het ziekenhuis hiermee omgaat. In figuur 1.2 zijn zes aandachtsgebieden binnen ziekenhuizen weergegeven die een relatie met klachten hebben.

Figuur 1.2 Klachten en aanverwante aandachtsgebieden



Een eerste aandachtsgebied is de wetgeving. De relevante wet in dit kader is de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. In de toekomst zal een nieuwe Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) deze gaan vervangen. Dit kan belangrijke gevolgen hebben voor de omgang met klachten binnen ziekenhuizen. Dit aandachtsgebied heeft een belangrijke invloed op de wijze waarop met klachten wordt omgegaan en hoe de organisatie is ingericht. Zo is bijvoorbeeld bij een aantal ziekenhuizen de juridisch adviseur van de raad van bestuur of de secretaris juridische zaken van de raad van bestuur verantwoordelijk voor de aansturing van de centrale klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling.

Een tweede aandachtsgebied in relatie tot klachten is patiëntveiligheid en kwaliteit. Bij het ene ziekenhuis is hier geen enkele koppeling mee gemaakt, bij het andere ziekenhuis is er een hele duidelijke. Zo rapporteren de klachtenfunctionarissen bij Medisch Centrum Haaglanden aan de manager Kwaliteit & Veiligheid. Elk ziekenhuis werkt actief aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Een van dit soort initiatieven is het vergroten van de patiëntveiligheid. In dit kader werken ziekenhuizen met een MIP-procedure (Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg) voor het centraal melden van incidenten en met Veilig Incident

Melden (VIM) voor het decentraal dicht bij het werkproces melden van incidenten. Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.⁹ Dit soort procedures geeft belangrijke verbeterinformatie. Net zoals bij incidentmeldingen bieden klachten waardevolle informatie om de kwaliteit te verbeteren.

Marketing wordt steeds belangrijker voor ziekenhuizen. Ze gaan steeds meer concurreren met andere ziekenhuizen in de omgeving, privéklinieken, zelfstandige behandelcentra, ziekenhuizen in het buitenland en de eerstelijnszorg die steeds uitgebreider wordt. Het binden van bestaande en aantrekken van nieuwe patiënten wordt hierdoor steeds belangrijker. Hiervoor is strategische marketing van essentieel belang. Het aantrekken van nieuwe patiëntengroepen voor bepaalde specialisaties uit andere adherentiegebieden door middel van offensieve marketing wordt een belangrijke tak van sport. Een andere tak van sport die wellicht nog belangrijker is, wordt het vasthouden van de patiënten uit het eigen adherentiegebied (defensieve marketing). Dit kan door te zorgen dat ze tevreden zijn over de zorg en blijven terugkomen. Een belangrijke beïnvloedende groep hierbij zijn de verwijzers. Deze hebben een niet te onderschatten invloed op de keuze van het ziekenhuis. Kortom, patiënttevredenheid, reputatie bij (potentiële) patiënten en verwijzers en patiëntentrouw worden steeds belangrijker. De relatie tussen klachten en marketing is potentieel zeer groot maar wordt op dit moment in ziekenhuizen nog vrijwel niet gemaakt.

Een vierde aandachtsgebied is patiëntenparticipatie. Ziekenhuizen zetten allerlei vormen van onderzoek zoals enquêtes, spiegelgesprekken en focusgroepen in. Daarnaast zijn er de meer gestructureerde vormen zoals de Cliëntenraad. De relatie tussen vormen van patiëntenparticipatie en klachten wordt in ziekenhuizen vaak nog niet gemaakt.

Het vijfde aandachtsgebied binnen ziekenhuizen waar klachten een relatie mee hebben, is het werken aan patiëntgerichtheid. Patiënten worden kritischer, ze weten beter wat hun rechten zijn (of denken dit te weten) en klagen sneller. Vooral hoger opgeleiden weten snel de weg naar allerlei klachteninstanties te vinden. Maar ook het brede publiek wordt steeds beter geïnformeerd en kritischer door programma's als Kassa. Patiënten zoeken zelf informatie op (de Google-patiënt), informeren in hun omgeving en op sociale netwerken en zijn steeds meer een partner met een eigen mening. Veel ziekenhuizen werken actief aan het patiëntgericht maken van de organisatie waarbij allerlei concepten zoals het Disney-concept van Fred Lee, gastvrijheidtrajecten en de inrichting van patiëntgerichte zorgpaden worden ingezet. Wat bij ziekenhuizen opvalt is dat dit vaak losstaande initiatieven zijn die in verschillende onderdelen van het ziekenhuis worden opgepakt (en soms na een tijdje weer verdwijnen). Klachten worden in veel ziekenhuizen vaak nog te weinig benut om de patiëntgerichtheid te verbeteren.

Ten slotte is er in veel ziekenhuizen een sterke relatie van klachten met patiënteninformatie en -service. Bij een groot aantal ziekenhuizen vormt een afdeling Patiënteninformatie of het Patiënten Service Bureau het loket voor de centrale klachtenopvang en -bemiddeling. Hier werken de medewerkers die patiënten informeren over de procedures en klachtenregeling.

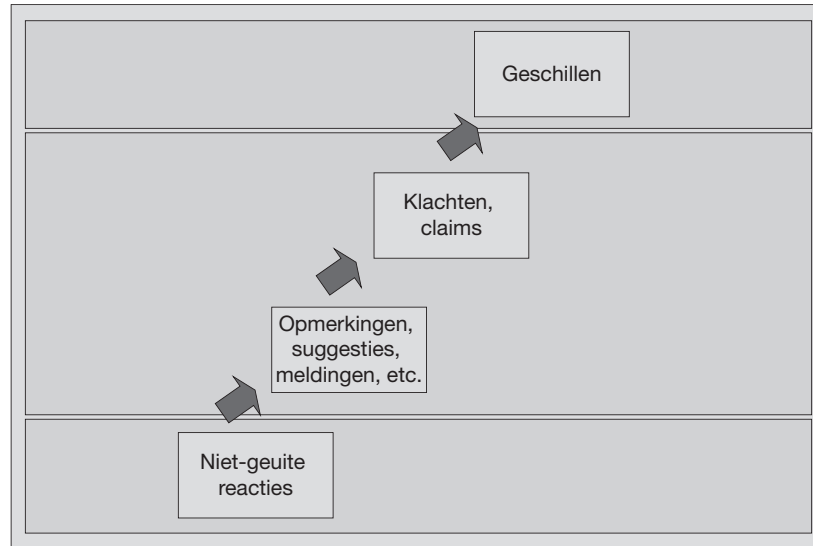
Klachten staan in figuur 1.2 centraal, in de praktijk is dit echter zeker niet het geval. Het is bij veel ziekenhuizen meer een functionaliteit met een aantal taken die worden verricht door enthousiaste medewerkers, dan een belangrijk beleids-terrein. De belangrijkste vier taken zijn externe communicatie, centrale opvang en bemiddeling, de Klachtencommissie, rapportages en leren van klachten. De raakvlakken en intensiteit hiervan met de zes genoemde aandachtsgebieden zijn, afhankelijk van hoe een en ander in het ziekenhuis georganiseerd is, per ziekenhuis verschillend. Vooral op het vlak van patiëntgerichtheid, patiëntenparticipatie en marketing wordt in veel ziekenhuizen geen directe intensieve relatie met klachten gemaakt.

1.3 De patiëntenreactieladder

Patiëntenreacties zijn alle uitingen en signalen (mondeling, schriftelijk en digitaal) van patiënten waarmee het ziekenhuis de dienstverlening kan verbeteren. In feite is het gratis verbeterinformatie. In figuur 1.3 is de patiëntenreactieladder weergegeven. Patiënten hebben allerlei reacties en signalen die aan vertegenwoordigers van het ziekenhuis worden gemeld. Dit kunnen positieve reacties zijn zoals complimenten of het aangeven dat men zeer tevreden is in een patiënttevredenheidsonderzoek, het kunnen neutrale uitingen zijn zoals opmerkingen, vragen, suggesties, tips, ideeën en meldingen, maar het kunnen ook negatieve uitingen zijn zoals uitingen van ongenoegen in de vorm van klachten en claims. In ziekenhuizen hebben patiënten diverse mogelijkheden om hun klacht te uiten. Claims van patiënten zijn eigenlijk klachten met een financiële component. Ze kunnen betrekking hebben op een letsel- of een zaakschade (zie paragraaf 1.10). Indien een klacht niet meer met het ziekenhuis kan worden opgelost, kunnen patiënten zich wenden tot externe klachteninstanties, in dit geval wordt het een geschil.

Patiënten uiten in het ziekenhuis allerlei opmerkingen, meldingen, vragen en suggesties. Vaak met als reden dat men wil dat het ziekenhuis er iets mee doet. Blijft een adequate reactie uit, dan kan er een escalatieproces ontstaan. Een opmerking wordt een klacht (en soms een claim) en wordt hier in de ogen van de klager niet adequaat mee omgegaan, dan wordt het een geschil. De ontevredenheid van de patiënt neemt in het escalatieproces toe (zie figuur 1.3¹⁰).

Figuur 1.3 De patiëntenreactieladder



Vandaar dat het belangrijk is om opmerkingen, suggesties en allerlei meldingen van patiënten serieus te nemen en hier consequent mee aan de slag te gaan. Immers, deze kunnen heel snel omslaan in een klacht.

Het verschil tussen een opmerking of suggestie en een klacht is vaak maar zeer klein. Het hangt af van hoe de patiënt het brengt en of hij het wil indienen als een klacht. In het kader van het leren van patiënten en het voorkomen dat zaken escale- ren, vragen ziekenhuizen op een gestructureerde wijze naar meldingen, suggesties en opmerkingen. Dit kan door middel van kaartjes (zie bijvoorbeeld praktijkcase Het Oogziekenhuis Rotterdam) en/of met behulp van de website. Het UMC Utrecht heeft een digitale wensput in de centrale ontvangsthal staan. Wekelijks voeren patiën- ten gemiddeld 200 wensen in hetgeen jaarlijks leidt tot meer dan 10.000 wensen.

De praktijk leert dat de keuze van de definitie van een klacht en de verdere inter- pretatie hiervan van wezenlijk belang zijn voor de wijze waarop met klachten wordt omgegaan.

Enkele veelgebruikte definities van een klacht zijn:

- Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg¹¹: *Elk naar voren gebracht bezwaar tegen het handelen of functioneren van een zorgaanbieder, komende van de gebruiker van deze zorgaanbieder.*

- ISO 10.002¹²: *Een klacht is een uitdrukking van ontevredenheid gericht aan een organisatie, met betrekking tot haar producten, of het proces van klachtenbehandeling zelf, waarbij expliciet of impliciet een respons of oplossing wordt verwacht.*
- IKM 3000¹³: *Een klacht betreft elke vraag, opmerking, melding of reactie van een klant waaruit blijkt dat aan zijn verwachting niet is voldaan door de organisatie.*

Dit zou betekenen dat elk bezwaar of elke uiting van ongenoegen waar dan ook in het ziekenhuis geuit eigenlijk een klacht is. Vaak is dit ook de strekking van informatie op de websites van ziekenhuizen. In de praktijk wordt de definitie van een klacht echter niet zo breed toegepast. Het lijkt erop dat ondanks bovengestane brede definitie veel ziekenhuizen onderstaande definitie in de dagelijkse praktijk hanteren: *Elke uitdrukking van ongenoegen gerelateerd aan een gebeurtenis die niet tot tevredenheid van de patiënt/familie op afdelings- of afdelingsoverschrijdend zorgprocesniveau opgelost kan worden.*¹⁴

Uitingen van onvrede/ongenoegen op decentraal niveau worden in menig ziekenhuis niet als een klacht gezien, men ziet het meer als opmerkingen of melding. Pas als de patiënt expliciet aangeeft een klacht te hebben en deze in te willen dienen, is het een klacht. Eigenlijk vreemd, een uiting van onvrede die centraal is geuit wordt als een klacht gezien, een uiting van onvrede die op een afdeling wordt geuit wordt niet als klacht herkend. Het is in beide situaties toch precies hetzelfde voor de patiënt? In beide gevallen kan het slecht omgaan met de klacht van de patiënt flinke negatieve gevolgen hebben voor de reputatie van het ziekenhuis en de patiëntentrouw.

Klachten, uitingen van onvrede, kunnen op allerlei zaken betrekking hebben zoals medische aspecten, communicatieproblemen, bejegening, tekortkomingen in de dienstverlening of zorg maar bijvoorbeeld ook de hoogte van de toiletten of de parkeervoorzieningen. Ziekenhuizen categoriseren hun geregistreerde klachten. Hiervoor worden geen standaarden gehanteerd, elk ziekenhuis hanteert zijn eigen indeling. Ter illustratie enkele voorbeelden:

Meander Medisch Centrum maakt een onderscheid tussen relationele, organisatorische, financiële en behandeltechnische klachten.¹⁵ Deze worden verder onderverdeeld naar subcategorieën. Voor relationele en organisatorische klachten zijn dit:

- relationele klachten: onvoldoende begeleiding/aandacht, onheuse/onvriendelijke bejegening, onvoldoende voorlichting/informatie, onvoldoende overleg patiënt/familie, niet nakomen afspraak, ongastvrij, onjuiste voorlichting/informatie, onvoldoende bescherming privacy, tegenstrijdige uitspraken, geen antwoord op brief, andere hulpverlener dan verwacht, weigeren inzage/kopie dossier;
- organisatorische klachten: onjuist afspreken, hygiëne, zoekraken eigendom, lang wachten bij opname/poli/OK, geen afspraak kunnen maken, schade aan eigendom, parkeren, materiaal en middelen, opnamebeleid en herkenbaarheid.

Het UMC Utrecht⁶ maakt een onderscheid tussen de volgende categorieën: informatie en voorlichting, organisatie, vaktechnisch handelen, relatie, financiën, hotelfunctie en algehele onvrede. Het maakt verder onderscheid tussen meldingen, interventies en klachten. Bij meldingen is geen directe actie noodzakelijk, interventies zijn uitingen van ongenoegen waarbij de klachtenbemiddelaar direct actie onderneemt en probeert het probleem op te lossen. Bij klachten is er sprake van een bemiddelingstraject.

Gelre ziekenhuizen¹⁷ ten slotte gebruikt de onderstaande categorisering (zie tabel 1.1).

Tabel 1.1 Categorisering van klachten bij Gelre ziekenhuizen

Categorie		Categorie	
WGBO	Informatie onderzoek	Organisatorisch	Lange wachttijden
	Informatie geneesmiddelen		Niet nakomen van afspraken
	Inzagerecht		Onredelijke/onjuiste regeling
	Klachtbehandeling		Opname coördinatie
	Anders		Coördinatie behandelaars & verpleegkundigen
Methodisch handelen	Onjuiste behandeling		Zoek raken medische gegevens
	Nonchalante behandeling		Bereikbaar/beschikbaar
	Verwachting patiënt		Anders
	Onzorgvuldig	Financiën	Financiën
	Diagnose gemist/onjuist	Facilitair	Maaltijden
	Complicatie/fout		Faciliteiten voorzieningen
	Anders		Parkeerplaats
Relationeel	Verstoorde communicatie		Telefonie (kosten)
	Bejegening/tact		Algehele onvrede
	Verstoorde vertrouwensrelatie		Overige
	Begeleiding onvoldoende	Overige	Overige
	Niet patiëntvriendelijk		
	Anders		

1.4 De klachtenregeling, klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling

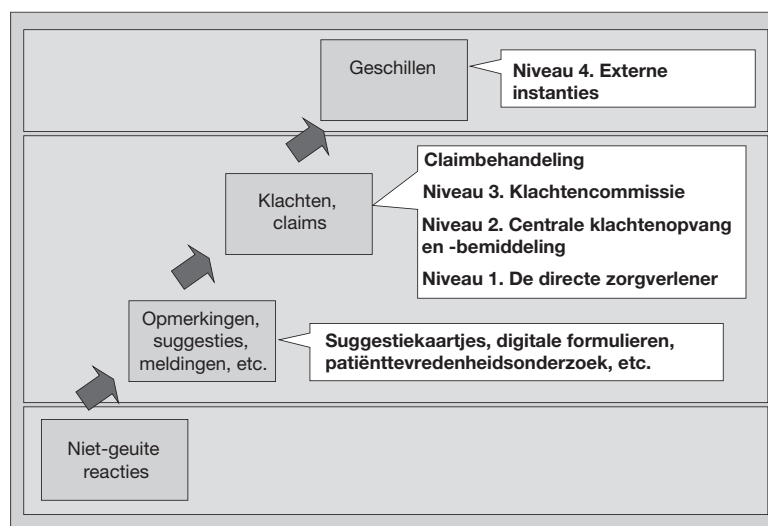
In de Wkcz is aangegeven dat elke zorgaanbieder ‘een regeling voor de behandeling van klachten over een gedraging¹⁸ van hem of van voor hem werkzame personen jegens een cliënt moet treffen’.¹⁹ Elk ziekenhuis dient dus vanuit de wet een klachtenregeling te hebben. Hierbij is een klachtenregeling: ‘het geheel van beleid, maatregelen en middelen die de zorgaanbieder inzet voor de afhandeling van klachten van patiënten’.²⁰ In de praktijk blijkt dat veel ziekenhuizen wel een klachtenregeling hebben opgesteld, maar deze heeft vaak meer het karakter van een formele procedurebeschrijving.

In figuur 1.4 is de algemeen gehanteerde werkwijze voor klachtenopvang en -behandeling in ziekenhuizen sterk vereenvoudigd weergegeven. Voor patiënten met klachten zijn er in feite vier ‘officiële’ loketten:

- 1e niveau: klagen bij de directe zorgverlener op de afdeling of diens manager;
- 2e niveau: klagen bij de centrale klachtenopvang en -bemiddeling;
- 3e niveau: klagen bij de Klachtencommissie;
- 4e niveau: klagen bij externe instanties.

Hierbij spreekt men van informele klachten bij niveau 1 en 2 en van formele klachten bij de klachten voor de Klachtencommissie. Claims worden vaak niet beschouwd als klachten; de behandeling hiervan is zeer verschillend in ziekenhuizen (zie paragraaf 1.10).

Figuur 1.4 Verschillende niveaus van klachtbehandeling



Naast deze mogelijkheden klagen patiënten ook rechtstreeks bij een Cliëntenraad, raad van bestuur en uiteraard bij vrienden, bekenden en collega's (zie paragraaf 3.4).

Veel ziekenhuizen verwachten dat ontevreden patiënten in eerste instantie de klacht met de directe zorgverlener bespreken. Komt men er niet uit, dan kan de klachtenfunctionaris worden ingezet. Deze tracht te bemiddelen. Is dit zonder resultaat, dan vormt de Klachtencommissie de laatste klachtmogelijkheid binnen het ziekenhuis. De patiënt hoeft conform de wet deze volgorde niet aan te houden, hij kan ook rechtstreeks naar een Klachtencommissie stappen. Komt de patiënt er met het ziekenhuis niet uit, dan zijn er allerlei externe instanties waar hij zijn klacht kan laten behandelen (zie paragraaf 1.11).

De kosten van de behandeling van een klacht worden bij elk niveau aanzienlijk hoger. Is een klacht direct na ontstaan wellicht in een kort gesprek van tien minuten op te lossen, escaleert deze en wordt een klachtenfunctionaris ingeschakeld, dan is er al snel sprake van enkele uren inzet van medewerkers bij een bemiddelingspoging. Wordt de Klachtencommissie ingeschakeld, dan zijn minstens twee tot drie leden met de zaak bezig en moeten soms dure externe adviseurs worden ingezet. De kosten van een zaak bij de Klachtencommissie zijn weer een stuk hoger. Komt de zaak bij een externe instantie, dan kunnen de kosten weer stijgen.

Naast de inzet van meer tijd bestaat er het claimeffect. Als er vlak na het ontstaan van de klacht serieus met de klacht van de patiënten was omgegaan, had een deel geen schadeclaim ingediend (zie onderstaand kader).

Escalatie van klachten, enkele onderzoeksresultaten

- 60% van de respondenten heeft de klacht eerst kenbaar gemaakt bij de directe zorgverlener, maar hierna toch besloten om deze kenbaar te maken bij een klachtenfunctionaris²¹ (onderzoek Nederlands ziekenhuis).
- 25 tot 40% van degenen die een schadeclaim indienen, zou dit niet hebben gedaan als de zorgverlener meer informatie had gegeven en medeleven had getoond bij het aan de orde stellen van de klacht.²²

1.5 De klachtenijsberg

De focus in de media ligt regelmatig op 'medische missers' bij ziekenhuizen die in de openbaarheid komen; dit zijn er soms een paar per jaar. Echter, als elke uiting van ongenoegen als een klacht wordt beschouwd, zijn dit er veel meer. Een middelgroot ziekenhuis heeft circa 600 tot 700 geregistreerde klachten per jaar. Deze hebben overigens lang niet allemaal betrekking op medische missers. Verder zijn er veel

meer klachten dan dat er op ziekenhuisniveau worden vastgelegd. In veel onderzoeken is vooral veel aandacht voor 2e en 3e niveau klachten die op ziekenhuisniveau worden vastgelegd. Maar hoe zit het met de klachten die niet worden geuit, of wel geuit worden bij de directe zorgverleners en ander front office personeel van het ziekenhuis (1e niveau klachten) maar niet worden vastgelegd? In elk ziekenhuis is er sprake van een ware klachtenijsberg (zie figuur 1.5). Hoe groot deze klachtenijsberg voor ziekenhuizen is, is onbekend. We kennen alleen het topje van de ijsberg. Geen enkel ziekenhuis heeft hier een beeld van. Wel kunnen er schattingen worden gemaakt. In deze paragraaf wordt voor de verschillende niveaus een beeld gegeven.

Nog geen 2% van de patiënten met een klacht dient een formele klacht in, een onderzoek in de VS²³

In 2000 is in een opleidingsziekenhuis in St Louis (VS) een onderzoek naar klachten uitgevoerd. In een periode van twee maanden heeft een onderzoeker 1.233 patiënten in korte interviews gesproken en bevraagd naar eventuele klachten. Hieruit bleek dat 695 hiervan naar de interviewer een klacht geuit hebben over de zorg/dienstverlening (56%). De meeste klachten gingen over de zorg op de afdelingen, een trage reactie op verzoeken van patiënten, maaltijden, vertragingen in opname en ontslag en slechte communicatie over procedures. Uiteindelijk werden 12 van de 695 klachten ook werkelijk ingediend bij het ziekenhuis.

Klachten die niet in het ziekenhuis worden geuit, niveau 0

Dit zijn de klachten die ontevreden patiënten niet bij het ziekenhuis uiten maar wel in hun omgeving. Veel ontevreden patiënten klagen om allerlei redenen niet: omdat ze de moeite niet nemen, ze bang zijn voor de consequenties of denken dat het toch geen zin heeft. Of de klachten die wel naar artsen en verpleegkundigen worden geuit maar door hen niet als zodanig worden herkend. Vaak zijn dit de impliciete klachten.

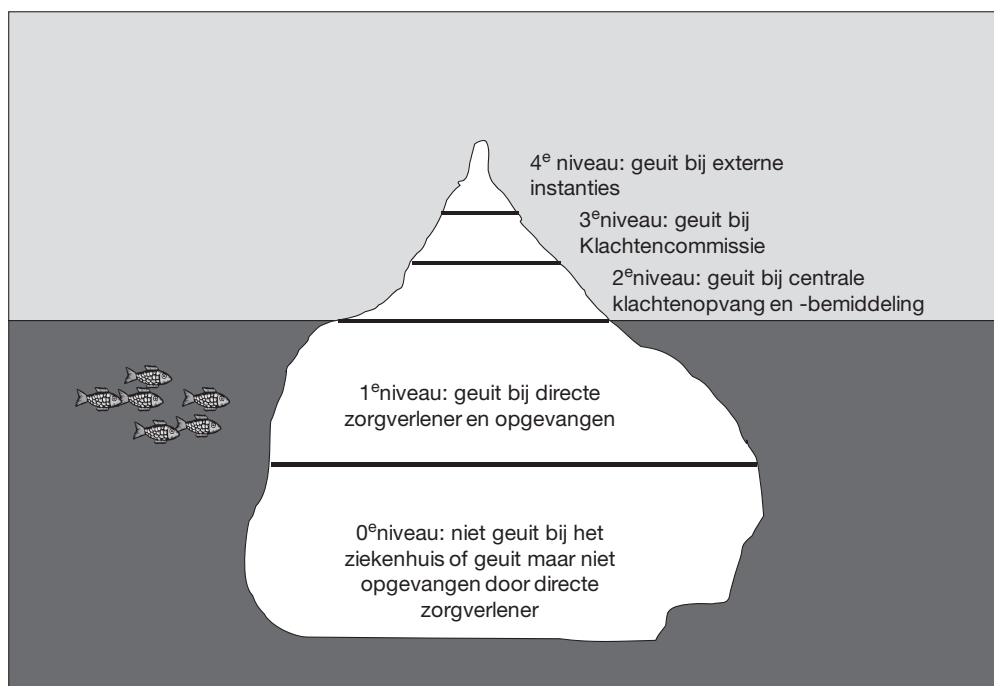
In 2000 heeft het ziekenhuis Oost-Limburg in Genk (België)²⁴ een grootschalig onderzoek uitgevoerd naar de tevredenheid met de klachtbehandeling onder leden van acht verschillende patiëntenverenigingen. Van de 226 deelnemers die een klacht hebben gehad, heeft 57% deze toen niet bij het ziekenhuis gemeld, maar wel besproken met de huisarts, vrienden, familie, kennissen en anderen. De belangrijkste redenen hiervoor waren:

- patiënt wil de moeite niet nemen: ‘géén tijd voor de patiënt om te klagen’;
- patiënt heeft geen vertrouwen in het ziekenhuis en zijn medewerkers: ‘er wordt toch niet geluisterd’, ‘medische fouten worden nooit toegegeven’, ‘haalt toch niets uit’, ‘machteloos’, ‘ze stoppen toch alles in de doofpot’;

- patiënt was niet goed geïnformeerd: 'wist niet dat het kon', 'niet op de hoogte', 'wist niet bij wie ik moest zijn';
- patiënt durft klacht niet te uiten: 'durf niet omdat ik zelf in het ziekenhuis werk', 'angst', 'je wordt dan gezien als de moeilijke patiënt', 'durf niet', 'heb het ziekenhuis nog nodig'.

Op basis van de resultaten van dit klagertevredenheidsonderzoek heeft het ziekenhuis een aantal maatregelen genomen om de laagdrempeligheid van klagen te vergroten. Bleek uit dit onderzoek dat 59% zijn klacht niet gemeld heeft, uit een onderzoek van NIVEL in 2000 bleek dit 39% van de ontevreden patiënten te zijn.

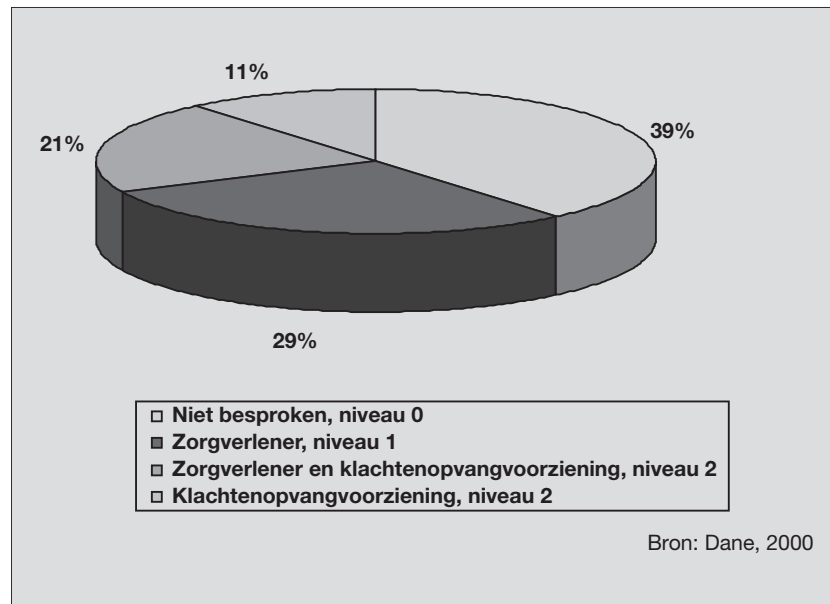
Figuur 1.5 De klachtenijsberg



In 2000 heeft een onderzoek²⁵ onder een door NIVEL en de Consumentenbond ingericht consumentenpanel plaatsgevonden. Van alle deelnemers bleek dat 33% in 1999 een klacht over een zorgverlener van een ziekenhuis heeft gehad. Uit het onderzoek bleek verder dat voor alle zorgsectoren tezamen 39% van de klachten niet besproken werd met de directe zorgverlener of een centrale klachtenopvang.

In 50% van de gevallen werd de klacht rechtstreeks of met tussenkomst van de centrale klachtenopvang besproken met de directe zorgverlener, 11% ging rechtstreeks naar de centrale klachtenopvang (zie figuur 1.6).

Figuur 1.6 Ondernomen acties van klagers, klacht besproken met (n = 254)



Uit beide onderzoeken blijkt dus dat grofweg 40 tot 60% van de ontevreden patiënten een klacht niet uit, waar dan ook binnen het ziekenhuis. Dit strookt met de conclusie van Friele et al. dat uit onderzoek²⁶ blijkt dat de helft tot twee derde van de patiënten die een gevoel van onvrede heeft dit uit bij de directe zorgverlener.

Klachten die bij de directe zorgverlener zijn geuit, niveau 1

Dit zijn de klachten die zonder tussenkomst van de centrale klachtenopvang en -bemiddeling bij de directe zorgverleners zoals verpleegkundigen, artsen in opleiding en specialisten worden geuit.²⁷ Maar het betreft ook de klachten bij de apotheek, de receptie en andere afdelingen die in direct contact met patiënten komen. Over deze groep klachten is in menig ziekenhuis zeer weinig bekend. Een methode om hier een beeld van te krijgen is om het aan patiënten of medewerkers te vragen. Tijdens een training van verpleegkundigen van

verpleegafdelingen is na een uitvoerige behandeling van de definitie van een klacht door hen een inschatting gemaakt van het aantal klachten. Het aantal klachten kwam op gemiddeld 200 per week, circa 10.000 per verpleegafdeling per jaar. Voor het ziekenhuis met acht verpleegafdelingen leidt dit alleen al voor de verpleegafdelingen tot 80.000 klachten jaarlijks. In de klachten top-vijf stonden oorzaken zoals wachten op de arts, wachten voor opname, bejegening, geen eenduidige informatie vanuit verschillende medewerkers en allerlei communicatieproblemen in de driehoek arts, verpleegkundige en patiënt. Als het uitgangspunt wordt gehanteerd dat een op de twee ontevreden patiënten klaagt bij het ziekenhuis, zijn dat er in dit geval 160.000 op jaarbasis. Misschien valt het in werkelijkheid mee en is deze calculatie te hoog; duidelijk is dat de klachtenijsberg behoorlijk groot kan zijn. Met het verkrijgen van inzicht in de klachtenijsberg ontsluit het ziekenhuis een enorm potentieel aan informatie om ontevreden patiënten beter aan zich te binden, om de reputatie van het ziekenhuis te beschermen en om te leren en te verbeteren van situaties waar niet aan de verwachtingen van de patiënten is voldaan.

Klachten die bij de centrale klachtenopvang en -bemiddeling worden geuit, niveau 2

Dit zijn de 'informele' klachten die de klachtenfunctionarissen, of voor opvang van klachten verantwoordelijke centrale afdelingen, vastleggen. Vanaf dit niveau wordt het aantal goed zichtbaar. Ter illustratie is het aantal vastgelegde klachten in 2009 van een aantal ziekenhuizen weergegeven: AMC: circa 1.200, Atrium MC²⁸: 668, Flevoziekenhuis: 775, Gelre ziekenhuizen: 702, Jeroen Bosch Ziekenhuis: circa 800 (totaal van zowel de klachtenfunctionarissen als de Klachtencommissie), Meander Medisch Centrum²⁹: 477, Sint Anthonius Ziekenhuis: circa 700 tot 800, Sint Elisabeth Ziekenhuis: 648 en het UMC Utrecht: 447.

Naast aantallen maken enkele ziekenhuizen gebruik van klachtonderdelen. Een klacht kan immers bestaan uit meerdere klachtonderdelen. Zo ontving het Erasmus MC in 2010 circa 1500 klachtonderdelen. Maar wat zeggen deze cijfers? Eigenlijk heel weinig tot niets. Er zijn geen landelijke afspraken over de registratie en verder zijn er ziekenhuizen die de aantallen klachten laag willen houden. De cijfers worden beïnvloed door de volgende factoren:

- Er zijn ziekenhuizen die niet alle centraal gemelde klachten registreren, andere weer wel. Vooral de klachten die betrekking hebben op de hotelfunctie en het parkeren worden niet meegenomen in de statistieken.
- Er zijn ziekenhuizen die centraal gemelde klachten die direct kunnen worden afgehandeld niet meenemen in de statistieken.

- Er zijn ziekenhuizen die klachten waarbij de klager alleen maar de klacht wil melden niet vastleggen, deze worden als meldingen beschouwd.
- Een ziekenhuis dat het klagen laagdrempelig maakt voor patiënten zal relatief veel klachten krijgen, maar is zeker niet slechter.
- Ziekenhuizen die actief werken aan decentrale klachtbehandeling hebben relatief weinig centraal vastgelegde klachten.
- Wellicht zijn er verschillen tussen ziekenhuizen in de Randstad en in de provincie.
- Verder is het mogelijk dat academische ziekenhuizen met veel complexe handelingen relatief veel klachten krijgen.
- Er zijn grote en kleine ziekenhuizen. Het aantal patiënten en handelingen kan invloed hebben op het aantal centraal geuite klachten.

Het sec vergelijken van de aantallen klachten tussen ziekenhuizen houdt geen rekening met bovenstaande factoren. In een studie van het CBO en SOKG³⁰ wordt het aantal klagers afgezet tegen het aantal bedden (gemiddeld 60 per 100 bedden per jaar) en het aantal consulten (gemiddeld 2,7 klagers per 1.000 consulten per jaar). Het gemiddeld aantal is 90,5 klachten per 100 bedden per jaar en 3,9 klachten per 1000 consulten per jaar. Daar de verschillen per ziekenhuis zeer sterk variëren van 10 tot 1.145 klachten in 2006 dienen deze kengetallen met enige voorzichtigheid gebruikt te worden. Maar het geeft wel een indicatie van hoe een ziekenhuis het aantal klachten over de verschillende verpleegafdelingen en poliklinieken zou kunnen vergelijken.

Kortom, een goede benchmark tussen ziekenhuizen op basis van dezelfde definities en vastleggingspraktijken is er niet maar zou wel helpen om als ziekenhuis vast te stellen waar gerichte maatregelen noodzakelijk zijn en van andere ziekenhuizen te leren. Hetzelfde geldt voor de categorisering van de klachten (zie paragraaf 1.3); ook hiervoor bestaan geen landelijke afspraken.

Klachten geuit bij de Klachtencommissie, niveau 3

Dit is het aantal formele klachten dat bij de klachtencommissie is ingediend. Het aantal is beperkt en varieert per ziekenhuis van 1 tot 150. In 2004 waren dit er gemiddeld 18 per ziekenhuis.³¹ In tabel 1.2 zijn de resultaten weergegeven van een onderzoek uit 2009³², waarin is te zien waar volgens klagers de klachten betrekking op hadden.

Tabel 1.2 Aspecten waar klachten voor de Klachtencommissie betrekking op hebben

Op welke aspecten had de klacht betrekking? Meerdere antwoorden mogelijk	
Medische behandeling	61%
Bejegening	56%
Onvoldoende informatie en voorlichting	39%
Organisatie van de zorg	37%
Verpleegkundige zorg	32%
Overig	16%
Aantal respondenten	323
61% van de klachten had betrekking op meerdere aspecten	

Klachten geuit bij externe instanties, niveau 4

Het betreft hier het aantal klachten dat bij externe instanties zoals de Inspectie, een rechtbank of een regionaal tuchtcollege is ingediend. Dit is echt het puntje van de ijsberg, goed zichtbaar en per ziekenhuis wellicht jaarlijks op een of enkele handen te tellen.

1.6 Externe communicatie over de klachtenregeling

In de Wkcz³³ staat dat het ziekenhuis op ‘passende wijze’ de getroffen regeling onder de aandacht moet brengen. In de wet is dit verder niet uitgewerkt. Vanuit het perspectief dat ziekenhuizen van klachten willen leren, zouden ziekenhuizen klachten ook actief moeten willen verzamelen. Ziekenhuizen gebruiken verschillende methoden om patiënten te informeren over de klachtenregeling. Allereerst is er de informatieverstrekking tijdens het zorgproces. Mondeling of schriftelijk krijgt de patiënt informatie bijvoorbeeld in de wachtkamer, tijdens de intake of de opname.

Op centraal niveau worden patiënten geïnformeerd door middel van folders en de website van het ziekenhuis. Voor wat betreft de folders worden verschillende gradaties van laagdrempeligheid gebruikt. Er zijn ziekenhuizen waar de folders bij de receptie en op allerlei centrale plaatsen te vinden zijn. Bij andere zijn de folders alleen te vinden bij de balie van de Patiënteninformatie (of een gelijksoortige voorziening). Bij weer andere ziekenhuizen moet de patiënt er bij deze voorziening specifiek om vragen. Kortom, verschillen alom.

Hetzelfde geldt voor de websites van ziekenhuizen. Zoals in de inleiding al gemeld, zijn de websites van 40 ziekenhuizen geanalyseerd. In tabel 1.3 zijn enkele van de resultaten van deze analyse weergegeven.

Tabel 1.3 Enkele analysesresultaten van 40 websites

	Resultaat 40 ziekenhuizen
Websites met klachtenbutton op homepage	Ja: 10%
Aantal kliks vanaf homepage om op pagina met klachteninformatie te komen	1 klik: 10%; 2 kliks: 60%; 3 kliks: 25%; 4 kliks: 5%; gemiddeld 2,2 kliks Bij enkele ziekenhuizen staat de informatie op een volstrekt onlogische plek
Beschrijving van klachtenprocedures	52,5% beschrijft de procedures voor niveau 1, 2 en 3 40% beschrijft de procedures voor niveau 2 en 3 5% beschrijft uitsluitend niveau 2 2,5% beschrijft uitsluitend niveau 3
Informatie over externe instanties opgenomen (niveau 4)	Ja: 55%, echter zeer verschillend van één enkele instantie tot een hele waslijst
Klachtenregeling digitaal beschikbaar	Ja: 17,5%
Definitie van een klacht opgenomen	Ja: 22,5%
Beschrijving opgenomen van hoe het ziekenhuis leert van klachten en deze gebruikt voor verbeteringen	Ja: 0%
Verantwoording van aantal klachten opgenomen bij klachteninformatie	Ja: 2,5%
Patiënten worden uitgenodigd om suggesties, opmerkingen te melden	Ja: 52,5%
Patiënten worden uitgenodigd om complimenten te melden	Ja: 30%

Uit tabel 1.3 blijkt dat er een grote variëteit bestaat in de informatie over klachten en patiëntenreacties. Er zijn ziekenhuizen die er veel werk van hebben gemaakt, andere zijn zeer summier en zeker niet transparant. Bij de ene website is de informatie gemakkelijk en snel te vinden, bij de andere moet de bezoeker wel 3 tot 4 maal klikken om de informatie te vinden. Bij enkele lijkt het wel alsof men niet wil dat patiënten de informatie vinden.

Bij iets meer dan de helft wordt in de procedurebeschrijving aandacht besteed aan zowel de decentrale, de centrale klachtenopvang en -bemiddeling als de

Klachtencommissie. Bijna de helft heeft geen aandacht voor de klachtbehandeling op de afdelingen, twee ziekenhuizen beschrijven alleen de rol van de klachtenfunctionaris en één doet alsof er alleen maar een klachtencommissie is. In 55% van de websites worden een of meer externe klachteninstanties beschreven (zie paragraaf 1.11 voor voorbeelden van externe instanties).

Verder blijkt dat bij 17,5% van de websites de klachtenregeling van het ziekenhuis digitaal beschikbaar is, enkele geven aan dat deze in het ziekenhuis is in te zien. Een groot deel van de ziekenhuizen rept niet over het bestaan ervan. In 22,5% van de websites geeft het ziekenhuis een concrete definitie van wat het onder een klacht verstaat. Ziekenhuizen verschaffen bij de klachteninformatie volstrekt geen informatie over aantallen klachten en hoe het ziekenhuis leert van klachten. In iets meer dan de helft van de gevallen worden patiënten uitgenodigd om behalve klachten ook suggesties of opmerkingen te melden. Voor wat betreft complimenten is dit 30%.

Kortom, vanuit een patiëntperspectief lijkt er nog een groot verbeterpotentieel voor de digitale informatievoorziening te bestaan. Verder is over de effectiviteit van deze communicatie weinig bekend. Zo is niet bekend welk percentage patiënten de klachtenregeling kent of welk percentage op de hoogte is van de aanwezigheid van een klachtenregeling. Voor veel patiënten zal het zo zijn dat als men een klacht heeft die men werkelijk wil uiten, men dan op zoek gaat naar informatie.

1.7 Decentrale klachtbehandeling

Het eerste niveau van klachtbehandeling bestaat uit de behandeling van de klacht daar waar deze ontstaat, op verpleegafdelingen, binnen poliklinieken en bij andere onderdelen met patiëntencontact (de 'front office'). Op deze wijze wordt direct een vorm van onvrede weggenomen en kan worden voorkomen dat de klacht escaleert (de klacht wordt klein gehouden). In de Wkcz wordt niets vermeld over een klachtenregeling voor de directe zorgverlening. Deze leemte wordt deels opgevuld door hoofdstuk 2 van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg.

Er zijn ziekenhuizen die van mening zijn dat klachtbehandeling het exclusieve domein van de centrale klachtenopvang/-bemiddeling en de Klachtencommissie is. Dit beeld wordt bevestigd door het feit dat 47,5% van de websites van de 40 ziekenhuizen niet of nauwelijks aandacht besteedt aan deze vorm van decentrale klachtbehandeling. Het lijkt wel een vergeten onderdeel in de klachtenregeling van menig ziekenhuis te zijn. Terwijl dit wellicht het allerbelangrijkste onderdeel zou moeten zijn.

In 52,5% van de gevallen geeft het ziekenhuis wel aan dat de eerste stap voor de ontevreden patiënt bestaat uit het uiten van de klacht bij de directe zorgverlener. Ter illustratie de volgende relevante passage uit de website van het Martini ziekenhuis.³⁴

Fragment website Martini ziekenhuis

Bespreek het eerst op de afdeling

Als er tijdens uw verblijf in het ziekenhuis iets gebeurt waarover u minder tevreden bent, bespreek dit dan met degene die hiervoor direct verantwoordelijk is, bijvoorbeeld een arts of verpleegkundige. Een gesprek neemt vaak al veel ongenoegen weg. U kunt ook een afspraak maken met het hoofd van de betreffende verpleegafdeling of polikliniek. Als u opgenomen bent geweest, kunt u uw opmerkingen ook in het ontslaggesprek benoemen. Een aantal afdelingen geeft u een evaluatieformulier mee dat u thuis kunt invullen.

Zoals uit bovenstaand voorbeeld blijkt, kan er bij het decentraal klagen ook weer een gelaagdheid worden ingebouwd, eerst klagen bij de direct betrokkenen, daarna/of in plaats hiervan bij het hoofd. Veel ziekenhuizen gaan ervan uit dat afdelingen en poliklinieken een klacht als een kans zien en klachten patiëntgericht behandelen. Een beperkt aantal ziekenhuizen, zoals Gelre ziekenhuizen en het Flevoziekenhuis, laten dit niet aan het toeval over en hebben hier gerichte programma's op ingezet (zie paragrafen 4.7 en 5.9).

Wat de reden van dit gebrek aan aandacht van veel ziekenhuizen voor dit wezenlijke onderdeel van de klachtenregeling is, is onbekend. Het is een kwestie van gissen. Komt het omdat er niets over in de wet staat? In de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg wordt er een heel hoofdstuk aan besteed. Komt het doordat het relatief moeilijk te organiseren is? Komt het omdat ziekenhuizen een minder brede opvatting hebben over wat een klacht is?

1.8 Centrale klachtenopvang en -bemiddeling

Ook over de centrale klachtenopvang en -bemiddeling door klachtenfunctionarissen en vertrouwenspersonen wordt niet in de Wkcz gerept. Er worden vanuit de wet hieraan geen eisen gesteld. Ook hier vult de Klachtenrichtlijn de wet aan. Uitgebreid zijn hierin aanbevelingen gedaan over de opvang en bemiddeling door functionarissen. Alle ziekenhuizen betrokken in het onderzoek voor dit boek hebben een vorm van centrale klachtenopvang en onafhankelijke bemiddeling. Echter, ziekenhuizen hebben de aanbevelingen uit de Klachtenrichtlijn verschillend geïnterpreteerd en overgenomen waardoor er verschillen bestaan tussen ziekenhuizen.

Functie

Ziekenhuizen gebruiken verschillende benamingen voor de medewerkers die de opvang en bemiddeling verzorgen. Een veel gebruikte term is 'klachtenfunctionaris', maar er zijn ook ziekenhuizen die de termen patiëntencontactpersoon, patiëntenvertrouwenspersoon, ombudsfunctionaris of klachtenbemiddelaar gebruiken. Voor de eenvoud zal in het vervolg in dit boek de term 'klachtenfunctionaris' worden gebruikt.

De centrale klachtenopvang en -bemiddeling vormt een centraal punt waar patiënten hun klacht op ziekenhuisniveau kunnen melden. Bij het Flevoziekenhuis kan de patiënt aangeven wat hij wil dat er met de klacht wordt gedaan, waarbij er drie mogelijkheden zijn: alleen registratie, dat de betrokken afdeling contact opneemt of dat de klachtenfunctionaris een bemiddelingstraject opstart (zie paragraaf 5.9). Deze opties geven weer waaruit de werkzaamheden kunnen bestaan. Ze bestaan uit de opvang van klachten, het contact met de patiënt, de registratie, het doorgeven van klachten aan betrokkenen, volgen van de voortgang en de bemiddeling bij klachten.

Voor een deel van de klachten is de klachtenfunctionaris uitsluitend een loket en doorgeefluik. Voor een deel is hij regisseur en voor een deel heeft hij een actieve en onafhankelijke bemiddelingsrol. Dit betekent dat er lang niet voor alle klachten een bemiddelingstraject noodzakelijk is.

Naar aanleiding van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg is door de VKIG³⁵ in 2007 de functie van klachtenfunctionaris uitgewerkt. In het beroepsprofiel³⁶ 'Van klacht naar kracht' zijn voor de functie van klachtenfunctionaris onder andere de doelen, taken, bevoegdheden, rechten en functie-eisen uitgewerkt. Dit profiel vormt de standaard. In onderstaand kader is een deel van de werkzaamheden verder uitgewerkt.³⁷

Werkzaamheden in het kader van bijstand aan klagers

- Uitgebreide intake en probleemanalyse (verkenning klachten, doelen, wensen en eigen keuze) in rechtstreeks contact met de klager.
- Opstellen van een stappenplan ter afhandeling van de klacht c.q. het bereiken van de door klager gestelde doelen.
- Formulieren van (klacht)brieven voor en op naam van de cliënt (brieven zijn bestemd voor aangeklaagde, klachtenbemiddelaar of Klachtencommissie conform Wkcz).
- Voorbereiden van gesprekken met aangeklaagde, klachtenbemiddelaar, Klachtencommissie of een andere bij de afhandeling van de klacht betrokken persoon/instantie.
- Meegaan in de hoedanigheid van deskundige/adviseur, ondersteuner of procesbegeleider naar aangeklaagde (bemiddeling).